

Kinder- und Jugend- gesundheitsbericht 2015



Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMASGPK), Stubenring 1, 1010 Wien

Fotonachweis: Cover: © iStock.com/JackF

Druck: BMASGPK

Wien, 2025. Stand: 24. Juli 2025

ISBN-Nr.: ISBN: 978-3-903099-02-9

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums und der Autorin / des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin / des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.gv.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Inhalt

Kurzfassung	7
1 Einleitung	9
1.1 Ausgangslage	9
1.2 Ziele und Zielgruppen	10
1.3 Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit	11
1.4 Aufbau und Inhalt des Berichts	13
1.5 Indikatoren und Datengrundlagen	14
2 Demografie	22
2.1 Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Bevölkerung	22
2.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	24
2.3 Zusammenfassung	26
3 Geburten	28
3.1 Fertilität	28
3.2 Geburtenrate	29
3.3 Art und Ort der Entbindung	31
3.4 Mehrlingsgeburten	33
3.5 Frühgeburten und Fehlbildungen	34
3.6 Alter der Mutter	36
3.7 In-vitro-Fertilisationen (IVF)	38
3.8 Zusammenfassung	39
4 Gesundheitliche Situation	40
4.1 Selbstberichtete Gesundheit und Lebenszufriedenheit	42
4.2 Beschwerden	45
4.3 Erkrankungen	47
4.3.1 Überblick	47
4.3.2 Krebserkrankungen	52
4.3.3 Psychische Erkrankungen	54
4.3.4 Diabetes	61
4.3.5 Atopische Erkrankungen	62
4.3.6 Zahngesundheit	64
4.4 Entwicklungsverzögerungen	66
4.5 Behinderungsbedingte Einschränkungen	67
4.6 Verletzungen	69
Verletzungen laut Befragung	69

Stationär behandelte Verletzungen	70
Tödliche Verletzungen	71
4.7 Sterblichkeit	73
Säuglingssterblichkeit.....	78
4.8 Zusammenfassung	79
5 Individuelle Determinanten.....	81
5.1 Körperliche Faktoren	81
5.1.1 Gewichtsstatus	81
5.1.2 Zusammenfassung.....	88
5.2 Psychische Faktoren	88
5.2.1 Schulstress.....	88
5.2.2 Selbstwirksamkeit	90
5.2.3 Körperwahrnehmung	90
5.2.4 Gesundheitskompetenz	92
5.2.5 Zusammenfassung.....	94
5.3 Gesundheitsverhalten.....	95
5.3.1 Bewegung und sitzendes Verhalten.....	95
5.3.2 Ernährung	100
5.3.3 Sexualverhalten.....	107
5.3.4 Tabakkonsum	109
5.3.5 Alkoholkonsum.....	112
5.3.6 Illegaler Drogenkonsum – Cannabis.....	116
5.3.7 Konsum Neuer Psychoaktiver Substanzen.....	118
5.3.8 Nicht substanzgebundene Süchte.....	119
5.3.9 Gewalt	123
5.3.10 Zusammenfassung	128
6 Verhältnisbezogene Determinanten	134
6.1 Materielle Lebensbedingungen	134
6.1.1 Ökonomische Verhältnisse.....	135
6.1.2 Wohnverhältnisse	138
6.2 (Aus-)Bildung.....	139
6.2.1 Bildungsniveau	140
6.2.2 Bildungseinrichtungen	144
6.3 Arbeit und Beschäftigung	151
6.3.1 Erwerbstätigkeit	151
6.3.2 Arbeitsstätten.....	159
6.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke.....	161

6.4.1 Familiäre Beziehungen	161
6.4.2 Außerfamiliäre Beziehungen.....	168
6.5 Gesundheitsförderung und -versorgung	171
6.5.1 Gesundheitsförderung	172
6.5.2 Prävention	182
6.5.3 Gesundheitsversorgung	192
6.5.4 Hospiz- und Palliativversorgung.....	221
6.5.5 Health in all Policies – Strategien und Aktionspläne.....	227
6.6 Umwelt.....	233
6.7 Zusammenfassung	235
Materielle Lebensbedingungen	235
(Aus-)Bildung	235
Arbeit und Beschäftigung.....	235
Soziale Beziehungen und Netzwerke	236
Gesundheitsversorgung und -förderung.....	236
Umwelt	239
7 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit.....	240
7.1 Dimensionen gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.....	242
7.2 Chancengerechtigkeit auf gesundheitlicher Ebene	244
Gesundheit nach Geschlecht.....	244
Gesundheit nach Migration	244
Gesundheit nach Familienwohlstand.....	245
7.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit auf Ebene individueller Determinanten.....	246
Individuelle Determinanten nach Geschlecht.....	246
Individuelle Determinanten nach Migrationshintergrund.....	249
Individuelle Determinanten nach Familienwohlstand.....	252
7.4 Gesundheitliche Ungleichheiten auf Verhältnissebene.....	256
Familien- und Schulverhältnisse nach Geschlecht	256
Familien- und Schulverhältnisse nach Migrationshintergrund	257
Familien- und Schulverhältnisse nach Familienwohlstand	258
7.5 Zusammenfassung	259
8 Schlussbetrachtung	262
Demografie.....	262
Geburt	262
Gesundheitliche Situation	264
Individuelle Determinanten der Gesundheit	268
Verhältnisbezogene Determinanten der Gesundheit.....	272

Österreich im internationalen Vergleich.....	281
Zukünftige Herausforderungen.....	282
Tabellenverzeichnis.....	283
Abbildungsverzeichnis	285
Literaturverzeichnis	291
Abkürzungen.....	323

Kurzfassung

Kinder und Jugendliche repräsentieren die gesündeste Bevölkerungsgruppe. Ihre Gesundheit hat sich seit Beginn der modernen Gesundheitsversorgung kontinuierlich verbessert, wobei ein Großteil dieser Entwicklung auf die Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie die Eindämmung und verbesserte Behandelbarkeit übertragbarer Krankheiten zurückzuführen ist. Seit einigen Jahren mehren sich allerdings Befunde, die auf eine Verlangsamung dieses Trends und sogar auf eine tendenzielle Trendumkehr hindeuten. Vor allem chronische Krankheiten (z. B. atopische Erkrankungen, Krebs und Diabetes), Erkrankungen des Bewegungsapparats, psychische Störungen (Angststörungen, depressive Störungen) sowie Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten (ADHS, umschriebene Entwicklungsstörungen) scheinen zugenommen zu haben. Sie werden unter dem Schlagwort „moderne Morbidität“ diskutiert und repräsentieren eine sowohl gesundheitspolitische als auch gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gerät damit nicht nur in Hinblick auf ihre aktuelle Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, sondern auch in Hinblick auf eine immer älter werdende Gesellschaft in den Fokus.

Von besonderer Bedeutung erweisen sich in diesem Zusammenhang die Lebensbedingungen („Verhältnisse“) von Kindern und Jugendlichen. Diese beeinflussen ihr Gesundheitsverhalten, ihre Einstellungen, Überzeugungen und Werte sowie ihre Kompetenzen. In Kombination mit diesen Faktoren tragen die Lebensverhältnisse (z. B. Bildungschancen, Beschäftigung, Armut) zu einer mehr oder weniger gesunden Entwicklung bzw. zu mehr oder weniger Gesundheit bei.

Der vorliegende Bericht gibt – nach Maßgabe vorhandener Daten – Auskunft über die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen. Er thematisiert individuelle sowie verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten und legt einen Schwerpunkt auf das Thema Chancengerechtigkeit. Er verweist auf diesbezügliche Entwicklungen und macht – teils über internationale Vergleiche – Herausforderungen und Problemfelder sichtbar. Der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht liefert damit wichtige Anhaltspunkte zur Entwicklung geeigneter Gegenstrategien sowie Hinweise für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen. Er identifiziert relevante Risikogruppen und ermöglicht eine zwischenbilanzierende Beurteilung bisheriger Strategien und Maßnahmen.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht bildet damit die Basis für nachfolgende Planungsentscheidungen und richtet sich an die informierte Fachöffentlichkeit sowie an (politische) Entscheidungstragende.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Kinder und Jugendliche stellen die **gesündeste Bevölkerungsgruppe** dar. Ihre Gesundheit hat sich seit Beginn der Modernisierung kontinuierlich verbessert, wobei ein Großteil dieser Entwicklung auf die Verringerung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie auf die Eindämmung und verbesserte Behandelbarkeit übertragbarer Krankheiten (Infektionskrankheiten) zurückzuführen ist [vgl. 1]. Seit einigen Jahren mehren sich jedoch Befunde, die auf eine Verlangsamung dieses Trends und sogar auf eine tendenzielle Trendumkehr hindeuten. Vor allem chronische Krankheiten (z. B. atopische Erkrankungen, Krebs und Diabetes), Erkrankungen des Bewegungsapparats, psychische Störungen und Auffälligkeiten (Angststörungen, depressive Störungen) sowie Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten (ADHS, umschriebene Entwicklungsstörungen) scheinen zugenommen zu haben [vgl. 2]. Sie werden unter dem Schlagwort „**moderne Morbidität**“ diskutiert und stellen zentrale Herausforderungen des 21. Jahrhunderts dar. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gerät dabei nicht nur in Hinblick auf ihre aktuelle Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, sondern auch in Hinblick auf eine immer älter werdende Gesellschaft in den Fokus: Gesundheitliche Defizite haben oftmals bis ins Erwachsenenalter Bestand, eingeübte Verhaltensweisen schreiben sich vielfach über Jahrzehnte hinweg fort, Gesundheitsressourcen stehen auch im späteren Leben zur Verfügung – oder aber eben nicht. Die Kindheit und Jugend repräsentiert damit eine Lebensphase, in der wichtige Weichenstellungen getroffen werden, die auch die spätere Gesundheit maßgeblich betreffen.

Von besonderer Bedeutung erweisen sich in diesem Zusammenhang die **Lebensbedingungen** („Verhältnisse“) von Kindern und Jugendlichen. Sie beeinflussen ihr Gesundheitsverhalten, ihre Einstellungen, Überzeugungen und Werte sowie ihre Kompetenzen. In Kombination mit diesen Faktoren tragen die Lebensverhältnisse (z. B. Bildungschancen, Beschäftigung, Armut) zu einer mehr oder weniger gesunden Entwicklung bzw. zu mehr oder weniger Gesundheit bei. Sie können zu Isolation, Frustration und Enttäuschung führen und im schlimmsten Fall Krankheiten und Beschwerden hervorrufen. Besonderes Augenmerk gilt dabei der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, die auf eine Gleich- bzw. Ungleichverteilung gesundheitlicher Möglichkeiten hinweist und oftmals über den Lebenslauf hinweg Bestand hat [vgl. 3].

Zur nachhaltigen Verbesserung und Aufrechterhaltung der Kinder- und Jugendgesundheit wurde im Rahmen des Kindergesundheitsdialogs 2011 die **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie**[4] erarbeitet. Sie umfasst insgesamt 20 Ziele, die fünf Themenfeldern zugeordnet sind:

- Themenfeld 1: Gesellschaftlicher Rahmen
- Themenfeld 2: Gesunder Start ins Leben
- Themenfeld 3: Gesunde Entwicklung
- Themenfeld 4: Gesundheitliche Chancengleichheit
- Themenfeld 5: Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen

Seit 2011 wird die Strategie bundesweit jährlich einem Update unterzogen, um einerseits Kontinuität zu bewahren, andererseits die geknüpften Kontakte zu anderen Ressorts – im Sinne von Health in All Policies (HiAP) – aufrecht zu erhalten. Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie will damit zu mehr Gesundheit beitragen, indem sie gesundheitsförderliche Entwicklungen anregt.

Der vorliegende Gesundheitsbericht liefert wichtige Grundlagen, um gezielt Strategien und Maßnahmen entwickeln zu können. Er liefert **Anhaltspunkte für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen** und erlaubt, Risikogruppen zu identifizieren sowie den Erfolg bisheriger Strategien und Maßnahmen zu beleuchten. Die berichteten Ergebnisse sollen dabei nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern – im Sinne von Health in All Policies – auch allen anderen Politikfeldern zur Orientierung dienen. Die Gesundheitsberichterstattung fokussiert damit die Kinder- und Jugendgesundheit und versucht so, zu einer Sensibilisierung der Gesellschaft beizutragen.

1.2 Ziele und Zielgruppen

Der vorliegende Bericht gibt – nach Maßgabe vorhandener Daten – Auskunft über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen und zeigt diesbezügliche Entwicklungen auf. Er thematisiert individuelle und verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten und legt einen Schwerpunkt auf das Thema Chancengerechtigkeit.

Der Gesundheitsbericht gibt einen breit angelegten Überblick zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, geht jedoch bei keinem Thema in die Tiefe. Dafür verweist er auf

zahlreiche Datenquellen. Der Gesundheitsbericht liefert nicht nur aktuelle „Momentaufnahmen“, sondern gibt auch Auskunft über zeitliche Entwicklungen.

1.3 Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit

Dem Public Health Monitoring Framework (PHMF) folgend [5] können die Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit in zwei Gruppen unterteilt werden (vgl. Abbildung 1): in **individuelle Determinanten** der Gesundheit und in **verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten**.

Bei den individuellen Determinanten der Gesundheit können **körperliche** und **psychische Faktoren** sowie das **Gesundheitsverhalten** unterschieden werden.

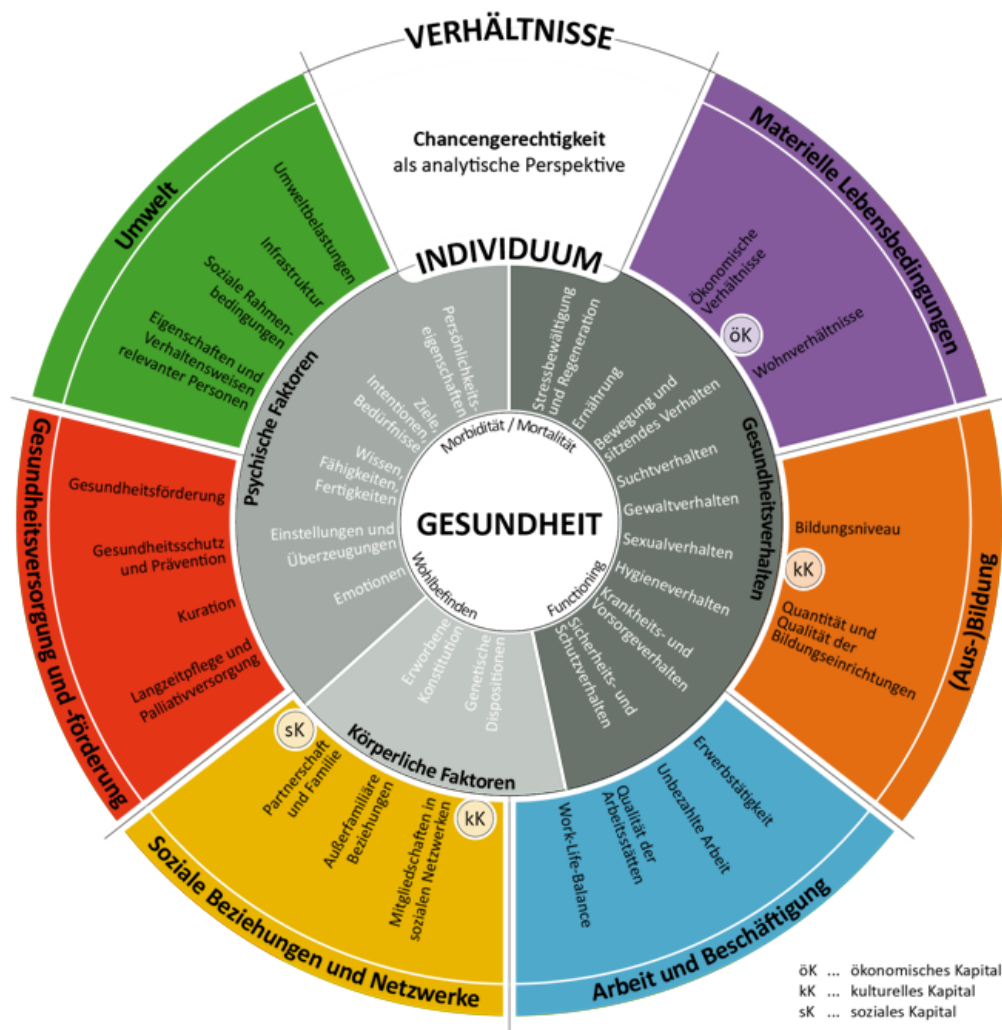
Die verhältnisbezogenen Determinanten können in sechs Themenbereiche unterteilt werden und umfassen all jene Faktoren, die sowohl die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen beschreiben als auch deren Gesundheit beeinflussen (vgl. Abbildung 1 bzw. Griebler et al. 2014):

- **materielle Lebensbedingungen** (ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse)
- **(Aus-)Bildung** (Bildungsniveau der Eltern und der Jugendlichen, Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen)
- **Arbeit und Beschäftigung** (Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit)
- **Soziale Beziehungen und Netzwerke** (familiäre und außerfamiliäre Beziehungen)
- **Gesundheitsversorgung und -förderung** (Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration)
- **Umwelt** (Umweltbelastungen, soziale Rahmenbedingungen)

Die **verhältnisbezogenen Determinanten** wirken dabei entweder **mittelbar über individuelle Faktoren** oder **direkt auf die Gesundheit** von Kindern und Jugendlichen und stehen auch untereinander in Wechselwirkung. Bei Kindern und Jugendlichen erweisen sich die verhältnisbezogenen Determinanten als noch etwas komplexer als bei Erwachsenen, da vielfach nicht nur die eigenen, sondern auch die Verhältnisse ihrer Eltern bzw. Erziehungsberechtigten maßgeblich sind.

Das Thema **Chancengerechtigkeit** wird als eine **analytische Kategorie** behandelt, die durch den Zusammenhang von vertikal und horizontal verlaufenden Schichtungsmerkmalen mit gesundheitlichen Determinanten und Outcomes zum Ausdruck kommt (vgl. Kapitel 7).

Abbildung 1: Determinanten der Kindergesundheit



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1.4 Aufbau und Inhalt des Berichts

Die Kapitelgliederung des Berichts folgt im Wesentlichen den EU-Empfehlungen für die Inhalte von Gesundheitsberichten.

Kapitel 2 gibt einen Überblick zu demografischen Kennzahlen, Kapitel 3 zu Indikatoren rund um das Thema Geburt. Kapitel 4 beleuchtet die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen, Kapitel 5 die individuellen Determinanten der Gesundheit. Verhältnisbezogene Determinanten der Gesundheit werden in Kapitel 6 dargestellt, wobei zukünftig noch mehr Augenmerk auf diese Thematik gelegt werden sollte. Kapitel 7 widmet sich der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und verankert damit ein immer relevanter werdendes Thema der Gesundheitsberichtserstattung. Jedes Berichtskapitel schließt mit einer Zusammenfassung, der Gesamtbericht mit einer zusammenfassenden Schlussbetrachtung.

Unabhängig von unterschiedlichen etablierten Definitionen¹ werden im vorliegenden Bericht unter „Kindern und Jugendlichen“ Personen verstanden, die das zwanzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

¹ Nach der Definition der UNO-Kinderrechtsdefinition sind Kinder Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. In Österreich ist der Begriff „Kind“ in den Jugendschutzgesetzen der Bundesländer unterschiedlich definiert; in vier Bundesländern kommt der Begriff im Jugendschutzrecht nicht vor. Die Bezeichnung „Jugendliche“ oder „junge Menschen“ umfasst nach den Ländergesetzen der Bundesländer Personen bis zum vollendete 18. Lebensjahr. Die Einbeziehung auch der 19-Jährigen im vorliegenden Bericht resultiert aus der eingeschränkten Verfügbarkeit von statistischen Daten (5-Jahres-Altersgruppen).

1.5 Indikatoren und Datengrundlagen

Tabelle 1: Verwendete Indikatoren und ihre Datengrundlagen

Indikator	Datenquelle	Bezug zu Zielen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Demografie		
Bevölkerungsanteile und Anzahl der 0- bis 19-Jährigen	Statistik Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes, Volkszählungen	
Bevölkerungsanteil der unter 15-Jährigen	Eurostat-Datenbank	
Anteil der 0- bis 14-Jährigen mit ausländischer Staatsbürgerschaft nach Herkunft	Statistik Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes	
Anzahl der 0- bis 19-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund	Statistik Austria: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen	
Anteil der 0- bis 19-Jährigen mit Migrationshintergrund nach dem Geburtsland der Mutter	Statistik Austria: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen	
Geburten		
Gesamtfertilitätsrate in Europa	Eurostat-Datenbank	
Anzahl der Geborenen	Statistik Austria: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung	
Geburtenrate	Statistik Austria: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Demographisches Jahrbuch	
Kaiserschnitttrate	Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik	Themenfeld 2, Ziel 3
Geburten nach Mehrlingseigenschaft	Statistik Austria: Demographisches Jahrbuch	Themenfeld 2, Ziel 3
Frühgeborenenrate, Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht	Statistik Austria: Jahrbücher der Gesundheitsstatistik	Themenfeld 2, Ziel 3
bei der Geburt erkennbare Fehlbildungen	Statistik Austria: Jahrbücher der Gesundheitsstatistik	
Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter	Statistik Austria: Demographisches Jahrbuch	Themenfeld 2, Ziel 3

Indikator	Datenquelle	Bezug zu Zielen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Teenager-Schwangerschaften	Statistik Austria: Jahrbücher der Gesundheitsstatistik	
IVF-Fonds-Versuche und Schwangerschaftsraten	GÖG/ÖBIG: IVF-Register	Themenfeld 2, Ziel 3
Gesundheitliche Situation		
Selbsteingeschätzte Gesundheit	BMG / LBIHPR HBSC 2014	
Lebenszufriedenheit	BMG / LBIHPR HBSC 2014	
Anzahl gesundheitlicher Beschwerden	BMG / LBIHPR HBSC 2014	
Stationäre Patientinnen und Patienten pro 100.000 und nach Hauptdiagnosen	BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Statistik Austria: Bevölkerungsstatistiken	
Ambulant diagnostizierte und medikamentös behandelte Krankheiten	GAP-DRG-Datenbank des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger	
Krebsinzidenz	Statistik Austria: Krebsstatistik	
Krebssterblichkeit	Statistik Austria: Todesursachenstatistik	
Stationäre Patientinnen und Patienten mit der Diagnose „Psychische oder Verhaltensstörung“	BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation	
Stationäre Patientinnen und Patienten mit der Diagnose „Essstörung“	BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation	
Suizidrate	Statistik Austria: Todesursachenstatistik	
Inzidenzrate Typ-1- und Typ-2-Diabetes	Medizinische Universität Wien: Diabetes-Inzidenz-Register	
Ärztlich diagnostizierte atopische Erkrankungen	ISAAC; vgl. Haidinger et al. 2011, Schernhammer et al. 2008, Schmitz et al. 2014	
Zahnstatus 6-, 12- und 18-Jähriger	GÖG-Zahnstatuserhebungen	
Anzahl professionell behandelter Verletzungen	BMG / LBIHPR HBSC 2014	
Erhöhte Familienbeihilfe	Statistik Austria: Sozialleistungen	Themenfeld 4, Ziel 10

Indikator	Datenquelle	Bezug zu Zielen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Pflegegeld	Statistik Austria: Pflegegeldstatistik	Themenfeld 4, Ziel 10
Stationär behandelte Verletzungen und Vergiftungen	BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation	
Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen	Statistik Austria: Todesursachenstatistik	
Tödliche Verletzungen und Vergiftungen nach ausgewählten Unfallarten	Statistik Austria: Todesursachenstatistik	
Gesamtsterblichkeit und nach Haupttodesursachen	Statistik Austria: Todesursachenstatistik; WHO-Datenbank	
Säuglingssterblichkeit	Eurostat-Datenbank	
Individuelle Determinanten		
Gewichtsstatus	BMG / LBIHPR HBSC 2014, Österreichischer Ernährungsbericht 2012, BMLVS: Stellungsuntersuchungen	
Schulbelastung	BMG / LBIHPR HBSC 2014	
Selbstwirksamkeit	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 3, Ziel 5
Körperwahrnehmung	BMG / LBIHPR HBSC 2014	
Gesundheitskompetenz von 15-Jährigen	Röthlin et al. 2013	
Bewegungsverhalten: Anzahl der Tage mit mind. einer Stunde körperlicher Aktivität	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 3, Ziel 7
Sitzendes Verhalten: Stunden pro Tag vor Fernseh-/Bildschirmen	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 3, Ziel 7
Ernährung: Nahrungszusammensetzung von 7- bis 14-Jährigen	Österreichischer Ernährungsbericht 2012	Themenfeld 3, Ziel 8
Ernährung: Häufigkeit des Konsums gesundheitsförderlicher / weniger gesundheitsförderlicher Lebensmittel; Frühstück: Tage pro Woche	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 3, Ziel 8

Indikator	Datenquelle	Bezug zu Zielen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Frühstück und Abendessen mit der Familie	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 3, Ziel 8
Art (voll, teilweise) und Dauer des Stillens	Säuglingsernährung Heute 2006	Themenfeld 3, Ziel 8
Sexualität: Verhütungsmethoden beim ersten Geschlechtsverkehr	BMG / LBIHPR HBSC 2014, Österreichischer Verhütungsreport	
Tabak: Anteil der täglich und wöchentlich rauchenden Jugendlichen	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 3, Ziel 5
Tabak: Anteile der Rauchenden	BMLVS: Stellungsuntersuchungen	Themenfeld 3, Ziel 5
Alkohol: Alkoholkonsum innerhalb des letzten Jahres / des letzten Monats	ESPAD-Studie	Themenfeld 3, Ziel 5
Alkohol: Häufigkeit des Alkoholkonsums	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 3, Ziel 5
Alkohol: Trunkenheitserfahrung	BMG / LBIHPR HBSC 2014, ESPAD-Studie	Themenfeld 3, Ziel 5
Illegale Drogen: Cannabiserfahrungen	ESPAD-Studie, BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 3, Ziel 5
Kaufsucht	Österreichische Studie zur Kaufsuchtgefährdung	
Spielsucht: Erfahrungen mit Glücksspiel und Häufigkeit	Studie zum Glücksspiel und Spieler:innenschutz in Österreich, Studie zur Nutzung von (Online-) Glücksspielen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich	
Gewalt: Täter:innen und Opfer von direkten und indirekten Gewalthandlungen	PISA-Studie	Themenfeld 3, Ziel 5
Gewalt: Beteiligung an Bullying-Attacken	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 3, Ziel 5
Verhältnisbezogene Determinanten		
Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen; dauerhafte Armutsgefährdung	Statistik Austria: EU-SILC	

Indikator	Datenquelle	Bezug zu Zielen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Finanzielle Deprivation	Statistik Austria: EU-SILC	
Manifeste Armut	Statistik Austria: EU-SILC	
Wohnverhältnisse: Überbelag, prekäre Wohnqualität	Statistik Austria: EU-SILC	
Bildungsniveau der Eltern	Statistik Austria: Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung	
Bildungsmobilität von 25- bis 44-Jährigen	Statistik Austria: EU-SILC	
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen	Statistik Austria: Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung, Eurostat-Datenbank	Themenfeld 3, Ziel 6
Kinderbetreuungsquote	Statistik-Austria: Kindertagesheim-Statistik, Eurostat-Datenbank	Themenfeld 3, Ziel 6
Betreuungsschlüssel	OECD: Education at a glance	Themenfeld 3, Ziel 6
Erwerbsstatus von Haushalten mit Kindern Erwerbsstatus von 15-bis 19-Jährigen	Statistik Austria: Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung	
Jugendarbeitslosigkeit	AMS, Statistik Austria: Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung, Eurostat-Datenbank	
Familienzusammensetzung	Statistik Austria:, Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung	
Scheidungskinder	Statistik Austria: Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung	
Gesprächsklima mit Vater, Mutter, Stiefvater, Stiefmutter	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 2, Ziel 4
Anzahl guter Freundschaften	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 2, Ziel 4
Kontakt mit Freundschaftskreis	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 2, Ziel 4
Ausmaß sozialer Unterstützung durch Freundschaftskreis	BMG / LBIHPR HBSC 2014	Themenfeld 2, Ziel 4
Qualität der Schüler:in-Schüler:in-Beziehungen, Qualität der Lehrperson-Schüler:in-Beziehungen	BMG / LBIHPR HBSC 2014	

Indikator	Datenquelle	Bezug zu Zielen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Gewalt in der Familie	BMWFJ: Erhebung Gewalt in der Familie, PISA 2009	
Durchimpfungsraten MMR Impfungen	BMG	Themenfeld 2, Ziel 4
Kariesprophylaxe-Aktivitäten in den Bundesländern	GÖG-Erhebung [6]	
Anzahl und Dichte niedergelassener Fachärzte/-ärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit/ohne Kassenvertrag	Ärzte-/Ärztinnenlisten der ÖAK und ZÄK, Statistik Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes	Themenfeld 5, Ziel 12
Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachärzten/-ärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit/ohne Kassenvertrag	HVSVT: Regiomed	Themenfeld 5, Ziel 12
Anzahl und Dichte niedergelassener Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin mit/ohne Kassenvertrag	Ärzte-/Ärztinnen listen der ÖAK und ZÄK, Statistik Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes	Themenfeld 5, Ziel 12
Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen für Allgemeinmedizin mit/ohne Kassenvertrag	HVSVT: Regiomed, Statistik Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes	
Anzahl der Spitalsambulanzen für Kinder- und Jugendheilkunde und kinder- und jugendchirurgische Ambulanzen	BMG: Kostenstellenstatistik	
Stationäre Patientinnen/Patienten pro 100.000	BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Statistik Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes	
Stationäre Aufenthalte pro 100.000	BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Statistik Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes	
Anteil der 0-Tages-Aufenthalte	BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation	
Anteil der stationären Aufenthalte auf kinderspezifischen Abteilungen	BMG: Diagnosen- und Leistungsdokumentation	Themenfeld 5, Ziel 14

Indikator	Datenquelle	Bezug zu Zielen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Bettenanzahl und -dichte	BMG: Kostenstellenstatistik	
Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Ärzte- bzw. Ärztinnenlisten der ÖAK und ZÄK 2001-2013	Themenfeld 5, Ziel 15
Ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Einheiten	BMG: Kostenstellenstatistik	Themenfeld 5, Ziel 12
Anteil psychotherapeutisch versorgter Kinder und Jugendlicher	Auskünfte der SV-Träger	Themenfeld 5, Ziel 15
Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung: Patientinnen/Patienten, Bettenanzahl und -dichte, Abteilungen	BMG: Kostenstellenstatistik	Themenfeld 5, Ziel 15
Psychosomatische Versorgung: Patientinnen/Patienten, Bettenanzahl und -dichte, Abteilungen	BMG: Kostenstellenstatistik	Themenfeld 5, Ziel 15
Patienten/Patientinnen unter 19 Jahren mit Bedarf an stationärer Rehabilitation	BMG: Diagnosen und Leistungsdokumentation, Statistik Austria / ÖROK: Bevölkerungsstatistiken und -prognosen	Themenfeld 5, Ziel 18
Stationäre Rehabilitation: Bettenbedarf	BMG: Diagnosen und Leistungsdokumentation, Statistik Austria / ÖROK: Bevölkerungsstatistiken und -prognosen	Themenfeld 5, Ziel 18
Bedarf Palliativversorgung: Anzahl Betroffene	Nemeth/Pochobradsky 2013	Themenfeld 5, Ziel 19
Chancengerechtigkeit		
Selbsteingeschätzte Gesundheit*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Lebenszufriedenheit*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Gesundheitliche Beschwerden*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Professionell behandelte Verletzungen*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Übergewicht*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Körperwahrnehmung*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Schulstress*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Selbstwirksamkeit*		Themenfeld 4, Ziel 9

Indikator	Datenquelle	Bezug zu Zielen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Bewegungsverhalten: Mind. 5 Tage pro Woche körperlich aktiv für mind. 60 Minuten*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Sitzendes Verhalten: Täglich 2 oder mehr Stunden vor dem Fernseher / digitales Spielen)*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Ernährung: Häufiger Konsum von gesundheitsförderlichen/weniger gesundheitsförderlichen Lebensmitteln*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Tabak Täglicher Zigarettenkonsum*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Alkoholkonsum: Wöchentlich und Trunkenheit*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Illegale Drogen: Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Sexualität: Bereits Geschlechtsverkehr / Verhütungsmethode*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Gewalt: Gewalthandlungen in der Opfer- und Täter:innenrolle*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Gesprächsklima mit dem Vater/ mit der Mutter*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9
Qualität der Schüler:in-Schüler:in-Beziehung und Qualität der Schüler:in-Lehrperson-Beziehung)*	BMG / LBIHPR HBSC 2010	Themenfeld 4, Ziel 9

* Alle Determinanten der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit wurden nach Geschlecht, Familienwohlstand und Migrationshintergrund stratifiziert.

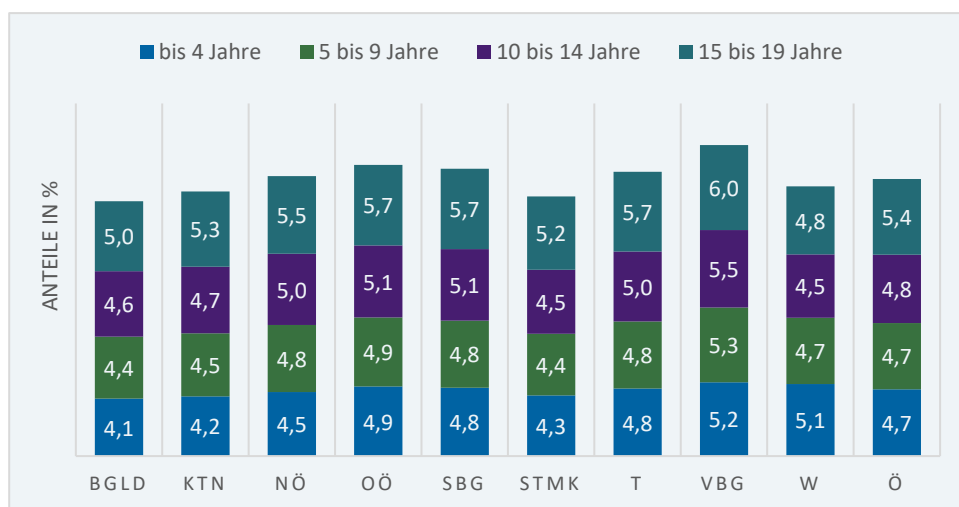
Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2 Demografie

2.1 Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Bevölkerung

Zu Beginn des Jahres 2015 lebten in Österreich **1.686.931 Kinder und Jugendliche** im Alter von unter zwanzig Jahren, das entspricht **19,6 Prozent** der Gesamtbevölkerung. Unter den Bundesländern weist Vorarlberg mit 22,1 Prozent den höchsten Anteil von unter Zwanzigjährigen auf, den niedrigsten Anteil verzeichnet das Burgenland mit 18,1 Prozent (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Anteil der Kinder und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre) an der Bevölkerung, nach Bundesländern, 2015 (Stand 1. 1. 2015)



Quelle: Statistik Austria – STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015

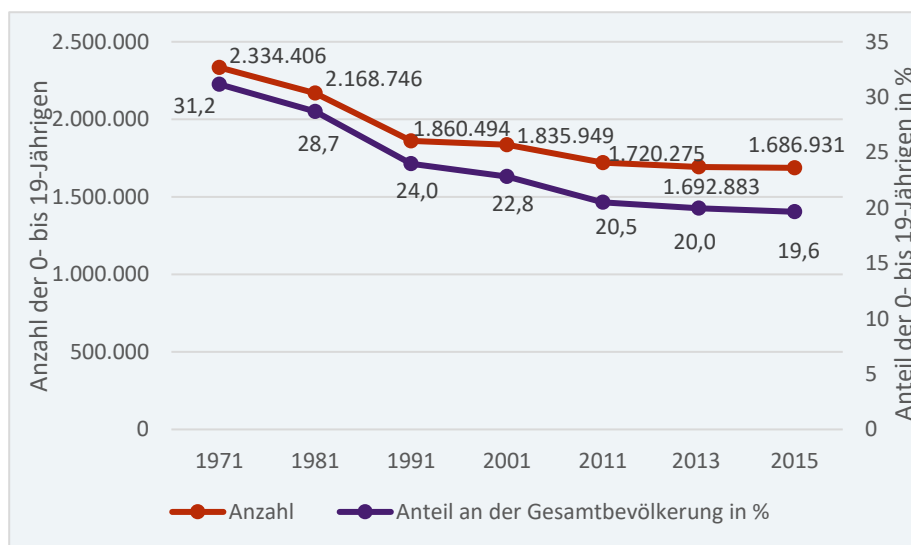
Darstellung: GÖG/ÖBIG

In der Altersgruppe der 0- bis 19-Jährigen gibt es mit 51 Prozent etwas mehr Burschen als Mädchen (49 %). Die Geschlechterverteilung war in den letzten zehn Jahren weitgehend konstant.

Im Jahr 2015 lebten knapp 1,7 Mio. Null- bis 19-Jährige in Österreich, im Jahr 1971 waren es noch etwa 2,3 Mio. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung

ist in den 1970er und 1980er Jahren sehr stark und seither weiterhin leicht gesunken. Er betrug 1971 31,2 Prozent und 2015 19,6 Prozent (vgl. Abbildung 3). Laut Bevölkerungsprognose der Statistik Austria wird der Anteil dieser Altersgruppe in den nächsten Jahrzehnten weiter sinken und im Jahr 2050 bei 18,4 Prozent liegen, danach aber wieder leicht ansteigen. [8]

Abbildung 3: Anzahl der Kinder und Jugendlichen und Anteil an der Gesamtbevölkerung in Österreich (Altersgruppe 0 bis 19 Jahre), 1971 bis 2015



1971-2013: Jahresdurchschnittsbevölkerung

2015: Stand 1. 1. 2015

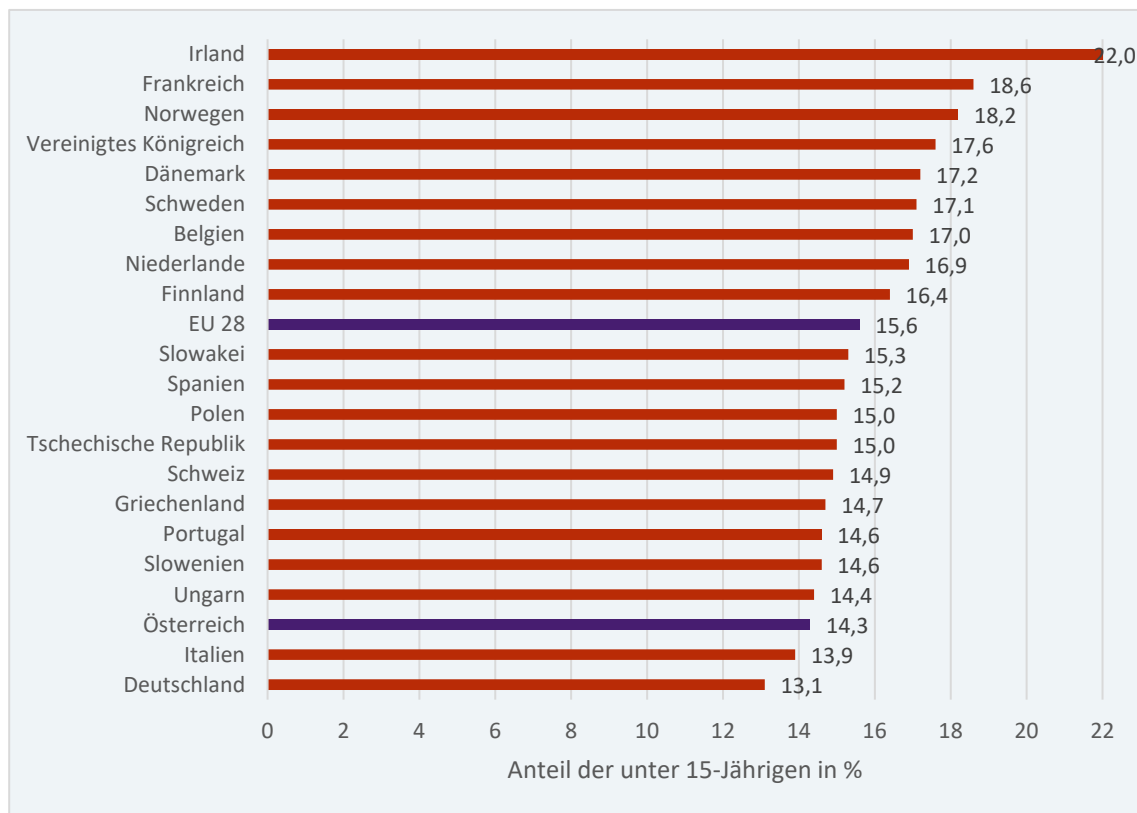
Quellen: Statistik Austria – Volkszählungen (bis 1981);

Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (Jahresdurchschnittswerte ab 1985;

STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im europäischen Vergleich liegt Österreich mit einem Bevölkerungsanteil der unter 15-Jährigen von 14,3 Prozent unter dem gesamteuropäischen Wert von 15,6 Prozent (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in ausgewählten Ländern, 2014



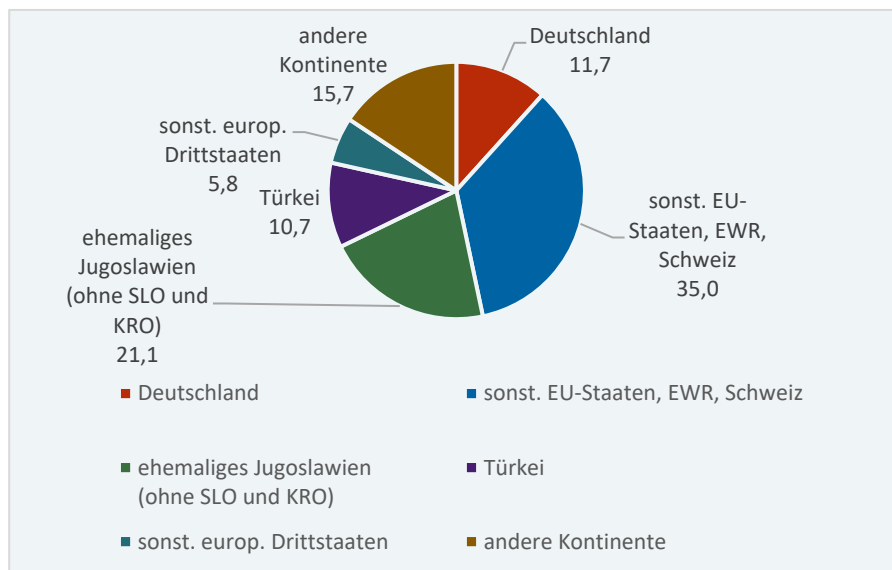
Quelle: Eurostat-Datenbank (10. 6. 2015); Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

In Österreich lebten mit Stand 1. 1. 2015 rund **180.000 Kinder** (bis 14 Jahre) mit **ausländischer Staatsbürgerschaft**. Das entspricht **14,6 Prozent** aller in Österreich lebenden Kinder dieser Altersgruppe². Der Anteil ist in den letzten Jahren leicht gestiegen. Rund 47 Prozent der Kinder mit ausländischer Staatsbürgerschaft kommen aus EU-Staaten, aus dem EWR oder der Schweiz, vor allem aus Deutschland. Rund 38 Prozent dieser Kinder besitzen eine Staatsbürgerschaft aus einem anderen europäischen Land (insbesondere aus der Türkei, Serbien und Bosnien), 16 Prozent kommen von einem anderen Kontinent (vgl. Abbildung 5).

² In der Gesamtbevölkerung betrug am 1. 1. 2015 der Anteil an Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft 13,3 Prozent.

Abbildung 5: Herkunft der 0- bis 14-Jährigen in Österreich mit ausländischer Staatsbürgerschaft, 2015 (Anteile in Prozent)



SLO = Slowenien, KRO = Kroatien
Bevölkerungsstand am 1. 1. 2015

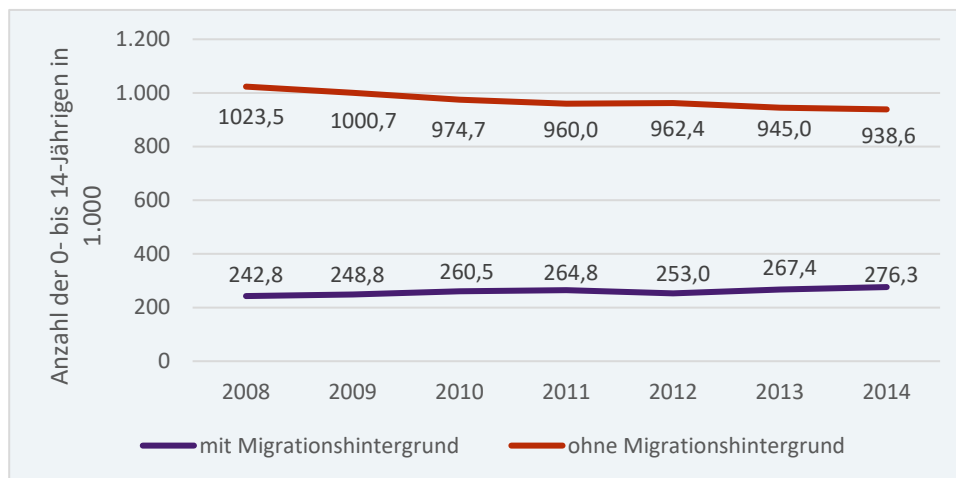
Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes (10. 6. 2015);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

In der jährlichen Mikrozensus-Erhebung der Statistik Austria werden Personen auch nach dem Migrationshintergrund erfasst (unabhängig von der Staatsbürgerschaft). Demnach lebten im Jahr 2014 in Österreich rund **276.300 Kinder** (bis 14 Jahre) mit **Migrationshintergrund**³ (Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, online abgefragt bei Statistik Austria am 12. 6. 2015).

Im Verlauf der Jahre 2008 bis 2014 ist die Anzahl der 0- bis 14-Jährigen ohne Migrationshintergrund (d. h. zumindest ein Elternteil ist in Österreich geboren) um rund acht Prozent gesunken, während die Zahl derer mit Migrationshintergrund um etwa **14 Prozent** gestiegen ist (vgl. Abbildung 6).

³ Migrationshintergrund ist in der Arbeitskräfteerhebung definiert als „beide Elternteile im Ausland geboren“.

Abbildung 6: Anzahl der 0- bis 14-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich (in 1.000), 2008-2014



Mit Migrationshintergrund: beide Elternteile im Ausland geboren

Ohne Migrationshintergrund: zumindest ein Elternteil in Österreich geboren

Quellen: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2008-2014;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Bundesland mit dem höchsten Anteil an Kindern (0 bis 14 Jahre) mit Migrationshintergrund ist Wien (45 % im Jahr 2014); Kärnten hat mit rund 11 Prozent den niedrigsten Anteil (Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, online abgefragt bei Statistik Austria am 12. 6. 2015).

2.3 Zusammenfassung

- In den 1970er Jahren waren 31,2 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren, im Jahr 2015 betrug dieser Anteil nur mehr knapp 20 Prozent.
- Österreich liegt im europäischen Vergleich mit einem Bevölkerungsanteil der unter 15-Jährigen von 14,3 Prozent unter dem gesamteuropäischen Durchschnitt (15,6 %).
- Im Jahr 2015 lebten in Österreich rund 180.000 Kinder (bis 14 Jahre) mit ausländischer Staatsbürgerschaft. Das entspricht 14,6 Prozent aller in Österreich lebenden Kinder dieser Altersgruppe. Rund 276.000 haben einen Migrationshintergrund.
- Im Verlauf der Jahre 2008 bis 2014 ist die Anzahl der 0- bis 14-Jährigen ohne Migrationshintergrund (d. h. zumindest ein Elternteil ist in Österreich geboren) um

rund acht Prozent gesunken, während die Zahl derer mit Migrationshintergrund um etwa 14 Prozent zunahm.

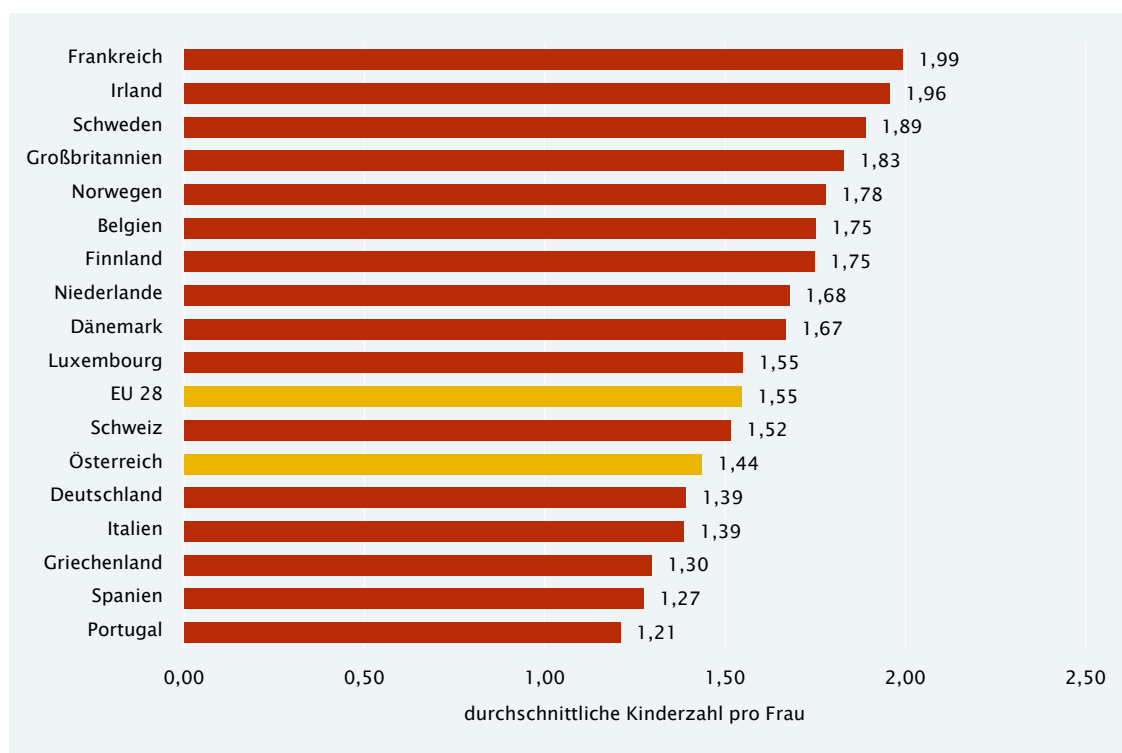
3 Geburten

3.1 Fertilität

Die **Gesamtfertilitätsrate** (durchschnittliche Kinderzahl pro Frau) lag im Jahr 2013 bei **1,44** Kindern und somit wieder über dem Tiefststand von 1,33 im Jahr 2001. Nach Bundesländern betrachtet war die Gesamtfertilitätsrate im Jahr 2013 im Burgenland mit 1,27 am niedrigsten, in Oberösterreich und in Vorarlberg mit jeweils 1,55 bzw. 1,52 am höchsten. Die Gesamtfertilitätsrate von Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft lag im Jahr 2012 bei 1,34, jene von Frauen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft bei 1,95. Die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (mittlere Variante) geht davon aus, dass die Gesamtfertilitätsrate bis 2030 wieder auf 1,49 steigen wird [8].

Österreichs Gesamtfertilitätsrate liegt unter dem europäischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Gesamtfertilitätsrate in ausgewählten europäischen Ländern, 2013



Quelle: Eurostat-Datenbank (10. 6. 2015); Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.2 Geburtenrate

In Österreich wurden in den letzten Jahren jährlich etwa 80.000 Kinder geboren, rund 270 bis 300 davon wurden tot geboren (0,4 bis 0,3 %, Tendenz: sinkend). Die Zahl der Lebendgeborenen erreichte im Jahr 2001 mit 75.458 einen seit vielen Jahrzehnten historischen Tiefststand [9] und betrug im Jahr 2014 wieder 81.995 (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Lebendgeborene und Geburtenrate in Österreich, 1985-2014

Jahr	Anzahl der Geborenen	davon Lebendgeborene in %	Lebendgeborene pro 1.000 EW
1985	87.847	99,5	11,6
1990	90.779	99,6	11,8
1995	89.058	99,6	11,2
2000	78.599	99,6	9,8
2005	78.479	99,6	9,5
2010	79.038	99,6	9,4
2014	81.995	99,7	9,6

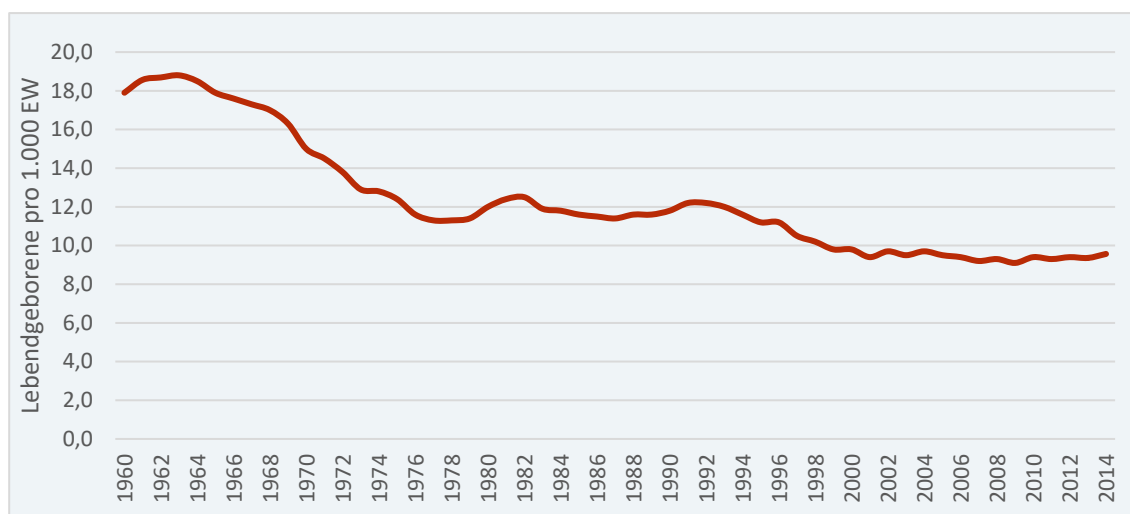
EW = Einwohner:innen

Quelle: Statistik Austria – STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Langfristig ist die Geburtenrate (Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner:innen) in Österreich deutlich rückläufig. Innerhalb der letzten 50 Jahre, von 1962 bis 2014, hat sich die Anzahl **der Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner:innen (EW)** von 18,7 auf 9,6 halbiert. Ein besonders starker Rückgang war nach der Babyboom-Phase Anfang der 1960er Jahre, aber auch Mitte der 1970er Jahre und in den 1990er Jahren zu beobachten. Seit der Jahrtausendwende ist die Geburtenrate weitgehend konstant (vgl. Abbildung 8). Laut Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (mittlere Variante) wird die Geburtenrate langfristig weiter zurückgehen und im Jahr 2050 bei 8,8 liegen [8].

Abbildung 8: Geburtenrate in Österreich 1960-2014

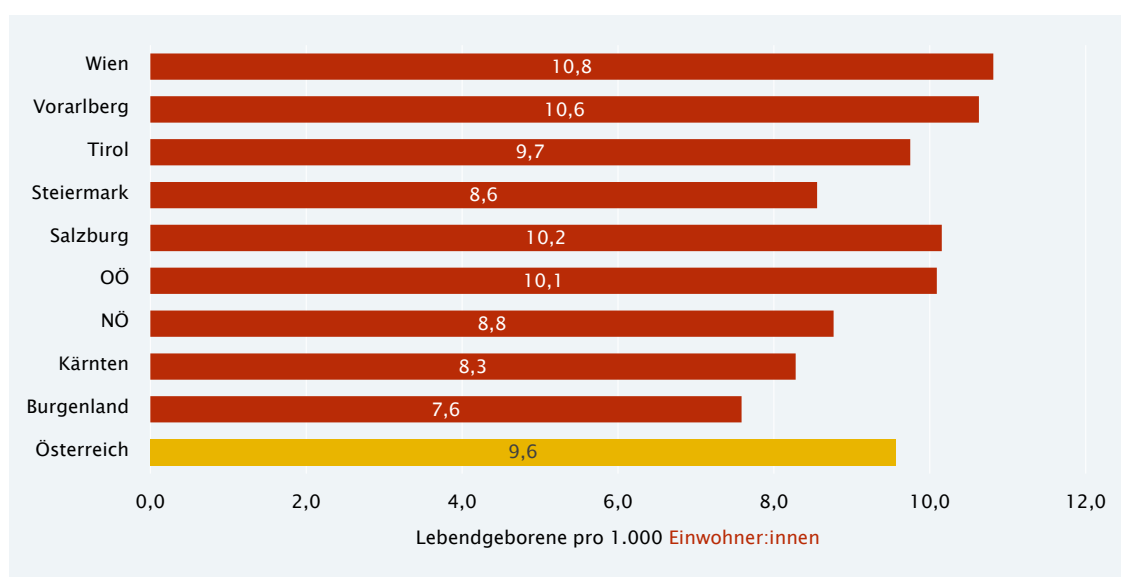


Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (12. 6. 2015);

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Geburtenrate lag in Österreich im Jahr 2014 bei 9,6 Lebendgeborenen pro 1.000 EW. In Vorarlberg und Wien waren die Geburtenraten am höchsten mit mehr als zehn Lebendgeborenen pro 1.000 EW, das Burgenland wies mit 7,6 die niedrigste Rate auf (vgl. Abbildung 9).

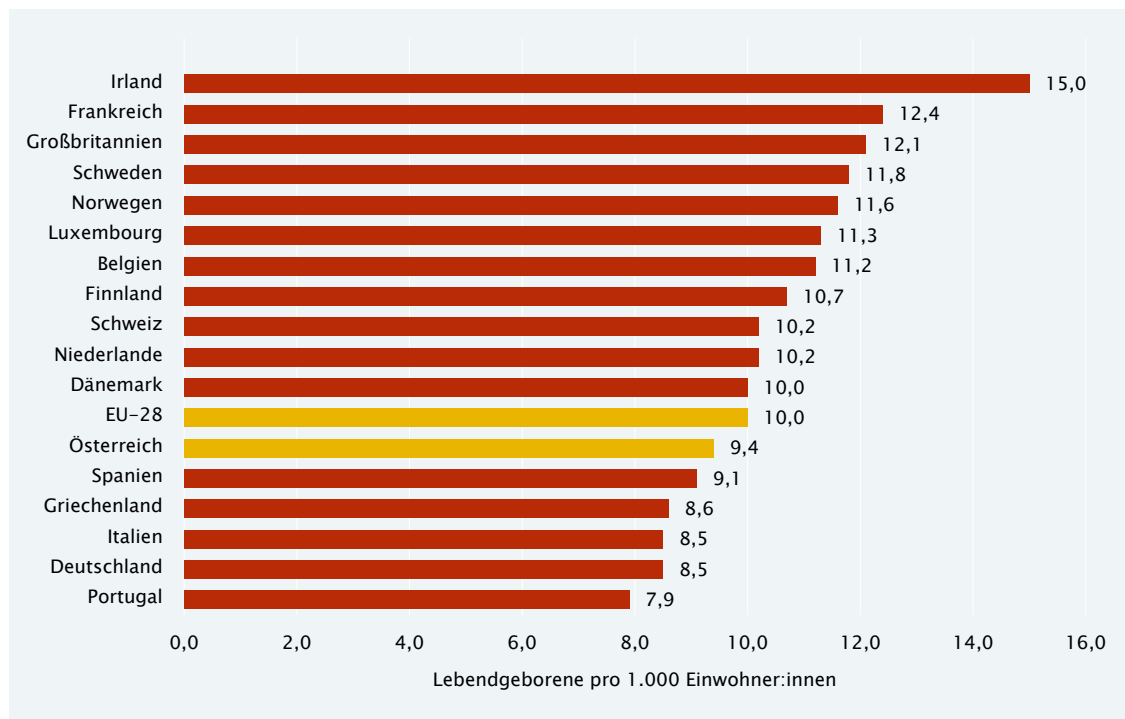
Abbildung 9: Geburtenrate nach Bundesländern, 2014



Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (12. 6. 2015);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern liegt Österreich mit einer Geburtenrate von 9,4 pro 1.000 Einwohner:innen im Jahr 2013 im unteren Feld (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Geburtenrate in ausgewählten europäischen Ländern, 2013



Quelle: Eurostat-Datenbank (10. 6. 2015);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

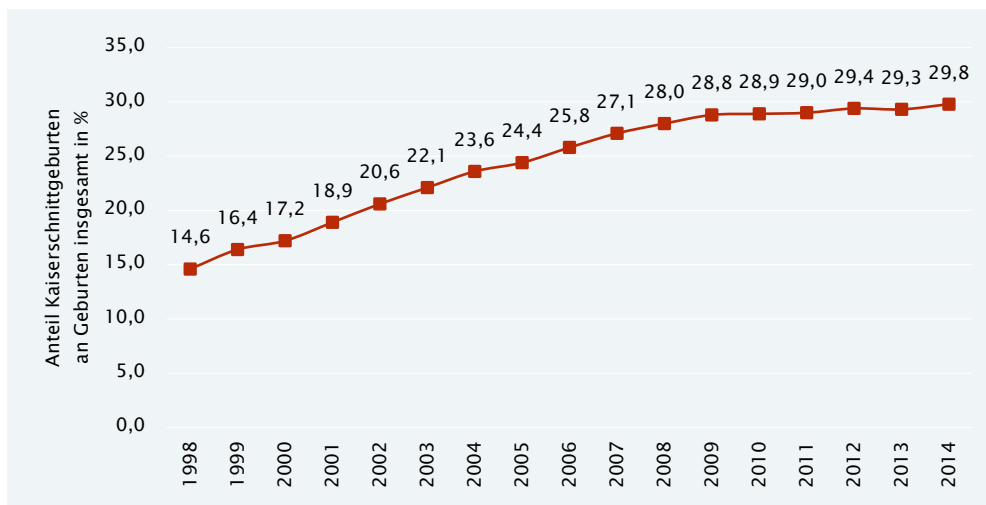
3.3 Art und Ort der Entbindung

In Österreich wird zum überwiegenden Teil **im Krankenhaus** entbunden (98,5 % im Jahr 2014), der Anteil an Hausgeburten ist seit 1998 mit 1,1 bis 1,3 Prozent weitgehend konstant.

Die Art der Entbindung hat sich in den letzten 15 Jahren deutlich verändert. Mittlerweile kommen in Österreich rund **30 Prozent der Kinder mittels Kaiserschnitt** auf die Welt, im

Jahr 1998 war die Rate mit 14,6 Prozent nur halb so hoch (vgl. Abbildung 11). Die Rate der Spontangeborenen (ohne Hilfsmittel) ist in diesem Zeitraum von 79,7 auf 64,2 Prozent gesunken. Der Anteil an Kindern, die mit Saugglocke, Zange oder manueller Hilfe zur Welt kamen, lag im Zeitraum von 1998 bis 2014 zwischen vier und sechs Prozent ohne einen erkennbaren Trend.

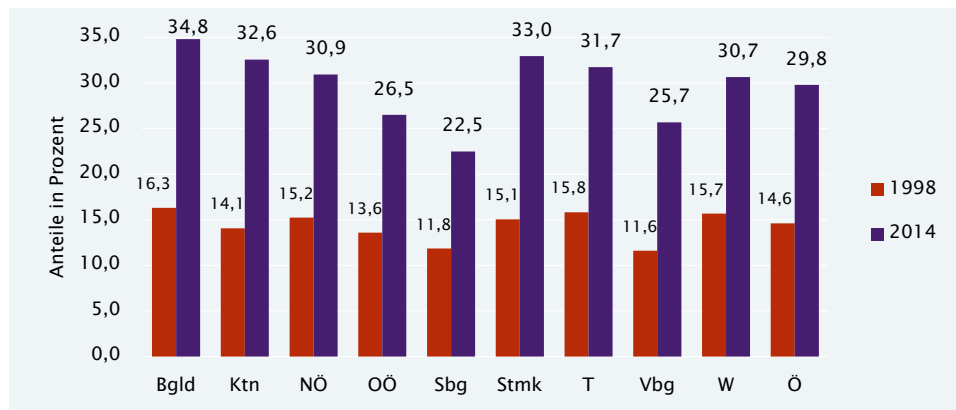
Abbildung 11: Kaiserschnittrate 1998 bis 2014



Quellen: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998-2012; STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Unterschiede bei der Kaiserschnittrate zwischen den einzelnen Bundesländern waren 1998 vergleichsweise gering (zwischen 11,6 % in Vorarlberg und 16,3 % im Burgenland). Bis zum Jahr 2014 sind nicht nur die Raten in allen Bundesländern deutlich gestiegen, es sind auch die Unterschiede zwischen den Bundesländern größer geworden. Die Bandbreite bewegt sich zwischen 22,5 Prozent in Salzburg und 34,8 Prozent im Burgenland (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Kaiserschnittraten nach Bundesländern, 1998 und 2014



Quellen: Statistik Austria – STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Kaiserschnittquote in Österreich liegt über dem europäischen Durchschnitt. Insbesondere in nordeuropäischen Ländern ist sie deutlich niedriger als in Österreich. Im Jahr 2011 beispielsweise machte die Anzahl der Neugeborenen (pro 1.000 Lebendgeburten), die per Kaiserschnitt zur Welt kamen, in Finnland, in den Niederlanden und auch in Schweden nur 50 bis 60 Prozent des entsprechenden österreichischen Wertes aus. (OECD-Datenbank)

3.4 Mehrlingsgeburten

Von den insgesamt 81.722 im Jahr 2014 geborenen Kindern waren **2.625 Kinder aus Mehrlingsgeburten** (3,2 %), der Großteil davon Zwillinge. Die Tendenz bei den Zwillingsgeburten war in den letzten 30 Jahren steigend: Im Jahr 1985 gab es rund 1.630 Zwillingskinder, 2014 waren es knapp 2.600; das entspricht einem Zuwachs von 58 Prozent.

Tabelle 3: Lebendgeborene nach Mehrlingeigenschaft in Österreich, 1985-2014

Jahr	Lebendgeburten insgesamt	Einzelkinder	Zwillinge	Drillinge	Vierlinge	Anteil der Kinder aus Mehrlingsgeburten
1985	87.440	85.748	1.627	57	8	1,9

Jahr	Lebendgeburten insgesamt	Einzelkinder	Zwillinge	Drillinge	Vierlinge	Anteil der Kinder aus Mehrlingsgeburten
1990	90.454	88.567	1.836	51	-	2,1
1995	88.669	86.535	2.071	47	16	2,4
2000	78.268	76.209	1.964	95	-	2,6
2005	78.190	75.775	2.318	93	4	3,1
2010	78.742	75.988	2.663	87	4	3,5
2014	81.722	79.097	2.573	48	4	3,2

Quelle: Statistik Austria – STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.5 Frühgeburten und Fehlbildungen

In Österreich wurden 2014 rund 6.500 Kinder vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche geboren, das entspricht einem Anteil von **8,0 Prozent** an allen Lebendgeborenen⁴. Das bedeutet, dass etwa jede zwölfte Geburt eine Frühgeburt war. Die Entwicklung innerhalb der letzten Jahrzehnte zeigt eine leicht steigende Tendenz bis 2008 (8,9 %), seither ist der Anteil wieder leicht rückläufig.

Eine durchschnittliche Schwangerschaft dauerte im Jahr 1998 39,1 Wochen und im Jahr 2012 39,3 Wochen. Die Überlebenschancen der Frühgeborenen haben sich innerhalb der letzten Jahrzehnte deutlich verbessert. 1985 starben 7,2 Prozent der Frühgeborenen, im Jahr 2013 lag der Anteil bei 2,7 Prozent [9]. Je höher der Bildungsstand der Mutter, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt und desto größer sind die Überlebenschancen bei einer Frühgeburt. Diese Unterschiede nach dem Bildungsgrad der Mutter wurden in den letzten Jahrzehnten jedoch geringer (vgl. Kapitel 7) [9, 10].

Kinder mit einem **Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm** gelten als low-birth-weight-Säuglinge, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer [10]. Im Jahr 2014 kamen 5.403 Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm zur Welt; das sind

⁴ Lebendgeborene: Nach § 1 Abs 7 Österreichisches Hebammengesetz gilt eine Leibesfrucht als lebendgeboren - unabhängig von der Schwangerschaftsdauer - dann, wenn nach Austritt aus dem Mutterleib entweder die natürliche Lungenatmung eingesetzt oder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert hat.

6,6 Prozent der Lebendgeborenen. Auch dieser Kennwert ist in den Anfangsjahren des neuen Jahrtausends gestiegen und seit 2008 wieder leicht rückläufig (vgl. Tabelle 4).

Die Anzahl von Kindern, die mit erkennbaren **Fehlbildungen** geboren werden, ist im Zeitraum 1998 bis 2013 leicht gesunken, allerdings ohne klare Tendenz. Im Jahr 2013 betraf dies 206 Kinder bzw. **0,26 Prozent** aller Lebendgeborenen. Am häufigsten sind Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems, gefolgt von Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalte. Bei der Geburt erkennbare Fehlbildungen sind bei Kindern von Müttern ab 40 Jahren deutlich erhöht: Im Durchschnitt waren im Jahr 2013 260 von 100.000 Neugeborenen fehlgebildet, bei 40- bis 44-jährigen Müttern waren es 264 und bei 45- bis 49-jährigen sogar 562 [8].

Tabelle 4: Schwangerschaftsdauer und Geburtsgewicht, 1985-2014

Jahr	Frühgeborene*		Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm	
	absolut	Anteile in %	absolut	Anteile in %
1985	7386	8,4	5058	5,8
1990	7326	8,1	5063	5,6
1995	7537	8,5	5087	5,7
2000	6478	8,3	4958	6,3
2005	6610	8,5	5355	6,8
2010	6681	8,5	5549	7,0
2014	6526	8,0	5403	6,6

* Lebendgeborene in der Schwangerschaftswoche 22 + 0 bis 36 + 6

Quellen: Statistik Austria – STATcube, abgefragt am 12. 6. 2015;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die österreichweiten Daten der Statistik Austria zu Fehlbildungen in Österreich dürften allerdings die Prävalenz von Fehlbildungen massiv unterschätzen.

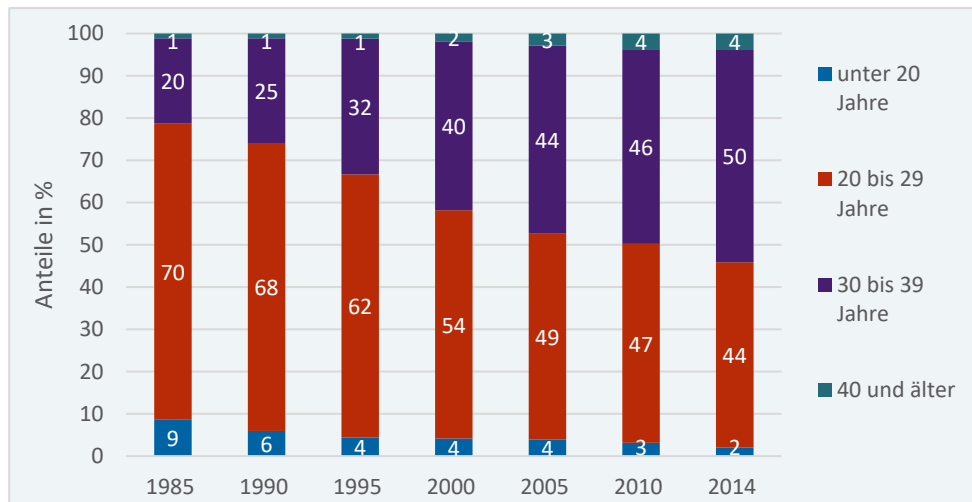
Einen Hinweis darauf liefert das Steiermärkische Fehlbildungsregister, demzufolge die Anzahl von Neugeborenen mit Fehlbildungen in der Steiermark bis zu fünfmal so hoch ist⁵. Das liegt unter anderem daran, dass die Statistik Austria die Daten auf Basis der Hebammenmeldungen und Totenscheine registriert. Doch viele Fehlbildungen sind bei Neugeborenen noch nicht ersichtlich. In das Steiermärkische Fehlbildungsregister fließen auch Informationen aus der pränatalen Diagnostik, von geburtshilflichen Abteilungen oder der Kinderklinik ein [11]. Diese Diagnosen werden oft erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt (innerhalb des ersten Lebensjahres) und dürfen nur von ärztlicher Seite amtlich festgestellt werden. Zum Steiermärkischen Fehlbildungsregister besteht keine gesetzliche Meldepflicht [11], weshalb auch diese Angaben die Prävalenz möglicherweise unterschätzen.

3.6 Alter der Mutter

Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Entbindung ist seit den 1980er Jahren kontinuierlich angestiegen. Im Jahr 2014 lag das durchschnittliche Gebäralter beim ersten Kind bei 29,1 Jahren, das **durchschnittliche Gebäralter** insgesamt bei **30,5 Jahren**. Gesundheitspolitisch ist dieser Umstand von Bedeutung, da ein höheres Alter der Mütter einen Risikofaktor für Frühgeburten und genetische Anomalien darstellt [12]. Von den Bundesländern wiesen im Jahr 2014 Tirol und Vorarlberg mit 31,0 Jahren das höchste Durchschnittsalter der Mütter auf, Oberösterreich mit 30,2 Jahren das niedrigste (Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, erstellt am 11. 6. 2015 online).

⁵ Beispielsweise wurden 2012 laut Statistik Austria in der Steiermark 23 Kinder mit Fehlbildungen registriert [9], laut Steiermärkischem Fehlbildungsregister waren es im selben Jahr 77 Kinder [11].

Abbildung 13: Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter, 1985-2014

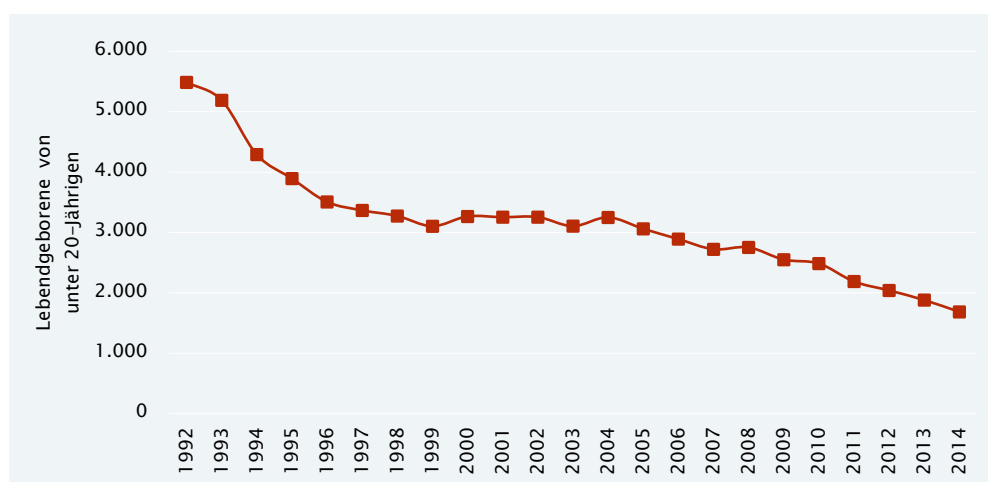


Quelle: Statistik Austria – STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Teenager-Schwangerschaften sind häufig mit sozialen und gesundheitlichen Problemen verbunden. Im Jahr 2014 gab es in Österreich **1.686 Lebendgeburten** bei Müttern, die jünger als 20 Jahre waren, 15 davon waren sogar jünger als 15 Jahre. Der Trend zeigt eine sinkende Anzahl an Geburten im Teenageralter (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Anzahl der Geburten im Teenageralter 1992-2014



Quellen: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 1998 und 2012, STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.7 In-vitro-Fertilisationen (IVF)

Im Rahmen des IVF-Fonds wurden in Österreich im Jahr 2014 fast **7.650 IVF-Versuche** durchgeführt. Die Anzahl der im IVF-Register dokumentierten Versuche stieg kontinuierlich, von 2001 bis 2014 um rund 62 Prozent. Da die Schwangerschaftsrate (Anzahl der Schwangerschaften pro IVF-Versuch) in diesem Zeitraum ebenso gestiegen ist (von 22,8 % auf 30,9 %), ist die Zahl der Schwangerschaften aus einer IVF noch deutlicher gestiegen als die der IVF-Versuche.

Im Jahr 2013 wurden 2.338 Schwangerschaften aus IVF registriert, daraus resultierten **1.998 Geburten** (vgl. Tabelle 5). Dies macht 2,6 Prozent aller 2013 dokumentierten Geburten aus.

Im Jahr 2009 waren **24 Prozent** der IVF-Geburten **Mehrlingsgeburten** (298 Geburten), 2013 betrug dieser Anteil nur mehr 14 Prozent (284 Geburten). Der Anteil von Mehrlingsgeburten an allen IVF-Geburten wurde geringer, weil in den letzten Jahren tendenziell weniger Follikel transferiert wurden. Rund ein Fünftel aller Mehrlingsgeburten 2013 waren IVF-Geburten. [13]

Tabelle 5: Anzahl der IVF-Versuche (und Schwangerschaftsraten) im Rahmen des IVF-Fonds, 2009-2014

Jahr	Anzahl IVF-Versuche	Anzahl Schwangerschaften	Anzahl IVF-Geburten	Anteil IVF-Mehrlingsgeburten an	
				IVF-Geburten insgesamt	Mehrlingsgeburten insgesamt
2009	6.599	1.971	1.253	23,8	23,0
2010	6.781	2.152	1.671	22,8	27,8
2011	7.042	2.114	1.674	19,0	22,8
2012	7.196	2.191	1.801	14,9	21,6
2013	7.478	2.338	1.998	14,2	21,3
2014	7.649	*	*	*	*

* Noch keine Daten vorhanden

Quelle: GÖG/ÖBIG 2015, IVF-Register Jahresbericht 2014;
Statistik Austria, STATcube, abgefragt am 15. 6. 2015; Darstellung: GÖG/ÖBIG

3.8 Zusammenfassung

- Österreichs Gesamtfertilitätsrate liegt im europäischen Vergleich mit 1,44 Kindern pro Frau eher im unteren Bereich.
- In Österreich werden seit der Jahrtausendwende jährlich knapp 80.000 Kinder geboren, rund 270 bis 300 davon als Totgeburten. Nach einem stetigen Rücklauf seit den 1960er Jahren verläuft die Geburtenrate seit der Jahrtausendwende konstant.
- 98,5 Prozent aller Geburten in Österreich finden im Krankenhaus statt, nur wenige Frauen entscheiden sich für eine Hausgeburt (seit 1998 zwischen 1,1 % und 1,3 %). Rund 30 Prozent aller Kinder kommen aktuell mittels Kaiserschnitt auf die Welt.
- Rund 3,2 Prozent aller Kinder stammen aus Mehrlingsgeburten, bis zum Jahr 2011 zeigte sich eine steigende Tendenz, seither ist der Anteil wieder leicht rückläufig.
- Jede zwölfte Geburt ist eine Frühgeburt. Die Überlebenschancen von Frühgeborenen haben sich innerhalb der letzten Jahrzehnte deutlich verbessert. Ein höherer Bildungsstand der Mutter geht mit geringerer Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt und größerer Überlebenschance einher.
- 0,26 Prozent aller Lebendgeborenen werden mit erkennbaren Fehlbildungen geboren. Zu den häufigsten zählen Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems, gefolgt von Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalte. Erkennbare Fehlbildungen sind bei Kindern von Müttern ab 40 Jahren deutlich erhöht.
- Das durchschnittliche Gebäralter beim ersten Kind liegt bei 29,1 Jahren, das durchschnittliche Gebäralter insgesamt bei 30,5 Jahren. Gesundheitspolitisch ist das Alter der Mutter bei der Geburt sehr bedeutsam, da ein höheres Alter der Mütter einen Risikofaktor für Frühgeburten und genetische Anomalien darstellt. Geburten im Teenageralter sind rückläufig.
- In-vitro-Fertilisationsversuche im Rahmen des IVF-Fonds sind im Steigen begriffen (zwischen 2001 und 2013 ein Anstieg um 58 %). Im Jahr 2013 resultierten 2,6 Prozent aller Geburten aus IVF. Von allen IVF-Geburten waren im Jahr 2013 14 Prozent Mehrlingsgeburten, rund ein Fünftel aller Mehrlingsgeburten sind IVF-Geburten.

4 Gesundheitliche Situation

Kinder sind eine gesunde Bevölkerungsgruppe. Mit Ausnahme der jüngsten Altersgruppe (0 bis 4 Jahre) weisen Kinder im Alter von fünf bis 14 Jahren die geringsten Hospitalisierungs- und Sterblichkeitsraten aller Altersgruppen auf. Gemessen an der Mortalitätsrate sind sie heute zudem gesünder als je zuvor. Zurückgeführt wird dies in erster Linie auf den sozialen und medizinischen Fortschritt [14]. Doch es mehren sich auch Befunde, dass bestimmte chronische Krankheiten häufiger werden (vgl. dazu Punkt 4.3.5), dass es immer mehr übergewichtige Kinder und Jugendliche gibt (vgl. Punkt 5.1.1), die Psyche von Kindern zum Teil sehr belastet ist (vgl. Punkt 4.3.3) und manche gesundheitsschädigende Verhaltensweisen häufiger vorkommen als vor zwanzig Jahren (z. B. Rauchen bei Mädchen; vgl. Punkt 5.3.4)

Die Verhältnisse, unter denen Kinder aufwachsen, die psychische und körperliche Verfassung sowie das damit eng verknüpfte gesundheitsrelevante Verhalten sind richtungsweisend für das spätere Leben. Einschlägige Untersuchungen belegen,

- dass Gesundheit und Gesundheitsverhalten sowie die psychische Verfassung von Kindern und Jugendlichen einen entscheidenden Einfluss auf das Erwachsenenleben haben (prägend für das ganze Leben) und
- dass bereits in Kindheit und Jugend ein enger Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status, Gesundheitsverhalten und der Gesundheit besteht [14-18].

Empirische Belege zum Gesundheitszustand sowie zum Krankheitsgeschehen von Österreichs Kindern und Jugendlichen sind eher spärlich, weil es kaum Untersuchungen gibt, die sowohl österreichweit als auch standardisiert durchgeführt und dokumentiert werden. Die **vollständigen Routinestatistiken** (Todesursachenstatistik, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, Krebsstatistik) bilden das Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen nur rudimentär ab, denn die „moderne Morbidität“ wird zumeist erst im Erwachsenenleben wirksam. Die Ergebnisse routinemäßiger Vorsorgeuntersuchungen (Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, schulärztliche Untersuchungen) werden nicht elektronisch erfasst und stehen deshalb für epidemiologische Auswertungen nicht zur Verfügung. Schuluntersuchungen werden seit Mitte der 1990er Jahre aufgrund der unzulänglichen Qualität der Erhebungen

(unterschiedliche Rücklaufquoten, teilweise unvollständig ausgefüllte Bögen, nicht standardisierte Untersuchungsmethoden) nicht mehr ausgewertet. Nach einer Überprüfung der Statistiken des Österreichischen Statistischen Zentralamtes wurden die Auswertungen der Gesundheitsblätter ab dem Schuljahr 1995/96 eingestellt. Als Hauptgrund wurde das Fehlen einer ausreichenden Rechtsgrundlage bei einem geänderten Status der nunmehrigen Statistik Austria genannt. Berufstätige Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren können einmal pro Jahr unentgeltlich eine Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen, doch die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden derzeit nicht dokumentiert, geschweige denn statistisch ausgewertet. Die medizinischen Ergebnisse der Stellungsuntersuchungen werden zwar dokumentiert, sind aber in Hinblick auf epidemiologische Fragestellungen nur bedingt verwertbar.

Einzelne Bundesländer führen **routinemäßige Untersuchungen in Schulen und/oder Kindergärten** durch (z. B. aKS Vorarlberg, Kindergartenuntersuchungen in Tirol, Schuluntersuchungen in Graz, Salzburg-Stadt). Es gibt auch Einzelstudien, entweder auf Ebene eines Bundeslandes (z. B. „Gesundheits- und Fitnessstudie NÖ SchülerInnen“) oder in regelmäßigen Abständen wiederkehrende Untersuchungen zu bestimmten Themen (z. B. die „Österreichischen Ernährungsberichte“). Dazu zählt auch die internationale ISAAC-Studie (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), an der sich einige österreichische Bundesländer beteiligt haben.

Relevant sind auch **Befragungen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten**. Die österreichische Gesundheitsbefragung erfasst ab dem ATHIS 2006/2007 allerdings nur die über 15-jährige Bevölkerung. Die wichtigste Gesundheitsbefragung von Kindern und Jugendlichen ist die **internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie**. Sie wird in Österreich seit 1983/84 durchgeführt und erfasst die 11-, 13- und 15-Jährigen. Seit 2010 werden auch die 17-jährigen Schüler:innen befragt, die jedoch in nachstehenden Ergebnissen nicht enthalten sind⁶. **Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.**

⁶ Einerseits wurde der internationalen Vergleichbarkeit und der Darstellung einer zeitlichen Entwicklung große Bedeutung beigemessen, obwohl eine solche für 17-Jährige nicht besteht. Andererseits besteht für die 17-Jährigen auch insofern ein Bias, als es in diesem Alter keine Schulpflicht mehr gibt und vulnerable Gruppen sich möglicherweise nicht mehr im Schulsystem befinden (auch nicht in Berufsschulen).

Auch auf regionaler Ebene gibt es Gesundheitsbefragungen von Kindern und Jugendlichen (z. B. für den Kärntner Gesundheitsbericht „Kinder und Jugend“ 2006, für die „Gesundheits- und Fitnessstudie NÖ SchülerInnen“). Einen bundesweiten Gesundheitssurvey eigens für Kinder und Jugendliche, ähnlich wie die KiGGS-Studie⁷ in Deutschland (Untersuchung sowie Befragung von mehr als 17.000 Kindern/Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahren und von deren Eltern), gibt es in Österreich nicht.

Auf diese Datenquellen stützen sich die folgenden Analysen im Wesentlichen.

4.1 Selbstberichtete Gesundheit und Lebenszufriedenheit

Die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes und auch der eigenen Lebenszufriedenheit sind anerkannte Prädiktoren für den Gesundheitszustand. Kinder und Jugendliche werden deshalb im Rahmen der HBSC-Befragungen aufgefordert, ihren Gesundheitszustand anhand einer vierteiligen Skala (ausgezeichnet, gut, eher gut, schlecht) und ihre Lebenszufriedenheit anhand einer elfteiligen Skala einzustufen. Im Falle der Lebenszufriedenheit steht ein Wert von Null für das schlechtestmögliche, ein Wert von 10 für das bestmögliche Leben, das für die Kinder und Jugendlichen in ihrer derzeitigen Situation möglich wäre.

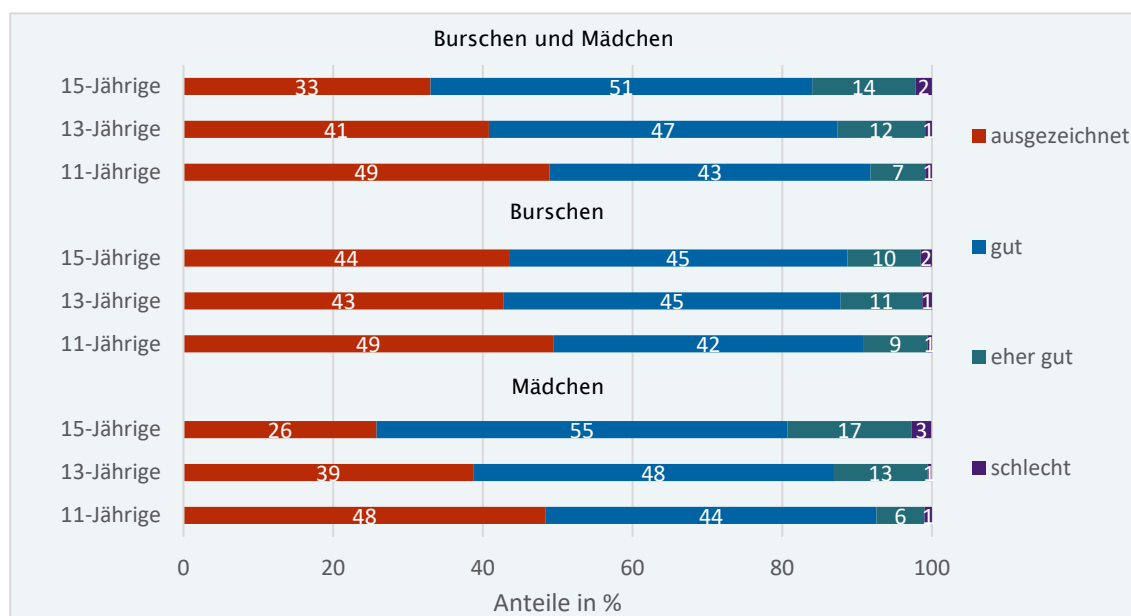
Laut den Ergebnissen der letzten HBSC-Studie (2014)⁸ bezeichnen rund **40 Prozent** der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen ihren **Gesundheitszustand als ausgezeichnet** (Burschen: 45 %, Mädchen: 36 %), während ihn rund 13 Prozent lediglich als eher gut bis schlecht einstufen. Je älter die Kinder und Jugendlichen werden, desto ungünstiger wird der Gesundheitszustand beurteilt: 49 Prozent der 11-Jährigen, 41 Prozent der 13-Jährigen, aber nur mehr 33 Prozent der 15-Jährigen empfinden ihre Gesundheit demnach als ausgezeichnet. In allen Altersgruppen beurteilen Burschen ihren Gesundheitszustand besser als Mädchen, wobei dieser Unterschied mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt (vgl. Abbildung 15).

⁷ s. dazu https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/KiGGS/kiggs_start_inhalt.html (13.3.2025)

⁸ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.

Im zeitlichen Verlauf (2002 bis 2014) ist kein eindeutiger Trend erkennbar: Während 2006 etwas mehr Schüler:innen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet eingestuft haben als 2002, nahm der Anteil ausgezeichnet gesunder Schüler:innen 2010 wieder ab und blieb seither weitgehend konstant. Der Unterschied zwischen Burschen und Mädchen nahm hingegen seit 2002 kontinuierlich ab. [19]

Abbildung 15: Selbsteingeschätzte Gesundheit der österreichischen Schüler:innen



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

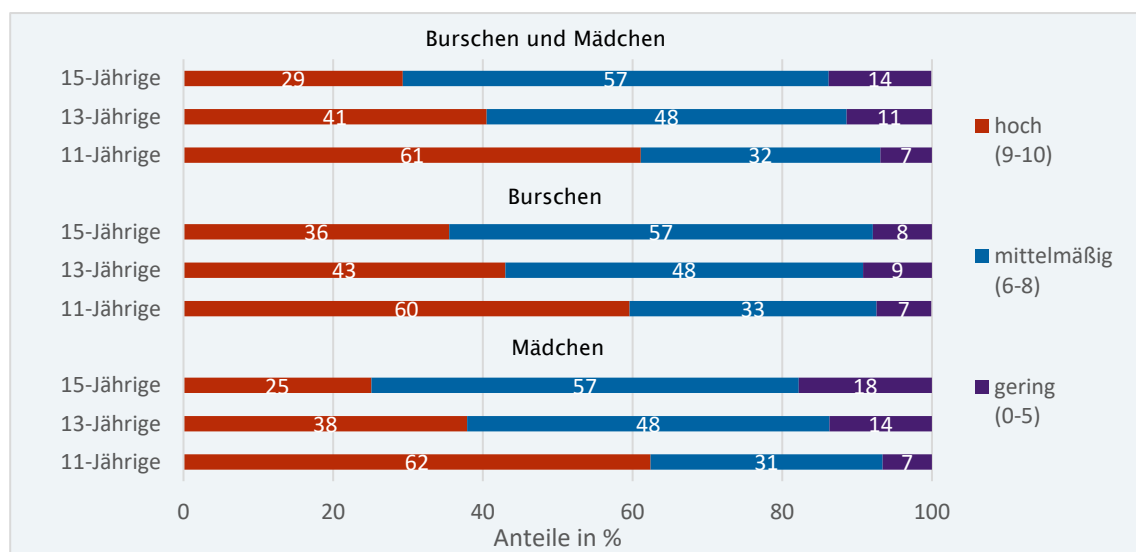
Im internationalen Vergleich⁹ zeigt sich, dass Österreichs Schüler:innen in allen drei Altersstufen im besten Drittel der HBSC-Länder rangieren. Nur rund zehn Länder schneiden besser ab [17].

Die Angaben zur Lebenszufriedenheit korrespondieren hinsichtlich der Geschlechts- und Altersspezifika mit der selbsteingeschätzten Gesundheit: Burschen sind in Österreich mit ihrem Leben zufriedener als Mädchen (mit Ausnahme bei den 11-Jährigen wo sich keine nennenswerten Unterschiede zeigen) und Jüngere zufriedener als Ältere, wobei dieser

⁹ Alle auf HBSC beruhenden internationalen Vergleiche beziehen sich auf die Erhebung 2010, da die entsprechenden Daten der Erhebung 2014 erst im Frühjahr 2016 zur Verfügung stehen werden.

Alterseffekt bei Mädchen ausgeprägter ist. Insgesamt beurteilen rund **43 Prozent** der 11- bis 15-Jährigen ihre **Lebenszufriedenheit als hoch** (mit neun bzw. zehn von zehn möglichen Punkten; Burschen: 46 %, Mädchen: 40 %), wobei dieser Anteil von 61 Prozent bei den 11-Jährigen auf 29 Prozent bei den 15-Jährigen absinkt. Umgekehrt stufen rund 11 Prozent ihre Lebenszufriedenheit als gering ein (mit 0 bis 5 Punkten; vgl. Abbildung 16). [19]

Abbildung 16: Lebenszufriedenheit der österreichischen Schüler:innen nach Alter und Geschlecht, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Den HBSC-Befragungen früherer Jahre zufolge ist die Lebenszufriedenheit zwischen 2002 und 2010 für alle Altersgruppen geringer geworden [18] und ist zwischen 2010 und 2014 wieder angestiegen. Im internationalen Vergleich rangiert Österreich (hinsichtlich der Ergebnisse von 2010) im Mittelfeld [17].

4.2 Beschwerden

Der HBSC-Fragebogen sieht Fragen zur Häufigkeit von acht **psychischen und physischen Beschwerden** vor und fragt, wie häufig diese innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Zeitpunkt der Befragung aufgetreten sind: „Kopfschmerzen“, „Magen-/Bauchschmerzen“, „Rücken-/Kreuzschmerzen“, „Fühle mich allgemein schlecht“, „Bin gereizt oder schlecht gelaunt“, „Fühle mich nervös“, „Kann schlecht einschlafen“, „Fühle mich benommen, schwindlig“.

Am häufigsten litten Österreichs Schüler:innen im Jahr 2014¹⁰ an folgenden Beschwerden (als relevanter Cut-off-Point wurde ein mehrmals wöchentliches Auftreten dieser Beschwerden definiert):

- Einschlafschwierigkeiten (19 % der Mädchen, 16 % der Burschen),
- Gereiztheit oder schlechte Laune (22 % der Mädchen, 12 % der Burschen),
- Kopfschmerzen (16 % der Mädchen, 6 % der Burschen),
- Nervosität (12 % der Mädchen, 9 % der Burschen),
- Rücken- und Kreuzschmerzen (12 % der Mädchen, 8 % der Burschen) und
- Niedergeschlagenheit (13 % der Mädchen, 7 % der Burschen).

Zur Einschätzung der Beschwerdelast wurde ein Index multipler Beschwerden errechnet. Nach diesem wurden drei Gruppen ausgewertet:

- Kinder und Jugendliche ohne mehrmals wöchentlich auftretende Beschwerden,
- Kinder und Jugendliche mit einer mehrmals wöchentlich auftretenden Beschwerde und
- Kinder und Jugendliche mit multiplen (zwei oder mehr) wöchentlich auftretenden Beschwerden.

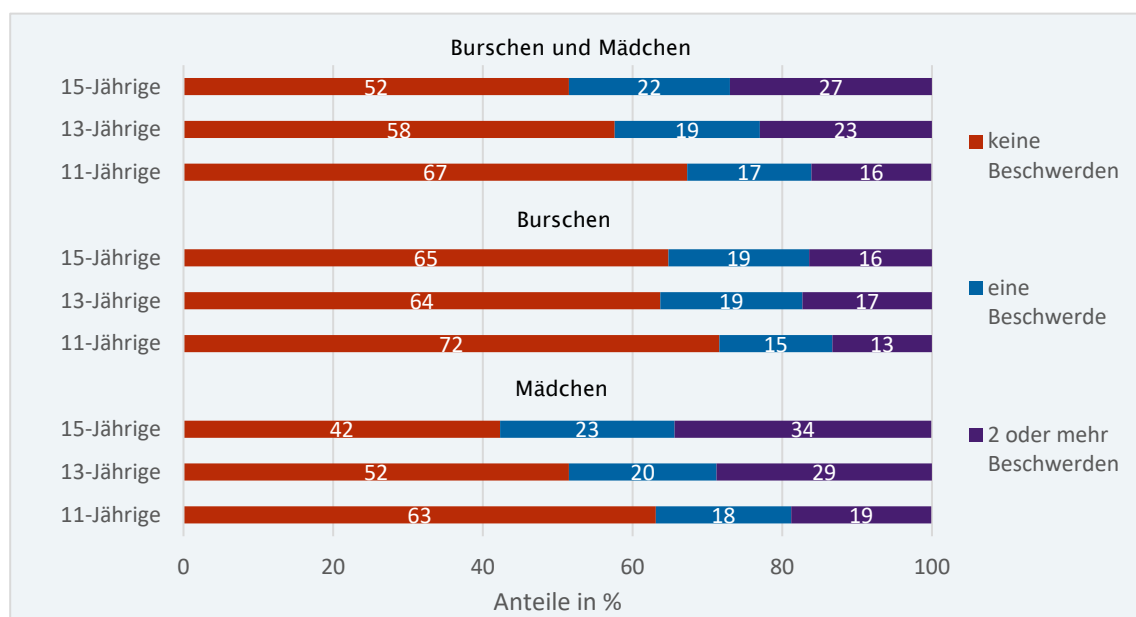
Entsprechend dieser Einteilung können rund **58 Prozent** der befragten Schüler:innen als **beschwerdefrei** bezeichnet werden. 19 Prozent gaben eine Beschwerde, 22 Prozent sogar zwei oder mehrere Beschwerden an, die mehrmals wöchentlich auftreten.

¹⁰ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.

Mädchen hatten deutlich mehr Beschwerden in dieser Regelmäßigkeit/Häufigkeit als Burschen: 28 Prozent der Mädchen, aber „nur“ 16 Prozent der Burschen gaben zwei oder mehr wöchentlich auftretende Beschwerden an. Insbesondere bei Mädchen ist ein deutlicher Zusammenhang mit dem Alter zu erkennen. Während 63 Prozent der 11-jährigen Mädchen beschwerdefrei sind, sind unter den 13-jährigen nur mehr etwa die Hälfte und unter den 15-jährigen nur mehr 42 Prozent beschwerdefrei (vgl. Abbildung 17).

Die Beschwerdelast hat zwischen den Jahren 2002 und 2006 leicht abgenommen und ist seither kontinuierlich gestiegen. Darüber hinaus zeigt sich, dass der Unterschied zwischen den Altersgruppen im Laufe der Jahre deutlich zugenommen hat. [19]

Abbildung 17: Anzahl mehrmals wöchentlich auftretender gesundheitlicher Beschwerden von österreichischen Schüler:innen nach Alter und Geschlecht, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im internationalen Vergleich rangiert Österreich – trotz hoher Beschwerdelast – unter den besten Ländern. Je nach Altersgruppe gibt es nur ein bis drei Länder (von insgesamt 41), in denen die Beschwerdelast geringer ist als in Österreich [17].

4.3 Erkrankungen

Obwohl sich, wie oben erwähnt, viele Krankheiten als Folge gesundheitsschädigender Verhaltensweisen erst im Erwachsenenalter manifestieren, ist der Begriff der „modernen Morbidität“ oder „neuen Morbidität“, der eine Verschiebung des Krankheitsgeschehens von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen beschreibt, auch für die Kindergesundheit zutreffend.

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die häufigsten Krankheiten gegeben (differenziert nach stationärer und ambulanter Behandlung), bevor auf ausgewählte Krankheiten näher eingegangen wird.

4.3.1 Überblick

Chronische Erkrankungen

Österreichische Schüler:innen wurden im Rahmen der 2010¹¹ durchgeführten HBSC-Befragung gefragt, ob sie von einer ärztlich diagnostizierten lange andauernden bzw. **chronischen Erkrankung** betroffen sind. Chronische Erkrankungen implizieren physische und/oder psychische und/oder soziale Funktionseinschränkungen, die über mehrere Monate hinweg eine Folgebelastrung mit sich bringen. **16 Prozent** der Befragten, Mädchen und Burschen gleichermaßen, haben diese Frage im Jahr 2010 bejaht. Chronische Erkrankungen nehmen mit dem Alter tendenziell zu, insbesondere bei Mädchen. 13 Prozent der 11-Jährigen, 15 Prozent der 13-Jährigen und 18 Prozent der 15-Jährigen leiden an einer chronischen Erkrankung. Im Vergleich zu 2006 hat der Anteil chronisch kranker Kinder und Jugendlicher aller Altersgruppen leicht zugenommen (insgesamt von 14,4 auf 15,8 %).

Rund 19 Prozent der chronisch kranken Schüler:innen nehmen aufgrund ihrer chronischen Erkrankung/en Medikamente ein, rund neun Prozent sind dadurch in ihrer schulischen Anwesenheit sowie in ihrer Unterrichtsbeteiligung eingeschränkt.

¹¹ Diese Frage wurde im Survey 2014 nicht mehr gestellt.

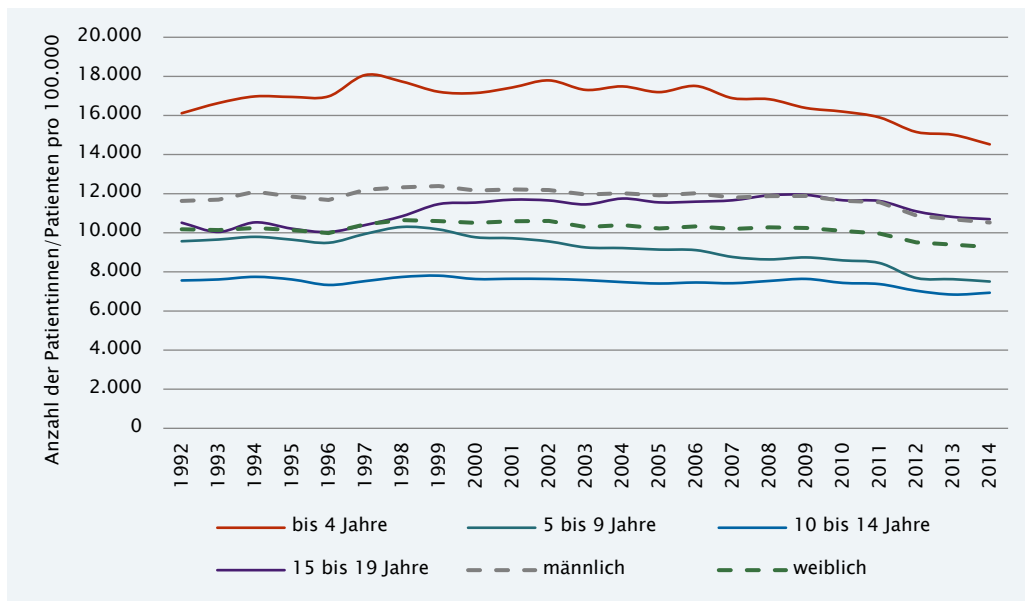
Im Rahmen der KiGGS-Studie wurde bei 13 Prozent der 0- bis 17-Jährigen eine chronisch obstruktive Bronchitis festgestellt (Lebenszeitprävalenz), mehr als ein Fünftel litt an zumindest einer der drei atopischen Erkrankungen Neurodermitis, Heuschnupfen oder Asthma. 15 Prozent der 3- bis 17-Jährigen zeigten Hinweise auf psychische Auffälligkeiten, bei 22 Prozent wurden Symptome von Essstörungen festgestellt. [14]

Stationäre Diagnosen

Im Zeitraum von 1992 bis 2014 wurden im Jahresdurchschnitt **rund 200.000 Kinder** und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren (mit Wohnsitz in Österreich) in einem **österreichischen Krankenhaus** behandelt, Tendenz sinkend (2014 waren es knapp 170.000). Bezogen auf 100.000 Einwohner:innen (EW) dieser Altersgruppe war die Krankenhaushäufigkeit der Kinder und Jugendlichen bis 2010 weitgehend konstant und ist seither rückläufig. Bei männlichen Kindern und Jugendlichen ist sie etwas höher als bei weiblichen.

Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich bei den Jüngeren (0 bis 4 Jahre und 5 bis 9 Jahre) ein rückläufiger, bei den 10- bis 14-Jährigen ein gleichbleibender und bei 15- bis 19-Jährigen ein leicht zunehmender Trend. Erst seit 2011 ist ein genereller Abwärtstrend sichtbar. Die Null- bis Vierjährigen wurden am häufigsten, die 10- bis 14-Jährigen am seltensten stationär behandelt. (Vgl. Abbildung 18)

Abbildung 18: Stationär behandelte Kinder und Jugendliche (pro 100.000) nach Altersgruppen und Geschlecht, 1992 bis 2014

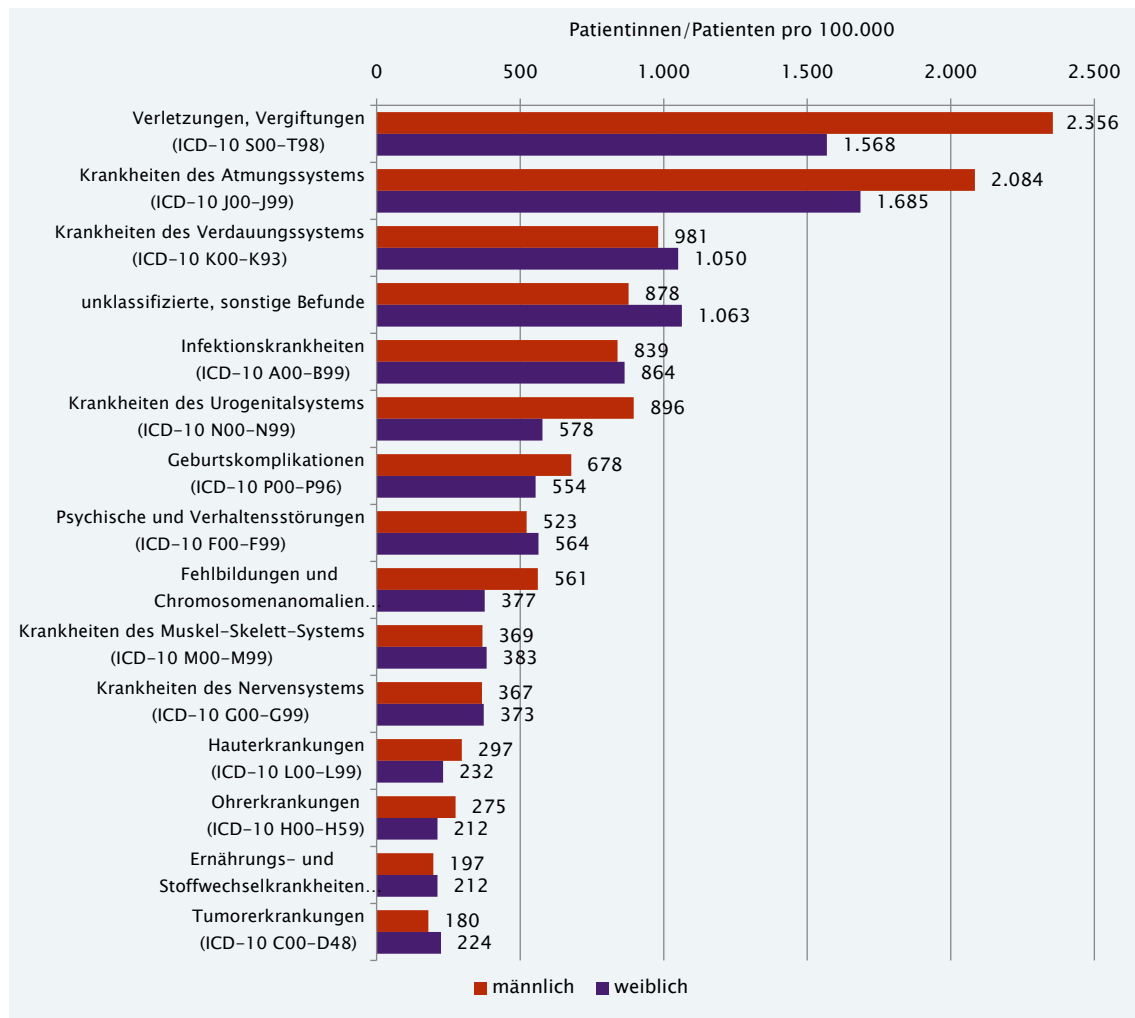


Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 1992 bis 2014;
 Statistik Austria – Volkszählungen 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2014;
 Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die **häufigsten Ursachen** für eine stationäre Behandlung bei Kindern und Jugendlichen waren „**Verletzungen und Vergiftungen**“ (rund 33.300 junge Patientinnen und Patienten¹²; Rate: 1.972 pro 100.000) sowie „**Krankheiten des Atmungssystems**“ (rund 31.900 junge Patientinnen und Patienten; Rate: 1.890 pro 100.000). Bei beiden Diagnosen ist der männliche Anteil höher als der weibliche. „Krankheiten des Verdauungssystems“ (rund 17.100 junge Patientinnen und Patienten; Rate: 1.014 pro 100.000) und „Infektionskrankheiten“ waren bei rund 14.400 Kindern und Jugendlichen (851 pro 100.000) der Grund für eine stationäre Behandlung, für Burschen und Mädchen etwa gleich häufig (vgl. Abbildung 19).

¹² Im Gegensatz zu den Ausführungen in Abschnitt 4.6 handelt es sich hier um Patientinnen und Patienten, nicht um stationäre Aufenthalte.

Abbildung 19: Krankenhausmorbidity (Anzahl stationär aufgenommener Kinder und Jugendlicher (0-19 Jahre) pro 100.000) im Jahr 2014, nach Geschlecht und ausgewählten Hauptdiagnosen (ICD-10-Kapitel)



Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2014,
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ambulante Diagnosen

Im ambulanten Bereich gibt es in Österreich derzeit keine routinemäßige Dokumentation von Diagnosen und Leistungen. Die folgenden, sehr rudimentären Ausführungen beziehen sich auf eine Sonderauswertung der GAP-DRG-Datenbank¹³, die der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entwickelt hat [20]. In dieser Datenbank sind eingelöste Rezepte dokumentiert, die nach dem ATC-Code¹⁴ klassifiziert sind. Im Rahmen

¹³ Grundlagenforschung für ambulante, patientenorientierte „Diagnoses-related Groups“

¹⁴ Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem

dieses Projekts wurde eine Methode entwickelt, um aus den Verordnungsdaten entsprechende Diagnosecodes abzuleiten. Die Daten beziehen sich auf die Jahre 2006 und 2007.

Die **häufigsten Krankheiten**, die im ambulanten Bereich bei Kindern und Jugendlichen mit dieser Methode erfasst wurden, sind **akute Infektionen der Atmungsorgane**. Zusammen mit anderen Krankheiten der oberen Luftwege und mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen machen Krankheiten der Atmungsorgane fast 60 Prozent aller medikamentös behandelten Krankheiten aus. Weitere 11 Prozent sind infektiöse Krankheiten des Verdauungssystems. (Vgl. Tabelle 6)

Tabelle 6: Krankheiten, die bei 0- bis 19-Jährigen aufgrund einer ambulanten Diagnose medikamentös behandelt wurden, 2006 und 2007

	2006		2007	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
Akute Infektionen der Atmungsorgane	646.790	26,9	685.946	26,8
Andere Krankheiten der oberen Luftwege	433.423	18,0	474.782	18,5
Chronische obstruktive Lungenerkrankungen und verwandte Affektionen	320.369	13,3	342.085	13,3
Andere Krankheiten der Harnorgane	298.466	12,4	321.354	12,5
Infektiöse Krankheiten des Verdauungssystems	271.257	11,3	278.716	10,9
Kongenitale Anomalien der Urogenitalorgane	180.286	7,5	192.103	7,5
Andere Krankheiten der Haut und der Subcutis	103.434	4,3	117.372	4,6
Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer	57.470	2,4	56.991	2,2
Krankheiten der männlichen Genitalorgane	46.933	2,0	45.645	1,8
Andere entzündliche Krankheiten der Haut und der Subcutis	46.415	1,9	47.755	1,9

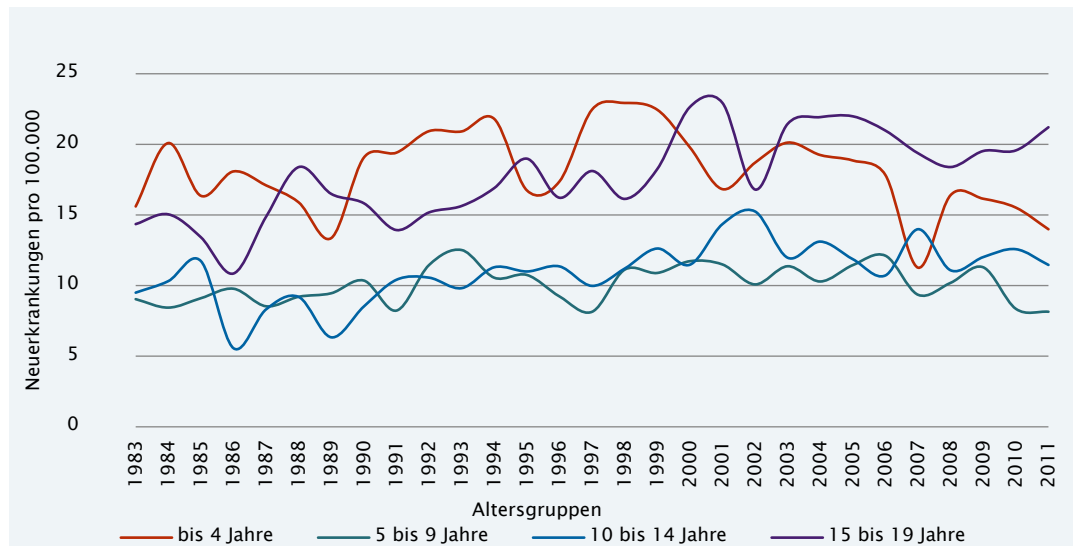
Quelle: Endel et al. 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.3.2 Krebserkrankungen

In den Jahren 1983 bis 2011 wurden bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren (mit Wohnsitz in Österreich) im Jahresdurchschnitt rund **265 Krebsneuerkrankungen** dokumentiert. Das entspricht einer Inzidenzrate von etwa **14 Neuerkrankungen pro 100.000 EW** dieser Altersgruppe. Der Trend in diesem Zeitraum war leicht steigend bei größeren jährlichen Schwankungen.

Nach Altersgruppen betrachtet lag die Inzidenzrate der Null- bis Vier- und der 15- bis 19-Jährigen im Jahresdurchschnitt des Zeitraums 1983 bis 2011 bei rund 18, bei den 5- bis 9-Jährigen und bei den 10- bis 14-Jährigen bei 10 bzw. 11 Neuerkrankungen pro 100.000 dieser Altersgruppen. Bei der Altersgruppe der Null- bis Vierjährigen zeigte sich im Zeitverlauf (gemessen an der Steigung des linearen Trends) ein leichter Rückgang (um 0,3 % im Jahresdurchschnitt), bei allen anderen Altersgruppen ein leichter Anstieg (um 0,4 %, 1,4 % bzw. 1,6 % im Jahresdurchschnitt). (Vgl. Abbildung 20)

Abbildung 20: Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro 100.000) von Kindern und Jugendlichen



Quellen: Statistik Austria – Krebsstatistik 1983-2011, Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

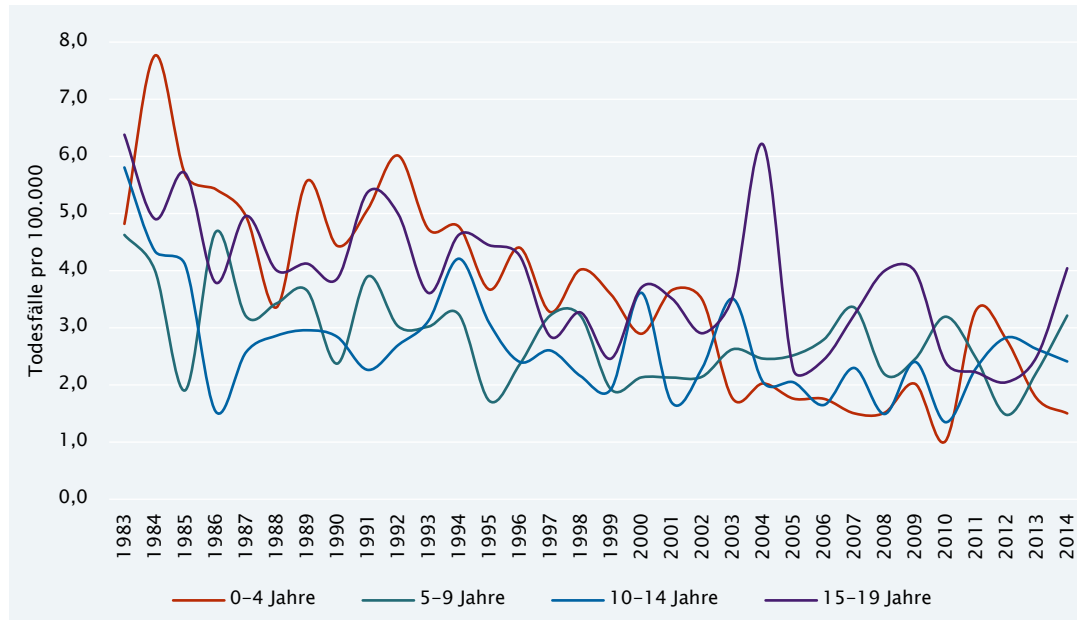
Männliche Kinder und Jugendliche erkranken tendenziell etwas häufiger an Krebs als weibliche. Am häufigsten erkranken beide Geschlechter an bösartigen Neubildungen des

lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes (Inzidenzraten bei der männlichen Bevölkerung unter 20 Jahren beträgt 6,8 Neuerkrankungen pro 100.000, bei der weiblichen Bevölkerung 5,1) sowie an bösartigen Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems (Inzidenzraten 2,7 bzw. 2,3).

Regionale Vergleiche zeigen, dass die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der dokumentierten Neuerkrankungen (bezogen auf die Jahre 2002 bis 2011) in den österreichischen Bundesländern schwankte (zwischen 17,9 in Tirol und 12,8 in der Steiermark). Eine Interpretation dieser Unterschiede ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Meldequalität nur bedingt möglich.¹⁵

Während es bei Kindern und Jugendlichen – mit Ausnahme der Jüngsten (0-4 Jahre) – zwischen 1983 und 2011 tendenziell zu einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen kam, ist für die **Krebssterblichkeit** in allen Altersgruppen ein rückläufiger Trend zu beobachten (vgl. Abbildung 21).

Abbildung 21: Krebssterblichkeit von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre)



¹⁵ Als Merkmal für die Vollständigkeit der Meldungen dient der Prozentsatz jener Personen, die laut Totenschein an Krebs verstorben sind, jedoch nicht im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Inzidenzmeldung an das Krebsregister der Statistik Austria gemeldet wurden, an allen Krebsmeldungen. Diese „DCO-Rate“ weist in Österreich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern auf.

4.3.3 Psychische Erkrankungen

Im deutschsprachigen Raum werden psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter vorrangig mithilfe des multiaxialen Systems klassifiziert [21]. Dieses beruht auf der ICD und umfasst insgesamt sechs Achsen [22], auf denen psychische Störungen sowie andere relevante Bedingungen verortet werden. Die einzelnen Achsen erfassen dabei folgende Informationen [23]:

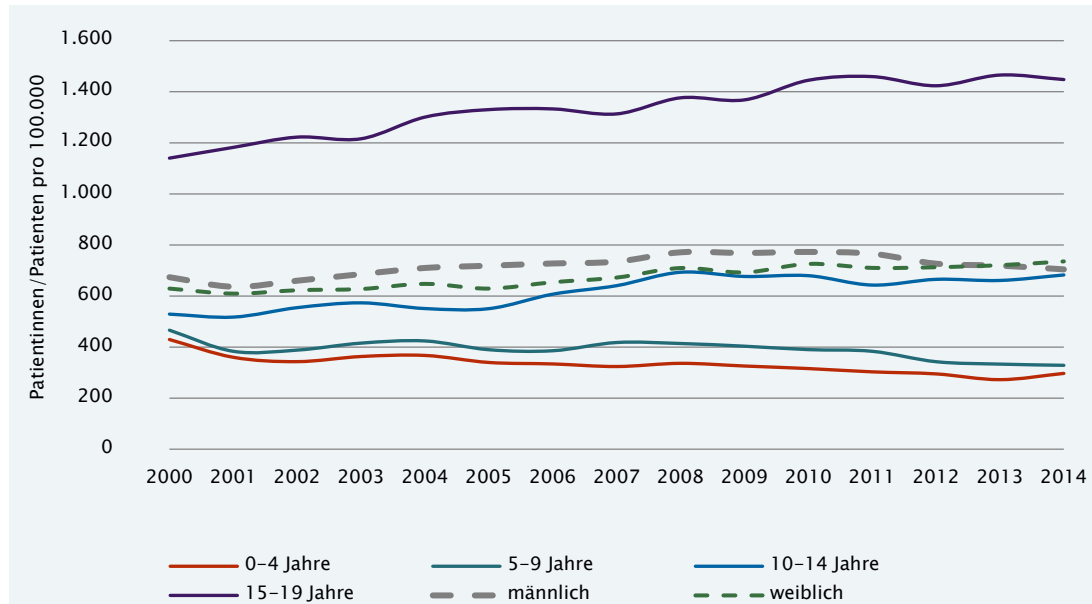
- Auf der ersten Achse wird das klinisch-psychiatrische Syndrom erfasst. Dazu zählen einerseits altersbezogene Störungen (wie tiefgreifende Entwicklungsstörungen [F84], Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend [F90-F98]), andererseits auch Störungen ohne dezidierten Altersbezug (affektive Störungen [F30-F39], Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen [F60-F69] u. a.).
- Auf der zweiten Achse werden umschriebene Entwicklungsstörungen verortet (F80-F83). Sie beziehen sich auf die motorischen, sprachlichen sowie schulischen Fertigkeiten von Kindern bzw. Jugendlichen.
- Auf der dritten Achse wird das Intelligenzniveau von Kindern bzw. Jugendlichen beurteilt. Neben den Kategorien der Intelligenzminderung (F70-F79) können dort auch positive Intelligenz-Einstufungen vorgenommen werden.
- Auf der vierten Achse werden körperliche Erkrankungen erfasst, die mit einer psychischen Belastung in Zusammenhang stehen.
- Auf der fünften Achse werden abnorme psychosoziale Lebensumstände kodiert, die entweder die Störung verursacht haben oder aber für die Therapieplanung relevant sein könnten.
- Auf der sechsten Achse wird das psychosoziale Funktionsniveau eines Kindes/Jugendlichen global beurteilt. Sie erfasst die psychologischen, sozialen und schulisch-beruflichen Funktionen von Kindern und Jugendlichen. [24]
- Auf der vierten, fünften und sechsten Achse werden keine psychischen Erkrankungen (gemäß ICD-10), sondern psychische Belastungen, Lebensumstände und Funktionsniveaus dargestellt, die insbesondere deshalb besonders wichtig sind, weil Diagnosen im Kindes- und Jugendalter in diesem Bereich besonders schwer zu stellen sind. Dennoch ist es wichtig, sich mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu befassen, haben doch viele psychische Störungen im Erwachsenenalter ihren Ursprung in der Kindheit. [12]

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten ist bislang die einzige Datenquelle, die flächendeckende Aussagen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen ermöglicht. Aus ihr können allerdings **keine Prävalenzen** abgeleitet werden, da die wenigsten psychischen Erkrankungen zwingend mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind.

Seit Anfang der 1990er Jahre stieg die Krankenhaushäufigkeit von Kindern und Jugendlichen mit **psychischen oder Verhaltensstörungen in Haupt- oder Nebendiagnose** (ICD-10 F00-F99). Die Ursachen dafür sind vielfältig und komplex. Eine Ursache ist zweifellos, dass die stationären Kapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgebaut wurden für eine vorhandene, aber nicht entsprechend versorgte Prävalenz. Keineswegs können die folgenden Ausführungen dahingehend interpretiert werden, dass die Probleme in diesem Ausmaß zugenommen hätten. Zwischen 1992 und 2000 verdoppelte sich die Rate junger Patientinnen und Patienten (von etwa 300 auf 650 pro 100.000), während sie von 2000 bis 2008 nur moderat anstieg (auf etwa 740 pro 100.000) und seither weitgehend konstant blieb (vgl. Abbildung 22). Die Rate psychischer bzw. verhaltensbedingter Störungen ist bei männlichen Kindern und Jugendlichen nur geringfügig höher als bei weiblichen.

Die Häufigkeit psychischer und verhaltensbezogener Diagnosen steigt mit zunehmendem Alter. Im Jahr 2014 war sie bei den 10- bis 14-Jährigen (683 pro 100.000) etwa doppelt so hoch wie bei den Fünf- bis Neunjährigen (329 pro 100.000), und bei den 15- bis 19-Jährigen (1.448 pro 100.000) war sie wiederum doppelt so hoch wie bei den 10- bis 14-Jährigen. (Vgl. Abbildung 22)

Abbildung 22: Anzahl stationär behandelter Kinder und Jugendlicher (pro 100.000) mit Diagnose „Psychische oder Verhaltensstörung“ im Zeitraum 2000 bis 2014, nach Geschlecht und Altersgruppe



Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2000-2014;

Statistik Austria – Volkszählungen 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2014;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei rund einem Viertel der gestellten Diagnosen handelt es sich um „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (insbesondere „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“), bei einem Fünftel um „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (insbesondere durch Alkohol). 16 Prozent der Diagnosen entfallen auf „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (vor allem hyperkinetische Störungen), 13 Prozent sind Entwicklungsstörungen (jeweils bezogen auf das Jahr 2014).

Die deutsche KiGGS-Studie und deren Zusatzmodul BELLA geben Anhaltspunkte für einige psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen. Anhand des international anerkannten Fragebogens „Strengths and Difficulties Questionnaires“ wurden potenzielle psychische Störungen eruiert. Auf dieser Basis wurde (mittels eines Gesamtwertes) geschätzt, dass rund 15 Prozent der 3- bis 17-Jährigen ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten aufweisen, etwa die Hälfte davon wurde als auffällig bzw. als grenzwertig auffällig eingestuft; Burschen häufiger als Mädchen. Am häufigsten treten

- aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen (30,8 %; davon 14,8 % definitiv „auffällig“) und
- Probleme mit Gleichaltrigen (22 %; davon 11,5 % „auffällig“) auf,
- etwas seltener emotionale Probleme (16,9 %; davon 9,7 % „auffällig“) und
- Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität (13,8 %; davon 7,9 % „auffällig“).

Mit Ausnahme der sozialen Probleme finden sich diese psychischen Auffälligkeiten bei Burschen deutlich häufiger als bei Mädchen. Insbesondere beim unaufmerksamen und hyperaktiven Verhalten gibt es einen altersspezifischen Zusammenhang: Es tritt im Volksschulalter häufiger auf und verliert später zunehmend an Bedeutung. [12]

Für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gibt es auch differenziertere Angaben, denen zufolge bei 4,8 Prozent der 3- bis 17-Jährigen ADHS ärztlich oder psychologisch diagnostiziert wurde und bei weiteren 4,9 Prozent ADHS-Symptome vorliegen [25]. Würde ADHS allerdings nicht nach DSM-IV-Kriterien diagnostiziert (wie in der BELLA-Studie), sondern nach ICD-10, würden diese Prozentangaben deutlich geringer ausfallen [24].

In – eingeschränktem – Widerspruch zu dem beschriebenen Alterszusammenhang bei ADHS steht eine Auswertung der WGKK über medikamentös gegen ADHS behandelte Kinder und Jugendliche. Demnach werden 10- bis 15-Jährigen etwa 1,5-mal so oft entsprechende Medikamente verschrieben wie Sechs- bis Neunjährigen¹⁶. Der geschlechtsspezifische Unterschied hingegen ist eindeutig: Für Buben wurden etwa sechsmal so oft ADHS-Rezepte ausgestellt. Ebenso eindeutig ist der steigende Trend der medikamentösen Behandlung von ADHS. [27]

Hinweise über psychische Probleme liefert darüber hinaus eine vertiefte Befragung bei einer Unterstichprobe von KiGGS (BELLA-Modul). In der Altersgruppe der 7- bis 17-Jährigen liegen bei

- 5,4 Prozent Anzeichen für eine depressive Störung vor,
- bei 10 Prozent treten Ängste auf (bei den 11- bis 13-Jährigen am häufigsten) und
- 7,6 Prozent zeigen Störungen des Sozialverhaltens. [28]

¹⁶ Kinder unter sechs Jahren sollen nur in Ausnahmefällen medikamentös behandelt werden [26].

In Österreich gibt es keine mit Deutschland vergleichbaren Daten zu psychischen Erkrankungen bzw. Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen.¹⁷ Regionale Erhebungen aus Kindergärten und Volksschulen geben Hinweise, dass bei rund zehn Prozent der Vier- bis Siebenjährigen Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten vorliegen [24].

Esstörungen

Die Verbreitung von Unter- und Übergewicht bei österreichischen Kindern und Jugendlichen wird in Punkt 5.1.1 näher ausgeführt. An dieser Stelle geht es um die Diagnose F 50 „Esstörungen“, die nach ICD-10 zu den „Psychischen und Verhaltensstörungen“ gezählt werden.

Es gibt eine Reihe von Störungen im Ernährungsverhalten, die sich auf Dauer schädlich auf die Gesundheit auswirken können. Zu den bekanntesten Esstörungen von Kindern und Jugendlichen zählen

- die **Magersucht** (Anorexia nervosa), bei der zusätzlich zu extremen Diäten und/oder dem Missbrauch von Abführmitteln häufig exzessiv Sport betrieben wird;
- die **Ess-Brechsucht** (Bulimia nervosa), die von einem Wechsel aus Heißhungerattacken und anschließend selbst herbeigeführtem Erbrechen gekennzeichnet ist und bei der die Betroffenen häufig normal- bis leicht übergewichtig sind;
- die **Binge-Eating-Störung** (Binge Eating Disorder), bei der Hunger- und Sättigungsgefühl gestört sind, sodass es zu Essattacken bzw. latenter Esssucht kommt, was zusammen mit der zumeist geringen körperlichen Aktivität oftmals zu Übergewicht oder Adipositas führt.

Die Ursachen für Esstörungen sind multifaktoriell: Diskutiert werden diesbezüglich die Propagierung des in unserer Gesellschaft gängigen Schlankheitsideals, mangelnde innerfamiliäre Abgrenzung, überfürsorglicher Erziehungsstil oder etwa familiäre emotionale Disharmonie. Auch Perfektionismus, geringes Selbstwertgefühl oder Identitätsprobleme können Esstörungen auslösen. [29]

Prävalenzdaten zum Thema „Esstörungen“ gibt es für Österreichs Jugendliche nicht. Für Deutschland liegen diesbezügliche Ergebnisse aus der KiGGS-Studie vor. Auf Basis des

¹⁷ Die „Mental Health in Austrian Teenagers“-Study könnte diesbezüglich Abhilfe schaffen:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-018-0273-2> (13.3.2025)

SCOFF¹⁸-Fragebogens (wenn zwei der fünf Fragen bejaht werden, besteht der Verdacht auf eine Essstörung) ergab sich für Deutschland eine Prävalenz von ca. 22 Prozent bei den 11- bis 17-Jährigen. Mädchen sind mit 29 Prozent deutlich häufiger betroffen als Burschen (ca. 15 %).

Hinweise bzw. Risikofaktoren für Essstörungen können in Untergewichtsratengesehen werden. Je nach Datenquelle sind in Österreich vier bis sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen untergewichtig (Mädchen häufiger als Burschen; vgl. Punkt 5.1.1). Darüber hinaus kann auch eine gestörte Körperwahrnehmung als mögliches Anzeichen eines gestörten Essverhaltens gewertet werden. Rund 56 Prozent der Burschen und 77 Prozent der Mädchen, die ihrer Einschätzung nach zu dick sind, sind laut BMI als unter- oder normalgewichtig einzustufen (vgl. Punkt 5.2.3).

Extremfälle von Essstörungen werden letztendlich stationär behandelt. Im Zeitraum 2000 bis 2014 wurde in Österreichs Krankenhäusern im Durchschnitt bei 686 0- bis 19-Jährigen pro Jahr eine Essstörung in Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert. Der Großteil davon war 15 bis 19 Jahre alt, zusammen mit den 10- bis 14-Jährigen machten sie drei Viertel dieser Patientinnen und Patienten aus. Knapp ein Fünftel der dokumentierten Fälle war zwischen null und vier Jahre alt. Da bei den Kleinsten primär unbestimmte Essstörungen dokumentiert werden und es sich hier vermutlich um andere als die eingangs beschriebenen Krankheitsbilder handelt, beziehen sich die folgenden Aussagen ausschließlich auf die 10- bis 19-Jährigen.

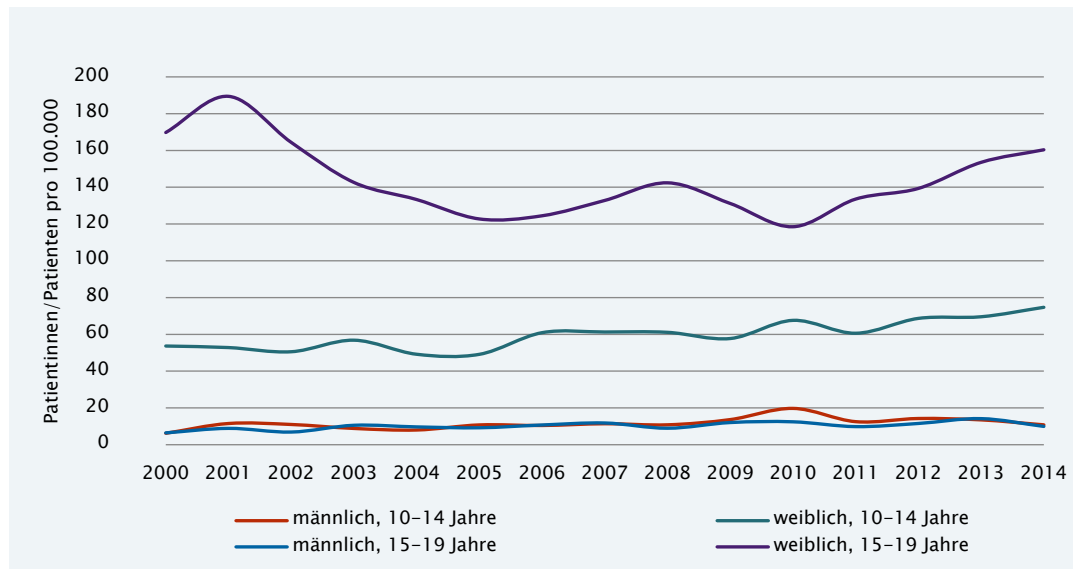
Die Krankenhaushäufigkeit von 10- bis 19-Jährigen mit einer Essstörung war seit 2000 weitgehend konstant (durchschnittlich 686 Kinder und Jugendliche). Im Jahr 2014 wurde in dieser Altersgruppe ca. **565-mal eine Essstörung diagnostiziert**, was einer Rate von **64 pro 100.000** entspricht. Mädchen sind fast 12 Mal so häufig betroffen wie Burschen. Bei den Burschen gibt es diesbezüglich keine Veränderung im Altersverlauf, bei den Mädchen steigt die Rate mit zunehmendem Alter deutlich an (75 pro 100.000 bei den 10- bis 14-Jährigen, 160 pro 100.000 bei den 15- bis 19-Jährigen (vgl. Abbildung 23).

Der Großteil der stationär diagnostizierten Essstörungen entfällt auf die „Anorexia nervosa“ (46 %), etwa ein Fünftel auf „Bulimie“ und ein weiteres Fünftel auf eine nicht

¹⁸ Dieses Akronym leitet sich aus den fünf Fragen in englischer Sprache ab: Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full? Do you worry you have lost Control over how much you eat? Have you recently lost more than One stone in a 3 month period? Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin? Would you say that Food dominates your life?

näher bezeichnete Essstörung (möglicherweise wird hier die Binge-Eating-Störung subsumiert, da es in der ICD-10 dafür keinen eigenen Code gibt).

Abbildung 23: Stationär behandelte Kinder und Jugendliche (pro 100.000) mit einer Essstörung (ICD-10 F50)



Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2000-2014;

Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2000-2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Suizide

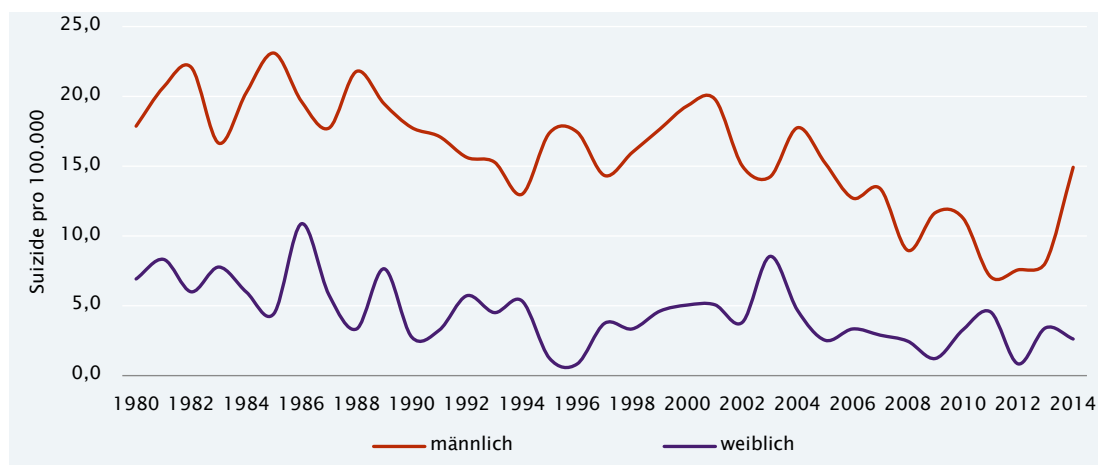
Suizid ist nicht notwendigerweise die Folge einer psychischen Krankheit, doch er kann Hinweise liefern, dass eine psychische Krankheit vorlag oder zumindest keine psychische Stabilität zur Bewältigung von Problemen entwickelt werden konnte. Suizidale Handlungen bei Kindern und Jugendlichen entstehen oft im akuten Konflikt. Folgende Aspekte können im Vorfeld eine Rolle spielen: lang andauernde Traumatisierung, Kontaktstörung oder soziale Isolation sowie das Auftreten einer akuten Krise (z. B. Erkrankung oder Verlust einer bedeutenden Bezugsperson). Die häufigsten psychiatrischen Risikofaktoren für Suizid im Kindes- und Jugendalter sind affektive Störungen und Störungen des Sozialverhaltens sowie Missbrauch und Misshandlung. [30]

Die Anzahl der Suizide von Kindern und Jugendlichen sind glücklicherweise eher selten (Hochrisikogruppe sind ältere Menschen) und war in den letzten Jahrzehnten auch deutlich rückläufig – von 110 im Jahr 1980 auf 32 im Jahr 2013. Einige Suizide von Kindern

und Jugendlichen werden schon vor dem 15. Lebensjahr verübt, doch mehr als 90 Prozent fallen in die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen.

15- bis 19-jährige Burschen verübten im Durchschnitt der letzten zehn Jahre etwa viermal so häufig Suizid wie gleichaltrige Mädchen. Im Jahr 2014 lag die Suizidrate von Burschen bei 14,9 (pro 100.000) und die von Mädchen bei 2,6 Verstorbenen (pro 100.000).

Abbildung 24: Suizidrate von 15- bis 19-Jährigen im Zeitraum 1980 bis 2014 nach Geschlecht



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980-2014, Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

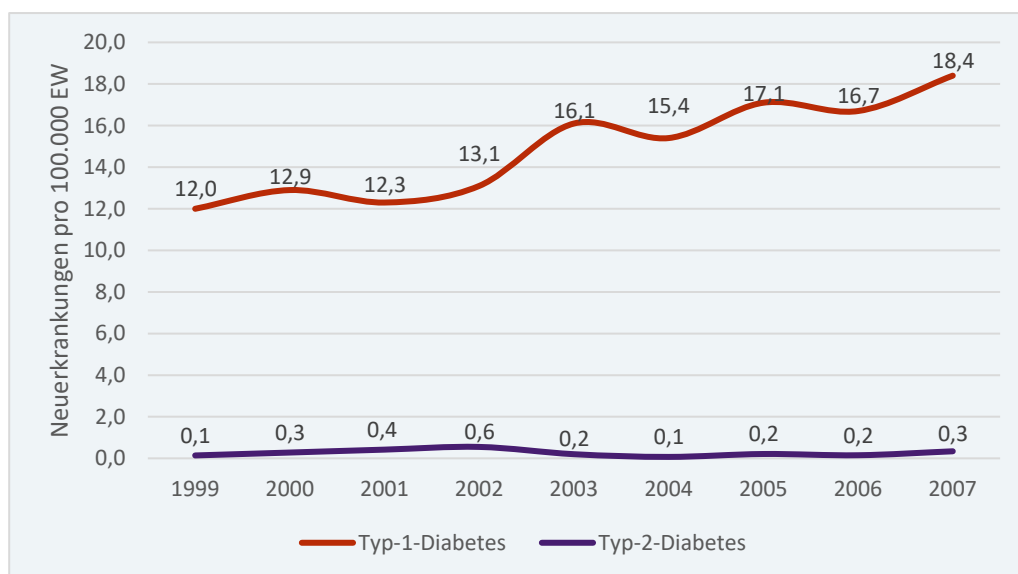
4.3.4 Diabetes

Zur Inzidenz von Diabetes gibt es eine gute, wenngleich nicht laufend aktualisierte Datenbasis. Die Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde erfasst in ihrem Diabetes-Inzidenz-Register alle neu diagnostizierten Fälle von Diabetes mellitus (seit 1979 Typ-1-Diabetes, seit 1999 auch Typ-2-Diabetes), wobei der Fokus auf den unter 15-Jährigen liegt. Da die Daten des Registers zunächst wissenschaftlichen Publikationen vorbehalten sind, stehen derzeit keine aktuellen Informationen zur Verfügung. (Vgl. Abbildung 25)

Im Jahr 2007 wurden in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen 249 neu diagnostizierte Typ-1-Diabetes- sowie fünf Typ-2-Diabetes-Fälle dokumentiert. Dies entspricht einer Inzidenzrate von **18 bzw. 0,3 Kindern pro 100.000** dieser Altersgruppe. Zwischen 1999

und 2007 hat es einen deutlichen Anstieg von Typ-1-spezifischen Neuerkrankungsfällen gegeben, während die Typ-2-Diabetes-Inzidenz im selben Zeitraum weitgehend konstant geblieben ist (vgl. Abbildung 25). Mit Stichtag 31. 12. 2006 kann die Diabetes-Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen (Personen jünger als 15 Jahre) folglich auf rund **0,1 Prozent** geschätzt werden [31]. Dies entspricht einer Rate von rund 100 Diabetes-mellitus-erkrankten Kindern pro 100.000 dieser Altersgruppe. [32]

Abbildung 25: Jährliche Inzidenzrate (Neuerkrankungen pro 100.000) für Typ-1- und Typ-2-Diabetes



Quelle: Schober et al. 2009; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Medikamentenverordnungsdaten zufolge haben 2006/2007 – laut den Sozialversicherungsträgern – 1.387 Kinder **Antidiabetika** erhalten. Dies sind 0,1 Prozent der 0- bis 14-Jährigen (106 Kinder pro 100.000 dieser Altersgruppe; alle Diabetes-Typen). Im Jahr 2011 waren es **1.473 Kinder**, was einer etwas höheren Rate als 2006/2007 entspricht (rund **125 Kinder pro 100.000**). Regionale Verteilungsmuster oder geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht erkennbar. [32]

4.3.5 Atopische Erkrankungen

Zu den klassischen atopischen Erkrankungen zählen Asthma bronchiale, allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) und Neurodermitis. Typisch für das Kindesalter ist, dass sich

diese allergischen Erkrankungen häufig verändern und sich bis ins Erwachsenenalter auch zurückbilden können. Dies gilt insbesondere für Neurodermitis. [34]

An der weltweiten ISAAC-Studie, die anhand eines Fragebogens die Prävalenz von Asthma, Heuschnupfen und Neurodermitis bei Sechs- bis Siebenjährigen und bei 12- bis 14-Jährigen erhebt, haben sich seit der ersten Phase 1995 bis 1997 zu mehreren Zeitpunkten verschiedene Regionen oder ganze Bundesländer Österreichs beteiligt (Oberösterreich, Kärnten, Steiermark, Niederösterreich). Die letzte Studie nach dem ISAAC-Design, für die Daten zur Verfügung stehen, wurde in Niederösterreich (im gesamten Bundesland) durchgeführt. Nach dieser Studie beträgt die Prävalenz¹⁹ bei Sechs- bis Siebenjährigen für

- **Asthma 4,7 Prozent** (für Buben höher als für Mädchen),
- für **Heuschnupfen 4,3 Prozent** (für Buben höher als für Mädchen) und
- für **Neurodermitis 11,7 Prozent** (für Mädchen höher als für Buben).

Insgesamt hatten **17,9 Prozent** der **Kinder eine oder mehrere der drei untersuchten Erkrankungen**. [35]

Aus den beiden ISAAC-Untersuchungen in Oberösterreich ist bekannt, dass

- die Prävalenz insbesondere von Heuschnupfen bei den 12- bis 14-Jährigen deutlich höher ist als bei den 7- bis 8-Jährigen (viermal so hoch; vgl. Tabelle 7) und dass
- die Prävalenz bei allen drei Erkrankungen im Zeitverlauf gestiegen ist (1995-1997 versus 2001-2003). [36]

¹⁹ Frage: Hatte Ihr Kind IRGENDWANN EINMAL Asthma? (von einem Arzt festgestellt)

Tabelle 7: Prävalenz ärztlich diagnostizierter atopischer Erkrankungen in Ober- und Niederösterreich

	OÖ 6- bis 7-Jährige 2001-2003	OÖ 12- bis 14-Jährige 2001-2003	NÖ 6- bis 7-Jährige 2008	Deutschland 0- bis 17-Jährige 2009-2012
Asthma	5,1	7,1	4,7	6,3
Heuschnupfen	4,5	17,3	4,3	12,6
Neurodermitis	13,8	12,1	11,7	14,3

Quellen: Haidinger et al. 2011, Schernhammer et al. 2008, Schmitz et al. 2014;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Daten aus der deutschen KiGGS-Studie sind am aktuellsten und beziehen sich auf eine größere Population, nämlich auf die 0- bis 17-Jährigen. Demnach liegt die Lebenszeitprävalenz von Asthma bei rund sechs Prozent, jene von Heuschnupfen und Neurodermitis etwa doppelt bzw. mehr als doppelt so hoch. Insgesamt sind laut KiGGS-Studie rund 26 Prozent der 0- bis 17-Jährigen von zumindest einer dieser drei Erkrankungen betroffen, Burschen etwas häufiger als Mädchen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus leiden häufiger unter Neurodermitis, bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus kommen Asthma oder Heuschnupfen häufiger vor (vgl. Kapitel 7). [34]

4.3.6 Zahngesundheit

Seit 1996/97 führt das ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsressorts Zahnstatuserhebungen bei Sechs-, Zwölf- und 18-Jährigen sowie bei 35- bis 44- und bei 65- bis 74-Jährigen durch. Seither wurden alle diese Altersgruppen zweimal nach der WHO-Methode des Oral Health Surveys untersucht, wobei jede Altersgruppe in einem Fünf-Jahres-Intervall der Untersuchung unterzogen wird. Die folgende Übersicht zeigt die wesentlichsten Ergebnisse der aktuellen Zahnstatuserhebungen von Kindern und Jugendlichen im Vergleich mit den WHO-Zielen für die Jahre 2000 und 2020.

Die WHO-Ziele aus dem Jahr 2000 für Sechs-, Zwölf- und 18-Jährige sind in Österreich erreicht, doch für die WHO-2020-Ziele besteht insbesondere bei den Sechsjährigen noch Verbesserungsbedarf. Zumindest 80 Prozent der Sechsjährigen sollten gemäß WHO-Ziel 2020 kariesfrei sein; derzeit trifft dies nur auf etwas mehr als die Hälfte der Kinder zu. Bei

den Zwölfjährigen sollte der DMFT²⁰ maximal 1,5 betragen; dieser Wert war schon 2012/2013 unterschritten, auch unter Einbeziehung der Kinder mit Migrationshintergrund. Das WHO-Ziel für die 18-Jährigen – niemand sollte einen fehlenden Zahn aufweisen – war 2008/2009 weitgehend erreicht. (Vgl. Tabelle 8)

Tabelle 8: Zahnstatus der 6-, 12- und 18-Jährigen im jeweils letztverfügbaren Erhebungsjahr und WHO-Ziele für die Jahre 2000 und 2020

Alter	WHO-Ziel 2000	WHO-Ziel 2020	Aktueller Stand in Österreich
Sechs-jährige	Mind. 50 % „kariesfrei“	Mind. 80 % „kariesfrei“	2011/2012: 51,5 % kariesfrei (gesamt) 59,8 % kariesfrei (Kinder ohne Migrationshintergrund)
Zwölf-jährige	DMFT ≤ 2	DMFT ≤ 1,5, davon mind. 2/3 saniert	2012/2013: DMFT = 1,4; FT=0,7 (gesamt) DMFT = 1,1; FT = 0,7 (Kinder ohne Migrationshintergrund)
Achtzehn-jährige	85 % sollen keine aufgrund von Karies fehlenden Zähne haben (MT = 0 bei 85 %)	MT = 0 (bei 100 %)	2008/2009: MT = 0,05 (3 % hatten einen oder mehrere fehlende Zähne)

DMFT: Kariöse, fehlende und gefüllte Zähne (decayed, missing, filled teeth)

Quellen: Bodenwinkler et al. 2010, 2012, 2014 ; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Ergebnisse der Zahnstatuserhebungen belegen, dass sozioökonomische Faktoren auch auf die Zahngesundheit einen deutlichen Einfluss ausüben. Kinder mit Migrationshintergrund weisen im Durchschnitt eine deutlich schlechtere Zahngesundheit auf als der Durchschnitt aller untersuchten Kinder [38].

Internationale Vergleichswerte – solche sind nur für Zwölfjährige verfügbar – zeigen, dass der Zahnstatus österreichischer Kinder relativ gut ist. Die Länder mit den besten

²⁰ Kariesindex; statistischer Gradmesser für die Schwere bzw. Auswirkung einer Karieserkrankung (sog. "Karieslast"). DMF wird abgeleitet von: D=diseased=erkrankt; M=missing=fehlend; F=filled=mit einer Füllung versehen. Eine weitere Unterteilung erfolgt in den DMF-T-Index (T für tooth/teeth = auf den ganzen Zahn/Zähne bezogen; auch als DMFT abgekürzt).

Ergebnissen weisen einen durchschnittlichen DMFT von knapp unter 1 auf (Dänemark, Deutschland, Luxemburg, Schweden, Schweiz, Großbritannien).²¹

4.4 Entwicklungsverzögerungen

Bei einer Entwicklungsverzögerung ist – im Gegensatz zu einer Entwicklungsstörung (vgl. Punkt 4.3.3) – davon auszugehen, dass der durch Fachpersonen festgestellte Entwicklungsstand eines Kindes zwar von einer definierten Normentwicklung abweicht, grundsätzlich aber – bei günstigen Bedingungen und entsprechender Förderung – wieder aufgeholt werden kann. Der Begriff betont damit den zeitlichen Aspekt der Entwicklung und unterscheidet diesen von bleibenden Beeinträchtigungen. In einem frühen Stadium ist diese Unterscheidung allerdings oftmals nur bedingt möglich. [24]

Die folgenden Auffälligkeiten, zu denen im Rahmen eines eigenen Projekts Daten aufbereitet wurden, können am ehesten unter dem Begriff „Entwicklungsverzögerungen“ beschrieben werden. Es handelt sich dabei um Leistungsdefizite in den Bereichen Sprache und Sprechen, Motorik und schulische Fertigkeiten. Die entsprechenden Datenquellen unterscheiden sich erheblich hinsichtlich ihrer Erhebungszeitpunkte, der verwendeten Methodik sowie ihren Alters- und regionalen Bezügen. Eine einheitliche, standardisierte Datenquelle für das gesamte Bundesgebiet existiert nicht. Einschätzungen zur Häufigkeit von Entwicklungsverzögerungen sind demnach – mit Ausnahme der Sprachentwicklung – nur auf Basis lokaler und regionaler Daten und in einem sehr eingeschränkten Alterssegment möglich. Daraus ergeben sich nachstehende Prävalenzschätzungen:

²¹ <https://cecdo.org/oral-healthcare/cecdo-database/> (13.3.2025)

- **umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache:**
rund sieben bis elf Prozent der vier- bis fünfjährigen Kinder (mit deutscher Muttersprache); logopädische Auffälligkeiten: rund 57 bis 69 Prozent der Drei- bis Sechsjährigen, 20 bis 33 Prozent davon therapiebedürftig;
- **umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten:**
sechs bzw. 15 Prozent der Sechs- bis Zwölfjährigen (abhängig vom Schweregrad);
- **umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen:**
rund 25 Prozent der Vier- bis Fünfjährigen bzw. je 16 Prozent der Sechs- und Achtjährigen in Bezug auf ihre Grob- und Feinmotorik. [24]

4.5 Behinderungsbedingte Einschränkungen

Unter einer Behinderung wird laut ICF²² [40, 41] das Ergebnis eines dynamischen Prozesses verstanden, das aus dem Wechselspiel gesundheitlicher und kontextueller Faktoren hervorgeht. Der Behinderungsbegriff verweist damit – im Sinne einer individual-medizinischen Perspektive – sowohl auf geschädigte/beeinträchtigte Körperstrukturen und -funktionen als auch – in einem sozial-strukturellen Sinne – auf Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit sowie in der Teilnahme und Teilhabe an relevanten Lebenssituationen, die zu einer sozialen Benachteiligung führen können [42]. Der Begriff der Behinderung ist somit kein ausschließlich medizinischer Begriff, sondern auch die Beschreibung einer Normabweichung [43], die durch gesundheitliche Einschränkungen sowie durch physische und soziale Barrieren entstehen kann [24].

Im Folgenden wird auf zwei Unterstützungsleistungen eingegangen, die auf der Feststellung einer Behinderung beruhen:

- auf erhöhte Familienbeihilfen und
- auf das Pflegegeld.

Für Kinder und Jugendliche, die erheblich behindert oder erwerbsunfähig sind, wird eine **erhöhte Familienbeihilfe** ausbezahlt. Für den Nachweis dieser Behinderung ist eine amtsärztliche Untersuchung erforderlich. Voraussetzung für die Zuerkennung einer erhöhten Familienbeihilfe ist entweder ein Behinderungsgrad von mindestens 50 Prozent

²² International Classification of Functioning, Disability and Health:

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
(13.3.2025)

oder der Umstand, dass die Betroffenen dauerhaft außerstande sind, für ihren Unterhalt zu sorgen. Im Jahr 2012 wurde etwa für **76.000 Menschen** eine erhöhte Familienbeihilfe ausbezahlt, wobei im Falle einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit der Anspruch auf Familienbeihilfe ohne Alterslimit besteht (sofern die entsprechende Behinderung vor Vollendung des 21. Lebensjahres oder während einer Berufsausbildung vor Vollendung des 21. Lebensjahres eingetreten ist). Das entspricht 4,4 Prozent aller Familienbeihilfebezieher:innen. Die Anzahl der erhöhten Familienbeihilfen steigt kontinuierlich: Im Jahr 2000 wurde für etwas mehr als 60.000 Menschen eine erhöhte Familienbeihilfe ausbezahlt (= 3,3 % aller Familienbeihilfebezieher:innen).²³

Für pflegebedürftige Personen besteht in Österreich seit Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes und der entsprechenden Landesgesetze (Juli 1993) sowie seit der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über Fragen der Finanzierung (Jänner 1994) Rechtsanspruch auf den Bezug von **Pflegegeld**.

Die Höhe des Pflegegeldbezugs ist abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, wobei sieben Stufen der Pflegebedürftigkeit definiert sind (nach Pflegebedarfsstunden pro Monat). Die Einstufung des Pflegegelds erfolgt aufgrund ärztlicher Gutachten (unter allfälliger Beiziehung weiterer Fachpersonen, etwa von Sozialarbeitenden oder von Pflegepersonen. Pflegegeld wird gewährt, wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, die einen ständigen Betreuungs- und Pflegeaufwand von mehr als 60 Stunden monatlich bedingt und voraussichtlich zumindest sechs Monate andauern wird.²⁴ In Österreich wurde nach diesen Bedingungen im Jänner 2013 für **12.158** Kinder und Jugendliche (Personen unter 20 Jahren) Pflegegeld bezogen (Datenbank der österreichischen Sozialversicherungsträger).

²³ Quelle: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialleistungen/familienleistungen> (13.3.2025)

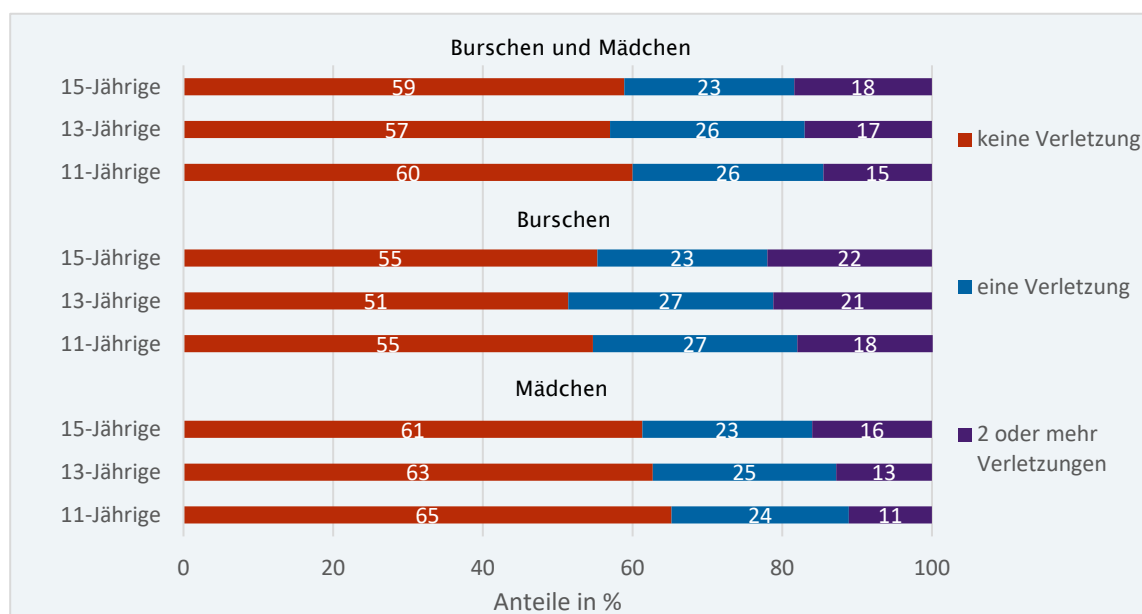
²⁴ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegegeld.html> (13.3.2025)

4.6 Verletzungen

Verletzungen laut Befragung

Der HBSC-Fragebogen enthält die Frage, wie oft während der letzten 12 Monate ein:e Schüler:in so verletzt war, dass **ärztliche oder pflegerische Behandlung** erforderlich war. Bei rund 59 Prozent der Befragten war dies 2014 nie der Fall²⁵ (bei 63 % der Mädchen und 54 % der Burschen). 25 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen waren einmal verletzt (Mädchen und Burschen gleichermaßen), **17 Prozent zweimal oder öfter** (14 % der Mädchen und 20 % der Burschen). Burschen verletzten sich in jedem Alter häufiger als Mädchen, 13- und 15-Jährige häufiger als 11-Jährige (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Professionell behandelte Verletzungen von österreichischen Schüler:innen



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

²⁵ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.

Trendanalysen zeigen, dass es seit 2002 keine eindeutige Entwicklung gegeben hat: Von 2002 bis 2006 ist der Anteil professionell behandelter Verletzungen stark gesunken, zwischen 2006 und 2010 wieder gestiegen [18]. Zwischen 2010 und 2014 wurde eine neuerliche Abnahme verzeichnet.

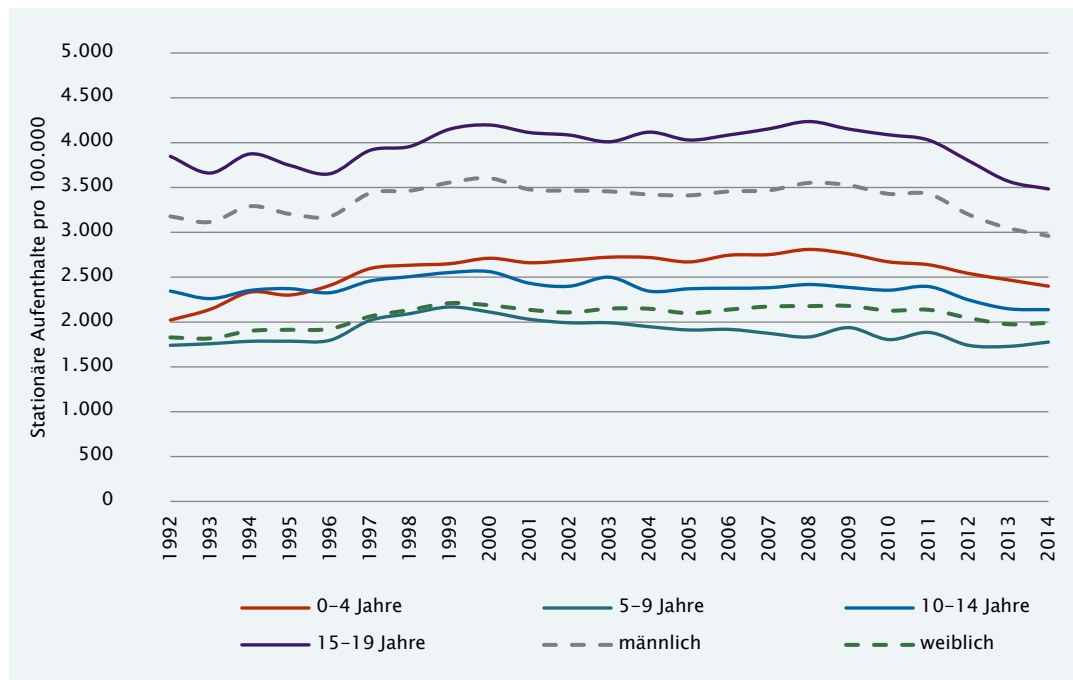
Im internationalen Vergleich zählt Österreich in allen Altersgruppen zu jenem Drittel der HBSC-Länder, in denen sich Kinder und Jugendliche am häufigsten verletzen. Bei der Verletzungshäufigkeit von 15-Jährigen rangieren Österreichs Schüler:innen sogar unter den Top 5 der HBSC-Nationen. [17]

Stationär behandelte Verletzungen

Im Durchschnitt der Jahre 1992 bis 2014 wurden etwa 49.000 Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 S00-T98) bei Kindern und Jugendlichen (im Alter von 0 bis 19 Jahren) stationär behandelt. Die Summe der Verletzungen blieb dabei über die Jahre hinweg weitgehend konstant (seit 2011 gibt es eine tendenzielle Abnahme), nur um die Jahrtausendwende gab es einen Höhepunkt mit mehr als 53.000 Fällen bzw. rund 2.900 Fällen pro 100.000 (vgl. Abbildung 27). Fast ein Drittel dieser Verletzungen waren Kopfverletzungen.

Die 15- bis 19-Jährigen werden häufiger als alle anderen Altersgruppen aufgrund einer Verletzung oder Vergiftung stationär behandelt. Bei Burschen kommt dies deutlich häufiger vor als bei Mädchen: Im Jahr 2014 wurden rund **2.960 Verletzungen pro 100.000 Burschen und rund 2.000 Verletzungen pro 100.000 Mädchen** dokumentiert. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied wird mit zunehmendem Alter größer, ist aber auch schon bei den Null- bis Vierjährigen sichtbar. Tendenziell wird der Unterschied zwischen den Geschlechtern im zeitlichen Verlauf geringer, insbesondere bei den 15- bis 19-Jährigen.

Abbildung 27: Stationär behandelte Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 S00-T98) bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) in Österreich, 1992-2014



Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 1992 bis 2014;

Statistik Austria – Volkszählungen 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2014;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei Krankenhausaufenthalten mit der Diagnose „Verletzungen und Vergiftungen“ wird neben der Art der Verletzung auch die Art des Unfalls dokumentiert. Während der letzten zehn verfügbaren Jahre (2005-2014) machten Sportunfälle rund 10 Prozent und Verkehrsunfälle rund 6 Prozent aus.

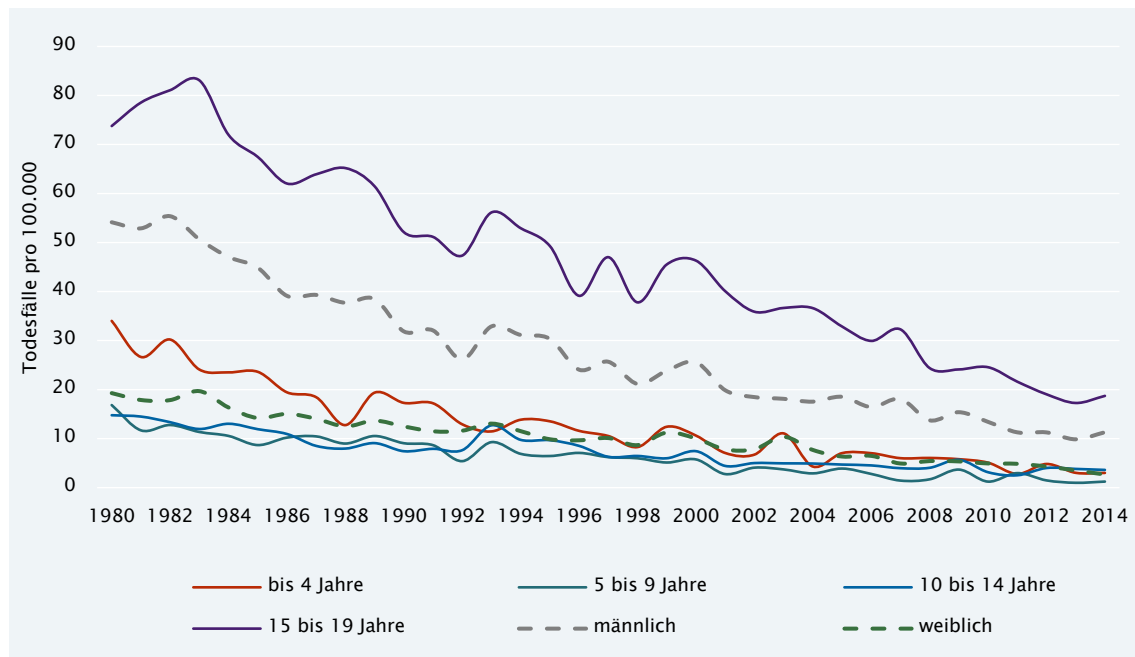
Tödliche Verletzungen

Im Jahr 2014 starben 120 Kinder und Jugendliche in Österreich an einer „Verletzung oder Vergiftung“ (ICD-10 S00-T98), 82 Prozent davon waren männlich. Dies entspricht einer **Mortalitätsrate von 7,1 Todesfällen pro 100.000** dieser Altersgruppe, die bei Burschen viermal so hoch war wie bei Mädchen (10,3 vs. 2,5 Todesfälle pro 100.000). Der Großteil der tödlichen Verletzungen und Vergiftungen, nämlich mehr als 70 Prozent, passierte in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen.

Die zeitliche Entwicklung der tödlichen Unfälle zeigt einen erfreulichen Trend. Während im Jahr 1980 die Mortalitätsrate noch 37,1 (Todesfälle pro 100.000) betrug, lag sie 2014 nur

mehr bei 7,1. Das entspricht einem Rückgang von insgesamt 81 Prozent bzw. von durchschnittlich 2,3 Prozent pro Jahr. (Vgl. Abbildung 28)

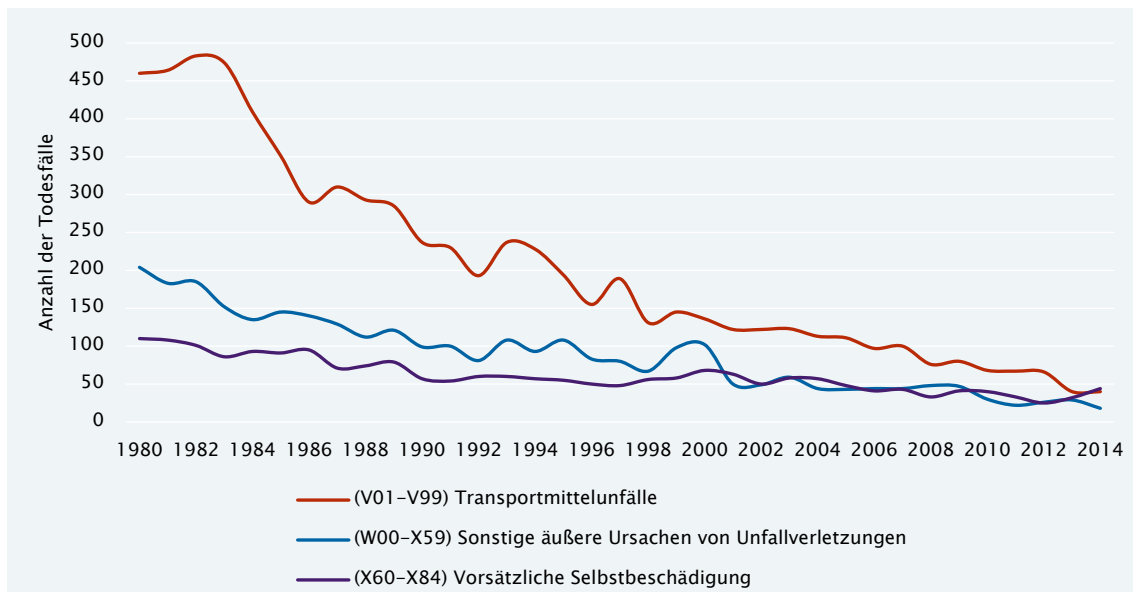
Abbildung 28: Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen von Kindern und Jugendlichen



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980-2014, Volkszählung 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die drei häufigsten Unfallarten, die für Kinder und Jugendliche tödlich enden, sind Verkehrsunfälle (ICD-10 V01-V99), Suizid (ICD-10 X60-X84) und „Sonstige äußere Ursachen von Unfallverletzungen“ (ICD-10 W00-X59). In allen drei Kategorien war seit 1980 im Wesentlichen ein Rückgang zu verzeichnen, der bei den Verkehrsunfällen am deutlichsten und bei den Suiziden am geringsten ausfiel. Diese Entwicklung führte dazu, dass – im Gegensatz zu 1980 – im Jahr 2014 alle drei Unfallarten etwa gleich oft zum Tod führten (44 Suizide, 40 tödliche Verkehrsunfälle, 29 sonstige Unfälle). (Vgl. Abbildung 29)

Abbildung 29: Tödliche Verletzungen und Vergiftungen von Kindern und Jugendlichen im Zeitraum 1980-2014 nach ausgewählten Unfallarten



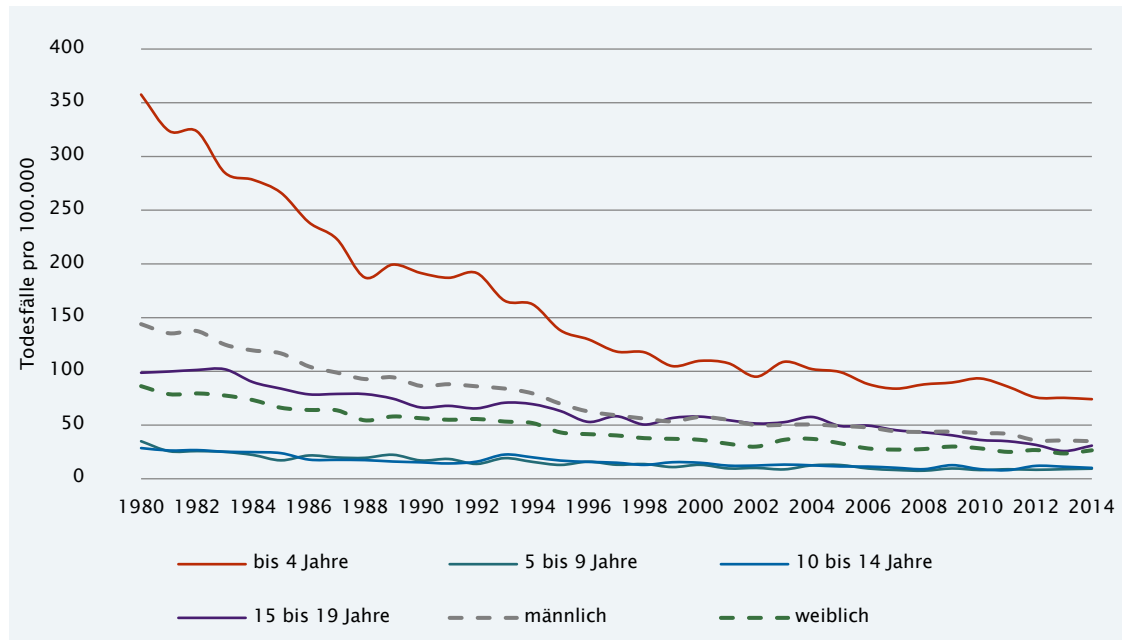
Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980-2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.7 Sterblichkeit

In den letzten 34 Jahren war die Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen bei allen betrachteten Altersgruppen (0-4 Jahre, 5-9 Jahre, 10-14 Jahre und 15-19 Jahre) rückläufig, insbesondere bei Kindern bis zu vier Jahren. Während im Jahr 1980 in Österreich noch 116 von 100.000 Kindern und Jugendlichen starben, waren es 2014 nur mehr **31 pro 100.000**.

Die Sterblichkeit (Verstorbene pro 100.000 EW der Altersklasse) ging bei den unter Fünfjährigen um etwa 79 Prozent zurück (von rund 358 auf rund 74), bei den Fünf- bis Neunjährigen um etwa 73 Prozent (von rund 35 auf rund 9), bei den 10- bis 14-Jährigen um etwa 65 Prozent (von rund 29 auf rund 10) und bei den 15- bis 19-Jährigen um etwa 69 Prozent (von rund 99 auf rund 31). Auch im aktuellen Jahrtausend hat sich bei allen betrachteten Altersgruppen die Sterblichkeit tendenziell verringert, insbesondere bei den 15- bis 19-Jährigen (um 47 %; vgl. Abbildung 30).

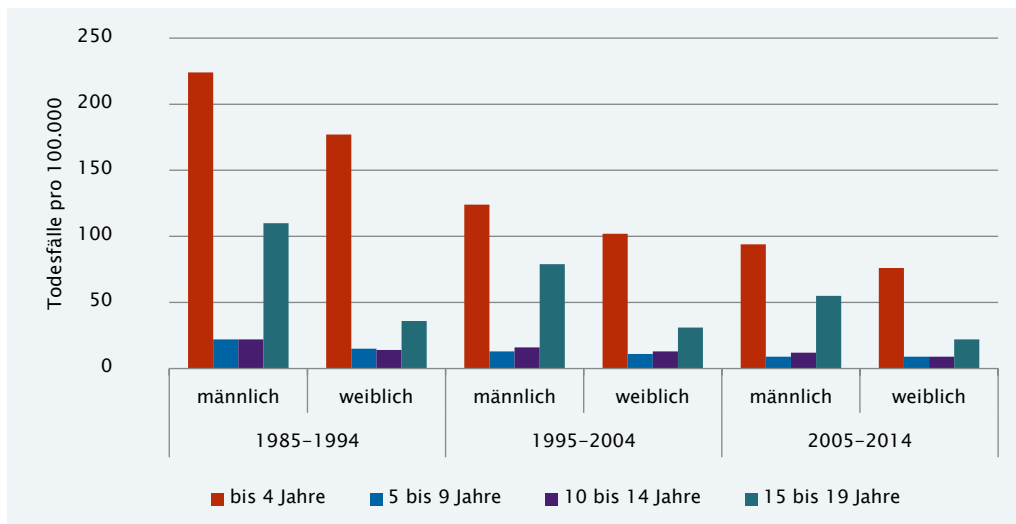
Abbildung 30: Sterblichkeit (Verstorbene pro 100.000) von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre)



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980-2014, Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Sterblichkeit der männlichen Kinder und Jugendlichen war bei allen Altersgruppen in allen drei betrachteten Dekaden höher als die der weiblichen (vgl. Abbildung 31). Der geschlechtsspezifische Unterschied ist bei den 15- bis 19-Jährigen besonders hoch. Obwohl dieser Unterschied im Zeitverlauf durchaus geringer geworden ist, verstarben innerhalb der letzten zehn verfügbaren Jahre (2005-2014) immer noch zweieinhalb Mal so viele Burschen wie Mädchen.

Abbildung 31: Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre) in Österreich in den Perioden 1985-1994, 1995-2004 und 2005-2014, nach Geschlecht und Altersgruppen



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980-2014, Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die (altersstandardisierte) Sterblichkeit der unter 20-Jährigen streute in den österreichischen Bundesländern (bezogen auf die letzten zehn verfügbaren Jahre) zwischen 30 Verstorbenen pro 100.000 im Burgenland und in Kärnten und 46 in Wien; der Bundesdurchschnitt betrug 37 Verstorbenen pro 100.000 (vgl. Tabelle 9). Der Höchstwert in Wien kommt vor allem durch die vergleichsweise hohe Sterblichkeit der Null- bis Vierjährigen zustande, denn Jugendliche sterben in Wien seltener als im übrigen Bundesgebiet. Die ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt liegende Gesamtsterblichkeit in Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg hingegen resultiert eher aus der überhöhten Sterblichkeit der Jugendlichen, die vor allem durch Verkehrsunfälle ums Leben kommen.

Tabelle 9: Altersstandardisierte Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre)

	Todesfälle pro 100.000 (altersstandardisiert)				
	insgesamt	männlich	weiblich	0-4 Jahre	15-19 Jahre
Burgenland	30,0	34,8	25,2	65,3	36,7
Kärnten	30,2	37,6	22,8	59,0	40,1

	Todesfälle pro 100.000 (altersstandardisiert)				
	insgesamt	männlich	weiblich	0-4 Jahre	15-19 Jahre
Niederösterreich	39,0	47,1	30,9	83,6	45,7
Oberösterreich	37,2	45,1	29,3	81,6	42,8
Salzburg	36,7	46,3	27,1	72,5	43,7
Steiermark	31,3	35,6	27,0	67,5	34,1
Tirol	31,5	37,3	25,6	68,3	36,1
Vorarlberg	35,0	41,5	28,5	76,9	37,4
Wien	46,0	52,2	39,8	122,8	27,6
Österreich	37,4	44,4	30,5	85,1	38,3

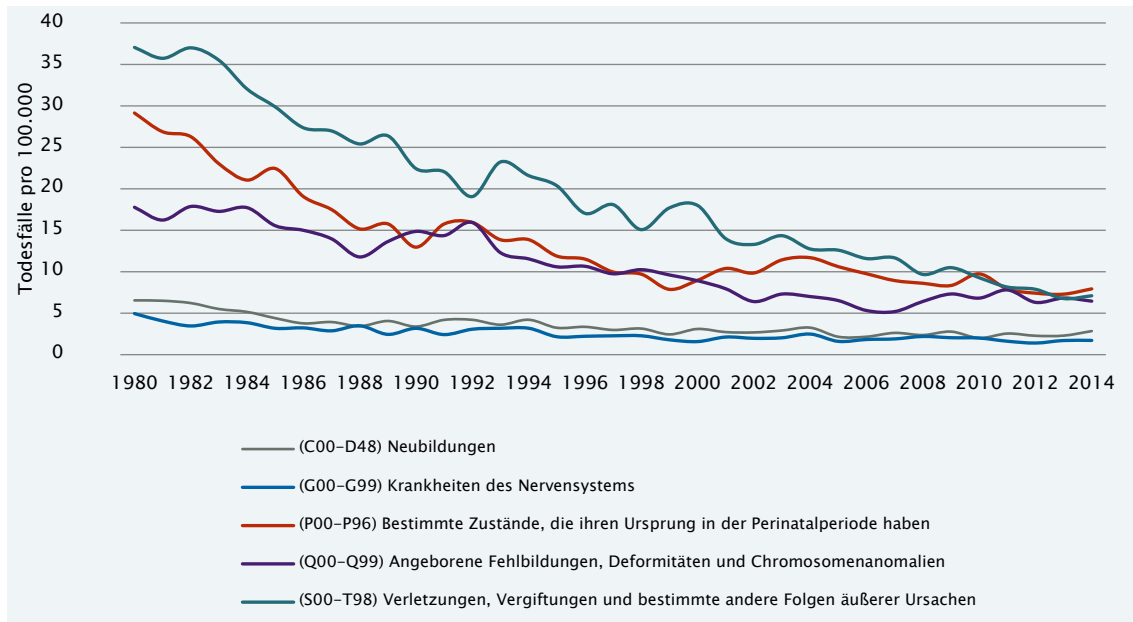
Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005-2014, Statistik des Bevölkerungsstandes 2005-2014;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die **häufigsten Todesursachen** von Kindern und Jugendlichen waren (nach ICD-10-Kapiteln) in den letzten 35 Jahren **„Verletzungen und Vergiftungen“**, „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (ICD-10 P00-P96; dokumentiert nahezu ausschließlich bei Kindern < 1 Jahr; „Säuglingssterblichkeit“) sowie „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ (ICD-10 Q00-Q99; dokumentiert nahezu ausschließlich bei Kindern < 1 Jahr; „Säuglingssterblichkeit“). Auf Platz 4 und 5 rangieren Neubildungen (ICD-10 C00-D48) und Krankheiten des Nervensystems (ICD-10 G00-G99). Diagnosen aus diesen fünf ICD-10-Kapiteln wurden in Summe bei mehr als 82 Prozent aller unter 20-jährigen Verstorbenen als Todesursache dokumentiert.

Die Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen war in Bezug auf die meisten ICD-10-Kapitel seit 1980 tendenziell rückläufig (vgl. Abbildung 32).

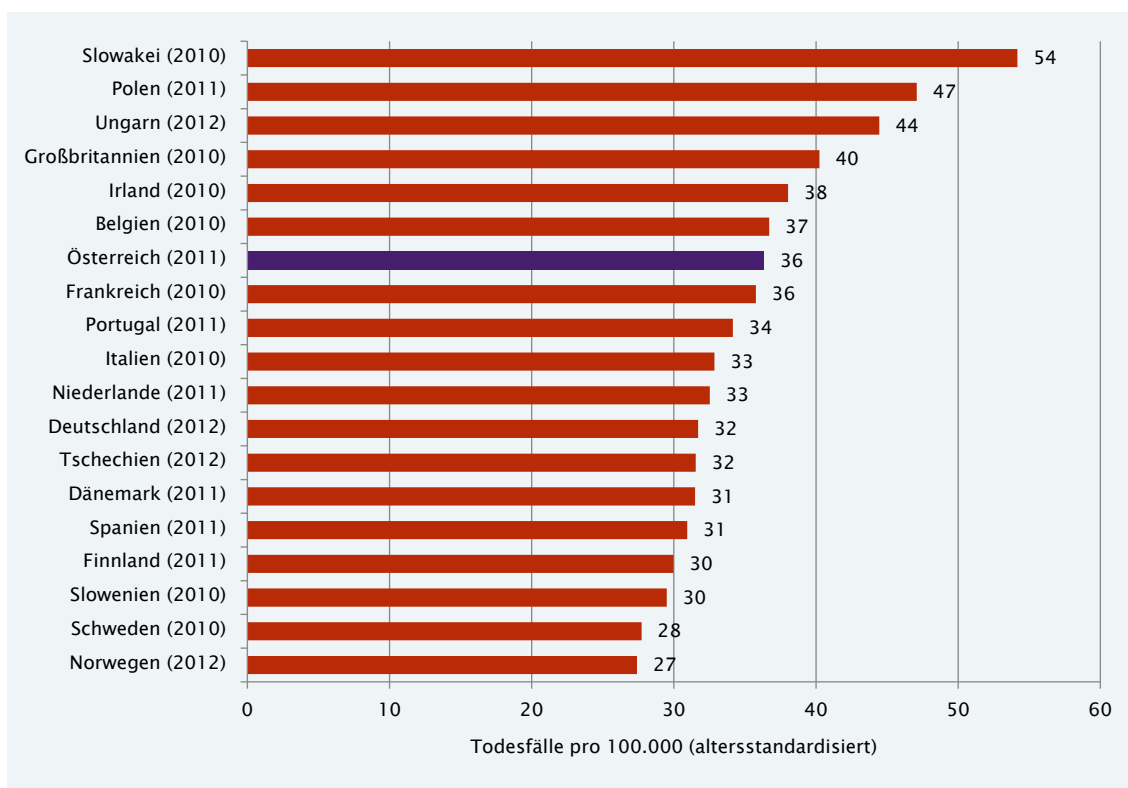
Abbildung 32: Entwicklung der Sterblichkeit (Verstorbene pro 100.000) 1980-2014 von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre) aufgrund der fünf häufigsten Todesursachen (nach ICD-10-Kapitel)



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1980-2014, Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Statistik des Bevölkerungsstandes 2002-2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Verglichen mit 18 anderen europäischen Ländern rangiert Österreich damit auf Platz 13 (vgl. Abbildung 33).

Abbildung 33: Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre) in Österreich im Vergleich zu ausgewählten europäischen Ländern, 2010-2012



Quelle: WHO – <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/> (13.3.2025);

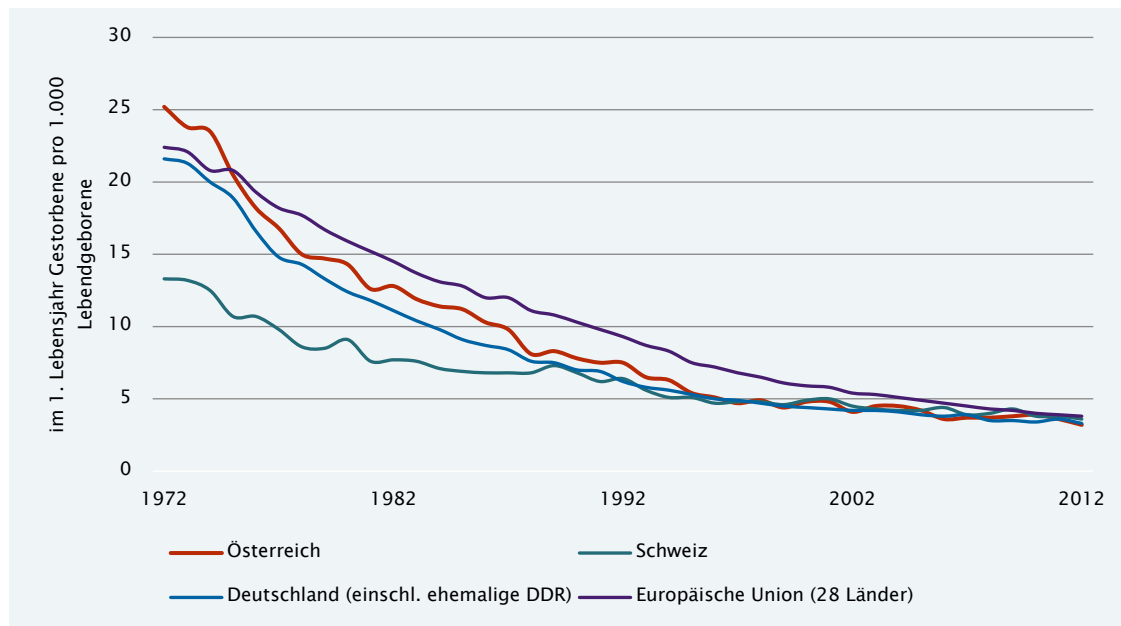
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit (im ersten Lebensjahr Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborenen) verursacht den Großteil der in den ICD-10-Kapiteln P und Q dokumentierten Sterbefälle. Sie war in Österreich bis in die erste Hälfte der 1990er Jahre stark rückläufig und sinkt seither weiterhin geringfügig.

Im Jahr 2014 lag die Säuglingssterblichkeitsrate bei **3,1 Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen** (Säuglingssterblichkeit online abgefragt bei Statistik Austria, 25. 8. 2015). Seit etwa 20 Jahren entspricht die Säuglingssterblichkeit in Österreich etwa jener der deutschsprachigen Nachbarländer, der Durchschnitt der EU-28-Länder liegt etwas darüber (vgl. Abbildung 34).

Abbildung 34: Säuglingssterblichkeit in Österreich im internationalen Vergleich, 1972-2012



Quelle: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database> (13.3.2025);

Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.8 Zusammenfassung

- Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand und die allgemeine Lebenszufriedenheit sind bei 13 bzw. 11 Prozent der österreichischen Schüler:innen problematisch, bei Mädchen häufiger als bei Burschen.
- 22 Prozent berichten von zwei oder mehr Beschwerden, die mehrmals wöchentlich auftreten (Mädchen mehr als Burschen). Besonders häufig treten Einschlafschwierigkeiten und Gereiztheit auf.
- Burschen werden häufiger in einem Krankenhaus behandelt als Mädchen. Die häufigsten Ursachen für einen stationären Aufenthalt sind Verletzungen und Krankheiten der Atmungsorgane. Die Krankenhaushäufigkeit ist seit Beginn der 1990er Jahre weitgehend konstant.
- Die Krebsinzidenz von Kindern und Jugendlichen ist leicht steigend (14 Neuerkrankungen pro 100.000 im Jahr 2011), die diesbezügliche Mortalität hingegen rückläufig (2,8 pro 100.000 im Jahr 2014). Die häufigste Tumorart bei Kindern und Jugendlichen ist Leukämie.
- Psychische Erkrankungen werden bei Burschen und Mädchen gleichermaßen häufiger, zumindest gemessen an der Krankenhaushäufigkeit. Doch es gibt dazu besonders

wenige Daten in Österreich. Aus Deutschland wird berichtet, dass – je nach Störungsbild – 15 bis 30 Prozent der Kinder psychisch auffällig sind. Essstörungen sind bei österreichischen Jugendlichen, gemessen an der Krankenhaushäufigkeit, konstant geblieben, die Suizidrate gesunken.

- Die Diabetes-Inzidenz steigt. Im Jahr 2007 wurden bei 0- bis 14-Jährigen 18,7 Neuerkrankungen pro 100.000 registriert.
- Atopische Erkrankungen sind laut Literatur im Steigen begriffen. Rund fünf Prozent der Sechs- bis Siebenjährigen leiden unter Asthma und/oder Heuschnupfen, zwölf Prozent unter Neurodermitis (2008, Niederösterreich).
- Bei der Zahngesundheit von Sechsjährigen besteht in Österreich noch großer Handlungsbedarf. 2011/2012 erreichte nur etwas mehr als die Hälfte das WHO-2020-Ziel (80 % kariesfreie Kinder).
- Die Prävalenz von Entwicklungsverzögerungen kann aufgrund sehr rudimentärer Daten nur grob eingeschätzt werden: Zehn Prozent der Vier- bis Siebenjährigen haben Sprachprobleme, sechs bzw. 15 Prozent der Sechs- bis Zwölfjährigen (abhängig vom Schweregrad) zeigen Störungen bei schulischen Fertigkeiten. Bei etwa 25 Prozent der Vier- bis Fünfjährigen bzw. 16 Prozent der Sechs- und Achtjährigen bestehen motorische Auffälligkeiten.
- Für vier Prozent aller Familienbeihilfeempfänger:innen wird aufgrund einer schwerwiegenden Behinderung erhöhte Familienbeihilfe bezogen, Tendenz steigend.
- Rund 17 Prozent der Schüler:innen Österreichs erlitten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung zwei oder mehr Verletzungen, die ärztlich oder pflegerisch versorgt wurden.

Pro Jahr werden rund 50.000 Verletzungen – bei weitgehend konstanter Entwicklung über die letzten 20 Jahre – stationär behandelt (bei Burschen deutlich häufiger als bei Mädchen).

Tödliche Verletzungen sind deutlich rückläufig (etwa 120 im Jahr 2014). Es handelt sich dabei vor allem um Verkehrsunfälle und Suizide.

- Die Gesamtsterblichkeit ist rückläufig, insbesondere war sie es bis zur Jahrtausendwende, vor allem aufgrund der Verringerung der Säuglingssterblichkeit.

5 Individuelle Determinanten

Auf Ebene der individuellen Determinanten wird das Augenmerk sowohl auf **körperliche und psychische Faktoren** als auch auf das **Gesundheitsverhalten** der Kinder und Jugendlichen gelegt (vgl. Abschnitt 1.3). Diese Determinanten spielen sowohl für die gegenwärtige als auch für die zukünftige Gesundheit eine zentrale Rolle und schreiben sich oftmals bis ins Erwachsenenalter fort.

Im Bereich der körperlichen Faktoren wird der Blick auf das Verhältnis von Körpergröße und Körpergewicht und damit auf den Gewichtsstatus der Kinder und Jugendlichen gelegt.

Bei den psychischen Faktoren werden neben dem Schulstress sowohl gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen (Selbstwirksamkeit und Körperwahrnehmung) als auch die Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen beleuchtet.

Unter Gesundheitsverhalten werden Bewegung und Ernährung, das Sexualverhalten, der Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Substanzen, nicht substanzgebundene Süchte sowie das Gewaltverhalten der Kinder und Jugendlichen thematisiert. Resümees zu den einzelnen Abschnitten finden sich jeweils am Ende der drei genannten Themenblöcke.

5.1 Körperliche Faktoren

5.1.1 Gewichtsstatus

Der Gewichtsstatus von Kindern und Jugendlichen gibt Auskunft über das Verhältnis von Körpergröße und -gewicht und erlaubt Aussagen zu Unter-, Normal- und Übergewicht. Der **Body-Mass-Index** (kurz BMI²⁶) ist das gebräuchlichste Maß, um Personen und Bevölkerungsgruppen in Untergewichtige, Normal- und Übergewichtige einzuteilen, wobei zwischen dem BMI und der Körperfettmasse ein enger Zusammenhang besteht [44].

Bei Personen ab 18 Jahren wird der BMI üblicherweise nach den Grenzwerten der WHO klassifiziert [45]. Personen mit einem BMI < 18,50 werden als untergewichtig, mit Werten

²⁶ Der BMI berechnet sich aus Gewicht durch das Quadrat der Größe (kg/m²).

zwischen 18,51 und 24,99 als normalgewichtig und ab einem BMI von 25,00 als übergewichtig eingestuft. (Personen mit Werten zw. 25,00 und 29,99 gelten als prä-adipös, mit Werten ≥ 30 als adipös.)

Der BMI wird idealerweise aus gemessenen Daten von Körpergröße und -gewicht ermittelt. In größeren Studien ist es allerdings üblich, dass der BMI aus selbstberichteten Angaben zu Körpergröße und -gewicht errechnet wird. Dabei kommt es bei Übergewicht eher zu einer Unterschätzung, bei Untergewicht eher zu einer Überschätzung der Häufigkeit [15, 18]. Nichtsdestotrotz wird auch für Kinder und Jugendliche der BMI zur Bewertung des Gewichtsstatus empfohlen [46]. Anders als bei Erwachsenen können jedoch keine festen Grenzwerte angesetzt werden, da der BMI von Kindern und Jugendlichen aufgrund ihres kontinuierlichen physiologischen Wachstums stetig ansteigt. Dies erschwert die Interpretation des BMI und macht alters- und geschlechtsspezifische Grenzwerte erforderlich.

Im internationalen Kontext (z. B. im Rahmen der HBSC-Studie oder Currie et al. 2012) wird auf die Grenzwerte von Cole et al. [47] zurückgegriffen, die mittlerweile auch von der International Obesity Taskforce (IOTF) empfohlen werden. Sie wurden nach einem komplexen und international anerkannten Verfahren berechnet mit dem Ergebnis, dass die 18-Jährigen über das 90ste (Übergewicht), 97ste (Adipositas) und 99ste BMI-Perzentil (schwere Adipositas) an die Grenzwerte der Erwachsenen „angeschlossen“ wurden. Davon ausgehend wurden für alle anderen Altersstufen Grenzwerte definiert [15]. Im deutschsprachigen Raum werden vorzugsweise die Grenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. [48] verwendet, sowohl in der KiGGS-Studie [49] als auch im Österreichischen Ernährungsbericht [50]. Diese Grenzwerte weichen leicht von den zuvor genannten ab [47] und erlauben nur eingeschränkt eine internationale Vergleichbarkeit [15].

Bereits im Kindes- und Jugendalter stellen Übergewicht und Adipositas ein weitverbreitetes Gesundheitsproblem dar, das auch global deutlich zugenommen hat [51-55]. Diese Entwicklung ist bedenklich, da Übergewicht und Adipositas bereits im Kindes- und Jugendalter mit zahlreichen Erkrankungen einhergehen (mit Asthma, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Hyperglykämie/Typ-2-Diabetes, Leberverfettung, Gelenksschädigungen, nächtlichen Atmungsstörungen, Verkalkung der Arterien) [51, 56-62]. Sie tragen langfristig zu einer verringerten Lebenserwartung bei [63]. Darüber hinaus stehen Übergewicht und Adipositas mit einer Reihe psychosozialer Belastungen in Zusammenhang (Diskriminierung, Ausgrenzung, verminderte Selbstachtung), die zu einer verminderten Lebensqualität sowie zu einem erhöhten Depressionsrisiko führen [56, 60,

64-67]. Außerdem zeigt sich, dass in der Kindheit angelegtes Übergewicht auch im Erwachsenenalter häufig zu Gewichtsproblemen führt [56, 68, 69].

Für das Entstehen von Übergewicht kann ein komplexes **Zusammenspiel genetischer, verhaltens- wie auch verhältnisbezogener Faktoren** verantwortlich gemacht werden. Zu diesen Faktoren zählen unter anderem eine übermäßige Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft, ein erhöhtes Geburtsgewicht, ungünstige Ernährungsgewohnheiten (übergroße Portionen von kalorienreichen Lebensmitteln, übermäßiger Konsum gesüßter Getränke, eine schwach ausgeprägte Esskultur, Flaschenmahlzeiten statt Stillen), mangelnde Bewegung, übermäßiger Medienkonsum, ein geringer familiärer Zusammenhalt sowie ein geringer sozialer Status der Eltern [49, 70]. Diese Faktoren tragen zu einer übermäßigen Energieaufnahme und zu einem inadäquaten Energieverbrauch bei [62, 71-78].

Neben dem Übergewicht kommt aber auch den **Essstörungen** und dem damit in Zusammenhang stehenden **Untergewicht** eine wichtige Bedeutung zu [79-81]. In westlichen Ländern ist der Anteil untergewichtiger Kinder in sozioökonomisch besser gestellten Familien deutlich höher als in sozial benachteiligten Familien [82]. Untergewicht kann zu Mangelerscheinungen führen (z. B. zu einer unzureichenden Versorgung mit Nährstoffen), zu einem verlangsamten Stoffwechsel, zu Osteoporose und zu Defiziten in der körperlichen, emotionalen sowie sozialen Entwicklung und beeinflusst damit die intellektuelle und schulische Leistungsfähigkeit [83, 84]. Als Ursachen für Untergewicht werden neben einem gestörten Essverhalten oder einer ausgeprägten Essstörung übermäßiger Stress (durch Arbeit, Schule und/oder Familie) sowie organische und funktionelle Ursachen genannt [85].

Laut KiGGS-Studie sind in Deutschland rund 15 Prozent der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig²⁷ (8,7 % prä-adipös, 6,3 % adipös). Der Anteil der Übergewichtigen steigt mit zunehmendem Alter deutlich an [49, 86]. Bei den Drei- bis Sechsjährigen sind rund neun Prozent übergewichtig, bei den 11- bis 17-Jährigen bereits 18 Prozent. Auch bei der Verbreitung von Adipositas gibt es einen deutlichen Anstieg im Altersverlauf: Der Anteil adipöser Kinder und Jugendlicher steigt von 2,9 Prozent bei den Drei- bis Sechsjährigen auf 8,0 Prozent bei den 11- bis 17-Jährigen [49]. Im Vergleich zu Referenzdaten aus den Jahren 1985 bis 1998 ist der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher damit auf das Eineinhalbfache angestiegen, während sich der Anteil adipöser sogar verdoppelt hat.

²⁷ Klassifiziert nach den Grenzwerten von [48].

Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich nicht. Ein erhöhtes Risiko besteht für Kinder mit übergewichtigen Eltern, Kinder aus sozial benachteiligten Schichten und bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, und zwar unabhängig vom Sozialstatus [12, 49, 86].

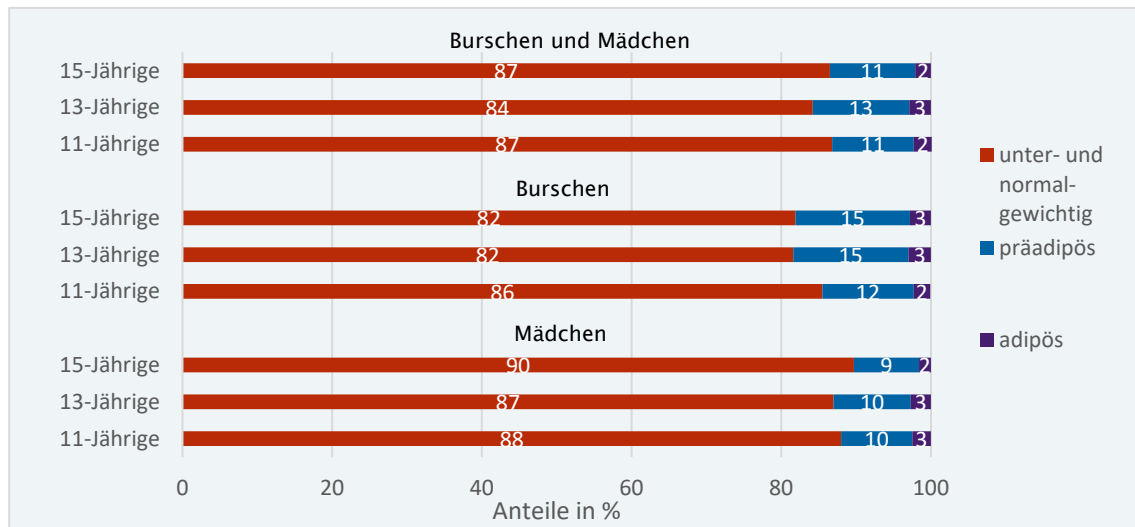
In Österreich sind Aussagen zum Gewichtsstatus von Kindern und Jugendlichen auf Basis der HBSC-Studie (für die 11-, 13- und 15-Jährigen), des Österreichischen Ernährungsberichtes (für 7- bis 14-Jährige,) sowie der Stellungsdaten des österreichischen Bundesheeres (für 18-Jährige) möglich. Die folgenden Ergebnisse beruhen auf dem BMI der Kinder und Jugendlichen, der nach anerkannten Grenzwerten klassifiziert wurde [45, 47, 48]. Keine Angaben stehen derzeit aus den österreichweit durchgeführten Schuluntersuchungen zur Verfügung. Sie würden weitgehend gesicherte Aussagen zum Gewichtsstatus österreichischer Schüler:innen aller Altersstufen erlauben [88].

HBSC-Survey

Im Rahmen der HBSC-Studie werden BMI-Werte auf Basis selbstberichteter Angaben zu Körpergröße und -gewicht errechnet und entsprechend den Grenzwerten von Cole et al. (2000) klassifiziert. Der letzten Erhebung zufolge (2014)²⁸ waren rund 86 Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen unter- oder normalgewichtig und rund **14 Prozent übergewichtig** (prä-adipös oder adipös) [18]. In allen Altersgruppen waren Burschen häufiger betroffen als Mädchen. Bei den Burschen war der Anteil an Übergewichtigen bei den 11-Jährigen und bei den Mädchen bei den 15-Jährigen am geringsten (vgl. Abbildung 35).

²⁸ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.

Abbildung 35: Gewichtsstatus 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen in Österreich, nach Geschlecht, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil übergewichtiger Schüler:innen ist zwischen 2002 und 2010 leicht gestiegen und seither weitgehend konstant geblieben [19].

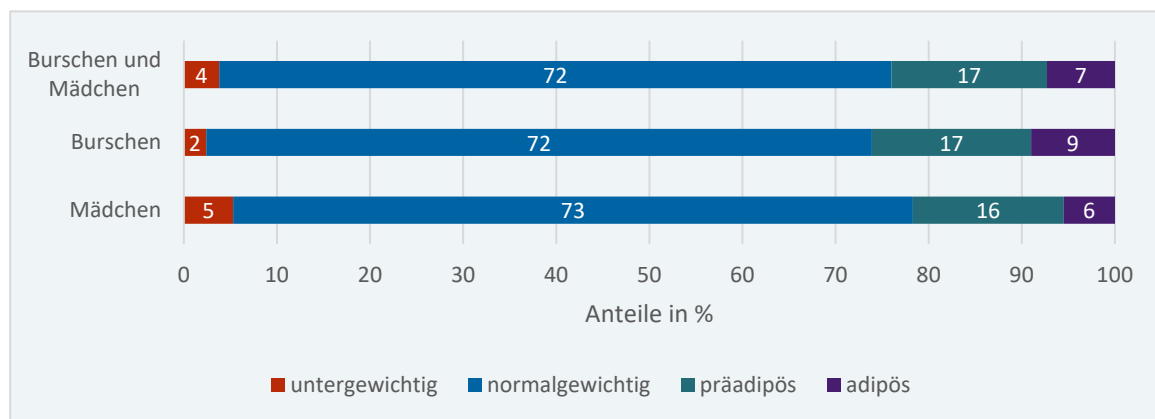
Im internationalen Vergleich rangiert Österreich sowohl bei den 11- als auch bei den 13-Jährigen im mittleren Drittel der HBSC-Länder und bei den 15-Jährigen im schlechtesten Drittel [17].

Österreichischer Ernährungsbericht 2012

Das Institut für Ernährungswissenschaften (Universität Wien) führt seit 1998 in regelmäßigen Abständen Primärerhebungen unter dem Titel „Österreichische Studie zum Ernährungsstatus“ (ÖSES) durch. Die Ergebnisse werden in den „Österreichischen Ernährungsberichten“ publiziert. Die aktuellsten BMI-Daten für Kinder und Jugendliche stammen aus dem Bericht 2010/2012 und basieren auf einer österreichweiten Stichprobe von 387 Kindern im Alter von sieben bis 14 Jahren. Die BMI-Werte wurden auf Basis gemessener Daten zu Körpergröße und -gewicht ermittelt und entsprechend den Grenzwerten von Kromeyer-Hauschild [48] klassifiziert.

Laut Österreichischen Ernährungsbericht [50] waren im Zeitraum von 2010 bis 2012 rund 72 Prozent der 7- bis 14-Jährigen normalgewichtig, rund **24 Prozent** über- (prä-adipös oder adipös) **und etwa vier Prozent untergewichtig**. Burschen waren etwas häufiger übergewichtig (26 % zu 22 %), Mädchen häufiger untergewichtig (5,3 % zu 2,4 %; vgl. Abbildung 36).

Abbildung 36: Gewichtsstatus 7- bis 14-jähriger Schulkinder nach Geschlecht, 2010/2012



gerundete Werte

Quelle: Österreichischer Ernährungsbericht 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

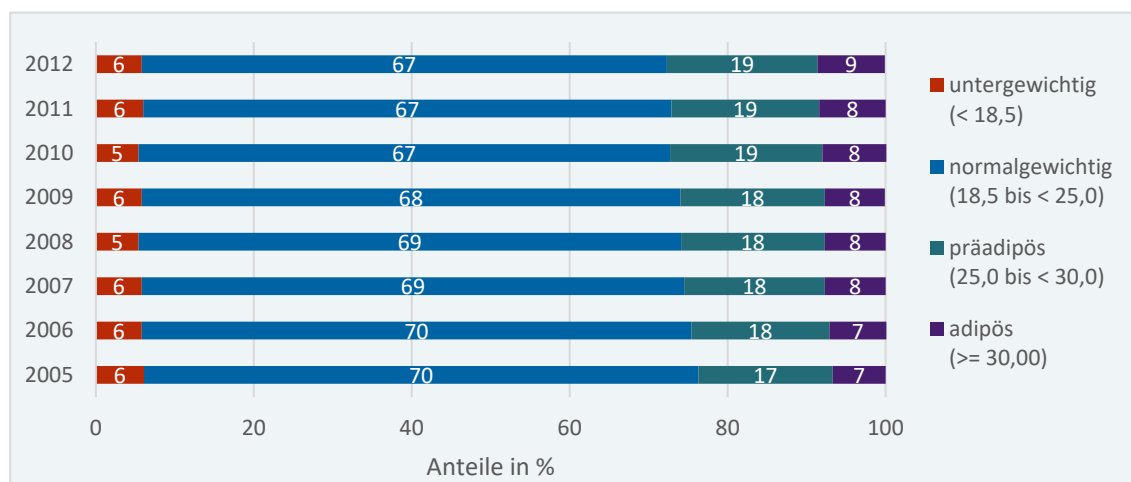
Die Prävalenz von Übergewicht ist im Vergleich mit dem Ernährungsbericht 2008 deutlich gestiegen (bei Mädchen von 17 % auf rund 22 % (+29,4 %), bei Burschen von 21 % auf 26 % (+23,8 %)), die Prävalenz von ausgeprägtem Untergewicht (< 3. Perzentil) ist hingegen von 5,0 auf 1,8 Prozent gesunken. Auch zeigen die Ergebnisse ein deutliches Ost-West-Gefälle zu Ungunsten der östlichen Bundesländer [89].

Stellungsdaten des österreichischen Bundesheeres

Die Stellungsdaten des österreichischen Bundesheeres geben einen Überblick über den Gewichtsstatus aller in Österreich wehrpflichtigen Männer im Alter von rund 18 Jahren (ca. 45.000 pro Jahr). Die BMI-Werte beruhen auch hier auf gemessenen Angaben zu Körpergröße und -gewicht und wurden entsprechend den WHO-Grenzwerten klassifiziert [45]. Den Stellungsdaten zufolge waren im Jahr 2012 rund 67 Prozent der Stellungspflichtigen normalgewichtig, **28 Prozent** über- (prä-adipös oder adipös) **und sechs Prozent untergewichtig**.

Seit 2005 ist der Anteil Übergewichtiger kontinuierlich gestiegen (von 24 % auf 28 %; +16,7 %), während der Anteil Untergewichtiger weitgehend konstant geblieben ist (vgl. Abbildung 37).

Abbildung 37: Gewichtsstatus aller Stellungsuntersuchten* im Zeitverlauf 2005-2012

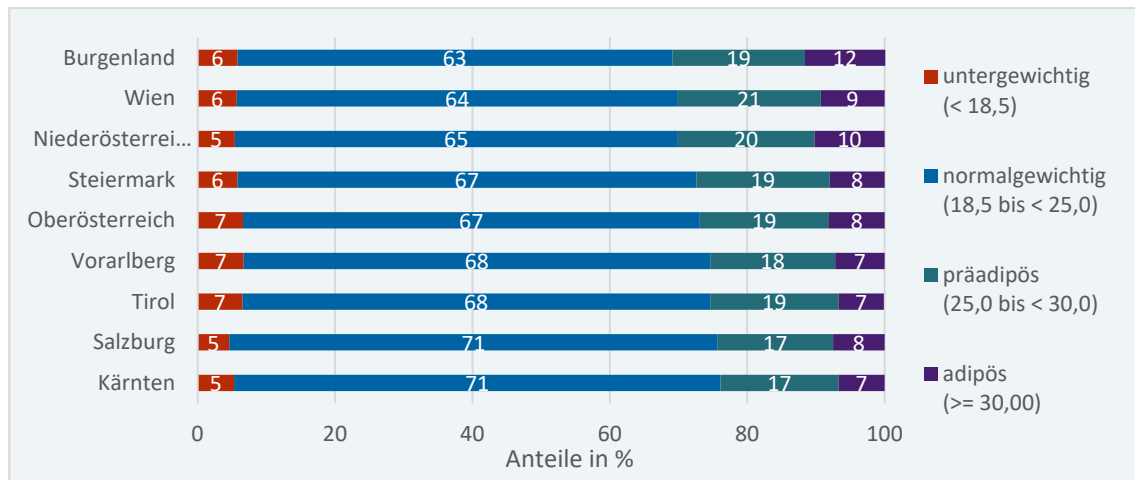


* Vollerhebung bei wehrpflichtigen Männern im Alter von rund 18 Jahren; gerundete Werte

Quelle: BMLVS – Stellungsuntersuchungen 2005–2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Vergleiche zeigen wiederum deutliche Ost-West-Unterschiede, wobei die Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Wien die höchsten, Kärnten und Salzburg die geringsten Anteile an Übergewichtigen aufweisen (vgl. Abbildung 38).

Abbildung 38: Gewichtsstatus aller Stellungsuntersuchten* nach Bundesländern, 2012



* Vollerhebung bei wehrpflichtigen Männern im Alter von rund 18 Jahren; gerundete Werte

Quelle: BMLVS – Stellungsuntersuchungen 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.1.2 Zusammenfassung

- Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher beträgt in Österreich – je nach Altersgruppe – zwischen 13 und 28 Prozent.
- In allen Altersgruppen sind Burschen häufiger übergewichtig als Mädchen.
- Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher hat deutlich zugenommen.
- In Ostösterreich ist der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher deutlich höher als in den westlichen Regionen.
- Untergewichtig sind rund vier Prozent der 7- bis 14-jährigen Kinder sowie rund sechs Prozent der Stellungspflichtigen. Der Anteil untergewichtiger Kinder scheint rückläufig zu sein, der Anteil untergewichtiger Stellungspflichtiger ist weitgehend konstant geblieben. Mädchen sind häufiger untergewichtig als Burschen.

5.2 Psychische Faktoren

5.2.1 Schulstress

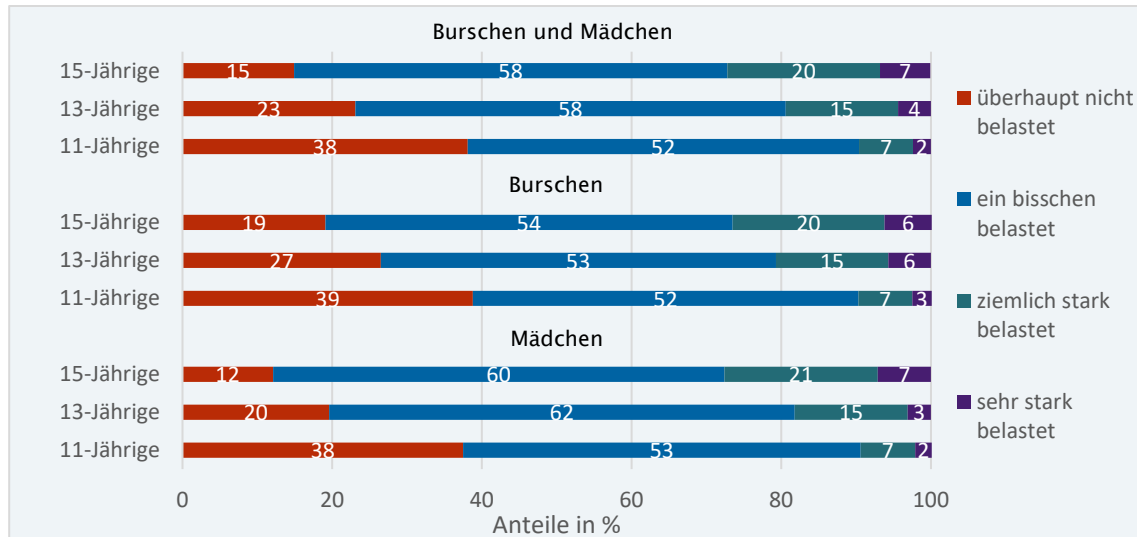
Schulischer Stress kann negative Folgen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben. Er führt zu verminderter Lebensqualität, beeinträchtigt das subjektive Gesundheitsempfinden, reduziert das psychische Wohlbefinden und trägt zu einem

erhöhten Risiko für körperliche und psychische Beschwerden bei. Darüber hinaus wird schulischer Stress in der Literatur mit gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen – wie dem Konsum von Tabak und Alkohol – in Zusammenhang gebracht. [15, 18, 28, 90, 91]

Die Ursachen schulischen Stresses liegen in einem unausgeglichene Zusammenspiel zwischen internen und externen Anforderungen sowie den zu ihrer Bewältigung verfügbaren Ressourcen. Überlastungszustände verweisen somit sowohl auf die einzelne Person und ihre Möglichkeiten als auch auf das schulische Setting.

Aussagen zum Schulstress können in Österreich auf Basis des HBSC-Surveys 2014 getroffen werden.²⁹ Laut HBSC-Ergebnissen fühlten sich im Jahr 2014 rund 75 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen durch die Anforderungen in der Schule belastet. Der Großteil der Schüler:innen (56 %) gab ein geringes Belastungsniveau an, während rund 19 Prozent sich **ziemlich bis sehr stark belastet** fühlten. Am stärksten belastet waren die 15-Jährigen (vgl. Abbildung 39).

Abbildung 39: Schulbelastung der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen in Österreich, nach Geschlecht, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

²⁹ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.

Der Anteil ziemlich bis sehr stark belasteter Schüler:innen war zwischen den Jahren 2002 und 2014 weitgehend konstant.

Im internationalen Vergleich gehört Österreich zu den HBSC-Ländern mit dem geringsten Anteil schulisch belasteter Kinder und Jugendlicher. In Finnland beispielsweise ist dieser Anteil sehr hoch [17].

5.2.2 Selbstwirksamkeit

Die Selbstwirksamkeit ist das Vertrauen einer Person in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, alltägliche Probleme adäquat bewältigen zu können [92]. Selbstwirksamkeit ist sowohl für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen als auch für ihr Gesundheitsverhalten zentral [15, 92] und spielt – im Sinne der „life skills“-Ansätze – vor allem in der Prävention riskanter Verhaltensweisen (Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln), in der Gewaltprävention wie auch in der Förderung der psychischen Gesundheit eine wichtige Rolle [93]. Quellen der Selbstwirksamkeit sind vor allem eigene Erfolgserlebnisse, an anderen beobachtete Bewältigungserfahrungen sowie Feedback und verbale Ermutigungen [94]. Diese Quellen gilt es im Alltag zu forcieren.

Gemäß der HBSC-Befragung 2010³⁰ verfügte in Österreich rund **jede fünfte Schülerin/ jeder fünfte Schüler** im Alter von 11, 13 und 15 Jahren über **eine hohe** und **rund zwei Drittel** über eine „**eher hohe**“ **Selbstwirksamkeit**, während rund 14 Prozent ihre Selbstwirksamkeit als (eher) gering einstufen. Hinsichtlich Alter und Geschlecht konnten keine nennenswerten Unterschiede festgestellt werden [18].

5.2.3 Körperwahrnehmung

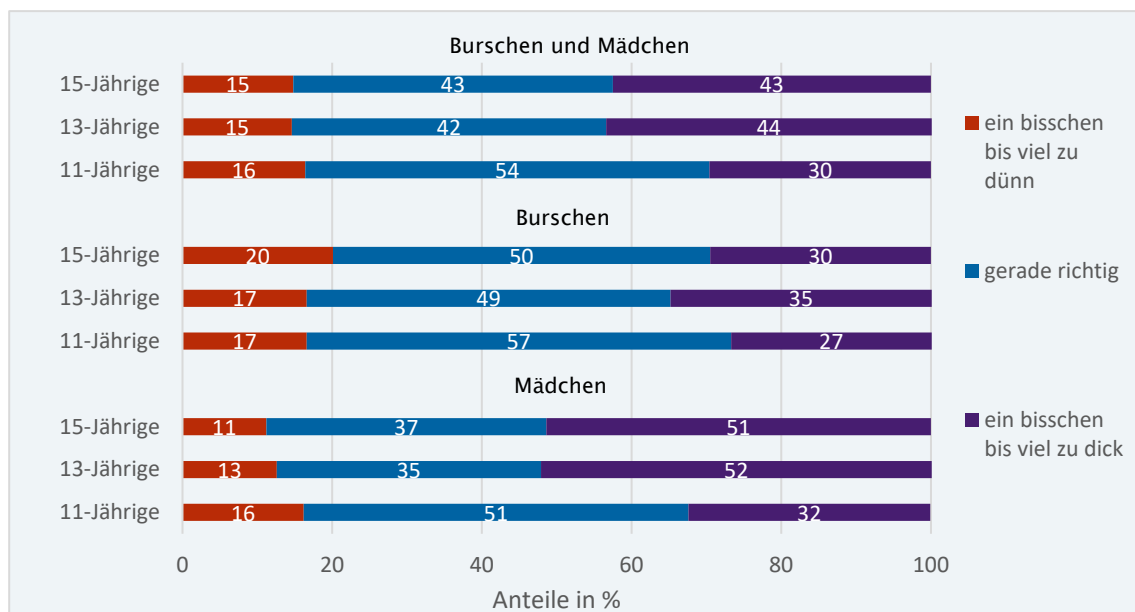
Die Körperwahrnehmung gibt Auskunft darüber, wie Kinder und Jugendliche ihren Körper sehen und empfinden [95]. Sie wird von biologischen und psychologischen sowie von sozialen und kulturellen Faktoren bestimmt und beeinflusst sowohl das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen als auch ihr psychisches Wohlbefinden bzw. ihre psychische Gesundheit [15, 96, 97]. 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

³⁰ Die Frage nach der Selbstwirksamkeit wurde 2014 gestellt.

Konsum von Substanzen (z. B. Tabak), einem geringen Selbstwertgefühl und einer eingeschränkten psychischen Gesundheit einhergeht [17, 18, 95, 98, 99]. Neben einem erhöhten BMI gelten der wahrgenommene mediale Druck (z. B. durch Plakate, Fernsehen und Internet) wie auch die Kritik durch Gleichaltrige und Eltern als Risikofaktoren für ein negatives Körperbild [95, 100]. Regelmäßige körperliche Aktivitäten, Akzeptanz durch Gleichaltrige und Eltern sowie positive Sozialbeziehungen wirken hingegen protektiv [17].

Laut HBSC-Studie waren 2014³¹ rund **39 Prozent** der 11-, 13- und 15-Jährigen davon **überzeugt, ein bisschen bis viel zu dick zu sein**. Gerade richtig empfanden rund 46 Prozent ihr Gewicht, während 15 Prozent sich für ein bisschen bis viel zu dünn hielten. Das Gefühl, zu dick zu sein, nimmt zwischen 11 und 13 Jahren deutlich zu, wobei sich in allen Altersgruppen Mädchen häufiger als zu dick empfinden und diese Differenz mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnt (vgl. Abbildung 40).

Abbildung 40: Körperwahrnehmung der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen in Österreich,



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

³¹ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.

Seit 2002 zeigt sich eine kontinuierliche Abnahme jener Gruppe an Kindern und Jugendlichen, die ihr Gewicht als gerade richtig einstufen. Dieser Rückgang kann sowohl bei Burschen als auch bei Mädchen beobachtet werden, wobei für die einzelnen Altersgruppen unterschiedliche Trends festzustellen sind. [19]

Im internationalen Vergleich gehört Österreich zu den sechs Ländern mit den höchsten Anteilen an Schülerinnen und Schülern, die sich als zu dick empfinden [17].

Insgesamt zeigt sich, dass rund 56 Prozent der Burschen sowie 77 Prozent der Mädchen, die sich als zu dick empfinden, laut BMI unter- oder normalgewichtig sind. Damit zeigt sich ein deutliches Auseinanderklaffen von Wahrnehmung und Realität, das nicht nur das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden beeinträchtigt, sondern auch ungesunde Verhaltensweisen nach sich zieht.

5.2.4 Gesundheitskompetenz

Für gesundheitsförderliche Entscheidungen spielt neben der allgemeinen Lese-, Schreib- und Rechenkompetenz (allgemeine „Literacy“) die Gesundheitskompetenz von Menschen („Health Literacy“) eine zentrale Rolle. Sie basiert auf der allgemeinen Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um so im Alltag Urteile zu bilden und Entscheidungen zu treffen, die zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit beitragen [101]. Gesundheitskompetenz spiegelt damit die Möglichkeiten einzelner Personen wider, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen, die in Relation zu den an sie gestellten Anforderungen stehen [102, 103].

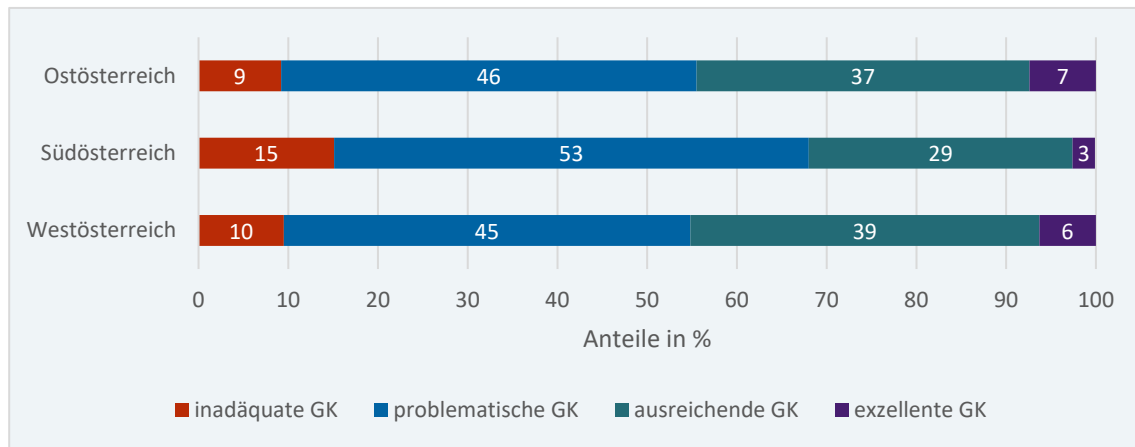
Studienergebnissen zufolge steht die Gesundheitskompetenz von Menschen in Zusammenhang mit ihrem Gesundheitsverhalten, ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit sowie mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen [104–106].

Jugendliche mit höherer Gesundheitskompetenz sind körperlich aktiver, greifen seltener zu Tabak und schätzen ihre Gesundheit besser ein als Jugendliche mit geringerer Gesundheitskompetenz [107, 108]. Darüber hinaus wurde ein Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz von Eltern und der gesundheitlichen Situation ihrer Kinder nachgewiesen [109]. So konnte gezeigt werden, dass asthmakranke Kinder von Eltern mit einer limitierten Gesundheitskompetenz [110] einerseits schwerer erkrankt sind,

andererseits höhere Schulabsenz aufwiesen als Kinder von gesundheitskompetenten Eltern. Auch ein Zusammenhang der elterlichen Gesundheitskompetenz mit der Blutzuckerkontrolle von Kindern wurde nachgewiesen [111]. Eltern stellen die wichtigste Informationsquelle dar, wenn es um gesundheitsbezogene Themen geht [112]. Zum Wohle der Kinder gilt es demnach, die Gesundheitskompetenz von Eltern zu entwickeln, die gleichzeitig auch für die (spätere) Gesundheitskompetenz der Kinder von Bedeutung ist [113]. Studien haben gezeigt, dass die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen vom Bildungsniveau der Eltern und von der familiären Wohlstandssituation beeinflusst ist. Jugendliche aus sozioökonomisch besser gestellten Familien verfügen über eine höhere Gesundheitskompetenz als Jugendliche aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien [108, 113] (vgl. Kapitel 7).

Eine im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) durchgeführte Studie liefert derzeit die einzige Datengrundlage zur Gesundheitskompetenz österreichischer Jugendlicher. Demnach weisen sechs Prozent der 15-Jährigen eine ausgezeichnete, 36 Prozent eine ausreichende und rund **58 Prozent eine limitierte, d. h. problematische (47 %) oder unzureichende (11 %) Gesundheitskompetenz** auf. Unterschiede nach Geschlecht oder Migrationshintergrund zeigten sich nicht, doch Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien sowie Jugendliche, deren Eltern einen geringeren Bildungsabschluss aufweisen, verfügen über eine signifikant schlechtere Gesundheitskompetenz [108]. Ebenfalls deutliche Unterschiede zeigen sich in regionaler Hinsicht: Jugendliche aus Südosterreich (68 %; Kärnten, Steiermark) weisen deutlich häufiger eine limitierte Gesundheitskompetenz auf als Jugendliche aus Westösterreich (55 %; Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg) oder Ostösterreich (56 %; Burgenland, Niederösterreich, Wien; vgl. Abbildung 41).

Abbildung 41: Gesundheitskompetenz 15-jähriger Schüler:innen im regionalen Vergleich, 2011/2012



GK = Gesundheitskompetenz
gerundete Werte

Quelle: Röthlin et al. 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.2.5 Zusammenfassung

- 19 Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen fühlen sich durch die Anforderungen in der Schule ziemlich bis sehr stark belastet. Dieser Anteil ist seit 2002 weitgehend konstant geblieben.
- Rund jede fünfte Schülerin/jeder fünfte Schüler im Alter von 11, 13 und 15 Jahren verfügt über eine hohe Selbstwirksamkeit, die vor allem in der Prävention riskanter Verhaltensweisen sowie in der Gewaltprävention wichtig ist.
- Der eigene Körper, beurteilt nach dem Gewicht, wird immer seltener als gerade richtig eingestuft. Im Jahr 2014 waren 39 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen der Meinung, zu dick zu sein, wobei ein Großteil dieser Burschen und Mädchen laut BMI unter- oder normalgewichtig war.
- Sechs Prozent der 15-Jährigen weisen eine ausgezeichnete, rund 58 Prozent eine limitierte Gesundheitskompetenz auf. Jugendliche mit höherer Gesundheitskompetenz sind körperlich aktiver, rauchen seltener und schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser ein.

5.3 Gesundheitsverhalten

5.3.1 Bewegung und sitzendes Verhalten

Bewegung

Körperliche Aktivitäten sind eine wichtige Voraussetzung für gesundes Aufwachsen [49]. Sie umfassen jede Form der körperlichen Bewegung und gelten dann als gesundheitswirksam, wenn sie die Gesundheit fördern, ohne dabei das Verletzungsrisiko unnötig zu erhöhen [114].

Die positiven Effekte körperlicher Bewegung sind in zahlreichen Forschungsarbeiten dokumentiert. Ein aktiver Lebensstil übt sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische (mentale) Gesundheit einen günstigen Einfluss aus [vgl. z. B. 115, 116, 117].
Körperliche Bewegung

- unterstützt die organische und motorische Entwicklung, das psychosoziale Wohlbefinden, die Persönlichkeitsentwicklung sowie den Erwerb sozialer Kompetenzen [49],
- fördert die muskuloskeletale Gesundheit und reduziert das Auftreten von Angstzuständen und Depressionen [18, 118],
- beugt Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen (z. B. Brust- und Darmkrebs) sowie Osteoporose vor [15, 18],
- bewirkt besseren Schlaf, reduziert das Risiko für Übergewicht und Fettleibigkeit [15, 119] und
- wirkt sich günstig auf die kognitive Leistungsfähigkeit aus [117, 118, 120–122].

Fachpersonen zufolge sollten Kinder und Jugendliche daher

- jeden Tag für mindestens 60 Minuten mit zumindest mittlerer Intensität körperlich aktiv sein (so, dass sie außer Atem kommen, ins Schwitzen geraten und sich ihr Puls erhöht),
- an mindestens drei Tagen pro Woche muskelkräftigende und knochenstärkende Bewegungsformen ausüben,
- zusätzlich Aktivitäten ausführen, die die Koordination verbessern und die Beweglichkeit fördern und

- nach länger andauernden sitzenden Tätigkeiten (> 60 Minuten) kurze Bewegungseinheiten absolvieren [114].

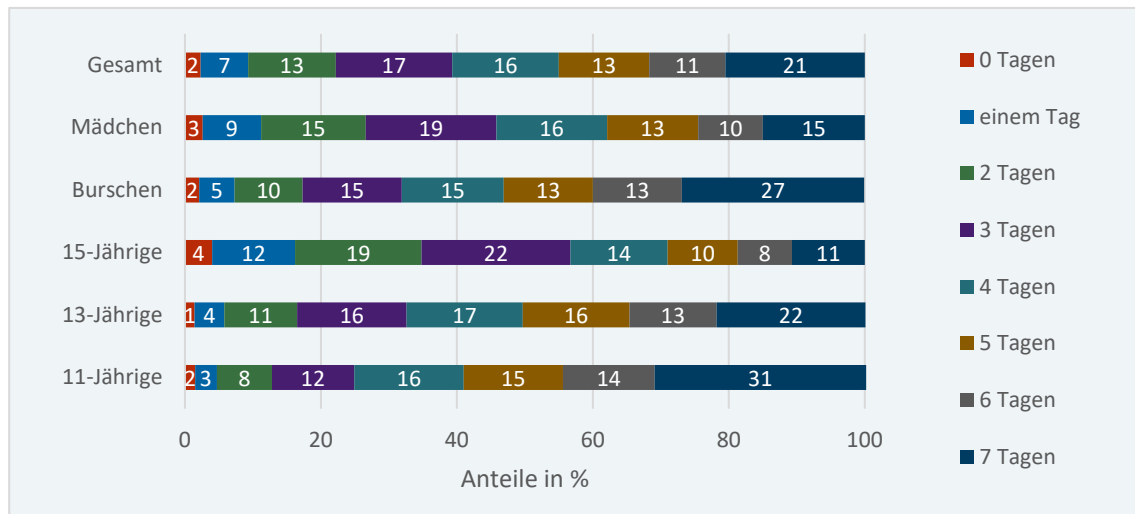
Beeinflusst wird das Bewegungsverhalten von Kinder und Jugendlichen durch ihre Vorlieben, durch die „Verführung“ und Bestärkung, die sie durch ihre Eltern, ihre Geschwister und durch den Freundschaftskreis erfahren [123–126], sowie durch die Beschaffenheit ihrer sozialen und physischen Umwelt [72, 123–125, 127].

Im Rahmen der KiGGS-Studie wurde die Häufigkeit körperlich-sportlicher Aktivitäten altersspezifisch erhoben (bei den 3- bis 10-Jährigen über einen Elternfragebogen, bei den 11- bis 17-Jährigen über Selbstangaben). Diesen Ergebnissen zufolge treiben rund 77 Prozent der drei- bis zehnjährigen Burschen sowie 75 Prozent der gleichaltrigen Mädchen mindestens einmal wöchentlich Sport. Bei den 11- bis 17-Jährigen ist dies bei rund 90 der Burschen und 79 Prozent der Mädchen der Fall. Täglich aktiv sind 28 Prozent der Burschen sowie 17 Prozent der Mädchen, wobei diese Anteile mit zunehmendem Alter deutlich sinken. [49]

In Österreich können Aussagen zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen auf Basis der HBSC-Studie sowie auf Grundlage des Mikrozensus 2011 [128] getroffen werden. Ersterer zufolge erreichten im Jahr 2014³² rund **27 Prozent der Burschen und 15 Prozent der Mädchen** das für Kinder und Jugendliche **empfohlene Bewegungsausmaß**. 26 bzw. 23 Prozent waren an fünf bis sechs Tagen, 30 bzw. 35 Prozent an drei bis vier Tagen pro Woche im empfohlenen Umfang (60 Minuten am Tag) körperlich aktiv (vgl. Abbildung 42).

³² Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.

Abbildung 42: Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-Jährige für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren, nach Alter und Geschlecht, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichs Mädchen sind deutlich seltener körperlich aktiv als Burschen, ältere Jugendliche seltener als 11- und 13-Jährige (vgl. Abbildung 42). Das Ausmaß körperlicher Aktivitäten nimmt mit dem Älterwerden linear ab.

Das Ausmaß körperlicher Aktivitäten blieb in den vergangenen Jahren weitgehend konstant. Dieser Trend ist für Burschen und Mädchen und für alle Altersgruppen nahezu gleich [19].

Im internationalen Vergleich ist Österreich bei den 11- und 13-Jährigen im Feld der „best performer“ positioniert, während es bei den 15-Jährigen nur noch im Mittelfeld rangiert [17].

Laut Mikrozensus „Umweltbedingungen und Umweltverhalten“ nutzten im Jahr 2011 rund 31 Prozent der 15- bis 20-Jährigen mehrmals wöchentlich bis täglich (etwa 10 % täglich) das Fahrrad bei ihren täglichen Wegen, während dies rund jede:r Zweite selten oder nie tat. Darüber hinaus gaben 91 Prozent der 15- bis 20-Jährigen an, mehrmals wöchentlich bis täglich (etwa 73 % täglich) mindestens 250 Meter zu Fuß zu gehen. [128]

Sitzendes Verhalten – Nutzung elektronischer Medien

Kinder und Jugendliche verbringen immer mehr Zeit sitzend [129]. Die Nutzung elektronischer Medien wird für zunehmenden Bewegungsmangel verantwortlich gemacht [49, 130]. Bereits im Kindes- und Jugendalter wird somit ein eher bewegungsarmer Lebensstil entwickelt, ähnlich dem von Erwachsenen [15].

Die gesundheitlichen Folgen sitzender Verhaltensweisen wurden in diversen Forschungsarbeiten dokumentiert. Dabei zeigt sich, dass sitzende Verhaltensweisen mit kardiovaskulären Ereignissen, Diabetes mellitus [131, 132], mit psychischen Problemen (wie seelischer Unruhe und Unausgeglichenheit, Nervosität, Depressivität) und mit körperlichen Problemen (wie Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Asthma und Übergewicht) in Zusammenhang stehen. Bei Kindern und Jugendlichen wird die intensive Nutzung elektronischer Medien zudem mit psychosomatischen Beschwerden, entwicklungspsychologischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten in Zusammenhang gebracht (z. B. mit aggressivem Verhalten) sowie im Kontext bewegungsbedingter Gesundheitsprobleme diskutiert [12, 116, 133–136]. Fachpersonen empfehlen deshalb, dass Kinder (und Jugendliche) maximal ein bis zwei Stunden täglich vor den Fernseh- und/oder Bildschirmen sitzen sollten [136] – eine Forderung die jedoch vielfach nicht umgesetzt wird (vgl. unten).

Laut KiGGS-Studie sehen in Deutschland rund 43 Prozent der Drei- bis Sechsjährigen sowie 57 Prozent der Sieben- bis Zehnjährigen täglich mindestens eine Stunde fern (an Sonn- und Feiertagen noch mehr). Bei den 11- bis 17-Jährigen tun dies 75 Prozent (bei den 11- bis 13-Jährigen rund 70 %, bei den 14- bis 17-Jährigen rund 78 %). Computer und Spielkonsolen werden mehrheitlich erst ab einem Alter von sieben Jahren genutzt. Burschen weisen ein deutlich ausgeprägteres Nutzungsverhalten auf als Mädchen. Rund 39 Prozent der 11- bis 13-jährigen Burschen und 23 Prozent der gleichaltrigen Mädchen verbringen mindestens 60 Minuten täglich vor einem Computer. Mit ihren Spielkonsolen spielen täglich rund 33 bzw. 24 Prozent (bei den 14- bis 17- nur noch 7 % bzw. 4 %). Die tägliche Nutzung von Computer und Internet wird bei den 14- bis 17-Jährigen von rund 85 Prozent der Burschen und 73 Prozent der Mädchen gepflegt. Rund 59 bzw. 33 Prozent dieser Altersgruppe verbringen damit mehr als eine Stunde täglich. [12]

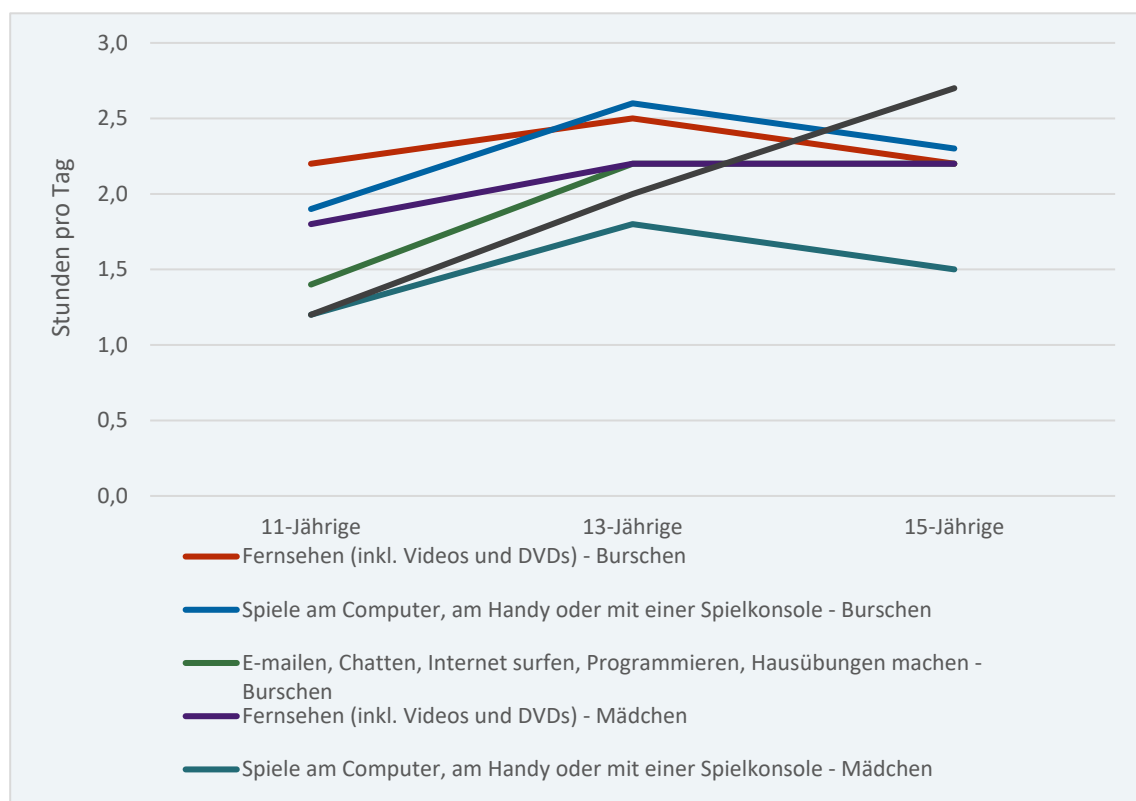
Österreichs Kinder und Jugendliche verbringen laut HBSC-Studie 2014³³ [19] **täglich rund 2,2 Stunden vor den Fernsehschirmen**, 47 Prozent sogar mehr als zwei Stunden täglich.

³³ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von einem geringen Ausmaß.

Computerspiele, Handyspiele und/oder Spielkonsolen werden von 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen täglich im Ausmaß von rund **1,9 Stunden** genutzt. 35 Prozent investieren in diese Beschäftigung mehr als zwei Stunden täglich. Zum **E-Mailen, Chatten, Internetsurfen, Programmieren und/oder für Hausübungen** sitzt Österreichs Jugend **täglich rund 2,0 Stunden** vor den Computerschirmen. 36 Prozent wenden dafür mehr als zwei Stunden auf. Da eine Parallelnutzung dieser Medien nicht ausgeschlossen werden kann, können diese Angaben allerdings nicht additiv, sondern nur einzeln betrachtet werden.

Burschen nutzen elektronische Medien deutlich intensiver als Mädchen. Die Nutzung elektronischer Medien steigt zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr deutlich an (vgl. Abbildung 43).

Abbildung 43: Sitzende Beschäftigungen bei 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, 2014



Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zudem zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche **an schulfreien Tagen deutlich mehr Zeit vor Fernseh- und Bildschirmen** verbringen als an Schultagen: Sie sehen im Schnitt eine Stunde länger fern (2,9 versus 1,9 Stunden täglich), verbringen mehr Zeit mit Computerspielen, Handyspielen oder Spielkonsolen (2,4 versus 1,6 Stunden täglich) und nutzen ihre Computer deutlich länger zum Mailen, Chatten, Internetsurfen, Programmieren und für Hausübungen (2,4 versus 1,9 Stunden täglich). Dies gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen.

5.3.2 Ernährung

Das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen ist ein maßgeblicher Faktor für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden [137] und trägt auch langfristig – durch Verfestigung bis zum Erwachsenenalter [138, 139] – zur gesundheitlichen Situation bei. Vielen Gesundheitsproblemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebserkrankungen könnte somit bereits im Kindes- und Jugendalter präventiv begegnet werden [140–143]. Steht der Konsum von weniger gesundheitsförderlichen Lebensmitteln (z. B. von Süßigkeiten, zuckerhaltigen Limonaden, Knabbergebäck), der die Aufnahme günstiger Nährstoffe gefährdet [144, 145], in einem unausgewogenen Verhältnis mit dem Konsum gesundheitsförderlicher Lebensmittel (z. B. Obst, Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte), die den Körper mit lebenswichtigen Nährstoffen versorgen, kann dies negative Auswirkungen auf die physische und kognitive Entwicklung haben und zu unmittelbaren Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Anämie führen [12, 146]. Langfristig können zudem Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Karies die Folge sein [137, 144, 147, 148].

Empfehlungen für eine gesundheitsförderliche Ernährung finden sich in der **Österreichischen Ernährungspyramide**³⁴ sowie in den Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung³⁵. Ihnen zufolge sollen

- (Mineral-)Wasser, Tees, stark verdünnte Fruchtsäfte, Obst, Gemüse, Getreide- und Vollkornprodukte, Milchprodukte, hochwertige Öle und Nüsse oft,
- Eier, Fisch und Fleisch in moderaten Mengen sowie

³⁴ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Ern%C3%A4hrung/%C3%96sterreichische-Ern%C3%A4hrungsempfehlungen-NEU.html> (13. 3. 2025)

³⁵ <https://www.oegf.at/category/wissenschaft/allgemeine-ernaehrungsempfehlungen/> (13. 3. 2025)

- Süßigkeiten, fettige/salzige Snacks, gezuckerte Getränke, Streich-, Koch- und Dekorfette selten und in kleinen Mengen

konsumiert werden. Von einem übermäßigen/regelmäßigen Konsum zucker- und fetthaltiger Nahrungsmittel wird abgeraten.

Da im Kindes- und Jugendalter das Ernährungsverhalten wesentlich durch das Verhalten der Eltern sowie durch institutionelle Angebote (Kindergarten- und Schulverpflegung) beeinflusst wird, sollte diesen ein besonderes Augenmerk gelten.

Laut KiGGS-Studie nehmen Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen zu viele Süßigkeiten und Fleischprodukte zu sich, dagegen deutlich zu wenig Obst und Gemüse. Mit zunehmendem Alter wird das Ernährungsverhalten tendenziell ungünstiger. Die empfohlenen Mengen für Obst, Gemüse, Milch und Fisch werden immer seltener erreicht und die maximal zulässige Menge an Süßigkeiten immer häufiger überschritten. Mit steigendem Alter bessert sich hingegen das Trinkverhalten und die empfohlenen Mengen für Fleisch und Wurst werden seltener überschritten. [12]

Österreichischer Ernährungsbericht 2012

- Den Ergebnissen des Österreichischen Ernährungsberichtes zufolge [50] liegt die Aufnahme an Fett bei Mädchen und Buben im Alter von 7–12 Jahren im Bereich des Referenzwerts (= 30 bis 35 % der Gesamtenergiezufuhr), hingegen wurde bei den 13- bis 14-Jährigen der Referenzwert für die Fettaufnahme überschritten. Verbesserungsbedarf gibt es vor allem in den folgenden Bereichen:
- Die 7- bis 12-Jährigen nehmen über die Nahrung ausreichend (52 %), die 13- bis 14-Jährigen zu wenig (48 %) Kohlenhydrate zu sich (Referenzwert: mind. 50 % der Gesamtenergiezufuhr).
- Die Aufnahme von Saccharose liegt an der oberen Grenze des akzeptablen Bereichs bzw. knapp darüber (zwischen 10 % und 12 % der Gesamtenergiezufuhr).
- Der empfohlene Richtwert zur Aufnahme von Ballaststoffen (30 g/Tag) wird von keiner der untersuchten Altersgruppen erreicht (16–19g/Tag).³⁶

³⁶ Hierbei ist jedoch zu beachten, dass der Referenzwert von 30 g/Tag für Erwachsene gilt und es keine eigene Empfehlung zur Ballaststoffaufnahme für Kinder gibt.

- Ebenso liegt die Aufnahme an Vitamin D über die Nahrung bei Kindern und Jugendlichen unter dem Richtwert von 5 µg pro Tag. Bei 42 Prozent der Kinder und Jugendlichen kann dennoch ein „guter“ Vitamin-D-Status festgestellt werden.³⁷
- Die Zufuhr an Folat (Folsäure) liegt bei allen Altersgruppen und beiden Geschlechtern unter den Referenzwerten für eine bedarfsgerechte Aufnahme (Referenzwert von 400 µg Folat-Äquivalenten/Tag)³⁸, bei Mädchen noch deutlicher als bei Burschen. Den laborchemischen Untersuchungen zufolge ist der Folsäurestatus dennoch bei 72 bis 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen sehr zufriedenstellend.
- Die Aufnahme von Kalzium und Eisen liegt jeweils unter den Empfehlungen, insbesondere bei Mädchen (empfohlene Menge für 7–10-Jährige: Calcium: 900 mg/Tag; Eisen: 10 mg/Tag).
- Obwohl in Österreich das Speisesalz mit Jod angereichert wird, haben 29,9 % der weiblichen und 35 % der männlichen Schulkinder einen leicht erniedrigten Jodstatus.
- Beim Salzkonsum hingegen verweisen die Ergebnisse auf eine Überschreitung der empfohlenen Aufnahmemenge. Mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder überschreiten die empfohlene Tagesmenge von max. 6 Gramm Salz pro Tag.

HBSC-Survey

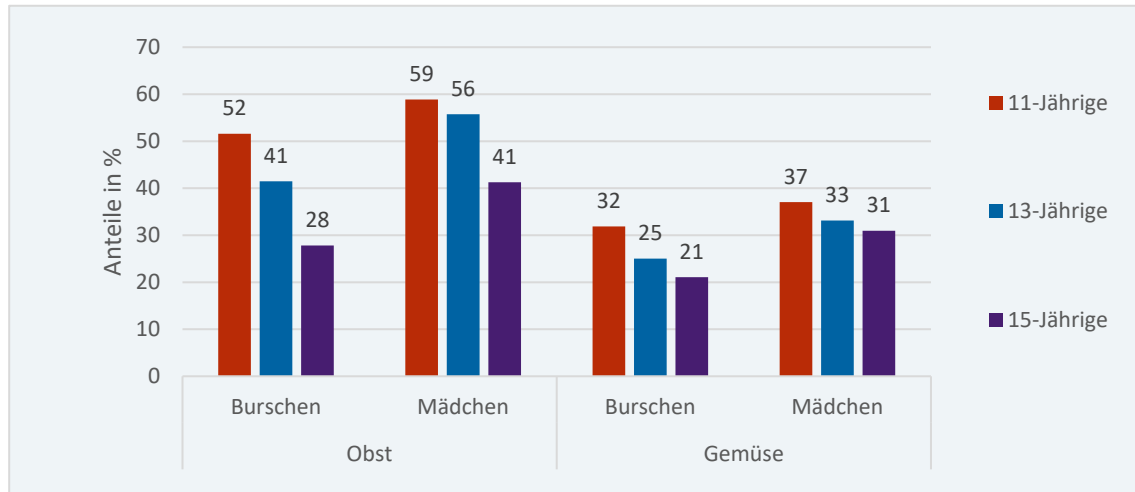
Der HBSC-Studie zufolge nahmen 2014³⁹ rund **46 Prozent** der 11-, 13- und 15-Jährigen **täglich Obst und 30 Prozent täglich Gemüse** zu sich, Mädchen häufiger als Burschen (Obst: 51 % vs. 40 %, Gemüse 33 % vs. 26 %). Sowohl der Obst- als auch der Gemüsekonsum nimmt mit der genannten Regelmäßigkeit mit dem Alter kontinuierlich ab (vgl. Abbildung 44).

³⁷ Dies zeigt, dass in erster Linie nicht die Vitamin-D-Aufnahme mit der Nahrung, sondern die körpereigene Vitamin-D-Synthese unter UV-Licht-Einstrahlung von entscheidender Bedeutung ist [50].

³⁸ Die Daten stammen aus dem Ernährungsbericht 2012, im April 2014 wurden die Referenzwerte für die Folat-Zufuhr geändert (300 µg/Tag für Erwachsene). [149]

³⁹ Abweichungen von den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

Abbildung 44: Anteil der 11-, 13- und 15-Jährigen, die gesundheitsförderliche Lebensmittel (Obst und Gemüse entsprechend der Österreichischen Ernährungspyramide) täglich zu sich nehmen, 2014



gerundete Werte

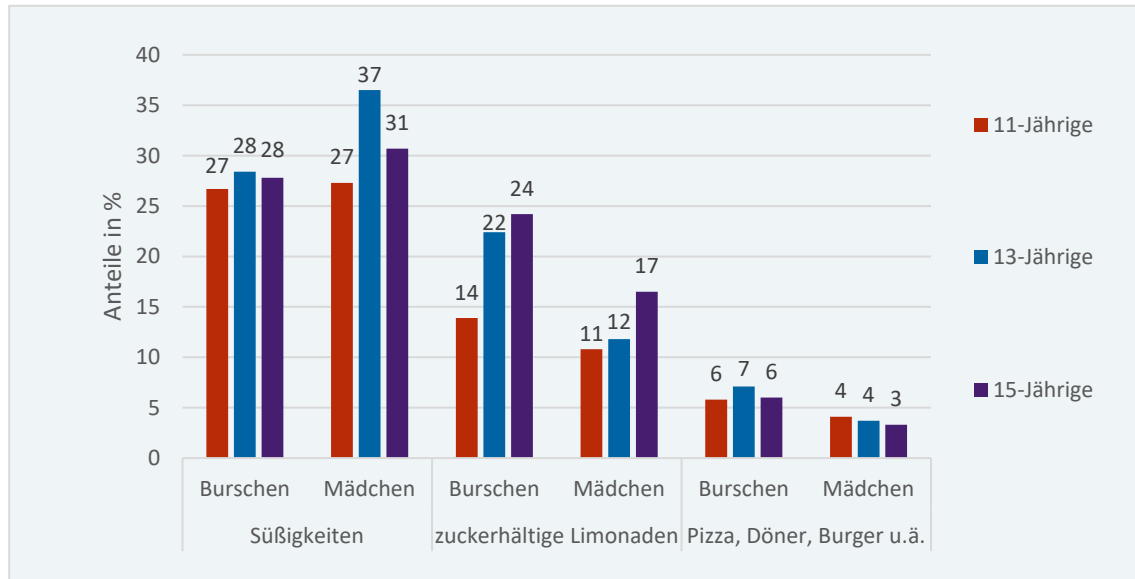
Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Süßigkeiten, zuckerhaltige Limonaden und „Junk Food“⁴⁰ als Beispiele für weniger gesundheitsförderliche Lebensmittel werden von Österreichs Kindern und Jugendlichen häufig konsumiert. 72 Prozent konsumieren mehrmals wöchentlich bis täglich Süßigkeiten, 44 Prozent zuckerhaltige Limonaden und 23 Prozent Pizza, Döner, Burger oder ähnliches.

Mädchen konsumieren etwas häufiger Süßigkeiten (täglich 31 % vs. 28 %), Burschen häufiger zuckerhaltige Limonaden (täglich 20 % vs. 14 %) und etwas häufiger „Junk Food“ (täglich 6 % vs. 4 %). Mit Ausnahme des Konsums von zuckerhaltigen Limonaden und Süßigkeiten bei Mädchen sind keine Alterseffekte ersichtlich (vgl. Abbildung 45).

⁴⁰ In Anlehnung an den allgemeinen Sprachgebrauch wurde in der HBSC-Befragung der Begriff „Junk Food“ verwendet und mit Pizza, Döner, Burger beispielhaft erklärt. Da mit „Junk Food“ im Allgemeinen weniger gesundheitsförderliches Fast Food gemeint ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Schüler:innen das aus ernährungswissenschaftlicher Sicht „gute“ Fast Food (z. B. Veggi-Burger, Salatboxen, vegetarische Pizzaschnitten oder magere Döner mit viel Gemüse und Joghurt) nicht darunter subsumieren.

Abbildung 45: Anteil der 11-, 13- und 15-Jährigen, die mehrmals wöchentlich weniger gesundheitsförderliche Lebensmittel (laut Empfehlungen der Österreichischen Ernährungspyramide) konsumieren, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

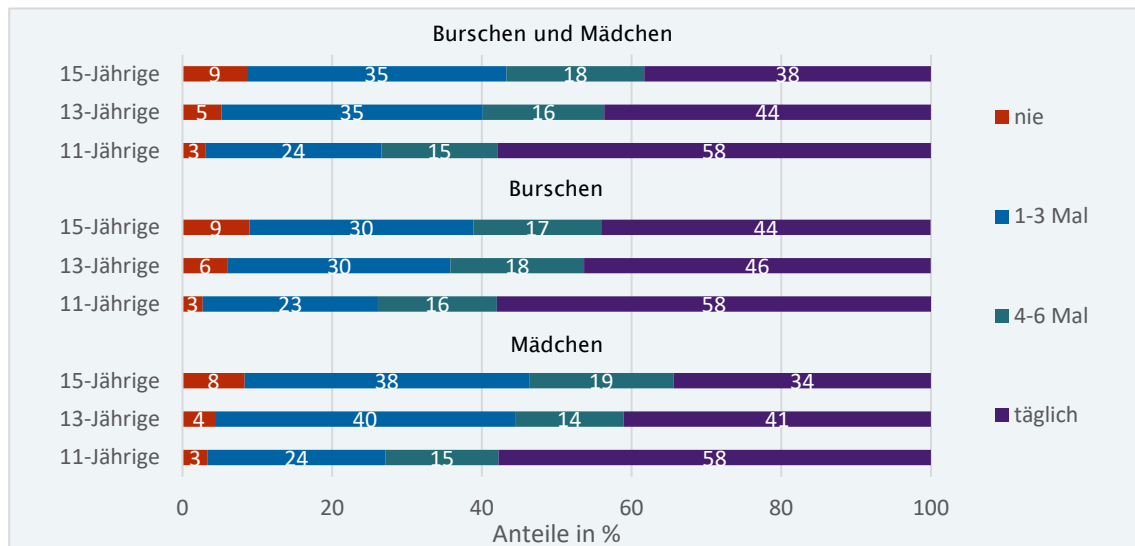
Der tägliche Obst- und Gemüsekonsum ist zwischen 2002 und 2006 seltener und zwischen 2006 und 2014 wieder häufiger geworden. Dies gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen. Der tägliche Konsum zuckerhaltiger Limonaden ist zwischen 2002 und 2006 weitgehend konstant geblieben und zwischen 2010 und 2014 merklich gesunken. Der tägliche Süßigkeiten-Konsum ist hingegen im selben Zeitraum kontinuierlich gestiegen. [19]

Den täglichen Obstkonsum betreffend rangiert Österreich im internationalen Vergleich bei den 11- und 13-Jährigen im oberen Drittel der HBSC-Länder, bei den 15-Jährigen nur noch im unteren Mittelfeld. Beim täglichen Konsum von zuckerhaltigen Limonaden zählt Österreich mit den 11- und 13-Jährigen hingegen zu jenem Drittel der HBSC-Länder mit den geringsten Anteilen, mit den 15-Jährigen zum Mittelfeld [17].

Unabhängig von der Art der Nahrungsmittel ist es für das Essverhalten auch von Bedeutung, in welcher Art und in welcher Regelmäßigkeit die Mahlzeiten eingenommen werden.

Nur 46 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen frühstücken täglich, Burschen häufiger als Mädchen (49 % vs. 43 %) und jüngere deutlich häufiger als Ältere (vgl. Abbildung 46). Sechs Prozent frühstücken nie.

Abbildung 46: Anzahl der Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährige Mädchen und Burschen frühstücken, 2014

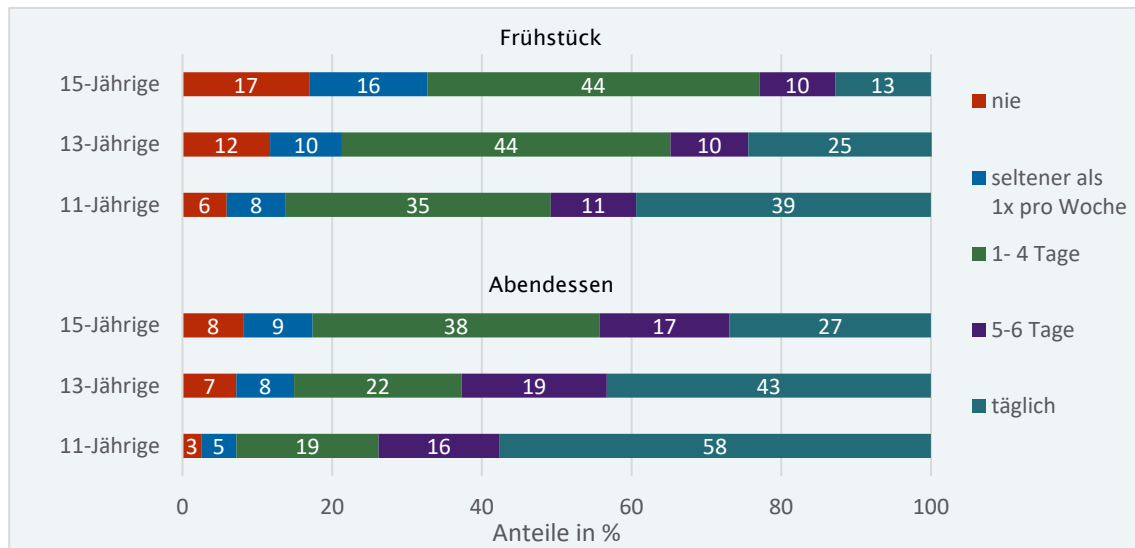


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein gemeinsames Familienessen findet eher am Abend als in der Früh statt: 42 Prozent der befragten Schüler:innen essen täglich mit der Familie zu Abend (43 % der Burschen, 41 % der Mädchen), doch nur rund ein Viertel frühstückt täglich gemeinsam mit der Familie (28 % der Burschen, 22 % der Mädchen). Je älter die Kinder werden, desto seltener werden sowohl Frühstück als auch Abendessen mit der Familie eingenommen. Am anderen Ende der Skala zeigen sich durchaus beachtliche Prozentwerte: 23 Prozent der Kinder und Jugendlichen frühstücken nie oder seltener als einmal pro Woche mit der Familie, 13 Prozent essen nie oder seltener als einmal pro Woche mit der Familie zu Abend (vgl. Abbildung 47).

Abbildung 47: Häufigkeit gemeinsamer Mahlzeiten (Frühstück und Abendessen) von 11-, 13- und 15-Jährigen mit ihrer Familie, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Stillen

Die Frage nach einer gesunden Ernährung stellt sich bereits im Säuglingsalter und betrifft sowohl das Kind als auch die Mutter. Insbesondere in den ersten Lebensmonaten wird das Stillen als die beste Form der kindlichen Ernährung betrachtet. Laut **Nationaler Ernährungskommission** sowie UNICEF und WHO [150, 151] stellt das Stillen die optimale ausschließliche Ernährung für den Säugling dar. Säuglinge sollten demnach in den ersten Lebensmonaten voll gestillt werden, um das 6. Lebensmonat (nicht vor Beginn des 5. Monats / 17. Lebenswoche bzw. nach Ende des 6. Monats / 26. Lebenswoche) soll mit Beikost begonnen werden. Auch wenn das Baby Beikost bekommt, soll weiter gestillt werden, solange Mutter und Kind das Bedürfnis haben (BMG 2014; Empfehlung der Nationalen Ernährungskommission⁴¹).

Stillen fördert die Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Beziehung, schützt das Baby vor Infektionen, unterstützt die Entwicklung und reduziert das Risiko eines plötzlichen Kindstodes (SIDS). Fachpersonen fanden im Auftrag der Agency for Healthcare Research

⁴¹ <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:a81a5538-c104-4f1c-93f1-0f701ec0fb7e/%C3%96sterreichische%20Stillempfehlung%20BMSGPK%20CD.pdf> (13.3.2025)

and Quality (U.S. Department of Health and Human Services) heraus, dass es Hinweise darauf gibt, dass ehemals gestillte Kinder in ihrem späteren Leben seltener an Diabetes mellitus, Übergewicht, Kreislauferkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Krebs erkranken [152]. Für die Mütter bringt das frühe Anlegen und Stillen den Vorteil, dass die Rückbildung der Gebärmutter unterstützt wird und das Risiko, an Brust- und/oder Eierstockkrebs zu erkranken, deutlich sinkt.

Laut KiGGS-Studie wurden in Deutschland – über alle Geburtsjahrgänge hinweg – rund 77 Prozent der Kinder anfänglich gestillt. Die durchschnittliche Stilldauer betrug 6,9 Monate, wobei nur knapp ein Viertel der Neugeborenen in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillt wurde. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen kürzerem und seltenerem Stillen und dem Rauchverhalten der Mütter, geringerem Alter der Mütter, Geburtskomplikationen sowie einem niedrigen Sozialstatus. Als mögliche Begründungen werden mangelndes Wissen und die Unvereinbarkeit mit dem eigenen Lebensstil kolportiert. Kinder mit Migrationshintergrund werden häufiger und länger gestillt als Kinder ohne Migrationshintergrund. [12]

Im Rahmen der Untersuchung „Säuglingsernährung Heute 2006“ [153] wurden rund 700 Mütter in Österreich an drei Zeitpunkten zur Säuglingsernährung befragt (nach 3, 6 und 12 Monaten). Dieser Studie zufolge haben rund **93 Prozent** der Mütter in Österreich ihr Kind zumindest **anfänglich gestillt**. Etwa **72 Prozent** haben ihr Kind **drei Monate** teil- bzw. vollgestillt (12 % teil-, 60 % vollgestillt), rund **55 Prozent** haben **sechs Monate** teil- bzw. vollgestillt (45 % teil-, 10 % vollgestillt). Die **durchschnittliche Stilldauer** betrug dabei rund **19 Wochen bzw. 4,8 Monate**. Ebenso wie in Deutschland lässt sich ein Zusammenhang zwischen kürzerem und seltenerem Stillen und dem Rauchverhalten der Mütter, geringerem Lebensalter, dem Verlauf der Geburt (Normalgeburt vs. Komplikationen) sowie einem niedrigen Bildungsstatus der Mutter feststellen. Als häufigster Grund für ein frühzeitiges Still-Ende werden Stillkrisen (Milchmangel, Entzündungen der Brust etc.) angegeben. Während Mütter, die innerhalb der ersten drei Monate eine Stillkrise durchlebten, verstärkt versuchten, diese durch Maßnahmen wie Abpumpen oder Zufüttern zu bewältigen, stillte die Mehrheit der Mütter, die zwischen dem dritten und sechsten Monat eine Stillkrise erlebten, gleich ab.

5.3.3 Sexualverhalten

Die Entwicklung einer reifen und gesunden Sexualität ist eine der Hauptentwicklungsaufgaben des Jugendalters [18]. Mit dem Aufbau intimer Beziehungen beginnen

Jugendliche sexuell aktiv zu werden [154] und gehen bei einer oft nicht entsprechenden kognitiven und emotionalen Reife ein erhöhtes Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft und sexuell übertragbare Krankheiten ein [155]. Dies kann ebenso mit einer unsachgemäßen Verwendung geeigneter Verhütungsmethoden (z. B. Kondom oder Pille) wie auch mit ungeeigneten bzw. keinen Verhütungspraktiken (z. B. Coitus interruptus, Selbstbeobachtung, „Tage zählen“) in Zusammenhang gebracht werden. Aus Studien geht hervor, dass Jugendliche ihre ersten sexuellen Erfahrungen immer früher machen [156], gleichzeitig ist ein Anstieg sexuell übertragbarer Krankheiten zu verzeichnen [157].

Ein **frühzeitiger Geschlechtsverkehr** kann die Selbstwahrnehmung, die psychische Gesundheit, das schulische Leistungsvermögen und das zukünftige Gesundheitsverhalten beeinträchtigen, wenn er z. B. zu einer ungewollten Schwangerschaft führt [158–161]. Ein hoher Familienwohlstand korreliert mit einem höheren Alter beim ersten Geschlechtsverkehr. Dieser Zusammenhang lässt sich vermutlich durch einen besseren Zugang zu Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen erklären [157, 162]. Frühe sexuelle Aktivitäten stehen der Literatur zufolge mit Verhaltensweisen in Zusammenhang, die die Gesundheit in negativer Weise beeinflussen (z. B. Suchtmittelkonsum wie Alkohol und Tabak [158]). Deshalb wird das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs als wichtiger Marker für sexuelle Gesundheit angesehen [163].

Während bei einem „normalen“ Sexualverhalten hauptsächlich sexuelles Vergnügen im Vordergrund steht, ist problematisches Sexualverhalten mit Ängsten, traumatischen Erlebnissen sowie schwacher Selbstkontrolle verknüpft (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN⁴²). Kinder und Jugendliche mit auffälligem Sexualverhalten stammen häufiger aus Familien mit unsicheren finanziellen Verhältnissen. Kinder und Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien sind häufiger von Kindesmissbrauch und körperliche Misshandlung betroffen [164].

Aussagen zum Sexualverhalten Jugendlicher in Österreich können auf Basis der HBSC-Studie [19] und des ersten österreichischen Verhütungsreports getroffen werden [165].

⁴² <http://learn.nctsn.org/> (Zugriff am 26. 9. 2014)

HBSC-Survey

Im Rahmen der HBSC-Studie wurde das Sexualverhalten österreichischer Jugendlicher anhand folgender Fragen erfasst:

- Haben Sie schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen)?
- Als Sie das letzte Mal Geschlechtsverkehr hatten (mit jemandem geschlafen haben), welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung haben Sie oder hat Ihr Partner/Ihre Partnerin angewendet?

Den aktuellen Ergebnissen (2014)⁴³ zufolge gaben rund **19 Prozent der 15-jährigen Mädchen sowie 23 Prozent der gleichaltrigen Burschen an, schon einmal Geschlechtsverkehr** gehabt zu haben. Rund **81 Prozent** der Jugendlichen haben **beim letzten Geschlechtsverkehr mithilfe eines Kondoms verhütet** (39 % in Kombination mit einer Antibabypille, 12 % in Kombination mit einer anderen Methode, 30 % ausschließlich mit Kondom). Fünf Prozent verhüteten nicht.

Im internationalen Vergleich gehört Österreich zu den fünf HBSC-Ländern mit dem höchsten Anteil sexuell aktiver Jugendlicher [17].

Österreichischer Verhütungsreport

Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie zum Verhütungsverhalten älterer Jugendlicher liegen in Österreich nur spärlich vor. Eine Querschnittsbefragung von 16- bis 49-jährigen Frauen und Männern zeigt, dass rund **53 Prozent** der 16- bis 20-Jährigen **Anwendungsprobleme bei der Einnahme der Pille** (männliche Jugendliche machten diese Angabe für ihre Partnerin) und rund **30 Prozent Probleme bei der Kondom-Anwendung** hatten. Die „**Pille danach**“ (für sich selbst oder ihre Partnerin) besorgten sich rund **21 Prozent** der 16- bis 20-Jährigen. **Drei Prozent** gaben an, bereits **ungewollt schwanger** geworden zu sein. ([165]; vgl. dazu auch Teenager-Schwangerschaften unter Abschnitt 3.6.)

5.3.4 Tabakkonsum

Der – aktive oder passive – Konsum von Tabak zählt international zu den bedeutendsten Gesundheitsrisiken und stellt weltweit die häufigste vermeidbare Todesursache dar [12,

⁴³ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

166]. Der Konsum von Tabak weist damit ein enormes Präventionspotenzial auf, das vor allem in der Vermeidung eines frühen Einstiegs liegt, weil Personen, die frühzeitig mit dem Rauchen beginnen, später häufiger zu starken Rauchern und Raucherinnen werden und seltener zu rauchen aufhören [167]. Zudem zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche – verglichen mit Erwachsenen – schneller eine Nikotinabhängigkeit entwickeln [vgl. 168], häufig der Meinung sind, das Rauchen wieder aufgeben zu können [15, 169, 170] und die Folgen ihres Tabakkonsums drastisch unterschätzen [171]. Zudem bewirkt Nikotin im Kindes- und Jugendalter häufig Organschädigungen (z. B. Schädigung der Lungenfunktion) [169].

Spätfolgen des Tabakkonsums sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall), Atemwegserkrankungen (u. a. chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündungen) und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Brustkrebs, Hautkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. [vgl. 12, 15, 169, 170]. Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto eher stellen sich diese Spätfolgen ein [169].

Darüber hinaus belegen Untersuchungen, dass der jugendliche Tabakkonsum mit einer schlechteren Gesundheitseinschätzung und einer verminderten Lebenszufriedenheit sowie mit vermehrten körperlichen wie psychischen Beschwerden einhergeht [172–174] – wobei bei den psychischen Beschwerden anzumerken ist, dass diese nicht nur Folge, sondern auch Ursache des Tabakkonsums sein können. Zudem konnten bei Kindern und Jugendlichen Einschränkungen im Lungenwachstum, Kurzatmigkeit, Husten sowie asthmatische Probleme festgestellt werden [169]. Der Konsum von Tabak geht mit weiteren gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen einher (wenig gesundheitsförderlicher Ernährungsstil, übermäßiger Alkoholkonsum sowie frühzeitige sexuelle Aktivität [157, 175–177]). Zu beachten ist, dass es oftmals nicht möglich ist, die Richtung dieser Zusammenhänge zu definieren. Deswegen ist es besonders wichtig, Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen im Gesamten zu stärken. Die überwiegende Mehrheit der Rauchenden beginnt im Jugendalter zu rauchen [15, 178]. Als mögliche Gründe dafür werden einerseits das damit assoziierte Gefühl des Erwachsenseins [179, 180], andererseits die dem Rauchen zugeschriebenen Wirkungen der besseren Belastungs- und Stressbewältigung sowie der Gewichtskontrolle genannt [137, 181].

Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Jugendliche zu rauchen beginnen, wird mit einer Reihe familiärer Faktoren in Zusammenhang gebracht: mit Scheidung, elterlichem Rauchverhalten, geringem Zusammengehörigkeitsgefühl [182–184]. Umgekehrt gelten günstige Familienbeziehungen als protektiver Faktor. Ebenfalls von Bedeutung ist der

Einfluss gleichaltriger Kinder und Jugendlicher (Stichwort „peer pressure“). Die Gleichaltrigen ermöglichen einerseits Zugang zu diversen Tabakprodukten und stellen andererseits relevante Verhaltensnormen auf [185]. Darüber hinaus wird ein rauchendes bzw. tabakfreundliches Umfeld als ungünstig eingestuft (American Lung Association⁴⁴).

Den Ergebnissen der KiGGS-Studie zufolge nimmt Rauchen bei Jugendlichen ab einem Alter von rund 13 Jahren deutlich zu. Das durchschnittliche Einstiegsalter von 17-jährigen rauchenden Jugendlichen liegt bei etwa 14 Jahren. Rund 40 Prozent der 16- bis 17-Jährigen rauchen bereits regelmäßig oder zumindest gelegentlich. Als stark Rauchende (zehn oder mehr Zigaretten täglich) gelten rund 13 Prozent der 14- bis 17-jährigen Burschen sowie zehn Prozent der gleichaltrigen Mädchen. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind gering. Anders verhält es sich mit dem sozioökonomischen Status, der sich nachweislich auf das Rauchverhalten von Jugendlichen – insbesondere von jugendlichen Mädchen – auswirkt. Je geringer der sozioökonomische Status, desto häufiger wird geraucht [12].

HBSC-Survey

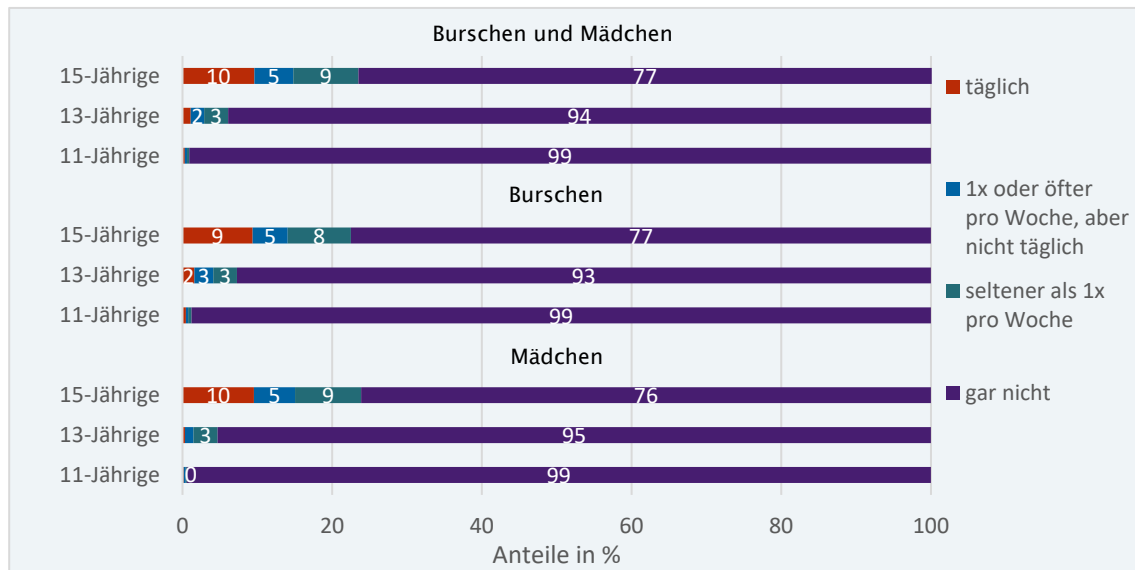
Laut HBSC-Befragung 2014⁴⁵ haben in Österreich rund **22 Prozent** der 11-, 13- und 15-Jährigen **bereits Tabak konsumiert**. Mehrheitlich gilt dies für die 15-jährigen Burschen und Mädchen (rund 43 %; 13-Jährige: 17 %). Jede:r zweite Jugendliche geht über dieses Probierverhalten hinaus.

Der **Anteil täglich bzw. mindestens wöchentlich Rauchender** nimmt mit dem Alter deutlich zu. Rund 10 Prozent der **15-Jährigen rauchen täglich**, weitere 5 Prozent einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag. Rund 77 Prozent der 15-Jährigen rauchen gar nicht (vgl. Abbildung 48).

⁴⁴ <http://www.lung.org/> (13.3.2025)

⁴⁵ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

Abbildung 48: Rauchstatus bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen, nach Alter und Geschlecht, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der **Anteil täglich rauchender Jugendlicher** (bezogen auf 15-Jährige) war zwischen 2002 und 2010 leicht rückläufig [18] und hat seither **deutlich abgenommen**.

Österreich gehört zu jenen fünf HBSC-Ländern, in denen 15-Jährige am häufigsten rauchen (mindestens wöchentlich) [17].

Stellungsdaten des österreichischen Bundesheeres

Den Stellungsdaten des österreichischen Bundesheeres zufolge ist der Anteil der Rauchenden (18-jährig, männlich) von 2005 bis 2012 kontinuierlich gesunken (von 48 % auf 38 %).

5.3.5 Alkoholkonsum

Der Konsum von Alkohol ist ein in Europa weit verbreitetes [17, 186], weitgehend legales und gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten [12]. Erste Konsum-Erfahrungen finden vielfach schon im Kindes- und Jugendalter statt [12]. Dies ist insofern bedenklich, als ein junges Einstiegsalter sowohl hinsichtlich des Konsumverhaltens im Erwachsenenalter als

auch hinsichtlich eines späteren Alkoholmissbrauchs negative Auswirkungen haben kann [187]. Wer im Jugendalter übermäßig zu trinken beginnt, ist eher prädestiniert, später ein schädliches Trinkverhalten zu entwickeln [188–190].

Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu gesundheitlichen Problemen führen (z. B. zu Leberzirrhose, alkoholinduzierter Pankreatitis, alkoholischer Gastritis, zu verschiedenen Krebserkrankungen, neurologischen und psychischen Störungen, kardiovaskulären sowie weiteren Erkrankungen des Verdauungstraktes), aber auch zu sozialen Problemen [191, 192]. Darüber hinaus gefährdet der Konsum von Alkohol eine gesunde Entwicklung von Gehirn und Nerven [193] und spielt bei Unfällen und Gewalttätigkeiten eine große Rolle [194]. Jugendlicher Alkoholkonsum steht zudem in Zusammenhang mit Tabakkonsum, dem Konsum illegaler Suchtmittel (wie z. B. Cannabis, Kokain, LSD oder Heroin) und mit riskantem Sexualverhalten [195–198] – Verhaltensweisen, die ihrerseits die Gesundheit beeinträchtigen. Der Konsum von Alkohol kann Auslöser und Folge von psychischen, sozialen und schulischen Problemen sein, z. B. von problematischem und dissozialem Verhalten, Schulversagen, einer verminderten schulischen Leistungsfähigkeit, Depressionen und Angststörungen [194, 199]. Generell ist aber oft unklar, was dabei Folge und was Ursache ist.

Den Ergebnissen der KiGGS-Studie zufolge haben bereits zwanzig Prozent der 11-jährigen Burschen sowie zwölf Prozent der gleichaltrigen Mädchen schon einmal Alkohol getrunken. Bei den 13-Jährigen waren dies bereits 45, bei den 17-Jährigen gar über 95 Prozent. Wobei an dieser Stelle angemerkt werden soll, dass es in einer Erwachsenenengesellschaft, in der traditionell Alkohol konsumiert wird, nicht weiter verwunderlich ist, dass Kinder und Jugendliche früh erste Alkoholkonsum-Erfahrungen sammeln. Der regelmäßige Konsum alkoholischer Getränke (mindestens einmal pro Woche) nimmt ab einem Alter von 14 Jahren deutlich zu. Bei den 14- bis 17-Jährigen berichten bereits 41 Prozent der männlichen sowie 23 Prozent der weiblichen Jugendlichen von regelmäßigem Alkoholkonsum (bei den 11- bis 17-jährigen Burschen: 25 %, bei den 11- bis 17-jährigen Mädchen: 15 %). Im Gegensatz zum Rauchverhalten zeigen sich hier deutliche Geschlechtsunterschiede: Mädchen trinken nicht nur weniger, sondern auch seltener Alkohol. Laut KiGGS-Studie hat der Sozialstatus der Kinder und Jugendlichen keinen nennenswerten Einfluss auf das Alkoholkonsumverhalten der Mädchen und Burschen. Es zeigt sich jedoch, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund weniger Alkohol konsumieren als Jugendliche ohne Migrationshintergrund [12]. Religion könnte in diesem Zusammenhang eine Einflussvariable sein.

ESPAD-Studie

Auf internationaler Ebene können Aussagen zum jugendlichen Alkoholkonsum sowohl auf Basis der HBSC-Studie (vgl. unten) als auch der ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) getroffen werden. Letzterer zufolge lag im Jahr 2007 das Einstiegsalter bei Jugendlichen bei durchschnittlich 13 Jahren, wobei Burschen tendenziell früher zu Alkohol greifen. Fachpersonen sprechen in diesem Zusammenhang jedoch von einer systematischen Unterschätzung, weil Späteinsteiger in Jugendstudien nicht berücksichtigt sind. Rund 14 Prozent der Befragten geben an, bereits mit 13 Jahren schon einmal betrunken gewesen zu sein. Im Durchschnitt haben rund 90 Prozent der Befragten (15- und 16-Jährige) schon einmal Alkohol getrunken. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich vor allem bei der Häufigkeit des Alkoholkonsums. Burschen geben deutlich öfter an, innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken zu haben oder betrunken gewesen zu sein. Im Durchschnitt gab fast die Hälfte der 15- und 16-Jährigen an, schon einmal zu viel getrunken zu haben.

Im Jahr 2007 gaben rund 92 bzw. 80 Prozent der österreichischen Jugendlichen an, in den letzten zwölf Monaten bzw. innerhalb der letzten 30 Tage Alkohol getrunken zu haben. Im internationalen Vergleich zählt Österreich damit zu jenen ESPAD-Ländern, die nicht nur eine hohe 30-Tage-Prävalenz aufweisen, sondern in denen die Jugendlichen auch häufiger betrunken sind. Rund 56 Prozent gaben an, in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, 31 Prozent sogar innerhalb der letzten 30 Tage. Auch für Österreich zeigt sich, dass Burschen häufiger und übermäßiger zu Alkohol greifen als Mädchen [186], wobei von Seiten österreichischer Fachpersonen eine Überschätzung dieser Angaben vermutet wird. Österreich nimmt im Jahr 2015 erneut an der ESPAD Studie teil. Nationale und internationale Ergebnisse werden mit Frühjahr 2016 zur Verfügung stehen.

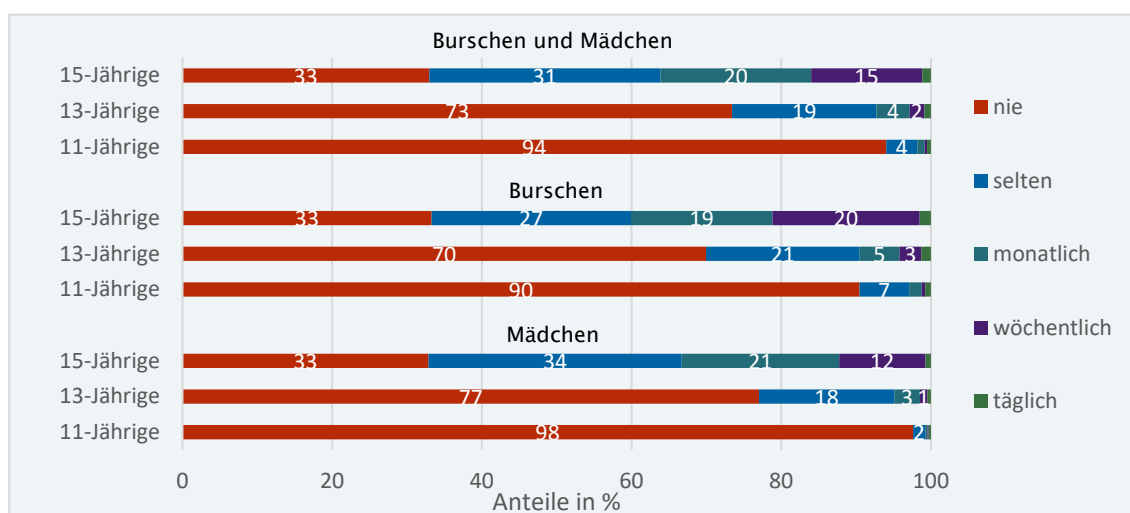
HBSC-Survey

Laut HBSC-Studie (2014)⁴⁶ trinken rund **sieben Prozent** der österreichischen Kinder und Jugendlichen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) **regelmäßig Alkohol** (= mindestens einmal wöchentlich oder öfter). Ein Prozent tut dies täglich, rund 83 Prozent konsumieren selten oder nie Alkohol. Der regelmäßige Alkoholkonsum steigt sprunghaft zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr an, wobei für alle Altersgruppen gilt, dass Burschen regelmäßiger

⁴⁶ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

Alkohol trinken als Mädchen (vgl. Abbildung 49). Am häufigsten trinken Österreichs Jugendliche Bier, Alkopops und Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, Whisky, Rum etc.).

Abbildung 49: Alkoholkonsum der 11-, 13- und 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht, 2014

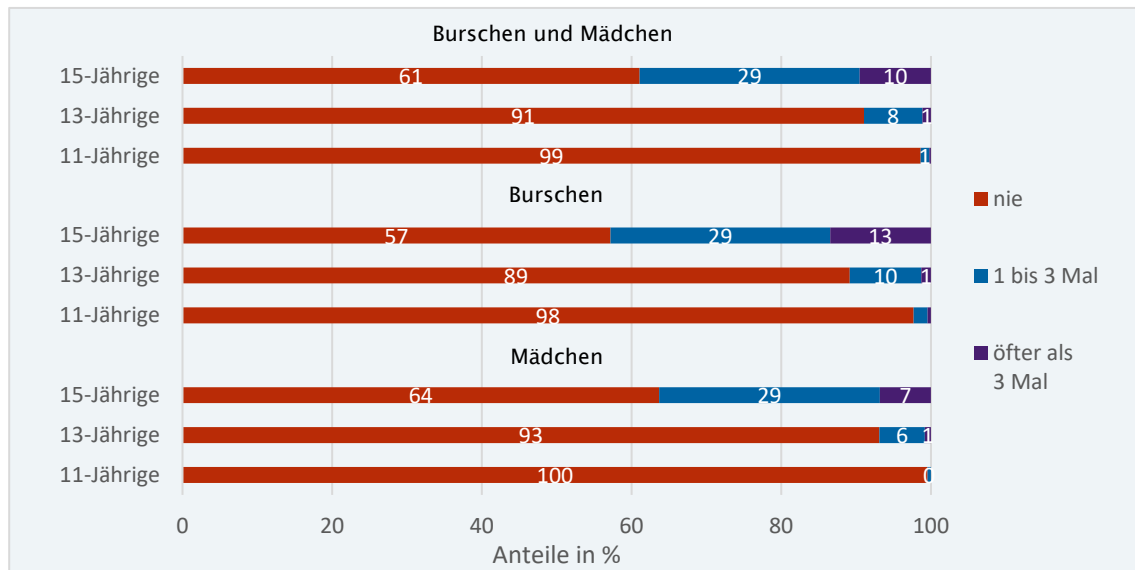


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zehn Prozent der 15-Jährigen waren in ihrem Leben bereits öfter als drei Mal betrunken, **29 Prozent** immerhin schon ein bis drei Mal. Der Rest – 61 Prozent – war noch nie betrunken. Bei den 13-jährigen Jugendlichen haben bereits neun Prozent Trunkenheitserfahrung. Burschen waren etwas öfter betrunken als Mädchen, wobei der Unterschied eher gering war (vgl. Abbildung 50).

Abbildung 50: Trunkenheitserfahrungen der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen (jemals) nach Alter und Geschlecht, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil regelmäßig trinkender Jugendlicher ist seit 2002 kontinuierlich gesunken [19], während der Anteil jener Jugendlichen, die bereits Rausch-Erfahrungen gemacht haben, zwischen 2002 und 2010 weitgehend konstant geblieben ist und seither etwas abgenommen hat.

Österreichs 15-Jährige trinken vergleichsweise viel Alkohol. Österreich gehört zu den fünf Ländern mit dem höchsten Anteil regelmäßigen Alkoholkonsums. Darüber hinaus zeigt sich, dass Österreichs 15-Jährige auch bei den zweimal oder öfter betrunkenen Jugendlichen im oberen Mittelfeld rangiert [17]. An dieser Stelle erscheint es wichtig zu ergänzen, dass Österreichs Jugendliche nicht anders konsumieren als Erwachsene in Österreich. Durch die geringe Konsumerfahrung bzw. durch eine geringe Alkoholtoleranz sind Rausch-Erfahrungen unter Jugendlichen in Relation zur Konsum-Menge relativ häufig.

5.3.6 Illegaler Drogenkonsum – Cannabis

Drogen sind Substanzen, die über das zentrale Nervensystem in natürliche Abläufe des Körpers eingreifen. Sie nehmen Einfluss auf Stimmungen, Gefühle und Wahrnehmungen und können durch ihre psychoaktive Wirkung zu Abhängigkeit führen. Diese kommt

insbesondere dann zum Tragen, wenn der Substanzkonsum fest in Alltagsroutinen verankert ist und eine funktionale Bedeutung – z. B. für die Stressbewältigung – erlangt [49].

Drogen können in legale (Alkohol und Tabak) und illegale Drogen eingeteilt werden. Der Besitz illegaler Drogen ist in Österreich generell verboten und strafbar, jener von legalen Drogen unterliegt einem Mindestalter.

Zu den bekanntesten illegalen Drogen zählen Cannabis, Kokain, Ecstasy, Amphetamine, Opiate (z. B. Heroin) und LSD. Konsum-Erfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) liegen in Österreich am häufigsten bezüglich Cannabis mit Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei jungen Erwachsenen vor. In den meisten Repräsentativstudien finden sich weiters Konsum-Erfahrungen von rund zwei bis vier Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin und von etwa ein bis maximal zwei Prozent für Opiate. Generell ist aber der Konsum von illegalen Substanzen bei den meisten Personen auf eine kurze Lebensphase beschränkt [200].

Der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA⁴⁷) zufolge steht der experimentelle bzw. zeitweilige Konsum von Drogen mit Faktoren wie Neugier, Gruppenzwang, Lebensstil sowie der Verfügbarkeit in Zusammenhang [201, 202]. Das amerikanische National Institute on Drug Abuse (NIDA) bestätigt diese Faktoren und nennt weitere: verfügbare Geldmittel, eine städtische Umgebung, Gegenden mit einer erhöhten Drogenprävalenz, das Konsumverhalten von Eltern, des Freundeskreises und Geschwistern, die Qualität familiärer Beziehungen, ein früher Erstkonsum sowie soziale Ausgrenzung oder Arbeitslosigkeit [201, 203].

ESPAD-Studie

Die von Jugendlichen mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge ist Cannabis. Andere Drogen wie Ecstasy, Amphetamine oder Speed wurden hingegen von weniger als einem Prozent der Jugendlichen genannt. Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen nimmt mit dem Alter deutlich zu [137]. Laut österreichischer ESPAD-Studie haben 12 Prozent der 14-Jährigen bereits Erfahrung mit Cannabiskonsum gemacht. Dieser Anteil verdreifacht sich in der Altersgruppe der 17-Jährigen. Rund neun Prozent der 14-Jährigen und 26 Prozent der 17-Jährigen haben in den letzten zwölf Monaten **Cannabis geraucht**.

⁴⁷ Am 2. Juli 2024 wurde die EMCDDA zur EUDA (European Union Drugs Agency) https://www.euda.europa.eu/index_en (Zugriff am 13.3.2025)

Burschen weisen eine höhere Lebenszeit-, Jahres- sowie Monatsprävalenz auf als Mädchen [204].

HBSC-Survey

In der HBSC-Studie werden 15-Jährige zum Cannabiskonsum befragt. Im Jahr 2014⁴⁸ berichteten rund **10 Prozent**, schon **Erfahrungen** mit dieser Droge gemacht zu haben, Burschen häufiger als Mädchen (13 % vs. 8 %). Dieser Geschlechtsunterschied zeigt sich auch hinsichtlich der 30-Tage-Prävalenz (5 % vs. 2 %).

Die Lebenszeitprävalenz ist bei den Burschen seit 2002 weitgehend konstant geblieben und ist bei den Mädchen zwischen 2010 und 2014 etwas zurückgegangen.

Im internationalen Vergleich liegt Österreich mit der Lebenszeitprävalenz im unteren Drittel, mit der 30-Tage-Prävalenz im Mittelfeld. [17]

5.3.7 Konsum Neuer Psychoaktiver Substanzen

In den letzten Jahren wurde medial immer wieder der Konsum sogenannter Neuer **Psychoaktiver Substanzen** thematisiert. Am 1. 1. 2012 trat in Österreich das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) in Kraft, welches diese Substanzen definiert als Substanz oder Zubereitung, die bei ihrer Anwendung im menschlichen Körper eine psychoaktive Wirkung herbeiführen kann und nicht der **Einzigsten Suchtgiftkonvention 1961** (BGBl. Nr. 531/1978) oder dem **Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe** (BGBl. III Nr. 148/1997) unterliegt.

Zur Prävalenz des Konsums dieser Substanzen bei Kindern und Jugendlichen gibt es wenige Daten, zuletzt wurde im Juni 2014 der **Flash Eurobarometer** „Young people and drugs“ (Europäische Kommission 2014a und b)⁴⁹ veröffentlicht. Die Lebenszeitprävalenz von „Neuen Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren“⁵⁰, lag bei sieben

⁴⁸ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

⁴⁹ Der *Flash Eurobarometer* „Young people and drugs“ wurde zwischen 3. und 23. Juni 2014 an über 13.000 zufällig ausgewählten Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren EU-weit mittels computergestützter Telefoninterviews durchgeführt.

In Österreich wurden 501 Personen befragt.

⁵⁰ Die Originalformulierung bei „Neue Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren“ lautet: „Heutzutage können hin und wieder neue Substanzen erhältlich sein, die die Wirkung illegaler Drogen wie z. B. Cannabis, Ecstasy,

Prozent, die 12-Monate-Prävalenz lag bei zwei Prozent, der Konsum in den letzten 30 Tagen unter einem Prozent. Insgesamt ist davon auszugehen, dass der Konsum **Neuer psychoaktiver Substanzen** in Österreich entgegen manchen Medienberichten keine wesentliche Rolle spielt ([vgl. 200]).

5.3.8 Nicht substanzgebundene Süchte

Zu den nicht substanzgebundenen Süchten oder Abhängigkeitsformen kann nahezu jedes menschliche Verhalten zählen, das ein starkes Glücksgefühl hervorruft und den Zwang auslöst, dieses Verhalten immer wieder (teils in gesteigerter Intensität) auszuführen. Zu den bekanntesten dieser Süchte gehören die Kauf- und die Spielsucht.

Kaufsucht

Die Kaufsucht definiert sich durch den unwiderstehlichen Drang, etwas zu kaufen. Das Verhalten geht mit zunehmenden Kontrollverlusten, Entzugerscheinungen sowie meist mit einer Dosis-Steigerung einher und erweist sich bei Jugendlichen wie Erwachsenen ähnlich ausgeprägt. Es geht dabei um das Kaufen an sich und nicht um die Verwendung der gekauften Produkte, womit Versorgungsaspekte und Bedarfsdeckung in den Hintergrund treten. Vor allem bei jungen Frauen steht Problemverdrängung dahinter, die Folgen und Konsequenzen sind zumeist finanzieller und psychosozialer Natur. Für die Entstehung der Kaufsucht dürften sozioökonomische Faktoren (Einkommen, Bildung, Beruf) keine besondere Rolle spielen [205], vielmehr werden psychologische und soziale Faktoren verantwortlich gemacht:

- ein geringes Selbstwertgefühl sowie Gefühle der Inkompetenz, womit eine Autonomiestörung im Sinne einer emotionalen Unselbstständigkeit einhergeht,
- eine gestörte Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle,
- familiäre Faktoren
wie Mangel an Zuwendung, Anerkennung und Geborgenheit, überprotektive Erziehungshaltung, Zuwendungen in materieller anstelle persönlicher Form, mangelhafter familiärer Umgang mit negativen Gefühlen sowie unkritische oder unreflektierte Auseinandersetzung mit dem Thema Konsum und

Kokain etc. imitieren. Diese werden manchmal auch neue psychoaktive Substanzen genannt und können in unterschiedlicher Form erhältlich sein, z. B. als Kräutermischung, Pulver, Kristalle oder Tabletten. Haben Sie jemals solche Substanzen konsumiert?“

- eine Reihe gesellschaftlicher Faktoren, darunter vermehrter Werbedruck, eingengte Erlebnissräume, gepaart mit einem steigenden Angebot kaufbarer Erlebnismöglichkeiten, zunehmend bargeldloser Zahlungsverkehr, Zunahme der Einkaufszentren, die immer mehr zum Erlebnis- bzw. Aufenthaltsort von Jugendlichen werden, Internetshopping sowie eine gesellschaftliche Werthaltung in Richtung Materialismus.

Für Österreich stehen derzeit keine umfassenden Daten zur Kaufsucht von Jugendlichen zur Verfügung. Aussagen zu dieser Thematik können ausschließlich auf Grundlage der österreichischen Studien zur Kaufsuchtgefährdung getroffen werden [205, 206]. Anhand des Hohenheimer Kaufsuchtindikators (German Addictive Buying Scale [207]) wird das Ausmaß einer Kaufsuchtgefährdung eingeschätzt, wobei zwischen 2004 und 2011 jährlich 1.000 Personen im Alter von 14 oder mehr Jahren befragt wurden.

Rund **zehn Prozent** der 14- bis 24-Jährigen waren im Jahr 2011 in einem starken Ausmaß **für Kaufsucht gefährdet**. Verglichen mit den anderen Altersgruppen wiesen die 14- bis 24-Jährigen eine deutlich stärkere Gefährdung auf, insbesondere Mädchen und junge Frauen (15 % vs. 4%). Ein klarer Trend in Richtung Zu- oder Abnahme dieses Verhaltens zwischen 2004 und 2011 ist nicht erkennbar. [206]

Spielsucht

Definiert als Abhängigkeitserkrankung, ist die Spielsucht als problematisches und pathologisches Verhalten durch ein persistierendes, wiederauftretendes und fehlangepasstes Spielverhalten charakterisiert [208]. Es ist den Betroffenen nicht möglich, den Versuchungen des Glücksspiels⁵¹ zu widerstehen, wobei sich neben einer Abstinenz-Unfähigkeit auch ein zunehmender Kontrollverlust einstellt [209].

Die Mehrheit der erwachsenen Spielsüchtigen hat im Jugendalter mit geldbasierten Glücks- und Geschicklichkeitsspielen begonnen. Der Übergang von einem unproblematischen zu einem problematischen/pathologischen Spielverhalten erfolgt sehr schnell [210,

⁵¹ Bei einigen Glücksspielen bedarf es neben Glück auch bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten (Beispiel Poker), weshalb diese Spiele auch als Geschicklichkeitsspiele bezeichnet werden können. Ebenso ist nicht in jedem Fall ein Geldeinsatz zwingend erforderlich, um als Glücksspiel zu gelten (Beispiel entgeltfreie Glücksspiele; vgl. [209]). In Österreich sind Glücksspiele allerdings so definiert, dass sie keinen Anteil an Geschicklichkeit haben, sondern „ausschließlich oder vorwiegend vom Zufall abhängen“ (GSpG).

211]. Generell wird eine Zunahme dieser Verhaltensweisen konstatiert [212, 213], besonders gefährdet sind vor allem folgende Personengruppen:

- Jugendliche männlichen Geschlechts;
- Arbeitslose bzw. Jugendliche aus Familien, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind;
- Personen mit geringer Schulbildung bzw. Lernschwierigkeiten;
- Personen mit impulsiven bzw. antisozialen Verhaltensweisen;
- Jugendliche mit Migrationshintergrund;
- Jugendliche, die in diesbezüglich vorbelasteten Familien aufwachsen bzw. „spielsüchtige“ Personen im Freundschaftskreis haben;
- Jugendliche, die sich durch ihren Freundschaftskreis nicht akzeptiert fühlen bzw. Schwierigkeiten haben, Freundschaften zu schließen;
- Jugendliche, die Schwierigkeiten mit ihren Eltern haben, Scheidungskinder und
- Jugendliche mit geringer Selbstwirksamkeit. [213–219]

Jugendliche gelten als gefährdet, wenn sie einmal wöchentlich oder öfter diesem Verhalten nachgehen, wobei es um kommerzielle (z. B. Rubbellose, Sportwetten) oder auch um selbstorganisierte Angebote (Karten- und Würfelspiele) geht [209, 213–215, 217]. Das Spielverhalten der Jugendlichen nimmt – auch in seiner problematischen Ausformung – mit steigendem Alter zu, wobei eine deutliche Zunahme mit der Volljährigkeit zu erkennen ist (Glücksspiel ist in Österreich erst mit 18 Jahren legal; Ausnahme sind Lotterienprodukte ab 16 Jahren). Dies gilt sowohl für die Lebenszeit- als auch für die 12-Monate-Prävalenz [212, 217]. Zudem zeigt sich, dass auch die Regelmäßigkeit des Spielverhaltens mit dem Älterwerden steigt [215].

Folgen der Spielsucht sind finanzieller, psychosozialer und auch gesundheitlicher Natur (Schulden, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Verlust des Arbeitsplatzes, Gefährdung der (schulischen) Ausbildung, familiäre Schwierigkeiten). Problemspieler:innen neigen zudem vermehrt zu illegalen Handlungen (z. B. Diebstahl) sowie zum Konsum psychoaktiver Substanzen (Tabak, Alkohol, Cannabis). Darüber hinaus sind „spielsüchtige“ Jugendliche weniger mit ihrem Leben zufrieden, fühlen sich weniger wohl und haben ein erhöhtes Risiko für körperliche und psychische Beschwerden. [209, 219]

Drei Studien in Deutschland zeigen ähnliche Prävalenzraten:

- 62 Prozent der in Nordrhein-Westfalen lebenden Jugendlichen (zw. 13 und 19 Jahren) haben Erfahrungen mit Glücksspiel. In den letzten zwölf Monaten waren rund

40 Prozent an Glücksspielen beteiligt, wobei rund drei Prozent ein problematisches Spielverhalten aufweisen [209].

- 64 Prozent der 12- bis 18-jährigen Jugendlichen in Rheinland-Pfalz haben Glücksspiel-Erfahrungen, wobei 41 Prozent auch innerhalb der letzten zwölf Monate gespielt haben. Vier Prozent der Jugendlichen gelten dabei als gefährdet, rund zwei Prozent weisen problematisches Spielverhalten auf. [217]
- Im Jahr 2013 nahmen rund zwanzig Prozent der deutschen 16- und 17-Jährigen innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung an einem Glücksspiel teil (Burschen häufiger als Mädchen). 1,4 Prozent taten dies wöchentlich oder täglich. Bei rund 1,6 Prozent der Jugendlichen wurde ein auffälliges, bei 0,13 Prozent ein problematisches Spielverhalten festgestellt [220]. Im Jahr 2011 lagen diese Anteile noch bei sechs bzw. 1,3 Prozent [212].

Die für Deutschland ermittelten Prävalenzwerte für problematische jugendliche Spieler:innen weichen nicht wesentlich von den Ergebnissen anderer europäischer und nordamerikanischer Studien ab. Die Prävalenzraten dieser liegen – je nach Alter und Fokussierung – zwischen 1,5 und 10 Prozent [221–223].

Aussagen zur österreichischen Situation sind derzeit nur begrenzt möglich. Sie können ausschließlich auf Basis nachstehender Studien getroffen werden.

Studie „Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich“

Entsprechend der Studie weisen Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren eine **12-Monate-Prävalenz** von **zehn Prozent** und eine **30-Tage-Prävalenz** von rund **vier Prozent** auf.

Jugendliche mit problematischem Glücksspielverhalten konnten dabei nicht bestimmt werden. [224]

Studie „Nutzung von (Online-)Glücksspielen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich“

Ikcrath und Rohrer [219] zufolge haben **neun von zehn österreichischen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen (zwischen 12 und 24 Jahren) Erfahrungen mit Glücksspiel** (darunter auch entgeltfreie Angebote). Am häufigsten gilt dies für kommerzielle Wett- und Glücksspielangebote (72 %) sowie für selbstorganisierte Angebote (Poker oder Sportwetten im Freundschaftskreis: 70 %). Bei den echtgeldfreien digitalen Angeboten lag die Lebenszeitprävalenz bei rund 44 Prozent. **44 Prozent** der Jugendlichen gaben an, **schon einmal Geld**

eingesetzt zu haben (Burschen häufiger als Mädchen, Ältere häufiger als Jüngere, Personen mit höherer Bildung häufiger als Jugendliche mit niedriger/mittlerer Bildung, Personen mit Migrationshintergrund häufiger als Jugendliche ohne Migrationshintergrund).

Ein Fünftel der Jugendlichen gibt an, regelmäßig – d. h. einmal im Monat oder öfter – **im Freundschaftskreis Poker** zu spielen und/oder **auf Sportereignisse zu wetten, sechs Prozent sogar wöchentlich**. Dies gilt insbesondere für männliche Befragte, Jugendliche mit Migrationshintergrund, Jugendliche mit niedrigem/mittlerem Bildungshintergrund sowie für ältere Befragungsteilnehmende. **Mehr als die Hälfte** der Jugendlichen, die privat auf Sportereignisse wetten, und mehr als ein Drittel derer, die im Freundschaftskreis Poker spielen, spielt dabei **um Geld**. 27 Prozent der Nutzenden von echtgeldfreien Online-Angeboten nutzen diese zumindest einmal im Monat, sieben Prozent mindestens einmal wöchentlich. Tendenziell sind dem Glücksspiel mehr männliche als weibliche, mehr „ungebildete“ als gebildete, mehr ältere als jüngere Jugendliche zugetan. Zudem betrifft es mehr Jugendliche mit als solche ohne Migrationshintergrund.

An **kommerziellen Glücksspielangeboten** haben in den letzten zwölf Monaten vor Befragung **rund 53 Prozent der Jugendlichen** teilgenommen (56 % der Burschen und 50 % der Mädchen). Die 12-Monate-Prävalenz steigt dabei von 33 Prozent bei den 12- bis 14-Jährigen auf 63 Prozent bei den 18- bis 24-Jährigen, wobei Jugendliche mit Migrationshintergrund etwas seltener darin verstrickt sind als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (48 % zu 54 %). Generell nutzt Österreichs Jugend vor allem Offline-Angebote (72 % ausschließlich), wobei nur acht Prozent ausschließlich Online-Angebote nutzen. 70 Prozent aller befragten Jugendlichen nennen die Aussicht auf finanzielle Gewinne als das wichtigste Spielmotiv [219].

5.3.9 Gewalt

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann unter „Gewalt“ der tatsächliche oder androhte absichtliche Gebrauch von physischer oder psychischer Kraft oder Macht sowohl gegen die eigene Person als auch gegen andere Personen, Gruppen oder die Gemeinschaft verstanden werden [225].

Eine für Kinder und Jugendliche relevante Form der Gewalt stellt „Bullying“ dar. „Bullying“ liegt dann vor, wenn jemand über einen längeren Zeitraum negativen, kränkenden oder

verletzenden Handlungen ausgesetzt ist und zwischen Opfer und Zuwiderhandelnden ein asymmetrisches Macht- bzw. Kräfteverhältnis besteht. [18, 226, 227]

Bullying-Attacken können sowohl für Opfer als auch für Täter:innen gesundheitliche und soziale Konsequenzen haben. Beide sind mit ihrem Leben weniger zufrieden, haben mangelhafte Familienbeziehungen, häufiger Schulprobleme und greifen vermehrt zu Suchtmitteln [17]. Opfer von Bullying-Attacken leiden zudem häufiger unter Angstzuständen (z. B. Schulangst), Depressionen, Konzentrationsschwierigkeiten sowie körperlichen und psychischen Beschwerden, haben häufiger Schwierigkeiten, soziale Beziehungen aufzubauen, und fühlen sich häufiger allein. Langfristig hat sich gezeigt, dass Kinder und Jugendliche, die während ihrer Schulzeit Opfer von Bullying-Attacken waren, ein signifikant höheres Depressionsrisiko im Erwachsenenalter aufweisen [17, 18]. Zudem haben kindliche und jugendliche Täter:innen ein erhöhtes Risiko für Verletzungen sowie für ungünstige Verhaltensweisen (Suchtmittelkonsum, z. B. Cannabis, kriminelles Verhalten) [17]. Hinzu kommt, dass sich das Gewaltverhalten der Kinder und Jugendlichen oft im Erwachsenenalter fortsetzt und dort zu sexuellem Missbrauch, ehelicher Gewalt oder Kindesmisshandlung führt [17, 49, 227].

In Österreich können Aussagen zum Gewaltverhalten von Jugendlichen auf Basis eines nationalen Schwerpunktprojekts im Rahmen der PISA-Studie⁵² [227] sowie auf Basis der HBSC-Studie getätigt werden [15, 18, 19, 228].

PISA-Studie

Im Rahmen der PISA-Studie (2009) wurden sowohl **direkte** (Schlagen; Schubsen, Stoßen, Treten; gemeine Worte) als auch **indirekte Gewalterfahrungen** erhoben (Beleidigungen per SMS, E-Mail oder Video, das Verbreiten von Lügen, aber auch der absichtliche Ausschluss aus sozialen Gruppen).

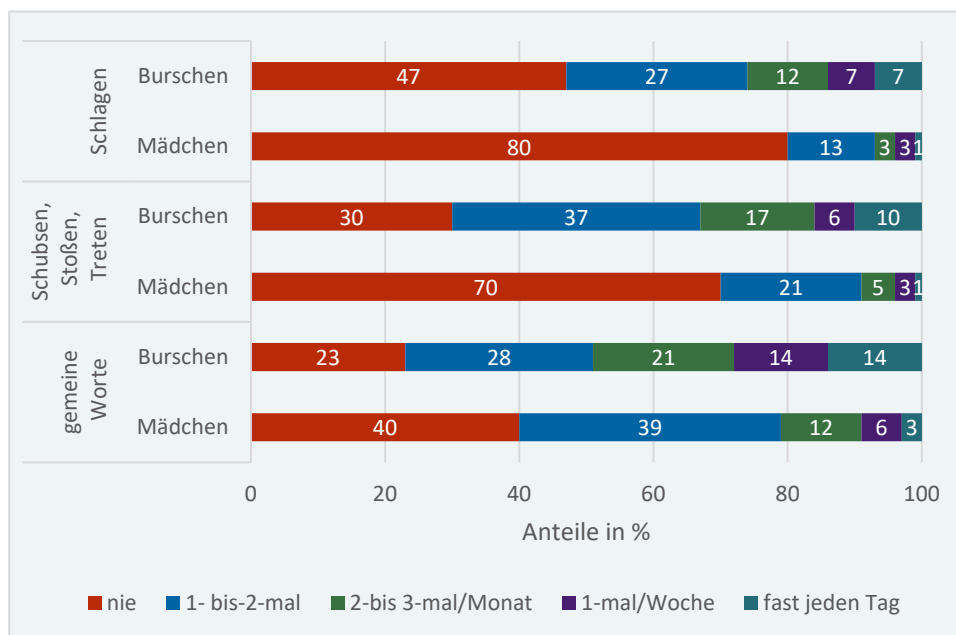
Jeder vierte Schüler (zwischen 15 und 16 Jahren) gab an, im letzten Halbjahr mindestens zweimal pro Monat von Mitschülerinnen bzw. Mitschülern geschlagen, geschubst, gestoßen oder getreten worden zu sein. Bei den Schülerinnen betraf dies rund sechs Prozent. Verbaler Gewalt waren 30 Prozent der Schüler und 16 Prozent der Schülerinnen

⁵² PISA (Programme for International Student Assessment) ist ein gemeinsames Projekt der OECD-Staaten zur Bewertung der Qualität von Schulsystemen. Im Abstand von drei Jahren werden 15- bis 16-jährige Schüler:innen zu verschiedenen Wissensgebieten befragt. In Österreich nehmen ca. 5.000 Jugendliche an dem Leistungsvergleich teil (vgl. <https://www.iqs.gv.at/themen/internationale-studien/pisa> (13.3.2025))

ausgesetzt, wobei rund sechs bis neun Prozent der Burschen sowie ein bis zwei Prozent der Mädchen täglich Opfer von direkter Gewalt waren.

Sieben Prozent der Mädchen sowie 26 Prozent der Burschen gaben an, im letzten Halbjahr zweimal pro Monat oder öfter Mitschüler:innen geschlagen zu haben, während neun bzw. 33 Prozent angaben, andere geschubst, gestoßen oder getreten zu haben. 21 Prozent der Schülerinnen sowie 49 Prozent der Schüler richteten gemeine Worte gegen ihre Mitschüler:innen, rund sieben bis 14 Prozent der Burschen sowie ein bis drei Prozent der Mädchen traten täglich als Täter:innen direkter Gewalthandlungen in Erscheinung (vgl. Abbildung 51).

Abbildung 51: Anteil der Jugendlichen als Täter:innen direkter Gewalt (15- und 16-Jährige), 2009



gerundete Werte

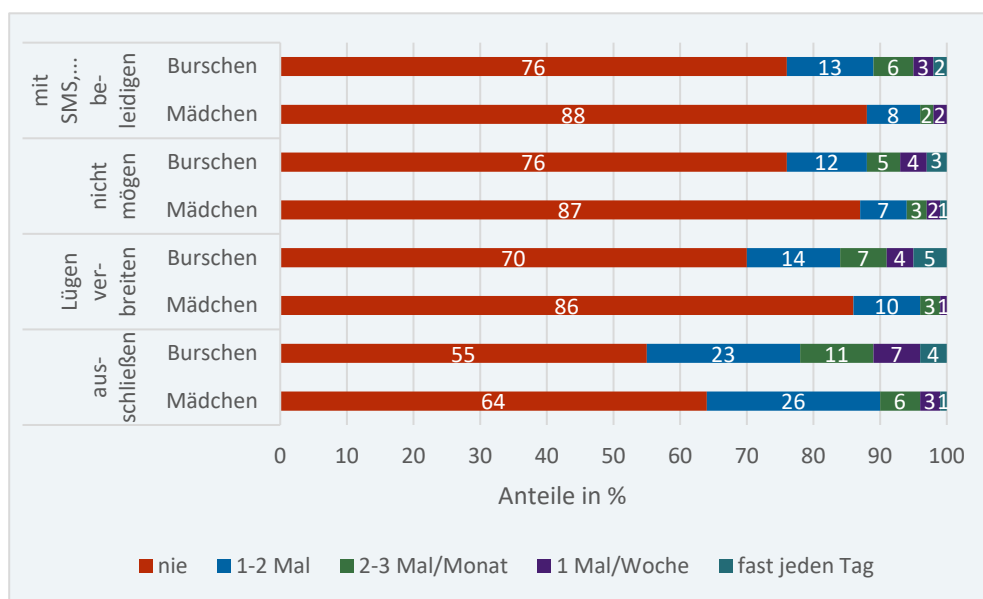
Quelle: Strohmeier et al. 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Seltener als von direkten wird von indirekten Erfahrungen mit Gewalt berichtet. Drei Prozent der Mädchen und elf Prozent der Burschen gaben an, im letzten Halbjahr mindestens zweimal pro Monat von ihren Mitschülerinnen und/oder Mitschülern mit gemeinen SMS, E-Mails, Videos oder Fotos beleidigt oder verletzt worden zu sein. Drei Prozent der Mädchen sowie zwölf Prozent der Burschen wurde im selben Zeitraum

gedroht (ebenfalls zweimal pro Monat oder öfter), sie nicht mehr zu mögen, wenn sie nicht das tun, was man von ihnen will. Gerüchte und Lügen wurden über acht Prozent der Mädchen sowie 17 Prozent der Burschen erzählt, während sieben Prozent der Mädchen und 17 Prozent der Burschen von einer Gruppe ausgeschlossen wurden.

Umgekehrt gaben elf Prozent der Mädchen sowie vier Prozent der Burschen an, im letzten Halbjahr mindestens zweimal pro Monat eine Mitschülerin bzw. einen Mitschüler per SMS oder E-Mail bzw. mit einem Video oder einem Foto beleidigt oder verletzt zu haben. Sechs Prozent der Mädchen und zwölf Prozent der Burschen haben anderen gedroht, sie nicht mehr zu mögen, während vier Prozent der Mädchen und 16 Prozent der Burschen Lügen und Gerüchte über andere verbreitet haben. Zehn Prozent der Mädchen und 22 Prozent der Burschen haben andere ausgeschlossen (vgl. Abbildung 52).

Abbildung 52: Anteil der Jugendlichen, die unterschiedlich häufig Täter:innen indirekter Gewalt sind



gerundete Werte

Quelle: Strohmeier et al. 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zwei Prozent der Mädchen und neun Prozent der Burschen gaben an, im letzten Halbjahr mindestens zweimal im Monat ihre Eltern körperlich angegriffen zu haben, 13 bzw. 10 Prozent nannten verbale Beleidigungen den Eltern gegenüber. Vier Prozent der

Mädchen und 14 Prozent der Burschen beleidigten im selben Zeitraum eine Lehrperson in dieser Regelmäßigkeit (innerhalb der letzten 6 Monate mindestens zweimal im Monat).

In romantischen Beziehungen (dies bezieht sich auf rund 55 % der befragten Jugendlichen) waren rund fünf Prozent der Burschen und zwei Prozent der Mädchen mindestens zweimal pro Monat körperlicher Gewalt ausgesetzt. Regelmäßig verbal verletzt wurden acht bzw. drei Prozent.

Drei Prozent der Mädchen und vier Prozent der Burschen verletzten die Person, mit der sie in einer romantischen Beziehung standen, mindestens zweimal pro Monat durch körperliche Angriffe, fünf bzw. acht Prozent taten dies verbal.

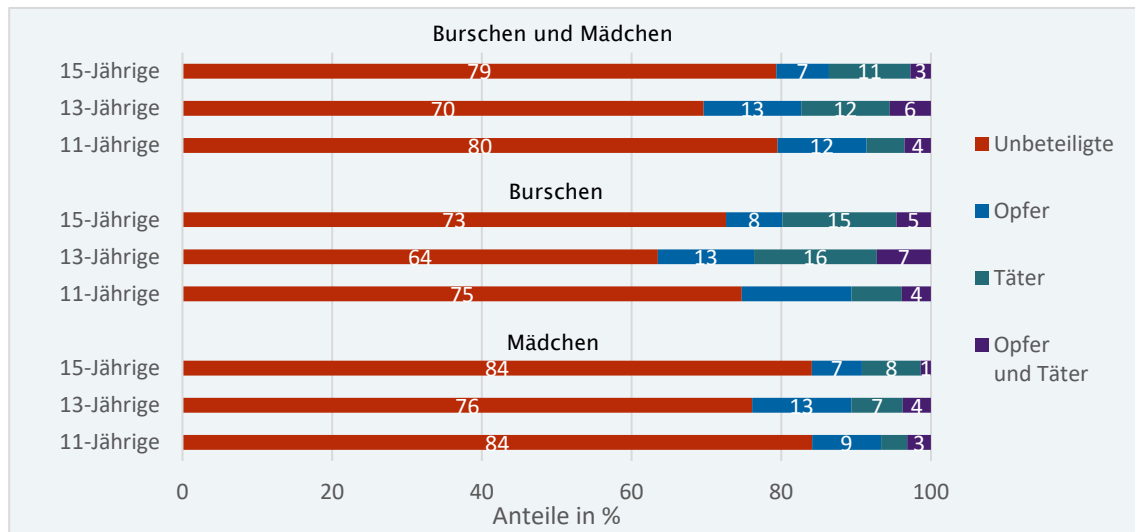
Insgesamt gilt, dass Burschen öfter Opfer direkter wie indirekter Gewalthandlungen sind. Sie treten auch häufiger als Zuwiderhandelnde in Erscheinung.

HBSC-Survey

Laut HBSC-Survey waren im Jahr 2014⁵³ rund **23 Prozent** der 11-, 13- und 15-Jährigen an regelmäßigen, d. h. mehrmals monatlich oder öfter stattfindenden Bullying-Attacken beteiligt: 10,4 Prozent als Opfer, 9,3 Prozent als Täter:innen und 3,8 Prozent in beiden Rollen. Burschen waren deutlich häufiger in der Täter- sowie in der Täter- und Opfer-Rolle als Mädchen. Die 11- und 13-Jährigen waren häufiger Opfer von Bullying-Attacken, die 13- und 15-Jährigen häufiger Täter:innen (vgl. Abbildung 53).

⁵³ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

Abbildung 53: Beteiligung an regelmäßigen Bullying-Attacken (zweimal pro Monat oder öfter), nach Alter und Geschlecht, 2014



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil österreichischer Jugendlicher, die mehrmals pro Monat Opfer von Bullying-Attacken sind, bewegt sich seit 2002 weitgehend gleichbleibend auf einem Niveau von 14 bis 15 Prozent. Der Anteil der Bullying-Wiederholungstäter:innen zeigt zwischen 2002 und 2014 keinen klaren Trend und schwankt über die Jahre hinweg zwischen 13 und 18 Prozent. [19]

Im internationalen Vergleich rangiert Österreich in allen Perspektiven (Opfer und Täter:innen) im negativsten Drittel der HBSC-Länder, bei den 13- und 15-Jährigen sogar jeweils unter den Top 6 [17].

5.3.10 Zusammenfassung

Bewegung und sitzendes Verhalten

- 73 Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Burschen sowie 85 Prozent der gleichaltrigen Mädchen erreichen nicht das für Kinder und Jugendliche empfohlene Bewegungsausmaß

von einer Stunde moderater bis intensiver Bewegung täglich, ältere Schüler:innen noch seltener als junge Schüler:innen.

- 47 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) verbringen mehr als zwei Stunden täglich vor den Fernsehschirmen. 35 Prozent investieren täglich mehr als zwei Stunden in Computerspiele, Handyspiele und/oder Spielkonsolen, 36 Prozent in andere Computertätigkeiten (E-Mails, Chatten, Internetsurfen, Programmieren und/oder Hausübungen). Burschen nutzen diese Medien deutlich intensiver als Mädchen, die Nutzung steigt insbesondere zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr deutlich an.

Ernährung

- 93 Prozent der Mütter stillen ihre Kinder anfänglich. Rund 72 Prozent haben ihre Kinder drei Monate teil- oder vollgestillt (12 % teil-, 60 % vollgestillt), rund 55 Prozent haben sechs Monate teil- bzw. vollgestillt (45 % teil-, 10 % vollgestillt). Die durchschnittliche Stilldauer betrug rund 4,8 Monate.
- Laut österreichischem Ernährungsbericht nehmen 7- bis 12-Jährige weitgehend ausreichend Fett zu sich, 13- bis 14-Jährige nehmen zu viel Fett und zu wenig Kohlenhydrate auf.
Die Nahrung der Kinder und Jugendlichen (7–14 Jahre) enthält zu wenige Ballaststoffe, Vitamin D, Kalzium, Eisen, Folat und Jod. Der Salzkonsum hingegen ist zu hoch.
- 44 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen nehmen täglich Obst, 31 Prozent täglich Gemüse zu sich, Mädchen häufiger als Burschen. Der Konsum dieser Lebensmittel nimmt mit dem Alter ab.
- Süßigkeiten bzw. zuckerhaltige Limonaden werden von rund 72 bzw. 44 Prozent der Kinder und Jugendlichen mehrmals wöchentlich konsumiert, Pizza, Döner, Burger u. ä. von rund 23 Prozent. Mädchen tendieren häufiger zu Süßigkeiten, Burschen häufiger zu zuckerhaltigen Limonaden und „Junk Food“.
- Mehr als die Hälfte der 11-, 13- und 15-Jährigen frühstückt nicht täglich (54 %), nur 25 Prozent frühstückt täglich gemeinsam mit der Familie. 42 Prozent essen jeden Tag mit ihrer Familie zu Abend. Je älter die Jugendlichen sind, desto seltener nehmen sie die Mahlzeiten gemeinsam mit ihrer Familie ein.

Sexualverhalten

- 19 Prozent der 15-jährigen Mädchen und 23 Prozent der 15-jährigen Burschen hatten schon einmal Geschlechtsverkehr. 81 Prozent der 15-Jährigen haben beim letzten

Geschlechtsverkehr mithilfe eines Kondoms verhütet (39 % in Kombination mit einer Antibabypille, 12 % in Kombination mit einer anderen Methode, 30 % ausschließlich mit Kondom). Fünf Prozent verhüteten nicht.

Tabakkonsum

- 22 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen haben bereits Tabak konsumiert. Jede:r Zweite ging über dieses Probierverhalten hinaus. Rund 10 Prozent der 15-Jährigen zählen zu den täglich Rauchenden, 77 Prozent rauchen gar nicht.

Alkoholkonsum

- Sieben Prozent der österreichischen Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) trinken regelmäßig Alkohol. Der Konsum von Alkohol steigt zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr sprunghaft an. In allen Altersgruppen konsumieren Burschen regelmäßiger Alkohol als Mädchen.
- Zehn Prozent der 15-Jährigen waren in ihrem Leben bereits öfter als drei Mal betrunken (Burschen häufiger als Mädchen).

Illegaler Drogenkonsum – Cannabis

- Zehn Prozent der 15-Jährigen haben bereits Cannabis probiert, Burschen häufiger als Mädchen.

Nicht substanzgebundene Süchte

- Die Datenlage zu nicht substanzgebundenen Süchten ist dürftig. Bei den 14- bis 24-Jährigen kann der Anteil stark kaufsuchtgefährdeter Personen auf etwa zehn Prozent geschätzt werden, wobei dies auf Mädchen und junge Frauen häufiger zutrifft als auf Burschen und junge Männer.
- Neun von zehn jungen Österreicherinnen und Österreichern (zwischen 12 und 24 Jahren) haben Erfahrungen mit Wett- und Glücksspielen. Am beliebtesten sind kommerzielle Wettspiele und selbstorganisierte Spiele wie Poker oder Sportwetten. 44 Prozent der Jugendlichen gaben an, schon einmal Geld eingesetzt zu haben, Burschen häufiger als Mädchen. Ein Fünftel der Jugendlichen gibt an, regelmäßig – d. h. einmal im Monat oder öfter – im Freundschaftsskreis Poker zu spielen und/oder auf Sportereignisse zu wetten, sechs Prozent sogar wöchentlich. Mehr als ein Drittel

spielt dabei um Geld. An kommerziellen Glücksspielangeboten haben im vergangenen Jahr rund 53 Prozent der Jugendlichen teilgenommen (Burschen häufiger als Mädchen); generell werden vor allem Offline-Angebote genutzt.

Gewalt

- Jeder vierte Schüler und jede 17. Schülerin (6 %) zwischen 15 und 16 Jahren wurde im letzten Halbjahr mindestens zweimal pro Monat von Mitschülerinnen oder Mitschülern geschlagen, geschubst, gestoßen oder getreten. Verbaler Gewalt waren rund 30 bzw. 16 Prozent der Schüler:innen ausgesetzt.
- Drei Prozent der Mädchen sowie elf Prozent der Burschen gaben an, mindestens zweimal pro Monat mit gemeinen SMS, E-Mails, Videos oder Fotos beleidigt oder verletzt worden zu sein, während drei Prozent der Mädchen sowie 12 Prozent der Burschen gedroht wurde, sie nicht mehr zu mögen, wenn sie nicht das tun, was man von ihnen will. Gerüchte und Lügen wurden über acht Prozent der Mädchen und 17 Prozent der Burschen verbreitet, während sieben Prozent der Mädchen sowie 17 Prozent der Burschen von einer Gruppe ausgeschlossen wurden.
- Sieben Prozent der Mädchen sowie 26 Prozent der Burschen gaben an, im letzten Halbjahr andere Schüler:innen geschlagen zu haben, während neun bzw. 33 Prozent angaben, andere geschubst, gestoßen oder getreten zu haben. 21 Prozent der Schülerinnen bzw. 49 Prozent der Schüler richteten gemeine Worte gegen ihre Mitschüler:innen. Elf Prozent der Mädchen sowie vier Prozent der Burschen beleidigten ihre Mitschüler:innen per SMS oder E-Mail bzw. mit einem Video oder einem Foto, während sechs Prozent der Mädchen und 12 Prozent der Burschen anderen gedroht haben, sie nicht mehr zu mögen, wenn sie nicht das tun, was man von ihnen will. Vier Prozent der Mädchen bzw. 16 Prozent der Burschen verbreiteten Lügen und Gerüchte über andere, 10 bzw. 22 Prozent schlossen andere aktiv aus.
- Zwei Prozent der Mädchen und neun Prozent der Burschen gaben an, im letzten Halbjahr mindestens zweimal im Monat körperliche Gewalt gegen ihre Eltern ausgeübt zu haben, 13 bzw. 10 Prozent haben diese verbal beleidigt. Vier Prozent der Mädchen und 14 Prozent der Burschen beleidigten im selben Zeitraum eine Lehrperson in dieser Häufigkeit.
- In romantischen Beziehungen waren rund fünf Prozent der Burschen sowie zwei Prozent der Mädchen mindestens zweimal pro Monat körperlicher Gewalt ausgesetzt. Regelmäßig verbal verletzt wurden acht bzw. drei Prozent. Drei Prozent der Mädchen bzw. vier Prozent der Burschen verletzten die Person, mit der sie in

einer romantischen Beziehung standen, mindestens zweimal pro Monat durch körperliche Angriffe, fünf bzw. acht Prozent durch verbale Gewalt.

- Laut HBSC-Survey waren im Jahr 2014 23 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen an regelmäßigen Bullying-Attacken beteiligt: 10 Prozent als Opfer, 9 Prozent als Täter:innen, 4 Prozent in beiden Rollen. Vermehrt gilt dies für Burschen sowie für die 11- und 13-Jährigen.

Trends

- Trendanalysen verdeutlichen, dass das Ausmaß körperlicher Aktivitäten in den vergangenen Jahren weitgehend konstant geblieben ist, während der Konsum von Obst, Gemüse und Süßigkeiten zugenommen und der Konsum von zuckerhaltigen Limonaden zwischen 2010 und 2014 abgenommen hat.
- Ebenfalls abgenommen hat der Anteil täglich rauchender Jugendlicher bzw. regelmäßig trinkender Jugendlicher. Der Anteil rausch- bzw. cannabiserfahrener Jugendlicher ist zwischen 2002 und 2010 weitgehend konstant geblieben und erst zwischen 2010 und 2014 etwas zurückgegangen.
- Der Anteil regelmäßiger Bullying-Opfer bewegt sich seit 2002 auf gleichbleibendem Niveau.

Internationale Vergleiche

- Im internationalen Vergleich schneiden Österreichs Kinder und Jugendliche – mit wenigen Ausnahmen (Bewegung und Ernährung bei den jüngeren Schülerinnen und Schülern; Lebenszeitprävalenz von Cannabis-Konsum) – eher schlecht bis mittelmäßig ab:
- Ausmaß körperlicher Bewegung bei den 11- und 13-Jährigen im Spitzenfeld, bei den 15-Jährigen im Mittelfeld;
- täglicher Obstkonsum bei den 11- und 13-Jährigen im oberen Drittel, bei den 15-Jährigen im unteren Mittelfeld;
- täglicher Konsum zuckerhaltiger Limonaden bei den 11- und 13-Jährigen im positiven Drittel, bei den 15-Jährigen im Mittelfeld;
- Geschlechtsverkehr, wöchentlicher bis täglicher Tabakkonsum, regelmäßiger Alkoholkonsum unter den Top-5-Ländern;
- Gewalt in allen Vergleichen (Opfer und Täter:innen) im negativsten Drittel, bei den 13- und 15-Jährigen sogar unter den Top-6-Ländern;

- Lebenszeitprävalenz von Cannabis-Konsum im unteren Drittel, 30-Tage-Prävalenz im Mittelfeld.

6 Verhältnisbezogene Determinanten

Unter verhältnisbezogenen Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit sind **Faktoren** zu verstehen, die **die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen beschreiben und so ihre Gesundheit beeinflussen**. Sie können zu sechs Themenbereichen zusammengefasst werden (vgl. Abschnitt 1.3) und werden in den Abschnitten 6.1 bis 6.6 thematisiert. Eine zukünftige Erweiterung der Determinanten bezüglich Umfang und Aussagekraft wäre dabei (in Hinblick auf ihre Bedeutsamkeit) wünschenswert.

- **materielle Lebensbedingungen** (ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse)
- **(Aus-)Bildung** (Bildungsniveau der Eltern und der Jugendlichen, Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen)
- **Arbeit und Beschäftigung** (Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit)
- **Soziale Beziehungen und Netzwerke** (familiäre und außerfamiliäre Beziehungen)
- **Gesundheitsversorgung und -förderung** (Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration)
- **Umwelt** (Umweltbelastungen, soziale Rahmenbedingungen)

Die Verhältnisse wirken entweder mittelbar über die individuellen Faktoren (insbesondere über das Gesundheitsverhalten) oder direkt auf die Gesundheit und stehen auch untereinander in einer mehr oder weniger starken Wechselwirkung. Bei Kindern und Jugendlichen sind die verhältnisbezogenen Determinanten dabei noch etwas komplexer als bei Erwachsenen, da vielfach nicht nur die eigenen, sondern auch die Verhältnisse ihrer Eltern bzw. Erziehungsberechtigten maßgeblich sind.

Im Folgenden werden die wesentlichsten Indikatoren, zu denen quantitative Daten vorhanden sind, nach diesen sechs Themenbereichen aufbereitet. Ein Anspruch auf Vollständigkeit (vor allem im Umweltbereich) wird dabei nicht erhoben.

6.1 Materielle Lebensbedingungen

Wie in der Literatur vielfach belegt, besteht ein enger Zusammenhang zwischen der materiellen Lebenssituation und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Der (sozio)ökonomische Status – im Zusammenhang mit Kindergesundheit zumeist an

Einkommen und/oder Bildungsgrad der Eltern gemessen – wirkt sich grundlegend auf viele andere Gesundheitsdeterminanten aus, z. B. auf das Gesundheitsverhalten (vgl. z. B. Lampert/Richter 2009). Kinder und Jugendliche aus einem ökonomisch benachteiligten Umfeld zeigen einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychische Probleme als ihre Altersgenossen aus einkommensstarken Familien. Sie ernähren sich ungesünder, bewegen sich weniger, neigen eher zum Konsum psychoaktiver Substanzen (z. B. Cannabis) und nehmen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote weniger in Anspruch als Kinder aus sozial bessergestellten Familien [49, 230, 231]. Entwicklungsverzögerungen, Unfallverletzungen, Karies und einige chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus treten bei (sozio)ökonomisch benachteiligten Kindern häufiger auf [229]. Gesundheitliche Nachteile zeigen sich nicht nur bei Armut im Sinne von materiellem Mangel, sondern auch bei relativer Benachteiligung im Vergleich zum durchschnittlichen Lebensstandard der Gesellschaft [232]. Im vorliegenden Bericht ist diesem Zusammenhang unter dem Stichwort „Chancengerechtigkeit“ ein eigenes Kapitel gewidmet (vgl. Kapitel 7).

6.1.1 Ökonomische Verhältnisse

Das Ausmaß der von Armut betroffenen Bevölkerung kann in Österreich auf Grundlage der **European Union Statistics on Income and Living Conditions** (EU-SILC) ermittelt werden. Dieser Statistik zufolge waren im Jahr 2013 rund 15 Prozent der österreichischen Bevölkerung bzw. **18 Prozent** der Kinder und Jugendlichen (bis 19 Jahre) **armutsgefährdet**. Als armutsgefährdet gelten dabei nach Eurostat-Definition all jene Personen, denen ein Äquivalenzeinkommen⁵⁴ kleiner als 60 Prozent des österreichischen Median-Einkommens zur Verfügung steht. Dieser Definition zufolge lag die Schwelle zur Armutsgefährdung im Jahr 2013 in Österreich bei 13.244 Euro (pro Jahr für einen Einpersonenhaushalt) bzw. 1.104 Euro pro Monat (12x/Jahr) [233].

Unter den Haushalten mit Kindern sind **Ein-Eltern-Haushalte (27 %) und Haushalte mit drei oder mehr Kindern (28 %) mehr als doppelt so häufig armutsgefährdet** wie Mehrpersonenhaushalte mit einem oder zwei Kindern (jeweils 11 %; vgl. Tabelle 10).

⁵⁴ Unter Äquivalenzeinkommen wird das nach bestimmten statistischen Konventionen auf die im Haushalt lebenden Personen umgelegte Haushaltseinkommen verstanden (bedarfsgewichtetes Netto-Pro-Kopf-Einkommen).

Tabelle 10: Armutsgefährdung (nach sozialen Transfers) und manifeste Armut, nach Haushaltstyp, Österreich 2013

	Armutsgefährdung		Manifeste Armut	
	in 1.000	Quote in %	in 1.000	Quote in %
Haushalte ohne Pension				
Zusammen	992	15	379	6
Alleinlebende Männer	94	21	38	9
Alleinlebende Frauen	117	25	58	12
Mehrpersonenhaushalte ohne Kinder	179	9	56	3
Haushalte mit Kindern	602	15	227	6
davon: Ein-Eltern-Haushalte	88	27	38	12
Mehrpersonenhaushalt + 1 Kind	156	11	38	3
Mehrpersonenhaushalt + 2 Kinder	163	11	43	3
Mehrpersonenhaushalt + mind. 3 Kinder	195	28	107	15
Haushalte mit Pension				
Zusammen	210	14	55	4
Alleinlebende Männer	16	11	(6)	(4)
Alleinlebende Frauen	71	24	32	11
Mehrpersonenhaushalt	123	11	18	2
Alter				
Bis 19 Jahre	313	18	124	7
20 bis 39 Jahre	329	16	115	6
40 bis 65 Jahre	334	11	146	5
65 Jahre und älter	226	15	53	4
Insgesamt	1.203	14	434	5

gerundete Werte

Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein Vergleich der österreichischen Bundesländer zeigt große jährliche Schwankungen. Die Interpretation von Unterschieden zwischen den Bundesländern ist daher mit Vorsicht zu genießen. Gemäß EU-SILC 2013 besteht in Wien die höchste (32 %) und in Salzburg die niedrigste (11 %) Armutsgefährdungsquote bei Kindern und Jugendlichen (sieht man vom

burgenländischen Wert ab, der auf einer sehr geringen Fallzahl beruht). Die Armutsgefährdung in kleineren Gemeinden (weniger als 10.000 EW) und Klein- und Mittelstädten (mehr als 10.000 EW) ist deutlich geringer als in größeren Städten mit mehr als 100.000 EW (vgl. Tabelle 11).

Von **dauerhafter Armutsgefährdung** (= Armutsgefährdung besteht in mindestens drei von vier aufeinanderfolgenden Erhebungsjahren) sind laut EU-SILC 2011 rund **4 Prozent** der österreichischen Kinder und Jugendlichen (bis 19 Jahre) betroffen [234].

Tabelle 11: Armutsgefährdung von 0- bis 19-Jährigen in Österreich 2013, nach Bundesländern und Gemeindegröße-Klassen

	Nicht armutsgefährdet		Armutsgefährdet	
	in 1.000	Quote in %	in 1.000	Quote in %
Insgesamt	1.470	82	313	18
Bundesland				
Burgenland	37	90	(4)	(10)
Kärnten	88	86	15	14
Niederösterreich	293	86	47	14
Oberösterreich	301	88	43	12
Salzburg	103	89	13	11
Steiermark	191	88	25	12
Tirol	134	82	29	18
Vorarlberg	76	80	19	20
Wien	249	68	118	32
Gemeindegröße-Klasse				
Wien	249	68	118	32
andere Gemeinden > 100.000 EW	91	77	27	23
Gemeinden > 10.000 und <= 100.000 EW	244	85	43	15
Gemeinden <= 10.000 EW	887	88	125	12

gerundete Werte; EW = Einwohner:innen

Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2013, (Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Laut Eurostat lag im Jahr 2013 die Armutsgefährdungsquote der unter 18-Jährigen in der EU bei 20,3 Prozent und somit etwas über dem österreichischen Wert (Abfrage Eurostat-Datenbank vom 28. 1. 2015). Deutlich niedrigere Armutsgefährdungsquoten als Österreich wiesen insbesondere die nordischen Staaten sowie Slowenien, die Niederlande und Tschechien auf.

Das Einkommen allein, ohne Berücksichtigung von tatsächlichen Lebenslagen und Kostenstrukturen, ist allerdings nur ein indirektes Maß für Armut, es wird daher nur von Armutsgefährdung gesprochen. Bei Einschränkungen der Lebensführung aufgrund mangelnder Ressourcen spricht man von Deprivation. In EU-SILC wird Deprivation über die Leistbarkeit einer Reihe von Gütern und Verhaltensweisen erhoben, die von einer Mehrheit der Bevölkerung als notwendig für einen angemessenen Lebensstandard bezeichnet werden.⁵⁵ Laut EU-SILC 2013 sind **14 Prozent** der österreichischen Bevölkerung **von finanzieller Deprivation betroffen**, wobei auch Personen, deren Einkommen über der Armutsgefährdungsschwelle liegt, finanziell depriviert sein können (z. B. wenn sie mit hohen Lebenshaltungskosten oder Schulden kämpfen). **Kinder bis 19 Jahre** sind davon zu **17 Prozent** betroffen.

Bei Personen, die sowohl durch niedriges Einkommen armutsgefährdet als auch finanziell depriviert sind, wird von **manifesten Armut** gesprochen. Davon sind laut EU-SILC 2013 fünf Prozent der Bevölkerung bzw. **sieben Prozent der Kinder und Jugendlichen** betroffen (vgl. Tabelle 10) [233].

6.1.2 Wohnverhältnisse

Im Haushaltsfragebogen, der im Rahmen der EU-SILC-Erhebung verwendet wird, sind auch Wohnungsmerkmale enthalten. Ein Teil davon wird unter dem Titel „Wohnprobleme“ zusammengefasst und bezieht sich auf die Wohnung selbst (vgl. unten), ein anderer Teil bezieht sich auf die Wohnumgebung und wird unter Abschnitt 6.6 thematisiert. Auf **prekäre Wohnverhältnisse** weisen dabei nachstehende Kriterien hin:

⁵⁵ Neben der (erheblichen) materiellen Deprivation gibt es in Österreich auch den nationalen Indikator der finanziellen Deprivation. Diese liegt vor, wenn sich der Haushalt mindestens zwei der folgenden Punkte nicht leisten kann: die Wohnung angemessen warm halten; regelmäßige Zahlungen rechtzeitig begleichen; notwendige Arzt- oder Zahnarztbesuche in Anspruch nehmen; unerwartete Ausgaben bis zu 1.050 Euro finanzieren; neue Kleidung kaufen; jeden zweiten Tag Fleisch oder Fisch essen; Personen im Freundschaftskreis oder Verwandte einmal im Monat zum Essen einladen [233].

- Überbelag⁵⁶;
- kein Bad/WC;
- Probleme durch feuchte Wände oder Fußböden, Fäulnis in Fensterrahmen oder Fußböden, undichtes Dach;
- Probleme durch dunkle Räume, zu wenig Tageslicht.

Ihnen zufolge sind rund **zwölf Prozent** der Kinder und Jugendlichen von **Überbelag**, rund **16 Prozent** von **Feuchtigkeit und Schimmel** und rund sechs Prozent von dunklen Räumen betroffen (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Kinder und Jugendliche in prekären Wohnverhältnissen, 2013

	0- bis 19-Jährige		Bevölkerung insgesamt	
	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Überbelag	209	12	541	6
Kein Bad/WC	(15)	(1)	93	1
Feuchtigkeit/Schimmel	288	16	1.050	13
Dunkle Räume	99	6	418	5

gerundete Werte; die Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen.

Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2 (Aus-)Bildung

Ebenso wie die materiellen Lebensbedingungen – die in engem Zusammenhang mit der Bildung stehen – spielt auch der Faktor „Bildung“ eine entscheidende Rolle für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Der **Bildungsgrad der Eltern** beeinflusst dabei (z. B. über die Qualität der familiären Beziehungen – etwa über den Erziehungsstil –, über vermitteltes „Wissen“, über Normen und Werte) die Einstellungen und Überzeugungen

⁵⁶ Die Definition von Überbelag „orientiert sich am Kriterium der Gemeinde Wien bei der Vergabe von Gemeindewohnungen. Als überbelegt zählt ein Haushalt, wenn die Wohnfläche weniger als 16 m² beträgt, im Mittel weniger als 8 m² pro Wohnraum zur Verfügung stehen oder die Anzahl der Wohnräume im Verhältnis zur Zahl der Personen im Haushalt zu gering ist: weniger als 2 Räume für 2 Personen, weniger als 3 Räume für 3 oder 4 Personen, weniger als 4 Räume für 5 oder 6 Personen, weniger als 5 Räume für 7 oder 8 Personen, weniger als 6 Räume für mehr als 8 Personen“ (Statistik Austria 2014e).

der Kinder und Jugendlichen sowie ihr Verhalten und wirkt sich maßgeblich auf den **Bildungsweg** der Kinder (Stichwort „Bildungsmobilität“) und damit entscheidend auf den gesundheitlichen Einfluss bildungsassoziierter Gesundheitsdeterminanten im späteren Lebenslauf aus (z. B. über den beruflichen Status oder über das Einkommen). [12]

Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist sowohl international, z. B. durch Lampert und Richter [235], als auch für Österreich gut belegt [236]. Er zeigt sich bereits zum Lebensbeginn am Anteil der Frühgeborenen, der bei Müttern eines niedrigen Bildungsstandes höher ausfällt als bei Müttern mit Matura- oder Hochschulabschluss (vgl. Abschnitt 3.5). Auch die Säuglingssterblichkeit ist bei Müttern mit nur Pflichtschule deutlich höher (2013: 5,4 Promille) als bei Müttern mit einer höheren Schulbildung (2013: 2,1 Promille bei Frauen mit Matura- oder Hochschulabschluss) [237].

6.2.1 Bildungsniveau

Bildungsniveau der Eltern

Im Jahr 2010 lebten rund 19 Prozent der Kinder unter 15 Jahren in einem Haushalt, in dem die Frau nur einen Pflichtschulabschluss aufwies. Dagegen haben rund 18 Prozent der Kinder eine Mutter (oder Stiefmutter) mit Matura und rund 16 Prozent eine Mutter (oder Stiefmutter) mit einem universitären oder hochschulverwandten Abschluss. Im höheren Bildungssegment ist dabei der Anteil der Ausbildungslevels von Frauen und Männern ähnlich, während es im unteren Bildungssegment deutliche Unterschiede gibt: Männer in der Familie haben häufiger eine Lehrlingsausbildung und deutlich seltener einen Pflichtschulabschluss bzw. einen Abschluss an einer berufsbildenden mittleren Schule (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Kinder unter 15 Jahren, gruppiert nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung der Eltern, Jahresdurchschnitt 2011

Bildungsstand	Kinder nach der Bildung der Mutter		Kinder nach der Bildung des Vaters	
	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Pflichtschule	227,8	18,6	134,4	11,0
Lehre	361,7	29,6	510,1	41,8

Berufsbildende mittlere Schule	204,1	16,7	97,7	8,0
Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule	220,0	18,0	165,9	13,6
Universität, Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt	198,7	16,3	178,1	14,6
Kind einer/s alleinerziehenden Mutter/Vaters	9,3	0,8	135,3	11,1

Quelle: Statistik Austria – Arbeitskräfteerhebung 2011. Ergebnisse des Mikrozensus;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Überdurchschnittlich hohe Anteile an Kindern, deren Mutter oder Stiefmutter keine über den Pflichtschulabschluss hinausgehende Ausbildung aufweisen, finden sich dabei (Bezugsjahr 2008) in Oberösterreich und in Wien, aber auch in Vorarlberg und Tirol. Auch der Anteil der akademisch ausgebildeten Personen liegt in Wien deutlich über dem entsprechenden Österreichwert; sowohl das oberste als auch das unterste Bildungssegment sind hier also überdurchschnittlich vertreten. [230]

Bildungsmobilität

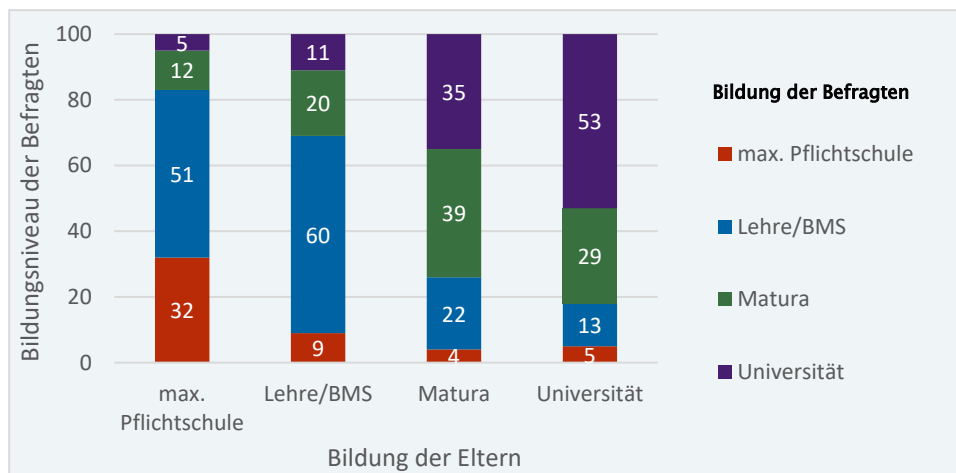
Der Bildungsstand der Eltern übt auch einen wesentlichen **Einfluss auf die Bildung der Kinder** aus, sodass diesbezügliche soziale Ungleichheiten intergenerational fort dauern. So zeigen die PISA-Daten aus 2006, dass rund 75 Prozent der 15- bis 16-Jährigen, von denen mindestens ein Elternteil Matura hat, eine AHS oder BHS besuchen, während das nur bei rund 23 Prozent der Kinder von Eltern mit ausschließlich Pflichtschulbildung der Fall ist [238]. Schwantner und Kollegen zeigen, dass die Leistungen der Kinder mit dem Bildungsgrad der Eltern korrespondieren, nachgewiesen etwa in der Fächern Mathematik, Lesen und Naturwissenschaften im Rahmen der PISA-Erhebung 2012 [239].

Eine Analyse der Ergebnisse der EU-SILC-Befragung 2011 zeigt einen nach wie vor sehr **hohen Zusammenhang** zwischen dem **Bildungsniveau** der Befragten und dem Bildungsniveau der Eltern, wenngleich die intergenerationale Bildungsmobilität im Lauf der Zeit gestiegen ist. Fast ein Drittel der 25- bis 44-Jährigen, deren Eltern maximal einen Pflichtschulabschluss haben, schafften ebenfalls maximal einen Pflichtschulabschluss und nur fünf Prozent beendeten eine akademische Ausbildung. Umgekehrt erwarben 53 Prozent der 25- bis 44-Jährigen, deren Eltern akademisch ausgebildete Personen sind, einen akademischen Titel und nur fünf Prozent schafften maximal einen Pflichtschulabschluss (vgl. Tabelle 10).

Frauen scheinen dabei deutlich stärker vom Bildungsniveau der Eltern abzuhängen als Männer, sowohl im obersten als auch im untersten Segment: Töchter aus akademisch ausgebildeten Familien schaffen noch häufiger als Söhne einen akademischen Abschluss (59 % vs. 47 %), Töchter aus bildungsfernen Schichten (max. Pflichtschule) bleiben deutlich häufiger als Söhne auf demselben niedrigen Bildungsniveau (41 % vs. 21 %). Aufstiegschancen und intergenerationelle Bildungsmobilität sind für Mädchen und Frauen also deutlich geringer. Außerdem zeigten die Analysen, dass der Bildungsgrad des Vaters die Bildung der Kinder stärker beeinflusst als jener der Mutter. [240]

Bildungsmobilität ist bei Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund geringer als bei Familien ohne Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, deren Eltern im Durchschnitt ein geringeres Bildungsniveau aufweisen, geringere Aufstiegschancen haben als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund. [240]

Abbildung 54: Bildungsmobilität der 25- bis 44-Jährigen in Österreich, 2011



Bildung der Eltern: Jeweils höchster Bildungsabschluss eines Elternteils;
gerundete Werte

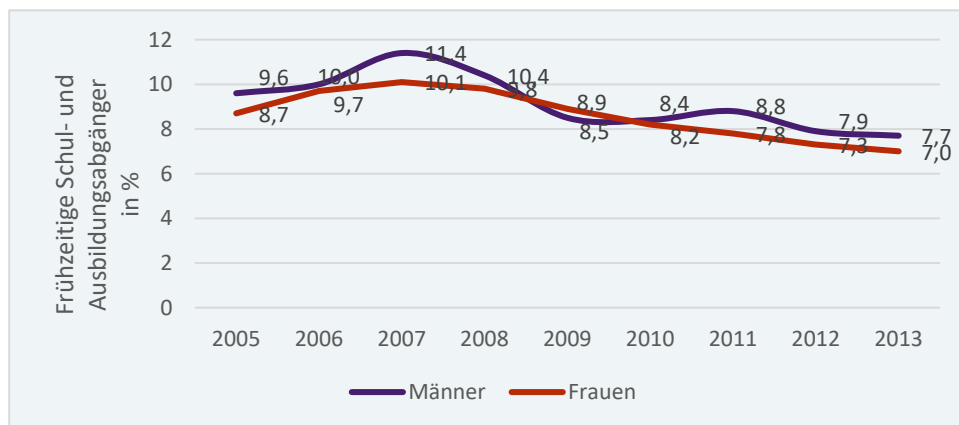
Quelle: Altzinger et al. 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen

Als frühzeitige Schul- oder Ausbildungsabgänger:innen zählen „18- bis 24-jährigen Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (ISCED⁵⁷ 3a/b oder höher), die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen [...]. Personen in Schul- oder Semesterferien werden bei der Berechnung dieses Indikators als ‚in Ausbildung‘ gezählt.“ [128]

Verglichen mit anderen europäischen Ländern brechen in Österreich relativ wenige Jugendliche ihre Ausbildung ab. Im Jahr 2013 hatten in Österreich 7,3 Prozent der 18- bis 24-Jährigen keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss) und befanden sich auch nicht in Ausbildung (vgl. Abbildung 55). Im Durchschnitt der 28 EU-Länder traf dies auf 12 Prozent der 18- bis 24-Jährigen zu. Besonders gering ist diese Rate in Slowenien und Kroatien. (vgl. Abbildung 56)

Abbildung 55: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen in Österreich, nach Geschlecht, 2005–2013

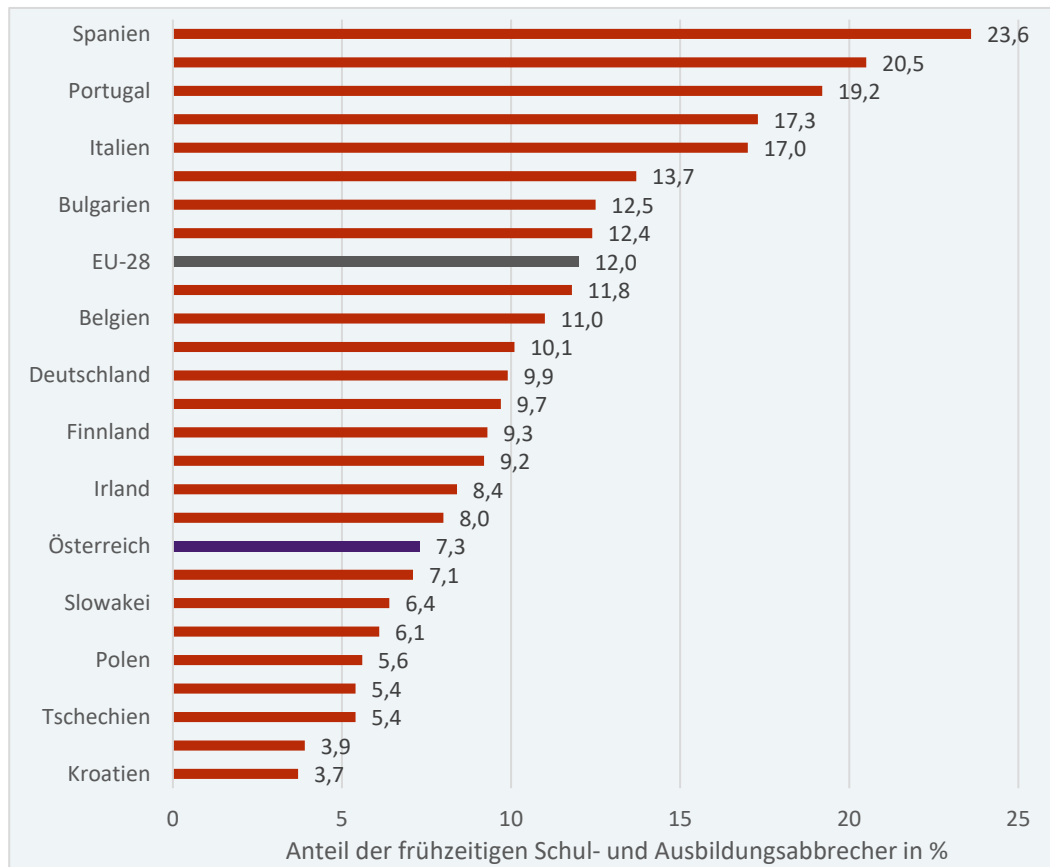


Quelle: Eurostat-Datenbank, abgefragt am 2. 9. 2014 (<https://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database>)

Darstellung: GÖG/ÖBIG

⁵⁷ ISCED 0 = Kindergarten; ISCED 1 = Volksschule; ISCED 2 = Unterstufe der AHS (allgemeinbildende höhere Schule), Neue Mittelschule, Hauptschule; ISCED3 = Oberstufe der AHS, BHS, BMS, Berufsschule/Lehre; ISCED 4 = Matura; ISCED 5 = Universität, Fachhochschule u. Ä; ISCED 6 = Dissertationsstudium

Abbildung 56: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen in ausgewählten europäischen Ländern, 2013



Quelle: Eurostat-Datenbank, abgefragt am 2. 9. 2014 (<https://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database>); Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2.2 Bildungseinrichtungen

Kindergärten und Schulen sind ein wesentlicher Lebensbereich von Kindern und Jugendlichen und haben großen Einfluss auf ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten [241, 242]. Dem Kindergarten kommt dabei im Sinne der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung eine wichtige Funktion zu. Die Schule kann im günstigen Fall familiäre Defizite ausgleichen und so zu einem Ausgleich der Lebens- und Gesundheitschancen beitragen [241, 242], sie kann aber auch zu Belastungen und Ängsten führen, die sich negativ auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen auswirken [49] (vgl. Punkt 5.2.1).

Eine langfristige Analyse des **Zusammenhangs zwischen Kindergartenbesuch und dem weiteren Bildungsweg** bei 16- bis 65-Jährigen in Österreich zeigte einerseits eine hohe

Korrelation zwischen einem Kindergartenbesuch und dem Besuch einer AHS-Unterstufe nach der Volksschule (vs. dem Besuch einer Hauptschule) und belegte andererseits auch einen Zusammenhang zwischen dem finanziellen Auskommen des Elternhauses und der Inanspruchnahme einer vorschulischen Betreuung [240]. Die soziale Benachteiligung schlägt sich dabei doppelt zu Buche: Kinder aus sozial benachteiligten Schichten erhalten tendenziell weniger frühkindliche familiäre Bildung und sind (zumindest in deutschen) Kindertageseinrichtungen schwächer vertreten als Kinder aus besseren sozialen Verhältnissen [12]. Insofern ist die in Österreich zwischen Bund und Ländern festgelegte Vereinbarung⁵⁸, dass seit September 2009 (mit einer Übergangsfrist bis Dezember 2010) der halbtägige Kindergartenbesuch im letzten Jahr vor Schuleintritt verpflichtend und für die Eltern kostenlos ist, sehr wesentlich.

Die Bildungseinrichtungen sind in vielfacher Hinsicht relevant für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Es geht dabei einerseits um bauliche Gegebenheiten (Luft und Lärm, Mobiliar, Ausstattung mit Frei- und Bewegungsräumen etc.), um die personelle Ausstattung mit pädagogischen Fachkräften (quantitativ und qualitativ), um die Qualität der sozialen Beziehungen oder auch um die Gewährleistung von Sicherheit. Eine umfassende Auseinandersetzung mit all diesen Komponenten würde den Rahmen des vorliegenden Berichtes sprengen. Zudem liegen diesbezüglich vielfach keine oder keine leicht zugänglichen Datenbestände vor. Im Folgenden werden deshalb einige ausgewählte Indikatoren dargestellt, wobei auf die Inanspruchnahme von Kinderbetreuungseinrichtungen, auf den dort bestehenden Betreuungsschlüssel und auf den Betreuungsschlüssel an Volksschulen und Schulen der Sekundarstufe I eingegangen wird.

Kinderbetreuungseinrichtungen

Im Berichtsjahr 2013/14 gab es in Österreich **8.445 institutionelle Kinderbetreuungseinrichtungen**. Davon waren mehr als die Hälfte Kindergärten (4.692), 17 Prozent Kinderkrippen (1.450) und jeweils 14 Prozent Horte und altersgemischte Betreuungseinrichtungen (1.167 bzw. 1.136). Knapp 60 Prozent der Einrichtungen werden öffentlich (im Wesentlichen von Gemeinden) und rund 40 Prozent privat betrieben (vor allem von Vereinen und kirchlichen Organisationen). Rund **333.000 Kinder** wurden in Österreich im

⁵⁸ BGBl I 2009/99: 99. Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Einführung der halbtägig kostenlosen und verpflichtenden frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen.

<https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40110194/NOR40110194.html> (13. 3. 2025)

Herbst 2013 in diesen Kinderbetreuungseinrichtungen betreut, der überwiegende Teil davon in Kindergärten (63 % bzw. ca. 211.000 Kinder) [243].

Die **Betreuungsquote**⁵⁹ der **Null- bis Zweijährigen** betrug 2013/14 österreichweit **23 Prozent** (mit Berücksichtigung der Tageselternbetreuung sogar 25 %), diejenige der **Drei- bis Fünfjährigen** betrug **91 Prozent** (mit Berücksichtigung der Tageseltern und der vorzeitig eingeschulter Kinder sogar 93 %). Sie hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht: So waren beispielsweise im Jahr 1995 nur fünf Prozent der Null- bis Zweijährigen und 71 Prozent der Drei- bis Fünfjährigen institutionell betreut. [243]

Je jünger die Kinder sind, desto größer sind auch die Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei den Null- bis Zweijährigen war die Betreuungsquote in Wien mit 40 Prozent deutlich am höchsten und in der Steiermark und in Oberösterreich mit 12 bzw. 13 Prozent am geringsten. Bei den Drei- bis Fünfjährigen weisen das Burgenland mit 99 Prozent die höchste Betreuungsquote und die Bundesländer Steiermark und Kärnten mit 85 bzw. 86 Prozent die niedrigsten Quoten auf (vgl. Abbildung 57).

⁵⁹ Anteil der in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen betreuten Kinder (ohne Berücksichtigung vorzeitig eingeschulter Fünfjähriger ohne Hortbetreuung) im Vergleich zur gleichaltrigen Wohnbevölkerung.

Abbildung 57: Kinderbetreuungsquoten 2013, nach Altersgruppen und Bundesländern

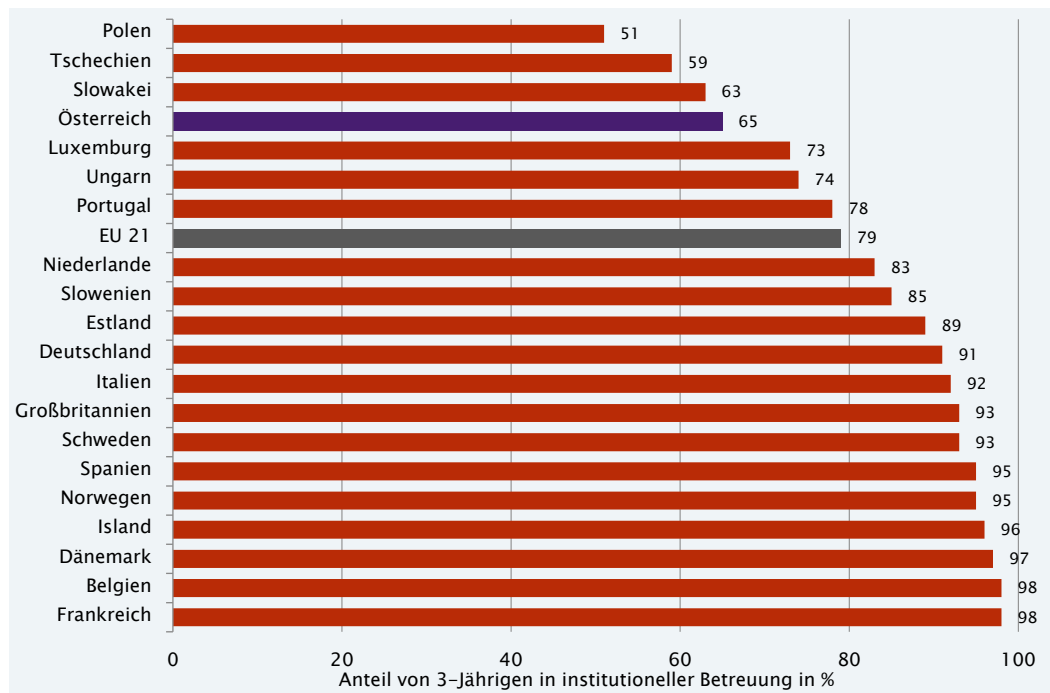
Region	bis 2-jährige Kinder	3- bis 5-jährige Kinder
	in Prozent	
Burgenland	31	99
Kärnten	19	86
Niederösterreich	22	96
Oberösterreich	13	93
Salzburg	18	90
Steiermark	12	85
Tirol	22	92
Vorarlberg	21	94
Wien	40	88
Österreich	23	91

gerundete Werte

Quelle: Statistik Austria 2014a, 85; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der internationale Vergleich zeigt, dass die Betreuungsquoten in Österreich – insbesondere in der Altersgruppe der Drei- bis Vierjährigen – unter dem Durchschnitt der Europäischen Union liegen (vgl. Abbildung 58 und Statistik Austria 2014a, 86).

Abbildung 58: Betreuungsquoten von dreijährigen Kindern in ausgewählten europäischen Ländern, 2012



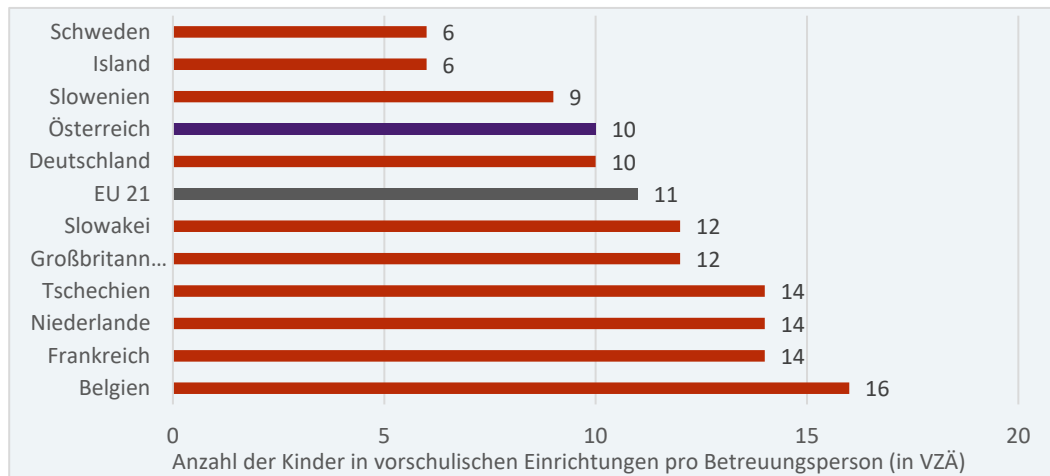
gerundete Werte

Quelle: OECD 2014, 327; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Anzahl der Kinder pro Betreuungsperson ist einer von vielen Indikatoren für die Betreuungsqualität in den Einrichtungen. In Österreich bestand im Jahr 2013 laut Kindertagesheim-Statistik eine Krippengruppe durchschnittlich aus 13 und eine Kindergartengruppe aus 19 Kindern. Die Gruppen sind in den letzten Jahrzehnten etwas kleiner geworden. Im Jahr 1993 bestand eine durchschnittliche Krippengruppe aus 14 und eine Kindergartengruppe aus 23 Kindern (vgl. Statistik Austria 2014a; eigene Berechnungen).

Die OECD konzidiert Österreich mit zehn Kindern pro Betreuungsperson einen vergleichsweise günstigen Betreuungsschlüssel. Deutlich geringer ist er nur in Schweden und Island (vgl. Abbildung 59).

Abbildung 59: Betreuungsschlüssel in vorschulischen Kinderbetreuungseinrichtungen in ausgewählten europäischen Ländern, 2012



VZÄ = Vollzeitäquivalente; gerundete Werte

Quelle: OECD 2014, 451; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schulen

Im Jahr 2013 gab es in Österreich 6.015 Schulen. Etwa die Hälfte davon waren **Volksschulen** (3.066), in denen rund **328.000 Kinder** unterrichtet wurden. Die Zahl der Volksschüler:innen ist damit seit der Jahrtausendwende um rund 17 Prozent gesunken.

Bereits am Ende der vierten Schulstufe wird in Österreich die erste Weiche in der Bildungslaufbahn der Kinder gestellt. Im Schuljahr 2012/13 besuchten von allen Schulkindern in der **fünften Schulstufe** 22,5 Prozent eine Hauptschule, 34,0 Prozent eine AHS-Unterstufe, 39,6 Prozent eine neue Mittelschule⁶⁰, 1,8 Prozent eine Sonderschule und 1,2 Prozent eine sonstige allgemeinbildende Statutschule. Durch die Einführung der Neuen Mittelschule (2008/09) sank der Anteil der Hauptschulen deutlich – Neue Mittelschulen wurden im Wesentlichen an bestehenden Hauptschulen eingerichtet –, im Schuljahr 2018/19 sollen alle Hauptschulen durch Neue Mittelschulen abgelöst sein [245]. Im Schuljahr 2013/14 gab es in Österreich 816 Hauptschulen mit 94.452 Schulkindern, 934 Neue Mittelschulen mit 115.396 Schulkindern sowie 346 Allgemeinbildende Höhere

⁶⁰ Die *Neue Mittelschule* wurde mit dem Schuljahr 2008/09 an 67 Standorten in fünf Bundesländern eingeführt.

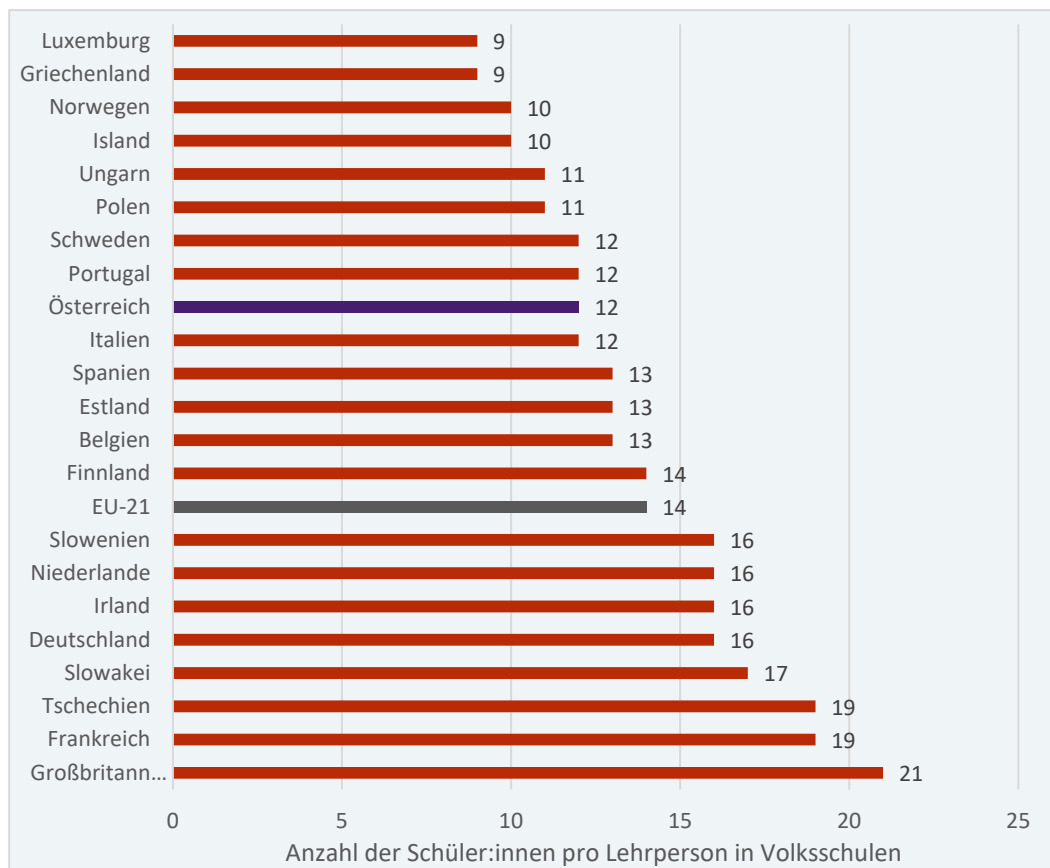
Schulen mit 108.066 Schulkindern in der Unterstufe (Schulstatistik, online angefragt bei Statistik Austria).

Die nächste wichtige Weichenstellung für die Bildungslaufbahn findet nach der achten Schulstufe statt. Im Schuljahr 2012/13 besuchten von allen Schulkindern der neunten **Schulstufe** 21,1 Prozent eine polytechnische Schule (rund 16.900), 26,7 Prozent eine allgemeinbildende höhere Schule, 18,3 Prozent eine berufsbildende mittlere Schule und 33,9 Prozent eine berufsbildende höhere Schule. Die diesbezügliche Entwicklung innerhalb der letzten Jahrzehnte zeigte einen starken Trend zur höheren Bildung [245].

Wie im Kindergarten ist auch in der Schule das **Betreuungsverhältnis** ein Qualitätskriterium. In **Volksschulen** kamen 2011/12 auf eine Lehrperson (gemessen in Vollzeitäquivalenten) im Durchschnitt **12,1 Kinder**. Damit ist in Österreich das Betreuungsverhältnis besser als in den meisten anderen EU-Staaten (vgl. Abbildung 60). Eine Volksschulklasse bestand im Schuljahr 2012/13 im Durchschnitt aus 18,4 Kindern.[245]

Die Klassen in **Hauptschulen und Neuen Mittelschulen** sind mit durchschnittlich **19,7 bzw. 20,4** Kindern bzw. Jugendlichen etwas größer als in Volksschulen. Noch etwas größer sind sie in AHS-Unterstufen mit 24,0 Kindern bzw. Jugendlichen. Seit 2006 ist – nach einer weitgehenden Stagnation Anfang der 1990er Jahre – die Anzahl der Schüler:innen in den Volksschul-, Hauptschul- und AHS-Klassen leicht rückläufig. [245]

Abbildung 60: Betreuungsschlüssel in Volksschulen im internationalen Vergleich, 2012



gerundete Werte

Quelle: OECD 2014, 451; Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.3 Arbeit und Beschäftigung

6.3.1 Erwerbstätigkeit

Art und Ausmaß der Beteiligung am Erwerbsleben ist eine wesentliche Determinante für Gesundheit und Wohlbefinden. Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit mit geringer Arbeitszeit und Niedriglohn werden als Hauptursache für Armut geltend gemacht [12]. Aber auch unabhängig vom Einkommen kann Arbeit an sich einerseits eine Gesundheitsressource darstellen, andererseits auch Belastungen und Risiken mit sich bringen. Zu berücksichtigen ist, dass nicht nur die Arbeit die Gesundheit beeinflusst, sondern umgekehrt auch der Gesundheitszustand die Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit beschränken kann [236].

Daten zum Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und Gesundheit liefert ebenfalls die EU-SILC-Erhebung 2008.

Mit der Höhe der beruflichen Stellung steigt der Anteil jener Erwerbstätigen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen. Arbeitslose beschreiben ihren Gesundheitszustand hingegen häufig als sehr schlecht oder schlecht, insbesondere wenn die Arbeitslosigkeit länger andauert. Auch die Lebenszufriedenheit steigt mit dem Grad der beruflichen Stellung (von Hilfsarbeit bis hochqualifizierter Tätigkeit) und ist bei Menschen, die ganzjährig arbeitslos waren, besonders niedrig [233].

Erwerbsstatus bzw. Arbeitslosigkeit der Eltern

Die Arbeitslosigkeit der Eltern ist ein zentraler Risikofaktor für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Haushalte mit Kindern sind von Arbeitslosigkeit im gleichen Ausmaß betroffen wie der Durchschnitt aller Haushalte in Österreich. Eine besondere Gefährdung besteht jedoch bei Ein-Eltern-Haushalten: Zwölf Prozent der alleinerziehenden Eltern sind arbeitslos und überdurchschnittlich viele (24 %) sind teilzeitbeschäftigt. Auch Mehrpersonenhaushalte mit drei oder mehr Kindern sind einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt. (vgl. Tabelle 14)

Tabelle 14: Erwerbsstatus von 20- bis 64-Jährigen in Haushalten mit Kindern im Vergleich zu allen Haushalten, 2013

	Personen im Erwerbs- alter (20–64 Jahre)	Ganzjährig erwerbstätig		Nicht ganzjährig erwerbs- tätig	Arbeits- los	Nicht erwerbstätig (mind. 6 Monate)
		Vollzeit	Teilzeit			
	in 1.000	in % (gerundet)				
Insgesamt	5.118	50	13	12	5	21
Haushalte mit Kindern insgesamt	2.203	48	17	14	5	17
Davon Ein-Eltern- Haushalte	145	31	24	17	12	14
Mehrpersonenhaushalte + 1 Kind	989	52	17	12	3	14

	Personen im Erwerbs- alter (20–64 Jahre)	Ganzjährig erwerbstätig	Nicht ganzjährig erwerbs- tätig	Arbeits- los	Nicht erwerbstätig (mind. 6 Monate)	
Mehrpersonenhaushalte + 2 Kinder	776	48	16	16	3	17
Mehrpersonenhaushalte + mind. 3 Kinder	293	42	13	12	8	26

gerundete Werte

Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Erwerbsstatus der 15- bis 24-Jährigen

Im Kontext von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit ist es sinnvoll, als Jugendliche und junge Erwachsene die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen zu betrachten.

Knapp ein Drittel der 15- bis 19-Jährigen nehmen am Erwerbsleben teil (36 % der Burschen und 25 % der Mädchen), während der überwiegende Teil (die Hälfte der männlichen und zwei Drittel der weiblichen Jugendlichen) eine Schule oder eine Universität besucht. Unter den 20- bis 24-Jährigen zählen 57 Prozent als erwerbstätig (62 % der Männer und 53 % der Frauen) und 29 Prozent als Schüler:innen oder Studierende (26 % der Männer und 33 % der Frauen) (Vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Lebensunterhalt⁶¹ der 15- bis 24-Jährigen in Österreich 2013, nach Geschlecht, in Prozent

	15- bis 19-Jährige			20- bis 24-Jährige		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Erwerbstätig (auch Lehrling)	30,4	35,9	24,6	57,3	61,6	52,7
Präsenz-/Zivildienst	2,3	4,5		1,8	3,5	

⁶¹ Beim Lebensunterhaltskonzept geben die Befragten selbst an, welcher der folgenden Gruppe sie angehören: erwerbstätig, Präsenz-/Zivildienst, in Elternkarenz, arbeitslos, in Pension, haushaltsführend, Schüler:in und Studierende, dauerhaft arbeitsunfähig, anderes. Diese Einstufung wird von den Befragten seit 2004 in der Regel nach dem Überwiegensprinzip getroffen. Beispielsweise werden sich Studierende, die in der Referenzwoche wenige Stunden arbeiten, als Studierende einordnen, obwohl sie nach dem ILO-Konzept erwerbstätig sind [246], [246], [246], [247][246].

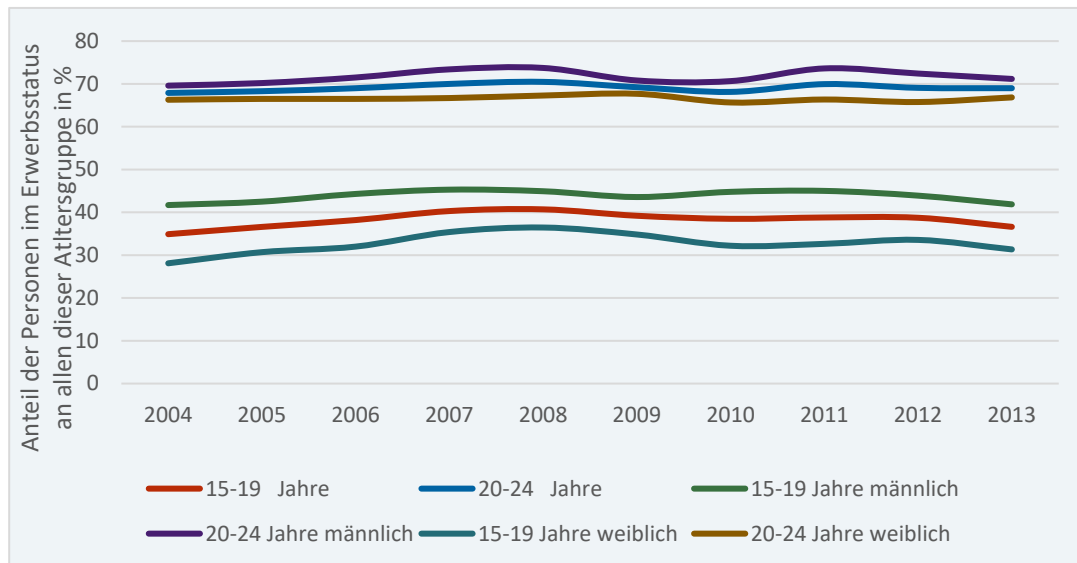
	15- bis 19-Jährige			20- bis 24-Jährige		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
In Elternkarenz	0,1	0,0	0,3	2,1	0,0	4,3
Arbeitslos	4,5	4,6	4,4	6,9	7,6	6,1
Dauerhaft arbeitsunfähig	0,4	0,5	0,3	1,2	1,3	1,1
Ausschließlich haushaltsführend	0,3	0,1	0,4	1,4	0,1	2,7
Schüler:in, Studierende:r	61,3	53,8	69,3	28,9	25,5	32,5
Anderes	0,6	0,5	0,7	0,5	0,4	0,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Statistik Austria – Arbeitskräfteerhebung 2013;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nach dem ILO-Konzept⁶² zählten im Jahr 2013 rund **41 Prozent der 15- bis 19-Jährigen** (46,5 % der Männer und 36,1 % der Frauen) als Erwerbspersonen. Sie waren damit entweder erwerbstätig oder aber arbeitslos. Die **Erwerbsquote bei den 20- bis 24-Jährigen betrug 75,1 Prozent** (77,7 % bei den Männern und 72,5 % bei den Frauen). Im Unterschied dazu bezeichnet die **Erwerbstätigenquote** den Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe. Sie lag im Jahr 2013 für **15- bis 19-Jährige bei 36,6 Prozent** und für **20- bis 24-Jährige bei 69,0 Prozent**. Die Erwerbstätigenquote war im Verlauf der letzten zehn Jahre für die 15- bis 19-Jährigen zu Beginn leicht steigend und zuletzt wieder rückläufig, für die 20- bis 24-Jährigen weitgehend konstant (vgl. Abbildung 61).

⁶² ILO steht für International Labour Organization / Internationale Arbeitsorganisation. Nach dem ILO-Konzept gilt eine Person dann als erwerbstätig, „wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde gearbeitet hat, als arbeitslos, wenn sie in diesem Sinne nicht erwerbstätig ist, aktuell aktive Schritte zur Arbeitssuche getätigt hat und kurzfristig zu arbeiten beginnen kann.“

Abbildung 61: Erwerbstätigenquoten der 15- bis 24-Jährigen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2004–2013



Zur Definition von „erwerbstätig“ s. Fußnote 62

Quellen: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2004–2013

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Jugendarbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit hat negative Auswirkungen auf die finanzielle Situation sowie auf die Lebenssituation und auf die zukünftigen Chancen am Arbeitsmarkt [12]. Zur Berechnung der Arbeitslosigkeit gibt es zwei Hauptquellen: Die **AMS-Daten** (für Vergleiche auf nationaler Ebene) und die **Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen**, die für internationale Vergleiche herangezogen werden. Den Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen liegt das ILO-Konzept zugrunde.

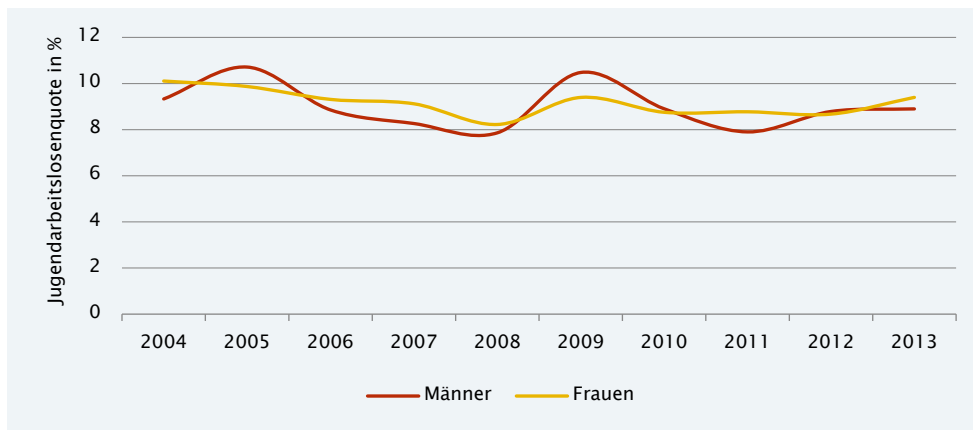
Nach dem ILO-Konzept (auch Labour-Force-Konzept, LFK) gelten „jene Personen zwischen 15 und 74 Jahren als arbeitslos, die

- nicht erwerbstätig im Sinne der ILO sind,
- innerhalb der nächsten beiden Wochen nach der Referenzwoche eine Arbeit aufnehmen können und

- während der Referenzwoche und den drei Wochen davor aktiv nach Arbeit gesucht haben oder bereits eine Stelle gefunden haben und diese in maximal drei Monaten antreten.“ [246]⁶³

Die **Arbeitslosenquote** bei Jugendlichen schwankte im Zeitraum 2004 bis 2013 **zwischen acht und 10 Prozent**, ein nennenswerter Unterschied zwischen den Geschlechtern ist dabei nicht erkennbar (vgl. Abbildung 62).

Abbildung 62: Jugendarbeitslosigkeit (15- bis 24-Jährige) in Österreich 2004–2013, nach Geschlecht



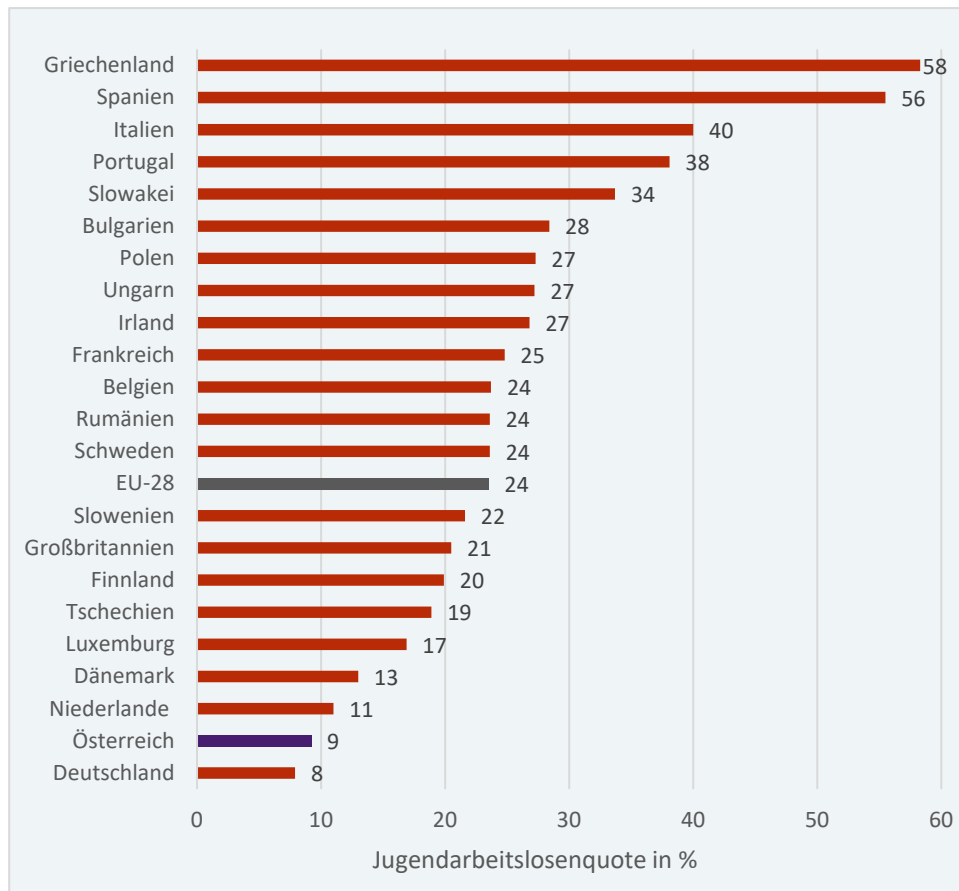
Quellen: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2004–2013, Jahresdurchschnitt über alle Wochen;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im europäischen Vergleich lag die österreichische Arbeitslosenquote bei unter 25-Jährigen weit unter dem EU-Schnitt (23,5 %). Von den in Abbildung 63 dargestellten Ländern hatte nur Deutschland eine geringere Arbeitslosenquoten (vgl. Abbildung 63).

⁶³ Saisonarbeitslose werden nach diesem Konzept nur dann als arbeitslos klassifiziert, wenn sie gegenwärtig für eine Beschäftigung verfügbar und aktiv auf Arbeitssuche sind. Die Teilnahme an Schulungsmaßnahmen und Ausbildungen wird nicht als Form der Arbeitssuche betrachtet.

Abbildung 63: Jugendarbeitslosigkeit im internationalen Vergleich, 2013



gerundete Werte

Quelle: Eurostat-Datenbank, abgefragt am 2. 9. 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Für einen Bundesländervergleich der Jugendarbeitslosenquote liegen keine Daten nach der internationalen Berechnungsmethode vor. Deshalb beziehen sich die folgenden Ausführungen (vgl. Abbildung 64) auf Daten des Arbeitsmarktservice (AMS). Demnach berechnet sich die Arbeitslosenquote⁶⁴ aus dem Verhältnis der Zahl der arbeitslosen Personen (beim AMS registrierte Personen, die nicht in Beschäftigung oder Ausbildung/Schulung stehen) im Verhältnis zum Arbeitskräftepotenzial (Summe aus Arbeitslosenbestand und unselbständig beschäftigten Personen laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger). Somit werden beide Kennzahlen (Arbeitslose und Erwerbspersonen) unterschiedlich ermittelt. Da die Erwerbspersonen von Eurostat auch die unselbständig Beschäftigten umfassen, ist die internationale Arbeitslosenquote

⁶⁴ Vom AMS bezeichnet als Registerarbeitslosenquote.

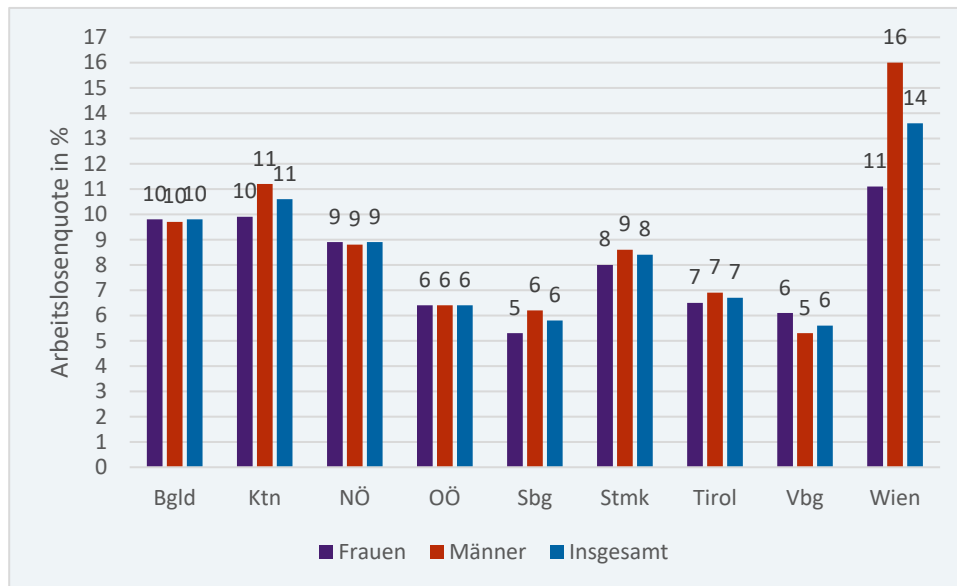
im Normalfall niedriger als die Registerarbeitslosenquote. (AMS-Daten, abgefragt am 5. 2. 2015)

Gemäß der Berechnungsmethode des AMS betrug im Jahr 2014 die **Arbeitslosenquote** bei den unter 25-Jährigen rund **9 Prozent**⁶⁵. In den westlichen Bundesländern Salzburg, Tirol und Vorarlberg, aber auch in Oberösterreich waren Jugendliche deutlich seltener als arbeitslos gemeldet als in den restlichen Bundesländern. Am höchsten war die Jugendarbeitslosigkeit in Wien, insbesondere unter den jungen Männern (vgl. Abbildung 64).

In der gesamten Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen gibt es – mit Ausnahme von Wien – nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede. Eine differenziertere Betrachtung zeigt allerdings, dass junge Frauen tendenziell einen schwierigeren Start ins Erwerbsleben haben als junge Männer. Außerhalb von Wien sind die 15- bis 19-jährigen Frauen häufiger arbeitslos als Männer. Dieser Nachteil wird später aber kompensiert. Die Jugendarbeitslosigkeit war im Jahr 2014 geringfügig höher als die Gesamtarbeitslosigkeit: In Vorarlberg, Tirol und Kärnten lag sie leicht darunter, in Wien etwas über der Gesamtarbeitslosigkeit. (AMS-Daten, abgefragt am 5. 2. 2015)

⁶⁵ Zum Vergleich: Im Jahr 2013 betrug die Jugendarbeitslosenquote in Österreich lt. AMS 8,1 %, gemäß Eurostat (ILO-Konzept) 9,2 Prozent.

Abbildung 64: Jugendarbeitslosenquote (15- bis 24-Jährige) 2014, nach Bundesländern und Geschlecht



gerundete Werte

Quelle: AMS <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/>, abgefragt am 5. 2. 2015

Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.3.2 Arbeitsstätten

Zum Jahresende 2014 befanden sich in Österreich rund **115.000 Jugendliche** in **31.878 Betrieben** in einer Lehre (vgl. Tabelle 16). Seit 1995 beginnen jährlich rund 40 Prozent der Jugendlichen eine Lehrausbildung, wobei die „Lehranfängerquoten“ (Anteil der Lehrlinge im 1. Lehrjahr an allen 15-Jährigen) erheblich nach Bundesländern differieren. Die meisten Lehrlinge beginnen in einem Gewerbe- oder Handwerksbetrieb, im Handel oder in einem Industrieunternehmen eine Lehre: weibliche Lehrlinge häufiger im Handel, männliche Lehrlinge häufiger in Handwerks- oder Industriebetrieben.

Tabelle 16: Anzahl an Lehrbetrieben und Lehrlingen in Österreich 2014, nach Sparte

Sparte	Lehrbetriebe		Lehrlinge		Lehrlinge pro
	absolut	in %	absolut	in %	Lehrbetrieb
Gewerbe und Handwerk	17.891	56,1	49.183	42,7	2,7
Industrie	1.320	4,1	16.044	13,9	12,2
Handel	4.595	14,4	16.745	14,6	3,6
Banken und Versicherungen	263	0,8	1.255	1,1	4,8
Transport und Verkehr	403	1,3	2.404	2,1	6,0
Tourismus und Freizeitwirtschaft	3.486	10,9	9.646	8,4	2,8
Information und Consulting	1.341	4,2	2.422	2,1	1,8
Sonstige Lehrberechtigte*	2.474	7,8	8.162	7,1	3,3
Summe der Ausbildungsbetriebe	31.773	99,7	105.861	92,0	3,3
Überbetriebliche Lehrausbildung**	105	0,3	9.207	8,0	87,7
Insgesamt	31.878	100,0	115.068	100,0	3,8

* Nicht der Kammer der gewerblichen Wirtschaft zugehörige Betriebe (wie Rechtsanwaltschaften oder Magistrate).

** Ausbildungseinrichtungen nach dem Berufsausbildungsgesetz (z. B. überbetriebliche Lehrausbildungen im Auftrag des AMS, selbständige Ausbildungseinrichtungen)

Quelle: Wirtschaftskammer Österreich – Lehrlingsstatistik 2014, Stichtag 31. 12. 2014

Im Rahmen einer Datenanalyse für den Fonds Gesundes Österreich wurden **Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten von österreichischen Lehrlingen** untersucht und nach Möglichkeit den entsprechenden Ergebnissen von gleichaltrigen Jugendlichen, die eine Schule besuchen, gegenübergestellt. Die Analyse gibt in Ansätzen Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei der Gestaltung der Arbeitsplätze.

Der Großteil der österreichischen Lehrlinge schätzt – ähnlich wie Schüler:innen – ihren eigenen Gesundheitszustand als ausgezeichnet, sehr gut oder gut ein. Dennoch äußern Lehrlinge eine Reihe körperlicher Beschwerden wie Kopfschmerzen (43 %), Kreuz- oder Rückenschmerzen (43 %; betrifft Lehrlinge häufiger als Schüler:innen), Muskelverspannungen im Nacken und Schulterbereich (35 %) oder Hautausschläge/Juckreiz (24 %). Auch Erschöpfung und Mattigkeit wird oft auf die Arbeit

zurückgeführt. Lehrlinge sind deutlich häufiger übergewichtig und adipös und legen häufiger ungesunde Verhaltensweisen an den Tag: Ein großer Teil der Lehrlinge ist körperlich inaktiv, ernährt sich ungesund und konsumiert Alkohol und Zigaretten.

Lehrlinge bewerten ihre Arbeitssituation als relativ gut. Verbesserungspotenziale werden vor allem im Bereich der zu leistenden Überstunden und der gebotenen Ausbildungsqualität gesehen. (Anzenberger/Sagerschnig 2014)

6.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

Das soziale Umfeld von Kindern und Jugendlichen besteht

- aus ihrer Familie,
- ihren Beziehungen in Kindergarten bzw. Schule,
- ihren Beziehungen am Arbeitsplatz (zu Kolleginnen/Kollegen sowie zu ihren Vorgesetzten) und
- aus ihren Bindungen zu Gleichaltrigen bzw. zu Befreundeten.

6.4.1 Familiäre Beziehungen

Die familiären Beziehungen nehmen einen besonderen Stellenwert im Leben von Kindern und Jugendlichen ein. Sie repräsentieren das engste und meist am längsten andauernde Beziehungsgeflecht und wirken sich entschieden auf die Entwicklung und das Verhalten von Kindern sowie ihre Gesundheit aus. Dabei spielt sowohl die Familienzusammensetzung als auch die Qualität der Familienbeziehungen eine zentrale Rolle. Sie sollten vertrauens- und liebevoll, fürsorglich, empathisch, unterstützend, „empowernd“, offen und frei von Gewalt sein. [15, 17, 18]

Familienzusammensetzung

Die Familienzusammensetzung verweist auf die **Struktur der Familie** sowie auf die „**räumliche Verortung**“ der Familienmitglieder. Als wichtiger Aspekt gilt, ob Kinder mit nur einem Elternteil, in einer Patchwork-Familie („Stieffamilie“) oder in einer „Kernfamilie“ aufwachsen. Der **Alleinerziehendenstatus** kann dabei sowohl aufgrund geringerer Finanzmittel (vgl. Punkt 6.1.1) als auch über „beeinträchtigte“ Familienbeziehungen (z. B. durch eine Trennung der Eltern) Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Die KiGGS-Studie

verdeutlicht diesbezüglich, dass Ein-Eltern-Familien den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder zwar ebenso gut bewerten wie Zwei-Eltern-Familien, jedoch häufiger psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten orten (insbesondere bei 3- bis 10-jährigen Burschen). Kinder aus Ein-Eltern- und Stieffamilien sind zudem häufiger mit einem erhöhten Belastungsniveau und ungünstigeren Verhaltensweisen assoziiert [12].

Auch österreichische Ergebnisse verdeutlichen, dass Kinder aus Alleinerziehendenfamilien sowohl ihren allgemeinen Gesundheitszustand als auch ihre Lebenszufriedenheit (im Vergleich zu Kindern aus Kernfamilien) schlechter bewerten. Kinder aus Stieffamilien greifen auch häufiger zu Zigaretten und Alkohol. [15]

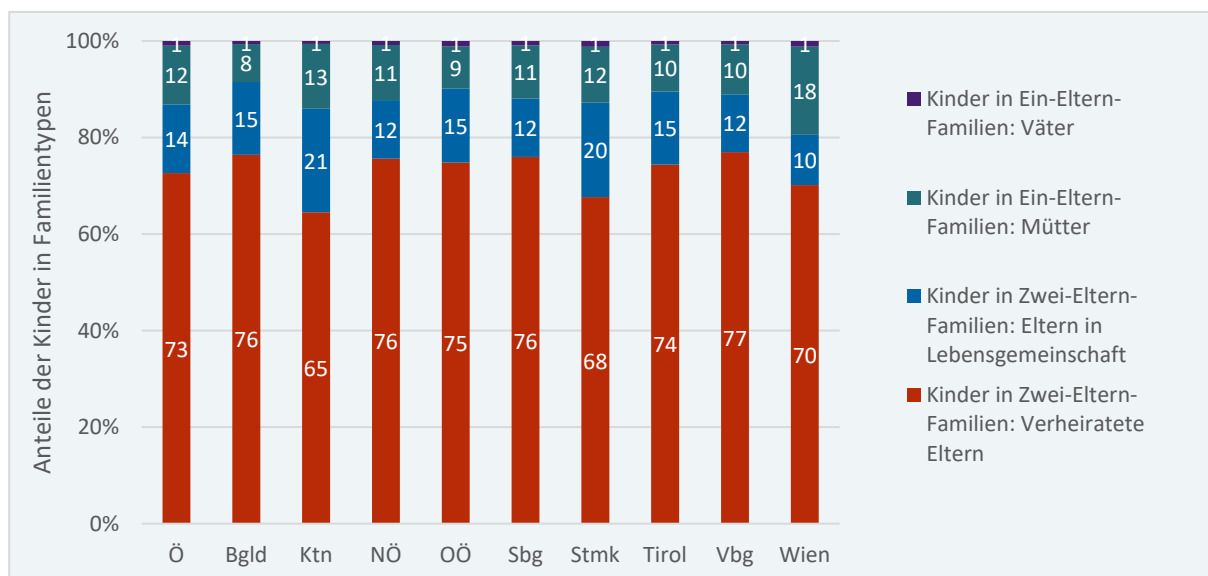
Von rund 1.200.000 im Jahr 2013 in Österreich lebenden Kindern unter 15 Jahren wachsen rund 13 Prozent in einer Ein-Eltern-Familie auf (ca. 159.000)⁶⁶, der Großteil davon bei ihrer Mutter (> 90 %). Werden alle Kinder (unabhängig von ihrem Alter) berücksichtigt, die im Alleinerziehendenhaushalt mit Vater oder Mutter leben, so sind es 18 Prozent. [246]

Im Jahr 2013 wurden knapp 16.000 Ehen geschieden, rund 10.000 davon hatten Kinder (in Summe ca. 12.000). Die Anzahl der Scheidungen sowie die Anzahl der betroffenen Kinder ist seit 2003 rückläufig (Statistik der Ehescheidungen, online abgefragt bei Statistik Austria am 6. 2. 2015). Dies hängt vor allem mit der steigenden Anzahl nicht-ehelicher Partnerschaften zusammen, deren Auflösung in der Scheidungsstatistik (im Sinne einer Trennungsstatistik) nicht erfasst ist.

Am höchsten war der Anteil von Kindern in Ein-Eltern-Familien in Wien (knapp ein Fünftel). Deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt lag der Anteil im Burgenland, in Oberösterreich, in Tirol und in Vorarlberg (vgl. Abbildung 65). Der Anteil an Kindern in Ein-Eltern-Familien blieb zwischen 1985 und 2013 weitgehend stabil, während der Anteil an Kindern in Familien mit verheirateten Paaren sich zugunsten von Kindern in Lebensgemeinschaften verschoben hat (vgl. Abbildung 66).

⁶⁶ Der hier verwendete Familienbegriff umfasst grundsätzlich nur die im selben Haushalt lebenden Personen.

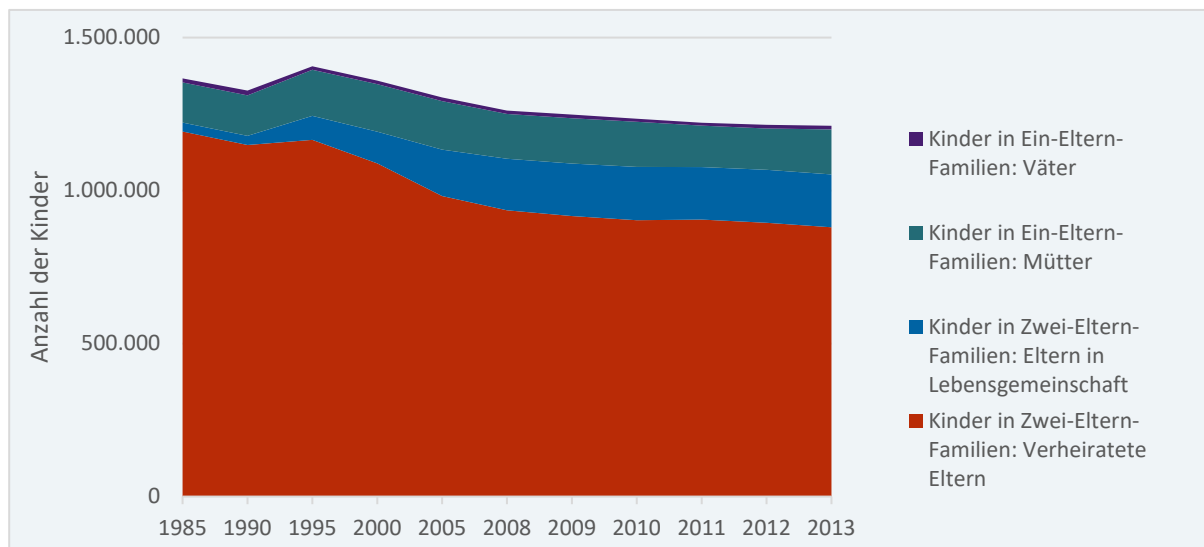
Abbildung 65: Unter 15-jährige Kinder in Ein-Eltern- und Zwei-Eltern-Familien nach Bundesländern, 2013



Der hier verwendete Familienbegriff umfasst grundsätzlich nur die im selben Haushalt lebenden Personen.
gerundete Werte

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2013, erstellt am 24. 3. 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 66: Unter 15-jährige Kinder in Ein-Eltern- und Zwei-Eltern-Familien im Zeitverlauf 1985–2013



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2013, erstellt am 24. 3. 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von den Paaren mit Kindern (verheiratet oder in Lebensgemeinschaft) waren im Jahr 2013 rund 8 Prozent **Stieffamilien**⁶⁷ („Patchwork-Familien“). Das waren in absoluten Zahlen rund 52.000 Familien mit Kindern unter 15 Jahren oder 63.500 Familien mit Kindern unter 18 Jahren. [246]

Qualität der familiären Beziehungen

Familiäre Beziehungen können eine Schutzfunktion gegenüber gesundheitlichen Belastungen darstellen. Ein sicheres, stabiles und unterstützendes Umfeld kann dabei vor physischen Gefährdungen sowie psychischen Belastungen schützen und die körperliche, emotionale wie soziale Entwicklung fördern. Umso gravierender sind die Folgen, wenn Kinder und Jugendliche – anstelle von Zuneigung, Empathie und Förderung – Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erfahren [18, 248]. Vor allem die Stabilität der sozialen Beziehungen wie auch die emotionale Zuwendung scheinen dabei für die Entwicklung wichtig. Die Daten der deutschen KiGGS-Studie belegen, dass familiäre Ressourcen (starker Zusammenhalt, aktive Freizeitgestaltung in der Familie) einen protektiven Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und

⁶⁷ „Stieffamilien“ bezeichnet Familien, bei denen die Eltern ihre jeweiligen Kinder aus vorhergegangenen Ehen oder Lebenspartnerschaften in die neue Beziehung eingebracht haben.

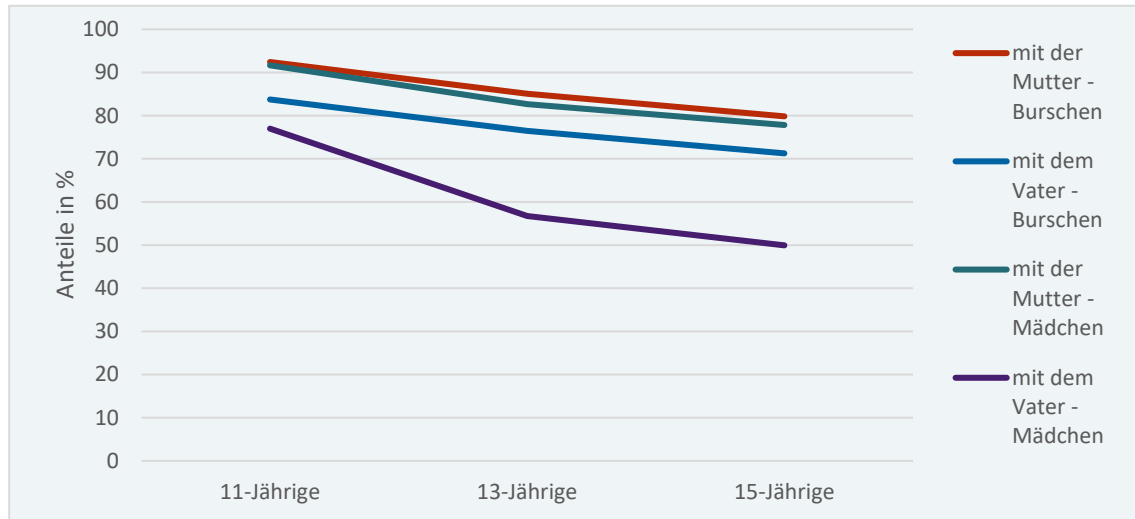
Jugendlichen ausüben [12]. Auch österreichische Daten belegen, dass Kinder und Jugendliche, die eine „überdurchschnittliche“ Zuwendung erfahren, häufiger gesund und beschwerdefrei sind, über eine höhere Lebenszufriedenheit verfügen, seltener zu Zigaretten und Alkohol greifen und weniger häufig in Gewalthandlungen (z. B. Bullying) verstrickt sind als Kinder und Jugendliche, die nur eine „unterdurchschnittliche“ Zuwendung erhalten [15].

Die Qualität familiärer Beziehungen wird in der HBSC-Studie mithilfe des Gesprächsklimas mit Vater und Mutter eingeschätzt. Das familiäre Gesprächsklima beschreibt, wie leicht oder schwer es Kindern und Jugendlichen fällt, mit ihrem Vater und/oder ihrer Mutter über Dinge zu sprechen, die ihnen wichtig sind.

Den Ergebnissen zufolge (2014)⁶⁸ fällt es rund **84 Prozent** der 11-, 13- und 15-Jährigen **(sehr) leicht, mit der Mutter über Dinge zu reden, die ihnen wichtig sind** (2014). In Bezug auf den **Vater** gilt dies **für 68 Prozent**. Auffällig ist, dass Burschen häufiger ein gutes Gesprächsklima mit dem Vater und der Mutter haben als Mädchen. Insbesondere bei den 13- und 15-jährigen Mädchen ist das Gesprächsklima mit dem Vater schlechter als bei den gleichaltrigen Burschen. Insgesamt gilt, dass die Qualität des Gesprächsklimas mit steigendem Alter abnimmt (vgl. Abbildung 67) und dass es leichter fällt, mit der Mutter als mit dem Vater über Relevantes zu sprechen.

⁶⁸ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

Abbildung 67: 11-, 13- und 15-jährige Schüler:innen, denen es sehr leicht bis leicht fällt, mit dem Vater / der Mutter über Dinge zu reden, die ihnen wichtig sind, nach Alter und Geschlecht, 2014



Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Deutlich schlechter als zu den Vätern und Müttern wird das Gesprächsklima zu den Stiefvätern und Stiefmüttern eingeschätzt. Etwa 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen fällt es leicht oder sehr leicht, mit der Stiefmutter/dem Stiefvater über Dinge zu reden, die ihnen wichtig sind.

Im internationalen Vergleich rangiert Österreich, was das Gesprächsklima zu den Eltern anbelangt, unter den besten HBSC-Ländern [17].

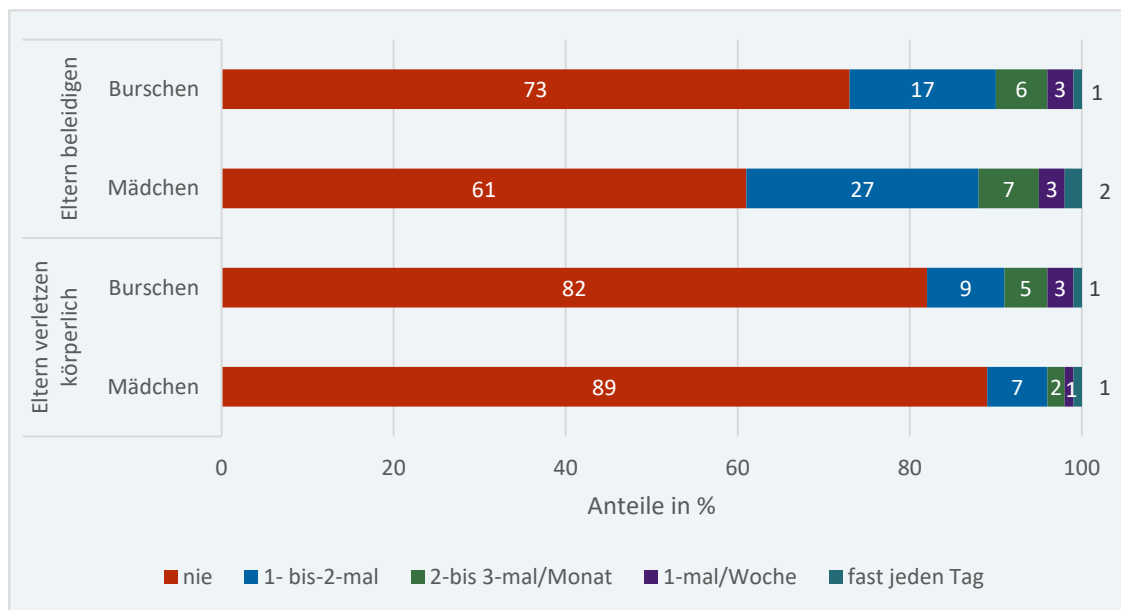
Gewalt in der Familie

Daten und Fakten zum Thema „Gewalt in der Familie“ finden sich in einem vom Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend herausgegebenen Bericht [249]. Die verfügbaren Daten weisen auf einen deutlichen Rückgang des Einsatzes körperlicher Gewalt in der Erziehung zwischen 1991 und 2008 hin [249]. In der im Jahr 2008 durchgeführten Elternbefragung wurden auch beispielhafte **Formen psychischer Gewalt** erhoben („länger nicht mehr mit dem Kind sprechen“, „das Kind beleidigen/beschimpfen“, „das Kind niederbrüllen“). Solche Sanktionen werden demnach **von rund 40 Prozent der Eltern** eingesetzt [249].

Ein europäischer Fünf-Länder-Vergleich zeigt, dass ein gewaltbelasteter Erziehungsstil unter den einbezogenen Ländern in Schweden am seltensten (rund 3 %) und in Frankreich und Spanien am häufigsten (rund 47 % bzw. 48 %) vorkommt. Österreich und Deutschland liegen mit rund 14 Prozent dazwischen [249].

Im Rahmen der PISA-Studie (2009) wurden sowohl indirekte als auch direkte Gewalterfahrungen erhoben (vgl. Punkt 5.3.9). Die für den vorliegenden Abschnitt relevanten Daten beziehen sich auf beleidigendes oder körperliches Gewaltverhalten gegen Jugendliche, das von Eltern ausgeht [227]. Die Ergebnisse zeigen, dass **zehn Prozent der Burschen und zwölf Prozent der Mädchen mindestens zweimal pro Monat von ihren Eltern verbal beleidigt** wurden. **Neun bzw. vier Prozent gaben an, körperlicher Gewalt ausgesetzt** gewesen zu sein (vgl. Abbildung 68).

Abbildung 68: 15- und 16-jährige Schülerinnen und Schüler, die elterlicher Gewalt ausgesetzt waren, 2009



gerundete Werte

Quelle: Strohmeier et al. 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.4.2 Außerfamiliäre Beziehungen

Setting Freundschaftskreis/Peer-Kontakte

Der Freundschaftskreis bzw. Kontakte zu Gleichaltrigen (Peer-Kontakte) üben eine wichtige Funktion im Leben von Kindern und Jugendlichen aus. Sie unterstützen den Abnabelungsprozess von der Familie, bilden einen Puffer (zur Schule, zum Arbeitsplatz, zur Familie) und stärken das Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein durch Anerkennung und Ratschläge in Krisensituationen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Bedeutung der Peers zu, wobei sowohl Verhalten als auch Wohlbefinden von ihnen beeinflusst wird. Daten der deutschen KiGGS-Studie bestätigen diesen Zusammenhang und verweisen auf die gesundheitliche Bedeutung sozialer Integration [49].

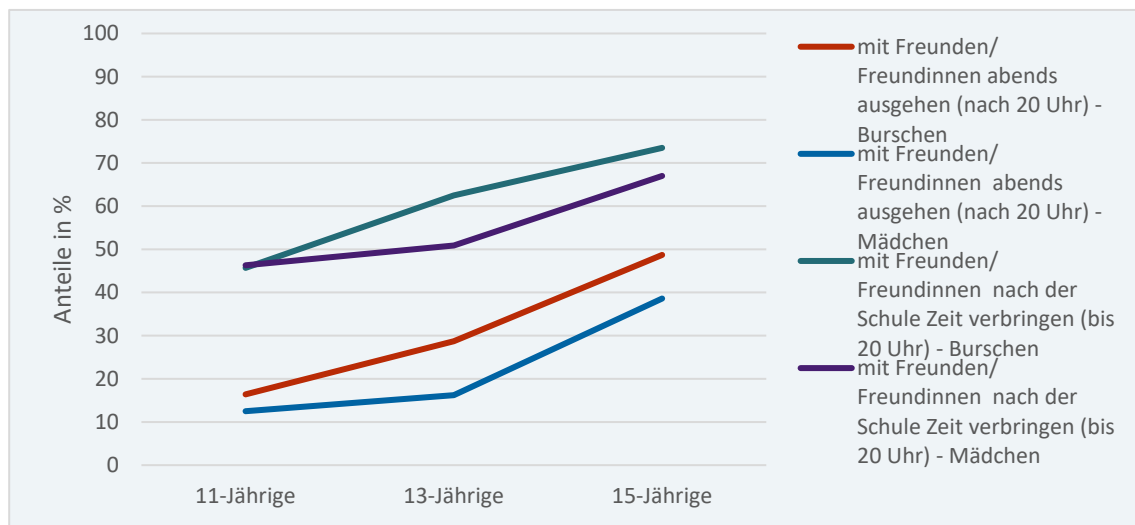
Die HBSC-Erhebungen enthielten bis 2010 Fragen zur Anzahl der Personen im Freundschaftskreis. Rund **99 Prozent** der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) hatten demnach **mindestens eine gute Freundin/einen guten Freund** (rund 88 % sogar mehr als drei).

Im Jahr 2014 wurde im HBSC-Kontext⁶⁹ das **Ausmaß sozialer Unterstützung durch den Freundschaftskreis** erhoben. **56 Prozent** der 11-, 13- und 15-Jährigen gaben an, **(sehr) viel** Unterstützung von ihrem Freundschaftskreis zu erhalten (Burschen: 42 %, Mädchen: 67 %). Von einem (sehr) geringen Ausmaß an Unterstützung berichteten hingegen rund 12 Prozent (Burschen: 14 %, Mädchen: 9 %). Unterschiede hinsichtlich der Altersgruppen zeigen sich nicht.

Mit zunehmendem Alter steigt die **Häufigkeit außerfamiliärer Kontakte**: Rund 59 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen treffen ihren Freundschaftskreis mindestens einmal pro Woche am Nachmittag (12 % täglich), rund 28 Prozent am Abend (nach 20 Uhr; 4 % täglich). Dabei zeigt sich, dass Burschen nicht nur nachmittags, sondern auch abends häufiger Kontakt zu ihren Befreundeten haben als Mädchen (vgl. Abbildung 69).

⁶⁹ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

Abbildung 69: Tage, an denen Kinder und Jugendliche mit ihrem Freundschaftskreis Zeit verbringen, 2014



Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im internationalen Vergleich liegt Österreich in Bezug auf die Anzahl enger Personen im Freundschaftskreis (drei oder mehr enge Befreundete) im oberen Mittelfeld [17], was den Anteil der Schüler:innen anbelangt, die wöchentlich vier oder mehr Abende mit ihrem Freundschaftskreis verbringen, unter dem HBSC-Durchschnitt [17].

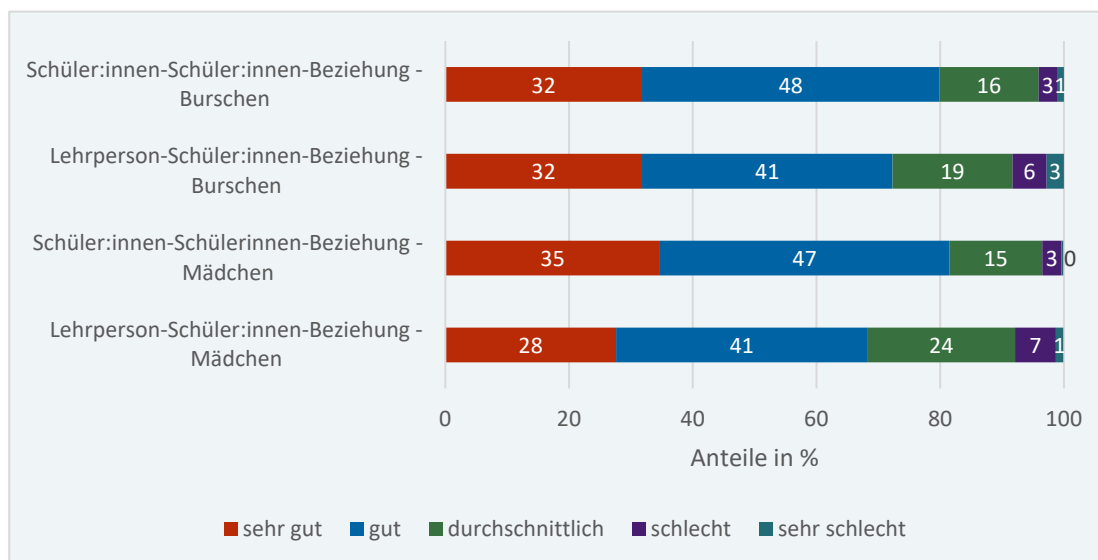
Setting Schule

Die Schule ist neben der Familie und den Peergroups ein weiterer wichtiger Lebensraum für Kinder und Jugendliche. Sie verbringen viel Zeit in diesem Setting und haben dort Kontakt zu Lehrpersonen, Mitschülerinnen und Mitschülern sowie zu Personen des Freundschaftskreises. Repräsentative Studien belegen, dass die Schule eine wichtige Rolle für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen spielt [15, 18, 242]. Je besser Kinder und Jugendliche ihre Beziehungen im Schulalltag erleben, desto gesünder fühlen sie sich und desto seltener berichten sie von körperlichen und psychischen Beschwerden. Gleiches gilt in Bezug auf die Lebensqualität, die v. a. durch die soziale Integration bei den Mitschülerinnen und Mitschülern (wichtig für das Selbstgefühl und das Wohlbefinden) und durch die Beziehungen zu den Lehrpersonen (Gerechtigkeit und Fairness) sowie deren Akzeptanz und Unterstützung geprägt wird. Je unwohler sich Kinder und Jugendliche in ihrer Schule fühlen, desto defensiver ist ihr schulbezogenes Verhalten (keine Mitarbeit, Störung, Schulschwänzen) und desto größer ist das Risiko, dass sie sich schädliches Gesundheitsverhalten aneignen [18]. In unmittelbarem

Zusammenhang mit dem Wohlbefinden steht auch die Lernmotivation bzw. die Lernmüdigkeit.

Die Ergebnisse der HBSC-Studie (2014)⁷⁰ geben Aufschluss über die Qualität der schulischen Beziehungen. Sie zeigen, dass rund **81 Prozent der Schüler:innen von sehr guten bis guten Mitschüler:innenbeziehungen** und rund **70 Prozent von sehr guten bis guten Lehrperson-Schüler:innen-Beziehungen** berichten. Mädchen schätzen dabei die Mitschüler:innenbeziehungen geringfügig besser ein als Burschen, die Lehrperson-Schüler:innen-Beziehungen hingegen etwas schlechter (vgl. Abbildung 70).

Abbildung 70: Einschätzung der 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen zur Qualität ihrer Schüler:innen-Schüler:innen- sowie ihrer Lehrperson-Schüler:innen-Beziehung, nach Geschlecht, 2014



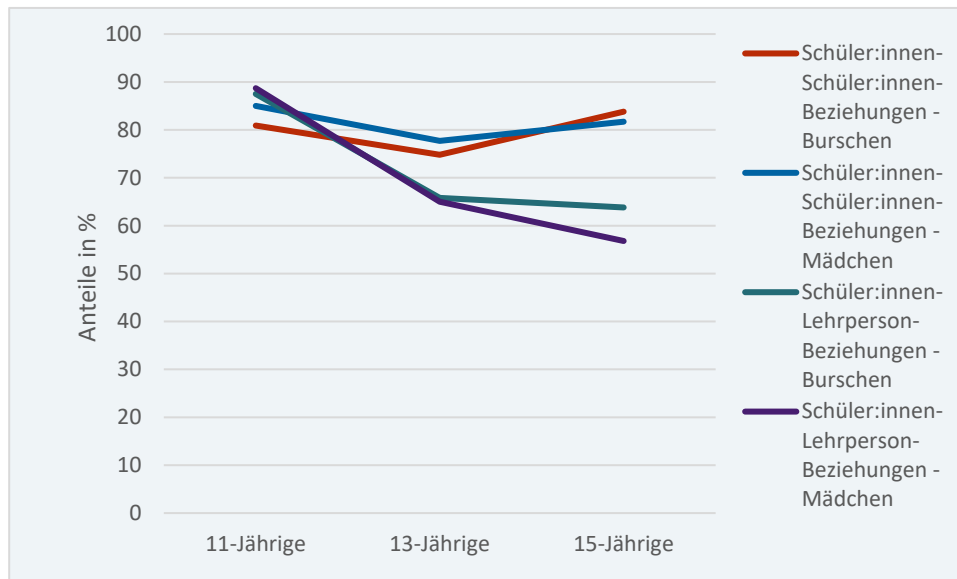
gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR: HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zudem wird deutlich, dass die Qualität der Lehrperson-Schüler:innen-Beziehungen mit dem Älterwerden der Schüler:innen abnimmt (vgl. Abbildung 71).

⁷⁰ Abweichungen zu den Ergebnissen des nationalen HBSC-Berichts [19] ergeben sich aufgrund weiterführender Datenbereinigungen. In den meisten Fällen sind die Abweichungen allerdings von geringem Ausmaß.

Abbildung 71: Sehr gute bzw. gute Einschätzung der Schüler:innen-Schüler:innen- sowie der Lehrperson-Schüler:innen-Beziehung, nach Alter und Geschlecht, 2014



Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.5 Gesundheitsförderung und -versorgung

Dem Gesundheitswesen stehen grundsätzliche **vier Interventionsstrategien** zur Verfügung, um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen. Einflussnahme ist in der **Gesundheitsförderung**, in der **Prävention** (inkl. Vorsorge und Früherkennung), der **Kuration** sowie der **Langzeit- und Palliativversorgung** möglich (wobei die Kuration auch Rehabilitation einschließt und gemeinsam mit der Langzeit- und Palliativversorgung unter dem Dach der Gesundheitsversorgung zusammengefasst werden können).

Die Weiterentwicklung dieser Interventionsstrategien wurde durch den **Kinder-gesundheitsdialog** vorangetrieben. Dieser wurde im Jahr 2010 auf Initiative des Bundesministers für Gesundheit gestartet und durch sechs intersektoral besetzte Fachgruppen getragen:

- Arbeitsgruppe 1: Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention
- Arbeitsgruppe 2: Versorgung
- Arbeitsgruppe 3: Psychosoziale Gesundheit

- Arbeitsgruppe 4: Rehabilitation
- Arbeitsgruppe 5: Risikoschwangerschaft/Risikogeburt und die Folgen
- Arbeitsgruppe 6: Kinderarzneimittel

Auf dieser Basis wurde eine **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** erarbeiten [250], die unter Einbindung zahlreicher Interessengruppen und Politikbereiche einen Rahmen für zukünftige Entwicklungen spannt. Die Kinder- und Jugendstrategie umfasst insgesamt 20 Ziele, die fünf Themenfeldern zugeordnet sind:

- Themenfeld 1: Gesellschaftlicher Rahmen
- Themenfeld 2: Gesunder Start ins Leben
- Themenfeld 3: Gesunde Entwicklung
- Themenfeld 4: Gesundheitliche Chancengleichheit
- Themenfeld 5: Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen

6.5.1 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei **Ansätze, die an den Determinanten der Gesundheit ansetzen, jedoch unterschiedliche Strategien** verfolgen. Während Prävention sich auf die Vermeidung und Verringerung gesundheitlicher Risikofaktoren⁷¹ konzentriert, um Krankheiten bzw. negative Gesundheitsoutcomes zu vermeiden (Bewahrung der Gesundheit), fokussiert die Gesundheitsförderung auf die Erhaltung und Entwicklung gesundheitsrelevanter Ressourcen (Stärkung der Gesundheit). Gemeinsam tragen Gesundheitsförderung und Prävention zur gesundheitlichen Absicherung bei, wobei auch präventive Maßnahmen langfristig gesundheitsförderlich wirken können. Letzteres hat vor allem damit zu tun, dass die Gesundheit im Kindesalter die wohl wichtigste Ressource für zukünftige Gesundheit darstellt.

Gesundheitsförderung setzt auf die individuellen und „gesellschaftlichen“ **Ressourcen** und versucht, diese gezielt zu entwickeln (Ottawa Charta der WHO 1986⁷²). Sie konzentriert sich damit auf die Veränderung und Förderung individueller Verhaltensweisen (im

⁷¹ Gesundheitliche Risikofaktoren sind Merkmale, von denen angenommen wird, dass sie die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Erkrankungen erhöhen.

⁷² <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf> (13.3.2025)

positiven Sinne) sowie auf die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse, indem sie nachstehende Strategien verfolgt:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen
- Förderung und Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen

Genaue Angaben zum Ausmaß gesundheitsförderlicher Maßnahmen können nicht getroffen werden. Sie werden derzeit in keinem einheitlichen Dokumentations- bzw. Monitoringsystem erfasst, sondern sind vielmehr unterschiedlichen Dokumenten/Dokumentationssystemen zu entnehmen (z. B. Bundesministerium für Gesundheit 2013b, 2013c; Datenbank des FGÖ). Eine einheitliche Darstellung des Gesundheitsförderungsgeschehens in Österreich ist daher leider nicht möglich.

Besondere Bedeutung in der Gesundheitsförderung hat der **Settingansatz**. Unter einem „Setting“ werden die alltäglichen Umwelten verstanden, in denen Menschen spielen, lernen, arbeiten und lieben (Ottawa Charta der WHO 1986⁷³). Der Settingansatz ist die **komplexeste Strategie zur Umsetzung** von Gesundheitsförderung. Er fokussiert auf spezifische Kontexte (Settings/Lebenswelten), die gesundheitsförderlich gestaltet werden sollen [253]. Im Sinne der Kinder- und Jugendgesundheit befinden sich dabei vor allem **Familien, Kindergärten und Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen und Betriebe** im Visier.

6.5.1.1 Gesundheitsförderung im Setting Familie – Frühe Hilfen

Einen immer zentraleren Stellenwert in der Gesundheitsförderung gewinnt die erste **Lebensphase** von Kindern und damit auch das **Setting Familie**. Basierend auf Erkenntnissen der neurobiologischen Forschung sowie des „life course approach“ spielt bereits

73

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349652/WHO-EURO-1986-4044-43803-61677-eng.pdf> (13.3.2025)

die früheste Kindheit eine zentrale Rolle für die spätere Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In diesem Zusammenhang sind vor allem **Frühe Hilfen** von Bedeutung, die bereits frühzeitig Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung nehmen wollen.

Unter „Frühen Hilfen“ ist ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit zu verstehen, das die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigt. Wesentliches Kennzeichen dieses Ansatzes ist die **Vernetzung vielfältiger Angebote, Strukturen und Akteure** (Frühe-Hilfen-Netzwerk) sowie **die Schaffung eines niederschweligen und aufsuchenden Zugangs** [200]. In der praktischen Umsetzung werden Frühe-Hilfen-Netzwerke vor allem auf lokaler und regionaler Ebene organisiert. Es handelt sich dabei um **multiprofessionelle Unterstützungssysteme**, die einer zentralen Koordination unterliegen [254].

Das Frühe-Hilfen-Angebot richtet sich an (werdende) **Eltern/Familien in belastenden Lebenssituationen**. Die belastenden Lebensumstände reichen dabei von sozialen und psychischen Belastungen (finanzielle Notlagen, soziale Isolation, psychische Erkrankung, Suchterkrankung, starke Zukunftsängste der Eltern) über spezifische Merkmale der Eltern (minderjährig, alleinerziehend), erhöhten Fürsorgeanforderungen (Mehrlingsgeburt, Behinderung) bis zu Schwierigkeiten in der Annahme/Versorgung des Kindes. Eine längerfristige Unterstützung und Begleitung im Rahmen des Frühe-Hilfen-Netzwerks ist dabei vor allem für jene Familien vorrangig, die unter mehreren Belastungsfaktoren leiden und nur über wenig ausgleichende Ressourcen verfügen. [254]

Auf Basis von Erfahrungen aus Vorarlberg und Deutschland (insbesondere der Modellstadt Dormagen) kann davon ausgegangen werden, dass rund fünf bis sieben Prozent aller Familien Bedarf an derartigen Unterstützungsleistungen haben [200].

Als Beitrag zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie gab das BMG ein Grundlagenprojekt **Frühen Hilfen** in Auftrag. Das Projekt wurde von der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführt und durch die „Vorsorgemittel“ der Bundesgesundheitsagentur finanziert. Mit Hilfe verschiedenster Instrumente (Fragebögen, Workshops etc.) erfolgte eine erste Bestandsaufnahme. Im Anschluss daran wurde ein Idealmodell entwickelt, das als Orientierung für die Konzeption zukünftiger Modellprojekte dienen soll [vgl. 255]. Dieses Grundmodell sieht ein universelles Basisangebot für alle Familien sowie regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke vor, die vertiefende Angebote sicherstellen. Hinzu

kommt, dass – in Anlehnung an das Modell in Deutschland – auch in Österreich ein Nationales Zentrum Frühe Hilfen etabliert wird. Es soll die bundesweite Koordination sicherstellen, für eine überregionale Vernetzung sorgen, Qualitätsentwicklung und Wissenstransfer leisten sowie zur Prozessbegleitung und Beratung zur Verfügung stehen. [255]

Während in **Vorarlberg** bereits seit 2009 ein Frühe-Hilfen-Netzwerk etabliert ist (vgl. [256] bzw. www.netzwerk-familie.at), wird in fünf anderen Bundesländern derzeit ein Modellprojekt Frühe Hilfen durchgeführt⁷⁴. Es wird von den fünf Sozialversicherungsträgern KGKK, NÖGKK, OÖGKK, STGKK, WGKK sowie von der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit getragen und aus Mitteln der gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag finanziert.

6.5.1.2 Gesundheitsförderung im Kindergarten

Im Kindergarten und in anderen Kinderbetreuungseinrichtungen findet ein wesentlicher Teil der kindlichen Sozialisation statt. Die pädagogischen Fachpersonen begleiten die Kinder in einer zentralen Entwicklungsphase, in der wichtige Grundsteine für die zukünftige Gesundheit gelegt werden. Der Kindergarten als Bildungs- und Lebenswelt repräsentiert einen relevanten Kontext, der die gesundheitsförderliche Entwicklung von Kindern unterstützen und nachhaltig fördern soll.

Der Kindergarten bietet einen schichtübergreifenden Zugang zu Kindern und oft auch zu deren Familien. In den pädagogischen Zielen finden sich dabei meist gute Anknüpfungspunkte für sowohl verhaltens- als auch settingbezogene Gesundheitsförderungsaktivitäten. Eine Kinderbetreuung, die hohen qualitativen Standards entspricht, fördert die kognitive und soziale Entwicklung von Kindern und ebnet den Weg für eine Gesellschaft mit gesunden und sozial kompetenten Menschen. Im Setting Kindergarten kommt dabei der Zusammenarbeit von pädagogischen Fachpersonen, Eltern und Organisationen der Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu. Auch die Berücksichtigung des kommunalen Settings erweist sich als erfolgsrelevant (z. B. die Kooperation mit regionalen Vereinen und Freizeiteinrichtungen bzw. mit Vertretenden der medizinischen und psychosozialen Versorgung).

⁷⁴ <https://fruehehilfen.at/> (13.3.2025)

Von besonderer Bedeutung ist die Unterstützung sowie die Aus- und Fortbildung der Kindergartenleitenden und der pädagogischen Fachpersonen. **Ziel der Gesundheitsförderung** im Kindergarten sind die

- Gestaltung des Kindergartens als **gesundheitsförderliche Lebenswelt** unter Einbeziehung aller im Setting beteiligten Personen,
- Förderung **persönlicher Kompetenzen** und Leistungspotentiale in Hinblick auf ein gesundheitsbewusstes und eigenverantwortliches Handeln,
- Förderung der **Kommunikation und Kooperation** zwischen pädagogischem Fachpersonal, Kindern und Eltern.

Im Rahmen der Österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie [250] wird empfohlen, Kinderkrippen und Kindergärten gesundheitsförderlich zu gestalten. Grundlage dafür sollen die in Österreich bereits durchgeführten Projekte sein⁷⁵, die von Sozialversicherungsträgern, Mitgliedern des **aks Austria**⁷⁶, den Bundesländern und anderen Institutionen durchgeführt werden. Eines dieser Projekte ist das vom Fonds Gesundes Österreich beauftragte Projekt „KiBi der Zukunft – Kinderbildungseinrichtungen als Schnittstelle der Gesundheitsförderung“⁷⁷. Ziel dieses Projektes ist es, ganzheitliche Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten mit den Schwerpunktthemen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit sowie materielle Umwelt/Sicherheit zu betreiben.

Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr

Die Gesundheit Österreich führte 2011 (im Auftrag des BMG, des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark) eine Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) zum „Verpflichtenden Kindergartenjahr“ durch. Ziel war es, positive sowie negative Gesundheitsauswirkungen der 15a-Vereinbarung [257] zum verpflichtenden Kindergartenjahr (halbtägige, kostenlose und verpflichtende frühe Förderung in institutionellen Kinderbildungs- und -betreuungs-einrichtungen) zu identifizieren. Die sich daraus ableitenden Ergebnisse zeigen, dass das verpflichtende Kindergartenjahr (verglichen mit keinem verpflichtenden Kindergartenjahr) potenziell eine Reihe von – meist langfristig wirksamen – positiven Auswirkungen auf die

⁷⁵ https://fgoe.org/Vernetzung_Kooperationen_Drehscheibe_Aktivitaeten_2024-2028 (13.3.2025)

⁷⁶ <http://www.aksaustria.at> (13.3.2025)

⁷⁷ https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/KiBi_Zusammenfassung%20FG%C3%96-Endbericht.pdf (13.3.2025)

Gesundheit der Kinder hat. Besonders hervorgehoben wurden die positiven Auswirkungen auf die Bildungspotenziale der Kinder sowie die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten. Die identifizierten positiven Auswirkungen könnten bei Sicherstellung verbesserter Rahmenbedingungen (pädagogischer Strukturqualität) durch ein zweites verpflichtendes Kindergartenjahr noch verstärkt werden. [258]

6.5.1.3 Gesundheitsförderung im Setting Schule

Ein ebenfalls zentrales Setting für Gesundheit stellt die Schule dar. Sie beeinflusst die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowohl in positiver wie auch in negativer Weise, wobei neben organisationalen Merkmalen (Ausstattung, Richtlinien und dgl.) vor allem unterrichtsbezogene Faktoren (Qualität der sozialen Beziehungen, Art und Form der Klassenführung, Wahl der Unterrichtsmethoden) von Bedeutung sind [vgl. u. a. 15, 18, 259, 260]. Umgekehrt zeigen Studien, dass ein Mehr an Gesundheit mit besseren Schulleistungen in Zusammenhang steht [vgl. 260], weshalb schulische Maßnahmen der Gesundheitsförderung auch zu Maßnahmen der Qualitäts- und Organisationsentwicklung werden können.

Da Kinder und Jugendliche sich über viele Jahre hinweg im Setting Schule aufhalten und bis zum Ende ihrer Unterrichtspflicht beinahe als vollständiges Kollektiv dort anzutreffen sind, bietet die Schule nicht nur einen „umfassenden“, sondern auch einen langfristigen Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe. Als gesellschaftlich institutionalisierte Bildungseinrichtung bietet sie einen geschützten Rahmen, um gesundheitsrelevante Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen zu erlernen. Sie repräsentiert damit einen zentralen Ort für gesundheitsförderliche Interventionen und kann selbst zu einem gesundheitsförderlichen Setting entwickelt werden. Dem Whole-School-Approach entsprechend zeichnen sich gesundheitsförderliche Schulen dabei durch nachstehende Charakteristika aus [261]:

- **School Policies** (schriftlich festgelegte Richtlinien und Regelungen), die die Zielsetzungen von Gesundheitsförderung sowie gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen festlegen;
- **Gesundheitsförderliche Lerninhalte** (geplant und mit entsprechenden Ressourcen versehen);
- **Gesundheitsförderliche Lehr- und Lernmethoden**, die die Entwicklung gesundheitsfördernder Kompetenzen unterstützen;

- eine **gesundheitsförderliche Schulkultur**, die nicht nur in den sozialen Beziehungen, sondern auch in der Schulorganisation zum Ausdruck kommt;
- eine **gesundheitsfördernde Beschaffenheit der Schule** (Zustand des Schulgebäudes, Ausstattung);
- **Partnerschaften** mit Familien, Organisationen, Vereinen, Freizeiteinrichtungen sowie anderen relevanten Stakeholdern;
- **Schulgesundheits- und -förderungsangebote** (z. B. Schulsozialarbeit, schulärztlicher Dienst).

In Österreich ist die **schulische Gesundheitsförderung weitgehend regional organisiert**. Sie findet teils in regionalen Netzwerken (z. B. Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (WieNGS), „Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen“) – teils unterstützt durch regionale Einrichtungen und Servicestellen – statt (z. B. durch die Servicestellen Schule der österreichischen Gebietskrankenkassen, durch die Mitglieder des aks Austria sowie durch die Landesschulräte bzw. den Wiener Stadtschulrat). Ergänzend dazu wurde im Jahr 2006 ein nationales Strategieprojekt ins Leben gerufen⁷⁸, das sich dem Whole-School-Approach verpflichtet hat [262]. Das Projekt mit dem Titel „Gesunde Schule“ wurde von BMG, BMUKK und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger initiiert [242] und bietet einen strategischen Rahmen für die inhaltliche Ausgestaltung schulischer Gesundheitsförderung.

Einer bundesländerspezifischen Recherche zufolge gelten rund **850 Schulen** in Österreich als „**Gesunde Schulen**“ (= 15 % aller österreichischen Schulen). Dabei wurden allerdings nur jene Schulen berücksichtigt, die an länderfinanzierten bzw. von Bundesländern organisierten Initiativen teilgenommen haben. [263]

Um den **Status quo schulischer Gesundheitsförderung** zu ermitteln, wurde im Jahr 2010 im Rahmen der HBSC-Studie eine Schulleiter-Befragung durchgeführt [260]. Ihr zufolge **mangelt** es Österreichs Sekundarschulen vor allem an den „**allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung**“. Nach dieser Erhebung verfügt nur ein Viertel der Sekundarschulen über ein Gesundheitsförderungsteam, gewidmete Lehrstunden für Gesundheitsförderung sowie über ein Gesundheitsförderungsbudget – allesamt Voraussetzungen für eine nachhaltige Implementierung von Gesundheitsförderung. Obwohl rund 46 Prozent der Sekundarschulen Gesundheitsförderung in ihrem Schulleitbild verankert hatten, konnten nur 28 Prozent schriftlich festgelegte

⁷⁸ <http://www.gesundeschule.at/>

Zielsetzungen für ihr gesundheitsförderliches Vorgehen vorweisen. Zudem verdeutlichen die Ergebnisse, dass Österreichs Sekundarschulen vor allem auf die Themen Gewalt, Rauchen und Alkohol gesetzt hatten, während die Themen Ernährung und Bewegung eher nachrangig behandelt wurden [260]. In den letzten Jahren wurden allerdings auch zu diesen Themen Initiativen gestartet (z. B. „Unser Schulbuffet“⁷⁹, „Bewegung und Sport in den Schulen Österreichs“⁸⁰, „Klug und Fit“⁸¹). Diese und weitere Initiativen (z. B. „Weiße Feder – Gemeinsam gegen Gewalt“, „ÖKOLOG“) sind auf der Website des Gesunde-Schule-Projekts zu finden (www.gesundeschule.at).

6.5.1.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

Als moderne **Unternehmensstrategie** versucht Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheit zu stärken und das generelle Wohlbefinden zu verbessern. Gemäß der Luxemburger Deklaration⁸² wollen BGF-Maßnahmen gesundheitlichen Belastungen vorbeugen und Gesundheitspotenziale stärken. Um dies zu erreichen, werden sowohl die Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch die Förderung der aktiven Teilnahme und die Stärkung persönlicher Kompetenzen angestrebt. Umfassende BGF-Maßnahmen zielen damit einerseits auf das Verhalten der Mitarbeitenden und ihre Kompetenzen (Verhaltensebene), andererseits auf den Betrieb als Setting (Verhältnisebene). [264]

Die BGF versucht dabei, Arbeitsplätze in ihren Strukturen und Prozessen so zu gestalten, dass die Beschäftigten nachhaltig zu gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensweisen befähigt werden [265]. Damit dies gelingen kann, müssen alle Beteiligten ihren Beitrag leisten, vom Management bis zur Sicherheitsfachkraft. Die BGF nimmt damit einen positiven Einfluss auf die Gesundheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitenden, auf die Produktivität und Wirtschaftlichkeit von Unternehmen/Organisationen sowie auf die Qualität der erbrachten Leistungen [264, 265]. Zur nachhaltigen Verankerung von BGF muss die Gesundheit von Mitarbeitenden zu einem fixen Bestandteil aller Entscheidungsprozesse werden. Sie gilt es in allen organisationalen

⁷⁹ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Ernahrung/Gemeinschaftsverpflegung.html> (13.3.2025)

⁸⁰ www.bewegung.ac.at

⁸¹ www.klugundfit.at

⁸² Die „Luxemburger Deklaration“ wurde im Jahr 1997 mit Unterstützung der Europäischen Kommission von den Mitgliedern des „Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung“ (ENWHP) verabschiedet. Sie formuliert Grundsätze und eine Definition betrieblicher Gesundheitsförderung.

Bereichen zu berücksichtigen (Stichwort Betriebliches Gesundheitsmanagement), sodass Gesundheitsförderung zu einem Instrument der Organisationsentwicklung wird. [264]

Besonderes Augenmerk der BGF soll den Lehrlingen gelten. Vor allem der Übergang von der Schule in das Arbeitsleben kann für sie eine große Herausforderung darstellen (Anzenberger/Sagerschnig 2014). Jährlich starten rund 40 Prozent der 15-Jährigen eine Lehrausbildung, Burschen deutlich häufiger, als Mädchen (Tabelle 17). Die meisten von ihnen starten dabei in einem Gewerbe- oder Handwerksbetrieb, im Handel oder in einem Industrieunternehmen, weibliche Lehrlinge häufiger im Handel, männliche Lehrlinge häufiger in Handwerk oder Industrie. (Anzenberger/Sagerschnig 2014)

Tabelle 17: Verteilung der österreichischen Lehrlinge auf Sparten

Sparte	Lehrlinge	
	absolut	in %
Gewerbe und Handwerk	52.019	43
Handel	18.028	15
Industrie	16.173	13
Tourismus und Freizeitwirtschaft	10.351	9
Transport und Verkehr	2.750	2
Information und Consulting	2.640	2
Banken und Versicherungen	1.327	1
Sonstige Lehrberechtigte	8.113	7
Überbetriebliche Lehrausbildung	9.178	8
Insgesamt	120.579	100
Burschen insgesamt	79.347	66
Mädchen insgesamt	41.232	34

gerundete Werte

Quelle: Wirtschaftskammern Österreichs – Lehrlingsstatistik 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein Teil der Lehrlinge wird nach dem Lehrverhältnis in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis übernommen. Im Jahr 2012 war mehr als ein Drittel aller (ehemaligen)

Lehrlinge zwei Jahre nach Abschluss ihrer Lehrausbildung noch im gleichen Unternehmen beschäftigt. Die Tendenz hierfür ist steigend. (Anzenberger/Sagerschnig 2014)

Sekundäranalysen haben gezeigt, dass **Lehrlinge** – verglichen mit Gleichaltrigen, die eine Schule besuchen, – häufiger über körperliche und psychische Beschwerden (wie Kopf-, Kreuz- oder Rückenschmerzen, Erschöpfungszustände, Einschlafstörungen, Nervosität und Gereiztheit), Übergewicht sowie über ein vermindertes Wohlbefinden berichten. Darüber hinaus weisen Lehrlinge ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf, das in verminderter Bewegung, weniger gesundheitsförderlicher Ernährung und vermehrtem Tabak- und Alkoholkonsum zum Ausdruck kommt [266]. Es ist nicht bekannt, ob die Unterschiede zwischen Lehrlingen und Gleichaltrigen, die eine Schule besuchen, einem Selektionseffekt geschuldet sind (Schichteffekt) oder mit unterschiedlichen Belastungssituationen zusammenhängen.

In Österreich wird BGF vor allem von den Sozialversicherungsträgern vorangetrieben. Das **Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF)** entwickelte ein System, um österreichische Betriebe bei der Etablierung und Umsetzung von BGF zu unterstützen und ggf. zu zertifizieren. Die Zertifizierung erfolgt nach der Ratifizierung der sogenannten BGF-Charta, die als eine Art Absichtserklärung durch die Betriebe verstanden wird. Dann wird das BGF-Gütesiegel verliehen, das – nach erfolgreicher BGF-Projektdurchführung bzw. nach erfolgreicher Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements – auf drei Jahre vergeben wird.⁸³

Der Datenbank des ÖNBGF zufolge gibt es in Österreich 527 Charta-Betriebe sowie 443 Betriebe mit einem BGF-Gütesiegel.

6.5.1.5 Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit

Kinder und Jugendliche benötigen sichere Freiräume, um spielerisch und bewegt zu lernen, Bewegungskompetenzen und Körpergefühl zu entwickeln, um sich selbstständig zu erforschen, soziale Kontakte aufzubauen und sich zu entfalten. Der Rahmen, in dem sich diese Freiräume eröffnen, kann durch die außerschulische Kinder- und Jugendarbeit geboten werden. Diese leistet vor allem für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und/oder in besonders belasteten Lebenssituationen durch

⁸³ <http://www.netzwerk-bgf.at>

vielfältige Angebote bedürfnisgerechte Unterstützung und generell einen Beitrag zur Chancengerechtigkeit.

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (vgl. Tabelle 23) fokussiert auf Maßnahmen, die dazu dienen, die Gesundheitsförderungsfunktion der außerschulischen Jugendarbeit zu stärken und zu unterstützen. Dazu zählt z. B. die Aus-/Fort-/Weiterbildung für Jugendbetreuungspersonen mit Fokus auf Gesundheitsförderung, Bewegung, Gewaltprävention, Stärkung der Lebenskompetenz und der psychischen Gesundheit.

Im Rahmen der außerschulischen Jugendarbeit erhält neben der Gesundheitsförderung vor allem die Suchtprävention große Bedeutung. Geringer werdende öffentliche Ressourcen führen zwingend zu einer Verschiebung der Verantwortung in der Primärprävention von Drogen- und Suchtmittelkonsum [267]. Der Umgang mit Sucht- oder Drogenproblematik in der Arbeit mit Jugendlichen ist eine delikate Angelegenheit. Das Übertreiben des Stellenwerts von Drogenproblemen in Relation zu anderen Problemfeldern wird von Jugendlichen als sachliche Inkompetenz empfunden und ist im ungünstigsten Fall kontraproduktiv [267].

Die Bereitstellung von Fachwissen in Zusammenhang mit Substanzkonsum und Unterstützung vor Ort durch die Expertise der Suchthilfe ist nur eine der vielen Suchtpräventionsmaßnahmen, die sich aktuell in Österreich in Umsetzung befinden. Eine wichtige Säule der Suchtprävention sind die Fachstellen für Suchtprävention. Seit 1993 haben sich in allen Bundesländern diese Fachstellen für Suchtprävention etabliert, deren Hauptaufgabe es ist, „Primärprävention“ sowie sekundärpräventive Inhalte zu bearbeiten und eine inhaltlich ausgewogene Wissensvermittlung zu betreiben. 1997 wurde ein gemeinsames Leitbild für die österreichische Suchtprävention entwickelt. [267]

6.5.2 Prävention

Je nach **Zeitlichkeit, Zielgruppe und Interventionsebene können unterschiedliche Formen der Prävention** unterschieden werden. So wird einerseits zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention⁸⁴ [268], andererseits zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention unterschieden [269]. Gemeinsam ist der Prävention und Gesundheitsförderung, dass sie sowohl an der Verhaltens- als auch an der

⁸⁴ Da Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention meist deckungsgleich mit kurativen Maßnahmen sind, sollten sie – im Sinne einer möglichst trennscharfen Unterscheidung von möglichen Interventionsansätzen – nicht als Prävention im engeren Sinne bezeichnet werden.

Verhältnisebene ansetzen. Sie definieren unterschiedliche Ebenen der Intervention, die meist mit unterschiedlichen Verantwortlichkeiten in Bezug stehen (Individuum versus „Gesellschaft“).

Prävention kann klassifiziert werden nach:

- Zeitlichkeit
 - **Primärprävention** setzt an, bevor eine Krankheit entsteht; gesundheitsschädigende Faktoren werden vermieden, Krankheiten verhindert.
 - **Sekundärprävention** versucht das Fortschreiten einer Krankheit (im Frühstadium) durch Früherkennung und Behandlung zu vermeiden.
 - **Tertiärprävention** konzentriert sich auf die Wiederherstellung der Gesundheit nach einem Krankheitsereignis (Rehabilitation) und versucht, Folgeschäden, Folgeerkrankungen und Rückfällen vorzubeugen; sie richtet sich an Patientinnen bzw. Patienten mit chronischen Beeinträchtigungen sowie an Rehabilitanden.
- Zielgruppen
 - **Universale Prävention** interveniert auf Ebene der Gesamtbevölkerung bzw. großer Teilpopulationen; sie ist für alle Adressaten nützlich oder notwendig.
 - **Selektive Prävention** interveniert bei umrissenen Zielgruppen mit einem vermuteten, evtl. überdurchschnittlichen Risiko; dazu gehören Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.
 - **Indizierte Prävention** interveniert bei Personen und Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. manifesten Störungen oder Devianzen; sie versucht, bei diesen vorsorgend, frühbehandelnd oder schadensminimierend/rückfallpräventiv zu wirken.
- Interventionsebenen
 - **Verhaltensorientierung:** Ansatzpunkt ist das Gesundheitsverhalten des Individuums sowie damit in Zusammenhang stehende Einstellungen, Überzeugungen und Kompetenzen.
 - **Verhältnisorientierung:** Ansatzpunkte sind die Lebensverhältnisse, unter denen Menschen aufwachsen, ihre Freizeit verbringen, lieben, lernen und arbeiten.

Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen dienen der Prävention und frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen und Risikofaktoren. Sie werden vorrangig von „Ober- und Mittelschichtfamilien“ in Anspruch genommen und weisen folglich eine deutliche

Schichtabhängigkeit auf [270]. In Österreich zählen vor allem die unter Punkt 6.5.2.1 angeführten Programme zu den wichtigsten Früherkennungsmaßnahmen.

Impfungen stellen eine effektive Präventionsmaßnahme gegen übertragbare Erkrankungen dar. Dabei kann nicht nur ein Individualschutz (für die Geimpften) erzielt werden, sondern – bei entsprechend hohen Durchimpfungsraten – auch ein Kollektivschutz für die Bevölkerung (Herden-Immunität). Die Herden-Immunität ist besonders wichtig zum Schutz von Personen, die selbst nicht geimpft werden können – z. B. aus medizinischen Gründen oder weil sie zu jung für gewisse Impfungen sind. Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen werden aufgrund der Expertise des Nationalen Impfgremiums gegeben, jährlich evaluiert und bei Bedarf adaptiert. Die für Säuglinge, Klein- und Schulkinder empfohlenen Impfungen sind in der aktuellsten Version des österreichischen Impfplans ([271] und Tabelle 18) erfasst (vgl. auch Punkt 6.5.2.2).

Kariesprophylaktische Maßnahmen sollten bereits im Kindesalter ein adäquates Zahnpflegeverhalten etablieren sowie zu einer bewusst zahngesunden Ernährung führen. Auch hier gilt jedoch, dass ein deutlicher Schichtgradient zu Ungunsten von „Unterschichtkindern“ besteht [272].

6.5.2.1 Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

Die körperliche Entwicklung eines Kindes wird von der Geburt bis ins Kleinkindalter im Rahmen der **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** überwacht. Als besonders herausfordernd gilt diesbezüglich die Beurteilung der psycho-mental, sozialen, emotionalen, sprachlichen wie motorischen Entwicklung, da diese in sehr unterschiedlichen Sequenzen verlaufen können [vgl. 43]. Weiterführend versuchen **Kindergarten- und Schuluntersuchungen**, die Entwicklung und Gesundheit der Kinder zu beobachten. Für berufstätige Jugendliche werden darüber hinaus **Jugendlichenuntersuchungen** angeboten, während im Zuge der **Stellungsuntersuchung** alle 18-jährigen Burschen einem Gesundheits- und Tauglichkeitscheck unterzogen werden. Weiterführende Informationen können der Tabelle 18 entnommen werden.

Über die Inanspruchnahme bzw. über die Ergebnisse dieser verschiedenen Untersuchungen ist wenig bekannt. Dies hängt einerseits mit dem Fehlen österreichweiter, EDV-gestützter Dokumentationssysteme (wie im Fall der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bzw. der Schuluntersuchungen), mit dem Fehlen routinemäßiger Auswertungen (wie im Falle der Jugendlichen- und Stellungsuntersuchungen), andererseits mit dem Fehlen

flächendeckend standardisierter Vorgehensweisen zusammen (wie im Falle der Kindergartenuntersuchungen).

Tabelle 18: Kinder- und jugendspezifische Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in Österreich

Name	Ziel	Beschreibung
Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	Früherkennung gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen von Schwangeren und Kindern in den ersten Lebensjahren	Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen dienen der gesundheitlichen Vorsorge bei Schwangeren und Kleinkindern. Sie beinhaltet die im Mutter-Kind-Pass-Programm vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen während der Schwangerschaft und bis zum 5. Lebensjahr des Kindes. Alle Untersuchungen sind bei Inanspruchnahme von Vertragsärztinnen/-ärzten kostenlos; die ersten zehn Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sind eine Voraussetzung zum Bezug des staatlichen Kinderbetreuungsgeldes. ⁸⁵
Kindergartenuntersuchungen	Feststellung gesundheitlicher Mängel (Haltung, Sehen, Hören); Diagnose von entwicklungsbedingten Auffälligkeiten	Im Kindergartenkontext finden sowohl ärztliche und logopädische Untersuchungen als auch Untersuchungen zur motorischen, sprachlichen, emotionalen wie zur sozialen Entwicklung statt. Umfang und Inhalt der Kindergartenuntersuchungen variieren dabei zwischen den einzelnen Bundesländern.
Schulärztliche Untersuchungen	Feststellung gesundheitlicher Mängel; Beratung der Lehrpersonen in gesundheitlichen Belangen der Schüler:innen	Die Schüler:innen sind verpflichtet, sich – abgesehen von einer allfälligen Aufnahmeuntersuchung – einmal im Schuljahr einer schulärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Untersuchungen der Schüler:innen der Volks-, Haupt- und Sonderschulen, der polytechnischen Lehrgänge und der Berufsschulen fallen in die Zuständigkeit der Länder, jene in den übrigen Schulen in die Zuständigkeit des Unterrichtsministeriums.

⁸⁵ <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/eltern-kind-pass.html> (13.3.2025)

Name	Ziel	Beschreibung
Jugendlichenunter-suchung	Früherkennung von Krankheiten; Aufklärung bezüglich beruflicher Belastungen und Gesundheitsrisiken; erste Schritte zur Lösung gesundheitlicher Probleme setzen	Einmal jährlich wird den berufstätigen Jugendlichen im Alter vom 15. bis 18. Lebensjahr von der betreffenden Sozialversicherung eine unentgeltliche Jugendlichen-Untersuchung angeboten. Bei der ersten Untersuchung werden eine Basisuntersuchung und eine Gesundheitsberatung, in den Folgejahren weiterführende Schwerpunktuntersuchungen durchgeführt. ⁸⁶
Stellungsuntersuchung	Feststellung der Eignung zum Wehrdienst; Erhebung von Vorerkrankungen und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen; Erstellung physiologischer und psychologischer Befunde	Im Rahmen der Stellungsuntersuchungen werden neben morphometrischen Daten wie Körpergröße und Körpergewicht, Brust- und Taillenumfang auch die im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen üblichen Blut- und Harnwerte, Blutdruck etc. sowie spirometrische Daten und das Hör- und Sehvermögen etc. gemessen. Darüber hinaus werden Vorerkrankungen sowie gesundheitsrelevante Verhaltensaspekte (z. B. das Rauchverhalten) erfasst sowie physiologische und psychologische Befunde (in Form von ICD-10-Diagnosen) gestellt. Die Stellungsuntersuchung wird bei allen 18-jährigen Männern mit österreichischer Staatsbürgerschaft durchgeführt und stellt gewissermaßen eine obligatorische Vorsorgeuntersuchung dar. Die im Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport verfügbaren Daten können prinzipiell im zeitlichen Trend nach Wohnort, Bildungsstand und anderen Indikatoren ausgewertet werden.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

Die **Weiterentwicklung** des Mutter-Kind-Passes ist im aktuellen Arbeitsprogramm der Bundesregierung [273] festgelegt. Im Vordergrund stehen Evaluierung, qualitative Weiterentwicklung, Attraktivierung und verstärkte Nutzung als Instrument der Frühförderung von Kindern. Im Rahmen eines interdisziplinären, multiprofessionellen Arbeitsprozesses besteht das übergeordnete Ziel, den Mutter-Kind-Pass zeitgemäß und

⁸⁶ <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844027&portal=svportal> (13.3.2025)

evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Detaillierte Informationen zum Weiterentwicklungsprozess finden sich auf der Homepage des BMG.⁸⁷

6.5.2.2 Impfungen

Impfungen sind in Österreich nicht verpflichtend, sondern als Empfehlung zu verstehen. Der österreichische Impfplan⁸⁸ [271], basierend auf der engen Kooperation zwischen Bundesministerium für Gesundheit sowie Expertisen des Nationalen Impfgremiums, sieht eine Reihe von Impfungen für Säuglinge, Klein- und Schulkinder vor. Priorität bei der Auswahl der kostenfreien Impfungen haben nach dem letzten Stand des Wissens einerseits sehr häufig vorkommende Erkrankungen, andererseits seltene, sehr schwer verlaufende Krankheiten. Ein weiteres Prinzip ist, die Kinder mit möglichst wenigen Stichen gegen möglichst viele Krankheiten zu schützen. Abbildung 72 zeigt den Impfkalender aller empfohlenen kostenfreien Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder sowie Schulkinder. Seit 2014 wird auch die HPV-Impfung (Impfung gegen Humane Papillomaviren) für alle in Österreich lebenden Mädchen und Buben in der vierten Schulstufe kostenfrei angeboten. Österreich ist darüber hinaus eines der wenigen Länder, in denen die 4-fach konjugierte Meningokokkenimpfung (MEC-4) gratis im Schulalter angeboten wird.

⁸⁷ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Eltern-und-Kind/Eltern-Kind-Pass.html> (13.3.2025)

⁸⁸ <https://impfen.gv.at/> (13.3.2025)

Abbildung 72: Impfkalender des kostenfreien Kinderimpfprogramms für Säuglinge und Kleinkinder sowie für Schulkinder

Säuglinge und Kleinkinder

Alter→ ↓Impfung	1. Lebensjahr						2. Lebensjahr
	7. Woche	3. Monat	5. Monat	6. Monat	11. Monat	12. Monat	
Rotavirus (RV)	RV 2 bzw. 3 Teilimpfungen in Abhängigkeit vom verwendeten Impfstoff, Abstand mind. 4 Wochen						
Diphtherie (DIP) Tetanus (TET) Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV) Haemophilus infl. B (HiB) Hepatitis B (HBV)		1. 6-fach-Impfung	2. 6-fach-Impfung			3. 6-fach-Impfung frühestens 6 Monate nach 2. Teilimpfung	
Pneumokokken (PNC)		1. PNC	2. PNC			3. PNC frühestens 6 Monate nach 2. Teilimpfung	
Mumps Masern (MMR) Röteln					MMR 2 Impfungen, Abstand mind. 4 Wochen		

Impfkalender des kostenfreien Kinderimpfprogramms für Säuglinge und Kleinkinder

Schulkinder

Alter→ ↓Impfung	7. Jahr	8. Jahr	9. Jahr	10. Jahr	11. Jahr	12. Jahr	13. Jahr	14. Jahr	15. Jahr	
Diphtherie (dip) Tetanus (TET) Pertussis (PEA) Poliomyelitis (IPV)	4-fach-Impfung	nachholen bei Kindern, die im 7. Lebensjahr nicht geimpft wurden					1			
Hepatitis B (HBV)		Grundimmunisierung (0/1/6 Monate) oder auffrischen								
Mumps Masern (MMR) Röteln		MMR nachholen								
Meningokokken (MEC4)					MEC4					
Humane Papillomaviren (HPV) ²				2 x HPV (0/6 Monate)			2 x HPV ^{3,4} (0/6 Monate)			

Quelle: BMG, Impfplan 2015

Darüber hinaus werden die kostenpflichtigen Impfungen gegen FSME, Varizellen, Hepatitis A und Influenza empfohlen.

Masern stellen eine durch Impfung vermeidbare Erkrankung dar, die zu den Haupttodesursachen von Kindern zählt. Das einzige Reservoir für Masernviren ist der Mensch. Daher gibt es Bestrebungen der WHO, Masern weltweit auszurotten. Für die Ausrottung der Masern sind Durchimpfungsraten von über 95 Prozent (mit 2 Teilimpfungen) erforderlich. Der österreichische Impfplan empfiehlt zwei Teilimpfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) ehestmöglich ab dem vollendeten 10. Lebensmonat. Auch Österreich hat sich dem WHO-Ziel verpflichtet, Masern zu eliminieren. Die Durchimpfungsraten für die MMR-Impfung lagen in Österreich in den letzten Jahren jedoch vor allem bei den Zweijährigen unter diesem Ziel. Entsprechend hohe Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps und Röteln können erst bei Schulkindern beobachtet werden. Um das Masern-Eliminationsziel zu erreichen, wird die Masernimpfung für alle Personen in Österreich ohne Altersbegrenzung gratis angeboten. Versäumte Masernimpfungen sollen und können in jedem Lebensalter nachgeholt werden.

6.5.2.3 Kariesprophylaxe

Um den Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen zu verringern, gewinnt die präventive Zahnheilkunde mehr und mehr an Bedeutung. Sogenannte Kollektiv-, Individual- und **Gruppenprophylaxe-Programme** rücken in den Vordergrund. Gruppenprophylaxe-Programme werden im Rahmen der präventiven Zahnheilkunde bevorzugt, da sie einerseits kostengünstiger sind (individualprophylaktische Leistungen sind im österreichischen Honorarkatalog der Zahnärzte nicht inkludiert) und größere Bevölkerungsgruppen erreichen. Die Kommission „Zahnmedizin/Prophylaxe“ des Obersten Sanitätsrates entwickelte in Zusammenarbeit mit Fachpersonen **Empfehlungen für einheitliche Standards** in der Gruppenprophylaxe. Basierend auf dem Settingansatz der WHO soll die Gruppenprophylaxe einerseits mit der identifizierten Zielgruppe selbst arbeiten und andererseits das Lebensumfeld mit einbeziehen. Mundhygiene sowie Zahngesundheit sollte den Expertisen zufolge schon in Kindergärten und Schulen Thema sein.

Die Gruppenprophylaxe als Konzept sieht folgende Komponenten vor (vgl. BMG, Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates):

- Informationen über Mundhygiene
- Ernährung und Zahngesundheit
- zahnmedizinische Untersuchungen
- regelmäßige Zahnpflege und richtige Putztechnik

Priorisierte Zielgruppe der Gruppenprophylaxe und der darin enthaltenen Kariesprophylaxe-Aktivitäten sind bundesweit **Kindergartenkinder**. Weitere Zielgruppen sind **Volksschulkinder** und immer häufiger **Schwangere, Neugeborene** und **Kleinkinder** sowie **deren Eltern**. Damit trägt man der Tatsache Rechnung, dass Kindergartenkinder schon vermehrt Zahnschäden aufweisen (vgl. BMG, Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates).

In Kindergärten und Volksschulen werden in Österreich bereits über 80 Prozent der Kinder über einen Zahngesundheitsunterricht erreicht. Die Häufigkeit von Zahngesundheitsunterricht variiert innerhalb der Bundesländer. Als Mindeststandard wird empfohlen, eine jährliche Frequenz von vier Kontakten im Kindergarten und drei Kontakten in der Volksschule durch qualifizierte Zahngesundheitserziehende zu erreichen. Zusätzlich sollte eine jährliche Untersuchung bei einem Zahnarzt bzw. einer Zahnärztin erfolgen [6].

Kariesprophylaxe-Betreiber orientieren sich an den WHO-Zielen für das Jahr 2020: Bis dahin sollen mindestens 80 Prozent der sechsjährigen Kinder kariesfrei sein. Für 12-Jährige wurde ein D3MFT-Wert⁸⁹ von maximal 1,5 als Ziel festgesetzt. [274]

Kariesprophylaxe-Programme fallen in Österreich in die **Kompetenz der Bundesländer** und unterscheiden sich länderspezifisch hinsichtlich Umfang und Intensität. Sie bestehen aus (Knaller, 2010):

- Gesundheitserziehung in Kindergärten und Volksschulen (richtiges Zähneputzen, richtige Ernährung, zwei Mal pro Jahr Besuch von Zahnärztin bzw. Zahnarzt ...): Diese Maßnahme wird in allen Bundesländern durchgeführt, von einmal bis zu viermal pro Jahr, allerdings nicht in allen Bundesländern flächendeckend (z. B. in Wien nur in ausgewählten Bezirken), in manchen Bundesländern auch in Hauptschulen;
- Besuch bei/von Zahnärztin bzw. Zahnarzt (nicht in allen Bundesländern): Zweck ist einerseits ein „spielerisches Kennenlernen“ der Situation ganz „ohne Bohren“, andererseits hat der Besuch Screening-Funktion (Kinder mit Behandlungsbedarf erhalten eine Mitteilung an die Eltern, dass sie mit dem Kind zum Zahnarzt gehen sollen. Ob das Kind in der Folge allerdings tatsächlich in zahnärztliche Behandlung kommt, wird nicht überprüft.)

⁸⁹ D3MFT: Anzahl akutkariöser (Decayed), wegen Karies fehlender (**M**issing) und gefüllter (**F**illed) Zähne (**T**eeth) pro Person

Tabelle 19 gibt einen Überblick zu Basis-Kariesprophylaxe-Aktivitäten der Länder. Sie spiegelt den Stand von 2009 wider, da derzeit keine neueren Daten vorliegen.

Tabelle 19: Basis-Kariesprophylaxe-Aktivitäten in den Bundesländern (Art und Häufigkeit) nach Trägern

Karies- prophy- laxe- Aktivi- täten	Bundesland / Träger										
	Bgld./ LReg BGKK	Ktn./ Gesund- heits- land Kärnten	Ktn./ Mag. Klgft	NÖ/ AKS- ZAVO MED	OÖ/ PGA	Sbg./ AVOS	Stmk./ Styria vitalis	Stmk./ SZA Stadt Graz	Tirol/ avom ed1	VLbg./ aks	Wien/ WiG2
Zahngesundheitsunterricht	KG: 2x/J VS: 1x/J	KG u VS: 2x/J	KG: 2x/J VS: 1x/J SO: 1x/J	KG, VS, SO 2-3x/J	KG, VS: 2x/J SO: 2x/J MEB, SpE: a. W.	KG, VS: 2x/J, SO 1x/J	KG: 4x/J VS, SO: 3x/J	SZA: 6- bis 10- Jähr.: 1x/J VS: 2x/J	MEB, KG, VS, SS, SpE: max. 4x/J	KG, VS, SO: 2x/J AHS, HS: 1x/J	KG, VS: 2x/J
Elternabende	Nach Anfrage	KG u VS: n. A.	-	KG: alle 2J VS: 1. u. 4. Stufe 1xJ, SO k. A.	n. V.	KG, n. A.	1x/J	3	KG, VS: 1x/J	SG, KG, VS	VS, KG a. W.
Zahnärztliche Untersuchungen	-	-	KG: 1x/J VS+SO 1. + 4. KI: 1x/J	KG: alle 2 J VS: 1. u. 4. Stufe 1x/J, SO	VS 1. + 3. KI: 1x/J	Ab SS 2010 2. KI 1x/J	-	SZA: 6-10 Jähr. 1x/J + KU Schule : 10- bis 14- Jähr. 1x/J	VS 6- 10, SO 10-18: alle 2 J	3- bis 14- Jähr., 1x/J	VS: 1x/J

1 Sonstige Kariesprophylaxe-Aktivitäten: Gesundheitstage 5x/J VS: Zahntheater

2 Im Mund geht's rund“ (PGA) 2x/J für alle Nicht-Projektschulen

3 Stmk / Stadt Graz: Elternabende werden durch Erstuntersuchung im Beisein der Eltern ersetzt;

Ort: Schulzahnambulatorium

AHS = Allgemeinbildende höhere Schule; a. W. = Auf Wunsch; HS = Hauptschule; J = Jahr; Jähr. = Jährige; KG = Kindergärten; Kl = Klasse; KU = Kontrolluntersuchung;
MEB = Mutter-Eltern-Beratungsstelle; S = Schule; SO = Sonderschule; SpE = Sonderpädagogische Einrichtungen; SS = Sommersemester; SZA = Schulzahnambulatorium;
VS = Volksschule; n. V. = nach Vereinbarung; SG = Spielgruppe

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.5.3 Gesundheitsversorgung

6.5.3.1 Ambulante Versorgung

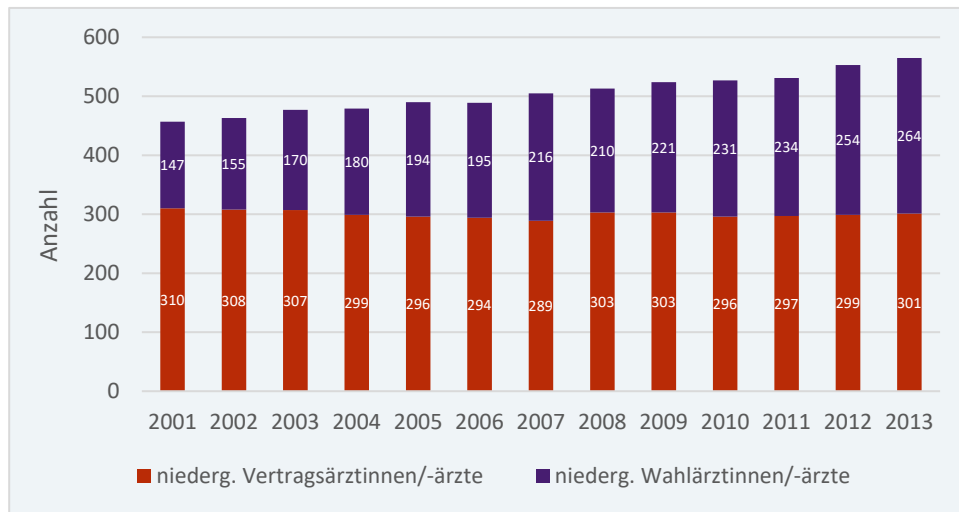
Die ambulante Versorgung umfasst alle ärztlichen und nicht-ärztlichen Angebote und Leistungen, die in Spitalsambulanzen, in selbstständigen Ambulatorien (in SV-Einrichtungen und Vertragsinstituten) sowie in Einzel- oder in Gruppenpraxen erbracht werden. Sie sind flächendeckend zu organisieren und können derzeit nur eingeschränkt mit Daten hinterlegt werden. Dies gilt vor allem für den nicht-ärztlichen Bereich (z. B. für die Dichte therapeutischer Angebote [275]). Der Fokus der folgenden Informationen liegt deshalb auf der ärztlichen Versorgung, wobei die psychiatrische Versorgung gesondert behandelt wird (vgl. Punkt 6.5.3.3).

Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

Im Jahr 2013 gab es in Österreich 565 niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach)⁹⁰. Rund 300 von ihnen (53 %) verfügten über einen Kassenvertrag. Seit 2001 ist die Zahl der Vertragsärztinnen/-ärzte weitgehend konstant geblieben, während die Zahl der Wahlärztinnen/-ärzte deutlich gestiegen ist (um 80 %; vgl. Abbildung 73). 109 Fachärztinnen/-ärzte waren zuletzt ausschließlich als Wahlärztinnen/-ärzte tätig.

⁹⁰ Datenquelle: Ärzte- bzw. Ärztinnenlisten der ÖAK und ZÄK; Stand Dezember 2013

Abbildung 73: Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach) mit und ohne Kassenvertrag, 2001–2013



Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärztelisten der ÖAK und ZÄK 2001–2013 (jeweils Stand Dezember);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

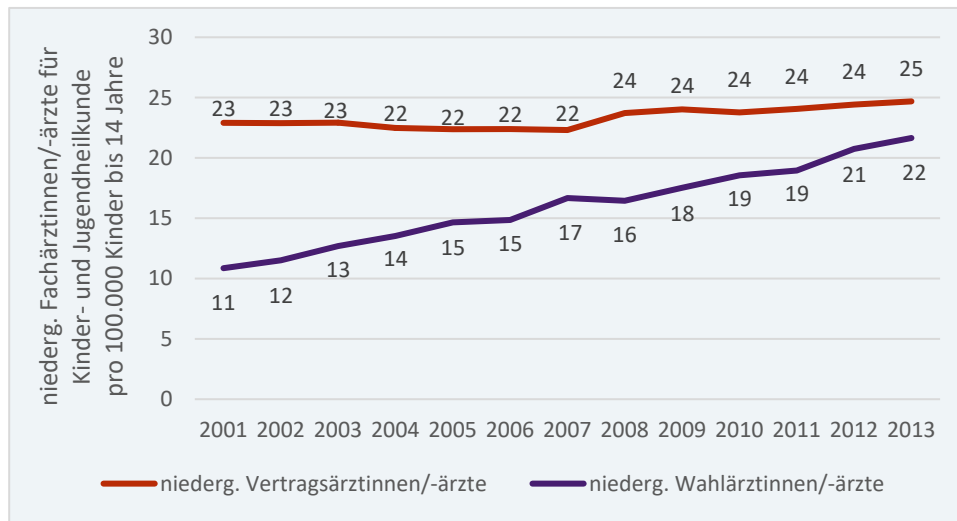
Im Jahr 2013⁹¹ kamen in Österreich rund **25 Vertragsärztinnen/-ärzte** und 22 Wahlärztinnen/-ärzte **auf 100.000 Kinder bis 14 Jahre**⁹². Während die Dichte der Ärztinnen bzw. Ärzte⁹³ im vertragsärztlichen Bereich zwischen 2001 und 2013 weitgehend konstant geblieben ist (vgl. auch Abbildung 73), hat die Dichte im Wahlarztbereich deutlich zugenommen (vgl. Abbildung 74).

⁹¹ Stand Dezember 2013

⁹² Über 14-Jährige suchen in der Regel keinen Kinderarzt bzw. keine Kinderärztin mehr auf, weshalb hier die Bezugsgröße auf die unter 15-Jährigen eingeschränkt wurde.

⁹³ Ärztinnen/Ärzte pro 100.000 Einwohner:innen (in einer bestimmten Altersgruppe)

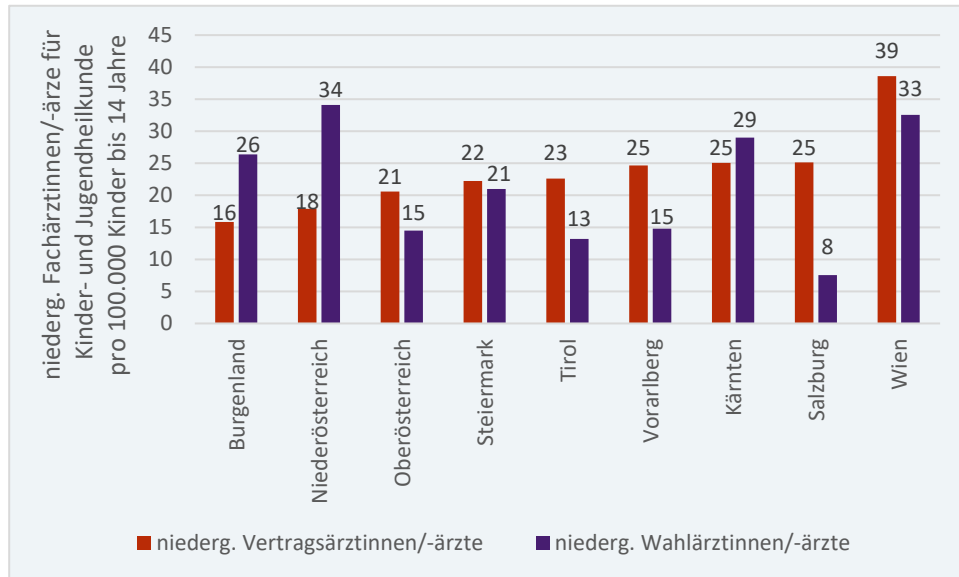
Abbildung 74: Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach; mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre, 2001–2013



Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärztelisten der ÖAK und ZÄK 2001–2013 (jeweils Stand Dezember);
 Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2001–2013;
 Darstellung: GÖG/ÖBIG

Mit Blick auf die Vertragsärztinnen bzw. -ärzte verfügte Wien (im Dezember 2013) über die höchste, das Burgenland über die niedrigste Dichte (vgl. Abbildung 75). Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Dichte der Ärztinnen bzw. Ärzte keine bundesländerübergreifenden „Patientinnen- bzw. Patientenströme“ berücksichtigt. Darüber hinaus zeigt sich, dass in Niederösterreich und im Burgenland die Dichte der Wahlärzte und Wahlärztinnen deutlich höher ist als jene der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Abbildung 75: Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach; mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre im Bundesländervergleich*, 2013



* aufsteigend sortiert nach der Dichte niedergelassener Vertragsärztinnen/-ärzte

Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärztelisten der ÖAK und ZÄK 2013 (Stand Dezember);
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2013;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Etwas anders verhält es sich in Bezug auf die **Versorgungsdichte** (ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE)⁹⁴ pro 100.000 EW einer bestimmten Altersgruppe). Ihr zufolge erweist sich die **wahlärztliche Versorgung** in Niederösterreich wie im Burgenland (und in allen anderen Bundesländern) als nur geringfügig versorgungswirksam. Auch hier gilt jedoch, dass bundesländerübergreifende „Patienten bzw. Patientinnenströme“ unberücksichtigt sind. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Versorgungsdichte bei Wahlärztinnen und Wahlärzten ausschließlich auf Basis rückvergüteter Kassenleistungen berechnet wird. Im vertragsärztlichen Bereich war die Versorgungsdichte in Wien am höchsten und in Niederösterreich am geringsten (vgl. Abbildung 76).

⁹⁴ Eine ärztliche ambulante Versorgungseinheit (ÄAVE) entspricht einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin bzw. einem durchschnittlich arbeitenden Arzt.

ÄAVE geben Auskunft über die Versorgungswirksamkeit von Ärztinnen bzw. Ärzten und errechnen sich laut ÖSG 2012 wie folgt:

A) Ermittlung der ambulanten Versorgungseinheiten (AVE) für Vertragsärztinnen und -ärzte (Quellen: Vertragspartnerdatenbank des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT), e-card-Konsultationsdaten):

A1. Je Fachrichtung Berechnung des arithmetischen Mittelwerts der e-card-Erstkonsultationen jener Ärztinnen/Ärzte (ohne Gruppenpraxen), die das gesamte Jahr 2011 einen Vertrag mit allen KV-Trägern hatten und tatsächlich versorgungswirksam waren (inkl. Wien).

A2. Die AVE pro Fachgruppe in den einzelnen Regionen errechnen sich entsprechend dem Verhältnis zwischen den Vertragspartnerinnen/-partnern der in dieser Region erfolgten e-card-Erstkonsultationen (inkl. jener in den Gruppenpraxen sowie bei Ärztinnen/Ärzten, die nicht mit allen Kassen einen Vertrag haben bzw. nur unterjährig einen Vertrag hatten) und dem jeweiligen Mittelwert im Sinne von Schritt A1.

B) Ermittlung der AVE für Wahlärztinnen und -ärzte (Quellen: Ärztekostenstatistik des Jahres 2011 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, gemeldete Wahlarztkostenerstattungen der Krankenversicherungsträger (§2-Kassen), Vertragspartnerdatenbank des HVSVT, e-card-Konsultationsdaten):

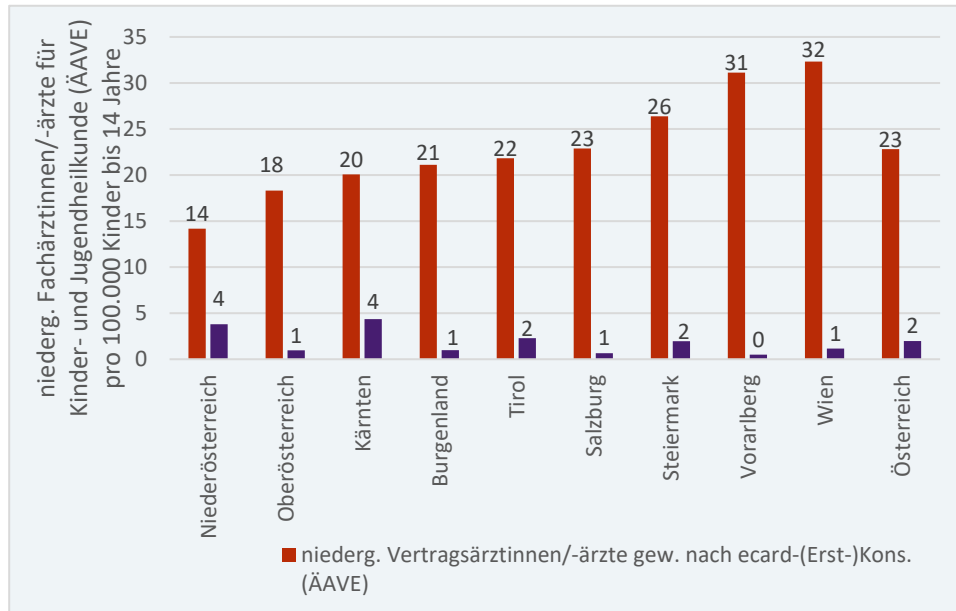
B1. Division der Wahlarztkostenerstattungen durch 0,8, da nur 80 % der Vertragstarife refundiert werden.

B2. Aggregation der Wahlarztkostenerstattungen pro Fachgebiet und politischem Bezirk.

B3. Die AVE der einzelnen Regionen ergeben sich aus dem Verhältnis der o. a. Wahlarztkostenerstattungen zum durchschnittlichen Umsatz einer niedergelassenen Vertragsärztin bzw. eines niedergelassenen Vertragsarztes des entsprechenden Fachgebietes des jeweiligen Bundeslandes laut Ärztekostenstatistik (falls es keine Vertragsärztin oder keinen Vertragsarzt gibt, wird der Österreich-Durchschnitt herangezogen).

B4. Aus den e-card-Konsultationen der Vertragspartner:innen mit VU-Verträgen werden im Sinne von Schritt A2 AVE berechnet und zu den berechneten AVE aus Schritt B3 aggregiert.

Abbildung 76: Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde (ÄAVE, mit und ohne Kassenvertrag) im Bundesländervergleich*, 2011



ÄAVE = ärztliche ambulante Versorgungseinheiten

* aufsteigend sortiert nach der Dichte niedergelassener Vertragsärztinnen/-ärzte

Quellen: HVSVT Regiomed 2011; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2011;

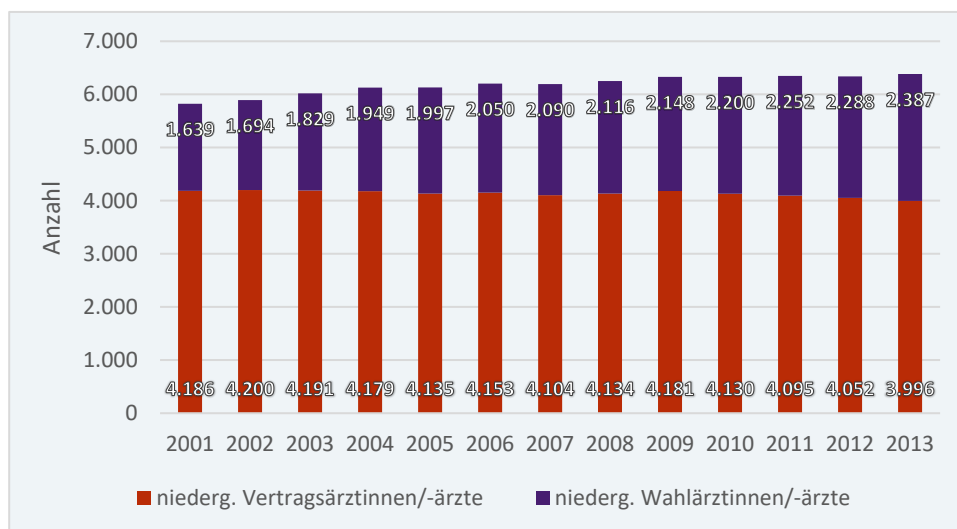
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ärzte bzw. Ärztinnen für Allgemeinmedizin

Im ländlichen Bereich spielen (neben den Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde) auch Allgemeinmediziner:innen eine versorgungsrelevante Rolle in Bezug auf Kinder und Jugendliche. Im Jahr 2013 gab es in Österreich **6.383 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin** (Erstfach).⁹⁵ Rund **4.000** von ihnen (63 %) verfügten über einen **Kassenvertrag**. Seit 2001 ist die Zahl der Vertragsärztinnen/-ärzte leicht gesunken, die Zahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte jedoch deutlich gestiegen (um 46 %, vgl. Abbildung 77). Ausschließlich als Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte waren zuletzt 1.560 Allgemeinmediziner:innen tätig.

⁹⁵ Datenquelle: Ärzte- bzw. Ärztinnenlisten der ÖAK und ZÄK; Stand Dezember 2013

Abbildung 77: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) mit und ohne Kassenvertrag, 2001–2013

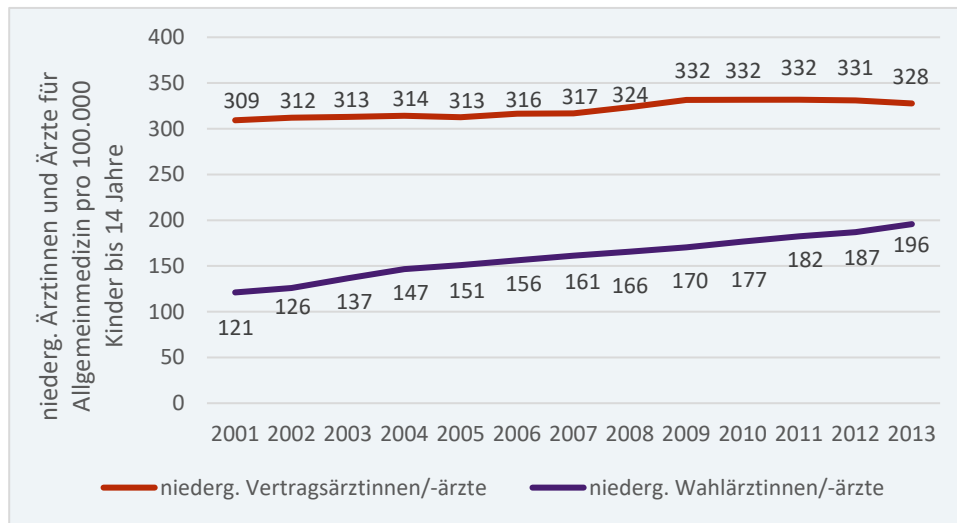


Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärztelisten der ÖAK und ZÄK 2013 (Stand Dezember);
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Jahr 2013⁹⁶ kamen in Österreich rund **328 Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte** und **196 Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte auf 100.000 Kinder bis 14 Jahre**. Während die Dichte der Ärzte bzw. Ärztinnen im vertragsärztlichen Bereich seit 2001 – aufgrund sinkender Geburtenzahlen – leicht gestiegen ist (vgl. auch Abbildung 78), hat die Dichte der Ärztinnen bzw. Ärzte im wahlärztlichen Bereich um rund 62 Prozent zugenommen (vgl. Abbildung 78).

⁹⁶ Stand Dezember 2013

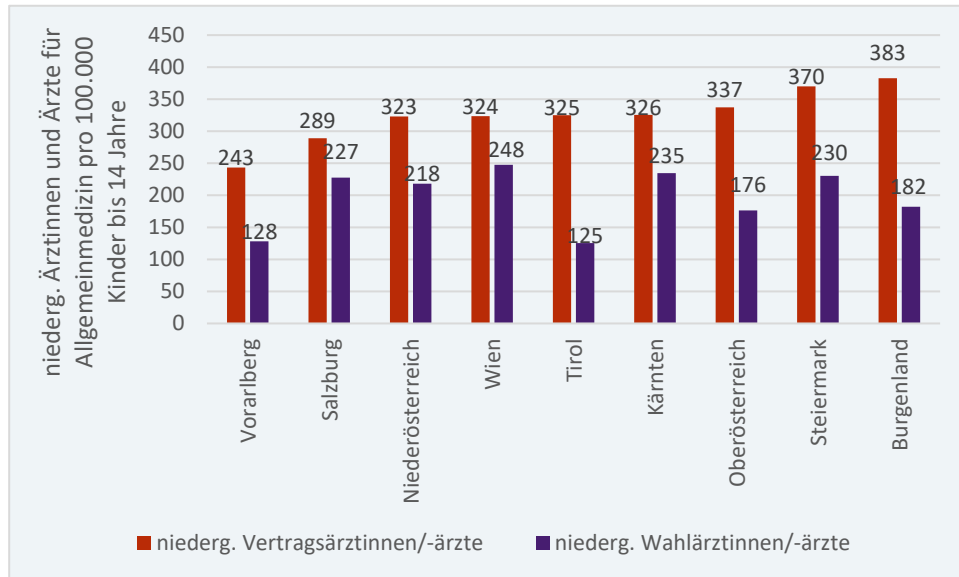
Abbildung 78: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach; mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre im Zeitverlauf (2001–2013)



Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärztelisten der ÖAK und ZÄK 2001–2013 (jeweils Stand Dezember);
 Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2001–2013;
 Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die höchste Dichte in Hinblick auf die vertragsärztliche Versorgung besteht im Burgenland, die niedrigste in Vorarlberg. Grenzüberschreitende „Patientinnen- bzw. Patientenströme“ blieben dabei allerdings unberücksichtigt. In allen Bundesländern war die Dichte von Wahlärztinnen und Wahlärzten geringer als jene von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (vgl. Abbildung 79).

Abbildung 79: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach; mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre im Bundesländervergleich*, 2013



* aufsteigend sortiert nach der Dichte niedergelassener Vertragsärztinnen/-ärzte

Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärztelisten der ÖAK und ZÄK 2013 (Stand Dezember); Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2013;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Analysen zur Versorgungsdichte (ÄAVE pro 100.000 EW einer bestimmten Altersgruppe) zeigen jedoch, dass die **wahlärztliche Versorgung** im niedergelassenen Bereich nur geringfügig versorgungswirksam ist (6 ÄAVE pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre versus 332 ÄAVE im vertragsärztlichen Bereich). Dieses Ergebnis trifft auf alle Bundesländer zu.

Spitalsambulanzen

Spitalsambulanzen für Kinder- und Jugendheilkunde standen – laut Kostenstellenstatistik 2013 – an 39 Fondskrankenhäusern (FKA) zur Verfügung, kinder- und jugendchirurgische Ambulanzen an sechs FKA (in Klagenfurt, Linz, Salzburg, Graz und Wien).

6.5.3.2 Stationäre Versorgung

Patientinnen bzw. Patienten

Im Jahr 2013 wurden rund **116.000 Kinder** (bis 14 Jahre) bzw. **163.000 Kinder und Jugendliche** (bis 19 Jahre) in **österreichischen Fond-Krankenanstalten (FKA) versorgt** (~ 10 % aller 0- bis 14- bzw. 0- bis 19-Jährigen). Dies entspricht einer standardisierten Rate von **9.771 der 0- bis 14-Jährigen** bzw. **9.793 der 0- bis 19-Jährigen** pro 100.000 EW der jeweiligen Altersgruppe.

Für beide Altersgruppen gilt, dass Burschen häufiger in FKA aufgenommen wurden (10.894 bzw. 10.423 Patienten pro 100.000 Burschen der Altersgruppe) als Mädchen (8.649 bzw. 9.163 Patientinnen pro 100.000 Mädchen). Seit 2007 hat die Anzahl stationärer Patientinnen bzw. Patienten sowohl bei den 0- bis 14-Jährigen (von 10.985 auf 9.771 Pat. pro 100.000 EW) als auch bei den 0- bis 19-Jährigen (von 10.883 auf 9.793 Pat. pro 100.000 EW) deutlich abgenommen (um 11 % bzw. 10 %). Am häufigsten werden Kinder und Jugendliche in Kärnten, Oberösterreich und Tirol stationär versorgt, am seltensten im Burgenland und in Wien.

Krankenhausaufenthalte

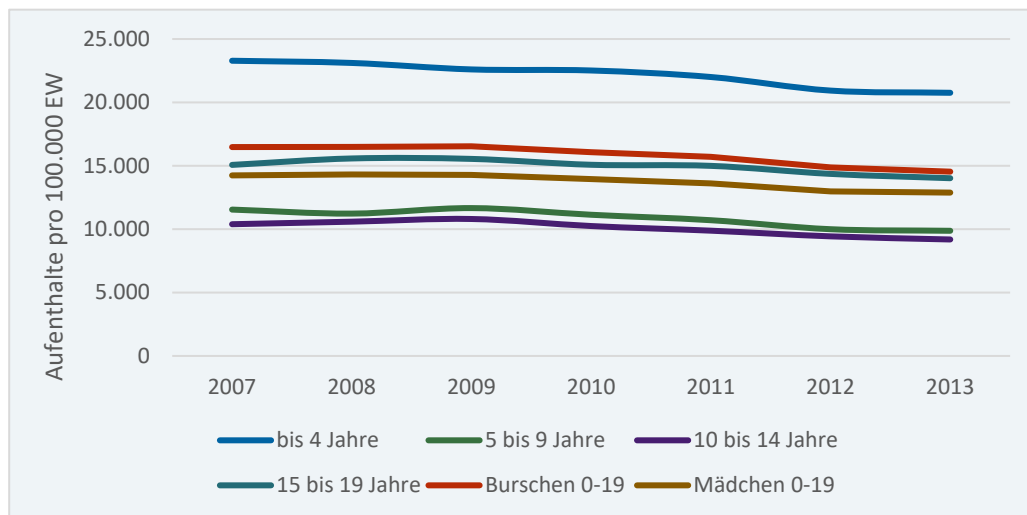
Insgesamt wurden im Jahr 2013 rund **161.000** (bei den 0- bis 14-Jährigen) bzw. **228.000 Aufenthalte** (bei den 0- bis 19-Jährigen) dokumentiert. Dies waren rund **13.600 bzw. 13.700 Aufenthalte** pro 100.000 EW dieser Altersgruppen. Die mit Abstand häufigsten Aufenthalte wurden dabei bei den Null- bis Vierjährigen verzeichnet, gefolgt von den 15- bis 19-Jährigen (vgl. Abbildung 80).

Analog zu den Patientenzahlen ist auch in Österreich die Zahl der Krankenhausaufenthalte (gemessen an den standardisierten Raten) um sieben bis 15 Prozent zurückgegangen, zwischen 18 Prozent in Kärnten und vier Prozent im Burgenland⁹⁷. Die deutlichste Abnahme fand diesbezüglich bei den Fünf- bis Neunjährigen (-15 %), die geringste bei den 15- bis 19-Jährigen statt (-7 %; vgl. Abbildung 80). Im regionalen Vergleich weisen Kärnten,

⁹⁷ Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass bis 2010 Spitalsaufenthalte mit Unterbrechungen teilweise als einzelne Aufenthalte dokumentiert wurden. Für die Jahre 2007 bis 2009 führt dies zu einer jährlichen Differenz von rund 4.000 stationären Aufenthalten.

Oberösterreich und Tirol die höchsten, Burgenland, Steiermark und Wien die niedrigsten Aufenthaltsraten auf.

Abbildung 80: Stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einwohner:innen nach Alter und Geschlecht, 2007–2013*

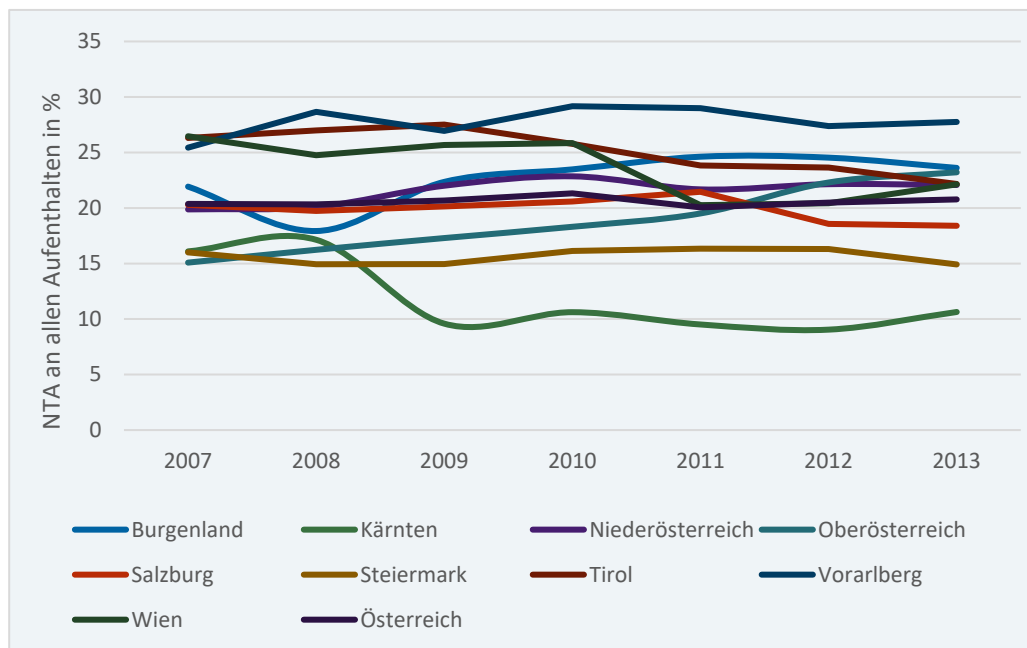


* alters- und geschlechtsstandardisiert

Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2013;
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2013;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

21 Prozent der stationären Aufenthalte (2013) waren **Null-Tage-Aufenthalte** (NTA). Die jungen Patientinnen/Patienten werden dabei – ohne Übernachtung – am selben Tag aufgenommen und wieder entlassen. Am häufigsten wurden NTA bei Fünf- bis Neunjährigen (29 %), am seltensten bei Null- bis Vierjährigen dokumentiert (17 %). Österreichweit sind die NTA seit 2007 weitgehend konstant geblieben, während es in den Bundesländern teils unterschiedliche Entwicklungen gegeben hat (vgl. Abbildung 81). Im Jahr 2013 wies Kärnten den geringsten Anteil, Vorarlberg den höchsten Anteil an NTA auf (vgl. Abbildung 82).

Abbildung 81: Null-Tages-Aufenthalte bei 0- bis 14-jährigen Pat. (in Prozent) nach Bundesländern, 2007–2013

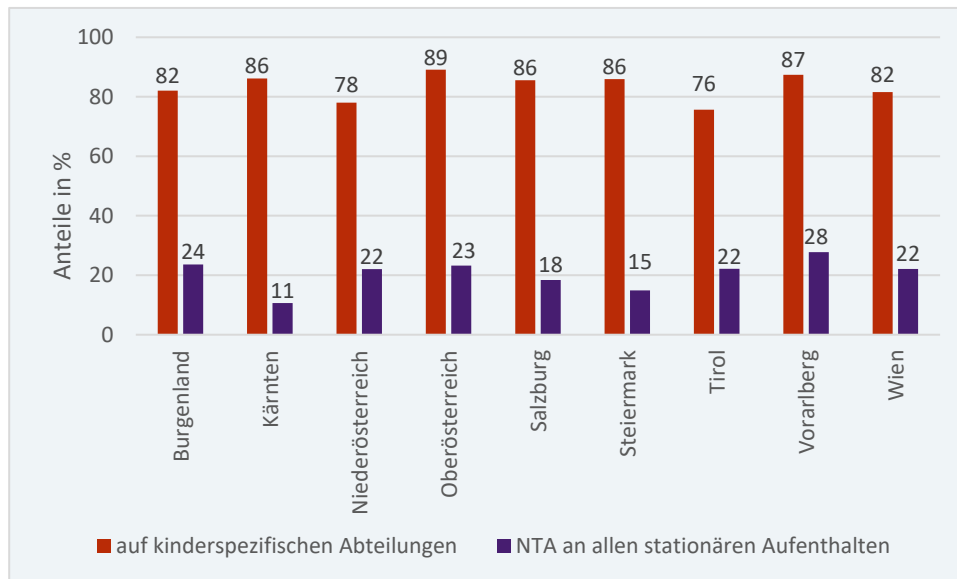


Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2007–2013;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Jahr 2013 wurden rund **83 Prozent der Kinder (bis 14 Jahre) auf kinderspezifischen Abteilungen⁹⁸ behandelt**, 17 Prozent auf anderen Abteilungen. Seit 2007 war dieser Anteil von 81 auf 83 Prozent gestiegen. Am niedrigsten erweist sich dieser Anteil in Niederösterreich und Tirol, am höchsten in Oberösterreich und Vorarlberg (vgl. Abbildung 82).

⁹⁸ Als „kinderspezifisch“ wurden dabei nachstehende Abteilungen definiert: Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Intensivüberwachung und -betreuung - Neonatologie, Intensivüberwachung und -betreuung – Kinderchirurgie, Intensivüberwachung und -betreuung – Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder-Chirurgie, Kinderheilkunde, Kinder-Kardiologie, Kinder-Onkologie, Psychosomatik Kinder, Stammzelltransplantation Kinder.

Abbildung 82: Anteil stationärer Aufenthalte von 0- bis 14-Jährigen auf kinderspezifischen Abteilungen bzw. Null-Tages-Aufenthalte im Bundesländervergleich, 2013



Quelle: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2013;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kriterien zur kindgerechten stationären Versorgung können dem ÖSG 2012 entnommen werden [276].

Spitalsbetten und -abteilungen

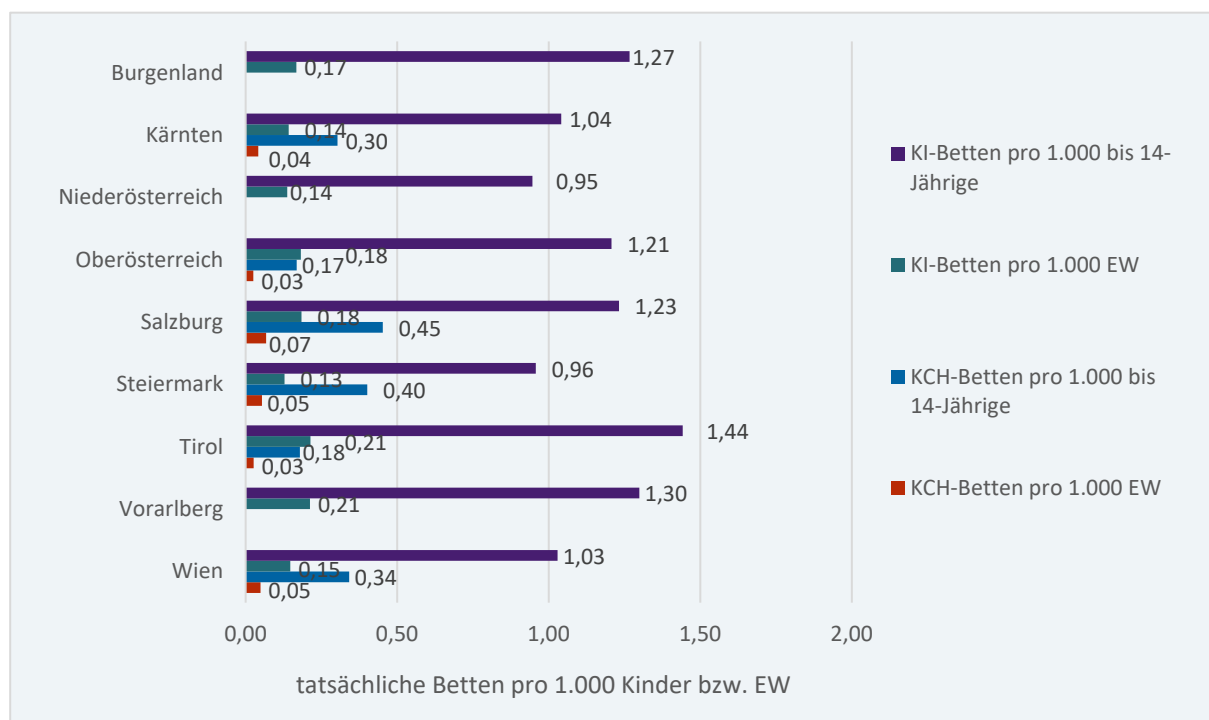
Laut Kostenstellenstatistik standen im Jahr 2013 **1.348 Spitalsbetten für Kinder- und Jugendheilkunde (KI)**⁹⁹ sowie **264 kinder- und jugendchirurgische Betten (KCH)** in FKA zur Verfügung. Dies entspricht einer **Bettendichte von 1,1 und 0,2 Betten pro 1.000 Kinder bis 14 Jahre**¹⁰⁰ bzw. einer **Bettenmessziffer (BMZ) von 0,16 und 0,03 Betten pro 1.000 EW**. Gemessen an den Vorgaben des ÖSG (ÖSG 2012) liegen damit vier Bundesländer von neun unter den Minimalvorgaben für den Fachbereich Kinder- und Jugendheilkunde (BMZmin = 0,16), während im Bereich Kinder- und Jugendchirurgie fünf (von neun) Bundesländer unter und ein Bundesland über den Vorgaben rangieren (BMZmin = 0,04, BMZmax = 0,06; vgl. Abbildung 83).

⁹⁹ Ohne Betten für Neonatologie, Kinder-Neuro-Psychiatrie und Intensivbetreuung.

¹⁰⁰ Kinderabteilungen stehen in erster Linie Personen im Alter von bis zu 14 Jahren zur Verfügung, weshalb hier die Einwohner:innen-Bezugsgröße auf diese Altersgruppe eingeschränkt wurde.

Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde standen – laut Kostenstellenstatistik 2013 – an 41 FKA zur Verfügung, kinder- und jugenchirurgische Abteilungen an sieben FKA (in Klagenfurt, Linz, Salzburg, Graz, Innsbruck und Wien).

Abbildung 83: Bettendichte¹⁰¹ im Bundesländervergleich, 2013



KI = Kinder- und Jugendheilkunde
KCH = Kinder- und Jugendchirurgie

Quellen: Kostenstellenstatistik 2013; Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2013;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.5.3.3 Psychiatrische Versorgung

Die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen umfasst die Erkennung, Behandlung und Begutachtung psychischer, psychosozialer, psychosomatischer sowie entwicklungsbedingter Erkrankungen oder Störungen sowie die Versorgung psychischer wie sozialer Verhaltensauffälligkeiten.

¹⁰¹ Bettendichte wird in tatsächlichen Betten pro 1.000 Kinder bzw. 1.000 EW gemessen.

Anzahl der Betroffenen

Aussagen zur Häufigkeit und zum Spektrum psychischer Erkrankungen können derzeit kaum oder nur sehr vage getroffen werden.¹⁰² Gemäß BELLA-Studie (Deutschland) zeigt etwa ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Störungen. Die häufigsten Störungsbilder sind Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie depressive Störungen (Ravens-Sieberer et al. 2007, s. auch Punkt 4.3.3).

Fliedl und Krammer [277] zufolge ist von einer durchschnittlichen Prävalenzrate von 17,5 Prozent auszugehen. Bei einer Anzahl von rund 1.700.000 Kindern und Jugendlichen in Österreich (0 bis 19 Jahre; 2013) ergibt sich damit eine behandlungsbedürftige Population von rund 300.000 Kindern und Jugendlichen. Davon sind rund zehn Prozent von einer psychiatrischen Störung betroffen. Umgelegt auf die Einwohner:innenzahl von Österreich entspricht dies rund 165.000 Kindern und Jugendlichen.

Wenig zuverlässige Prävalenzdaten gibt es auch zur **Inanspruchnahme** psychiatrischer Angebote und Leistungen [277]. Studien weisen darauf hin, dass ein Großteil der psychiatrisch behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen das Versorgungssystem nicht in Anspruch nimmt [278] bzw. durch das Versorgungssystem nicht erreicht wird [28].

Ambulante Versorgung

Im ambulanten Bereich hat die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen einen deutlichen Auf- und Ausbau erfahren. Es wurden Zentren bzw. Ambulatorien für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, sozialpädiatrische Ambulatorien sowie Kassenstellen für eine ambulante fachärztliche Versorgung eingerichtet. Zudem wurden in vielen Bundesländern die Kontingente für eine kassenfinanzierte Psychotherapie erhöht [279]. Dennoch besteht im ambulanten Bereich der größte Ausbaubedarf an medizinischen und therapeutischen Angeboten. Vor allem für Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemlagen ist von einem deutlichen Angebotsdefizit auszugehen (Stichwort „integrierte Versorgung“). Eine lückenlose Weiterbetreuung nach einem stationären Aufenthalt ist daher vielfach nicht gesichert [279, 280]. Erschwerend kommt hinzu, dass die vorhandenen Angebote unterschiedlichen Politikbereichen unterstehen (Gesundheit, Soziales, Jugendwohlfahrt, Schule/Kindergarten). Dadurch kommt es nicht nur in der Planung, Kooperation und Vernetzung, sondern auch in der Bestandsaufnahme zu Schwierigkeiten. Als ebenfalls herausfordernd gilt die Frage, wie betroffenen Familien ein

¹⁰² Die Studie „Mental Health in Austrian Teenagers“ könnte diesbezüglich Abhilfe schaffen:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-018-0273-2> (13.3.2025)

erster und möglichst niederschwelliger Zugang zum Versorgungssystem („First Point of Service“) ermöglicht werden kann. [279]

Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Österreich wurde das Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (KJP) im Jahr 2007 als eigenständiges Sonderfach etabliert. Davor konnte es als Zusatzfachausbildung zu den Sonderfächern Pädiatrie, Psychiatrie oder Neurologie erworben werden (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, KJNP).

Laut Ärzte- bzw. Ärztinnenliste der ÖAK gab es im Jahr 2013 **31 Ärztinnen und Ärzte mit dem Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie** (als Erstfach). Davon waren zehn im niedergelassenen Bereich tätig (vier mit einem Kassenvertrag, s. Tabelle 20).

Insgesamt gab es in Österreich **182 Ärztinnen und Ärzte mit einer Ausbildung im Sonderfach KJP bzw. mit einem Zusatzfach KJNP**. Rund 100 von ihnen waren im niedergelassenen Bereich tätig (25 davon als Vertragsärztinnen und -ärzte; vgl. Abbildung 84). Aussagen darüber, ob bzw. in welchem Umfang diese Ärztinnen bzw. -Ärzte auch kinder- und jugendpsychiatrische Aufgaben übernahmen, sind allerdings nicht möglich. Dies gilt es auch bei den nachstehenden Darstellungen zu berücksichtigen.

Tabelle 20: Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Art der Berufsausübung und nach Fachrichtungstyp, 2013

	KJP Erstfach	KJP + KJNP Erst- und Nebenfach
Anzahl Ärztinnen/Ärzte	31	182
angestellt Ärztinnen/Ärzte	23	132
niedergelassene Ärztinnen/Ärzte	10	103
Vertragsärztinnen/-ärzte	4	25

KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie

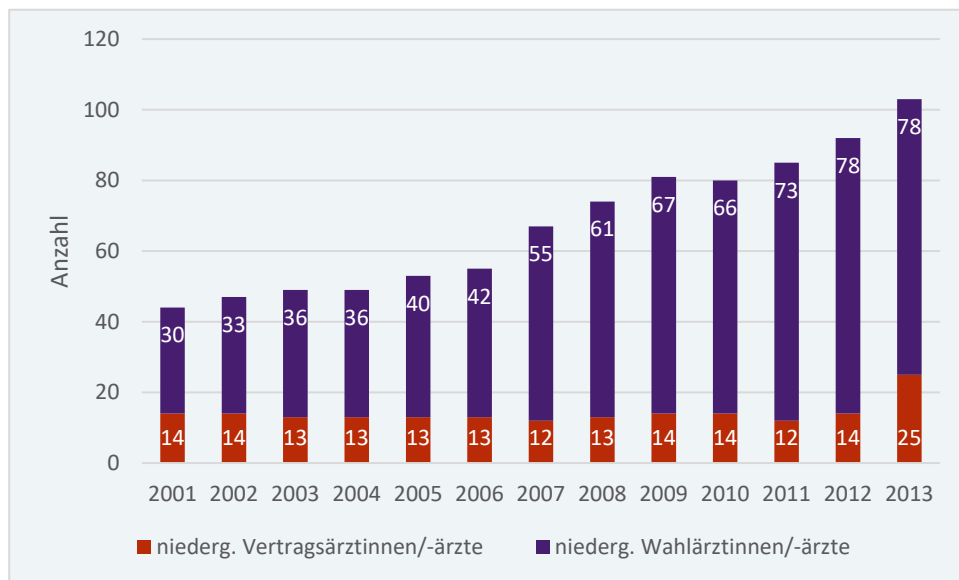
KJNP = Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK 2013 (Stand Dezember 2013);

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Anzahl niedergelassener KJP- und KJNP-Ärztinnen/-Ärzte hat seit 2001 um 134 Prozent zugenommen (um 160 % im Wahlarztbereich, um 80 % im kassenärztlichen Bereich).

Abbildung 84: Niedergelassene KJP-/KJNP-Ärztinnen/-Ärzte mit und ohne Kassenvertrag (Erst- und Nebenfach), 2001–2013



KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie

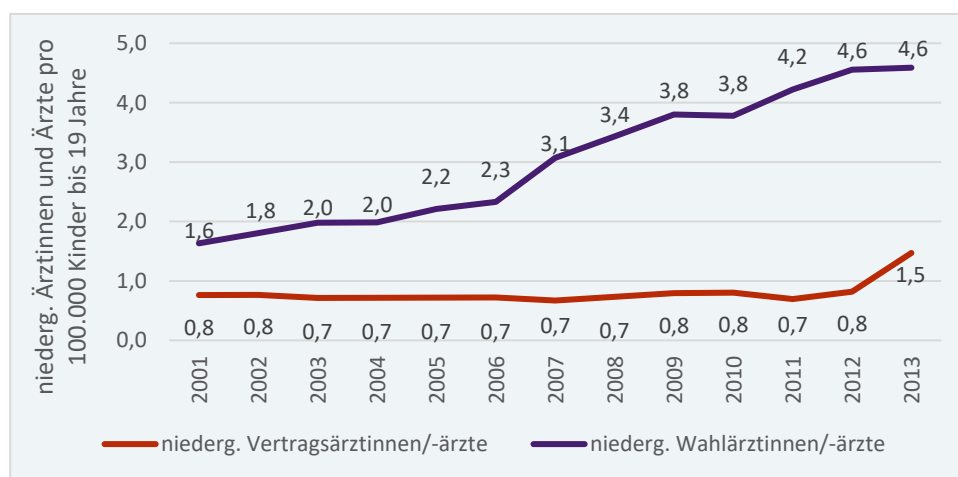
KJNP = Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK 2001–2013 (jeweils Stand Dezember); Darstellung:

GÖG/ÖBIG

Im Jahr 2013¹⁰³ kamen im niedergelassenen Bereich rund **sechs KJP-/KJNP-Ärztinnen/-Ärzte auf 100.000 Kinder bis 19 Jahre** (im Bereich der Wahlärztinnen/-ärzte rund 4,6 Ärztinnen bzw. Ärzte). Während die Dichte¹⁰⁴ bei den Vertragsärztinnen/-ärzten zwischen 2001 und 2012 weitgehend konstant geblieben ist und erst zwischen 2012 und 2013 deutlich zunahm (durch neue Kassenverträge in Kärnten, Niederösterreich und Oberösterreich), hat die Dichte bei Wahlärztinnen und Wahlärzten eine kontinuierliche Steigerung erfahren (vgl. Abbildung 85).

Abbildung 85: Niedergelassene KJP-/KJNP-Ärztinnen/-Ärzte mit und ohne Kassenvertrag (Erst- und Nebenfach) pro 100.000 Kinder bis 19 Jahre, 2001–2013



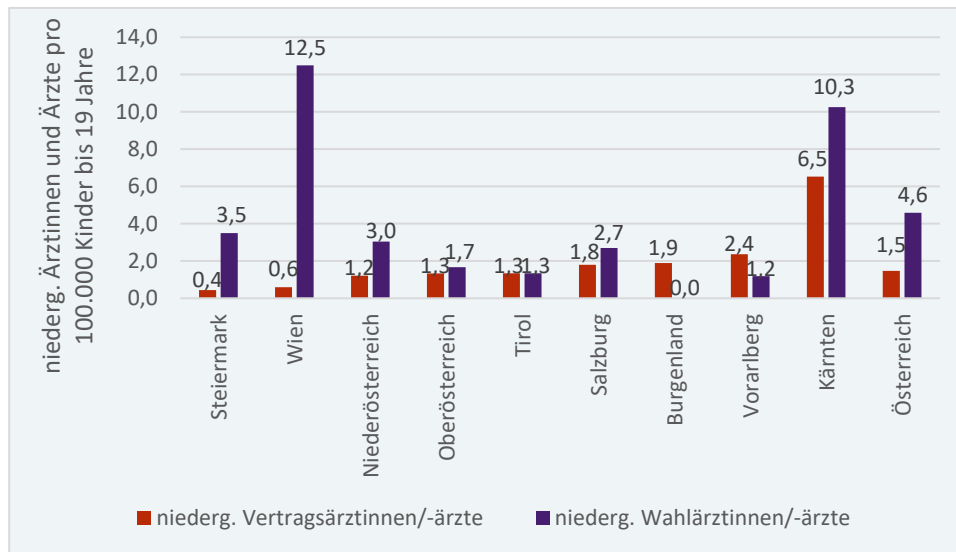
Quellen: Ärztinnen- bzw. Ärzteliste der ÖÄK und ZÄK 2001–2013 (jeweils Stand Dezember);
Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2001–2013;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Am höchsten erwies sich die Dichte (bei Vertragsärztinnen/-ärzten) in Kärnten, am geringsten in der Steiermark. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Dichte der Ärztinnen bzw. Ärzte keine bundesländerübergreifenden „Patientenströme“ berücksichtigt. Mit Ausnahme der Bundesländer Burgenland, Vorarlberg und Tirol war die Dichte bei Wahlärztinnen und Wahlärzten deutlich höher als die bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (vgl. Abbildung 86).

¹⁰³ Stand Dezember 2013

¹⁰⁴ Ärztinnen bzw. Ärzte pro 100.000 Einwohner:innen (in einer bestimmten Altersgruppe)

Abbildung 86: Niedergelassene KJP-/KJNP-Ärztinnen/-Ärzte mit und ohne Kassenvertrag (Erst- und Nebenfach) pro 100.000 Kinder bis 19 Jahre im Bundesländervergleich*, 2013



* aufsteigend sortiert nach der Dichte niedergelassener Vertragsärztinnen/-ärzte

Quelle: Ärzte- bzw. Ärztinnenliste der ÖÄK und ZÄK 2013 (Stand Dezember);

Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes 2013;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Verfügbarkeit von ausgebildeten Fachärztinnen/-ärzte für KJP (im Sinne ausreichender fachärztlicher Kapazitäten) ist sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich von großer Bedeutung. Das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde deshalb – befristet bis zum 30. 6. 2016 – zum Mangelfach erklärt. [279]

Ambulante KJP-Einheiten

In der außerstationären psychosozialen Versorgung gibt es derzeit nur einen Richtwert, um den ambulanten Versorgungsbedarf zu bestimmen („ambulante KJP-Einheiten“). Diesem Richtwert zufolge soll **eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Einheit pro 250.000 EW** vorgehalten werden. Unter diesen ambulanten KJP-Einheiten sind „kinder- und jugendpsychiatrische Dienste“ im Sinne von multiprofessionellen, extramuralen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen sowie mit integrierter KJP-fachärztlicher Behandlung zu verstehen. Intendiert ist damit ein flächendeckender Aufbau von ambulanten Einrichtungen analog zu den Psychosozialen Diensten/Zentren im Erwachsenenbereich. In Österreich stehen

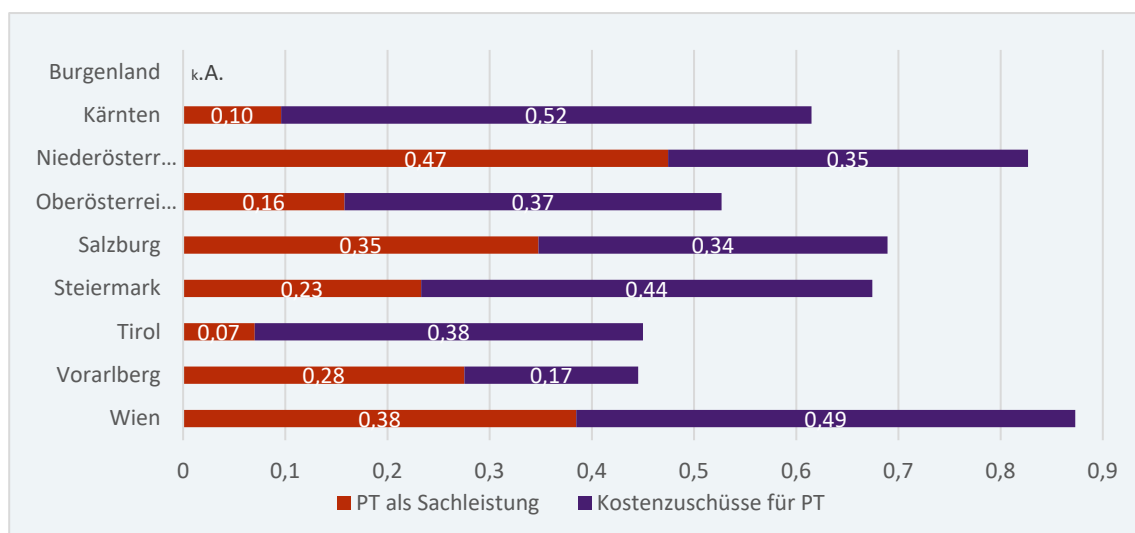
derzeit zwölf dieser Einrichtungen zur Verfügung. Sie sind auf alle Bundesländer außer Niederösterreich, Salzburg und Tirol verteilt. [279]

Von diesen Einrichtungen zu unterscheiden sind die entwicklungspsychologischen, -diagnostischen bzw. sozialpädiatrischen Ambulatorien, die ebenfalls in den meisten Bundesländern vorhanden sind. Diese sind jedoch nicht spezifisch auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen und Erkrankungen ausgerichtet und verfügen daher in der Regel auch über keine KJP-fachärztlichen Angebote. Diese Ambulatorien sind jedoch insofern versorgungswirksam, als hier meist auch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme kostenloser Psychotherapie besteht. [279]

Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche

Abbildung 87 zeigt bundesländerspezifisch den Anteil an Kindern und Jugendlichen (an der Gesamtbevölkerung zwischen 0 und 19 Jahren), der im Jahr 2011 psychotherapeutisch versorgt wurden.

Abbildung 87: Prozentanteil psychotherapeutisch versorgter Kinder und Jugendlicher nach Art der Finanzierung, 2011



Quelle: Auskünfte der SV-Träger (Stand: 2011); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Insgesamt erhielten im Jahr 2011 rund **13.000 Personen unter 19 Jahren eine Psychotherapie (PT)**. Dies ist weniger als **ein Prozent** aller Kinder und Jugendlichen. In Anbetracht der vorliegenden Prävalenzschätzungen ist folglich von einem zusätzlichen Bedarf an

psychotherapeutischer Versorgung auszugehen. Den Prävalenzzahlen zufolge sind zumindest zehn Prozent aller Kinder und Jugendlichen behandlungsbedürftig, wobei die „Behandlungsbedürftigkeit“ derzeit nicht nach der Art des Behandlungsbedarfs (ärztliche, psychologische, psychotherapeutische oder sonstige therapeutische Behandlung) differenziert werden kann [277]. Die meisten Bundesländer stocken bzw. stockten deshalb bereits ihre PT-Kontingente auf. Eine Verbesserung der Datenlage würde zudem Versorgungslücken aufzeigen und eine bedarfsgerechtere Planung ermöglichen. [279]

Andere Angebote

Sämtliche Bundesländer verfügen zudem über ein breites Spektrum an psychosozialen Beratungs- und Betreuungsdiensten, Wohnangeboten, tagesstrukturierenden Angeboten sowie arbeitsunterstützenden Maßnahmen. Zuverlässige Daten zu diesen Angeboten liegen jedoch nicht vor. [279]

Stationäre Versorgung

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die stationäre psychiatrische Versorgung hat in den letzten Jahren einen deutlichen Aus- und Aufbau erfahren [281]. Im Jahr 2012 wurden an österreichischen KJP-Standorten insgesamt **2.674 Patientinnen und Patienten** behandelt, davon waren 47 Prozent Burschen und 53 Prozent Mädchen. Für diese Patientinnen und Patienten wurden insgesamt 5.108 Aufenthalte und 88.375 Belagstage verzeichnet (33 Belagstage pro Patient:in sowie durchschnittlich 17 Belagstage pro Aufenthalt). Bei rund 77 Prozent der Aufenthalte wurde eine Hauptdiagnose aus einer der drei folgenden F-Diagnosegruppen dokumentiert: „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (35 %), „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (26 %) und „Affektive Störungen“ (16 %) [282]. (Vergleich zum gesamten F-Diagnosegeschehen s. Punkt 4.3.3)

Gemäß ÖSG 2012 ist für die KJP ein **Richtwert von 0,08 bis 0,13 Betten pro 1.000 EW** festgelegt. Dieser Richtwert bezieht sich – unabhängig von der Definition der Fachrichtung – auf die Einwohner:innen insgesamt und nicht auf Kinder- und Jugendliche, obgleich die Anteile von Kindern und Jugendlichen an der Einwohner:innenzahl in Österreich regionale Unterschiede aufweisen.

KJP ist ein überregional zu planendes Leistungsangebot, das auch die Nahtstellen zur PSO-KJ zu berücksichtigen hat. Der ÖSG sieht zur künftigen **Planung** die Vorhaltung einer **Abteilung für KJP mit Vollversorgungsfunktion für ein Einzugsgebiet von mindestens 300.000 EW** vor. Das Ausmaß an notwendigen stationären Kapazitäten ist zudem eng mit dem Stand der außerstationären KJP-Versorgung verknüpft (z. B. ambulante und mobile Einheiten der KJP, niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für KJP). [282]

In Österreich gab es im Jahr 2012 rund **350 KJP-Betten**; dies entspricht einer bundesweiten **Bettenmessziffer von 0,04 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW** und liegt somit deutlich unterhalb der unteren Grenze des BMZ-Sollintervalls. Dies gilt für alle Bundesländer. [283]

Bundesweit gab es im Jahr 2010 **14 Abteilungen** für KJP. Umgelegt auf den aktuellen Bevölkerungsstand ergibt sich aus den Bettenrichtwerten für KJP ein **Bedarf von 670 bis 1.089 Behandlungsplätzen**. [281]

Psychosomatik

Im Jahr 2012 wurden an allen PSOK-Einheiten insgesamt **1.635 Patientinnen und Patienten** behandelt. Davon waren 48 Prozent männlich und 52 Prozent weiblich. Die PSOK-Patientinnen und -Patienten verursachten insgesamt 2.892 Aufenthalte. Pro Aufenthalt waren im Durchschnitt 10,2 Belagstage und 18 Belagstage pro Patient:in zu verzeichnen. Bei 71 Prozent der Aufenthalte wurde eine Hauptdiagnose aus einer der drei F-Diagnosegruppen „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (29 %), „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (28 %) und „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (14 %) dokumentiert. [282]

Für Psychosomatik (PSO) legt der ÖSG 2012 die Rahmenbedingungen für den Aufbau dieses speziellen Versorgungsbereiches fest. Dazu gehören die Bedarfsrichtwerte in Form von Bettenmessziffern sowie Qualitätskriterien bezüglich Definitionen, Zielgruppen, Versorgungsstrukturen, Planung, Personalausstattung und -qualifikation sowie Leistungsangebote. Der ÖSG nennt in diesem Zusammenhang **Planungsrichtwerte von 0,02 bis 0,03 Betten pro 1.000 EW** für Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSOK). [282]

Im Jahr 2012 gab es in sechs Bundesländern PSO-Einheiten für Kinder und Jugendliche mit insgesamt **119 PSOK-Betten**. Insgesamt liegt die **Bettenmessziffer** bei rund **0,014 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW** und somit außerhalb des unteren ÖSG-BMZ-Intervalls (0,02). In Salzburg besteht mit einer BMZ von 0,034 das größte PSOK-Angebot. Ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt liegen die Bundesländer Kärnten (0,022), die Steiermark und Wien (je 0,020). Im Vergleich zu den Planungsvorgaben des ÖSG sind somit lediglich 70 Prozent des Mindest-Richtwertes erfüllt. [282]

Im Jahr 2010 führten **zehn Krankenhäuser Psychosomatik-Einheiten** für Kinder- und Jugendliche. In Relation zum aktuellen Bevölkerungsstand ergibt sich aus den Bettenrichtwerten ein **Bedarf von 167 bis 251 PSO-KJ-Behandlungsplätzen** in Österreich. [281]

6.5.3.4 Rehabilitation

Der Rehabilitationsbereich ist – neben der Akut- und Langzeitversorgung – ein wichtiges Element einer integrierten Gesundheitsversorgung. Die Rehabilitation umfasst dabei die koordinierte Summe aller Maßnahmen, die nötig ist, um bestmögliche physische, psychische und soziale Bedingungen zu schaffen, damit Patientinnen und Patienten mit angeborenen wie erworbenen Erkrankungen oder Behinderungen möglichst uneingeschränkt am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und das Fortschreiten der Erkrankung/ Behinderung begrenzt oder umgekehrt werden können [284]. Ziel der Rehabilitation – auch bei Kindern und Jugendlichen – ist ein möglichst eigenständiges und selbstbestimmtes Leben sowie eine aktive und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen (z. B. Abschluss einer Ausbildung, Erwerbstätigkeit u. v. m.) [284, 285]. Rehabilitation kann in mehreren Phasen erfolgen, die von einer Frühmobilisation/ Akutrehabilitation über eine stationäre und ambulante Rehabilitation bis zu einer Langzeitrehabilitation reichen kann [284].

Bei der **stationären Rehabilitation** werden die Rehabilitandinnen/Rehabilitanden in eine dafür spezialisierte Einrichtung aufgenommen und verbleiben dort während der gesamten Behandlungsdauer. Die Aufnahme erfolgt bei Anschlussheilverfahren entweder unmittelbar bzw. innerhalb von zwölf Wochen im Anschluss an einen Spitalsaufenthalt oder nach einer rehabilitationsrelevanten Krankenbehandlung, wenn die Patientinnen/ Patienten stabil genug sind. Als **ambulante Rehabilitation** gelten hingegen alle Rehabilitationsangebote, die nicht stationär erbracht werden. Sie setzen ein erforderliches Maß an Mobilität sowie eine adäquate häusliche Versorgung voraus. [284]

Die **Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich** in vielerlei Hinsicht **von der Rehabilitation Erwachsener** [284]. Demnach sollten stationäre Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche eine möglichst familienähnliche Struktur aufweisen, eine Mitaufnahme von Begleitpersonen ermöglichen, über eine kind- und jugendgerechte Ausstattung (z. B. der Zimmer) verfügen, Spiel- und Freizeitangebote vorsehen (Spielzimmer, Aufenthaltsräume, Sportmöglichkeiten) und adäquate Rückzugsmöglichkeiten anbieten. Die Dauer der Rehabilitation sollte nicht nur an der Erreichbarkeit der Rehabilitationsziele, sondern auch an alters- und entwicklungsspezifischen Aspekten orientiert sein. Darüber hinaus sollte die Rehabilitation eine weiterführende pädagogische Betreuung ermöglichen (Kindergarten, Schulunterricht, Berufsberatung). Die therapeutischen Abläufe sollten so gestaltet sein, dass sie den entwicklungsspezifischen Besonderheiten sowie der Belastbarkeit von Kindern und Jugendlichen entsprechen. Zudem sollten Therapie- und Schulungspläne an möglichst altershomogenen sowie indikationsspezifisch zusammengesetzten Patientinnen bzw. Patientengruppen ausgerichtet sein. Weiters ist eine angemessene und machbare Erreichbarkeit der Reha-Einrichtung von zentraler Bedeutung. Nur so können Kinder und Jugendliche regelmäßigen Besuch von Angehörigen wie von Befreundeten erhalten. [284, 286]

Nach wie vor unklar ist der Rechtsanspruch von Kindern und Jugendlichen auf Rehabilitation¹⁰⁵. Er bewegt sich zwischen der medizinischen Rehabilitation gemäß ASVG und der länderfinanzierten Behindertenhilfe. Zudem existieren nur vereinzelt kinder- und jugendspezifische Versorgungsangebote, die an Reha-Einrichtungen für Erwachsene angeschlossen sind [284–286]. Gemäß des Updates zur Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2013 (Ziel 18) sollen jedoch zukünftig eigenständige Einrichtungen etabliert werden [251]. Laut Sperl et al. [285] wird die Errichtung von mindestens drei Kinder- und Jugend-Rehabilitationszentren empfohlen.

Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) führte im Jahr 2010 eine Bedarfsabschätzung für die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen durch [286]. Die Bedarfsschätzung von zehn Indikationsgruppen wurde zu drei Rehabilitationsbereichen zusammengefasst:

¹⁰⁵ Diesbezügliche Ausnahme ist die gesetzliche Unfallversicherung, die unter dem Titel der Unfallbehandlung einen individuellen Rechtsanspruch vorsieht.

- „Traditionelle“ Indikationsgruppen:
 - Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie (BSR)
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)
 - Kinderchirurgische Erkrankungen (KCH)
 - Neurologische Erkrankungen (NEU)
 - Neurochirurgie (NC)
 - Pulmologische Erkrankungen (PUL)
 - Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates (STV)

- Psychosoziale Rehabilitation (mental health rehabilitation):
 - Kinder- und Jugendpsychiatrische Erkrankungen (KJP)
 - Entwicklungsstörungen und Erkrankungen, die sozialpädiatrische Versorgung erfordern, sowie pädiatrische psychosomatische Erkrankungen (ESP)

- Familienorientierte Nachsorge (Rehabilitation nach Krebserkrankungen)

Die Abschätzung des bundesweiten sowie regionalen Versorgungsbedarfs erfolgte **auf Basis eines morbiditätsbasierten Simulationsmodells**, das im Wesentlichen auf stationären Aufenthalten sowie – im Falle der familienorientierten Nachsorge – auf der beobachteten Krebsinzidenz basiert.¹⁰⁶ Für die Prognose bis 2020 wurde zusätzlich die von Statistik Austria vorausgeschätzte demografische Entwicklung berücksichtigt. In der familienorientierten Rehabilitation/Nachsorge wird neben dem erkrankten Kind auch die gesamte Familie in die Rehabilitationsmaßnahme einbezogen. Dies bedeutet, dass Kinder/Jugendliche zusammen mit Eltern bzw. Bezugsperson und allen Geschwistern in einer eigens dafür eingerichteten und qualifizierten Rehabilitationseinrichtung aufgenommen werden und sich die therapeutischen Maßnahmen auf das erkrankte Kind bzw. die erkrankte jugendliche Person und die Begleitpersonen erstrecken. Für diesen Rehabilitationsbereich sind daher neben den Patientenbetten auch die Angehörigenbetten quantitativ dargestellt. [284, 286]

¹⁰⁶ Weiterführende Ausführungen zur Methodik sowie eine Alternativberechnung im Bereich der psychosozialen Rehabilitation finden sich in [286].

Anzahl Kinder und Jugendlicher mit Bedarf an stationärer Rehabilitation

Für das Jahr 2008 wurde für rund **2.800 Patientinnen/Patienten (< 19 Jahre) ein Bedarf an stationärer Rehabilitation** ermittelt (darunter rund 630 Pat. mit Bedarf an „psycho-sozialer Rehabilitation“ sowie rund 340 Pat. mit Bedarf an Rehabilitation im Bereich der Onkologie bzw. Stammzelltransplantation). Bis zum Jahr 2020 wird diese Zahl – entsprechend der prognostizierten demografischen Entwicklung – jedoch leicht absinken (vgl. Tabelle 21). Rund 60 Prozent dieser Patienten/Patientinnen werden dabei auf die Altersgruppe der unter 15-Jährigen entfallen. [286]

Tabelle 21: Patienten/Patientinnen unter 19 Jahren mit Bedarf an stationärer Rehabilitation nach Rehabilitationsindikationsgruppen und Altersgruppen, 2008 und 2020

Patienten/Patientinnen 2008				Patienten/Patientinnen 2020		
RIG	0 bis 14 Jahre	15 bis 18 Jahre	0 bis 18 Jahre	0 bis 14 Jahre	15 bis 18 Jahre	0 bis 18 Jahre
BSR	184	83	267	175	79	254
HKE	208	9	217	198	8	206
NC	108	201	309	103	191	294
NEU	14	24	38	13	23	36
PUL	461	324	785	438	308	746
STV	30	26	56	28	25	53
SON	48	34	82	45	32	77
KJP *	35	63	98	33	60	93
ESP *						
S1	736	519	1.255	700	493	1.193
S2	236	166	402	224	158	382
ONK	227	114	341	216	108	324
Insgesamt	1.622	1.206	2.828	1.541	1.146	2.687
Davon ESP+KJP	307	328	635	292	312	604

* Gesamtbereich „psychosoziale Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“

RIG = Rehabilitations-Indikationsgruppe

BSR = Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie, HKE = Herz-/Kreislauf-erkrankungen, KCH = Kinderchirurgie, NEU/NC = Neurologische Erkrankungen und Neurochirurgie, ONK = Onkologische Erkrankungen, PUL = Pulmologische Erkrankungen, STV = Krankheiten des Stoffwechsel-systems und des Verdauungsapparates, KJP = Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ESP = Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik, SON = Sonstige Erkrankungen;

S1 = Szenario 1 zur ESP, S2 = Szenario 2 zur ESP

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 1997–2008;

Statistik Austria: Volkszählung 2001; Statistik Austria /ÖROK: Bevölkerungsprognosen 2001–2031;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bettenbedarf nach Indikationsgruppen und Altersklassen

Nach Hochrechnung der unter 19-jährigen Patienten/Patientinnen mit Bedarf an stationärer Rehabilitation ergeben sich aus dem Simulationsmodell für das Jahr 2020

insgesamt 343 bedarfsnotwendige Betten, darunter 110 in der „psychosozialen Rehabilitation“, 20 im Bereich der familienorientierten Nachsorge nach Krebserkrankungen (exkl. der zusätzlich in diesem Bereich ermittelten rund 50 Angehörigenbetten) sowie 213 für alle übrigen RIG zusammen (vgl. Tabelle 22). Rund 60 Prozent dieser Betten entfallen dabei auf die Altersgruppe der unter 15-Jährigen. [284, 286]

Tabelle 22: Bedarf an Rehabilitationsbetten für unter 19-jährige Patienten/Patientinnen nach Reha-Indikationsgruppen und Altersgruppen, 2008 und 2020

Bettenbedarf 2008			Bettenbedarf 2020			
RIG	0 bis 14 Jahre	15 bis 18 Jahre	0 bis 18 Jahre	0 bis 14 Jahre	15 bis 18 Jahre	0 bis 18 Jahre
BSR	16	7	23	15	7	22
HKE	15	1	16	14	1	15
KCH	10	20	30	10	18	28
NC	2	4	6	2	3	5
NEU	59	41	100	56	39	95
PUL	17	14	31	16	14	30
STV	7	6	13	7	5	12
SON	2	4	6	2	4	6
KJP *	13	31	44	13	29	42
ESP * S1	110	77	187	104	74	178
	S2	42	29	71	40	28
ONK	14	7	21	13	7	20
Insgesamt	197	164	361	188	155	343
davon ESP+KJP *	55	60	115	53	57	110
Angehörigen- betten ONK	35	18	53	33	18	51

* Gesamtbereich „psychosoziale Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“

RIG = Rehabilitationsindikationsgruppe/n

BSR = Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie, HKE = Herz-/Kreislauf-erkrankungen, KCH = Kinderchirurgie, NEU/NC = Neurologische Erkrankungen und Neurochirurgie, ONK = Onkologische Erkrankungen, PUL = Pulmologische Erkrankungen, STV = Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates, KJP = Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ESP = Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik, SON = Sonstige Erkrankungen; S1 = Szenario 1 zur ESP, S2 = Szenario 2 zur ESP

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 1997–2008;

Statistik Austria: Volkszählung 2001; Statistik Austria /ÖROK: Bevölkerungsprognosen 2001–2031;

Darstellung: GÖG/ÖBIG

Unter Berücksichtigung der im Jahr 2012 in Reha-Einrichtungen explizit für Kinder- und Jugend-Rehabilitation gewidmeten Kapazitäten (RZ Wilhering: 10 Betten, RZ Judendorf-Strassengel: 24 Betten, RZ Bad Radkersburg – „kids chance“: 24 Betten) ergibt sich somit eine Angebotslücke von 285 Betten.

Kindgerechte Rehabilitation in Österreich

An die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind spezifische Anforderungen zu stellen. Den Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters ist dabei sowohl in konzeptueller und baulicher als auch in personeller Hinsicht Rechnung zu tragen. Entsprechende Strukturqualitätskriterien wurden im Rehabilitationsplan 2012 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger veröffentlicht [284]. Entsprechend dieser Kriterien erweisen sich die nachstehenden Kinder- und Jugend-Reha-Angebote (auf sie entfallen über 80 % aller Aufenthalte von Kindern bis 14 Jahren) als kindgerecht [286].

- RZ Wilhering (OÖ): 10 Eltern-Kind-Zimmer (neurologische, neuroorthopädische u. orthopädische Reha),
- RZ Judendorf-Straßengel (St): 18 Eltern-Kind-Zimmer (neurologische, neuroorthopädische u. orthopädische Reha),
- RZ Bad Radkersburg (St): „Kids chance“ mit 24 Therapieplätzen, darüber hinaus bietet die Einrichtung 24 Plätze für die neurologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen an.

6.5.4 Hospiz- und Palliativversorgung

Die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen umfasst die aktive Betreuung der körperlichen, psychisch-emotionalen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an. Eine effektive Hospiz- und Palliativversorgung benötigt dabei einen interprofessionellen Ansatz, der die Familie, die An- und Zugehörigen sowie das soziale Umfeld einbezieht und regionale Unterstützungsangebote nutzbar macht. Das Ziel der Palliativversorgung liegt dabei in einer höchstmöglichen Lebensqualität für die Erkrankten und deren Familien. Zur Versorgung gehören das Erkennen und die Therapie belastender Symptome, eine medizinisch-pflegerische wie psychosoziale Betreuung sowie Entlastungsangebote bis zum Tod und während der nachfolgenden Trauerphase. Zur Zielgruppe pädiatrischer Hospiz-

und Palliativversorgung zählen Kinder und Jugendliche mit lebensverkürzenden Erkrankungen sowie ihre Familien und Angehörigen. [7]

Ein Charakteristikum der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung ist das breite Spektrum an Krankheiten, die eine Hospiz- bzw. palliative Versorgung von Kindern und Jugendlichen begründen können. Dazu zählen:

- Lebensbedrohliche Erkrankungen, für die eine kurative Therapie verfügbar ist, die jedoch auch versagen kann. Die Palliativversorgung kann parallel zu einer kurativ ausgerichteten Therapie und/oder bei Therapieversagen erforderlich sein (Beispiele: fortschreitende Krebserkrankungen, irreversibles Organversagen)
- Erkrankungen, bei denen ein frühzeitiger Tod unvermeidlich ist. Lange Phasen intensiver Therapien haben eine Lebensverlängerung und eine Teilnahme an normalen Aktivitäten des täglichen Lebens zum Ziel (Beispiele: Zystische Fibrose, Muskeldystrophie)
- Progrediente Erkrankungen ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie. Die Therapie erfolgt ausschließlich palliativ. Sie erstreckt sich häufig über viele Jahre (Beispiel: Mucopolysaccharidosen)
- Irreversible, jedoch nicht progrediente Erkrankungen, die regelhaft Komplikationen zeigen und wahrscheinlich zum vorzeitigen Tod führen. Diese Erkrankungen stellen komplexe Anforderungen an die medizinische Versorgung (Beispiel: schwere Mehrfachbehinderungen wie z. B. bei Hirn- oder Rückenmarkserkrankungen)

Anzahl der Betroffenen

Aussagen zur Anzahl der Betroffenen sowie zur Anzahl derjenigen, die tatsächlich eine spezialisierte pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung benötigen, können derzeit weder international noch für Österreich getroffen werden, da die meisten Studien auf der Inzidenz von Todesfällen und nicht auf der Häufigkeit von Diagnosen beruhen. Mit Ausnahme der Krebserkrankungen liegen somit keine Daten zu den Krankheitshäufigkeiten vor. Die in anderen Ländern diskutierten Bedarfszahlen basieren somit weitgehend auf Schätzungen und Hochrechnungen, die wie folgt zusammengefasst werden können [7]:

- Prävalenz/Morbidität: 10 bis 15 Betroffene pro 10.000 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren
- Mortalität: 1 bis 3,6 Todesfälle pro 10.000 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren
- Bedarf an Palliativversorgung: 1 bis 10 Betroffene auf 10.000 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren

Die Bandbreite der Schätzungen spiegelt dabei die Problematik der Datenlage wider und zeigt einen diesbezüglichen Forschungsbedarf auf. Legt man diese Zahlen dennoch auf Österreich um, so kommt man bei einer Population von rund 1.700.000 Kindern und Jugendlichen (von 0 bis 19 Jahren) zu nachstehenden Prävalenzschätzungen [7]:

- 1.700 bis 2.550 Kinder und Jugendliche mit lebensbedrohlicher oder lebenslimitierender Erkrankung
- 170 bis 610 Todesfälle aufgrund lebensbedrohlicher oder lebenslimitierender Erkrankung
- 170 bis 1.700 Kinder und Jugendliche mit Bedarf an Palliativversorgung

Einschätzungen zur Versorgungslage

Laut Nemeth and Pochobradsky [7] kann die österreichische Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche wie folgt charakterisiert werden (wobei die nachstehenden Einschätzungen von Betroffenen sowie Expertisen zufolge hochgradig mit europäischen Befunden übereinstimmen, vgl. z. B. IMPaCCT 2007):

- Die Versorgungssituation von lebensbedrohlich oder lebenslimitierend erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird in Österreich als unzureichend eingeschätzt.
- Die Versorgung krebskranker Kinder, Jugendlicher und junge Erwachsener ist besser als die palliativmedizinische Betreuung nicht-krebskranker Betroffener.
- Es mangelt an einer adäquaten finanziellen Absicherung der Familien bzw. an adäquaten finanziellen Ressourcen für die häusliche Palliativversorgung.
- Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung wird bereits ab Diagnosestellung und nicht erst im Abschnitt der finalen Lebensphase benötigt.
- Rechtliche Hürden erschweren die häusliche Versorgung bzw. die Kontinuität der Palliativversorgung.

- Es fehlen Anlaufstellen bzw. umfassende Informationen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten, Unterstützungs- und Entlastungsangebote ab Diagnosestellung und Angebote zur Familienrehabilitation.
- Es bedarf professioneller Trauerbegleitung für das begleitende Personal.
- Es braucht ein perfekt abgestimmtes Betreuungsnetzwerk (z. B. zwischen dem Kinder-Hospiz und dem hauptbetreuenden Krankenhaus).
- Es braucht mehr Empathie auf Seiten des medizinischen Personals bei der Diagnosestellung.
- Eltern verfügen im Behandlungsprozess über ein unzureichendes Maß an Entscheidungsautonomie.
- Eltern sprechen von einer optimalen Versorgung, wenn die Versorgungskoordination – über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg – von einer stationären medizinisch spezialisierten Betreuung übernommen wird; neben der spezialisierten Betreuung wird auch der Aspekt der gleichbleibenden Ansprechperson/en betont.

Angebote zur Hospiz- und Palliativversorgung können dem Bericht von Nemeth und Pochobradsky [7] sowie dem Update zur Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2013 (Ziel 19) entnommen werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013a).

Fachkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung

- Expertisen zufolge sollte die pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung – bei gleichzeitiger Wahrung der allgemeinen Grundsätze der pädiatrischen Hospiz- und Palliativversorgung [7] – über folgende Angebote verfügen:
- palliative Grundversorgung (= „Basispalliativversorgung“) durch etablierte Einrichtungen und Dienstleistende (z. B. Krankenhaus, niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, (Kinder-)Krankenpflegedienst, therapeutische Angebote etc.)
- ergänzende spezifische Versorgungsangebote

Letztere sollten die bestehenden Einrichtungen und Dienste ergänzen, ohne zu diesen in Konkurrenz zu treten. Sie sollten subsidiär agieren und eine bestehende Versorgungslücke schließen [7]:

- **Kinder-Hospizteams:** Begleitung von unheilbar erkrankten Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Familien und Angehörigen in der vertrauten Umgebung.

- **Mobile Kinder-Palliativteams:** Unterstützung der in der Basisversorgung Tätigen mit fachlicher Expertise.
- **Stationäre Kinder-Hospize:** Aufnahme von Betroffenen und Angehörigen zu deren Entlastung.
- **Pädiatrische Palliativbetten:** in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde für eine spezialisierte ganzheitliche Versorgung in besonders komplexen Situationen, wenn ein Verbleib zu Hause oder in einer anderen Einrichtung nicht möglich ist.

Weiterführende Informationen (sowohl zur Versorgungslage als auch zu Qualitätskriterien) können Nemeth und Pochobradsky [7] entnommen werden.¹⁰⁷

6.5.4.1 Selbsthilfegruppen

„Selbsthilfegruppen sind **freiwillige Zusammenschlüsse** von Menschen auf örtlicher oder regionaler Ebene, **deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung** von Krankheiten und/oder psychischen Problemen und deren Folgen richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Wenn Selbsthilfegruppen geleitet werden, dann von selbst betroffenen Mitgliedern, unabhängig davon, ob diese medizinische/gesundheitsbezogene Laien oder Fachpersonen/professionelle Helfer sind.“ [288]

Als Ergänzung zu den Behandlungen im Gesundheitswesen ist Selbsthilfe – als dynamisches Feld – ständigen Entwicklungen unterworfen. Borgetto [288] definiert **gesundheitsbezogene Selbsthilfe** als alle **Handlungsformen, die sich auf die Bewältigung gesundheitlicher Probleme sowie deren psycho-sozio-ökonomischer Folgen beziehen.**

Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen sind charakterisiert durch:

- Betroffenheit durch ein gemeinsames gesundheitliches Problem;
- Freiwilligkeit des Engagements (unbezahlt, ehrenamtlich);
- einen stark informellen Charakter sowie persönliche Kommunikationsformen;
- keine kommerziellen Interessen;
- keine bestimmende Rolle von Expertisen [289, 290].

¹⁰⁷ https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:72c8f3cc-904f-48f1-b1f0-37bf872eeb29/KiJu_HOSPAL_EB%20+%20ANHANG_2013.pdf (13.3.2025)

Selbsthilfegruppen erfüllen die Funktion, einen **Treffpunkt und Ort für Menschen** anzubieten, die ein gemeinsames körperliches oder seelisches Leiden verbindet. Indem sie sich einer Selbsthilfegruppe anschließen, erhalten sie die Möglichkeit, gemeinsam mit anderen Teilnehmenden individuelle Bewältigungsstrategien zu erarbeiten und für sich selbst als sinnvoll zu identifizieren. Selbsthilfegruppen bieten daher Betroffenen und deren Angehörigen vorrangig Informationen, **Informationsaustausch sowie einen sozial-emotionalen Rückhalt**.

Für die einzelnen Selbsthilfegruppen in Österreich existieren Verzeichnisse der jeweiligen Bundesländer, die Wartung dieser Verzeichnisse übernehmen themenübergreifende Dachverbände und Kontaktstellen.

Die **ARGE Selbsthilfe Österreich** macht es sich zur Aufgabe, die Bedürfnisse und Interessen der verschiedensten Selbsthilfegruppen zu bündeln und zu vernetzen. Außerdem vertritt sie die Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen und deren Angehöriger und stellt sicher, dass kollektive Patientinnen- bzw. Patienteninteressen vertreten werden.

Folgende themenbezogenen Gruppen, die zu den bundesweit tätigen Mitgliedern der **ARGE Selbsthilfe Österreich** zählen, weisen einen speziellen Bezug zu Kindern und Jugendlichen auf:

- KiB – children care (Verein rund ums erkrankte Kind)
- Verein Aktion Kinderherz Österreich
- Herzkinder Österreich
- KEKS Österreich (Kinder und Erwachsene mit kranker Speiseröhre)
- Österreichische Gesellschaft Prader-Willy-Syndrom
- Angelmann Verein Österreich
- Verein ADAPT (Arbeitsgruppe zur Förderung von Personen mit ADHS und Teilleistungsschwächen)

Zusätzlich gibt es zahlreiche Selbsthilfe-Vereine, die neben anderem auch auf die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ fokussieren (z. B. Österreichische Diabetiker-vereinigung). Weitere Informationen und Adressen sind auf der Homepage der **ARGE Selbsthilfe Österreich**¹⁰⁸ zu finden sowie auf den Websites regionaler Dachverbände.

¹⁰⁸ <https://www.nanes.at/> (13.3.2025)

6.5.5 Health in all Policies – Strategien und Aktionspläne

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird durch ein komplexes **Zusammenspiel individueller wie verhältnisbezogener Determinanten bestimmt** (vgl. Abschnitt 1.3). Um die Gesundheit von Kindern folglich sowohl langfristig als auch nachhaltig erhalten und fördern zu können, braucht es ein Set an abgestimmten, synchronisierten, langfristigen und themenspezifischen Maßnahmen. Sie müssen von den relevanten gesellschaftlichen Akteuren (Ministerien, Ländern, Sozialversicherungen, Sozialpartnern u. v. m.) getragen und in koordinierter und gemeinschaftlicher Weise umgesetzt werden.

Ein Ansatz, der diesem Anspruch folgt, ist „Gesundheit in allen Politikfeldern“ oder im internationalen Jargon **„Health in All Policies“** (HiAP). Dieser adressiert Schlüsseldeterminanten der Gesundheit und unterstützt – durch die verstärkte Berücksichtigung der Gesundheit in allen politischen Sektoren – eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Besonderes Augenmerk gilt dabei den spezifischen Zielen und Prioritäten der jeweiligen Sektoren, die in einem gemeinsamen Prozess – mit Fokussierung auf die Gesundheit – unter einem Dach vereint werden sollen. [291, 292]

Die in Tabelle 23 gelisteten Strategien und Aktionspläne sind dem HiAP-Ansatz verpflichtet. Sie befassen sich teils mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, teils unter Bedachtnahme auf Kinder und Jugendliche mit gesundheitsrelevanten Aspekten und versuchen so, zu einem Mehr an Gesundheit beizutragen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird nicht erhoben.

Tabelle 23: Übersicht zu kinder- und jugendgesundheitsrelevanten Strategien und Aktionspläne im Sinne des HiAP-Ansatzes

Name	Beschreibung	Verantwortlichkeit
Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie [250]	Zur nachhaltigen Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurde im Rahmen des Kindergesundheitsdialogs 2011 die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie erarbeitet. Dieser sind folgende Ziele zugrunde gelegt: • Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern • Gesundheitliche Ressourcen stärken und erhalten • Gesunde Entwicklung so früh wie möglich fördern • Gesundheitliche Risiken verringern • Sensibilität für Gesundheit in allen Politikbereichen erhöhen Unter Federführung der Koordinationsstelle Kinder- und Jugendgesundheit wird seit 2011 ein jährliches Update zu allen Maßnahmen durchgeführt, die der Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie dienen [251, 293]. Diese Erhebung findet großflächig über verschiedenste Institutionen auf Bundes- und Länderebene statt und wird regelmäßig aktualisiert.¹⁰⁹ Aktuell steht die „Gesundheitliche Chancengleichheit“ im Fokus der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie.	BMG, intersektorales Komitee zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Rahmen-Gesundheitsziele [294]	Ab Mai 2011 wurden unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und mit fachlicher Begleitung der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) erarbeitet¹¹⁰. Die zehn R-GZ sind das Ergebnis eines intersektoralen Prozesses und wurden im Sommer 2012 sowohl von der Bundesgesundheitskommission (BGK) als auch vom Ministerrat beschlossen. Die Konkretisierung der R-GZ (anhand von Wirkungszielen, Strategie- und Maßnahmenkonzepten) findet in intersektoralen Arbeitsgruppen statt. Die Umsetzung der R-GZ wird durch ein umfassendes Monitoring begleitet.	BMG, intersektorales Plenum zur Begleitung der Rahmengesundheitsziele

¹⁰⁹ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder--und-Jugendgesundheit.html> (13.3.2025)

¹¹⁰ <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> (13.3.2025)

Name	Beschreibung	Verantwortlichkeit
	R-GZ 6 widmet sich explizit der Gesundheit von Kindern, während alle anderen Gesundheitsziele entweder Rahmenbedingungen adressieren, die auch für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen relevant sind, oder aber Kinder und Jugendliche explizit thematisieren. Unabhängig vom Bildungsstatus, von der Einkommenssituation oder von den Lebensumständen soll damit die Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen verbessert werden.	
Gesundheitsförderungsstrategie [295]	Basierend auf den Rahmen-Gesundheitszielen, den Landesgesundheitszielen und der Zielsteuerung Gesundheit ist die Gesundheitsförderungsstrategie der Rahmen für die Stärkung von zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich. Sie stellt eine grundsätzliche Orientierung für alle Vertragspartner der Zielsteuerung Gesundheit sowie für alle weiteren Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsförderungsbereich dar und fungiert als Vorgabe für die Mittelverwendung der „Vorsorgemittel“ bzw. der im Rahmen der „Gesundheitsförderungsfonds“ zur Verfügung stehenden Mittel. Die inhaltliche Ausrichtung berücksichtigt unter anderem folgende, priorisierte Schwerpunkte: • Frühe Hilfen • Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten • Gesunde Schulen • Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter	BMG, Länder, Sozialversicherungen
Vorsorgestrategie	Die laut Artikel 33 geltende Vereinbarung (BGBl I 2008/105, kurz: 15a-Vereinbarung) sieht für die Finanzierung überregional bedeutsamer Vorsorgeprogramme und Maßnahmen jährliche Mittel – sogenannte Vorsorgemittel – in Höhe von insgesamt 3,5 Millionen Euro vor. 2010 wurde im Rahmen der Arbeiten der Fachgruppe Public Health / Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit Fachpersonen der Gesundheit Österreich/Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) die Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel festgelegt. Im Einklang mit der 2010 beschlossenen „Strategie zur Verwendung der Vorsorgemittel“ wurde 2014 die Strategievereinbarung aktualisiert. Angesichts existierender Prioritätensetzungen (insb.	BMG, Länder, Sozialversicherungen

Name	Beschreibung	Verantwortlichkeit
	Rahmen-Gesundheitsziele) und Vorarbeiten sowie in Abstimmung mit den inhaltlichen Vorgaben der Gesundheitsförderungsstrategie wurde von der Bundesgesundheitskommission am 30. 6. 2014 „gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Kinder und Jugendliche“ als Schwerpunktthema für die Vorsorgemittel-Periode 2015-2016 festgelegt. Als konkrete Umsetzungsmaßnahmen wurden Frühe Hilfen und Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen ausgewählt. Sowohl Frühe Hilfen als auch Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen sind in der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit als priorisierte Schwerpunkte festgelegt, für die die Vorsorgemittel verbindlich zu verwenden sind (Strategievereinbarung zum Thema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ 2014). 2011 bis 2013 waren die Vorsorgemittel dem Thema Ernährung gewidmet.	
Jugendstrategie [296]	Als laufender Prozess, der auf die Stärkung und Weiterentwicklung der österreichweiten Jugendpolitik abzielt, ist die Jugendstrategie in ganz Österreich verankert. In Anlehnung an die europäische Jugendstrategie wurden acht Handlungsfelder definiert. Gesundheit und Wohlbefinden gilt als eines dieser Handlungsfelder. Ziel der Strategie ist die Bündelung von Maßnahmen für Jugendliche sowie deren Systematisierung und die Optimierung ihrer Wirksamkeit. Problemfelder sollen aufgezeigt und Kooperationsmöglichkeiten identifiziert und genutzt werden. Wesentliches Merkmal der Strategie ist die aktive Einbeziehung von Jugendlichen und Jugendvertreterinnen/-vertretern. Die Strategie bietet zu allen Handlungsfeldern kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen. Im Bereich der Gesundheit fokussiert die Strategie auf niederschwellige Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der gesundheitlichen Vorsorge, der Aufklärung und der Prävention. Maßnahmen werden gezielt auf Bedürfnisse der Jugendlichen, auf ihre Entwicklung und Lebenssituation sowie auf die Grundsätze des Empowerments abgestimmt.	BMFJ in Kooperation mit der Bundesjugendvertretung, dem Bundesnetzwerk Österreichische Jugendinfos und dem bundesweiten Netzwerk offene Jugendarbeit, Ländern und anderen Ministerien

Name	Beschreibung	Verantwortlichkeit
Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich (CEHAPE) [297]	Der Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Europa (Children Health Environment Action Plan for Europe, CEHAPE) wurde 2004 für eine Konferenz der WHO-Umwelt- und Gesundheitsminister:innen entwickelt. 50 Länder der WHO-Eurozone haben diesen Aktionsplan beschlossen; in Österreich wird er von den Ressorts für Umwelt (BMLFUW) und Gesundheit (BMG) betreut. Übergeordnetes Ziel ist die Verbesserung der Lebenswelt für junge Menschen. Der Aktionsplan beinhaltet darauf bezogen eine Vielzahl von Sub-Zielen und verschiedene Maßnahmenvorschläge in folgenden Handlungsfeldern: • Sicherstellung der Versorgung mit sauberem Wasser und guten sanitären Verhältnissen • Unfallverhütung und Sicherstellung von ausreichender körperlicher Bewegung von Kindern durch kinderfreundliche Stadt- und Verkehrsplanung • Sicherstellung von sauberer Außen- und Innenraumluft • Verhütung von Belastungen durch gefährliche Wirkstoffe (Chemikalien, Lärm)	BMLFUW, BMG
Nationaler Aktionsplan Ernährung, NAP.e [252]	Als erste ernährungspolitische Strategie Österreichs will der NAP.e koordinierte Maßnahmen zur Änderungen des Ernährungsverhaltens sowie zur Änderung diverser Settings hervorbringen, um eine gesündere Essenswahl zu einer leichteren Entscheidung zu machen. Der NAP.e fokussiert unter anderem auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen (Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Schwangere und Stillende) sowie auf die Weiterentwicklung von Hilfsmitteln zur Informationsvermittlung und zum Empowerment. In den Mittelpunkt des Interesses rückt außerdem das Thema Gemeinschaftsverpflegung mit dem Schwerpunkt Schulverpflegung. So liegt z. B. seit 2011 die Leitlinie Schulbuffet vor, die national akkordierte Empfehlungen für das Speisen- und Getränkeangebot in Schulbuffets vorgibt¹¹¹, oder auch das Projekt „Richtig essen von Anfang an“, das in Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie der Agentur für	BMG in Kooperation mit anderen Ressorts und den Sozialversicherungsträgern

¹¹¹ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Ernahrung/Gemeinschaftsverpflegung.html> (13.3.2025)

Name	Beschreibung	Verantwortlichkeit
	Gesundheit und Ernährungssicherheit durchgeführt wird. ¹¹²	
Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b [298]	Die Förderung körperlicher Bewegung findet Niederschlag im Nationalen Aktionsplan Bewegung NAP.b. Der NAP.b baut dabei auf entsprechenden Zielsetzungen und Empfehlungen auf (R-GZ 8 bzw. den österreichischen Bewegungsempfehlungen).¹¹³ Die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wird im NAP.b im Rahmen der folgenden Ziele berücksichtigt: Ziel 10: Rahmenbedingungen für eine verstärkte bewegungsförderliche Ausrichtung von Bildungseinrichtungen schaffen. Ziel 11: Bewegungsqualität und Bewegungsumfang in der Volksschule sowie in der Sekundarstufe I und II sichern. Ziel 12: Schulsportbewerbe und bewegungsorientierte Schulveranstaltungen weiterentwickeln und ausbauen. Außerdem beinhaltet der NAP.b einen Anhang, der sich explizit mit den Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche befasst.	BMLVS, BMG in Kooperation mit der Bewegungsinitiative
Nationaler Aktionsplan Integration, NAP.I [299]	Der Nationale Aktionsplan für Integration verfolgt das Ziel, die Maßnahmen für erfolgreiche Integration von Bund, Ländern, Städten, Gemeinden, Sozialpartnern und zivilgesellschaftlichen Organisationen zu optimieren, zu bündeln und systematisch weiterzuentwickeln. Zielgruppen des NAP i sind: • die Gesamtgesellschaft, • ausländische Staatsbürger:innen, die dauerhaft in Österreich niedergelassen sind, österreichische Staatsbürger:innen, die im Ausland geboren wurden, • Menschen mit Migrationshintergrund, die dauerhaft in Österreich niedergelassen sind bzw. bereits die österreichische Staatsbürger:innenschaft besitzen, aber deren Eltern im Ausland geboren wurden. • Der NAP.I beruft sich auf mehrere Grundsätze. Einer davon ist, die sprachliche Bildung als gemeinsame Aufgabe aller an der Erziehung	BMI in Kooperation mit anderen Ressorts, Ländern, Städten, Gemeinden, Sozialversicherungspartnern, Industriellenvereinigung sowie Organisationen der Zivilgesellschaft

¹¹² <http://www.richtigessenvonanfangen.at/>

¹¹³ <https://www.bmkoes.gv.at/sport/breitensport/breiten-gesundheitssport/nap-bewegung.html> (13.3.2025)

Name	Beschreibung	Verantwortlichkeit
	beteiligten Personen und Institutionen anzusehen. Maßgebliche Bedeutung kommt dabei den Familien, Kinderbetreuungs- und Bildungsinstitutionen sowie der Zusammenarbeit von Kindergärten, Schulen und Eltern zu.	
Nationaler Aktionsplan für Menschen mit Behinderung 2012-2020 [300]	Beim nationalen Aktionsplan für Menschen mit Behinderung handelt es sich um eine Strategie zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Relevante Themen der Strategie sind Diskriminierungsschutz, Barrierefreiheit, Bildung, Beschäftigung, Selbstbestimmung, Gesundheit und Soziales. Kinder sind unter anderem als Zielgruppe dieser Strategie genannt: Kinder mit Behinderungen sollen frühzeitig gefördert werden, die individuell erforderlichen Therapien erhalten, am Angebot der öffentlichen und privaten Kinderbetreuungseinrichtungen teilhaben können (Kindergärten, Kinderhorte) und möglichst wohnortnah pädagogisch gefördert und betreut werden.	BMASK in Kooperation mit anderen Ressorts sowie Behindertenorganisationen

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.6 Umwelt

Umwelt- und Lebensbedingungen haben Einfluss auf die physische und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In diesem Kontext ist vor allem die Wohnsituation und Wohnumgebung von besonderer Bedeutung. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass sich Kinder und Jugendliche, was Exposition, Resorption, Verteilung und Ausscheidung von Umweltstoffen anbelangt, von Erwachsenen unterscheiden. Sie unterlaufen komplexe und sich verändernde Wachstumsprozesse, die besonders sensibel auf Fremdstoffe und Noxen reagieren. (vgl. [12])

Umweltbezogene Determinanten decken ein breites Feld ab (vgl. Abbildung 1). Es geht dabei um:

- Umweltbelastungen (in Bezug auf Luft, Wasser, Boden, Strahlung, Lärm, Bakterien, Viren);
- Infrastruktur: Nahversorgung, öffentliche Einrichtungen (Verwaltung, Sportanlagen etc.), Grünflächen, Verkehr und Mobilität;
- Soziale Rahmenbedingungen (politische, staatliche, gesetzliche, wirtschaftliche etc.);

- Eigenschaften und Verhaltensweisen relevanter Personen, die aber mehrheitlich in den sozialen Beziehungen zum Tragen kommen.

Daten der deutschen KiGGS-Studie bestätigen den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wohlbefinden mit der Umwelt von Kindern und Jugendlichen. So schätzen Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder schlechter ein, wenn die Familie in einer Blockbebauung ohne „grünes“ Umfeld oder in einem Hochhaus wohnt, als Eltern, die mit ihren Kindern in einer aufgelockerten Bebauung oder einem Einfamilienhaus wohnen [12].

Der EU-SILC-Fragebogen enthält drei Fragen, die die unmittelbare Wohnumgebung beschreiben. Sie können gemäß den oben genannten Dimensionen unter Umweltbelastungen und soziale Rahmenbedingungen subsumiert werden:

- Lärmbelästigung durch die Nachbarschaft oder von draußen (durch Verkehr, Gewerbe- oder Industriebetriebe);
- Luft- oder Wasserverschmutzung, Ruß oder andere Umweltprobleme wie Rauch, Staub oder Gestank verursacht durch Verkehr oder Industrieanlagen in der Wohngegend;
- Probleme durch Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus.

Laut EU-SILC-Erhebung sind rund **zehn Prozent der 0- bis 19-Jährigen in ihrer Wohngegend von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus betroffen**, rund **elf Prozent von Luft- oder Wasserverschmutzung, Ruß oder anderen Umweltproblemen**. **16 Prozent** der 0- bis 19-Jährigen sind **Lärmbelästigungen ausgesetzt** (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Kinder und Jugendliche in Wohnungen in problematischer Wohngegend, 2013

	0- bis 19-Jährige		Bevölkerung insgesamt	
	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Lärmbelästigung	287	16	1.585	19
Luft- oder Wasserverschmutzung, Ruß oder andere Umweltprobleme	195	11	920	11
Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus	180	10	948	11

Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.7 Zusammenfassung

Materielle Lebensbedingungen

- Laut EU-SILC 2013 sind in Österreich rund 18 Prozent der unter 20-Jährigen armutsgefährdet; das gilt für Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Haushalten sowie aus Haushalten mit drei oder mehr Kindern mehr als doppelt so häufig. Von dauerhafter Armut sind rund vier Prozent der Kinder und Jugendlichen gefährdet (EU-SILC 2011).
- 17 Prozent der Kinder und Jugendlichen wachsen unter finanziell deprivierten Verhältnissen auf (EU-SILC 2013).
- Manifeste Armut (Armutsgefährdung und finanzielle Deprivation) liegt bei sieben Prozent der Kinder und Jugendlichen vor (EU-SILC 2013).
- Von prekären Wohnverhältnissen (Überbelag bzw. Feuchtigkeit und Schimmel) sind zwölf bzw. 16 Prozent der Kinder und Jugendlichen betroffen.

(Aus-)Bildung

- Fast ein Drittel der 25- bis 44-Jährigen, deren Eltern maximal einen Pflichtschulabschluss haben, schafften ebenfalls maximal einen Pflichtschulabschluss; nur fünf Prozent beenden eine akademische Ausbildung. Umgekehrt erwerben rund 53 Prozent der 25- bis 44-Jährigen, deren Eltern einen Hochschulabschluss haben, einen akademischen Titel.
- 7,3 Prozent der 18- bis 24-Jährigen verfügen über keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss) und befinden sich in keiner Ausbildung.
- Österreichweit betrug die Betreuungsquote der Null- bis Zweijährigen rund 23 Prozent, die der Drei- bis Fünfjährigen rund 91 Prozent. Auf eine Betreuungsperson kamen im Durchschnitt zehn Kinder (2013/2014).

Arbeit und Beschäftigung

- Zwölf Prozent der Alleinerziehenden sind arbeitslos, 24 Prozent teilzeitbeschäftigt. Ein ebenfalls erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko weisen Eltern in Mehrpersonenhaushalten mit drei oder mehr Kindern auf.

- Im Jahr 2014 waren (laut AMS) rund 8,7 Prozent der unter 25-Jährigen arbeitslos. Mädchen (15 bis 19 Jahre) scheinen dabei einen tendenziell schwierigeren Start ins Erwerbsleben zu haben als Burschen.

Soziale Beziehungen und Netzwerke

- Von rund 1.200.000 in Österreich lebenden Kindern unter 15 Jahren wachsen rund 13 Prozent in einer Ein-Eltern-Familie auf, der Großteil davon bei ihrer Mutter (> 90 %). Werden alle Kinder berücksichtigt, die in einem Alleinerziehendenhaushalt mit Vater oder Mutter leben, so sind es 18 Prozent. Von den Paaren mit Kindern (verheiratet oder in Lebensgemeinschaft) waren im Jahr 2013 rund acht Prozent Stieffamilien.
- 84 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) fällt es (sehr) leicht, mit ihrer Mutter über Dinge zu reden, die ihnen wichtig sind. In Bezug auf den Vater gilt dies für 68 Prozent. Deutlich schlechter als zu den Vätern und Müttern wird das Gesprächsklima zu den Stiefvätern und Stiefmüttern eingeschätzt.
- Einer Studie des BMWFJ zufolge übten im Jahr 2008 rund 40 Prozent der Eltern psychische Gewalt gegen ihre Kinder aus („länger nicht mehr mit dem Kind sprechen“, „das Kind beleidigen/beschimpfen“, „das Kind niederbrüllen“). Laut PISA-Studie wurden 2009 rund zehn Prozent der Burschen und zwölf Prozent der Mädchen zweimal pro Monat oder öfter von ihren Eltern beleidigt. Körperlicher Gewalt waren neun bzw. vier Prozent der 15- und 16-Jährigen ausgesetzt.
- 99 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) verfügen in ihrem Freundschaftskreis über eine gute Freundin/einen guten Freund (rund 88 % sogar über drei oder mehr).
- 56 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen erhalten (sehr) viel Unterstützung durch ihren Freundschaftskreis, 12 Prozent (sehr) wenig.
- 81 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen berichten von sehr guten bis guten Schüler:innen-Schüler:innen-Beziehungen. Rund 70 Prozent schätzen die Lehrperson-Schüler:innen-Beziehungen als sehr gut bis gut ein.

Gesundheitsversorgung und -förderung

- Dem Gesundheitswesen stehen fünf Interventionsstrategien zur Verfügung, um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen: Prävention (inkl. Vorsorge und Früherkennung), Kuration (inkl. Rehabilitation), Langzeit- und Palliativversorgung,

Gesundheitsförderung und die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

- Im Bereich der Gesundheitsförderung spielt der Settingansatz eine zentrale Rolle. Dabei galt bisher in Bezug auf Kinder und Jugendliche das Augenmerk den Schulen und Kindergärten. Durch die Etablierung von Frühe-Hilfen-Angeboten wird nunmehr auch der Fokus auf das Familiensetting gelegt.
- In Österreich bestehen zahlreiche Früherkennungs- und Vorsorgeangebote für Kinder und Jugendliche. Über die Inanspruchnahme bzw. über die Ergebnisse dieser Untersuchungen ist allerdings wenig bekannt.
- Die Durchimpfungsraten für die MMR-Impfung lagen in Österreich in den letzten Jahren vor allem bei den Zweijährigen unter den WHO-Vorgaben. Entsprechend hohe Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps und Röteln können erst bei Schulkindern beobachtet werden.
- Kariesprophylaktische Maßnahmen sollen bereits im Kindesalter zu einem adäquaten Zahnpflegeverhalten und einer zahngesunden Ernährung führen. Besondere Bedeutung haben hierbei Gruppenprophylaxe-Programme. In Österreich werden ca. 80 Prozent der Kinder (in Kindergärten und Volksschulen) über einen Zahngesundheitsunterricht erreicht.
- Im Jahr 2013 gab es in Österreich 565 niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach). Rund 300 von ihnen hatten einen Kassenvertrag (das entspricht 25 Vertragsärztinnen/-ärzten pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre).
- Spitalsambulanzen für Kinder- und Jugendheilkunde standen an 39 Fondskrankenhäusern (FKA) zur Verfügung, kinder- und jugendchirurgische Ambulanzen an sechs FKA.
- Im Jahr 2013 wurden rund 116.000 Kinder (bis 14 Jahre) bzw. 163.000 Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre) in österreichischen FKA versorgt. Auf sie entfielen rund 161.000 bzw. 228.000 stationäre Aufenthalte. Die meisten stationären Aufenthalte wurden bei Null- bis Vierjährigen sowie bei 15- bis 19-Jährigen verzeichnet. 21 Prozent aller Aufenthalte waren Null-Tages-Aufenthalte (NTA).
- In FKA standen im Jahr 2013 rund 1.350 Spitalsbetten für Kinder- und Jugendheilkunde sowie 264 kinder- und jugendchirurgische Betten zur Verfügung. Dies entspricht einer Bettendichte von 1,1 und 0,2 Betten pro 1.000 Kinder bis 14 Jahre bzw. einer Bettenmessziffer (BMZ) von 0,16 und 0,03 Betten pro 1.000 EW. Gemessen an den Vorgaben des ÖSG liegen damit vier von neun Bundesländern unter den Minimalvorgaben für den Fachbereich der Kinder- und Jugendheilkunde, fünf von neun Bundesländern unter den Vorgaben für den Fachbereich Kinder- und Jugendchirurgie. Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde standen an 41 FKA, kinder-

und jugendchirurgische Abteilungen an sieben FKA zur Verfügung. 83 Prozent der Kinder (bis 14 Jahre) wurden auf kinderspezifischen Abteilungen versorgt.

- Laut Ärztinnen- bzw. Ärzteliste gab es 2013 31 Ärztinnen und Ärzte mit dem Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie (als Erstfach). Davon waren zehn im niedergelassenen Bereich tätig. Insgesamt gab es in Österreich 182 Ärztinnen und Ärzte mit einer Ausbildung im Sonderfach KJP bzw. mit einem Zusatzfach KJNP (100 davon im niedergelassenen Bereich, 25 als Vertragsärztinnen und -ärzte).
- Ambulante KJP-Einheiten standen im Jahr 2011 in allen Bundesländern außer Niederösterreich, Salzburg und Tirol zur Verfügung (insgesamt zwölf).
- Im Jahr 2011 erhielten rund 13.000 Personen unter 19 Jahren eine Psychotherapie (= weniger als 1 Prozent aller Kinder und Jugendlichen).
- Bundesweit gab es 2010 14 Abteilungen für KJP. Im Jahr 2012 standen rund 350 KJP-Betten zur Verfügung. Dies entspricht einer Bettenmessziffer von 0,04 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW und lag unterhalb der unteren Grenze des ÖSG-BMZ-Sollintervalls. An österreichischen KJP-Standorten wurden im Jahr 2012 rund 2.700 Patientinnen und Patienten behandelt.
- Im Jahr 2010 führten zehn Krankenhäuser Psychosomatik-Einheiten für Kinder- und Jugendliche. 2012 gab es in sechs Bundesländern PSO-Einheiten mit insgesamt 119 PSOK-Betten. Die Bettenmessziffer lag bei rund 0,014 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW und somit außerhalb des unteren ÖSG-BMZ-Intervalls. Im Jahr 2012 wurden in Österreichs PSOK-Einheiten rund 1.600 Patientinnen und Patienten behandelt.
- Für das Jahr 2008 wurde für rund 2.800 Patientinnen/Patienten (< 19 Jahre) ein Bedarf an stationärer Rehabilitation ermittelt. Bis zum Jahr 2020 wird diese Zahl – entsprechend der prognostizierten demografischen Entwicklung – etwas absinken. Für das Jahr 2020 ergibt sich daraus ein stationärer Bedarf von 343 Betten.
- Einer Palliativversorgung bedürfen in Österreich schätzungsweise 170 bis 1.700 Kinder und Jugendliche; die Versorgungssituation wird als unzureichend beschrieben. Letzteres trifft vor allem auf nicht-krebskranke Kinder und Jugendliche zu.
- In Österreich setzen sich zahlreiche Strategien und Aktionspläne – teils spezifisch, teils unter Bedachtnahme auf Kinder und Jugendliche – mit gesundheitsrelevanten Aspekten bzw. mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auseinander. Allen voran ist dies die österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie.

Umwelt

- Laut EU-SILC-Erhebung 2013 sind rund zehn Prozent der Null- bis 19-Jährigen in ihrer Wohngegend von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus betroffen, rund elf Prozent von Luft- oder Wasserverschmutzung, Ruß oder anderen Umweltproblemen. 16 Prozent der Null- bis 19-Jährigen sind Lärmbelästigungen ausgesetzt.

7 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen¹¹⁴ – über gleiche/gerechte¹¹⁵ Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen [241].

Empirische Beobachtungen zeigen, dass weder gesundheitliche Chancen noch gesundheitliche Risiken einer gerechten Verteilung folgen, sondern vielmehr in einem systematischen Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren stehen. Die Auswirkungen dieser sozialen Ungleichheit¹¹⁶ werden häufig mit dem Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ beschrieben [241, 302] und stellen mehr denn je eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar [241, 303, 304].

In der Fachliteratur wird zwischen **vertikal und horizontal verlaufenden Ungleichheiten** unterschieden. Sie teilen die Bevölkerung in ein gesellschaftliches „Oben“ und „Unten“ (meist nach Einkommen, Bildung und Berufsstatus) sowie in dazu horizontal verlaufende Lebenslagen¹¹⁷ (z. B. nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Familiengröße, Wohnort/-region und dgl. [301]) und tragen allesamt zu gesundheitlichen Unterschieden bei.

Darüber hinaus zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten (Benachteiligungen) nicht nur in einzelnen Lebensphasen, sondern über den gesamten Lebenslauf hinweg von gesundheitlicher Bedeutung sind (vgl. Beiträge in Richter and Hurrelmann) [241]. Sie entfalten von

¹¹⁴ Alter, Geschlecht, Nationalität, Hautfarbe, Religionszugehörigkeit, Sprache, Bildung, Einkommen, Vermögen, politische Orientierung, sexuelle Orientierung etc.

¹¹⁵ Diese Begriffe werden nicht synonym verstanden.

¹¹⁶ „Als soziale Ungleichheit werden gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen bezeichnet. Soziale Ungleichheiten bestehen in gesellschaftlich bedingten, relativ beständigen, asymmetrischen Verteilungen knapper, begehrter ‚Güter‘. Diese ‚Güter‘ können Ressourcen sein, das heißt Hilfsmittel autonomen Handelns wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ kann sich aber auch auf andere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie z. B. auf belastende Arbeitsbedingungen, (un)gesunde Umweltbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen.“ [301]

¹¹⁷ Als „horizontale“ Ungleichheiten werden die sozialen Vor- und Nachteile bezeichnet, die auch unabhängig von der „vertikalen“ Schichthierarchie bestehen (z. B. zwischen Männern und Frauen, migrantischer und einheimischer Bevölkerung, Ost- und Westösterreichern). [301]

Geburt an ihre Wirkung und kumulieren und potenzieren sich bis ins hohe Alter. Unterschiede, die sich bereits im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden demnach meist auch im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung und entfalten oftmals über Generationen hinweg¹¹⁸ ihre gesundheitserhaltende/-förderliche oder -schädigende Wirkung. [3, 304]

Im Fachdiskurs werden **unterschiedliche Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit** angeboten [302, 305]. Sie gehen allesamt davon aus, dass Gesundheitsunterschiede (abseits biologischer Effekte) vorrangig sozioökonomisch bedingt sind und in einem linearen Zusammenhangsgefüge entstehen (sozialer Gradient; Richter/Hurrelmann 2009). Die Erklärungsmodelle fokussieren dabei entweder auf einzelne Einflussfaktoren oder aber integrieren diese in ein komplexes Gesamtmodell. Auch die nachstehenden Befunde basieren auf einem komplexen Modell. Dieses geht davon aus, dass sozioökonomisch (also z. B. durch Geschlecht, Wohlstand, Migrationshintergrund, Bildung) bedingte gesundheitliche Ungleichheiten durch Unterschiede

- in materiellen und sozialen Lebensbedingungen (Verhältnissen),
- hinsichtlich (körperlicher und) psychischer Anforderungen und Ressourcen,
- in der Versorgung,
- im Lebensstil (z. B. im Gesundheitsverhalten)

sowie durch eine Verschränkung dieser Faktorenbündel entstehen (vgl. Abbildung 88).

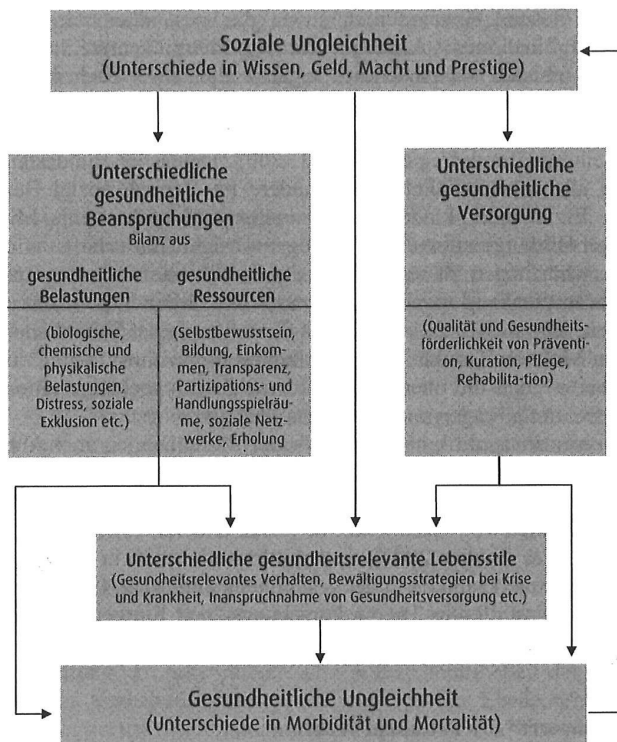
Empirische Studien haben gezeigt, dass rund 40 bis 70 Prozent der beobachteten Gesundheitsunterschiede durch diese Faktoren(bündel) erklärt werden können.

Den wissenschaftlichen Befunden ist gemein, dass Personen mit einem geringen Sozialstatus über eine schlechtere Gesundheit¹¹⁹ und Lebenserwartung, Personen mit einem hohen Sozialstatus über eine bessere Gesundheit und Lebenserwartung verfügen, und dass die Übergänge zwischen diesen Gruppen graduell verlaufen [241, 301, 302, 305].

¹¹⁸ über Bildungschancen, den Erwerb von Kompetenzen, bestimmte Belastungs- und Ressourcenkonstellationen (Wohnverhältnisse, familiäres Klima etc.), über Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, über gelernte bzw. sozialisierte Verhaltensweisen sowie über den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen etc.

¹¹⁹ mit wenigen Ausnahmen, z. B. bei Allergien und bestimmten Krebserkrankungen

Abbildung 88: Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege



Quelle und Darstellung: Rosenbrock/Kümpers [306], modifiziert nach Elkeles und Mielck 1993

7.1 Dimensionen gesundheitlicher Chancengerechtigkeit

Innerhalb des Public Health Monitoring Framework (PHMF) (vgl. Kapitel 1.3) stellt die Chancengerechtigkeit eine analytische Kategorie dar. Sie repräsentiert den Zusammenhang sowohl vertikal als auch horizontal verlaufender Schichtungsmerkmale mit gesundheitlichen Determinanten sowie mit der Gesundheit.

Eine systematische Analyse gesundheitlicher Chancengerechtigkeit kann auf Basis der HBSC-Studie vorgenommen werden. Sie erlaubt Aussagen zu geschlechts- und migrationsbedingten Unterschieden sowie zu wohlstandsbedingten Disparitäten. In den **Analysen** wird dabei auf die **2010 erhobenen HBSC-Daten** zurückgegriffen, da sie – im Vergleich zu den 2014 erhobenen HBSC-Daten – umfangreicher sind.

Das **Geschlecht** repräsentiert in diesem Zusammenhang eine soziale Kategorie, die einerseits gesellschaftlich geprägt ist und andererseits alle Lebenslagen durchdringt. Empirische Befunde belegen, dass zwischen Männern und Frauen – aber auch schon

zwischen Burschen und Mädchen – Unterschiede in der Mortalität und Morbidität bestehen [18, 236], die es auf Ebene der Determinanten zu erklären gilt.¹²⁰

Der **Migrationshintergrund** steht für biografische Veränderungen, die oftmals mit belastenden Ereignissen (Flucht, Traumatisierung, Gewalt, Verlust des sozialen Netzwerks), kulturellen Spannungen und Differenzen (z. B. hinsichtlich Lebensweise und Religion), Fragen der Integration (Sprach- und Verständigungsprobleme, eingeschränkte Rechte im Aufnahmeland) sowie mit institutionellen und interpersonellen Diskriminierungserfahrungen einhergehen. Im Rahmen der HBSC-Studie wird der Migrationshintergrund am Geburtsland der Kinder und Jugendlichen bzw. am Geburtsland der Eltern festgemacht. Kinder und Jugendliche weisen einen Migrationshintergrund auf, wenn sie entweder selbst oder aber mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde.¹²¹ Studien zeigen, dass Migrationserfahrungen sowohl für die körperliche als auch für die psychische Gesundheit von Bedeutung sind und dass dafür nicht nur individuelle, sondern auch verhältnisbezogene Faktoren verantwortlich sind [49, 308].

Der **Familienwohlstand** verweist auf den Lebensstandard von Kindern und Jugendlichen. Er wird mit Hilfe der **HBSC Family Affluence Scale** erhoben und repräsentiert ein eher grobes Maß zur Einschätzung der sozioökonomischen Lage [137]. Der Familienwohlstand errechnet sich aus vier einfachen Fragen (zur Anzahl der im Familienbesitz befindlichen Computer und Autos, zur Häufigkeit getätigter Urlaubsreisen (innerhalb der letzten 12 Monate) sowie zum Besitz eines eigenen Zimmers), die in einem Gesamtindex zusammengeführt werden. Der Index wird in drei Wohlstandsgruppen unterteilt (gering, mittel, hoch) und steht sowohl mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als auch mit Gesundheitsdeterminanten in Zusammenhang [15, 17, 18, 137].¹²²

¹²⁰ In den Analysen wurden 2.456 Burschen und 2.547 Mädchen berücksichtigt.

¹²¹ In den Analysen wurden 3.694 Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) mit 1.070 Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund verglichen.

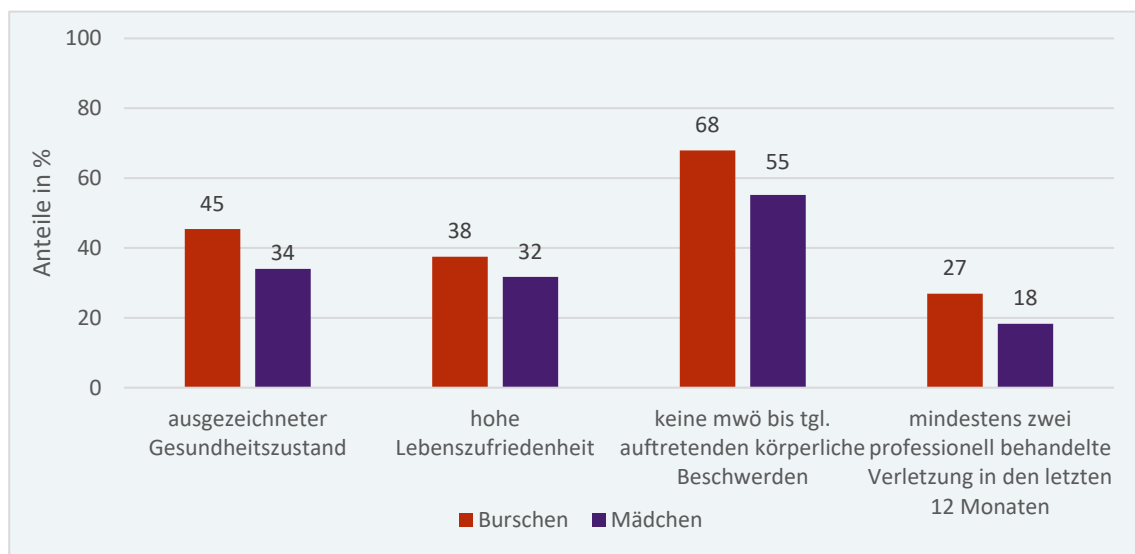
¹²² Für die nachstehenden Auswertungen wurden 408 Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit einem geringen Wohlstandsniveau und 2.468 Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit einem hohen Wohlstandsniveau berücksichtigt. Auf Vergleiche mit der mittleren Wohlstandsgruppe wurde bewusst verzichtet.

7.2 Chancengerechtigkeit auf gesundheitlicher Ebene

Gesundheit nach Geschlecht

Studienergebnisse belegen, dass Burschen über eine deutlich bessere Gesundheit berichten als Mädchen (vgl. Abbildung 89). Burschen verfügen häufiger über eine ausgezeichnete Gesundheit, berichten häufiger von einer hohen Lebenszufriedenheit und leiden deutlich seltener an mehrmals wöchentlich oder täglich auftretenden Beschwerden. Umgekehrt sind Burschen häufiger von Verletzungen betroffen, während chronische Krankheiten generell keinen eindeutigen Geschlechtsbezug aufweisen (vgl. Kapitel 4).

Abbildung 89: Gesundheitsunterschiede nach Geschlecht bei 11-, 13- und 15-Jährigen, die eine Schule besuchen, 2010



mwö = mehrmals wöchentlich; tgl. = täglich; gerundete Werte

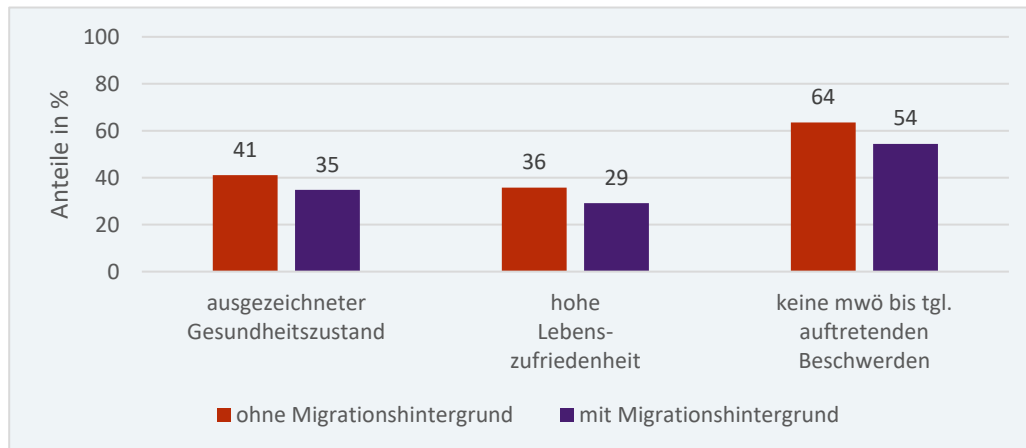
Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Gesundheit nach Migration

Migrationshintergrund steht sowohl mit selbsteingeschätzter Gesundheit und Lebenszufriedenheit als auch mit dem Auftreten gesundheitlicher Beschwerden in Zusammenhang. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen dabei einen systematisch

schlechteren Gesundheitszustand auf als Kinder und Jugendliche ohne Migrationserfahrungen (vgl. Abbildung 90). Keine Zusammenhänge finden sich für das Vorliegen chronischer Krankheiten oder für die Häufigkeit von Verletzungen.

Abbildung 90: Gesundheitsunterschiede nach Migrationshintergrund bei 11-, 13- und 15-Jährigen, die eine Schule besuchen, 2010



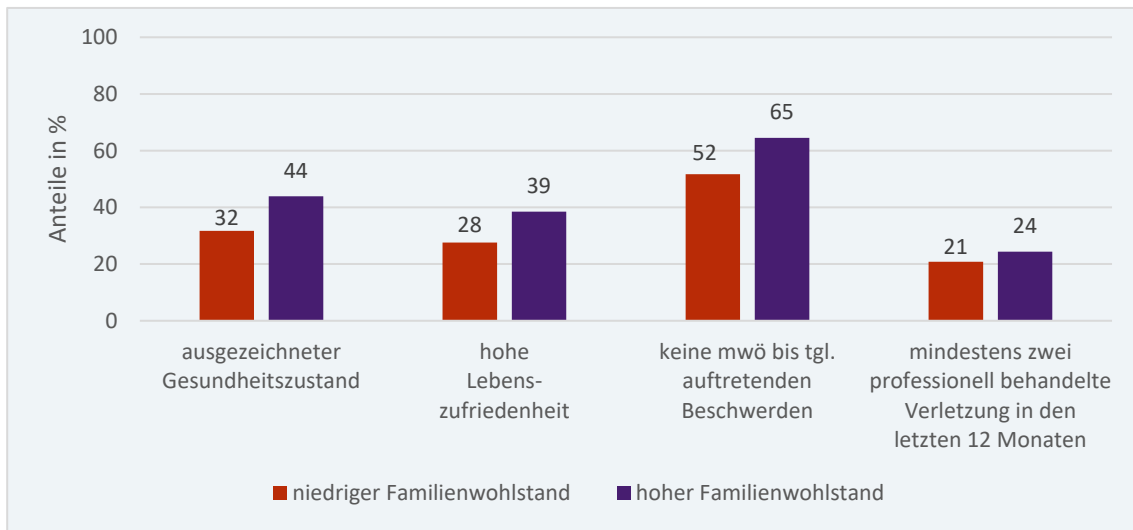
mwö = mehrmals wöchentlich; gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Gesundheit nach Familienwohlstand

Unterschiede nach Familienwohlstand zeigen sich sowohl für die selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebenszufriedenheit als auch für das Auftreten gesundheitlicher Beschwerden sowie für die Verletzungshäufigkeit. Dabei gilt (mit Ausnahme der Verletzungshäufigkeit), dass Kinder und Jugendliche aus finanziell besser gestellten Familien deutlich häufiger eine „positive Gesundheit“ berichten (vgl. Abbildung 91). Kein Unterschied nach Familienwohlstand besteht hingegen bei chronischen Erkrankungen, während Verletzungen (in ihrer Häufigkeit) zu Ungunsten der höheren Wohlstandsschicht verteilt sind.

Abbildung 91: Gesundheitsunterschiede nach Familienwohlstand bei 11-, 13- und 15-Jährigen, die eine Schule besuchen, 2010



mwö = mehrmals wöchentlich; gerundete Werte

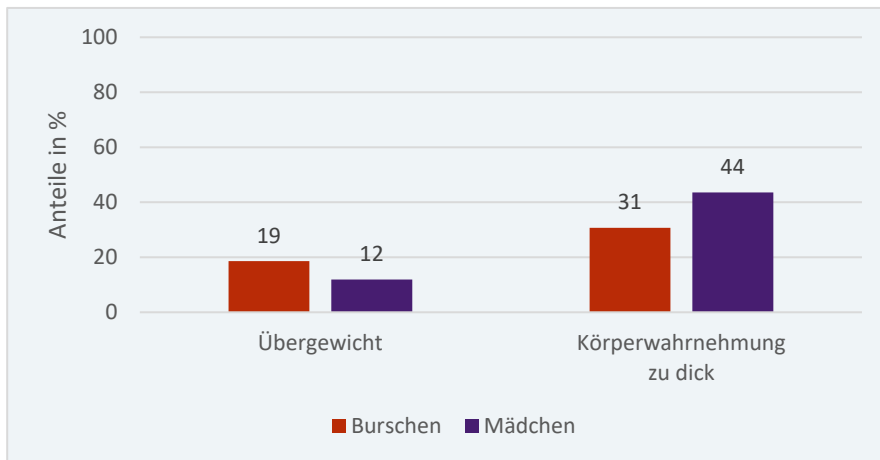
Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

7.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit auf Ebene individueller Determinanten

Individuelle Determinanten nach Geschlecht

Burschen weisen häufiger ein erhöhtes Körpergewicht, Mädchen eine ungünstigere Körperwahrnehmung auf (vgl. Abbildung 92). Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich bei Selbstwirksamkeit und Schulstress.

Abbildung 92: Körperliche und psychische Faktoren 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010

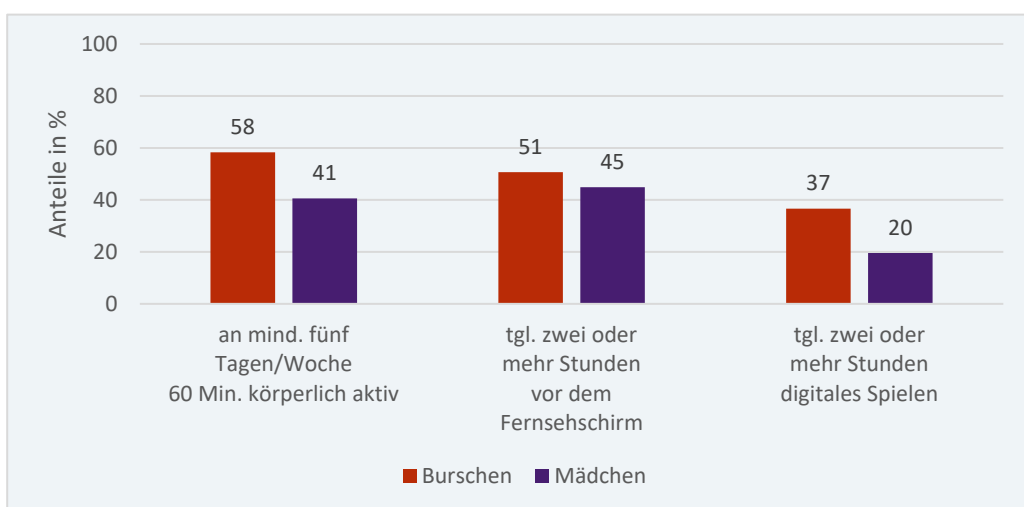


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Burschen sind häufiger körperlich aktiv und verbringen mehr Zeit mit der Nutzung elektronischer Medien (vgl. Abbildung 93). Letzteres gilt vor allem für Computerspiele, Spielkonsolen und Handy-Spiele.

Abbildung 93: Bewegung und sitzendes Verhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010

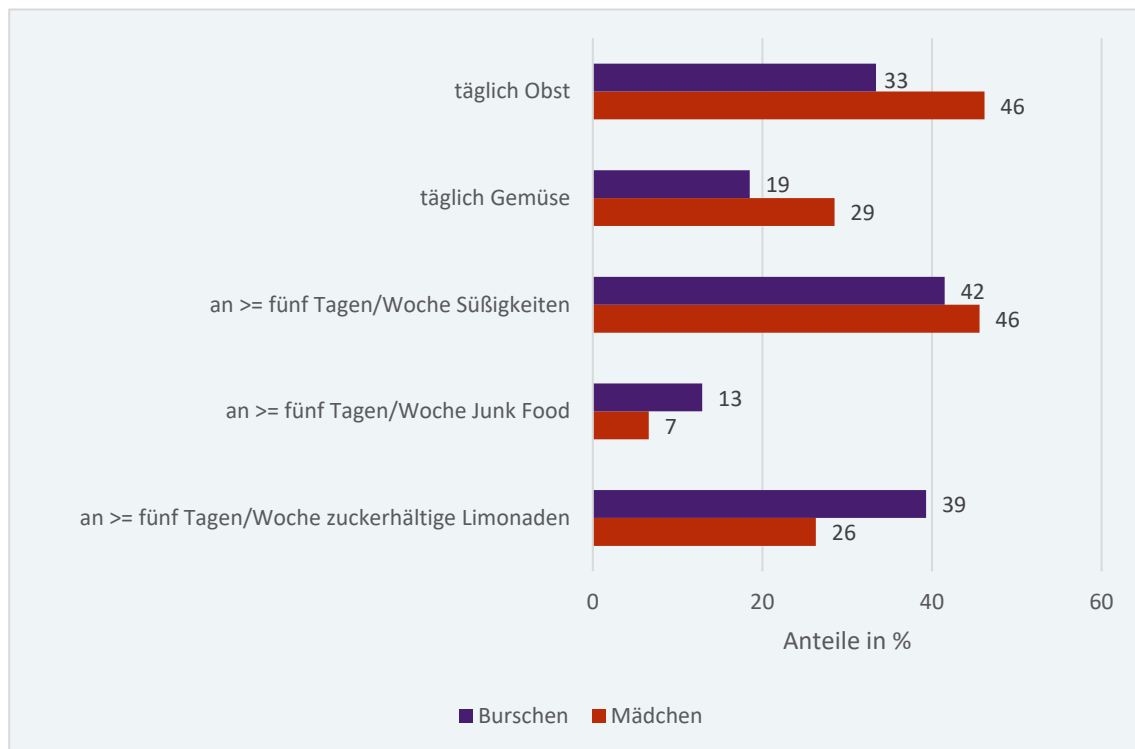


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Mädchen konsumieren häufiger Obst und Gemüse sowie Süßigkeiten, Burschen hingegen häufiger zuckerhaltige Limonaden und „Junk Food“, z. B. Pizza, Döner, Burger (vgl. Abbildung 94).

Abbildung 94: Ernährungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010

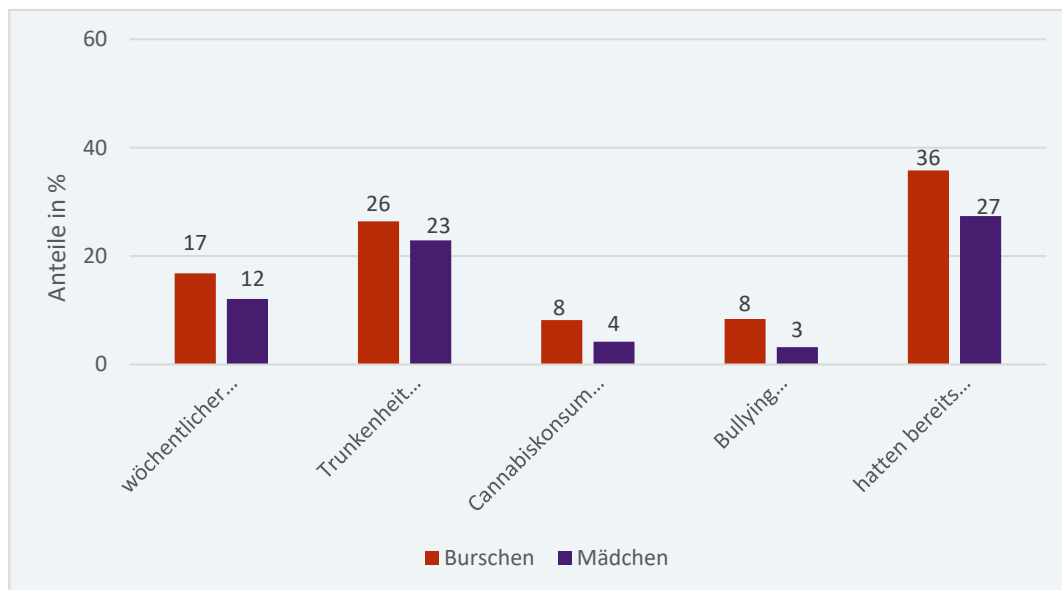


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Hinsichtlich des Tabakkonsums tendieren Burschen und Mädchen zu einem ähnlichen Konsumverhalten, unterscheiden sich jedoch, was den Alkohol- und Cannabiskonsum sowie ihr Sexual- und Gewaltverhalten anbelangt: Burschen greifen häufiger und extensiver zu Alkohol, weisen mehr Erfahrungen mit Cannabis auf, hatten häufiger bereits Geschlechtsverkehr und treten häufiger als Täter und Opfer von Bullying-Attacken in Erscheinung (vgl. Abbildung 95).

Abbildung 95: Substanzkonsum, Gewalt- und Sexualverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010



gerundete Werte

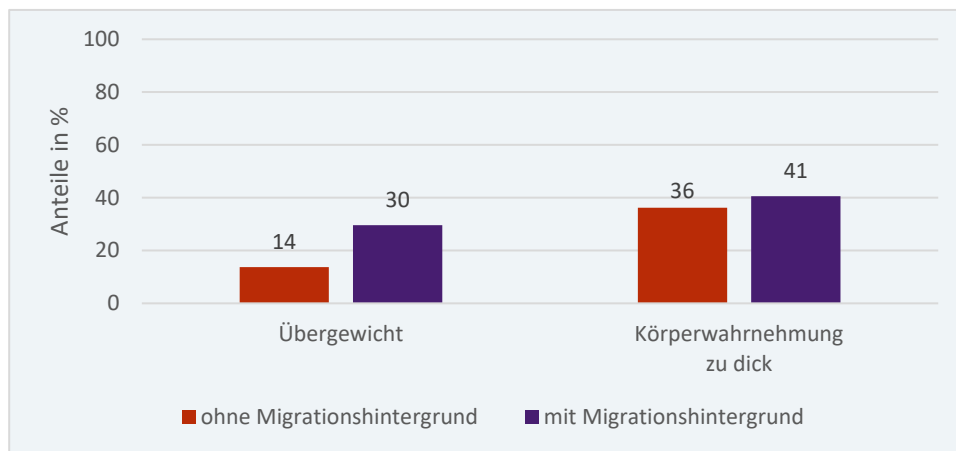
Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Individuelle Determinanten nach Migrationshintergrund

Migrationserfahrungen stehen sowohl mit einem erhöhten Körpergewicht (Übergewicht) als auch mit einer ungünstigeren Körperwahrnehmung in Zusammenhang (vgl. Abbildung 96). Generell sind deutlich mehr Kinder und Jugendliche mit ihrem Körper unzufrieden als übergewichtig.

Keine Unterschiede nach Migrationshintergrund finden sich in Bezug auf Selbstwirksamkeit und Schulstress.

Abbildung 96: Übergewicht und Körperwahrnehmung 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010

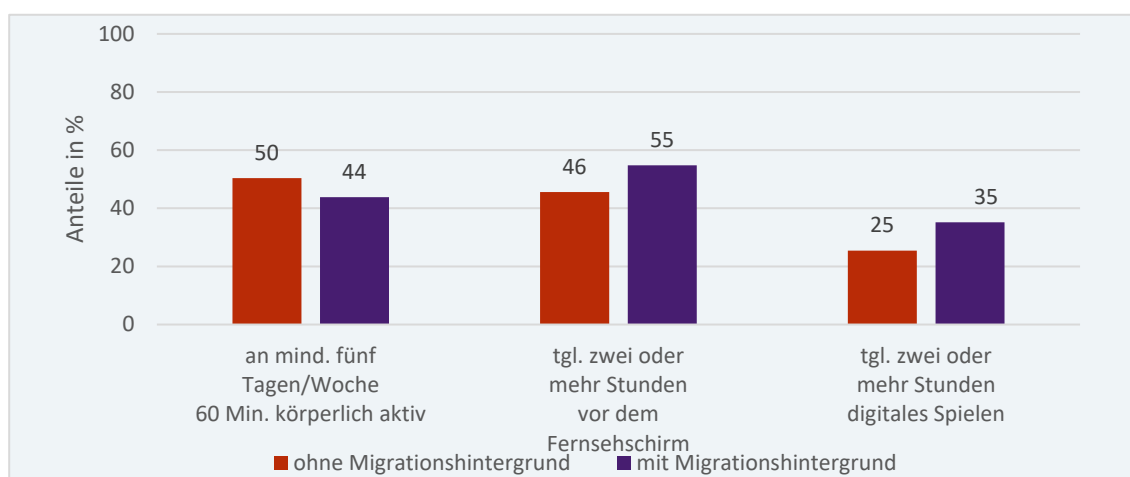


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Darüber hinaus zeigt sich, dass Schüler:innen mit Migrationshintergrund deutlich seltener körperlich aktiv sind und intensiver elektronische Medien nutzen (vgl. Abbildung 97).

Abbildung 97: Bewegung und sitzendes Verhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010

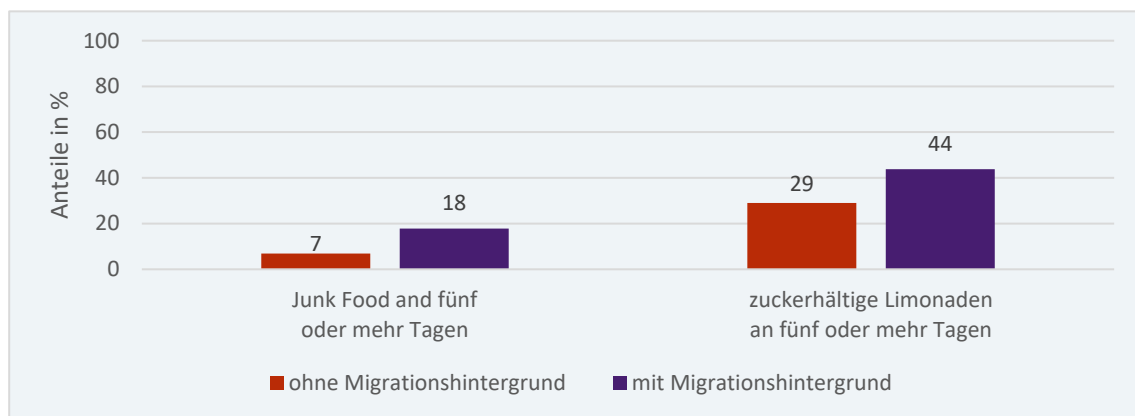


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Schüler:innen mit Migrationshintergrund tendieren zudem häufiger zu zuckerhaltigen Limonaden und „Junk Food“ (vgl. Abbildung 98), während sie bei gesundheitsförderlichen Lebensmitteln (vgl. Kap. 5.3.2) ein ähnliches Konsumverhalten aufweisen wie Schüler:innen ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 98: Ernährungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010



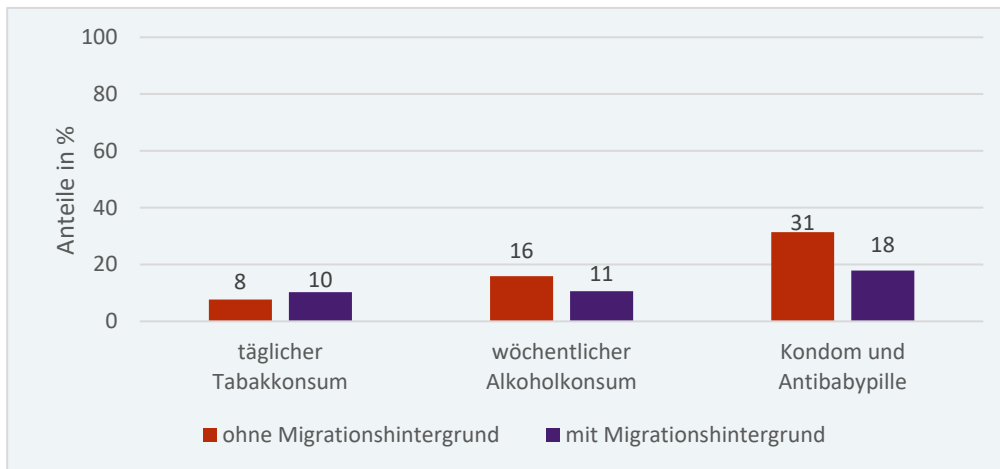
gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Während Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger zu Tabak greifen, zeigt sich beim wöchentlichen Alkoholkonsum ein umgekehrtes Bild. Keine Unterschiede zeigen sich im extensiven Alkoholkonsum, im Cannabiskonsum sowie im Gewaltverhalten.

Zudem wird ersichtlich, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund deutlich häufiger keine Verhütungsmethoden bzw. ausschließlich das Kondom zur Verhütung verwenden. Eine Kombination aus Pille und Kondom wird hingegen häufiger von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund angewendet (Abbildung 99).

Abbildung 99: Substanzkonsum und Verhütungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010



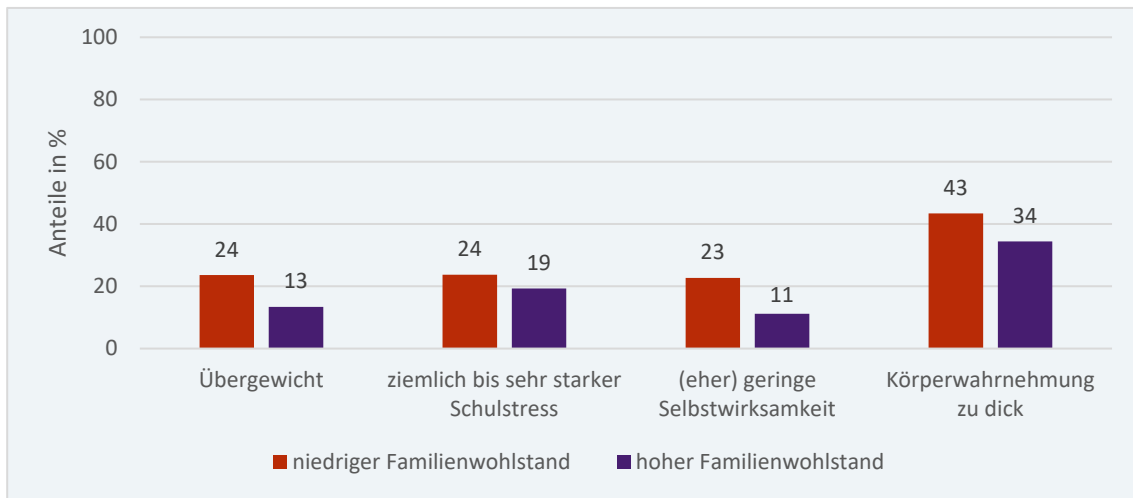
gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Individuelle Determinanten nach Familienwohlstand

Unterschiede nach Familienwohlstand zeigen sich für alle körperlichen und psychischen Faktoren. Kinder und Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien sind demnach nicht nur häufiger von Übergewicht und Schulstress betroffen, sondern weisen auch häufiger eine (eher) geringe Selbstwirksamkeit auf und empfinden sich häufiger als zu dick (vgl. Abbildung 100).

Abbildung 100: Körperliche und psychische Faktoren 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010

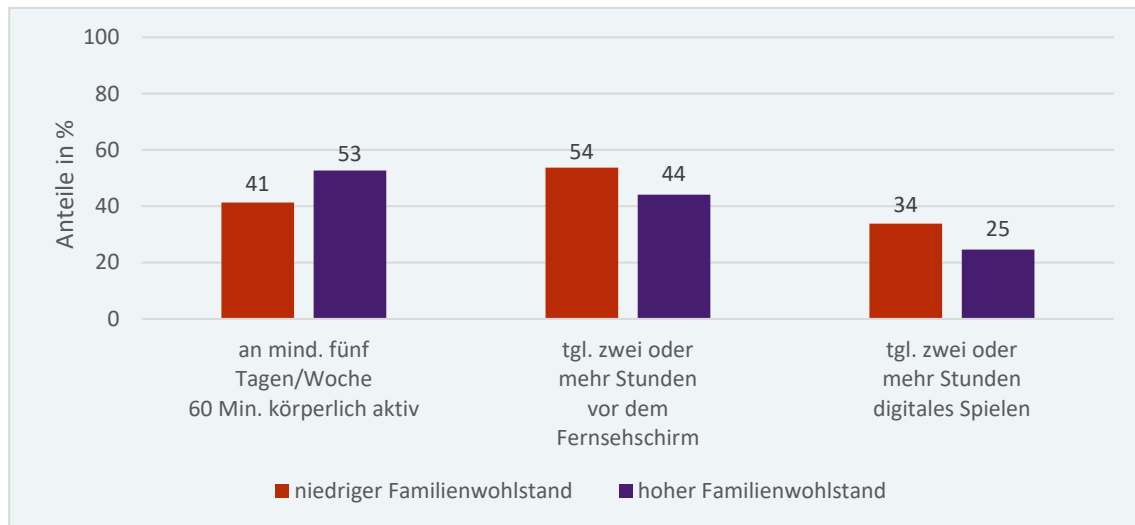


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kinder und Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien sind zudem seltener körperlich aktiv und verbringen mehr Zeit sitzend (vgl. Abbildung 101).

Abbildung 101: Bewegung und sitzendes Verhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010

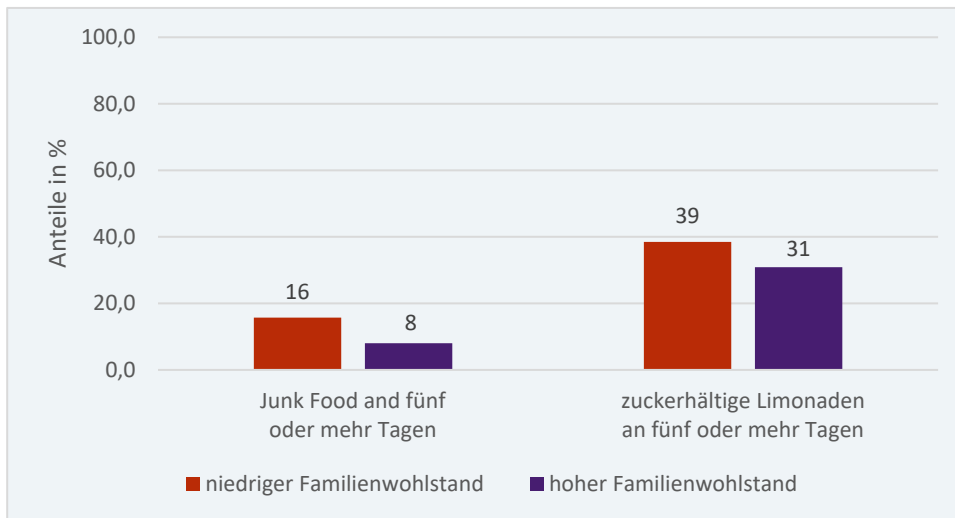


gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Darüber hinaus konsumieren Kinder und Jugendliche mit weniger Familienwohlstand häufiger weniger gesundheitsförderliche Lebensmittel, während sich beim Konsum gesundheitsförderlicher Lebensmittel (vgl. Kapitel 5.3.2) kein Unterschied zeigt (vgl. Abbildung 102).

Abbildung 102: Ernährungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010



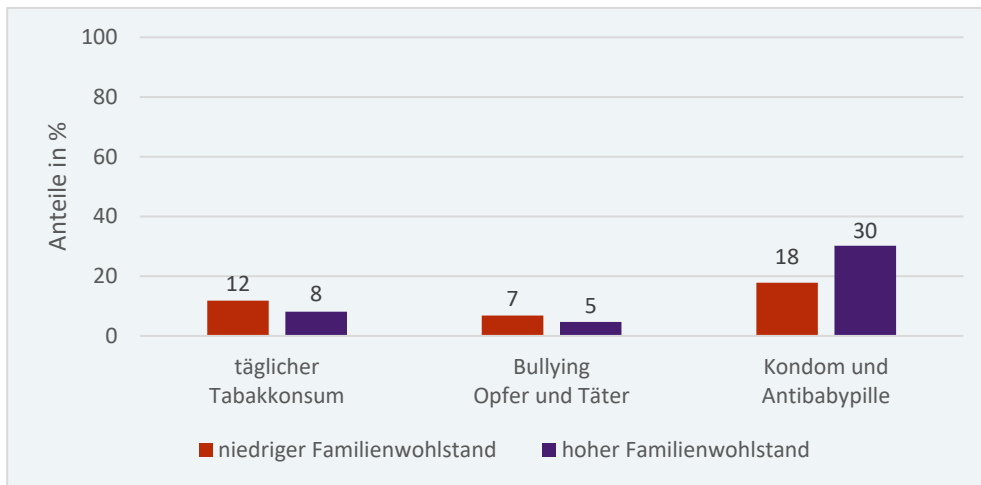
gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kinder und Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien greifen des Weiteren häufiger zu Tabak, sind in jeder Konstellation (als Opfer, als Opfer und Täter, als Täter) häufiger an Bullying-Attacken beteiligt und setzen in der Verhütung seltener auf die Kombination von Pille und Kondom (vgl. Abbildung 103).

Ohne Bedeutung erweist sich der Familienwohlstand hingegen für den Alkohol- und Cannabiskonsum.

Abbildung 103: Substanzkonsum, Gewalt- und Verhütungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

7.4 Gesundheitliche Ungleichheiten auf Verhältnisebene

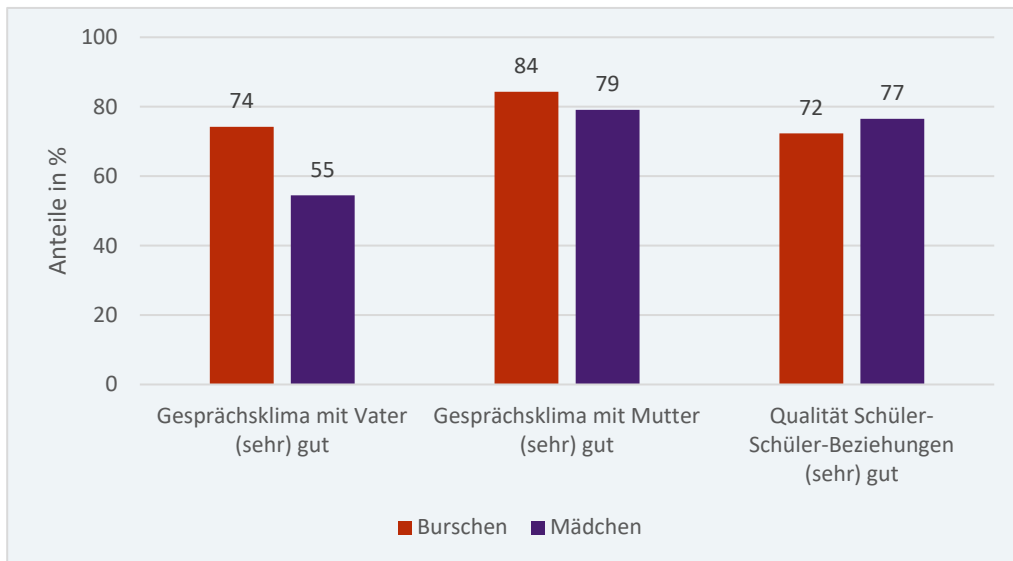
Auf der Verhältnisebene wird der Blick auf Familie und Schule gerichtet. Familie und Schule repräsentieren zwei relevante Settings für Kinder und Jugendliche einerseits und für Gesundheit andererseits und erweisen sich auch als von Schichtungsmerkmalen durchdrungen.

Familien- und Schulverhältnisse nach Geschlecht

Im Bereich „Familie“ zeigt sich, dass Burschen sowohl zu ihren Vätern als auch zu ihren Müttern häufiger ein (sehr) gutes Gesprächsverhältnis haben. Vor allem die Gesprächssituation zu den Vätern lässt dabei deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen (vgl. Abbildung 104).

Geringe Unterschiede zeigen sich hingegen im Bereich „Schule“. Dort berichten Schüler:innen etwas häufiger von (sehr) guten Schüler:innen-Schüler:innen-Beziehungen (vgl. Abbildung 104), während Lehrperson-Schüler:innen-Beziehungen von Burschen und Mädchen etwa gleich bewertet werden.

Abbildung 104: Einschätzungen zur Familien- und Schulsituation 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010



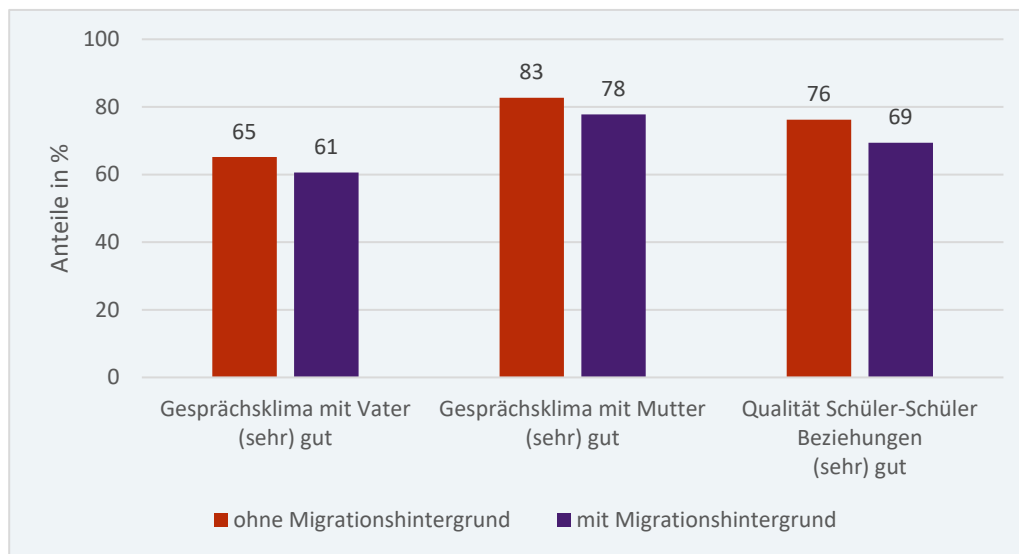
gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Familien- und Schulverhältnisse nach Migrationshintergrund

Schüler:innen ohne Migrationshintergrund berichten etwas häufiger von (sehr) guten Beziehungen zu ihren Eltern. Sie beschreiben darüber hinaus auch die Beziehungen zu ihren Mitschülerinnen bzw. Mitschülern häufiger als (sehr) gut (vgl. Abbildung 105). Keine Unterschiede zeigen sich hingegen in Bezug auf die Lehrperson-Schüler:innen-Beziehungen.

Abbildung 105: Einschätzungen zur Familien- und Schulsituation 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010



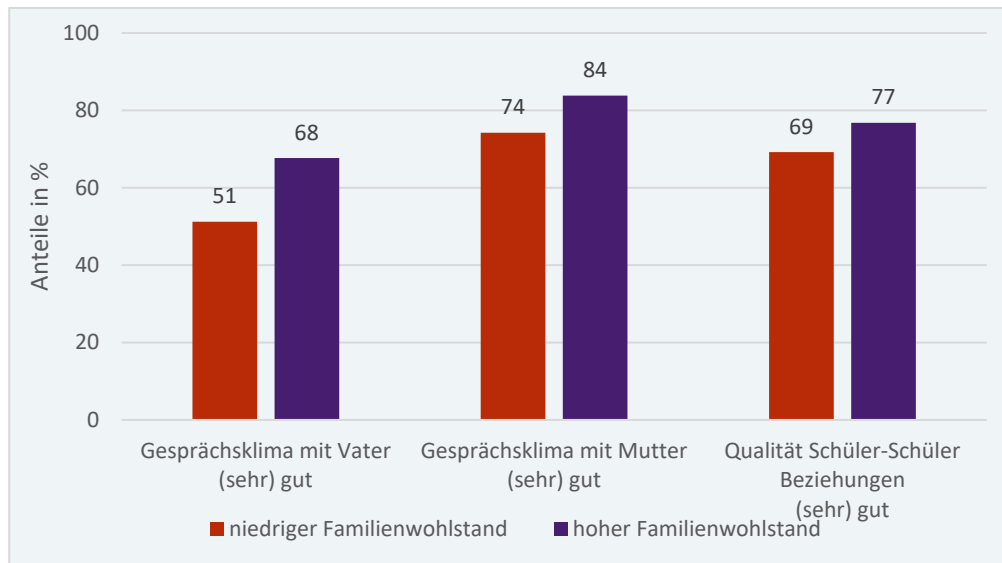
gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Familien- und Scholverhältnisse nach Familienwohlstand

Kinder und Jugendliche aus finanziell besser gestellten Familien weisen sowohl zu ihren Eltern als auch zu ihren Mitschülerinnen bzw. Mitschülern häufiger (sehr) gute Beziehungen auf (Abbildung 106). Am deutlichsten gilt dies für das Gesprächsklima mit dem Vater, das bei geringem Familienwohlstand deutlich seltener als sehr gut oder gut bezeichnet wird.

Abbildung 106: Einschätzungen zur Familien- und Schulsituation 11-, 13- und 15-jähriger nach Familienwohlstand, 2010



gerundete Werte

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010; Darstellung: GÖG/ÖBIG

7.5 Zusammenfassung

- Sowohl zwischen Burschen und Mädchen, Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund als auch zwischen Kindern und Jugendlichen mit geringem oder hohem Familienwohlstand zeigen sich deutliche Unterschiede in der Gesundheit.
- Hinsichtlich Migrationshintergrund und Familienwohlstand finden sich diesbezüglich auch stimmige Muster auf Determinanten-Ebene (Tabelle 25). Sie sollten in multivariaten Wirkungsanalysen statistisch abgesichert werden.
- Kein eindeutiges Bild zeigt sich in Bezug auf das Geschlecht. Diesbezüglich sind vermutlich vor allem Determinanten verantwortlich, die in der nachstehenden Zusammenschau nicht enthalten sind.
- Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass vor allem das Familiensetting von den Schichtungsmerkmalen durchdrungen ist. Im schulischen Setting sind diesbezüglich Unterschiede ausschließlich auf Ebene der Peer-Beziehungen, nicht jedoch auf Ebene der Lehrperson-Schüler:innen-Beziehungen sichtbar. Mit Hilfe schultypspezifischer Analysen könnten diese Befunde noch weiter abgesichert werden.

Tabelle 25: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Familienwohlstand – eine Zusammenschau

	Geschlecht		Migrationshintergrund		Familienwohlstand	
	Burschen	Mädchen	ohne	mit	hoch	gering
Gesundheit						
Selbsteingeschätzte Gesundheit	+	-	+	-	+	-
Lebenszufriedenheit	+	-	+	-	+	-
Gesundheitsbeschwerden	+	-	+	-	+	-
Verletzungshäufigkeit	-	+			-	+
Chronische Erkrankungen						
Körperliche und psychische Faktoren						
Übergewicht	-	+	+	-	+	-
Schulstress					+	-
Selbstwirksamkeit					+	-
Körperwahrnehmung	+	-	+	-	+	-
Bewegung	+	-	+	-	+	-
Sitzendes Verhalten (Nutzung elektronischer Medien)	-	+	+	-	+	-
Konsum gesundheitsförderlicher Lebensmittel	+/-	+/-				
Konsum weniger gesundheitsförderlicher Lebensmittel	+/-	+/-	+	-	+	-
Tabakkonsum			+	-	+	-
Alkoholkonsum	-	+	-	+		
Cannabiskonsum	-	+				
Sexualverhalten	-	+	+	-	+	-
Gewaltverhalten	-	+			+	-
Verhältnisse						
Gesprächsklima mit den Eltern	+	-	+	-	+	-

	Geschlecht		Migrations- hintergrund		Familien- wohlstand	
	Burschen	Mädchen	ohne	mit	hoch	gering
Qualität der Schüler:innen-Schüler:innen-Beziehungen	-	+	+	-	+	-
Qualität der Lehrperson-Schüler:innen-Beziehungen						

+ = häufiger eine bessere Gesundheit bzw. eine bessere Determinanten-Ausprägung

- = häufiger schlechtere Gesundheit bzw. eine schlechtere Determinanten-Ausprägung

+/- = sowohl als auch

grün: signifikant besser als die Vergleichsgruppe

rot: signifikant schlechter als die Vergleichsgruppe

gelb: sowohl als auch

weiß: keine signifikanten Unterschiede

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

8 Schlussbetrachtung

Demografie

In Österreich leben rund **1.700.000 Kinder und Jugendliche** im Alter von 0 bis 19 Jahren. In Summe entspricht dies einem Bevölkerungsanteil von rund **20 Prozent**, wobei dieser seit den 1970er Jahren kontinuierlich abgenommen hat.

Knapp **15 Prozent** aller in Österreich lebenden Kinder (bis 14 Jahre; rund 100.000) besitzt eine **ausländische Staatsbürgerschaft**. Mit rund 47 Prozent stammen die meisten von ihnen aus EU-Staaten, aus dem EWR oder der Schweiz. Einen **Migrationshintergrund** (definiert als beide Elternteile stammen aus dem Ausland) weisen **rund 276.000 Kinder** auf.

Die Zahl der **0- bis 14-Jährigen mit Migrationshintergrund** ist in den vergangenen Jahren **gestiegen**. Dies ist auch für die Gesundheitspolitik relevant, da Kinder und Jugendliche mit einem Migrationshintergrund nicht nur häufiger von gesundheitlichen Problemen betroffen sind, sondern auch im Bereich der Gesundheitsdeterminanten deutlich schlechter abschneiden.

Geburt

Fertilität und Geburtenrate

In Österreich finden jährlich¹²³ rund 80.000 Geburten statt. Die **Geburtenrate** lag im Jahr 2014 bei **9,6** Lebendgeborenen pro 1.000 EW und damit deutlich unter den Raten anderer europäischer Länder (z. B. Irland, Frankreich, Schweden, Dänemark, Niederlande, Slowenien, Schweiz). Prognosen sagen voraus, dass die Geburtenrate weiter sinken wird, womit sich der anhaltende Abwärtstrend weiter fortsetzt.

Die **Gesamtfertilitätsrate** (durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau) lag 2013 bei **1,44** und damit ebenfalls deutlich unter den Raten anderer europäischer Länder (siehe oben). Sie

¹²³ seit der Jahrtausendwende

fiel bei Frauen ohne österreichische Staatsbürgerschaft deutlich höher aus und wird (Prognosen zufolge) bis 2030 wieder leicht ansteigen.

Art und Ort der Entbindung

Die meisten Kinder in Österreich werden in einem Krankenhaus geboren. Rund **30 Prozent** aller Kinder kommen mittels **Kaiserschnitt** auf die Welt, 64 Prozent im Zuge einer Spontangeburt. Die Kaiserschnitttrate in Österreich liegt deutlich über dem europäischen Durchschnitt und hat seit den 1990er Jahren kontinuierlich zugenommen. Im Notfall unentbehrlich, wird ein Kaiserschnitt jedoch oftmals zur besseren Planbarkeit einer Geburt oder aber aufgrund von Ängsten gegenüber einer normalen Geburt gewählt. Die WHO sieht diese Entwicklung sehr kritisch und rät, den Anteil von Kaiserschnittgeburten auf 10 bis maximal 15 Prozent zu senken. Dieser Aufgabe hat sich auch der Oberste Sanitätsrat angenommen und befasst sich mit der Erarbeitung von Empfehlungen, die ein weiteres Ansteigen der Kaiserschnitttrate verhindern soll¹²⁴.

Gebäralter, Frühgeburten, Mehrlingsgeburten, Fehlbildungen und IVF

Das **durchschnittliche Gebäralter** lag im Jahr 2014 bei 30,5 Jahren. Über die Jahre hinweg ist ein Anstieg im Gebäralter zu erkennen, der sich beispielsweise im Anteil der über 30-jährigen Gebärenden abzeichnet. Mit zunehmendem Alter steigt damit auch das Risiko einer Frühgeburt sowie von Fehlbildungen. Gebärende im Teenageralter wurden im Jahr 2014 bei rund 1.700 Lebendgeburten dokumentiert, wobei sich diesbezüglich ein rückläufiger Trend zeigt.

Jede zwölfte Geburt war im Jahr 2014 eine **Frühgeburt**. Dies entspricht einem Anteil von **8,0 Prozent** und damit einem tendenziellen Rückgang seit 2008. Da Frühgeburten sowohl mit einem erhöhten Erkrankungs- und Sterberisiko als auch mit einem erhöhten Risiko späterer Gesundheits- und Entwicklungsprobleme einhergehen, sollten weiterführende Anstrengungen zur Senkung der Frühgeburtenrate unternommen werden.

Im Jahr 2014 kamen rund 2.600 Kinder aus **Mehrlingsgeburten** zur Welt. Dies waren rund 3,2 Prozent aller Kinder, wobei seit den 1990er Jahren ein Anstieg von Mehrlingsgeburten zu verzeichnen ist.

¹²⁴ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Oberster-Sanitaetsrat.html> (13.3.2025)

Fehlbildungen wiesen im Jahr 2013 rund 0,3 Prozent aller Lebendgeborenen auf (206 Kinder), der Trend ist rückläufig. Zu den häufigsten Fehlbildungen zählen jene des Muskel-Skelett-Systems und Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten.

Die Anzahl der **In-vitro-Fertilisationsversuche** (IVF) steigt in Österreich kontinuierlich an. So wurden im Jahr 2013 rund 2.000 IVF-Geburten registriert. Dies entspricht 2,6 Prozent aller Geburten im Jahr 2013. 14 Prozent der IVF-Geburten sind **Mehrlingsgeburten**, tendenziell sinkt dieser Anteil jedoch. Weil komplexe Schwangerschaften wie Mehrlingsschwangerschaften Risiken implizieren, wird bei IVF zunehmend versucht, weniger Follikel einzupflanzen, um so zu einer Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaft beizutragen.

Gesundheitliche Situation

Selbstberichtete Gesundheit und Lebenszufriedenheit

Die Beurteilung der **eigenen Gesundheit** sowie der eigenen **Lebenszufriedenheit** hat einen hohen Vorhersagewert für den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen. Diesen Indikatoren zufolge verfügen rund **40 Prozent** der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) über eine **ausgezeichnete Gesundheit** bzw. **43 Prozent** über eine **hohe Lebenszufriedenheit**. Rund 13 bzw. 11 Prozent der Befragten schätzen ihre Gesundheit bzw. Lebenszufriedenheit hingegen problematisch ein.

Zahngesundheit

Gemäß dem WHO-Ziel 2020 sollten mindestens 80 Prozent der Sechsjährigen kariesfrei sein. Die Erreichung dieses Ziels scheint in Österreich allerdings noch fraglich. Derzeit sind rund 52 Prozent der Sechsjährigen frei von Karies. Bei den 12- und 18-Jährigen sind hingegen die WHO-Ziele bereits erreicht.

Beschwerden und Erkrankungen

Österreichs Kinder und Jugendliche (11, 13 und 15 Jahre) sind zu **58 Prozent beschwerdefrei**. Zu ihren häufigsten Beschwerden zählen Einschlafschwierigkeiten, Kopfschmerzen, Gereiztheit, Nervosität, Rückenschmerzen sowie Niedergeschlagenheit.

16 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11-, 13- und 15-Jährige) wiesen eine **chronische Erkrankung** auf.

Jährlich erkranken in Österreich rund 265 Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre) an **Krebs**. Zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Kindern zählen maligne Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, wobei Burschen tendenziell häufiger an Krebs erkranken als Mädchen. Während die Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen leicht zunimmt, lässt sich bei der Sterblichkeit ein Rückgang aller Altersgruppen verzeichnen.

Von **Diabetes** mellitus sind rund 0,1 Prozent der 0- bis 14-Jährigen betroffen (Tendenz steigend). Dies entspricht einer Rate von rund 100 Kindern pro 100.000 dieser Altersgruppe (vorrangig Typ-1-Diabetes).

Atopische Erkrankungen wie z. B. Asthma, Heuschnupfen oder Neurodermitis weisen – laut einer niederösterreichischen Studie – rund 18 Prozent der 6- bis 7- und 12- bis 14-Jährigen auf. Oberösterreichischen Ergebnissen zufolge kann eine Zunahme dieser Erkrankungen angenommen werden. Österreichweite Trends sind allerdings noch nicht bekannt.

Ebenfalls im Steigen begriffen sind **psychische Erkrankungen** (zumindest auf Basis der Krankenhaushäufigkeit). Männliche Kinder und Jugendliche sind geringfügig häufiger von psychischen bzw. verhaltensbedingten Störungen betroffen als weibliche. Bei einem Viertel der gestellten Diagnosen handelt es sich um „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“, bei einem Fünftel um „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. 16 Prozent der Diagnosen entfallen auf „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“. Umfassende Daten (aus epidemiologischen Studien oder Registern) fehlen jedoch.

Dürftig ist die Datenlage auch zur Häufigkeit von Essstörungen. Weil extreme Fälle von Essstörungen stationär behandelt werden, ist bekannt, dass seit der Jahrtausendwende durchschnittlich 686 Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre) aufgrund einer Essstörung in stationärer Behandlung waren (ein klarer Trend ist nicht erkennbar). In den meisten Fällen handelte es sich dabei um eine „Anorexia nervosa“. Insgesamt wurden dabei weibliche Jugendliche mehr als achtmal so häufig aufgrund einer Essstörung stationär versorgt als Burschen. Als mögliche Ursachen von Essstörungen werden gesellschaftliche Schönheits-

und Schlankkeitsideale, innerfamiliäre Probleme, familiär-emotionale Disharmonien, Perfektionismus, ein geringes Selbstwertgefühl sowie Identitätsprobleme diskutiert.

Suizidale Handlungen sind bei Kindern und Jugendlichen seit den 1980er Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Nach wie vor ist die Suizidrate jedoch bei 15- bis 19-jährigen Burschen besonders hoch. Da Suizidversuche oftmals das Resultat psychischer Erkrankungen oder Instabilität sind und im akuten Konflikt geschehen, fällt der Prävention psychischer Erkrankungen auch aus Suizidpräventionsperspektive eine bedeutende Rolle zu.

Entwicklungsverzögerungen

Leistungsdefizite in den Bereichen Sprache und Sprechen, Motorik und schulische Fähigkeiten können als Entwicklungsverzögerungen (umschriebene Entwicklungsstörungen) zusammengefasst werden. Da jedoch bundesweite Daten fehlen, können Aussagen zur Häufigkeit nur auf Basis lokaler und regionaler Datenkörper getroffen werden. Ihnen zufolge sind rund 7 bis 11 Prozent der Vier- bis Fünfjährigen von **umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache**, rund 6 bzw. 15 Prozent der Sechs- bis Zwölfjährigen von **umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten** und rund 25 Prozent der Vier- bis Fünfjährigen bzw. je 16 Prozent der Sechs- und Achtjährigen von umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen betroffen. Zur Verbesserung der Datensituation sollte vor allem den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie den Kindergartenuntersuchungen mehr Aufmerksamkeit zuteilwerden. Während die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bundesweit geregelt und im Arbeitsprogramm der österreichischen Regierung fest verankert sind, variieren die Kindergartenuntersuchungen noch erheblich (in Umfang und Methodik) zwischen den Bundesländern.

Behinderungen

Behinderungen sind das Ergebnis eines dynamischen Prozesses, in dem geschädigte/beeinträchtigte Körperstrukturen/-funktionen und kontextuelle Faktoren zusammenspielen. Der Begriff ‚Behinderung‘ ist somit kein ausschließlich medizinischer Begriff, sondern die Beschreibung einer Normabweichung, die durch gesundheitliche Einschränkungen sowie durch physische und soziale Barrieren entsteht.

Im Falle einer erheblichen körperlichen oder geistigen Behinderung wird in Österreich eine **erhöhte Familienbeihilfe** gewährt. Dies trifft auf rund 4,4 Prozent aller Familienbeihilfebezieher:innen zu (rund 76.000 Menschen; Tendenz steigend). **Pflegegeld** wurde für rund 12.000 Kinder und Jugendliche (<20 Jahre) gewährt.

Verletzungen

Aufgrund einer Verletzung wurden im Jahr 2014 rund 41 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen ärztlich oder pflegerisch behandelt (17 Prozent sogar zweimal oder öfter).

Burschen verletzten sich dabei etwas häufiger als Mädchen, 13- und 15-Jährige etwas häufiger als 11-Jährige.

Verletzungen und Vergiftungen sind der häufigste Grund für eine stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dies betrifft mehrheitlich Burschen, Kinder zwischen 0 und 4 Jahren und Jugendliche zwischen 15 bis 19 Jahren. Rund ein Drittel der stationär versorgten Verletzungen und Vergiftungen entfiel dabei auf Kopfverletzungen, rund 48 Prozent waren durch Unfälle im privaten Bereich bedingt (exkl. Sportunfälle). Die Anzahl stationär versorgter Verletzungen und Vergiftungen hat in den letzten Jahren tendenziell abgenommen. Das Fehlen ambulanter Diagnosedokumentationen verhindert allerdings weiterführende Aussagen zur Prävalenz von Verletzungen.

Sterblichkeit

Die **Sterblichkeit** von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ist im Zeitverlauf als rückläufig zu bezeichnen (dies gilt z. B. für tödliche Verletzungen und Vergiftungen). Die häufigsten Todesursachen von Kindern und Jugendlichen waren „**Verletzungen und Vergiftungen**“, „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“, „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ sowie „Neubildungen“ und „Krankheiten des Nervensystems“. Die Sterblichkeit der männlichen Kinder und Jugendlichen ist dabei in allen Altersgruppen höher als die der weiblichen. In der Periode 2005–2014 starben zweieinhalbmal so viele Burschen wie Mädchen (15- bis 19-Jährige).

Individuelle Determinanten der Gesundheit

Körperliche Faktoren

Der Gewichtsstatus von Kindern und Jugendlichen gibt Auskunft über das Verhältnis von Körpergröße und -gewicht und erlaubt Aussagen zu Unter-, Normal- und **Übergewicht**. In Österreich liefern vor allem die HBSC-Studie, der Österreichische Ernährungsbericht und die Stellungsdaten Ergebnisse zum Gewichtsstatus. Diesen Ergebnissen zufolge kann der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher – je nach Altersgruppe – auf rund **13 bis 28 Prozent** geschätzt werden, wobei in allen Altersgruppen Burschen häufiger übergewichtig sind als Mädchen. Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dies ist insofern besorgniserregend, als Übergewicht und Adipositas die Wahrscheinlichkeit körperlicher und psychischer Erkrankungen erhöhen (Asthma, Typ-2-Diabetes, Depressionen, etc.) und das allgemeine Wohlbefinden verringern.

Psychische Faktoren

83 Prozent der österreichischen Kinder und Jugendlichen fühlen sich durch die Schule belastet, jede:r Fünfte sogar ziemlich oder sehr belastet. Über die Jahre hinweg ist dieser Anteil weitgehend konstant geblieben, wobei Burschen und Mädchen etwa gleich häufig davon betroffen sind.

Die Fähigkeit, alltägliche Probleme bewältigen bzw. lösen zu können (auch **Selbstwirksamkeit** genannt), wird von rund 86 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11-, 13- und 15-jährige) als (eher) hoch eingeschätzt. Rund **14 Prozent** bewerten diese als **eher gering bis gering**. Grundsätzlich entsteht Selbstwirksamkeit aufgrund eigener Erfolgserfahrungen, beobachteter Bewältigungserfolge sowie auf Basis von Feedback und verbalen Ermutigungen. Kinder und Jugendliche sollten deshalb vermehrt in gesellschaftliche Prozesse (Erziehung, Bildung etc.) involviert sein, die derartige Erfahrungen ermöglichen und forcieren.

39 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) **empfinden ihren Körper als zu dick**. Dies betrifft vor allem Mädchen und ältere Jugendliche, wobei diese – laut BMI – zum Großteil unter- oder normalgewichtig sind. Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass die positive Wahrnehmung des Körpers (das Gewicht ist gerade richtig) über die Jahre

hinweg abgenommen hat. Dies gilt vor allem für die 11- und 15-Jährigen. Da die Wahrnehmung des eigenen Körpers mit dem Auftreten von Essstörungen, mit dem Konsum von Suchtmitteln und einem eingeschränkten Wohlbefinden in Zusammenhang steht, gilt es, diese Problematik in ihrer Ursächlichkeit zu reduzieren.

In einer österreichweiten Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die **Gesundheitskompetenz** von 15-jährigen Schüler:innen in **58 Prozent** der Fälle als **limitiert** (d. h. problematisch bis unzureichend) anzusehen ist. Da die Gesundheitskompetenz das Wissen, die Motivation und die Kompetenz umfasst, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, scheint hier ein enormer Handlungsbedarf zu bestehen.

Gesundheitsverhalten

Das empfohlene **Bewegungsausmaß** von mindestens einer Stunde moderater bis intensiver körperlicher Bewegung täglich erreichen in Österreich nur 24 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen (Burschen und jüngere Schüler:innen häufiger als Mädchen und ältere Schüler:innen). Das Ausmaß körperlicher Aktivitäten blieb in den vergangenen Jahren weitgehend konstant. Vor den Fernsehschirmen sitzen Österreichs Kinder und Jugendliche (11, 13 und 15 Jahre) rund 2,2 Stunden täglich. Computerspiele, Handyspiele und/oder Spielkonsolen werden täglich im Ausmaß von rund 1,9 Stunden genutzt. Zum E-Mailen, Chatten, Internetsurfen, Programmieren und/oder für Hausübungen sitzt Österreichs Jugend rund 2,0 Stunden pro Tag vor den Computerschirmen. Da eine Parallelnutzung dieser Medien nicht ausgeschlossen werden kann, können diese Angaben vorerst nur für sich und nicht additiv betrachtet werden. Burschen weisen insgesamt ein intensiveres Nutzungsverhalten auf als Mädchen, ältere Jugendliche eine intensivere Nutzung als jüngere.

Stillen als beste Form der **kindlichen Ernährung** wird von der WHO vor allem für die ersten sechs Lebensmonate eines Kindes empfohlen. Die Vorteile des Stillens sind dabei sowohl für Kinder als auch für Mütter unzählig, nichts desto trotz beträgt die durchschnittliche Stilldauer in Österreich nur 4,8 Monate, wobei nur ein geringer Prozentsatz voll stillt. Wie in Deutschland lässt sich auch in Österreich ein Zusammenhang mit dem Rauchverhalten der Mütter, ihrem Lebensalter, dem Geburtsverlauf sowie einem niedrigen Bildungsstatus feststellen.

Das **Ernährungsverhalten** eines Kindes ist ein bedeutsamer Faktor für das Ernährungsverhalten im späteren Erwachsenenalter. Ein ungesundes Ernährungsverhalten steht in Zusammenhang mit ungünstigen Auswirkungen auf die psychische und kognitive Entwicklung und kann sowohl unmittelbar wie auch langfristig zu Gesundheitsproblemen führen. Die Ergebnisse des Österreichischen Ernährungsberichtes zeigen, dass die Ernährung der 7- bis 12-Jährigen weitgehend bedarfsgerecht, bei den 13- bis 14-Jährigen hingegen von zu vielen Fetten und zu wenigen Kohlenhydraten gekennzeichnet ist. Die Nahrung der Kinder und Jugendlichen enthält zu wenig Ballaststoffe, Vitamin D, Calcium, Eisen, Folat und Jod. Der Konsum von Salz ist hingegen zu hoch.

Laut HBSC-Studie nimmt der Konsum gesundheitsförderlicher Lebensmittel mit dem Alter kontinuierlich ab. Umgekehrt nimmt der Konsum von zuckerhaltigen Limonaden mit dem Alter zu, wobei Burschen häufiger zuckerhaltige Limonaden und „Junk Food“ konsumieren, Mädchen häufiger Obst, Gemüse und Süßigkeiten. Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass der Konsum von Obst, Gemüse und Süßigkeiten zwischen 2006 und 2014 zugenommen hat, während der Konsum von zuckerhaltigen Limonaden zwischen 2010 und 2014 erfreulicherweise gesunken ist.

Im Jahr 2014 gaben rund 19 Prozent der 15-jährigen Mädchen und rund 23 Prozent der gleichaltrigen Burschen an, schon einmal **Geschlechtsverkehr** gehabt zu haben. Rund 81 Prozent haben bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr mithilfe eines Kondoms verhütet (39 % in Kombination mit einer Antibabypille, 12 % in Kombination mit einer anderen Methode, 30 % ausschließlich mit dem Kondom). Fünf Prozent verhüteten nicht. Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie zum Verhütungsverhalten lassen Anwendungsprobleme bei der Einnahme der Pille (bei rund 53 % der 16- und 20-Jährigen) bzw. Probleme bei der Kondom-Anwendung erkennen (bei rund 30 %). Die „Pille danach“ besorgten sich 2012 rund 21 Prozent der 16- bis 20-Jährigen. Drei Prozent gaben an, bereits ungewollt schwanger gewesen zu sein. Die Stichprobe, die dieser Altersgruppe hinterlegt ist, ist allerdings sehr klein.

Die Gründe, warum Kinder und Jugendliche zu **Zigaretten** greifen, sind vielfältig: Das Gefühl des Erwachsenseins, zur Stressbewältigung oder zur Gewichtskontrolle sind nur einige davon. Familiäre Faktoren spielen in diesem Kontext ebenso eine wichtige Rolle wie das „gesamtgesellschaftliche“ Umfeld. In Österreich haben bereits 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) Erfahrungen mit Zigaretten. Rund jede:r zweite Jugendliche geht über dieses Probierverhalten hinaus. Da bekannt ist, dass Personen, die frühzeitig zu rauchen beginnen, später häufiger zu den stark Rauchenden gehören und

auch seltener wieder zu rauchen aufhören, kommt vor allem dieser Gruppe eine besondere Bedeutung in der Tabakprävention zu. Der Anteil täglich bzw. wöchentlich Rauchender nimmt mit dem Alter deutlich zu. Über die Jahre hinweg hat der Anteil täglich rauchender Jugendlicher (bei den 15-Jährigen) abgenommen.

Alkohol trinken – laut HBSC-Studie – rund 7 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) einmal wöchentlich oder öfter. Der regelmäßige Konsum von Alkohol steigt dabei sprunghaft zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr an, wobei für alle Altersgruppen gilt, dass Burschen regelmäßiger zu Alkohol greifen als Mädchen. Schon einmal betrunken waren bereits 10 Prozent der 15-Jährigen (Burschen häufiger als Mädchen). Seit 2002 ist der Anteil regelmäßig trinkender Jugendlicher kontinuierlich gesunken. Dies ist erfreulich, da ein übermäßiger Konsum von Alkohol langfristig zu einer Reihe von schweren, gesundheitlichen Problemen führen kann.

Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge unter Jugendlichen. Als „weiche“ Droge titulierte, hat sie einen ernstzunehmenden Einfluss auf Stimmung und Gefühle, auf die Wahrnehmung, auf die Konzentrations-, Merk- und Lernfähigkeit sowie auf die Gesundheit. Sie erhöht die Unfallgefahr sowie das Risiko eines frühzeitigen Ausbildungsaustritts. In Österreich haben rund 10 Prozent der 15-jährigen Burschen und Mädchen Erfahrungen mit Cannabis. Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass die Lebenszeitprävalenz seit 2002 weitgehend stabil geblieben ist.

Unter dem Begriff der „**nicht substanzgebundenen Süchte**“ wurden im vorliegenden Bericht die Kauf- und Spielsucht thematisiert. Österreichweit liegen dazu allerdings nur eingeschränkt Ergebnisse vor. Ihnen zufolge sind rund zehn Prozent der 14- bis 24-Jährigen in einem starken Ausmaß kaufsuchtgefährdet (Mädchen häufiger als Burschen). Glücksspielerfahrungen haben bereits neun von zehn Kindern und Jugendlichen (zwischen 12 und 24 Jahren) gemacht. Am häufigsten gilt dies für kommerzielle Wett- und Glücksspielangebote sowie für selbstorganisierte Angebote (Poker oder Sportwetten innerhalb des Freundschaftskreises). Ein Fünftel der Jugendlichen ist einmal im Monat oder öfter in selbstorganisierte Glücksspielaktivitäten involviert, sechs Prozent sogar wöchentlich. Echtgeldfreie Angebote werden von sieben Prozent einmal wöchentlich oder öfter genutzt. An kommerziellen Glücksspielangeboten haben im vergangenen Jahr rund 53 Prozent der Jugendlichen teilgenommen, Burschen jeweils häufiger als Mädchen. Da ein problematisches Spielverhalten auch mit einem erhöhten Konsum psychoaktiver Substanzen (z. B.

Cannabis), einer verminderten Lebenszufriedenheit und einer eingeschränkten Gesundheit einhergeht, sollte zukünftig eine solide Datenbasis zu diesen Süchten geschaffen werden.

Jeder vierte Schüler bzw. jede vierzehnte Schülerin (zwischen 15 und 16 Jahren) gab an, im letzten Halbjahr mindestens zweimal pro Monat andere Schüler:innen geschlagen zu haben. 33 bzw. neun Prozent haben ihre Mitschüler:innen geschubst, gestoßen oder getreten. 49 Prozent der Schüler sowie 21 Prozent der Schülerinnen richteten gemeine Worte gegen ihre Mitschüler:innen. 14 bzw. drei Prozent taten dies täglich. Elf Prozent der Mädchen und vier Prozent der Burschen haben eine Mitschülerin bzw. einen Mitschüler (mindestens zweimal pro Monat) per SMS oder E-Mail bzw. mit einem Video oder Foto beleidigt. Sechs Prozent der Mädchen und zwölf Prozent der Burschen haben anderen gedroht, sie nicht mehr zu mögen, vier bzw. 16 Prozent haben über andere Lügen und Gerüchte verbreitet. Andere ausgeschlossen haben zehn Prozent bzw. 22 Prozent der 15- und 16-Jährigen. Drei Prozent der Mädchen und vier Prozent der Burschen verletzten die Person, mit der sie in einer romantischen Beziehung standen, durch körperliche Angriffe (mindestens zweimal pro Monat); fünf bzw. acht Prozent taten dies mit verbalen Angriffen. 13 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) waren als Täter:innen an regelmäßigen Bullying-Attacken beteiligt. Der Anteil österreichischer Jugendlicher, die keinen Bullying-Attacken ausgesetzt waren, ist zwischen 2002 und 2014 weitgehend stabil geblieben. Zusammengefasst verdeutlicht die Ergebnisse jedoch, dass Gewalt unter Jugendlichen kein seltenes, sondern vielmehr ein weitverbreitetes Phänomen ist. Die sozialen wie gesundheitlichen Konsequenzen sind dabei für Opfer wie Täter:innen mannigfaltig.

Verhältnisbezogene Determinanten der Gesundheit

Materielle Lebensbedingungen

Laut EU-SILC waren im Jahr 2013 in Österreich rund 18 Prozent der unter 20-Jährigen armutsgefährdet. Dies galt insbesondere für Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Haushalten sowie aus Haushalten mit drei oder mehr Kindern. Von einer dauerhaften Armutsgefährdung waren 2011 rund vier Prozent der Kinder und Jugendlichen betroffen. Unter finanziell deprivierten Verhältnissen wuchsen 2013 rund 17 Prozent der Null- bis 19-Jährigen auf. Manifeste Armut (Armutsgefährdung und finanzielle Deprivation) lag bei sieben Prozent der Kinder und Jugendlichen vor. Von prekären Wohnverhältnissen

(Überbelag bzw. Feuchtigkeit und Schimmel) waren zwölf bzw. 16 Prozent der Kinder und Jugendlichen betroffen. Zusammengenommen wuchsen damit rund zehn bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter bedenklichen materiellen Lebensbedingungen auf.

(Aus-)Bildung

Ebenso wie die materiellen Lebensbedingungen (die in engem Zusammenhang mit der Bildung stehen) hat auch der Faktor „Bildung“ einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Der **Bildungsgrad der Eltern** beeinflusst dabei (z. B. über die Qualität der familiären Beziehungen – etwa über den Erziehungsstil –, über vermitteltes „Wissen“, über Normen und Werte) die Einstellungen und Überzeugungen der Kinder und Jugendlichen sowie ihr Verhalten und wirkt sich maßgeblich auf den **Bildungsweg** der Kinder aus. Im Jahr 2010 lebten rund 19 Prozent der unter 15-Jährigen in einem Haushalt, in dem die Mutter (oder Stiefmutter) nur einen Pflichtschulabschluss aufwies. Dagegen haben rund 18 Prozent der Kinder eine Mutter (oder Stiefmutter) mit Matura und rund 16 Prozent eine Mutter (oder Stiefmutter) mit einem universitären oder hochschulverwandten Abschluss.

Fast ein Drittel der 25- bis 44-Jährigen, deren Eltern maximal einen Pflichtschulabschluss haben, schafften ebenfalls maximal einen Pflichtschulabschluss; nur fünf Prozent beendeten eine akademische Ausbildung. Umgekehrt erwarben rund 53 Prozent der 25- bis 44-Jährigen, deren Eltern akademisch ausgebildete Personen sind, einen akademischen Titel. PISA-Ergebnissen zufolge besuchten rund 75 Prozent der 15- bis 16-Jährigen, von denen mindestens ein Elternteil Matura hat, eine AHS oder BHS, während dies nur bei rund 23 Prozent der Kinder von Eltern mit ausschließlich Pflichtschulbildung der Fall war. Auch die Leistungen der Kinder korrespondieren mit dem Bildungsgrad der Eltern, nachgewiesen etwa in den Fächern Mathematik, Lesen und Naturwissenschaften. Das Bildungsniveau der Kinder und Jugendlichen weist damit einen deutlichen Bezug zum Bildungsgrad der Eltern auf (bei Mädchen und jungen Frauen noch stärker als bei Burschen und jungen Männern) und bestimmt nach wie vor maßgeblich die Bildungschancen der jungen Generation. Geringer noch als bei Familien ohne Migrationshintergrund erweist sich die Bildungsmobilität bei Familien mit Migrationshintergrund.

7,3 Prozent der 18- bis 24-Jährigen verfügen über keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss) und befinden sich in keiner Ausbildung. Sie repräsentieren das Kollektiv der **frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger:innen**.

Kinderbetreuungseinrichtungen wurden 2013/2014 von rund 23 Prozent der Null- bis Zweijährigen sowie von 91 Prozent der Drei- bis Fünfjährigen besucht. Sie bieten eine Möglichkeit, die frühkindliche Bildung zu fördern und frühzeitig Bildungsunterschiede zu nivellieren. Eine im Jahr 2011 durchgeführte Gesundheitsfolgenabschätzung verdeutlicht, dass ein verpflichtendes Kindergartenjahr sowohl die Bildungspotenziale von Kindern erhöht als auch gesundheitliche Ungleichheiten reduziert.

Arbeit und Beschäftigung

Art und Ausmaß der Beschäftigung ist eine wesentliche Determinante für Gesundheit. Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit mit geringer Arbeitszeit und niedrigem Lohn werden als Hauptursache für Armut gesehen. Aber auch unabhängig vom Einkommen kann Arbeit eine Gesundheitsressource oder eine gesundheitliche Belastung darstellen.

Die **Arbeitslosigkeit** der Eltern ist ein zentraler Risikofaktor für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Arbeitslosigkeit hat negative Auswirkungen auf die finanzielle Situation, auf die Lebensumstände und auf die zukünftigen Arbeitsmarktchancen. Im Jahr 2013 waren rund zwölf Prozent der Alleinerziehenden arbeitslos, rund 24 Prozent teilzeitbeschäftigt. Auch Mehrpersonenhaushalte mit drei oder mehr Kindern waren einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt. Von den unter 25-Jährigen waren im Jahr 2014 (laut AMS) rund 8,7 Prozent arbeitslos (15- bis 19-Jährige Mädchen häufiger als gleichaltrige Burschen).

Soziale Beziehungen und Netzwerke

Von rund 1.200.000 in Österreich lebenden Kindern unter 15 Jahren wachsen rund 13 Prozent in einer Ein-Eltern-Familie auf, der Großteil davon bei ihrer Mutter. Werden alle Kinder berücksichtigt, die in einem Alleinerziehendenhaushalt mit Vater oder Mutter leben, so sind es 18 Prozent. Der Anteil an Kindern in Ein-Eltern-Familien blieb zwischen 1985 und 2013 weitgehend stabil. Von den Paaren mit Kindern (verheiratet oder in Lebensgemeinschaft) waren im Jahr 2013 rund acht Prozent Stieffamilien.

Rund 84 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) fällt es (sehr) leicht, mit ihrer Mutter über Dinge zu reden, die ihnen wichtig sind. In Bezug auf den Vater gilt dies für 68 Prozent. Deutlich schlechter als zu den Vätern und Müttern wird das Gesprächsklima zu den Stiefvätern und Stiefmüttern eingeschätzt.

Einer Studie des BMWFJ zufolge übten im Jahr 2008 rund 40 Prozent der Eltern psychische Gewalt gegen ihre Kinder aus („länger nicht mehr mit dem Kind sprechen“, „das Kind beleidigen/beschimpfen“, „das Kind niederbrüllen“). Laut PISA-Studie wurden im Jahr 2009 rund zehn Prozent der Burschen und zwölf Prozent der Mädchen zweimal pro Monat oder öfter von ihren Eltern beleidigt. Körperlicher Gewalt waren neun bzw. vier Prozent der 15- und 16-Jährigen ausgesetzt.

99 Prozent der Kinder und Jugendlichen (11, 13 und 15 Jahre) haben eine gute Freundin/einen guten Freund (rund 88 % sogar über drei oder mehr). 56 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen erhalten (sehr) viel Unterstützung durch ihre Befreundeten, 12 Prozent (sehr) wenig. Darüber hinaus berichten rund 81 Prozent der 11-, 13- und 15-Jährigen von sehr guten bis guten Schüler:innen-Schüler:innen-Beziehungen. Die Beziehungen zwischen Lehrpersonen und Kindern bzw. Jugendlichen, die die Schule besuchen, werden von rund 70 Prozent als sehr gut bis gut eingestuft.

Gesundheitsversorgung und -förderung

Dem Gesundheitswesen stehen vier Interventionsstrategien zur Verfügung, um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen: **Gesundheitsförderung**, **Prävention** (inkl. Vorsorge und Früherkennung), **Kuration** (inkl. Rehabilitation), **Langzeit- und Palliativversorgung**.

Im Bereich der Gesundheitsförderung hat dabei vor allem der Settingansatz eine besondere Bedeutung. Im Kontext der Kinder- und Jugendgesundheit stehen die Familie, Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, Betriebe sowie Vereine und außerschulische Angebote im Zentrum des Interesses. Die im Bericht erwähnten **Frühen Hilfen** konzentrieren sich dabei auf das familiäre Setting und versuchen, Familien bei der Bewältigung belastender Lebenssituationen zu unterstützen. Der **Kindergarten** hingegen bietet einen schichtübergreifenden Zugang zu Kindern und meist auch zu deren Familien. Eine Kinderbetreuung, die hohen qualitativen Standards entspricht, fördert nicht nur die kognitive und soziale Entwicklung von Kindern, sondern trägt auch zu einer gesunden Entwicklung bei. Die Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie empfiehlt daher die gesundheitsförderliche Gestaltung von Kinderkrippen und Kindergärten auf Basis vorliegender Modellprojekte. Ein ebenfalls zentrales Setting stellen Schulen dar. Entsprechend dem Whole-School-Approach sollen sie zu gesundheitsförderlichen „Lernstätten“ entwickelt werden, um so zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beizutragen (durch gesundheitsförderliche Lerninhalte, gesundheitsförderliche Lehr- und

Lernmethoden, eine gesundheitsförderliche Schulkultur, eine gesundheitsfördernde Beschaffenheit der Schule, durch Partnerschaften mit Familien, Organisationen, Vereinen, Freizeiteinrichtungen und anderen Stakeholdern sowie durch entsprechende Schulgesundheits- und Förderungsangebote). Trotz regionaler Netzwerke und einem nationalen Strategieprojekt zeigt sich jedoch, dass bisher nur ein Teil der Schulen dieser Gesamtidee entspricht. Weiters gilt es auch, die **betriebliche Gesundheitsförderung** zu forcieren, die vor allem für Lehrlinge ein gesundheitsförderliches Umfeld schaffen sollte.

Keine Angaben können **zum Ausmaß präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen** getroffen werden. Sie werden derzeit in unterschiedlichen Dokumenten/Dokumentationssystemen erfasst, eine einheitliche Darstellung des präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Geschehens ist damit derzeit nicht möglich.

Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen dienen der Prävention und frühzeitigen Erkennung von Erkrankungen und Risikofaktoren. Sie stehen in Österreich (speziell für Kinder und Jugendliche) in Form von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Kindergarten- und Schuluntersuchungen, der Jugendlichenuntersuchung und der Stellungsuntersuchung zur Verfügung. Über die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Untersuchungen ist wenig bekannt. Dies hängt mit dem Fehlen EDV-gestützter Dokumentationssysteme (wie im Fall der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bzw. der Schuluntersuchungen), mit dem Fehlen routinemäßiger Auswertungen (wie im Falle der Jugendlichen- und Stellungsuntersuchungen) sowie mit dem Fehlen flächendeckend standardisierter Vorgehensweisen zusammen (wie im Falle der Kindergartenuntersuchungen). Im Sinne eines Gesundheitsmonitorings wären diesbezügliche Weiterentwicklungen wünschenswert.

Impfungen stellen eine effektive Präventionsmaßnahme gegen übertragbare Erkrankungen dar. Dem Impfplan folgend sollten Säuglinge, Klein- und Schulkinder gegen eine Reihe von Erkrankungen geimpft werden. Besonderes Augenmerk hat zuletzt die **Masern-Mumps-Röteln**-Impfung (MMR) erfahren. Masern stellen eine durch Impfung vermeidbare Erkrankung dar, die zu den Haupttodesursachen von Kindern zählt. Daher empfiehlt die WHO für die Ausrottung der Masern Durchimpfungsraten von über 95 Prozent. Der österreichische Impfplan sieht daher zwei Teilimpfungen ehemöglichst ab dem vollendeten 10. Lebensmonat vor. Die Durchimpfungsraten für die MMR-Impfung lagen in Österreich in den letzten Jahren (vor allem bei den Zweijährigen) aber unter den WHO-Vorgaben, entsprechend hohe Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps und Röteln können erst bei Schulkindern beobachtet werden. Um das Masern-Eliminationsziel zu

erreichen wird die Masernimpfung für alle Personen in Österreich ohne Altersbegrenzung gratis angeboten.

Kariesprophylaktische Maßnahmen sollen bereits im Kindesalter zu einem adäquaten Zahnpflegeverhalten und einer zahngesunden Ernährung führen. Besondere Bedeutung haben hierbei Gruppenprophylaxe-Programme. In Österreich werden ca. 80 Prozent der Kinder (in Kindergärten und Volksschulen) über einen Zahngesundheitsunterricht erreicht. Als Mindeststandard wird allerdings eine jährliche Frequenz von vier Kontakten im Kindergarten und drei Kontakten in der Volksschule sowie eine jährliche Untersuchung bei einem Zahnarzt bzw. einer Zahnärztin empfohlen. In Österreich fallen Kariesprophylaxe-Programme in die Kompetenz der Bundesländer und unterscheiden sich länderspezifisch in Umfang und Intensität.

Im **ambulanten Bereich** standen im Jahr 2013 565 **niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte** für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach) zur Verfügung. Rund 300 von ihnen hatten einen Kassenvertrag (das entspricht 25 Vertragsärztinnen/-ärzten pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre). Seit 2001 ist die Zahl der Vertragsärztinnen/-ärzte konstant geblieben, während die Zahl der Wahlärztinnen/-ärzte deutlich gestiegen ist. **Spitalsambulanzen** für Kinder- und Jugendheilkunde waren an 39 Fondskrankenanstalten (FKA) eingerichtet, kinder- und jugendchirurgische Ambulanzen an sechs Fondskrankenhäusern.

Im **stationären Bereich** wurden 2013 rund 116.000 Kinder (bis 14 Jahre) bzw. 163.000 Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre) in FKA versorgt; das entspricht rund 161.000 bzw. 228.000 Aufenthalten. Die meisten stationären Aufenthalte wurden bei Null- bis Vierjährigen sowie bei 15- bis 19-Jährigen verzeichnet. 21 Prozent der Aufenthalte fanden als Null-Tages-Aufenthalte (NTA) statt. Seit 2007 hat die Anzahl stationärer Patientinnen/Patienten (und damit auch die Anzahl der Aufenthalte) sowohl bei den 0- bis 14-Jährigen als auch bei den 0- bis 19-Jährigen deutlich abgenommen. Die NTA sind seit 2007 weitgehend konstant geblieben.

In FKA standen im Jahr 2013 rund 1.350 **Spitalsbetten** für Kinder- und Jugendheilkunde sowie 264 kinder- und jugendchirurgische Betten zur Verfügung. Dies entspricht einer Bettendichte von 1,1 und 0,2 Betten pro 1.000 Kinder bis 14 Jahre bzw. einer Bettenmessziffer (BMZ) von 0,16 und 0,03 Betten pro 1.000 EW. Gemessen an den Vorgaben des ÖSG liegen damit vier von neun Bundesländern unter den Mindestvorgaben für den Fachbereich der Kinder- und Jugendheilkunde, fünf von neun Bundesländern unter den Vorgaben für den Fachbereich Kinder- und Jugendchirurgie. **Abteilungen** für Kinder- und

Jugendheilkunde standen an 41 FKA, kinder- und jugendchirurgische Abteilungen an sieben FKA zur Verfügung. 83 Prozent der Kinder (bis 14 Jahre) wurden auf kinderspezifischen Abteilungen versorgt (Tendenz steigend).

Ein deutlicher Auf- und Ausbau ist im Bereich der **psychiatrischen Versorgung** zu beobachten. Es wurden Zentren bzw. Ambulatorien für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, sozialpädiatrische Ambulatorien sowie Kassenstellen für eine ambulante fachärztliche Versorgung eingerichtet. Zudem wurden in vielen Bundesländern die Kontingente für eine kassenfinanzierte Psychotherapie erhöht. Dennoch ist vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit komplexen Problemlagen von einem deutlichen Angebotsdefizit auszugehen. Eine lückenlose Weiterbetreuung nach einem stationären Aufenthalt ist daher vielfach nicht gesichert.

Laut Ärzte- bzw. Ärztinnenliste gab es im Jahr 2013 31 **Ärztinnen und Ärzte mit dem Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie** (als Erstfach), davon waren zehn im niedergelassenen Bereich tätig. Insgesamt gab es in Österreich 182 Ärztinnen und Ärzte mit einer Ausbildung im Sonderfach KJP bzw. mit einem Zusatzfach KJNP (100 davon im niedergelassenen Bereich, 25 als Vertragsärztinnen/-ärzte). Die Anzahl niedergelassener KJP-/KJNP-Ärztinnen/-Ärzte hat seit 2001 deutlich zugenommen. **Ambulante KJP-Einheiten** standen im Jahr 2011 in allen Bundesländern außer Niederösterreich, Salzburg und Tirol zur Verfügung (insgesamt 12). Den Richtwerten des ÖSG zufolge sollte jedoch pro **250.000 EW eine ambulante KJP-Einheit** vorgehalten werden.

Psychotherapie (PT) erhielten 2011 rund 13.000 Personen unter 19 Jahren (= weniger als ein Prozent aller Kinder und Jugendlichen). In Anbetracht der vorliegenden Prävalenzzahlen ist damit von einem zusätzlichen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf auszugehen. Die meisten Bundesländer stocken/stockten deshalb bereits ihre PT-Kontingente auf. Verbesserte Datengrundlagen würden dabei eine bedarfsgerechte Planung erleichtern.

Bundesweit gab es im Jahr 2010 14 **Abteilungen für KJP**. Im Jahr 2012 standen rund 350 **KJP-Betten** zur Verfügung. Dies entspricht einer BMZ von 0,04 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW, diese liegt unterhalb der Untergrenze des ÖSG-BMZ-Sollintervalls. Umgelegt auf den aktuellen Bevölkerungsstand ergibt sich daraus ein weiterer Bettenbedarf. Der ÖSG sieht zudem die Vorhaltung einer KJP-Abteilung mit Vollversorgungsfunktion pro Einzugsgebiet von mindestens 300.000 EW vor.

Im Jahr 2010 führten zehn Krankenhäuser **Psychosomatik-Einheiten** für Kinder- und Jugendliche; in sechs Bundesländern gab es PSO-Einheiten mit insgesamt 119 **PSOK-Betten**. Die BMZ lag bei rund 0,014 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW und somit außerhalb des ÖSG-BMZ-Intervalls. Im Vergleich zu den Planungsvorgaben des ÖSG sind somit lediglich 70 Prozent des Mindest-Richtwertes erfüllt.

Ein **stationärer Reha-Bedarf** wurde 2008 für rund 2.800 Patientinnen/Patienten unter 19 Jahren ermittelt. Bis zum Jahr 2020 wird diese Zahl – entsprechend der prognostizierten demografischen Entwicklung – leicht absinken. Es ergibt sich daraus ein stationärer Bettenbedarf von 343 Betten. Unter Berücksichtigung der im Jahr 2012 in Reha-Einrichtungen explizit für Kinder- und Jugend-Rehabilitation gewidmeten Kapazitäten ist somit eine Angebotslücke von rund 285 Betten zu verzeichnen.

Einer **Palliativversorgung** bedürfen in Österreich schätzungsweise 170 bis 1.700 Kinder und Jugendliche (Punktprevalenz). Die Versorgungssituation wird in Österreich (vor allem für nicht-krebskranke Kinder und Jugendliche) als unzureichend eingestuft. Fachpersonen zufolge sollte die pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich über eine palliative Grundversorgung (durch etablierte Einrichtungen und Dienstleister) sowie über ergänzende Versorgungsangebote verfügen. Letztere sollten die bestehenden Einrichtungen und Dienste komplettieren und subsidiär agieren.

Zahlreiche **Strategien und Aktionspläne** setzen sich – teils spezifisch, teils unter Bedachtnahme auf Kinder und Jugendliche – mit gesundheitsrelevanten Aspekten bzw. mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auseinander. Die langfristige Erhaltung und Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit soll durch eine **gesundheitsfördernde Gesamtpolitik** erreicht werden. Sie wird durch die zahlreichen Strategien und Aktionspläne angeregt und soll zu einem abgestimmten „Maßnahmennetz“ führen. Im Sinne von Health in all Policies sollten diese Maßnahmen von Ministerien, Ländern, Sozialversicherungen, Sozialpartnern und anderen relevanten Akteuren koordiniert und implementiert werden und gemeinsam zu einer „gesundheitsfördernden Gesellschaft“ beitragen.

Umwelt

Laut EU-SILC-Erhebung 2013 sind rund zehn Prozent der Null- bis 19-Jährigen in ihrer Wohngegend von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus betroffen, rund elf Prozent von

Luft- oder Wasserverschmutzung, Ruß oder anderen Umweltproblemen. 16 Prozent der Null- bis 19-Jährigen sind Lärmbelastungen ausgesetzt.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen – über gleiche/gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Selbst in einem Land wie Österreich, das zu den reichsten der Welt gehört, zeigen sich deutliche **Unterschiede nach Familienwohlstand, Migrationshintergrund, Bildung und Geschlecht**.

Diesen Unterschieden zufolge sind vor allem Kinder und Jugendliche aus finanziell schlechter gestellten Familien, aus bildungsfernen Haushalten, mit Migrationshintergrund und mit weiblichem Geschlecht gesundheitlich benachteiligt. Hinsichtlich Migrationshintergrund und Familienwohlstand finden sich dabei auch stimmige Muster auf Determinanten-Ebene. Kein eindeutiges Bild zeigt sich hingegen in Bezug auf das Geschlecht. Auf der Verhältnisebene erweist sich vor allem das Familiensetting und das Bildungssystem (vgl. Abschnitt 6.1 und 6.2 sowie Kapitel 7) von Schichtungsmerkmalen (Wohlstand, Bildung) durchdrungen. Maßnahmen zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit sollten deshalb an diesen beiden „Settings“ ansetzen.

Entwicklungen

Der vorliegende Bericht verdeutlicht einige zentrale Entwicklungen. Mit Fokus auf die Gesundheit sowie auf die individuellen Determinanten können dabei nachstehende Trends hervorgehoben werden:

Positive Entwicklungen

- bei Geburten im Teenageralter
- bei Frühgeburten
- bei Fehlbildungen
- bei Mehrlingsschwangerschaften aufgrund von IVF-Schwangerschaften
- bei der Anzahl stationärer Patientinnen bzw. Patienten und Aufnahmen
- bei stationär versorgten Verletzungen und Vergiftungen
- bei suizidalen Handlungen
- bei der Sterblichkeit
- beim Rauchverhalten

- beim Alkoholkonsum

Negative Entwicklungen

- bei der Kaiserschnitttrate
- bei Mehrlingsgeburten
- bei der Beschwerdelast
- bei der Krebs- und Diabetesinzidenz
- bei atopischen Erkrankungen
- bei psychischen Erkrankungen
- bei der Wahrnehmung des eigenen Körpers
- bei Übergewicht und Adipositas
- beim Süßigkeitenkonsum

Österreich im internationalen Vergleich

Internationale Vergleiche helfen, die eigene Situation besser bewerten zu können. Diesen Vergleichen zufolge weist Österreich sowohl positive als auch negative Facetten auf:

Im Vergleich positiv:

- Multiple Gesundheitsbeschwerden: im besten Drittel
- Säuglingssterblichkeit: unter dem europäischen Durchschnitt
- Schulbelastung: im besten Drittel
- Bewegungsverhalten: bei den 11- und 13-Jährigen im Spitzenfeld, bei den 15-Jährigen im Mittelfeld
- Obstkonsum: bei den 11- und 13-Jährigen im oberen Drittel, bei den 15-Jährigen im unteren Mittelfeld
- Konsum zuckerhaltiger Limonaden: bei den 11- und 13-Jährigen im besten Drittel, bei den 15-Jährigen im Mittelfeld
- Cannabiskonsum: im unteren Drittel, bei der 30-Tages-Prävalenz im Mittelfeld

Im Vergleich negativ:

- Kaiserschnitttrate: über dem europäischen Durchschnitt
- Selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebenszufriedenheit: im (oberen) Mittelfeld
- Verletzungen: im schlechtesten Drittel

- Sterblichkeit: Platz 13 von 18
- Übergewicht: bei den 11- und 13-Jährigen im Mittelfeld, bei den 15-Jährigen im schlechtesten Drittel
- Körperwahrnehmung: im schlechtesten Drittel
- Sexualverhalten: im „aktivsten“ Drittel
- Tabakkonsum: im Spitzenfeld
- Alkoholkonsum: bei den 15-Jährigen im schlechtesten Drittel
- Gewaltverhalten: im schlechtesten Drittel

Zukünftige Herausforderungen

Auf Basis des vorliegenden Berichts können nachstehende Herausforderungen definiert werden:

- Aufbau eines systematischen Gesundheitsmonitorings inklusive aller dafür notwendigen Voraussetzungen an Datengrundlagen
- Verstärkung der positiven Trends sowie eine Trendumkehr in den negativen Bereichen
- Ausbau der psychosozialen Versorgung
- Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten
- Aufbau eines systematischen Maßnahmennetzes zur nachhaltigen Beeinflussung der Kinder- und Jugendgesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Indikatoren und ihre Datengrundlagen	14
Tabelle 2: Lebendgeborene und Geburtenrate in Österreich, 1985-2014	29
Tabelle 3: Lebendgeborene nach Mehrlingseigenschaft in Österreich, 1985-2014	33
Tabelle 4: Schwangerschaftsdauer und Geburtsgewicht, 1985-2014	35
Tabelle 5: Anzahl der IVF-Versuche (und Schwangerschaftsraten) im Rahmen des IVF-Fonds, 2009-2014	38
Tabelle 6: Krankheiten, die bei 0- bis 19-Jährigen aufgrund einer ambulanten Diagnose medikamentös behandelt wurden, 2006 und 2007	51
Tabelle 7: Prävalenz ärztlich diagnostizierter atopischer Erkrankungen in Ober- und Niederösterreich	64
Tabelle 8: Zahnstatus der 6-, 12- und 18-Jährigen im jeweils letztverfügbaren Erhebungsjahr und WHO-Ziele für die Jahre 2000 und 2020	65
Tabelle 9: Altersstandardisierte Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre)	75
Tabelle 10: Armutsgefährdung (nach sozialen Transfers) und manifeste Armut, nach Haushaltstyp, Österreich 2013	136
Tabelle 11: Armutsgefährdung von 0- bis 19-Jährigen in Österreich 2013, nach Bundesländern und Gemeindegröße-Klassen	137
Tabelle 12: Kinder und Jugendliche in prekären Wohnverhältnissen, 2013	139
Tabelle 13: Kinder unter 15 Jahren, gruppiert nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung der Eltern, Jahresdurchschnitt 2011	140
Tabelle 14: Erwerbsstatus von 20- bis 64-Jährigen in Haushalten mit Kindern im Vergleich zu allen Haushalten, 2013	152
Tabelle 15: Lebensunterhalt der 15- bis 24-Jährigen in Österreich 2013, nach Geschlecht, in Prozent	153
Tabelle 16: Anzahl an Lehrbetrieben und Lehrlingen in Österreich 2014, nach Sparte	160
Tabelle 17: Verteilung der österreichischen Lehrlinge auf Sparten	180
Tabelle 18: Kinder- und jugendspezifische Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in Österreich	185
Tabelle 19: Basis-Kariesprophylaxe-Aktivitäten in den Bundesländern (Art und Häufigkeit) nach Trägern	191
Tabelle 20: Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Art der Berufsausübung und nach Fachrichtungstyp, 2013	208

Tabelle 21: Patienten/Patientinnen unter 19 Jahren mit Bedarf an stationärer Rehabilitation nach Rehabilitationsindikationsgruppen und Altersgruppen, 2008 und 2020	218
Tabelle 22: Bedarf an Rehabilitationsbetten für unter 19-jährige Patienten/Patientinnen nach Reha-Indikationsgruppen und Altersgruppen, 2008 und 2020.....	220
Tabelle 23: Übersicht zu kinder- und jugendgesundheitsrelevanten Strategien und Aktionspläne im Sinne des HiAP-Ansatzes	228
Tabelle 24: Kinder und Jugendliche in Wohnungen in problematischer Wohngegend, 2013	234
Tabelle 25: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Familienwohlstand – eine Zusammenschau	260

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Determinanten der Kindergesundheit.....	12
Abbildung 2: Anteil der Kinder und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre) an der Bevölkerung, nach Bundesländern, 2015 (Stand 1. 1. 2015)	22
Abbildung 3: Anzahl der Kinder und Jugendlichen und Anteil an der Gesamtbevölkerung in Österreich (Altersgruppe 0 bis 19 Jahre), 1971 bis 2015	23
Abbildung 4: Anteil der unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in ausgewählten Ländern, 2014.....	24
Abbildung 5: Herkunft der 0- bis 14-Jährigen in Österreich mit ausländischer Staatsbürgerschaft, 2015 (Anteile in Prozent)	25
Abbildung 6: Anzahl der 0- bis 14-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich (in 1.000), 2008-2014	26
Abbildung 7: Gesamtfertilitätsrate in ausgewählten europäischen Ländern, 2013	28
Abbildung 8: Geburtenrate in Österreich 1960-2014	30
Abbildung 9: Geburtenrate nach Bundesländern, 2014	30
Abbildung 10: Geburtenrate in ausgewählten europäischen Ländern, 2013.....	31
Abbildung 11: Kaiserschnittquote 1998 bis 2014	32
Abbildung 12: Kaiserschnittquoten nach Bundesländern, 1998 und 2014	33
Abbildung 13: Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter, 1985-2014	37
Abbildung 14: Anzahl der Geburten im Teenageralter 1992-2014.....	37
Abbildung 15: Selbsteingeschätzte Gesundheit der österreichischen Schüler:innen	43
Abbildung 16: Lebenszufriedenheit der österreichischen Schüler:innen nach Alter und Geschlecht, 2014	44
Abbildung 17: Anzahl mehrmals wöchentlich auftretender gesundheitlicher Beschwerden von österreichischen Schüler:innen nach Alter und Geschlecht, 2014	46
Abbildung 18: Stationär behandelte Kinder und Jugendliche (pro 100.000) nach Altersgruppen und Geschlecht, 1992 bis 2014	49
Abbildung 19: Krankenhausmorbidity (Anzahl stationär aufgenommener Kinder und Jugendlicher (0-19 Jahre) pro 100.000) im Jahr 2014, nach Geschlecht und ausgewählten Hauptdiagnosen (ICD-10-Kapitel).....	50
Abbildung 20: Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro 100.000) von Kindern und Jugendlichen.....	52
Abbildung 21: Krebssterblichkeit von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre)	53
Abbildung 22: Anzahl stationär behandelter Kinder und Jugendlicher (pro 100.000) mit Diagnose „Psychische oder Verhaltensstörung“ im Zeitraum 2000 bis 2014, nach Geschlecht und Altersgruppe	56

Abbildung 23: Stationär behandelte Kinder und Jugendliche (pro 100.000) mit einer Essstörung (ICD-10 F50)	60
Abbildung 24: Suizidrate von 15- bis 19-Jährigen im Zeitraum 1980 bis 2014 nach Geschlecht	61
Abbildung 25: Jährliche Inzidenzrate (Neuerkrankungen pro 100.000) für Typ-1- und Typ-2-Diabetes.....	62
Abbildung 26: Professionell behandelte Verletzungen von österreichischen Schüler:innen.....	69
Abbildung 27: Stationär behandelte Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 S00-T98) bei Kindern und Jugend-lichen (0 bis 19 Jahre) in Österreich, 1992-2014	71
Abbildung 28: Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen von Kindern und Jugendlichen.....	72
Abbildung 29: Tödliche Verletzungen und Vergiftungen von Kindern und Jugendlichen im Zeitraum 1980-2014 nach ausgewählten Unfallarten	73
Abbildung 30: Sterblichkeit (Verstorbene pro 100.000) von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre).....	74
Abbildung 31: Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre) in Österreich in den Perioden 1985-1994, 1995-2004 und 2005-2014, nach Geschlecht und Altersgruppen.....	75
Abbildung 32: Entwicklung der Sterblichkeit (Verstorbene pro 100.000) 1980-2014 von Kindern und Jugend-lichen (Alter 0-19 Jahre) aufgrund der fünf häufigsten Todesursachen (nach ICD-10-Kapitel)	77
Abbildung 33: Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen (Alter 0-19 Jahre) in Österreich im Vergleich zu ausgewählten europäischen Ländern, 2010-2012	78
Abbildung 34: Säuglingssterblichkeit in Österreich im internationalen Vergleich, 1972-2012	79
Abbildung 35: Gewichtsstatus 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen in Österreich, nach Geschlecht, 2014	85
Abbildung 36: Gewichtsstatus 7- bis 14-jähriger Schulkinder nach Geschlecht, 2010/2012	86
Abbildung 37: Gewichtsstatus aller Stellungsuntersuchten* im Zeitverlauf 2005-2012.....	87
Abbildung 38: Gewichtsstatus aller Stellungsuntersuchten* nach Bundesländern, 2012 ..	88
Abbildung 39: Schulbelastung der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen in Österreich, nach Geschlecht, 2014	89
Abbildung 40: Körperwahrnehmung der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen in Österreich,	91

Abbildung 41: Gesundheitskompetenz 15-jähriger Schüler:innen im regionalen Vergleich, 2011/2012	94
Abbildung 42: Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-Jährige für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren, nach Alter und Geschlecht, 2014	97
Abbildung 43: Sitzende Beschäftigungen bei 11-, 13- und 15-jährigen Burschen und Mädchen, 2014.....	99
Abbildung 44: Anteil der 11-, 13- und 15-Jährigen, die gesundheitsförderliche Lebensmittel (Obst und Gemüse entsprechend der Österreichischen Ernährungspyramide) täglich zu sich nehmen, 2014	103
Abbildung 45: Anteil der 11-, 13- und 15-Jährigen, die mehrmals wöchentlich weniger gesundheitsförderliche Lebensmittel (laut Empfehlungen der Österreichischen Ernährungspyramide) konsumieren, 2014.....	104
Abbildung 46: Anzahl der Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährige Mädchen und Burschen frühstücken, 2014.....	105
Abbildung 47: Häufigkeit gemeinsamer Mahlzeiten (Frühstück und Abendessen) von 11-, 13- und 15-Jährigen mit ihrer Familie, 2014	106
Abbildung 48: Rauchstatus bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen, nach Alter und Geschlecht, 2014	112
Abbildung 49: Alkoholkonsum der 11-, 13- und 15-Jährigen nach Alter und Geschlecht, 2014	115
Abbildung 50: Trunkenheitserfahrungen der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen (jemals) nach Alter und Geschlecht, 2014	116
Abbildung 51: Anteil der Jugendlichen als Täter:innen direkter Gewalt (15- und 16-Jährige), 2009	125
Abbildung 52: Anteil der Jugendlichen, die unterschiedlich häufig Täter:innen indirekter Gewalt sind.....	126
Abbildung 53: Beteiligung an regelmäßigen Bullying-Attacken (zweimal pro Monat oder öfter), nach Alter und Geschlecht, 2014	128
Abbildung 54: Bildungsmobilität der 25- bis 44-Jährigen in Österreich, 2011	142
Abbildung 55: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen in Österreich, nach Geschlecht, 2005–2013	143
Abbildung 56: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger:innen in ausgewählten europäischen Ländern, 2013.....	144
Abbildung 57: Kinderbetreuungsquoten 2013, nach Altersgruppen und Bundesländern	147
Abbildung 58: Betreuungsquoten von dreijährigen Kindern in ausgewählten europäischen Ländern, 2012.....	148

Abbildung 59: Betreuungsschlüssel in vorschulischen Kinderbetreuungseinrichtungen in ausgewählten europäischen Ländern, 2012	149
Abbildung 60: Betreuungsschlüssel in Volksschulen im internationalen Vergleich, 2012	151
Abbildung 61: Erwerbstätigenquoten der 15- bis 24-Jährigen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2004–2013	155
Abbildung 62: Jugendarbeitslosigkeit (15- bis 24-Jährige) in Österreich 2004–2013, nach Geschlecht	156
Abbildung 63: Jugendarbeitslosigkeit im internationalen Vergleich, 2013	157
Abbildung 64: Jugendarbeitslosenquote (15- bis 24-Jährige) 2014, nach Bundesländern und Geschlecht	159
Abbildung 65: Unter 15-jährige Kinder in Ein-Eltern- und Zwei-Eltern-Familien nach Bundesländern, 2013	163
Abbildung 66: Unter 15-jährige Kinder in Ein-Eltern- und Zwei-Eltern-Familien im Zeitverlauf 1985–2013	164
Abbildung 67: 11-, 13- und 15-jährige Schüler:innen, denen es sehr leicht bis leicht fällt, mit dem Vater / der Mutter über Dinge zu reden, die ihnen wichtig sind, nach Alter und Geschlecht, 2014	166
Abbildung 68: 15- und 16-jährige Schülerinnen und Schüler, die elterlicher Gewalt ausgesetzt waren, 2009.....	167
Abbildung 69: Tage, an denen Kinder und Jugendliche mit ihrem Freundschaftskreis Zeit verbringen, 2014	169
Abbildung 70: Einschätzung der 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen zur Qualität ihrer Schüler:innen-Schüler:innen- sowie ihrer Lehrperson-Schüler:innen-Beziehung, nach Geschlecht, 2014	170
Abbildung 71: Sehr gute bzw. gute Einschätzung der Schüler:innen-Schüler:innen- sowie der Lehrperson-Schüler:innen-Beziehung, nach Alter und Geschlecht, 2014	171
Abbildung 72: Impfkalender des kostenfreien Kinderimpfprogramms für Säuglinge und Kleinkinder sowie für Schulkinder	188
Abbildung 73: Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach) mit und ohne Kassenvertrag, 2001–2013.....	193
Abbildung 74: Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach; mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre, 2001–2013	194
Abbildung 75: Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Erstfach; mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre im Bundesländervergleich*, 2013	195

Abbildung 76: Versorgungsdichte mit niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheil-kunde (ÄAVE, mit und ohne Kassenvertrag) im Bundesländervergleich*, 2011	197
Abbildung 77: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach) mit und ohne Kassenvertrag, 2001–2013.....	198
Abbildung 78: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach; mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre im Zeitverlauf (2001–2013) ..	199
Abbildung 79: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (Erstfach; mit und ohne Kassenvertrag) pro 100.000 Kinder bis 14 Jahre im Bundesländervergleich*, 2013.....	200
Abbildung 80: Stationäre Aufenthalte pro 100.000 Einwohner:innen nach Alter und Geschlecht, 2007–2013*	202
Abbildung 81: Null-Tages-Aufenthalte bei 0- bis 14-jährigen Pat. (in Prozent) nach Bundesländern, 2007–2013	203
Abbildung 82: Anteil stationärer Aufenthalte von 0- bis 14-Jährigen auf kinderspezifischen Abteilungen bzw. Null-Tages-Aufenthalte im Bundesländervergleich, 2013	204
Abbildung 83: Bettendichte im Bundesländervergleich, 2013	205
Abbildung 84: Niedergelassene KJP-/KJNP-Ärztinnen/-Ärzte mit und ohne Kassenvertrag (Erst- und Nebenfach), 2001–2013	208
Abbildung 85: Niedergelassene KJP-/KJNP-Ärztinnen/-Ärzte mit und ohne Kassenvertrag (Erst- und Nebenfach) pro 100.000 Kinder bis 19 Jahre, 2001–2013	209
Abbildung 86: Niedergelassene KJP-/KJNP-Ärztinnen/-Ärzte mit und ohne Kassenvertrag (Erst- und Nebenfach) pro 100.000 Kinder bis 19 Jahre im Bundesländervergleich*, 2013	210
Abbildung 87: Prozentanteil psychotherapeutisch versorgter Kinder und Jugendlicher nach Art der Finanzierung, 2011.....	211
Abbildung 88: Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege	242
Abbildung 89: Gesundheitsunterschiede nach Geschlecht bei 11-, 13- und 15-Jährigen, die eine Schule besuchen, 2010.....	244
Abbildung 90: Gesundheitsunterschiede nach Migrationshintergrund bei 11-, 13- und 15-Jährigen, die eine Schule besuchen, 2010.....	245
Abbildung 91: Gesundheitsunterschiede nach Familienwohlstand bei 11-, 13- und 15-Jährigen, die eine Schule besuchen, 2010.....	246
Abbildung 92: Körperliche und psychische Faktoren 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010	247
Abbildung 93: Bewegung und sitzendes Verhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010	247

Abbildung 94: Ernährungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010	248
Abbildung 95: Substanzkonsum, Gewalt- und Sexualverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010	249
Abbildung 96: Übergewicht und Körperwahrnehmung 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010	250
Abbildung 97: Bewegung und sitzendes Verhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010	250
Abbildung 98: Ernährungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010	251
Abbildung 99: Substanzkonsum und Verhütungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010	252
Abbildung 100: Körperliche und psychische Faktoren 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010	253
Abbildung 101: Bewegung und sitzendes Verhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010	254
Abbildung 102: Ernährungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010	255
Abbildung 103: Substanzkonsum, Gewalt- und Verhütungsverhalten 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010	256
Abbildung 104: Einschätzungen zur Familien- und Schulsituation 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Geschlecht, 2010	257
Abbildung 105: Einschätzungen zur Familien- und Schulsituation 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Migrationshintergrund, 2010	258
Abbildung 106: Einschätzungen zur Familien- und Schulsituation 11-, 13- und 15-jähriger Schüler:innen nach Familienwohlstand, 2010	259

Literaturverzeichnis

- [1] **WHO.** The european health report 2009: health and health systems. Copenhagen: World Health Organization, 2010.
- [2] **Krombholz H.** Gesundheitszustand und mögliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit von Kindern bei Schuleintritt. In: Dür W, Felder-Puig, R.: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber; 2011. Seite 81–87.
- [3] **Dragano N, Siegrist J.** Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter M, Hurrelmann K: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Aufl. 2. aktualisierte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. Seite 181.
- [4] **Bundesministerium für Gesundheit.** Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2013.
- [5] **Griebler R, Winkler P, Anzenberger J.** Public Health Monitoring Framework. 2014 unveröffentlicht.
- [6] **Knaller C.** Kariesprophylaxe in Österreich. Gesundheit Bf. Wien: ÖBIG; 2010.
- [7] **Nemeth C, Pochobradsky E.** Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Experten-Konzept. Wien: Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG, Bundesministerium für Gesundheit, 2013.
- [8] **Statistik Austria, editor.** Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011. Wien: Verlag Österreich GmbH; 2012.
- [9] **Statistik Austria.** Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2013.
- [10] **Klimont J.** Frühgeburten in Österreich. Zeitliche Trends und Risikofaktoren auf Basis revidierter Ergebnisse. statistische nachrichten, 2012: 9660–668.
- [11] **Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.** Geburtenregister Steiermark, Jahresbericht 2010. Graz: Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H., 2011.

[12] **Robert Koch-Institut.** Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2008.

[13] **Kern R.** IVF Register Jahresbericht 2012. Wien: GÖG/ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2013. 242 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015.

[14] **Schlack R, Kurth B-M, Hölling H.** Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder-und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Umweltmedizin in Forschung und Praxis, 2008: 13(4):245–260.

[15] **Dür W, Griebler R.** Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Buch, Monographie. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007.

[16] **KIGGS.** Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut, 2014.

[17] **Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V.** Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 07.05.2012.

[18] **Ramelow D, Griebler R, Hofmann F, Unterweger K, Mager U, Felder-Puig R, Dür W.** Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2011. 146.

[19] **Ramelow D, Deutsch F, Hofmann F, Felder-Puig R.** Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2015.

[20] **Endel G, Zauner G, Einzinger P.** Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Soziale Sicherheit, 2012(Heft 3).

[21] **Rutter M, Shaffer D, Sturge C.** A guide to a multi-axial classification scheme for psychiatric disorders in childhood and adolescence. London: Institut of Psychiatry; 1975
25.06.2012.

[22] **Barkmann C, Schulte-Markwort M.** Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2007: 155(10):906–914.

[23] **Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F.** Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 6., korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber; 2012. 423.

[24] **Griebler R, Anzenberger J, Hagleitner J, Sagerschnig S, Winkler P.** Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich: Datenlage und Versorgungsaspekte. Wien: ÖBIG, 2013.

[25] **Schlack R, Hölling H, Kurth B-M, Huss M.** Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2007: 50(5–6): 827–835. Literatur 243

[26] **BMG.** AD(H)S Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2013.

[27] **Stadt Wien.** Wiener Kindergesundheitsbericht 2. Wien: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, 2012.

[28] **Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M.** Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2007: 50(5–6):871–878.

[29] **Hölling H, Schlack R.** Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 2007: 5(6):794–799.

[30] **Kapusta N, Grabenhofer-Eggerth A, Blüml V, Klein J, Baus N, Huemer J.** Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2014.

[31] **Dorda W, Duftschmid G, Gall W, Grossmann W, Fröschl K, Hronsky M.** OF-LÖG: Outcome-Forschung basierend auf Leistungsdaten des Österreichischen Gesundheitswesens. Wien: Medizinische Universität Wien, 2011.

[32] **Griebler R, Geißler W, Winkler P.** Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2013 19.11.2013. 104.

[33] **Schober E, Waldhoer T, Rami B, Hofer S.** Incidence and Time Trend of Type 1 and Type 2 Diabetes in Austrian Children 1999–2007. Journal of Pediatrics, 2009: 155(2):190–193.

[34] **Schmitz R, Thamm M, Ellert U, Kalcklösch M, Schlaud M.** Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2014: 57(7):771–778.

[35] **Haidinger G, Waldhör T, Feenstra O, Vutuc C.** Zur Häufigkeit und zum Schweregrad von Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis bei Schulkindern in sechs Bezirken der Steiermark, sowie zu Veränderungen gegenüber der Untersuchung im Jahr 2006. Schlussbericht der ISAAC-Studie Steiermark 2010. Medizinische Universität Wien, Das Land Steiermark, 2011.

[36] **Schernhammer E, Vutuc C, Waldhör T, Haidinger G.** Time trends of the prevalence of asthma and allergic disease in Austrian children. Pediatric Allergy and Immunology, 2008: 19(2):125–131.

[37] **Bodenwinkler A, Kerschbaum J, Sax G.** Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Wien: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit / Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich ÖBIG; 2012 22.03.2013. 65. 244 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015

- [38] **Bodenwinkler A, Kerschbaum J, Sax G.** Länder-Zahnstatuserhebung 2012. Zwölfjährige in Österreich. Wien: ÖBIG, 2014.
- [39] **Bodenwinkler A, Sax G, Kerschbaum J.** Mundgesundheit bei Achtzehnjährigen 1998–2008. Zahnstatuserhebung 2008. Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG; 2010 19.11.2013. 80.
- [40] **WHO.** ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Genf, 2005.
- [41] **WHO.** ICF-CY Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Übersetzt und herausgegeben von Judith Hollenweger und Olaf Kraus de Camargo unter Mitarbeit des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Bern: Verlag Hans Huber; 2013.
- [42] **WHO.** World report on disability. Malta: World Health Organization, 2011.
- [43] **Straßburg HM, Dacheneder W, Kreß W.** Entwicklungsstörungen bei Kindern. 3. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer; 2003.
- [44] **Falaschetti E, Hingorani AD, Jones A, Charakida M, Finer N, Whincup P, Lawlor DA, Smith GD, Sattar N, Deanfield JE.** Adiposity and cardiovascular risk factors in a large contemporary population of pre-pubertal children. *European Heart Journal*, 2010: 313063–3072.
- [45] **WHO.** Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation: Geneva, June 3-5-1997. Geneva: World Health Organization, 2000.
- [46] **Bellizzi MC, Dietz WH.** Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. *Am J Clin Nutr*, 1999: 70(1 Part 2):173–175.
- [47] **Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH.** Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*, 2000: 320(7244):1240–1243.

[48] **Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, Geller F, Geiß HC, Hesse V, von Hippel A, Jaeger U, Johnsen D, Korte W.** Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2001: 149(8):807–818.

[49] **Robert Koch-Institut.** Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln: Robert-Koch-Institut, 2008. Literatur 245

[50] **Elmadfa I, Hasenegger V, Wagner K, Putz P, Weidl N-M, Wottawa D, Kuen T, Seiringer G, Sturtzel B, Meyer AL, Kiefer I, Zilberszac A, Sgarabottolo V, Meidlinger B, Anita Rieder A.** Österreichischer Ernährungsbericht 2012. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2012 12.10.2012. 424.

[51] **Lobstein T, Baur L, Uauy R.** Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obesity reviews, 2004: 5(s1):4–85.

[52] **Reilly J.** Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. Postgraduate medical journal, 2006: 82(969):429–437.

[53] **Rokholm B, Baker J, Sørensen T.** The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999—a review of evidence and perspectives. Obesity reviews, 2010: 11(12):835–846.

[54] **Flodmark CE, Lissau I, Moreno LA, Pietrobelli A, Widhalm K.** New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. Int J Obes Relat Metab Disord, 2004: 28(10):1189–1196.

[55] **Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC.** Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev, 2006: 7 Suppl 17–66.

[56] **Dietz WH.** Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. Pediatrics, 1998: 101(Supplement 2):518–525.

[57] **Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS.** The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics, 1999: 103(6):1175–1182.

[58] **Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, Yeckel CW, Allen K, Lopes M, Savoye M, Morrison J.** Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 2004: 350(23):2362–2374.

[59] **Reinehr T, Andler W, Denzer C, Siegried W, Mayer H, Wabitsch M.** Cardiovascular risk factors in overweight German children and adolescents: relation to gender, age and degree of overweight. *Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases*, 2005: 15(3):181–187.

[60] **Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJ.** Health consequences of obesity. *Archives of disease in childhood*, 2003: 88(9):748–752.

[61] **Ho TF.** Cardiovascular risks associated with obesity in children and adolescents. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 2009: 38(1):48–49.

[62] **Must A, Tybor D.** Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. *International Journal of Obesity*, 2005: 29S84–S96. 246 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015

[63] **Bjørge T, Engeland A, Tverdal A, Smith GD.** Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: a follow-up of 230,000 Norwegian adolescents. *American journal of epidemiology*, 2008: 168(1):30–37.

[64] **Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS.** Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 2002: 360(9331):473–482.

[65] **Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ.** Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2010: 5(4):282–304.

[66] **Neumark-Sztainer D, Croll J, Story M, Hannan PJ, French SA, Perry C.** Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *Journal of psychosomatic research*, 2002: 53(5):963–974.

[67] **Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E.** Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA*, 2005: 293(1):70–76.

- [68] **Singh AS, Mulder C, Twisk JW, Van Mechelen W, Chinapaw MJ.** Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews*, 2008: 9(5):474–488.
- [69] **Must A.** Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. *Am J Clin Nutr*, 1996: 63(3 Suppl):445S–447S.
- [70] **Fröschl B, Haas S, Wirl C.** Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention).
https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta242_bericht_de.pdf (13.3.2025)
- [71] **Arenz S, Rückerl R, Koletzko B, von Kries R.** Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. *International Journal of Obesity*, 2004: 28(10):1247–1256.
- [72] **Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, Vereecken C, Melkevik O, Lazzeri G, Giacchi M.** Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *International journal of public health*, 2009: 54(2):167–179.
- [73] **Maffeis C.** Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *European journal of pediatrics*, 2000: 159(1):35–44.
- [74] **Malik VS, Schulze MB, Hu FB.** Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *The American journal of clinical nutrition*, 2006: 84(2):274–288.
- [75] **Moreno LA, Rodríguez G.** Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 2007: 10(3):336–341. Literatur 247
- [76] **Ong K.** Size at birth, postnatal growth and risk of obesity. *Hormone Research in Paediatrics*, 2006: 65(Suppl. 3):65–69.
- [77] **Wareham NJ, van Sluijs EM, Ekelund U.** Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2005: 64(02):229–247.

- [78] **Reilly J, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, Steer C, Sherriff A, Team ALSoPCS.** Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *Bmj*, 2005: 330(7504):1357.
- [79] **World Bank.** Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large-scale action. Washington, DC. © World Bank.
<https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/dce7323d-6988-5236-9e86-4b05de8a8233> (13.3.2025)
- [80] **Wang Y, Monteiro C, Popkin BM.** Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *The American journal of clinical nutrition*, 2002: 75(6):971–977.
- [81] **Lazzeri G, Rossi S, Kelly C, Vereecken C, Ahluwalia N, Giacchi MV.** Trends in thinness prevalence among adolescents in ten European countries and the USA (1998–2006): a cross-sectional survey. *Public health nutrition*, 2013:1–9.
- [82] **Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L.** Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Medscape General Medicine*, 2004: 6(3):49.
- [83] **Weingärtner L, Trentmann C.** Handbuch Welternährung: Campus Verlag; 2011.
- [84] **Henninger WR.** Differences in the development of underweight and overweight children and their parents' perceptions of their socioemotional development 2008.
- [85] **Koletzko B.** Untergewicht. Therapie der Krankheiten im Kindes-und Jugendalter: Springer; 2014. Seite 65–74.
- [86] **Kurth B-M, Schaffrath R, A.** Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2007: 50(5–6):736–743.
- [87] **Griebler R, Hojni M, Dür W.** Forschungsbericht. Dokumentation zum 8. österreichischen HBSC-Survey 2009/10. Wien: LBIHPR, 2011.

[88] **Kaminski A, Gartlehner G.** Schulärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung: Wolfgang Dür, Rosemarie Felder-Puig; 2011

[89] **Elmadfa I.** Österreichischer Ernährungsbericht 2008. Wien: Institut für Ernährungswissenschaften; 2009. 248 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015

[90] **Simetin IP, Kuzman M, Franelic IP, Pristas I, Benjak T, Dezeljin JD.** Inequalities in Croatian pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: role of school, peers and family affluence. The European Journal of Public Health, 2011: 21(1):122–128.

[91] **Torsheim T, Wold B.** School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. Journal of adolescence, 2001: 24(6):701–713.

[92] **Schwarzer R.** Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3., überarb. u. erw. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2004 2.12.2014. 444.

[93] **Wirl C, Braunegger-Kallinger G.** Gesundheitsförderung in der Volksschule mit Fokus auf die Stärkung von Lebenskompetenzen. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2012.

[94] **Bandura A.** Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 1977: 84(2):191–215.

[95] **Holmqvist K, Frisén A.** Body dissatisfaction across cultures: Findings and research problems. European Eating Disorders Review, 2010: 18(2):133–146. eng.

[96] **Kurth B-M, Ellert U.** Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys KiGGS. 2008: 105(23):406–412.

[97] **Verplanken B, Velsvik R.** Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. Body Image, 2008: 5(2):133–140.

- [98] **Barker ET, Bornstein MH.** Global Self-Esteem, Appearance Satisfaction, and Self-Reported Dieting in Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 2010: 30(2):205–224.
- [99] **Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D.** Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 2013: 10(1):1–7.
- [100] **Seock Y-K, Merritt LR.** Influence of Body Mass Index, Perceived Media Pressure, and Peer Criticism/Teasing on Adolescent Girls' Body Satisfaction/Dissatisfaction and Clothing-Related Behaviors. *Clothing and Textiles Research Journal*, 2013: 31(4):244–258.
- [101] **Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H.** Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012: 1280.
- [102] **Brach C, Dreyer B, Schyve P, Hernandez L, Baur C, Lemerise A, Parker R.** Attributes of a Health Literate Organization. *Inst Med*, 2012.
- [103] **Parker R, Ratzan S.** Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *J Health Commun*, 2010: 15(Suppl 2):20 – 33. Literatur 249
- [104] **Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K.** Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 2011: 155(2):97–107.
- [105] **Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW.** Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 2005: 165(17):1946–1952.
- [106] **Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD.** Health literacy. The solid facts. Hrgb.: World Health Organization. Kopenhagen 2013 17.09.2014. 86.
- [107] **Conwell L, O'Callaghan M, Andersen M, Bor W, Najman J, Williams G.** Early adolescent smoking and a web of personal and social disadvantage. *Journal of paediatrics and child health*, 2003: 39(8):580–585.

[108] **Röthlin F, Pelikan J, Ganahl K.** Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, 2013.

[109] **DeWalt DA, Pignone MP.** Reading is fundamental: the relationship between literacy and health. Archives of Internal Medicine, 2005: 165(17):1943–1944.

[110] **Davis T, Long S, Jackson R, Mayeaux E, George R, Murphy P, Crouch M.** Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Fam Med, 1993: 25391 – 395.

[111] **Leyva M, Sharif I, Ozuah PO.** Health literacy among Spanish-speaking Latino parents with limited English proficiency. Ambulatory Pediatrics, 2005: 5(1):56–59.

[112] **Beisenkamp A, Müthing K, Hallmann S, Klöckner CA.** Die Elefanten-Kinderstudie 2011/2012 zur Situation der Kindergesundheit in Deutschland. PROSOZ Institut für Sozialforschung. PROKIDS Herten GmbH. Herausgeber: Elefanten Kinderschuhe. 2012.

[113] **Davis-Kean PE.** The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. Journal of family psychology, 2005: 19(2):294.

[114] **Titze S, Ring-Dimitriou S, Schober PH, Halbwachs C, Samitz G, Miko H-C, Lercher P, Stein KV, Gäbler C, Bauer R, Gollner E, Windhaber J, Bachl N, Dorner TE, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health.** Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, 2010.

[115] **Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC.** Adolescent physical activity and health: a systematic review. . Sports Medicine, 2006: 36(12):1019–1030.

[116] **Iannotti RJ, Janssen I, Haug E, Kololo H, Annaheim B, Borraccino A.** Interrelationships of adolescent physical activity, sedentary behaviour, and positive and negative social and psychological health. International journal of public health, 2009: 54(2):191–198. 250 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015

[117] **McMurray RG, Harrell JS, Creighton D, Wang Z, Bangdiwala SI.** Influence of physical activity on change in weight status as children become adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2008: 3(2):69–77.

[118] **Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, Hergenroeder AC, Must A, Nixon PA, Pivarnik JM.** Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of pediatrics*, 2005: 146(6):732–737.

[119] **Sibley BA, Etnier JL.** The relationship between physical activity and cognition in children: a meta-analysis. *Pediatric Exercise Science*, 2003: 15(3):243–256.

[120] **Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereecken C, Mulvihill C, Roberts C, Currie C, Pickett W.** Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity reviews*, 2005: 6(2):123–132.

[121] **Martinez-Gomez D, Ruiz JR, Gomez-Martinez S, Chillón P, Rey-López JP, Díaz LE, Castillo R, Veiga OL, Marcos A.** Active commuting to school and cognitive performance in adolescents: the AVENA study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 2011: 165(4):300–305.

[122] **Parfitt G, Eston RG.** The relationship between children's habitual activity level and psychological well-being. *Acta Paediatr*, 2005: 94(12):1791–1797.

[123] **Brunton G, Harden A, Rees R, Kavanagh J, Oliver S, Oakley A.** Children and physical activity: a systematic review of barriers and facilitators: EPPI-Centre, Institute of Education, University of London; 2003.

[124] **De Meester F, van Lenthe FJ, Spittaels H, Lien N, De Bourdeaudhuij I.** Interventions for promoting physical activity among European teenagers: a systematic review. *International Journal of behavioral nutrition and physical activity*, 2009: 682–92.

[125] **Pender NJ.** Motivation for physical activity among children and adolescents. *Annual review of nursing research*, 1998: 16(1):139–172.

[126] **Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC.** A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and science in sports and exercise*, 2000: 32(5):963–975.

[127] **Leatherdale St.** The association between overweight and school policies on physical activity: a multilevel analysis among elementary school youth in the PLAY-On study. *Health Education Research*, 2010: 25(6):1061–1073.

[128] **Statistik Austria.** Arbeitskräfteerhebung, Ergebnisse des Mikrozensus. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2012. Literatur 251

[129] **Biddle SJ, Gorely T, Marshall SJ, Murdey I, Cameron N.** Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 2004: 124(1):29–33.

[130] **Lampert T, Sygusch R, Schlack R.** Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2007: 50(5–6):643–652.

[131] **Grøntved A, Hu FB.** Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis. *JAMA*, 2011: 305(23):2448–2455.

[132] **Hume C, Singh A, Brug J, Mechelen W, Chinapaw M.** Dose-response associations between screen time and overweight among youth. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2009: 4(1):61–64.

[133] **Kuntsche E, Pickett W, Overpeck M, Craig W, Boyce W, de Matos MG.** Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 2006: 39(6):908–915.

[134] **Sygusch R.** Jugendsport–Jugendgesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2005: 48(8):863–872.

[135] **Sygusch R.** Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen – ein Beitrag für die Gesundheit. *Spectrum Sportwissenschaften*, 2006: 18654–738.

[136] **Canadian Paediatric Society.** Impact of media use on children and youth. *Paediatrics and Child Health*, 2003(8):301–306.

[137] **Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Picket W, Richter M, Morgan A, Barnekow V.** Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: World Health Organization; 2008.

[138] **te Velde SJ, Twisk JW, Brug J.** Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. *British Journal of Nutrition*, 2007: 98(02):431–438.

[139] **Pirouznia M.** The influence of nutrition knowledge on eating behavior-the role of grade level. *Nutrition & Food Science*, 2001: 31(2):62–67.

[140] **Dauchet L, Amouyel P, Dallongeville J.** Fruit and vegetable consumption and risk of stroke: a meta-analysis of cohort studies. *Neurology*, 2005: 65(8):1193–1197.

[141] **Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J.** Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *The Journal of nutrition*, 2006: 136(10):2588–2593. 252 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015

[142] **WHO.** Alcohol and Public Policy Group Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary World Health Organization, 2004.

[143] **Maynard M, Gunnell D, Emmett P, Frankel S, Smith GD.** Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Boyd Orr cohort. *Journal of epidemiology and community health*, 2003: 57(3):218–225.

[144] **Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD.** Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American journal of public health*, 2007: 97(4):667–675.

[145] **Bowman SA, Vinyard BT.** Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status. *Journal of the American College of Nutrition*, 2004: 23(2):163–168.

- [146] **Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M.** Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. WHO global database on anaemia. Geneva: World Health Organization; 2008
17.02.2015.
- [147] **Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després J-P, Willett WC, Hu FB.** Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes A meta-analysis. *Diabetes Care*, 2010; 33(11):2477–2483.
- [148] **Vereecken C, Ojala K, Delgrande Jordan M.** Eating Habits. In: Organization WH: Young people's health in context Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/ 2002 survey. Copenhagen: World Health Organization; 2004. Seite 110–119.
- [149] **Krawinkel MB, Strohm D, Weissenborn A, Watzl B, Eichholzer M, Barlocher K, Elmadfa I, Leschik-Bonnet E, Hesecker H.** Revised D-A-CH intake recommendations for folate: how much is needed? *Eur J Clin Nutr*, 2014; 68(6):719–723.
- [150] **WHO, UNICEF:** Innocenti declaration of the protection, promotion and support of breastfeeding. <https://iris.who.int/handle/10665/108153> (Stand: 18.12.2007).
Veröffentlicht: 1990.
- [151] **WHO, UNICEF.** Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, 2003.
- [152] **Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J.** Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services 2007.
- [153] **BMGFJ.** Säuglingsernährung Heute 2006. Kurzfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2007. Literatur 253
- [154] **Avery L, Lazdane G.** What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2010; 15(S2):54–66.
- [155] **Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H.** Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS [Factors associated

with early sexual initiation in girls: French data from the international survey Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/WHO]. *Gynecologie, obstetrique & fertilité*, 2008: 36(2):176–182.

[156] **Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N.** Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet*, 2006: 368(9548):1706–1728.

[157] **Godeau E, Nic Gabhainn S, Magnusson J, Zanotti C.** A profile of Young People's Sexual Behaviour: Findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Entre Nous*, 2011(72):24–27.

[158] **Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Gabhainn SN.** Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health*, 2010: 47(4):389–398.

[159] **Sabia JJ, Rees DI.** The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. *Journal of Health Economics*, 2008: 27(5):1368–1381.

[160] **Fergus S, Zimmerman MA, Caldwell CH.** Growth trajectories of sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. *American journal of public health*, 2007: 97(6):1096–1101.

[161] **Magnusson C, Trost K.** Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2007: 27(4):237–244.

[162] **Boonstra D.** Worldwide, young people speak up for their sexual and reproductive health and rights , but US policy lags. *Guttmacher Policy Review*, 2009: 12(4):7–11.

[163] **WHO.** Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization, 2010.

[164] **Arnold J, Schuhrke B.** Kinder und Jugendliche mit problematischem sexuellen Verhalten in (teil-) stationären Hilfen zur Erziehung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2009: 58(3):186–214.

[165] **Fiala C, Schweiger P.** Österreichischer Verhütungsreport. Wien: Gynmed Ambulatorium, Wien, www.gynmed.at; 2012. Available online: www.gynmed.at. 254 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015

[166] **WHO.** WHO report on the global tobacco epidemic 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009.

[167] **Henningfield JE, Benowitz NL.** Pharmacology of nicotine addiction. Tobacco and public health: science and policy, 2004;129–147.

[168] **Prokhorov AV, Winickoff JP, Ahluwalia JS, Ossip-Klein D, Tanski S, Lando HA, Moolchan ET, Muramoto M, Klein JD, Weitzman M.** Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. Pediatrics, 2006; 118(3):e890–e903.

[169] **US Department of Health and Human Services.** The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: USDHHS, 2004.

[170] **IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.** Tobacco Smoke and Involuntary Smoking: This Publication Represents the Views and Expert Opinions of an IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, which Met in Lyon, 11–18 June 2002: IARC; 2004.

[171] **BZgA.** Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband: Rauchen, Alkohol, illegale Drogen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2004.

[172] **Ghandour RM, Overpeck MD, Huang ZJ, Kogan MD, Scheidt PC.** Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States: associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2004; 158(8):797–803.

[173] **Mazur J, Woynarowska B.** [Risk behaviors syndrome and subjective health and life satisfaction in youth aged 15 years]. Medycyna wieku rozwojowego, 2003; 8(3 Pt 1):567–583.

[174] **Pickett W, Schmid H, Boyce WF, Simpson K, Scheidt PC, Mazur J, Molcho M, King MA, Godeau E, Overpeck M.** Multiple risk behavior and injury: an international analysis of young people. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2002: 156(8):786–793.

[175] **Alikapifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Albayrak-Kaymak D, Yüter Ö.** Alcohol drinking behaviors among Turkish high school students. The Turkish journal of pediatrics, 2004: 4644–53.

[176] **Nic Gabhainn S, Nolan G, Kelleher C, Friel S.** Dieting patterns and related lifestyles of school-aged children in the Republic of Ireland. Public health nutrition, 2002: 5(03):457–462.

[177] **Schnohr C, Niclasen BW-L.** Bullying among Greenlandic schoolchildren: development since 1994 and relations to health and health behaviour. International journal of circumpolar health, 2006: 65(4):305–312.

[178] **Jarvis MJ.** Why people smoke. Bmj, 2004: 328(7434):277–279. Literatur 255

[179] **Becklas C, Klocke A.** Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern. In: Dür W, Felder-Puig R: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Aufl. 1. Bern: Huber; 2011. Seite 101.

[180] **Moffitt TE.** A review of research on the taxonomy of life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In: Cullen FW, John; Blevins, Kristie Taking stock: The status of criminological theory. 152006. Seite 277.

[181] **Hurrelmann K.** Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Grundlagentexte Soziologie. Weinheim, München: Juventa; 2007 17.02.2015. 255.

[182] **Kuntsche EN, Silbereisen RK.** Parental closeness and adolescent substance use in single and two-parent families in Switzerland. Swiss Journal of Psychology, 2004: 63(2):85–92.

[183] **Rasmussen M, Damsgaard MT, Holstein BE, Poulsen LH, Due P.** School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. The European Journal of Public Health, 2005: 15(6):607–612.

- [184] Zambon A, Lemma P, Borraccino A, Dalmasso P, Cavallo F. Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. *The European Journal of Public Health*, 2006: 16(6):627–632.
- [185] **Carvajal SC, Wiatrek DE, Evans RI, Knee CR, Nash SG.** Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, 2000: 27(4):255–265.
- [186] **Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L.** The 2007 ESPAD report. Stockholm, Schweden, 2009.
- [187] **Dawson DA, Grant BF, Li TK.** Impact of Age at First Drink on Stress-Reactive Drinking. *Clinical and Experimental Research*, 2007: 31(1):69–77.
- [188] **Duncan SC, Duncan TE, Hops H.** Progressions of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescence. *Journal of behavioral medicine*, 1998: 21(4):375–388.
- [189] **Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Lönnqvist J.** Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15–19-year-old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 2001: 36(1):85–88.
- [190] **DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC.** Age at First Alcohol Use: A Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2000: 157(5):745–750.
- [191] **Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J.** Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 2009: 373(9682):2223–2233. 256 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015
- [192] **Rehm J, Taylor B, Roerecke M, Patra J.** Alcohol consumption and alcohol-attributable burden of disease in Switzerland, 2002. *International journal of public health*, 2007: 52(6):383–392.
- [193] **Crews F, He J, Hodge C.** Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 2007: 86(2):189–199.

[194] **Windle M.** Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research & Health*, 2003: 27(1):79–85.

[195] **Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J.** Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*, 2012: 107(4):733–747.

[196] **Cooper ML.** Does drinking promote risky sexual behavior? A complex answer to a simple question. *Current directions in psychological science*, 2006: 15(1):19–23.

[197] **Kandel D, Yamaguchi K.** From Beer to Crack: Developmental Patterns of Drug Involvement. *American journal of public health*, 1993: 83(6):851–855.

[198] **Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG.** Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975–2001. Volume I Secondary School Students. Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 2002.

[199] **Perkins H.** Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 2002(14):164.

[200] **Haas S, Sagerschnig S, Weigl M, Anzenberger J, Kellner K, Winkler P.** Frühe Hilfen: Leitfaden zum Aufbau von Frühe-Hilfen-Netzwerken. Wien: ÖBIG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, 2014.

[201] **Hartnoll R.** Drogen im Blickpunkt. Messung der Prävalenz und Inzidenz des Drogenkonsums. Indikatoren für die Drogenpräventionspolitik in der EU. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2002.

[202] **Lee CM, Neighbors C, Woods BA.** Marijuana motives: Young adults' reasons for using marijuana. *Addictive behaviors*, 2007: 32(7):1384–1394.

[203] **Kokkevi A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E.** Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and alcohol dependence*, 2007: 86(1):67–74.

- [204] **Strizek J, Uhl A, Schmutterer I, Grimm G, Bohrn K, Fenk R, Kobra U, Springer A.** ESPAD AUSTRIA 2007. Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2008. Literatur 257
- [205] **Kollmann K, Kautsch I.** Kaufsucht in Österreich. Dezember 2004. Kurzbericht zur ersten österreichischen Studie über Kaufsuchtgefährdung. Arbeiterkammer Wien. Abteilung Konsumentenpolitik, 2004.
- [206] **Kollmann K, Kautsch I.** Kaufsucht in Österreich-2011. Kurzbericht zur achten österreichischen Kaufsuchtgefährdungsstudie 2011. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien. Abteilung Konsumentenpolitik, 2011.
- [207] **Scherhorn G, Reisch LA, Raab G.** Addictive buying in West Germany: an empirical study. Journal of consumer policy, 1990: 13(4):355–387.
- [208] **American Psychiatric Association TFO-D-I.** Pathologic Gambling. In: Association AP: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Aufl. 4th edn, text revision. Washington, DC2000. Seite 671–674.
- [209] **Schmidt L, Kähnert H, Hurrelmann K.** Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen – Verbreitung und Prävention. Bielefeld: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, 2003.
- [210] **Gupta R, Derevensky JL.** The relationship between gambling and video-game playing behavior in children and adolescents. Journal of gambling studies, 1996: 12(4):375–394.
- [211] **Gupta R, Pinzon JL.** Gambling in children and adolescents. Paediatric Child Health, 2012: Vol 17 (No 5 May 2012).
- [212] **BZgA.** Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012.
- [213] **Jacobs DF.** Youth Gambling in North America: Long-term trends and future prospects. Gambling problems in youth Theoretical and applied perspectives New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers2005.

- [214] **Jens Kalke SB, Moritz Rosenkranz.** Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich: Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Wien: Lambertus 2011. 338.
- [215] **Baumgärtner T.** Jugendliche-Glücks- und Computerspiele-Rauschmittelgebrauch; Zusammenfassende Kurzbeschreibung ausgewählter Ergebnisse de Schulbus-Sondererhebung 2009. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., 2009.
- [216] **Blaszczyński A, Nower L.** A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 2002; 97(5):487–499. 258 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015
- [217] **Duven E, Giralt S, Müller KW, Wölfling K, Dreier M, Beutel ME.** Problematisches Glücksspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz. Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 2011.
- [218] **Gupta R, Derevensky JL.** Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of gambling studies*, 1998; 14(4):319–345.
- [219] **Ikrath P, Rohrer M.** Bericht zur Studie "Nutzung von (Online-) Glücksspielen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich". Wien: Institut für Jugendkulturforschung – jugendkultur.at, 2013.
- [220] **BZgA.** Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2013. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014.
- [221] **Derevensky JL, Gupta R.** Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. *Journal of gambling studies*, 2000; 16(2/3):227–251.
- [222] **Rönneberg S.** Die schwedische Prävalenzstudie zum Pathologischen Glücksspiel. In: Füchtenschnieder I, Hurrelmann K: Glücksspiel in Europa Vom Nutzen und Schaden des Glücksspiels im europäischen Vergleich. Geesthacht: Neuland; 2001. Seite 116.

[223] **Fisher S.** Developing the DSM-IV-DSM-IV criteria to identify adolescent problem gambling in non-clinical populations. Journal of gambling studies, 2000: 16(2/3):253–273.

[224] **Kalke J, Buth Sea.** Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; 2011 06.10.2011. 336.

[225] **WHO.** Weltbericht Gewalt und Gesundheit: Zusammenfassung. Geneva: World Health Organization, 2003.

[226] **Solberg ME, Olweus D, Endresen IM.** Bullies and victims at school: are they the same pupils? Br J Educ Psychol, 2007: 77(Pt 2):441–464.

[227] **Strohmeier D, Gradinger P, Schabmann A, Spiel C.** Gewalterfahrungen von Jugendlichen: Prävalenzen und Risikogruppen. PISA 2009 Nationale Zusatzanalysen für Österreich, 2012.

[228] **Dür W, Mravlag K.** Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2002. Literatur 259

[229] **Lampert T, Richter M.** Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K: Gesundheitliche Ungleichheit. Aufl. 2. aktualisierte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. Seite 209.

[230] **Grasser G, Wieseneder E, Mann S, Schaffer C, al. e.** Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2010.

[231] **Griebler R, Winkler P.** Kinder- und Jugendgesundheit in Niederösterreich. Kernaussagen. Wien: Im Auftrag der NÖ Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, 2012.

[232] **Wilkinson R, Pickett K.** Gleichheit ist. Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Tolkemitt Verlag bei Zweitausendeins. Berlin: Haffmans & Tolkemitt; 2009.

[233] **Statistik Austria.** Tabellenband EU-SILC 2013. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2012.

[234] **Statistik Austria, editor.** Tabellenband EU-SILC 2011 Einkommen, Armut und Lebensbedingungen 2012.

[235] **Richter TLM.** Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Hurrelmann. MRK: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. Seite 209–231.

[236] **Klimont J, Ihle P, Baldaszi E, Kytir J.** Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hrgb.: Austria S. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; 2008.

[237] **Statistik Austria.** Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2013. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2014.

[238] **Bacher J.** Bildungsungleichheiten in Österreich – Basisdaten. Linz: Institut für Soziologie, Universität Linz, 2008.

[239] **Schwantner U, Toferer B, Schreiner C, editors.** PISA 2012. Internationaler Vergleich von Schülerleistungen. Erste Ergebnisse. Mathematik, Lesen, Naturwissenschaft. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Bundesinstitut für Bildungsforschung, Innovation & Entwicklung des österreichischen Schulwesens; 2013.

[240] **Altzinger W, Lamei N, Rumplmaier B, Schneebaum A.** Intergenerationelle soziale Mobilität in Österreich. statistische nachrichten, 2013: 68(1):48–62.

[241] **Richter M, Hurrelmann K.** Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009 04.12.2011. 485. 260 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015

[242] **Dür W, Gerhartl M, delle Grazie J, Hofmann W, Redl S, Spitzbart S, Wilkens E.** Projekt Gesunde Schule. Abschlussbericht 2009. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2009.

[243] **Statistik Austria.** Kindertagesheim-Statistik 2013/14. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2014.

[244] **OECD, editor.** Education at a Glance 2014. OECD Indicators: OECD Publishing; 2014.

[245] **Statistik Austria.** Bildung in Zahlen 2012/13. Schlüsselindikatoren und Analysen. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2014.

[246] **Statistik Austria.** Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung. Wien: Verlag Österreich GmbH, 2014.

[247] **Statistik Austria.** Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung. Wien: Verlag Österreich GmbH; 2014 20.02.2015. 76.

[248] **WHO.** Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt. Geneva: World Health Organization, 2005.

[249] **BMWFJ.** Familie – kein Platz für Gewalt! (?) 20 Jahre gesetzliches Gewaltverbot in Österreich. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2009.

[250] **BMG.** Kindergesundheitsstrategie. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2011.

[251] **BMG.** Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2013.

[252] **BMG.** NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2013.

[253] **Pelikan J.** Zur Entwicklung eines gesundfördernden Settings. In: Rosemarie DWF-P: Lehrbuch schulische Gesundheitsförderung. Bern: Huber; 2011. Seite 63–72.

[254] **Haas S, Weigl M.** Frühe Hilfen. Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, 2014.

- [255] **Haas S, Weigl M.** Frühe Hilfen. Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2014.
- [256] **Geiger H, Ellsäßer G.** Netzwerk Familie–Frühe Hilfen in Vorarlberg. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2012; 160(9):876–886. Literatur 261
- [257] **Vereinbarung Art. 15a B-VG:** Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl I Nr. 105/2008.
https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2008_I_105/BGBLA_2008_I_105.html (13.3.2025)
- [258] **Haas S, Knaller C, Sax G, Türscherl E.** Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark. Wien: Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, 2012.
- [259] **Griebler R, Dür W, Kremser W.** Schulqualität, Schulerfolg und Gesundheit. Ergebnisse aus der österreichischen "Health Behaviour in School-Aged Children"-Studie. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 2009; 34(2):79–88. Deutsch.
- [260] **Unterweger K, Griebler R, Ramelow D, Hofmann F, Griebler U, Dür W, Felder-Puig R.** Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen. Ergebnisse der Schulleiter/innenbefragung 2010. Wien: Ludwig-Boltzmann Institut, 2010.
- [261] **WHO.** Health promoting schools. A framework for action. Geneva: World Health Organization, 2009.
- [262] **Breiting S, Mayer M, Mogensen F.** Quality criteria for ESD-schools. Guidelines to enhance the quality of Education for Sustainable Development. Wien: Austrian Federal Ministry of Education, Science and Culture; 2005.
- [263] **Gugglberger L, Flaschberger E, Felder-Puig R, Alfery C, Dür W.** Schulische Gesundheitsförderung in Österreich: Liste der regionalen Gesundheitsförderungsaktivitäten. Ergebnisbericht des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR). LBIHPR, Vienna; 2009.

- [264] **Spicker I, Schopf A.** Betriebliche Gesundheitsförderung Erfolgreich Umsetzen: Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste: Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Wien: Springer; 2007 20.02.2015. 180.
- [265] **Badura B, Hehlmann T, editors.** Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg: Springer; 2003.
- [266] **Anzenberger J, Sagerschnig S.** Gesundheit von Lehrlingen in Österreich. In: Fonds Gesundes Österreich GÖG, editor. 2014.
- [267] **Alfred Uhl AS.** Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen; 2002.
- [268] **Caplan G.** Principles of Preventive Psychiatry. New York Basic books; 1964. 262 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015
- [269] **Gordon R.** An Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Report, 1983: 98(2):107–109
- [270] **Robert-Koch-Institut.** Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2004.
- [271] **Bundesministerium für Gesundheit.** Impfplan Österreich 2015. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2015 21.04.2015. 87.
- [272] **Robert-Koch-Institut.** Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, 2006.
- [273] **Regierungsprogramm.** Erfolgreich. Österreich: Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 bis 2018. Wien: Regierungsparteien SPÖ und ÖVP; 2013.
- [274] **Weltgesundheitsorganisation WHO.** Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen, 1999.
- [275] **Püspök R, Waldhauser F.** 70.000 Kinder und Jugendliche ohne Therapie. Pädiatrie und Pädologie, 2012: 47(1):8–11.

[276] **Gesundheit Österreich GmbH**. ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012 inkl. aktualisiertes Kapitel zur Rehabilitation gemäß Beschluss der B-ZK vom 28. Juni 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2012.

[277] **Fliedl R, Krammer S**. Zur Versorgungssituation von Kindern – und Jugendlichen mit psychischen Störungen. Ergebnisse epidemiologischer Studien zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2012 unveröffentlicht.

[278] **Barkmann C, Schulte-Markwort M**. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health, 2012(66):194–203.

[279] **Kern D, Hagleitner J, Valady S**. Außerstationäre psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wien: GÖG/ÖBIG, 2013.

[280] **Sagerschnig S, Anzenberger J, Kern D, Valady S**. Psychosoziale Planungs- und Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2012.

[281] **Hagleitner J, Sagerschnig S**. Planung Psychiatrie 2011. Auf- und Ausbau der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2011. Literatur 263

[282] **Valady S**. Planung Psychiatrie 2013. Stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2013.

[283] **Needle exchange ends HIV transmission in Swiss jail**. AIDS Policy & Law, 1996: 11(13):9. English.

[284] **Reiter D, Fülöp G, Gyimesi M, Nemeth C**. Rehabilitationsplan 2012. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, 2012.

[285] **Sperl W, Nemeth C, Fülöp G, Koller I, Vavrik K, Bernert G, Kerbl R**. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich. Stand der Dinge und ein Blick über die Grenzen. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2011: DOI 10.1007/s00112-010-2324-z1-8.

- [286] **Nemeth C, Fülöp G.** Rehabilitation von Kindern in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2010 05.02.2014. 45.
- [287] **IMPacCT.** Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa. Im Original publiziert im European Journal of Palliative Care, 2007, 2007: 14(3):109–114.
- [288] Borgetto B.: Selbsthilfe und Gesundheit. Analyse, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Bern: Hans Huber; 2004 18.12.2014. 8.
- [289] **Forster R, Braunegger-Kallinger G, Karjic K, Nowak P, Österreicher S.** Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. –gruppen in Österreich: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus einem bundesweiten Forschungsprojekt. 2009.
- [290] **Trojan A.** Der Patient im Versorgungsgeschehen: Laienpotential und Gesundheitsselbsthilfe. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, et al.: Das Public Health Buch Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. München: Urban & Fischer; 2003. Seite 339.
- [291] **Stähl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K.** Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2006 18.12.2014. 299.
- [292] **Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S.** Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013 18.12.2014. 358.
- [293] **BMG.** Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2012.
- [294] **BMG.** Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2012. Available online: www.gesundheitsziele-oesterreich.at.
- [295] **B-ZK.** Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. 2014 BddB-ZaM. Wien: Bundesgesundheitsagentur, Bundesministerium für Gesundheit 2014. 264 © GÖG/ÖBIG 2015, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015

[296] **BMWFJ.** Jugendstrategie, Strategische Ziele 2013–2020. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2013.

[297] **BMLFUW.** Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, 2007.

[298] **BMLVS.** Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b. Wien: Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, 2013.

[299] **BMI.** Nationaler Aktionsplan für Integration. Wien: Bundesministerium für Inneres, o.J.

[300] **BMASK.** Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020. Strategie der österreichischen Bundesregierung zu Umsetzung der Un-Behindertenrechtskonvention. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2012.

[301] **Hradil S.** Was prägt Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter M, Hurrelmann K: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Aufl. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. Seite 35.

[302] **Mielck A.** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber; 2005.

[303] **Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M.** Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008 10.11.2011. 553.

[304] **Marmot M.** Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO; 2013 25.11.2014. 188.

[305] **Mackenbach J.** Health Inequalities: Europe in Profile. Rotterdam: Erasmus MC – University Medical Center Rotterdam, 2006.

[306] **Rosenbrock R, Kümpers S.** Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter M, Hurrelmann K: Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Aufl. 2: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. Seite 371.

[307] **Elkeles T, Mielck A.** Soziale Ungleichheit. Berlin: WZB discussion paper; 1993. Seite 93–208.

[308] **Anzenberger J, Bodenwinkler A, Breyer E.** Migration und Gesundheit. Wien: ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Bundesministerium für Gesundheit, Arbeiterkammer Wien, 2014.

Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AKS AUSTRIA	Forum österreichischer Gesundheitsarbeitskreise
AMS	Arbeitsmarktservice
ATC-Code	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
BELLA	BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMI	Body-Mass-Index
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMLVS	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BMWFJ	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
BMUKK	Bundesministerium für Kunst und Kultur
BMZ	Bettenmessziffer
BSR	Bewegungs- und Stützapparates sowie Rheumatologie
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DMFT	Decayed, Missing, Filled Teeth (kariöse, fehlende und gefüllte Zähne)
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EW	Einwohner:innen
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
EU	Europäische Union
EU-SILC	European Community Statistics on Income and Living Conditions / Gemeinschaftsstatistiken über Einkommen und Lebensbedingungen
FAS	Family Affluence Scale (Index zur Bestimmung des Familienwohlstands)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FKA	Fonds-Krankenanstalten

FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GAP-DRG	Datenbank des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children Study (europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie)
HiAP	Health in All Policies / Gesundheit in allen Politikfeldern
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HPV	Humane Papillomaviren
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ILO	International Labour Organization / Internationale Arbeitsorganisation
IMPaCCT	International Meeting for Palliative Care in Children
IOTF	International Obesity Taskforce
ISAAC	Internationale Studie über Asthma und Allergien im Kindesalter
ISCED	International Standard Classification of Education
IVF	In-vitro-Fertilisation
KCH	Kinderchirurgische Erkrankungen
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
LBW	Low birth weight (niedriges Geburtsgewicht)
LFK	Labour-Force-Konzept
Mio	Million/en
MMR	Masern-Mumps-Röteln
NAP.b	Nationaler Aktionsplan Bewegung
NAP.e	Nationaler Aktionsplan Ernährung
NAP.i	Nationaler Aktionsplan Integration
NAP.MMR	Nationaler Aktionsplan Masern- Mumps-Röteln-Elimination
NC	Neurochirurgie
NCTSN	National Child Traumatic Stress Network
NEU	Neurologie

NIDA	American National Institute on Drug Abuse
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NTA	Null-Tages-Aufenthalte
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development/ Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖNBGF	Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
ÖSES	Österreichische Studie zum Ernährungsstatus
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHMF	Public Health Monitoring Framework
PHDF	Public Health Determinant Framework
PISA	Programme for International Student Assessment (Internationale Studie zur Leistungsmessung der Schülerleistungen)
PSO	Psychosomatik
PT	Psychotherapie
PUL	Pulmologie
RIG	Rehabilitations-Indikationsgruppe
RKI	Robert-Koch-Institut
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SMS	Short-Message-Service
STV	Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat
THC	Tetrahydrocannabinol (Bestandteil von Cannabis)
UNICEF	United Nations Children's Fund
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WieNGS	Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen
WHO	World Health Organization
ZÄK	Zahnärztekammer

