

## 6.1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Wiener SchülerInnen

### Ergebnisse der HBSC-Studie 2010

Felix Hofmann, Daniela Ramelow, Rosemarie Felder-Puig, Katrin Unterweger, Wolfgang Dür

In diesem Kapitel werden anhand ausgewählter Indikatoren die Ergebnisse der im Vierjahresrhythmus durchgeführten WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) für 2010 dargestellt und interpretiert. Die durchgeführten Auszählungen und Analysen basieren auf den im Bundesland Wien bei SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren erhobenen Daten. Sie wurden aus dem österreichischen HBSC-Datensatz von 2010 gefiltert, der für fallweise Vergleiche mit den Wiener Daten verwendet wird. Die bundesweite Stichprobengröße beträgt 6.493 Personen. 22,4% davon gehören der Altersgruppe der 11-Jährigen, 26,6% jener der 13-Jährigen, 28,0% jener der 15-Jährigen und 22,9% jener der 17-Jährigen an (vgl. Tab. 6.1).

Tabelle 6.1: Vergleich HBSC-Sample mit Schulstatistik 2009/10, nach Alter

Altersgruppen	Schulstatistik 2009/10	HBSC Sample 2010
11-Jährige	22,5	22,4
13-Jährige	24,8	26,6
15-Jährige	25,5	28,0
17-Jährige	27,2	22,9
Gesamt	100,0	100,0

Das Geschlechterverhältnis beträgt 51,7% Mädchen zu 48,3% Burschen (vgl. Tab. 6.2). Die Alters- und Geschlechtsstruktur der Stichprobe entspricht damit jener der Grundgesamtheit und ist somit repräsentativ. Die Wiener Stichprobe der vier Jahrgänge macht insgesamt 15,9% der österreichischen aus und umfasst 1.035 Personen.

Tabelle 6.2: Vergleich HBSC-Sample mit Schulstatistik 2009/10, nach Geschlecht

Geschlechter	Schulstatistik 2009/10	HBSC Sample 2010
Burschen	51,3	48,4
Mädchen	48,7	51,6
Gesamt	100,0	100,0

Um einen guten Überblick über die aktuelle Datenlage zur Kinder- und Jugendgesundheit zu bieten, werden deskriptive Statistiken wie Mittelwerte und Prozentanteile in Diagrammen und Tabellen dargestellt. Weiters werden die Einflüsse von Alter und Geschlecht der Befragten auf die Ausprägungen der dargestellten Variablen hinsichtlich ihrer Stärke und (gegebenenfalls) ihrer Richtung analysiert<sup>1</sup>.

1. Dazu wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau geeignete Assoziationsmaße berechnet: Cramér's V beschreibt den Zusammenhang zwischen einer nominalen Variable, wie dem Geschlecht, und einer anderen nominalen oder ordinalen Variable. Spearman's Rho beschreibt den Zusammenhang zwischen zwei ordinalen Variablen, z. B. zwischen dem Alter und der subjektiven Gesundheit. Weiterführende Informationen zu diesen Maßen finden sich einschlägigen statistischen Lehrbüchern.

Zur Beurteilung von Mittelwertunterschieden zwischen zwei Gruppen wird die Effektgröße Cohen's d herangezogen (vgl. Dür et al. 2011, 3). Die in diesem Beitrag vorgenommene Bewertung der Einflüsse als klein, mittel oder groß folgt gängigen Einteilungen aus der Praxis.

## 6.1.1 Gesundheitszustand

Ausgehend vom Gesundheitsbegriff der WHO, der auch psychische und soziale Aspekte umfasst, erhebt die HBSC-Studie unter anderem die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit durch die Befragten.

Ausgehend vom Gesundheitsbegriff der WHO, der auch psychische und soziale Aspekte umfasst, erhebt die HBSC-Studie unter anderem die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit durch die Befragten. Dieses Verständnis ist komplementär zum medizinischen Gesundheitsbegriff, der sich auf die Analyse körperlicher Funktionsstörungen beschränkt, um diese gezielt behandeln zu können (vgl. Dür/Felder-Puig 2011, 13). Für die Gesundheitspolitik wird es bedeutend, sobald sie ihr Ziel nicht mehr nur in der Beseitigung gestörter Körperfunktionen, sondern auch in der Förderung des Wohlbefindens und der Stärkung der Gesundheitsressourcen sieht.

### 6.1.1.1 Subjektive Gesundheit

#### Konzept

Die stetige Erhöhung der Lebenserwartung seit Beginn der Modernisierung war größtenteils auf Verbesserungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zurückzuführen. Sie bestanden vor allem darin, dass das Auftreten übertragbarer Krankheiten im Kindesalter verringert werden konnte (vgl. WHO 2010a, 8). In letzter Zeit mehren sich allerdings die Anzeichen, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen wieder verschlechtert. Dies kann mit Änderungen gesellschaftlicher Umstände und individueller Verhaltensweisen erklärt werden.

Das Spektrum der Kindererkrankungen und die Aufmerksamkeit dafür hat sich in den letzten 100 Jahren, abgesehen von chronischen Erkrankungen, wie Allergien, in Richtung **psychische** und **psychosomatische Beschwerden** sowie **Verhaltensauffälligkeiten** (ADHS etc.) verschoben. Zur Einschätzung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erscheint es daher immer wichtiger, etwas über ihre „gesundheitsbezogenen Wahrnehmungen und Empfindungen“ (Dür/Felder-Puig 2011, 12) zu erfahren. Ein gebräuchliches Konzept, das dem zugrunde liegt, ist jenes der **Subjektiven Gesundheit** (self-rated health). Darunter wird die subjektive Einschätzung des eigenen aktuellen Gesundheitszustandes verstanden. Untersuchungen zeigen, dass die Angaben der Befragten über ihren Gesundheitszustand – obwohl sie auch von sozialen Determinanten beeinflusst werden – oft viel mit ihrem tatsächlichen mentalen oder körperlichen Gesundheitszustand zu tun haben und mitunter Hinweise auf versteckte Morbidität geben können.

#### Methode

Ein gängiges Instrument zur Erhebung der **Subjektiven Gesundheit** ist das **EGFP-Item**. Mit ihm wurden bereits in epidemiologischen Studien gute Erfahrungen gemacht (Idler/Benyamini 1997). Seit der Umfrage 2001/2002 bildet es daher einen fixen Bestandteil des HBSC-Fragebogens. Das EGFP-Item fragt den Respondenten in der deutschen Version: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“ Die Antwortmöglichkeiten sind durch die vier Kategorien „ausgezeichnet“, „gut“, „eher gut“ und „schlecht“ (engl.: „excellent“, „good“, „fair“ und „poor“) vorgegeben. Für die Auswertung wurden diese ursprünglichen Kategorien beibehalten.

#### Ergebnisse für 2010

Wie aus Abbildung 6.1 ersichtlich, nimmt die Größe des Anteils jener Wiener SchülerInnen, die ihre subjektive Gesundheit als „ausgezeichnet“ einschätzen, mit dem Alter ab. Dies gilt für

Die Angaben der Befragten über ihren Gesundheitszustand haben – obwohl sie auch von sozialen Determinanten beeinflusst werden – oft viel mit ihrem tatsächlichen mentalen oder körperlichen Gesundheitszustand zu tun.

beide Geschlechter, wobei Mädchen generell weniger oft einen „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand angeben als Burschen. Über alle Kategorien betrachtet sind beide Effekte signifikant, aber eher klein, wobei der Effekt des Geschlechts auf die subjektive Gesundheit (Cramér's  $V = 0,26$ ) etwas bedeutsamer ist als der des Alters (Spearman's  $\rho = 0,15$ ).

Abbildung 6.1: **Ausgezeichnete subjektive Gesundheit der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17, nach Alter und Geschlecht**

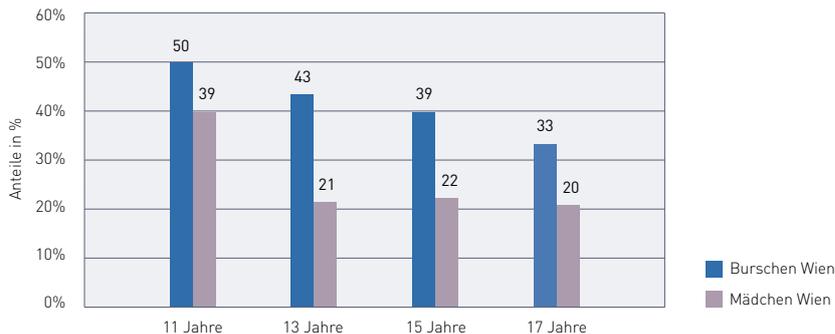
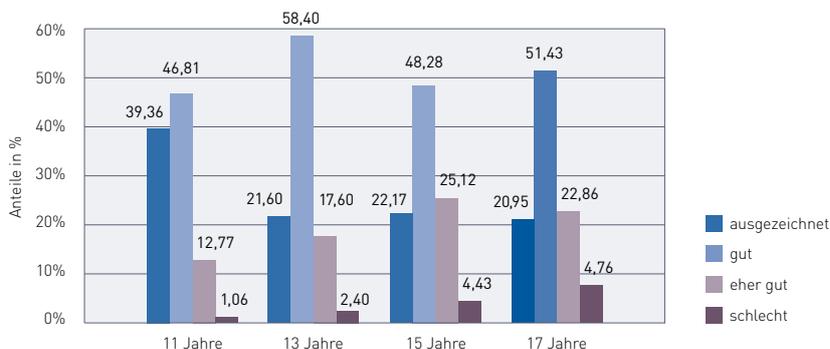


Abbildung 6.1 zeigt einen zweiten Unterschied zwischen den Geschlechtern: Der Anteil junger Burschen mit subjektiv ausgezeichneter Gesundheit nimmt zwischen dem Alter von 11 und dem Alter von 17 relativ langsam, aber stetig ab. Bei den Mädchen lässt sich zwischen den 11- und 13-Jährigen ein sehr abrupter Rückgang dieses Anteils beobachten, er bleibt aber dann bis zum Alter von 17 relativ konstant. Die Frage, welche Kategorien **aufgrund** dieses Rückgangs zulegen, lässt sich mit einem Blick auf Abbildung 6.2 klären. Es ist zu erkennen, dass der frühe Rückgang des Anteils der Schülerinnen mit ausgezeichneter Gesundheit zunächst mit einem um 11,59% größeren Anteil der Schülerinnen mit guter Gesundheit bei den 13-Jährigen einhergeht. Bei den 15-Jährigen weist aber auch diese Kategorie mit 48,28% wieder einen um 10,12% geringeren Anteil aus, während die Anteile der unteren beiden Kategorien besonders hoch sind: Beinahe 30% der 15-jährigen Wiener Schülerinnen stufen ihre Gesundheit nur als entweder eher gut oder schlecht ein. In der Gruppe der 17-Jährigen lässt sich mit 51,43% wieder ein etwas größerer Anteil von Schülerinnen mit guter Gesundheit beobachten. Die Daten der Wiener Mädchen zeigen also, dass sich die Einschätzung der eigenen Gesundheit zwischen dem Alter von 11 und 15 sukzessive in untere Kategorien verlagert, während bis zum Alter von 17 wieder eine leichte Verbesserung eintritt.

Abbildung 6.2: **Subjektive Gesundheit der Wiener Schülerinnen, nach Alter, in % der Altersgruppen**



### Wien im österreichischen Vergleich

Die oben festgestellten Muster – der Rückgang bei beiden Geschlechtern in der Kategorie „ausgezeichnet“ und die starke Verschiebung der gesundheitlichen Selbsteinschätzung der Mädchen in die beiden untersten Kategorien – sind generell auch auf österreichischer Ebene zu beobachten (vgl. Tab. 6.3).

Wichtige Unterschiede bei den Mädchen bestehen darin, dass auf österreichischer Ebene kein abrupter Rückgang wie in Wien zu beobachten ist und dass die Verlagerung aus der Kategorie „ausgezeichnet“ in die untersten Kategorien nicht so stark ausfällt. Die entsprechenden Anteile reichen bei den 15- und 17-Jährigen mit 18,10% und 17,16% (eher gut) bzw. 3,34% und 4,48% (schlecht) nicht an die des Wiener Datensatzes heran. Die Kategorie „gut“ hingegen weist mit 52,37% und 58,08% deutlich höhere Anteile auf. Dies zeigt sich auch im Effekt des Geschlechts auf die subjektive Gesundheit, der gemessen mit Cramér's V einen Wert von 0,16 annimmt, welcher weit unter dem von Wien (0,26) liegt.

Tabelle 6.3: Subjektive Gesundheit, Vergleich Wien–Österreich

Subjektive Gesundheit nach Region, Alter und Geschlecht		11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	17 Jahre
Ausgezeichnet	Burschen Österreich	49,58	47,19	40,34	40,09
	Burschen Wien	50,00	43,42	39,29	33,33
Gut	Burschen Österreich	42,11	44,43	49,14	45,01
	Burschen Wien	43,40	49,34	55,95	53,97
Eher gut	Burschen Österreich	6,48	6,83	9,03	12,22
	Burschen Wien	6,60	6,58	2,98	11,11
Schlecht	Burschen Österreich	1,83	1,56	1,49	2,68
	Burschen Wien	0,00	0,66	1,79	1,59
Ausgezeichnet	Mädchen Österreich	43,74	34,26	26,19	20,27
	Mädchen Wien	39,36	21,60	22,17	20,95
Gut	Mädchen Österreich	44,98	49,54	52,37	58,08
	Mädchen Wien	46,81	58,40	48,28	51,43
Eher gut	Mädchen Österreich	9,63	13,54	18,10	17,16
	Mädchen Wien	12,77	17,60	25,12	22,86
Schlecht	Mädchen Österreich	1,65	2,66	3,34	4,48
	Mädchen Wien	1,06	2,40	4,43	4,76

Wiener SchülerInnen verfügen im österreichischen Vergleich allgemein über eine etwas schlechtere subjektive Gesundheit.

Die Daten weisen außerdem darauf hin, dass Wiener SchülerInnen im österreichischen Vergleich allgemein über eine etwas schlechtere subjektive Gesundheit verfügen. So sind die Anteile der Kategorie „ausgezeichnet“ in fast allen Altersgruppen kleiner. Dafür sind bei den Wiener Burschen die Anteile der Kategorie „gut“ und bei den Wiener Mädchen die Anteile der Kategorie „eher gut“ durchwegs größer als im österreichischen Datensatz.

### 6.1.1.2 Lebenszufriedenheit

#### Konzept

Ein weiteres Konzept zur Beschreibung subjektiv wahrgenommener Zustände ist jenes der **Lebenszufriedenheit**. Nach Veenhoven (1996: 6) ist Lebenszufriedenheit (**life satisfaction**) „the degree to which a person positively evaluates the overall quality of his/her life as-a-whole. In other words, how much the person likes the life he/she leads“. Da sich das Konzept der **Lebenszufriedenheit** nach dieser Definition auf das Leben als Ganzes bezieht, ist es im Vergleich zur **Subjektiven Gesundheit** umfassender interpretierbar: Auch Menschen, die im Großen und Ganzen eine positive Bilanz über ihr Leben ziehen, haben mitunter mit körperlichen oder mentalen Problemen zu kämpfen (vgl. Veenhoven 1996, 8 und 12). Diese können jedoch als vorübergehend empfunden werden oder sich auf einen bestimmten Bereich, z. B. die körperliche Gesundheit, beschränken, der im Vergleich zu dem, was das Leben sonst noch zu bieten hat, als weniger wichtig empfunden wird.

Da sich das Konzept der Lebenszufriedenheit nach dieser Definition auf das Leben als Ganzes bezieht, ist es im Vergleich zur subjektiven Gesundheit umfassender interpretierbar.

#### Methode

Die **Lebenszufriedenheit (life satisfaction)** bzw. das eng verwandte und meist synonym verwendete Konzept der **Lebensqualität (quality of life)** werden aus forschungspragmatischen Gründen oft ebenfalls mit Hilfe eines einzelnen Items erhoben. Mittlerweile gibt es auch einige Nachweise dafür, dass diese globalen Indikatoren hinsichtlich Validität und Reliabilität keine wesentlichen Nachteile gegenüber umfangreicheren Fragebatterien aufweisen (de Boer et al. 2004).

Im Rahmen der HBSC-Studie wurde die Lebenszufriedenheit mit Hilfe des von Cantril (1965) vorgeschlagenen Items erhoben. Es fordert den Respondenten auf, sich die persönliche Lebenssituation als Sprosse auf einer abgebildeten Leiter vorzustellen und fragt ihn: „Here is a picture of a ladder. Suppose the top of the ladder represents the best possible life for you and the bottom of the ladder the worst possible life. Where on the ladder do you feel you personally stand at the present time?“

Je nach gewählter Sprosse auf der Leiter bewertet der Befragte sein Leben auf einer Skala zwischen 0 und 10. Da das Bild der Leiter gleiche Abstände zwischen diesen Bewertungen suggeriert, werden sie als intervallskaliert betrachtet. Dies ermöglicht die Bildung von Mittelwerten als Maß für die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der SchülerInnen sowie den Einsatz von Cohen's *d* als Maß für die Stärke von Zusammenhängen.

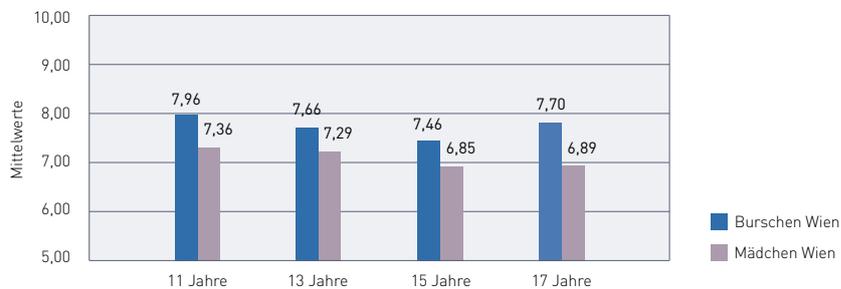
#### Ergebnisse für 2010

Aus Abbildung 6.3 ist ersichtlich, dass die durchschnittliche Lebenszufriedenheit mit höherem Alter zunächst zurückgeht. Während bei den Burschen im Alter von 15 bis 17 wieder eine merkbare Verbesserung eintritt, bleibt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Mädchen zwischen diesen beiden Altersgruppen in etwa konstant. Es lässt sich außerdem erkennen, dass Wiener Burschen über alle Altersgruppen hinweg eine höhere Lebenszufriedenheit angeben als Mädchen.

Die Berechnung von Cohen's *d* als Maß für die Stärke der beobachteten Zusammenhänge ergibt für jenen zwischen Alter und Lebenszufriedenheit einen eher kleinen (-0,26), und für jenen zwischen Geschlecht und Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen einen kleinen bis mittleren Wert (-0,33).

Wiener Burschen über alle Altersgruppen hinweg geben eine höhere Lebenszufriedenheit an als Mädchen.

Abbildung 6.3: Lebenszufriedenheit bei Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17, nach Alter und Geschlecht



### Wien im österreichischen Vergleich

Die beobachteten Muster finden sich auch auf der gesamtösterreichischen Ebene (vgl. Tab. 6.4). Auch hier sind Mädchen jeden Alters mit ihrem Leben unzufriedener als Burschen, mit einem Cohen's d von  $-0,20$  ist der Effekt aber geringer als in Wien ( $-0,329$ ). Bundesweit geht die durchschnittliche Lebenszufriedenheit mit dem Alter etwas stärker zurück als in Wien (Cohen's d:  $-0,38$  vs.  $-0,26$ ).

Tabelle 6.4: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit, Vergleich Wien–Österreich

Mittelwerte Lebenszufriedenheit nach Region, Alter und Geschlecht		11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	17 Jahre	Alle Altersgruppen
Burschen	Österreich	8,09	7,83	7,47	7,52	
	Wien	7,96	7,66	7,46	7,70	
Mädchen	Österreich	7,98	7,34	7,00	7,20	
	Wien	7,36	7,29	6,85	6,89	
Beide Geschlechter	Österreich					7,53
	Wien					7,35

Bundesweit und in Wien steigt allerdings bei beiden Geschlechtern die Lebenszufriedenheit zwischen dem Alter von 15 und dem Alter von 17 wieder leicht an. Bei allen österreichischen Mädchen ist dieser Anstieg etwas stärker als bei jenen aus Wien. Im Alter von 17 kommt ihr Mittelwert mit 7,20 wieder etwas näher an den der Burschen (7,52) heran. Hingegen ist der Unterschied bei der Lebenszufriedenheit zwischen Burschen (7,70) und Mädchen (6,89) aus Wien im Alter von 17 am größten. Umgekehrt erhöht sich bei den Wiener Burschen die Lebenszufriedenheit ab dem Alter von 15 bis zum Alter von 17 stärker als bundesweit. Der Wert für die 17-jährigen Burschen ist in Wien sogar höher als in Österreich. Dies stellt eine Ausnahme dar, da in allen anderen Alters- und Geschlechterkategorien die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen leicht unter jener der österreichischen SchülerInnen insgesamt liegt.

In allen anderen Alters- und Geschlechterkategorien liegt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen leicht unter jener der österreichischen SchülerInnen insgesamt.

### 6.1.1.3 Beschwerdelast

#### Konzept

Die Beschwerdelast bildet eine Ergänzung zu den bisher vorgestellten Konzepten, die globale (wenn auch weiter und enger gefasste) Befindlichkeiten beschreiben. Im Unterschied zu ihnen bezeichnet der Begriff Beschwerdelast ein Aggregat körperlicher und psychischer Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Nervosität etc. Obwohl diese von den Befragten konkret benannt werden können, lassen sie sich nur in relativ wenigen Fällen mittels medizinischer Diagnose auf bekannte, gut definierte Krankheiten zurückführen. Auch einer festgestellten Beschwerdelast liegen daher subjektive Einschätzungen zugrunde. Sie ist also ebenso wenig mit einer medizinisch-ärztlichen Diagnose gleichzusetzen wie ein erhobenes Ausmaß an Lebenszufriedenheit oder die globale Einordnung des eigenen Gesundheitszustandes.

#### Methode

Erfasst wird die subjektive „Beschwerdelast“ mit einer speziellen Fragebatterie. Diese sogenannte HBSC-Symptom-Checklist setzt sich aus acht Items zusammen, die jeweils nach dem Auftreten einer bestimmten Art physischer oder psychischer Beschwerden fragen. Dazu gehören Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, ein allgemein schlechter Gefühlszustand, schlechte Laune bzw. Gereiztheit, Nervosität, Schlafschwierigkeiten und Schwindelgefühle. Die Antwortkategorien auf einer fünfstufigen Likertskala lauten „fast jeden Tag“, „mehrmals pro Woche“, „fast jede Woche“, „fast jeden Monat“, „selten oder nie“.

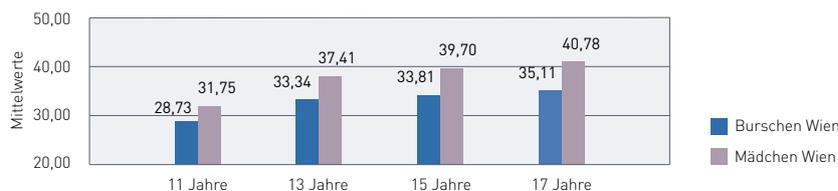
Mit Hilfe eines von Ravens-Sieberer et al. (2008) entwickelten Algorithmus kann aus den Antwortdaten ein Index berechnet werden, der ein intervallskaliertes Maß für die individuelle Beschwerdelast darstellt. Er kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Der Mittelwert für den großen internationalen Datensatz der HBSC-Umfrage 2002, der 162.000 Fälle umfasste, betrug 38,5 (Standardabweichung 12,1). Mittelwerte nationaler Subsamples, die zwischen 40 und 50 lagen, konnten damit bereits als relativ „hoch“ bezeichnet werden (ebda: 297). Die Mittelwerte der österreichischen Gesamtstichproben aus dem Zeitraum 1994 bis 2006 lagen zwischen 30 und 40 (vgl. Dür et al. 2011, 3).

#### Ergebnisse für 2010

In Abbildung 6.4 ist die durchschnittliche Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen dargestellt. Auch hier lassen sich wieder deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern erkennen: Ältere SchülerInnen zeigen eine höhere Beschwerdelast als jüngere, wobei bei beiden Geschlechtern die Unterschiede zwischen der Gruppe der 11- und jener der 13-Jährigen mit 4,61% (Burschen) bzw. 5,66% (Mädchen) besonders groß sind. Mädchen klagen generell über mehr Beschwerden als Burschen.

Mädchen klagen generell über mehr Beschwerden als Burschen.

Abbildung 6.4: Körperliche und psychische Beschwerdelast bei den Wiener SchülerInnen im Alter und Geschlecht



Insgesamt weisen Alter und Beschwerdelast mit einem Cohen's d von 0,66 einen mittleren bis starken Zusammenhang auf. Die allgemeine Stärke des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und Beschwerdelast liegt mit 0,40 deutlich darunter, ist aber immer noch im mittleren Bereich.

### Wien im österreichischen Vergleich

Vergleicht man die Wiener und die österreichischen Daten für 2010 mit internationalen Ergebnissen aus dem Jahr 2002 (s. o.), so liegt der Schluss nahe, dass sowohl in Wien als auch bundesweit von einer relativ geringen Beschwerdelast der SchülerInnen gesprochen werden kann. So liegen die Mittelwerte der beiden heimischen Datensätze mit 34,25 bzw. 35,45 Punkten deutlich unter dem des internationalen Datensatzes.

Vergleicht man die nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselten Mittelwerte von Wien und Österreich (vgl. Tab. 6.5), so zeigt sich auch bundesweit eine Erhöhung der Beschwerdelast mit dem Alter, die jedoch mit einem Cohen's d von 0,61 etwas geringer ausfällt als in Wien (0,67). Die Beschwerdelast der Mädchen übertrifft auch bundesweit jene der Burschen (Cohen's d = 0,36), wenn auch nicht ganz so stark wie in Wien (0,40).

Tabelle 6.5: Durchschnittliche Beschwerdelast, Vergleich Wien–Österreich

Mittelwerte Beschwerdelast, nach Region, Alter und Geschlecht		11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	17 Jahre	Alle Altersgruppen
Burschen	Österreich	28,44	31,72	33,15	33,60	
	Wien	28,73	33,34	33,81	35,11	
Mädchen	Österreich	30,18	36,33	38,84	39,74	
	Wien	31,75	37,41	39,70	40,78	
Beide Geschlechter	Österreich					34,25
	Wien					35,45

Der Vergleich zeigt auch, dass die Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen generell über dem österreichischen Durchschnitt liegt, wenn auch nicht besonders weit. Bei den 11- und 15-jährigen Burschen ist er z. B. mit 0,29 bzw. 0,66 Punkten nur marginal. Erwähnenswert bei den Wiener Burschen ist noch, dass ihre Beschwerdelast zwischen dem Alter von 15 und 17 (33,81 vs. 35,11 Punkte) ein letztes Mal merkbar ansteigt, während dies bundesweit nicht beobachtbar ist.

## 6.1.2 Gesundheits- und Risikoverhalten

Gesundheitsverhalten ist eine spezielle Art des Verhaltens, das entweder kurz- oder längerfristige Auswirkungen auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung oder Lebenserwartung haben kann. Risikoverhalten wird üblicherweise als besondere Form des Gesundheitsverhaltens gesehen, dessen Unterlassung gesundheitsfördernde Auswirkungen hat, etwa indem sie langfristig die Wahrscheinlichkeit nicht übertragbarer chronisch-degenerativer Krankheiten senkt. Begünstigt durch den Wandel des Gesundheitsverhaltens und der Altersstruktur sind diese in Europa mittlerweile für 77% der Krankheitslast und 86% aller Todesfälle verantwortlich (vgl. WHO 2010a, 87). Sie stellen eine dementsprechend große finanzielle Belastung

Sowohl in Wien als auch bundesweit kann von einer relativ geringen Beschwerdelast der SchülerInnen gesprochen werden.

Die Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen liegt generell über dem österreichischen Durchschnitt.

für die europäischen Gesundheitssysteme dar, deren Ausgaben schneller wachsen als das Volkseinkommen (ebda: 80).

Umso wichtiger erscheinen daher Versuche zur Förderung von bestimmten Gesundheitsverhaltensweisen und von Lebensumständen, die sie begünstigen (vgl. WHO 2010a, 92). Als Grundlage dafür können die folgenden Informationen zu ausgewählten Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen dienen. Die HBSC-Umfrage erhebt solche Daten regelmäßig unter Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Auch die Gesundheitspolitik sollte diese Altersgruppe berücksichtigen. Denn gerade Risikoverhalten bildet sich oft in der Jugend unter dem Einfluss sozialer Milieus (FreundInnen, Schule, Familie) heraus und verfestigt sich zu einem Lebensstil, der später beibehalten wird und gesundheitliche Spätfolgen verursacht.

### 6.1.2.1 Ernährungsverhalten

#### Hintergründe

Die Ernährung kann das Erreichen gesundheitspolitischer Ziele wie die Verbesserung des positiven Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens von SchülerInnen sowohl unterstützen als auch behindern. Empfohlenes gesundheitsförderndes Verhalten wie der regelmäßige Verzehr von Obst und Gemüse steht im Gegensatz zu Risikoverhaltensweisen wie der Konsum von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Limonaden. Während das eine den Körper mit lebenswichtigen Nährstoffen wie Vitaminen, Ballaststoffen und Kalzium versorgt, gefährdet das andere die Aufnahme eben dieser Stoffe. Der dadurch hervorgerufene Nährstoffmangel hemmt die physische und kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und begünstigt unmittelbare Gesundheitsprobleme wie Übergewicht und Adipositas sowie Anämie, eine meist durch Eisenmangel hervorgerufene Verschlechterung des Blutbildes. Längerfristige Folge einer ballaststoffarmen, jedoch zucker- und fetthaltigen Ernährung ist das Auftreten von Zivilisationskrankheiten, wie Diabetes-Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebsarten. Die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Ernährungsverhaltens wäre im Kinder- und Jugendalter besonders wichtig, da in dieser Zeit Gewohnheiten entstehen, die meist über die gesamte Lebenszeit hinweg beibehalten werden (vgl. Dür/Felder-Puig 2011, 95).

#### Methode

Die Ernährungsweise der SchülerInnen wird im Rahmen des österreichischen HBSC-Fragebogens mit insgesamt 18 Variablen erfasst. Um den mit Ernährung verbundenen Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen gleichermaßen Rechnung zu tragen, werden hier die aktuellen Daten zur Regelmäßigkeit des Obst- und Gemüsekonsums sowie des Süßigkeiten- und Limonadenkonsums unter Wiener SchülerInnen dargestellt. Erhoben wurden diese mit vier Variablen (Obst, Gemüse, Süßigkeiten/Schokolade und zuckerhaltige Limonaden) und einer einzigen Frage, welche lautete: „Wie oft in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge?“ Danach folgte eine Auflistung der verschiedenen Arten von Nahrungsmitteln, die jeweils eine Variable mit einer siebenteiligen Antwortskala bildeten. Die Respondenten hatten die Wahl zwischen den Kategorien „nie“, „seltener als einmal pro Woche“, „einmal wöchentlich“, „an 2–4 Tagen in der Woche“, „an 5–6 Tagen in der Woche“, „einmal täglich“ und „mehrmals täglich“.

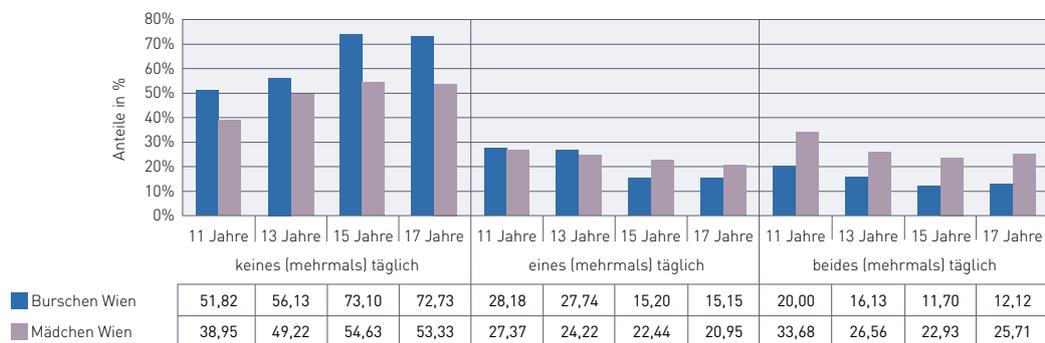
Da für eine ausgewogene Ernährung der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse empfohlen ist, wurden die jeweiligen Antwortdaten in zwei Kategorien, nämlich täglicher Konsum „ja“ oder „nein“, zusammengefasst und in zwei neue Variablen übernommen. Diese verfügen über je drei Kategorien, die angeben, ob die Befragten weder Obst noch Gemüse (bzw. Süßigkeiten noch Limonaden), eines der beiden oder beides täglich konsumieren.

Eine überwiegende Mehrheit beider Geschlechter konsumiert weder Obst noch Gemüse auf täglicher Basis.

### Ergebnisse für 2010

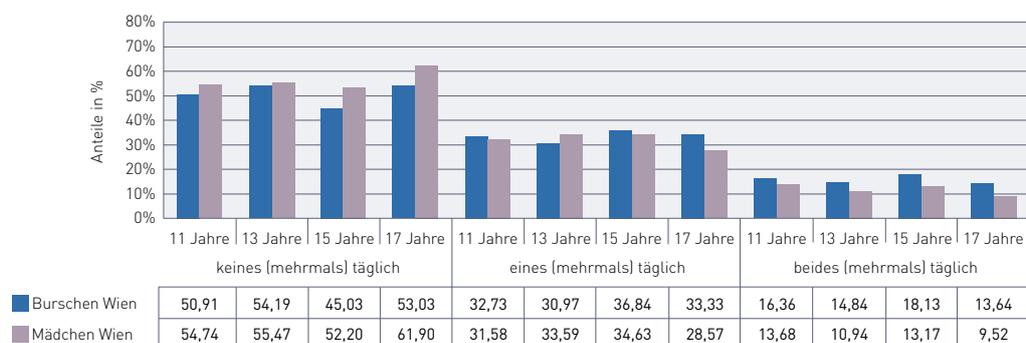
Wie aus Abbildung 6.5 ersichtlich, konsumiert eine überwiegende Mehrheit beider Geschlechter weder Obst noch Gemüse auf täglicher Basis. Dieser Anteil nimmt zwischen dem Alter von 11 und 15 stetig zu, um zwischen 15 und 17 wieder leicht zurückzugehen. Er ist bei Mädchen generell niedriger als bei Burschen. Der Anteil jener, die täglich entweder Obst oder Gemüse zu sich nehmen, geht bei beiden Geschlechtern vom Alter von 11 bis zum Alter von 17 ständig zurück. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind hier weniger ausgeprägt.

Abbildung 6.5: Obst- und/oder Gemüsekonsum der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe



Die oberste Kategorie jener, die täglich sowohl Obst als auch Gemüse konsumieren, bietet zur untersten ein komplementäres Bild: Hier fallen die Anteile zwischen dem Alter von 11 und 15, um zwischen 15 und 17 wieder leicht zu steigen. Generell konsumieren Mädchen im Vergleich zu Burschen öfter sowohl Gemüse als auch Obst täglich. Unter 11-Jährigen beträgt dieser Anteil bei den Mädchen 33,68% verglichen mit 20,00% bei den Burschen. Unter den 17-Jährigen ist der Unterschied mit 25,71% bei den Burschen und 12,12% bei den Mädchen auf niedrigerem Niveau in etwa gleich groß. Eine Überprüfung der Assoziationsstärken zeigt mit einem moderaten Wert für Cramér's V von 0,15, dass Mädchen signifikant häufiger in oberen Kategorien (mehr Obst- und/oder Gemüsekonsum) zu finden sind. Mit einem Spearman's rho von -0,11 erweist sich die Verlagerung von oberen in untere Kategorien mit höherem Alter ebenfalls als signifikant, aber schwach.

Abbildung 6.6: Süßigkeiten- und Limonadenkonsum der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe



Generell konsumieren Mädchen im Vergleich zu Burschen öfter sowohl Gemüse als auch Obst täglich.

Abbildung 6.6 zeigt, dass der Süßigkeiten- und Limonadenkonsum im Altersverlauf stark schwankt und er somit keinen Zusammenhang mit dem Alter aufweist. Positiv anzumerken ist, dass eine (meist absolute) Mehrheit der Wiener SchülerInnen jeden Alters weder Süßigkeiten noch Limonaden auf täglicher Basis konsumiert. Allerdings sind die Werte hier generell niedriger als bei jenen, die weder Obst noch Gemüse täglich konsumieren (vgl. Abb. 6.5). Die Anteile jener, die täglich entweder Süßigkeiten oder Limonade konsumieren, sind außerdem beträchtlich. Sie liegen meist über 30%. Darunter liegt in dieser Kategorie mit 28,57% nur der Anteil 17-jähriger Mädchen. Der Anteil jener, die Süßigkeiten und Limonade täglich konsumieren, ist dagegen eher bescheiden: Er erreicht nie die 20%-Marke und liegt meist unter dem der täglichen Obst- und GemüsekonsumentInnen. Auffallend sind bei dieser Variable die im Vergleich zum Obst- und Gemüsekonsum geringen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Sie sind nicht signifikant.

### Wien im österreichischen Vergleich

Die im Wiener Datensatz beobachteten Muster für den Obst- und Gemüsekonsum zeigen sich auch auf Bundesebene: Der Anteil täglicher Obst- und Gemüsekonsumenten sinkt bei beiden Geschlechtern vom Alter von 11 bis zum Alter von 15 und steigt dann wieder leicht an. Mit einem Spearman's rho von  $-0,143$  ist der Zusammenhang zwischen höherem Alter und geringerem Obst- und Gemüsekonsum bundesweit sogar ein wenig stärker als in Wien ( $-0,112$ ). Ein signifikantes Cramér's V von  $0,15$  zeigt, dass das Geschlecht auf österreichischer Ebene in etwa denselben Effekt hat wie in Wien. Mädchen sind auch hier etwas häufigere Konsumenten von Obst und Gemüse.

Tabelle 6.6: Obst- und Gemüsekonsum, Vergleich Wien–Österreich

Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Region, Alter und Geschlecht		11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	17 Jahre
keines täglich	Burschen Österreich	51,87	59,91	74,01	71,70
	Burschen Wien	51,82	56,13	73,10	72,73
eines täglich	Burschen Österreich	29,05	24,65	17,29	17,30
	Burschen Wien	28,18	27,74	15,20	15,15
beides täglich	Burschen Österreich	19,09	15,45	8,70	11,00
	Burschen Wien	20,00	16,13	11,70	12,12
keines täglich	Mädchen Österreich	38,83	46,81	58,40	57,80
	Mädchen Wien	38,95	49,22	54,63	53,33
eines täglich	Mädchen Österreich	34,20	28,25	23,32	19,43
	Mädchen Wien	27,37	24,22	22,44	20,95
beides täglich	Mädchen Österreich	26,98	24,94	18,29	22,77
	Mädchen Wien	33,68	26,56	22,93	25,71

Der tägliche Konsum von Obst und Gemüse ist bei den Wiener SchülerInnen generell weiter verbreitet als bei den österreichischen SchülerInnen insgesamt. Bei Mädchen ist dieser Unterschied etwas stärker ausgeprägt als bei Burschen.

Eine (meist absolute) Mehrheit der Wiener SchülerInnen jeden Alters konsumiert weder Süßigkeiten noch Limonaden auf täglicher Basis.

Der tägliche Konsum von Obst und Gemüse ist bei den Wiener SchülerInnen generell weiter verbreitet als bei den österreichischen SchülerInnen insgesamt.

Wie Tabelle 6.7 zeigt, liegen die Anteile der Burschen beim täglichen Süßigkeiten- und Limonadenkonsum bundesweit in allen Altersgruppen über denen der Mädchen, was vermuten lässt, dass sie sich auch diesbezüglich etwas riskanter verhalten. Insgesamt ist dieser Geschlechtereffekt zwar sehr klein (Cramér's  $V = 0,06$ ), im Unterschied zur Wiener Ebene jedoch signifikant.

Tabelle 6.7: Süßigkeiten- und Limonadenkonsum, Vergleich Wien–Österreich

Süßigkeiten- und Limonadenkonsum nach Region, Alter und Geschlecht		11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	17 Jahre
keines täglich	Burschen Österreich	65,70	60,97	57,40	57,04
	Burschen Wien	50,91	54,19	45,03	53,03
eines täglich	Burschen Österreich	24,76	26,77	28,81	31,96
	Burschen Wien	32,73	30,97	36,84	33,33
beides täglich	Burschen Österreich	9,54	12,26	13,79	11,00
	Burschen Wien	16,36	14,84	18,13	13,64
keines täglich	Mädchen Österreich	65,12	58,66	59,36	64,60
	Mädchen Wien	54,74	55,47	52,20	61,90
eines täglich	Mädchen Österreich	29,29	30,98	31,23	27,85
	Mädchen Wien	31,58	33,59	34,63	28,57
beides täglich	Mädchen Österreich	5,59	10,36	9,41	7,55
	Mädchen Wien	13,68	10,94	13,17	9,52

Wiener SchülerInnen im österreichischen Vergleich, unabhängig von Geschlecht und Alter, konsumieren deutlich häufiger auf täglicher Basis Süßigkeiten und Limonaden.

Im Allgemeinen zeigen die Daten, dass Wiener SchülerInnen im österreichischen Vergleich, unabhängig von Geschlecht und Alter, deutlich häufiger auf täglicher Basis Süßigkeiten und Limonaden konsumieren. Dieser Unterschied zeigt sich besonders in jüngeren Jahren: Unter 11-Jährigen beträgt der Anteil jener, die keines täglich konsumieren, österreichweit bei beiden Geschlechtern über 65%, in Wien nur 50,91% bzw. 54,74%. Bei den 17-Jährigen ist der Unterschied zwischen Wien und Österreich nicht mehr so stark ausgeprägt.

### 6.1.2.2 Bewegungsverhalten und sitzendes Verhalten

#### Hintergründe

Auch beim Bewegungsverhalten gilt, dass hohe körperliche Aktivität im Alltag ein erlerntes Verhalten darstellt, das in der Jugend erworben und im Erwachsenenalter mit hoher Wahrscheinlichkeit beibehalten wird. Aufgrund der positiven gesundheitlichen Effekte, die moderate, aber regelmäßig durchgeführte, körperliche Betätigung nachweislich mit sich bringt, wäre es also wünschenswert, Kinder bereits früh zu Bewegung zu animieren. Dies umso mehr, als jungen Menschen in Industrienationen (z. B. durch Unterhaltungstechnologien) vielfältige Anreize geboten werden, selbst in ihrer Freizeit eine sitzende Haltung einzunehmen.

Bewegung hat einen positiven Einfluss auf die körperliche Konstitution, da sie Bluthochdruck entgegenwirkt, die Knochensubstanz bei Jugendlichen stärkt, sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einigen Krebsarten (z. B. in Brust, Prostata und Darm) und Knochenkrankheiten im Alter vorbeugt. Sie zeitigt auch positive psychische Effekte, die sich in einer Verminderung von Angstzuständen und Depressionen sowie in einer besseren Schlafqualität äußern können –

wobei in Fällen extrem intensiver bis obsessiver Betätigung allerdings auch gegenteilige Effekte möglich sind (Peluso et al. 2005). Übersteigertes Bewegungsverhalten und Leistungssport gehen zudem mit einem höheren Verletzungsrisiko einher. Unter Abwägung aller Chancen und Risiken werden für Schulkinder tägliche, abwechslungsreiche Aktivitäten mit einer Gesamtdauer von ca. 60 Minuten empfohlen, die mittlere bis höhere Intensität aufweisen. Eine solche ist gegeben, wenn man bei der Betätigung außer Atem und ins Schwitzen gerät (BMG et al. 2010, 21).

### Methode

Zur Darstellung der aktuellen Daten zum Bewegungsverhalten der Wiener SchülerInnen wurde jenes Item aus dem HBSC-Fragebogen ausgewählt, das die SchülerInnen nach der Häufigkeit ihrer körperlichen Aktivitäten befragt. Dieses erhebt, inwieweit das Bewegungsverhalten Jugendlicher den Forderungen einschlägiger staatlicher und privater Stellen, insbesondere jener nach „moderater bis intensiver Aktivität“, entspricht. Die SchülerInnen müssen folgende Frage beantworten: „An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?“ Die Antwortmöglichkeiten liegen dementsprechend zwischen null und sieben Tagen pro Woche. Aus den angegebenen Zahlen wurden Mittelwerte gebildet.

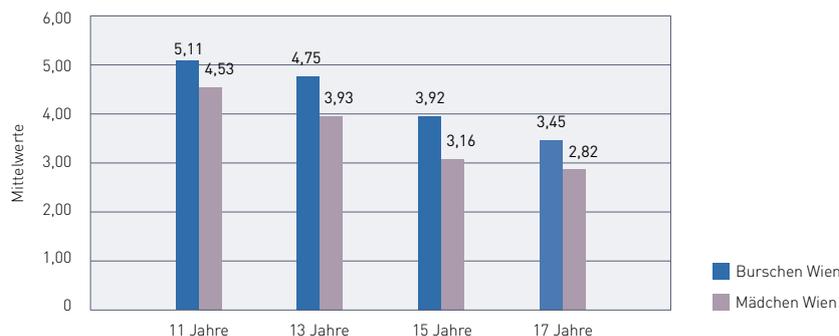
Die zweite dargestellte Variable – das **sitzende Verhalten** – ist eine Ergänzung zur **körperlichen Aktivität** und ermöglicht ein vollständigeres Bild vom Ausmaß des Bewegungsverhaltens der Wiener SchülerInnen. Sie wurde durch Zusammenfassung mehrerer Items, die im HBSC-Fragebogen enthalten sind, konstruiert. Diese fragen die SchülerInnen nach der täglichen Häufigkeit einiger Tätigkeiten, zu denen man üblicherweise eine sitzende Haltung einnimmt (Computerspielen, Computerarbeit und Fernsehen). Aus den von den SchülerInnen angegebenen Stunden pro Tag und Tätigkeit wurden Summen und daraus Mittelwerte gebildet.

### Ergebnisse für 2010

Aus Abbildung 6.7 wird deutlich, dass auch bezüglich des Ausmaßes moderater bis intensiver körperlicher Aktivität Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Anders als bei den meisten anderen Variablen weisen allerdings hier die Burschen ein stärker gesundheitsförderliches Verhalten auf. Der Durchschnittswert der Tage, an denen die 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen körperlich mindestens 60 Minuten aktiv waren, liegt bei Burschen – je nach Alter – um 0,63 bis 0,82 Tage höher als bei Mädchen. Er nimmt bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter durchgehend ab. Am stärksten ist der Unterschied zwischen den 15- und den 17-Jährigen. Die Berechnungen für die Stärke der Zusammenhänge zeigen einen sehr starken Zusammenhang (Cohen's  $d = -0,92$ ) zwischen Alter und wöchentlicher körperlicher Aktivität sowie einen mittleren (Cohen's  $d = -0,41$ ) zwischen Geschlecht und körperlicher Aktivität.

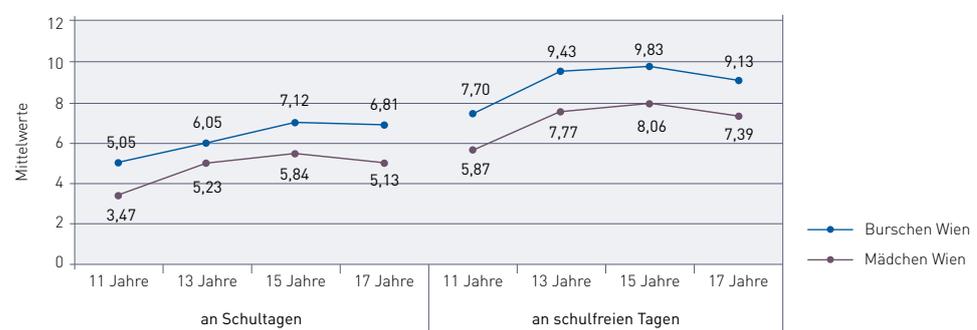
Anders als bei den meisten anderen Variablen weisen die Burschen in puncto Bewegung ein stärker gesundheitsförderliches Verhalten auf.

Abbildung 6.7: Anzahl der Tage pro Woche, an denen die 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren



Beim sitzenden Verhalten zeigen sich ähnliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern wie beim Bewegungsverhalten. Die Burschen verbringen an Schultagen, je nach Alter, zwischen 0,82 und 1,68 mehr Stunden am Tag mit sitzenden Tätigkeiten, wie Fernsehen, Computerarbeit und Computerspielen, als Mädchen (vgl. Abb. 6.8). Für schulfreie Tage gilt dies in noch stärker ausgeprägter Form (vgl. Abb. 6.8). Da Burschen im Durchschnitt sowohl mehr Zeit im Sitzen als auch in relativ intensiver Bewegung verbringen, verbringen die Mädchen ihre Zeit offenbar eher mit Tätigkeiten, die weniger intensive Bewegung erfordern.

Abbildung 6.8: Anzahl der Stunden pro Tag, die Wiener SchülerInnen mit sitzenden Tätigkeiten verbringen



Das Ausmaß der vor dem Fernseher oder Computer verbrachten Zeit bei den Wiener Jugendlichen im Vergleich zu jener Zeit, die mit moderater bis intensiver körperlicher Betätigung verbracht wird, ist außerordentlich hoch.

Zwischen den Altersgruppen zeigt sich sowohl an schulfreien Tagen als auch an Schultagen ein anderes Muster als bei der Variable Bewegungsverhalten. Während die durchschnittliche, sitzend verbrachte Zeit vom Alter von 11 bis zum Alter von 15 zunimmt, geht sie zwischen 15 und 17 wieder relativ stark zurück. Dieser Rückgang zeigt sich sowohl bei den Wiener Mädchen als auch bei den Wiener Burschen in vergleichbarem Ausmaß. Generell lässt sich sagen, dass an allen Tagen das Ausmaß der vor dem Fernseher oder Computer verbrachten Zeit bei den Wiener Jugendlichen im Vergleich zu jener Zeit, die mit moderater bis intensiver körperlicher Betätigung verbracht wird, außerordentlich hoch ist.

#### Wien im österreichischen Vergleich

Auf der österreichischen Ebene zeigt sich ebenfalls ein stetiger Rückgang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität mit steigendem Alter. Er fällt mit einem Cohen's d von  $-1,02$  sogar noch stärker aus als in Wien ( $-0,92$ ). Auch bundesweit zeigen die Mädchen ein deutlich geringeres Ausmaß an gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität als die Burschen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern nimmt bei österreichischen Kindern und Jugendlichen mit einem Cohen's d von  $0,40$  in etwa das gleiche mittlere Ausmaß an wie bei jenen aus Wien ( $0,41$ ).

Tabelle 6.8: Tage mit moderater bis intensiver körperlicher Aktivität, Vergleich Wien–Österreich

Tage körperlicher Aktivität pro Woche, nach Region, Alter und Geschlecht		11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	17 Jahre	Alle Altersgruppen
Burschen	Österreich	5,37	5,13	4,14	3,48	
	Wien	5,11	4,75	3,92	3,45	
Mädchen	Österreich	4,86	4,2	3,16	2,84	
	Wien	4,53	3,93	3,16	2,82	
Beide Geschlechter	Österreich					4,12
	Wien					3,93

Der Vergleich der Wiener mit den gesamtösterreichischen Daten zeigt außerdem, dass die durchschnittliche Anzahl an Tagen mit gesundheitswirksamer körperlicher Tätigkeit in Wien für die meisten Altersgruppen unter dem österreichischen Niveau liegt. Über beide Geschlechter und alle Altersgruppen hinweg beträgt der Unterschied 4,12 Tage in Österreich gegenüber 3,93 Tage in Wien. Österreichweit gehen die Werte mit dem Alter allerdings so stark zurück, dass bei den 17-jährigen Mädchen und Burschen kaum mehr ein Unterschied zu bemerken ist.

Die durchschnittliche Anzahl an Tagen mit gesundheitswirksamer körperlicher Tätigkeit in Wien liegt für die meisten Altersgruppen unter dem österreichischen Niveau.

### 6.1.2.3 Rauchen, Alkohol- und Cannabiskonsum

#### Hintergründe

Eine der unter Jugendlichen am weitesten verbreiteten Risikoverhaltensweisen stellt die Konsumation von Alltagsdrogen wie Tabak oder Alkohol sowie Cannabis dar. Jedes dieser Suchtmittel kann zur Ursache für das Auftreten bestimmter Krankheiten werden.

So lassen sich bei den negativen Auswirkungen des Rauchens kurz- und langfristig auftretende Gesundheitsschäden unterscheiden. Als Spätfolgen können Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis, Lungenentzündung u. a.) und viele Krebsformen (u. a. Lungen-, Rachen-, Kehlkopf-, Speiseröhren-, Gebärmutterhals- und Blasenkrebs) auftreten. Doch lassen sich auch bei Jugendlichen bereits nach einer relativ kurzen Raucherkarriere vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Einschränkung von Lungenwachstum und -funktion, Kurzatmigkeit, Husten und asthmatische Probleme (Keuchen) feststellen. Was für Tabak gilt, gilt auch für Cannabis, da im Rauch eines Joints ähnliche Schadstoffe enthalten sind, einige Karzinogene sogar in höherer Konzentration. Es gibt daher Vermutungen, dass krebserregende Wirkungen bei Cannabis-Rauchern in verstärktem Maße auftreten. Außer im Fall von Lungenkrebs wurden diese aber noch nicht hinreichend bestätigt. Da das im Cannabis enthaltene Tetrahydrocannabinol (THC) zusätzlich Rauschzustände erzeugt, erhöht sich unter seinem Einfluss die Unfallgefahr, wohingegen sich die Konzentrations- und Merkfähigkeit vermindert (Kalant 2004). Ein gewisses Suchtpotenzial von Cannabis ist mittlerweile anerkannt. Abhängigkeit wird definiert als beeinträchtigte Kontrolle über den eigenen Verbrauch und die Schwierigkeit, ihn zu beenden. Sie betrifft 7–10% der KonsumentInnen einmal in ihrem Leben (vgl. Nikotin: 32%, Alkohol: 15%) und tritt vor allem bei psychischer und sozialer Instabilität, exzessivem Gebrauch und frühem Einstiegsalter auf (Kalant 2004).

Zu den rein dem übermäßigen Alkoholkonsum zuzuschreibenden Krankheiten gehören definitionsgemäß die Alkoholabhängigkeit, die alkoholische Leberzirrhose und die alkoholinduzierte Pankreatitis. Er trägt aber auch ursächlich zu etlichen anderen Krankheiten, darunter viele Krebsarten, bei. Diese Zusammenhänge scheinen gesundheitspolitisch umso bedeutender angesichts der weiten Verbreitung des Alkoholmissbrauchs in Österreich, wo 10,5% der Bevölkerung als „alkoholgefährdet“ und 5% als chronisch „alkoholkrank“ gelten (Uhl et al. 2009, 143). Ein gerade bei Jugendlichen oft auftretendes Problem ergibt sich daraus, dass übermäßiger Alkoholkonsum häufig mit anderem Risikoverhalten, wie Gewalttätigkeit, Raserrei und ungeschütztem Geschlechtsverkehr einhergeht und so indirekt an der Verursachung weiterer unerwünschter Folgen wie Verletzungen, Infektionen etc. beteiligt ist.

#### Methode

Zur Darstellung der Verbreitung der drei Risikoverhaltensweisen unter 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen wurde je eine Variable ausgewählt, die in HBSC mit einer der folgenden Fragen erhoben wurde:

Um die Regelmäßigkeit des gegenwärtigen Rauchverhaltens zu erheben, wurden die SchülerInnen gefragt: „Wie oft rauchst du derzeit Tabak?“ Als Antwort konnte eine der vier Kategorien „jeden Tag“, „einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag“, „seltener als einmal pro Woche“ und „ich rauche gar nicht“ angekreuzt werden.

Zur Erhebung der Häufigkeit des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke wurde gefragt: „Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen? Denke dabei auch an die Gelegenheiten, bei denen du nur kleine Mengen getrunken hast.“ Darauf folgte in der österreichischen Version eine Liste der alkoholischen Getränke Bier, Wein oder G’spritzer, Spirituosen, Alkopops und Most, sowie die Rubrik „irgendein anderes alkoholisches Getränk“. Auf einer dazugehörigen fünfteiligen Skala mit den Kategorien „täglich“, „jede Woche“, „jeden Monat“, „seltener“ und „nie“ konnte jeweils die Häufigkeit des eigenen Konsums angegeben werden. Zur Auswertung wurden die Getränke rubriken zusammengefasst. Die in Abbildung 6.10 dargestellten Ergebnisse informieren somit über die Häufigkeit, mit der mindestens eines der abgefragten Getränke konsumiert wurde.

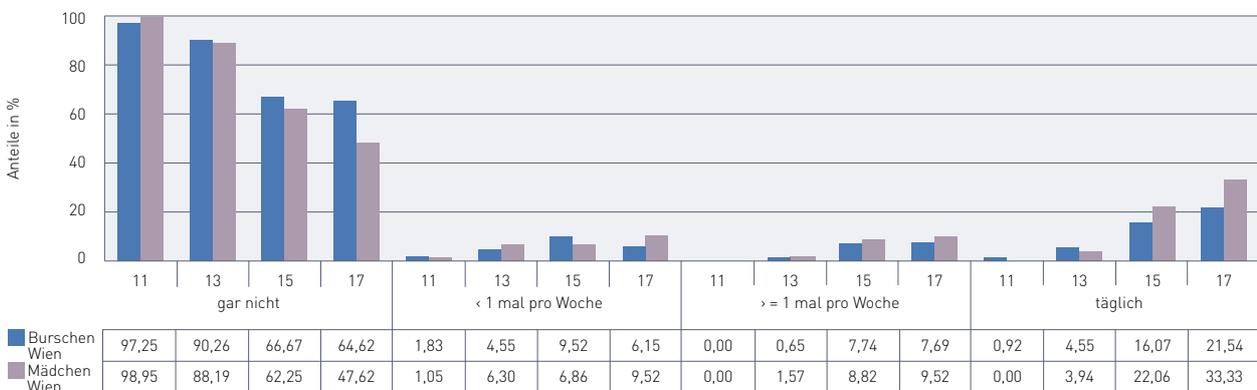
Zur Erhebung der Erfahrungen der SchülerInnen mit Cannabis wurden sie befragt, ob sie „jemals in ihrem Leben Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen haben“. Die dargestellten Ergebnisse geben Auskunft über den Anteil jener, die bereits Cannabis konsumiert haben und beinhalten einen Vergleich zwischen Österreich und Wien.

### Ergebnisse für 2010

Aus den in Abbildung 6.9 dargestellten Daten zum Rauchverhalten der Wiener SchülerInnen ist ersichtlich, dass der Anteil der NichtraucherInnen zwischen dem Alter von 11 und dem Alter von 17 stetig abnimmt. Der Zusammenhang zwischen Alter und Raucherstatus ist mittelstark (Spearman’s rho = 0,39). Die meisten Burschen, nämlich 23,59%, wie Mädchen, nämlich 25,94%, beginnen im Alter von 13 bis 15 mit dem Rauchen, wobei bereits ab dem Alter von 13 der Anteil der NichtraucherInnen unter dem der Nichtraucher liegt. Zwischen dem Alter von 15 und 17 beginnen noch einmal wesentlich mehr Mädchen mit dem Rauchen als Burschen. Ungeachtet des Alters rauchen Wiener Mädchen daher leicht (Cramér’s V = 0,10) häufiger als Burschen. Unter 17-jährigen täglich Rauchenden ist der Geschlechterunterschied mit rund 12% aber schon sehr ausgeprägt.

Ungeachtet des Alters rauchen Mädchen in Wien ein wenig häufiger als Burschen.

Abbildung 6.9: Häufigkeit des Tabakkonsums der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe



Der zum Rückgang der NichtraucherInnen komplementäre Zuwachs der RaucherInnen verteilt sich bei den 13-Jährigen noch relativ gleichmäßig auf alle Häufigkeitskategorien. Unter den 15-Jährigen ist der Anteil der täglichen RaucherInnen mit 16,07% bei den Burschen und 22,06% bei den Mädchen schon relativ groß und wächst dann noch einmal auf 21,54% bei 17-jährigen Burschen und 33,33% bei 17-jährigen Mädchen. Er übersteigt in diesen Altersgruppen deutlich die Anteile jener, die „weniger als einmal pro Woche“ oder „mindestens einmal pro Woche, aber nicht täglich“ rauchen.

Der markanteste Unterschied, der beim Vergleich der Wiener mit den österreichischen Daten (vgl. Tab. 6.9) auffällt, ist der viel stärkere Rückgang des Anteils der Nichtraucher bei den österreichischen Burschen zwischen dem Alter von 15 und 17. Er beträgt 17,48% und trägt maßgeblich zum starken Zuwachs von 17,61% auf 35,35% bei den täglichen Rauchern bei. Andererseits schrumpft bundesweit der Anteil der Nichtraucherinnen im Alter von 15 bis 17 in geringerem Ausmaß als in Wien. Dies führt dazu, dass bundesweit der Überschuss weiblicher Raucher geringer ausfällt als in Wien (Cramér's V: 0,04 vs. 0,10). Hingegen ist die Assoziation zwischen höherem Alter und größerer Rauchhäufigkeit bundesweit mit einem Spearman's rho von 0,43 etwas stärker als in Wien.

Bundesweit rauchen beide Geschlechter annähernd gleich häufig.

Tabelle 6.9: Häufigkeit des Tabakkonsums, Vergleich Wien–Österreich

Tabakkonsum nach Region, Alter und Geschlecht		11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	17 Jahre
gar nicht	Burschen Österreich	97,21	88,86	66,82	49,34
	Burschen Wien	97,25	90,26	66,67	64,62
< 1-mal pro Woche	Burschen Österreich	1,95	6,40	7,95	9,72
	Burschen Wien	1,83	4,55	9,52	6,15
≥ 1-mal pro Woche	Burschen Österreich	0,14	2,01	7,61	5,60
	Burschen Wien	0,00	0,65	7,74	7,69
täglich	Burschen Österreich	0,70	2,73	17,61	35,35
	Burschen Wien	0,92	4,55	16,07	21,54
gar nicht	Mädchen Österreich	98,50	86,64	60,52	50,56
	Mädchen Wien	98,95	88,19	62,25	47,62
< 1-mal pro Woche	Mädchen Österreich	1,50	6,51	10,19	10,29
	Mädchen Wien	1,05	6,30	6,86	9,52
≥ 1-mal pro Woche	Mädchen Österreich	0,00	3,77	8,15	8,80
	Mädchen Wien	0,00	1,57	8,82	9,52
täglich	Mädchen Österreich	0,00	3,08	21,14	30,36
	Mädchen Wien	0,00	3,94	22,06	33,33

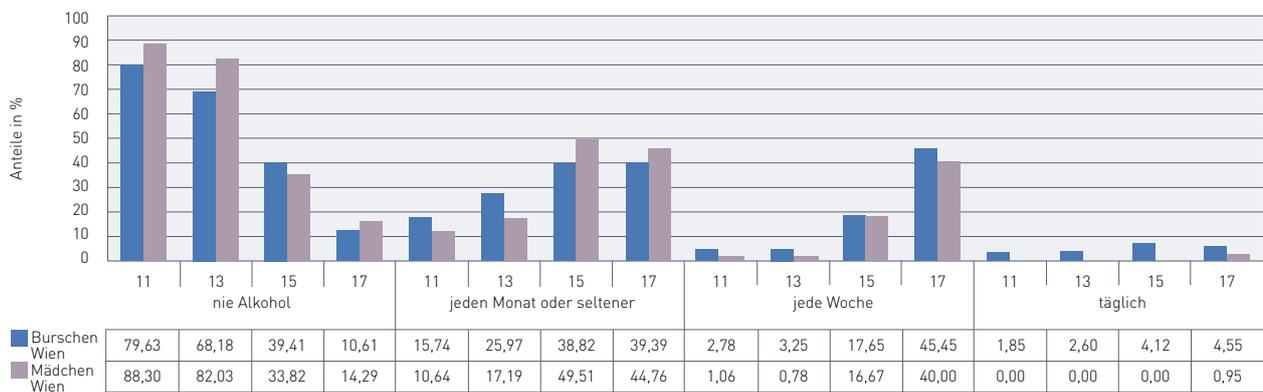
Wie die Daten zum Alkoholkonsum (vgl. Abb. 6.10) zeigen, nimmt der Anteil der Abstinenter zwischen dem Alter von 11 und dem Alter von 17 rapide ab. Mit einem Spearman's rho von 0,55 ist der Effekt verglichen mit anderen Variablen einer der stärksten. Im Alter zwischen 13 und 15 sinkt der Abstinenter-Anteil bei den Mädchen gleich um 48,2% und bei den Burschen um 28,7%. Unter den 17-Jährigen beträgt er nur mehr 10,6% bei den Burschen und 14,2% bei den Mädchen.

Im Alter zwischen 13 und 15 Jahren sinkt der Abstinenter-Anteil bei den Mädchen gleich um 48,2% und bei den Burschen um 28,7%.

Der Anteil der täglichen AlkoholkonsumentInnen bleibt bei den Mädchen auf einem extrem niedrigen Niveau von unter 1%. Bei den Burschen steigt er bis zum Alter von 17 auf immerhin 4,55% an.

Im Alter von 11, 13 und 15 Jahren konsumieren die Jugendlichen tendenziell nur gelegentlich, das heißt jeden Monat oder noch seltener, Alkohol. Allerdings ist unter 15-Jährigen der Anteil der wöchentlichen AlkoholkonsumentInnen mit 17,6% bei den Burschen und 16,6% bei den Mädchen auch bereits relativ groß. Bis zum Alter von 17 steigt dieser Anteil noch deutlich an, auf 45,5% bei den Burschen und 40,0% bei den Mädchen. Der Anteil der täglichen AlkoholkonsumentInnen bleibt bei den Mädchen auf einem extrem niedrigen Niveau von unter 1%. Bei den Burschen steigt er bis zum Alter von 17 auf immerhin 4,55% an. Nennenswerte Geschlechterunterschiede zeigen sich überdies in der Kategorie jener, die jeden Monat oder noch seltener Alkohol konsumieren, wo der Anteil der Mädchen in den oberen beiden Altersgruppen um 5–10% höher ist, sowie in der Kategorie der wöchentlichen AlkoholkonsumentInnen, wo der Anteil der 17-jährigen Burschen um 5,4% über dem der Mädchen liegt. Insgesamt ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern aber als eher schwach einzustufen (Cramér's  $V = 0,13$ ).

Abbildung 6.10: Alkoholkonsum bei Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe



Beim Vergleich der Wiener Daten zum Alkoholkonsum mit den österreichischen zeigt sich, dass bundesweit die Burschen viel früher mit der Konsumation von Alkohol beginnen als in Wien.

Beim Vergleich der Wiener Daten zum Alkoholkonsum mit den österreichischen zeigt sich, dass bundesweit die Burschen viel früher mit der Konsumation von Alkohol beginnen als in Wien. Ist der bundesweite Anteil jener, die nie Alkohol trinken, bei den 11-Jährigen mit 80,33% noch etwas höher als in Wien, so liegt er bei den 13-Jährigen mit 57,01% bereits deutlich darunter und bleibt auch dort. Parallel dazu steigt der Anteil jener Burschen, die wöchentlich oder gar täglich Alkohol trinken, bundesweit viel stärker an. So liegt der Anteil der 17-Jährigen, die täglich Alkohol trinken, um 5,29% und jener, die dies wöchentlich tun, um 15,34% über dem Wiener Anteil. Bei den Mädchen zeigt sich ein ganz ähnliches Muster, wenngleich in etwas weniger extremer Form. Diese bundesweit stärkere Assoziation zwischen Alter und Alkoholkonsum spiegelt sich auch in einem Spearman's rho von 0,67 wieder, das sogar noch merklich über dem Wiener Wert liegt und vermuten lässt, dass übermäßiger Alkoholkonsum durch Jugendliche am Land ein größeres Problem darstellt als in der Großstadt.

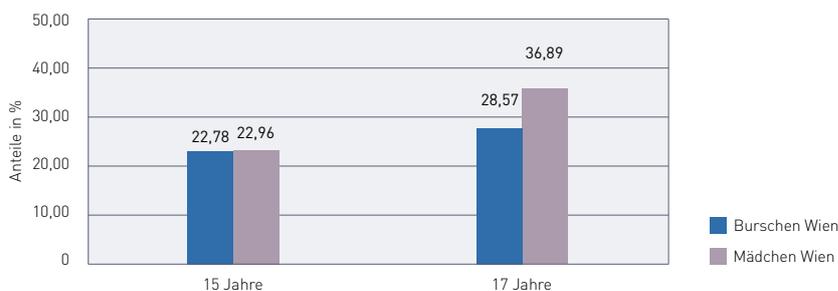
Tabelle 6.10: Häufigkeit des Alkoholkonsums, Vergleich Wien–Österreich

Alkoholkonsum nach Region, Alter und Geschlecht		11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	17 Jahre
täglich	Burschen Österreich	1,53	2,38	5,34	9,84
	Burschen Wien	1,85	2,60	4,12	4,55
jede Woche	Burschen Österreich	1,53	4,99	31,93	60,79
	Burschen Wien	2,78	3,25	17,65	45,45
jeden Monat	Burschen Österreich	1,67	7,96	16,82	13,95
	Burschen Wien	0,00	5,19	14,71	22,73
seltener	Burschen Österreich	14,92	27,67	22,16	9,84
	Burschen Wien	15,74	20,78	24,12	16,67
nie	Burschen Österreich	80,33	57,01	23,75	5,58
	Burschen Wien	79,63	68,18	39,41	10,61
täglich	Mädchen Österreich	0,27	1,14	1,39	1,73
	Mädchen Wien	0,00	0,00	0,00	0,95
jede Woche	Mädchen Österreich	0,27	3,42	26,93	50,06
	Mädchen Wien	1,06	0,78	16,67	40,00
jeden Monat	Mädchen Österreich	0,82	5,47	23,18	23,67
	Mädchen Wien	1,06	4,69	17,65	21,90
seltener	Mädchen Österreich	7,11	23,69	28,65	17,47
	Mädchen Wien	9,57	12,50	31,86	22,86
nie	Mädchen Österreich	91,52	66,29	19,85	7,06
	Mädchen Wien	88,30	82,03	33,82	14,29

Daten zum Cannabiskonsum wurden nur für die Altersgruppen der 15- und der 17-Jährigen erhoben. Abbildung 6.11 zeigt erstaunliche Geschlechterunterschiede bei den 17-jährigen Jugendlichen. In diesen Altersgruppen übersteigt der Anteil der Mädchen (36,89%) jenen der Burschen um 8,32%, während die beiden Anteile bei den 15-Jährigen mit 22,78% bzw. 22,96% in etwa gleichauf liegen. Es ist aber zu beachten, dass diese Differenz statistisch nicht signifikant ist. Der Grund dafür liegt wahrscheinlich in der regionalen und altersspezifischen Einschränkung der Befragtenzahl. Obwohl die Stichprobe mit diesem groß erscheinenden Geschlechterunterschied also zufällig gezogen worden ist, lässt sie doch vermuten, dass die Wiener Mädchen den Burschen in puncto Erfahrung mit Cannabis zumindest um nichts nachstehen.

Die Wiener Mädchen stehen den Burschen in puncto Erfahrung mit Cannabis zumindest um nichts nach.

Abbildung 6.11: Erfahrungen mit Cannabis bei 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht, in % einer Altersgruppe



Bei den 15-Jährigen zeigt sich, dass in Wien ein viel höherer Anteil der Burschen und Mädchen bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat als in Österreich insgesamt.

Bei den 15-Jährigen zeigt sich, dass in Wien ein viel höherer Anteil der Burschen und Mädchen bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat als in Österreich insgesamt (vgl. Tab. 6.11). Bundesweit steigt dieser Anteil bei den Burschen bis zum Alter von 17 über das Wiener Niveau an, während er bei den Mädchen hinter jenem der Burschen zurückbleibt. Aufgrund des niedrigeren Ausgangsniveaus und des stärkeren Anstiegs bei den Burschen liegt der Effekt des Alters auf die Cannabiserfahrung in ganz Österreich mit einem Cramér's V von 0,17 über dem in Wien (0,12). Die Überprüfung der Assoziationsstärke zwischen Geschlecht und Cannabiserfahrung ergab, dass in Österreich anders als in Wien die Mädchen signifikant, aber mit einem Cramér's V von 0,06 nur marginal weniger oft Erfahrungen mit Cannabis vorweisen können als Burschen.

Tabelle 6.11: **Erfahrungen mit Cannabis: Vergleich Wien-Österreich**

Bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht. Nach Region, Alter und Geschlecht	15 Jahre	17 Jahre
Burschen Österreich	14,45	31,39
Burschen Wien	22,78	28,57
Mädchen Österreich	12,77	22,85
Mädchen Wien	22,96	36,89

#### 6.1.2.4 Sexualverhalten

##### Hintergrund und Basiskonzepte

Gesundheitspolitisch wichtig ist auch die Erhebung von Daten zum Sexualleben von Jugendlichen, z. B. im Hinblick auf ungeschützten Geschlechtsverkehr. Dieser stellt in den ärmsten Ländern der Welt den zweitwichtigsten und in den entwickelten Ländern den neuntwichtigsten Risikofaktor für körperliche Beeinträchtigung und Tod dar (Glasier et al. 2006, 1). Ungeschützter Sex erhöht die Wahrscheinlichkeit der Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten wie Tripper, Syphilis, Trichomoniasis und HIV.

Die WHO hat stets vorgeschlagen, „sexuelle Gesundheit“ (sexual health) als ein sehr breites Konzept aufzufassen, das einen Zustand „physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens“ bezüglich der eigenen Sexualität beschreibt, und sich nicht in der bloßen Abwesenheit bestimmter Krankheiten und Fehlfunktionen erschöpft. Vorhandensein bzw. Ausmaß dieses Zustandes werden von einem komplexen Netz aus biologischen und sozialen Faktoren beeinflusst und erfordern jedenfalls, dass sexuelle Beziehungen und Erfahrungen frei von Zwang, Gewalt und Unterdrückung sind. Allerdings konzentrieren sich vorhandene Indikatoren sexueller Gesundheit auf die Erfassung sexuell übertragbarer Krankheiten und unerwünschter Schwangerschaften sowie der Verbreitung von Verhaltensweisen, die beides verhindern können. Die HBSC-Umfrage 2010 beschränkte sich somit weitgehend auf die Erhebung von Daten zur Verhütung bei Jugendlichen (s. u.).

##### Methode

In der HBSC-Umfrage 2010 wurde das Verhütungsverhalten der 15- und 17-jährigen Jugendlichen mittels eines Items gemessen, das folgende Frage stellte: „Als Sie das letzte Mal

Geschlechtsverkehr hatten (mit jemandem geschlafen haben), welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung haben Sie oder hat Ihr Partner/Ihre Partnerin angewendet?“ Als Antwortmöglichkeiten beinhaltete das Item einerseits die beiden Kategorien „Ich hatte noch keinen Geschlechtsverkehr“ und „Wir haben keine Verhütungsmittel benutzt“. Andererseits konnten jene, auf die keines von beiden zutraf, die von ihnen benutzten Verhütungsmittel aus einer Liste auswählen, die sechs Kategorien umfasste. Sie lauteten „Die Antibabypille“, „Kondome“, „Rechtzeitig den Penis herausziehen (Koitus Interruptus)“, „Eine natürliche Methode (z. B. Persona-Harntest, Selbstbeobachtung, Temperaturmessung)“, „Eine andere Methode“ und „Ich bin mir nicht sicher“.

### Ergebnisse für 2010

Bei der Interpretation der Auszählungsergebnisse sollte man zwischen zwei Arten von Verhütungsmethoden unterscheiden, nämlich jenen, die nur der Vorbeugung gegen unerwünschte Schwangerschaften dienen (wie Pille, Spirale etc.) und sogenannten „Barrieremethoden“ (wie dem Kondom), die zusätzlichen Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten bieten. Aus verschiedenen Gründen gelten die Antibabypille und das Kondom, möglichst in ihrer Kombination, als die für Jugendliche am besten geeigneten Schutzmaßnahmen. Die Darstellung der Häufigkeitsauszählungen (vgl. Tab. 6.12) konzentriert sich daher auf diese beiden und subsumiert die ausschließliche Verwendung anderer Methoden unter die Kategorie „Nur andere Methoden“.

Tabelle 6.12: Verhütungsmethoden, Vergleich Wien–Österreich

Verhütungsmethoden 15- und 17-jähriger SchülerInnen, nach Region, in %	Kondom ohne Pille	Kondom und Pille	Pille ohne Kondom	Nur andere Methode	Keine
Österreich	42,6	30,4	19,2	3,5	4,3
Wien	48,9	21,2	20,6	4,3	4,9

Aus der Perspektive des Schutzes gegen sexuell übertragbare Krankheiten ist erfreulich, dass die überwiegende Mehrheit der Wiener und der österreichischen Jugendlichen im Alter von 15 und 17, nämlich 70,1% bzw. 73,0%, beim letzten Geschlechtsverkehr Kondome benutzt haben – darunter auch jene 21,2% bzw. 30,4%, die den Schutz vor unerwünschter Schwangerschaft erhöhten, indem sie zusätzlich die Antibabypille verwendeten. 20,6% der SchülerInnen in Wien und 19,2% bundesweit verhüteten nur mit der Pille. 4,9% der Wiener und 4,3% der österreichischen Jugendlichen verhüteten gar nicht. 4,3 bzw. 3,5% verwendeten eine der anderen Methoden, die mehrheitlich geringeren Schutz bieten (z. B. Koitus Interruptus). Generell lässt sich sagen, dass der Anteil jener, die effektive Verhütungsmittel anwenden, sich in Wien wie in ganz Österreich auf etwa dem gleich hohen Niveau befindet.

4,9% der Wiener und 4,3% der österreichischen Jugendlichen verhüteten gar nicht.

### 6.1.3 Trendanalysen für Wien

Für die folgenden Trendanalysen wurden Mittelwerte bzw. bestimmte Anteile der im Sample des Jahres 2010 erhobenen Variablen mit jenen aus Samples früherer Jahre verglichen. Mehr oder weniger konstante Auf- oder Abwärtsentwicklungen ließen sich nur bei den unten dargestellten Variablen Beschwerdelast, Süßigkeiten- und Limonadenkonsum, Obst- und Gemüsekonsum sowie subjektive Gesundheit erkennen. Daraus wurden Vermutungen über die mögliche Existenz signifikanter Trends abgeleitet, die mit Hilfe des von Dür et al. (2011) angewandten Vorgehens überprüft wurden.

#### Methode

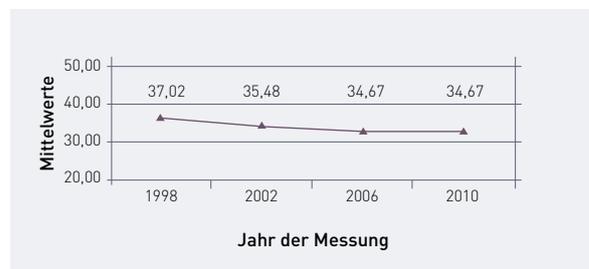
Für die Analysen wurde eine Standardisierung der älteren Datensätze nach der Alters- und Geschlechtsstruktur von 2010 durchgeführt, um die in den einzelnen Erhebungen voneinander abweichende Aufteilung der Befragten auf die Alters- und Geschlechtskategorien auszugleichen. Je nachdem, wie lange die ausgewählten Variablen schon in der Form erhoben werden, wurden für Darstellung und Analyse die letzten drei oder vier Surveys berücksichtigt. Um mögliche Trends festzustellen, wurde der Zusammenhang zwischen dem Erhebungsjahr und der Höhe der jeweiligen Mittelwerte bzw. Anteile überprüft. Dies erfolgte durch Anwendung geeigneter Signifikanztests und durch Berechnung der Maßzahlen Cohen's d (im Fall von Mittelwerten) und Cramér's V (bei Anteilen), die die Stärke des Zusammenhangs angeben. Die Trendanalysen beschränken sich auf die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen. Jene im Alter von 17 wurden im Jahr 2010 erstmals befragt. Ihre Einbeziehung hätte den Vergleich über die Zeit verfälscht.

#### Wiener Trends Beschwerdelast 1998–2010

Abbildung 6.12 zeigt einen leichten, aber stetigen Rückgang der durchschnittlichen Beschwerdelast bei Wiener SchülerInnen zwischen 1998 und 2006. Von 2006 bis 2010 blieb die Beschwerdelast hingegen in etwa konstant. Gemessen mit Cohen's d nimmt die Größe des Effekts des Messjahres auf das Beschwerdeniveau einen Wert von  $-0,19$  an. Dieser Wert lässt immerhin auf einen kleinen signifikanten Rückgang der Beschwerdelast von 1998 bis 2010 schließen.

Dieser Wert lässt immerhin auf einen kleinen signifikanten Rückgang der Beschwerdelast von 1998 bis 2010 schließen.

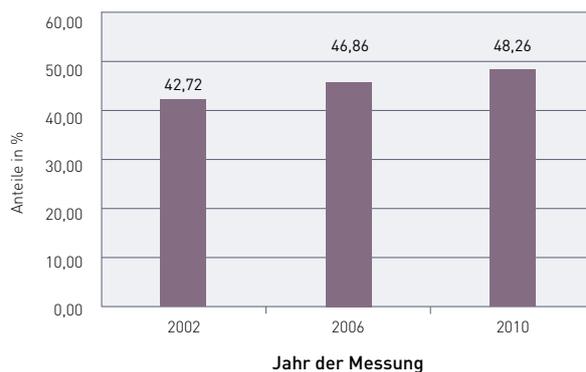
Abbildung 6.12: Durchschnittliche Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, Entwicklung 1998–2010



### Wiener Trends Süßigkeiten- und Limonadenkonsum 2002–2010

Die Analyse der Anteile jener Wiener SchülerInnen, die mindestens einmal am Tag entweder Süßigkeiten, Limonade oder beides konsumieren (Abb. 6.13) ergab für Cramér's V einem sehr schwachen Wert von 0,05. Damit lässt sich kein signifikanter Trend nachweisen.

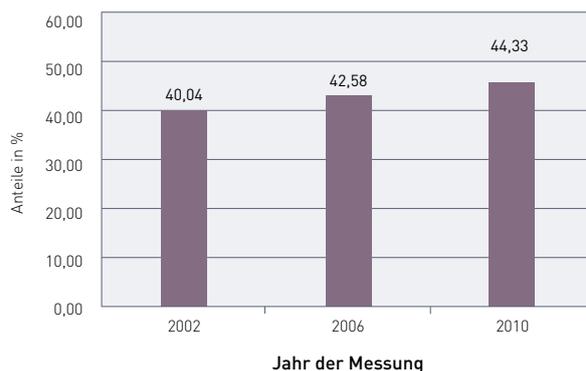
Abbildung 6.13: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die mindestens einmal am Tag Süßigkeiten und/oder Limonade konsumieren, Entwicklung 2002–2010



### Wiener Trends Obst- und Gemüsekonsum 2002–2010

Die Analyse der Anteile der befragten Wiener SchülerInnen, die mindestens einmal am Tag Obst oder Gemüse oder beides konsumieren (vgl. Abb. 6.14), ergibt für Cramér's V einen Wert von 0,04. Auch diese Unterschiede sind nicht signifikant.

Abbildung 6.14: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die mindestens einmal am Tag Obst und/oder Gemüse konsumieren, Entwicklung 2002–2010

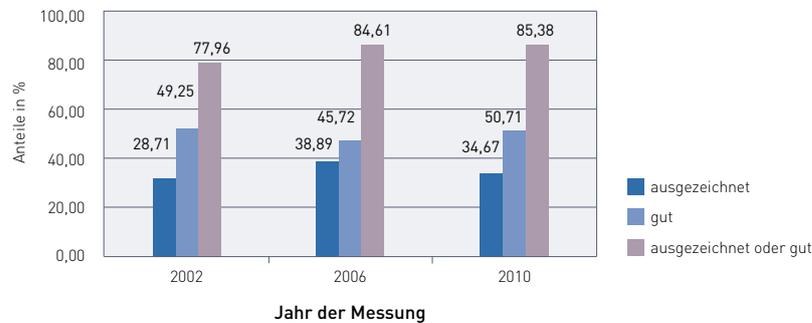


### Wiener Trends Subjektive Gesundheit 2002–2010

Für die Trendanalyse der Variable Subjektive Gesundheit wurden die beiden obersten Kategorien zusammengefasst. Abbildung 6.15 zeigt eine leichte Erhöhung des Anteils der SchülerInnen mit „ausgezeichneter“ oder „guter“ Gesundheit. Bei alleiniger Betrachtung der Kategorie „ausgezeichnet“ ergibt sich allerdings ein Rückgang zwischen 2006 und 2010.

Abbildung 6.15 zeigt eine leichte Erhöhung des Anteils der SchülerInnen mit „ausgezeichneter“ oder „guter“ Gesundheit.

Abbildung 6.15: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die ihre subjektive Gesundheit als „ausgezeichnet“ oder „gut“ einschätzen, Entwicklung 2002–2010



Mit einem Cramér's V von 0,09 konnte ein sehr schwacher, aber signifikanter positiver Trend bei der subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit festgestellt werden.

#### 6.1.4 Resümee

In diesem Beitrag wurden Zusammenhänge von Alter, Geschlecht und/oder Erhebungsjahr mit einigen dargestellten Variablen festgestellt und darüber hinaus regionale Unterschiede aufgedeckt. Sofern Maßzahlen für die Stärken der Zusammenhänge (Assoziationsstärken) errechnet wurden, sind diese zur besseren Übersicht in den Tabellen 6.13, 6.14 und 6.15 noch einmal dargestellt. Sie können zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Ergebnisses herangezogen werden. Im Falle der Effektgröße Cohen's d werden Werte von 0,2 als klein, von 0,5 als mittelstark und von 0,8 als groß interpretiert. Bei Cramér's V und rho handelt es sich um Korrelationsmaße. Werte um 0,1 können als klein, solche um 0,3 als mittelstark und solche um 0,5 als stark bezeichnet werden. Das Vorzeichen gibt die Richtung des Zusammenhangs an. Sie ist für den Kategorienvergleich der Variablen Alter und Jahr von Bedeutung: steht ein Minus vor der Maßzahl entwickeln sich die beiden Variablen in die entgegengesetzte, ansonsten in die gleiche Richtung. Die Fußnoten der Tabellen informieren über den p-Wert, also die Wahrscheinlichkeit, dass ein gemessener Zusammenhang in der Grundgesamtheit tatsächlich existiert und nicht zufällig bei der Ziehung der Stichprobe zustande kam. Ein p-Wert unter der Signifikanzschwelle von 0,01 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit der irrtümlichen Annahme eines nicht existierenden Zusammenhangs bei unter 1% liegt.

Tabelle 6.13: Assoziationsstärken zwischen Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und drei intervallskalierten Variablen

Cohen's d		Lebens- zufriedenheit	Beschwerdelast	Bewegungs- verhalten
Alter (11- vs. 17-Jährige)	Wien	-0,26	0,66	-0,92
	Österreich	-0,37	0,60	-1,02
Geschlecht	Wien	0,33	0,40	0,41
	Österreich	0,20	0,36	0,40
Erhebungsjahr (2002 vs. 2010)	Wien	-0,09#	-0,19**	0,02#

(Maßzahl Cohen's d); \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; # n.s.

Tabelle 6.14: Assoziationsstärken zwischen Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und sechs nominalskalierten Variablen

Cramér's V		Subjektive Gesundheit	Obst und Gemüse	Süßigkeiten und Limonaden	Tabakkonsum	Alkoholkonsum	Cannabiserfahrung
Alter	Wien	X	X	X	X	X	0,12**
	Österreich	X	X	X	X	X	0,17***
Geschlecht	Wien	0,26***	0,15***	0,07#	0,10*	0,13**	0,04#
	Österreich	0,16***	0,15***	0,06***	0,04*	0,12***	0,06**
Jahr	Wien	0,09**	0,04#	0,05#	X	X	X

(Maßzahl Cramér's V), \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; # n.s.

Tabelle 6.15: Assoziationsstärken zwischen dem Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und fünf ordinalskalierten Variablen

Spearman's rho		Subjektive Gesundheit	Obst und Gemüse	Süßigkeiten und Limonaden	Tabakkonsum	Alkoholkonsum
Alter	Wien	-0,15***	-0,11***	-0,01#	0,39***	0,55***
	Österreich	-0,14***	-0,14***	0,03*	0,43***	0,67***

(Maßzahl Spearman's rho); \*p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; # n.s.

Die Bedeutung des Alters der Befragten für die Ausprägung einiger Variablen kann als relativ stark bezeichnet werden. Dazu gehören die Beschwerdelast sowie das Bewegungsverhalten der Wiener und der österreichischen Jugendlichen (vgl. Tab. 6.13). Auch die Häufigkeit des Alkoholkonsums unter Wiener und unter österreichischen Jugendlichen weist einen relativ starken Zusammenhang mit dem Alter auf (vgl. Tab. 6.15). Eine mittelstarke Assoziation besteht zwischen dem Alter und der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit (vgl. Tab. 6.13) sowie dem Tabakkonsum (vgl. Tab. 6.15) der Wiener bzw. der österreichischen SchülerInnen. Einen relativ schwachen, aber dennoch signifikanten Zusammenhang gibt es zwischen dem Alter und den Variablen subjektive Gesundheit, Obst- und Gemüsekonsum (vgl. Tab. 15) und Cannabiserfahrung (vgl. Tab. 6.14) – jeweils in Wien und in Österreich. Sämtliche Einflüsse des Alters haben (erkennbar am Vorzeichen) eine Richtung, die als negativ zu bewerten ist. Mit dem Alter sinkt die Lebenszufriedenheit, die aktive Bewegung reduziert sich, der Alkoholkonsum erhöht sich usw.

Das Geschlecht der Befragten besitzt für keine der dargestellten Variablen eine besonders hohe Bedeutung. Es weist allerdings eine schwache bis mittlere Assoziation mit der durchschnittlichen Beschwerdelast und dem Bewegungsverhalten der SchülerInnen in Wien und Österreich (vgl. Tab. 6.13) sowie der Lebenszufriedenheit (vgl. Tab. 6.13) und der subjektiven Gesundheit (vgl. Tab. 6.14) der Wiener SchülerInnen auf. Zu manchen der weiteren Variablen bestehen eindeutig schwache, aber signifikante, zu manchen überhaupt keine signifikanten Beziehungen. Traditionell tendieren die Mädchen dazu, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden schlechter zu beurteilen als die Burschen. Andererseits neigen sie etwas weniger zu gesundheitsschädlichem Verhalten (Bsp. Ernährung, Alkoholkonsum). Interessante Ausnahmen bilden mittlerweile die Variablen Tabakkonsum (vgl. Tab. 6.14), die Mädchen signifikant häufiger

Die Bedeutung des Alters der Befragten für die Ausprägung einiger Variablen kann als relativ stark bezeichnet werden.

Mit dem Alter sinkt die Lebenszufriedenheit, die aktive Bewegung reduziert sich, der Alkoholkonsum erhöht sich usw.

Interessante Ausnahmen bilden mittlerweile die Variablen Tabakkonsum, die Mädchen signifikant häufiger als Raucherinnen ausweisen, und Cannabiskonsum in Wien, die keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Geschlechtern zeigt.

als Raucherinnen ausweisen, und Cannabiskonsum in Wien, die keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Geschlechtern zeigt. Dies kann als Ausdruck einer Annäherung der Geschlechterrollen in der Gesellschaft gedeutet werden (vgl. Dür/Felder-Puig 2011, 116). Bei den regionalen Unterschieden fällt auf, dass die Geschlechterunterschiede bei jenen Variablen, die Gesundheitszustand und Wohlbefinden abbilden sollen, österreichweit weniger groß sind. Die Werte der österreichischen Mädchen für Lebenszufriedenheit, Beschwerdelast und subjektive Gesundheit sind (verglichen mit Wien) nicht um so viel schlechter als jene der Burschen. Das deutet darauf hin, dass ein großstädtisches Lebensumfeld die ohnehin schon größeren Belastungsgefühle der Mädchen weiter verstärkt. Ferner ist zu erkennen, dass der altersbedingte Anstieg riskanter Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum bundesweit stärker ausgeprägt ist.

Bezüglich der Anteils- und Mittelwertunterschiede zwischen den Erhebungsjahren zeigten sich keine starken Trends. Jedoch können bei einigen Variablen die Entwicklungen der letzten 8 bis 16 Jahre vorsichtig positiv bewertet werden. So wurden ein schwacher Rückgang der Beschwerdelast und ein sehr schwacher, aber noch signifikanter Zuwachs des Anteils (zumindest) guter subjektiver Gesundheit bei den Wiener SchülerInnen festgestellt. Die dargestellten, nicht signifikanten Veränderungen bei der Lebenszufriedenheit, der körperlichen Aktivität, dem Obst- und Gemüsekonsum sowie dem Süßigkeiten- und Limonadenkonsum deuten zumindest darauf hin, dass es bei diesen Variablen keine nennenswerten Verschlechterungen gegeben hat.

#### Literatur

Boer, Angela de/Lanschot, Jan van/Stalmeier, Peep/Sandick, Johanna van/Hulscher, Jan/Haes, Hanneke de/Sprangers, Mirjam (2004): Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? *Quality of Life Research* 13, 311–320.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (Hg.) (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, Wien: Eigenverlag.

Cantril, Hadley (1965): *The pattern of human concern*. Rutgers/NJ: Rutgers University Press.

Dür, Wolfgang/Griebler, Robert/Flaschberger, Edith/Felder-Puig, Rosemarie (2011): Gesundheitliche Beschwerden österreichischer Jugendlicher – Ergebnisse der HBSC-Studie 1994 bis 2006. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Jan 2011, 1–6.

Dür, Wolfgang/Felder-Puig, Rosemarie (Hg.) (2011): *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*, Bern: Verlag Hans Huber.

Idler, Ellen L./Benyamini, Yael (1997): Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 38 (2009), 21–37.

Kalant, Harold (2004): Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 28 (5), 849–863.

Peluso, Marco Aurélio Monteiro./de Andade, Laura Helena Silveira Guerra (2005): Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics* 60 (1), 61–70.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Erhart, Michael/Torsheim, Torbjørn /Hetland, John/Freeman, Jorn/Danielson, Mia/Thomas, Christiane/The HBSC Positive Health Group (2008): An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health* 18 (3), 294–299.

Uhl, Alfred/Bachmayer, Sonja/Kobrna, Ulrike/Puhm, Alexandra/Springer, Alfred/Kopf, Nikolaus/Beiglböck, Wolfgang/Eisenbach-Stangl, Irmgard/Preinsperger, Wolfgang/Musalek, Michael (2009): *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. 3. Aufl., Bundesministerium für Gesundheit: Wien.

Veenhoven, Ruut (1996): The Study of life satisfaction. In: Saris, Willem E./Veenhoven, Ruut/Scherpenzeel, Annette C./Bunting, B. (eds) *A comparative study of satisfaction with life in Europe*. Eötvös University Press, 11–48.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010a): *Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme*, WHO-Regionalbüro für Europa: Kopenhagen, DK.

Bezüglich der Anteils- und Mittelwertunterschiede zwischen den Erhebungsjahren zeigten sich keine starken Trends. Jedoch können bei einigen Variablen die Entwicklungen der letzten 8 bis 16 Jahre vorsichtig positiv bewertet werden.

## 6.2 Einflussfaktoren auf die subjektive Gesundheit und das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen – Ergebnisse der HBSC-Studie 2010

Daniela Ramelow, Felix Hofmann, Rosemarie Felder-Puig, Wolfgang Dür

Gesundheit ist als ein Produkt komplexer Lebensumstände zu verstehen. Darum werden seit den 1980er-Jahren verstärkt Untersuchungen zur Erkundung der sozialen Ursachen für Gesundheit durchgeführt. Im Rahmen der internationalen **Health Behaviour in School-aged Children** (HBSC) Studie werden seit 1983 Daten zur subjektiven Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu den Gesundheitsdeterminanten von 11-, 13-, 15-jährigen und seit 2010 auch von 17-jährigen SchülerInnen erfasst.

Die Daten und Analysen dieses Kapitels basieren – wie auch im Kapitel 6.1 in diesem Bericht – auf den Wiener Daten des 8. HBSC-Surveys, der im Schuljahr 2009/10 durchgeführt wurde. In Kapitel 6.1 wurden die Gesundheit und das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen, der Einfluss von Geschlecht und Alter auf diese und deren Entwicklung über die letzten Jahre dargestellt. Gesundheit wurde mit den drei validierten Gesundheitsvariablen subjektive Gesundheit, Beschwerdelast und Lebenszufriedenheit beschrieben. Gesundheits- und Risikoverhalten wurde anhand des Verhaltens bezüglich Ernährung und Bewegung sowie des Konsums von den legalen Drogen Tabak, Alkohol und der illegalen Droge Cannabis exemplarisch abgebildet.

Im vorliegenden Kapitel werden nun die bekanntermaßen wesentlichen Gesundheitsdeterminanten, nämlich der sozioökonomische Status, die Familie und die Schule, beschrieben und ihr Einfluss auf die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Wiener SchülerInnen dargestellt. Häufig werden zusätzlich zu diesen drei Faktoren die Peer-Kontakte als Determinante der Gesundheit behandelt. In diesem Beitrag wird allerdings auf eine solche Analyse verzichtet, da es sich bei der Peergroup um eine eher unstrukturierte, instabile und inkonstante Lebenswelt handelt – im Vergleich zur Familie, welche der wichtigste Ratgeber in allen Lebensfragen für die Jugendlichen ist (vgl. z. B. Albert et al. 2010). Dennoch soll hier darauf hingewiesen werden, dass durch die Peers und deren Vorbild gewisse Effekte auf die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen verstärkt werden können. Für die Analyse der Gesundheit sowie des Gesundheits- und Risikoverhaltens der Wiener SchülerInnen werden die bereits in Kapitel 6.1 beschriebenen Variablen herangezogen.

### 6.2.1 Der sozioökonomische Status als Determinante der Gesundheit

#### 6.2.1.1 Einleitung

Der sozioökonomische Status gilt als jene Determinante, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten am stärksten beeinflusst. Studien haben gezeigt, dass Kinder und Jugendliche aus weniger wohlhabenden Familien ihre Gesundheit als schlechter beschreiben und auch häufiger von gesundheitlichen Beschwerden berichten als jene, die einer höheren

Wohlstandsgruppe angehören. Stark ist auch der Zusammenhang zwischen Familienwohlstand und Lebenszufriedenheit (Currie 2008). Ebenso treten verhaltensassoziierte Diagnosen wie Übergewicht und Karies häufiger bei Kindern und Jugendlichen auf, deren Eltern einen niedrigen sozioökonomischen Status haben (vgl. z. B. Currie 2008; Ellsäßer 2002).

Ähnliche Ergebnisse zeigen Studien zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Ein niedrigerer Konsum an süßen Limonaden, ein höherer Obst- und Gemüsekonsum, mehr körperliche Bewegung und weniger Stunden, die mit Fernsehen verbracht werden, sind eher mit einem hohen Familienwohlstand assoziiert. Dementsprechend gibt es auch, was das Risikoverhalten betrifft, in niedrigen Wohlstandsgruppen einen höheren Anteil an (Kindern und) Jugendlichen, die täglich rauchen oder wöchentlich Alkohol trinken (Currie 2008).

Diese internationalen Ergebnisse aus Studien mit Kindern und Jugendlichen sind insofern von Bedeutung, als die gesundheitlichen Ungleichheiten, die aus ungleichen Lebensverhältnissen aufgrund des sozioökonomischen Status resultieren, eher zu- als abnehmen, obwohl die Lebenserwartung und die Aufwendungen für die Krankenkosten immer weiter steigen.

### 6.2.1.2 Methode

Frühere Studien haben gezeigt, dass es schwierig ist, den sozioökonomischen Status von Kindern und Jugendlichen zu erheben (vgl. z. B. Currie 2008). Des Weiteren zeigte sich bei den bei Erwachsenen oft verwendeten Fragen nach Beruf, Einkommen und Bildung zur Erfassung des sozioökonomischen Status einer Person eine höhere Non-response-Rate bei jenen, welche den unteren sozioökonomischen Gruppen zuzurechnen sind (Currie et al. 2008). Um diesen Problemen entgegenzuwirken, wurde von Currie und KollegInnen 1997 für die HBSC-Studie die sogenannte **Family Affluence Scale** (Familienwohlstandsskala) entwickelt. Diese seither mehrfach adaptierte Skala erfasst mit einfach zu beantwortenden Fragen das Sachvermögen der Familie und bildet somit, wenngleich in eingeschränkter Weise, den Lebensstandard der Kinder und Jugendlichen ab (Itembox 1). Die vier Einzelitems werden zur Bildung der Skala zu einem Gesamtindex zusammengeführt und dieser anschließend in drei Wohlstandsgruppen (gering, mittel, hoch) unterteilt (Currie 2008; Griebler et al. 2010).

#### Itembox 1: Familienwohlstandsskala

**Wie viele Computer besitzt deine Familie?**

4-teilig: keinen – einen – zwei – mehr als zwei

**Besitzt deine Familie ein Auto, einen Bus oder einen Lastwagen?**

3-teilig: nein – ja, eins – ja, zwei oder mehrere

**Hast du ein eigenes Zimmer?**

2-teilig: nein – ja

**Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien verreist?**

4-teilig: überhaupt nicht – einmal – zweimal – öfter als zweimal

### 6.2.1.3 Sozioökonomischer Status der Wiener SchülerInnen

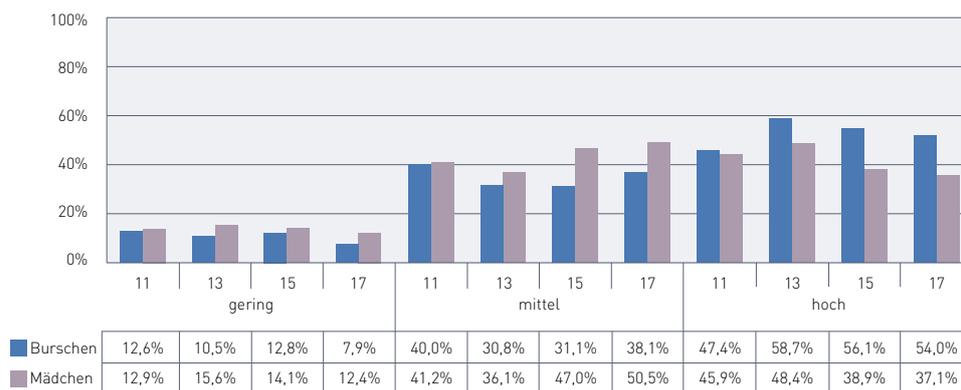
In der HBSC-Erhebung von 2010 zeigte sich, dass fast die Hälfte (48,1 %) der Wiener SchülerInnen finanziell besser gestellten Familien zugerechnet werden können. Weitere 39,3 % gehören Familien mit einem mittleren Wohlstandsniveau an. 12,7% der Wiener Kinder und Jugendlichen können, gemessen an den verwendeten Wohlstandsindikatoren, Familien mit einem niedrigem Wohlstandsniveau zugeordnet werden.

Die Familienwohlstandsskala bietet nur ein grobes Unterscheidungsmaß in Bezug auf die soziale Lage der Familien der SchülerInnen. Dennoch dürften SchülerInnen mit geringen ökonomischen Möglichkeiten mit knapp 13% gut in der Studie repräsentiert sein.

Generell zeigt sich, dass Burschen bei den verwendeten Indikatoren eher einen hohen Familienwohlstand angeben, wohingegen Mädchen sich am häufigsten einem mittleren Wohlstandsniveau zurechnen. Auch in der Kategorie geringer Familienwohlstand finden sich Mädchen etwas häufiger wieder als Burschen. Altersspezifische Unterschiede im Familienwohlstand konnten für beide Geschlechter nicht beobachtet werden (Abb. 6.16).

12,7% der Wiener Kinder und Jugendlichen können, gemessen an den verwendeten Wohlstandsindikatoren, Familien mit einem niedrigen Wohlstandsniveau zugeordnet werden.

Abbildung 6.16: Familienwohlstand bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



### 6.2.1.4 Sozioökonomischer Status und subjektive Gesundheit

Insgesamt zeigt sich, dass der sozioökonomische Status der Familie einen signifikant leichten bis mittelstarken Effekt auf die Gesundheit der Wiener SchülerInnen hat. Dementsprechend schätzen SchülerInnen, welche einem hohen Wohlstandsniveau zuzurechnen sind, ihre subjektive Gesundheit signifikant öfter als ausgezeichnet ein. Zwischen SchülerInnen mit einem niedrigen und jenen mit einem mittleren Wohlstandsniveau konnten keine solchen Unterschiede festgestellt werden (Tab. 6.16).

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen: Auf einer Skala von 0 bis 100, wobei 0 eine niedrige und 100 eine hohe Beschwerdelast ausdrückt, stufen SchülerInnen aus Familien mit niedrigem Wohlstandsniveau ihre durchschnittliche Beschwerdelast mit 39,2 signifikant höher ein als SchülerInnen aus Familien mit hohem Wohlstandsniveau (34,0) (Abb. 6.17). Es handelt sich hierbei um einen leichten bis mittelstarken Effekt.

Insgesamt zeigt sich, dass der sozioökonomische Status der Familie einen signifikant leichten bis mittelstarken Effekt auf die Gesundheit der Wiener SchülerInnen hat.

Tabelle 6.16: Familienwohlstand und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

	OR	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	
		95% Konfidenzintervall Unterer Wert	Oberer Wert
Familienwohlstand (gering / hoch)	1,829**	1,169	2,860
Familienwohlstand (gering / mittel)	1,174#	0,739	1,866

(OR = Odds Ratio), \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; # n.s.<sup>2</sup>

Den stärksten Einfluss auf die hier gemessenen Gesundheitsvariablen übt der Familienwohlstand auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen aus.

Abbildung 6.17: Familienwohlstand und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Spannbreite für Beschwerdelast:  
0 (keinerlei Beschwerden) –  
100 (höchstmögliche Beschwerdelast)

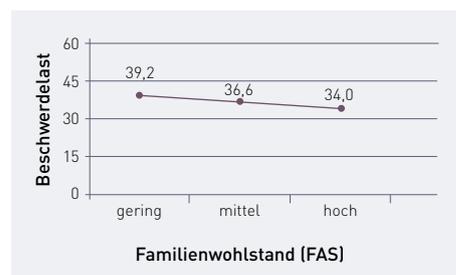
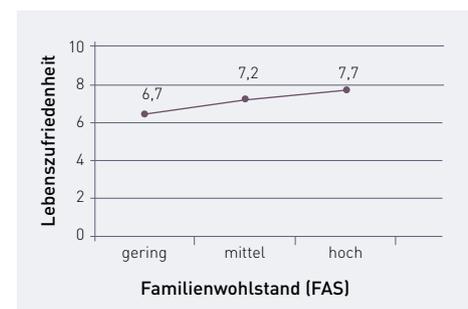


Abbildung 6.18: Familienwohlstand und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15-, und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Spannbreite für Lebenszufriedenheit:  
0 (niedrig) – 10 (hoch)



1. Odds Ratio ist ein Zusammenhangsmaß, welches Werte zwischen 0 und 1 annehmen kann. Es vergleicht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines bestimmten Merkmals zwischen zwei Gruppen. So bedeutet zum Beispiel das OR von 1,829 in der Tabelle 1, dass die Chance, die subjektive Gesundheit als ausgezeichnet einzustufen, bei SchülerInnen, deren Familienwohlstand hoch ist, um das 1,8-fache (also fast um das Doppelte) höher ist als bei Kindern und Jugendlichen, die einem niedrigerem Wohlstandsniveau zugerechnet werden können.

2. Die Legenden der Tabellen informieren über die Wahrscheinlichkeit (p), dass ein gemessener Zusammenhang in der Grundgesamtheit tatsächlich existiert und nicht zufällig bei der Ziehung der Stichprobe zustande kam. Ein p-Wert unter der Signifikanzschwelle von 0,01 bedeutet z. B., dass die Wahrscheinlichkeit der irrtümlichen Annahme eines nicht existierenden Zusammenhangs unter 1% liegt.

Den stärksten Einfluss auf die hier gemessenen Gesundheitsvariablen übt der Familienwohlstand auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen aus. Dies ist konsistent mit den Ergebnissen anderer Studien (Currie 2008). Geben Burschen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Wohlstand im Durchschnitt einen Wert von 6,7 auf einer 11-stufigen Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch) an, so steigt dieser Wert bei SchülerInnen aus Familien mit einem hohen Familienwohlstand signifikant und mittelstark auf 7,7 (Abb. 6.18).

### 6.2.1.5 Sozioökonomischer Status und Gesundheits- und Risikoverhalten

Was das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen betrifft, hat sich gezeigt, dass Kinder und Jugendliche, die einer mittleren oder hohen Familienwohlstandsgruppe zuzurechnen sind, ein deutlich geringeres Risiko aufweisen, täglich Süßigkeiten oder süße Limonaden zu konsumieren als jene aus Familien mit einem geringen Wohlstandsniveau. (Tab. 6.17).

Ein ähnliches Ergebnis liefert die Analyse des Bewegungsverhaltens. Ein hoher Familienwohlstand führt zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Bewegungsdauer von 3,8 auf 4,2

Tage pro Woche. Erfasst wurde hier, an wie vielen Tagen pro Woche Wiener SchülerInnen für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren. Den österreichischen Bewegungsempfehlungen zufolge sollten sich Kinder und Jugendliche täglich mindestens 60 Minuten lang bei zumindest mittlerer Intensität bewegen. Des Weiteren konnte eine Senkung der Stunden an sitzendem Freizeitverhalten – hier erfasst mit Fernsehen und Computernutzung – von durchschnittlich 49,3 Stunden pro Woche bei Schülerinnen und Schülern aus Familien mit niedrigem Wohlstandsniveau auf 40,9 bzw. 47,8 Stunden bei einem hohen bzw. einem mittleren Wohlstandsniveau der SchülerInnen festgestellt werden (Abb. 6.20).

Keine Unterschiede zwischen den Wohlstandsgruppen konnten hingegen in Bezug auf den Konsum von Obst und Gemüse, das Rauchverhalten, den Alkoholkonsum, den Cannabiskonsum und bei der Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr festgestellt werden (Tab. 6.17).

Kinder und Jugendliche, die einer mittleren oder hohen Familienwohlstandsgruppe zuzurechnen sind, weisen ein deutlich geringeres Risiko auf, täglich Süßigkeiten oder süße Limonaden zu konsumieren, als jene aus Familien mit einem geringen Wohlstandsniveau.

Abbildung 6.19: Familienwohlstand und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Spannbreite: 0–7 Tage pro Woche für jeweils mindestens 60 Minuten

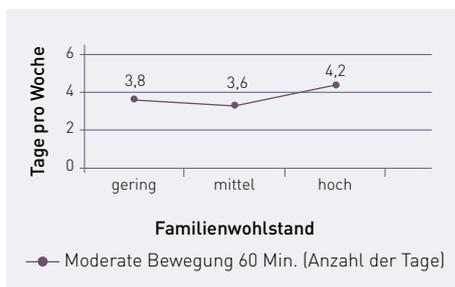


Abbildung 6.20: Familienwohlstand und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Spannbreite: 0–147 Stunden pro Woche

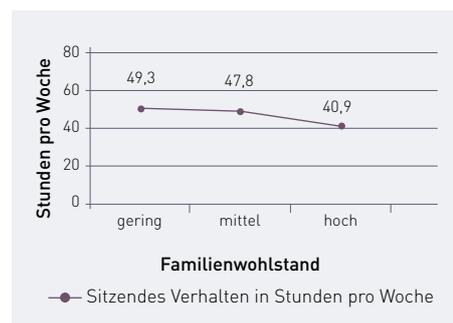


Tabelle 6.17: Familienwohlstand und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

OR (CI-95)	Obst oder Gemüse (täglich)	Süßigkeiten und süße Limonaden (täglich)	Rauchen (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Cannabiskonsum jemals (nein)	Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr (ja)
Familienwohlstand (gering / hoch)	1,217 <sup>#</sup> (0,815-1,818)	0,656* (0,440-0,977)	1,137 <sup>#</sup> (0,720-1,798)	1,156 <sup>#</sup> (0,637-2,099)	0,778 <sup>#</sup> (0,406-1,491)	4,842 <sup>#</sup> (0,907-25,845)
Familienwohlstand (gering / mittel)	1,033 <sup>#</sup> (0,685-1,559)	0,639* (0,425-0,961)	1,322 <sup>#</sup> (0,842-2,075)	1,438 <sup>#</sup> (0,808-2,559)	0,829 <sup>#</sup> (0,435-1,579)	3,368 <sup>#</sup> (0,628-18,078)

(OR = Odds Ratios, CI-95 = 95%iges Konfidenzintervall)  
 \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05; # n.s.

In Wien, wo SchülerInnen prinzipiell alle Ausbildungswege (AHS, BHS, BMS, BS, HS, PTS) zur Verfügung stehen, zeigt sich allerdings, dass die Wahl des Schultyps und der sozioökonomische Status der Familie der/des Schülerin/Schülers in Zusammenhang stehen.

### 6.2.1.6 Sozioökonomischer Status und besuchter Schultyp

In seiner jetzigen Form weist das österreichische Schulsystem einen hohen Differenzierungsgrad auf und unterscheidet sich damit deutlich von anderen Schulsystemen. Somit hat die Schule neben ihrer Bildungs- und Erziehungsfunktion auch noch die gesellschaftliche Funktion der Selektion, die durch Benotung und spezifizierte Ausbildungswege erfüllt wird.

In Wien, wo SchülerInnen prinzipiell alle Ausbildungswege (AHS, BHS, BMS, BS, HS, PTS) zur Verfügung stehen, zeigt sich allerdings, dass die Wahl des Schultyps und der sozioökonomische Status der Familie der/des Schülerin/Schülers in Zusammenhang stehen. Vor allem in der Sekundarstufe I ist dieser Effekt deutlich: zwei Drittel (66,7%) der 11- und 13-jährigen Wiener Burschen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Wohlstandsniveau besuchen eine Hauptschule (HS) und nur ein Drittel eine Allgemeinbildende Höhere Schule (AHS). Bei den SchülerInnen, welche einer hohen Wohlstandsgruppe zuzurechnen sind, ist dieses Ergebnis genau umgekehrt, nämlich 69,2% AHS-SchülerInnen und 30,8% HauptschülerInnen (Abb. 6.21).

Abbildung 6.21: Familienwohlstand und besuchter Schultyp der 11- und 13-jährigen Wiener SchülerInnen

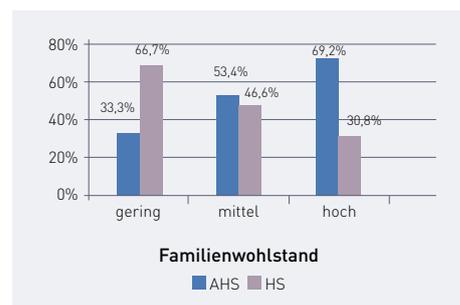
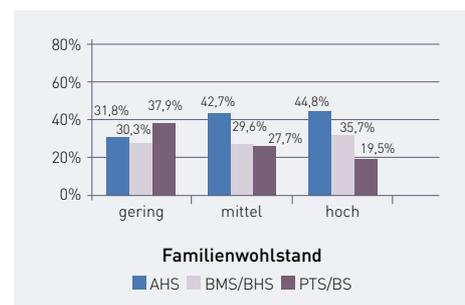


Abbildung 6.22: Familienwohlstand und besuchter Schultyp der 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen



Bei den 15- und 17-jährigen SchülerInnen ist dieser Effekt schwächer, aber dennoch vorhanden. Dementsprechend besuchen fast die Hälfte (44,8%) der Jugendlichen, die einer Familie mit hohem Wohlstandsniveau angehören, eine AHS, aber nur jeder Fünfte (19,5%) eine Berufsschule (BS) oder eine Polytechnische Schule (PTS). Bei Burschen und Mädchen, die einem geringen Wohlstandsniveau zuzurechnen sind, ist die Verteilung auf die Schultypen AHS, BHS bzw. BMS und BS bzw. PTS relativ ausgeglichen, wobei BS und PTS leicht häufiger besucht werden (Abb. 6.22).

Insgesamt lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass es bei der Betrachtung des sozioökonomischen Status in Wien wichtig ist, den besuchten Schultyp zu berücksichtigen, da diese beiden Variablen stark miteinander verknüpft sind. So kann davon ausgegangen werden, dass sich die festgestellten gesundheitlichen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Wohlstandsgruppen in ähnlicher Form in den verschiedenen Schultypen wiederfinden können.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die festgestellten gesundheitlichen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Wohlstandsgruppen in ähnlicher Form in den verschiedenen Schultypen wiederfinden können.

## 6.2.2 Die psychosoziale Familiensituation als Determinante der Gesundheit

### 6.2.2.1 Einleitung

Wie wichtig elterliche Bindung in der Entwicklung eines Kindes ist, wurde bereits zahlreich dokumentiert. Eine liebevolle Beziehung zu den Eltern korreliert mit besserem psychischen Wohlbefinden und höherem Selbstwertgefühl, besseren Sozial- und Schulkompetenzen und weniger Verhaltensproblemen (Griebler et al. 2010). Eine harmonische Eltern-Kind-Interaktion, offene Kommunikation und elterliche Unterstützung liegen meist einer erfolgreichen mentalen und physischen Entwicklung des Kindes zugrunde (Garmiene et al. 2006). Durch ein positives Verhältnis zu den Eltern wird sowohl das Risikoverhalten der jungen Menschen reduziert (Griesbach et al. 2003) als auch ein guter Gesundheitszustand und eine höhere Lebenszufriedenheit begünstigt (Todd et al. 2007).

Günstige und ungünstige Wirkungen erzeugt die Familie über Kriterien wie Emotionalität, Zärtlichkeit, Körperkontakt, soziale Unterstützung, gemeinsame Aktivitäten, Fehlen von Gewalt und vielfältige Förderung des Kindes. Instabilität in der Familie bzw. der Ehe und Ehescheidung, Vernachlässigung und Unerwünschtheit des Kindes, mangelnde Fürsorge, Suchterkrankungen, Gewalt oder Erschöpfung der Eltern können hingegen bei den Kindern und Jugendlichen zu Belastungen führen, deren psychische oder physische Entwicklung hemmen, sie in die Krankheit abdrängen (vgl. z. B. Stevens 2006) oder Störungen der psychomotorischen Entwicklung bedingen (Ellsäßer 2002). Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion gilt dabei als jenes Kriterium, welches die Entwicklung des Kindes am besten vorhersagen kann.

Durch ein positives Verhältnis zu den Eltern wird sowohl das Risikoverhalten der jungen Menschen reduziert (Griesbach et al. 2003) als auch ein guter Gesundheitszustand und eine höhere Lebenszufriedenheit begünstigt (Todd et al. 2007).

#### Itembox 2: Psychosoziale Familiensituation

**Meine Mutter/mein Vater hilft mir so sehr ich es brauche.**

**Meine Mutter/mein Vater ist liebevoll.**

**Meine Mutter/mein Vater versteht meine Probleme und Sorgen.**

**Meine Mutter/mein Vater versucht mich aufzubauen, wenn ich gekränkt bin.**

3-teilig: fast immer – manchmal – nie

**Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahe gehen und dir wichtig sind?**

Vater, Stiefvater (oder Freund der Mutter), Mutter, Stiefmutter (oder Freundin des Vaters)

5-teilig: sehr leicht – leicht – schwer – sehr schwer – ich habe oder sehe diese Person nicht

### 6.2.2.2 Methode

Die Qualität der psychosozialen Familiensituation der Wiener SchülerInnen wurde anhand von zwei Variablen erhoben: Das Ausmaß der elterlichen Zuwendung (Bonding) wurde – jeweils für Vater und Mutter – anhand von vier Items gemessen. Das familiäre Gesprächsklima, also die Kommunikation mit der Mutter bzw. mit dem Vater wurde mit der Frage erfasst, wie leicht

es den SchülerInnen fällt, mit den Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen wichtig sind. Von SchülerInnen, welche angaben, den Vater oder die Mutter nicht zu sehen bzw. diese nicht zu haben, wurden, sofern vorhanden, die Angaben zum Stiefvater oder zur Stiefmutter herangezogen (Itembox 2).

Die Messung der elterlichen Zuwendung basiert auf einem klassischen Instrument, entwickelt von Parker und KollegInnen 1979, welches die Qualität der Zuwendung zwischen Erwachsenen und Jugendlichen darstellt. Das Instrument misst zwei Dimensionen: Emotionale Unterstützung und Förderung von Autonomie (Griebler et al. 2010). Für die hier durchgeführten Analysen wurde ausschließlich die Dimension **emotionale Unterstützung** herangezogen (Itembox 2).

### 6.2.2.3 Psychosoziale Familiensituation der Wiener SchülerInnen

Betrachtet man die psychosoziale Familiensituation anhand des Indikators elterliche Zuwendung, so zeigt sich, dass die Wiener SchülerInnen ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung sowohl durch die Mutter als auch durch den Vater erfahren.

Betrachtet man die psychosoziale Familiensituation anhand des Indikators elterliche Zuwendung, so zeigt sich, dass die Wiener SchülerInnen ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung sowohl durch die Mutter als auch durch den Vater erfahren, wobei die Zuwendung der Mutter tendenziell höher eingeschätzt wird (Abb. 6.23 und 6.24). Das Ausmaß an elterlicher Zuwendung ist bei den 11-Jährigen am höchsten: 93,9% bzw. 76,7% der Burschen und 87,5% bzw. 75,9% der Mädchen erhalten ein hohes Ausmaß an Zuwendung von Seiten der Mutter bzw. des Vaters.

Auch wenn die Werte für die elterliche Zuwendung im Allgemeinen hoch liegen, gibt es dennoch nennenswert große Gruppen, die in einer Familie mit verminderten Bondingqualitäten aufwachsen. Das geringste Ausmaß elterlicher Zuwendung empfinden 15-jährige SchülerInnen. In Bezug auf die Mutter gibt hier rund ein Viertel der Burschen und Mädchen an, nur ein mittleres Ausmaß und 1,9% der Burschen und 3,5% der Mädchen sogar nur ein geringes Ausmaß elterlicher Zuwendung zu erhalten. Beim Vater sind diese Anteile mit rund einem Drittel (30,2% der Mädchen und 36,1% der Burschen) mit einem mittleren Ausmaß sowie mit 6% der Burschen und 13,4% der Mädchen mit nur einem geringen Ausmaß väterlicher Zuwendung nochmals höher.

Abbildung 6.23: Empathische Zuwendung durch die Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

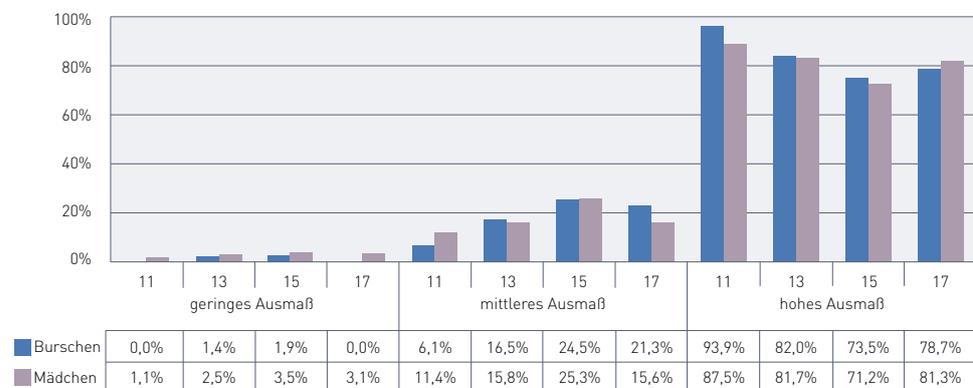
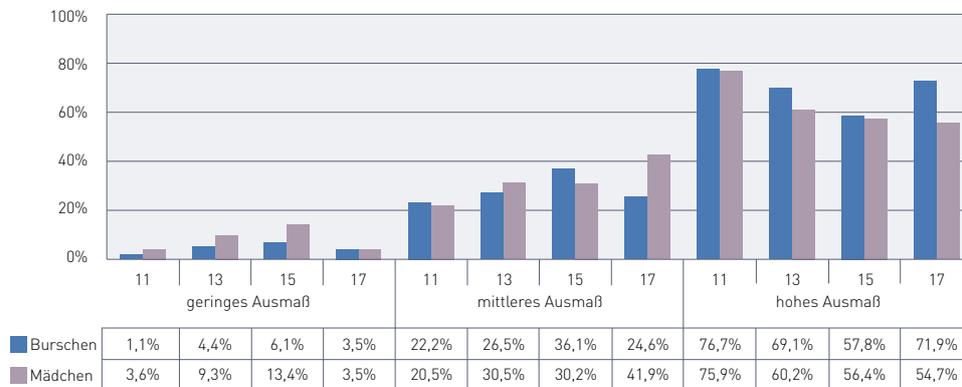


Abbildung 6.24: Empathische Zuwendung durch den Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



Wie bereits in vorangegangenen Studien (Currie 2008) konnte auch hier beobachtet werden, dass viele der Wiener SchülerInnen die Gespräche mit den Eltern eher als leicht oder sehr leicht einstufen (Abb. 6.25 und 6.26). Die Kommunikation mit der Mutter über Dinge, die ihnen wirklich nahegehen oder wichtig sind, fällt den Mädchen und Burschen in etwa gleich leicht bzw. schwer. Während 11-jährige SchülerInnen diese noch vermehrt mit sehr leicht einstufen (62,7% der Burschen und 52,3% der Mädchen), sind dies bei den 15-jährigen Jugendlichen nicht einmal mehr ein Drittel (31,1% der Burschen und 26,5% der Mädchen).

Die Kommunikation mit dem Vater fällt den Wiener Jugendlichen insgesamt schwerer als mit der Mutter. Hier sind allerdings deutliche Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen zu entdecken: Während bei den 11-jährigen Mädchen noch 35,3% angeben, sich in der Kommunikation mit dem Vater sehr leicht zu tun, sinkt dieser Anteil mit 15 Jahren rapide auf 10,3% ab und steigt dann mit 17 Jahren wieder auf 14,4%. Umgekehrt steigt bei den Mädchen in diesem Alter auch der Anteil jener, welche nur schwer oder sehr schwer mit dem Vater über Dinge sprechen können, die ihnen nahegehen oder wichtig sind, sehr stark von einem guten Viertel (27,1%) bei den 11-jährigen Mädchen auf über die Hälfte (56,5%) bei den 15-jährigen Mädchen an. Bei den Burschen ist dieser Effekt schwächer: Hier sinkt der Prozentsatz jener, welche die Gespräche mit dem Vater als sehr leicht einstufen, von 38,6% bei den 11-jährigen auf 26,3% bei den 15-jährigen und steigt wie bei den Mädchen mit 17 Jahren wieder leicht auf 30,6% an. Ebenso steigt auch der Anteil jener Burschen, welche ihre Kommunikation mit dem Vater als schwer oder sehr schwer einstufen von 18,8% bei den 11-jährigen auf 38,7% bei den 17-jährigen an.

Abbildung 6.25: Kommunikation mit der Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

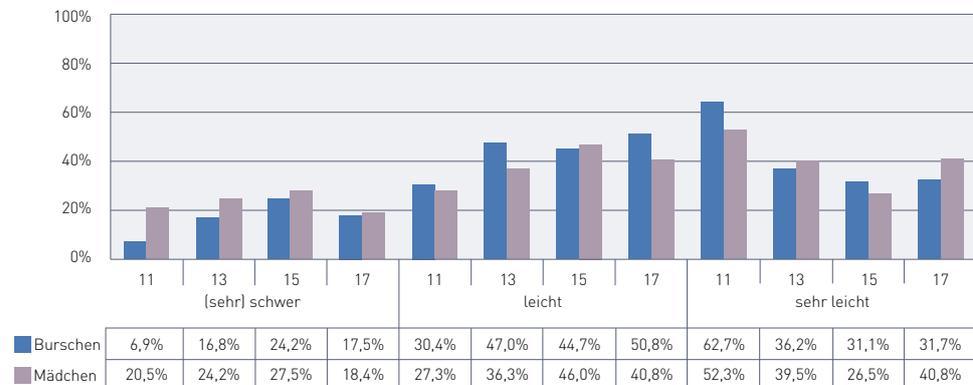
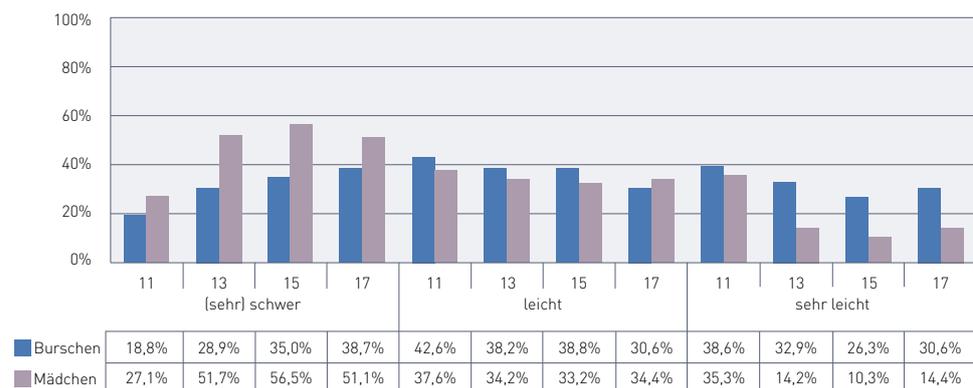


Abbildung 6.26: Kommunikation mit dem Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



#### 6.2.2.4 Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit

Kinder und Jugendliche, die von ihren Eltern ein hohes Maß an Zuwendung erhalten, schätzen ihre subjektive Gesundheit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als ausgezeichnet ein.

Die psychosoziale Familiensituation ist stark mit der subjektiven Gesundheit der Wiener SchülerInnen assoziiert. Kinder und Jugendliche, die von ihren Eltern ein hohes Maß an Zuwendung erhalten, schätzen ihre subjektive Gesundheit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als ausgezeichnet ein (Tab. 6.18). Ein ähnlicher, wenngleich etwas schwächerer Effekt zeigt sich beim Zusammenhang zwischen der Kommunikation mit den Eltern und der subjektiven Gesundheit.

Tabelle 6.18: **Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**

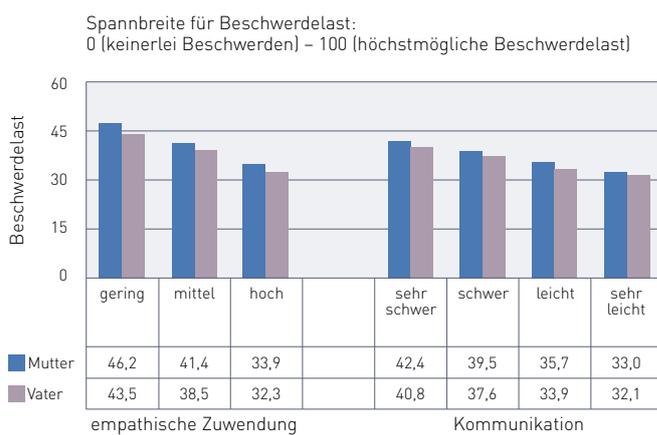
	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)		
	OR	95% Konfidenzintervall	
		Unterer Wert	Oberer Wert
Zuwendung der Mutter (hohes Ausmaß)	2,436***	1,654	3,588
Zuwendung des Vaters (hohes Ausmaß)	2,724***	1,980	3,749
Kommunikation mit der Mutter (fällt leicht)	1,967***	1,370	2,823
Kommunikation mit dem Vater (fällt leicht)	2,307***	1,724	3,087

(OR = Odds Ratio), \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; # n.s.

Ebenso wird die Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen positiv von einem höheren Ausmaß an elterlicher Zuwendung beeinflusst. Demnach stufen Burschen und Mädchen bei geringer elterlicher Zuwendung ihre durchschnittliche Beschwerdelast mit 46,2 (Zuwendung durch die Mutter) bzw. 43,5 (Zuwendung durch den Vater) auf einer Skala von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast) signifikant höher ein als SchülerInnen mit einer hohen emotionalen Unterstützung der Eltern (33,9 bzw. 32,3) (Abb. 6.27). Dieser Effekt ist bei einer hohen mütterlichen Zuwendung besonders stark.

Ein offenes Gesprächsklima führt ebenfalls zu einer Verringerung der Beschwerdelast für die Wiener SchülerInnen (Abb. 6.27). Dementsprechend sinkt die mittlere Beschwerdelast der Burschen und Mädchen von 42,4 (Mutter) bzw. 40,8 (Vater), wenn die Kommunikation mit den Eltern sehr schwer fällt, auf 33 bzw. 32,1, wenn in der Familie ein offenes Gesprächsklima herrscht.

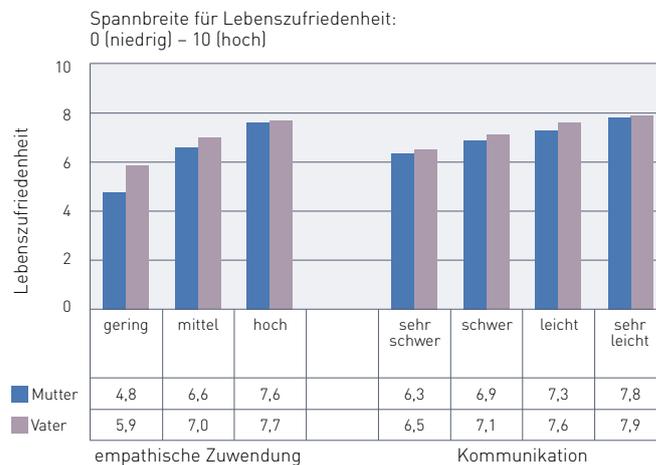
Abbildung 6.27: **Psychosoziale Familiensituation und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**



Eine hohe emotionale Unterstützung der Eltern, insbesondere der Mutter, wirkt sich stark positiv auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Burschen und Mädchen aus.

Eine hohe emotionale Unterstützung der Eltern, insbesondere der Mutter, wirkt sich stark positiv auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Burschen und Mädchen aus. Bewerten die SchülerInnen, die hohe emotionale Unterstützung erfahren, ihre Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 (gering) bis 10 (hoch) noch mit durchschnittlich über 7,5, so sinkt dieser Wert bei Kindern und Jugendlichen mit geringer elterlicher Unterstützung auf 5,9 (Mutter) bzw. 4,8 (Vater) (Abb. 6.28). Des Weiteren zeigt sich entsprechend Ergebnissen anderer Studie (Todd et al. 2007), dass Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Eltern mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit der SchülerInnen verbunden ist. Ein offenes Gesprächsklima in der Familie lässt die Lebenszufriedenheit der Wiener Kinder und Jugendlichen von 6,3 bzw. 6,5 auf fast 8 ansteigen (Abb. 6.28).

Abbildung 6.28: **Psychosoziale Familiensituation und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**



### 6.2.2.5 Psychosoziale Familiensituation und Gesundheits- und Risikoverhalten

Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen wird stark von der emotionalen Unterstützung des Vaters und der Kommunikation mit dem Vater beeinflusst. Dies zeigt sich am deutlichsten beim Risikoverhalten Rauchen und Cannabiskonsum. Auch das Risiko regelmäßigen Alkoholkonsums wird vor allem durch die emotionale Unterstützung durch und die Kommunikation mit dem Vater verringert. In Bezug auf den Konsum von Obst, Gemüse oder Süßigkeiten bzw. den Maßnahmen zur Verhütung zeigte sich kein Einfluss der emotionalen Unterstützung durch die Eltern oder der Qualität der Kommunikation mit den Eltern (Tab. 6.19).

Betrachtet man die körperliche Aktivität der Wiener SchülerInnen, so konnte ausschließlich bei der mütterlichen Zuwendung ein mittelstarker Effekt auf das Bewegungsverhalten der SchülerInnen beobachtet werden: Dieses erhöht sich mit dem Ausmaß der Zuwendung von durchschnittlich 2,9 auf 4 Tage pro Woche (Abb. 6.29). Ein leichter Effekt konnte des Weiteren für den Zusammenhang von väterlicher Zuwendung bzw. der Kommunikation mit dem Vater und dem wöchentlichen Bewegungsverhalten der SchülerInnen festgestellt werden, wel-

ches bei einer höheren Zuwendung bzw. besseren Kommunikation ansteigt. Ein gutes Gesprächsklima mit der Mutter führt außerdem zu einer leichten Verringerung der Anzahl an Stunden pro Woche, die Wiener SchülerInnen in ihrer Freizeit sitzend verbringen (Abb. 6.30).

Tabelle 6.19: **Psychosoziale Familiensituation und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**

OR (CI-95)	Obst oder Gemüse (täglich)	Süßigkeiten und süße Limonaden (täglich)	Rauchen (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Cannabiskonsum niemals (nein)	Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr (ja)
<b>Zuwendung der Mutter</b> (hohes Ausmaß)	1,332 <sup>#</sup> (0,965-1,840)	0,848 <sup>#</sup> (0,619-1,162)	2,062 <sup>***</sup> (1,461-2,911)	0,714 <sup>#</sup> (0,477-1,068)	1,576 <sup>*</sup> (1,011-2,458)	1,364 <sup>#</sup> (0,327-5,689)
<b>Zuwendung des Vaters</b> (hohes Ausmaß)	1,259 <sup>#</sup> (0,955-1,659)	0,904 <sup>#</sup> (0,688-1,189)	2,517 <sup>***</sup> (1,824-3,473)	0,541 <sup>**</sup> (0,374-0,782)	2,048 <sup>**</sup> (1,332-3,148)	1,377 <sup>#</sup> (0,331-5,723)
<b>Kommunikation mit der Mutter</b> (fällt leicht)	1,325 <sup>#</sup> (0,968-1,814)	0,844 <sup>#</sup> (0,620-1,148)	1,781 <sup>**</sup> (1,268-2,501)	0,863 <sup>#</sup> (0,573-1,297)	1,774 <sup>*</sup> (1,143-2,753)	0,957 <sup>#</sup> (0,191-4,792)
<b>Kommunikation mit dem Vater</b> (fällt leicht)	0,915 <sup>#</sup> (0,713-1,198)	0,924 <sup>#</sup> (0,713-1,198)	2,498 <sup>***</sup> (1,836-3,400)	0,686 <sup>*</sup> (0,481-0,979)	2,207 <sup>***</sup> (1,444-3,373)	1,926 <sup>#</sup> (0,465-7,971)

(OR = Odds Ratio, CI-95 = 95%iges Konfidenzintervall)

\*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05; # n.s.

Abbildung 6.29: **Psychosoziale Familiensituation und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**

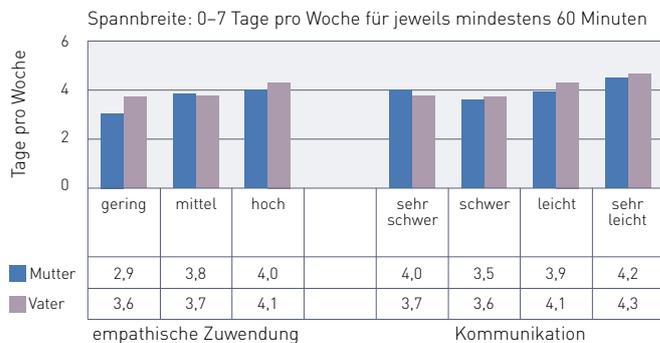
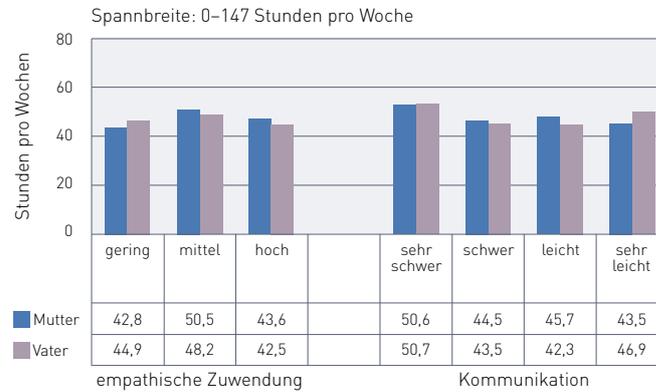


Abbildung 6.30: **Psychosoziale Familiensituation und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**



## 6.2.3 Die Rolle der Schule für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten

### 6.2.3.1 Einleitung

Eine besonders wichtige Rolle für die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen spielt – neben der Familie – die Schule.

Eine besonders wichtige Rolle für die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen spielt – neben der Familie – die Schule. Ein gutes Schulumfeld, das sich z. B. durch ein gutes soziales Klima oder unterstützende KlassenkameradInnen auszeichnet, und eine positive Einstellung zur Schule, gute schulische Leistungen und geringer schulabhängiger Stress können das Erfolgs- und Kompetenzgefühl der SchülerInnen steigern, was in weiterer Folge zu einem besseren Wohlbefinden und weniger subjektiven Beschwerden führen kann (Ravens-Sieberer et al. 2009).

Demnach ist niedrige Schulverbundenheit ein guter Prädiktor für gesundheitliches Risikoverhalten und/oder schlechtere Schulleistungen, wie auch hohe Schulverbundenheit ein wichtiger protektiver Faktor gegen Drogenmissbrauch sein kann (Bond et al. 2007). Schlechte Schulleistungen und eine schlechte Akzeptanz durch Gleichaltrige können so zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und/oder zu verstärktem gesundheitsgefährdenden Verhalten führen (vgl. z. B. Ravens-Sieberer et al. 2009).

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die HBSC-Erhebung keinen Rückschluss auf die Richtung der Kausalität ermöglicht. Vereinzelt Studien weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen schulischen Determinanten und der Gesundheit der SchülerInnen auch in umgekehrter Richtung verstanden werden kann (Roeser et al. 2000), nämlich in dem Sinne, dass die Gesundheit der SchülerInnen einen Einfluss auf das Schulverhalten hat.

### 6.2.3.2 Methode

Die Schulzufriedenheit wurde mit einem Item gemessen, das danach fragt, wie gut es der/dem SchülerIn derzeit in der Schule gefällt (Itembox 3). Das Item misst die emotionale und seelische Verbundenheit mit der Schule und ist seit 1985/86 Bestandteil der HBSC-Studie

(Griebler et al. 2010). Über die Jahre hat sich gezeigt, dass dieses Item einen starken Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitswahrnehmung aufweist (z. B. Samdal et al. 1998).

Die Anforderungen an die SchülerInnen wurden mit einem Item gemessen, das die Belastung der SchülerInnen durch die schulischen Aufgaben sowohl in der Schule als auch zu Hause zum Ausdruck bringen soll. Die Schulleistungen der SchülerInnen wurden mit einer Frage nach der wahrgenommenen Beurteilung der eigenen Leistung durch die Lehrkräfte verglichen mit jener der anderen SchülerInnen erfasst. Die Qualität der Beziehungen zwischen den Schülerinnen und Schülern wurde mit einer Reihe von Items erhoben, die zu einem Gesamtwert addiert und durch die Anzahl der Items dividiert wurden. Das Ergebnis ist eine Bewertung der Beziehung zu anderen SchülerInnen, die von einer sehr negativen (Wert 1) zu einer sehr positiven Bewertung (Wert 5) reichen kann.

### Itembox 3: Schulische Determinanten

**Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?**

4-teilig: es gefällt mir sehr gut – es gefällt mir ganz gut – es gefällt mir nicht so gut – es gefällt mir gar nicht

**Wie stark fühlst du dich durch das belastet, was in der Schule von dir verlangt wird?**

4-teilig: überhaupt nicht belastet – ein bisschen belastet – ziemlich stark belastet – sehr stark belastet

**Wie glaubst du, beurteilen deine LehrerInnen deine Schulleistungen insgesamt im Vergleich zu den Leistungen deiner MitschülerInnen:**

4-teilig: sehr gut – gut – durchschnittlich – unter dem Durchschnitt

**Die SchülerInnen in meiner Klasse sind gerne zusammen.**

**Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.**

**Meine MitschülerInnen akzeptieren mich so wie ich bin.**

**Wenn es einem Schüler oder einer Schülerin in meiner Klasse schlecht geht, versuchen die MitschülerInnen ihm oder ihr zu helfen.**

**Die SchülerInnen meiner Klasse gehen respektvoll miteinander um.**

5-teilig: stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

### 6.2.3.3 Schulverhältnisse der Wiener SchülerInnen

Am besten gefällt es den 11-jährigen Burschen und Mädchen in der Schule. Geben in diesem Alter noch knapp die Hälfte (49,5%) aller SchülerInnen an, dass es ihnen in der Schule sehr gut gefällt, so sinkt dieser Prozentsatz im Alter von 17 Jahren auf 22,7% bei den Burschen und sogar auf 11,4% bei den Mädchen (Abb. 6.31).

Insgesamt berichten rund 80% der Wiener SchülerInnen, durch die Schule belastet zu sein; wobei 50–60% der Kinder und Jugendlichen ein geringes Ausmaß an schulischer Belastung angeben. 20–30% der SchülerInnen fühlen sich ziemlich oder sehr stark schulisch belastet. Die schulische Belastung steigt mit dem Alter: Am stärksten fühlen sich Burschen mit 13 (31,6%) und mit 15 Jahren (28,8%) belastet. Bei den Mädchen wird die höchste Belastung mit 15 (31,4%) und mit 17 Jahren (31,4%) angegeben (Abb. 6.32).

20–30% der SchülerInnen fühlen sich ziemlich oder sehr stark schulisch belastet.

Abbildung 6.31: Schulzufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

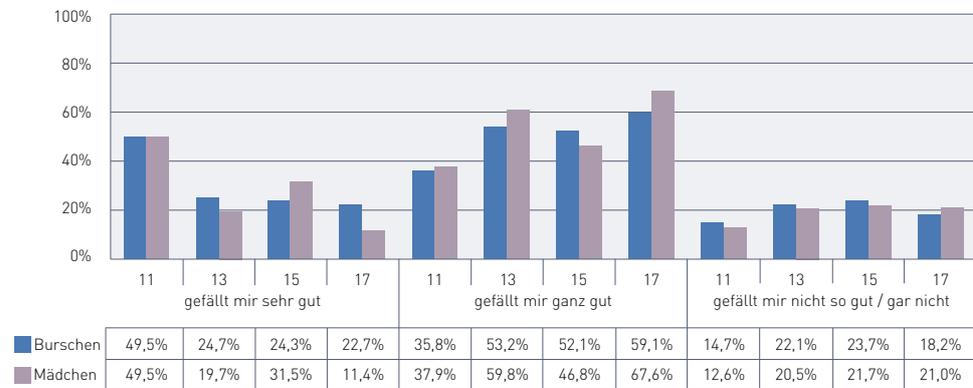


Abbildung 6.32: Belastung durch die Schule bei den 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

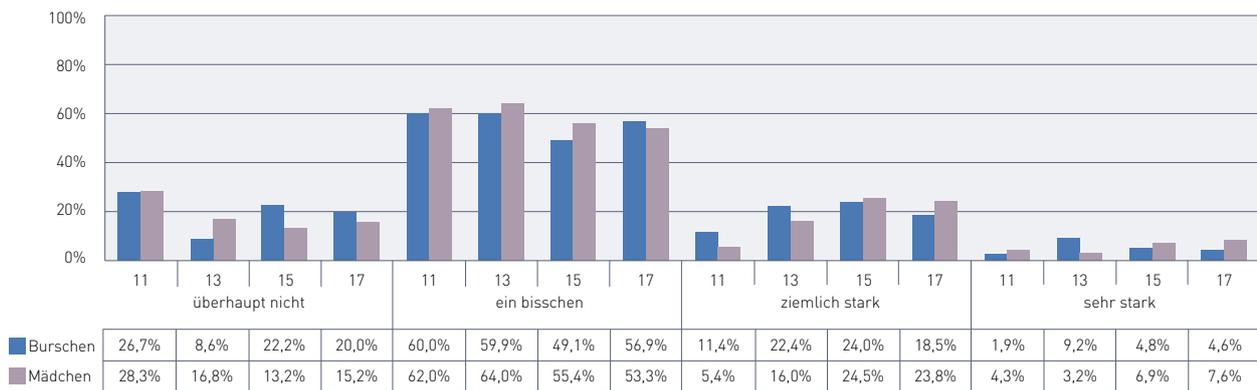
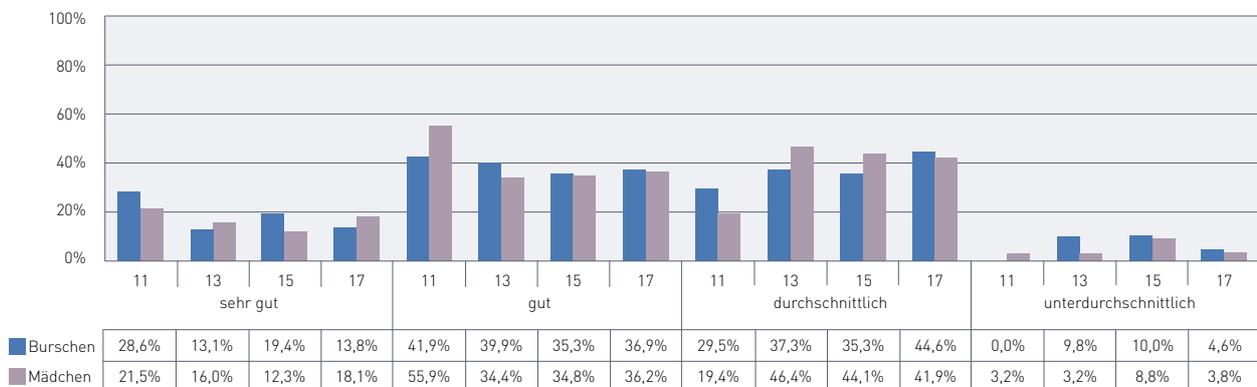


Abbildung 6.33: Schulleistungen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

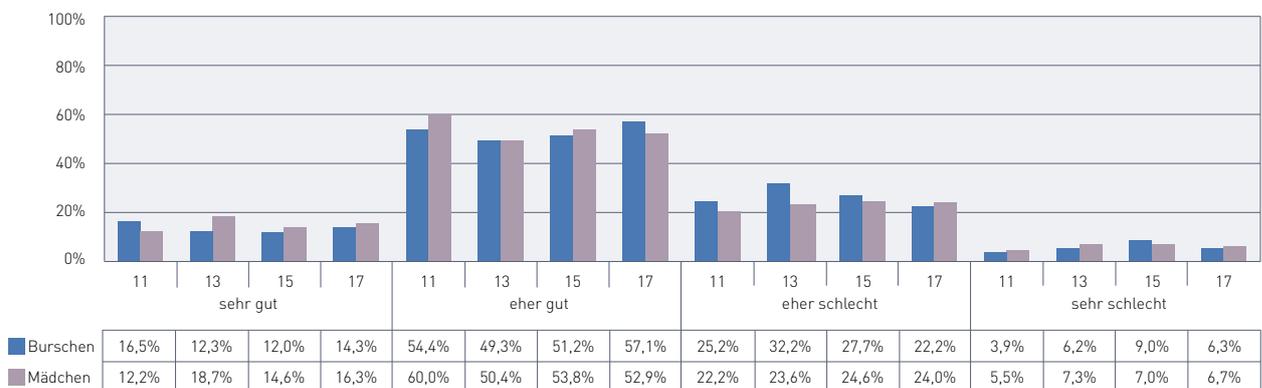


Die 11-jährigen Burschen und Mädchen fühlen sich auch am besten durch die LehrerInnen beurteilt. Über 70% der Wiener SchülerInnen dieses Alters geben an, sehr gut oder gut beurteilt zu werden. Bei den 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen sinkt dieser Prozentsatz auf rund 50% und bleibt über die Jahre weitestgehend konstant. Am häufigsten fühlen sich Burschen im Alter von 13 (9,8%) und 15 Jahren (10%) und Mädchen im Alter von 15 Jahren (8,8%) unterdurchschnittlich beurteilt (Abb. 6.33).

Knapp mehr als die Hälfte der Wiener SchülerInnen geben an, ein eher gutes Verhältnis zu ihren MitschülerInnen zu haben. Die Beziehungen zwischen den Schülerinnen und Schülern bleiben über das Alter hinweg relativ konstant, und auch bezüglich des Geschlechts lassen sich hier keine Unterschiede feststellen (Abb. 6.34).

Knapp mehr als die Hälfte der Wiener SchülerInnen geben an, ein eher gutes Verhältnis zu ihren MitschülerInnen zu haben.

Abbildung 6.34: SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehungen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



#### 6.2.3.4 Schulische Determinanten und subjektive Gesundheit

Generell konnte ein starker Einfluss der schulischen Determinanten auf die subjektive Gesundheit der Wiener SchülerInnen beobachtet werden. Besonders stark steigt die Wahrscheinlichkeit der Burschen und Mädchen an, ihre subjektive Gesundheit als ausgezeichnet zu bezeichnen, wenn die Schulleistung oder die Schulzufriedenheit als sehr gut eingestuft wird. Ein ähnlicher, wenngleich etwas schwächerer Zusammenhang zeigt sich, wenn sich SchülerInnen durch die Schule überhaupt nicht belastet fühlen. Die SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung weist von den untersuchten Determinanten den geringsten, aber dennoch relevanten Einfluss auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit auf (Tab. 6.20).

Die Beschwerdelast wird ebenfalls stark von den untersuchten schulischen Determinanten beeinflusst. Sowohl die Schulzufriedenheit als auch die schulische Belastung und die Schulleistungen weisen einen hochsignifikanten, starken Einfluss auf die angegebenen Beschwerden der Wiener SchülerInnen auf. Am stärksten ist der Einfluss durch das Ausmaß der Schulbelastung: so geben Kinder und Jugendliche, welche sich durch die Schule überhaupt nicht belastet fühlen, eine durchschnittliche Beschwerdelast von 30,1 auf einer Skala von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast) an. Bei Burschen und Mädchen, die

Besonders stark steigt die Wahrscheinlichkeit der Burschen und Mädchen an, ihre subjektive Gesundheit als ausgezeichnet zu bezeichnen, wenn die Schulleistung oder die Schulzufriedenheit als sehr gut eingestuft wird.

Sowohl die Schulzufriedenheit als auch die schulische Belastung und die Schulleistungen weisen einen hochsignifikanten, starken Einfluss auf die angegebenen Beschwerden der Wiener SchülerInnen auf.

sich durch die Schule stark belastet fühlen, steigt dieser Wert auf 43,1. Die Beziehung zwischen den SchülerInnen und SchülerInnen hat ebenfalls einen relevanten, wenn auch weniger starken Effekt auf die Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen (Abb. 6.35).

Tabelle 6.20: Schulverhältnisse und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

	Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)		
	OR	95% Konfidenzintervall	
		Unterer Wert	Oberer Wert
Schulzufriedenheit („gefällt mir sehr gut“)	2,024***	1,530	2,678
Schüler-Schüler-Beziehung (sehr gute Beziehung)	1,710**	1,193	2,451
Schulische Belastung (überhaupt nicht belastet)	1,874***	1,349	2,603
Schulleistungen (sehr gut)	2,073***	1,491	2,883

(OR = Odds Ratio), \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; # n.s.

Abbildung 6.35: Schulverhältnisse und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

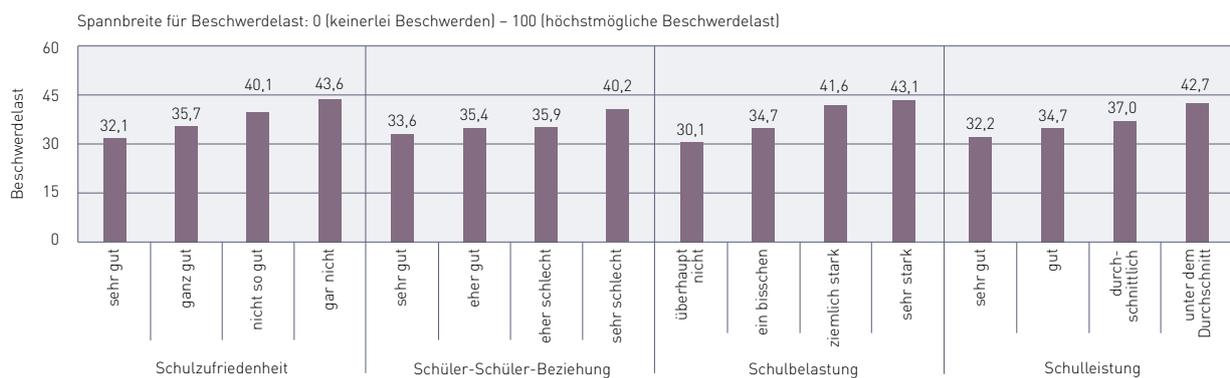
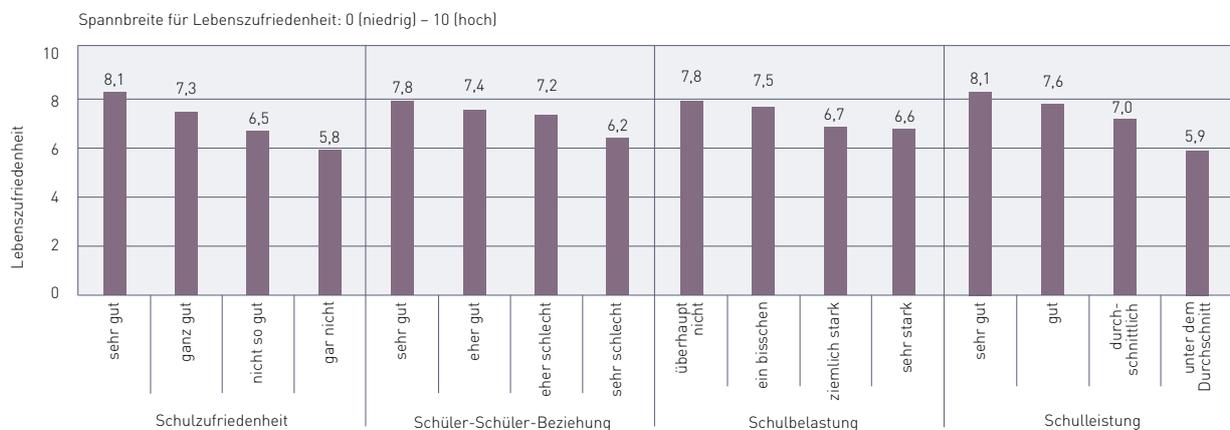


Abbildung 6.36: Schulverhältnisse und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen



Einen noch stärkeren Effekt haben Schulzufriedenheit und Schulleistungen auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Wiener Kinder und Jugendlichen: Gefällt es den SchülerInnen in der Schule gar nicht oder fühlen sie sich unterdurchschnittlich beurteilt, so wird eine mittlere Lebenszufriedenheit von unter 6 angegeben. Dieser Wert steigt auf über 8, wenn es den Burschen und Mädchen in der Schule sehr gut gefällt und/oder ihre Schulleistung als sehr gut beurteilt wird. Die Beziehung zwischen den SchülerInnen und SchülerInnen weist ebenfalls einen starken Effekt auf die Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen auf. Den geringsten, allerdings immer noch mittelstarken Effekt auf die Lebenszufriedenheit hat hier die schulische Belastung (Abb. 6.36).

### 6.2.3.5 Schulische Determinanten und Gesundheits- und Risikoverhalten

Schulische Variablen hängen nur teilweise mit dem Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen zusammen. Es zeigt sich aber, dass SchülerInnen, denen es in der Schule sehr gut gefällt und/oder die sehr gute Schulleistungen haben, eher NichtraucherInnen sind. Dies betrifft natürlich vor allem die älteren SchülerInnen. Bei SchülerInnen, die eine sehr gute Beziehung zu den MitschülerInnen oder sehr gute Schulleistungen angeben, ist ein erhöhter Konsum von Obst oder Gemüse festzustellen. Des Weiteren ergaben die Analysen ein stark vermindertes Risiko, wöchentlich Alkohol zu konsumieren, wenn die Schulzufriedenheit mit sehr gut eingestuft wurde (Tab. 6.21).

Tabelle 6.21: Schulverhältnisse und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

OR (CI-95)	Obst oder Gemüse (täglich)	Süßigkeiten und süße Limonaden (täglich)	Rauchen (gar nicht)	Alkoholkonsum (wöchentlich)	Cannabiskonsum jemals (nein)	Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr (ja)
Schulzufriedenheit („gefällt mir sehr gut“)	1,269 <sup>#</sup> (0,968-1,663)	0,778 <sup>#</sup> (0,968-1,663)	2,518 <sup>***</sup> (1,739-3,647)	0,369 <sup>***</sup> (0,234-0,582)	1,282 <sup>#</sup> (0,801-2,050)	0,298 <sup>#</sup> (0,079-1,123)
Schüler-Schüler-Beziehung (sehr gute Beziehung)	1,779 <sup>**</sup> (1,247-2,538)	1,007 <sup>#</sup> (0,708-1,432)	0,947 <sup>#</sup> (0,629-1,426)	1,264 <sup>#</sup> (0,799-1,998)	1,467 <sup>#</sup> (0,800-2,689)	1,244 <sup>#</sup> (0,742-2,085)
Schulische Belastung (überhaupt nicht belastet)	1,103 <sup>#</sup> (0,799-1,523)	0,953 <sup>#</sup> (0,690-1,315)	1,157 <sup>#</sup> (0,784-1,706)	0,869 <sup>#</sup> (0,551-1,368)	1,135 <sup>#</sup> (0,671-1,920)	1,386 <sup>#</sup> (0,869-2,211)
Schulleistungen (sehr gut)	1,785 <sup>**</sup> (1,287-2,474)	1,000 <sup>#</sup> (7,23-1,383)	2,827 <sup>***</sup> (1,732-4,615)	0,848 <sup>#</sup> (0,535-1,345)	1,347 <sup>#</sup> (0,767-2,365)	0,585 <sup>#</sup> (0,339-1,007)

(OR = Odds Ratio, CI-95 = 95%iges Konfidenzintervall)

\*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05; # n.s.

Die hier untersuchten schulischen Determinanten haben keinen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Wiener SchülerInnen (Abb. 6.37). Das sitzende Freizeitverhalten der Kinder und Jugendlichen wird mittelstark von der Schulzufriedenheit, der SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung und der beurteilten Schulleistung beeinflusst (Abb. 6.38). Bezüglich der Schulbelastung konnte kein Einfluss auf das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen festgestellt werden.

Abbildung 6.37: Schulverhältnisse und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

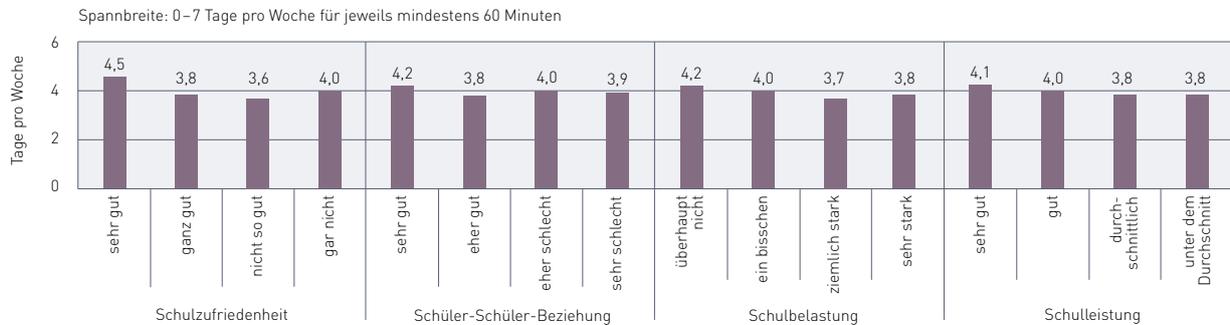
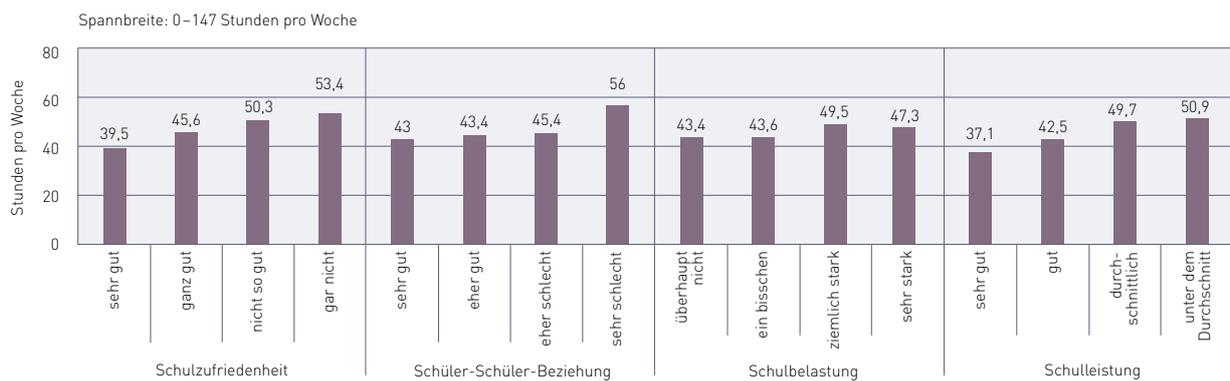


Abbildung 6.38: Schulverhältnisse und sitzendes Verhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen



## 6.2.4 Resümee

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit dem Einfluss von sozioökonomischem Status, psychosozialer Familiensituation und schulischen Determinanten auf die Gesundheit sowie auf das Gesundheits- und Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen. Die Stärke der Effekte wurde mittels Odds Ratio (Beschreibung siehe Tab. 6.16) und Cohen's  $d^3$  bestimmt. Cohen's  $d$  ist ein Maß für die Effektgröße von Mittelwertunterschieden zwischen zwei Gruppen, welches zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Ergebnisses herangezogen wird. Werte von 0,2 werden dabei als kleine, 0,5 als mittelstarke und 0,8 als starke Effekte interpretiert. Das Vorzeichen gibt die Richtung des Zusammenhangs an. Diese ist abhängig davon, welche Kategorie als Referenzwert herangezogen wird. Die Effektgrößen Cohen's  $d$  sind für die untersuchten Variablen in Tabelle 6.22 abgebildet. Die erstgenannte Kategorie stellt hierbei immer den Referenzwert dar.

3. Die Wahl der Maßzahl ist abhängig vom Messniveau der jeweiligen Variablen.

Tabelle 6.22: Effektstärken der Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit und das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen

Effektstärke Cohen's D	Beschwerdelast	Lebens-zufriedenheit	Bewegungs-verhalten	Sitzendes Verhalten
<b>Familienwohlstand</b> (gering/hoch)	-0,40	0,52	0,16	-0,30
<b>Zuwendung der Mutter</b> (geringes/hohes Ausmaß)	-1,12	1,30	0,49	kein Effekt
<b>Zuwendung des Vaters</b> (geringes/hohes Ausmaß)	-0,90	0,94	0,22	kein Effekt
<b>Kommunikation mit der Mutter</b> (sehr schwer/sehr leicht)	-0,69	0,71	kein Effekt	-0,23
<b>Kommunikation mit dem Vater</b> (sehr schwer/sehr leicht)	-0,61	0,73	0,29	kein Effekt
<b>Schulzufriedenheit</b> (gar nicht/gefällt mir sehr gut)	-0,89	1,05	kein Effekt	0,51
<b>Schüler-Schüler-Beziehung</b> (schlechte/gute Beziehung)	-0,47	0,80	kein Effekt	0,41
<b>Schulische Belastung</b> (sehr stark/überhaupt nicht)	-0,98	0,56	kein Effekt	kein Effekt
<b>Schulleistungen</b> (unterdurchschnittlich/sehr gut)	-0,80	1,08	kein Effekt	0,48

[Cohen's d: kleiner Effekt = 0,2; mittlerer Effekt = 0,5; großer Effekt = 0,8]

Der sozioökonomische Status weist insgesamt einen geringen bis mittelstarken Einfluss auf die untersuchten Gesundheitsvariablen auf. Am stärksten ist dieser Effekt bei der subjektiven Gesundheit und der Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen, die jeweils bei Kindern und Jugendlichen aus Familien, die einem niedrigerem Wohlstandsniveau zugerechnet werden können, schlechter eingestuft wurden als bei SchülerInnen aus wohlhabenderen Familien.

Die psychosoziale Familiensituation hat den stärksten Einfluss der hier untersuchten Determinanten auf die Gesundheit sowie auf das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen, wobei die empathische Zuwendung der Eltern hier am höchsten zu bewerten ist. Demnach geben Kinder und Jugendliche, welche ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung erfahren, eine deutlich bessere subjektive Gesundheit, eine stark verringerte Beschwerdelast und eine besonders hohe Lebenszufriedenheit an. Auch das Risiko, dass SchülerInnen rauchen, kann durch ein hohes Ausmaß elterlicher Zuwendung und eine offene Kommunikation mit den Eltern stark verringert werden.

Die einzelnen schulischen Determinanten weisen ebenfalls einen starken Zusammenhang mit der Gesundheit sowie dem Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen auf. Demnach führen eine hohe Schulzufriedenheit, sehr gut beurteilte Schulleistungen, eine sehr gute Beziehung zwischen den Schülerinnen und Schülern und eine geringe schulische Belastung zu einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit, eine ausgezeichnete subjektive Gesundheit zu haben. Auch das Risiko zu rauchen oder wöchentlich Alkohol zu konsumieren kann durch ein gutes Schulverhältnis stark verringert und der Obst- und Gemüsekonsum erhöht werden.

Die psychosoziale Familiensituation hat den stärksten Einfluss.

## Literatur

- Albert, Mathias/Hurrelmann, Klaus/Quenzel, Gudrun/Shell Deutschland Holding (ed.) (2010): *Jugend 2010*. 16. Shell Jugendstudie 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bond, Lyndal/Butler, Helen/Thomas, Lyndal/Carlin, John/Glover, Sara/Bowes, Glenn/Patton, George (2007): Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40 (4), 357.
- Currie, Candace (ed.) (2008): *Inequalities in young people's health*. HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents. 5.)
- Currie, Candace/Molcho, Michal/Boyce, William/Holstein, Bjorn/Torsheim, Torbjorn/ Richter, Matthias (2008): Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66 (6), 1429–1436.
- Ellsäßer, Gabriele (2002): Kinderunfälle – Konsequenzen für die Prävention. *Forum Public Health, Kinder und Jugendliche* 37.
- Garmiene, Asta/Zemaitiene, Nida/Zaborskis, Apolinaras (2006): Family time, parental behaviour model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health*, 6 (287).
- Griebler, Robert/Molcho, Michal/Samdal, Oddrun/Inchley, Jo/Dür, Wolfgang/Currie, Candace (eds.) (2010): *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization Cross-National Study*. Internal research Protocol for the 2009/2010 Survey. Vienna: LBIHPR, Edinburgh: CAHRU.
- Griesbach, Dawn/Amos, Amanda/Currie, Candace E. (2003): Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine*, 56 (1), 41–52.
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Freeman, John/Kokonyei, Gyongyi/Thomas, Christiane A./Erhart, Michael (2009): School as a determinant for health outcomes – A structural equation model analysis. *Health Education*, 109 (4), 342–356.
- Roeser, Robert W./Eccles, Jacquelynne S./Sameroff, Arnold J. (2000): School as a context of early adolescents' academic and socio-emotional development: A summary of research findings. *Elementary School Journal*, 100 (5), 443–471.
- Samdal, Oddrun/Wold, Bente/Torsheim, Torbjorn (1998): The relationship between students perception of school and their reported health and quality of life. In: Currie, C. (ed.): *Health behaviour in school-aged children*. Research protocol for the 1997–98 survey. Edinburgh: University of Edinburgh. 51–55.
- Stevens, Gregory D. (2006): Gradients in the Health Status and Developmental Risk of Young Children: The Combined Influences of Multiple Social Risk Factors. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (2), 187–199.
- Todd, Joanna/Smith, Rebecca/Levin, Kate/Inchley, Jo/Currie, Dorothy/Currie, Candace (2007): *Family structure and relationships and health among schoolchildren*. Edinburgh: Child & Adolescent Health Research Unit, The University of Edinburgh.





gezeichnet von: Mohraeil, 11 Jahre

# Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Auswertung für Wien