



Kinder- und Jugendgesundheit
in Oberösterreich

Institut für Gesundheitsplanung

Mag. Richard Birgmann

Mag. Markus Peböck

MMag. Martin Reif

Detailbericht

Kinder- und Jugendgesundheit in Oberösterreich

Linz, 2007

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Verfasser: Mag. Richard Birgmann
Mag. Markus Peböck
MMag. Martin Reif

unter Mithilfe von: Mag. Johann Atzmüller, Prim. Dr. Johannes Fellingner,
Dr. Wilfried Friedl, Julia Hartl, Mag.^a Andrea Hubmer MAS,
Dir. Mag. Leo Ludick, Dr. Eva Magnet, FI Helga Rogl,
Dr. Ulrike Salomon, Dr. Rainer Schmidbauer,
Claudia Spitzbart, Dir. Manfred Wimmer

Beirat: Dr. Hermann Pramendorfer
Dr. Ulrike Salomon
Mag.^a Sarah Sebinger

Layout: Regina Ahorner, Titelblatt: pulpmedia
Druck: Birner Druck, Holzhausen
Preis: 14,40 Euro
ISBN 978-3-902487-07-0

Institut für Gesundheitsplanung
Gruberstrasse 77, 4020 Linz
Tel. 0732/784036
Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Summary	XV
1. Einleitung und Programmatik.....	1
1.1. Programmatik wichtiger politischer AkteurInnen und EntscheidungsträgerInnen.....	2
1.1.1 Programmatik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	2
1.1.2 Programmatik der Europäischen Union (EU)	5
1.1.3 Nationale Programmatik	6
1.1.4 Programmatik in Oberösterreich	6
2. Soziodemographie	9
2.1. Altersstruktur der oberösterreichischen Bevölkerung	9
2.2. Differenzierung der Zielgruppe	11
2.3. Geburtenrate im Zeitverlauf	13
2.3.1. Geburten von ausländischen MitbürgerInnen	14
3. Schwangerschaft/Geburt/Säuglingsalter	19
3.1. Risikofaktoren während der Schwangerschaft	19
3.1.1. Rauchen in der Schwangerschaft	19
3.1.2. Alkohol in der Schwangerschaft	20
3.2. Totgeburten	22
3.3. Säuglingssterblichkeit.....	24
4. Mortalität	29

5. Erkrankungen.....	33
5.1. Häufigste Krankenhausdiagnosen	33
5.2. Medikamentenverordnungen an Kinder und Jugendliche	40
5.3. Asthma bronchiale	43
5.4. Zahngesundheit	46
5.4.1. Kariesmorbidity	46
5.5. Mukoviszidose	48
5.6. SchülerInnenunfälle	50
5.6.1. SchülerInnenunfälle im engeren Sinn	50
5.6.1.1. Nach Tätigkeiten.....	50
5.6.1.2. Nach Unfallursachen	50
5.6.1.3. Nach Schulstufen.....	52
5.6.1.4. Nach Verletzungsarten.....	53
5.6.1.5. Nach verletzten Körperregionen	54
5.6.2. Schulwegunfälle	55
5.6.3. Verkehrsunfälle.....	55
5.7. Krebsinzidenz	56
5.8. Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	59
5.8.1. Allgemeine Befindlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen	59
5.8.2. Internalisierende (emotionale) Störungen	62
5.8.3. Externalisierende Verhaltensstörungen	67
5.8.4. Entwicklungsstörungen.....	71
5.8.5. Essstörungen	77
5.8.6. Einnässen (Enuresis), Einkoten (Enkopresis)	82

5.8.7.	Soziale Problematiken und psychiatrische Störungen bei Kindern und Jugendlichen	82
5.9.	Kinder mit Risiko für die Entwicklung einer Lese-/Rechtschreibstörung	85
5.9.1.	Logopädische Auffälligkeiten.....	85
5.9.2.	Lese-Rechtschreibprobleme	85
5.9.3.	Soziale, emotionale und Verhaltensprobleme	86
5.10.	Diabetes bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren	89
5.10.1.	Diagnostizierte Diabetesfälle in Krankenanstalten	92
5.11.	Sehprobleme bei Kindern im Kindergartenalter	95
5.12.	Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	97
6.	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen	99
6.1.	Alkohol	99
6.2.	Tabakkonsum.....	105
6.3.	Illegale Drogen	109
6.4.	Freizeitverhalten, Bewegung und Sport	110
6.4.1.	Bewegung.....	110
6.4.2.	Fernsehen und Computer	111
6.4.3.	Sicherheit bei Sport und im Straßenverkehr	112
6.5.	Ernährung.....	113
6.5.1.	Obst	115
6.5.2.	Gemüse	116
6.5.3.	Süßigkeiten und Naschen	116
6.6.	Sexualität und Verhütung	117
6.7.	Aggressivität, Bullying und Gewalt	118
7.	Versorgung von und Gesundheitsangebot für Kinder und Jugendliche	121

7.1.	Niedergelassene Fachärzte/-ärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde ...	121
7.2.	Intramurale Versorgung - Krankenhäuser mit Kinderstationen.....	122
7.2.1.	Clinicclowns - Lachen ist die beste Medizin.....	123
7.2.2.	Kinderbegleitung im Krankenhaus	123
7.2.3.	Institut für Sinnes- und Sprachneurologie des Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz	124
7.3.	Der Mutter-Kind-Pass	125
7.4.	Schulgesundheit	129
7.4.1.	Schulärzte/-ärztinnen	129
7.4.2.	Gesundheitsförderung in Schulen.....	129
7.4.2.1.	Die Projektinitiative „Gesundheit leben - Gesundheit lernen“ der OÖGKK.....	129
7.4.2.2.	„Wir sind Kinder einer Welt“ - ein Projekt der Hauptschule Eferding Nord.....	130
7.4.2.3.	„Für-, mit-, zu-, an-, gegeneinander“ und „SOKO Doppl“	130
7.4.3.	Beispiele aus der Praxis der Gesundheitsförderung in Schulen	131
7.4.3.1.	Bewegte Schule - Gesunde Schule	131
7.4.3.2.	„Gesundheitsmanagement im BRG Wallererstrasse Wels“	132
7.4.3.3.	Projekt Öko-Fit.....	135
7.5.	Jugendlichenuntersuchung.....	137
7.6.	Selbsthilfegruppen	140
7.7.	Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern in Oberösterreich.....	142
7.7.1.	Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR)	143
7.7.2.	Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae B und Hepatitis B ("Sechsfach-Impfung") ...	145

7.8.	Sehtests in den Kindergärten	147
7.9.	Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich.....	148
7.9.1.	Die zahnpädagogische Betreuung.....	148
7.9.2.	Die zahnpädagogische Untersuchung	149
7.10.	Projekte gegen Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.....	150
7.11.	Haltungs- und BewegungsberaterInnen	152
7.12.	Angebote für Sexualberatung.....	153
7.12.1.	Bily	153
7.12.2.	Lovetour	153
7.12.3.	first love ambulance	154
7.12.4.	Love Talks	154
7.13.	Hilfsangebote bei Essstörungen	155
7.13.1.	pro mente Oberösterreich	155
7.13.2.	Jugendservicestelle des Landes OÖ	155
7.13.3.	Weitere Hilfsangebote in Oberösterreich	156
7.14.	Suchtprävention in OÖ.....	157
7.14.1.	Information/Kommunikationsarbeit.....	157
7.14.2.	Projekte in unterschiedlichen Settings	158
7.14.3.	Bildungsarbeit	158
7.14.4.	Consulting/Fachberatung	158
7.14.5.	Networking/Lobbying.....	159
7.14.6.	Evaluation/Forschung	159
7.15.	Weitere Angebote der OÖGKK.....	160
7.15.1.	Asthmaverhaltenstraining für Kinder und Jugendliche.....	160

7.15.2. Zahnbehandlung für Kinder und Jugendliche in den eigenen zahnmedizinischen Einrichtungen der OÖGKK Forum Gesundheit	161
7.15.3. Zuschüsse für Erholungsaktionen	162
7.15.4. Kostenbeteiligung an logopädischen Diensten in Kindergärten	163
7.16. Angebote der „Gesunden Gemeinden“	164
7.17. Angebote der Jugendwohlfahrt	165
7.17.1. Eltern/Mutterberatungsstellen.....	165
7.17.2. Elternbildung.....	167
7.17.3. EKIZ/Eltern-Kind-Zentren.....	167
7.17.4. Kinderschutzzentren.....	167
7.17.5. Erholung und Entlastung von Familien.....	169
7.17.6. Logopädische Betreuung	169
8. Maßnahmen für die Zukunft.....	173
8.1. Gesundheitsförderung in Kindergarten/Schule/Betrieb.....	173
8.2. Adipositas/Übergewicht	173
8.3. Verkehrssicherheit	173
8.4. Tabakkonsum.....	174
8.5. Alkoholkonsum	174
8.6. Bewegung und Sport	175
8.7. Essstörungen	175
8.8. Impfen.....	175
8.9. Verhütung.....	175
Literaturverzeichnis	177
Abbildungen	183

Kurzfassung

Ziel des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes für Oberösterreich war es, einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand der oberösterreichischen Kinder und Jugendlichen zu gewinnen, die Versorgungs-, Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote zu dokumentieren sowie geeignete Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen zu erarbeiten.

Programmatik

Sowohl internationale (WHO und Europäische Union) als auch nationale (Bund) und regionale (Land OÖ und Städte Linz/Wels) (gesundheits-)politische AkteurInnen und EntscheidungsträgerInnen verfügen über spezielle Programmatiken und Initiativen zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit. Das Rahmenkonzept „Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ der **WHO** strebt dies mit den Zielen 3: „Ein gesunder Lebensanfang“ und 4: „Gesundheit junger Menschen“ sowie mit dem Ziel 13: „Settings zur Förderung der Gesundheit“ an. Das Aktionsprogramm der **Europäischen Union** im Bereich der öffentlichen Gesundheit richtet sich im Bereich der Faktoren der Lebensführung (z.B. Rauchen, Ernährung) vorrangig an junge Menschen. Auf Ebene des **Bundes** wurde im „Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan“ festgehalten, dass das Gesundheitssystem vermehrt in Richtung Gesundheitsförderung weiterentwickelt werden soll. Kinder und Jugendliche können hier in erster Linie über die Settings Kindergarten und Schule miteinbezogen werden. Auf **Landesebene** bilden die 10 Gesundheitsziele die konsensuale Basis und den Rahmen für entsprechende gesundheitspolitische Maßnahmen und den Ausbau der Gesundheitsförderung in Oberösterreich. Von spezieller Relevanz sind hier jene Gesundheitsziele, die sich explizit an Kinder und Jugendliche wenden (Ziel 2: Zahngesundheit, Ziel 5: Impfen und Ziel 9: Gesundheitsfördernde Schule). *(Kapitel 1)*

Soziodemographie

In den letzten Jahren ist der Anteil der Jungen (bis 19 Jahre) an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich kleiner geworden (von 35 Prozent 1971 auf 25 Prozent 2001). Die Gesamtfertilitätsrate in Oberösterreich liegt im Jahr 2003 bei 1,45 (Österreich 1,38). Sie ist in Oberösterreich wie auch in Gesamtösterreich in den letzten 25 Jahren um ca. 15 Prozent zurückgegangen. *(Kapitel 2)*

Schwangerschaft/Geburt/Säuglingsalter

Die Hauptrisikofaktoren für das Ungeborene während der Schwangerschaft sind Aktiv- und Passivrauchen der Mutter sowie übermäßiger Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft.

Die Zahl der Totgeburten ist vom Jahr 1977 bis 1994 um etwa 70 Prozent gesunken (1994: 2,5 Totgeborene pro 1.000 Lebendgeborene). Im Jahr 1995 wurde der Begriff „Totgeburt“ neu definiert, was eine definitionsbedingte Erhöhung der Totgeburtenrate nach sich zog. Im Jahr 2003 liegt die Totgeburtenrate bei 4,2 Totgeborenen pro 1.000 Lebendgeborenen. Auch die Säuglingssterblichkeit ist in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen: Im Jahr 1960 lag sie noch bei 39 pro 1.000 Lebendgeborenen, während selbige im Jahr 2004 bei nur noch 5 pro 1.000 Lebendgeborenen liegt. Erklärt wird dieser starke Rückgang vor allem mit der Einführung des Mutter-Kind-Passes im Jahre 1974.

Das durchschnittliche Gebäralter ist in den letzten Jahren angestiegen: Verglichen mit dem Jahr 1990 (27,1 Jahre) hat sich das Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt um 2,2 Jahre erhöht und liegt im Jahr 2003 bei 29,3 Jahren. *(Kapitel 3)*

Mortalität

Bei Säuglingen sind die meisten Todesfälle aus dem Jahr 2003 auf perinatale Affektionen zurückzuführen (32 Todesfälle). Bei den 1- bis 4-Jährigen starben die meisten Kinder an Verletzungen und Vergiftungen (7 Todesfälle), gefolgt von angeborenen Fehlbildungen (6 Fälle). In den Altersgruppen von 5 bis 9 Jahren (4 Todesfälle) und von 10 bis 14 Jahren (6 Todesfälle) waren die häufigsten Todesursache Verletzungen und Vergiftungen. Auch bei Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren dominieren Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen: 37 junge Menschen starben in Folge solcher im Jahr 2003. *(Kapitel 4)*

Erkrankungen

Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Die Lebenszeitprävalenz für Asthma bronchiale bei 6- bis 7-Jährigen liegt in Oberösterreich laut ISAAC-Studie (Jahre 2001 - 2003) bei 5 Prozent, jene der 12- bis 14-Jährigen bei 7 Prozent.

Die **Kariesmorbidity** ist bei den 6- bis 10-Jährigen in den letzten Jahren deutlich gesunken. Waren etwa im Schuljahr 1995/96 noch 74 Prozent der 6-Jährigen betroffen, sind es im Schuljahr 2004/05 nur noch 44 Prozent. Damit ist das Gesundheitsziel zur Zahngesundheit erreicht. Auch in allen anderen Altersgruppen ist ein deutlicher Rückgang der Kariesmorbidity festzustellen.

Betrachtet man alle Jugendliche (0 bis 18 Jahre) gemeinsam, so sind die meisten **stationären Krankenhausaufenthalte**¹ im Jahr 2004 auf chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln zurückzuführen (1.288 Krankenhausaufenthalte mit entsprechender Hauptdiagnose). Betrachtet man die häufigsten Hauptdiagnosen bei stationären Kranken-

¹ Von Jugendlichen, die bei der OÖGKK versichert sind

hausaufenthalten nach Alter und Geschlecht, ergibt sich folgendes Bild: In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen dominieren bei den Mädchen Darminfektionen (1.443) und bei den Buben chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (1.816). Bei den 5- bis 9-Jährigen sind sowohl bei Mädchen (1.978) als auch bei Buben (2.331) chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln die häufigste Hauptdiagnose. In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen dominieren sowohl bei Mädchen (893) als auch bei Buben (559) Bauch- und Beckenschmerzen. Auch bei den 15- bis 18-jährigen Jugendlichen wird bei stationären Krankenhausaufenthalten am häufigsten die Hauptdiagnose Bauch- und Beckenschmerzen gestellt: Bei jungen Frauen 893 Mal und bei jungen Männern 559 Mal.

In Oberösterreich wurden im Jahr 2005 9.893 **SchülerInnenunfälle** im engeren Sinn (= ohne Wegunfälle) anerkannt. Davon waren 6.348 Sportunfälle und 3.545 Unfälle während des Unterrichts oder in den Pausen. Der Großteil der SchülerInnenunfälle (6.055) entfällt dabei auf die Sekundarstufe I (5. bis 8. Schulstufe).

Im Jahr 2005 gab es in Oberösterreich 651 **Schulwegunfälle**. Dabei handelte es sich in 259 Fällen um Verkehrsunfälle.

Krebsinzidenz: Im Jahr 2002 erkrankten insgesamt 38 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 19 Jahren an Krebs. Dabei handelte es sich in mehr als der Hälfte der Fälle (20 Fälle) um eine bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes (Leukämie).

In der HBSC-Studie wurden Daten zur **allgemeinen Befindlichkeit** und zum **psychischen Wohlbefinden** erhoben. Demnach leiden fast die Hälfte (46 Prozent) der befragten Kinder zwischen 11 und 15 Jahren häufig an Müdigkeit und Erschöpfung. Zwischen 25 und 30 Prozent sind regelmäßig gereizt, nervös bzw. von Schlafstörungen oder Kopfschmerzen betroffen.

Betrachtet man die Krankenhausbehandlungsfälle im Zeitraum 2001 bis 2004, so kommen auf 100.000 (bei der OÖGKK versicherten) Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr durchschnittlich 55 Fälle mit diagnostizierten **Essstörungen** pro Jahr. In etwas mehr als der Hälfte davon (33 Fälle je 100.000) handelt es sich um die Hauptdiagnose.

Auf 100.000 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre kommen jährlich im Durchschnitt (5-Jahres-Durchschnitt 2001-2004) 81 Krankenhausaufenthalte mit einer **Diabetesdiagnose**. Zu 96 Prozent handelt es sich dabei um Typ-I Diabetes. Beim Großteil der stationären Krankenhausbehandlungsfälle scheint dabei die Diabetesdiagnose als Hauptdiagnose auf (67 Fälle je 100.000). (*Kapitel 5*)

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Unter den oberösterreichischen 11-Jährigen geben laut HBSC-Studie 6 Prozent an, bereits mindestens einmal soviel Alkohol konsumiert zu haben, dass sie betrunken waren. Bei den 13-Jährigen liegt dieser Anteil bereits bei 15 Prozent und bei den 15-Jährigen

bei 58 Prozent. Der Alkoholkonsum ist unter SchülerInnen von Haupt-, Polytechnischen und Berufsbildenden Schulen deutlich höher als unter SchülerInnen von Gymnasien.

Hinsichtlich der **Raucherprävalenz** bei 15-Jährigen liegt Oberösterreich in etwa im österreichischen Durchschnitt: 23 Prozent rauchen täglich, weitere 10 Prozent mindestens einmal pro Woche und 14 Prozent gelegentlich. Nur etwas mehr als die Hälfte (53 Prozent) der 15-Jährigen raucht überhaupt nicht. *(Kapitel 6)*

Versorgung und Angebote

In Oberösterreich gibt es 12 Krankenhäuser mit einer Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, in fast allen anderen Krankenhäusern gibt es entsprechende KonsiliarfachärztInnen. Darüber hinaus gibt es in jeder Bezirkshauptstadt mindestens ein Krankenhaus mit einer Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Insgesamt gibt es im Bundesland Oberösterreich 59 niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde, davon 39 mit § 2-Vertrag. Das sind 4,8 KinderärztInnen je 10.000 Kinder und 3,1 KinderärztInnen mit Kassenvertrag je 10.000 Kinder.

Weiters gibt es in Oberösterreich verschiedenste Unterstützungseinrichtungen von diversen Organisationen. So betreibt beispielsweise die Jugendwohlfahrt insgesamt 311 Mutterberatungsstellen und 6 Kinderschutzzentren in Oberösterreich.

Darüber hinaus gibt es in Oberösterreich ein breites Spektrum an Selbsthilfegruppen, die zu einem Großteil im „Dachverband der OÖ Selbsthilfegruppen“ zusammengefasst sind. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse betreibt unter anderem ein spezielles Asthmaverhaltenstraining für Kinder und Jugendliche und errichtet derzeit ein Kinderdentalzentrum in Linz.

Derzeit gibt es in Oberösterreich für übergewichtige Kinder und Jugendliche 13 Adipositasprojekte, die die vom Arbeitskreis "Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen" erarbeiteten Qualitätskriterien erfüllen.

Ein besonderes Augenmerk wird in Oberösterreich auch auf die Gesundheitsförderung gelegt: So gibt es in unserem Bundesland ein weltweit bereits mehrmals prämiertes flächendeckendes Zahngesundheitsförderungsprogramm oder auch Aktivitäten der Gesundheitsförderung an Schulen. Die OÖGKK kann auf eine langjährige Erfahrung im Bereich schulischer Gesundheitsförderung zurückblicken: schließlich betreut sie seit dem Schuljahr 1993/94 Schulen im Rahmen der Projektinitiative „Gesundheit leben - Gesundheit lernen“. Bisher haben knapp 200 Schulen mit etwa 13.000 SchülerInnen unterschiedlichster Schultypen mitgemacht.

Für die Suchtprävention des Landes ist das im Jahre 1994 gegründete „Institut für Suchtprävention“ zuständig. Das Tätigkeitsfeld dieser Einrichtung erstreckt sich von Informationsarbeit über Projektarbeit in unterschiedlichen Settings, Bildungsarbeit, Fachberatung, Networking bis hin zu Evaluation und Forschung. *(Kapitel 7)*

Maßnahmen

Der wissenschaftliche Beirat des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes empfiehlt diverse Maßnahmen für eine gesündere Zukunft unserer Kinder und Jugendlichen. So sollen unter anderem die bestehenden Angebote der Gesundheitsförderung in den relevanten Settings vorangetrieben und durch zielgruppenspezifische Angebote ergänzt werden. Beim Thema Tabakkonsum wird die Einschränkung der Verfügbarkeit von Zigaretten durch den Abbau frei zugänglicher Zigarettenautomaten als sinnvolle Intervention angesehen. Thematisiert werden neben der bereits erwähnten Gesundheitsförderung in den Settings Kindergarten, Schule und Betrieb und der Tabakkonsumproblematik Maßnahmen in den Bereichen Übergewicht und Adipositas, Verkehrssicherheit, Alkoholkonsum, Bewegung und Sport, Essstörungen, Impfen sowie Verhütung. *(Kapitel 8)*

Summary

It was the aim of the Child and Adolescent Health Report for Upper Austria to attain a concise overview of the state of health of the Upper Austrian children and adolescents, to document the availability of health care, prevention and health promotion, and to develop adequate measures to improve the health of children and adolescents.

Objectives

International political actors and policy makers (like the World Health Organisation and the European Union), as well as the federal state and regional stakeholders like the region of Upper Austria and the cities of Linz and Wels enact political objectives and initiatives to promote the health of children and adolescents. Three of the targets of the conceptual framework of WHO "Health 21 - Health for All in the 21st Century" share that objective: Target 3: "A healthy start in life", Target 4: "Health of young people" and Target 13: "A settings approach to health action". The action programme for public health of the European Union concerning the criterion of lifestyle is mainly aimed at young people. On a federal level, the "National Austrian Health Plan" states that the health system needs to be developed further towards health promotion. Children and adolescents can be reached predominantly in kindergarten and school settings. On a regional level, the 10 health targets form a consensual basis and framework for appropriate health policy measures and the upgrading of health promotion in Upper Austria. Health targets, which refer to children and adolescents are specifically pertinent in this context: Target 2: Dental health; Target 5: Vaccinations; and Target 9: The health-promoting school. (Chapter 1)

Sociodemography

Over the last years, the percentage of the young population (up to 19 years of age) of the total population has decreased continuously from 35 percent in 1971 to 25 percent in 2001. The total fertility rate in Upper Austria amounted to 1,45 in the year 2003 (in all of Austria 1,38). The total fertility rate has decreased by approximately 15 percent in the course of the last 25 years. (Chapter 2)

Pregnancy/Birth/Babyhood

The main risk factors in the unborn child during pregnancy are the mother's active and passive smoking, as well as excessive alcohol consumption during pregnancy.

Stillbirth figures have decreased by about 70 percent from 1977 to 1994, where there were 2,5 stillborn per 1.000 liveborn. In the year 1995 the term "stillbirth" was newly defined, which resulted in a purely definition-induced increase of the stillbirth-rate. In 2003 the stillbirth-rate lies at 4,2 stillborn per 1.000 liveborn. Over the last decades infant mortality has distinctly decreased, as well: in 1960 it amounted to 39 per 1.000 liveborn, in the year 2004 the rate is at only 5 per 1.000 liveborn. This sharp decline is mainly linked with the introduction of the "Mother-Child-Pass" in 1974. The average age of mothers at first birth has risen over the last years. In comparison to the year 1990, when the average age was 27,1, the average age at first birth has risen by 2,2 years and lies at 29,3 years in 2003. (Chapter 3)

Mortality

Most cases of infant mortality in 2003 were ascribed to perinatal affections (32 cases of death). Among the group of 1 - 4 year olds most children died of injuries and poisoning (7 cases of death), followed by congenital deformities (6 cases). In the age group of 5 - 9 year olds (4 cases of death) and 10 - 14 year olds (6 cases of death) injuries and poisoning were the prevalent causes of death. Among adolescents between 15 and 19 years of age it was also injuries and poisoning that were the main causes of death: 37 of this age group died as a result of these causes of death in the year 2003. (Chapter 4)

Diseases

Bronchial asthma is the most frequent chronic disease in childhood and adolescence. According to an ISAAC study from 2001 to 2003, lifetime prevalence for bronchial asthma in 6 to 7 year olds in Upper Austria lies at 5 percent, in 12 to 14 year olds at 7 percent.

Caries morbidity has decreased distinctly among the 6 to 10 year olds in recent years. In the school year 1995/1996, 74% of the 6 year olds were affected, while figures have decreased to 44% in the school year 2004/2005, whereby the health target concerning dental health has been reached. In all other age groups a significant decline in caries morbidity is to be noticed, as well.

Regarding all children and adolescents from ages 0 - 18, the majority of **in-patient hospitalisation** cases in 2004 were connected with chronic diseases of the palatal and pharyngeal tonsils (1.288 hospital stays with corresponding diagnosis). Viewing the most frequent diagnoses during in-patient hospitalisation according to age and gender, there is following outcome: Among the age group of 0 - 4 year old girls intestinal infections are predominant (1.443), while with boys of the same age a prevalence of chronic palatal and pharyngeal tonsil diseases is to be observed (1.816). Among 5 to 9 year olds, both girls (1.978) and boys (2.331) were admitted most frequently for the main diagnosis of chronic diseases of the palatal and pharyngeal tonsils. In the age group of 10 - 15 year olds, both for girls (893) and for boys (559) abdominal and pelvic pains are prevalent. Among adolescents ranging from ages 15 - 18 years the main diagnosis during in-patient

hospitalisation is again abdominal and pelvic pains: females being admitted 893 times and males 559 times.

In 2005 9.893 **accidents of school students** in the narrower sense (excluding commuting accidents) were acknowledged, of which 6.348 were sports accidents, while 3.545 injuries occurred during classes or breaks. The majority of school student accidents (6.055) are associated with 5th to 8th grade students.

In 2005, 651 **accidents on the way to school** occurred, of which 259 were traffic accidents.

Cancer incidence: In 2002, a total of 38 children and adolescents between 0 and 19 years developed cancer. In more than half of the cases (20) a malignant growth of the lymphatic, hematopoietic and cognate tissue (leukaemia) was diagnosed.

The HBSC survey collected data regarding **general condition and psychological wellbeing**. According to the study, almost half of the interviewed children between 11 and 15 years (46 percent) suffer from tiredness and exhaustion. Between 25 and 30 percent are irritable and nervous on a regular basis and affected by insomnia or head aches respectively.

Regarding hospital treatment cases in the period between 2001 and 2004, an average of 55 cases of **eating disorders** per year were diagnosed among 100.000 children and adolescents (insured at the Upper Austrian Sickness Fund) up to the age of 18. In 33 cases of the 100.000, eating disorders were the main diagnosis.

A yearly average (of the five-year average between 2001 and 2004) of 81 hospital stays of 100.000 children and adolescents up to the age of 18 is connected with a diagnosis of **diabetes**. To 96 percent it concerns Type-I diabetes. In 67 of the 100.000 in-patient hospitalisation cases, the diagnosis of diabetes was the main diagnosis. (Chapter 5)

Health-relevant behaviour

According to the HBSC-study, 6 percent of the Upper Austrian 11 year olds state that they have consumed alcohol to the extent that they were drunk at least once. The rate is at 15 percent with 13 year olds and up at 58 percent among the 15 year olds. **Alcohol consumption** is markedly higher among secondary modern school, polytechnic institute and vocational school students than among grammar school students.

With respect to **smoking prevalence** among 15 year olds, Upper Austria is at the Austrian average: 23 percent smoke on a daily basis, another 10 percent at least once a week and 14 percent occasionally. Only slightly more than half of the 15 year olds (53 percent) does not smoke at all. (Chapter 6)

Health care and services

In Upper Austria there are 12 hospitals with pediatrics and adolescent medicine departments; accordingly, there are specialist doctors who practise on a consiliary basis in almost all remaining hospitals. Moreover, there is at least one hospital with a department of obstetrics and gynecology in each regional capital.

Altogether, the federal state of Upper Austria has 59 specialised resident doctors for pediatrics and adolescent medicine, of which 39 are in possession of a § 2 - contract. This amounts to 4,8 pediatricians per 10.000 children and 3,1 pediatricians with a contract with the sickness fund per 10.000 children.

Furthermore, various organisations run diverse welfare institutions. The organisation "Youth Welfare", for example, operates a total of 311 mother-information-centres and 6 child protection centres in Upper Austria.

In addition, there is a wide spectrum of self-help groups, which to a large part belong to the umbrella organisation of Upper Austrian self-help groups. Amongst others, the Upper Austrian Sickness Fund has put into practice a specific asthma conduct training for children and adolescents and is currently building a children's dental centre.

In Upper Austria there are presently 13 adiposity projects for children and adolescents in progress, which fulfill the quality criteria established by the working party "Overweight and Adiposity in Children and Adolescents".

Upper Austria also focuses on health promotion: Thus, an area-wide dental health promotion programme has been awarded prizes throughout the world. Furthermore, attention is directed towards health promotion activities in schools. The Upper Austrian Sickness Fund (OÖGKK) can look back on many years of experience in the area of school health promotion - the project initiative "Living health - learning health" has been in force since the school year 1993/1994. Up to date, just under 200 schools of various types with about 13.000 students have participated.

The "Institute for Addiction Prevention", founded in 1994, is responsible for addiction prevention in the federal state of Upper Austria. Its field of activity ranges from information activities to project activities in different settings, to an educational function and expert advice, to networking and evaluation and research. (Chapter 7)

Future actions

The scientific advisory board of the Child and Adolescent Health Report recommends various actions for a healthier future of our children and adolescents. One step is to press ahead with existing health promotion services in relevant settings and to complement them with target group specific activities. Concerning tobacco consumption, the

dismantling of publically accessible cigarette vending machines is regarded as an appropriate measure. Beside the above-mentioned health promotion in different settings (kindergarten, school, workplace) and the problem of tobacco consumption, actions in the areas of overweight and adiposity, traffic safety, alcohol consumption, physical exercise and sports, eating disorders, vaccinations and contraception are central themes. (Chapter 8)

1. Einleitung und Programmatik

„Kinder müssen mit Erwachsenen sehr viel Nachsicht haben.“

Antoine de Saint-Exupéry (1900-44), frz. Flieger u. Schriftsteller

Bereits im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für Gesundheit und Lebensqualität im Alter gestellt. Umso wichtiger ist es also, bereits bei den Jüngsten unserer Gesellschaft den Hebel für eine gesunde Zukunft anzusetzen!

Generell gesehen handelt es sich bei Kindern und Jugendlichen heutzutage um eine vergleichsweise gesunde Bevölkerungsgruppe. Die naturwissenschaftlich-medizinischen, sozialen und bildungsbezogenen Entwicklungen der letzten Jahre und Jahrzehnte haben zu einer deutlichen Verbesserung geführt: Zahlreiche, noch vor wenigen Jahrzehnten die Morbiditätsstatistiken anführende, Krankheiten und Beschwerden konnten erfolgreich zurückgedrängt werden. Die Annahme, dass es in dieser Alters- bzw. Bevölkerungsgruppe keine gesundheitlichen Probleme gäbe, wäre jedoch verfehlt.²

Der vorliegende Kinder- und Jugendgesundheitsbericht für Oberösterreich greift Themen der Demographie auf, thematisiert die Sterblichkeit von Kindern- und Jugendlichen, enthält Aussagen zu typischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, betrachtet gesundheitsrelevantes Verhalten der Kinder- und Jugendlichen und beschreibt in ausführlicher Weise Versorgungs-, Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote für Eltern, Kinder und Jugendliche.

² Palentien, C., „Einzelne Bevölkerungsgruppen: Kinder und Jugendliche“, in: Schwartz, F.W. et al., „Public Health - Gesundheit und Gesundheitswesen“, München 2003, S. 636.

1.1. Programmatik wichtiger politischer AkteurInnen und EntscheidungsträgerInnen

1.1.1 Programmatik der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Im Rahmenkonzept „Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ der Europäischen Region der WHO ist das Ziel 3 - „Ein gesunder Lebensanfang“ folgendermaßen formuliert: „Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie gesund ihr Leben beginnen können.“

Als Teilziele mit besonderer Bedeutung werden ein besserer Zugang zu bedarfsgerechten reproduktionsmedizinischen Diensten sowie zu einer Schwangerschaftsvorsorge und -fürsorge und der Gesundheitsversorgung für Kinder genannt, ebenso die Senkung der Säuglingssterblichkeitsrate bei gleichzeitiger Erhöhung des Anteils an Neugeborenen, die ohne angeborene Krankheiten und Behinderungen zur Welt kommen, sowie die Senkung der Mortalität bzw. Behinderungen infolge von Unfällen und Gewalteinwirkung bei Kindern unter 5 Jahren um mindestens 50 Prozent und der 20-prozentigen Senkung des Anteils an Kindern, die mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 g zur Welt kommen (plus signifikante Verringerung der diesbezüglich bestehenden Unterschiede zwischen den Ländern).

Im Rahmenkonzept für die europäische Region „Gesundheit 21“ sind zur Erreichung des oben genannten Zieles 3 folgende Ansatzpunkte für Maßnahmen genannt: „Dieses Ziel lässt sich erreichen, wenn

- die Mitgliedstaaten in das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen von Eltern und Familien investieren und Konzepte umsetzen, die ein stützendes familiäres Umfeld schaffen, in dem Kinder erwünscht sind und gute Voraussetzungen für Elternschaft bestehen, um allen Kindern einen gesunden Lebensanfang zu sichern.
- die Mitgliedstaaten eine umfassende Politik verfolgen und auf lokaler Ebene gemeindenahere Programme vorsehen, um bedarfsgerechte Dienste für Familienplanung und reproduktive Gesundheit sicherzustellen.
- der Gesundheit von Frauen in der nationalen und kommunalen Politik hohe Priorität beigemessen wird.
- integrierte primäre Gesundheitsversorgungsdienste Folgendes umfassen: Eine breite Palette von Familienplanungsdiensten, eine auf unentbehrlichen Technologien basierende Perinatalversorgung, Gesundheitsförderung für Kinder, Prävention von Kinderkrankheiten - u.a. Immunisierung von mindestens 95 Prozent

der Säuglinge und Kleinkinder - sowie die bedarfsgerechte Behandlung kranker Kinder.

- die Politik, das soziale Umfeld und das Gesundheitswesen Maßnahmen zur Stillförderung anregen und unterstützen, so dass mindestens 60 Prozent der Neugeborenen wenigstens in den ersten sechs Lebensmonaten gestillt werden.
- durch gesetzgeberische Instrumente unterstützte gemeindenahе Maßnahmen darauf abzielen, die Zahl der missbrauchten, misshandelten, verlassenen oder marginalisierten Kinder drastisch zu verringern.
- Eltern die Mittel und Befähigung haben, ihre Kinder in einem sozialen Umfeld, das die Rechte des Kindes schützt, aufzuziehen und zu umsorgen.
- die Kommunalbehörden Familien unterstützen, indem sie für eine sichere, fürsorgliche Umwelt und gesundheitsfördernde Einrichtungen zur Betreuung von Kindern sorgen.
- die mit Fragen der Erziehung, Gesundheit und des Gemeinwohls befassten Sektoren zusammenarbeiten, um die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern in Zeiten familiärer Krisen zu unterstützen.
- Bemühungen unternommen werden, um die Öffentlichkeit über Entwicklungen in der Gentechnik, die dadurch gebotenen Möglichkeiten und die jeweiligen ethischen Implikationen zu informieren.“³

Weiters ist im Rahmenprogramm „Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ der Europäischen Region der WHO das Ziel 4 - „Gesundheit junger Menschen“ - folgendermaßen formuliert: „Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen (bis zum Alter von 18 Jahren) in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.“

Als Teilziele mit besonderer Bedeutung werden die Vermittlung von Fähigkeiten an Kinder und Jugendliche, sich für eine gesunde Lebensführung zu entscheiden, ebenso genannt, wie die Senkung von Mortalität und Behinderung aufgrund von Gewalteinwirkung und Unfällen bei jungen Menschen um mindestens 50 Prozent. Weiters sollte der Anteil jener Jugendlichen, die einer gesundheitsschädigenden Lebensweise frönen (Drogen-, Tabak-, Alkoholkonsum), erheblich verringert werden und die Schwangerschaften bei Minderjährigen sollten um ein Drittel reduziert werden.

³ Weltgesundheitsorganisation: *Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6), Kopenhagen 1999, S. 229.*

Im Rahmenkonzept für die europäische Region „Gesundheit 21“ sind zur Erreichung des oben genannten Zieles 4 folgende Ansatzpunkte für Maßnahmen genannt: „Dieses Ziel lässt sich erreichen, wenn

- die Mitgliedstaaten geeignete Maßnahmen und Strukturen schaffen, um Kinder, die schwachen Mitglieder der Gesellschaft, wie im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes ausgeführt, zu schützen.
- die Politik die Schaffung eines stützenden und sicheren natürlichen, sozialen und wirtschaftlichen Umfelds erleichtert und damit die gesunde Entscheidung zur leichten Entscheidung macht.
- alle politischen Entscheidungen, die den öffentlichen Sektor betreffen, überprüft werden, um ihre Auswirkung auf die Gesundheit von Kindern und Heranwachsenden, deren Familien und Betreuer abzuschätzen.
- die Bildungs- und Beschäftigungspolitik den Zugang junger Menschen zu einem optimalen Bildungsniveau sowie zum Arbeitsmarkt erleichtert.
- das Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen zusammenarbeiten, um den Ursachen für ein schlechtes Selbstbild unter jungen Menschen entgegenzuwirken, um die Kompetenz junger Menschen, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen und soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, zu stärken, auf ihre psychosozialen Erfordernisse einzugehen und marginalisierte junge Menschen erreichen zu können.
- die Mitgliedstaaten den Zugang zu Maßnahmen sicherstellen, durch die nicht geplante Elternschaften vermieden werden können, was die Aufklärung und Unterstützung junger Menschen einschließt.
- relevante Forschungs- und Evaluationsinstrumente angewendet werden, um regelmäßig den Gesundheitszustand von Kindern und Heranwachsenden, einschließlich ihrer emotionalen Gesundheit, zu beurteilen.“⁴

Darüber hinaus ist im Rahmenprogramm „Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ der Europäischen Region der WHO das Ziel 13 - „Settings zur Förderung der Gesundheit“ - für die Kinder- und Jugendgesundheit von Relevanz: „Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.“

Als relevantes Teilziel wird genannt, dass mindestens 50 Prozent aller Kinder die Möglichkeit geboten werden soll, einen gesundheitsfördernden Kindergarten zu be-

⁴ *Ebenda, S. 231.*

suchen, und für 95 Prozent sollte es möglich sein, eine gesundheitsfördernde Schule zu besuchen.⁵

1.1.2 Programmatik der Europäischen Union (EU)

Im Vertrag von Maastricht wurde erstmals Gesundheitsschutz als europäischer Politikbereich angesprochen und als Querschnittsmaterie (als „Bestandteil der übrigen Politiken der Gemeinschaft“) definiert. Die Gesundheitspolitik der EU bezieht sich vorrangig auf die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsländern bzw. Drittländern sowie mit Internationalen Organisationen des Gesundheitsbereiches. Im Vordergrund steht die Verhütung von Krankheiten, einschließlich Drogenabhängigkeit und Gesundheitsschutz.

Im Vertrag von Amsterdam ist festgehalten, dass bei der Festlegung und Durchführung der Gemeinschaftspolitiken und Gemeinschaftsmaßnahmen ein hohes Niveau des Gesundheitsschutzes sichergestellt werden muss. Darüber hinaus soll die Gesundheitspolitik der EU die Politik der Mitgliedsstaaten ergänzen und auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, der Verhütung von Humankrankheiten und Beseitigung von gesundheitsgefährdenden Faktoren ausgerichtet sein. Insbesondere zur Bekämpfung weit verbreiteter, schwerer Erkrankungen soll durch die Förderung der Erforschung der Ursachen und der Gesundheitsinformation und Gesundheitserziehung beigetragen werden. Explizit angeführt sind Maßnahmen zur Verringerung von Drogenkonsum bedingten Gesundheitsschäden.

Die gesundheitspolitische Strategie ist an drei Zielen orientiert:

- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Information und Kenntnisse auf allen politischen Ebenen,
- Errichtung eines Schnellreaktionssystems zur raschen Antwort auf Gesundheitsgefahren,
- Berücksichtigung der Gesundheitsfaktoren, insbesondere der mit der Lebensführung verbundenen gesundheitsschädlichen Faktoren.

Das Aktionsprogramm der Europäischen Union im Bereich der öffentlichen Gesundheit nennt unter den Faktoren der Lebensführung, auf die sich die Maßnahmen beziehen sollen, neben Ernährung und Bewegung auch Stress, Alkoholkonsum und Rauchen. Die Aktionen sollen sich vorrangig an junge Menschen richten,

⁵ *Ebenda*, S. 243.

„denn wichtige Entscheidungen im Hinblick auf die Lebensführung und gesundheitsbezogenes Verhalten werden im Jugendalter getroffen“.⁶

1.1.3 Nationale Programmatik

Laut ersten Ergebnissen zum „Nationalen Österreichischen Gesundheitsplan“, die im Rahmen der 3. Österreichischen Gesundheitskonferenz vorgestellt wurden, soll das Gesundheitssystem in Richtung Gesundheitsförderung weiterentwickelt bzw. vorangetrieben werden. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche kann und wird in erster Linie über die Settings Kindergarten und Schule betrieben (werden).⁷ Aber auch im außerschulischen Bereich wird die Gesundheitsförderung in Österreich vorangetrieben: Entsprechend dem Dreijahresprogramms 2003 bis 2005 des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) setzte selbiger im Jahr 2004 drei themenspezifische Schwerpunkte (Bewegung, Ernährung und Seelische Gesundheit), wobei eine (von drei) Zielgruppe(n) Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich waren. Ziel ist es, für diese (aus Sicht der Gesundheitsförderung) schwierig zu erreichende Zielgruppe, durch intersektorale und interinstitutionelle Zusammenarbeit Wege zu erkunden, wie Gesundheitsförderung für und mit Kindern und Jugendlichen Erfolg versprechend im außerschulischen Bereich entwickelt werden kann, und dabei ein Augenmerk auf jene Kontextfaktoren zu legen, die einen solchen Prozess fördern oder hemmen können.⁸

Für die Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Kurativmedizin wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen der „Österreichische Gesundheitsplan für Kinder“ in Auftrag gegeben.⁹

1.1.4 Programmatik in Oberösterreich

Im Rahmen des oberösterreichischen Gesundheitsberichts 2000 - einem Gemeinschaftsprojekt des Landes Oberösterreich, der Statutarstädte Linz und Wels sowie der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse - wurden 10 Gesundheitsziele für Oberösterreich formuliert, die von den beteiligten Organisationen jeweils einstimmig beschlossen wurden. Diese 10 Gesundheitsziele bilden die konsensuale Basis und den Rahmen für entsprechende gesundheitspolitische Maßnahmen und den

⁶ Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft, Brüssel 2000, S. 14.

⁷ Gesundheitsbericht 2003 der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen an den Nationalrat, Wien 2004, S.13.

⁸ Fonds Gesundes Österreich: Jahresbericht 2005, Wien 2006, S. 96.

⁹ BMGF: Österreichischer Gesundheitsplan für Kinder, Wien 2005, S. 3.

Ausbau der Gesundheitsförderung in Oberösterreich. Zur Umsetzung dieser Ziele wurde die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz eingerichtet, in der alle wesentlichen Entscheidungsträger und Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

Im Jahr 2006 wurden die Gesundheitsziel teilweise neu formuliert.

Explizit an Kinder- und Jugendliche richten sich die Gesundheitsziele zur Zahngesundheit (Ziel 2), zum Impfen (Ziel 5) sowie zur gesundheitsfördernden Schule (Ziel 9). Die Ziele sind wie folgt definiert:

Ziel 2:

Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 % der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

Ziel 5:

Bis zum Jahr 2010 sollen sukzessive die Durchimpfungsraten für Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (2 Impfungen bis zum 7. Lebensjahr) sowie Pertussis (Keuchhusten) und Hämophilus influenzae Typ B (4 Teilimpfungen bis zum 3. Lebensjahr) auf 90 Prozent ansteigen.

Ziel 9:

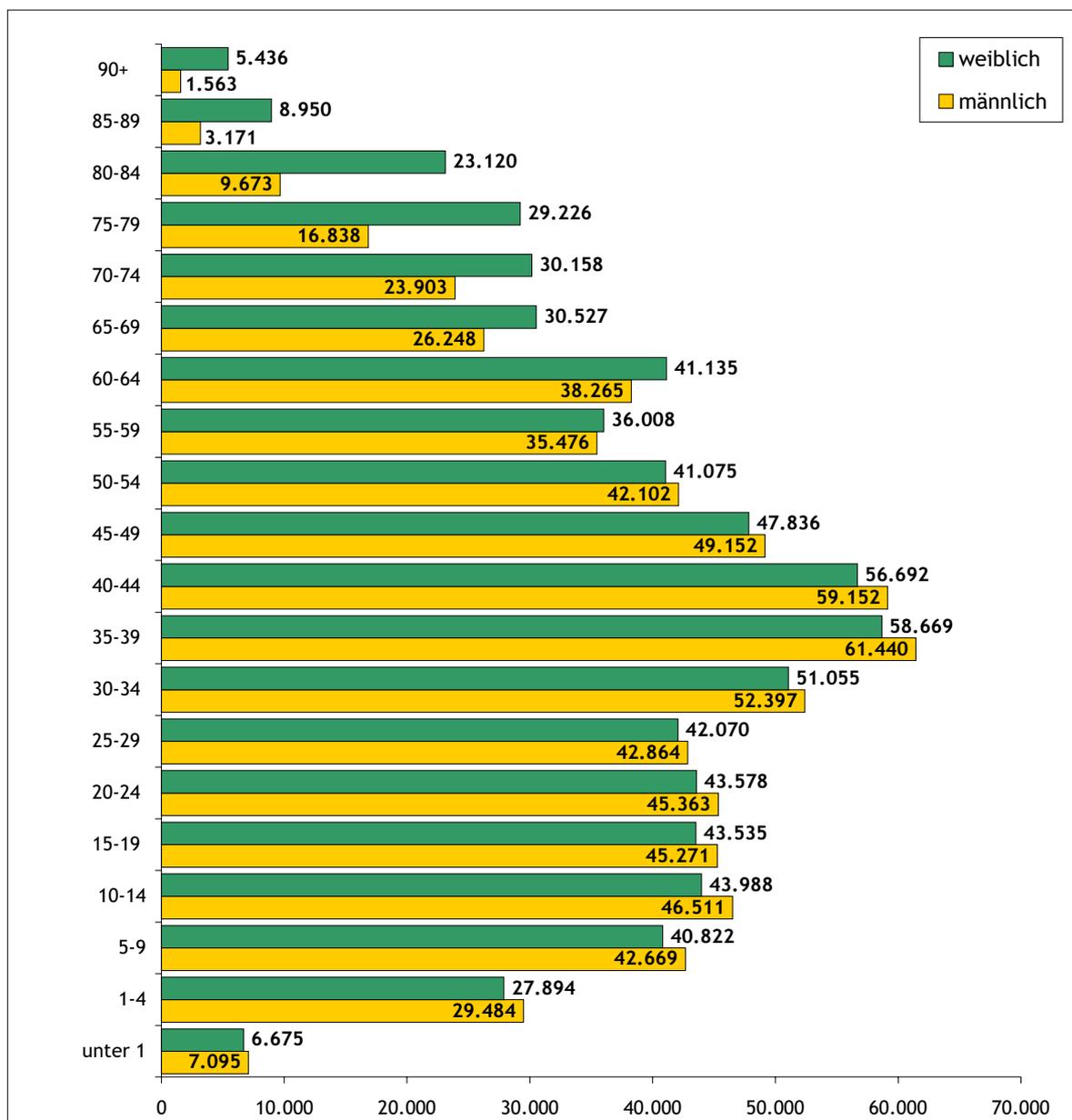
Bis zum Jahr 2010 sollen 70 Schulen im Rahmen des von der oberösterreichischen Arbeitsgruppe "Gesunde Schule" ausgearbeiteten Konzepts gesundheitsfördernd tätig sein.

2. Soziodemographie

2.1. Altersstruktur der oberösterreichischen Bevölkerung

Im Jahr 2003 lebten in Oberösterreich rund 1,387.000 EinwohnerInnen.

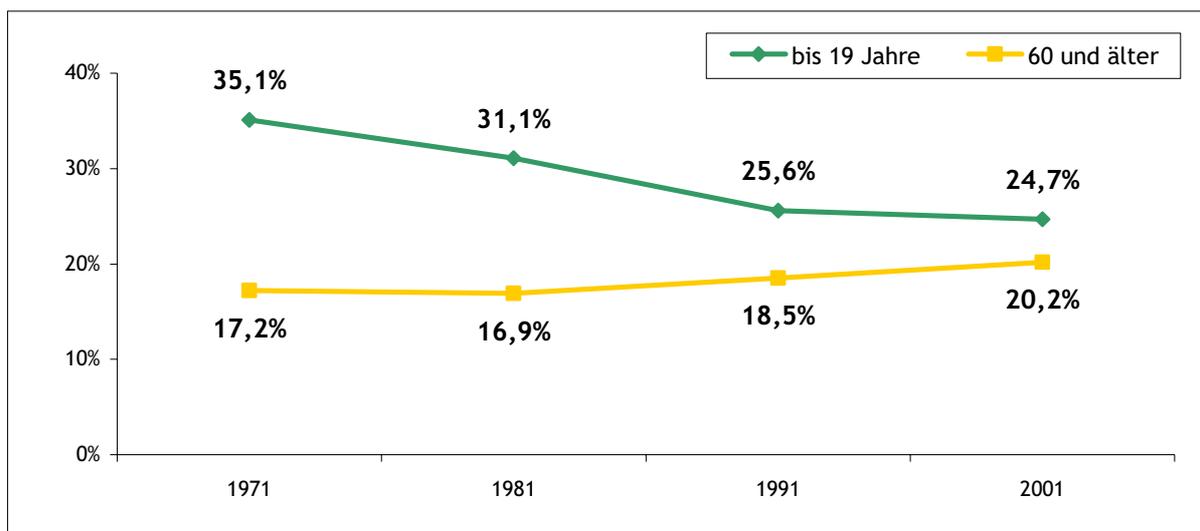
Abbildung 1: Altersstruktur der oberösterreichischen Bevölkerung



Quelle: Statistik Austria

333.944 Personen oder knapp ein Viertel (24 Prozent) der oberösterreichischen Bevölkerung waren zu diesem Zeitpunkt unter 20 Jahre alt. Davon wiederum waren 171.030 Buben (51 Prozent) und 162.914 Mädchen (49 Prozent). 29 Prozent der OberösterreicherInnen sind zwischen 20 und 39 Jahren, 26 Prozent zwischen 40 und 59 Jahren und ein gutes Fünftel (21 Prozent) sind 60 oder älter.

Abbildung 2: Entwicklung des Kinder- und Jugendlichenanteils verglichen mit dem Seniorenanteil in der OÖ-Bevölkerung von 1971 bis 2001

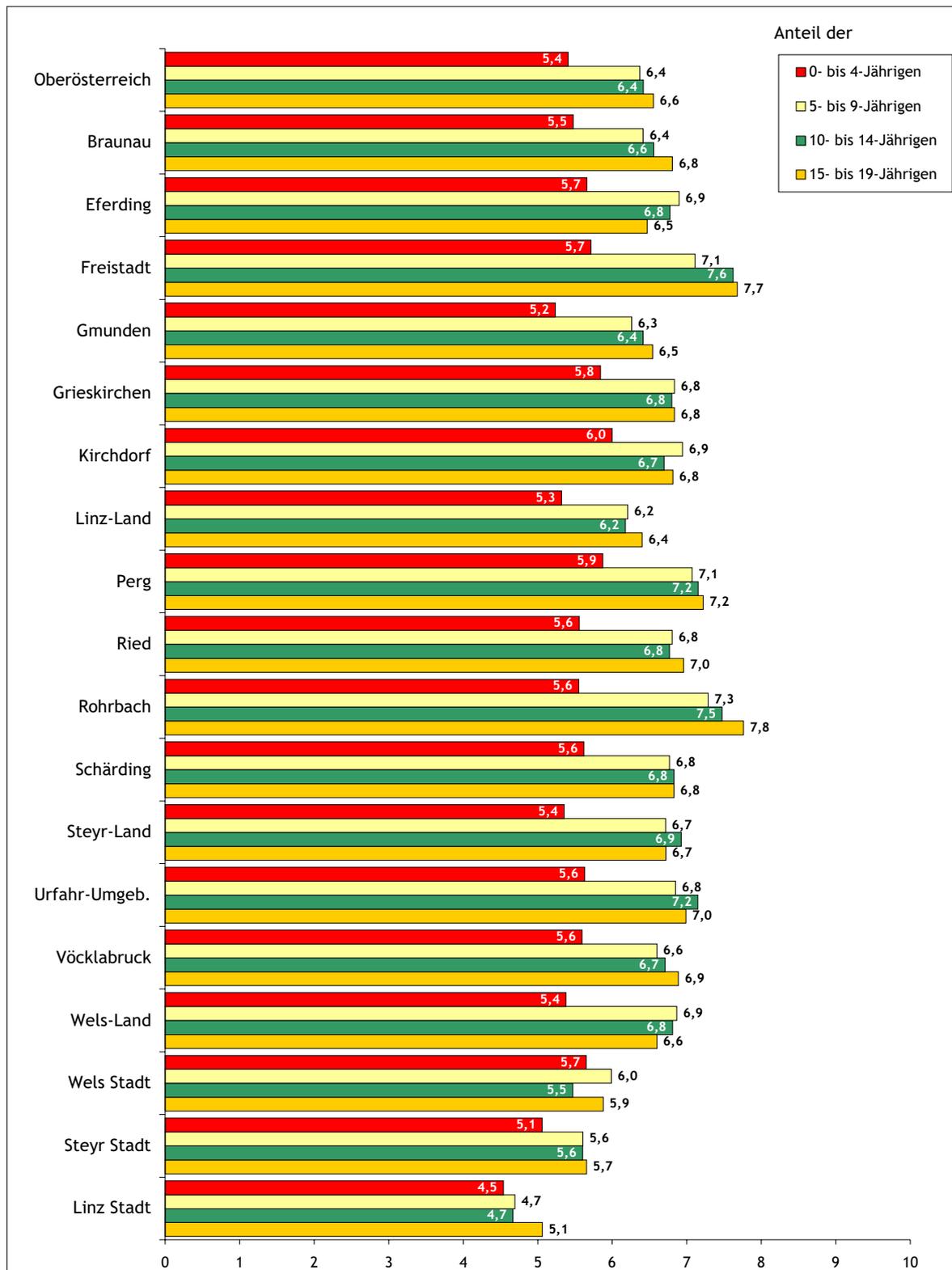


Quelle: Statistik Austria (Volkszählungsdaten)

In den letzten dreißig Jahren ist der Anteil der Jungen (bis 19 Jahre) an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich kleiner geworden. Gleichzeitig ist ein leichter Anstieg des Anteiles der älteren Personen (über 60 Jahre) festzustellen.

2.2. Differenzierung der Zielgruppe

Abbildung 3: Anteil verschiedener Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung der Bezirke



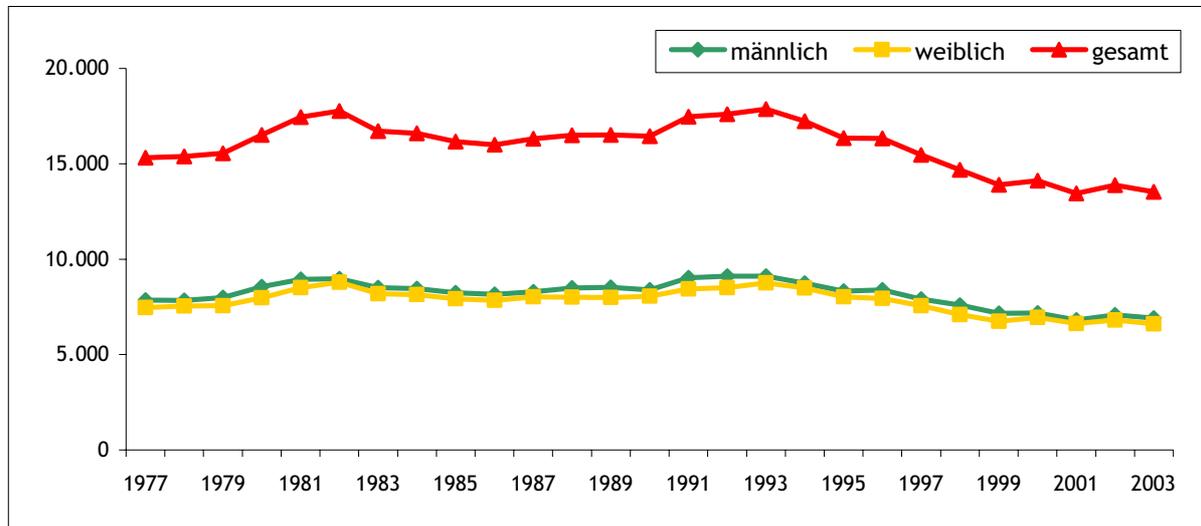
Quelle: Statistik Austria

Insgesamt liegt der Anteil der bis zu 4-jährigen Kinder in Oberösterreich bei 5,4 Prozent. Am niedrigsten ist der Anteil in Linz-Stadt mit 4,5 Prozent und am höchsten im Bezirk Kirchdorf mit 6 Prozent. Im Alterssegment der 5- bis 9-jährigen Kinder verzeichnet Linz-Stadt mit 4,7 Prozent den niedrigsten und der Bezirk Rohrbach mit 7,3 Prozent den höchsten Anteil gemessen an der Gesamtbevölkerung. Im Landeschnitt sind 6,4 Prozent der OberösterreicherInnen diesem Alterssegment zuzuordnen. Ebenfalls 6,4 Prozent gehören oberösterreichweit der Altersgruppe der zwischen 10- und 14-Jährigen an. Am stärksten ist diese Gruppe im Bezirk Freistadt vertreten, wo sie 7,6 Prozent der dortigen Bevölkerung ausmachen. In Linz-Stadt macht dieses Altersegment 4,7 Prozent der Bevölkerung aus.

6,6 Prozent der oberösterreichischen Bevölkerung sind im Jahr 2003 zwischen 15 und 19 Jahre alt. Am größten ist der Anteil dieser Altersgruppe im Bezirk Rohrbach, wo 7,8 Prozent der Bevölkerung zwischen 15 und 19 Jahre alt sind. Am kleinsten ist der Anteil in Linz-Stadt, wo nur 5,1 Prozent der Bevölkerung in dieses Alterssegment fallen.

2.3. Geburtenrate im Zeitverlauf

Abbildung 4: Lebendgeborene in Oberösterreich im Zeitverlauf



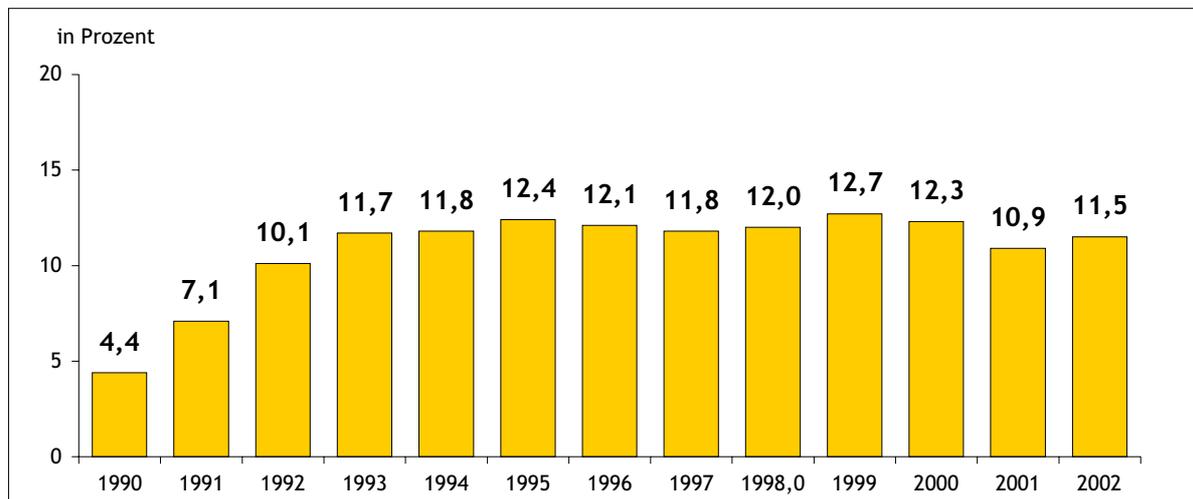
Quelle: Statistik Austria

Im Jahr 1977 kamen in Oberösterreich insgesamt 15.310 Lebendgeborene zur Welt. Danach stieg die Zahl der Lebendgeborenen bis zum Jahr 1982 (17.772) kontinuierlich an, ehe sie sich in den folgenden Jahren bis zum Jahr 1990 auf einen Wert von ca. 16.500 eingependelt hat. Mit dem Jahr 1991 beginnt die Anzahl der Lebendgeborenen im Beobachtungszeitraum wieder zu steigen und gipfelt im Jahr 1993 mit 17.867 lebendgeborenen Kindern. Danach ist ein beinahe kontinuierlicher Rückgang der Zahl an lebendgeborenen Kindern zu konstatieren. Im Jahr 2003 kamen 13.520 Lebendgeborene in Oberösterreich zur Welt.

2.3.1. Geburten von ausländischen MitbürgerInnen

Bis zu Beginn der neunziger Jahre spielten die Geburten von ausländischen MitbürgerInnen¹⁰ noch eine ziemlich geringfügige Rolle.

Abbildung 5: Lebendgeborene mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft



Quelle: Geburtenentwicklung in Oberösterreich 1980 bis 2002, Information der Abteilung Statistik des Amtes der OÖ. Landesregierung, Folge 14/2003

Während der Anteil der Lebendgeborenen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft im Jahr 1990 noch bei 4 Prozent lag, beträgt er ab dem Jahr 1993 langfristig konstante 12 Prozent. Mit dem Jahr 2000 ist wiederum ein leichter Anteilsrückgang zu konstatieren.¹¹

Die Gesamtfertilitätsrate eines Kalenderjahres gibt an, wie viele lebendgeborene Kinder eine Frau zur Welt bringen würde, wenn im Laufe ihres Lebens dieselben altersspezifischen Fertilitätsverhältnisse herrschen würden wie in dem betreffenden Kalenderjahr (und wenn von der Sterblichkeit der Frau abgesehen werden würde).^{12,13}

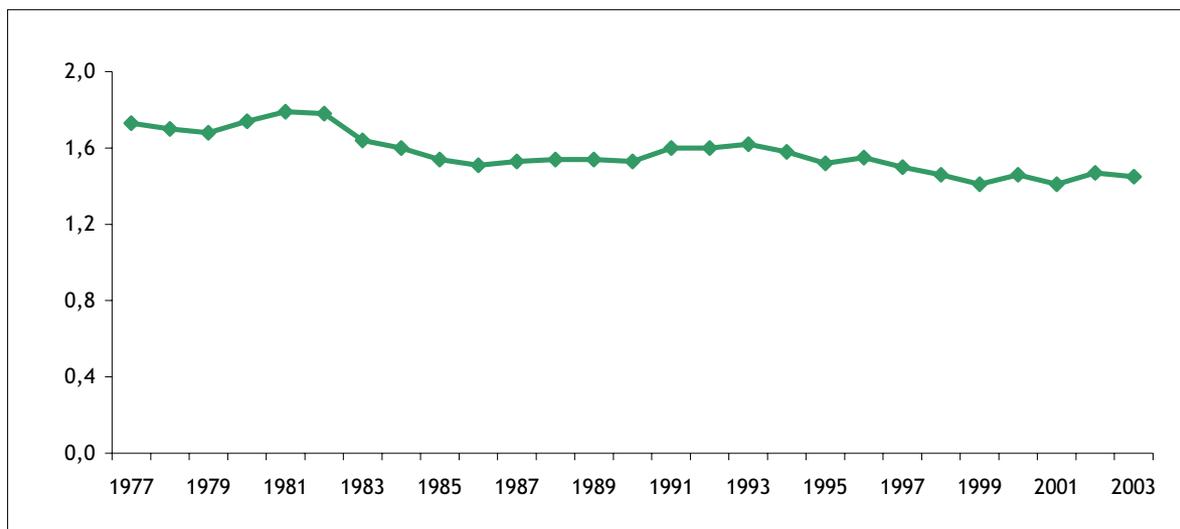
¹⁰ Geburten von ausländischen MitbürgerInnen sind nur beschränkt aussagekräftig, denn sofern nur ein Elternteil die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt, geht diese auf das Kind über.

¹¹ Köblinger, M./Schöfecker, M.: Geburtenentwicklung in Oberösterreich 1980 bis 2002, Information der Abteilung Statistik des Amtes der OÖ. Landesregierung, Folge 14/2003, Linz 2003, S. 10.

¹² In erster Linie stellt die Gesamtfertilitätsrate einen zusammenfassenden Indikator der altersspezifischen Fertilitätsziffern eines Kalenderjahres dar, womit sie eine ähnliche Funktion erfüllt, wie die Lebenserwartung auf dem Gebiet der Sterblichkeit.

¹³ Statistik Austria, http://www.statistik.at/standarddokumentation/subdokumente/b_standes-faelle-todesursachen_erlaeuterungen-demogr_jahrbuch.pdf, 15.02.2005.

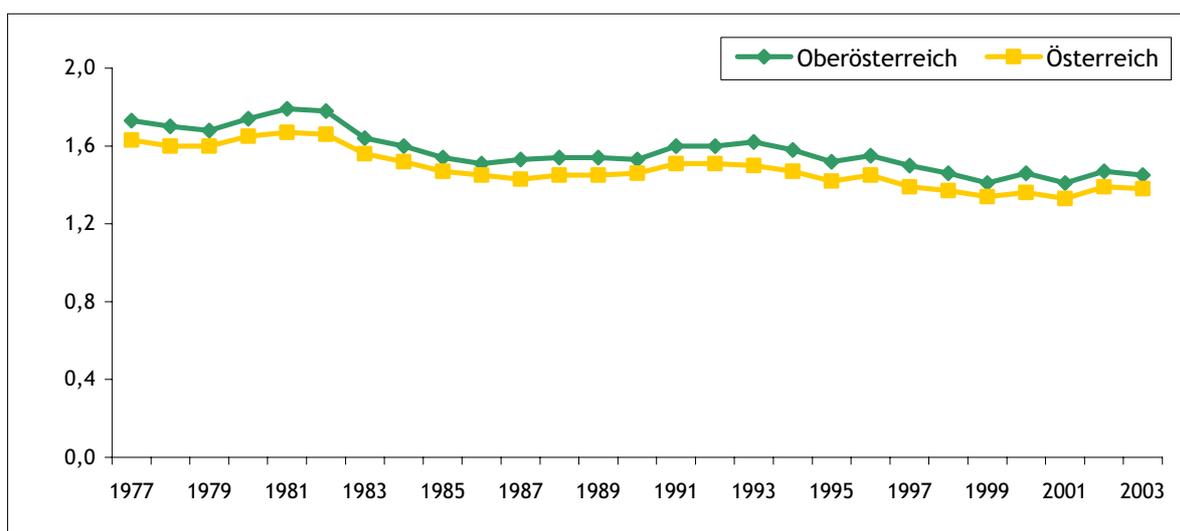
Abbildung 6: Gesamtfertilitätsrate in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria

Im Jahr 1977 lag die Gesamtfertilitätsrate bei 1,73. Die höchste Gesamtfertilitätsrate im Beobachtungszeitraum wurde im Jahre 1981 mit 1,79 erreicht. Am niedrigsten war sie in den Jahren 1999 und 2001 (1,41). Im Jahr 2003 lag die Gesamtfertilitätsrate bei 1,45 womit Oberösterreich (gemeinsam mit Vorarlberg) den höchsten Wert aller Bundesländer aufwies. Die österreichweite Gesamtfertilitätsrate lag im Jahr 2003 bei 1,38.¹⁴

Abbildung 7: Gesamtfertilitätsrate Vergleich OÖ/Österreich



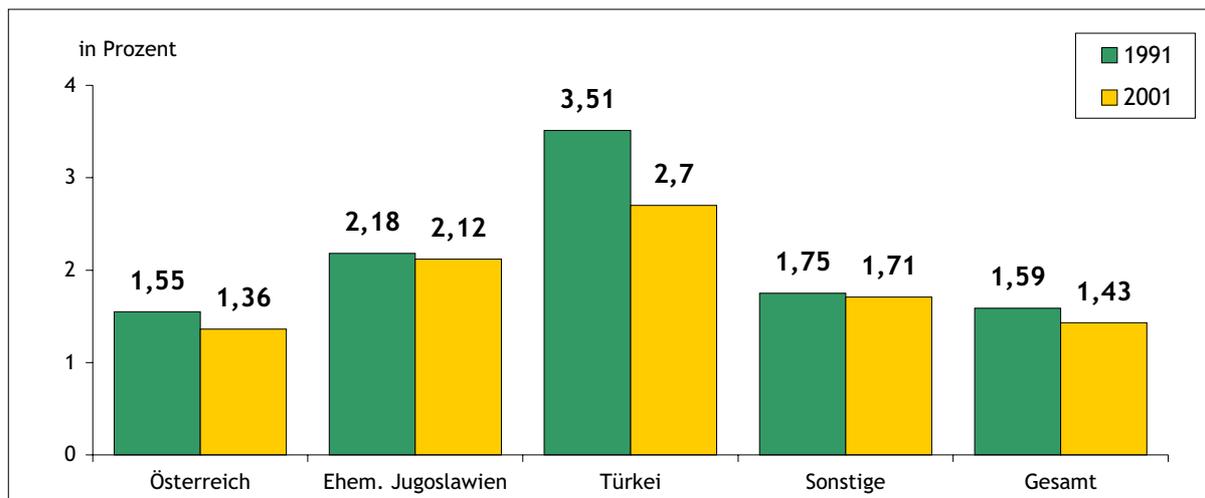
Quelle: Statistik Austria

¹⁴ Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003, Wien 2005, S. 25.

Wie aus der Abbildung hervorgeht, liegt die Gesamtfertilitätsrate Oberösterreichs während des gesamten Beobachtungszeitraumes über dem österreichweiten Wert. Vergleicht man die Gesamtfertilitätsraten der Jahre 1977 (OÖ: 1,73 / Ö: 1,63) mit jenen des Jahres 2003 (OÖ 1,45 / Ö: 1,38), so kann sowohl für Oberösterreich als auch für Gesamtösterreich ein Rückgang um etwa 15 Prozent festgestellt werden.

Betrachtet man die Gesamtfertilitätsrate nach ausgewählten Staatsbürgerschaften der Frauen in Oberösterreich, ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 8: Vergleich der Gesamtfertilitätsraten nach ausgewählten Staatsbürgerschaften der Frauen in OÖ der Jahre 1991 und 2001

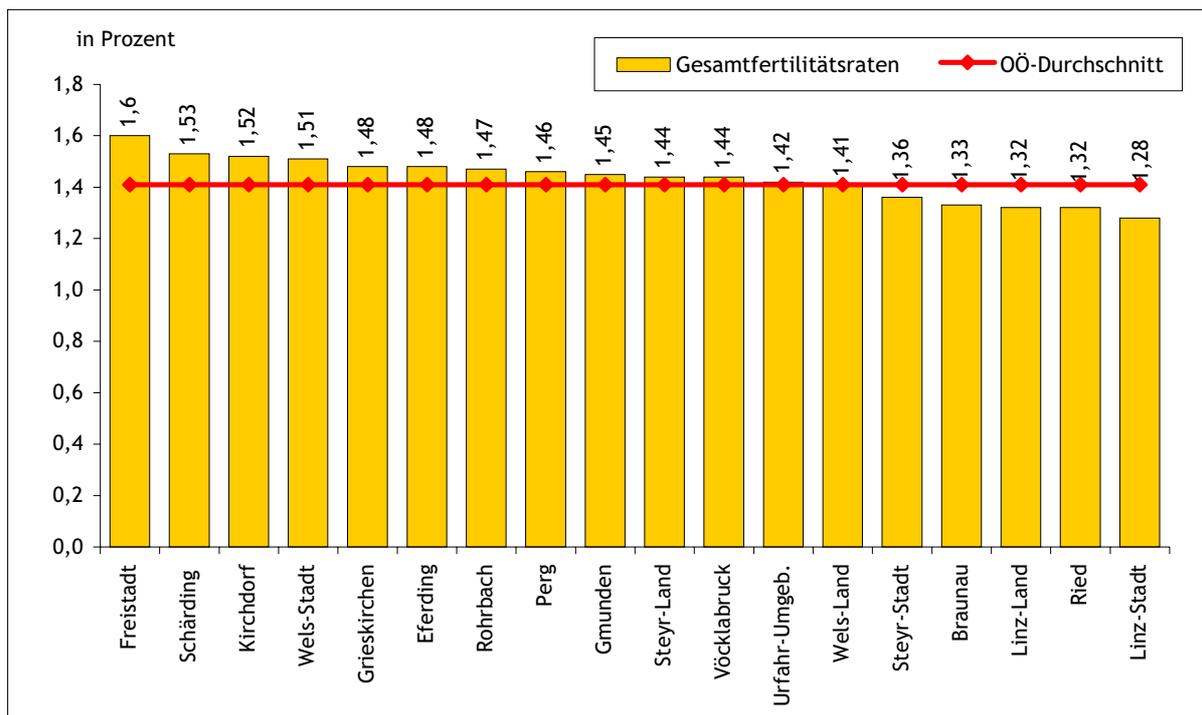


Quelle: *Geburtenentwicklung in Oberösterreich 1980 bis 2002, Information der Abteilung Statistik des Amtes der OÖ. Landesregierung, Folge 14/2003*

Die höchste Gesamtfruchtbarkeitsrate haben Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft: Deren Rate lag im Jahr 2001 bei 2,7. Verglichen mit dem Jahr 1991 ist bei Türkinnen allerdings auch die stärkste Abnahme der Gesamtfertilitätsrate festzustellen: Im Jahr 1991 bekamen sie im Schnitt noch ein Kind mehr als im Jahr 2001. Insgesamt hatten im Jahr 2001 zwei von 100 Neugeborenen die türkische Staatsbürgerschaft.¹⁵

¹⁵ Köblinger, M./Schöfecker, M.: *Geburtenentwicklung in Oberösterreich 1980 bis 2002, Information der Abteilung Statistik des Amtes der OÖ. Landesregierung, Folge 14/2003, Linz 2003, S. 12.*

Abbildung 9: Gesamtfertilitätsraten in den Bezirken



Quelle: Geburtenentwicklung in Oberösterreich 1980 bis 2002, Information der Abteilung Statistik des Amtes der OÖ. Landesregierung, Folge 14/2003

Im Jahr 2001 lag die Gesamtfertilitätsrate in Oberösterreich bei 1,41. Wie aus obiger Abbildung ersichtlich, liegen die Bezirke Steyr-Stadt, Braunau, Linz-Land, Ried und Linz-Stadt unter dem landesweiten Durchschnitt. Der Bezirk Wels-Land liegt genau im Landesschnitt, alle anderen Bezirke darüber. Am höchsten lag die Gesamtfruchtbarkeitsrate im Bezirk Freistadt (1,60).

3. Schwangerschaft/Geburt/Säuglingsalter

3.1. Risikofaktoren während der Schwangerschaft

3.1.1. Rauchen in der Schwangerschaft

„Rauchen in der Schwangerschaft schadet ihrem Kind“ - so lautet einer der Warnhinweise auf Zigarettenpackungen. In der Tat gefährdet das aktive und passive Rauchen der werdenden Mutter massiv die Gesundheit des ungeborenen Kindes. Bei Raucherinnen treten Fehlgeburten, vorzeitige Plazenta-Lösungen und Missbildungen in erhöhtem Maße auf. Weiters wurde durch zahlreiche Studien nachgewiesen, dass Babys von rauchenden Müttern ein vermindertes Wachstum und geringeres Gewicht als Kinder von Nichtraucherinnen im gleichen Schwangerschaftsalter aufweisen.

Zudem haben diverse Studien ergeben,

- dass Kinder von aktiv und passiv rauchenden Müttern häufiger an Allergien und Asthma erkranken,
- dass der Nachwuchs von Raucherinnen ein erhöhtes Risiko für Konzentrationschwäche und Hyperaktivität aufweist,
- dass sich das Risiko für den „Plötzlichen Kindstod“ erhöht.¹⁶

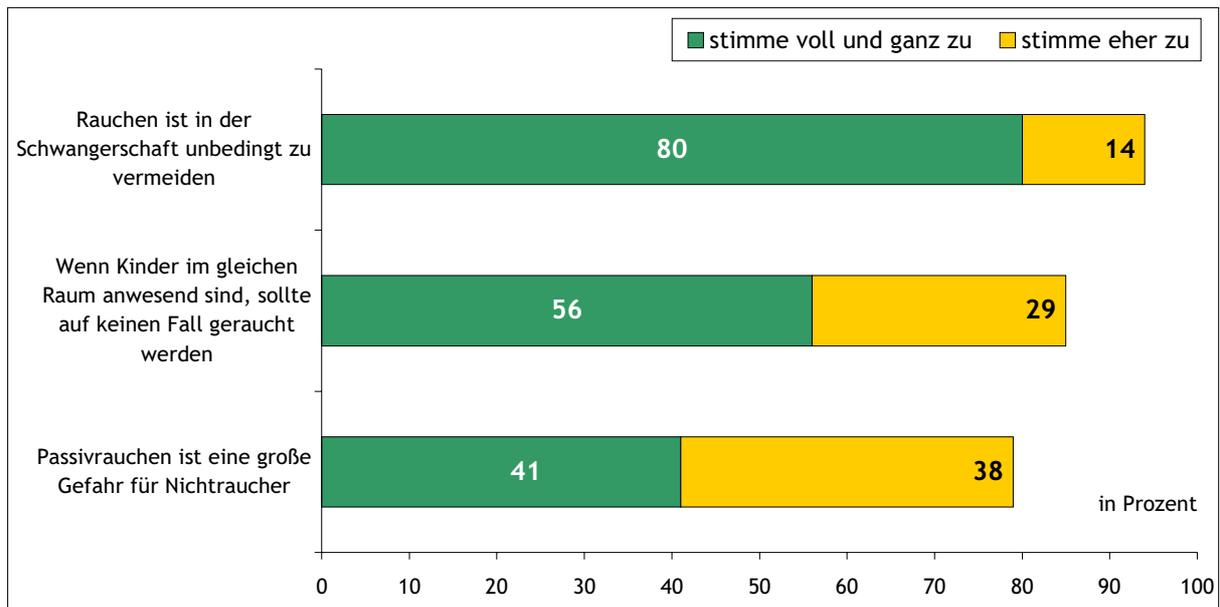
Der Verzicht auf Zigaretten sollte - ob der vielen Risiken für das Ungeborene - für werdende Mütter und deren Partner eine Selbstverständlichkeit darstellen.

Erfreulich erscheint in diesem Zusammenhang die Einstellung der OberösterreicherInnen zur Problematik: 94 Prozent stimmten im Rahmen der „Bevölkerungsbefragung OÖ 2003“ der Aussage zu, dass Rauchen in der Schwangerschaft unbedingt zu vermeiden sei. Das Wissen über diese aus gesundheitlicher Sicht wichtige und prioritäre Verhaltensnorm scheint für 80 Prozent der OberösterreicherInnen, die voll und ganz zugestimmt haben, gegeben.¹⁷

¹⁶ Bürger, B.: Rauchen in der Schwangerschaft, http://www.netdoktor.at/kinder/nikotin_schwangerschaft.shtml, 01.02.2006.

¹⁷ Institut Suchtpävention, Linz; pro mente OÖ (Hrsg.): Vom Gebrauch der Drogen, Drogenmonitoring zu illegalen Drogen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich, Linz 2005.

Abbildung 10: NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen



Quelle: Institut für Suchtprävention

85 Prozent der OberösterreicherInnen sind der Meinung, dass „wenn Kinder im gleichen Raum anwesend sind, auf keinen Fall geraucht werden sollte“. Knapp vier Fünftel der Befragten sehen im Passivrauchen eine große Gefahr für NichtraucherInnen.

3.1.2. Alkohol in der Schwangerschaft

Der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann beim Kind zu einem fetalen Alkoholsyndrom (FAS) führen und ist eine der Hauptursachen für Fehlbildungen von Kindern. Unter dem fetalen Alkoholsyndrom versteht man eine Schädigung des Kindes, die durch übermäßigen und/oder dauerhaften Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft entstanden ist. Das fetale Alkoholsyndrom ist eine unterschiedlich ausgeprägte Kombination aus diversen Fehlbildungen und Entwicklungsauffälligkeiten. Neben verschiedenen körperlichen Anomalien (z.B. Minderwuchs, Untergewicht, kleine Augenöffnungen) weisen Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom Verhaltens- bzw. Entwicklungsauffälligkeiten (z.B. Aufmerksamkeitsmangel, Lernschwierigkeiten, verzögerte geistige Entwicklung) auf. In westlichen Industrieländern geht man von einer Häufigkeit von drei pro 1.000 Neugeborenen aus.

Eine abgeschwächte Form stellt der fetale Alkohol-Effekt (FES) dar. Davon wird gesprochen, wenn Kinder während der Schwangerschaft Alkoholeinflüssen ausgesetzt wurden, aber nicht alle Symptome des FAS aufweisen. Sehr wohl müssen diese Kinder jedoch Konsequenzen für den Alkoholkonsum ihrer Mütter während der

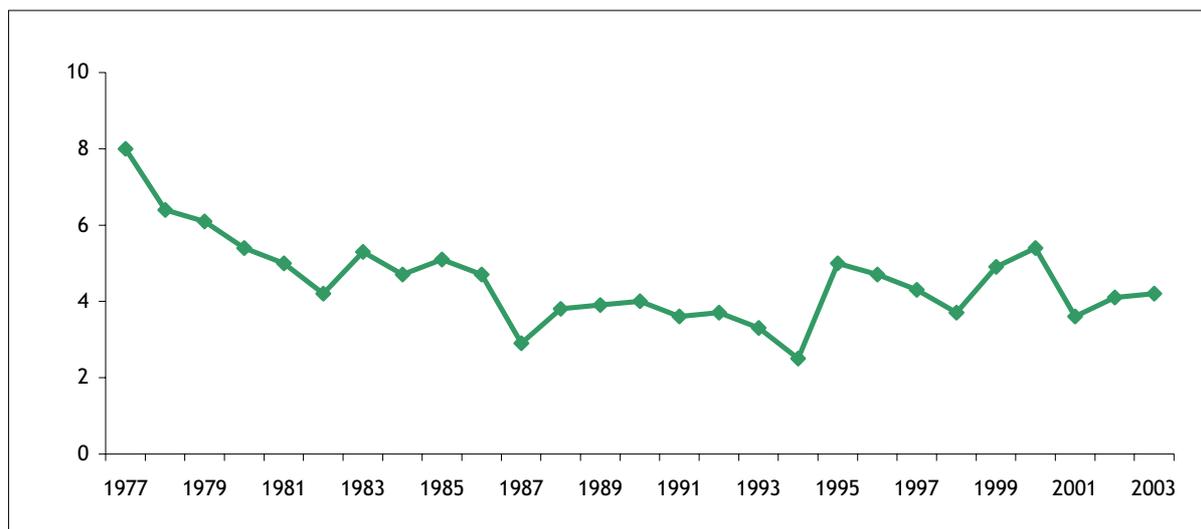
Schwangerschaft tragen: zum Beispiel in Form von Lernstörungen oder beeinträchtigter Sprachentwicklung. Der fetale Alkohol-Effekt dürfte mehr als doppelt so häufig wie das fetale Alkoholsyndrom auftreten. Schätzungen gehen von bis zu zehn Fällen pro 1.000 Neugeborenen aus.

Es lassen sich keine allgemeingültigen Aussagen über die konsumierte Alkoholmenge der werdenden Mutter und dem Schädigungsgrad des Kindes machen, da eine individuelle Empfindlichkeit vorzuliegen scheint. Daher sollte während der Schwangerschaft (und natürlich auch während der Stillzeit) prinzipiell Alkohol gemieden werden.

3.2. Totgeburten

Als Totgeborene oder während der Geburt Verstorbene gelten zwischen 1977 und 1994 (alte Definition) Kinder, die mindestens 35 cm lang waren und bei denen weder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat, noch das Herz geschlagen und noch die Nabelschnur pulsiert hat.¹⁸ Mit 01.01.1995 gilt (entsprechend der WHO-Richtlinien) eine Leibesfrucht dann als totgeboren oder während der Geburt verstorben, wenn kein „Lebendgeborenen-Zeichen“¹⁹ erkennbar ist und sie ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm aufweist²⁰. Durch die neue Definition im Jahr 1995 entsteht eine definitionsbedingte Erhöhung der Totgeburtenhäufigkeit um etwa ein Drittel, da die alte Definition mit 35 cm Körperlänge einem durchschnittlichen Geburtsgewicht von etwa 1.000 Gramm entspricht.

Abbildung 11: Totgeborene auf 1.000 Lebendgeborene



Quelle: Statistik Austria

Im Jahr 1977 gab es in Oberösterreich 123 Totgeburten, d.h. auf 1.000 Lebendgeborene kamen 8 Totgeborene. Siebzehn Jahr später, also im Jahr 1994, gab es ‚nur‘

¹⁸ Totgeborene Leibesfrüchte, die weniger als 35 cm lang waren, galten als Fehlgeburten und wurden nicht beurkundet.

¹⁹ Nach vollständigem Austritt aus dem Mutterleib entweder Atmung eingesetzt hat oder irgend ein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig ob die Nabelschnur durchgeschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht (Definition gemäß WHO-Richtlinien).

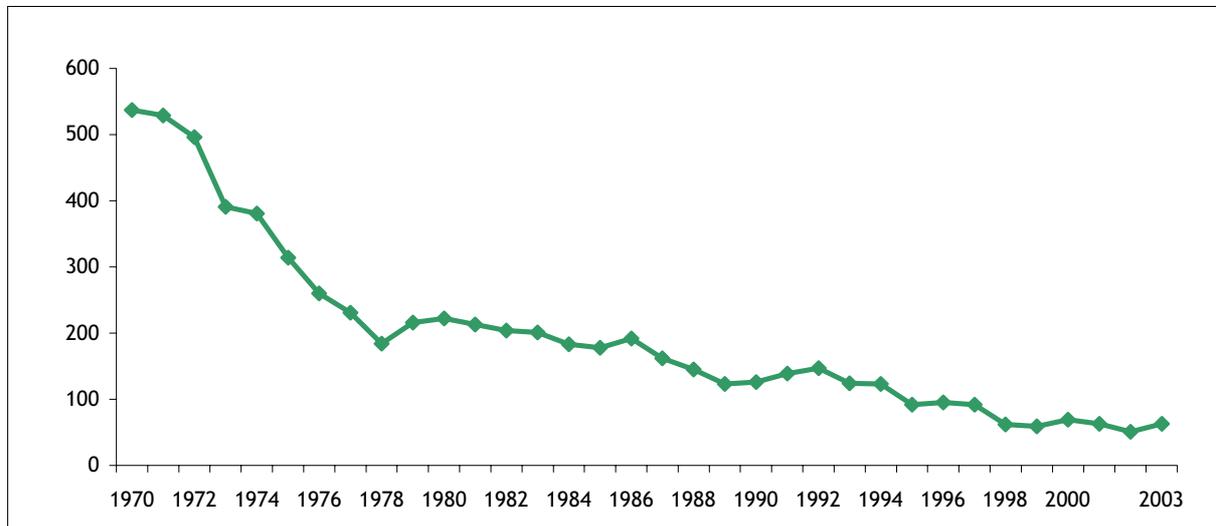
²⁰ Totgeborene Leibesfrüchte, deren Geburtsgewicht weniger als 500 Gramm aufweisen, gelten als Fehlgeburten und werden nicht beurkundet.

noch 43 Totgeburten oder 2,5 Totgeborene pro 1.000 Lebendgeborene. Dies entspricht einem Rückgang von fast 70 Prozent.

Wie bereits erwähnt, existiert seit dem Jahr 1995 eine neue Definition des Begriffes „Totgeburt“, der eine definitionsbedingte Erhöhung der Totgeburtenrate nach sich zieht. Im Jahr 1995 gab es demnach 81 Totgeburten bzw. 5 Totgeborene pro 1.000 Lebendgeborene. In den folgenden Jahren schwankte die Totgeburtenrate zwischen maximal 5,4 (2000) und mindestens 3,6 (2001) pro 1.000 Lebendgeborenen. Im Jahr 2003 gab es in Oberösterreich 57 Totgeburten bzw. 4,2 Totgeborene pro 1.000 Lebendgeborene.

3.3. Säuglingssterblichkeit

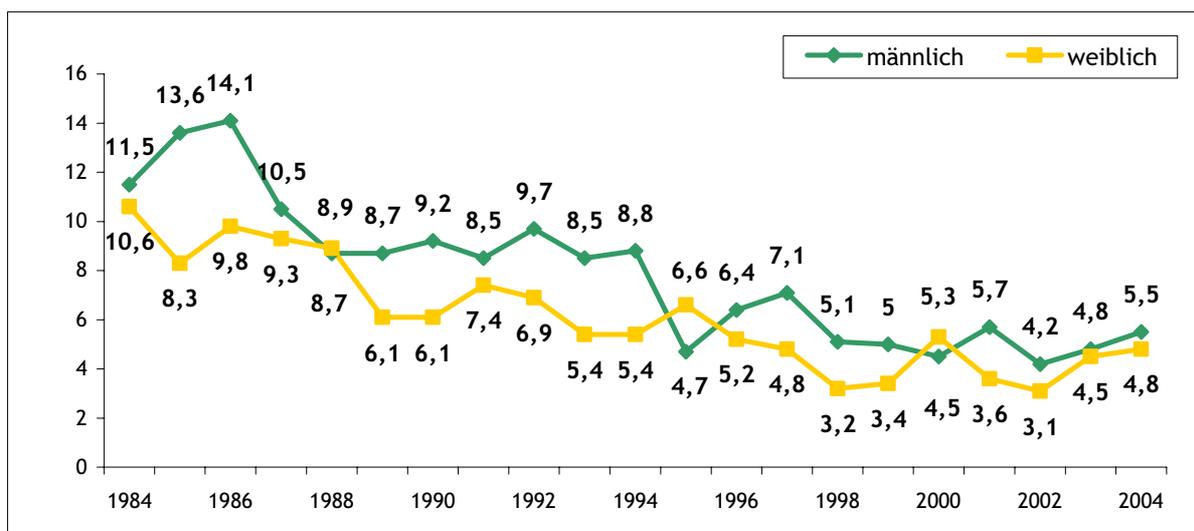
Abbildung 12: Säuglingssterblichkeit (absolut) im Zeitverlauf



Quelle: Statistik Austria

Im Jahr 1970 verstarben in Oberösterreich noch 537 Kinder innerhalb ihres ersten Lebensjahres. Bis zum Ende der 70er Jahre ist diese Zahl um mehr als 60 Prozent zurückgegangen. Im Jahr 2003 starben in Oberösterreich 63 Kinder im ersten Lebensjahr.

Abbildung 13: Säuglingssterblichkeit auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Geschlechts im Zeitverlauf



Quelle: Statistik Austria

Noch im Jahr 1960 lag die Säuglingssterblichkeit in Oberösterreich bei 39 pro 1.000 lebendgeborenen Kindern. Im Jahr 1984 ist die Säuglingssterblichkeit schon deutlich niedriger als im angeführten Jahr 1960: Sie lag bei knapp 12 Promille bei den männlichen und knapp 11 Promille bei den weiblichen Säuglingen. In den letzten 20 Jahren ist ein weiterer Rückgang der Säuglingssterblichkeit festzustellen: Im Jahr 2004 liegt die Säuglingssterblichkeit bei etwa 5 pro 1.000 Lebendgeborenen. Diese erfreuliche Entwicklung ist vor allem auf die Einführung des Mutter-Kind-Passes zurückzuführen.

Wesentliche Faktoren, die das Sterberisiko eines Säuglings erhöhen, sind:

- Risikoerkrankungen der Mutter (z.B. Diabetes, Hypertonie, Infektionskrankheiten),
- Risikoverhalten bzw. riskante Lebensgewohnheiten (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Drogenkonsum, Übergewicht),
- Frühgeburt des Kindes, verbunden mit niedrigem Geburtsgewicht (< 2.500 g),
- Angeborene Fehlbildungen und Risikoerkrankungen des Säuglings,
- Das Alter der Mütter spielt eine entscheidende Rolle: ein erhöhtes Sterberisiko des Kindes besteht bei Müttern unter 19 Jahren und bei Müttern über 37 Jahren.

Auch (aber nicht ausschließlich) wegen dem Aspekt, dass das Alter der Mütter einen Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit hat, interessiert das Alter der oberösterreichischen Mütter bei der jeweiligen Geburt (siehe Tabelle).

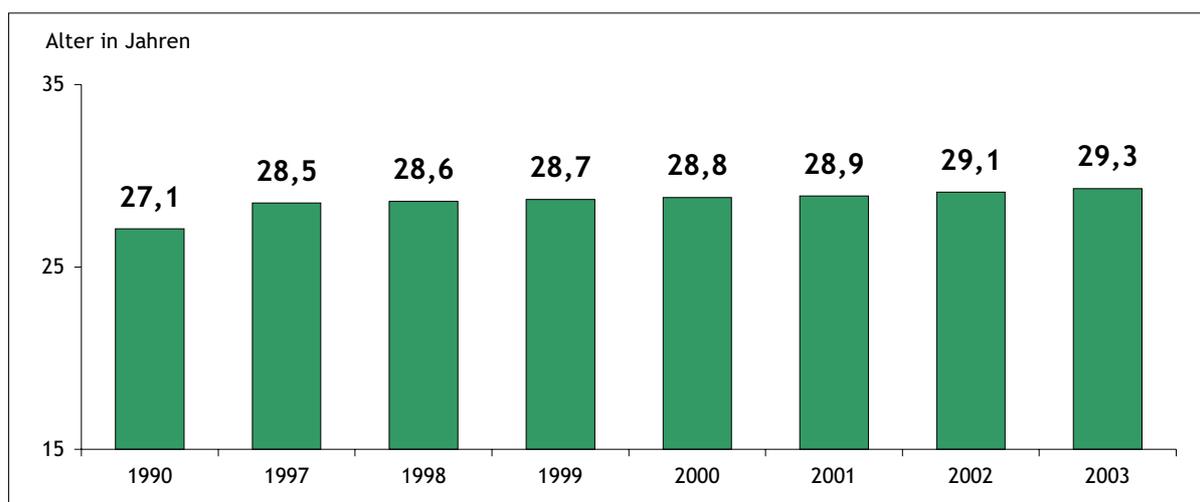
Tabelle 1: Lebendgeborene seit 1997 nach dem Alter der Mutter

Jahr	Insgesamt	> 15	15 bis >20	20 bis >25	25 bis >30	30 bis >35	35 bis >40	40 bis >45	45 und mehr	Durchschnitt
1997	15.459	2	593	3.251	5.936	4.102	1.360	205	10	28,5
1998	14.685	1	534	3.085	5.543	3.958	1.339	222	3	28,6
1999	13.902	-	546	2.589	5.046	3.788	1.417	238	8	28,7
2000	14.105	1	572	2.761	5.056	4.052	1.422	231	10	28,8
2001	13.437	2	639	2.567	4.638	3.853	1.476	251	11	28,9
2002	13.880	2	561	2.732	4.560	4.079	1.638	293	10	29,1
2003	13.520	-	510	2.550	4.429	4.045	1.691	282	13	29,3

Quelle: Statistik Austria

Frauen bekommen nicht nur immer weniger Kinder, sondern sie bekommen ihre Kinder auch immer später.

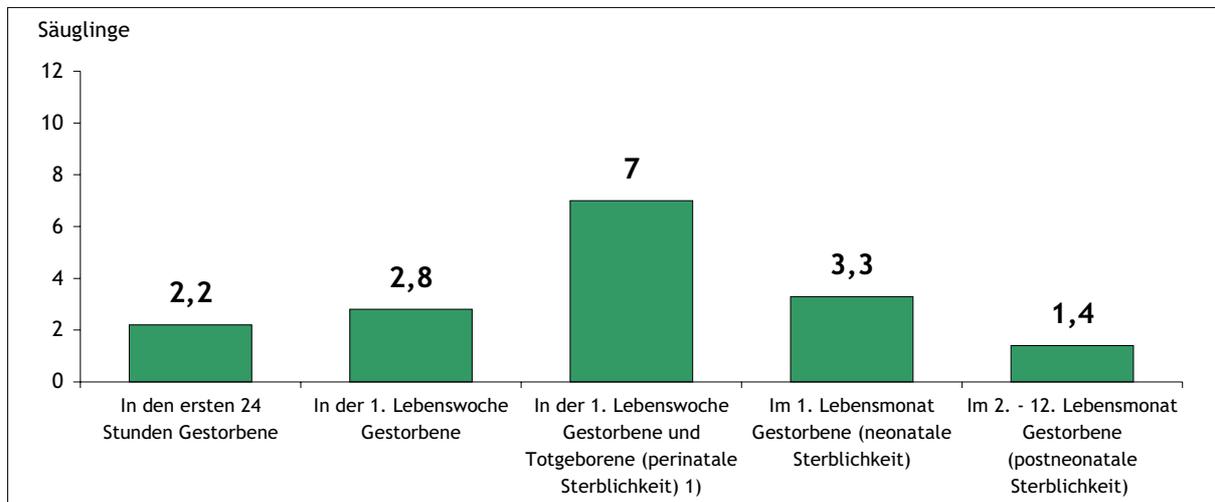
Abbildung 14: Durchschnittliches Gebäralter



Quelle: Geburtenentwicklung in Oberösterreich 1980 bis 2002, Information der Abteilung Statistik des Amtes der OÖ. Landesregierung, Folge 14/2003

Verglichen mit dem Jahr 1990 hat sich das Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt um 2,2 Jahre erhöht und liegt somit im Jahr 2003 bei 29,3 Jahren.

Abbildung 15: Säuglingssterblichkeit im Jahr 2003 auf 1.000 Lebendgeborene

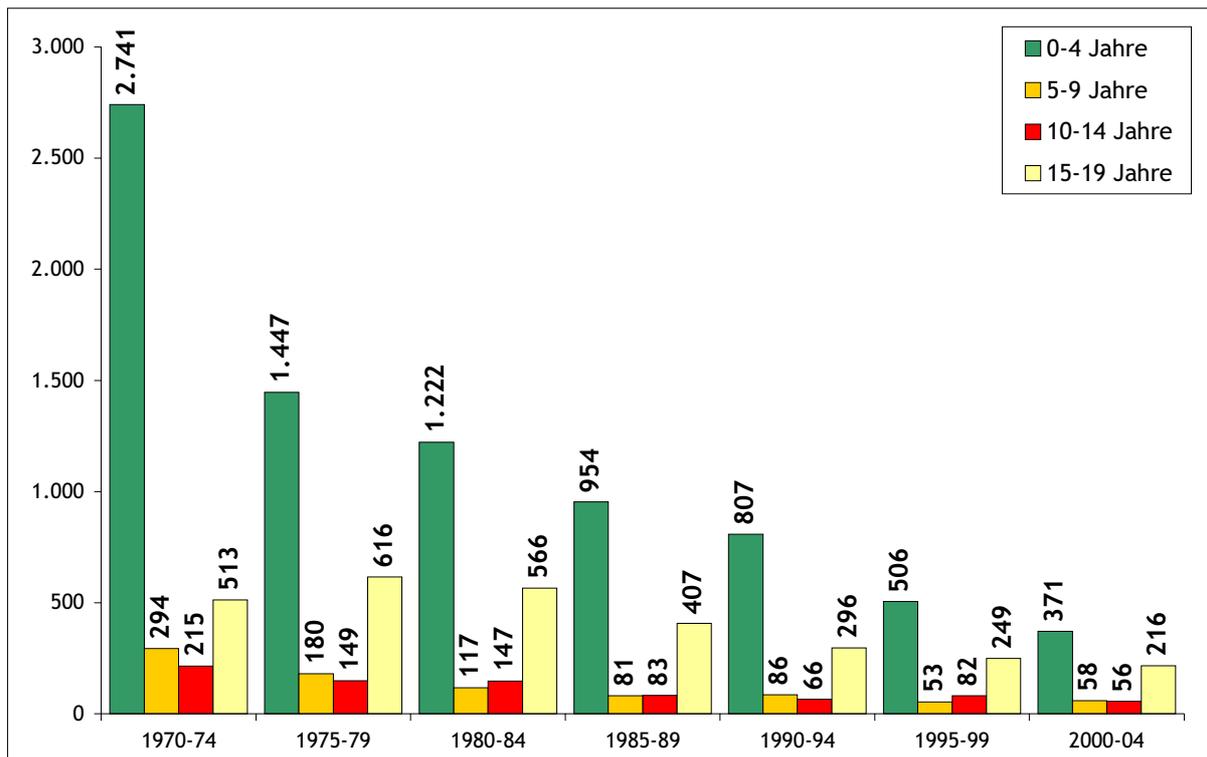


Quelle: Statistik Austria

In den ersten 24 Stunden nach der Geburt starben im Jahr 2003 2,2 Promille aller Lebendgeborenen. In der ersten Lebenswoche liegt die Säuglingssterblichkeit bei 2,8 pro 1.000 Lebendgeborenen. Die perinatale Sterblichkeit liegt bei 7,0 Promille - hier werden allerdings die Totgeborenen hinzugerechnet. Die neonatale Sterblichkeit (im ersten Monat Gestorbene) liegt im Jahr 2003 bei 3,3 Promille. Zwischen zweitem und zwölftem Monat verstarben im Jahr 2003 1,4 pro 1.000 Lebendgeborenen.

4. Mortalität

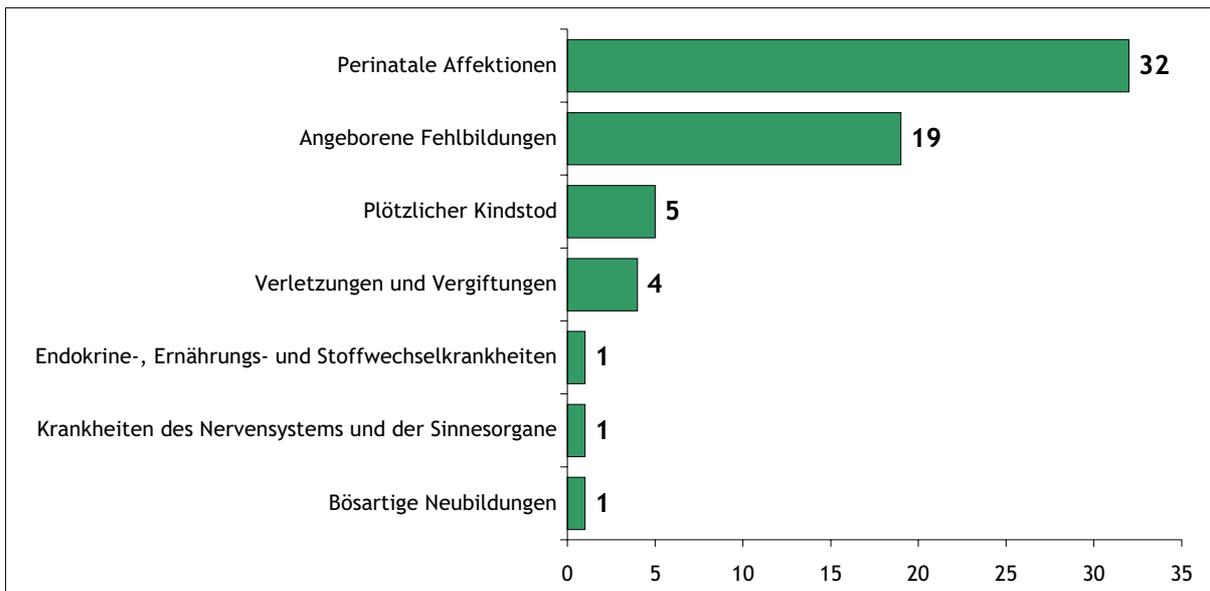
Abbildung 16: Todesfälle im Zeitverlauf



Quelle: Statistik Austria

Vor allem im jüngsten Alterssegment (0 bis 4 Jahre) ist glücklicherweise ein recht starker Rückgang der (absoluten) Todesfälle zu konstatieren. Im Zeitraum zwischen 1970 bis 1974 starben 2.741 Kinder unter 5 Jahren. Im Zeitraum zwischen 1975 und 1979 waren in diesem Alterssegment dann fast um 1.300 weniger Todesfälle (1.447) zu beklagen, als in den fünf Jahren zuvor. Zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2004 gab es bei den 0- bis 4-Jährigen in Oberösterreich 371 Sterbefälle. Auch in allen anderen Altersklassen ist die absolute Anzahl an Sterbefällen - in unterschiedlichem Ausmaß - zurückgegangen.

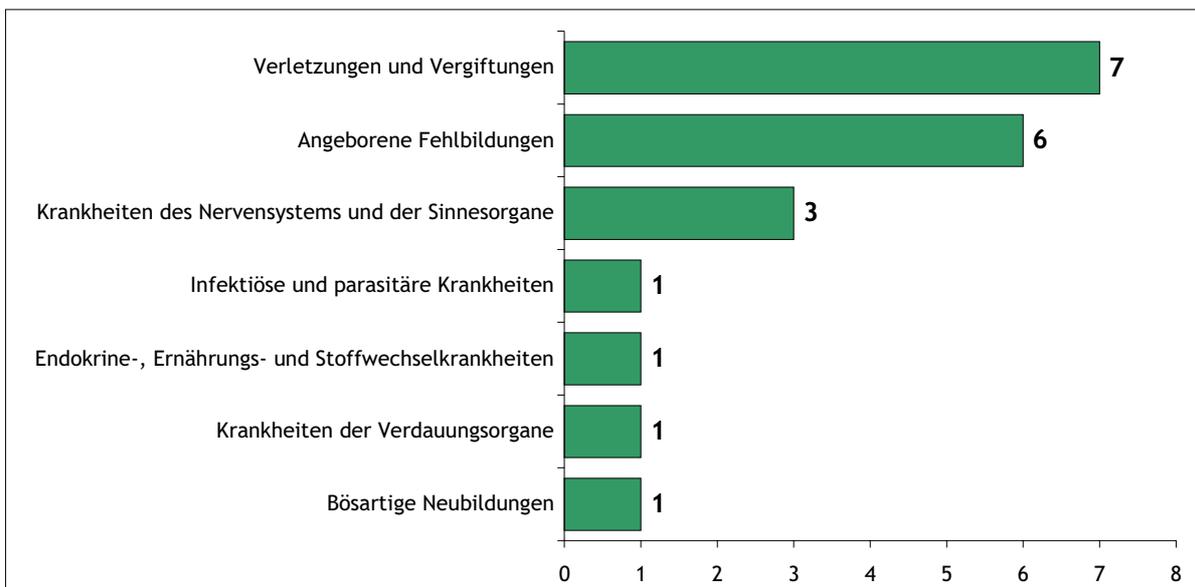
Abbildung 17: Todesursachen bei 0- bis 1-Jährigen im Jahr 2003



Quelle: Statistik Austria

Am meisten Todesfälle (32) sind bei Säuglingen auf perinatale Affektionen zurückzuführen. Darunter versteht man z.B. Geburtsverletzungen, Geburtsuntergewicht oder Neugeboreneninfektionen. Auch angeborene Fehlbildungen spielen eine Rolle (19).

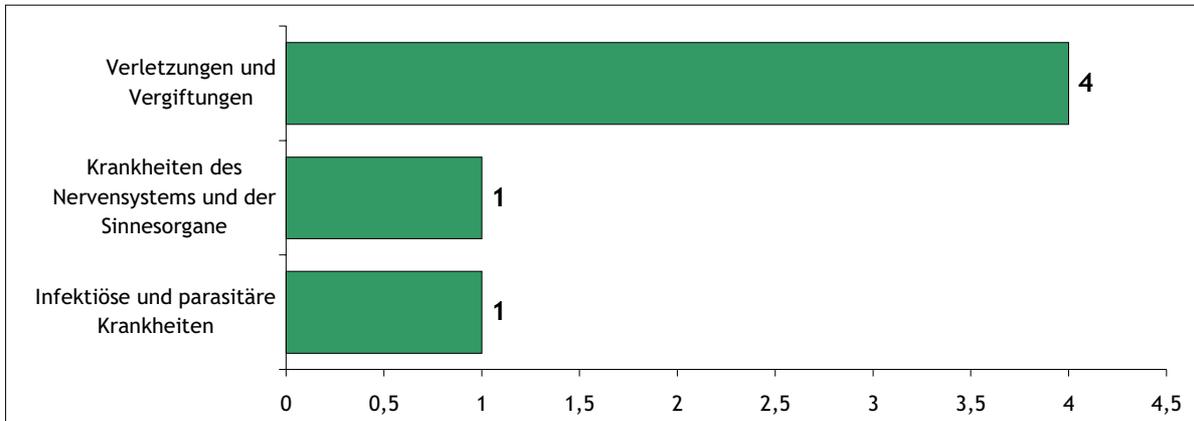
Abbildung 18: Todesursachen bei 1- bis 4-Jährigen im Jahr 2003



Quelle: Statistik Austria

Bei den 1- bis 4-Jährigen starben die meisten Kinder durch Verletzungen und Vergiftungen (7), gefolgt von angeborenen Fehlbildungen (6) und Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (3).

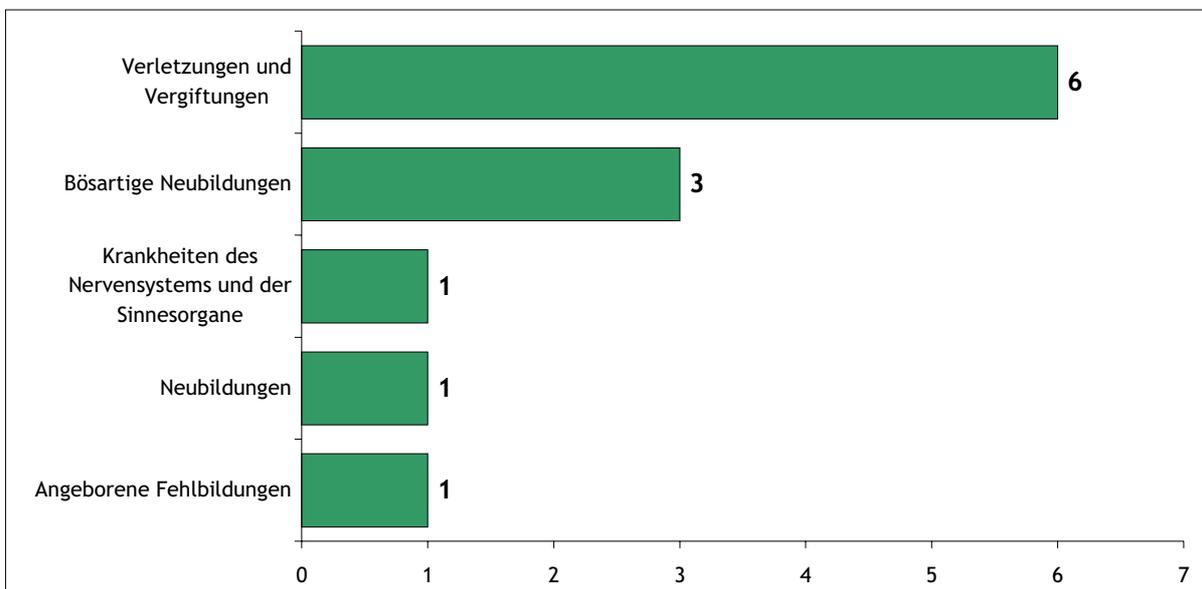
Abbildung 19: Todesursachen bei 5- bis 9-Jährigen im Jahr 2003



Quelle: Statistik Austria

Bei den 5- bis 9-Jährigen starben 4 Kinder an Verletzungen und Vergiftungen und je ein Kind an Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane bzw. an infektiösen und parasitären Krankheiten.

Abbildung 20: Todesursachen bei 10- bis 14-Jährigen im Jahr 2003

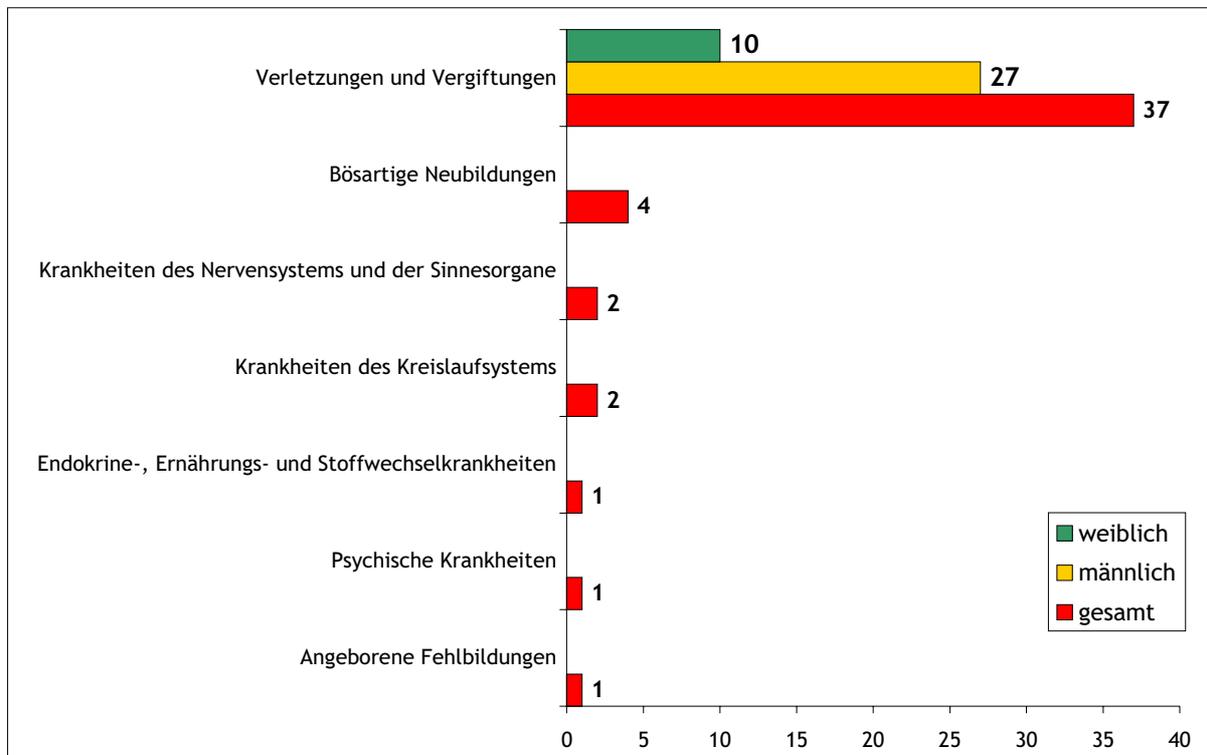


Quelle: Statistik Austria

In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen verstarben im Jahr 2003 6 Kinder an Verletzungen und Vergiftungen, 3 Kinder an bösartigen Neubildungen sowie je 1

Kind an Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, Neubildungen und angeborenen Fehlbildungen.

Abbildung 21: Todesursachen bei 15- bis 19-Jährigen im Jahr 2003



Quelle: Statistik Austria

Bei Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren fallen vor allem Verletzungen und Vergiftungen ins Gewicht. 37 junge Menschen starben in Folge solcher im Jahr 2003. Junge Männer sind deutlich öfter betroffen (27) als junge Frauen (10).

5. Erkrankungen

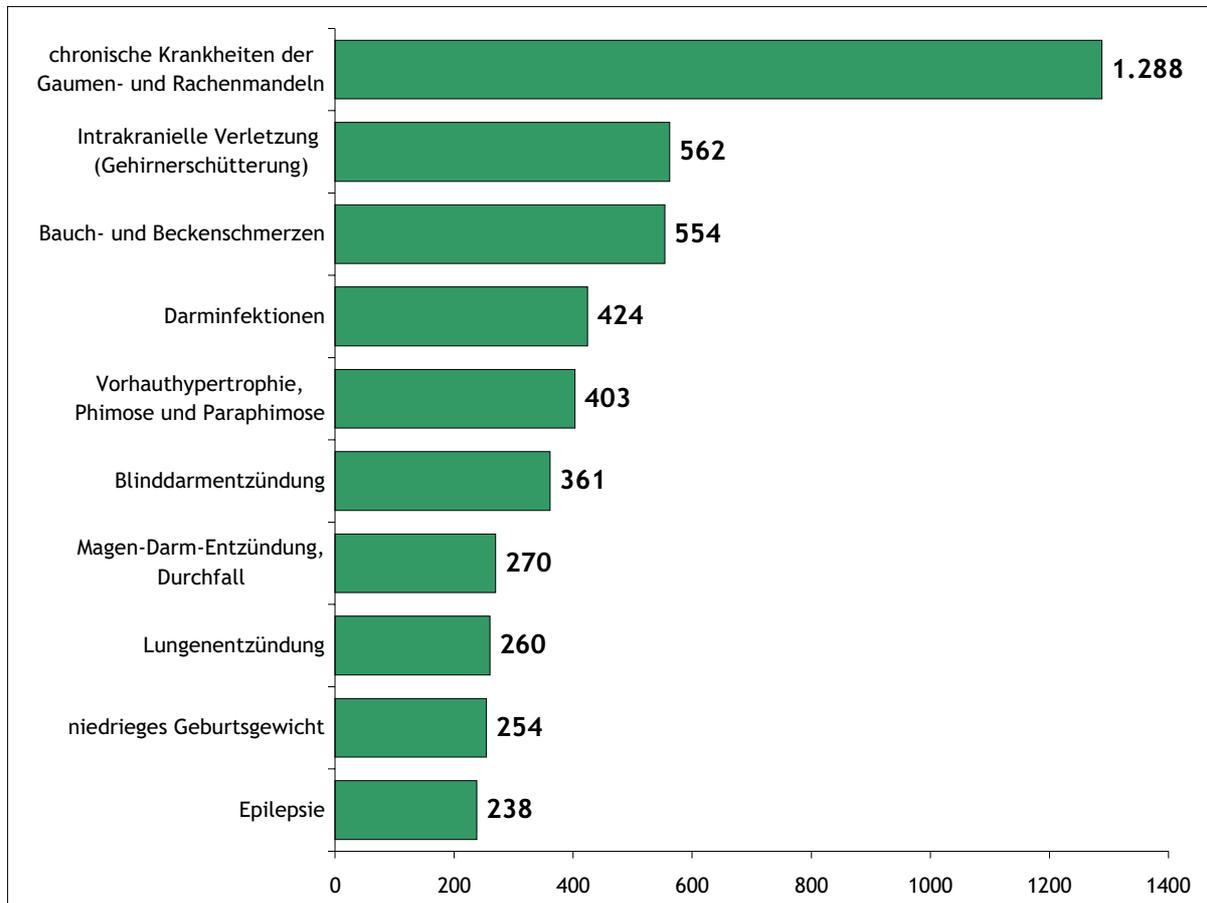
Aktuelle empirische Befunde zur gesundheitlichen Situation im Kindes- und Jugendalter lassen erkennen, dass sich in fast allen westlichen Industriegesellschaften die Erkrankungsformen deutlich verändert haben. Dominierten früher seuchenbedingte und infektiöse Erkrankungen das Mortalitäts- und Morbiditätsspektrum im Kindes- und Jugendalter, so kommt heutzutage chronisch-degenerativen Krankheiten und Beschwerden, wie z.B. Tumorerkrankungen oder Asthma bronchiale, den psychischen Auffälligkeiten und psychosomatischen Beeinträchtigungen eine besondere Bedeutung zu.²¹

5.1. Häufigste Krankenhausdiagnosen

Im Jahr 2004 gab es 39.069 stationäre Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre, die bei der OÖGKK versichert waren/sind. Dies entspricht etwa 15.324 Krankenhausaufenthalte/100.000 Versicherte. Der häufigste Aufenthaltsgrund waren - mit 3.285 Fällen - chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln. Dies entspricht einem Anteil von etwa 8,4 Prozent aller Krankenhausaufenthalte unter Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre bzw. etwa 1.288 Krankenhausaufenthalten/100.000 Versicherte.

²¹ Palentien, C.: *Einzelne Bevölkerungsgruppen: Kinder und Jugendliche*, in: Schwartz, F.W., et al. (Hrsg.): *Public Health - Gesundheit und Gesundheitswesen*, München 2003, S. 636.

Abbildung 22: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte (OÖGKK -Versicherte)

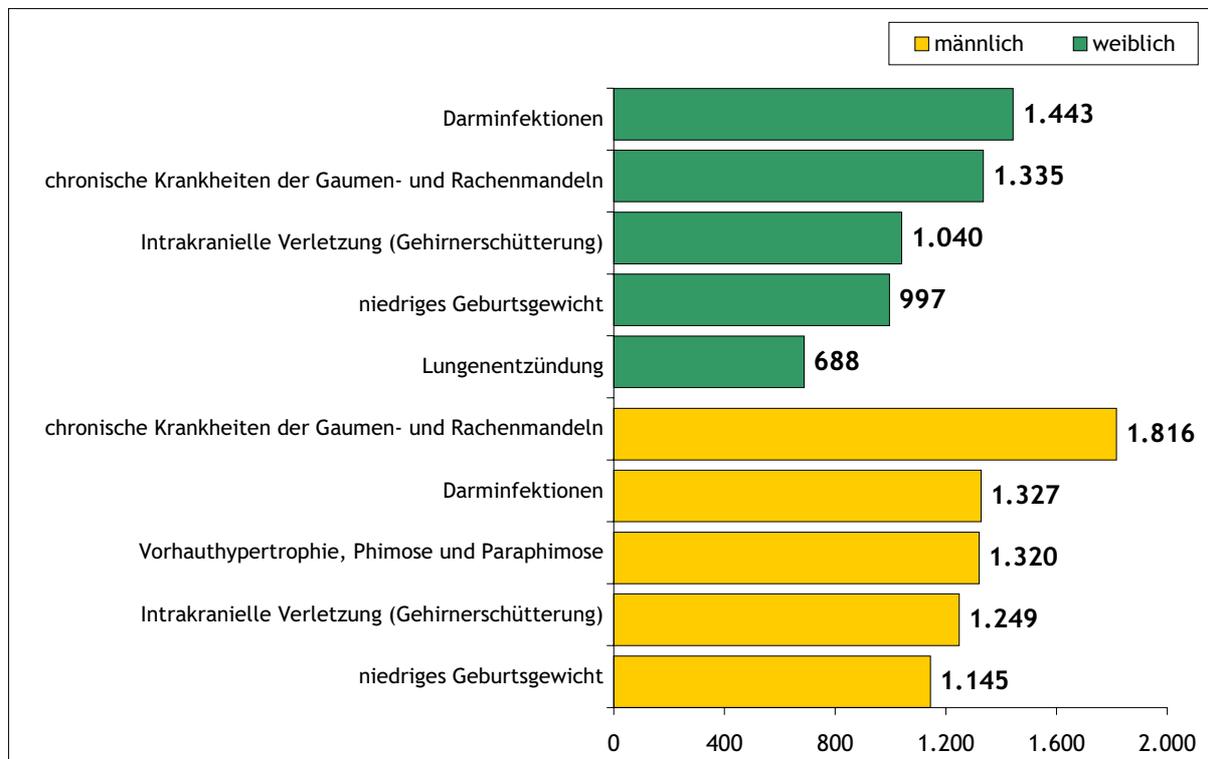


Quelle: LKF-Daten

Zweithäufigster Grund für stationäre Krankenhausaufenthalte sind intrakranielle Verletzungen (1.434 Fälle oder 3,7 Prozent aller stationären Krankenhausaufenthalte bzw. 562 Fälle/100.000), gefolgt von Bauch- und Beckenschmerzen (1.412 oder 3,6 Prozent aller stationären Krankenhausaufenthalte bzw. 554 Fälle/100.000). 1.081-mal (424 Fälle/100.000) - das heißt in 2,8 Prozent aller stationären Krankenhausaufenthalte von unter 18-Jährigen - wurde eine Darminfektion als Hauptdiagnose angeführt.

In weiterer Folge interessieren die häufigsten Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten nach Altersgruppen und Geschlecht: Im Jahr 2004 gab es insgesamt 14.621 Krankenhausaufenthalte von Kindern bis 4 Jahre, davon 8.541 von Buben und 6.080 von Mädchen.

Abbildung 23: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Mädchen/Buben zwischen 0 und 4 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte



Quelle: LKF-Daten

Bei den 0- bis 4-jährigen Mädchen dominieren Krankenhausaufenthalte mit der Hauptdiagnose Darminfektion: 1.443 Fälle pro 100.000 Versicherte bzw. 430 Fälle absolut. 7 Prozent aller Krankenhausaufenthalte in dieser Altersgruppe weisen die Hauptdiagnose Darminfektion auf.

Es folgen chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (1.335 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 398 Fälle absolut), intrakranielle Verletzungen (1.040 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 310 Fälle absolut), niedriges Geburtsgewicht (997 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 297 Fälle absolut) und Lungenentzündung (688 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 205 Fälle absolut).

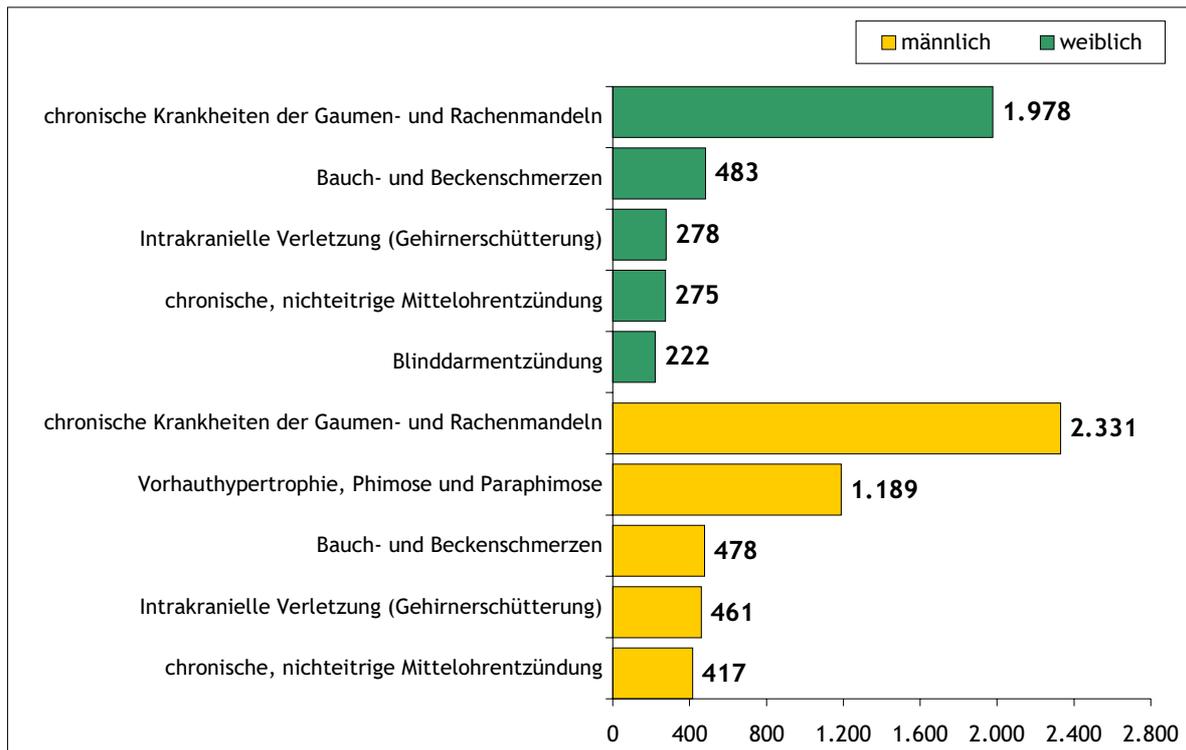
Bei den Buben dieser Altersgruppe dominieren Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln: 1.816 pro 100.000 Versicherte bzw. 557 Fälle absolut. 6,5 Prozent aller Krankenhausaufenthalte dieser Altersgruppe weisen diese Hauptdiagnose auf.

Danach folgen Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Darminfektion (1.327/100.000 Versicherte bzw. 407 Fälle absolut), Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose (1.320 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 405 Fälle absolut), intrakranielle Verletzungen (1.249 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 383 Fälle abso-

lut) und niedriges Geburtsgewicht (1.145 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 351 Fälle absolut).

Im Jahr 2004 gab es insgesamt 8.682 Krankenhausaufenthalte von Kindern zwischen 5 und 9 Jahren, davon 5.001 von Buben und 3.681 von Mädchen.

Abbildung 24: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Mädchen/Buben zwischen 5 und 9 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte



Quelle: LKF-Daten

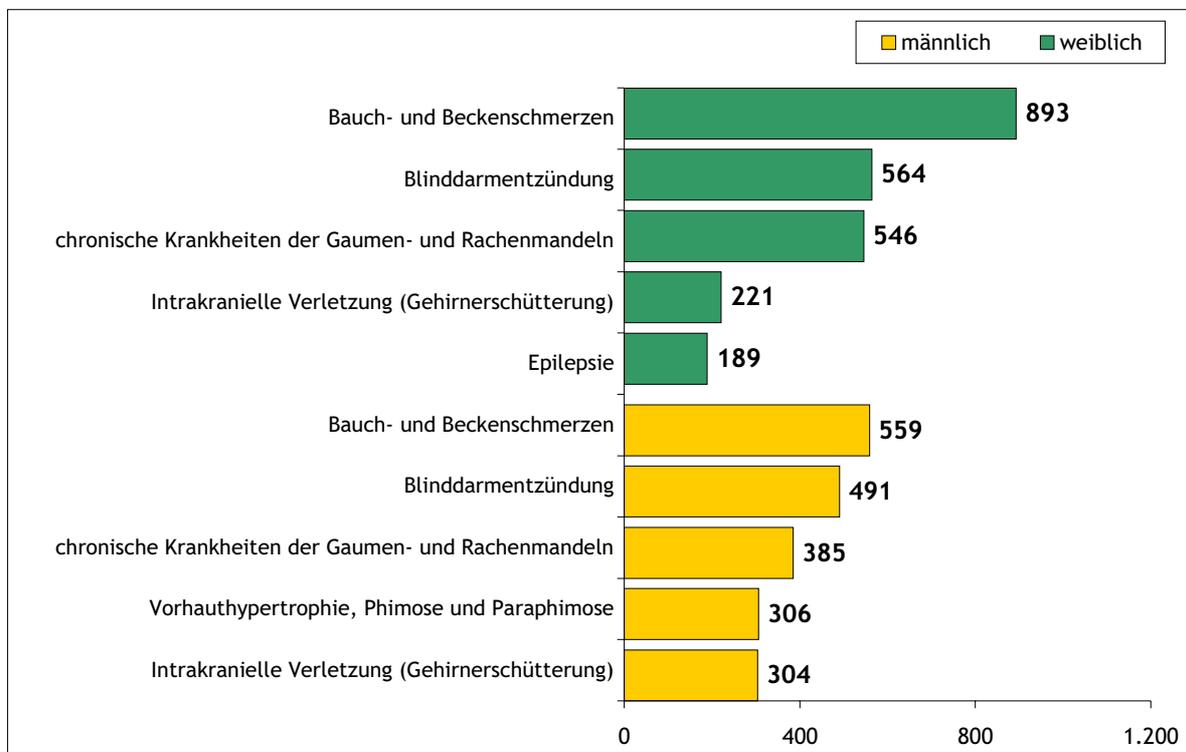
Bei beiden Geschlechtern waren chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln häufigster Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt: Bei den Mädchen gab es 1.978 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 712 Fälle absolut, bei den Buben 2.331 Fälle/100.000 bzw. 878 Fälle absolut. In 19 Prozent (Mädchen) bzw. 17 Prozent (Buben) aller Krankenhausaufenthalte in dieser Altersgruppe wird die Hauptdiagnose chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln gestellt.

Bei den Mädchen dieser Altersgruppe folgen Krankenhausaufenthalte mit den Hauptdiagnosen Bauch- und Beckenschmerzen (483 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 174 Fälle absolut), intrakranielle Verletzungen (278 Fälle/100.000 bzw. 100 Fälle absolut), chronische, nichteitrige Mittelohrentzündung (275 Fälle/100.000 bzw. 99 Fälle absolut) und Blinddarmentzündung (222 Fälle/100.000 bzw. 80 Fälle absolut).

Bei den Buben folgen auf die bereits erwähnten chronischen Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln: Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose (1.189 Fälle/100.000 bzw. 448 Fälle absolut), Bauch- und Beckenschmerzen (478 Fälle/100.000 bzw. 180 absolut), intrakranielle Verletzungen (461 Fälle/100.000 bzw. 174 Fälle absolut) und chronische, nichteitrige Mittelohrentzündung (416 Fälle/100.000 bzw. 157 Fälle absolut).

Im Jahr 2004 gab es insgesamt 7.272 Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 14 Jahren, davon 3.865 von Buben und 3.407 von Mädchen.

Abbildung 25: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Mädchen/Buben zwischen 10 und 14 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte



Quelle: LKF-Daten

Bei beiden Geschlechtern waren Bauch- und Beckenschmerzen häufigster Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt: Bei den Mädchen gab es 893 Fälle/100.000 Versicherte bzw. 355 Fälle absolut, bei den Buben 559 Fälle/100.000 bzw. 232 Fälle absolut. In 10 Prozent (Mädchen) bzw. 6 Prozent (Buben) aller Krankenhausaufenthalte in dieser Altersgruppe wird die Hauptdiagnose Bauch- und Beckenschmerzen gestellt.

Darauf folgen bei beiden Geschlechtern Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Blinddarmrentzündung (Mädchen: 564 Fälle/100.000 bzw. 224 Fälle absolut; Buben:

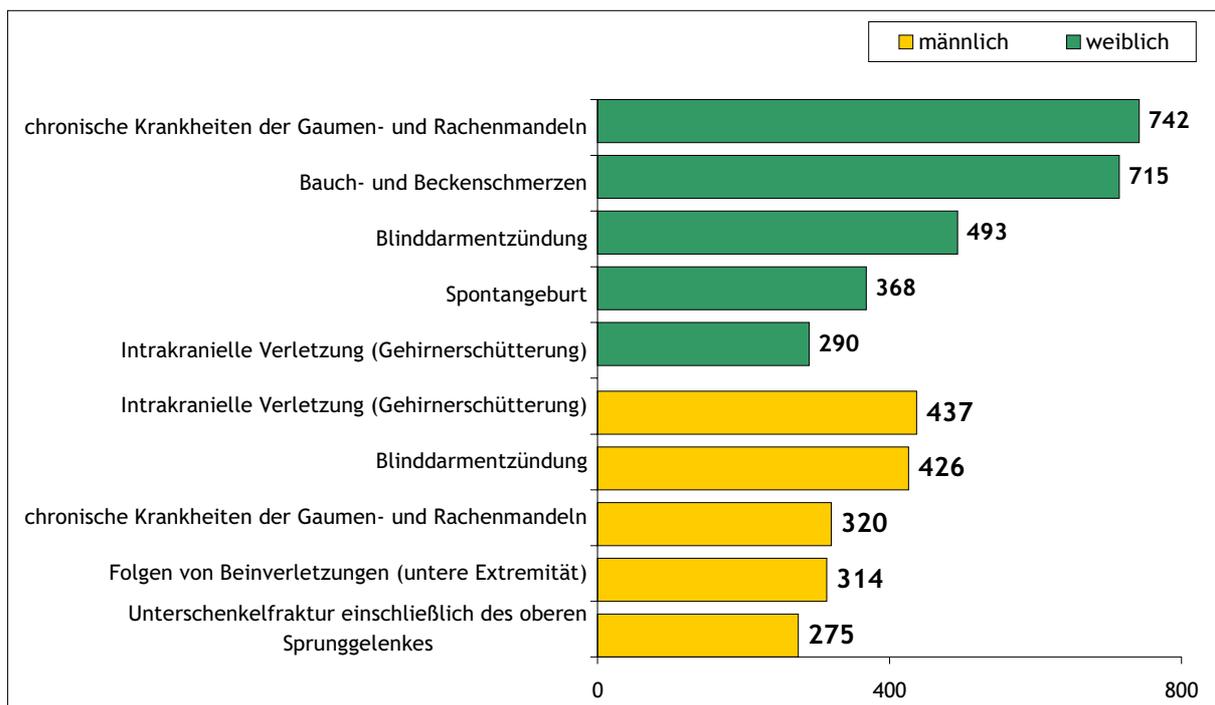
491 Fälle/100.000 bzw. 204 Fälle absolut) sowie chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (Mädchen: 546 Fälle/100.000 bzw. 217 Fälle absolut; Buben: 385 Fälle/100.000 bzw. 160 Fälle absolut).

Am vierthäufigsten wird bei Krankenhausaufenthalten von Mädchen dieser Altersgruppe die Hauptdiagnose intrakranielle Verletzung gestellt (221 Fälle/100.000 bzw. 88 Fälle absolut), gefolgt von Epilepsie (189 Fälle/100.000 bzw. 75 Fälle absolut).

Bei den Buben dieser Altersgruppe ist der vierthäufigste Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose (306 Fälle/100.000 bzw. 127 Fälle absolut), gefolgt von intrakranieller Verletzung (304 Fälle/100.000 bzw. 126 Fälle absolut).

Im Jahr 2004 gab es insgesamt 8.494 Krankenhausaufenthalte von Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren, davon 3.986 von Buben und 4.508 von Mädchen.

Abbildung 26: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Mädchen/Buben zwischen 15 und 18 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte



Quelle: LKF-Daten

In dieser Altersgruppe dominieren bei den Mädchen chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln als häufigster Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt (742 Fälle/100.000 bzw. 248 Fälle absolut), gefolgt von Bauch- und Beckenschmerzen (715 Fälle/100.000 bzw. 239 Fälle absolut), Blinddarment-

zündung (493 Fälle/100.000 bzw. 165 Fälle absolut), Spontangeburt (368 Fälle/100.000 bzw. 123 Fälle absolut) und intrakranielle Verletzungen (290 Fälle/100.000 bzw. 97 Fälle absolut).

Bei den Buben gelten in dieser Altersgruppe intrakranielle Verletzungen als häufigster Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt (437 Fälle/100.000 bzw. 157 Fälle absolut), gefolgt von Blinddarmentzündung (426 Fälle/100.000 bzw. 153 Fälle absolut), chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (320 Fälle/100.000 bzw. 115 Fälle absolut), Folgen von Beinverletzungen (314 Fälle/100.000 bzw. 113 Fälle absolut) und Unterschenkelfrakturen (275 Fälle/100.000 bzw. 99 Fälle absolut).

5.2. Medikamentenverordnungen an Kinder und Jugendliche

Die nachfolgenden Betrachtungen zum Medikamentenverbrauch von Kindern und Jugendlichen sind nur eingeschränkt aussagekräftig, da die Datenqualität gewisse Mängel aufweist²². Tendenziell dürfte der tatsächliche Pro-Kopf-Verbrauch höher liegen, als nachfolgend angeführt. Die Daten können jedoch im Hinblick auf bestimmte Muster (Unterschiede zwischen Altersgruppen bzw. relative Häufigkeit unterschiedlicher Medikamentengruppen) interpretiert werden.

Bei Kindern und Jugendlichen lässt sich der höchste Pro-Kopf-Verbrauch bei den Kindern unter fünf Jahren feststellen. Durchschnittlich kommen auf ein 1- bis 4-jähriges Kind knapp drei verordnete Medikamentenpackungen pro Jahr. Bis zum Alter von 10- bis 14 Jahren sinkt der Verbrauch stetig ab (auf etwa 1,3 Packungen pro Person und Jahr). Bei den 15- bis 18-Jährigen steigt der Verbrauch wieder etwas an. Ein ähnliches Muster lässt sich auch in Deutschland beobachten²³. 56 Prozent der unter 5-Jährigen, 40 Prozent der 5- bis 9-Jährigen, 32 Prozent der 10- bis 14-Jährigen und 43 Prozent der 15- bis 18-Jährigen erhalten mindestens einmal im Jahr eine Medikamentenverordnung²⁴. Bis zum 10. Lebensjahr ist der Medikamentenverbrauch bei Buben höher als bei Mädchen. Ab dem ca. 15. Lebensjahr kehrt sich dieses Verhältnis um - weibliche Jugendliche und Frauen weisen einen höheren Pro-Kopf-Verbrauch auf. Auch für dieses Muster gibt es Parallelen in deutschen Studien²⁵.

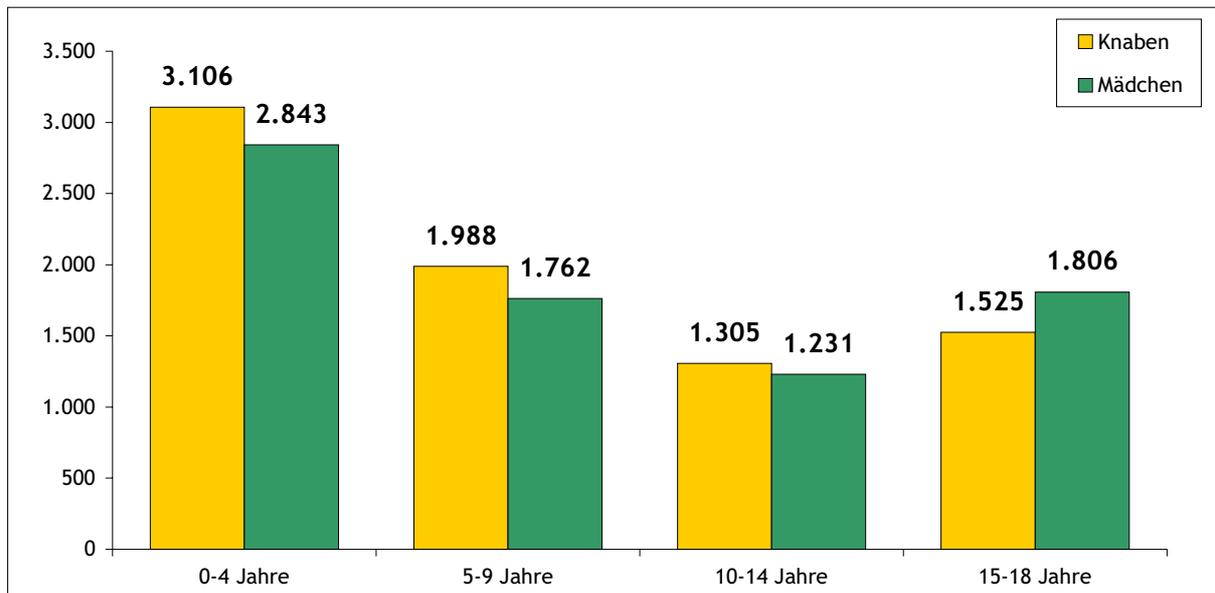
²² Bei Kindern und Jugendlichen wird auf Rezepten häufig nur die Versicherungsnummer des Hauptversicherten angegeben, so dass ein Teil der Verordnungen nicht dem Kind zugeordnet werden kann. Daher dürfte der Pro-Kopf Verbrauch etwas unterschätzt werden.

²³ RKI 2004, S. 182.

²⁴ Quelle FOKO, Medikamentenverordnungen 2005.

²⁵ Schröder/Waltersbacher 2004.

Abbildung 27: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen; Packungen je 1.000



Verrechnete Medikamentenpackungen 2005, OÖGKK-Versicherte
Quelle: OÖGKK, FOKO

Die am häufigsten verordneten Präparate sind Heilmittel zur Behandlung von Infektionen (anatomische ATC-Gruppe J: „Antiinfektiva zur systemischen Anwendung“; dazu gehören Antibiotika, antivirale Medikamente etc.) mit jährlich etwa 540 verordneten Packungen pro 1.000 Personen (oder knapp ein Viertel der verordneten Packungen). Der Verbrauch ist (mit 700 Packungen/1.000) in der Altersgruppe der bis 4-Jährigen am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter ab. Der Großteil davon (97 Prozent) sind Antibiotika zur systemischen Anwendung (ATC-J01).

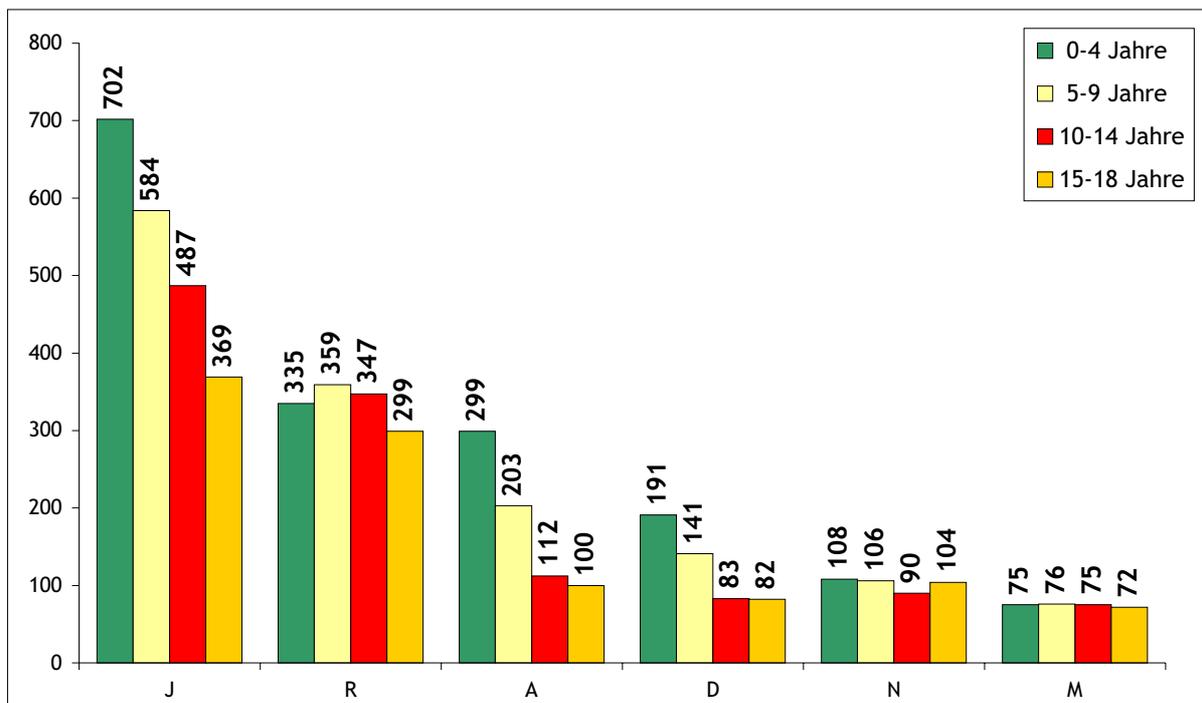
An zweiter Stelle finden sich Medikamente zur Behandlung von Erkrankungen des Respirationstraktes (Hals-Nasen-Rachenraum und Lunge) mit etwa 340 verordneten Packungen/1.000 im Jahr. Sie machen ca. 15 Prozent der an Kinder und Jugendliche verordneten Medikamente aus. Der Verbrauch ist über die hier betrachteten Altersgruppen hinweg relativ konstant. Über 40 Prozent der verordneten Packungen sind Mittel, die in der Behandlung von obstruktiven Atemwegserkrankungen Verwendung finden (ATC-R03). Jeweils etwas mehr als 20 Prozent der Verordnungen sind Husten- und Erkältungspräparate (ATC-R05) und Antihistaminika zur systemischen Anwendung (Mittel zur Behandlung von Allergien; ATC-R06).

Etwa 8 Prozent der verordneten Packungen fallen in die Gruppe der Medikamente zur Behandlung von Erkrankungen im Bereich des Magen-Darm-Traktes bzw. des Stoffwechsels (ATC-Gruppe A: Alimentäres System und Stoffwechsel). Der Verbrauch ist in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen am höchsten (ca. 300 Packungen/1.000 und Jahr) und nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab. Den größten

Anteil der Verordnungen an Kinder und Jugendlichen in dieser Medikamentengruppe nehmen - mit 44 Prozent der verordneten Packungen - Antidiarrhoika (gegen Durchfall wirkendes Medikament), Entzündungshemmer und Antiinfektiva für den Darmbereich ein (ATC-A07).

Der Verbrauch von Medikamenten zur Behandlung von Hauterkrankungen (ATC-D) beträgt etwa 120 verordnete Packungen je 1.000 Kinder und Jugendliche. Auch hier sind die höchsten Verordnungszahlen in der Gruppe der 0- bis 4-Jährigen zu beobachten (ca. 190 Packungen/1.000). Medikamente zur Behandlung von psychiatrischen und neurologischen Störungen werden in allen hier betrachteten Altersgruppen ungefähr in gleichem Ausmaß verordnet (ca. 100 Packungen pro 1.000 Kinder und Jahr). Den Großteil davon machen Antiepileptika (ATC-N03) mit 37 Prozent und Schmerzmittel (Analgetika; ATC-N02) mit 29 Prozent aus.

Abbildung 28: Medikamentenverordnungen: Häufigste anatomische ATC-Gruppen



J - ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG

R - RESPIRATIONSTRAKT

A - ALIMENTÄRES SYSTEM UND STOFFWECHSEL

D - DERMATIKA

N - NERVENSYSTEM

M - MUSKEL- UND SKELETTSYSTEM

Verrechnete Medikamentenpackungen 2005 nach Anatomischen Hauptgruppen (ATC 1-stellig).
Quelle: FOKO

5.3. Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege, bei der viele Zellen und zelluläre Elemente eine Rolle spielen. Die chronische Entzündung verursacht einen begleitenden Anstieg der bronchialen Überempfindlichkeit, die zu wiederholten Anfällen von pfeifendem Atmen (Giemen), Atemnot, Brustenge und Husten führt (besonders während der Nacht und am frühen Morgen). Diese Anfälle gehen mit einer alle Atemwege erfassenden, aber variablen Atemflussbehinderung (Obstruktion) einher, die oft entweder spontan oder unter Therapie reversibel ist.²⁶

Die wesentlichen Ursachen für Asthma bronchiale werden in personenbezogene Faktoren (z.B. Erbanlagen, Allergien) und Umweltfaktoren (z.B. Innenraumallergene, Tabakrauch, Luftverschmutzung) unterteilt.²⁷

Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Krankheit im Kindes- und Jugendalter. In Österreich sind in etwa 11 bis 12 Prozent betroffen.²⁸ Die Lebenszeitprävalenz²⁹ für Asthma bronchiale bei 6- bis 7-jährigen Kindern liegt in Oberösterreich laut ISAAC-Studie (Jahre 2001 bis 2003) bei 5 Prozent, jene der 12- bis 14-Jährigen bei 7 Prozent. Dies entspricht einem Anstieg von 0,6 Prozent bei den 6- bis 7-Jährigen und einem Anstieg von 1,7 Prozent bei den 12- bis 14-Jährigen verglichen mit der Vorgangsstudie (Jahr 1995 - Jahr 1997).³⁰

²⁶ Birgmann, R.: Atemwegserkrankungen in Oberösterreich, Linz 2005, S. 2.

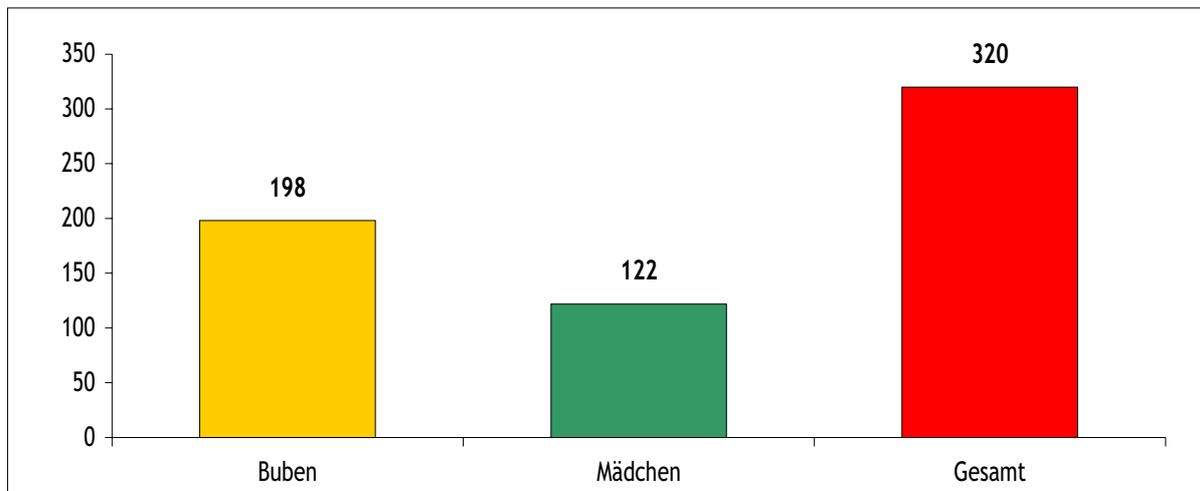
²⁷ Ebenda, S. 3 - 11.

²⁸ <http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4170&dsmid=62938&dspaid=476085>.

²⁹ Die Lebenszeitprävalenz wurde durch folgende Frage ermittelt: „Hatte Ihr Kind IRGENDWANN EINMAL Asthma? (- von einem Arzt festgestellt).“

³⁰ Schlussbericht der ISAAC-Studie Oberösterreich 2001 - 2003, Wien 2005, S.12, S.60

Abbildung 29: Stationäre Krankenhausaufenthalte von Mädchen/Buben bis 18 Jahre mit Hauptdiagnose Asthma bronchiale im Jahr 2004 (absolute Zahlen)



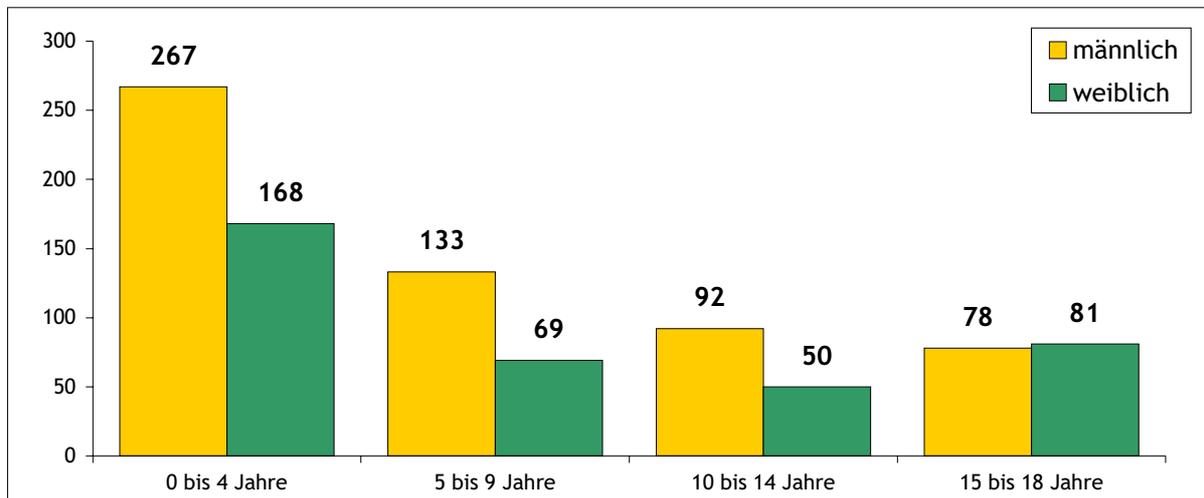
Quelle: LKF-Daten³¹

Im Jahr 2004 gab es insgesamt 320 (112 Fälle/100.000 Versicherte) stationäre Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre mit Hauptdiagnose Asthma bronchiale, das entspricht einem Anteil von 0,8 Prozent an allen Krankenhausaufenthalten in diesem Alterssegment. Bei den Buben waren es 198 Krankenhausaufenthalte (136 Fälle/100.000 Versicherte) und bei den Mädchen 122 Kran-

³¹ Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltsfinanzierung (LKF) im Jahr 1997 wurde zur Umsetzung in Oberösterreich der OÖ. Krankenanstaltsfonds (OÖ. KRAF) gegründet. Krankenanstalten, die dem LKF-System unterliegen und aus öffentlichen Mitteln über den Landeskrankenanstaltsfonds finanziert werden, werden als Fonds-Krankenanstalten bezeichnet. Dankenswerterweise wurden dem Institut für Gesundheitsplanung vom OÖ. KRAF Daten über die Behandlungsleistungen und die PatientInnen der Fondskrankenanstalten zur Verfügung gestellt. Diese Daten beziehen sich allerdings ausschließlich auf PatientInnen, deren Behandlungskosten von der OÖGKK getragen wurden. Obgleich damit keine vollständige Leistungsdokumentation der Fonds-Krankenanstalten vorliegt - es fehlen ja die bei anderen Krankenversicherungsträgern versicherten PatientInnen -, können aus diesen Angaben doch aussagekräftige Informationen gewonnen werden. (Eine solche Auswertung stützt sich auf die Annahme, dass die Krankheitsstruktur der bei verschiedenen Krankenkassen versicherten Personen im Wesentlichen keine großen Unterschiede aufweist). Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, soll an dieser Stelle ausdrücklich betont werden, dass die KRAF-Statistik nicht Personen sondern Behandlungsfälle (Spitalsaufnahmen, stationäre Aufenthalte) zählt. Wenn eine Person im Jahr 2004 mehrere Spitalsaufenthalte mit entsprechender Hauptdiagnose (z.B. Asthma bronchiale) gehabt hat, wird sie auch mehrfach gezählt. Für alle im Jahr 2004 in eine oberösterreichische Fonds-Krankenanstalt aufgenommenen PatientInnen liegen Informationen zur Diagnostik laut ICD-10 vor.

kenhausaufenthalte (88 Fälle/100.000 Versicherte). Wie aus der Literatur bekannt ist, tritt kindliches Asthma bei Buben häufiger als bei Mädchen auf³².

Abbildung 30: Stationäre Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Asthma bronchiale im Jahr 2004 nach Altersgruppen und Geschlecht pro 100.000 Versicherte



Quelle: LKF-Daten

In der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen kommen auf 100.000 versicherte Buben 267 stationäre Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose *Asthma bronchiale* (82 Fälle absolut) und auf 100.000 versicherte Mädchen dieser Altersgruppe 168 stationäre Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose *Asthma bronchiale* (50 Fälle absolut).

In der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen sind im Jahr 2004 bei den Buben 133 Fälle pro 100.000 Versicherte (50 Fälle absolut) und bei den Mädchen 69 Fälle pro 100.000 Versicherte (25 Fälle absolut) vermerkt worden. Bei den 10- bis 14-jährigen Buben kamen im Jahr 2004 auf 100.000 Versicherte 92 Fälle mit Hauptdiagnose *Asthma bronchiale* (38 Fälle absolut), bei den Mädchen gleichen Alters waren es 50 Fälle pro 100.000 Versicherte (20 Fälle absolut).

Bei den Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren kamen bei den Buben auf 100.000 Versicherte 78 Fälle (28 Fälle absolut), bei den Mädchen 81 Fälle/100.000 (27 Fälle absolut).

³² Birgmann, R.: Atemwegserkrankungen in Oberösterreich, Linz 2005, S. 5.

5.4. Zahngesundheit

Im Rahmen der „Zahnpädagogischen Untersuchung“ (durch den PGA) wurden im Schuljahr 2004/05 insgesamt 18.146 Kinder der 1. und 3. Stufe der Oberösterreichischen Volksschulen von ca. 210 engagierten PatenzahnärztInnen untersucht. Somit konnten in etwa 2/3 aller Kinder untersucht werden. Untersucht wurden die Kinder unter anderem hinsichtlich Kariesmorbidity, Füllungen sowie die Morbidity der Sechs-Jahres-Molaren.

5.4.1. Kariesmorbidity

Tabelle 2: Kariesmorbidity Oberösterreich 2004/2005

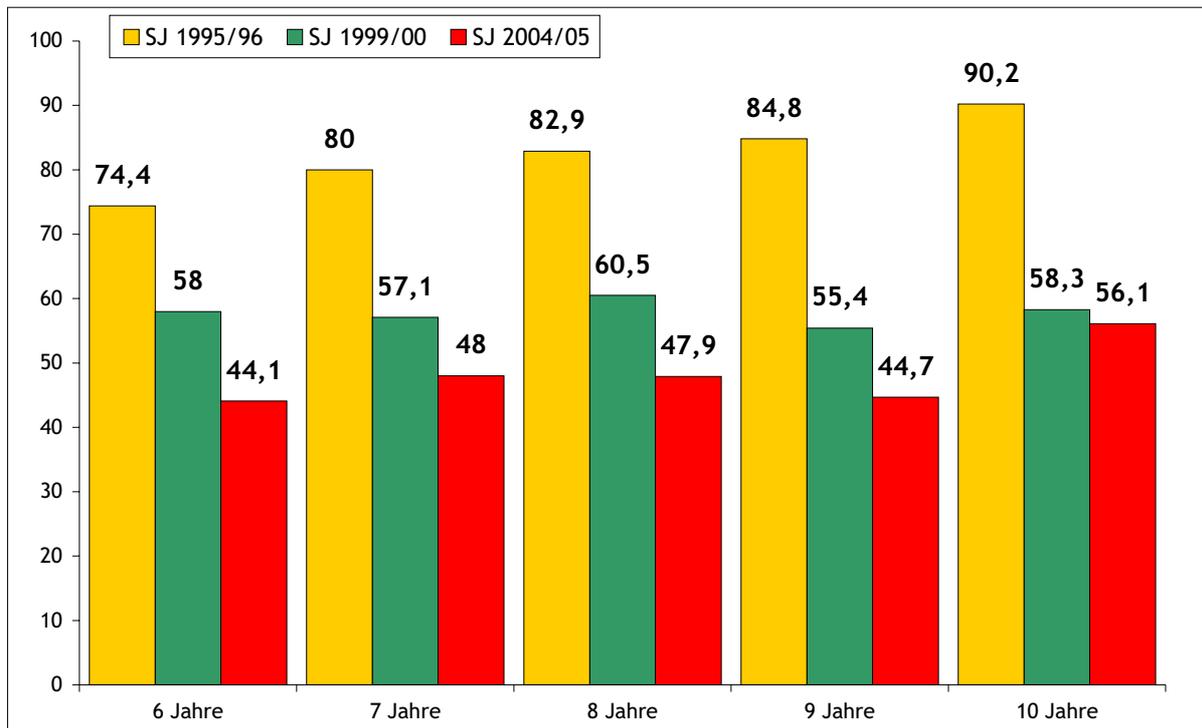
Alter	Zahl der Kinder	Kariesmorbidity Milchzähne	Kariesmorbidity bleibende Zähne	Kariesmorbidity
6 Jahre	3.405	42,7%	6,4%	44,1%
7 Jahre	5.262	45,9%	10,1%	48,0%
8 Jahre	3.867	43,1%	17,5%	47,9%
9 Jahre	5.688	38,2%	18,3%	44,7%
10 Jahre	786	40,6%	34,0%	56,1%
Gesamt	18.146			

Quelle: PGA, Zahngesundheitsförderung Oberösterreich, Bericht 2004/2005

Die Kariesmorbidity liegt bei den 6-jährigen SchülerInnen in Oberösterreich im Schuljahr 2004/05 bei 44 Prozent. Damit ist das für 2005 gesetzte Gesundheitsziel für Oberösterreich (mindestens 50 Prozent der 6-jährigen Kinder sollen kariesfrei sein) zum jetzigen Zeitpunkt erreicht. 48 Prozent der 7-jährigen und 8-jährigen, knapp 45 Prozent der 9-jährigen und zirka 56 Prozent der 10-jährigen Kinder wiesen bei der zahnmedizinischen Untersuchung ein morbides Gebiss auf.

Die Kariesmorbidity bei den 6- bis 10-jährigen Kindern Oberösterreichs ist in den letzten Jahren bedeutend gesunken (Abbildung 24). Bei den 10-jährigen Kindern ist der Rückgang der Kariesmorbidity besonders groß: Waren im Schuljahr 1995/96 noch zirka 90 Prozent der untersuchten 10-jährigen SchülerInnen von einer Karieserkrankung betroffen, so sind es im Schuljahr 2004/05 nur noch 56 Prozent.

Abbildung 31: Kariesmorbidity Volksschulen OÖ. Gesamt - Vergleich der Schuljahre 1995/96 - 1999/00 - 2004/05



(SJ 1995/96: N=21.224; 6-Jahre n=2.974; 7-Jahre n=7.231; 8-Jahre n=3.319; 9-Jahre n=6.704; 10-Jahre n=996; SJ 1999/00: N=20.360; 6-Jahre n=1.499; 7-Jahre n=5.552; 8-Jahre n=4.624; 9-Jahre n=5.216; 10-Jahre n=3.469; SJ 2004/05: N=18.146; 6-Jahre n=3.405; 7-Jahre n=5.262; 8-Jahre n=3.867; 9-Jahre n=5.688; 10-Jahre n=786)

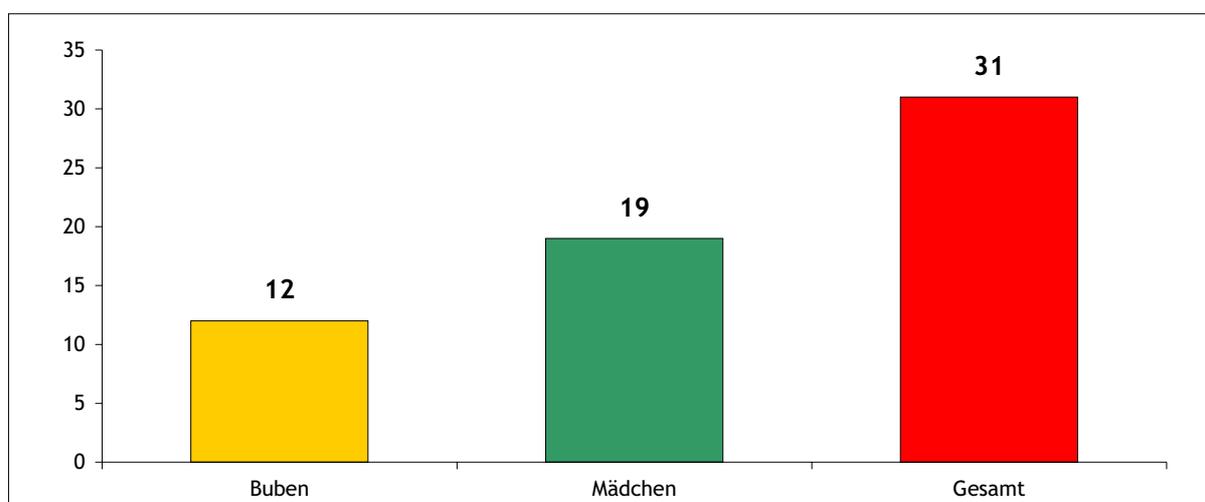
Quelle: PGA, Zahngesundheitsförderung Oberösterreich, Berichte 1995/1996 - 1999/2000 - 2004/2005

Aber auch bei allen anderen Altersgruppen ist ein beträchtlicher Rückgang der Kariesmorbidity von 1995/96 bis 2004/05 zu beobachten.

5.5. Mukoviszidose

Mukoviszidose (Zystische Fibrose) ist eine angeborene, nicht heilbare Erbkrankheit die oftmals erst später diagnostiziert wird. Die Stoffwechselerkrankung führt zu schweren Störungen von Atmung und Verdauung. Die Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schleim oder Schweiß ist gestört. Mukoviszidose führt zum Funktionsverlust der Atemwege und des Verdauungstrakts mit früher Todesfolge. Die langsame, jedoch stetige Verschlechterung der Stoffwechselfunktionen ist nicht aufzuhalten, kann aber durch frühzeitige und intensive Behandlungsmaßnahmen entscheidend verzögert werden (80 Prozent der Erkrankten erreichen mindestens das 19. Lebensjahr. Durch verbesserte Therapiemöglichkeiten besteht heute die Möglichkeit, länger als vierzig Jahre mit der Krankheit zu leben.). Kinder, die an Mukoviszidose erkrankt sind, bedürfen einer ständigen ärztlichen Betreuung, um ihnen ein möglichst normales Leben zu gewährleisten. Dennoch sind Krankenhausaufenthalte meist zwingend notwendig, damit das Kind lernt, mit der Krankheit umzugehen.

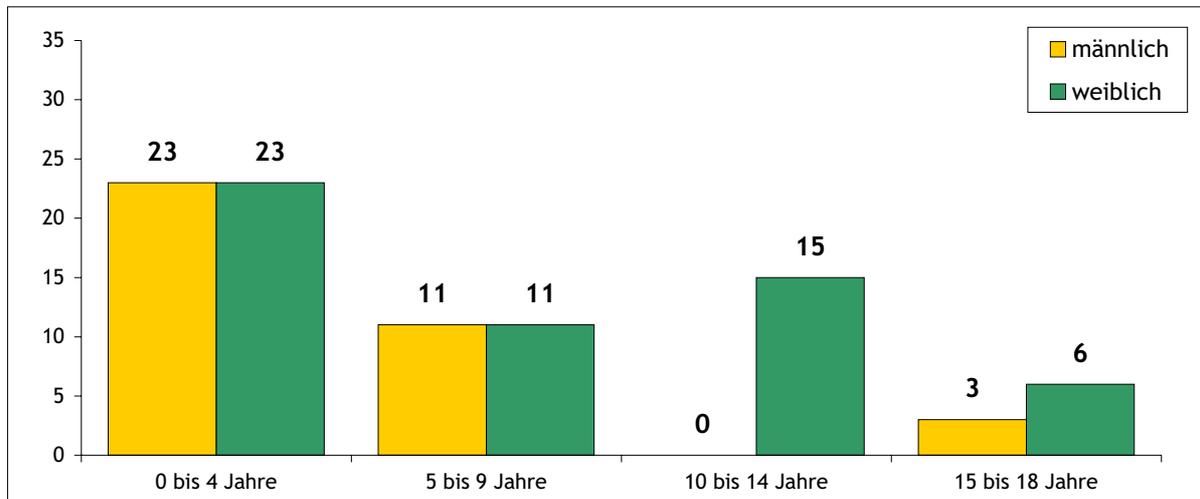
Abbildung 32: Stationäre Krankenhausaufenthalte von Mädchen/Buben bis 18 Jahre mit Hauptdiagnose Mukoviszidose im Jahr 2004



Quelle: LKF-Daten

In Oberösterreich gab es im Jahr 2004 31 stationäre Krankenhausaufenthalte (11 Fälle/100.000 Versicherte) von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre (die bei der OÖGKK versichert sind) mit Hauptdiagnose Mukoviszidose.

Abbildung 33: Stationäre Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Mukoviszidose im Jahr 2004 nach Altersgruppen und Geschlecht (pro 100.000 Versicherte)



Quelle: LKF-Daten

Bei den Jüngsten kommen auf beide Geschlechter je 23 stationäre Krankenhausaufenthalte pro 100.000 Versicherte mit Hauptdiagnose Mukoviszidose (Buben und Mädchen jeweils 7 Fälle absolut). In der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen ist ebenfalls kein Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von stationären Krankenhausaufenthalten zwischen den Geschlechtern feststellbar: Jeweils 11 Fälle pro 100.000 Versicherte (jeweils 4 Fälle absolut) wurden im Jahr 2004 vermerkt.

In der Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen Kinder gab es keinen stationären Krankenhausaufenthalt mit Hauptdiagnose Mukoviszidose von Buben, jedoch 15 Fälle pro 100.000 Versicherte (6 Fälle absolut) bei Mädchen.

Bei den Jugendlichen zwischen 15- und 18 Jahren kommen im Jahr 2004 bei den Buben auf 100.000 Versicherte 3 stationäre Krankenhausaufenthalte (1 Fall absolut) mit Hauptdiagnose Mukoviszidose, bei den Mädchen 6 pro 100.000 Versicherte (2 Fälle absolut).

5.6. SchülerInnenunfälle

Die folgenden Zahlen beziehen sich auf alle SchülerInnen und StudentInnen an (ober)österreichischen Schulen, Hochschulen und Universitäten.³³

5.6.1. SchülerInnenunfälle im engeren Sinn

Schülerunfälle sind Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der versicherten Ausbildung ereignen.

In Oberösterreich wurden im Jahr 2005 9.893 Schülerunfälle im engeren Sinn (= ohne Wegunfälle) anerkannt. Österreichweit waren es 52.294.

5.6.1.1. Nach Tätigkeiten

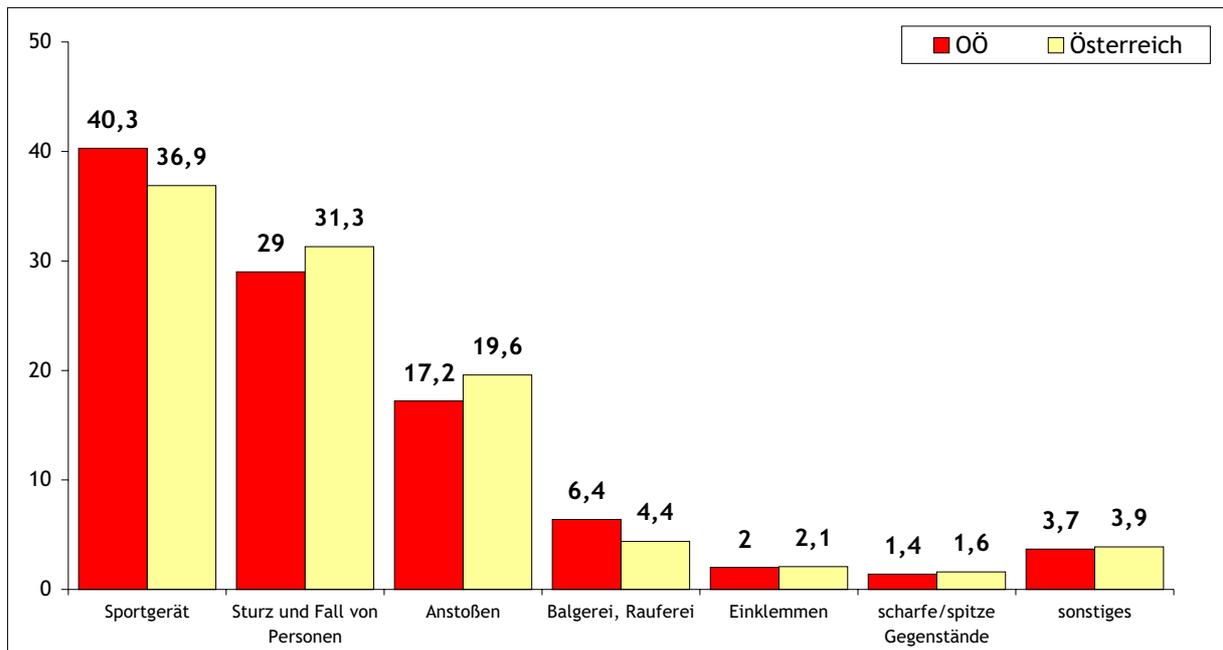
Die meisten Unfälle sind Sportunfälle (6.348 Unfälle). Der Rest entfällt auf den Unterricht und die Pausen (3.545 Unfälle).

5.6.1.2. Nach Unfallursachen

Die 9.893 anerkannten Schulunfälle in Oberösterreich im Jahr 2005 verteilen sich wie in Abbildung 32 dargestellt.

³³ *De facto kaum Unfälle an Hochschulen/Universitäten.*

Abbildung 34: Anerkannte SchülerInnenunfälle nach Unfallursachen - 2005

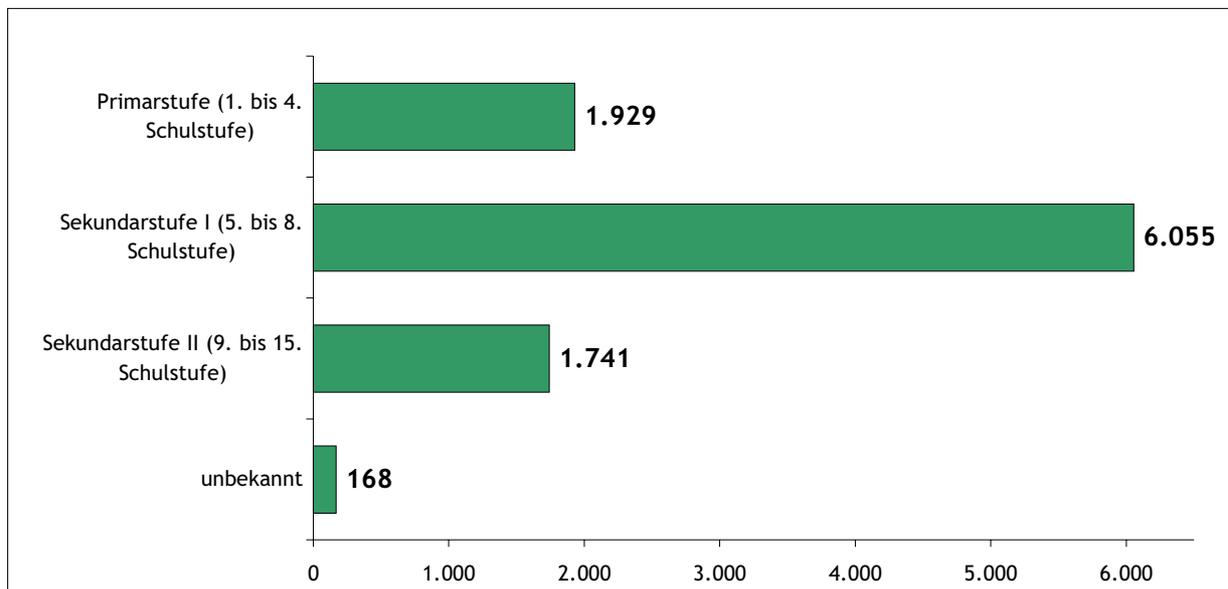


Quelle: AUVA

Gut 40 Prozent (3.987) dieser Unfälle sind auf Sportgeräte zurückzuführen, gefolgt von „Sturz und Fall von Personen“ (29 Prozent oder 2.869 Fälle). Etwa 17 Prozent aller SchülerInnenunfälle gehen auf „Anstoßen“ zurück, zirka 6 Prozent auf „Balgerei/Rauferei“. Verglichen mit ganz Österreich passierten in Oberösterreich etwas mehr Unfälle mit/durch Sportgeräte, allerdings gab es weniger Unfälle aufgrund von „Sturz und Fall von Personen“ sowie durch „Anstoßen“.

5.6.1.3. Nach Schulstufen

Abbildung 35: Anerkannte SchülerInnenunfälle nach Schulstufen - 2005

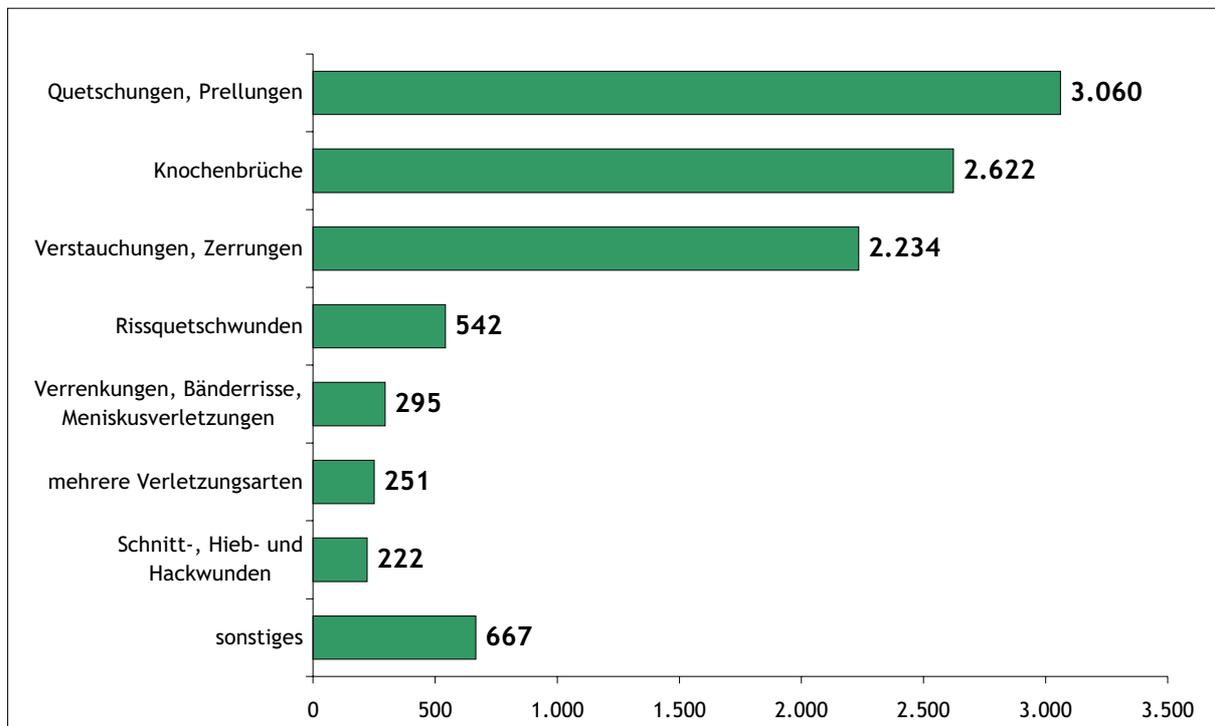


Quelle: AUVA

Die meisten SchülerInnenunfälle in Oberösterreich entfallen auf die 5. bis 8. Schulstufe (6.055 Unfälle), gefolgt von der 1. bis 4. Schulstufe (1.929 Unfälle) und der 9. bis 15. Schulstufe (1.741 Unfälle).

5.6.1.4. Nach Verletzungsarten

Abbildung 36: Anerkannte SchülerInnenunfälle nach Verletzungsart - 2005

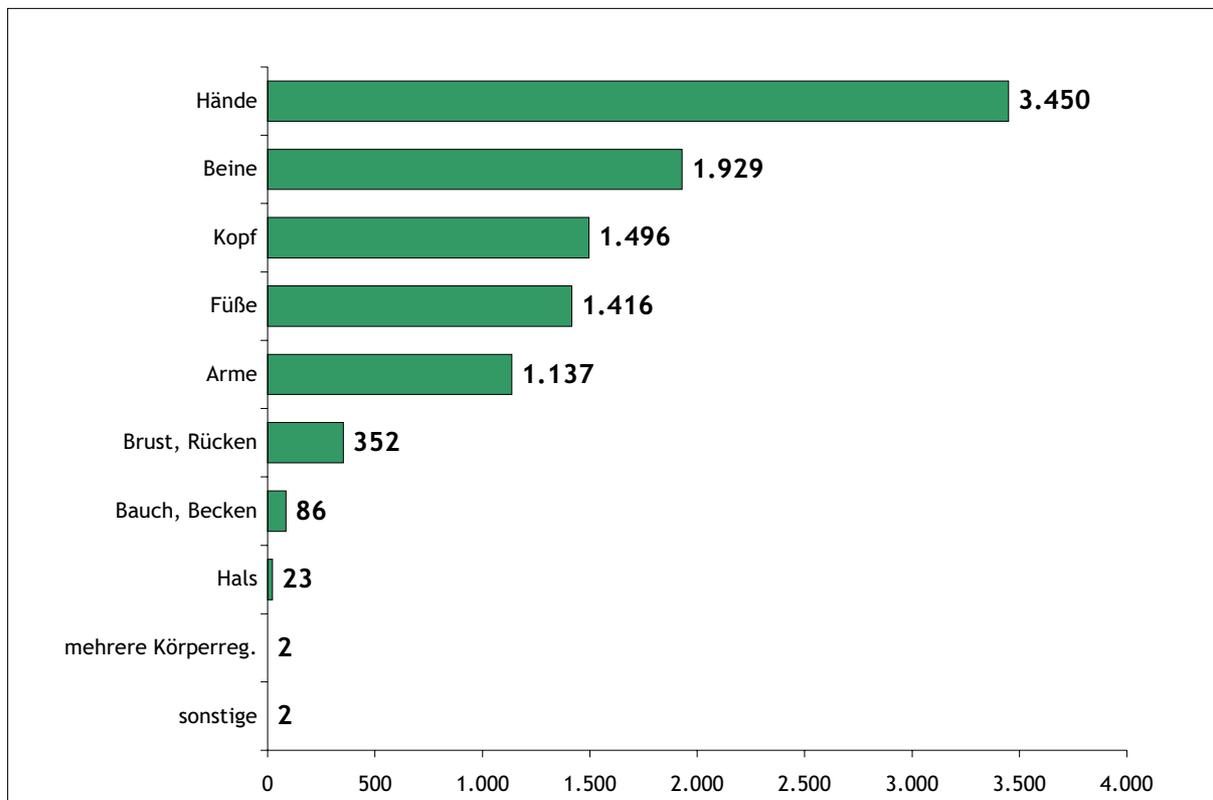


Quelle: AUVA

Die meisten Unfälle entfielen auf Quetschungen und Prellungen (3.060 Unfälle), gefolgt von Knochenbrüchen (2.622 Unfälle) und Verstauchungen, Zerrungen (2.234 Unfälle).

5.6.1.5. Nach verletzten Körperregionen

Abbildung 37: Anerkannte SchülerInnenunfälle nach Körperregionen - 2005



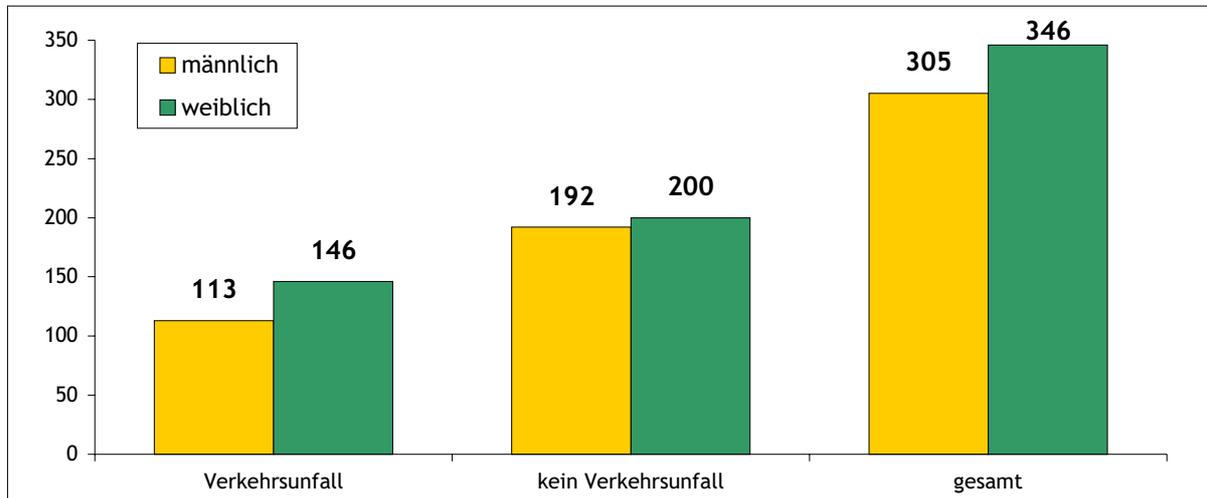
Quelle: AUVA

Die meisten Unfälle betrafen die Hände (3.450 Unfälle), gefolgt von den Beinen (1.929 Unfälle), dem Kopf (1.496 Unfälle), den Füßen (1.416 Unfälle) und den Armen (1.137 Unfälle).

5.6.2. Schulwegunfälle

Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle auf dem Weg zur Ausbildungsstätte sowie zu schulischen Veranstaltungen.

Abbildung 38: Anerkannte Schulwegunfälle von SchülerInnen im Jahr 2005



In Oberösterreich wurden im Jahr 2005 651 Schulwegunfälle anerkannt. Mädchen (346 Unfälle) waren öfter betroffen als Burschen (305 Unfälle).

5.6.3. Verkehrsunfälle

Von den 651 Schulwegunfällen, die sich im Jahr 2005 in Oberösterreich ereigneten, entfielen 259 auf Verkehrsunfälle. Auch hier waren mehr Mädchen (146 Unfälle) als Burschen (113) betroffen.

5.7. Krebsinzidenz

Der Sammelbegriff Krebs steht für viele verschiedene Arten bösartiger und damit lebensbedrohender Erkrankungen, die sich in ihrem Verlauf, ihrer Behandlung und ihren Heilungschancen oft sehr stark voneinander unterscheiden. Als Gemeinsamkeit weisen alle Krebserkrankungen ein verändertes, unkontrolliertes Zellwachstum auf, wobei viele unreife Zellen entstehen, die sich zwar selbst vermehren, jedoch keine Funktionen mehr für den Organismus übernehmen. Durch die Langlebigkeit der Krebszellen geraten die gesunden Zellen im Körper immer mehr ins Hintertreffen. Erfolgt keine Behandlung, nehmen die Krebszellen im Körper überhand und führen schlussendlich zum Tod des Menschen.

Zwischen Krebserkrankungen von Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen gibt es große Unterschiede. Bei Kindern und Jugendlichen kommen eher systemische Erkrankungen, bei Erwachsenen kommen vorwiegend Erkrankungen der äußeren und inneren Oberflächen vor. Der größte Unterschied besteht allerdings darin, dass Kinder viel seltener als Erwachsene erkranken. Österreichweit erkranken pro Jahr etwa 250 Kinder und Jugendliche³⁴, während man bei den Erwachsenen jährlich etwa 20.000 Neuerkrankungen registriert.

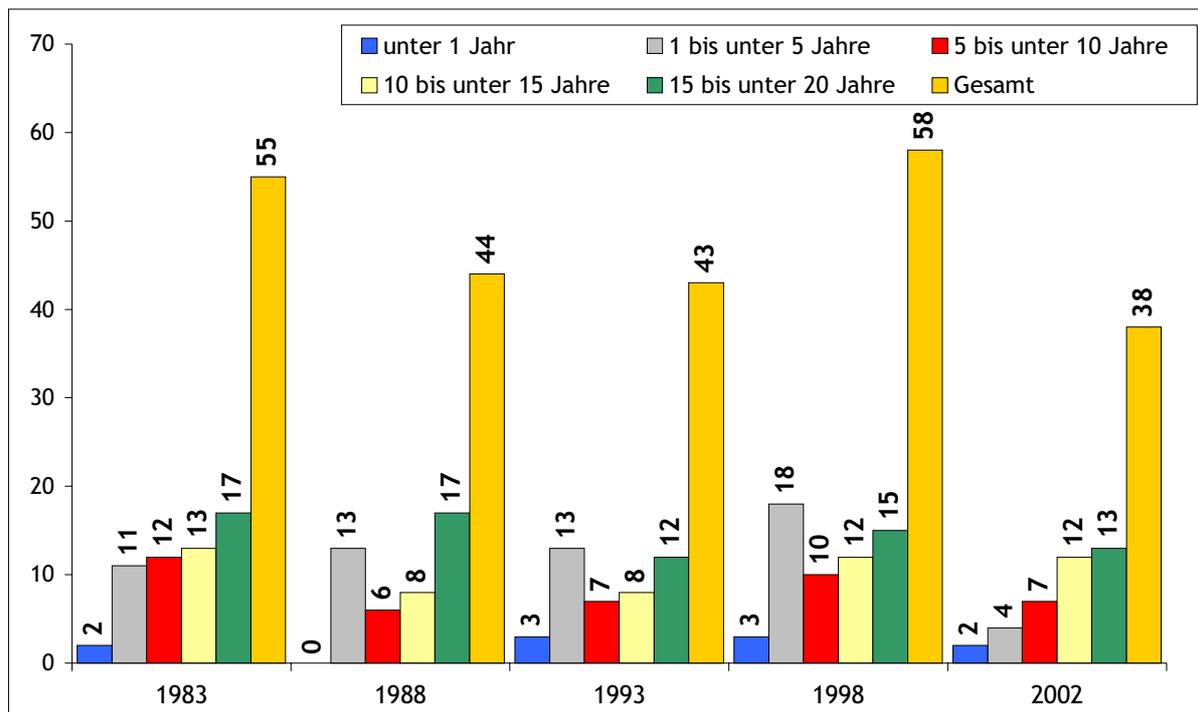
Während man für die Entstehung von (manchen) Krebserkrankungen bei Erwachsenen verschiedene Ursachen kennt (z.B. Rauchen), sind die Ursachen für das Entstehen von kindlichen Krebserkrankungen meistens nicht zu benennen.³⁵

In der nachfolgenden Abbildung ist die Krebsinzidenz (=Neuerkrankungen) ab 1983 im 5-Jahres-Abstand nach verschiedenen Altersgruppen angeführt.

³⁴ bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

³⁵ http://www.kinderkrebshilfe.at/upload/191_krebswasistdas.pdf.

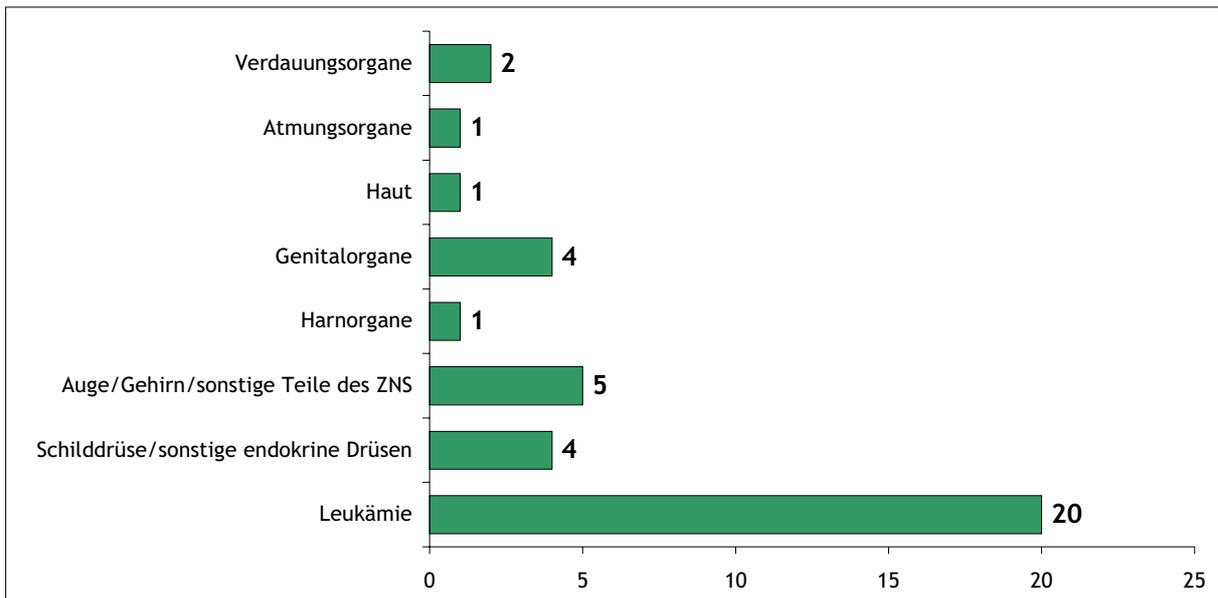
Abbildung 39: Krebsinzidenz bei Kindern- und Jugendlichen in den Jahren 1983, 1988, 1993, 1998 und 2002



Quelle: Statistik Austria

Wie aus der Abbildung hervorgeht, sind in den letzten zwanzig Jahren keine dramatischen Veränderungen (bzw. kein Trend) bei der Krebsinzidenz von Kindern und Jugendlichen festzustellen, obgleich es erfreulich ist, dass im Jahr 2002 20 Neuerkrankungen weniger aufgetreten sind als im Jahr 1998. Im Jahr 2002 sind in Oberösterreich insgesamt 38 Kinder und Jugendliche an Krebs erkrankt. Davon 2 Kinder die noch kein Jahr alt waren, 4 Kinder zwischen 1 und 5 Jahren, 7 Kinder zwischen 5 und 10 Jahren, 12 Kinder zwischen 10 und 15 Jahren und 13 Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren.

Abbildung 40: Krebsinzidenz bei Kindern- und Jugendlichen von 0 bis 19 Jahren im Jahr 2002



Quelle: Statistik Austria

Im Jahr 2002 erkrankten in Oberösterreich 20 Kinder und Jugendliche an einer bösartigen Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes. Diese 20 Fälle entsprechen 52 Prozent aller Krebs-Neuerkrankungen des Jahres 2002 bei Kindern und Jugendlichen. Am zweithäufigsten traten bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns oder sonstige Teile des Zentralnervensystems auf (5 Fälle oder 13 Prozent). Danach folgen bösartige Neubildungen der Schilddrüse oder sonstigen endokrinen Drüsen bzw. bösartige Neubildungen der Genitalorgane (jeweils 4 Fälle oder je 11 Prozent), bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (2 Fälle oder 5 Prozent), bösartige Neubildungen der Haut, der Atmungsorgane und der Harnorgane mit jeweils einem Fall.

5.8. Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Die in der Kindheit und Jugend vorherrschenden psychischen Problematiken weisen sehr unterschiedliche Verlaufsformen auf.

Bestimmte Störungen, wie bspw. Einnässen, Sprachstörungen oder Hyperaktivität treten häufig im Kindesalter auf und gehen mit zunehmendem Alter deutlich zurück. Andere Erkrankungen treten erst in der Adoleszenz in größerem Ausmaß auf. Dazu gehören Depression, Zwangssyndrome, Magersucht und schizophrene Erkrankungen. Von Angststörungen, Aggressivität, Autismus und dissozialem Verhalten betroffene Kinder und Jugendliche weisen ein hohes Risiko auf, auch im Erwachsenenalter von diesen Störungen betroffen zu sein³⁶.

Fast ein Drittel der deutschen Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren geben an, dass sie in ihrem bisherigen Leben zumindest einmal von Symptomen psychischer Erkrankungen betroffen waren³⁷.

Deutsche Studien gehen davon aus, dass zwischen 8 und 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten aufweisen. Man nimmt an, dass 5 Prozent der jungen Bevölkerung behandlungsbedürftige Problematiken aufweisen. Etwa 4 Prozent der Kinder leiden bereits an chronischen psychischen Störungen³⁸.

Bis zur Pubertät sind Knaben häufiger von psychischen Problematiken betroffen als Mädchen. Dieses Verhältnis kehrt sich mit Beginn der Adoleszenz um. Insbesondere Depressionen und Suizidversuche treten nach der Pubertät bei Mädchen deutlich häufiger auf³⁹.

5.8.1. Allgemeine Befindlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen

Häufig sind bei Kindern und Jugendlichen allgemeine Befindlichkeitsstörungen anzutreffen. Dazu gehören unspezifische Beschwerden wie bspw. schnelles Ermüden, Nervosität, Unruhe, Appetitlosigkeit. Aber auch körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel, Rückenschmerzen, Atembeschwerden usw. können psycho-

³⁶ RKI 2004, S. 124.

³⁷ RKI 2004, S. 124.

³⁸ RKI 2004, S. 124.

³⁹ RKI 2004, S. 124.

somatischer Natur sein. Einer deutschen Studie zu Folge sind über ein Fünftel der 6- bis 10-Jährigen innerhalb eines Jahres von mehr als sechs derartigen Symptomen betroffen. Etwas weniger als 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppe waren diesbezüglich beschwerdefrei. Mädchen sind häufiger betroffen als Knaben⁴⁰.

Unter somatoformen Störungen versteht man körperliche Beschwerden und Symptome, die weder auf organische Erkrankungen, noch auf die Einnahme von Medikamenten oder sonstiger Substanzen (Alkohol, Drogen) zurückgehen. Dazu gehören u.a. starke Schmerzen, Herzstörungen ("Herzneurose"), Störungen von Atmung oder Verdauung ("Magenneurose", "nervöser Durchfall"). Eine Studie in Bayern kommt zu dem Ergebnis, dass etwa die Hälfte der 14- bis 24-Jährigen, ihren Angaben zufolge, bereits mindestens an einer derartigen Störung gelitten hat. Etwa 10 Prozent gaben mehr als drei spezifische Symptome an. Am häufigsten waren Kopfschmerzen, Beklemmungsgefühle (das Gefühl "einen Kloß im Hals " zu haben) und Magen-Darm-Beschwerden⁴¹.

In Österreich lässt sich seit den 90er Jahren hinsichtlich des allgemeinen subjektiven Wohlbefindens von Kindern im Pflichtschulalter (11 bis 15 Jahre) ein negativer Trend beobachten, der sich weiterhin fortzusetzen scheint. Bis zu einem Drittel der Kinder leiden regelmäßig an Symptomen wie bspw. Kopfschmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Gereiztheit, Nervosität und Schlafstörungen⁴².

In der HBSC-Studie wurden Daten zur allgemeinen Befindlichkeit und zum psychischen Wohlbefinden erhoben. Die Ergebnisse einer Sonderauswertung für Oberösterreichische Kinder im Alter zwischen 11 und 15 Jahren sind nachfolgend wiedergegeben⁴³.

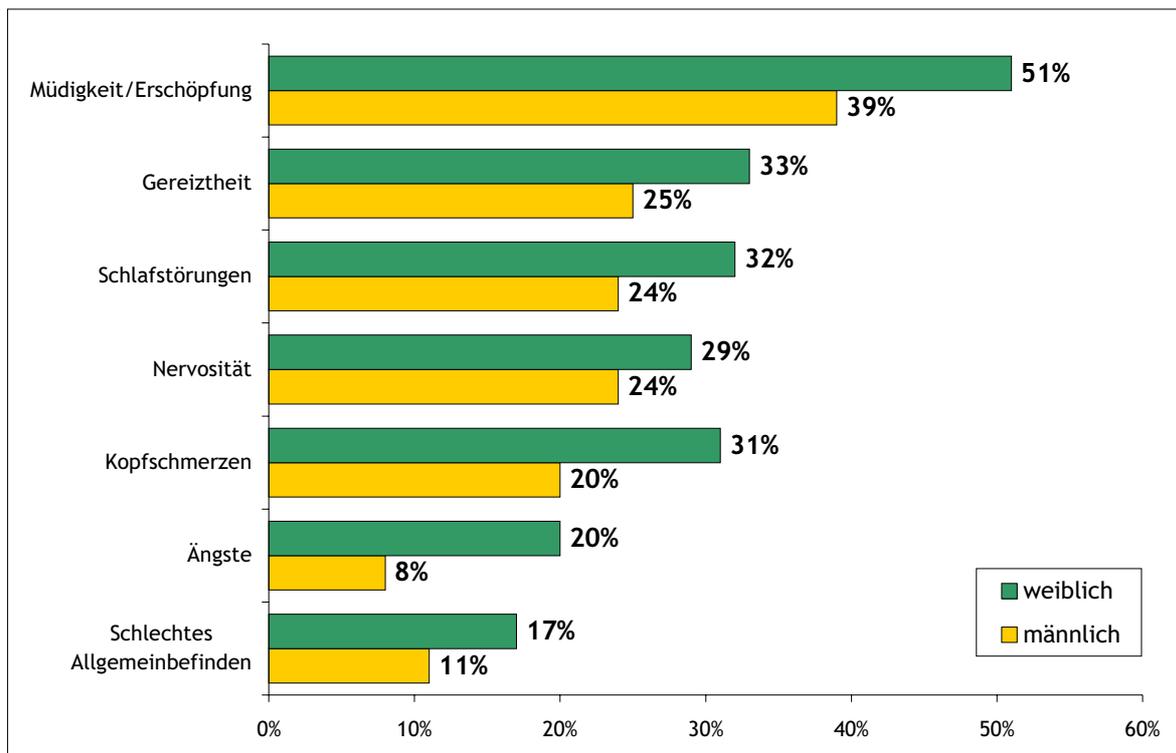
⁴⁰ RKI 2004, S. 125.

⁴¹ RKI 2004, S. 126.

⁴² Dür/Mravlag 2002, S. 9.

⁴³ Dür/Mravlag 2002.

Abbildung 41: Allgemeine psychische und somatische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich



Kinder von 11 bis 15 Jahren in oberösterreichischen Schulen; Anteil derer, die im letzten halben Jahr wöchentlich oder öfter an diesen Symptomen litten.

Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al. 2004)

Die Befunde sind alarmierend: Fast die Hälfte (46 Prozent) der befragten Kinder geben an, dass sie häufig unter Müdigkeit bzw. Erschöpfung leiden. Zwischen 25 und 30 Prozent sind regelmäßig gereizt, nervös bzw. von Schlafstörungen oder Kopfschmerzen betroffen. 15 Prozent der Kinder leiden unter Ängsten. Ebenso viele geben ein schlechtes Allgemeinbefinden an. Von allen diesen Beschwerden und Symptomen sind Mädchen häufiger betroffen als Burschen.

5.8.2. Internalisierende (emotionale) Störungen

Emotionale bzw. internalisierende Störungen sind im Kindes- und Jugendlichenalter weit verbreitet. Dazu zählen Angststörungen, Phobien, Depressionen, Zwänge sowie das Posttraumatische Syndrom. Depressionen werden für einen Großteil der Suizide verantwortlich gemacht. Suizid ist bei Jugendlichen eine der häufigsten Todesursachen.

Angststörungen manifestieren sich häufig erstmals im Kindes- und Jugendlichenalter und führen oft zu Vermeidungsverhalten und in der Folge zu wesentlichen Einschränkungen im Alltag. Die Verbreitung nimmt mit zunehmendem Alter zu und oft verläuft dieser Erkrankungstyp chronisch. Viele Jugendliche leiden unter sozialen Ängsten, bspw. davor, vor anderen Menschen zu essen, zu trinken, zu sprechen usw. oder vor bestimmten Situationen⁴⁴.

Die nachfolgenden Befunde aus der Krankenhausstatistik geben nur einen kleinen Ausschnitt bezüglich emotionaler Problematiken im Kindes- und Jugendlichenalter wieder, da nur zu einem sehr kleinen Teil eine Behandlung im stationären bzw. teilstationären Bereich angebracht ist. Nur unter bestimmten Umständen bzw. bei sehr schweren Störungen ist die Überweisung in ein Krankenhaus notwendig. Die Gründe für eine Einweisung sind je nach Erkrankungstyp unterschiedlich. Bei Anpassungsstörungen bspw. ist eine teilstationäre Behandlung dann angebracht, wenn die Betroffenen in akuten Phasen durch die Schwere der Symptome überlastet sind. Stationäre Behandlung kann bei zusätzlichen stark ausgeprägten depressiven bzw. panischen Symptomen notwendig sein. Bei phobischen Störungen und „Emotionalen Störungen des Kindesalters“ kann der Misserfolg ambulanter Behandlung, das Vorliegen schwerer Begleiterkrankungen, extrem ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (z.B. Schulbesuch, soziale Isolation) etc. die Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich machen. Auch ungünstige Bedingungen im sozialen Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen, bspw. in der Familie, die die Symptome verstärken, können den Ausschlag geben (z.B. Überängstlichkeit der Eltern). Auch die mangelnde Kooperation der Eltern in Bezug auf die Therapie kann eine stationäre Behandlung erforderlich machen (bspw. bei Angststörungen). Bei Depressionserkrankungen spielen diesbezüglich u.a. die folgenden Faktoren eine Rolle: psychotische Symptomatik, akute Suizidalität, körperliche oder sexuelle Misshandlung, psychische Störung der Eltern⁴⁵.

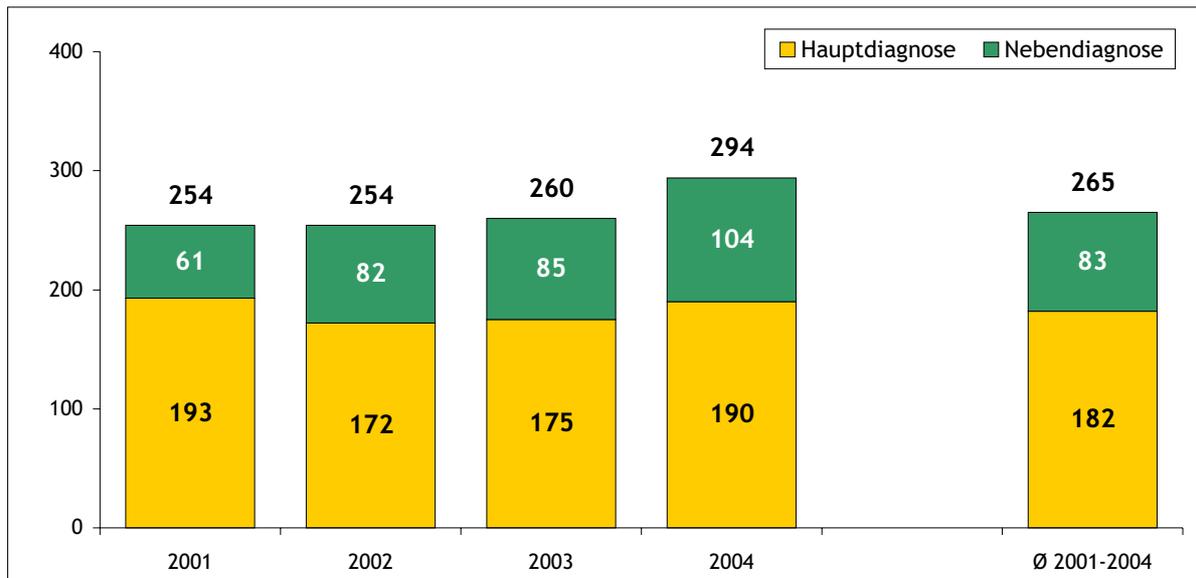
Betrachtet man die bei der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (mit)versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahre, so zeigt sich folgendes

⁴⁴ RKI 2004, S. 131.

⁴⁵ AWMF online.

Bild: Im Zeitraum zwischen 2001 und 2004 kamen auf 100.000 Kinder pro Jahr durchschnittlich 265 Krankenhausaufenthalte, bei denen eine emotionale Störung diagnostiziert wurde. Bei mehr als zwei Drittel (69 Prozent bzw. 182 KH-Fälle/100.000) wurde die Erkrankung als Hauptdiagnose festgehalten, d.h. die emotionale Erkrankung stellte den Hauptbehandlungsgrund für die Krankenhausbehandlung dar.

Abbildung 42: Krankenhausaufenthalte aufgrund emotionaler Störungen 2001 bis 2004; Krankheitsfälle je 100.000

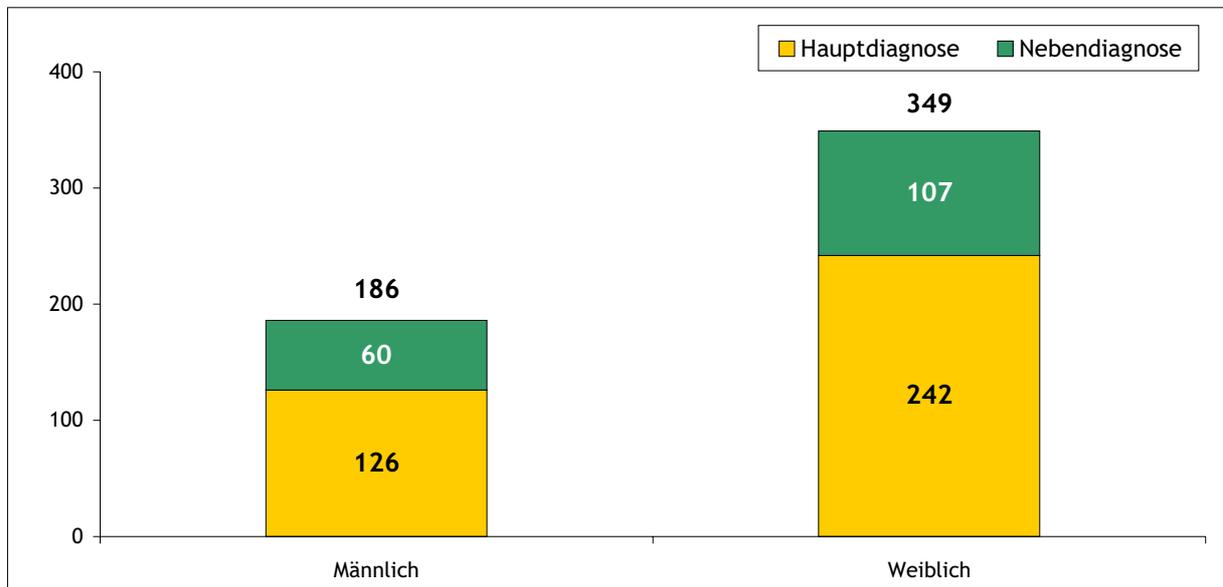


Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; Emotionale Störungen: ICD-10 (3-stellig) F30-F48, F93.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Etwa zwei Drittel der Krankenhausaufenthalte gehen auf Mädchen zurück. Während auf 100.000 Knaben und Jugendliche 186 Krankenhausaufenthalte kommen, sind es bei Mädchen 349 Aufenthalte.

Abbildung 43: Krankenhausaufenthalte aufgrund emotionaler Störungen nach Geschlecht; Krankenhaüsfälle je 100.000

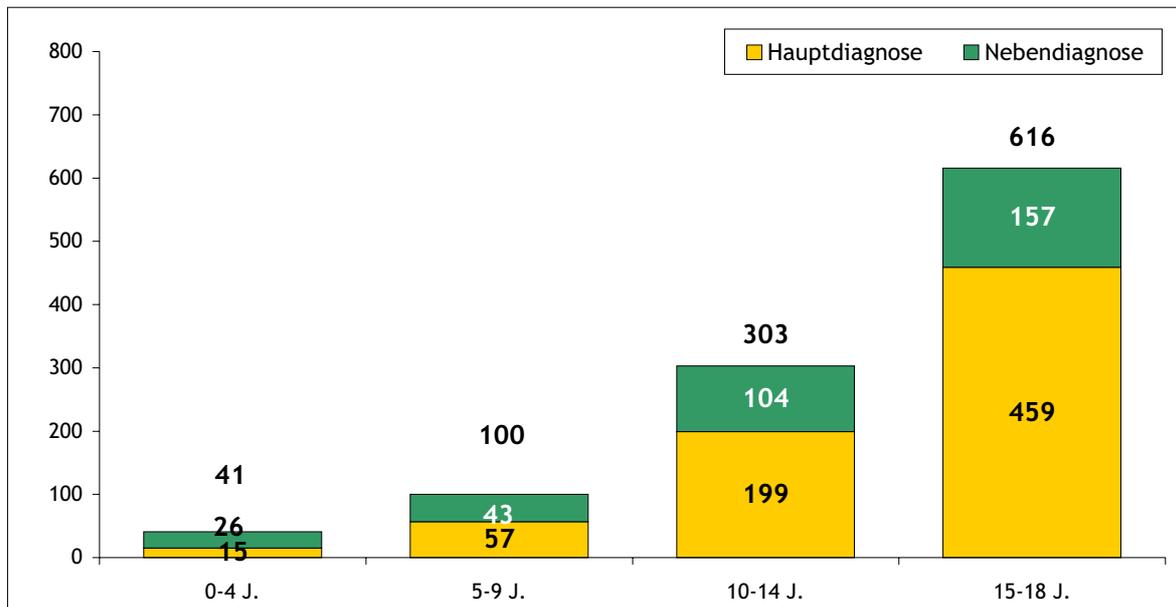


Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr 2001-2004; Emotionale Störungen: ICD-10 (3-stellig) F30-F48, F93.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen mit diagnostizierten emotionalen Störungen kontinuierlich an. Bei den 5- bis 9-Jährigen liegt die Rate bei 100 Fällen/100.000, bei den 10- bis 14-Jährigen schon bei ca. 300 Fällen und bei den 15- bis 18-Jährigen bei über 600 Fällen pro 100.000 Einwohner und Jahr. Bei den jungen Erwachsenen über 25 Jahren lässt sich ein weiterer Anstieg der Krankenhausaufenthalte beobachten.

Abbildung 44: Krankenhausaufenthalte aufgrund emotionaler Störungen nach Altersgruppe; Krankenhaushfälle je 100.000



Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr 2001-2004; Emotionale Störungen: ICD-10 (3-stellig) F30-F48, F93.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Die Zahl der betroffenen Kinder kann nicht unmittelbar aus der Datenbasis (LKF-Daten) abgeleitet werden, da eine Person innerhalb eines Jahres mehrere Krankenhausaufenthalte aufweisen kann. Aus einer anderen Datenquelle können jedoch - zumindest für die Hauptdiagnosen - Anhaltspunkte gefunden werden, die Aufschluss darüber geben, in welchem Ausmaß Personen innerhalb eines Jahres mehrmals wegen einer Diagnose dieser Erkrankungsgruppe in einem Krankenhaus aufgenommen werden⁴⁶. Innerhalb eines Jahres kommen auf eine betroffene Person durchschnittlich zwischen 1,3 und 1,6 Krankenhausaufenthalte⁴⁷.

Bei 78 Prozent der Krankenhausbehandlungsfälle, die mit einer emotionalen Störung als Hauptdiagnose aufscheinen, handelt es sich um Neuaufnahmen in den stationären Bereich, bei weiteren 8 Prozent um Wiederaufnahmen. 8 Prozent der Auf-

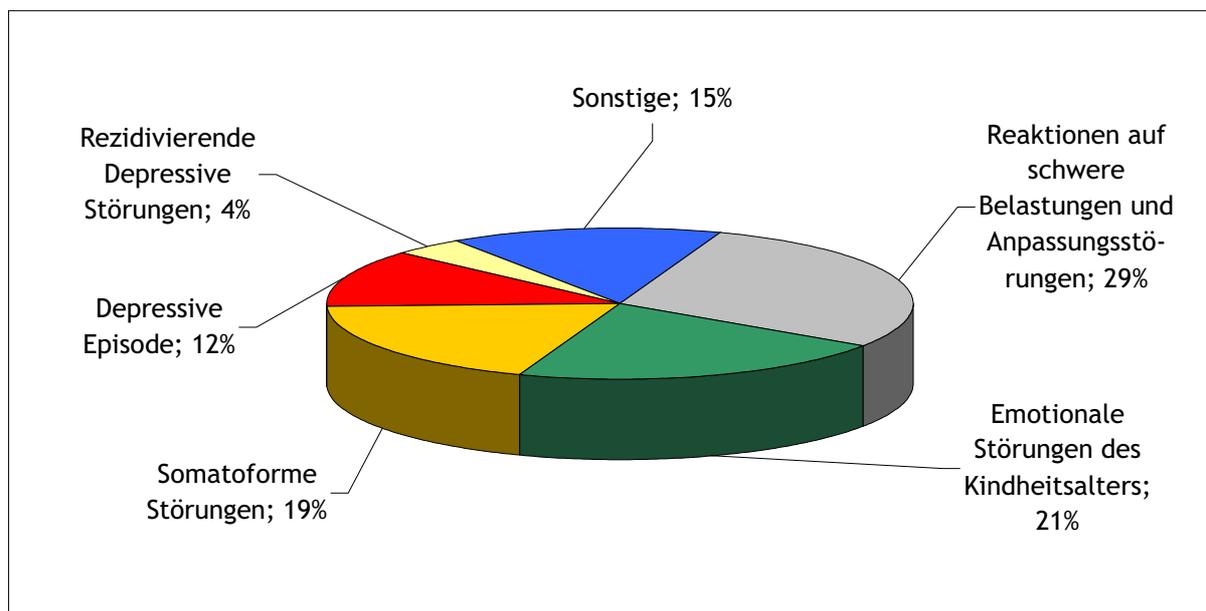
⁴⁶ Das Datawarehouse FOKO der OÖGKK bietet die Möglichkeit, Analysen auf Personenebene durchzuführen. Allerdings ist nur die Hauptdiagnose erfasst. Für die Jahre 2004 und 2005 wurde analysiert, wie viele Krankenhausaufenthalte auf eine betroffene Person kommen. Anzumerken ist, dass die Datenbasis etwas von den LKF-Daten abweicht, da in FOKO auch die Aufenthalte von OÖGKK-Versicherten in Krankenhäusern anderer Bundesländer enthalten sind.

⁴⁷ Die Aufenthalte pro betroffener Person steigen mit zunehmendem Alter geringfügig an: unter 10 Jahren: 1,3, 10-20 Jahre: 1,5 und 20-30 Jahre: 1,6 Aufenthalte pro betroffener Person.

nahmen finden im psychiatrischen halbstationären Bereich statt und 1 Prozent in Tageskliniken. Bei 5 Prozent handelt es sich um Transfers aus anderen Krankenhäusern in den stationären Bereich⁴⁸.

Die häufigsten Hauptdiagnosen sind „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (29 Prozent), „Emotionale Störungen des Kindesalters“ (21 Prozent), „Somatoforme Störungen“ (19 Prozent) und „Depressionserkrankungen“ (12 Prozent „Depressive Episode“ und 4 Prozent „Rezidivierende Depressive Störungen“).

Abbildung 45: Krankenhausaufenthalte aufgrund emotionaler Störungen - Hauptdiagnosen



Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; Aufenthalte 2001-2004; nur Hauptdiagnosen; Emotionale Störungen: ICD-10 (3-stellig) F30-F48, F93.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

⁴⁸ Quelle: LKF-Daten; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenhäusern; Spitalsentlassungen 2001 bis 2004 (eigene Berechnungen).

5.8.3. Externalisierende Verhaltensstörungen

Unter externalen (bzw. externalisierenden oder expansiven) Störungen werden Verhaltensstörungen wie Aggressivität, Hyperkinetische Störungen (HKS), Störungen des Sozialverhaltens (dissoziale Störung) etc. zusammengefasst.

Die Entstehungshintergründe sind vielschichtig und zu einem großen Teil nicht eindeutig geklärt. Bei der hyperkinetischen Störung werden u.a. erbliche Faktoren sowie Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt als Risikofaktoren diskutiert. Der Verlauf dieser Erkrankungen ist jedoch erheblich von Umwelteinflüssen bzw. den Lebensbedingungen der betroffenen Kinder abhängig. Wesentlichen Einfluss üben psychosoziale und sozioökonomische Faktoren hingegen auf die Entstehung von dissozialen Verhaltensstörungen aus⁴⁹.

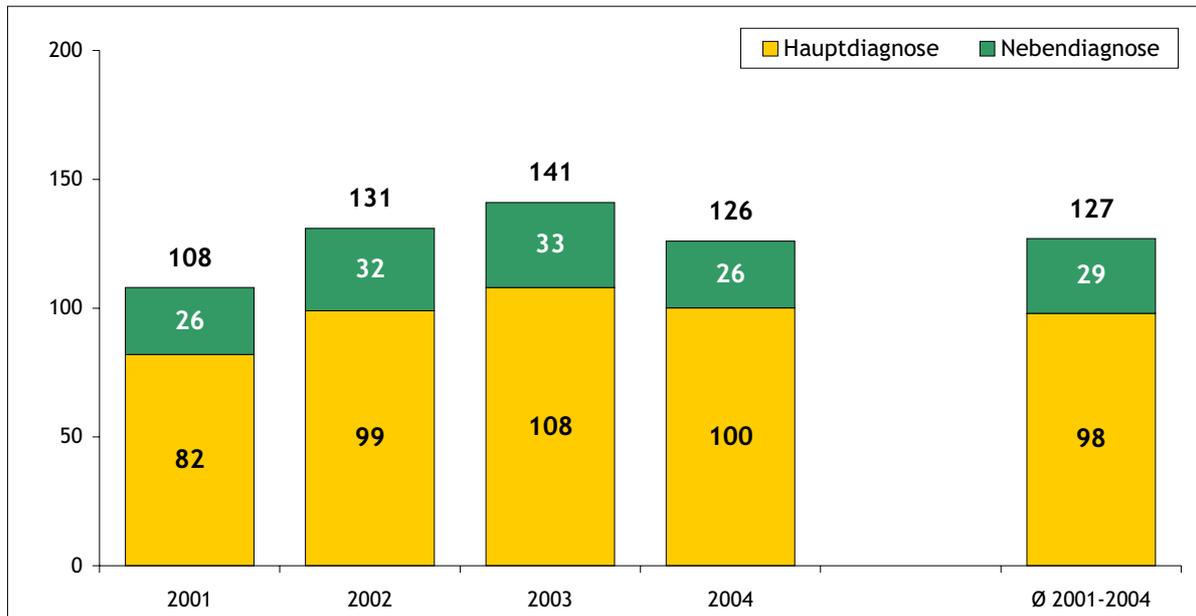
Auch bei den externalisierenden Verhaltensstörungen gibt die Betrachtung der Krankenhausbehandlungsfälle nur besonders problematische Fälle wieder. Der Großteil der Betroffenen wird ambulant behandelt. Stationäre oder teilstationäre Behandlung ist meist nur für Fälle relevant, in denen besonders schwere Symptome, schwere Komorbidität bzw. Begleitstörungen, ungünstige Bedingungen im Lebensumfeld (Familie, Schule, Kindergarten) oder starke Einschränkungen des Funktionsniveaus (z.B. Schulverweigerung) gegeben sind. Auch der Misserfolg ambulanter Behandlung kann einen Grund für eine Krankenhausbehandlung darstellen⁵⁰.

Im Zeitraum von 2001 bis 2004 kamen auf 100.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis 18 Jahre pro Jahr durchschnittlich 127 Krankenhausaufenthalte, bei denen externalisierende Verhaltensstörungen diagnostiziert wurden. Der Großteil der Fälle weist eine derartige Hauptdiagnose auf, d.h. dass die Störung den Hauptgrund für die Krankenhausbehandlung darstellt (jährlich durchschnittlich 98 Fälle/100.000 im Alter unter 18 Jahren).

⁴⁹ RKI 2004, S. 135.

⁵⁰ AWMF online.

Abbildung 46: Krankenhausaufenthalte aufgrund externalisierender psychischer Störungen 2001 bis 2004; Krankenhausfälle je 100.000

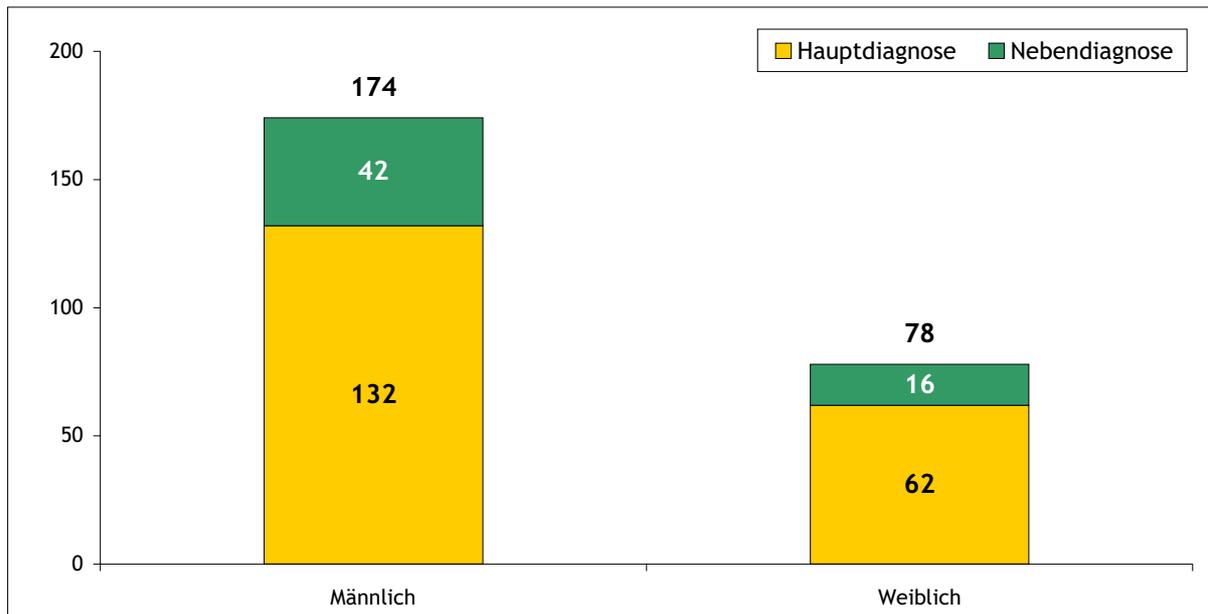


Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; externalisierende psychische Störungen: ICD-10 (3-stellig) F90-F92, F94.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Der Großteil der Krankenhausbehandlungsfälle geht auf Knaben zurück. Bei Bur-schen und Jugendlichen beträgt die Krankenhausbehandlungsrate (inkl. Nebendiag-nosen) 174 Fälle/100.000, bei den Mädchen 78 Fälle/100.000.

Abbildung 47: Krankenhausaufenthalte aufgrund externalisierender Störungen nach Geschlecht; Krankenhaüsfälle je 100.000

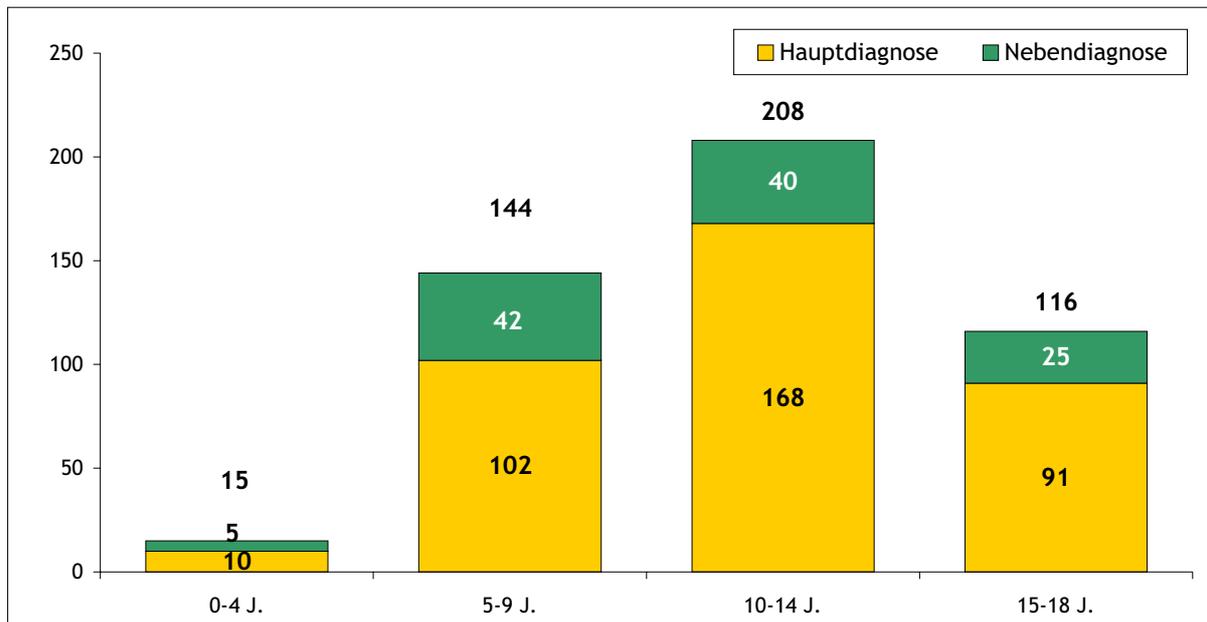


Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr 2001-2004; Externalisierende psychische Störungen: ICD-10 (3-stellig) F90-F92, F94.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen).

Die meisten Krankenhausbehandlungen finden im Alter zwischen 10 und 14 Jahren statt (208 Fälle/100.000). Bei den 5- bis 9-Jährigen beträgt die Rate 144 Fälle/100.000. Ab dem 15. Lebensjahr ist eine kontinuierliche Abnahme festzustellen (auf 116 Fälle/100.000). Bei jungen Erwachsenen (über 20 Jahren) kommen externalisierende Verhaltensstörungen praktisch nicht mehr vor.

Abbildung 48: Krankenhausaufenthalte aufgrund externalisierender Störungen nach Altersgruppe; Krankenhaüsfälle je 100.000



Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr 2001-2004; Externalisierende psychische Störungen: ICD-10 (3-stellig) F90-F92, F94.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

77 Prozent der Krankenhausbehandlungsfälle mit einer einschlägigen Hauptdiagnose wurden in den allgemeinen stationären Bereich aufgenommen, 11 Prozent sind Wiederaufnahmen in den stationären Bereich, 9 Prozent entfallen auf den halbstationären Bereich in psychiatrischen Abteilungen, 1 Prozent auf Tageskliniken und 2 Prozent auf Transfers aus anderen Krankenanstalten⁵¹.

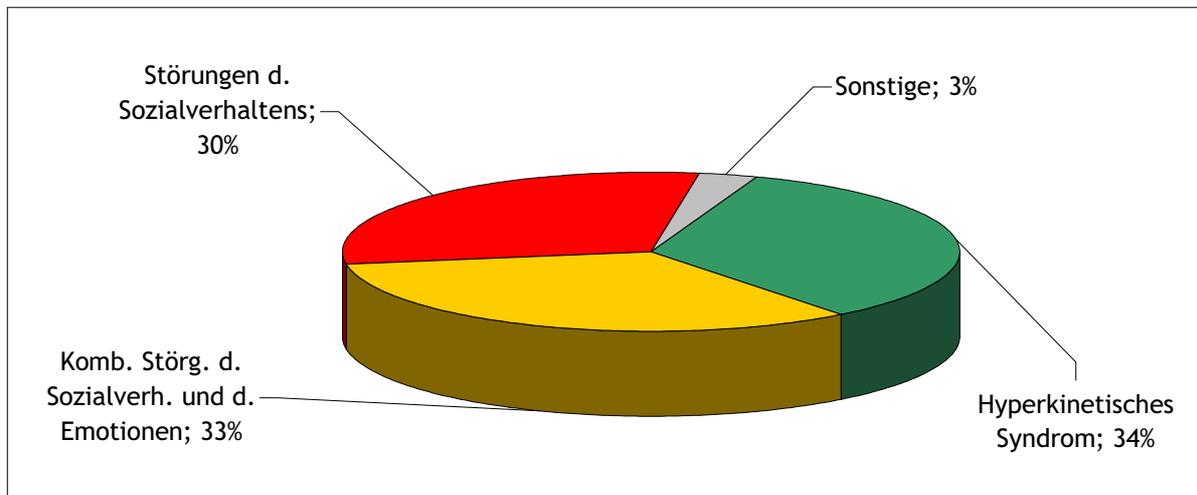
34 Prozent der Hauptdiagnosen entfallen auf das Hyperkinetische Syndrom, 33 Prozent auf kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen und 30 Prozent auf Störungen des Sozialverhaltens.

Im Durchschnitt entfallen in einem Jahr auf ein Kind mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von externalisierenden Verhaltensstörungen 1,5 bis 1,7 Krankenhausaufenthalte⁵².

⁵¹ *Quelle: LKF-Daten; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenhäusern; Spitalsentlassungen 2001 bis 2004 (eigene Berechnungen).*

⁵² *Das Datawarehouse FOKO der OÖGKK bietet die Möglichkeit, Analysen auf Personenebene durchzuführen. Allerdings ist nur die Hauptdiagnose erfasst. Für die Jahre 2004 und 2005 wurde analysiert, wie viele Krankenhausaufenthalte auf eine betroffene Person kommen. Anzumerken ist, dass die Datenbasis etwas von den LKF-Daten abweicht, da in FOKO auch die Aufenthalte von OÖGKK-*

Abbildung 49: Krankenhausaufenthalte aufgrund externalisierender Störungen - Hauptdiagnosen



Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; Aufenthalte 2001-2004; nur Hauptdiagnosen; Externalisierende psychische Störungen: ICD-10 (3-stellig) F90-F92, F94.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

5.8.4. Entwicklungsstörungen

"Umschriebene Entwicklungsstörungen" sind Leistungsdefizite bei Kindern, die nicht auf mangelnde Intelligenz zurückzuführen sind und auch nicht auf körperliche und seelische Beeinträchtigungen zurückgehen. Dazu gehören Störungen der motorischen Funktionen, Sprachentwicklungsstörungen, Lese-/Rechtschreibschwäche und Rechenschwäche.

Man geht davon aus, dass etwa 3 Prozent aller Kinder von motorischen Entwicklungsstörungen betroffen sind. Diese Problematik äußert sich in ungeschickten Bewegungsabläufen. Betroffene Kinder haben oft Probleme bestimmte Bewegungsabläufe auszuführen, etwa Hüpfen, Radfahren, Ballwerfen etc. Knaben sind fast doppelt so oft betroffen wie Mädchen. Als Ursachen werden meist Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt vermutet.

Störungen der Sprachentwicklung sind bei etwa 5 Prozent der Kinder im Grundschulalter anzutreffen. Beim Großteil verbessert sich die Problematik mit zuneh-

Versicherten in Krankenhäusern anderer Bundesländer enthalten sind. Bei unter 10-Jährigen ergibt sich daraus eine Rate von 1,5 Aufnahmen pro betroffenem Kind, bei 10- bis 20-Jährigen 1,7 Aufnahmen pro Betroffenen.

mendem Alter. Ein Teil der betroffenen Kinder weist jedoch zusätzlich weitere Problematiken auf, wie etwa Hyperkinetische Störungen, Einnässen, Essstörungen, Schlafstörungen oder andere psychische Erkrankungen. Etwa zwei Drittel der betroffenen Kinder sind Knaben. Störungen der Sprachentwicklung führen oft zu Problemen in der Schule bzw. anderen psychosozialen Belastungen.

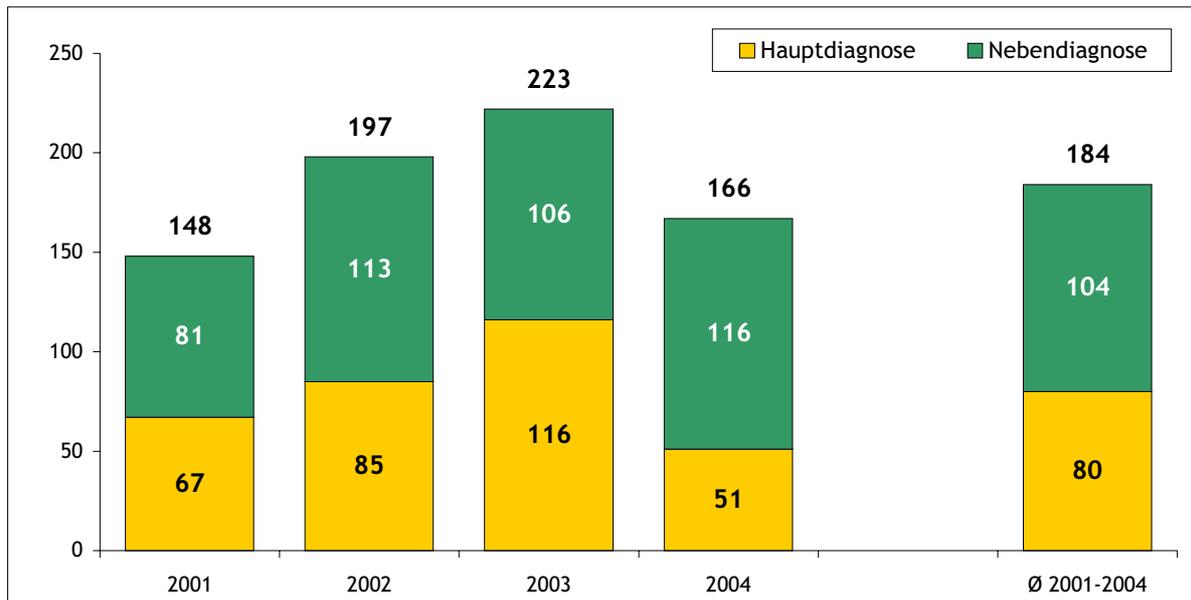
Von Lese-Rechtschreibstörungen sind etwa 9 Prozent der 6- bis 18-jährigen Kinder betroffen. Der Großteil davon sind Knaben (etwa drei Viertel bis vier Fünftel). Die betroffenen Kinder weisen Defizite in der Lesegeschwindigkeit und -genauigkeit auf und haben Schwierigkeiten, Buchstaben richtig zu benennen. Lese- und Rechtschreibstörungen können zu beträchtlichen schulischen Problemen führen und eine große Beeinträchtigung für die spätere berufliche Entwicklung darstellen⁵³.

Entwicklungsstörungen werden in der Regel ambulant behandelt. Nur bei Vorliegen besonderer Umstände ist eine halbstationäre oder stationäre Behandlung notwendig. Dazu gehören - je nach Erkrankung - besonders schwer ausgeprägte Symptomaten oder schwere Begleiterkrankungen und -probleme (emotionale Störungen, Suizidalität etc.), Mangel an ambulanten Hilfen bzw. Ausbleiben des Erfolges bei der ambulanten Behandlung, drohende Ausschulung des Kindes oder Überforderung der Familie (bspw. durch häufige Therapien) und ähnliches. Daher kann die nachfolgende Analyse der Krankenhausaufenthalte nur einen kleinen Teil der Problematik abbilden.

Im Zeitraum zwischen 2001 und 2004 entfallen jährlich durchschnittlich 184 Krankenhausbehandlungsfälle mit einer diagnostizierten Entwicklungsstörung auf 100.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis 18 Jahre. Mehr als die Hälfte davon (104 Fälle/100.000) weisen die Diagnose als Nebendiagnose auf, d.h. die Störung wurde neben einer anderen Erkrankung, die den Hauptbehandlungsgrund (Hauptdiagnose) für den Krankenhausaufenthalt darstellt, diagnostiziert.

⁵³ RKI 2004, S. 127.

Abbildung 50: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Entwicklungsstörungen 2001 bis 2004; Krankenhaushfälle je 100.000

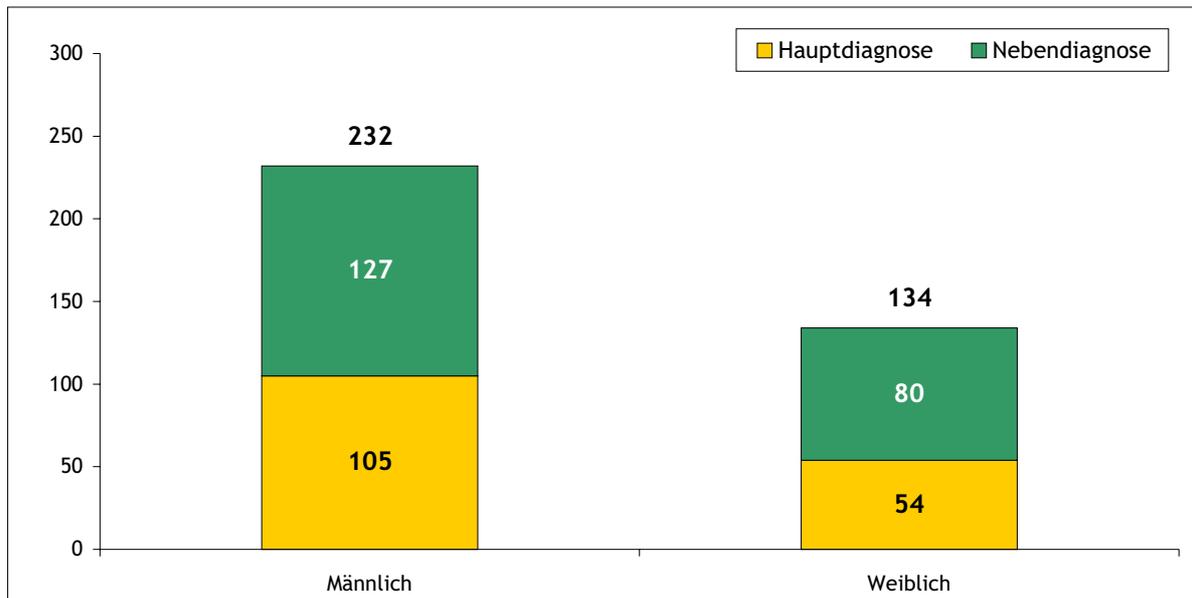


Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; Entwicklungsstörungen: F80-F89.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Auf und Jugendliche entfallen deutlich mehr Krankenhausbearbeitungsfälle mit diagnostizierter Entwicklungsstörung (232 Fälle je 100.000) als auf Mädchen (134 Fälle je 100.000). Betrachtet man nur die Hauptdiagnosen, so weisen Knaben fast doppelt so viele Krankenhausbearbeitungen aus Gründen von Entwicklungsstörungen auf wie Mädchen (105/100.000 gegenüber 54/100.000).

Abbildung 51: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Entwicklungsstörungen nach Geschlecht; Krankenhaüsfälle je 100.000

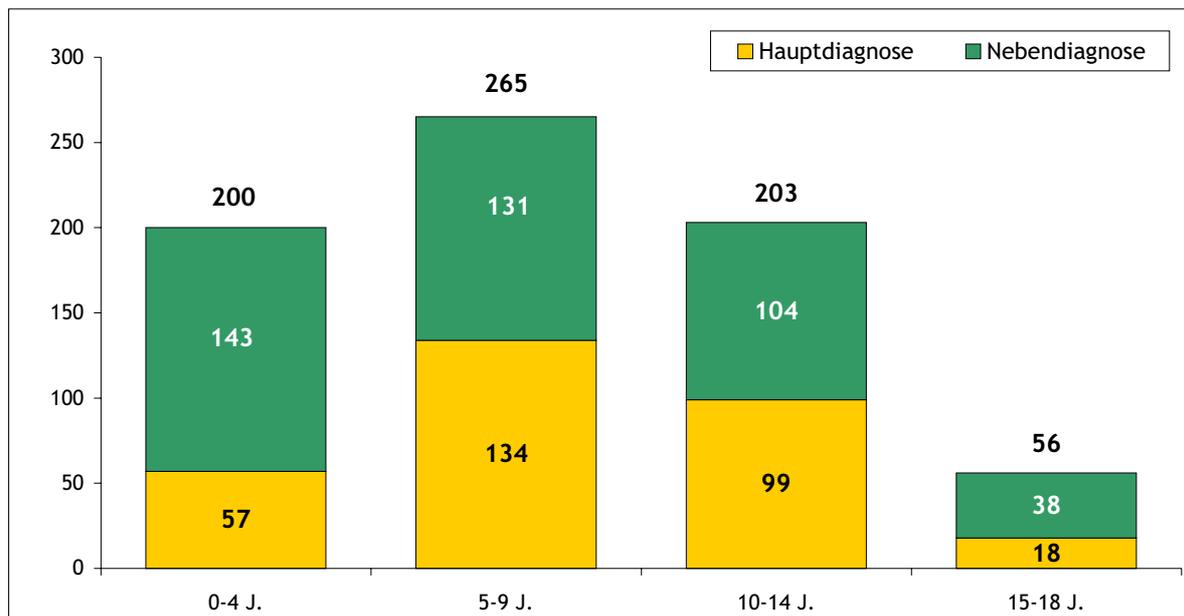


Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr 2001-2004; Entwicklungsstörungen: F80-F89.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Am häufigsten treten Krankenhausbehandlungen mit diagnostizierten Entwicklungsstörungen in der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen auf (265 Fälle je 100.000). Sowohl bei unter 5-jährigen Kindern, als auch bei 10- bis 14-Jährigen beträgt die Rate etwa 200 Fälle/100.000, wobei die 10- bis 14-Jährigen deutlich mehr Hauptdiagnosen aufweisen. Ab dem 15. Lebensjahr gehen die Krankenhausbehandlungsfälle deutlich zurück und ab dem 20. Lebensjahr scheinen praktisch keine Fälle mehr auf.

Abbildung 52: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Entwicklungsstörungen nach Altersgruppe; Krankenhäuserfälle je 100.000



Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr 2001-2004; Entwicklungsstörungen: F80-F89.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Betrachtet man nur die Hauptdiagnosefälle, so kommen im Durchschnitt auf ein Kind, das während eines Jahres wegen einer Entwicklungsstörung in einem Krankenhaus in Behandlung war, 1,3 Krankenhausaufenthalte⁵⁴.

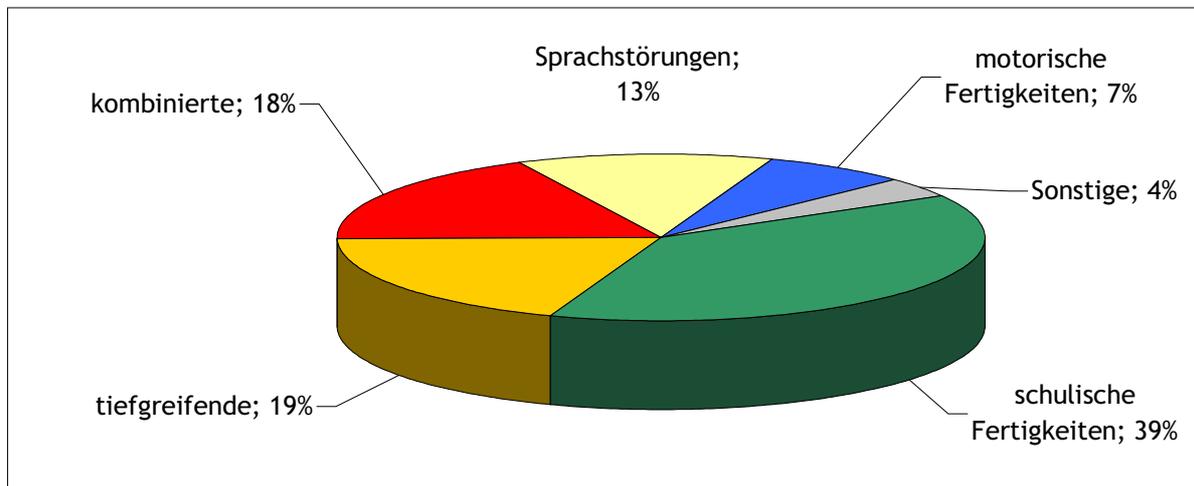
88 Prozent der Krankenhäuserfälle mit einer Entwicklungsstörung als Hauptdiagnose ergeben sich aus Aufnahmen in den allgemeinen stationären Bereich, 3 Prozent sind Wiederaufnahmen in den stationären Bereich, 8 Prozent entfallen auf den halbstationären Bereich psychiatrischer Abteilungen und 1 Prozent sind Tagesklinikfälle⁵⁵.

⁵⁴ Das Datawarehouse FOKO der OÖGKK bietet die Möglichkeit, Analysen auf Personenebene durchzuführen. Allerdings ist nur die Hauptdiagnose erfasst. Für die Jahre 2004 und 2005 wurde analysiert, wie viele Krankenhausaufenthalte auf eine betroffene Person kommen, um einen Hinweis darauf zu bekommen, wie weit die Krankenhausbehandlungsfälle von der Zahl der betroffenen Kinder abweicht. Anzumerken ist, dass die Datenbasis etwas von den LKF-Daten abweicht, da in FOKO auch die Aufenthalte von OÖGKK-Versicherten in Krankenhäusern anderer Bundesländer enthalten sind.

⁵⁵ Quelle: LKF-Daten; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenhäusern; Spitalsentlassungen 2001 bis 2004 (eigene Berechnungen).

Die häufigsten Hauptdiagnosen betreffen umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (39 Prozent), tiefgreifende Entwicklungsstörungen (19 Prozent) und kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (18 Prozent).

Abbildung 53: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Entwicklungsstörungen - Hauptdiagnosen



Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; Aufenthalte 2001-2004; nur Hauptdiagnosen; Entwicklungsstörungen: F80-F89.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

5.8.5. Essstörungen

Zu den wichtigsten Essstörungen im Kindheits- und Jugendlichenalter gehören Magersucht (Anorexia nervosa), Ess-/Brechsucht oder auch Bulimie (Bulimia nervosa) sowie die so genannte „Binge-Eating-Disorder“ (Essattacken, latente Esssucht). Auch Adipositas (siehe 5.11.) kann eine Essstörung sein.

Unter Magersucht (Anorexie) versteht man die absichtliche Gewichtsabnahme auf mehr als 25 Prozent des jeweiligen Normalgewichtes. Der Gewichtsverlust wird durch Diäten, Missbrauch von Abführmitteln bzw. anderer Medikamente oder körperliche Betätigung herbeigeführt. Kennzeichnend für Bulimie ist der Wechsel von Heißhungerattacken, in denen große Mengen an Nahrungsmitteln zugeführt werden, und Phasen, in denen durch herbeigeführtes Erbrechen oder andere Maßnahmen versucht wird, Körpergewicht zu verlieren. Sowohl von Bulimie als auch von Anorexie sind vor allem Mädchen betroffen.

Insbesondere Anorexie weist eine Neigung zu Chronifizierung auf und birgt ein beträchtliches Mortalitätsrisiko. Bulimie kann durch die Veränderung des Elektrolythaushalts zum Tod durch Nierenversagen führen.

Beim "Binge-Eating" werden im Zuge von Heißhungerattacken große Mengen an Kalorien zugeführt. Dies führt häufig - auch schon bei Kindern und Jugendlichen - zu Übergewicht und Adipositas und den damit verbundenen Belastungen.

Die Ursachen für Essstörungen sind vielschichtig. Häufig werden u.a. auch soziokulturelle und psychosoziale Faktoren dafür verantwortlich gemacht, bspw. das vorherrschende Schlankheitsideal oder psychosozialer Stress. Auch genetische Faktoren könnten eine Rolle spielen⁵⁶.

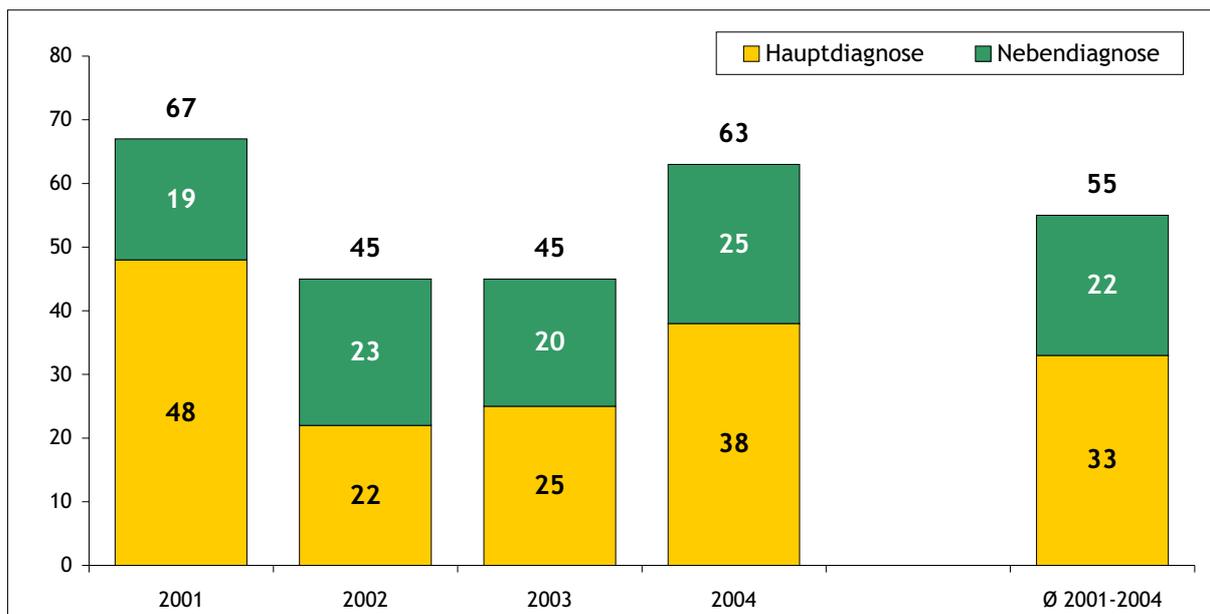
Auch bei den Essstörungen spiegelt die Betrachtung der Krankenhausbehandlungsfälle nur einen sehr kleinen Ausschnitt der Problematik wieder, da ein großer Teil der Betroffenen ambulant behandelt wird. Medizinische Kriterien für eine stationäre Behandlung von Anorexia nervosa sind, bspw. kritisches Untergewicht, somatische Komplikationen, Suizidgefahr und ausgeprägtes Selbstverletzungsverhalten. Ähnliches gilt für Bulimie bspw. auch besonders stark ausgeprägte Symptome, Entwicklung einer Elektrolytstörung, Störungen der Impulskontrolle, Substanzenmissbrauch und zusätzliches Vorliegen anderer psychischer Problematiken (Borderline - Persönlichkeitsstörung) können den Ausschlag für eine stationäre Behandlung geben. Hinzu kommen psychosoziale Faktoren, die unter Umständen eine Krankenhausbehandlung notwendig machen können: bestimmte familiäre Faktoren, Miss-

⁵⁶ RKI 2004, S. 129.

handlung und Missbrauch, soziale Isolation sowie erfolglose ambulante Behandlungsversuche⁵⁷.

Betrachtet man die Krankenhausbehandlungsfälle im Zeitraum 2001 bis 2004, so kommen auf 100.000 Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr durchschnittlich 55 Fälle mit diagnostizierten Essstörungen pro Jahr. Etwas mehr als die Hälfte davon (33 Fälle je 100.000) weisen eine solche Hauptdiagnose auf.

Abbildung 54: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen 2001 bis 2004; Krankenhausfälle je 100.000



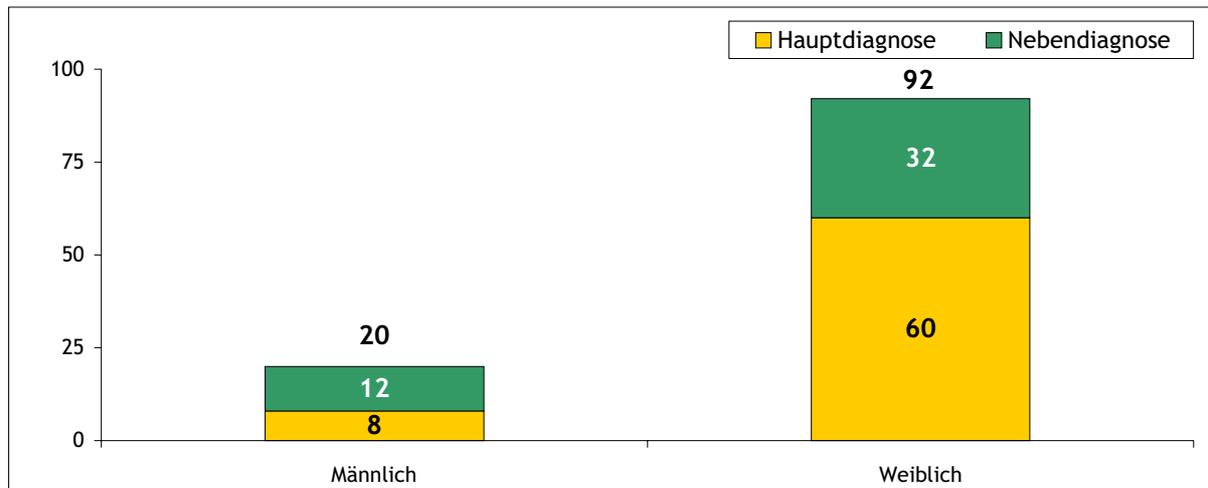
Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; Essstörungen: F50.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Der Großteil der Betroffenen sind Mädchen. Auf 100.000 Mädchen im Alter bis 18 Jahre kommen pro Jahr durchschnittlich 92 Krankenhausfälle mit diagnostizierten Essstörungen, bei Burschen sind dies 20 je 100.000.

⁵⁷ AWMF online.

Abbildung 55: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht



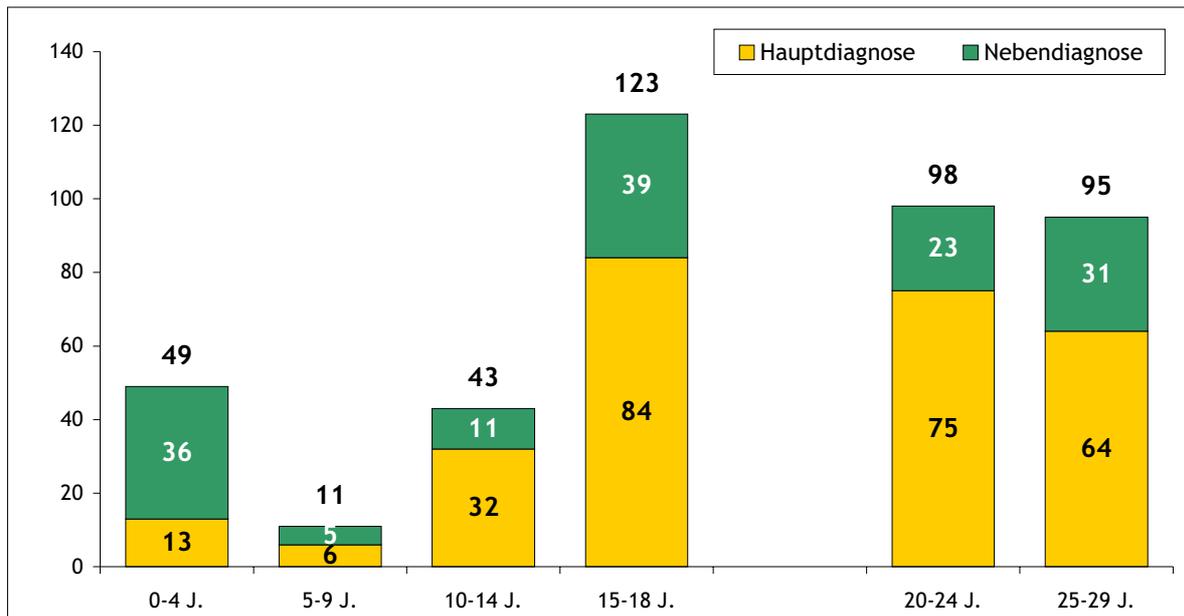
Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr 2001-2004; Essstörungen: F50.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

Bei den im Krankenhaus diagnostizierten Essstörungen bei Kindern unter 10 Jahren (Abbildung 56) handelt es sich nicht um Magersucht oder Bulimie, sondern fast ausschließlich um „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ und - in geringem Ausmaß - „Erbrechen bei anderen psychischen Störungen“. Ab dem 10. Lebensjahr hingegen machen Anorexie und Bulimie den Großteil der diagnostizierten Essstörungen in den Krankenanstalten aus. Die Behandlungsfälle steigen ab dem 15. Lebensjahr sprunghaft an (auf durchschnittlich 123 Behandlungsfälle pro 100.000 Kinder) und gehen mit zunehmendem Alter nur mehr langsam zurück. In der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen beträgt die Rate immer noch 95 Fälle je 100.000 Personen dieser Altersgruppe. Dieser nur leichte Rückgang dürfte aber auch damit zusammenhängen, dass bei den jungen Erwachsenen häufiger Mehrfachaufnahmen - also mehrere Krankenhausbehandlungen einer Person in einem Jahr - vorkommen als bei jüngeren. Betrachtet man nur Fälle, die eine Essstörung als Hauptdiagnose aufweisen, so kommt in der Altersgruppe unter 10 Jahren auf eine betroffene Person nur ein Krankenhausaufenthalt, bei den 10- bis 20-Jährigen 2,4 und bei den 20- bis 30-Jährigen durchschnittlich 4,1 Krankenhausbehandlungen⁵⁸.

⁵⁸ Das Datawarehouse FOKO der OÖGKK bietet die Möglichkeit, Analysen auf Personenebene durchzuführen. Allerdings ist nur die Hauptdiagnose erfasst. Für die Jahre 2004 und 2005 wurde analysiert, wie viele Krankenhausaufenthalte auf eine betroffene Person kommen, um einen Hinweis darauf zu bekommen, wie weit die Krankenhausbehandlungsfälle von der Zahl der betroffenen Kinder abweicht. Anzumerken ist, dass die Datenbasis etwas von den LKF-Daten abweicht, da in

Abbildung 56: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Altersgruppe; Krankenhausfälle je 100.000



Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr 2001-2004; Essstörungen: F50.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

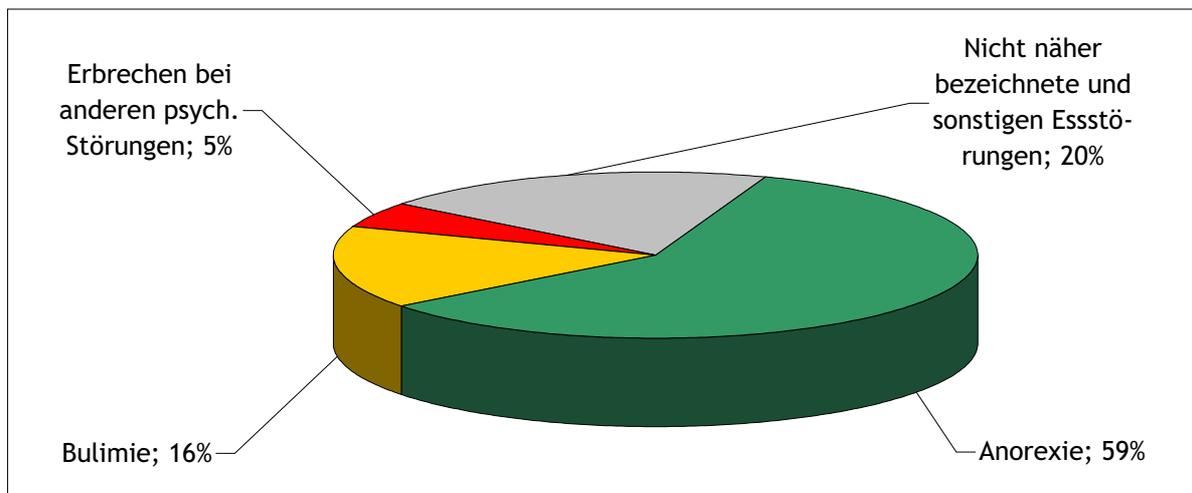
Bei den Hauptdiagnosefällen bis zum 18. Lebensjahr handelt es sich zu 76 Prozent um Neuaufnahmen in den allgemeinen stationären Bereich, 22 Prozent sind Wieder-aufnahmen und 2 Prozent sind Tagesklinikfälle der Psychiatrie⁵⁹.

Die häufigste Hauptdiagnose stellt Anorexie dar, mit 59 Prozent der Krankenhausaufenthalte mit einer Essstörung als Hauptdiagnose, 16 Prozent der Krankenhausbehand-lungsfälle gehen auf Bulimie zurück.

FOKO auch die Aufenthalte von OÖGKK-Versicherten in Krankenhäusern anderer Bundesländer ent-halten sind.

⁵⁹ *Quelle: LKF-Daten; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenhäusern; Spitalsentlassungen 2001 bis 2004 (eigene Berechnungen).*

Abbildung 57: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen - Hauptdiagnosen



Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; nur Versicherte der OÖGKK in oberösterreichischen Fonds-Krankenanstalten; Aufenthalte 2001-2004; nur Hauptdiagnosen; Essstörungen: F50.

Quelle: LKF-Daten (eigene Berechnungen)

5.8.6. Einnässen (Enuresis), Einkoten (Enkopresis)

Enuresis ist das häufige Einnässen von älteren Kindern, die bereits die Blasenkontrolle erlernt haben sollten (ca. ab dem fünften Lebensjahr). Dem liegt meist nicht eine psychische, sondern eine funktionelle Störung zugrunde (in 90 Prozent der Fälle). Oft ist die Ursache auch eine andere Erkrankung, wie bspw. Harnwegsinfekt, Diabetes und Epilepsie. Auch genetische Faktoren dürften eine Rolle spielen.

Schätzungen aus dem deutschen Raum gehen davon aus, dass etwa 20 Prozent der 5-Jährigen und 7 Prozent der 7-Jährigen an Enuresis leiden. Mit zunehmendem Alter geht der Anteil zurück⁶⁰.

Im Gegensatz dazu ist das häufige Einkoten (Enkopresis) von Kindern in einem Alter, in dem sie schon über eine Kontrolle der Stuhlfunktion verfügen sollten, häufig mit psychischen Problemen verbunden. Zur Diagnosestellung müssen allerdings körperliche Ursachen ausgeschlossen werden. Enkopresis ist häufig auch mit Depressionen, Angststörungen und Lernstörungen verbunden.

5.8.7. Soziale Problematiken und psychiatrische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Faktoren des Milieus und der sozialen Schicht üben einen wesentlichen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus. Armut und soziale Benachteiligung verstärken das Risiko, psychische Problematiken zu entwickeln. Dies belegen auch Befunde aus Deutschland, wonach Kinder aus armutsgefährdeten bzw. sozial benachteiligten Schichten deutlich häufiger an Sprachstörungen, psychomotorischen Störungen und Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung leiden. Auch emotionale und soziale Störungen, Einnässen, Einkoten und andere psychiatrische Erkrankungen kommen bei Kindern der unteren sozialen Schichten deutlich häufiger vor. Im Übrigen trifft dies auch auf viele somatische Erkrankungen und Beschwerden zu, bspw. für Sehstörungen⁶¹.

Unterschiede zwischen sozialen Schichten bzw. Bevölkerungsgruppen lassen sich auch anhand der Krankenhausaufenthalte bei Kindern beobachten.

⁶⁰ RKI 2004, S. 12U.

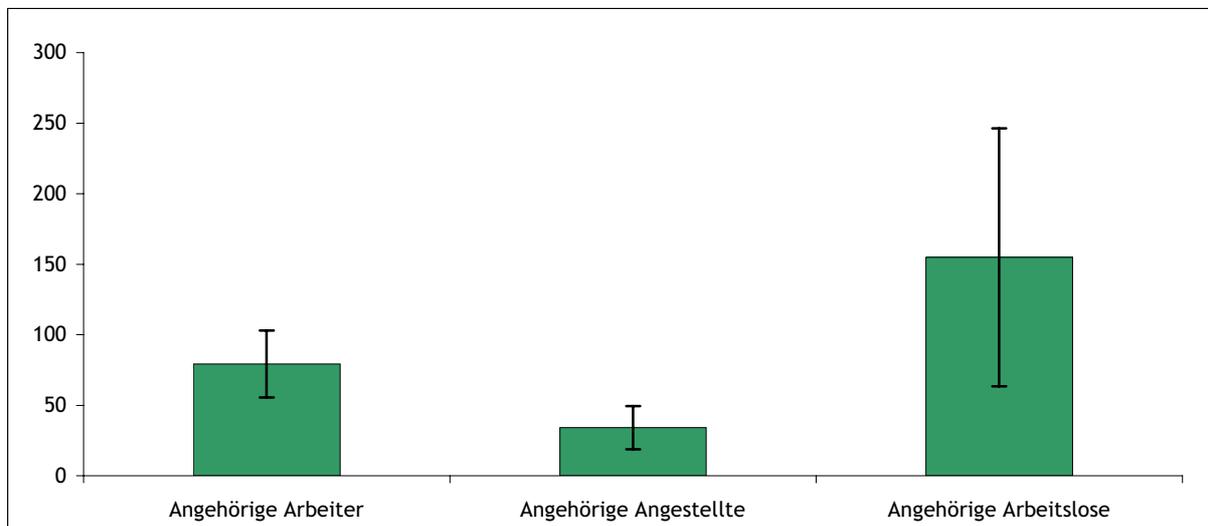
⁶¹ RKI 2005, S. 11.

Abbildung 58 zeigt die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen aufgrund von Entwicklungsstörungen für Kinder von ArbeiterInnen, Angestellten und Arbeitslosen⁶². Kinder von ArbeiterInnen sind signifikant häufiger betroffen als Kinder von Angestellten. Dasselbe gilt für Kinder von Arbeitslosen. Ein ähnliches Muster findet sich im Hinblick auf spezifische emotionale Störungen und Verhaltensstörungen (Abbildung 59).

Die Ursachen für die stärkere Betroffenheit der Kinder von ArbeiterInnen und Arbeitslosen dürfte mit ungünstigen Bedingungen in unteren sozialen Schichten bzw. in Bevölkerungsgruppen in sozialen Problemlagen zusammenhängen. Einerseits können prekäre soziale Bedingungen, die in unteren Schichten und unter Arbeitslosen häufiger anzutreffen sind, psychische Störungen auslösen bzw. zur Dekompensation beitragen. Andererseits werden Kinder mit psychischen Problemen häufiger in Krankenhäuser eingewiesen, da ein ungünstiges soziales Milieu den Erfolg einer ambulanten Behandlung in Frage stellen kann. Dazu gehört auch die Überforderung der Familie durch die psychische Störung des Kindes oder mangelnde Ressourcen zur Unterstützung und Förderung des Kindes. Da psychische Erkrankungen bei Kindern im günstigen Fall ambulant behandelt werden, können die stationären Behandlungsfälle auch als einen Mangel an Gesundheitsressourcen im Umfeld der betroffenen Kinder interpretiert werden. In jedem Fall stellen sozial benachteiligte Kinder eine Problemgruppe dar, die aus gesundheitspolitischer Sicht höchste Aufmerksamkeit verdient.

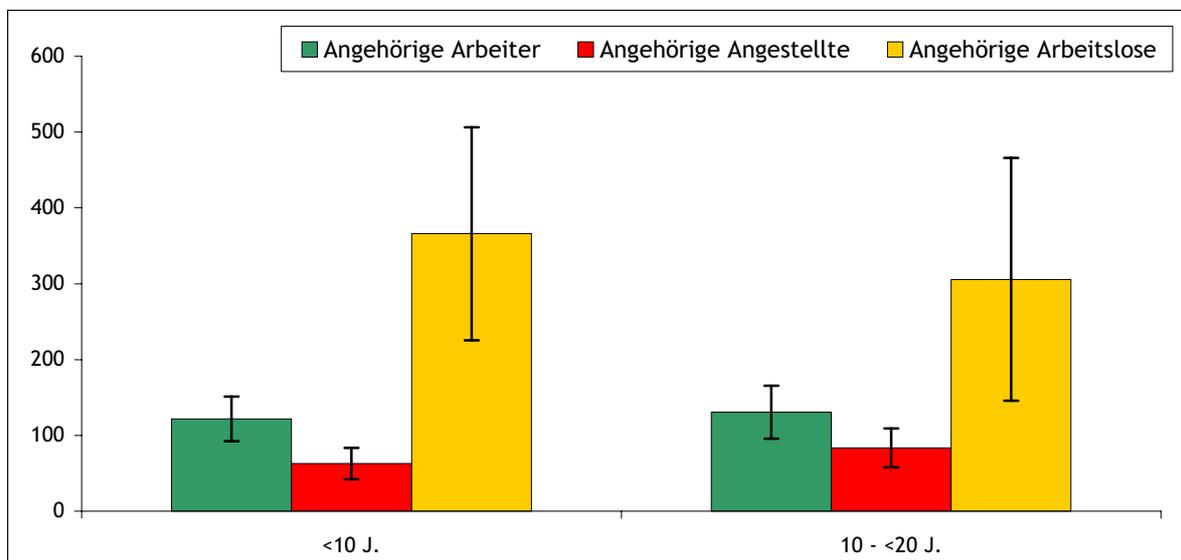
⁶² Die Kategorien ArbeiterInnen, Angestellte und Arbeitslose beziehen sich auf die hauptversicherte Person, bei der ein Kind mitversichert ist. Es wird angenommen, dass die meisten Kinder bei einem Elternteil (oder mit einer erziehungsberechtigten Person, mit der es zusammenlebt) mitversichert ist.

Abbildung 58: Mitversicherte Kinder unter 10 Jahre mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Entwicklungsstörungen nach Beschäftigungsstatus der/des Hauptversicherten; Betroffene je 100.000



Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004, gerundet; nur Versicherte der OÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall; Hauptdiagnosen ICD-10 F80-F89

Abbildung 59: Mitversicherte Kinder und Jugendliche mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend nach Beschäftigungsstatus der/des Hauptversicherten; Betroffene je 100.000



Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2004, gerundet; nur Versicherte der OÖGKK; Versicherte 1. Quartal 2004; Fehlerindikator: 95%-iges Konfidenzintervall; Hauptdiagnosen ICD-10 F80-F89.

5.9. Kinder mit Risiko für die Entwicklung einer Lese-/Rechtschreibstörung

Das Institut für Sinnes- und Sprachneurologie des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Linz führt in Zusammenarbeit mit den Kindergärten des Magistrats Linz, unterstützt vom Landesschulrat und finanziert von der Abteilung Gesundheit eine Langzeitstudie zur Erfassung von Kindern mit Risiko auf Entwicklung von Lese-Rechtschreibstörungen durch. Diese Studie befasst sich auch mit der Evaluation von Frühförderprogrammen. Wesentliche Ziele der Studie sind die Verbesserung der Früherkennung und die Frühförderung von gefährdeten Kindern.

Zu diesem Zweck wurde in Linz eine epidemiologische Stichprobe von Kindergartenkindern (aus Ebelsberg und Urfahr) bis zur zweiten Volksschulklasse verfolgt. Aus bisher noch unveröffentlichten Daten dieser Erhebung wurden die nachfolgenden Ergebnisse vom Institut für Sinnes- und Sprachneurologie zur Verfügung gestellt.

5.9.1. Logopädische Auffälligkeiten

Was höherwertige Auffälligkeiten betrifft zeigte sich bei 10 Prozent der Kinder Dysgrammatismus (Probleme der Satzbildung), was als Sprachentwicklungsstörung gewertet werden kann. Über ein Prozent weist Störungen des Redeflusses (z.B. Stottern) auf.

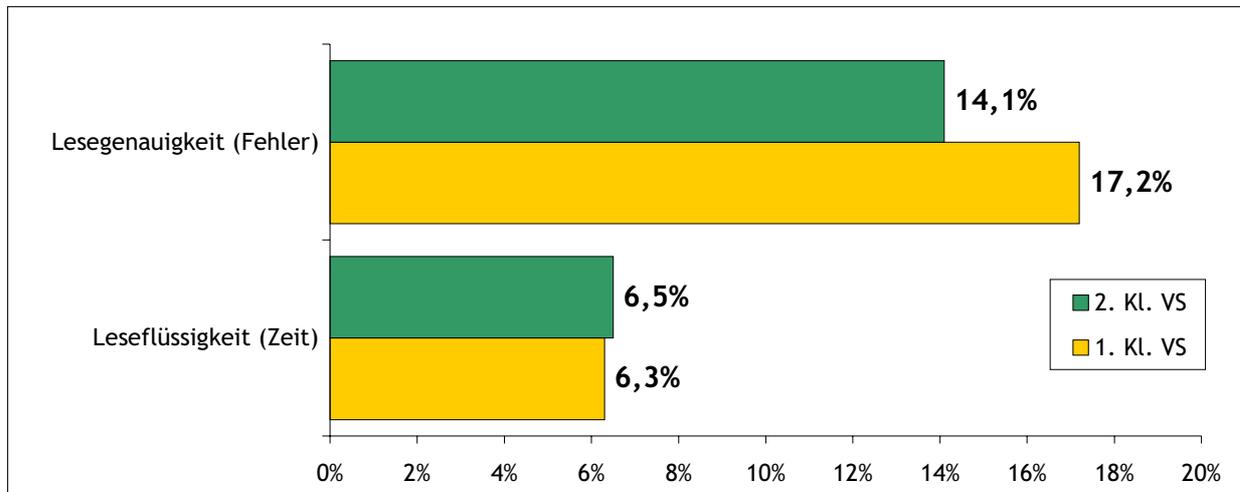
5.9.2. Lese-Rechtschreibprobleme

In der zweiten Volksschulklasse wurden bei ungefähr 15 Prozent der Kinder Auffälligkeiten der Lesegenauigkeit festgestellt.

Hinsichtlich Leseflüssigkeit waren etwa 6 Prozent auffällig.

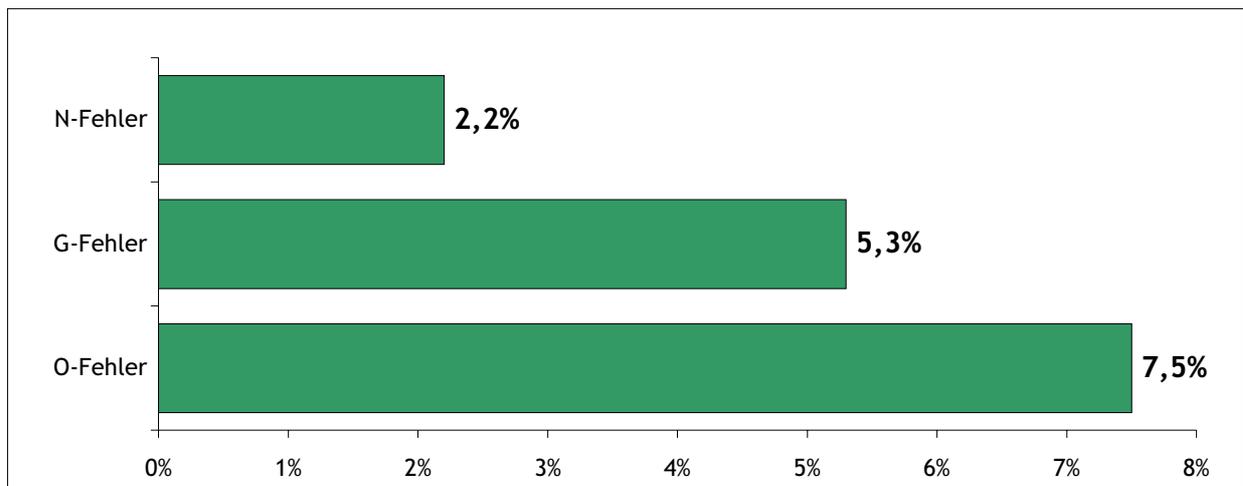
Im Rechtschreiben zeigten 8 Prozent der Zweitklässler Auffälligkeiten hinsichtlich orthographischer Fehler. Bei 5 Prozent fanden sich Groß/Kleinschreibfehler, bei 2 Prozent Abweichungen vom Lautmuster in der Schreibweise von Wörtern.

Abbildung 60: Leseauffälligkeiten 1. und 2. Klasse Volksschule



Quelle: Institut für Sinnes- und Sprachneurologie, KH Barmherzige Brüder Linz; N=355-367; Salzburger Lese- und Rechtschreibtest: mindestens ein Subtest auffällig.

Abbildung 61: Rechtschreibauffälligkeiten 2. Klasse Volksschule



Quelle: Institut für Sinnes- und Sprachneurologie, KH Barmherzige Brüder Linz; N=358; Salzburger Lese- und Rechtschreibtest: O-Fehler = Orthografische Fehler, N-Fehler = Nicht-Lauttreue Fehler, G-Fehler = Fehler der Groß-Kleinschreibung.

5.9.3. Soziale, emotionale und Verhaltensprobleme

In der Erhebung des Instituts für Sinnes- und Sprachneurologie wurden Auffälligkeiten in den Bereichen Verhalten und der sozialen Beziehungen anhand des „Strength and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) erfasst. Dieses Screeninginstrument wird in-

ternational breit eingesetzt und dient zur Erfassung von Risikopopulationen in Hinblick auf kinderpsychiatrische Störungsbilder.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass vor allem der Übergang ins Schulalter besondere Aufmerksamkeit verdient.

Im Kindergarten (ein Jahr vor Einschulung) wiesen ca. 7 Prozent der Kinder hinsichtlich der Gesamtproblemwertpunkte des Erhebungsinstrumentes Auffälligkeiten auf. Bis zur 2. Klasse Volksschule steigt dieser Anteil auf 17 Prozent an. Der Anstieg ist vor allem auf die Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten (von 4 auf knapp 8 Prozent), emotionalen Problemen (von 7 auf 11 Prozent) und Peer-Problemen (Probleme mit Gleichaltrigen, Anstieg von 5 auf knapp 9 Prozent) zurückzuführen. Der Anteil der hyperaktiven Kinder liegt sowohl im Kindergarten als auch in der zweiten Klasse Volksschule bei ca. 7 bis 8 Prozent.

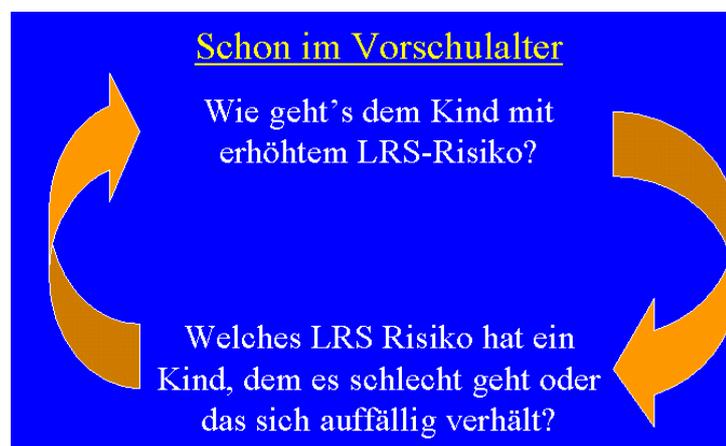
Informationen von Eltern, Kindergärtnern und Lehrern stimmten in hohem Ausmaß überein.

Kinder mit erhöhtem Risikoprofil für das Vorliegen einer Lese-/Rechtschreibstörung wiesen mehr als doppelt so häufig Auffälligkeiten in der psychosozialen Befindlichkeit auf.

Kinder mit auffälligem SDQ sind mindestens doppelt so häufig in der Gruppe der Kinder mit Dysgrammatismus und nicht abgeschlossenem Erwerb des Deutschen als Zweitsprache.

Im Bereich Hyperaktivität auffällige Kinder sind drei Mal häufiger von Dysgrammatismus betroffen.

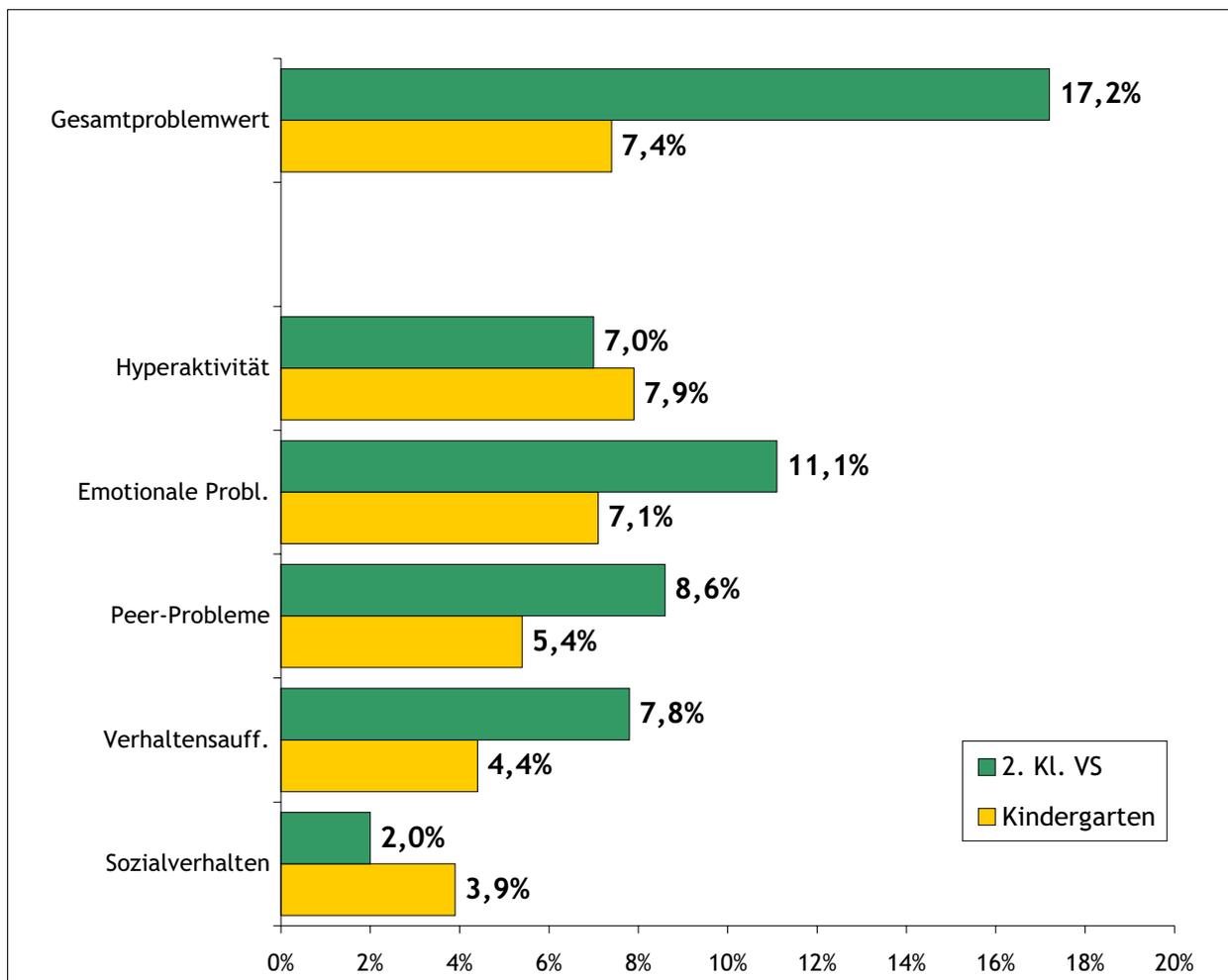
Aus diesen Ergebnissen lässt sich klar schließen, dass Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten in Hinblick auf eine Sprachentwicklung untersucht werden sollten und umgekehrt, Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen erhöhtes Risiko haben, auch psychosoziale Probleme aufzuweisen.



Es zeigen sich bei allen SDQ-Dimensionen hoch signifikante Korrelationen zwischen den Ergebnissen im Kindergartenalter und den Ergebnissen des Tests in der 2. Klasse Volksschule.

Dies sollte sowohl im Kindergarten als auch im Schulalter Beachtung finden, zumal die Kinder mit Problemen im Kindergartenalter in den allermeisten Fällen eben auch im Schulalter in der Gruppe der auffälligen Kinder zu finden waren.

Abbildung 62: Soziale, emotionale und Verhaltensprobleme Kindergarten und Volksschule



Quelle: Institut für Sinnes- und Sprachneurologie, KH Barmherzige Brüder Linz; N=244-406; Auffälligkeiten SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) Kindergarten und Volksschule (Lehrer- bzw. KindergärtnerInnenbewertung).

5.10. Diabetes bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren

Diabetes mellitus, gemeinhin als "Zuckerkrankheit" bezeichnet, ist eine Stoffwechselerkrankung die durch erhöhte Blutzuckerwerte gekennzeichnet ist. Die wesentlichsten Formen sind Diabetes mellitus Typ-I und Typ-II⁶³.

Der Typ-I Diabetes ist auf einen Mangel des Hormons Insulin zurückzuführen, was vor allem zu Stoffwechselstörungen im Bereich der Kohlenhydratverwertung führt. Die Ursache wird vor allem in einer Schädigung der Insulinproduktion der Bauchspeicheldrüse durch immunologische Prozesse gesehen. Dabei dürften, neben einer genetischen Komponente, virale Infekte, Ernährungsgewohnheiten der Mutter in der Schwangerschaft und Säuglingsernährung eine gewisse Rolle spielen⁶⁴.

Eine Fall-Kontrollstudie aus Wien betreffend die Risikofaktoren für Typ-I Diabetes bei unter 15-Jährigen kam zu folgenden Ergebnissen:

- Das Durchschnittsalter der Väter war bei Typ-I-DiabetikerInnen höher, als in der Kontrollgruppe.
- Die DiabetikerInnen waren signifikant häufiger Zweit- bzw. Drittgeborene.
- Diabetesfälle bei engen Familienangehörigen (Eltern, Geschwister) waren bei den neu diagnostizierten Kindern mit Typ-I Diabetes häufiger anzutreffen, als in der Kontrollgruppe⁶⁵.

Befunde aus Deutschland deuten darauf hin, dass die Kinder von in Deutschland lebenden AusländerInnen (MigrantInnen, GastarbeiterInnen) häufiger von Diabetes betroffen sind. Auch hier dürften nicht nur genetische Prädispositionen, sondern auch Faktoren der Lebensweise eine Rolle spielen⁶⁶.

Kinder und Jugendliche sind fast ausschließlich vom Diabetes Typ-I betroffen. In den letzten Jahren häufen sich jedoch Hinweise darauf, dass auch Diabetes vom Typ-II in der jungen Bevölkerung im Zunehmen begriffen ist. Betroffen sind vor allem Kinder mit starkem Übergewicht und mit familiärer Prädisposition⁶⁷. Diabetes vom Typ-II ist durch einen relativen Insulinmangel und Insulinresistenz der Körperzellen gekennzeichnet, also eine verminderte Empfindlichkeit der Körperzellen auf Insulin⁶⁸. Auch die hormonelle Umstellung in der Pubertät dürfte für die Entwick-

⁶³ RKI 2004, S. 96.

⁶⁴ RKI 2004, S. 96.

⁶⁵ Rieder A. et al., S. 65.

⁶⁶ RKI 2004, S. 97.

⁶⁷ RKI 2004, S. 97.

⁶⁸ RKI 2004, S. 97.

lung von Diabetes Typ-II eine Rolle spielen, da Wachstums- und Sexualhormone Einfluss auf die Entwicklung einer Insulinresistenz haben⁶⁹.

In Europa lässt sich in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme von Diabetes mellitus Typ-I bei Kindern beobachten. Die durchschnittliche Zunahme der Inzidenz beträgt etwa 3 Prozent pro Jahr. Die Ursachen sind noch wenig erforscht, dürften jedoch vor allem mit Faktoren der Lebensweise zusammenhängen (z.B. Ernährung, soziale Faktoren und Lebensgewohnheiten). Die Prävalenz von Diabetes Typ-I bei unter 20-Jährigen wird in Deutschland auf 70 bis 100 Fälle je 100.000 geschätzt. Die jährliche Neuerkrankungsrate (Inzidenz) beträgt bei unter 15-Jährigen etwa 12 bis 13 Fälle pro 100.000 Kinder, in der Altersgruppe unter 5 Jahren etwa 8 Fälle pro 100.000. Burschen sind etwas häufiger betroffen als Mädchen und erkranken im Durchschnitt etwas früher⁷⁰. Für Österreich konnte zwischen 1989 und 1999 eine durchschnittliche Zunahme der Inzidenz von Typ-I Diabetes bei Kindern und Jugendlichen um 2,1 Prozent pro Jahr beobachtet werden⁷¹. Die jährliche Inzidenz von Diabetes Typ-I bei Kindern unter 15 Jahren wird in Österreich auf 12,4 Neuerkrankungen pro 100.000 geschätzt, für Diabetes vom Typ-II auf 0,25 pro 100.000⁷². Das tatsächliche Ausmaß der Verbreitung von Typ-II Diabetes unter Kindern und Jugendlichen dürfte jedoch deutlich unterschätzt werden. Es wird eine hohe Dunkelziffer an nicht diagnostizierten Fällen angenommen. Zudem wird im Kindes- und Jugendalter Typ-II Diabetes häufig fälschlicherweise als Diabetes Typ-I klassifiziert⁷³.

Eine Studie zur Inzidenz von Diabetes des Typs-I unter Kindern und Jugendlichen ergab für Mitte der 90er Jahre folgendes Ergebnis (siehe nachfolgende Tabelle)⁷⁴:

⁶⁹ Rieder A. et al., S. 61.

⁷⁰ RKI 2004, S. 96.

⁷¹ Waldhör et al. 2000, S. 1449.

⁷² Rieder A. et al., S. 62.

⁷³ Rieder A. et al., S. 61.

⁷⁴ Rami et al. 2001, S. B46.

Tabelle 3: Inzidenz von Diabetes Typ-I bei 0- bis 29-Jährigen in Oberösterreich; 1994 bis 1996 (Neuerkrankungen je 100.000 EinwohnerInnen und Jahr)

Alter (Jahren)	Männlich	Weiblich	Gesamt
	Inzidenzrate: Betroffene je 100.000 pro Jahr (95 %-Konfidenzintervall)	Inzidenzrate: Betroffene je 100.000 pro Jahr (95 %-Konfidenzintervall)	Inzidenzrate: Betroffene je 100.000 pro Jahr (95 %-Konfidenzintervall)
0-< 5	4,5 (1,6±9,7)	7,0 (3,2±13,4)	5,7 (3,2±9,4)
5-< 10	9,0 (4,6±15,7)	10,0 (6,0±18,4)	9,9 (6,5±14,6)
10-< 15	10,3 (5,6±17,3)	12,3 (7,0±19,9)	11,3 (7,6±11,3)
15-< 20	10,9 (6,0±18,3)	10,7 (8,7±18,2)	10,0 (7,1±15,7)
20-< 25	7,0 (3,5±12,5)	2,7 (0,7±6,8)	4,9 (2,7±8,0)
25-< 30	8,2 (4,7±13,2)	4,4 (1,9±8,7)	6,7 (4,1±9,5)

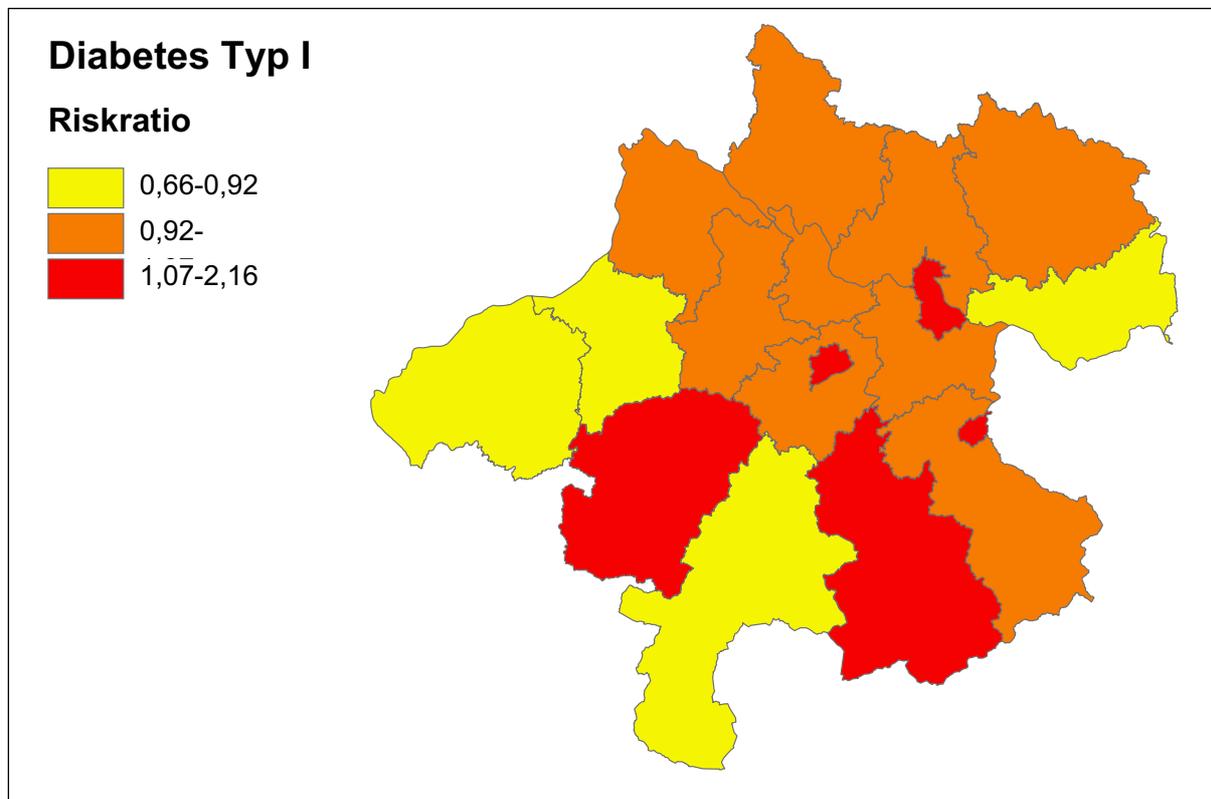
Quelle: Rami et al. 2001, S. B46

Eine regionale Auswertung der Daten der EURODIAB - ACE Studie belegt innerhalb Österreichs ein Ost-West-Gefälle der Inzidenz von Diabetes des Typs-I. Eine detaillierte Analyse der räumlichen Verteilung kommt zu dem Schluss, dass sowohl in Ballungszentren als auch in Gebieten mit sehr geringer Bevölkerungsdichte höhere Inzidenzraten zu beobachten sind. In Gebieten mit mittlerer Bevölkerungsdichte ist die Inzidenz am geringsten. Als Ursache werden soziodemografische und Umwelteinflüsse vermutet. Dieser Studie zufolge ist die Diabetes Typ-I Inzidenz in den Städten Linz, Wels und Steyr besonders hoch. Ebenso in den Bezirken Vöcklabruck und Kirchdorf. Eher geringeres Erkrankungsrisiko ist in den Bezirken Perg, Gmunden, Ried und Braunau zu beobachten⁷⁵. Auch in Deutschland zeigen sich deutliche regionale Unterschiede in der Inzidenz von Diabetes mellitus.

⁷⁵ Waldhör et al. 2000, S. 1450.

Die dahinter stehenden Ursachen konnten bisher noch nicht schlüssig geklärt werden⁷⁶.

Abbildung 63: Regionale Verteilung des Erkrankungsrisikos Diabetes Typ-I; Diabetes bei Kindern unter 15 Jahren - 1989 bis 1999



Quelle: Waldhör et al. 2000, S. 1450

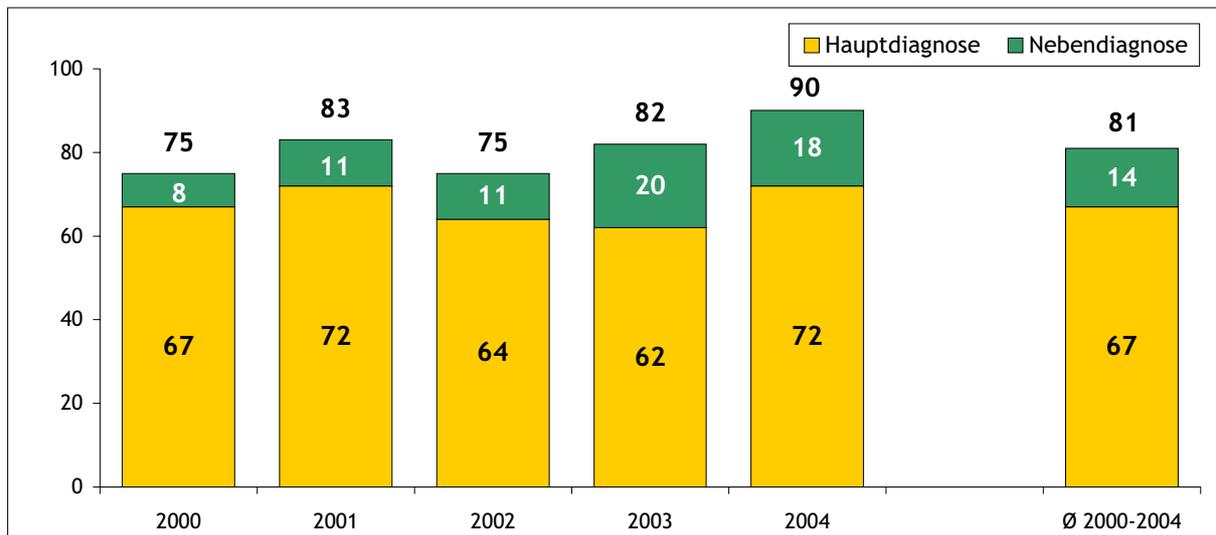
5.10.1. Diagnostizierte Diabetesfälle in Krankenanstalten

Auf 100.000 Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 18 Jahren kommen jährlich im Durchschnitt 81 Krankenhausaufenthalte mit einer Diabetesdiagnose. Zu 96 Prozent handelt es sich dabei um Typ-I Diabetes. Beim Großteil der Krankenhausbehandlungsfälle scheint die Diabetesdiagnose als Hauptdiagnose auf (67 je 100.000), stellt also den Hauptgrund für die jeweilige Krankenhausbehandlung dar. Der Großteil dieser Fälle mit Diabetes als Hauptdiagnose geht auf Neuaufnahmen in den allgemeinen stationären Bereich zurück (96 Prozent), 3 Prozent wurden in eine Tagesklinik aufgenommen und bei einem Prozent handelt es sich um Wiederaufnahmen. Da ein betroffenes Kind mehrmals in einem Jahr mit einer Diabetesdiagnose in einem Krankenhaus aufgenommen werden kann, kann von den hier be-

⁷⁶ RKI 2004, S. 97.

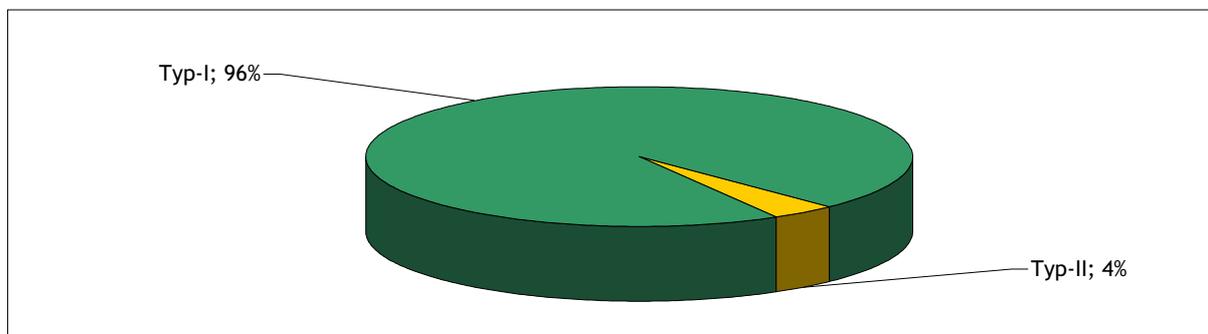
trachteten Spitalentlassungsfällen nicht unmittelbar auf die Anzahl der betroffenen Kinder geschlossen werden. Im Durchschnitt dürften etwa 1,3 bis 1,4 Krankenhausaufenthalte auf ein betroffenes Kind kommen⁷⁷.

Abbildung 64: Krankenhausaufenthalte von Kindern mit Diabetes; Krankenhausaufenthalte je 100.000



Quelle: LKF-Daten; nur Versicherte der OÖGKK; Oberösterreichische Fonds-Krankenanstalten, Kinder bis 18 Jahre.

Abbildung 65: Krankenhausaufenthalte von Kindern nach Diabetestyp

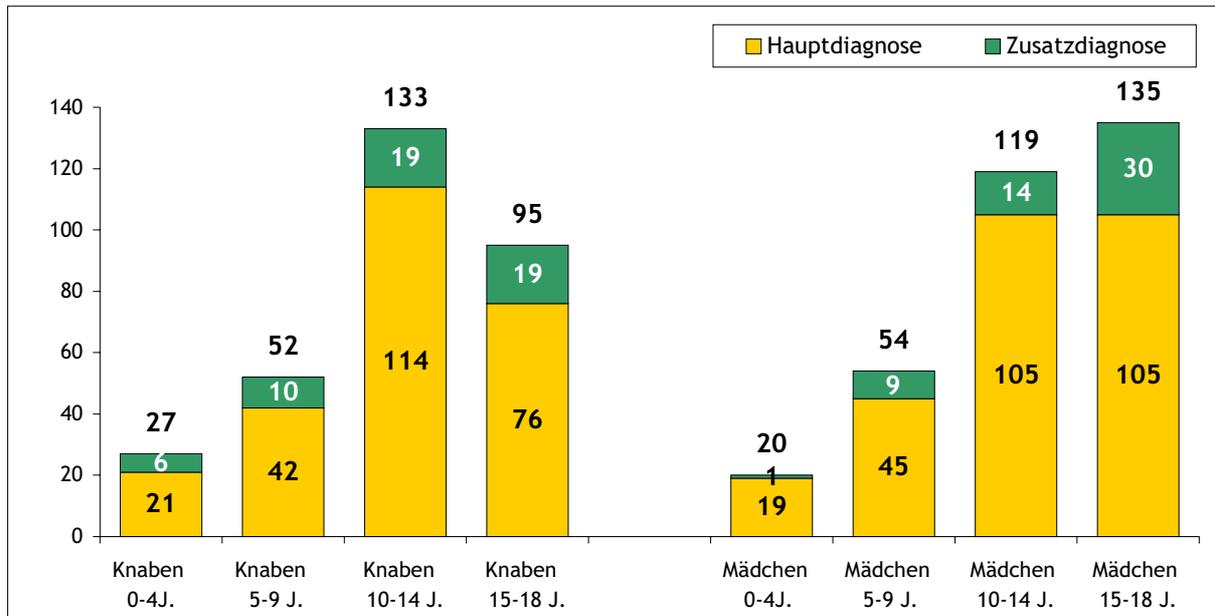


Quelle: LKF-Daten; nur Versicherte der OÖGKK; Oberösterreichische Fonds-Krankenanstalten, Kinder bis 18 Jahre.

⁷⁷ Das Datawarehouse FOKO der OÖGKK bietet die Möglichkeit, Analysen auf Personenebene durchzuführen. Allerdings ist nur die Hauptdiagnose erfasst. Für die Jahre 2004 und 2005 wurde analysiert, wie viele Krankenhausaufenthalte auf eine betroffene Person kommen. Anzumerken ist, dass die Datenbasis etwas von den LKF-Daten abweicht, da in FOKO auch die Aufenthalte von OÖGKK-Versicherten in Krankenhäusern anderer Bundesländer enthalten sind. Bei unter 10-Jährigen ergibt sich daraus eine Rate von 1,3 Aufenthalten pro betroffenem Kind, bei 10- bis 20-Jährigen 1,4 Aufenthalte pro Betroffenen/r.

Die Häufigkeit der Krankenhausbehandlungen mit diagnostiziertem Diabetes nimmt ab dem 10. Lebensjahr sowohl bei den Mädchen als auch bei den Knaben stark zu (auf 133 bzw. 119 Fälle je 100.000). Bei den 15- bis 18-jährigen Knaben geht die Rate wieder etwas zurück (auf 95 Fälle/100.000) während sie bei den Mädchen dieser Altersgruppe auf ähnlichem Niveau verbleibt (135 Fälle/100.000).

Abbildung 66: Krankenhausaufenthalte von Kindern mit Diabetes nach Alter und Geschlecht; Krankenhausesfälle je 100.000

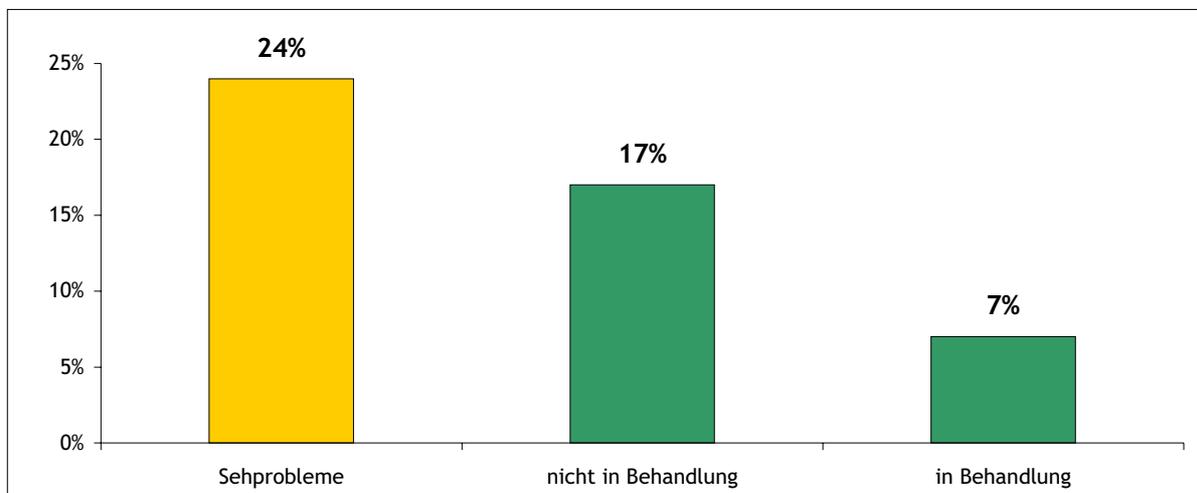


Quelle: LKF-Daten; nur Versicherte der OÖGKK; Oberösterreichische Fonds-Krankenanstalten, Kinder bis 19 Jahre, Durchschnitt 2000 bis 2004.

5.11. Sehprobleme bei Kindern im Kindergartenalter

Im Rahmen des Seh-Screenings in oberösterreichischen Kindergärten (siehe Versorgungsteil Kapitel 7) wurden im Zeitraum zwischen September 2003 und August 2005 insgesamt über 30.000 Kinder untersucht. Davon wiesen 24 Prozent Sehprobleme auf. Der Anteil der Kinder, deren Sehprobleme bereits behandelt wurden, beträgt 7 Prozent, die restlichen 17 Prozent waren zum Zeitpunkt des Screenings noch nicht in Behandlung.

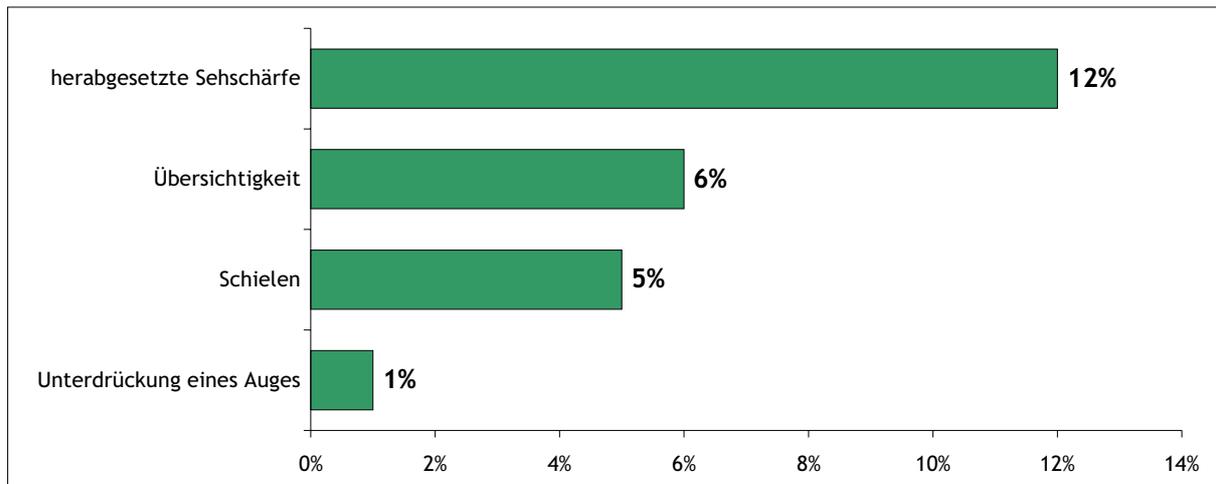
Abbildung 67: Ergebnisse des Screenings auf Fehlsichtigkeit bei Kindergartenkindern



Quelle: Landessanitätsdirektion; Seh-Screening Sept. 2003 bis August 2005 in OÖ-Kindergärten

Die festgestellten Auffälligkeiten verteilen sich folgendermaßen: bei 12 Prozent der untersuchten Kinder wurde eine herabgesetzte Sehschärfe festgestellt, bei 6 Prozent Übersichtigkeit, bei 5 Prozent Strabismus (Schielen) und bei 1 Prozent die Unterdrückung eines Auges.

Abbildung 68: Auffälligkeiten beim Screening auf Fehlsichtigkeit bei Kindergartenkindern



Quelle: Landessanitätsdirektion; Seh-Screening Sept. 2003 bis August 2005 in OÖ-Kindergärten

5.12. Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Es gibt derzeit noch keine Studie, die darüber Auskunft geben kann, wie viele Kinder in Oberösterreich tatsächlich übergewichtig sind oder an Adipositas leiden. Es ist aber davon auszugehen, dass sich die Daten nicht zu sehr von anderen westlichen Industrieländern unterscheiden, sodass zwischen 10 und 20 Prozent der Kinder an Übergewicht leiden und 3 bis 8 Prozent adipös sind.

Die oberösterreichische Ärztekammer hat im Jahr 2005 eine Studie veröffentlicht, die sich mit den Motiven und Kausalitäten der gestörten Energiebilanz im Zusammenhang mit Fettleibigkeit befasst.⁷⁸ Dabei wurden bei 3 niedergelassenen Ärzten, 2 Adipositasambulanzen und einer Kinderklinik Fragebögen an übergewichtige Kinder bzw. deren Eltern ausgeteilt und konnten in dafür vorgesehene Boxen eingeworfen werden. Es wurden 107 Fragebögen ausgefüllt.

Die wesentlichen Ergebnisse daraus sind:

- "85 Prozent der Mütter haben einen BMI größer gleich 25,
- 69 Prozent der Väter haben einen BMI größer gleich 25,
- 25 Prozent haben bereits mit 5 Jahren eine Adipositas entwickelt,
- 47 Prozent der Eltern motivieren ihr Kind selten oder nie, statt des Aufzugs die Treppe zu nehmen,
- 22 Prozent der Kinder haben keine Spielkameraden,
- 40 Prozent der Kinder naschen häufig beim Fernsehen,
- 25,7 Prozent der Kinder erhalten von den Eltern (stark) zuckerhaltige Limonaden."⁷⁹
- „47 Prozent der Eltern neigen zu vermehrtem Essen, wenn sie sich langweilen oder frustriert sind.“⁸⁰

Man konnte aufgrund der Studie zum Schluss kommen, dass übergewichtige Kinder großteils auch übergewichtige Eltern haben. Die Kinder erlernen ein Ess- und Bewegungsverhalten, das zu Übergewicht oder Adipositas führt. In der Studie wurde

⁷⁸ Ärztekammer für Oberösterreich: Studie zur Ätiologie der juvenilen Adipositas in Oberösterreich als Basis für mögliche Interventionen.

⁷⁹ Ärztekammer 2005, S. 5.

⁸⁰ Ärztekammer 2005, S. 13.

auf teilweise massive Ernährungsfehler bzw. Bewegungsmängel der Eltern hingewiesen.⁸¹

⁸¹ Ärztekammer 2005, S. 6.

6. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen

Kindheit und Jugend (Adoleszenz) sind Lebensabschnitte, in denen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wesentlicher Stellenwert zukommt. Eine Vielzahl an gesundheitlichen Problemen dieser Altersgruppe hängt direkt oder indirekt mit riskanten Verhaltensweisen zusammen. Als Beispiele können Verletzungen/Unfälle (bspw. infolge von riskantem Verhalten im Straßenverkehr oder durch aggressives Verhalten), der Konsum legaler und illegaler Suchtmittel (Alkohol, Nikotin, Drogen etc.) sowie Übergewicht (infolge Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung) genannt werden⁸².

Das Jugendlichenalter ist aber auch ein wichtiger Zeitabschnitt, in dem gesundheitsfördernde Maßnahmen ansetzen können, da die in dieser Zeit erlernten Einstellungen und Verhaltensweisen spätere Lebensabschnitte nachhaltig prägen⁸³.

6.1. Alkohol

Experten gehen davon aus, dass - anders als beim Rauchen - vom Trinkverhalten im Jugendlichenalter nicht unmittelbar auf den Alkoholkonsum im Erwachsenenalter geschlossen werden kann. Teilweise handelt es sich um "experimentelles Trinken" (Probierverhalten) welches in gewisser Weise zur Entwicklung eines effektiven Kontrollverhaltens und zum Erlernen des Umgangs mit der Droge Alkohol dienen kann. Es wird jedoch vermutet, dass zum Teil auch schon Jugendliche Alkohol im Zusammenhang mit bestimmten Lebensproblemen und Stresssituationen aufgrund seiner psychoaktiven Wirkung konsumieren. Daneben ist für die Entwicklung von Problematiken Menge und Regelmäßigkeit des Konsums ausschlaggebend⁸⁴.

Für viele Jugendliche beginnt der Einstieg in den Alkoholkonsum bereits vor dem 16. Lebensjahr. Im Jahr 2001 gaben österreichweit 3 Prozent der 13-jährigen Knaben und 1 Prozent der Mädchen an, schon mindestens viermal betrunken gewesen

⁸² Schwartz 2003, S. 639, Currie et. al. 2004, S. 53.

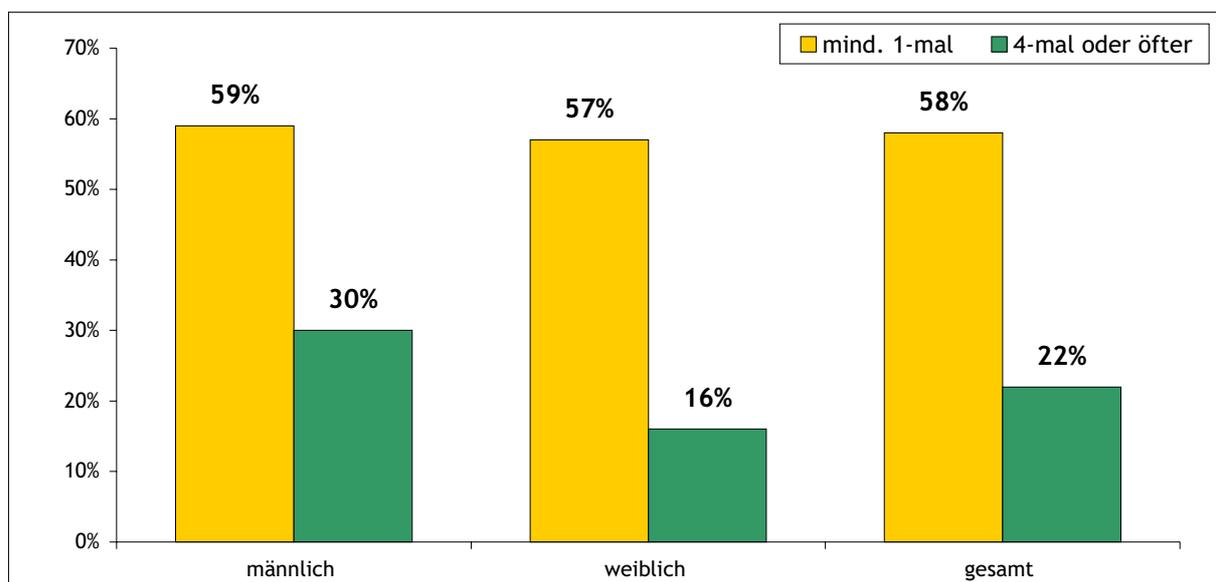
⁸³ Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, S. 63.

⁸⁴ Dür/Mravlag 2002, S. 21.

zu sein. Bei den 15-Jährigen betrug der Anteil bei den Knaben bereits 20 Prozent und bei den Mädchen 16 Prozent⁸⁵. In den 90er Jahren lässt sich in Österreich eine Zunahme des Alkoholkonsums bei den 15-jährigen SchülerInnen feststellen. Zwischen 1998 und 2001 ist wieder eine leichte Abnahme zu beobachten (um 5 Prozent), welche vor allem auf die Knaben zurückgeht⁸⁶.

Oberösterreich gehört zu den Bundesländern mit eher hohem Alkoholkonsum bei unter 16-Jährigen⁸⁷. Dies dürfte vor allem durch das Trinkverhalten der Knaben bedingt sein. Bei den 15-jährigen Burschen liegt der Anteil derer, die bereits vier oder mehr Erfahrungen mit Betrunkenheit hinter sich haben, bei 30 Prozent. Bei den Mädchen beträgt dieser Anteil 16 Prozent und liegt damit im Bundesdurchschnitt. Sowohl bei den Burschen als auch bei den Mädchen geben mehr als die Hälfte (zwischen 57 und 59 Prozent) an, mindestens einmal betrunken gewesen zu sein.

Abbildung 69: Alkoholerfahrung 15-Jähriger - nach Geschlecht



„Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du richtig betrunken warst?“; nur 15-Jährige
Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

Unter den oberösterreichischen 11-Jährigen geben 6 Prozent an, bereits mindestens einmal so viel Alkohol konsumiert zu haben, dass sie betrunken waren. Bei den 12-Jährigen liegt der Anteil bereits bei 15 Prozent und bei den 15-Jährigen bei 58 Prozent. Auch der Anteil derer, die bereits mindestens viermal betrunken waren, steigt im Alter zwischen 13 und 15 Jahren stark an (13-Jährige 1 Prozent; 15-Jäh-

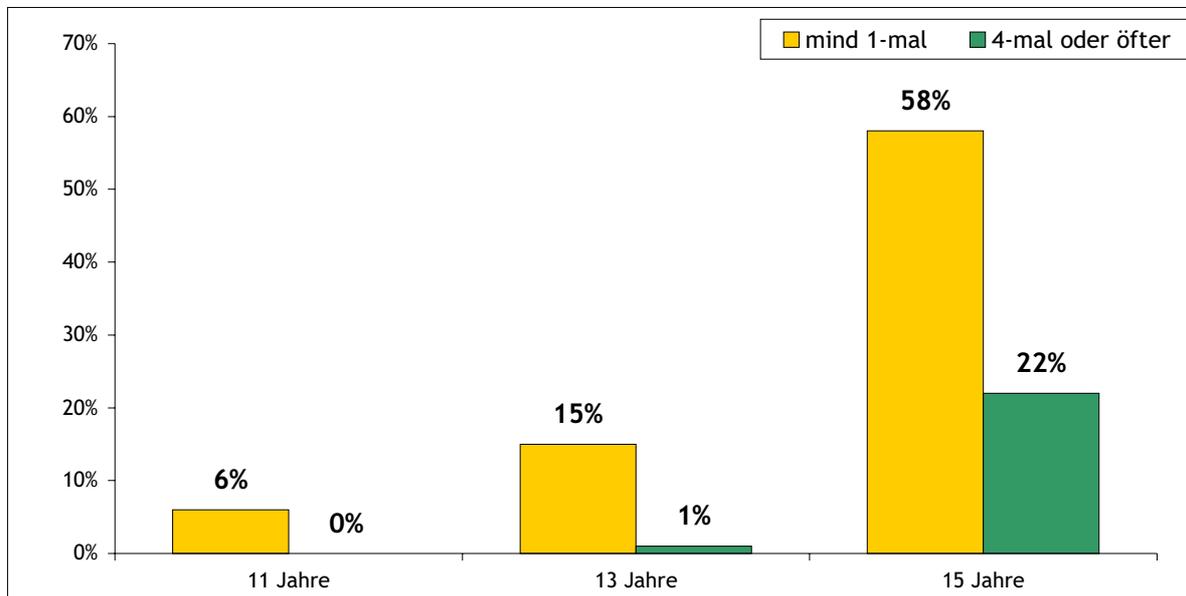
⁸⁵ Dür/Mravlag 2002, S. 22.

⁸⁶ Dür/Mravlag 2002, S. 22.

⁸⁷ Dür/Mravlag 2002, S. 23.

rige 22 Prozent). Die meisten beginnen also im Alter von 14 bis 15 Jahren in größeren Mengen Alkohol zu konsumieren.

Abbildung 70: Alkoholerfahrung 11- bis 15-Jähriger

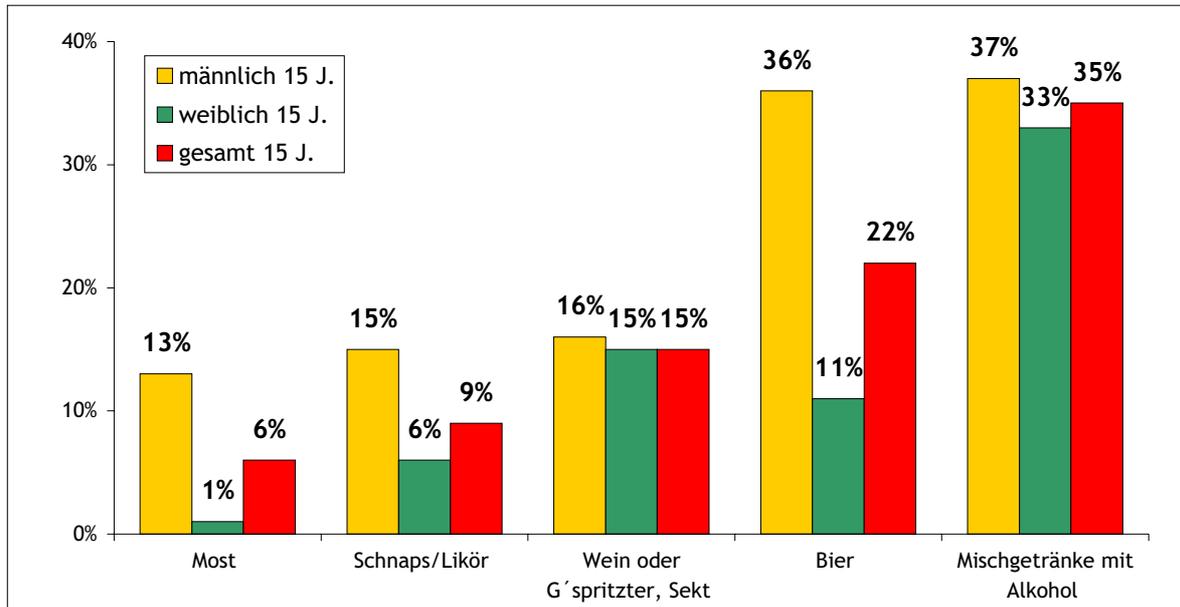


„Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du richtig betrunken warst?“
 Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

Bei unter 16-Jährigen sind sowohl bei den Knaben als auch bei den Mädchen alkoholische Mischgetränke am beliebtesten⁸⁸. Dies lässt sich auch in Oberösterreich beobachten. 35 Prozent der 15-Jährigen geben an, einmal pro Woche alkoholische Mischgetränke zu konsumieren (Mädchen und Burschen unterscheiden sich hier nicht). Bier ist eine Domäne der männlichen Jugendlichen. Bei den 15-jährigen Burschen geben 36 Prozent an, mindestens einmal pro Woche Bier zu trinken, bei den Mädchen nur 11 Prozent. Ungefähr 15 Prozent der Jugendlichen beider Geschlechter konsumieren wöchentlich Wein bzw. ähnliche Getränke (Gespritzter, Sekt). Über 10 Prozent der männlichen Jugendlichen geben an, regelmäßig Spirituosen zu konsumieren, bei den weiblichen etwa halb so viele.

⁸⁸ Dür/Mravlag 2002, S. 22.

Abbildung 71: Beliebtheit verschiedener alkoholischer Getränke bei 15-Jährigen

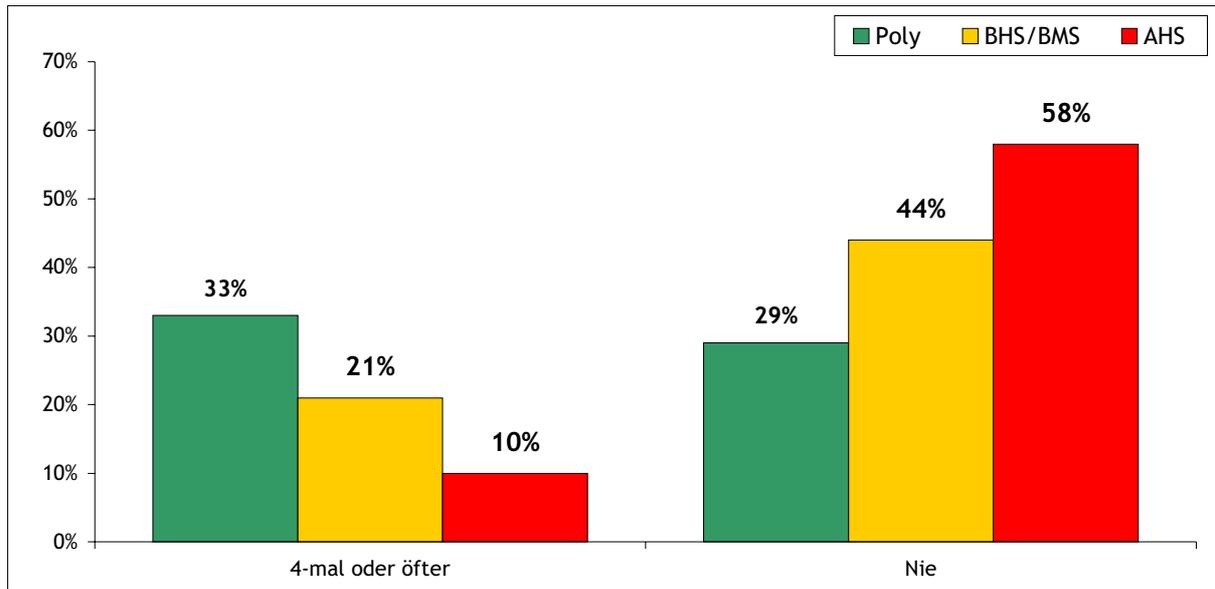


„Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Mischgetränke mit Alkohol?“, mind. einmal wöchentlich; nur 15-Jährige; Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

Unter HauptschülerInnen und SchülerInnen von Polytechnischen Schulen und Berufsbildenden Schulen ist der Alkoholkonsum deutlich höher als bei SchülerInnen von Gymnasien⁸⁹. Ein Zehntel der AHS-SchülerInnen, aber ein Drittel SchülerInnen der Polytechnischen Schulen geben an, bereits viermal oder öfter betrunken gewesen zu sein. Die SchülerInnen der berufsbilden mittleren und höheren Schulen liegen, mit 21 Prozent, zwischen diesen Gruppen. Nur 29 Prozent der SchülerInnen der Polytechnischen Schule waren noch nie betrunken. Unter den BHS und BMS - SchülerInnen trifft dies auf 44 Prozent und bei den AHS-SchülerInnen auf 58 Prozent zu.

⁸⁹ Dür/Mravlag 2002, S. 23.

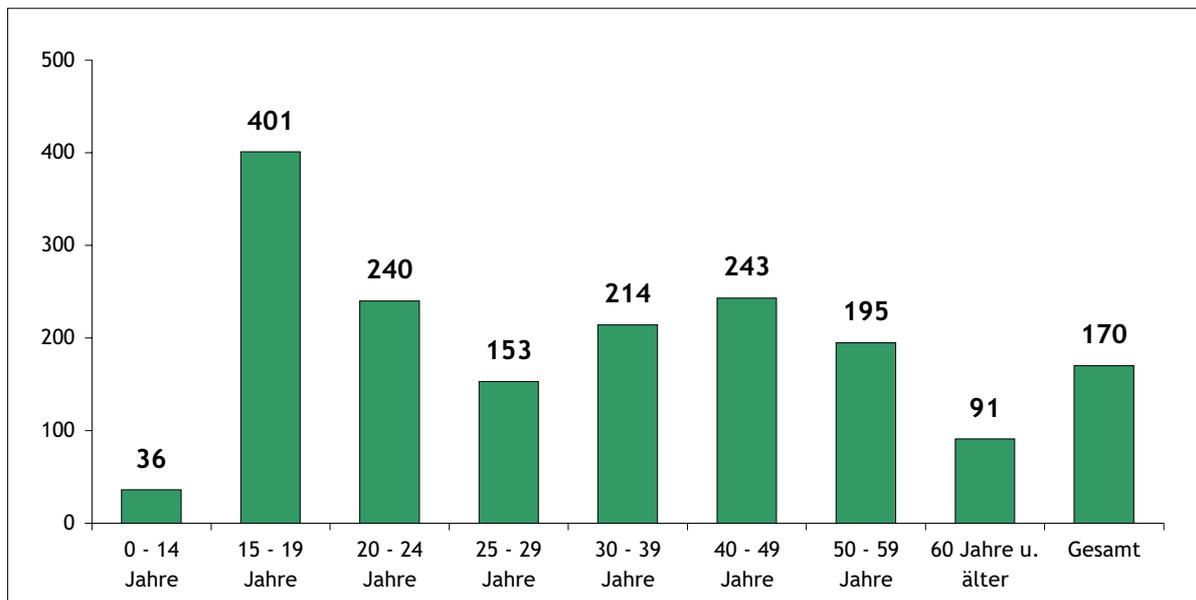
Abbildung 72: Alkoholerfahrung nach Schultyp - 9. Schulstufe



„Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du richtig betrunken warst?"; 9. Schulstufe
Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

Der Konsum von alkoholischen Getränken führt schon bei Jugendlichen zu Behandlungen in Krankenanstalten. Hervorzuheben sind vor allem Diagnosen im Bereich der akuten Folgen übermäßigen Alkoholkonsums (wie bspw. akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch und toxische Wirkung durch Alkohol). Die Krankenhausfälle mit einer dieser Diagnosen treten bei 15- bis 19-jährigen Jugendlichen am häufigsten auf (mit 400 Krankenhausentlassungsfällen je 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe).

Abbildung 73: Krankenhausaufenthalte akuter Alkoholmissbrauch; Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen



Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch; Krankenhauserlassungsfälle 2003; Fälle je 100.000 EinwohnerInnen. Quelle: LKF-Daten 2003 (Institut Suchtprävention 2005)

6.2. Tabakkonsum

Rauchen kann europaweit als der wichtigste verhaltensbezogene Risikofaktor für Jugendliche angesehen werden. Das im Jugendlichenalter erlernte Rauchverhalten prägt zu einem großen Teil den Umgang mit Nikotin im Erwachsenenalter. Über 90 Prozent der RaucherInnen beginnen mit dem Tabakrauchen vor dem 18. Lebensjahr⁹⁰. Das Suchtpotenzial von Nikotin ist für Jugendliche deutlich höher als für Erwachsene, was dazu führt, dass Jugendliche schneller und häufiger Abhängigkeitssymptome entwickeln⁹¹.

In Österreich ist in den 90er Jahren eine Zunahme der regelmäßigen RaucherInnen bei unter 16-Jährigen festzustellen. Dies betrifft vor allem den Konsum bei Mädchen. Zwischen 1998 und 2001 lässt sich keine weitere Steigerung beobachten. Unter anderem könnte dies auf die Erhöhung der Zigarettenpreise im Jahr 2000 zurückzuführen sein⁹².

Hinsichtlich der Raucherprävalenz bei 15-Jährigen bewegt sich Oberösterreich im österreichischen Durchschnitt. 23 Prozent rauchen täglich, weitere 10 Prozent mindestens einmal pro Woche und 14 Prozent gelegentlich. Nur etwas mehr als die Hälfte der 15-Jährigen raucht überhaupt nicht (53 Prozent). Damit liegt die Raucherprävalenz bei den 15-Jährigen nur mehr unwesentlich unter der erwachsenen Bevölkerung⁹³. Zwischen Burschen und Mädchen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede im Anteil der täglichen KonsumentInnen erkennen.

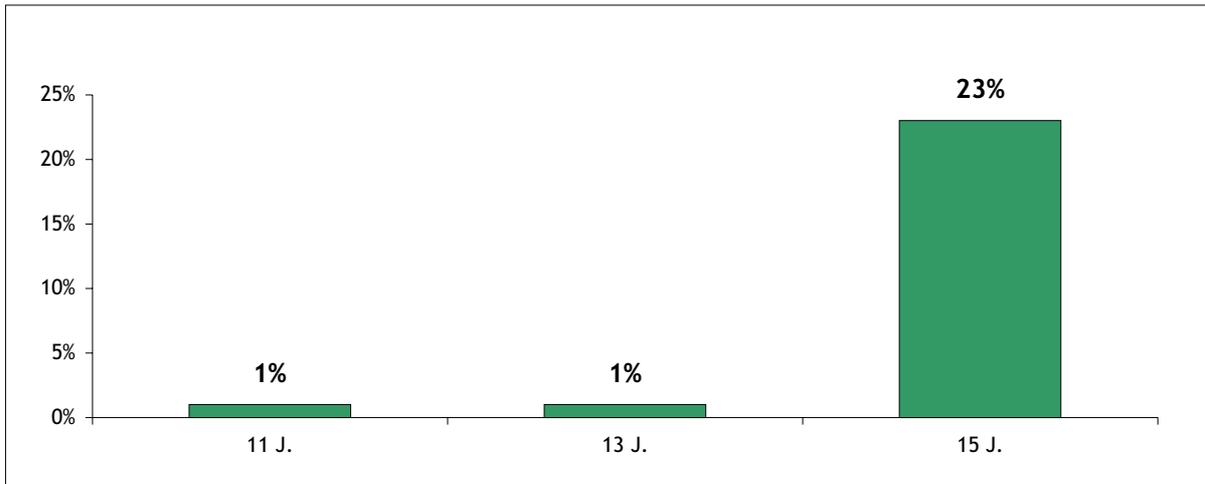
⁹⁰ Dür/Mravlag 2002, S. 24.

⁹¹ Dür/Mravlag 2002, S. 26.

⁹² Dür/Mravlag 2002, S. 25.

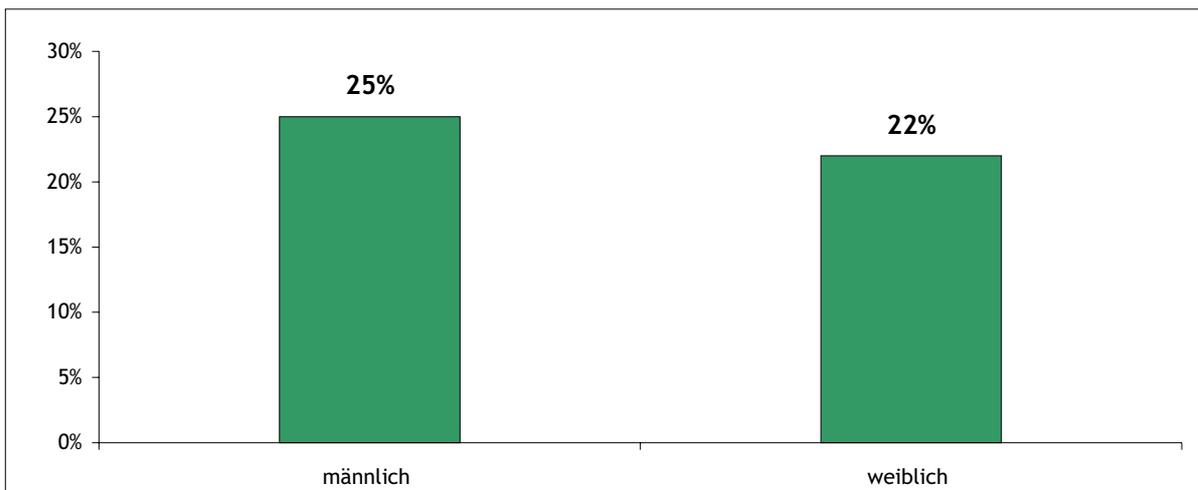
⁹³ Dür et al. 2004, S. 9.

Abbildung 74: Tabakkonsum 11- bis 15-Jähriger - tägliche RaucherInnen nach Alter



„Wie oft rauchst du derzeit Tabak? “; Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

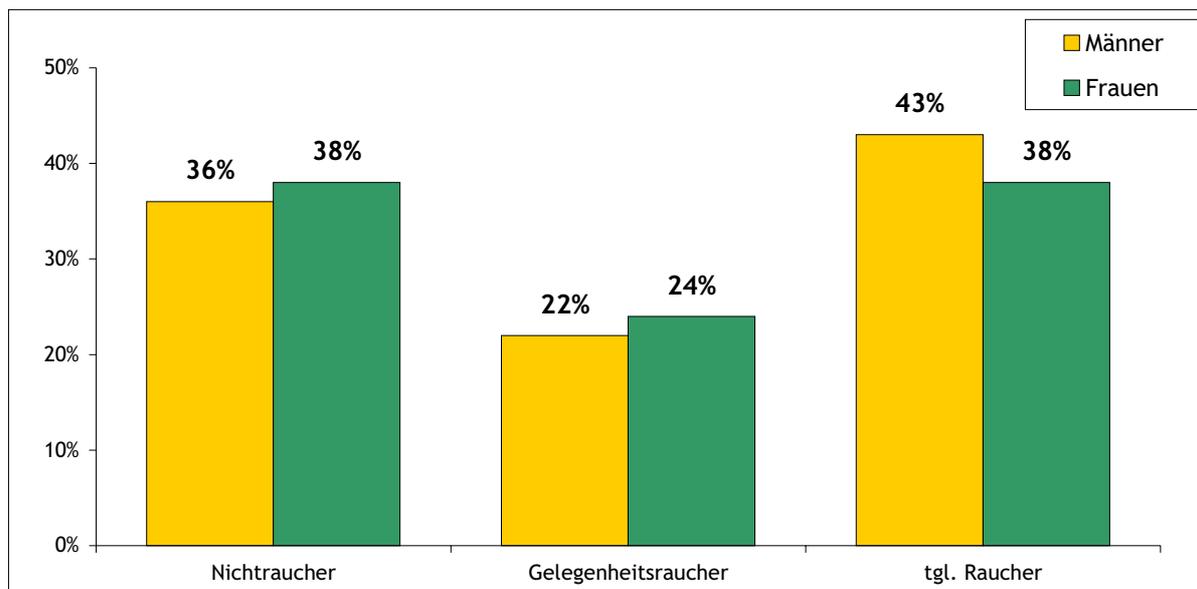
Abbildung 75: Tabakkonsum 11- bis 15-Jähriger - tägliche RaucherInnen nach Geschlecht



„Wie oft rauchst du derzeit Tabak? “; Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

Einer Studie des Instituts Suchtprävention zufolge rauchen in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen Jugendlichen bereits 38 Prozent der Frauen und 43 Prozent der Männer täglich. Weitere 24 Prozent der Frauen und 22 Prozent der Männer dieser Altersgruppe rauchen gelegentlich bzw. seltener als täglich.

Abbildung 76: Tabakkonsum 15- bis 19-Jähriger



Bevölkerungsbefragung 2003 (oberösterreichische Bevölkerung ab 15.J.), aufgrund von Rundungsgenauigkeit nicht ganz 100 Prozent

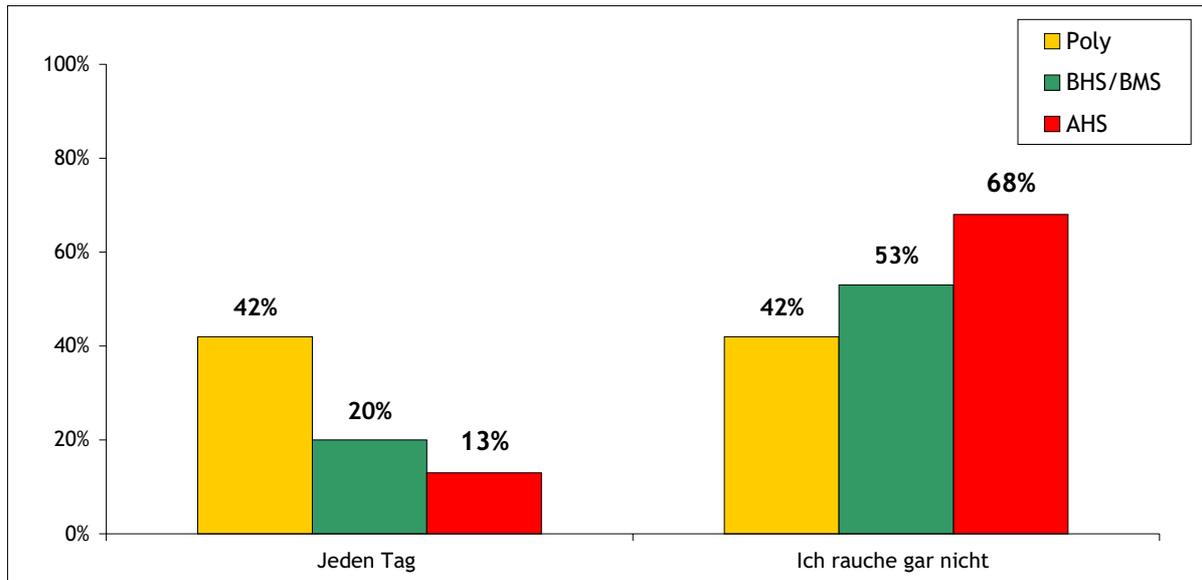
Quelle: Institut für Suchtprävention 2005, S. 186

Es zeigen sich deutliche Unterschiede im Rauchverhalten zwischen SchülerInnen der Hauptschulen bzw. Polytechnischen Schulen und SchülerInnen in Gymnasien. In Österreich rauchten 2001 33 Prozent der 15-Jährigen in Polytechnischen Schulen, 22 Prozent der SchülerInnen in Berufsbildenden Schulen und 14 Prozent in Allgemeinbildenden Höheren Schulen mindestens einmal täglich⁹⁴. Ähnliches lässt sich auch in Oberösterreich beobachten⁹⁵. In der 9. Schulstufe geben 13 Prozent der oberösterreichischen AHS-Schülerinnen an, täglich zu rauchen. In den Berufsbildenden mittleren und höheren Schulen beträgt der Anteil 20 Prozent und in den Polytechnischen Schulen 42 Prozent. Umgekehrt sind in Polytechnischen Schulen nur 42 Prozent NichtraucherInnen, in BHS und BMS 53 Prozent und in den Allgemeinbildenden Höheren Schulen 68 Prozent.

⁹⁴ Dür/Mravlag 2002, S. 26.

⁹⁵ Dür et al 2004, S. 10.

Abbildung 77: Tabakkonsum 15-Jähriger nach Schultyp - 9. Schulstufe



„Wie oft rauchst du derzeit Tabak? “; 9. Schulstufe; Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

Schon Im Alter unter 18 Jahren bereuen viele jugendliche RaucherInnen, das Rauchen begonnen zu haben. Ein wesentlicher Anteil hat bereits in diesem Alter erfolglos versucht, das Rauchen wieder aufzugeben⁹⁶. Von den 33 Prozent der 15-jährigen OberösterreicherInnen, die regelmäßig rauchen, geben bereits etwa 40 Prozent an, dass sie innerhalb des nächsten Jahres zu rauchen aufhören möchten (13 Prozent aller Befragten)⁹⁷.

⁹⁶ Dür/Mravlag 2002, S. 26.

⁹⁷ Dür et al 2004, S. 10.

6.3. Illegale Drogen

Etwa ein Viertel der 15- bis 24-jährigen oberösterreichischen Bevölkerung gibt an, dass sie gerne oder eventuell Cannabisprodukte probieren möchte. Bei allen anderen Drogen ist der Anteil deutlich geringer (biogene Drogen wie bspw. Pilze und einheimische Pflanzen 10 Prozent; Aufputzmittel 7 Prozent; Extasy 7 Prozent, LSD 6 Prozent, Kokain 5 Prozent). Die Probierbereitschaft ist jedoch unter den Jugendlichen, die bereits illegale Drogen konsumiert haben, deutlich höher als unter den Drogenunerfahrenen⁹⁸.

In Österreich geben, laut HBSC-Studie 2001, 14 Prozent der 15-Jährigen an, bereits einmal Cannabis probiert zu haben⁹⁹. In Oberösterreich liegt der Anteil ähnlich hoch (ca. 12 Prozent)¹⁰⁰. Einer Umfrage des Instituts Suchtprävention zufolge gaben 2003 unter den 16- bis 17-Jährigen knapp 17 Prozent an, innerhalb der letzten 30 Tage Cannabisprodukte konsumiert zu haben¹⁰¹. Anders als beim Tabakkonsum lässt sich beim Konsum von Cannabisprodukten ein höherer Anteil unter AHS-SchülerInnen finden als in Hauptschulen und Polytechnischen Schulen¹⁰².

Das Einstiegsalter für den Konsum von Extasy liegt höher als bei Cannabis. Daher spielt der Konsum dieser Droge derzeit bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren praktisch keine Rolle. Die größte Verbreitung ist in Oberösterreich derzeit in der Altersgruppe der 18- bis 19-Jährigen zu beobachten, wo über 10 Prozent angeben, bereits derartige Drogen konsumiert zu haben und 6 Prozent, innerhalb der letzten zwölf Monate davon Gebrauch gemacht zu haben. Unter den 16- bis 17-Jährigen liegt der Anteil derer, die bereits Extasy konsumiert haben bei 5 Prozent und die Zwölf-Monats-Prävalenz bei 3 Prozent¹⁰³.

Die Verbreitung von illegalen Aufputzmitteln unter Jugendlichen ist ähnlich hoch wie bei Extasy. Jedoch dürfte der Konsum auch bei 15-Jährigen bereits eine gewisse Rolle spielen (10 Prozent der 15-Jährigen geben an, bereits derartige Drogen konsumiert zu haben). Anzumerken ist jedoch, dass bei dieser Substanzengruppe die Konsumangaben von eingeschränkter Aussagekraft sind, da die genaue Zusam-

⁹⁸ *Institut Suchtprävention 2005, S. 92.*

⁹⁹ *Dür/Mravlag 2002, S. 27.*

¹⁰⁰ *Institut Suchtprävention 2005, S. 81.*

¹⁰¹ *Institut Suchtprävention 2005, S. 79.*

¹⁰² *Dür/Mravlag 2002, S. 27.*

¹⁰³ *Institut Suchtprävention 2005, S. 82.*

mensetzung der genommenen Substanzen den KonsumentInnen oft nicht bekannt ist bzw. für die Befragten schwer zuzuordnen ist¹⁰⁴.

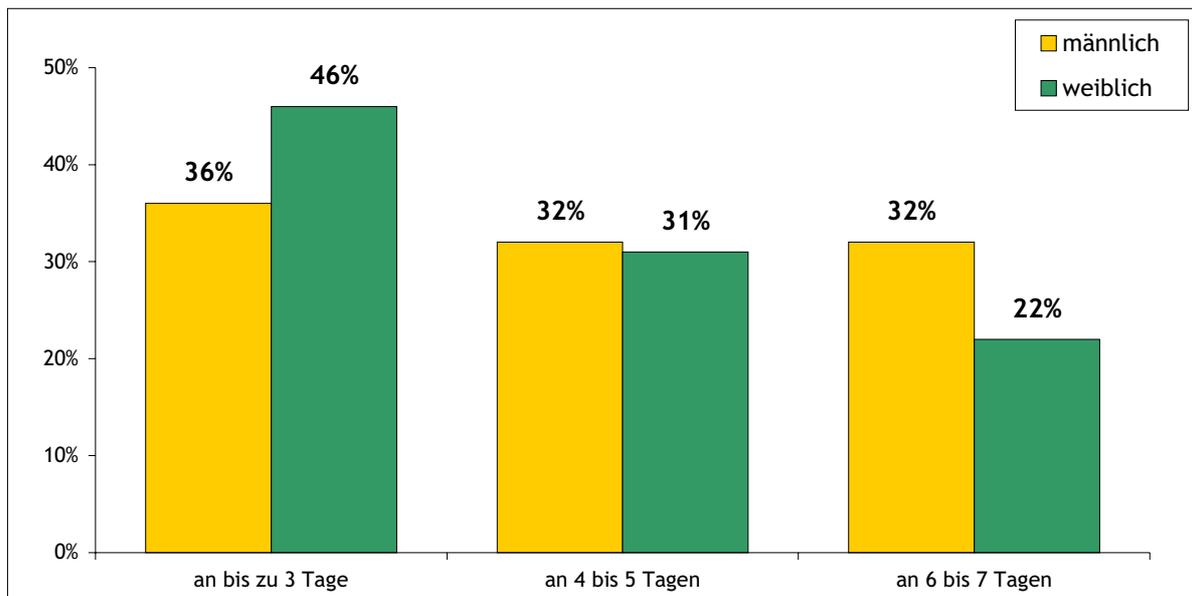
6.4. Freizeitverhalten, Bewegung und Sport

6.4.1. Bewegung

Im Durchschnitt betreiben österreichische Kinder zwischen 11 und 15 Jahren an 3 bis 5 Tagen pro Woche körperliche Aktivitäten (mind. 1 Stunde/Tag). Mädchen weisen durchschnittlich einen Tag weniger auf als Knaben¹⁰⁵.

In Oberösterreich geben 32 Prozent der Knaben und 22 Prozent der Mädchen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren an, an mindestens 6 Tagen pro Woche mindestens eine Stunde Bewegung zu machen. Etwas über 30 Prozent bei Mädchen und Knaben betreiben an 4 bis 5 Tagen eine Stunde Sport. 46 Prozent der Mädchen und 36 Prozent der Knaben bewegen sich an weniger als vier Tagen pro Woche.

Abbildung 78: Bewegung (mind. 60 min/Tag) pro Woche - 11- bis 15-Jährige



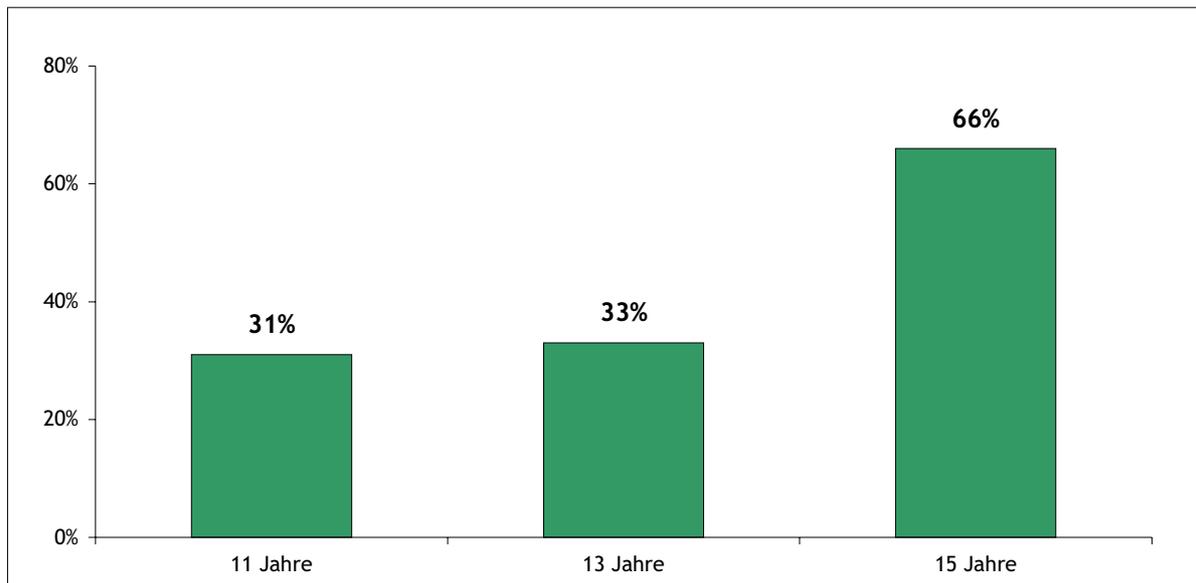
„An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?“ - aufgrund von Rundungsungenauigkeit nicht ganz 100 Prozent
Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

¹⁰⁴ Institut Suchtprävention 2005, S. 83.

¹⁰⁵ Dür/Mravlag 2002, S. 28.

Während bei den 11- und 13-Jährigen der Anteil der Kinder mit wenig Bewegung noch bei etwa einem Drittel liegt, steigt der Anteil mit Bewegung an weniger als drei Tagen wöchentlich in der Altersgruppe der 15-Jährigen auf zwei Drittel an.

Abbildung 79: Bewegung an weniger als 4 Tagen (mind. 60 min/Tag) pro Woche - 11- bis 15-Jährige



„An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?“ Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

6.4.2. Fernsehen und Computer

In Österreich verbringen 11- bis 15-Jährige durchschnittlich 2 bis 3 Stunden pro Tag mit Fernsehen. Zwei Drittel der SchülerInnen sehen an Wochentagen zwischen einer und drei Stunden pro Tag fern und weitere 15 Prozent vier und mehr Stunden. Knapp ein Fünftel sieht während der Woche weniger als eine Stunde fern¹⁰⁶. Über 90 Prozent der Kinder haben zu Hause Zugang zu einem Computer. Etwa drei Viertel der 11- bis 15-Jährigen verbringen in der Freizeit eine Stunde oder weniger vor dem Computer, etwa ein Viertel mehr als eine Stunde täglich. Sowohl bei Mädchen, als auch bei Knaben ist im Altersbereich zwischen 11 und 15 Jahren eine Zunahme zu erkennen. Generell sind die vor dem Computer verbrachten Stunden bei Knaben höher als bei Mädchen. An Sonn- und Feiertagen ist die mit dem Computer verbrachte Freizeit durchschnittlich um eine Stunde höher als an Schultagen¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Dür/Mravlag 2002, S. 29.

¹⁰⁷ Dür/Mravlag 2002, S. 30.

6.4.3. Sicherheit bei Sport und im Straßenverkehr

Bei den 11-jährigen Mädchen in Österreich geben 40 Prozent an, beim Radfahren immer oder oft einen Helm zu tragen, bei den Knaben sind es 19 Prozent. Dieser Anteil sinkt bei den 15-jährigen Mädchen auf 3 Prozent und bei den Knaben auf 6 Prozent¹⁰⁸.

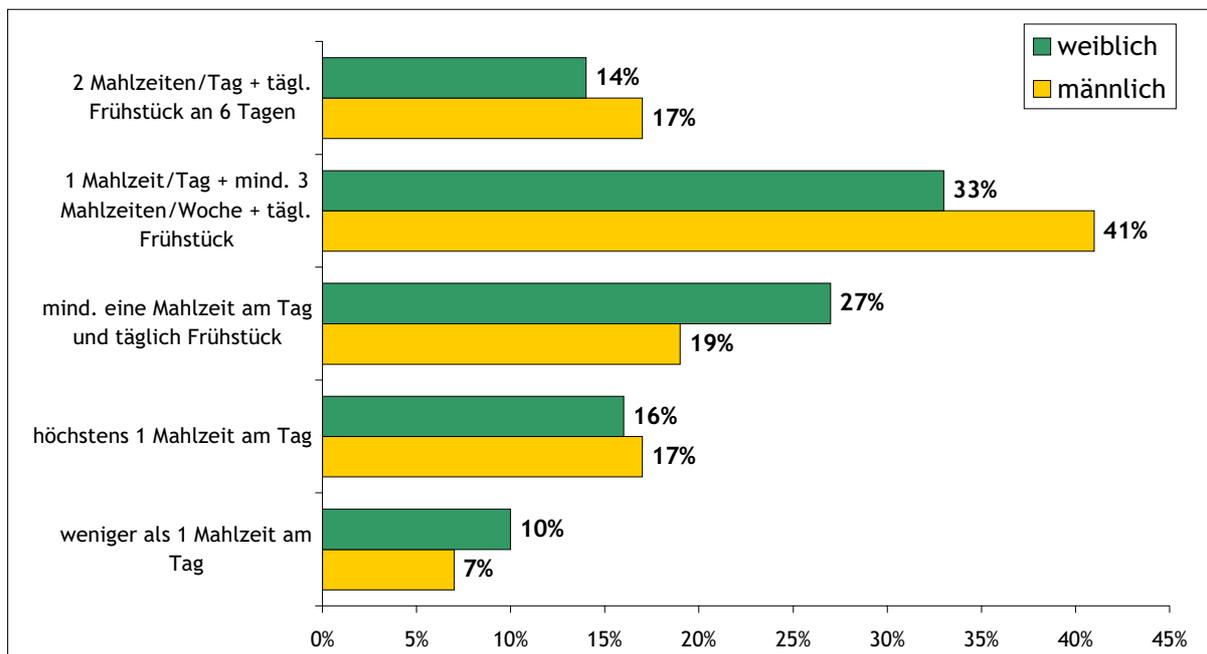
¹⁰⁸ *Dür/Mravlag 2002, S. 28.*

6.5. Ernährung

Hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten weisen etwa ein Fünftel der österreichischen 11- bis 14-Jährigen sehr unregelmäßige Muster auf, insofern, als nur unregelmäßig die üblichen Hauptmahlzeiten eingenommen werden (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) und ein großer Teil der Ernährung auf Zwischenmahlzeiten und Snacks beruhen dürfte¹⁰⁹.

In Oberösterreich können die Ernährungsgewohnheiten von etwa einem Viertel der SchülerInnen zwischen 11 und 15 Jahren als problematisch eingestuft werden, insofern, da sie höchstens eine vollwertige Mahlzeit pro Tag einnehmen (26 Prozent der Mädchen und 24 Prozent der Burschen). Weitere 27 Prozent der Mädchen und 19 Prozent der Knaben geben an, neben dem täglichen Frühstück, nur an weniger als drei Tagen zwei vollwertige Mahlzeiten zu sich zunehmen, was als unzureichend angesehen werden kann. Zudem ist in den Altersgruppen zwischen 11 und 15 Jahren mit steigendem Alter eine Zunahme problematischer und unzureichender Essgewohnheiten zu beobachten, insbesondere bei Mädchen¹¹⁰.

Abbildung 80: Essgewohnheiten - 11- bis 15-Jährige



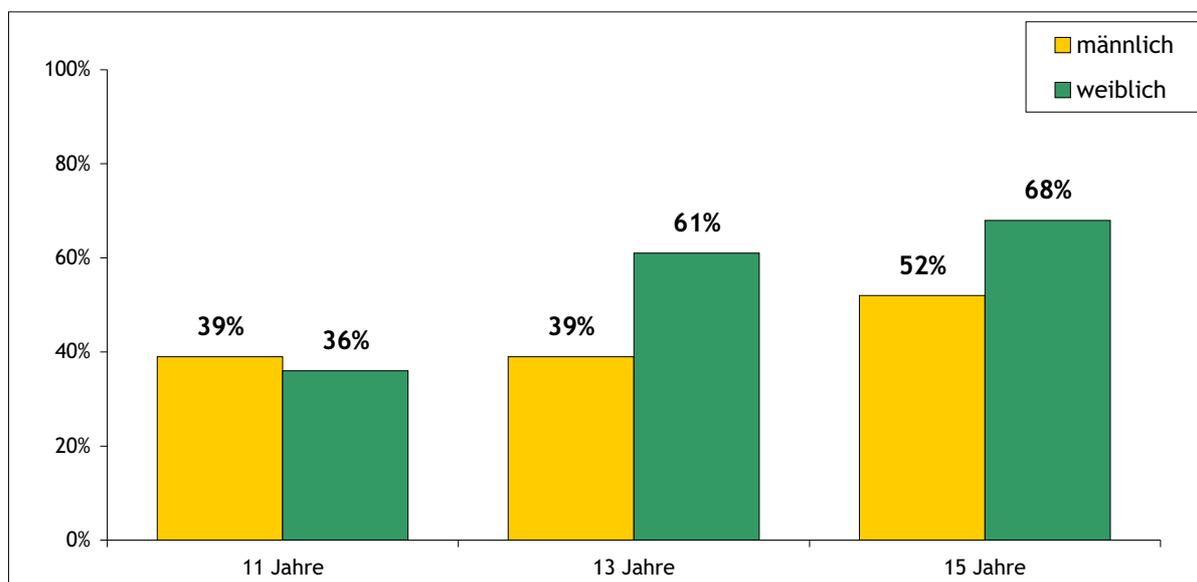
Ernährungsindex: Häufigkeit von Mahlzeiten pro Woche; aufgrund von Rundungsungenauigkeit nicht ganz 100 Prozent

Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

¹⁰⁹ Dür/Mravlag 2002, S. 33.

¹¹⁰ Dür et al 2004, S. 13.

Abbildung 81: Problematische bzw. unzureichende Essgewohnheiten - 11- bis 15-Jährige



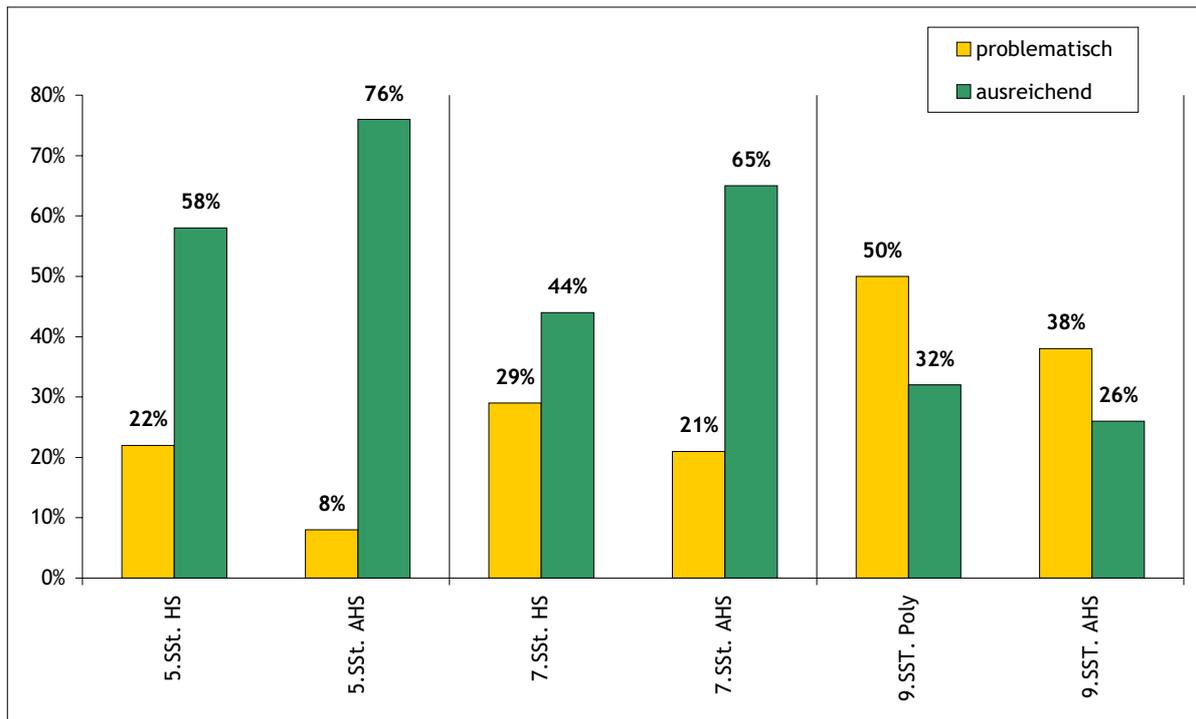
Weniger als 3 mal/Woche mind. 3 Mahlzeiten tgl. (inkl. Frühstück)
Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

Es finden sich deutliche Hinweise auf schichtspezifische Einflüsse auf das Ernährungsverhalten. Unter den 11- bis 13-jährigen SchülerInnen von Allgemeinbildenden Höheren Schulen nehmen 32 Prozent an 6 Wochentagen drei vollwertige Mahlzeiten zu sich, unter den SchülerInnen in Hauptschulen sind dies weniger als halb so viele (12 Prozent)¹¹¹.

In der 5. Schulstufe nehmen in Oberösterreich 58 Prozent der HauptschülerInnen, aber 76 Prozent der AHS-SchülerInnen ausreichend Hauptmahlzeiten zu sich. Der Anteil mit problematischen Essgewohnheiten liegt bei HauptschülerInnen mit 22 Prozent deutlich höher als bei den Allgemeinbildenden Höheren Schulen (8 Prozent). Ähnliches lässt sich auch für die 7. Schulstufe feststellen. In der 9. Schulstufe wiesen 50 Prozent der SchülerInnen in Polytechnischen Schulen problematische Essgewohnheiten auf und 38 Prozent der AHS-SchülerInnen. Beim Anteil der SchülerInnen mit ausreichend Hauptmahlzeiten zeigt sich eine gewisse Annäherung.

¹¹¹ Dür et al 2004, S. 14.

Abbildung 82: Problematische bzw. ausreichende Essgewohnheiten - 11- bis 15-Jährige nach Schultyp



problematisch = höchstens eine Mahlzeit pro Tag; ausreichend = mind. 1 Mahlzeit/Tag + mind. 3 Mahlzeiten/Woche + tägl. Frühstück
 Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

6.5.1. Obst

Etwa 8 Prozent der SchülerInnen zwischen 11 und 15 Jahren in Österreich essen, den eigenen Angaben zufolge, seltener als einmal pro Woche Obst, 44 Prozent an 2 bis 6 Tagen pro Woche und 38 Prozent täglich. Mädchen essen häufiger Obst (44 Prozent täglich) als Knaben (33 Prozent täglich). Im Zeitraum zwischen 1990 und 2001 ist ein deutliches Absinken des Obstkonsums bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen. Gaben bspw. unter den 15-Jährigen 1990 noch 70 Prozent an, täglich Obst zu essen, so sind es 2001 nur noch 26 Prozent¹¹².

¹¹² Dür/Mravlag 2002, S. 33.

6.5.2. Gemüse

2001 gaben unter den 11- bis 15-jährigen SchülerInnen in Österreich 16 Prozent an, täglich Gemüse zu essen, 48 Prozent an zwei bis sechs Tagen pro Woche und 37 Prozent seltener (höchstens einmal pro Woche oder nie). Der Anteil mit täglichem Gemüsekonsum sinkt mit zunehmendem Alter ab, von 22 Prozent bei den 11-jährigen Mädchen bzw. 18 Prozent der 11-jährigen Knaben auf 14 Prozent der 15-jährigen Mädchen bzw. 11 Prozent der 15-jährigen Knaben¹¹³.

6.5.3. Süßigkeiten und Naschen

Etwa ein Fünftel der österreichischen 11- bis 15-Jährigen naschen täglich Süßigkeiten. Süße Limonaden werden häufiger von Knaben konsumiert (24 Prozent täglich) als von Mädchen (17 Prozent täglich)¹¹⁴.

¹¹³ *Dür/Mravlag 2002, S. 34.*

¹¹⁴ *Dür/Mravlag 2002, S. 34.*

6.6. Sexualität und Verhütung

Der sich in der Adoleszenz entwickelnde Umgang mit der Sexualität ist für die Gesundheitswissenschaften von nicht unerheblicher Bedeutung. Einerseits stellt sexuelle Gesundheit einen wesentlichen Bestandteil des allgemeinen, sozialen und persönlichen Wohlbefindens dar. Andererseits ergeben sich aus typischen Verhaltensweisen Jugendlicher, wie bspw. Spontaneität, soziale Unreife und erhöhte Risikobereitschaft, erhebliche Risiken wie bspw. sexuell übertragbare Krankheiten oder ungewollte Schwangerschaften¹¹⁵.

Unter den 15-jährigen österreichischen Jugendlichen geben ca. 20 Prozent an, dass sie bereits Geschlechtsverkehr hatten. 13 Prozent gaben an, ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 14 oder 15 Jahren gehabt zu haben, 5 Prozent waren 13 Jahre alt und ca. 3 Prozent waren jünger.

Der Großteil der 15-Jährigen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, verwendete Verhütungsmittel. 62 Prozent verwendeten Kondome und weitere 19 Prozent die Antibabypille. Etwa 15 Prozent verwendeten kein Verhütungsmittel oder eine unsichere Methode¹¹⁶.

¹¹⁵ *Dür/Mravlag 2002, S. 36.*

¹¹⁶ *Dür/Mravlag 2002, S. 36.*

6.7. Aggressivität, Bullying und Gewalt

Aggressivität unter Kindern und Jugendlichen kann sich in verschiedener Weise äußern. Die Bandbreite von Ausdrucksformen reicht von körperlicher Gewalt (Raufereien etc.) über verbalen Druck, Einschüchterung und Erpressung bis hin zum Vandalismus. Auch der Mangel an Akzeptanz, üble Nachrede und demonstrative Gleichgültigkeit können in diesem Zusammenhang als schikanöses Verhalten verstanden werden. Diese und ähnliche Verhaltensweisen werden unter dem Begriff des „Bullying“ zusammengefasst. Bullying wird im Allgemeinen folgendermaßen definiert: „Ein Schüler oder eine Schülerin ist Gewalt ausgesetzt, wenn er oder sie wiederholt und über eine längere Zeit den negativen Handlungen eines oder mehrerer anderer SchülerInnen ausgesetzt ist, ohne selbst provokativ gewesen zu sein. Der Täter oder die Täterin ist dem Opfer dabei in irgendeiner Weise überlegen, so dass es sich nicht um einen ‚Kampf‘ zwischen Gleichstarken handelt.“¹¹⁷

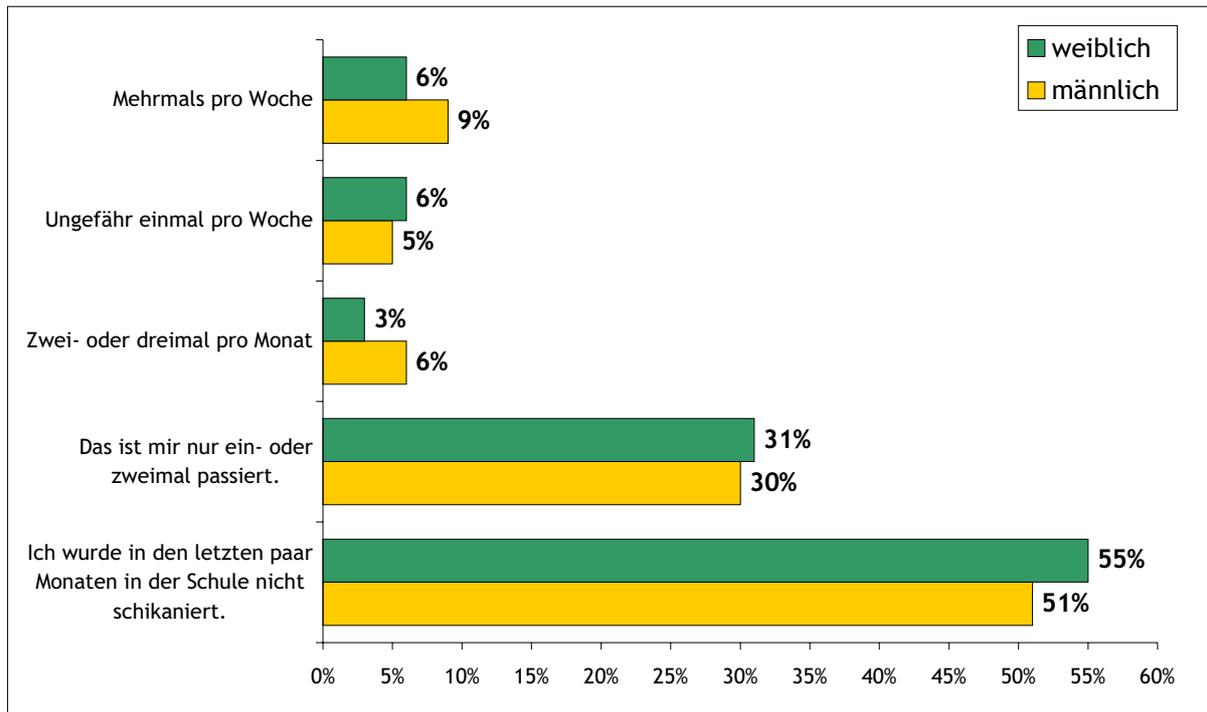
Österreichweit geben 29 Prozent der SchülerInnen zwischen 11 und 15 Jahren an, innerhalb der letzten Monate mit Bullying konfrontiert zu sein: 12 Prozent als Opfer, ebenso viele als TäterInnen und 5 Prozent sowohl als Opfer als auch als TäterInnen. Ältere SchülerInnen sind häufiger als Täter am Bullying beteiligt, jüngere häufiger als Opfer. Insgesamt sind Burschen etwas häufiger betroffen als Mädchen - sowohl als Täter, als auch als Opfer. Zudem sind Buben häufiger mit physischer Gewalt konfrontiert. Mehr als die Hälfte der Schüler (58 Prozent) sind innerhalb eines Jahres mindestens einmal in eine Rauferei verwickelt und 20 Prozent der Schülerinnen¹¹⁸.

In Oberösterreich ist fast die Hälfte der Schüler und Schülerinnen zwischen 11 und 15 Jahren von Bullying betroffen (Mädchen 45 Prozent und Buben 49 Prozent). Eine Problemgruppe von etwas über 10 Prozent (12 Prozent der Mädchen und 14 Prozent der Buben) sind wöchentlich oder öfter Opfer von schikanösem Verhalten. Weitere 3 Prozent der Mädchen und 5 Prozent der Buben sind mehrmals im Monat betroffen.

¹¹⁷ BMGF 2004b, S. 1.

¹¹⁸ BMGF 2004b, S. 1.

Abbildung 83: Bullying - 11- bis 15-Jährige



„Wie oft bist du in den letzten paar Monaten in der Schule schikaniert worden?“ - aufgrund von Rundungsungenauigkeit nicht ganz 100 Prozent
Quelle: HBSC - Studie 2001 (Dür et al 2004)

7. Versorgung von und Gesundheitsangebot für Kinder und Jugendliche

7.1. Niedergelassene Fachärzte/-ärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde

In Oberösterreich gibt es 59 niedergelassene Fachärzte/-ärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde, davon 39 mit § 2-Vertrag. Das sind 4,75 Kinderärzte/-ärztinnen je 10.000 Kinder und 3,14 Kinderärzte/-ärztinnen mit Kassenvertrag je 10.000 Kinder.

Tabelle 4: Niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde in OÖ

Bezirk	Fachärzte/-ärztinnen	davon mit §2-Vertrag
Braunau	2	2
Eferding	1	1
Freistadt	1	1
Gmunden	5	3
Grieskirchen	1	1
Kirchdorf	2	1
Linz Land	3	3
Linz Stadt	15	10
Perg	1	1
Ried	3	2
Rohrbach	1	1
Schärding	2	1
Steyr Land	1	0
Steyr Stadt	6	3
Urfahr-Umgebung	1	1

Bezirk	Fachärzte/-ärztinnen	davon mit §2-Vertrag
Vöcklabruck	4	3
Wels Land	2	1
Wels Stadt	8	4
Summe	59	39

Quelle: Ärztekammer für OÖ, OÖGKK

7.2. Intramurale Versorgung - Krankenhäuser mit Kinderstationen

In Oberösterreich haben folgende Krankenhäuser eine Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde:

- Frauen- und Kinderklinik Linz
- Krankenhaus Steyr
- Klinikum Kreuzschwestern Wels
- Krankenhaus St. Franziskus Grieskirchen
- Krankenhaus St. Josef Braunau
- Krankenhaus Kirchdorf an der Krems
- Krankenhaus Rohrbach
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
- Krankenhaus Schärding
- Krankenhaus Vöcklabruck
- Krankenhaus Bad Ischl

Daneben gibt es in fast allen anderen Krankenanstalten Konsiliarfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde.

In jeder Bezirkshauptstadt befindet sich mindestens ein Krankenhaus mit einer Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Gerade für Geburten mit Komplikationen bietet eine Neonatologie eine besonders gute Form der Betreuung. Derartige Abteilungen sind in Oberösterreich in der Landesfrauen- und Kinderklinik und im Klinikum Wels zu finden.

7.2.1. Cliniclowns - Lachen ist die beste Medizin

Seit 1995 gibt es in Oberösterreich die Cliniclowns, seit September 1996 unter dem Dach des PGA (Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit). Ziel ist es, durch eine Lachtherapie einen Beitrag zum Heilungsprozess der Kinder in Krankenhäusern zu leisten.

In Oberösterreich besuchen die Cliniclowns derzeit die Landeskinderklinik Linz, das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, das Krankenhaus Steyr, das Krankenhaus Vöcklabruck, das AKH Linz, das Klinikum der Kreuzschwestern Wels und das Unfallkrankenhaus Linz (auf Abruf).

Cliclowns kommen immer zu zweit, ein männlicher und ein weiblicher Clown. Sie gehen von Bett zu Bett und sprechen mit den PatientInnen, spielen mit ihnen, wobei jede Visite individuell auf den/die PatientIn abgestimmt wird. Sie sprechen sich mit dem pflegenden Personal ab, um wirklich auf das Kind eingehen zu können. Aus diesem Grund ist es auch wichtig, dass die Cliniclowns keine gewöhnlichen Spaßmacher sind, sondern speziell geschulte und in einem Hearing ausgewählte Personen. Der Großteil der Cliniclowns arbeitet ehrenamtlich, die Aktion wird hauptsächlich durch Spenden finanziert.

7.2.2. Kinderbegleitung im Krankenhaus

In allen oberösterreichischen Krankenhäusern ist es möglich, dass Eltern ihre Kinder während dem Krankenhausaufenthalt begleiten. Das Land Oberösterreich bezahlt in einem solchen Fall die Tagessätze des Krankenhauses bis auf einen Selbstkostenanteil von € 5,10 pro Tag.

Daneben unterstützt der Verein KiB children care (für Mitglieder) Familien und deren Kinder, bis diese das 18. Lebensjahr vollenden und solange erhöhte Familienbeihilfe gewährt wird, in folgenden Bereichen:

- Begleitung im Krankenhaus und bei Kuraufenthalt des Kindes
- Nächtigung in der Nähe des Krankenhauses
- Mobile Kinderkrankenpflege
- Betreuung für ein krankes Kind und für die gesunden Geschwisterkinder zu Hause
- Stillberatung zu Hause oder in der Nähe
- Rufbereitschaft eines Arztes
- Unterstützung aus dem Sozialfond
- Hilfe bei der Mitaufnahme im Krankenhaus
- Prüfung auf gesetzeskonforme Abrechnung

7.2.3. Institut für Sinnes- und Sprachneurologie des Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz

Das Institut für Sinnes- und Sprachneurologie des Konventhospitals der Barmherzigen Brüder in Linz betreibt eine pädaudiologische Beratungs- und Therapiestelle. Zum Angebot gehören Frühdiagnostik, Kinderaudiometrie, Frühtherapie bei hörbeeinträchtigten Säuglingen und Kleinkindern sowie Sprach- und Hörtherapie bei Schulkindern. Das Angebot beinhaltet auch Kommunikationsgruppen für schwerhörige Jugendliche.

Für Kinder mit Entwicklungs- und Lernstörungen (Lese-Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen, Sprachstörungen, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung etc.) bietet die Neurologisch-Linguistische Ambulanz Angebote in den Bereichen Diagnostik (incl. Früherkennung im Vorschulalter), Beratung (Eltern- und LehrerInnenberatung, Übungsanleitung zur Förderung des Lesens, Schreibens und Rechnens) und Therapie.

Allgemeine Prävalenzdaten: Ein signifikanter Hörverlust größer als 40 dB tritt bei einem von 750 Kindern auf. Spezifische Störungen der Sprachentwicklung finden sich bei 7 Prozent, Lese-/Rechtschreibstörungen haben eine Prävalenzrate von 3 bis 5 Prozent ebenso wie ADHS. 25 Prozent der von LRS betroffenen Kindern haben nach internationalen Literaturdaten eine Komorbidität mit ADHS.

7.3. Der Mutter-Kind-Pass

Seit 25 Jahren gibt es in Österreich den Mutter-Kind-Pass. Er soll der Früherkennung von Krankheiten dienen und die Chancen einer guten Entwicklung für Mutter und Kind verbessern. Damit die Eltern ein Minimum der erforderlichen Untersuchungen und Impfungen durchführen lassen, gibt es zwei finanzielle Anreize:

- Für die Weitergewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes ab dem 21. Lebensmonat sind 5 Untersuchungen vor und 5 Untersuchungen nach der Geburt des Kindes nachzuweisen.
- Für den Kinderzuschuss des Landes Oberösterreich ist eine Bestätigung des Arztes/der Ärztin über Untersuchungen der Mutter und des Kindes (inkl. vorgesehener Impfungen) laut Mutter-Kind-Pass bzw. öffentlichem Impfplan nachzuweisen.

Konkret weist der Mutter-Kind-Pass folgende Untersuchungen auf:

Tabelle 5: Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes

Zeit	Untersuchung	verpflichtend für Kinderbetreuungsgeld nach dem 21. LM
bis 16. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung Laboruntersuchung	ja
17. - 20. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung Interne Untersuchung	ja
18. - 22. SSW	Ultraschalluntersuchung	nein
25. - 28. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung Laboruntersuchung	ja
30. - 34. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung Ultraschalluntersuchung	ja
35. - 38. SSW	Geburtshilfliche Untersuchung	ja
Entbindung		
1. Lebenswoche	Kindesuntersuchung	ja

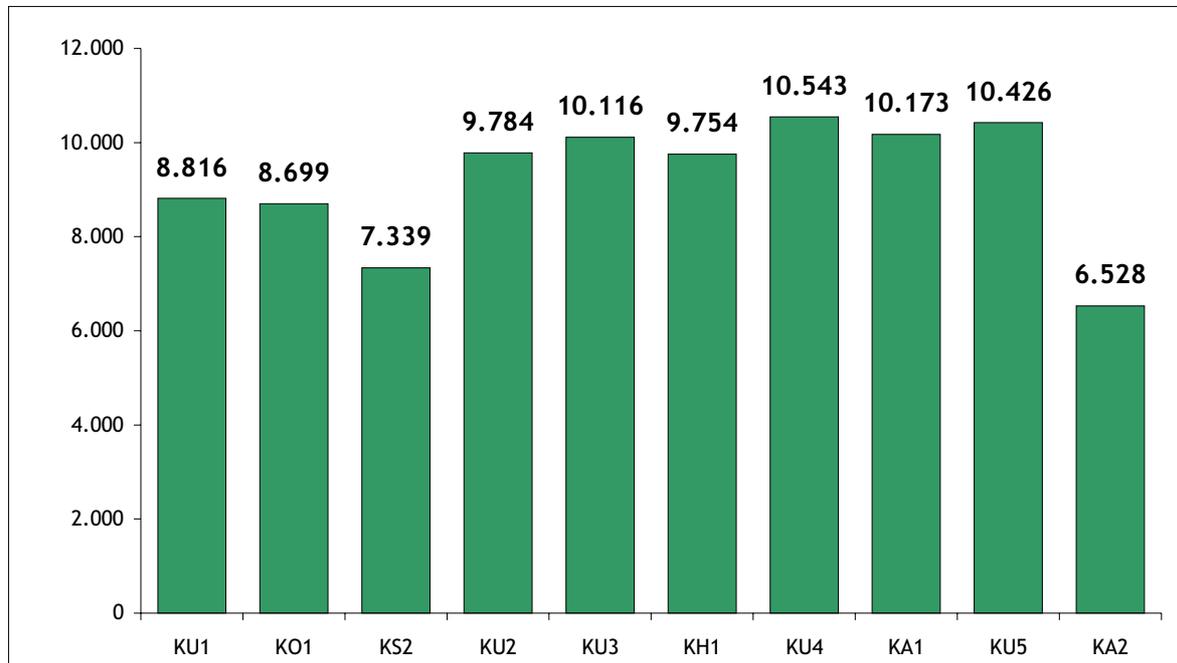
Zeit	Untersuchung	verpflichtend für Kinderbetreuungsgeld nach dem 21. LM
	Hüftultraschalluntersuchung	
4. - 7. Lebenswoche	Kindesuntersuchung Orthopädische Untersuchung	ja
6. - 8. Lebenswoche	Hüftultraschalluntersuchung	nein
3. - 5. Lebensmonat	Kindesuntersuchung	ja
7. - 9. Lebensmonat	Kindesuntersuchung HNO-Untersuchung	ja
10. - 14. Lebensmonat	Kindesuntersuchung Augenuntersuchung	ja
22. - 26. Lebensmonat	Kindesuntersuchung Untersuchung durch Augenfacharzt	nein
34. - 38. Lebensmonat	Kindesuntersuchung	nein
46. - 50. Lebensmonat	Kindesuntersuchung	nein
58. - 62. Lebensmonat (seit 1. 1. 2002)	Kindesuntersuchung	nein

Quelle: Mutter-Kind-Pass

Weiters ist dem Mutter-Kind-Pass ein Impfpass beigelegt und die empfohlenen Impftermine sind ebenfalls angeführt. Die Durchimpfungsraten unter Säuglingen und Kleinkindern wurden im Kapitel 12 näher erläutert.

Von den mitversicherten Kindern des Geburtsjahrganges 2002 wurden folgende Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen abgerechnet:

Abbildung 84: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen für das Geburtsjahr 2002



Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 2002, nur OÖGKK-Versicherte
Quelle: FOKO

- KU1: Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche*
- KO1: Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche*
- KS2: Ultraschalluntersuchung der Hüften in der 6. bis 8. Lebenswoche*
- KU2: Untersuchung des Kindes im 3. bis 5. Lebensmonat*
- KU3: Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat*
- KH1: Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat*
- KU4: Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat*
- KA1: Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat*
- KU5: Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat*
- KA2: Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat*

In der Grafik ist deutlich zu sehen, dass die erste Kindesuntersuchung, im Vergleich zu den anderen, noch deutlich weniger häufig abgerechnet wurde. Dies könnte daraus resultieren, dass in dieser Zeit noch häufiger das Krankenhaus für eine Untersuchung aufgesucht wird. Das gleiche gilt auch für die Ultraschalluntersuchung der Hüften und die Orthopädische Untersuchung. Interessant scheint auch noch zu sein, dass die Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat noch genauso häufig durchgeführt wurde wie die übrigen Kindesuntersuchungen, obwohl diese Untersuchung für die Weitergewährung des vollen Kinderbetreuungsgeldes nicht notwendig ist. Die augenärztliche Untersuchung in diesem Zeitraum wurde allerdings nicht mehr so häufig in Anspruch genommen.

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 19.474 Mutter-Kind-Zuschüsse vom Amt der Oberösterreichischen Landesregierung ausbezahlt, davon 10.623 nach dem Mutter-Kind-Pass bis 2002 und 8.851 nach dem Mutter-Kind-Pass ab 2002 (eine zusätzliche Untersuchung zwischen dem 58. und dem 62. Lebensmonat). Der Mutter-Kind-Zuschuss wird je zur Hälfte nach der Vollendung des zweiten und des vierten (bzw. fünften) Lebensjahres ausbezahlt. Damit gilt der Mutter-Kind-Zuschuss als zusätzlicher Anreiz für die weiteren Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes und vor allem auch für die vorgesehenen Impfungen.

7.4. Schulgesundheit

7.4.1. Schulärzte/-ärztinnen

In allen oberösterreichischen Pflichtschulen ist ein/e Schularzt/-ärztin für die Gesundheit der SchülerInnen zuständig. Derzeit fungieren die Gemeindeärzte/-ärztinnen als Schularzt/-ärztin in den Pflichtschulen. Daneben gibt es so genannte Beratungsärzte/-ärztinnen, die in der ersten, fünften und achten Schulstufe statistische Untersuchungen für die Landessanitätsdirektion durchführen.

7.4.2. Gesundheitsförderung in Schulen

Der Arbeitskreis zum Thema „Gesundheitsfördernde Schule“ der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz hat entsprechende Maßnahmen zur Erreichung des Gesundheitszieles 9 erarbeitet.

Ein wesentlicher Bestandteil dieser Maßnahmen sind Checklisten für Schulen aus den Bereichen Hardware und Rahmenbedingungen, Ernährung, Bewegung, Psychosoziales und Suchtprävention. Es wurden also in die Checklisten sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen eingebaut.

Als unmittelbare Auswirkung des Arbeitskreises wurde eine Homepage beim Landeschulrat für Oberösterreich eingerichtet, die LehrerInnen eine Hilfestellung bei der Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten bieten soll.

7.4.2.1. Die Projektinitiative „Gesundheit leben - Gesundheit lernen“ der OÖGKK¹¹⁹

Die OÖGKK kann auf eine langjährige Erfahrung im Bereich schulischer Gesundheitsförderung zurückblicken. Seit dem Schuljahr 1993/1994 betreut sie Schulen im Rahmen der Projektinitiative „Gesundheit leben - Gesundheit lernen“. Bisher haben sich insgesamt 198 Schulen mit 12.998 SchülerInnen unterschiedlichster Schultypen (HS, AHS, BHS, und BS) beteiligt. Alljährlich werden Schulen ermutigt, sich intensiv mit dem Thema Gesundheit in vernetzter Sichtweise auseinander zu setzen. Es steht dabei das Erproben praxisorientierter Arbeitsweisen (Teamarbeit, Mitbestimmung, fächerübergreifendes Denken) ebenso im Vordergrund wie vernetztes Denken und die Einbindung außerschulischer Personen (Eltern, Expert-

¹¹⁹ http://www.oogkk.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=182&p_menuid=59129&p_id=3, 15. Mai 2006.

Innen). Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse unterstützt die Schulen sowohl inhaltlich als auch mit einem finanziellen Beitrag.

Zwei durchgeführte Schulprojekte sollen kurz vorgestellt werden:

7.4.2.2. „Wir sind Kinder einer Welt“ - ein Projekt der Hauptschule Eferding Nord

Seit mehreren Jahren beteiligt sich die Hauptschule Eferding Nord an der Projektinitiative „Gesundheit leben - Gesundheit lernen“. Auch im Schuljahr 2005/06 greift diese Schule wieder ein umfangreiches Spektrum an gesundheitsfördernden Themen auf. In einem sowohl klassen- als auch fächerübergreifenden Projektunterricht werden klassische verhaltensorientierte Ziele wie „Eine gesunde Schulauszeit“ oder „Mehr Bewegung und Sport“ ebenso behandelt wie psychosoziale Aspekte. In äußerst kreativer Weise nähert sich die Schule diesen Zielen an, um die SchülerInnen zu einer sozialen Verantwortung ihren Mitmenschen und ihrer Umwelt gegenüber zu befähigen. Neben einer allgemeinen Steigerung der Lebensfreude stehen Themen wie Bekämpfung von Vorurteilen, Hilfsbereitschaft und Verständnis, Informationen über Maßnahmen gegen Formen von Rassismus und Fremdenfeindlichkeit sowie interkulturelles Lernen und vieles andere im Vordergrund.

7.4.2.3. „Für-, mit-, zu-, an-, gegeneinander“ und „SOKO Doppl“

Anlass für die Hauptschule Doppel, ein Gesundheitsförderungsprojekt zu starten, war eine Zunahme an aggressiven Verhaltensweisen sowie Mobbing unter den SchülerInnen. Weiters konnte eine steigende Tendenz zu einem suchtgefährdeten Verhalten beobachtet werden. Die Werte „Soziale Gesundheit“ und „Emotionale Intelligenz“ sollten mit folgenden Projektzielen im Schuljahr 2004/2005 realisiert werden: Anliegen war es, das Umfeld Schule als „Wohlfühlraum“ zu gestalten, um darin soziale Fertigkeiten stufenweise zu trainieren und zu erlangen. Die im Rahmen eines fächerübergreifenden Unterrichts erarbeiteten Konfliktlösungsmodelle sollten die Aggressionsbereitschaft verringern, um Schäden an Körper und Seele nachhaltig zu vermeiden. Das Projekt fand einen so regen Zuspruch, dass es im Schuljahr 2005/06 auf mehrere Klassen ausgedehnt und unter dem Titel „SOKO Doppl“ inhaltlich durch folgende Aspekte erweitert wurde: Förderung der Klassengemeinschaft, Stärkung der Persönlichkeit und sozialen Kompetenz der SchülerInnen sowie das Erlernen von Stressbewältigungstechniken.

7.4.3. Beispiele aus der Praxis der Gesundheitsförderung in Schulen

Im Folgenden sollen drei derzeit in Oberösterreich laufende Projekte für Gesundheitsförderung in Schulen vorgestellt werden: „Die bewegte Schule“ (Volksschule in Pram), das Projekt "Gesundheitsmanagement im BRG Wallererstraße in Wels", bei dem die Schulärztin als umfassende Gesundheitsmanagerin in Erscheinung tritt und das Projekt "Ökofit", das ein Ernährungsprojekt für Höhere Lehranstalten für Wirtschaftliche Berufe darstellt. Weiters wird die Projektinitiative der OÖGKK „Gesundheit leben - Gesundheit lernen“ vorgestellt.

7.4.3.1. Bewegte Schule - Gesunde Schule

Vor 16 Jahren wurde von Herrn Direktor Wimmer in Pram der Grundstein in Richtung „bewegter Schule“ gelegt. Ähnlich einem Puzzle fügten sich im Laufe der Jahre viele kleine Bereiche zusammen, in denen Bewegung zum Tragen kommt - diese ergeben nun ein großes Bild. Dieses Puzzle ist einer ständigen Veränderung unterworfen, da sich die Menschen in diesem System ebenfalls verändern. Somit wird gleich deutlich, dass „bewegte Schule“ ein permanent „bewegtes Bild“ ist.

Was aber macht die Schule so bewegt im Sinne der Gesundheitsförderung?

Seit Jahren ist optimales Sitzen in verschiedenen Lernsituationen ein großes Thema an der VS Pram. Herr Wimmer beschäftigte sich sehr intensiv damit und motivierte die LehrerInnen. In jeder Klasse wird den Kindern unterschiedliches Sitzmobiliar angeboten, sei es ein Wippstuhl, ein Sitzball, ein Einbein (wie ein Melkstuhl), ein Sessel mit nach vorne geneigter Sitzfläche, oder ein klassischer Sessel mit Sitzkeil. In jeder Klasse befinden sich Stehpulte. Die Schreibfläche der Kindertische ist jederzeit verstellbar. In den unterschiedlichen Phasen des Unterrichtes ist es den Kindern auch gestattet, Aufgaben im Liegen, im Stehen oder am Boden sitzend zu erledigen. Der "bewegte Unterricht" fordert es heraus, dass Kinder ihre (Sitz-) Position ändern müssen.

Zu einer gesundheitsfördernden Schule gehört auch dazu, dass in regelmäßigen Abständen ZahngesundheitserzieherInnen sowie PhysiotherapeutInnen (im Rahmen der Haltungserziehung) die LehrerInnen im Unterricht unterstützen. Die BewegungsberaterInnen kommen z.B. alle drei Jahre, um fünf Wochen hindurch gemeinsam mit dem/der LehrerIn jeweils eine Wochenturnstunde unter dem Aspekt der richtigen Nutzung des Bewegungsapparates zu halten.

Daran lässt sich bereits erkennen, dass an der bewegten Schule die Grenzen der einzelnen Fächer fließend verlaufen. Das in Bewegung und Sport Erlernte wird mitunter gekoppelt mit Sachunterricht. So wird Erlebtes aufgearbeitet und eine Quer-

Verbindung zum Alltag hergestellt. Ein Lernen mit allen Sinnen ist somit die Grundlage von Lehren und Lernen.

Die Pausen (ohne Schulglocke) sollen der Entspannung dienen, obwohl sie als „Aktive Pause“ bezeichnet werden. Manche Kinder brauchen Bewegung, um sich dann entspannen zu können, sei es beim Schnurspringen, Klettern oder Balancieren ...

Gesunde Ernährung ist weiters ein Schwerpunkt der bewegten Schule. Fachleute werden immer wieder eingeladen, um mit ihrem Wissen die Kinder zu erreichen. Das Gehörte wird daraufhin im Bereich der Ernährung umgesetzt, z. B. sich zuhause mit den Eltern ein „Gesundes Jausenbrot“ herzurichten.

Ausgehend von einem Ernährungsprojekt vor fünf Jahren ergab sich die spontane Umsetzung einer „Gesunden Jause“. Jeden Mittwoch strömen viele Kinder aus den Klassen, um sich die von Eltern oder Kindern vorbereitete Jause, bestehend aus einem Vollkornweckerl und einem Stück Obst, oder einem selbstgemachten Aufstrich und einem Obstspieß, zu holen. Anschließend wird gemeinsam bei Tisch mit ausgebreiteten Servietten gejausnet. Auch die dazugehörige Esskultur wird von den LehrerInnen dabei den Kindern vermittelt. Es ist nicht nur entscheidend WAS gegessen, sondern auch WIE es gegessen wird.

Den SchülerInnen der 4. Klasse wurde im Rahmen des Freigegegenstandes „Kochen und Ernährung“ angeboten, sich im Bereich „Gesundes Kochen“ zu vertiefen.

Diese Puzzleteile gelingen nur in ständiger Zusammenarbeit mit der Elternschaft. Den LehrerInnen ist es besonders wichtig, dass „aufrechte“ und „gesunde“ Kinder in die Zukunft entlassen werden können.

7.4.3.2. „Gesundheitsmanagement im BRG Wallererstrasse Wels“

Problemstellung/Ausgangssituation

Im BRG Wallererstrasse wurde durch die reguläre Pensionierung der Schulärztin die Möglichkeit eröffnet, ein neues Modellprojekt einer schulärztlichen Versorgung zu schaffen. Da sich die Gegebenheiten (z. B. sportmedizinische Aspekte) ständig verändern, ist an eine Änderung in den Aufgaben des Schularztes/der Schulärztin zu denken.

Die Schulgemeinschaft wünschte sich eine ärztliche Versorgung, die den besonderen Bedürfnissen dieses Standortes besser gerecht wird. Es finden an dieser Schule bereits zahlreiche Bemühungen z.B. in Form von Projekten statt, die diesem Gesundheitsmanagement-Projekt sehr entgegenkommen und zusätzliche Impulse setzen können.

Spezielle Bedürfnisse bestanden in folgenden Bereichen:

- Psychosoziales und Psychosomatisches,
- Sportmedizin (Haltung/Bewegung),
- eventuell auch Ernährung.

Ziel

Ziel ist es, an der Schule eine/n Schularzt/-ärztin zu haben, der/die einerseits die fachliche Kompetenz mitbringt, den besonderen Bedürfnissen gerecht zu werden, andererseits auch die Fähigkeit und Möglichkeit hat, sich wirklich als GesundheitsexpertInnen in die Schulgemeinschaft zu integrieren und der Direktion solcher auch beratend zur Verfügung zu stehen. Damit soll eine grundlegende aber machbare Qualitätsverbesserung in der **schulischen Gesundheitsförderung** einerseits, in der **schulärztlichen Versorgung** andererseits stattfinden. Es soll ein realistisches und übertragbares Modell entstehen.

Beschreibung der besonderen Aufgaben des Gesundheitsmanagers

a) Ausbildung

Bereits bei der Ausschreibung werden die **Zusatz-Diplome** der Österreichischen Ärztekammer für psychosoziale und psychosomatische Medizin und Sportmedizin als Voraussetzung angeführt. Diese beiden Zusatz-Ausbildungen zum bestehenden Jus practicandi stellen eine wichtige Basis für die Arbeit an dieser Schule dar.

Es werden **Grundkenntnisse im EDV-Anwenderbereich** vorausgesetzt.

b) Aufgaben

Die Aufgaben müssen dem **gesetzlichen Auftrag entsprechen** (§66 SCHUG), werden aber in besonderer Weise definiert:

Sportmedizinische Untersuchungen (Muskelfunktionstests, Haltungsvermessungen etc.) und Beratungen der BewegungserzieherInnen in Bezug auf Behebung von Haltungsschwächen, Muskelverkürzungen etc. im Turnunterricht bzw. im Sporttraining.

Die/Der Schulärztin/-arzt soll **Beratungsfunktion** ausüben, und zwar in Form von regelmäßig abgehaltenen Sprechstunden, und auch in Form der Teilnahme an Konferenzen, im Besonderen an Konferenzen mit Gesundheitsthemen (zumindest einmal jährlich). Er/sie ist aktiv beteiligt bei der jährlichen Schwerpunktsetzung der Schule, ebenso wie bei der Planung und Durchführung von Projekten, die den Gesundheitsbereich betreffen.

Er/sie ist regelmäßig beim **monatlichen Jour-fixe** mit der Direktion und dem Sportkoordinator als Gesundheitsmanager anwesend.

Er/sie erstellt **einfache Gesundheits-Statistiken des Schulstandortes** als Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung und bespricht die Ergebnisse mit den SchulpartnerInnen.

c) Verpflichtungen

Die/Der Schulärztinn/-arzt muss an allen Dienstbesprechungen und Fortbildungen teilnehmen, die von der Landesschulärztin einberufen bzw. ausgeschrieben werden, weiters ist sie/er verpflichtet, an einem schulärztlichen Qualitätszirkel regelmäßig teilzunehmen.

Er/sie ist verpflichtet, bei Elternsprechtagen den Eltern als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Weiters ist er/sie verpflichtet, die ärztliche Dokumentation in dem schulärztlichen EDV-Programm des OÖ. Landesschulrates vorzunehmen.

Nutzen für die SchülerInnen/Lehrerschaft/Direktion und Eltern - eine Erfolgsbilanz

Die **Direktion** hat eine hochwertige Gesundheitsexperten zur Seite, die maßgeblich und unterstützend zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Unterrichts beiträgt. Durch die fundierte und zusätzlich hochqualifizierte Ausbildung als Ärztin ist eine solide und allgemein anerkannte Berufsgruppe einbezogen, was Netzwerkmöglichkeiten schafft und eine rechtliche Absicherung bedeutet. Die Direktion hat eine echte Partnerin im Gesundheitsbereich, die entlastet, unterstützt und Qualität schafft.

Die **SchülerInnen** haben eine optimale medizinische und pädagogische Betreuung, da die aktive und auch beratende Mitwirkung der Ärztin bei Projekten und Schwerpunktentwicklungen gegeben ist. Sie bauen ein besseres Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten auf, was sich nicht nur in besseren schulischen Leistungen, sondern auch in der Prävention von sogenannten Zivilisationsschäden und Krankheiten auswirkt.

Schließlich ist das Vorhandensein einer Vertrauensperson, die das Arztgeheimnis zu hüten versteht, unschätzbar in der Psychohygiene der Schüler.

Die **Lehrerschaft** hat eine präzente Ansprechpartnerin in allen Fragen der Gesundheit und Gesundheitsförderung. Sie ist im Schulalltag anwesend, zur Verfügung, und eine Kennerin des Systems „Schule“. Die LehrerInnen erhalten bei Bedarf konkrete Ratschläge, wenn es um Störungen und Vorbeugung von Schäden geht, haben

eine/n ExpertIn zur Seite bei Projekten und lernen wahrscheinlich auch für sich selber die Vorteile gesundheitsfördernden Verhaltens kennen. Das wirkt sich auch wesentlich auf das Schulklima aus.

Die Eltern haben die Gewissheit, dass ihr Kind medizinisch ärztlich optimal begleitet und betreut wird, dass sie rechtzeitig von Problemen informiert werden und auch rechtzeitig und fachlich korrekte Empfehlungen erhalten. Die Eltern haben zusätzlich auch eine kompetente Ansprechpartnerin für ihre Fragen.

7.4.3.3. Projekt Öko-Fit

Im Projekt Öko-Fit, das vom Landesschulrat Oberösterreich (FI Helga Rogl) in Zusammenarbeit mit der Akademie für Umwelt und Natur, der Organisation "Ernte für das Leben" und der Österreichischen Interessensgemeinschaft für Biolandbau ins Leben gerufen wurde, sollen Höhere Lehranstalten für wirtschaftliche Berufe in ihren Betriebs- und Lehrküchen auf gesundheitsbewusste Ernährung besonderen Wert legen.

Als oberste Ziele für das Projekt Öko-Fit werden genannt:

- Berücksichtigung ökologischer Aspekte bei der Bewirtschaftung der Betriebs- und Lehrküchen,
- Umsetzung ernährungsphysiologischer Erkenntnisse in der Schulverpflegung,
- Nachhaltigkeit des Projektes.

Seit dem Jahr 2002 haben sich 11 (von 13) Höhere Lehranstalten für wirtschaftliche Berufe und eine Berufsschule beim Landesschulrat für Oberösterreich zu diesem Projekt angemeldet. Sie verpflichten sich zur Umsetzung der Öko-Fit-Ziele und haben dadurch Anspruch auf Beratung und Unterstützung von den Projektpartnern. Weiters hilft den LehrerInnen auch ein Projekthandbuch bei der Umsetzung. Pro abgelaufenem Schuljahr ist ein Bericht über den Projektverlauf an den Landesschulrat für Oberösterreich zu senden. Konkret sind folgende Ziele von den Schulen anzustreben:

- Umwelt- und gesundheitsbewusste Ernährung für SchülerInnen,
- Hoher Anteil von Lebensmitteln aus biologischer Produktion (mind. 20 Prozent) und aus der Region für Betriebs- und Lehrküchen,
- Verringerung des Verpackungsabfalles,
- Aufzeigen eines nachhaltigen Lebensstils im Bereich Ernährung,
- Begleitende Unterrichtsprojekte.

Eines dieser begleitenden Unterrichtsprojekte war das Projekt "Bio Mio" der HLW Steyr von Oktober 2002 bis April 2003. Dabei sollte der Anteil der Bio-Lebensmittel gesteigert und eine Bewusstseinsänderung herbeigeführt werden.

Als Highlights dieses Projektes werden genannt:

- SchülerInnenbefragung zum Thema Lebensmittelqualität
- Fruchtsaftverkostung
- Vergleichsverkostung von Milch- und Biomilchprodukten
- Workshops am Weltgesundheitstag
- Kreation einer schuleigenen BIOMIO Knuspermüslimischung

7.5. Jugendlichenuntersuchung

Nach dem ASVG sind die Krankenversicherungsanstalten verpflichtet, die bei ihnen versicherten Jugendlichen (15. bis 18. Lebensjahr) zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.¹²⁰ Die jugendlichen Versicherten der OÖGKK werden hauptsächlich in den Berufsschulen untersucht, ein kleiner Teil in den Außenstellen der OÖGKK (wenn sie in keinem Lehrverhältnis stehen) und ein weiterer Teil direkt in den Betrieben. Die Untersuchungen in den Berufsschulen und den Außenstellen werden vom Arbeitsmedizinischen Dienst und dem Arbeitsmedizinischen Zentrum durchgeführt (bis 2004 auch von ÄrztInnen der OÖGKK), in den Betrieben untersuchen die BetriebsärztInnen.

Inhalt der Jugendlichenuntersuchung ist im ersten Jahr eine Basisuntersuchung mit einer körperlichen Untersuchung und einer Harnuntersuchung. Weiters ist in jedem Jahr eine Gesundheitsberatung (Rauchen, Alkohol, Aids, Ernährung) und eine Beratung zu speziellen Themen (z. B. Sexualberatung) vorgesehen.

In den Folgejahren werden die Ergebnisse der Basisuntersuchung kontrolliert und durch besondere Schwerpunktuntersuchungen (z. B. Augen oder Ohren) ergänzt. Zusätzlich werden die Belastungen am Arbeitsplatz sowie gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen erhoben. Bei Bedenken gegen eine weitere Berufsausübung oder bei Verdacht auf eine Berufskrankheit wird sofort Kontakt mit den zuständigen Stellen aufgenommen.¹²¹

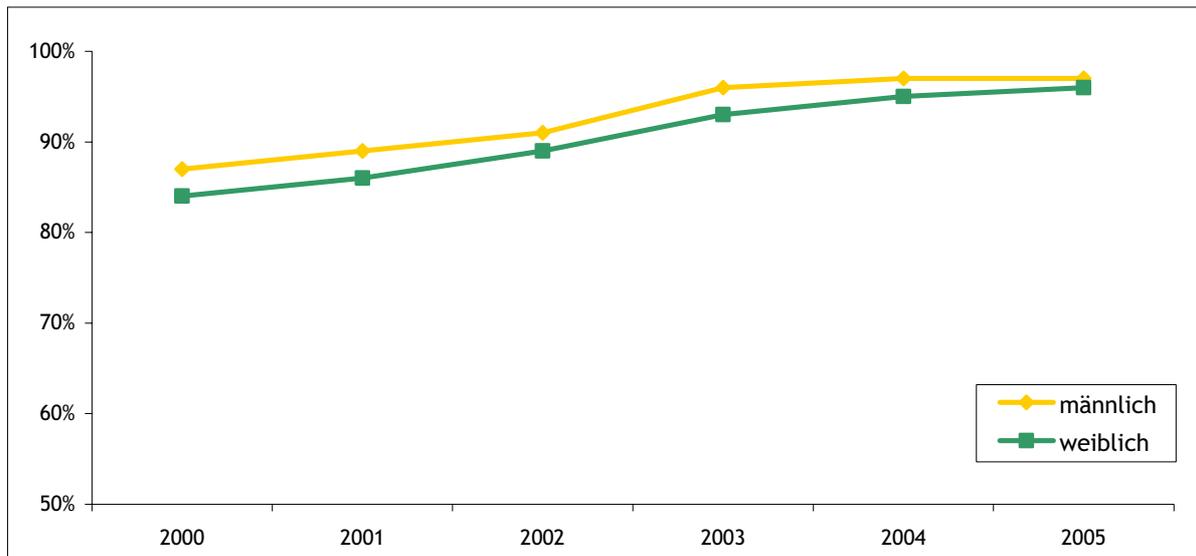
Die OÖGKK veröffentlicht jedes Jahr einen Tätigkeitsbericht über Anzahl und Ort der Jugendlichenuntersuchungen sowie über die durchgeführten Empfehlungen. Bis Mitte 2002 wurden alle 15- bis 19-jährigen Jugendlichen eingeladen, ab 2003 nur mehr die Jugendlichen von 15 bis 18 Jahren.

Die Beteiligung der Jugendlichen an den Untersuchungen hat sich in den letzten Jahren gesteigert: Waren im Jahr 2000 noch ca. 86 Prozent der in Frage kommenden Jugendlichen bei den Untersuchungen, so nahmen im Jahr 2005 bereits fast 97 Prozent daran teil. Eine etwas schwächere Beteiligung der weiblichen Jugendlichen im Jahr 2000 wurde im Lauf der Jahre sukzessive verbessert, und so hat sich die Beteiligungsquote jener der männlichen Jugendlichen angeglichen.

¹²⁰ ASVG § 132a (1).

¹²¹ http://www.oegkk.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=182&p_menuid=239&p_id=3; 08. Mai 2006.

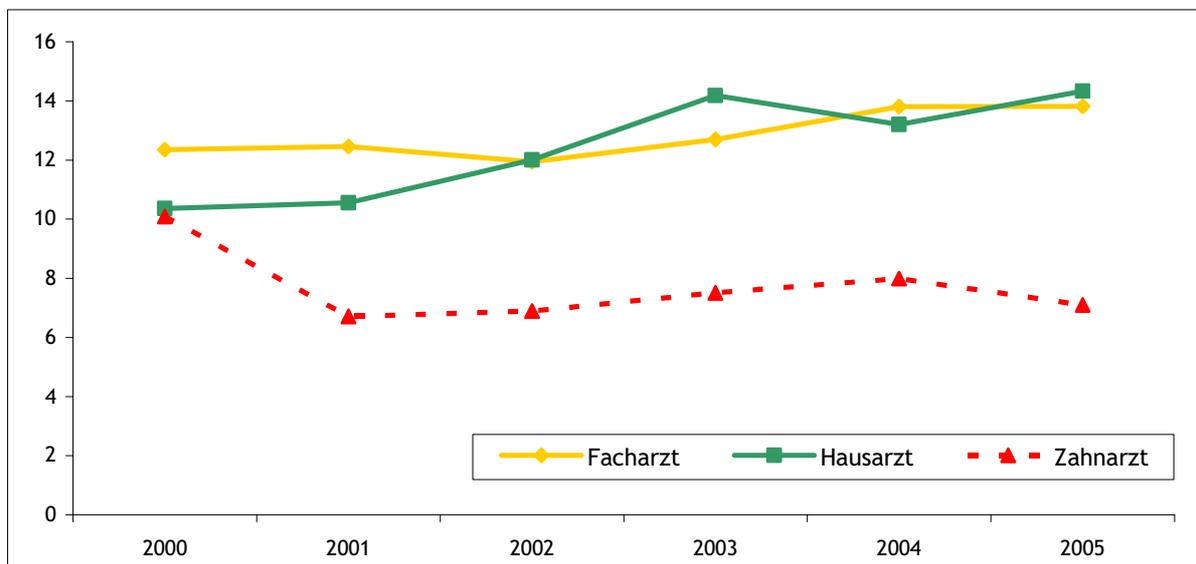
Abbildung 85: Beteiligung an den Jugendlichenuntersuchungen in OÖ 2000 - 2005



Quelle: OÖGKK, Tätigkeitsberichte Jugendlichenuntersuchung 2000 - 2005

Interessant scheint in diesem Zusammenhang auch die Anzahl der Jugendlichen zu sein, denen ein Arztbesuch angeraten wurde:

Abbildung 86: Empfohlene Arztbesuche bei den Jugendlichenuntersuchungen in OÖ 2000 - 2005



Quelle: OÖGKK, Tätigkeitsberichte Jugendlichenuntersuchung 2000 - 2005

In den Jahren 2000 bis 2005 wurde bei 12 bis 14 Prozent der untersuchten Jugendlichen ein Facharztbesuch angeraten. Der Anteil der Jugendlichen, denen ein Hausarztbesuch empfohlen wurde, stieg von ca. 10 Prozent im Jahr 2000 auf über 14

Prozent im Jahr 2005. Ein Zahnarztbesuch wurde im Jahr 2000 noch bei ca. 10 Prozent der untersuchten Jugendlichen angeregt, während dies in den Folgejahren nur mehr zwischen 6 und 8 Prozent der Fall war. Dieser Rückgang könnte auf die immer besser ausgebaute Zahngesundheitsförderung in den Volksschulen seit 1990 zurückgehen.

7.6. Selbsthilfegruppen

In Oberösterreich gibt es ein breites Spektrum an Selbsthilfegruppen, die sich mit verschiedenen Themen von "Kinder- und Jugendgesundheit" befassen. Die meisten davon sind im "Dachverband der OÖ Selbsthilfegruppen" (DVSG) zusammengefasst.

Im Folgenden eine Auflistung dieser Selbsthilfegruppen:

Selbsthilfegruppe (Thema)	Anzahl (Orte)
Stillen	15 (Asten, Bad Ischl, Herzogsdorf, Hofkirchen, Kematen, Linz, Ostermiething, Ried, Münzkirchen, Saxen, Schlüsselberg, 3 x Steyr, Schärding)
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	9 (Freistadt, Gmunden, 2 x Linz, Ried, Steyr, Timelkam, Wels, Windischgarsten)
Behinderung (Kinder bzw. Jugendliche)	7 (Enns, Gmunden, Grieskirchen, Linz, Marchtrenk, Regau, Schärding)
Hyperaktive Kinder	5 (Freistadt, Ried, Linz, Steyr, Timelkam)
Essstörungen (inkl. Adipositas)	6 (4 x Linz, Gmunden, Ried)
Diabetes (Kinder und Jugendliche)	3 (Linz, Schärding, Wels)
Allein mit dem Kind	2 (Linz, Schärding)
Augen (Kinder)	2 (Aschach a. d. Steyr, Rüstorf)
Mucopolysaccharidose ¹²²	1 (Breitenaich)
Muskelerkrankungen/-dystrophien	2 (Linz, Attnang-Puchheim)

¹²² Mukopolysaccharidose (MPS) ist eine angeborene Stoffwechselerkrankung. Aufgrund eines Enzymdefekts werden bestimmte Stoffwechselprodukte nicht abgebaut, sondern im Körper gespeichert. Nach einer anfänglichen normalen Entwicklung verlieren die an MPS erkrankten Kinder zunehmend die Kontrolle über ihren Körper und gleiten in eine geistige Behinderung ab. Sie leiden unter starkem Minderwuchs und Skelettanomalien bis zu Infektionen der Lunge, Herzfehlern, Blindheit und Schwerhörigkeit. MPS ist derzeit nicht heilbar, nur wenige PatientInnen erreichen das Erwachsenenalter.

Selbsthilfegruppe (Thema)	Anzahl (Orte)
(Kinder)	
Trauernde Eltern	2 (Linz, Wels)
Down-Syndrom	1 (Linz)
Eltern-Kind	1 (Linz)
Essstörungen (Angehörige)	1 (Linz)
Hochbegabte Kinder	1 (Schärding)
Kinderbegleitung	1 (Ungenach)
Herzerkrankungen (Kinder)	1 (Linz)
Pflege- und Patchworkkinder	1 (Linz)
Schwangerschaftsabbruch	1 (Linz)
Kinder aus alkoholkranken Familien	1 (Linz)
Postpartale Depression ¹²³	1 (Schwanenstadt)
Kinder mit Wahrnehmungsstörungen	1 (Wels)

Quelle: <http://www.selbsthilfegruppen.co.at>; <http://www.gesund.co.at>;
<http://www.fgoe.org/aktivitaeten/selbsthilfe/sigis-datenbank>, alle 10. Februar 2006

¹²³ Depressionen nach der Geburt.

7.7. Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern in Oberösterreich

Den Säuglingen und Kleinkindern steht in Oberösterreich ein Impfgutscheinheft zur Verfügung, das den kostenlosen Zugang zu Impfungen gewährleistet. Die Impfungen werden durch praktische Ärzte/Ärztinnen und Kinderfachärzte/-ärztinnen durchgeführt.

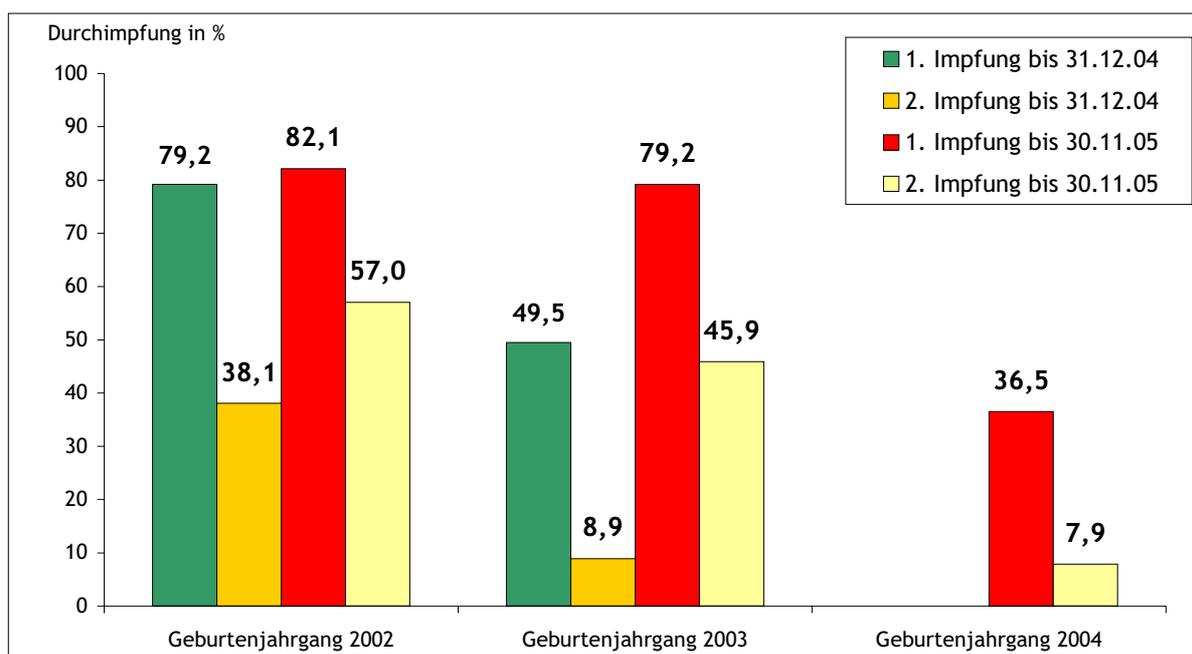
Seit 2002 werden die Impfungen in Oberösterreich in einer Impfdatenbank erfasst. Ab diesem Zeitpunkt ist eine gegenüber früher weitgehend unkomplizierte Analyse der Impfdaten möglich.

Der Österreichische Impfplan sieht in den ersten zwei Lebensjahren vier Teilimpfungen einer Kombinationsimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hä-mophilus influenzae B, Poliomyelitis und Hepatitis B ("Sechsfach-Impfung"; 3., 4., 5. Lebensmonat und 2. Lebensjahr) und zwei Kombinationsimpfungen gegen Mumps, Masern, Röteln (MMR; im 2. Lebensjahr, beginnend im 14. Lebensmonat) vor. Ab November 2004 wurde mit der Impfung gegen Pneumokokken bei Risikokindern begonnen (3., 4., 5. Lebensmonat, 2. Lebensjahr). Eine Analyse der Pneumokokken-Impfdaten ist auf Grund des kurzen Beobachtungszeitraumes und der Beschränkung auf Risikogruppen derzeit noch nicht aussagekräftig. Der Impfstoffverbrauch lässt auf eine hohe Impfbeteiligung bei den Risikokindern (5 bis 10 Prozent der Lebendgeburten) schließen.

7.7.1. Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR)

Für einen Langzeitschutz sollen insgesamt zwei Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln durchgeführt werden. Bis Ende 2002 wurde die erste Impfung im zweiten Lebensjahr, die zweite Impfung bei Schulanfängern verabreicht. Ab 2003 wurde die Impfstrategie geändert und die zweite Impfung in das zweite Lebensjahr vorverlegt.

Abbildung 87: MMR; Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 - 2004



Quelle: Amt der OÖ Landesregierung, Landessanitätsdirektion

Das Diagramm veranschaulicht die Änderung der Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 bis 2004 im Vergleich des Impfzeitraumes bis Ende 2004 mit dem Impfzeitraum bis 30.11.2005.

Für den Geburtenjahrgang 2002 lag Ende 2004 die Durchimpfung für die erste MMR-Impfung bei 79,2 Prozent, bis Ende November 2005 war noch eine leichte Steigerung auf 82,1 Prozent zu beobachten.

Die niedrige Durchimpfung bei der zweiten MMR-Impfung des Geburtenjahrganges 2002 bis zum zweiten Lebensjahr (38,1 Prozent und bis zum dritten Lebensjahr 57 Prozent) ist sicherlich zum Teil auf die oben erwähnte Umstellung der Impfstrategie 2003 zurückzuführen.

Betrachtet man Geburtenjahrgang 2003, so sieht man deutlich die Steigerung der Durchimpfungsraten bei der ersten MMR-Impfung im zweiten Lebensjahr (von 49,5 Prozent auf 79,2 Prozent). Analog Jahrgang 2002 erwartet man hier für 2006 noch

eine leichte Steigerung der Durchimpfungsraten im dritten Lebensjahr auf etwas über 80 Prozent bei der ersten Impfung. Eine deutliche Steigerung erwartet man 2006 für die zweite Impfung, da im Gegensatz zu Jahrgang 2002 für den Jahrgang 2003 die zweite MMR-Impfung bereits routinemäßig im zweiten Lebensjahr durchgeführt wurde.

Die Kinder des Geburtsjahrganges 2004 kommen zum Großteil erst Ende 2006 in das für die MMR-Impfungen vorgesehene Alter.

Letztendlich kann aus den Verläufen der Durchimpfungsraten geschlossen werden, dass mit der ersten MMR-Impfung etwas über 80 Prozent der Kleinkinder erfasst werden. Die Datenlage bei der zweiten Impfung ist wegen des geringen Beobachtungszeitraumes noch nicht eindeutig abzuschätzen, scheint jedoch geringer zu sein als bei der ersten Impfung.

Um Masernerkrankungen aus der Region zu eliminieren, wird laut World Health Organization (WHO) eine Durchimpfungsrate von mindestens 90 Prozent, für eine dauerhafte Elimination von mindestens 95 Prozent angegeben.

Die Hebung der Durchimpfungsraten auf dieses Niveau ist Ziel der nächsten Jahre und soll durch die Entwicklung von Strategien durch alle Systempartner erreicht werden.

7.7.2. Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae B und Hepatitis B ("Sechsfach-Impfung")

Die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae B und Hepatitis B werden üblicherweise im 3., 4., 5. Lebensmonat und im 2. Lebensjahr durchgeführt.

Tabelle 6: Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenzae B und Hepatitis B; Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 - 2004

Teilimpfung (TI)	Geburtenjahrgang 2002	Geburtenjahrgang 2003	Geburtenjahrgang 2004
1. TI bis 31.12.04	91,2	89,4	59,0
2. TI bis 31.12.04	88,6	87,5	46,7
3. TI bis 31.12.04	85,3	86,0	37,3
4. TI bis 31.12.04	72,1	22,0	2,2
1. TI bis 30.11.05	91,4	90,0	88,8
2. TI bis 30.11.05	88,8	88,4	87,0
3. TI bis 30.11.05	85,7	87,7	83,3
4. TI bis 30.11.05	77,4	67,0	16,2

Quelle: Amt der OÖ Landesregierung, Landessanitätsdirektion

Die Tabelle zeigt die Änderung der Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 bis 2004 im Vergleich des Impfzeitraumes bis Ende 2004 zum Impfzeitraum bis 30.11.2005.

Bei Geburtenjahrgang 2002 sieht man, dass bei den ersten drei Teilimpfungen (TI) kaum mehr eine Steigerung im dritten Lebensjahr zu erwarten ist. Die erreichten Werte entsprechen offensichtlich den derzeit zu erreichenden Durchimpfungsraten

(1. Teilimpfung 91,3 Prozent, 2. Teilimpfung 88 Prozent, 3. Teilimpfung 85 Prozent).

Bei den vierten Teilimpfungen ist durchaus im dritten Lebensjahr mit einer Steigerung zu rechnen (4. Teilimpfung von 72,1 Prozent auf 77,4 Prozent).

Bei Geburtenjahrgang 2003 sieht man bei den ersten drei Teilimpfungen die erzielbaren Durchimpfungsraten und den deutlichen Anstieg der Durchimpfungsrate bei der vierten Teilimpfung im zweiten Lebensjahr (von 22 Prozent auf 67 Prozent).

Geburtenjahrgang 2004 zeigt, dass bis Ende des zweiten Lebensjahres bei den meisten Kindern drei Teilimpfungen abgeschlossen sind.

Die Durchimpfungsrate mit etwa 90 Prozent bei den ersten drei Teilimpfungen sind durchaus zufrieden stellende Werte im Hinblick auf eine Eliminierung von Krankheiten wie Pertussis, Hib, Hepatitis B, Poliomyelitis und Diphtherie in dieser Altersgruppe, wenngleich zu einer regelrechten Grundimmunisierung auch die vierte Teilimpfung (Auffrischung) im zweiten Lebensjahr gehört, die nicht in dem Maß angenommen wird, wie die ersten drei Teilimpfungen.

Andererseits sind immerhin etwa acht bis zehn Prozent nicht geimpft. Sie leben bei den von Mensch zu Mensch übertragbaren Krankheiten im Impfschutz der anderen, bleiben aber gegen Tetanus ungeschützt.

Analysen, warum die Durchimpfungsraten bei MMR vergleichsweise um etwa zehn Prozent niedriger liegen als bei der Sechsfach-Impfung und warum doch etwa zehn bis 15 Prozent der bereits angeimpften Kinder die vierte Teilimpfung der Sechsfach-Impfung nicht mehr durchführen, werden notwendig sein, um zielgerichtete Strategien für die Hebung der Durchimpfungsraten in diesen Bereichen zu entwickeln.

7.8. Sehtests in den Kindergärten

Seit 1979 wird im Auftrag der Landessanitätsdirektion von einer speziell geschulten Kindergartenpädagogin und in Kooperation mit der Landesinnung der Optiker (durch angestellte OptikerInnen) eine Untersuchung in fast allen oberösterreichischen Kindergärten durchgeführt (ausgenommen sind heilpädagogische Sonderkindergärten; Kinder, die keinen Kindergarten besuchen, können der Untersuchung auch nicht zugeführt werden). Dabei werden im Jahr ca. 31.000 Kinder untersucht, wobei innerhalb von 2 Jahren jeder Kindergarten einmal aufgesucht wird.

Ziel dieses Screenings ist das Erkennen von Fehlsichtigkeiten im Kindesalter, im Speziellen bei SchulanfängerInnen (eine augenärztliche Untersuchung ist im 22. bis 26. Lebensmonat laut Mutter-Kindpass durchzuführen, anschließend ist keine fixe Untersuchung mehr vorgesehen).

Nach Vorankündigung erfolgt die Untersuchung mittels Sehtestgeräten direkt in den Kindergärten an den anwesenden 5- bis 6-jährigen Kindern. Untersucht werden die Sehschärfe in der Ferne (Visusüberprüfung), das Tiefensehvermögen (räumliches Sehen) und es wird ein Phorietest durchgeführt. Werden definierte Abweichungen festgestellt, ergeht eine Information an die Eltern, dass eine Untersuchung durch eine/n Facharzt/ärztin angezeigt ist.

Die Ergebnisse dieser Sehtests sind im Kapitel 5.9 zu finden.

7.9. Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich

Karies ist die Haupterkrankung im Mundbereich und die meistverbreitete Erkrankung des Menschen überhaupt. Da manifeste Karies nicht heilbar ist und deren Therapie enorm hohe Kosten verursacht, sind Präventionsmaßnahmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung von eminenter Bedeutung.¹²⁴

Aus diesem Grund wurde bereits in den frühen 90er Jahren in Oberösterreich mit einem Kariesprophylaxeprogramm gestartet. Unter dem Dach des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit besteht dieses Kariesprophylaxeprogramm aus zwei Eckpfeilern:

- zahnpädagogische Betreuung
- zahnpädagogische Untersuchung

7.9.1. Die zahnpädagogische Betreuung

Zweimal im Jahr wird jede Klasse in Volks- bzw. Sonderschulen und jede Kindergartengruppe von einer/m ausgebildeten ZahngesundheitserzieherIn besucht, um nach festgelegten Stundenbildern ein kinder- und schülerzentriertes Programm zu vermitteln. Die Ziele dieser Programme sind der Aufbau einer positivemotionalen Beziehung zum Mundbereich, die Entwicklung eines eigenverantwortlichen und ganzheitlichen Gesundheitsbewusstseins und die Steigerung der Motivation, mit der aktiven Zahnprophylaxe so bald als möglich zu beginnen.¹²⁵ Im Schuljahr 2004/05 wurden in Oberösterreich insgesamt 68.885 Volksschulkinder und 37.380 Kindergartenkinder zahnpädagogisch betreut.¹²⁶

Darüber hinaus wurde mit Beginn des Schuljahres 2005/06 ein Pilotprojekt zur Zahngesundheitsförderung an Hauptschulen und Polytechnischen Lehrgängen ins Leben gerufen, das wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird. Unter anderem anhand der Evaluierung des Pilotprojektes wird zu entscheiden sein, ob und in welcher Form eine Ausweitung des Angebots in der oberösterreichischen Zahngesundheitsförderung angebracht ist.

¹²⁴ Birgmann / Meggeneder S. 27 in *Mitteilungen der Sanitätsverwaltung* 10/2005.

¹²⁵ Birgmann/Peböck 2004, S. 32.

¹²⁶ PGA Jahresbericht Zahngesundheitsförderung 2004/05, S. 26.

7.9.2. Die zahnpädagogische Untersuchung

Die zahnpädagogische Untersuchung wird jährlich jeweils in der 1. und 3. Schulstufe von mittlerweile in etwa 210 Patenzahnärzten/-ärztinnen durchgeführt.

Die Untersuchungen finden vorzugsweise in den jeweiligen Klassen mittels eines mobilen Untersuchungsinstrumentariums statt, können aber in Einzelfällen in den zahnärztlichen Praxen durchgeführt werden.

Die zahnpädagogische Untersuchung erfüllt folgende Aufgaben:

- Durchführung einer kindgerechten, Angst abbauenden Untersuchung mit verständlicher und für das Kind verwertbarer Diagnostik in Kleingruppen,
- Befähigung der Kinder zur Erkennung von Frühveränderungen an ihren Zähnen, um die Motivation zur Zahnhygiene zu verbessern,
- Motivation der Kinder zum Zahnarzt/-ärztinnen-Besuch und zur Individualprophylaxe,
- Erlangung statistisch verwertbarer Ergebnisse.

Ziel der Untersuchung ist es, kariesgefährdete oder bereits an Karies erkrankte Kinder zu erkennen, um ihnen die Möglichkeit einer rechtzeitigen Behandlung zu geben, bevor sie die unangenehme Erfahrung einer Schmerzbehandlung machen müssen.

Diese Kontrolluntersuchung innerhalb der Klassengemeinschaft hilft mit, die oft vorhandene Schwellenangst vor dem Zahnarzt leichter zu überwinden. Bei der Untersuchung findet keine Behandlung statt. Eine eventuell angeratene Behandlung wird nach wie vor vom Zahnarzt nach Wahl der Eltern durchgeführt.¹²⁷ Im Schuljahr 2004/05 wurden 28.241 Kinder untersucht.¹²⁸

¹²⁷ Birgmann/Peböck 2004, S. 38f.

¹²⁸ PGA Jahresbericht Zahngesundheitsförderung 2004/05.

7.10. Projekte gegen Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Im Jahr 2004 wurde ein Arbeitskreis "Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen" unter der Mithilfe des Instituts für Gesundheitsplanung gegründet, dessen Ziele die Koordination der bereits bestehenden Projekte, die Einführung von Qualitätskriterien für Projekte in diesem Bereich und ein Konzept für ein oberösterreichweites gemeinsames Vorgehen sind.

Seit Gründung des Arbeitskreises konnte die Kooperation der bestehenden Projekte deutlich verbessert werden. Qualitätskriterien für Projekte wurden in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Medizin und Psyche niedergeschrieben. Alle Projekte, die sich am Arbeitskreis beteiligen, erfüllen diese Qualitätskriterien. Derzeit bestehen folgende Projekte in Oberösterreich:

Tabelle 7: Adipositasprojekte in Oberösterreich

Ort	Projekt	Organisation
Braunau	Adipositas-Ambulanz	KH St. Josef Braunau GmbH
Eferding	Leichter durchs Leben	EKZ Eferding
Kirchdorf	Family Light	VHS OÖ / LKH Kirchdorf
Linz	Fit 4 Future	ASKÖ Linz (Linz, Steyr, Timelkam, Wels)
Linz	Fit & Foxi + Feriencamp	Kinderfreunde / FAMOS
Linz	Fit & Foxi (Kinderfreunde)	EKiZ Minikids
Linz	BALU - Adipositas-Therapie für Kinder mit Beeinträchtigung	St. Isidor
Mattighofen	Fit & Foxi (Kinderfreunde)	EKiZ Mattighofen
Oberösterreich	Lebenslust statt Essensfrust	Diätwochen Caritas

Ort	Projekt	Organisation
Oberösterreich	Fit ins Leben	SVB Spital am Pyhrn/Hatzendorf Stmk.
Pasching	Fit & Foxi (Kinderfreunde)	EKiZ Pasching
Timelkam	Fit & Foxi (Kinderfreunde)	EKiZ Burzelbaum
Wels	Fit Kids Wels	Klinikum Wels / PGA

Quelle: eigene Erhebungen

7.11. Haltungs- und BewegungsberaterInnen

Um bereits Schulkinder für körperliche Bewegung und richtige Körperhaltung zu begeistern, sind derzeit rund 25 Haltungs- und BewegungsberaterInnen im Auftrag des Landes Oberösterreich in den Volksschulen unterwegs.

Meist werden Volksschulen im Turnus von 5 Wochen besucht, wobei pro Woche ein/e BewegungsberaterIn eine Turnstunde mit jeder einzelnen Klasse gestaltet. In Abhängigkeit von der Größe des betreuten Gebietes erfolgt der Besuch alle 1 bis 2 Jahre. Dadurch wird jedes Kind 3- bis 4-mal im Laufe des Volksschulbesuches betreut.

Aufgrund des Anspruchs, die gesundheitsorientierten Bewegungsinhalte möglichst breit zu fächern und immer wieder neue, kindgerechte Aufbereitungsformen vorzustellen, arbeiten die BewegungsberaterInnen nicht mit fixen Stundenbildern, sondern auf Basis eines Modulkonzeptes mit inhaltlichen Schwerpunkten (Ergonomie, Körperwahrnehmung, Koordination, Ausdauer/Kraft und ein freies Modul). Es wird auch auf persönliche Schwerpunkte sowie LehrerInnenwünsche eingegangen und zusätzlich wird mit verschiedenen Materialien (Tücher etc.) gearbeitet.

Die LehrerInnen haben während der 5 abgehaltenen Stunden Anwesenheitspflicht und sind auch als MultiplikatorInnen gedacht, die die gezeigten Inhalte in den (Turn-) Unterricht einbauen sollen.

Als Arbeitsunterlage dient unter anderem die Broschüre „Bewegung beflügelt“, die eine Sportwissenschaftlerin und Bewegungsberaterin erstellt hat. Diese Broschüre wird an die Kinder ausgegeben und soll auch zuhause mit den Eltern weiter verwendet werden. Um die Qualität des Projektes sicherzustellen, wird es medizinisch betreut und zusätzlich verpflichten sich die Haltungs- und BewegungsberaterInnen selbst zu regelmäßigen Fortbildungen (inkl. Qualitätszirkeln).

7.12. Angebote für Sexualberatung

In Oberösterreich gibt es 2 öffentliche Beratungsstellen sowie ein Jugendaufklärungsprojekt und ein schulisches Projektmodell zum Thema Sexualität für Kinder und Jugendliche. Alle Beratungsstellen bzw. Projekte werden durch öffentliche Mittel gefördert und sind größtenteils kostenlos. Die einzelnen Projekte und Beratungsstellen sowie deren Schwerpunkte und Inhalte werden nachfolgend näher beschrieben.

7.12.1. Bily

Bily ist eine Jugend-, Familien- und Sexualberatungsstelle in Linz, die vom Land Oberösterreich, dem Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen sowie der Stadt Linz gefördert wird. Das BeraterInnen-Team von Bily bestehend aus PsychotherapeutInnen, DiplomsozialarbeiterInnen, MediatorInnen, Fachärzte/ärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und RechtsanwältInnen bietet Beratung zu Fragen der Sexualität, bei allen aktuellen Problemen Jugendlicher, sowie zu einer Vielzahl von Paar- und Familienkonflikten. Das Angebot versteht sich vor allem präventiv; Erstberatungen, Jugendberatungen, gynäkologische- sowie Rechtsberatungen sind kostenlos. Bei therapeutischen Gesprächen wird ein einkommensabhängiger Kostenbeitrag eingehoben.¹²⁹

7.12.2. Lovetour

Lovetour ist seit 2002 das sexualpädagogische Jugendaufklärungsprojekt des Landes Oberösterreich und wird aus den Mitteln des Gesundheitsressorts finanziert, als Trägerverein hat der PGA die Projektorganisation übernommen. Lovetour bemüht sich um die Förderung der gesunden sexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch altersspezifische Aufklärung, Weitergabe wichtiger und aktueller Informationen und moderne Präventionsarbeit. Lovetour richtet sich nach den aktuellen Bedürfnissen der Mädchen und Burschen, die an den unterschiedlichen Programmen und sexualpädagogischen Workshops teilnehmen. Lovetour bietet einen geschützten Rahmen für Gespräche über Tabuthemen in der Sexualität, Liebe und Beziehungen.

¹²⁹ http://www.kinderfreunde.cc/index.php?action=Lesen&Article_ID=115.

7.12.3. first love ambulance

Die first love ambulance des Kinder- und Jugendservices und des AKH Linz ist eine Beratungsstelle für junge Leute zwischen 12 und 18 Jahre und ihre PartnerInnen. Eine Psychologin, eine Gynäkologin und eine Krankenschwester stehen den Jugendlichen bei Fragen zu Verhütung, Sexualität oder einer (ersten) Beziehung im AKH Linz zur Verfügung.

7.12.4. Love Talks

Love Talks ist ein präventives Modell der Sexualerziehung für Schulen und versucht, abgestimmt auf das jeweilige Alter und die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen, Sexualität besser begreif- und lebbar zu machen. Love Talks schafft im Bereich der Sexualerziehung eine Basis des miteinander Redens, Lernens und Verstehens. Das Reden über selbst gewählte Themen und die Erarbeitung eines schulischen Sexualerziehungsprojektes stehen im Vordergrund des Modells Love Talks. Das Modell Love Talks wird durch das Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz sowie durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur gefördert und wird für alle Schultypen und Altersklassen in Österreich kostenlos angeboten. Love Talks kommt in Österreich auch im Kindergartenbereich und in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen (Special Love Talks) zum Einsatz.¹³⁰

¹³⁰ <http://lovetalks.org/intro/q4.html>.

7.13. Hilfsangebote bei Essstörungen

In Oberösterreich beschäftigen sich viele Organisationen, Beratungsstellen und Institutionen mit dem Thema Sucht und psychosoziale Gesundheit. Essstörungen zählen zu den Verhaltenssuchten und sind meist psychosozialer Natur. Aus diesem Grund bieten sehr viele dieser Einrichtungen unter anderem Beratungsgespräche und Therapieangebote zu diesem Thema. Es gibt in Oberösterreich keine Einrichtung, die sich ausschließlich mit dem Thema Essstörungen auseinandersetzt.

Folgend werden die Arbeit von pro mente Oberösterreich mit dem Institut für Suchtprävention und die Tätigkeiten der Jugenddienststelle des Landes OÖ näher erläutert. Alle weiteren Einrichtungen, die sich mit dem Thema Essstörungen beschäftigen, sind ebenfalls angeführt.

7.13.1. pro mente Oberösterreich

pro mente Oberösterreich bietet im Bereich Essstörungen einerseits ein Präventionsangebot (Institut für Suchtprävention) und andererseits ein Beratungsangebot (Suchtberatungsstellen) an.

Das Institut für Suchtprävention von pro mente OÖ bietet in erster Linie fachliches Know-how an und arbeitet präventiv. Die Wissensvermittlung erfolgt als wechselseitiger Dialog mit der Zielgruppe des Instituts. Das Institut für Suchtprävention bietet Infomaterialien, Projekte und Bildungsangebote sowie eine Auflistung regionaler Hilfsangebote zum Thema Essstörungen.

Konkrete Hilfe bei Essstörungen bieten die bestehenden Suchtberatungsstellen von und in Zusammenarbeit mit pro mente OÖ.¹³¹

7.13.2. Jugenddienststelle des Landes OÖ

Die Jugenddienststelle des Landes OÖ bietet Beratungsgespräche für Jugendliche mit Essstörungen, um mögliche Lösungsschritte zu erarbeiten. Die geführten Gespräche sind vertraulich und können auf Wunsch anonym durchgeführt werden. Die Jugenddienststelle bietet keine Psychotherapie, jedoch allgemeine Informationen über Essstörungen und eine Liste mit allen Beratungs- und Therapieeinrichtungen

¹³¹ <http://pmooe.at/sitex/index.php/page.3/>.

an. Beratungsstellen des Jugendservice gibt es in jeder Bezirkshauptstadt Oberösterreichs.¹³²

7.13.3. Weitere Hilfsangebote in Oberösterreich

Beratung

- Amt der OÖ Landesregierung - Landessanitätsdirektion
- Dachverband der oberösterreichischen Selbsthilfegruppen
- Institut für Jugend- und Familienberatung der Stadt Linz
- Rat auf Draht

Beratung und Therapie

- Linzer Frauengesundheitszentrum
- Familientherapie - Zentrum des Landes OÖ
- Exit Sozial - Psychosoziales Zentrum
- OÖ Gebietskrankenkasse - Institut für Psychotherapie
- OÖ Landesnervenlinik Wagner Jauregg
- Landes Kinderklinik Linz¹³³

¹³² <http://www.jugendservice.at/aktuelles>.

¹³³ <http://www.ess-stoerungen.at/>.

7.14. Suchtprävention in OÖ

Im Jahr 1994 wurde mit dem Institut Suchtprävention die zweite Präventions-Fachstelle in Österreich eröffnet, damals unter dem Namen „Focus“. Ein kleines Team begab sich auf Neuland in einer Disziplin, die gerade erst im Entstehen war. Es gab kaum Studien, Vorlagen und Erfahrungsberichte. Heute ist das Institut Suchtprävention ein über die Grenzen Oberösterreich hinaus anerkanntes Expert-Innenzentrum mit 25 qualifizierten MitarbeiterInnen, die sich auf einzelne Teilbereiche wie Schule, Familie, Jugend, Betrieb, Kommunikation oder Forschung spezialisiert haben.

Innerhalb von zehn Jahren wurde die Suchtprävention in Oberösterreich von null an aufgebaut. Das Institut hat Know-How, Standards und Bildungsangebote entwickelt, Fachleute ausgebildet, Projekte durchgeführt und Netzwerke geschaffen.

Wie weit das Institut die Mittel für flächendeckende Suchtprävention in ganz Oberösterreich erhalten wird, ist nicht zuletzt eine politische Frage. Effiziente und nachhaltige Suchtprävention braucht bestimmte Rahmenbedingungen. Dazu gehören eine gesetzliche Verankerung (die es derzeit noch nicht gibt), eine langfristige, adäquate finanzielle Ausstattung und eine breite gesellschaftliche Verankerung. Auch ist es essenziell, die Profession ständig weiterzuentwickeln und immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu halten.

Das Tätigkeitsfeld der Suchtprävention lässt sich grob in folgende Bereiche aufschlüsseln:

- Information/Kommunikationsarbeit
- Projekte in unterschiedlichen Settings
- Bildungsarbeit
- Consulting/Fachberatung
- Networking/Lobbying
- Evaluation/Forschung

7.14.1. Information/Kommunikationsarbeit

Information bedeutet in der Suchtprävention keine einseitige Weitergabe von Wissen. Vielmehr wird darunter ein wechselseitiger Dialog verstanden. Über die Themen Sucht, Drogen und Prävention zu informieren, heißt, zielgruppenorientiert und sachlich seriös zu arbeiten. Zum Informationsangebot gehören einerseits Broschüren, Folder und Arbeitsmaterialien wie z.B. ein LehrerInnenhandbuch, ein Elternhandbuch („Wie schütze ich mein Kind vor Sucht“), Jugendflyer zu 17 verschiedenen Substanzen und Süchten oder die Broschüren „Über Alkohol reden“ und „Alko-

hol und illegale Drogen am Arbeitsplatz“. Zweimal im Jahr erscheint das Zielgruppenmagazin „4ty Four“. Andererseits ist man im Internet präsent und zwar mit den Homepages www.praevention.at und speziell für Jugendliche www.1-2-free.at. Auch professionelle Pressearbeit und Journalistenbetreuung sind selbstverständlich.

Einen anderen Schwerpunkt der Informationsarbeit bilden Vorträge und Seminare, die speziell für jede Zielgruppe aufbereitet werden. So erhalten etwa Eltern, Lehrkräfte, JugendbetreuerInnen oder LehrlingsausbilderInnen die jeweils für sie passende Information. In rund 120 Vorträgen werden dabei jährlich geschätzt mehr als 5.000 Personen informiert.

7.14.2. Projekte in unterschiedlichen Settings

Die Präventionsforschung belegt eindrucksvoll, dass Information nötig, jedoch nicht ausreichend ist und dass die Wirkung einmaliger Aktionen schnell verpufft. Daher wurden Präventionsprojekte entwickelt, die sich nicht auf eine einmalige Veranstaltung beschränken, sondern über Jahre integriert sind und die persönlichen Schutzfaktoren gegen Sucht stärken. Nur so kann Suchtprävention nachhaltig wirken. Die settingbezogenen Projekte am Institut finden im Schulrahmen (z.B. Eigenständig werden, Clever & Cool, Peer education, Step by Step), im Jugendbereich (z.B. Barfuss, Talk about), in Gemeinden (z.B. Regionalprojekt Steyr), im familiären Umfeld (z.B. Elternworkshops) und in Betrieben (z.B. Lehrlingsprojekte, Alkoholprävention im Betrieb) statt.

7.14.3. Bildungsarbeit

Moderne Suchtprävention wird in der Regel nicht als Großprojekt oder „Event“ sichtbar, sondern passiert integriert im Alltag. Um die alltägliche suchtpreventive Arbeit von Personen, die viel mit Kindern bzw. Jugendlichen in Kontakt stehen (Eltern, LehrerInnen, JugendarbeiterInnen, AusbilderInnen, KindergärtnerInnen) zu optimieren, gibt es spezifische Weiterbildungsangebote. Insgesamt werden so jährlich ca. 3.000 „MultiplikatorInnen“ suchtpreventiv geschult.

7.14.4. Consulting/Fachberatung

Die Kernkompetenz des Instituts besteht im Know-how über Sucht, psychoaktive Substanzen und Prävention. Das Wissen und die Erfahrung wird als unabhängiger Berater weitergegeben, zum Beispiel an LehrerInnen, AusbilderInnen, UnternehmerInnen, JugendarbeiterInnen, BürgermeisterInnen, Landes- und Exekutivbeamte, PolitikerInnen, Eltern, KindergärtnerInnen, WissenschaftlerInnen und Studierende.

7.14.5. Networking/Lobbying

Das Institut ist in unterschiedlichsten Netzwerken aktiv. Auf europäischer Ebene ist es in Euronet, Prevnet und Encare verankert. Auf österreichischer Ebene führt das Institut den Vorsitz in der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und ist in der Sektion Drogenforschung der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie vertreten. In Oberösterreich hat das Institut einen Sitz im Suchtbeirat und der Jugendschutzkommission des Landes OÖ. Im Rahmen der Gesundheitsförderungskonferenz hat es die Leitung des Arbeitskreises „Sucht“ inne. Drei Viertel der höheren Schulen haben bereits vom Institut ausgebildete und gecoachte KoordinatorInnen für Suchtvorbeugung. Weiters gibt es in Kooperation mit der Exekutive im Rahmen des Projektes „PräGend“ flächendeckend rund 40 ausgebildete Beamte.

Das Institut veranstaltet für die MultiplikatorInnen in den einzelnen Netzwerken in Oberösterreich jährlich zwei Fachtagungen mit gesamt rund 400 BesucherInnen.

7.14.6. Evaluation/Forschung

In der modernen Suchtprävention hat der sachliche, seriöse und wissenschaftlich fundierte Zugang zur Suchtvorbeugung hohe Priorität. Dort, wo häufig Moral, Gefühl und Ideologie die öffentliche Diskussion prägen, wird bewusst auf Sachlichkeit gesetzt. Auf Ebene der Projekte heißt dies, den Diagnoseteil ernst zu nehmen und Theorie einfließen zu lassen, gemachte Erfahrungen einzuarbeiten und konkrete Ziele zu formulieren. In der Evaluation geht es vor allem darum, systematisch die Erfahrungen zu nutzen bzw. zu analysieren, welche Methoden gute Effekte aufweisen.

Als wesentliche Grundlage für die Beschreibung der oberösterreichischen Sucht- und Drogenthematik wird regelmäßig ein systematisches Drogenmonitoring durchgeführt.

Die Betonung auf Seriosität schlägt sich auch in der umfangreichen, heute rund 3.000 Publikationen umfassenden Fachbibliothek nieder.

7.15. Weitere Angebote der OÖGKK

In diesem Kapitel sind einige Angebote der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angeführt, die zu keinen der anderen Bereiche gezählt werden können. Es handelt sich teilweise um eigene Einrichtungen (Asthmaverhaltenstraining und Zahnbehandlung) oder um Kostenzuschüsse (zu Erholungsaktionen) bzw. -beteiligungen (logopädische Dienste in Kindergärten).

7.15.1. Asthmaverhaltenstraining für Kinder und Jugendliche

Seit einigen Jahren bietet die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse in den Heimen in Bad Ischl und Bad Schallerbach spezielle Asthma-Verhaltenstrainings für Kinder und Jugendliche an. Ziel dieser zweiwöchigen Aufenthalte während der Sommerferien ist das Erlernen eigener Strategien zur Vermeidung bzw. Verminderung von Asthmaanfällen.

Während der Aufenthalte werden altersmäßig homogene Gruppen in einem spielerischen Mix von Theorie und Praxis ärztlich, psychologisch und physiotherapeutisch betreut, um eine weitestgehende Selbständigkeit in Bezug auf Verhaltensregeln/-maßnahmen, Medikamentenverwendung und körperliche Aktivität zu erreichen. Dabei werden die Begleitpersonen teilweise in den Programmablauf eingebunden und für die Zeit nach der Schulung vorbereitet.

In den vergangenen Jahren nahmen zwischen 20 und 28 Kinder und Jugendliche mit ihren Begleitpersonen an den Verhaltenstrainings teil.

7.15.2. Zahnbehandlung für Kinder und Jugendliche in den eigenen zahnmedizinischen Einrichtungen der OÖGKK Forum Gesundheit

Die OÖGKK betreibt 14 Zahnambulatorien (ZA), in denen selbstverständlich überall auch Kinder und Jugendliche behandelt werden.

Die Anzahl und der Anteil der Kinder und Jugendlichen betrug im Jahr 2005:

Tabelle 8: Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen in den Zahnambulatorien der OÖGKK

Altersgruppe	Anzahl	Gesamtpatientenanzahl Anteil in %
0 bis 5 Jahre	1.629	1,74
6 bis 10 Jahre	5.048	5,38
11 bis 15 Jahre	3.959	4,22
16 bis 20 Jahre	3.620	3,86

Quelle: OÖGKK

In den größeren zahnmedizinischen Einrichtungen der OÖGKK in Linz, Wels und Steyr werden eigene Behandlungsressourcen für die Kinder- und Jugendbehandlung bereitgestellt. Im ZA Linz sind es vier Ordinationen, in Wels drei Ordinationen und in Steyr eine Ordination. In diesen Einrichtungen wird nur Kinderzahnbehandlung und Kieferorthopädie für die kleinen Kunden durchgeführt. Diese Ordinationen sind kindergerecht ausgestattet und dekoriert und die dazugehörigen Wartebereiche sind vom Rest des Zahnambulatoriums separiert.

In einigen Zahnambulatorien wurden auf Initiative der MitarbeiterInnen der Zahnambulatorien im Wartebereich eigene Spielecken eingerichtet.

Derzeit errichtet die OÖGKK Forum Gesundheit ein neues Fachambulatorium. Bei diesem Neubau in der Garnisonstraße in Linz ist ein Halbstock für die Errichtung eines Kinderdentalzentrums, abgekürzt KIDZ, vorgesehen. In diesem KIDZ wird moderne Kinderzahnbehandlung und Kieferorthopädie durchgeführt werden. Dort wird auch das erste digitale Zahnrontgen innerhalb der zahnmedizinischen Einrichtungen

der OÖGKK installiert sowie spezielle Einrichtungen für die Prophylaxe und Mundhygiene geschaffen.

7.15.3. Zuschüsse für Erholungsaktionen

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse gewährt Zuschüsse zu Erholungsaktionen und Camps für in Tabelle 9 genannte Gruppen.

Tabelle 9: Zuschüsse für Erholungsaktionen der OÖGKK

Zuschüsse für	durchführende Organisationen
Diabetiker	Österreichischer Diabetikerverein Salzburg
krebskranke Kinder	Österreichische Kinderkrebshilfe
übergewichtige Kinder	- Caritas Sozialzentrum - Krankenhaus St. Josef, Braunau - Jugend- und Familiengästehäuser Steiermark - F.I.T. Mag. Gregor Rozmann, Graz - Young Austria Salzburg

Quelle: OÖGKK

7.15.4. Kostenbeteiligung an logopädischen Diensten in Kindergärten¹³⁴

Die OÖGKK leistet seit Jahren Kostenbeteiligungen für Folgesitzungen an den logopädischen Diensten in den Kindergärten der Caritas der Diözese Linz, des Landes Oberösterreich, der Volkshilfe Oberösterreich, der Magistrate Linz, Steyr und Wels, der Stadtgemeinde Marchtrenk und der Gemeinde Laakirchen. Es ist dafür eine vorherige chefärztliche Bewilligung notwendig.

Im Jahr 2005 wurde dabei folgende Anzahl an Sitzungen durchgeführt (Folgesitzungen können 30, 45 oder 60 Minuten andauern):

Table 10: Anzahl an Sitzungen von logopädischen Diensten in den Kindergärten, an denen die OÖGKK Kostenbeteiligung leistet

Institut	Sitzungen 30 min	Sitzungen 45 min	Sitzungen 60 min
Caritas der Diözese Linz	2.879	2.190	372
Amt der OÖ Landesregierung	130	2.983	953
Volkshilfe OÖ	72	1.158	1.715
Magistrat Wels	1.926	0	533
Magistrat Linz	127	380	694
Stadtgemeinde Marchtrenk	1.164	0	0
Magistrat Steyr	1.075	0	1
Marktgemeinde Laakirchen	318	1	20
Summe	7.691	6.712	4.288

Quelle: OÖGKK

¹³⁴ Die logopädische Betreuung durch die Jugendwohlfahrt wurde im Kapitel über Angebote der Jugendwohlfahrt erklärt.

7.16. Angebote der „Gesunden Gemeinden“

In Oberösterreich gibt es mittlerweile 380 „Gesunde Gemeinden“, deren Projekte große Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben. Von den vielen Projekten werden an dieser Stelle nur diejenigen hervorgehoben, die in mehreren „Gesunden Gemeinden“ durchgeführt werden.

- Für Schulen werden zu wichtigen Vorsorgethemen Wanderausstellungen zur Verfügung gestellt: Rauchstraße, Hörstraße, Alkoholstraße¹³⁵.
- Bei einer Evaluierungsstudie des IGP gaben 76 Prozent der „Gesunden Gemeinden“ an, dass die „Gesunde Schuljause“ zu einer Dauereinrichtung in ihren Schulen wurde. Den Anstoß dazu gaben in den meisten Fällen die Arbeitskreise der Gesunden Gemeinden.
- 20 Prozent der Arbeitskreisleiter gaben auch an, dass auf Initiative der Gesunden Gemeinde in den Schulen gesunde Schulmöbel angekauft wurden.¹³⁶
- Im Projekt "Gesunde Küche" wird besonderer Wert auf kreative und ernährungsbewusste Küche gelegt. Die Betriebe müssen bestimmte Kriterien erfüllen, um die Auszeichnungsurkunde zu erhalten. Mittlerweile gibt es in Oberösterreich rund 70 "Gesunde Küchen", darunter auch sehr viele Schulen.

¹³⁵ http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-3DCFCFC3-532CE0A1/hs.xsl/-679_DEUO_HTML.htm, 27. 06. 2006.

¹³⁶ IGP 2006, S. 57ff.

7.17. Angebote der Jugendwohlfahrt

Alle Angebote, die im Rahmen der Jugendwohlfahrt durchgeführt werden, haben eine Auswirkung auf die Entwicklung der Kinder. Maßnahmen, die sich speziell mit der Gesundheit befassen sind:

- Eltern-/Mutterberatungsstellen
- Elternbildung
- EKIZ - Eltern-Kind-Zentren
- Kinderschutzzentren
- Erholung und Entlastung von Familien
- Logopädische Betreuung

Weitere Angebote der Jugendwohlfahrt befassen sich mit Kinderbetreuung, Pflege- und Adoptiveltern, Streetwork, Erziehungshilfen und der Unterstützung in schweren familiären Krisen.

7.17.1. Eltern/Mutterberatungsstellen

Da die Entwicklung eines Kindes für die Eltern mit vielen Fragen und Unsicherheiten verbunden ist, sollen die Mutterberatungsstellen der Jugendwohlfahrt darauf Antworten geben. In folgenden Bereichen finden in den Mutterberatungsstellen Beratungen statt:

- Entwicklung und Förderung des Kindes
- Erziehungsfragen
- Ernährung, Stillen, Gesundheit
- Messen, Wiegen, Impfungen
- allgemeine familiäre Fragen
- rechtliche Fragen

Das Netz an Mutterberatungsstellen ist in Oberösterreich nahezu flächendeckend ausgebaut. Insgesamt gibt es 311 Mutterberatungsstellen. Die Öffnungszeiten variieren sehr stark und richten sich nach dem Bedarf einer Gemeinde.

Tabelle 11: Mutterberatungsstellen nach Bezirken

Bezirk	Anzahl
Braunau	35
Eferding	4
Freistadt	19
Gmunden	19
Grieskirchen	34
Kirchdorf	16
Linz Stadt	15
Linz Land	13
Perg	26
Rohrbach	27
Schärding	7
Steyr Land	22
Steyr Stadt	4
Urfahr-Umgebung	25
Vöcklabruck	23
Wels Stadt	4
Wels Land	18
Summe	311

Quelle: Jugendwohlfahrt OÖ

Neben den herkömmlichen Mutterberatungsstellen gibt es derzeit 5 IGLU-Stellen in Oberösterreich, die als Bezirksleitstellen für Sozialvorsorge und Gesundheitsförderung ein umfassendes Angebot aufweisen. Das Team wurde dabei um PsychologInnen erweitert, um die gesamte Breite der Entwicklung im Baby- und Kleinkind-

alter abzudecken. Diese IGLU-Beratungsstellen befinden sich in Linz, Traun, Marchtrenk, Wels und Mauthausen.

7.17.2. Elternbildung

Das Ziel der Elternbildung ist es, den Eltern zu helfen, auf ihre eigene Kompetenz zu vertrauen. Daneben werden auch immer wieder Vorträge zu Gesundheitsthemen organisiert.

Ein Auszug aus dem Programm des Jahres 2005 macht dies deutlich:

- Erste Hilfe bei Kinderunfällen;
- Die körperliche Entwicklung;
- Gesundes Leben für Kinder aus ärztlicher Sicht;
- Essstörungen bei Kindern;
- Leistungssteigerung durch gesunde Ernährung;
- Welche Jause für welches Kind?
- Psychosomatische Erkrankungen im Kindesalter;
- Was kränkt macht krank?

Im Jahr 2004 wurden von 3 für die Elternschule beauftragten Vereinen (Familienakademie der OÖ Kinderfreunde, Pädagogische Aktion für Oberösterreich, Schul- und Erziehungszentrum SCHEZ) 310 Vorträge und 146 mehrtägige Seminare veranstaltet. Bei diesen Veranstaltungen nahmen insgesamt 10.633 Eltern teil, davon 5.152 in Einzelvorträgen. Das Angebot wird hauptsächlich von Müttern in Anspruch genommen.

7.17.3. EKIZ/Eltern-Kind-Zentren

Die 67 Eltern-Kind-Zentren in Oberösterreich bieten mit ihren Spieltreffs und Elternrunden Gelegenheit zum Kontakt und Erfahrungsaustausch. Daneben werden laufend Vorträge und Angebote rund um die Geburt sowie Kurse und Gruppen zu den verschiedensten familienrelevanten Themen angeboten.

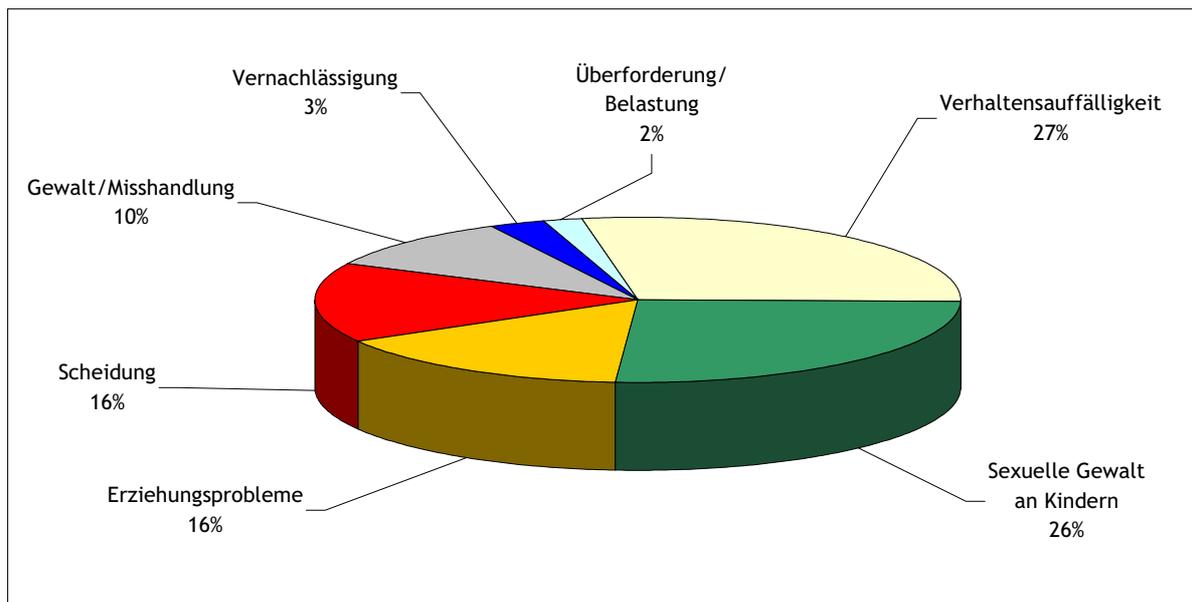
7.17.4. Kinderschutzzentren

Kinder sind häufig Opfer von Gewalt und Missbrauch. Zentrale Aufgaben von Kinderschutzzentren sind die Intervention in Fällen von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern. Der Tätigkeitsschwerpunkt liegt einerseits in der

konkreten Arbeit mit Opfern, andererseits in der Bewusstseinsbildung der Öffentlichkeit für Anliegen des Kinderschutzes und in der Beratung von HelferInnen (wie z. B. LehrerInnen, KindergärtnerInnen ...).

Oberösterreichweit gibt es 6 Kinderschutzzentren: Linz, Bad Ischl, Vöcklabruck, Braunau, Steyr und Wels. Im Jahr 2002 wurden darin 3.718 Personen, davon ca. 17 Prozent Kinder und Jugendliche, in insgesamt 4.768 Beratungen/Therapien betreut. Der überwiegende Teil der Beratungen befasste sich mit Verhaltensauffälligkeiten.

Abbildung 88: Beratungsschwerpunkte in den Kinderschutzzentren



Quelle: Jugendwohlfahrt OÖ

7.17.5. Erholung und Entlastung von Familien

Gerade für Kinder in schwierigen Familiensituationen haben Erholungsaufenthalte einen hohen therapeutischen Wert, der sich vor allem für die psychische Situation aller Beteiligten positiv auswirkt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen:

- Kindererholung: Diese bieten betreute Freizeitgestaltung für Kinder von 6 bis 12 Jahren oder Jugendliche von 12 bis 15 Jahren. Im Jahr 2004 nahmen 230 Kinder und 54 Jugendliche teil.
- Familientherapeutischer Erholungsurlaub: Durch die Verbindung von Urlaub, pädagogischen Spielaktionen für die Kinder und therapeutischen Beratungsgespräche mit den Eltern sollen die familiären Rahmenbedingungen verbessert und der Einstieg in weiterführende (therapeutische) Unterstützungsangebote erreicht werden. Jährlich werden zwei Turnusse für insgesamt 50 TeilnehmerInnen angeboten.

Weiters gibt es für Familien, die sich ohne finanzielle Hilfe keinen Urlaub leisten können, einen Zuschuss des Landes Oberösterreich.

7.17.6. Logopädische Betreuung¹³⁷

Logopädische Betreuung wird empfohlen, wenn Kinder nach dem 4. Lebensjahr folgende Auffälligkeiten aufweisen:

- Lautbildung: Das Kind sagt z. B. häufig "Sule" statt "Schule" oder "Ludi" statt "Rudi";
- Satzbau: Das Kind kann keine richtige Sätze bilden (z.B. "Ich Kindergarten-gehen" oder "Das Buch Tisch liegt");
- Wortschatz: Das Kind verwendet unterschiedliche Begriffe für den selben Ausdruck oder findet für manche Dinge kein Wort;
- Sprachverständnis: Das Kind versteht einfache Geschichten oder Gesprächsinhalte nicht;
- Redefluss: Das Kind stottert;
- Kindliche Stimme: Das Kind ist ständig heiser oder spricht durch die Nase;

¹³⁷ Neben der Logopädischen Betreuung der Jugendwohlfahrt gibt es auch von der OÖGKK eine Kostenbeteiligung an logopädischen Diensten in Kindergärten. Diese wird unter den Angeboten der OÖGKK vorgestellt.

- Akustische Wahrnehmung: Das Kind hat Schwierigkeiten beim Erkennen, Zuordnen, Merken oder Wiederholen von Gehörtem;
- Mund- und Gesichtsbereich: Das Kind speichelt, atmet ständig mit offenem Mund oder hat Probleme beim Kauen oder Schlucken¹³⁸.

Eine logopädische Reihenuntersuchung im Herbst 2004 in einigen Bezirken in Oberösterreich ergab folgendes Bild:

Siehe Tabelle auf nächster Seite

¹³⁸ www.jugendwohlfahrt-ooe.at; 12. Mai 2006.

Tabelle 12: Ergebnisse der logopädischen Reihenuntersuchung unter 5- bis 6-jährigen Kindern in Oberösterreich

	Statistik			Sprachauffälligkeiten							HNO-Auffälligkeiten					Rückmeldungen	Elternberatungen im Kindergarten		
	Gesamtzahl der untersuchten Kinder	Logopädische Förderung	Logopädische Behandlung	Gesamtzahl der sprachauffälligen Kinder	partielle Dyslalie	multiple/universelle Dyslalie	Dysgrammatismus	Dysgrammatismus bei Fremdsprachigkeit	Stottern	Poltern	myofunktionelle Störung/OMH	keine Überprüfung möglich	Verdacht auf Hörstörung	Verdacht auf Stimmstörung	Verdacht auf Naseln			Verdacht auf Zahnfehlstellung	LKG - Spalte
Braunau	427	66	143	261	188	27	19	34	3	0	45	3	11	11	2	1	52	0	0
Freistadt	329	64	95	159	125	25	34	4	4		40		9	4	21	2	76	991	0
Gmunden	532	82	204	277	165	68	12	71	1	0	76	4	3	12	60	1	52		1
Linz-Land	572	194	194	388	189	46	40	164	5	0	63	1	17	28	25	1	70	0	5
Perg	524	109	152	261	167	78	43	48	4	1	46	1	15	7	19	1	60	0	30
Rohrbach	513	56	143	195	160	26	38	14	7	0	66	2	31	22	71	2	58	0	8
Schärding	71	13	28	41	27	8	7	2	3	1	12	0	1	0	3	0	15	0	2
Steyr-Land	402	44	141	185	150	30	25	16	2	0	28	0	57	3	32	0	29	0	6
Vöcklabruck	763	153	225	369	290	31	27	83	4	2	111	7	37	13	22	3	58	110	0
Wels-Land	307	40	89	129	98	9	18	23	1	0	32	1	2	15	2	0	26	0	0
Gesamtsumme	4.440	821	1.414	2.265	1.559	348	263	459	34	4	519	19	183	115	257	11	496	1.101	52

Quelle: Jugendwohlfahrt OÖ

8. Maßnahmen für die Zukunft

8.1. Gesundheitsförderung in Kindergarten/Schule/-Betrieb

Bereits bestehende Angebote der Gesundheitsförderung sollen weiter vorangetrieben und durch zielgruppenspezifische Angebote ergänzt werden. Bei der Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten sollte vor allem auch der psychosoziale Aspekt berücksichtigt werden. Ziel muss es sein, durch Gesundheitsförderungsprojekte das psychische und physische Wohlbefinden unserer Kinder und Jugendlichen zu erhöhen.

Eine weitere wichtige Maßnahme wäre, verstärkt Berufsschulen zur Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten zu animieren. In einem weiteren Schritt soll versucht werden, die Berufsschulen mit jenen Betrieben, aus denen die BerufsschülerInnen kommen, zu vernetzen, um gemeinsam agieren zu können.

Die Gesundheitsförderung sollte auch auf das Setting Kindergarten ausgedehnt werden.

8.2. Adipositas/Übergewicht

Wie in Kapitel 7.8. beschrieben, wird bereits seit der Gründung des Arbeitskreises „Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“ im Jahr 2004 an einem Konzept für ein oberösterreichweites gemeinsames Vorgehen gearbeitet. Die Konzertierung der Vorgehensweisen ist ein wichtiger Schritt im Kampf gegen Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen und sollte weiter verfolgt werden.

Des weitern soll in der oberösterreichischen Bevölkerung ein Bewusstsein geschaffen werden (z.B. durch eine Aufklärungskampagne), dass Adipositas eine ernstzunehmende Problematik bzw. Krankheit ist, die es zu vermeiden bzw. zu behandeln gilt.

8.3. Verkehrssicherheit

Ein Großteil der Todesfälle bzw. Verletzungen von Kindern und Jugendlichen sind auf Verkehrsunfälle zurückzuführen. Daher sind verschiedene Maßnahmen (wie z.B. die vom Verkehrsressort des Landes Oberösterreich und der AUVA initiierte und unterstützte Radhelm-Aktion 2006 „Wer Köpfchen hat, der schützt es.“), die die Ver-

kehrssicherheit für Kinder und Jugendliche erhöhen, zu befürworten. Das Verkehrsressort des Landes Oberösterreich hat sich bis zum Jahr 2010 ambitionierte Ziele gesetzt: So sollen die Schulwegunfälle um 50 Prozent reduziert werden und kein Kind soll am Schulweg sein Leben verlieren. Weiters soll eine flächendeckende Verkehrserziehung in Oberösterreich eingeführt werden. Konkrete Maßnahmen für die Zielerreichung sind z.B. die bauliche Verbesserung von Querungsstellen oder die Ausbildung und verstärkter Einsatz von Schüler- und Elternlotsen.

8.4. Tabakkonsum

Die Einschränkung der Verfügbarkeit von Zigaretten durch den Abbau frei zugänglicher Zigarettenautomaten wird als sinnvolle Intervention angesehen. Diese eingeschränkte Verfügbarkeit in Kombination mit höheren Preisen stellt eine probate Maßnahme dar, vor allem Jugendliche vom stärkeren, regelmäßigen Nikotinkonsum abzuhalten.

Des weitern muss der NichtraucherInnenenschutz weiter ausgebaut und konsequent umgesetzt werden. Der kürzlich für die „Gesunden Gemeinden“ initiierte „Rauchfrei“-Wettbewerb, bei dem die teilnehmenden Gemeinden unter anderem Ideen für die Schaffung zusätzlicher rauchfreier Lebensräume in ihrer Gemeinde einbringen, ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

8.5. Alkoholkonsum

Ähnlich wie beim Thema Rauchen sind für das Problemfeld Alkoholkonsum Zugangserchwernisse sinnvoll. Dazu gehören die Vereinheitlichung, Anpassung und konsequente Umsetzung der einschlägigen Jugendschutzbestimmungen, sowie die Verteuerung bestimmter, als besonders bedenklich anzusehender, Alkoholprodukte (z.B. Alkopops) durch spezielle Steuern oder Abgaben.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Förderung von „alkoholfreien Kulturen“, also von Bevölkerungsgruppen, die wenig oder gar keinen Alkohol konsumieren (z.B. durch preisgestützte Jugendgetränke) und Maßnahmen gegen den Alkoholkonsum fördernde Billigangebote (z.B. Happy Hours).

Darüber hinaus wären eine konsequentere Umsetzung der bestehenden Werbeeinschränkungen für alkoholische Getränke bzw. deren Ausbau sowie Maßnahmen zur Meinungsbildung gegen Alkoholkonsum („Gegenwerbung“) sinnvoll.

8.6. Bewegung und Sport

Es darf auf keinen Fall zu weiteren Stundenkürzungen des Unterrichtsfaches „Bewegung und Sport“ kommen. Insgesamt sollte in Schulen danach getrachtet werden, dass Bewegung auch außerhalb des Faches „Bewegung und Sport“ integrativer Bestandteil des Unterrichts wird.

8.7. Essstörungen

Es gibt in Oberösterreich mehrere Einrichtungen (z.B. Institut für Suchtprävention, Jugendservicestelle des Landes OÖ etc.) an die man sich bei Essstörungen wenden kann. Die Akutversorgung wird durch die oberösterreichischen Krankenhäuser sichergestellt. Wichtig erscheint jedoch die Schaffung einer verbesserten Nachbetreuung und Begleitung für PatientInnen nach einem diesbezüglichen stationären Krankenhausaufenthalt.

8.8. Impfen

Seit Anfang 2006 besteht in Oberösterreich ein Arbeitskreis zum Thema Impfen, bestehend aus der Landessanitätsdirektion, der OÖGKK, der Ärztekammer, der Apothekerkammer und VertreterInnen der Bezirksverwaltungsbehörden.

Dieser Arbeitskreis hat das Ziel, Strategien zur Erhöhung der Durchimpfungsrate entsprechend dem österreichischen Impfplan zu entwickeln. Dazu wurden in einem ersten Schritt die Ist-Zustände abgebildet, um dann diese zu bewerten und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Ein wesentlicher Teil ist auch die Öffentlichkeitsarbeit, um Impfgegner informieren zu können und deren Bedenken zu entkräften.

Dies ist ein wichtiger Schritt für die Hebung der Durchimpfungsrate. Generell sollte Impfen als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsvorsorge verstanden werden.

8.9. Verhütung

In Anbetracht der Tatsache, dass in etwa 15 Prozent der 15-Jährigen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, kein Verhütungsmittel oder ein unsichere Methode verwendet haben, scheint eine verstärkte Thematisierung von „safer -sex“ (HIV, Hepatitis B und C, Geschlechtskrankheiten, ungewollte Schwangerschaft) angebracht zu sein.

Literaturverzeichnis

- American Heart Association: Insulin resistance in teens raises high blood pressure risk as adults. Meeting Report 10/10/2004. NR04 - 1310 (HBP04/Sinaiko). <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3025266>. 10.4.2006.
- ASVG 2002: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz: 1995 idF BGBl. I Nr. 140/2002.
- AKOÖ 2005: Ärztekammer OÖ: Ätiologie der juvenilen Adipositas. http://www.aekooe.or.at/arzt/dataupload/002_Newsletter_.pdf. Linz 2005.
- AKOÖ 2005a: Ärztekammer OÖ: 2005 (nicht öffentlich erschienen).
- AWMF online 2006: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie. <http://leitlinien.net> 18.5.2006.
- Bettge 2004: Bettge S.: Schutzfaktoren für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Technische Universität Berlin, Institut für Gesundheitswissenschaften. Diplomarbeit 2004.
- BMGF 2004: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur; Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): HBSC Factsheet Nr. 3. Die Gesundheit von Burschen und jungen Männern. Wien 2004.
- BMGF 2004a: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur; Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): HBSC Factsheet Nr. 5. Bullying und Gewalt von

- Schülerinnen und Schülern. Wien 2003.
- BMGF 2004b: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2003. Wien 2004.
- BMGF 2005: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.): Österreichischer Gesundheitsplan für Kinder. Wien 2005.
- Birgmann 2005: Birgmann, R.: Atemwegserkrankungen in Oberösterreich. Linz 2005.
- Birgmann/Meggeneder 2005: Birgmann, R./Meggeneder, O.: Gesundheitsförderung als ein Beitrag zur Hebung der Zahngesundheit, Mitteilungen der Sanitätsdirektion 10/2005. Linz 2005.
- Birgmann/Peböck 2004: Birgmann, R./Peböck, M.: Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich. Linz 2004.
- Bürger: Bürger, B.: Rauchen in der Schwangerschaft. http://www.netdokter.at/kinder/nikotin_schwangerschaft.shtml. 01.02.2006.
- Currie et. al. 2004: Currie, C. et. al. (Hrsg.): Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Kopenhagen 2004.
- Dür/Mravlag 2002: Dür, W.; Mravlag, K.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Wien 2002.
- Dür et al 2004: Dür, W., Fürth, K. Fellner, K., Gottwald, R., Griebler, R., Indra, K., Wimmer, M.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen in Oberösterreich. Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien 2004.
- Egle et al. 1997: Egle, U.T., Hoffmann, S.O.; Steffens, M.: Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung In: Nervenarzt, Jg. 1997, H. 68.

- EU 2000: Kommission der Europäischen Union: Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die gesundheitspolitische Strategie der Europäischen Gemeinschaft. Brüssel 2000.
- FGOE 2006: Fonds Gesundes Österreich: Jahresbericht 2005. Wien 2006.
- Firstlove: Download vom 13. Oktober 2006 von http://www.linz.at/AKH/akh_38278.asp
- Hurrelmann et al. 2004: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern 2004.
- Institut Suchtprävention 2005: Institut Suchtprävention, Linz; pro mente OÖ (Hrsg.): Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Drogen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. Linz 2005.
- Jugendservice des Landes OÖ: Beratung - What's that? Download vom 16. Oktober 2006 von <http://www.jugendservice.at/aktuelles>
- JWF OÖ: Jugendwohlfahrt Oberösterreich: Logopädische Beratung für Kindergartenkinder. www.jugendwohlfahrt-ooe.at. 12.05.2006.
- Kinderfreunde OÖ: Beratungsstellen. Download vom 13. Oktober 2006 von http://www.kinderfreunde.cc/index.php?action=Lesen&Article_ID=115
- Köblinger/Schöfecker 2003: Köblinger, M./Schöfecker, M.: Geburtenentwicklung in Oberösterreich 1980 bis 2002. Information der Abteilung Statistik des Amtes der OÖ. Landesregierung. Folge 14/2003. Linz 2003.
- Love Talks: Das Modell Love Talks. Download vom 16. Oktober 2006 von <http://lovetalks.org/intro/q4.html>
- Lovetour: Organisation. Download vom 13. Oktober 2006 von <http://www.lovetour.at/organisation.htm>

- LSDion 2006: Landessanitätsdirektion OÖ: Gesunde Gemeinde. Projektgeschichte.
http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-3DCFCFC3-532CE0A1/hs.xsl/679_DEU0_HTML.htm.
 27.06.2006. Linz 2006.
- Medical Tribune 2005: Mediacl Tribune: <http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4170&dsmid=62938&dspaid=476085>.
 18.10.2006. 2005.
- Medizinische Universität Wien und Land Oberösterreich: Schlussbericht der ISAAC-Studie Oberösterreich 2001 - 2003, Wien 2005
- OÖGKK: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse: Jugendlichenuntersuchung.
http://www.ooegkk.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=182&p_menuid=239&p_id=3; 08. Mai 2006.
- OÖGKK: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse: Servicestelle Schule.
http://www.ooegkk.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=182&p_menuid=59129&p_id=3, 15. Mai 2006.
- ÖSTAT 2005: Statistik Austria:
http://www.statistik.at/standarddokumentation/subdokumente/b_standesfaelle-todesursachen_erlaeuterungen-demogr_jahrbuch.pdf. 15.02.2005.
- ÖSTAT 2005: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2003. Wien 2005.
- Palentien 2003: Palentien, C.: „Einzelne Bevölkerungsgruppen: Kinder und Jugendliche“, in: Schwartz, F.W. et al., „Public Health - Gesundheit und Gesundheitswesen“. München 2003.
- PGA 2005: Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit: Jahresbericht Zahngesundheitsförderung 2004/2005. Linz 2005.
- pro mente OÖ: Wer wir sind. Download vom 16. Oktober 2006 von <http://pmooe.at/sitex/index.php/page.3/>

- Rami et al. 2001: Rami B, Waldhör T, Schober E.: Incidence of type I diabetes mellitus in children and young adults in the province of Upper Austria, 1994-1996. In: Diabetologia, 44 (Suppl 3). Jg. (2001).
- Rieder A. et al. 2004: Rieder, A.; Rathmanner, T.; Kiefer, I.; Dorner; T.; Kunze, M.: Österreichischer Diabetesbericht 2004. Daten, Fakten, Strategien. Wien 2004.
- RKI 2004: Robert Koch Institut (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2004.
- RKI 2005: Robert Koch Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: Armut bei Kindern und Jugendlichen. Überarbeitete Neuauflage 2005. Berlin 2005.
- Schröder/Waltersbacher 2004: Schröder, H.; Waltersbacher, A.: Therapien für die Kleinen. In: Gesundheit und Gesellschaft, 7. Jg. (2004), H. 6.
- Schubert/Horch 2004: Schubert, I.; Horch, K.: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin 2004.
- Schwartz 2003: Schwartz F.W.; Badura, B.; Busse R. (Hrsg): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München, Jena 2003.
- Vanselow/Zubcov-Iwantscheff 2006: Vanselow, K; Zubcov-Iwantscheff, A.: Das Online-Familienhandbuch: Früherkennung von Sehstörungen. http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Gesundheit/s_1762.html 26.6.2006.
- Waldhör et al. 2000: Waldhör T, Schober E, Karimian-Teherani D, Rami B.: Regional differences and temporal incidence trend of type 1 diabetes mellitus in Austria from 1989 to 1999: a nationwide study. In: Diabetologia, 43. Jg. (2000).
- WHO 1999: Weltgesundheitsorganisation: Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6). Kopenhagen 1999.

- WHO Europe 2005: The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Copenhagen 2005.
- WHO 2005: World Health Organization: Mental health : facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen 2005.
- WHO 2005a: Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. EUR/04/5047810/B14. Helsinki 2005.
- Zoubek 2000: Zoubek, A.: Krebs im Kindesalter. http://www.kinderkrebshilfe.at/upload/191_krebswasistdas.pdf. 18.10.2006. Wien 2000.

Abbildungen

Abbildung 1:	Altersstruktur der oberösterreichischen Bevölkerung.....	9
Abbildung 2:	Entwicklung des Kinder- und Jugendlichenanteils verglichen mit dem Seniorenanteil in der OÖ-Bevölkerung von 1971 bis 2001	10
Abbildung 3:	Anteil verschiedener Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung der Bezirke	11
Abbildung 4:	Lebendgeborene in Oberösterreich im Zeitverlauf	13
Abbildung 5:	Lebendgeborene mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft	14
Abbildung 6:	Gesamtfertilitätsrate in Oberösterreich	15
Abbildung 7:	Gesamtfertilitätsrate Vergleich OÖ/Österreich.....	15
Abbildung 8:	Vergleich der Gesamtfertilitätsraten nach ausgewählten Staatsbürgerschaften der Frauen in OÖ der Jahre 1991 und 2001 ..	16
Abbildung 9:	Gesamtfertilitätsraten in den Bezirken	17
Abbildung 10:	NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen	20
Abbildung 11:	Totgeborene auf 1.000 Lebendgeborene	22
Abbildung 12:	Säuglingssterblichkeit (absolut) im Zeitverlauf	24
Abbildung 13:	Säuglingssterblichkeit auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Geschlechts im Zeitverlauf	24
Abbildung 14:	Durchschnittliches Gebäralter	26
Abbildung 15:	Säuglingssterblichkeit im Jahr 2003 auf 1.000 Lebendgeborene	27
Abbildung 16:	Todesfälle im Zeitverlauf	29
Abbildung 17:	Todesursachen bei 0- bis 1-Jährigen im Jahr 2003	30
Abbildung 18:	Todesursachen bei 1- bis 4-Jährigen im Jahr 2003	30

Abbildung 19: Todesursachen bei 5- bis 9-Jährigen im Jahr 2003	31
Abbildung 20: Todesursachen bei 10- bis 14-Jährigen im Jahr 2003	31
Abbildung 21: Todesursachen bei 15- bis 19-Jährigen im Jahr 2003	32
Abbildung 22: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte (OÖGKK -Versicherte)	34
Abbildung 23: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Mädchen/Buben zwischen 0 und 4 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte	35
Abbildung 24: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Mädchen/Buben zwischen 5 und 9 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte	36
Abbildung 25: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Mädchen/Buben zwischen 10 und 14 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte	37
Abbildung 26: Häufigste Hauptdiagnosen bei stationären Krankenhausaufenthalten von Mädchen/Buben zwischen 15 und 18 Jahren im Jahr 2004 pro 100.000 Versicherte	38
Abbildung 27: Medikamentenverordnungen nach Altersgruppen; Packungen je 1.000	41
Abbildung 28: Medikamentenverordnungen: Häufigste anatomische ATC-Gruppen	42
Abbildung 29: Stationäre Krankenhausaufenthalte von Mädchen/Buben bis 18 Jahre mit Hauptdiagnose Asthma bronchiale im Jahr 2004 (absolute Zahlen)	44
Abbildung 30: Stationäre Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Asthma bronchiale im Jahr 2004 nach Altersgruppen und Geschlecht pro 100.000 Versicherte	45
Abbildung 31: Kariesmorbidität Volksschulen OÖ. Gesamt - Vergleich der Schuljahre 1995/96 - 1999/00 - 2004/05.....	47

Abbildung 32: Stationäre Krankenhausaufenthalte von Mädchen/Buben bis 18 Jahre mit Hauptdiagnose Mukoviszidose im Jahr 2004	48
Abbildung 33: Stationäre Krankenhausaufenthalte mit Hauptdiagnose Mukoviszidose im Jahr 2004 nach Altersgruppen und Geschlecht (pro 100.000 Versicherte)	49
Abbildung 34: Anerkannte SchülerInnenunfälle nach Unfallursachen - 2005	51
Abbildung 35: Anerkannte SchülerInnenunfälle nach Schulstufen - 2005.....	52
Abbildung 36: Anerkannte SchülerInnenunfälle nach Verletzungsart - 2005	53
Abbildung 37: Anerkannte SchülerInnenunfälle nach Körperregionen - 2005	54
Abbildung 38: Anerkannte Schulwegunfälle von SchülerInnen im Jahr 2005.....	55
Abbildung 39: Krebsinzidenz bei Kindern- und Jugendlichen in den Jahren 1983, 1988, 1993, 1998 und 2002	57
Abbildung 40: Krebsinzidenz bei Kindern- und Jugendlichen von 0 bis 19 Jahren im Jahr 2002	58
Abbildung 41: Allgemeine psychische und somatische Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich.....	61
Abbildung 42: Krankenhausaufenthalte aufgrund emotionaler Störungen 2001 bis 2004; Krankenhausfälle je 100.000	63
Abbildung 43: Krankenhausaufenthalte aufgrund emotionaler Störungen nach Geschlecht; Krankenhausfälle je 100.000.....	64
Abbildung 44: Krankenhausaufenthalte aufgrund emotionaler Störungen nach Altersgruppe; Krankenhausfälle je 100.000.....	65
Abbildung 45: Krankenhausaufenthalte aufgrund emotionaler Störungen - Hauptdiagnosen	66
Abbildung 46: Krankenhausaufenthalte aufgrund externalisierender psychischer Störungen 2001 bis 2004; Krankenhausfälle je 100.000	68
Abbildung 47: Krankenhausaufenthalte aufgrund externalisierender Störungen nach Geschlecht; Krankenhausfälle je 100.000	69

Abbildung 48: Krankenhausaufenthalte aufgrund externalisierender Störungen nach Altersgruppe; Krankenhausfälle je 100.000	70
Abbildung 49: Krankenhausaufenthalte aufgrund externalisierender Störungen - Hauptdiagnosen	71
Abbildung 50: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Entwicklungsstörungen 2001 bis 2004; Krankenhausfälle je 100.000.....	73
Abbildung 51: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Entwicklungsstörungen nach Geschlecht; Krankenhausfälle je 100.000	74
Abbildung 52: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Entwicklungsstörungen nach Altersgruppe; Krankenhausfälle je 100.000	75
Abbildung 53: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Entwicklungsstörungen - Hauptdiagnosen	76
Abbildung 54: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen 2001 bis 2004; Krankenhausfälle je 100.000	78
Abbildung 55: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Geschlecht	79
Abbildung 56: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Altersgruppe; Krankenhausfälle je 100.000.....	80
Abbildung 57: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen - Hauptdiagnosen.....	81
Abbildung 58: Mitversicherte Kinder unter 10 Jahre mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Entwicklungsstörungen nach Beschäftigungsstatus der/des Hauptversicherten; Betroffene je 100.000	84
Abbildung 59: Mitversicherte Kinder und Jugendliche mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend nach Beschäftigungsstatus der/des Hauptversicherten; Betroffene je 100.000.....	84
Abbildung 60: Leseauffälligkeiten 1. und 2. Klasse Volksschule	86
Abbildung 61: Rechtschreibauffälligkeiten 2. Klasse Volksschule	86

Abbildung 62: Soziale, emotionale und Verhaltensprobleme Kindergarten und Volksschule.....	88
Abbildung 63: Regionale Verteilung des Erkrankungsrisikos Diabetes Typ-I; Diabetes bei Kindern unter 15 Jahren - 1989 bis 1999.....	92
Abbildung 64: Krankenhausaufenthalte von Kindern mit Diabetes; Krankenhaufälle je 100.000.....	93
Abbildung 65: Krankenhausaufenthalte von Kindern nach Diabetestyp.....	93
Abbildung 66: Krankenhausaufenthalte von Kindern mit Diabetes nach Alter und Geschlecht; Krankenhaufälle je 100.000.....	94
Abbildung 67: Ergebnisse des Screenings auf Fehlsichtigkeit bei Kindergartenkindern.....	95
Abbildung 68: Auffälligkeiten beim Screening auf Fehlsichtigkeit bei Kindergartenkindern.....	96
Abbildung 69: Alkoholerfahrung 15-Jähriger - nach Geschlecht.....	100
Abbildung 70: Alkoholerfahrung 11- bis 15-Jähriger.....	101
Abbildung 71: Beliebtheit verschiedener alkoholischer Getränke bei 15-Jährigen.....	102
Abbildung 72: Alkoholerfahrung nach Schultyp - 9. Schulstufe.....	103
Abbildung 73: Krankenhausaufenthalte akuter Alkoholmissbrauch; Falle pro 100.000 EinwohnerInnen.....	104
Abbildung 74: Tabakkonsum 11- bis 15-Jähriger - tägliche RaucherInnen nach Alter.....	106
Abbildung 75: Tabakkonsum 11- bis 15-Jähriger - tägliche RaucherInnen nach Geschlecht.....	106
Abbildung 76: Tabakkonsum 15- bis 19-Jähriger.....	107
Abbildung 77: Tabakkonsum 15-Jähriger nach Schultyp - 9. Schulstufe.....	108
Abbildung 78: Bewegung (mind. 60 min/Tag) pro Woche - 11- bis 15-Jährige....	110

Abbildung 79: Bewegung an weniger als 4 Tagen (mind. 60 min/Tag) pro Woche - 11- bis 15-Jährige	111
Abbildung 80: Essgewohnheiten - 11- bis 15-Jährige	113
Abbildung 81: Problematische bzw. unzureichende Essgewohnheiten - 11- bis 15-Jährige	114
Abbildung 82: Problematische bzw. ausreichende Essgewohnheiten - 11- bis 15-Jährige nach Schultyp	115
Abbildung 83: Bullying - 11- bis 15-Jährige	119
Abbildung 84: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen für das Geburtsjahr 2002	127
Abbildung 85: Beteiligung an den Jugendlichenuntersuchungen in OÖ 2000 - 2005	138
Abbildung 86: Empfohlene Arztbesuche bei den Jugendlichenuntersuchungen in OÖ 2000 - 2005	138
Abbildung 87: MMR; Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 - 2004 ...	143
Abbildung 88: Beratungsschwerpunkte in den Kinderschutzzentren	168

Tabellen

Tabelle 1:	Lebendgeborene seit 1997 nach dem Alter der Mutter	26
Tabelle 2:	Kariesmorbidity Oberösterreich 2004/2005	46
Tabelle 3:	Inzidenz von Diabetes Typ-I bei 0- bis 29-Jährigen in Oberösterreich; 1994 bis 1996 (Neuerkrankungen je 100.000 EinwohnerInnen und Jahr)	91
Tabelle 4:	Niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde in OÖ	121
Tabelle 5:	Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes	125
Tabelle 6:	Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hämophilus influenza B und Hepatitis B; Durchimpfungsraten der Geburtenjahrgänge 2002 - 2004.....	145
Tabelle 7:	Adipositasprojekte in Oberösterreich.....	150
Tabelle 8:	Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen in den Zahnambulatorien der OÖGKK	161
Tabelle 9:	Zuschüsse für Erholungsaktionen der OÖGKK.....	162
Tabelle 10:	Anzahl an Sitzungen von logopädischen Diensten in den Kindergärten, an denen die OÖGKK Kostenbeteiligung leistet	163
Tabelle 11:	Mutterberatungsstellen nach Bezirken	166
Tabelle 12:	Ergebnisse der logopädischen Reihenuntersuchung unter 5- bis 6-jährigen Kindern in Oberösterreich	171



INSTITUT
FÜR GESUNDHEITSPLANUNG

ISBN 978-3-902487-07-0