

## Fit4Life – Kinder und Jugendliche



Studie über Sicherheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen  
aus bäuerlichen Familien



# Fit4Life – Kinder und Jugendliche



Studie über Sicherheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen  
aus bäuerlichen Familien

# Inhalt

<b>Teil 1: Gesundheitshandeln</b> .....	6
<b>Ernährungseinstellung und Ernährungsverhalten</b> .....	7
Einleitung .....	7
Ernährungseinstellung .....	8
Ernährungsverhalten .....	9
Ernährungsverhalten im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung .....	11
<b>Bewegung</b> .....	12
Einleitung .....	12
Entwicklung des Bewegungsverhaltens .....	12
Medienverhalten im Altersverlauf .....	14
Bewegungs- und Medienverhalten im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung .....	15
<b>Substanzkonsum</b> .....	16
Einleitung .....	16
Entwicklung des Substanzkonsums .....	16
Substanzkonsum im Vergleich .....	17
Substanzkonsum der Eltern .....	20
<b>Gesundheitsverhalten: Zusammenfassung</b> .....	22

<b>Teil 2: Gesundheitsergebnisse</b> .....	24
<b>Unfälle</b> .....	24
Einleitung .....	24
Unfallwahrscheinlichkeit und Zahl der Unfälle .....	25
Mögliche Ursachen für die höhere Unfallwahrscheinlichkeit .....	26
Unfallverhinderung .....	25
Gesundheitsverhalten und Unfallwahrscheinlichkeit bei 15- bis 18-Jährigen .....	28
<b>Gewicht und Körperwahrnehmung</b> .....	30
Prävalenz von Über- und Untergewicht .....	31
Gesundheitsverhalten und Gewicht .....	34
<b>Körperliches und seelisches Wohlbefinden</b> .....	38
Einleitung .....	38
Entwicklung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens .....	38
Wohlbefinden von Kindern im Vergleich (KIGGS) .....	40
Lebenszufriedenheit von Jugendlichen im Vergleich (HBSC) .....	40
Zusammenhänge: Gesundheitshandeln und Wohlbefinden .....	42
<b>Gesundheitsergebnisse: Zusammenfassung</b> .....	43
<b>Anhang</b> .....	45
<b>Methodische Information</b> .....	45
<b>Literatur</b> .....	47
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	49

**Impressum:**

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller: Sozialversicherungsanstalt der Bauern.  
 Verfasser: Winfried Moser; Studienmitarbeiter: Marcel Bilgili, Caterina Hannes; SVB: Johannes Grimschitz, Barbara Kraus- Neidhart, Gerhard Reeh, Herbert Rohn, Johann Spiess, Andreas Strempl, Andreas Walter.  
 Verlags- und Herstellungsort: 1030 Wien, Ghegastraße 1, Telefon 01-797 06.  
 Erscheinungsdatum: Juni 2012

# Teil 1: Gesundheitshandeln

Ausgehend von der breiten Gesundheitsdefinition der WHO haben viele wissenschaftliche Untersuchungen aufgezeigt, dass die Gesundheit des Menschen das Produkt vielfältiger ineinander greifender Faktoren ist. Eine Rolle spielen – neben individuellen genetischen Bedingungen – Verhalten, Bildung, soziale Beziehungen und sozialer Status einer Person, sowie deren ökologische Umwelt und die gesellschaftlichen Verhältnisse. (Dür 2007:53) Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Auswirkungen, die das Gesundheitsverhalten in Verbindung mit den wichtigsten, unveränderlichen individuellen Faktoren (Alter, Geschlecht) auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen hat.

Diese Fokussierung auf das Gesundheitsverhalten hat einerseits forschungsökonomische Gründe (Machbarkeit im Rahmen einer Fragebogenerhebung) und ist andererseits dadurch zu begründen, dass das Gesundheitsverhalten stärker individuell steuerbar ist als die anderen genannten Faktoren.

Der erste Teil dieses Berichts befasst sich mit drei wichtigen Bereichen des Gesundheitshandelns: Mit (a) der Ernährungseinstellung und dem Ernährungsverhalten, (b) dem Bewegungs- und Medienverhalten und (c) dem Thema Substanzkonsum. Zunächst wird jedes Thema alters- und geschlechtsspezifisch untersucht, danach werden – wo es möglich ist – Kinder und Jugendliche aus landwirtschaftlichen Haushalten mit anderen Gleichaltrigen verglichen. Die Vergleichsergebnisse beruhen hauptsächlich auf HBSC-Daten (Dür 2007), teilweise auch auf einer Sonderauswertung der aktuellen niederösterreichischen Suchtverhaltensstudie (Bittner 2010) sowie auf Daten der Statistik Austria.

# Ernährungseinstellung und Ernährungsverhalten

## Einleitung

Richtige Ernährung ist ein zentrales Element eines gesunden Lebens. Viele Zivilisationskrankheiten wurzeln in unausgewogener Ernährung (und zu wenig Bewegung), die nicht nur unmittelbare gesundheitliche Folgen hat, sondern auch Schäden hervorrufen kann, die erst im späteren Lebensverlauf ersichtlich werden.

Bereits bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich, dass eine gesunde Ernährung die physische und kognitive Entwicklung begünstigt, unmittelbare Gesundheitsprobleme (Anämie, Adipositas, Essstörungen, etc.) vermeidet und vorbeugend gegenüber schwerwiegenden Gesundheitsproblemen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Schlaganfällen) wirkt. Dabei wird das Ernährungsverhalten schon im Kindes- und Jugendalter geprägt. Personen, die frühzeitig ein gesundes Ernährungsverhalten entwickeln, können dieses auch im späteren Leben aufrechterhalten (Dür 2007:35).

Gesunde Ernährung genau zu beschreiben, ist allerdings schwierig. In einem aktuellen Standardwerk zur Ernährungsmedizin wird eine ausgewogene und regelmäßige Mischkost empfohlen, die eine Versorgung mit allen lebenswichtigen Makro- und Mikronährstoffen in der notwendigen Kontinuität, Menge und Qualität sicherstellt (Biesalski 2010:4). Neben der Ausgewogenheit wird der Aspekt der Regelmäßigkeit betont – vor allem regelmäßiges Frühstück gilt als wichtiger Indikator für einen gesunden Lebensstil, während der Verzicht darauf mit einer verminderten kognitiven Leistungsfähigkeit einhergeht und die Einnahme von

ballaststoffarmen und zucker- bzw fettreichen Zwischenmahlzeiten begünstigt (Dür 2007:35).

Mit Daten aus Fragebogenerhebungen sind solche Definitionen freilich nur vage abbildbar – zu wenig verlässlich ist die Einschätzung der Häufigkeit, gar nicht beurteilbar die Qualität und Menge der verzehrten Lebensmittel. Dennoch können anhand der vorliegenden Daten einige wichtige Aspekte der Ernährung der bäuerlichen Bevölkerung beurteilt werden.

Zum einen wird auf die Ernährungseinstellung von Jugendlichen und Eltern aus bäuerlichen Haushalten im Alters- und Geschlechtsvergleich eingegangen, die ein wichtiger Indikator für das Ernährungsverhalten ist. Wenn Geselligkeit, ein schön gedeckter Tisch und gesunde Nahrungsmittel einen wichtigen Stellenwert einnehmen, folgt daraus eine faktisch gesündere Ernährung als bei der notwendigkeitsorientierten Einstellung, dass Essen vor allem preiswert und sättigend sein muss (Gerhards 2003:17).

Darauf folgt eine Untersuchung des faktischen Ernährungsverhaltens: um zu zeigen, welchen Effekt die Ernährungseinstellung auf das Ernährungsverhalten hat, werden 15- bis 18-jährige Burschen und Mädchen miteinander verglichen. Des Weiteren werden Konsumhäufigkeiten und Frühstücksgewohnheiten 11- bis 15-Jähriger aus bäuerlichen und nicht-bäuerlichen Haushalten einander gegenübergestellt. Die Einschränkung des Altersbereiches orientiert sich hierbei an der Verfügbarkeit von Vergleichsdaten.\*

\* Die Konsumhäufigkeiten finden darüber hinaus im Kapitel Gewicht (Seite 30) im Rahmen einer Korrespondenzanalyse Verwendung.

## Ernährungseinstellung

Die Ernährungseinstellung wurde anhand der Einstellung zu einer gesunden, vielseitigen und ausreichenden Ernährung beurteilt, sowie aufgrund von Fragen, mit denen faktische Ernährungsprobleme identifiziert werden. Auf Basis dieser Fragen konnten drei Gruppen unterschieden werden: (1) Ernährungsbewusste, (2) Personen, die dem Thema Ernährung eher gleichgültig gegenüberstehen (nicht Ernährungsbewusste), sowie (3) Personen, die zu einem Ernährungsproblem tendieren (Tabelle 1). \*

**Jugendliche:** Insgesamt sind 41 Prozent der Jugendlichen ernährungsbewusst, etwa die Hälfte steht dem Thema Ernährung indifferent gegenüber und 7 Prozent haben ein echtes Ernährungsproblem (N=3.500), besonders die 16- und 17-Jährigen (11 bzw. 12 Prozent). Schon 11-jährige Mädchen sind häufiger ernährungsbewusst als Burschen, dieser Unterschied wird im Altersverlauf größer: Während das Ernährungsbewusstsein von Mädchen im Zuge der Pubertät steigt, geht jenes von Burschen bis zum 18. Lebensjahr zurück.\*\*

**Eltern:** Im Rahmen der Befragung zur Gesundheit von 3- bis 10-Jährigen wurden die Eltern zu ihrer persönlichen Ernährungseinstellung befragt (nicht zu jener des Kindes). Die Ergebnisse spiegeln somit das Umfeld des Kindes wider. Im Gegensatz zu den Jugendlichen sind hier nur ernährungsbewusste und ernährungsindifferente Eltern zu identifizieren. Eine eigene Gruppe von Eltern mit Ernährungsproblemen hat sich nicht herauskristallisiert.

Rund zwei Drittel der Eltern von 3- bis 10-jährigen Kindern in bäuerlichen Haushalten sind ernährungsbewusst – deutlich mehr als bei den Jugendlichen. Auch bei den Eltern zeigt sich der vorhin beschriebene Geschlechterunterschied, wenngleich schwächer. Das Ernährungsbewusstsein der Männer steigt im Laufe des dritten und vierten Lebensjahrzehnts außerdem stark und gleicht sich zunehmend an jenes der Frauen an. Bei den über 40-Jährigen ist ein leichter Rückgang des Ernährungsbewusstseins zu verzeichnen – vermutlich zeigen sich hier Generationenunterschiede zu jungen Eltern (Grafik 1).

**Tabelle 1: Dimensionen der Ernährungseinstellung von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten**

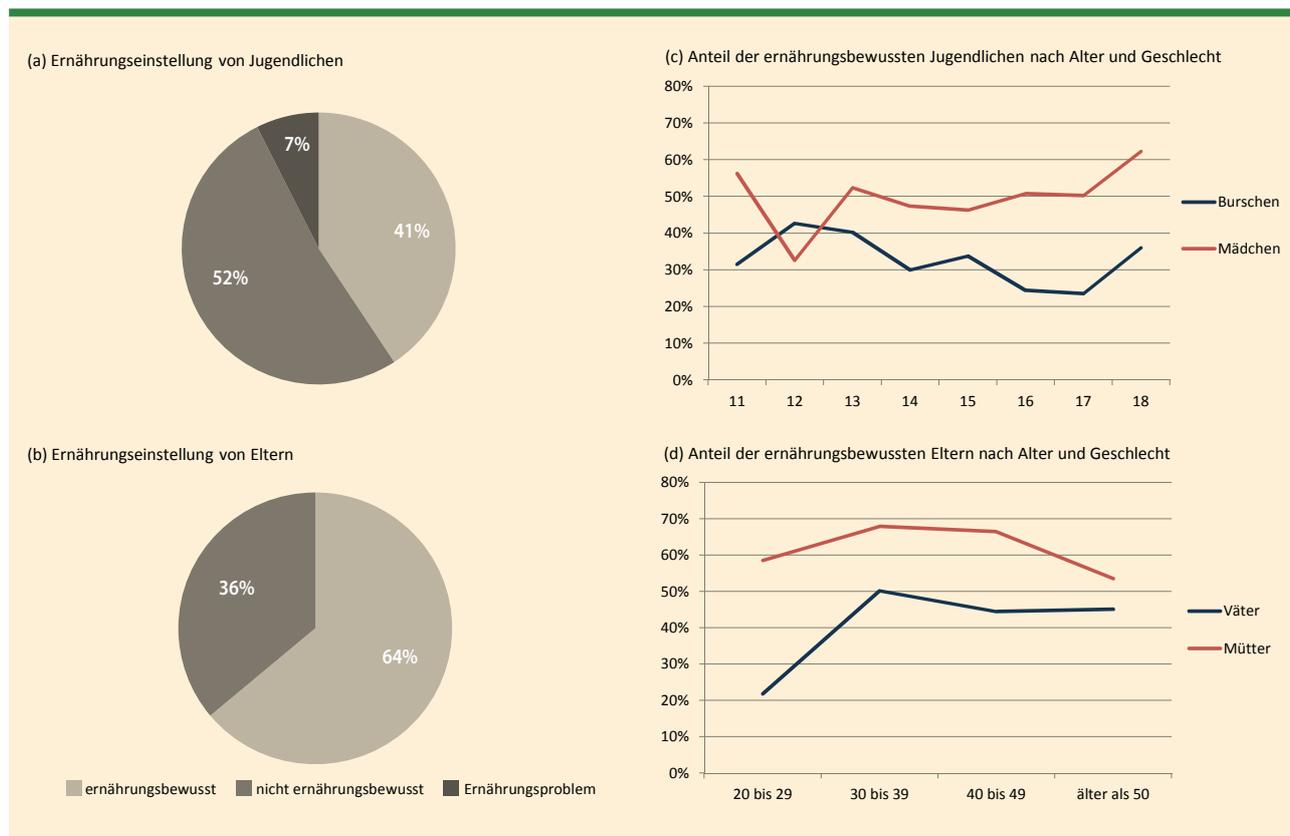
	11- bis 18-Jährige		
	ernährungsbewusst	ernährungsindifferent	Ernährungsproblem
Ich achte bewusst darauf, gesund und vielseitig zu essen	oft (58%)	manchmal (77%)	nie (67%)
Essen muss gesund sein	trifft zu (98%)	trifft zu (75%)	trifft zu (47%)
Ich achte bewusst darauf, ausreichend zu trinken	oft (85%)	manchmal (56%)	nie (39%)
Ich habe Angst vor dem Zunehmen	manchmal (43%)	nie (61%)	nie (61%)
Ich leide unter großem Hunger	nie (64%)	nie (67%)	oft (40%)
<b>Anteil</b>	<b>41%</b>	<b>52%</b>	<b>7%</b>

Anmerkung: In der Tabelle sind jene Items mit der höchsten Trennschärfe (>0,11), die am häufigsten gewählte Antwortmöglichkeit der jeweiligen Frage für die im Spaltenkopf eingegrenzte Gruppe sowie der entsprechende Prozent-Anteil angegeben.

\* Die Zuordnung der Fälle zu den Gruppen erfolgte mittels einer Kombination aus multipler Korrespondenz- und Clusteranalyse. Durch die Korrespondenzanalyse wurden die Fragen auf Reliabilität (mittels Cronbach's Alpha) und Ordinalität (mittels Augenscheinanalyse des Plots) geprüft. Bei positivem Prüfergebnis (Cronbach's Alpha >0.6, Horseshoe-Effekt des Plots) wurden die Personenkenwerte der ersten Dimension als latente Variable interpretiert. (Blasius 2001:338-349) Mittels hierarchischer Clusteranalyse (quadierte euklidische Distanz, Ward) wurden die Personenkenwerte der ersten beiden Dimensionen zu Gruppen zusammengefasst. Diese Vorgangsweise wurde bei allen Indizes in diesem Bericht angewandt.

\*\* Dort wo es von Interesse ist, werden im Text Angaben über die Anzahl der Personen in der Grundgesamtheit gemacht (gerundet in 500er-Schritten). Bei Bedarf kann für einzelne Prozentsätze die hochgerechnete Anzahl unter Zuhilfenahme von Tabelle 13 im Anhang (Seite 47) selbst errechnet werden.

**Grafik 1: Ernährungseinstellung von Jugendlichen und Eltern aus bäuerlichen Haushalten nach Alter und Geschlecht**



## Ernährungsverhalten

Die vorhin beschriebenen Ergebnisse geben die subjektive Einstellung zur Ernährung wieder. Dass diese das faktische Ernährungsverhalten beeinflusst, zeigt eine Gegenüberstellung der Ernährung von Burschen und Mädchen. Aus der Befragung stehen uns für diese Analyse Informationen über Konsumhäufigkeiten von 21 Lebensmitteln zur Verfügung, verglichen werden 15- bis 18-Jährige, weil in diesem Altersbereich die Einstellungsunterschiede am stärksten sind.

Der Vergleich ergibt, dass Mädchen dieses Alters deutlich häufiger gesunde Lebensmittel wie Obst, Gemüse und Früchte essen, während Burschen sich mit Fast-

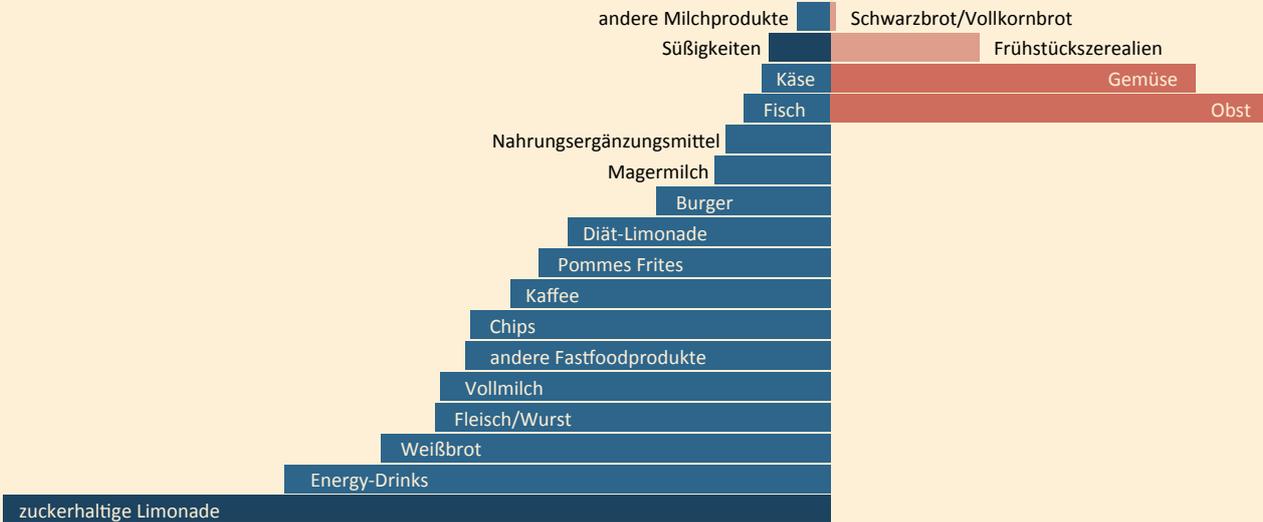
food-Produkten, süßen Limonaden und Energy-Drinks viel ungesünder ernähren. Die Unterschiede sind gravierend, als Faustregel kann gelten: Mädchen nehmen gesunde Lebensmittel etwa doppelt und ungesunde Lebensmittel nur halb so häufig wie Burschen zu sich (z. B. täglich Obst/Früchte 36:18 Prozent, täglich Gemüse 26:14 Prozent, wöchentlich Fastfood 22:42 Prozent, wöchentlich Energy-Drinks 28:49 Prozent). Die gesundheitsbewusstere Einstellung der Mädchen macht sich also sehr deutlich bemerkbar (Grafik 2, Tabelle 2).\*

\* Bei einem Vergleich zweier Gruppen werden die Vergleichswerte in Klammer angegeben, getrennt durch einen Doppelpunkt. Welche Gruppe als erstes und welche als zweites angegeben wird, ergibt sich aus dem jeweils vorangehenden Satz – in diesem Fall Mädchen:Burschen, weil die Mädchen vor den Burschen erwähnt wurden.

## Grafik 2: Ernährung 15- bis 18-jähriger Mädchen und Burschen aus landwirtschaftlichen Haushalten im Vergleich

(a) 15- bis 18-jährige Burschen konsumieren mehr ...

(b) 15- bis 18-jährige Mädchen konsumieren mehr ...



Anmerkung: Lange Balken sind nicht mit hohem Konsum gleichzusetzen! Die Länge der Balken zeigt das Ausmaß der Unterschiedlichkeit der Ernährung von Burschen und Mädchen (Konsumhäufigkeit der Lebensmittel). Abgetragen sind die Differenzen der Lebensmittelkennwerte auf der ersten Dimension einer Korrespondenzanalyse. In etwas dunklerer Färbung sind jene Lebensmittel dargestellt, die im Rahmen der Studie von Dür (2007) näher untersucht wurden.

**Tabelle 2: Nahrungsmittelkonsum von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten nach Alter und Geschlecht sowie im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen**

Nahrungsmittel	mindestens 1 x ....	HBSC		SG-Studie		SG-Studie	
		11-, 13- und 15-Jährige		11-, 13- und 15-Jährige		15 bis 18 Jahre	
		Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen
Schwarzbrot/Vollkornbrot	täglich	32%	36%	37%	43%	29%	27%
Weißbrot	täglich	18%	13%	25%	17%	24%	14%
Vollmilch	täglich	39%	30%	56%	47%	47%	30%
Magermilch	täglich	3%	4%	8%	3%	6%	2%
Käse	täglich	14%	13%	22%	18%	19%	14%
andere Milchprodukte	täglich	34%	30%	38%	41%	30%	26%
Frühstückszerealien	täglich	21%	16%	22%	18%	15%	11%
Obst	täglich	31%	39%	27%	46%	18%	36%
Gemüse	täglich	14%	18%	19%	27%	14%	26%
Süßigkeiten	täglich	23%	25%	25%	28%	18%	17%
Fleisch/Wurst	täglich	*	*	32%	28%	47%	24%
Kaffee	täglich	*	*	10%	8%	26%	15%
Fisch	wöchentlich	44%	35%	42%	34%	42%	36%
Chips	wöchentlich	51%	40%	52%	42%	52%	37%
Burger	wöchentlich	23%	16%	17%	9%	24%	18%
Pommes Frites	wöchentlich	38%	28%	27%	19%	36%	20%
andere Fastfoodprodukte	wöchentlich	44%	30%	29%	20%	42%	22%
Limo	wöchentlich	73%	60%	74%	51%	85%	57%
Diät Limo	wöchentlich	30%	23%	25%	8%	23%	12%
Energy-Drinks	wöchentlich	*	*	30%	16%	49%	28%
Nahrungsergänzungspräparate	wöchentlich	37%	29%	23%	15%	19%	14%

\* Daten nicht verfügbar

## Ernährungsverhalten im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung

Der Nahrungsmittelkonsum von 11- bis 15-Jährigen aus landwirtschaftlichen Haushalten kann darüberhinaus dem Verhalten anderer Gleichaltriger gegenüber gestellt werden, da Vergleichsdaten aus einer Untersuchung im Auftrag des österreichischen Gesundheitsministeriums auf Basis der HBSC-Daten zur Verfügung stehen (Dür 2007). Diese zeigen, dass Jugendliche in Österreich zu wenig Obst und Gemüse essen, dafür aber zu viele Süßigkeiten und zuckerhaltige Limonaden – ein Verhaltensmuster, das sich mit steigendem Alter verstärkt.

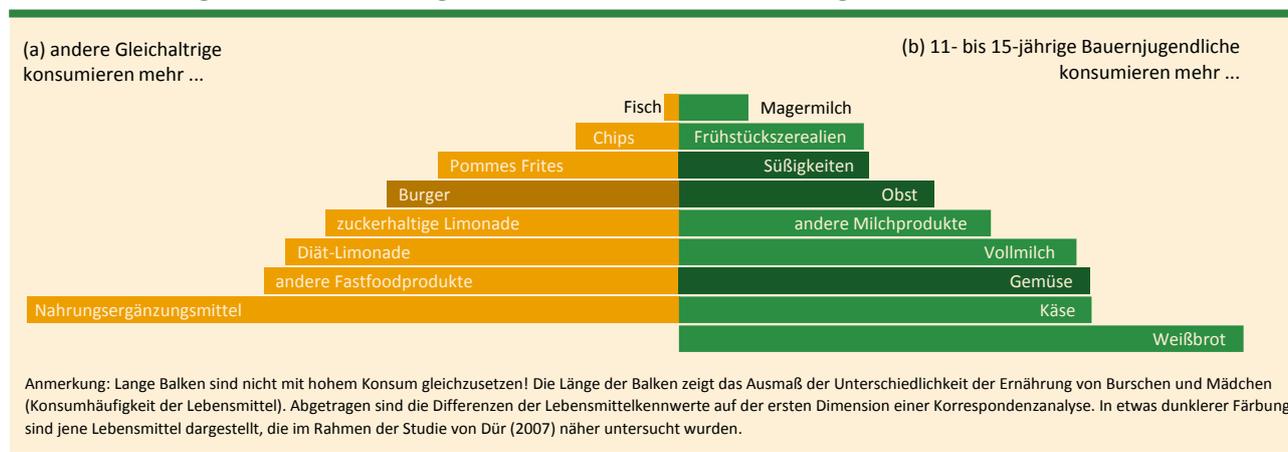
Der Vergleich ergibt: 11- bis 15-jährige Jugendliche aus landwirtschaftlichen Haushalten konsumieren sämtliche eindeutig als ungesund einzustufenden Lebensmittel (Burger, Pommes, Chips, andere Fastfood-Produkte, Limonade) seltener als andere Gleichaltrige und nehmen demgemäß auch seltener Nahrungsergänzungspräparate. Genascht wird zwar häufiger, gleichzeitig werden aber vermehrt gesunde Nahrungsmittel gegessen, die direkt aus der

Landwirtschaft stammen (Gemüse, Obst, Milchprodukte, auch Weißbrot). Dieser positiv hervorzuhebende Unterschied wird allerdings mit zunehmendem Alter geringer (Grafik 3).

Neben der Ausgewogenheit ist auch die Regelmäßigkeit der Ernährung ein Indiz für eine gesunde Ernährung. Sowohl einzelne übermäßige Mahlzeiten am Tag als auch das Auslassen des Frühstücks gelten als ungesund. Die HBSC-Studie zeigt, dass es bei 11- bis 15-Jährigen hinsichtlich der Frühstücks-Regelmäßigkeit mit steigendem Alter zu einer deutlichen Fehlentwicklung kommt. Ein Viertel der 11-Jährigen frühstückt während der Schultage niemals, bei den 15-Jährigen sind es bereits 40 Prozent; Mädchen frühstücken noch seltener als Burschen.

Unter Jugendlichen aus bäuerlichen Haushalten gibt es die oben beschriebene Fehlentwicklung zwar ebenfalls, der Anteil der Frühstücksverweigerer ist jedoch erheblich geringer. Bei den 15-Jährigen beträgt er nur 10 Prozent. Letzteres ist auf den mit 40 Prozent überraschend hohen Anteil von Jugendlichen in Internaten zurückzuführen, in denen das gemeinsame Frühstück zur institutionellen Kultur gehört. \*

**Grafik 3: Ernährung 11- bis 15-Jähriger aus landwirtschaftlichen Haushalten im Vergleich zu Gleichaltrigen der Durchschnittsbevölkerung**



\* Leider kann dieser Vergleich nicht vertieft werden. Nachdem im Rahmen der gegenständlichen Untersuchung keine Informationen über die regionale Verteilung der HBSC-Daten vorlagen, kann nicht angegeben werden, welcher Teil der Unterschiede darauf zurückzuführen ist, dass die Befragten aus landwirtschaftlichen Haushalten kommen, und welcher darauf, dass sie im ländlichen Raum leben.

# Bewegung

## Einleitung

Genügend Bewegung ist ein wichtiger Grundstein für eine gesunde Lebensweise, während ein Mangel an Bewegung Übergewicht und Folgeerkrankungen im späteren Lebensverlauf zur Folge hat. Indikatoren für das Bewegungsverhalten sind nicht nur verschiedene Formen körperlicher Aktivität, sondern auch das Ausmaß des sitzenden Verhaltens. Neben dem Fernseher haben sich mit Internet, Computer- und Videospielen sowie den digitalen sozialen Netzwerken des Web 2.0 eine Vielzahl neuer Konsumangebote entwickelt, die sitzendes Verhalten erfordern und damit nicht bewegungs- und gesundheitsförderlich sind. Der enorme Einfluss der neuen Medien auf unsere Gesellschaft macht die notwendige Abgrenzung zu einem schwierigen Unterfangen. Andererseits wachsen Kinder und Jugendliche aus landwirtschaftlichen Haushalten in einem Umfeld auf, in dem körperliche Tätigkeiten noch eine überdurchschnittlich wichtige Rolle spielen.

In diesem Kapitel werden die Befragungsergebnisse zu diesem Thema dar-

gestellt. Zunächst folgt eine Analyse des Bewegungsverhaltens im Alters- und Geschlechtsvergleich, danach wird das Medienverhalten näher untersucht, und zuletzt werden noch die 11- bis 15-Jährigen aus landwirtschaftlichen Haushalten der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung gegenübergestellt (HBSC-Daten, Dür 2007).

## Entwicklung des Bewegungsverhaltens

Das Bewegungsverhalten der 11- bis 18-Jährigen wurde detailliert abgefragt, sodass anhand der vorhandenen Informationen ein Bewegungs-Index gebildet werden konnte. \*

Wenn ein Jugendlicher sich viel bewegt, sich oft so bewegt, dass er schwitzt, sich selbst als sportlich bezeichnet, im Sportverein ist und (aus eigener Sicht) Leistungssport betreibt, dann wird er hier als bewegungsaffin bezeichnet, bei (weitgehender) Abwesenheit dieser Merkmale als bewegungsavers. Bewegungsneutrale Jugendliche wurden zwischen diesen beiden Polen eingeordnet (Tabelle 3). \*\*

**Tabelle 3: Dimensionen des Bewegungsverhaltens von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten**

	11- bis 18-Jährige		
	bewegungsaffin	bewegungsneutral	bewegungsavers
mind. 1 h Bewegung vergangene Woche (Anzahl Tage)	7T/W (44%)	3T/W (23%)	1T/W(17%)
Wie häufig körperlich aktiv, sodass man schwitzt (Freizeit)	4-6x/W (51%)	2-3x/W (48%)	<1x/M (28%)
Wie viele Stunden pro Woche körperlich aktiv (Freizeit)	4-6h (36%)	2-3h (42%)	<30min (38%)
aktives Mitglied in einem Sportverein	Ja (53%)	Nein (80%)	Nein (86%)
Selbsteinschätzung "sportlich"	Ja (55%)	eher Ja (51%)	Nein (39%)
Selbsteinschätzung "Leistungssport"	Nein (61%)	Nein (89%)	Nein (92%)
<b>Anteil</b>	<b>37%</b>	<b>52%</b>	<b>10%</b>

Anmerkung: In der Tabelle ist die am häufigsten gewählte Antwortmöglichkeit der jeweiligen Frage für die im Spaltenkopf eingegrenzte Gruppe angegeben sowie der entsprechende Prozent-Anteil.

\* Zur Index-Konstruktion sh. Kapitel Ernährungsverhalten, Seite 9.

\*\* Bei der Elternbefragung wurden weniger Fragen zum Thema Bewegung gestellt; diese bezogen sich außerdem sowohl auf das Kind als auch auf die Eltern selbst. Daher konnte in diesen Fällen kein vergleichbarer Index konstruiert werden.

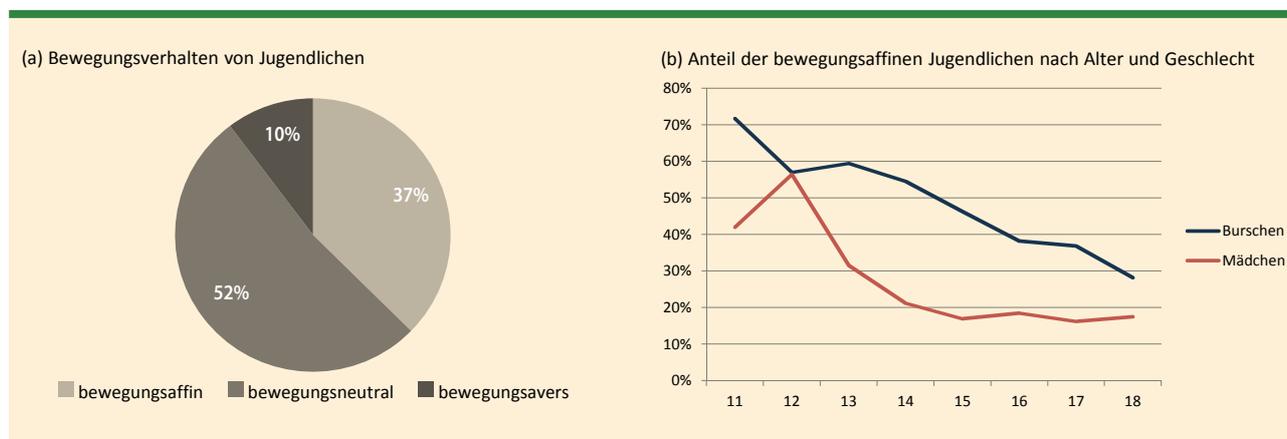
37 Prozent der 11- bis 18-Jährigen sind bewegungsaffin. Bewegungsaffine sind fast täglich körperlich aktiv und üben Sport überwiegend im Sportverein aus, bezeichnen sich meist als sportlich und sind häufig (39 Prozent) auch der Meinung, Leistungssport zu betreiben. Dagegen ist rund jeder zehnte 11- bis 18-Jährige (N=5.000) bewegungsavers: Schwitzende Tätigkeiten gibt es in dieser Gruppe häufig nur einmal pro Woche, körperliche Aktivität in der Freizeit bei vielen sogar nur einmal pro Monat.

Im Alters- und Geschlechtsvergleich ist zweierlei festzustellen: Erstens ist Bewegungsfreude eher eine Domäne der Burschen als der Mädchen (ganz im Gegensatz zum Ernährungsbewusstsein). Zweitens verringert sich die Zahl der Bewegungsfreudigen im Altersverlauf beträchtlich. Während 11-jährige Burschen noch zu 70 Prozent dieser Gruppe angehören, beträgt der Anteil bei den 18-jährigen, nach einem kontinuierlichen Rückgang über das Altersspektrum, nur noch 30 Prozent. Bei den Mädchen liegen die Anteile je nach Altersjahrgang zwischen 10 und 30 Prozent nied-

riger. Der Rückgang der Bewegungsfreude geht außerdem schneller vor sich und erreicht schon im Alter von 15 Jahren mit 20 Prozent ein sehr niedriges Niveau, das bis zum jungen Erwachsenenalter beibehalten wird (Grafik 4).

Zwar kann das Bewegungsverhalten der 3- bis 10-Jährigen nicht in diesem hohen Detaillierungsgrad untersucht werden, eine Auswertung der vorhandenen Informationen lässt aber darauf schließen, dass im Kindesalter die Geschlechterunterschiede weniger gravierend sind: Burschen wie Mädchen kommen zum überwiegenden Teil (87:83 Prozent) in ihrer Freizeit jeden Tag ins Freie und sind zu etwa gleichen Teilen in Sportvereinen aktiv (26:23 Prozent). Ein größerer Unterschied zeigt sich nur bei der Einstellung der Eltern (meist der Mütter), die sportliche Aktivität bei ihren Kindern zwar überwiegend (83 Prozent) und unabhängig vom Geschlecht befürworten, Vereinssport aber bei Mädchen etwas weniger gern sehen als bei Burschen (38:31 Prozent).

**Grafik 4: Bewegungsverhalten von 11- bis 18jährigen aus landwirtschaftlichen Haushalten nach Alter und Geschlecht**



## Medienverhalten im Altersverlauf

Direkt entgegengesetzt zum Bewegungsverhalten entwickelt sich die Mediennutzung. Bereits im Alter von drei Jahren nutzt fast die Hälfte der Kinder den Fernseher mindestens eine Stunde pro Tag. Dieser Anteil steigt bis zum Alter von 10 Jahren auf über 90 Prozent an, geht danach aber wieder zurück.

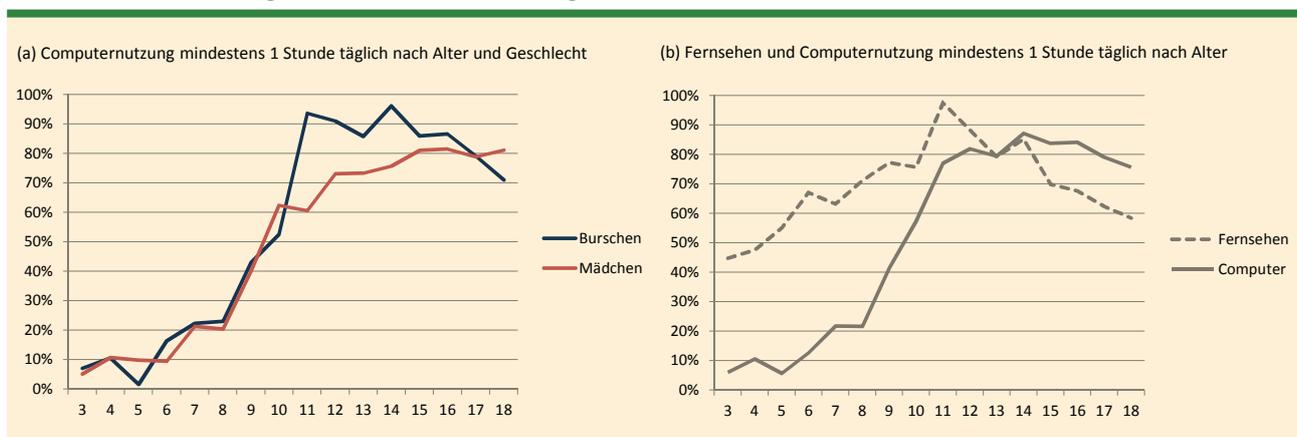
Der Fernsehkonsum der sehr jungen Kinder ist nur vermeintlich hoch: Aus TV-Nutzungsuntersuchungen ist bekannt, dass die tägliche Nutzungszeit im Altersverlauf kontinuierlich ansteigt. Während 3- bis 11-Jährige in Österreich 2010 im Durchschnitt 66 Minuten vor dem Fernseher saßen, waren es bei 12- bis 29-Jährigen 94 Minuten und bei 30- bis 39-Jährigen bereits rund zwei Stunden. (AGTT/GfK Teletest 2010) Kinder nutzen damit – für manche unerwartet – den Fernseher von allen Altersgruppen am allerwenigsten.

Ungewöhnlich ist allerdings der Rückgang der Nutzung im Zuge der Pubertät und danach. Dieser ist – wie die Entwicklung des Ernährungsverhaltens – zum Teil sicherlich auf die hohe Zahl von Internatsschülern bei den ab 15-Jährigen zurückzuführen.

Anders hingegen die Computernutzung: Beginnend mit dem fünften Lebensjahr steigt ihre Intensität im Lebensverlauf stark an, erreicht bei den Zwölfjährigen den selben zeitlichen Umfang wie der Fernsehkonsum, bleibt aber danach – im Gegensatz zur TV-Nutzung – auf diesem hohen Niveau. Zwischen dem 11. und dem 18. Lebensjahr nutzen rund 80 Prozent der Jugendlichen den Computer mindestens eine Stunde am Tag.

Während der Fernsehkonsum bei Burschen und Mädchen in allen Altersgruppen etwa gleich stark ausgeprägt ist, zeigen sich zwischen dem 10. und dem 15. Lebensjahr hinsichtlich der Computernutzung Geschlechterunterschiede: In dieser Altersphase wird der Computer von Burschen stärker genutzt. Der Unterschied kommt zustande, weil Burschen den Computer häufiger zum Spielen nutzen. Für Kommunikationszwecke (E-Mail, Chat) wird der Computer hingegen von beiden Geschlechtern etwa gleich häufig verwendet (Grafik 5).

**Grafik 5: Computernutzung im Alters- und Geschlechtsvergleich sowie Fernsehen und Computernutzung im Altersvergleich bei Kindern und Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten**



## Bewegungs- und Medienverhalten im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung

Wie schon das Ernährungsverhalten kann auch das Bewegungs- und Medienverhalten 11- bis 15-Jähriger anhand von HBSC-Daten mit jenem gleichaltriger Jugendlicher aus der österreichischen Durchschnittsbevölkerung verglichen werden (Dür 2007, vgl. Seite 11 in diesem Bericht).

**Bewegungsverhalten:** Bauernjugendliche dieses Alters bewegen sich etwas öfter, länger und intensiver als andere Gleichaltrige. Sie geben häufiger an, sich täglich zumindest eine Stunde zu bewegen (26:19 Prozent) und sind häufiger zumindest zwei bis drei Mal (73:70 Prozent) bzw. zwei bis drei Stunden wöchentlich (59:49 Prozent) in der Freizeit körperlich so aktiv, dass sie schwitzen. Der weiter oben beschriebene Rückgang der Bewegungsaktivität findet sich auch bei den Jugendlichen der Durchschnittsbevölkerung, wenngleich auf insgesamt niedrigerem Aktivitätsniveau.

**Fernsehkonsument:** Zum einen ist der Fernsehkonsum von Jugendlichen aus bäuerlichen Haushalten merklich niedriger als in

der Durchschnittsbevölkerung, in der es deutlich mehr 11- bis 15-Jährige gibt, die täglich drei und mehr Stunden vor dem Fernseher sitzen (23:36 Prozent). Der zweite wichtige Unterschied ist – darauf wurde bereits weiter oben hingewiesen – dass der Fernsehkonsum in der Durchschnittsbevölkerung ab dem 11. Lebensjahr steigt, während er in der bäuerlichen Bevölkerung sinkt. Vor allem bei den 15-Jährigen ist der Unterschied zwischen bäuerlicher und nicht-bäuerlicher Bevölkerung sehr groß (>3h/täglich: 19:39 Prozent) – es wurde bereits darauf hingewiesen, dass dieser Unterschied auf die hohe Zahl von Internatsschülern zurückzuführen ist.

**Computernutzung:** Computer- und Videospiele werden von bäuerlichen Jugendlichen vergleichsweise selten gespielt: Zwei Drittel spielen maximal eine Stunde pro Tag (Vergleichsgruppe: 80 Prozent). Sehr viel Zeit mit Spielen verbringt etwa jeder zehnte Bauernjugendliche (Vergleichsgruppe: 20 Prozent). Dieser Unterschied gleicht sich im Altersverlauf etwas aneinander an, ist aber auch bei den 15-Jährigen noch klar vorhanden. Die selben Zusammenhänge zeigen sich hinsichtlich der Nutzung des Computers als Kommunikationsmedium (E-Mail, soziale Netze) (Tabelle 4). \*

**Tabelle 4: Häufigkeit der Bewegung, des Fernsehens, der Computer- und Videospiele und des Computer-Kommunizierens bei Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten im Altersvergleich sowie im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen**

	11-, 13- und 15-Jährige		SG-Survey			HBSC-Survey		
	SG	HBSC	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
<b>Bewegung</b>								
vergangene Woche täglich mind. 1 h Bewegung	26%	19%	20%	32%	24%	25%	21%	11%
2-3x/W in der Freizeit körperlich aktiv, sodass man schwitzt	73%	70%	79%	75%	67%	75%	74%	59%
2-3h/W in der Freizeit körperlich aktiv, sodass man schwitzt	59%	49%	59%	62%	57%	48%	52%	46%
<b>Fernsehen</b>								
maximal 1 Stunde pro Tag	50%	40%	41%	48%	60%	49%	36%	35%
mindestens 3 Stunden pro Tag	23%	36%	24%	27%	19%	29%	40%	39%
<b>Computer- und Videospiele</b>								
maximal 1 Stunde pro Tag	79%	67%	82%	79%	76%	70%	63%	69%
mindestens 3 Stunden pro Tag	10%	20%	6%	10%	12%	18%	22%	18%
<b>Computer-Kommunikation (Email, soziale Netze)</b>								
maximal 1 Stunde pro Tag	79%	68%	91%	82%	69%	76%	68%	60%
mindestens 3 Stunden pro Tag	8%	18%	3%	7%	13%	13%	18%	24%

Anmerkung: Bei der HBSC-Studie werden Schultage gezählt, bei der SG-Studie die Tage nicht explizit eingegrenzt, es ist daher anzunehmen, dass die HBSC-Anteile etwas unterschätzt werden.

\* Die HBSC-Studie differenzierte bei der Befragung des Medienverhaltens zwischen schulfreien Tagen und Schultagen, in der SG-Studie wurde hingegen nur der durchschnittliche Konsum pro Tag erfragt. Für den Vergleich wurden die niedrigeren Nutzungszeiten während der Schultage herangezogen. Die hier dargestellten Unterschiede stellen somit eine konservative Schätzung dar.

# Substanzkonsum

## Einleitung

Rauchen gehört weltweit zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Gesundheit und zu den bedeutsamsten vermeidbaren Todesursachen: Es ist an der Entstehung zahlreicher Erkrankungen der Atemwege, des Herz-Kreislauf-Systems sowie vieler Krebserkrankungen beteiligt und beeinträchtigt die körperliche Leistungsfähigkeit. Viele dieser Erkrankungen treten erst als Spätfolgen in Erscheinung, Studien belegen jedoch auch direkte Folgeschäden bei Jugendlichen (Einschränkungen der Lungenfunktion, asthmatische Probleme, Kurzatmigkeit). Dass die Mehrzahl der erwachsenen Raucher vor ihrem 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen hat, unterstreicht die Wichtigkeit von Präventionsarbeit im Jugendalter und ist zusätzlich bedeutend, weil das Risiko für körperliche Folgeschäden umso größer ist, je früher mit dem Rauchen begonnen wird. Umso bedenklicher ist, dass der Tabakkonsum unter Jugendlichen, vor allem Mädchen, in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat (Dür 2007:40).

Auch der Alkoholkonsum ist ein Risikofaktor für die Entstehung zahlreicher Krankheiten (Leberzirrhose, Gastritis). Schätzungen zufolge reduziert übermäßiger Alkoholkonsum die Lebenserwartung um 10 bis 28 Jahre. Besonders kritisch für Jugendliche ist, dass übermäßiger Alkoholenuss mit einer Reihe sehr problematischer Verhaltensweisen in Zusammenhang steht. Dazu zählen Verletzungen, (Verkehrs-)Unfälle, Selbstmord und Tötungsdelikte, der Gebrauch anderer Suchtmittel, riskantes Sexualverhalten, asoziale Verhaltensweisen, Schulversagen oder verminderte schulische Leistung sowie Depressionen und Angststörungen. Für alle diese Assoziationen ist die Kausalität in beiden Richtungen

denkbar: Alkoholkonsum kann Auslöser und Folge der genannten Verhaltensweisen sein. Sowohl für das Rauchen als auch für das Trinken von Alkohol gilt dasselbe wie für jedes Gesundheits- und Risikoverhalten: In der Jugend erlerntes Verhalten ist über die Biografie hinweg relativ stabil und repräsentiert damit nicht nur isolierte Verhaltensweisen, sondern einen Lebensstil (Dür 2007:43).

## Entwicklung des Substanzkonsums

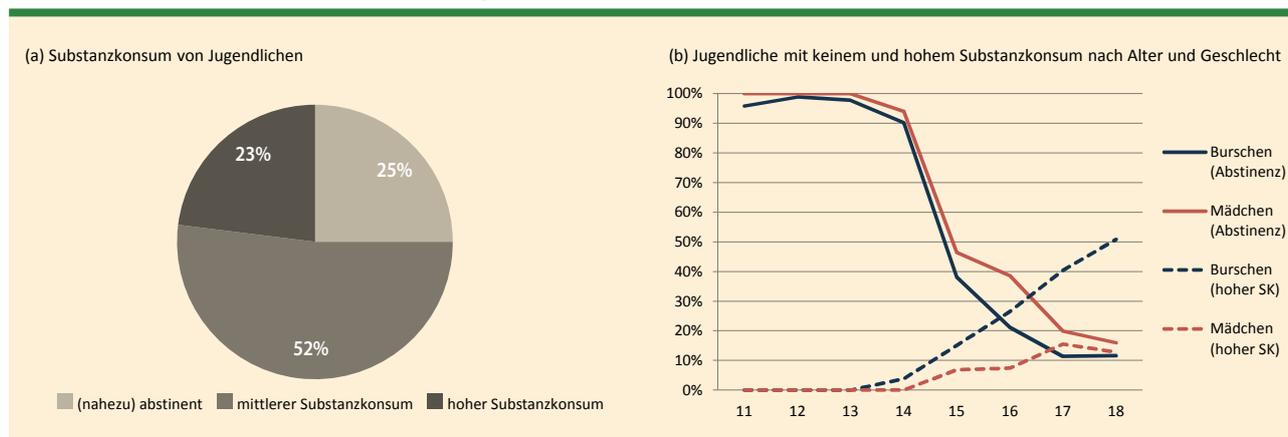
Um das Ausmaß des Substanzkonsums der Jugendlichen näher zu bestimmen, wurden die Fragen, wieviele Zigaretten im vergangenen Monat geraucht wurden, wie oft Alkohol bis zur starken Trunkenheit konsumiert wurde und wie oft derzeit Alkohol getrunken wird zur Variable „Substanzkonsum“ zusammengefasst. \*

Im Rahmen der Indexbildung kristallisierten sich drei Gruppen heraus: Auf der einen Seite sind die nahezu Abstinenten, die in der Regel gar nicht rauchen, sich noch nie stark betrunken haben und zu einem sehr großen Teil (42 Prozent) auch derzeit keinen Alkohol konsumieren. Unter den 15- bis 18-Jährigen gehört jeder vierte dieser Gruppe an.

Auf der anderen Seite stehen etwa gleich viele Jugendliche mit hohem Substanzkonsum, die Risikogruppe: Ein Viertel von ihnen raucht pro Tag sechs bis zehn Zigaretten, Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit gab es bei zwei Dritteln schon zehn Mal oder öfter, und fast alle (92 Prozent) trinken derzeit mehrmals pro Woche Alkohol. Dazwischen gibt es eine große Gruppe mit Substanzkonsum in mittlerem Ausmaß (52 Prozent) (Grafik 6, Tabelle 5).

\* Zur Konstruktion des Index siehe erste Fußnote auf Seite 8. Da der Konsum von Suchtmitteln in höherem Ausmaß erst im Alter von 15 Jahren beginnt, beschränken sich die folgenden Zahlen, mit Ausnahme des Altersvergleiches, auf die 15- bis 18-Jährigen.

**Grafik 6: Substanzkonsum von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten im Alters- und Geschlechtsvergleich**



**Tabelle 5: Dimensionen des Substanzkonsums von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten**

	(annähernde) Abstinenz	15- bis 18-Jährige mittlerer Substanzkonsum	hoher Substanzkonsum
Rauchen während des letzten Monats	gar nicht (98%)	gar nicht (51%)	6-10 Zig/T (25%)
Wie oft Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit derzeitiger Alkoholkonsum	gar nicht (89%)	2-3x (40%)	>=10x (66%)
Alkoholkonsum mehr als einmal pro Woche	keiner (42%)	1x/W (40%)	2x/W (44%)
<b>Anteil</b>	<b>25%</b>	<b>52%</b>	<b>23%</b>

Anmerkung: In der Tabelle ist die am häufigsten gewählte Antwortmöglichkeit der jeweiligen Frage für die im Spaltenkopf eingegrenzte Gruppe angegeben sowie der entsprechende Prozent-Anteil. Zig=Zigaretten, >=mindestens

Vor allem bei den Burschen ist, beginnend mit dem 14. Lebensjahr, ein starker Anstieg des Substanzkonsums zu verzeichnen. Unter den 18-jährigen Burschen gehört bereits jeder zweite zur Risikogruppe. Die Wahrscheinlichkeit für hohen Substanzkonsum ist bei Burschen mehr als dreimal so hoch wie bei Mädchen.

## Substanzkonsum im Vergleich

Einerseits ist für 11- bis 15-Jährige ein Vergleich mit Informationen aus dem HBSC-Survey möglich (Dür 2007), andererseits für 13- bis 18-Jährige mit Ergebnissen aus einer aktuellen niederösterreichischen Stu-

die zum Suchtverhalten von Jugendlichen (Bittner 2010).

**Rauchen:** Der Anteil der 11- bis 15-Jährigen, die aktuell (d. h. in den letzten 30 Tagen vor der Befragung) mehrmals geraucht haben, ist unter Bauern etwa gleich hoch wie im Durchschnitt (16:17 Prozent). Von den 15-Jährigen raucht jeder fünfte zumindest eine Zigarette täglich – das sind geringfügig weniger als im Durchschnitt (22:25 Prozent). In der bäuerlichen Bevölkerung dieses Alters rauchen allerdings eher die Burschen, während es unter anderen Jugendlichen (mittlerweile bereits) etwas häufiger die Mädchen sind (Vergleichsdaten: Dür 2007:42).

Rauchen gehört (wie Alkohol) zu den

gesellschaftlich akzeptierten Suchtmitteln. Der Grad der gesellschaftlichen Akzeptanz beeinflusst das Verhältnis, das ein Jugendlicher zu seinem eigenen Rauchverhalten hat. Bereits bei 17- und 18-jährigen Rauchern zeigt sich häufig Unzufriedenheit, bei Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten überdurchschnittlich stark: Mehr als zwei Drittel planen einen Entwöhnungsversuch oder haben bereits einen hinter sich, unter anderen Gleichaltrigen ist es hingegen weniger als die Hälfte (Vergleichsdaten: Bittner 2010, Tabelle 6). \*

**Alkohol:** Alkoholkonsum beginnt in einem immer früheren Lebensalter. Jeder zwanzigste 11-Jährige, jeder fünfte 13-Jährige und jeder zweite 15-Jährige war der eigenen Einschätzung nach schon mindestens einmal richtig betrunken. Im bäuerlichen Milieu beginnt der Alkoholkonsum zwar etwas später, dann aber sehr ausgeprägt: Unter Bauernjugendlichen waren bereits zwei Drittel der 15-Jährigen zumindest einmal richtig betrunken (Vergleich: Dür 2007, 44). Dieser Trend setzt sich bis in die späte Adoleszenz fort. Über 40 Prozent der 17- und 18-jährigen bäuerlichen Jugendlichen trinken mehrmals pro Woche Alkohol – die-

ser Anteil ist mehr als doppelt so hoch wie bei anderen Gleichaltrigen. (Vergleich: Bittner 2010, eigene Berechnungen, Grafik 7a)

Getrunken wird vor allem mit Freunden, beim Fortgehen und beim „Vorglühen“ (vor dem Fortgehen), im Gegensatz zu anderen Jugendlichen sehr häufig bei Vereinsaktivitäten sowie – zumindest manchmal – auch in der Schule, wobei hier berücksichtigt werden muss, dass in der vorliegenden Untersuchung auch Schüler aus Weinbauschulen befragt wurden (Grafik 7).

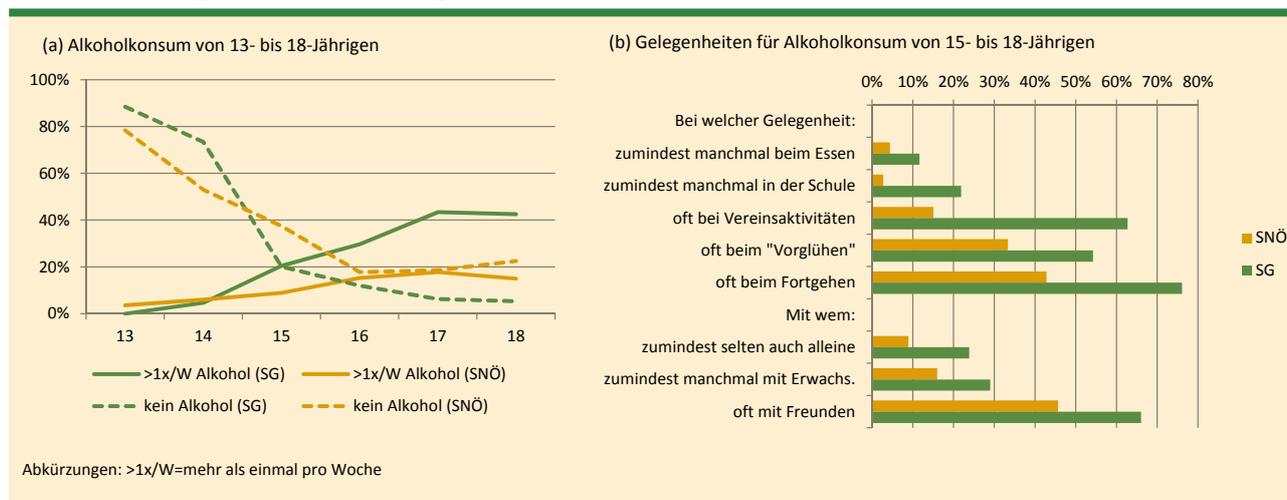
Die wichtigsten Gründe für Alkoholkonsum sind aus Sicht der Jugendlichen (in absteigender Reihenfolge): Es schmeckt, macht Spaß, entspannt, enthemmt und gehört zu Aktivitäten in der Gruppe dazu. Danach folgen bei 10 bis 15 Prozent der Jugendlichen als Ursachen auch Sorgen und Probleme. Die Gründe sind sowohl geschlechtsspezifisch als auch bei Bauern und Nicht-Bauern etwas unterschiedlich gelagert: Mädchen aus Landwirtschaften tendieren besonders stark (20 Prozent) dazu, bereits in diesem Alter bei Problemen zu trinken, bei anderen Mädchen spielt der Wunsch, Hemmungen abzubauen (30 Prozent), eine über-

**Tabelle 6: Häufigkeit des Rauchens bei Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten im Alters- und Geschlechtsvergleich sowie im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen**

	11-, 13- und 15-Jährige		15-Jährige	
	SG	HBSC	SG	HBSC
Im letzten Monat $\geq 1$ Zigarette pro Woche	16%	17%	37%	37%
Burschen	18%	15%	39%	36%
Mädchen	14%	18%	34%	37%
Im letzten Monat $\geq 1$ Zigarette pro Tag	9%	10%	22%	25%
Burschen	10%	9%	23%	24%
Mädchen	8%	11%	20%	26%
	17jährige		18jährige	
	SG	SNÖ	SG	SNÖ
Raucher: probiert oder geplant, aufzuhören ("unzufriedene Raucher")	68%	45%	72%	41%

\* Die Vergleiche dieses und der folgenden Absätze beruhen auf eigenen Berechnungen auf Basis von Linearauszählungen aus der Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich, die uns vom Studienautor in Abstimmung mit der Fachstelle für Suchtprävention dankenswerterweise zur Verfügung gestellt worden sind.

**Grafik 7 :Alkoholkonsum von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Niederösterreich**



**Tabelle 7: Gründe für Alkoholkonsum von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten im Geschlechtsvergleich sowie im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen**

Gründe:	SNÖ-Studie			SG-Studie		
	Burschen	Mädchen	Gesamt	Burschen	Mädchen	Gesamt
Geschmack	74%	66%	71%	81%	69%	75%
Spaß	69%	71%	69%	58%	59%	59%
Hemmungen	21%	30%	25%	21%	22%	21%
Entspannung	25%	15%	20%	31%	16%	24%
Gruppe	16%	21%	18%	20%	13%	17%
Probleme	16%	16%	16%	12%	20%	16%
Sorgen	14%	11%	12%	12%	11%	11%
Attraktivität	5%	12%	8%	11%	6%	8%
Grenzerfahrung	5%	9%	7%	8%	8%	8%
Langeweile	7%	4%	5%	6%	5%	6%
Ärger	4%	4%	4%	3%	2%	3%
Abhängigkeit	1%	1%	1%	2%	1%	1%

proportional wichtige Rolle. Burschen aus Landwirtschaften greifen deutlich häufiger als alle anderen Gruppen zum Alkohol, um sich zu entspannen (31 Prozent) (Tabelle 7).

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass gerade Burschen aus landwirtschaftlichen Haushalten die Wirkungsweise von Alkohol deutlich unterschätzen: Unter 14 abgefragten Suchtmitteln wird dem Alkohol das geringste Suchtpotenzial zugeschrieben. Nur 46 Prozent der 15- bis

18-Jährigen Burschen halten die Suchtgefahr für eher oder sehr groß – im Vergleich zu 72 Prozent in der niederösterreichischen Vergleichsgruppe. Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass die bäuerliche Jugendkultur stark alkoholpermissiv (Pittmann 1967, nach Uhl 2007:15) ist. Auch dem zweiten gesellschaftlich akzeptierten Suchtmittel – der Zigarette – wird ein vergleichsweise geringes Suchtpotenzial zugeschrieben (Tabelle 8).

**Tabelle 8: Einschätzung der Suchtgefahr verschiedener Substanzen durch Bauernjugendliche nach Geschlecht und im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen sowie Angaben über den Substanzkonsum im Freundeskreis**

	SNÖ-Studie			SG-Studie		
	Burschen	Mädchen	Gesamt	Burschen	Mädchen	Gesamt
Heroin	89%	95%	92%	85%	89%	87%
Kokain	86%	95%	90%	86%	89%	87%
Ecstasy	84%	92%	88%	85%	88%	86%
LSD	80%	88%	84%	84%	83%	83%
Cannabis	74%	85%	79%	83%	88%	85%
Aufputzmittel	78%	86%	82%	77%	83%	80%
Zigaretten	84%	84%	84%	72%	78%	75%
Schnüffelstoffe	71%	79%	75%	78%	81%	79%
Liquid Ecstasy	60%	73%	66%	80%	82%	81%
Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel	65%	82%	73%	63%	72%	67%
Alkohol	72%	81%	76%	46%	76%	60%
Magic Mushrooms	53%	62%	57%	78%	77%	78%
andere Naturdrogen	53%	59%	56%	70%	72%	71%
Notalin	42%	53%	48%	78%	77%	77%
<b>die meisten oder alle Freunde ...</b>						
rauchen Zigaretten	46%	45%	45%	42%	42%	42%
trinken Alkohol	67%	63%	65%	81%	76%	79%

Der Gruppendruck dürfte für die Entstehung dieser Zuschreibungen eine starke Rolle spielen: Bei 81 Prozent der 15- bis 18-Jährigen Burschen aus bäuerlichen Haushalten trinken die meisten oder alle Freunde Alkohol – im Vergleich zu nur 67 Prozent der gleichaltrigen Burschen, die im Rahmen der Untersuchung des Suchtverhaltens niederösterreichischer Jugendlicher befragt wurden. Dieser große Unterschied zwischen den beiden Populationen besteht nur beim Alkoholkonsum, nicht hingegen bei Zigaretten oder anderen Suchtmitteln (Bittner 2010, eigene Berechnungen, Tabelle 8).

## Substanzkonsum der Eltern

Das Substanzkonsumverhalten der Jugendlichen ist ein Abbild des Verhaltens der wichtigsten Vorbilder: der Eltern. Rund drei Viertel der Väter und sogar 87 Prozent der Mütter von 3- bis 10-Jährigen sind tabakabstinent – beide Geschlechter zählen deutlich häufiger zu den Nichtraucher als Gleichaltrige in der Durchschnittsbevölkerung. Hier liegt ein Teil der Erklärung für

den Umstand darin, dass ein überproportional hoher Anteil der rauchenden Bauernjugendlichen so unzufrieden mit diesem Verhalten ist.

Hinsichtlich der Alkoholabstinenz der Eltern zeigt sich hingegen ein vollkommen anderes Bild: Zwar sind auch hier Mütter viel häufiger abstinent als Väter (23:10 Prozent), das Abstinenzniveau der Durchschnittsbevölkerung liegt jedoch deutlich höher, bei den jüngeren Vätern um ein Vielfaches (Tabelle 9) (Vergleich: Uhl 2009:144). Zusätzlich fällt auf: In Gruppen mit vergleichsweise hohen Abstinenzraten (Frauen aus bäuerlichen Haushalten, Männer und Frauen der Durchschnittsbevölkerung) sind diese über den Altersverlauf hinweg weitgehend stabil, während der Anteil der Abstinenten unter männlichen Bauern im Lebensverlauf deutlich ansteigt.

Angemerkt werden muss hier, dass der Vergleich anhand von Abstinenzniveaus forschungspragmatische Hintergründe hat: Die konsumierte Alkohol- oder Zigarettenmenge wird in verschiedenen Erhebungen sehr unterschiedlich definiert, die Definitionen von Abstinenz ähneln sich hingegen

zumindest weitgehend. Auf diese Weise können die bäuerlichen Konsumgewohnheiten jenen der Durchschnittsbevölkerung gegenübergestellt werden.

Keineswegs hingegen soll diese Wahl ein Werturteil zur Abstinenz widerspiegeln. Anhand einer Literaturanalyse sowie eigener Befragungsergebnisse zeigt Uhl (2007:123f) auf, dass Abstinenz häufig mit negativen gesundheitlichen Merkmalen einhergeht (niedrigere Lebenserwartung, häufigere und längere Krankheiten, niedrigere kognitive Leistungsfähigkeit, mehr Depressionen und andere psychologische, soziale, psychiatrische und neurologische Beeinträchtigungen), warnt aber gleichzeitig davor, dass wegen der großen wirt-

schaftlichen Bedeutung des Alkohols in unserer – speziell der bäuerlichen – Gesellschaft, empirische Befunde wie diese von der Wirtschaft nur allzuleicht mit viel Engagement aufgegriffen und über die Medien verbreitet werden. Betont wird darum, dass Zusammenhänge sich ohne kritische Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden Mechanismen nicht in einfache Ursache-Wirkungs-Schemata pressen lassen, von denen in diesem Fall zwei denkbar sind: Der Zusammenhang könnte über die Wirkung des Alkohols erklärbar sein (Wirkungsmodell) oder dadurch zustande kommen, dass Personen mit Problemen zu abweichenden Alkoholkonsummustern tendieren (Selektionsmodell).

**Tabelle 9: Anteil abstinenter Eltern aus bäuerlichen Haushalten im Vergleich zur österreichischen Durchschnittsbevölkerung (Rauchen und Alkohol)**

Abstinenz:	SG-Elternbefragung		ÖSTAT 1997 <sup>2</sup>	
	Väter	Mütter	Männer	Frauen
<b>Rauchen</b>				
25-29 Jahre	70%	70%	55%	67%
30-34 Jahre	70%	84%	54%	66%
35-39 Jahre	74%	87%	55%	63%
40-44 Jahre	76%	87%	60%	67%
Alle Altersgruppen	75%	88%		
Abstinenz:	SG-Elternbefragung <sup>4</sup>		Uhl 2004 <sup>3</sup>	
	Väter	Mütter	Männer	Frauen
<b>Trinken</b>				
25-29 Jahre	6%	24%	22% <sup>1</sup>	26% <sup>1</sup>
30-34 Jahre	9%	23%	20%	36%
35-39 Jahre	10%	20%		
40-44 Jahre	14%	25%	24% <sup>1</sup>	38% <sup>1</sup>
Alle Altersgruppen	10%	23%		

Q: Statistik Austria, Mikrozensus 1997, Uhl 2007: 144, eigene Berechnungen, sowie SG-Befragung 2011  
 1: Die Anteile beziehen sich hier auf die 20- bis 29jährigen bzw. die 40- bis 49jährigen  
 2: Angegeben sind die Anteile der Raucher und ehemaligen Raucher  
 3: Definition Uhl 2007 (Befragung aus 2004): Alkoholkonsum in den letzten drei Monaten  
 4: Definition SG-Befragung: Abgefragt wurde der "derzeitige Alkoholkonsum"

# Gesundheitsverhalten: Zusammenfassung

Nach Dür (2007:29) sollte die Suche nach den Ursachen für die Gesundheit, die Beschwerden und die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen aufgrund deren unmittelbaren Einflusses bei den Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen beginnen – dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie dem Alkohol- und Zigarettenkonsum – Verhaltensweisen, die durch das Individuum selbst kontrollierbar sind: Rauchen oder nicht rauchen, naschen oder nicht naschen, sportliche Aktivitäten oder fernsehen – das sind im Grunde einfache individuelle Entscheidungen. Die Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen der Befragten wurden im ersten Teil der Studie näher beleuchtet und werden an dieser Stelle kursorisch zusammengefasst.

## **Ernährung:**

Rund zwei von fünf Jugendlichen finden eine gesunde, vielseitige und ausreichende Ernährung ausgesprochen wichtig und sind sehr ernährungsbewusst. Mädchen nehmen das Thema Ernährung bereits in jungem Alter bedeutend wichtiger als Burschen. Junge Männer machen sich erst im Laufe des dritten Lebensjahrzehnts zunehmend Gedanken zu diesem Thema.

Diese Einstellungsunterschiede wirken sich deutlich auf die faktische Ernährung aus: Mädchen konsumieren gesunde Lebensmittel etwa doppelt so häufig und ungesunde nur halb so häufig wie Burschen. Insgesamt liegt das Niveau der Ernährungsqualität jedoch viel höher als bei anderen Gleichaltrigen.

## **Bewegung:**

Ebenfalls rund zwei von fünf Jugendlichen sind körperlich sehr aktiv: Viele betreiben fast täglich Sport, viele sind im Sportverein.

Im Gegensatz zur Ernährung ist die Bewegung jedoch eher eine Domäne der Burschen. Die Zahl der Bewegungsfreudigen verringert sich im Altersverlauf allerdings beträchtlich, gleichzeitig vergrößert sich das Ausmaß der Nutzung von Fernseher und Computer.

Im Vergleich mit anderen Gleichaltrigen liegt bei Bauernjugendlichen die Bewegungsintensität und -häufigkeit deutlich höher, Fernseher und Computer werden hingegen seltener genutzt. Insbesondere bei den ab 15-Jährigen ist der Fernsehkonsum ausgesprochen niedrig, was zum Teil wohl darauf zurückzuführen ist, dass rund zwei von fünf 15jährigen in Internaten leben, in denen die Fernsehzeiten möglicherweise stärker reglementiert sind.

## **Substanzkonsum:**

Unter den Befragten ist rund jeder vierte 15- bis 18-Jährige völlig oder nahezu abstinent. Auf der anderen Seite stehen etwa gleichviele Jugendliche mit vergleichsweise hohem Substanzkonsum. Unter ihnen ist Rauchen täglich und Alkohol mehrmals die Woche die Regel, viele haben sich schon oft stark betrunken. Vor allem bei den Burschen ist, beginnend mit dem 14. Lebensjahr, ein starker Anstieg des Substanzkonsums zu verzeichnen.

Geraucht wird etwa gleichviel wie im Durchschnitt, die Unzufriedenheit damit ist jedoch vergleichsweise hoch: Mehr als zwei Drittel der Raucher planen schon in diesem Alter einen Entwöhnungsversuch oder haben bereits einen hinter sich. Der Alkoholkonsum beginnt im bäuerlichen Milieu zwar geringfügig später als bei anderen, ist dann allerdings sehr ausgeprägt. Zwei von fünf 17- und 18-Jährigen trinken mehrmals pro Woche Alkohol – doppelt so viele

wie unter anderen Gleichaltrigen. Problematisch ist, dass viele Burschen das Suchtpotenzial von Alkohol als sehr gering einschätzen. Die Muster des Substanzkonsums der Jugendlichen ähneln jenen der Eltern, die ebenfalls überdurchschnittlich häufig tabakabstinent, aber vergleichsweise selten alkoholabstinent sind (vor allem die Männer).

Dür (2007:29) verweist darauf, dass Entscheidungen für gesunde oder ungesunde Verhaltensweisen nicht bewusst und vor allem nicht einzeln getroffen werden, sondern sich gegenseitig bedingen und zu einem Lebensstil verdichten: Wer raucht, trinkt auch häufiger Alkohol, neigt zu ungesünderen Ernährungsweisen und macht tendenziell weniger Bewegung – mithin stecken hinter diesen Verhaltensweisen tieferliegende Vorstellungen darüber, ob ein Lebensstil gesundheitsfördernd oder -schädigend ist.

Die Ergebnisse der gegenständlichen Befragung passen nicht ganz zu diesem Befund, denn die befragten Jugendlichen essen gesünder, bewegen sich mehr und rauchen (zumindest tendenziell) weniger als andere Gleichaltrige, trinken jedoch gleichzeitig viel mehr Alkohol. Im bäuerlichen Milieu kommt es also zu keiner multifaktoriellen Risikobelastung, was darauf hinweist, dass man nicht von vorneherein von einem pathologischen Lebensstil ausgehen darf. Überdies ist das Ergebnis eine deutliche Bestätigung dafür, dass das Gesundheits- und Risikoverhalten eben nicht nur Resultat freier Entscheidungen unbeeinflusster Individuen ist, sondern auch im Kontext des sozialen Lebenszusammenhanges mit seinen Ressourcen, Angeboten und Verlockungen gesehen werden muss (vgl. Dür 2007:29)

Gerade aus diesem Grund dürfen gesundheitspolitische Maßnahmen, die einen Anspruch auf Effektivität und Nachhaltigkeit stellen – und die aufgrund des durchaus starken Alkoholkonsums der Jugendlichen zweifelsohne notwendig sind – nicht auf das isolierte Risikoverhalten gerichtet sein, sondern müssen den sozialen (und wirtschaftlichen) Zusammenhang sowie die familiären, schulischen und freizeitbezogenen Faktoren mitberücksichtigen, die den erhöhten Alkoholkonsum bedingen. Im bäuerlichen Milieu gehört die Herstellung von Alkohol und der Anbau der dafür nötigen Nutzpflanzen nicht selten zur Lebensgrundlage der Familie. Nicht zuletzt deshalb müssen allfällige Maßnahmen darauf hinauslaufen, den Umgang mit dem Alkohol zu erlernen. Der Versuch, die Gefahren des Alkohols als Teufel an die Wand zu malen, ist hingegen zum Scheitern verurteilt.

## Teil 2: Gesundheitsergebnisse

Während im ersten Teil des Berichts mit dem Ernährungs-, Bewegungs- und Substanzkonsumverhalten drei wichtige Bereiche des Gesundheitsverhaltens beschrieben werden, geht es im nun folgenden zweiten Teil um Gesundheitsergebnisse, um „Outcomes“ (Dür 2007:14), die – zumindest teilweise – auf das Gesundheitshandeln zurückgeführt werden können. Im ersten Kapitel wird das Thema Unfälle aus mehreren Blickwinkeln betrachtet, im zweiten Kapitel wird das Thema Gewicht aus subjektiver und objektiver Perspektive betrachtet. Abgeschlossen wird der zweite Teil mit einer Untersuchung des subjektiven Wohlbefindens der Kinder und Jugendlichen.

In jedem dieser Kapitel werden für die Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitshandeln und den Gesundheitsergebnissen untersucht, außerdem werden wiederum externe Untersuchungsergebnisse zum Vergleich herangezogen – im Fall der Unfälle erfolgt ein Vergleich mit einer von der SVB vor 10 Jahren durchgeführten Studie (Furian 2001), das Gewicht wird anhand von Gewichtstabellen nach Kuczmarski (2002) klassifiziert, und das gesundheitliche Wohlbefinden wird wiederum mit Daten aus der HBSC-Studie sowie mit KiGGS-Daten kontrastiert.

### Unfälle

#### Einleitung

Unfälle und Verletzungen sind die häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte von Jugendlichen. Das Verletzungsrisiko steigt in der Pubertät stark an – durch die Mobilisierung mit Fahrrad und Moped und die eigenständige Teilnahme am Straßenverkehr, aber auch durch riskante Freizeit- und Sport-Praktiken. Verletzungen können daher nicht einfach als akute Gesundheitsprobleme gesehen werden, sondern sind durch die Übernahme von Risikoverhaltensweisen (mit)bedingt. Diese sind jedoch untrennbar mit der Adoleszenz verbunden, weil sie eine wichtige Funktion für das Ausloten der eigenen Grenzen in der Jugend haben. Unfälle beinhalten somit sowohl sicherheitstechnische als auch verhaltenspsychologische Aspekte, aus denen zwei einander ergänzende präventive Ansätze folgen: einerseits Sicherheitsmaßnahmen in verschiedenen Settings (Landwirtschaft, Verkehr, Schule, Freizeit); andererseits – auf individueller Ebene – das Erlernen des

Umgangs mit Risiken. (Dür 2007:23)

Im Folgenden wird das Thema Unfälle aus mehreren Blickwinkeln beleuchtet: Zuerst wird die Unfallwahrscheinlichkeit der Kinder und Jugendlichen im Altersverlauf dargestellt und mit externen und internen Quellen verglichen. Auf Basis dieser Daten wird berechnet, wieviele Unfälle im Berichtszeitraum (im Jahr vor der Befragung) passiert sind. Da die Unfallzahlen im Vergleich zum Jahr 2001 deutlich angestiegen sind, folgt im zweiten Unterkapitel eine Diskussion der möglichen Ursachen dafür. Drittens wird untersucht, wodurch – aus Sicht der Befragten – die Unfälle hätten verhindert werden können und welche Maßnahmen im Anschluss daran gesetzt wurden, und im vierten und letzten Teil wird näher beleuchtet, welche Zusammenhänge bei 15- bis 18-Jährigen zwischen dem Gesundheitsverhalten und der in diesem Alter sehr hohen Unfallwahrscheinlichkeit bestehen.

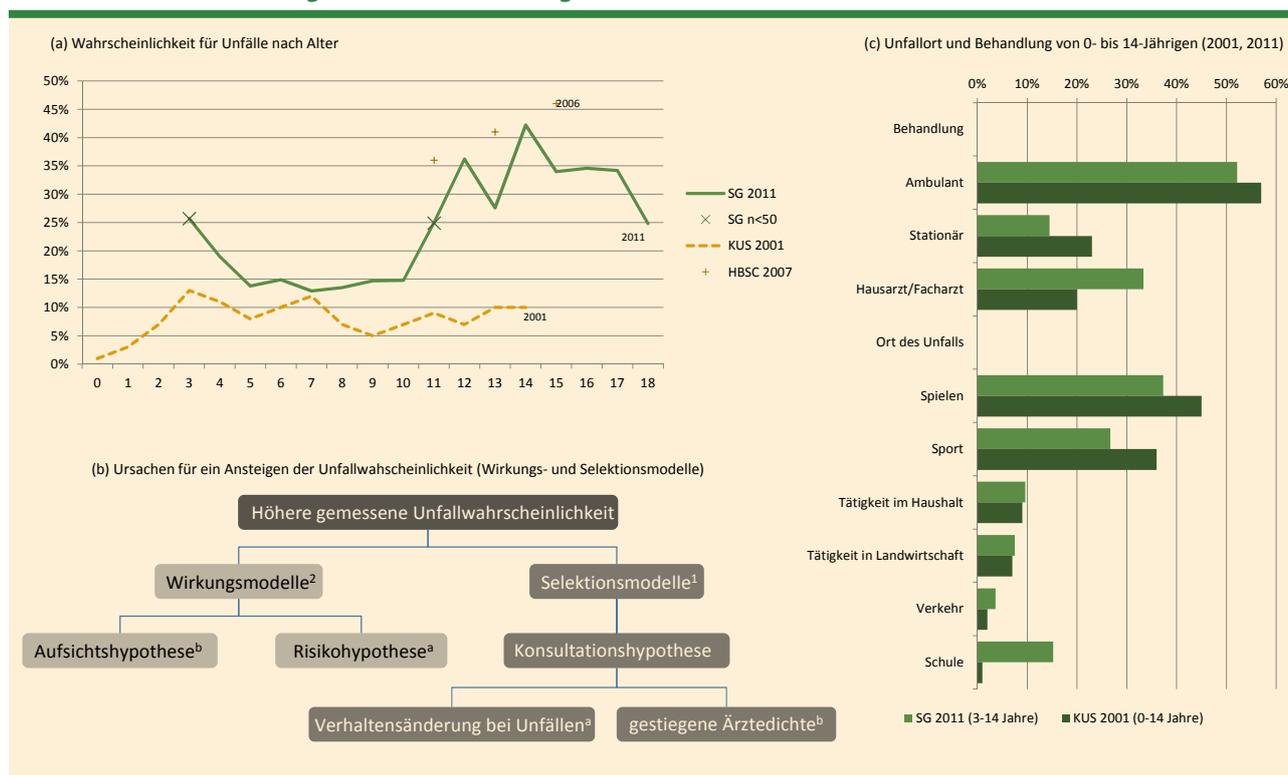
## Unfallwahrscheinlichkeit und Zahl der Unfälle

**Unfallwahrscheinlichkeit:** Die Wahrscheinlichkeit für (mindestens) einen Unfall mit ärztlicher Behandlung innerhalb des vergangenen Jahres liegt bei 3- bis 10-Jährigen aus bäuerlichen Haushalten derzeit bei rund 15 Prozent, steigt im Zuge der Adoleszenz auf etwa 35 Prozent und sinkt mit dem 18. Lebensjahr wiederum deutlich (auf 25 Prozent). Von diesem Ansteigen der Unfallwahrscheinlichkeit im Altersverlauf wird auch in der Literatur berichtet (Dür 2007:23); im Vergleich mit der vor rund einem Jahrzehnt durchgeführten Untersuchung zu Kinderunfällen im bäuerlichen

Bereich (Furian 2001:7), bei der Unfälle von bis zu 14-Jährigen aus landwirtschaftlichen Haushalten untersucht wurden, hat sich das Unfallrisiko deutlich erhöht: bei 3- bis 10-Jährigen fast um das Doppelte, bei 11- bis 14-Jährigen rund um das Dreifache. Damit ist es seit 2001 zu einer Angleichung an die allgemeine altersspezifische Unfallwahrscheinlichkeit gekommen, die stabil bei etwa 15 Prozent liegt. (vgl. Furian 2001:6, KfV 2011:19)

Diese Niveaushiftung könnte bei den ab 11-Jährigen teils erhebungstechnische Ursachen haben, ist aber für den Altersbereich der 3- bis 10-Jährigen jedenfalls vertrauenswürdig belegbar, da hier die Daten ähnlich erhoben wurden. \*

**Grafik 8: Unfallrisiko im Altersvergleich, Ursachen für ein Ansteigen des Unfallrisikos sowie Unfallort und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalt**



\* Während bei der Kinderunfallstudie 2001 die Eltern Auskunft über die Unfälle gegeben haben, wurden im Rahmen der aktuellen Untersuchung die ab 11-Jährigen selbst befragt. Da im Vergleich zur Kinderunfallstudie gerade die Wahrscheinlichkeiten der 11- bis 14-Jährigen auf einem noch einmal deutlich höheren Niveau liegen, liegt die Vermutung nahe, dass ein Teil des Unterschiedes auf die verschiedenen Erhebungstechniken zurückzuführen ist. Zu betonen ist allerdings, dass die Angaben der ab 11-Jährigen nach einer Plausibilisierung durch externe Quellen durchaus vertrauenswürdig erscheinen: Im Rahmen der HBSC-Untersuchung werden für 11- bis 15-Jährige (die dort ebenfalls selbst befragt wurden) sogar noch (geringfügig) höhere Unfall-Wahrscheinlichkeiten berichtet (Dür 2007:24, sh. Grafik 8). Offen bleibt freilich die Frage, warum die Eltern bei 11- bis 14-Jährigen von soviel weniger Unfällen berichten als die 11- bis 14-Jährigen selbst. Ganz allgemein muss bei Vergleichen zwischen Zahlen aus der Kinderunfallstudie 2001 und der aktuellen Befragung berücksichtigt werden, dass der Altersbereich sich nicht genau deckt. Während bei der Kinderunfallstudie die Eltern 0- bis 14-Jähriger Auskunft gaben, liegen bei der aktuellen Untersuchung Daten für die 3- bis 14-Jährigen vor.

Die meisten Unfälle von 3- bis 14-Jährigen geschehen beim Spielen (37 Prozent) und beim Sport (27 Prozent) – der Anteil dieser beiden Kategorien dürfte in den letzten zehn Jahren jedoch zurückgegangen sein, während Unfälle in der Schule im Vergleich zur letzten Befragung stark zugenommen haben (1:15 Prozent, Furian 2001:8). Der derzeitige Anteil der Schulunfälle im bäuerlichen Bereich liegt aber noch immer deutlich unter der allgemeinen altersspezifischen Unfallwahrscheinlichkeit in der Schule (15:25 Prozent, KFV 2011:16). Die Wahrscheinlichkeit, sich bei einer Tätigkeit in der Landwirtschaft zu verletzen, ist etwa gleich geblieben (2001:2011 7:8 Prozent) (Grafik 8c).

**Zahl der Unfälle:** Mit den erhobenen Daten kann näherungsweise die Zahl der Unfälle von 3- bis 14-Jährigen der Befragung im vorangegangenen Jahr bestimmt und mit dem Ergebnis der Kinderunfallstudie 2001 verglichen werden. Im Fall der Kinderunfallstudie wurde geschätzt, dass im Berichtszeitraum rund 3.700 Kinder und Jugendliche einen Unfall hatten, das Unfallrisiko von 0- bis 14-jährigen Bauernkindern lag damals bei 8 Prozent (Furian 2001:6), die Schätzung der aktuellen Studie liegt – entsprechend der heute höheren Unfallwahrscheinlichkeiten – deutlich darüber (bei rund 7.800 verunfallten Kindern und Jugendlichen im Berichtszeitraum) (Grafik 8a). \*

## Mögliche Ursachen für die höhere Unfallwahrscheinlichkeit

Unklar bleibt allerdings der Grund für diese doch sehr deutliche Erhöhung des Unfallrisikos. Als Erklärung sind eine Reihe von (potenziell gemeinsam wirksamen) Erklärungsmodellen denkbar, die hier zwar referiert, mit den vorliegenden Daten jedoch nur näherungsweise belegt werden können. Eine tiefergehende Analyse muss allfälligen weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

(1) Sehr plausibel ist, dass das höhere Unfallrisiko zum Teil auf einem Selektionseffekt beruht: Möglicherweise werden in bäuerlichen Haushalten nach Unfällen heute deutlich häufiger Ärzte konsultiert als vor zehn Jahren. Der Anstieg der Unfallwahrscheinlichkeit (mit Arztbeteiligung) wäre dann gar nicht durch eine tatsächlich höhere Zahl von Unfällen verursacht (Konsultationshypothese). Für diese These spricht, dass der Anteil der vom Haus- oder Facharzt behandelten Unfälle im Verlauf der letzten zehn Jahren deutlich gestiegen ist (von 20 auf 33 Prozent), wohingegen stationäre und ambulante Behandlungen abgenommen haben (Grafik 8c). Die skizzierte Entwicklung könnte (a) auf eine tatsächlich geänderte Gesundheitseinstellung zurückgeführt werden, also darauf, dass man heute auch schon bei kleineren Verletzungen zum Arzt geht, und/oder (b) auf die in Österreich im letzten Jahrzehnt im EU-Vergleich überproportional gestiegene Ärztedichte (Habl 2010:32), die – im Fall von kleineren Verletzungen – einen Arztbesuch überhaupt erst sinnvoll erscheinen lässt.

\* Die Zahl wurde folgendermaßen geschätzt: Zuerst wurde mithilfe der Daten aus der Eltern- und Jugendlichenbefragung die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Unfall im Berichtszeitraum errechnet (5.092 3- bis 10-Jährige aus der Kinderbefragung + 7.360 11- bis 14-Jährige aus der Jugendlichenbefragung = 12.452). Diese Zahl wurde durch zwei geteilt ( $12.452/2 = 6.226$ ), weil die Daten der aktuellen Untersuchung auf alle Bauernkinder (auch Kinder mit mindestens einem unselbständig erwerbstätigen Elternteil), die Kinderunfallstudie hingegen nur auf die Zahl der Kinder aus Vollerwerbsbetrieben hochgerechnet wurde. Letztere machen – gemäß einem Aktenvermerk zur Kinderunfallstudie aus dem Jahr 2001 – etwa die Hälfte aller Bauernkinder aus (Unfallzahlen-Aktenvermerk 0367\_001, Pkt. b und c). Die resultierende Zahl wurde dann noch um  $3/12$  erhöht, weil in der Kinderunfallstudie die Unfälle für die 0- bis 14-Jährigen angegeben sind (15 Altersjahrgänge), während in der vorliegenden Studie nur die 3- bis 14-Jährigen berücksichtigt sind (12 Altersjahrgänge) ( $6.226 / 12 * 15 = 7.782$ ). Da die Unfallwahrscheinlichkeit der 0- bis 3-Jährigen etwas höher ist als die der älteren Kinder, stellt die errechnete Zahl eine konservative Schätzung dar und liegt tendenziell eher noch darüber.

(2) Denkbar sind aber auch Wirkungsmodelle: Es könnte im Laufe des letzten Jahrzehnts eine tatsächliche Vermehrung der Unfälle stattgefunden haben, z. B. (a) durch eine Zunahme riskanter Verhaltensweisen bei Jugendlichen, etwa weil traditionelle Sportarten verstärkt durch Risikosportarten verdrängt werden (Risikothese, vgl. dazu Witoszynskij 2010:29). (b) Im Fall der Kinder wäre als Grund auch denkbar, dass sie aufgrund der zunehmend außerhäuslichen Erwerbstätigkeit der Eltern bei gleichzeitigem Fehlen adäquater Betreuungsmöglichkeiten (Großeltern, Kindergärten, Horte) heute weniger gut beaufsichtigt werden als vor zehn Jahren (Aufsichtshypothese). Ein schwaches Indiz für diese Hypothese wäre, dass in den letzten zehn Jahren gleichzeitig mit der Unfallwahrscheinlichkeit auch die Nebenerwerbsquoten der Väter und Mütter von unter 15-Jährigen kräftig angestiegen sind, wie ein Vergleich der Kinderunfallstudie mit der aktuellen Befragung ergibt (Väter 46:54, Mütter 29:47, vgl. Furián 2001:33) – eine Entwicklung, die sicherlich geänderte Betreuungsverhältnisse mit sich bringt. Gegen die Wirksamkeit dieses Faktors spricht allerdings, dass aufgrund der bäuerlichen Familienstrukturen (Großeltern leben häufig im Haushalt oder in der Nähe) die Abhängigkeit von institutionellen Betreuungsinstitutionen gering ist (Grafik 8b).\*

## Unfallverhinderung

Respondenten, die bzw. deren Kinder im Jahr vor der Befragung mindestens einen Unfall hatten, wurden gefragt, wodurch dieser zu verhindern gewesen wäre. In allen Altersgruppen, vor allem aber bei den 15- bis 18-Jährigen, wird einer verbesserten Aufmerksamkeit und Reaktionszeit die größte Bedeutung beigemessen. Je nach Altersgruppe geben dies ein bis zwei Drittel der Befragten an. Erst an dritter Stelle wird die Verwendung von Schutzausrüstung angeführt (von rund jedem Zehnten). Bei unter Fünfjährigen wäre zudem in einem Fünftel der Fälle bei Anwesenheit einer weiteren Person der Unfall nicht passiert. Vergleichsweise selten werden Kommunikation, Wissen und technische Absicherungen als unfallverhindernd eingeschätzt.

Viele Befragte (abnehmend mit dem Alter zwischen 40 und 23 Prozent) glauben, dass der Unfall durch keine der acht genannten Maßnahmen hätte verhindert werden können. Diese hohen Anteile weisen darauf hin, dass die acht abgefragten Items (Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, Schutzausrüstung, Anwesenheit einer weiteren Person, Koordinationsfähigkeit, Kommunikation, Wissen, technische Absicherung) gegebenenfalls erweitert werden müssten, zumindest um die Punkte (a) weniger Risiko eingehen (schnell fahren, Alkohol trinken) (!), (b) Einsatz von besserem Material (z. B. Schi, Fahrrad), (c) Sicherheitskontrolle des verwendeten Geräts und (d) Unfall war nicht zu verhindern (z. B. Fremdverschulden, höhere Gewalt). Die fehlenden Items beziehen sich vor allem auf Sportverletzungen, denen mehr Beachtung geschenkt werden müsste, weil 40 Prozent der Unfälle von 15- bis 18jährigen im Rahmen der Sportausübung geschehen.

\* Überdies ergab eine Überprüfung der Unfallwahrscheinlichkeit 3- bis 10-jähriger Kinder von Neben- bzw. Haupterwerbslandwirten unklare Zusammenhänge: Kinder, deren Väter die Landwirtschaft im Nebenerwerb betreiben, haben eine geringfügig, aber doch signifikant höhere Unfallwahrscheinlichkeit als Kinder von Vollerwerbsbauern (17:15 Prozent), bei den Müttern verhält es sich hingegen genau umgekehrt (14:18 Prozent). Die Ursachen dafür können aber an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Nur in den wenigsten Fällen werden im Anschluss an den Unfall technische Maßnahmen gesetzt, mit dem Alter zunehmend an Gewicht gewinnt hingegen der Einsatz von Schutzausrüstung. Auf Unfälle von 3- bis 10-jährigen Kindern wird in erster Linie mit verhaltensorientierten Maßnahmen reagiert, die bei ab 10-Jährigen deutlich an Gewicht verlieren. In allen Altersbereichen werden in den meisten Fällen nach Unfällen gar keine Maßnahmen gesetzt, besonders bei ab 11-Jährigen (Tabelle 10).

## Gesundheitsverhalten und Unfallwahrscheinlichkeit bei 15- bis 18-Jährigen

Für die Gruppe der 15- bis 18-Jährigen wurde mittels logistischer Regressionsanalyse der Zusammenhang zwischen der Unfallwahrscheinlichkeit und individuellen Faktoren (Alter, Geschlecht) sowie verschiedenen Dimensionen des Gesundheitsverhaltens (Substanzkonsum, Bewegungsverhalten, Risikoeinstellung im Sport) model-

liert. Die Erstellung der Indizes zu Bewegungsverhalten und Substanzkonsum wird in den betreffenden Kapiteln (Seite 12, 16) näher erläutert. Die erklärenden Variablen wurden schrittweise aufgenommen, in der untenstehenden Tabelle sind die resultierenden fünf Modelle dargestellt. Im Folgenden werden die verschiedenen Einflussgrößen vorgestellt.

**Alter:** Die Unfallwahrscheinlichkeit sinkt mit dem 18. Lebensjahr signifikant. Dieser Befund verstärkt sich bei Hinzunahme der Verhaltensvariablen Substanzkonsum, Bewegungsaffinität und Risiko im Sport (Modelle 3 bis 5) und wird hochsignifikant. Das bedeutet, dass 18-Jährige nicht deshalb weniger Unfälle haben, weil sie weniger Sport betreiben oder weniger Alkohol trinken, sondern aus anderen im Modell nicht berücksichtigten Gründen. Zu denken ist etwa an ein gestiegenes allgemeines Risikobewusstsein oder an zunehmendes Geschick im Umgang mit potenziell riskanten Situationen (Handhabung von Maschinen, Straßenverkehr, etc.). Insgesamt ist bei 18-Jährigen das Risiko, einen Unfall zu

**Tabelle 10: Hypothetische und faktische Maßnahmen zur Unfallverhinderung bei Kindern und Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten**

	3 bis 5	Alter			Geschlecht (15+)	
		6 bis 10	11 bis 14	15 bis 18	Burschen	Mädchen
Wahrscheinlichkeit für mind. einen Unfall im vergangenen Jahr	19%	14%	33%	32%	40%	25%
<b>Hypothetisch:</b>						
<b>Unfall hätte verhindert werden können durch ...</b> (Mehrfachantworten)						
Höhere Aufmerksamkeit (z. B. durch mehr Schlaf, weniger Stress)	19%	15%	21%	33%	34%	31%
Bessere Reaktionszeit (z. B. Reaktionstraining)	12%	16%	26%	28%	29%	28%
Verwendung von Schutzausrüstung (z. B. Helm)	13%	8%	9%	13%	16%	9%
Anwesenheit einer weiteren Person	22%	11%	8%	11%	13%	8%
Bessere Koordinationsfähigkeit (z. B. Koordinationstraining)	0%	11%	18%	8%	6%	11%
Bessere Kommunikation (z. B. Besprechen von Arbeitsabläufen)	4%	4%	8%	6%	8%	3%
Ausreichendes Wissen (z. B. Schulung)	1%	6%	11%	6%	6%	7%
Bau einer technischen Absicherung (z. B. Geländer)	5%	4%	6%	5%	6%	2%
Keine der genannten Maßnahmen	41%	41%	31%	23%	19%	31%
<b>Faktisch:</b>						
<b>wichtigste Maßnahme zur Unfallverhinderung nach der letzten Verletzung</b> (keine Mehrfachantworten)						
Technische Maßnahmen (z. B. Geländer montiert)	0%	3%	5%	3%	4%	3%
Verwendung von Schutzausrüstung	0%	5%	6%	10%	10%	5%
Verhaltensorientierte Maßnahmen (z. B. Nachbesprechung)	57%	35%	9%	11%	12%	6%
Andere Maßnahmen	0%	10%	4%	10%	6%	9%
Es wurden keine Maßnahmen getroffen	43%	48%	77%	67%	68%	77%

erleiden, nur etwa halb so hoch wie bei 15-Jährigen.

**Geschlecht:** Das Unfallrisiko von Mädchen ist etwa halb so hoch wie jenes von Burschen, dieser Unterschied wird bei Hinzunahme der Verhaltensvariablen allerdings zunehmend schwächer und ist damit zum Teil dadurch zu erklären, dass Mädchen weniger trinken, weniger Sport betreiben und beim Sport weniger Risiko eingehen. Trotzdem verbleibt auch nach Hinzunahme dieser Faktoren noch ein beträchtlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern.

**Substanzkonsum:** Bereits bei durchschnittlichem Alkoholkonsum besteht eine um etwa 40 Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit, einen Unfall zu erleiden. Bei starkem Substanzkonsum ist die Unfallwahrscheinlichkeit mehr als doppelt so hoch wie bei abstinenten Personen. Diese Risikoschätzungen sind in den verschiedenen gerechneten Modellen weitgehend stabil.

**Bewegungsaffinität:** Jugendliche, die sich wenig bewegen, haben ein niedrigeres Unfallrisiko als sportaffine Jugend-

liche. Das korrespondiert damit, dass 40 Prozent der Unfälle 15- bis 18-Jähriger im Rahmen der Sportausübung passieren. Dieser Zusammenhang schwächt sich jedoch merkbar ab, wenn das Risikoverhalten im Sport in Betracht gezogen wird (Modell 5). Wenn Sport aus Spaß am Risiko ausgeübt wird (das gilt für etwa 30 Prozent der 15- bis 18-Jährigen), kommt es fast zu einer Verdoppelung der Unfallwahrscheinlichkeit. Die Einflussstärke der Sportausübung selbst wird dann allerdings deutlich niedriger und Personen, die als bewegungsneutral klassifiziert wurden, unterscheiden sich nicht mehr signifikant von den Bewegungsaffinen. Das bedeutet, dass die Unfallwahrscheinlichkeit in diesem Alter nur zum Teil mit der Sportausübung selbst zu tun hat, sondern stark mit der Risikoaffinität.

Abgesehen davon müsste man, um den Einfluss der Bewegungsaffinität statistisch genau beurteilen zu können, bei der Berechnung der Koeffizienten auf das Ausmaß der Bewegung im Berichtszeitraum standardisieren. D. h. es müsste unter-

**Tabelle 11: Einfluss von Substanzkonsum und Risikoverhalten im Sport auf die Unfallwahrscheinlichkeit (unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Bewegungsverhalten als Kovariate)**

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Anzahl
15 Jahre (Referenz)						503
16 Jahre	1,06	1,05	0,94	0,96	1,00	666
17 Jahre	0,99	0,99	0,80	0,83	0,87	545
18 Jahre	0,68 *	0,66 *	0,52 **	0,55 **	0,56 **	237
Männer (Referenz)						1.591
Frauen		0,55 **	0,63 **	0,67 **	0,69 **	708
Abstinenz (Referenz)						495
durchschnittlicher Substanzkonsum			1,45 **	1,42 **	1,40 **	995
hoher Substanzkonsum			2,36 **	2,35 **	2,14 **	461
bewegungsaffin (Referenz)						588
bewegungsneutral				0,80 *	0,90	1.146
bewegungsavers				0,55 **	0,66 *	217
Sport nicht aus Spaß am Risiko (Referenz)						1.352
Sport aus Spaß am Risiko					1,80 **	599
Konstante	0,55 **	0,68 **	0,49 **	0,57 **	0,43 **	
Pseudo-R <sup>2</sup> (Nagelkerke)	0,006	0,030	0,053	0,061	0,081	
richtig zugeordnet (% von Unfall=Ja)	0,0%	0,0%	12,5%	14,4%	17,8%	
falsch positiv (fälschliche Zuordnung zu Unfall)	-	-	49,4%	48,4%	45,5%	

Quelle: Survey Fit 4 Life 2011, n=1.951 15- bis 19-jährige aus landwirtschaftlichen Haushalten, \* p<.05, \*\* p<.01  
 Abhängige Variable: 1=mindestens ein Unfall mit ärztlicher Behandlung im vergangenen Jahr (n=659); 0=kein Unfall (n=1.272)

sucht werden, wie häufig sich bewegungsaffine im Vergleich zu bewegungsaversen Jugendlichen in einem gegebenen Zeitraum und bei gegebenem Bewegungsausmaß verletzen. Denn es ist doch anzunehmen, dass bewegungsaverse Jugendliche sich sehr wahrscheinlich verletzen, WENN sie sich einmal bewegen. Um diesen Zusammenhang statistisch zu überprüfen, wäre allerdings ein experimentelles Untersuchungssetting nötig. In diesem Sinne kann das hier gewählte Vorgehen als forschungspragmatisch begründet verstanden werden: Durch die Hinzunahme der Bewegungsaffinität wird ein quasi-experimentelles Untersuchungssetting hergestellt, in dem der Einfluss des Substanzkonsums und des Risikoverhaltens bei der Sportausübung auf die Unfallwahrscheinlichkeit im Jugendalter sinnvoll untersucht werden kann, weil durch die Hineinnahme des Bewegungsausmaßes als Kovariate die

oben angesprochene fehlende Standardisierung korrigiert wird.

**Modellgüte:** Durch das hier vorgestellte Modell können 18 Prozent der faktischen Unfälle ( $n=659$ ,  $p=0.34$ ) richtig identifiziert werden. 46 Prozent der Zuordnungen erfolgen fälschlicherweise (falsch positiv). Durch eine Hinzunahme weiterer Hintergrundinformationen (Ernährungseinstellung, BMI, Bildung der Eltern, ausgeübte Sportarten) wird entweder das Modell nur unwesentlich verbessert oder die hinzugefügten Items sind nicht signifikant. Es ist zu vermuten, dass sich die Schätzgüte durch eine umfassendere Darstellung der Risikoaffinität von 15- bis 18-jährigen Jugendlichen noch erhöhen würde, diese ist in der gegenständlichen Befragung jedoch nur anhand einer (wenngleich wichtigen) Einzelfrage repräsentiert (Sport aus Spaß am Risiko, Tabelle 11).

## Gewicht und Körperwahrnehmung

Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher in der Gesamtbevölkerung hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, wodurch es zu einer vermehrten Prävalenz orthopädischer Probleme, hohen Blutdrucks und ähnlicher Erkrankungen gekommen ist. Übergewicht im Kindesalter führt oft auch zu Gewichtsproblemen im Erwachsenenalter, und damit zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität der Bevölkerung. Überdies geht Übergewicht im Jugendalter mit Stigmatisierungen einher und behindert so die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls.

Jugendliche schenken ihrem Körper in der Pubertät gesteigerte Aufmerksamkeit, weil sich Größe, Proportion und Aufbau des Körpers gravierend verändern. Mädchen sind damit häufig besonders unzufrieden, weil sie sich vom gesellschaftlichen Schönheitsideal weg entwickeln. Bei Burschen gilt das

Gegenteil, deshalb bewahren sie leichter eine positive Einstellung zu ihrem Körper.

Die Körperwahrnehmung der Jugendlichen ist ein wichtiger Faktor, weil sie (und weniger das tatsächliche Gewicht) das Ernährungs- und Bewegungsverhalten beeinflusst und in einem engen Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitsempfinden steht. Durch die gesellschaftlich gefärbte Selbstwahrnehmung fällt es Kindern und Jugendlichen schwer, ihr eigenes Körpergewicht zu beurteilen; häufig werden darum auch von Normalgewichtigen fragwürdige Idealvorgaben übererfüllt (Diäten, Idealgewicht, Muskelaufbau) (Dür 2007:25, 36).

Im folgenden Kapitel wird nach einer Diskussion der Anwendbarkeit des Body-Mass-Index (BMI) auf die bäuerliche Bevölkerung der Anteil Über- und Untergewichtiger im Alters- und Geschlechtsvergleich unter-

sucht. Die objektivierten Gewichtsinformationen werden danach der Selbstwahrnehmung der Jugendlichen gegenübergestellt. Zuletzt werden für 15- bis 18-Jährige – eine Gruppe, die ihr eigenes Gewicht stark problematisiert – Wechselwirkungen zwischen subjektiver Körperwahrnehmung bzw. Gewicht und dem Gesundheitshandeln dargestellt.

## Prävalenz von Über- und Untergewicht

Der BMI errechnet sich aus dem Gewicht und der Körpergröße einer Person. Bei jungen Menschen kann er allerdings – weil diese noch im Wachstumsprozess sind – nicht direkt für die Interpretation des Gewichts herangezogen werden. Da sich außerdem die Körperproportionen von Burschen und Mädchen stark voneinander unterscheiden, erfolgt die Beurteilung der Prävalenz von Über- und Untergewicht auf Basis einer alters- und geschlechtsspezifischen Verteilung von BMI-Werten. Übergewicht wird bei Werten über dem 90ten, Untergewicht bei Werten unter dem 10ten Perzentil der BMI-Verteilung zugeordnet.

Das Gewicht einer Person wird also anhand statistischer, nicht gesundheitlicher Kriterien beurteilt. Als adipös wird jemand eingestuft, der im Vergleich zu anderen Personen gleichen Alters, Geschlechts und gleicher Körpergröße ein hohes Gewicht hat. Nicht berücksichtigt wird hingegen der Fettanteil – ein wichtiger Faktor zur Beschreibung des Gesundheitszustandes. Ein trainierter Mensch mit niedrigem Fettanteil könnte – aufgrund des hohen Gewichts der Muskeln – denselben BMI aufweisen, wie eine gleich große und gleich schwere, aber unsportliche Person mit hohem Fettanteil.

Um auf individueller Ebene das Körpergewicht zu beurteilen und gesundheitliche Risikofaktoren aufzudecken, ist der BMI aus diesem Grund nur im Zusammenspiel mit Informationen über den Fettanteil geeignet. Um Vergleiche zwischen Bevölkerungsgruppen zu beschreiben eignet er sich hingegen gut, solange man annehmen kann, dass der Fettgehalt in den verglichenen Bevölkerungsgruppen gleich verteilt ist. \*

Nachdem die Gewichtseinstufung einer Person anhand eines Vergleiches mit anderen erfolgt, ist es von entscheidender Bedeutung zu wissen, wer die Vergleichspersonen sind. In der Regel beruhen die Vergleiche auf Stichprobeninformationen über die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Größe und des Gewichts in einer Bevölkerung. Da diese von Land zu Land unterschiedlich sind, werden länderspezifische Kategorisierungsgrenzen errechnet. \*\*

Österreichspezifische Informationen über die Verteilung der BMI-Werte lagen allerdings bei Erstellung des Berichts nicht vor. Als mögliche Alternativen standen die Perzentile nach Kromeyer-Hausschild (häufig verwendet für den deutschsprachigen Raum) sowie nach Kuczmarski (verwendet für den US-amerikanischen Raum) zur Verfügung, beide wurden im Jahr 2002 publiziert, die zugrundeliegenden Stichprobenerhebungen wurden um die Jahrtausendwende durchgeführt. (NCHS 2000, Kuczmarski 2002, Kromeyer-Hausschild 2002)

Für die folgenden Berechnungen wurden in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe Sicherheit und Gesundheit die BMI-Perzentile nach Kuczmarski verwendet. Als wissenschaftliche Begründung dafür kann angeführt werden, dass Bauern, die sich sehr viel bewegen, im Durchschnitt möglicherweise einen niedrigeren Fettanteil aufweisen als die Gesamtbevölkerung (diese

\* Genau diese Annahme könnte im Fall der Bauern falsch sein, näheres dazu weiter unten.

\*\* Hierzu ist kritisch anzumerken, dass eine Person mit gegebenem BMI in einer Bevölkerung mit hohem Durchschnittsgewicht weniger wahrscheinlich als übergewichtig eingestuft würde, als in einer im Mittel sehr dünnen Bevölkerung.

Annahme kann hier jedoch nicht statistisch verifiziert werden). BMI-Perzentile aus einer weniger mobilen Durchschnittsbevölkerung wären demnach für die bäuerliche Bevölkerung viel zu rigide.

Nachdem die im Durchschnitt übergewichtige US-amerikanische Bevölkerung als Referenz dient, sind die Übergewichtsschätzungen dieses Berichts sehr konservativ – d. h. Adipositas wird weniger wahrscheinlich, Untergewicht hingegen eher wahrscheinlich zugeordnet. In die selbe Richtung wirkt die Tatsache, dass selbstberichtete Daten systematisch von der Realität abweichen: Man macht sich (bzw. seine Kinder) etwas größer und leichter als in der Realität (weil die Größe selten gemessen wird und die letzte Gewichtsmessung in der Regel schon länger her ist). Ein systematischer Fehler von +1 cm und -1 Kilo führt zu einer deutlichen Unterschätzung der Prävalenz (Dür 2007:26). Es ist anzunehmen, dass dieser Fehler sich mit zunehmendem Alter verringert (weil der Wachstumsprozess sich nach der Pubertät verlangsamt). Bei Kindern hingegen dürfte der systematische Schätzfehler deutlich größer sein.

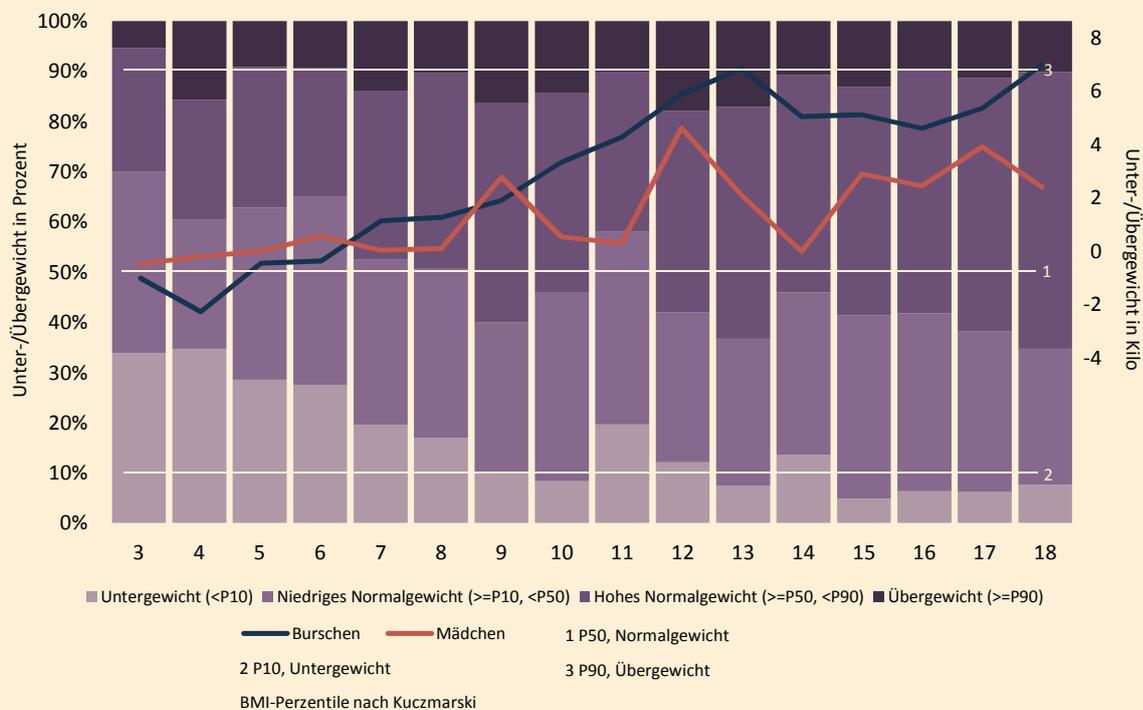
Auf Basis der beschriebenen Vorgangsweise (und unter Berücksichtigung der Unschärfen) zeigt sich folgendes Bild: Der Anteil der Übergewichtigen liegt in allen Altersbereichen (mit kleinen Schwankungen) etwas über 10 Prozent, im Altersverlauf werden jedoch kontinuierlich mehr Kinder und Jugendliche höergewichtig (Gewichtspersentil 50 bis 90). Das durchschnittliche Übergewicht beträgt bei ab 15-jährigen Burschen rund 5 Kilo, bei Mädchen rund 3 Kilo. Aufgrund der im vorigen Absatz erwähnten Umstände sind diese Werte als Untergrenze zu betrachten und tendenziell in der Realität eher höher.

Bei den 3- bis 8-Jährigen zeigen sich hingegen relativ hohe Anteile untergewichtiger Kinder. Diese Anteile dürfen jedoch nicht überbewertet werden und stellen eine absolute Obergrenze dar (ebenfalls aufgrund der oben beschriebenen Effekte). Bestätigt wird das durch eine Analyse der subjektiven Gewichtswahrnehmung: Zwei Drittel jener Eltern, deren Kind nach Kuczumarski als untergewichtig klassifiziert wird, schätzen ihr Kind als normalgewichtig ein. Übergewichtige Kinder werden von den Eltern hingegen weniger häufig (aber immerhin noch zur Hälfte) als Normalgewichtig empfunden. Auch bei den Jugendlichen zeigt sich das selbe Muster, wenn gleich auf anderem Niveau: Jeder dritte Untergewichtige bezeichnet sich selbst als normalgewichtig, die Zuordnung von Übergewicht stimmt hingegen weitgehend mit der jugendlichen Selbstwahrnehmung überein: Nur jeder zehnte als übergewichtig Klassifizierte meint, normalgewichtig zu sein.

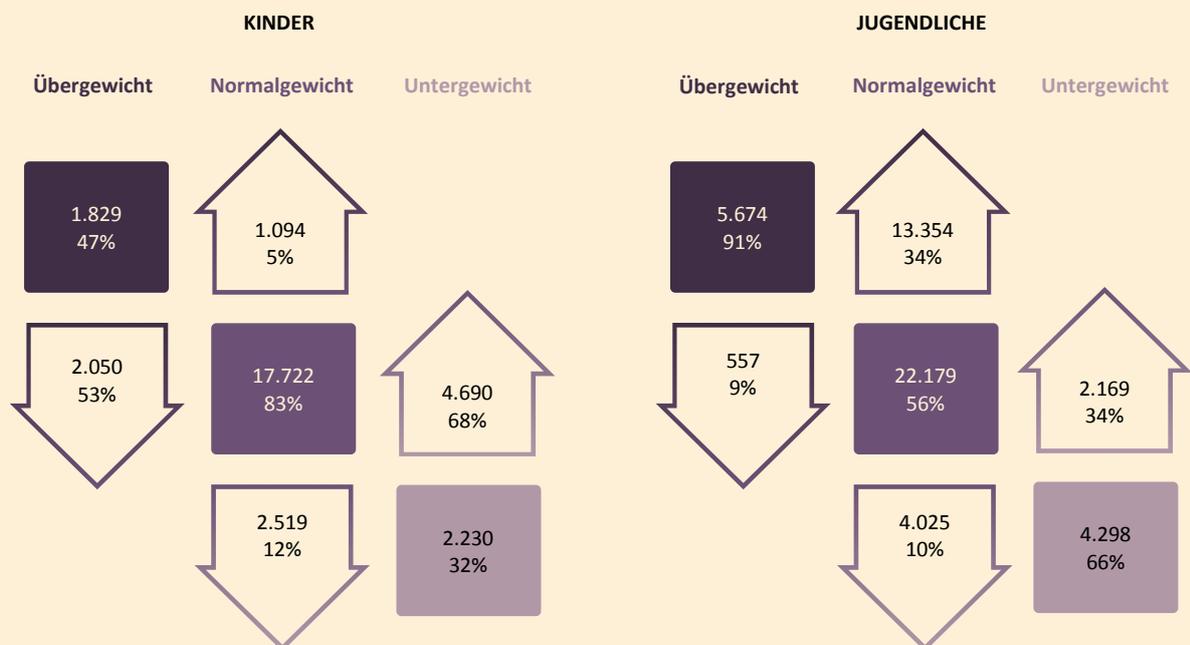
Umgekehrt halten sich aber besonders viele Normalgewichtige für übergewichtig (jeder Dritte, das sind rund 13.000 11- bis 18-Jährige): Diese sehr große Gruppe ist besonders anfällig für die eingangs erwähnte Übererfüllung gesellschaftlicher Idealvorstellungen. Das Resultat: Der Anteil der Jugendlichen, die versuchen, ihr Gewicht zu reduzieren, ist mit 31 Prozent ungemein hoch. Dieser Anteil ist zwischen 11- und 18 Jahren weitgehend stabil und bei Mädchen etwas höher als bei Burschen. Im Vergleich: In der HBSC-Studie wird in dieser Frage für 11- bis 15-jährige österreichische Jugendliche ein Prozentsatz von nur 18 Prozent berichtet (Dür 2007:39).

**Grafik 9: Gewicht im Alters- und Geschlechtsvergleich sowie Gewichtseinteilung nach Kuczmariski im Vergleich zum subjektiv empfundenen Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten**

(a) Gewicht 3- bis 18-Jähriger aus landwirtschaftlichen Haushalten (Perzentile nach Kuczmariski, Unter-/Übergewicht in Kilo)



(b) Gewichtseinteilung nach Kuczmariski im Vergleich zum subjektiv empfundenen Körpergewicht



## Gesundheitsverhalten und Gewicht

Im folgenden Kapitel werden die Zusammenhänge zwischen dem Ernährungs-, Bewegungs- und Substanzkonsumverhalten einerseits und dem subjektiven und objektiven Gewicht andererseits untersucht, und zwar für die Gruppe der 15- bis 18-Jährigen, für die das Gewicht, wie eingangs angesprochen, eine besondere Bedeutung hat.

Eine Schwierigkeit der Formulierung entsprechender Modelle besteht allerdings darin, dass herkömmliche Methoden, wie z. B. Regressionsanalysen, für die Modellierung nur schlecht geeignet sind – zum einen, weil die untersuchten Zusammenhänge nicht linear sind, zum anderen, weil häufig nicht angegeben werden kann, welches die abhängige und welches die unabhängige Variable ist.

So essen sowohl Über- als auch Untergewichtige etwas weniger als im Durchschnitt – erstere infolge ihres Gewichts (Diäten), während bei letzteren das geringere Gewicht eine Folge der reduzierten Ernährung ist. Mittels Regression sind diese unbestreitbar bestehenden Zusammenhänge aufgrund des u-förmigen Zusammenhanges nicht sinnvoll darstellbar.

Da außerdem das Thema Gewicht bei Jugendlichen stark mit der (gesellschaftlich gefärbten) Selbstwahrnehmung zu tun hat, die einen stärkeren Einfluss auf das Verhalten hat als das faktische Gewicht, müssen diese beiden Variablen in Verbund miteinander sowie in Zusammenhang mit dem Gesundheitshandeln betrachtet werden. Die (multiple) Korrespondenzanalyse bietet eine Möglichkeit, diese angesprochenen komplexen Zusammenhänge graphisch sichtbar zu machen. Vor der eigentlichen Beschreibung wird die methodische Vorgehensweise erklärt und eine Anleitung zur Interpretation der Plots gegeben:

Die Variablen zur Beschreibung des Ernäh-

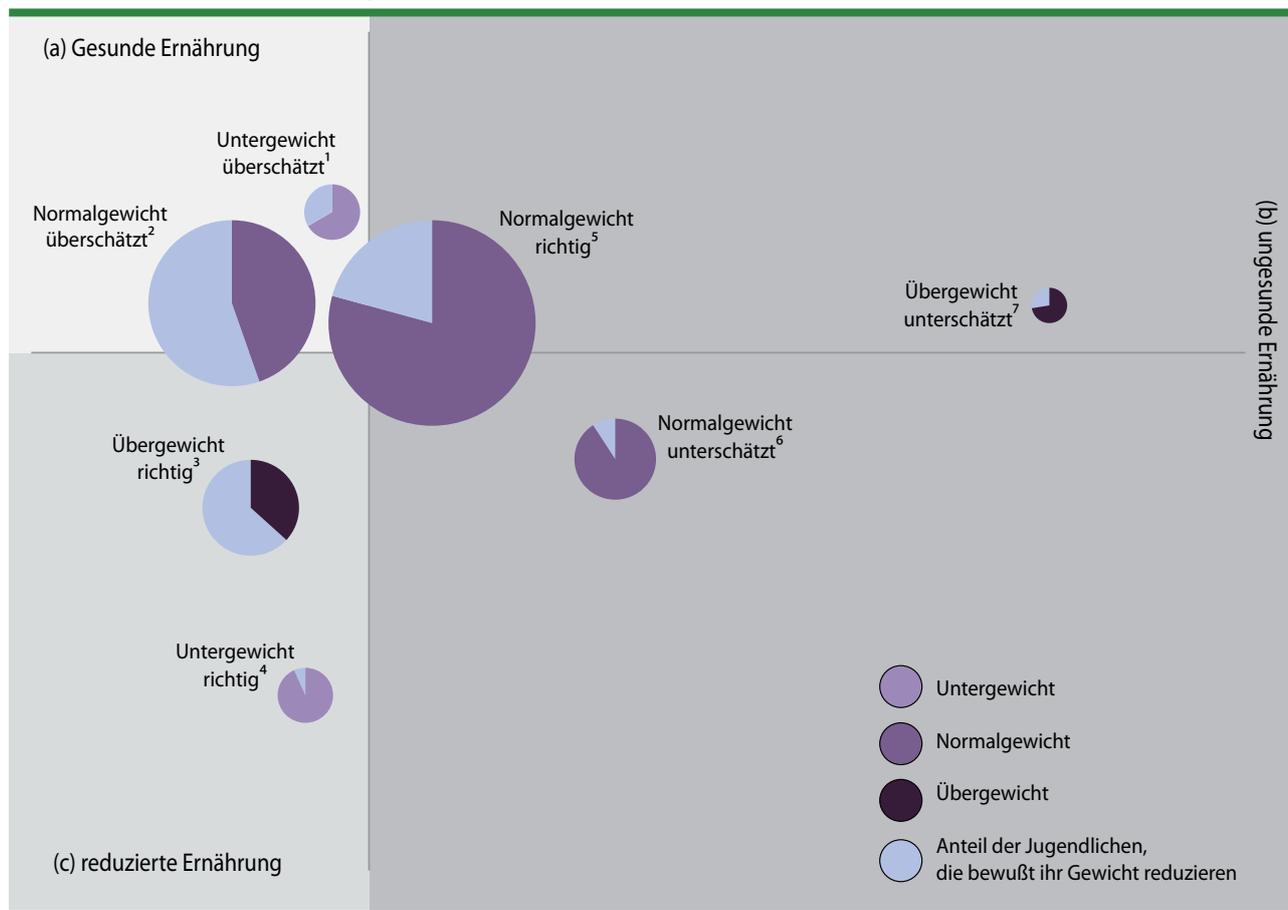
rungs-, Bewegungs bzw. Substanzkonsumverhaltens wurden mittels multipler Korrespondenzanalyse in einen zweidimensionalen Raum projiziert, in dem die Entfernung zweier Punkte zueinander als Maß für deren Zusammenhang interpretiert werden kann (nahe beieinanderliegende hängen eng zusammen) – dadurch können in der resultierenden Punktwolke zusammenhängende Bereiche identifiziert werden. Weil die Zahl der Punkte teilweise sehr hoch ist, wurde die dargestellte Information auf diese identifizierten Bereiche reduziert (z. B. gesunde, reduzierte, ungesunde Ernährung, sh. weiter unten).

In den so konstruierten semantischen Raum wurden die Informationen zu Gewicht und Gewichtseinschätzung als passive Variablen projiziert. Aus der Lage dieser Punkte kann nun zum einen das jeweilige Gesundheitsverhalten abgelesen werden, zum anderen ist wiederum die Lage der Punkte zueinander bedeutungsvoll: Nahe Punkte haben ein sehr ähnliches, entfernte ein sehr unterschiedliches Ernährungsverhalten.

Zusätzlich interpretierbar ist die Entfernung vom Achsenkreuz: Punkte, in dessen Nähe repräsentieren Gruppen mit durchschnittlichem Verhalten, eine größere Entfernung davon steht hingegen für ein (in bestimmter Weise) außergewöhnliches Verhalten. Auch Größe und Farbintensität der Punkte haben verschiedene Bedeutungen: Die Größe steht für den Anteil der repräsentierten Gruppe an der Grundgesamtheit, die Farbintensität für das objektive festgestellte Gewicht (mittellila=normalgewichtig, dunkellila=übergewichtig, helllila=untergewichtig). Weiters sind die dargestellten Gruppen mit hochgestellten Ziffern gekennzeichnet, auf die in der textlichen Interpretation verwiesen wird (Grafik 10).

**Gewicht und Ernährung:** Das faktische Ernährungsverhalten wurde in drei Gruppen unterteilt: (a) Personen mit gesunder Ernährung verzehren überdurchschnitt-

**Grafik 10: Objektives und subjektiv empfundenes Gewicht im Zusammenhang mit der Ernährung bei 15- bis 18-Jährigen aus landwirtschaftlichen Haushalten**



lich häufig zweifellos gesunde Lebensmittel. Dieser Bereich ist im Plot im linken oberen Bereich repräsentiert; (b) Personen mit ungesunder Ernährung verhalten sich gegengleich und befinden sich im Plot rechts; (c) Personen mit reduzierter Ernährung essen viele Lebensmittel in durchschnittlicher Häufigkeit, einige (Gemüse, Obst, Käse) aber sehr selten – sie sind im Bereich links unten verortet.

Anhand des Plots sind drei große Gruppen identifizierbar, die teilweise ein problematisches Ernährungsverhalten aufweisen: Einerseits gibt es rund 13.000 Jugendliche, die von sich selbst glauben, zu dick zu sein (Gruppe 1 und 2). Mehr als die Hälfte von ihnen versucht, ihr Gewicht zu reduzieren (versuchte Gewichtsreduktion: im Plot als hellere Fläche dargestellt) – positiv hervorzuheben ist, dass die Gewichtsreduktion mit gesunder Ernährung erreicht

werden soll. Eine Problemgruppe sind hingegen die rund 8.000 Übergewichtigen, die sich ihres Übergewichts auch bewusst sind (Gruppe 3): Unter ihnen möchten zwei von drei ihr Gewicht verringern – häufig durch eine reduzierte (und nicht gesunde) Ernährung – was leicht zu einem unerwünschten Jo-Jo-Effekt führen kann, also zu einer schnellen Gewichtszunahme am Ende einer Reduktionsdiät. Drittens stehen diesen gegenüber etwa gleich viele, die ihr Gewicht unterschätzen (Gruppe 6 und 7) und sich gleichzeitig vergleichsweise ungesund ernähren.

In der Mitte des Plots befindet sich die größte Gruppe: Die Normalgewichtigen, die sich auch als normalgewichtig einschätzen (Gruppe 5). Sie ernähren sich ausgewogen mit einer ganz leichten Tendenz zu ungesunder Ernährung. Ernährungsspezifische Maßnahmen sollten sich in erster Linie

an die Gruppen 3, 6 und 7 richten, wobei diese zielgruppenspezifisch unterschiedlich gestaltet sein müssen: In Gruppe 3 (Übergewicht, richtig eingeschätzt) müsste Bewusstsein dafür entwickelt werden, dass Übergewicht mit gesunder Ernährung, und nicht mit Reduktionsdiäten bekämpft werden sollte. In den zusammengekommen ebenso großen Gruppen 6 und 7 müsste hingegen überhaupt erst Bewusstsein für den eigenen Körper geschaffen werden, da eine Unterschätzung des Gewichts mit einer deutlich ungesünderen Ernährung einher geht.

**Gewicht und Bewegung:** Wie schon bei der Ernährung wurde auch das Bewegungsverhalten in drei Gruppen unterteilt: in (a) die Bewegungsaffinen (rechts unten in Grafik 11), (b) die Bewegungsneutralen (oben) sowie (c) die Bewegungsaversen (links unten).

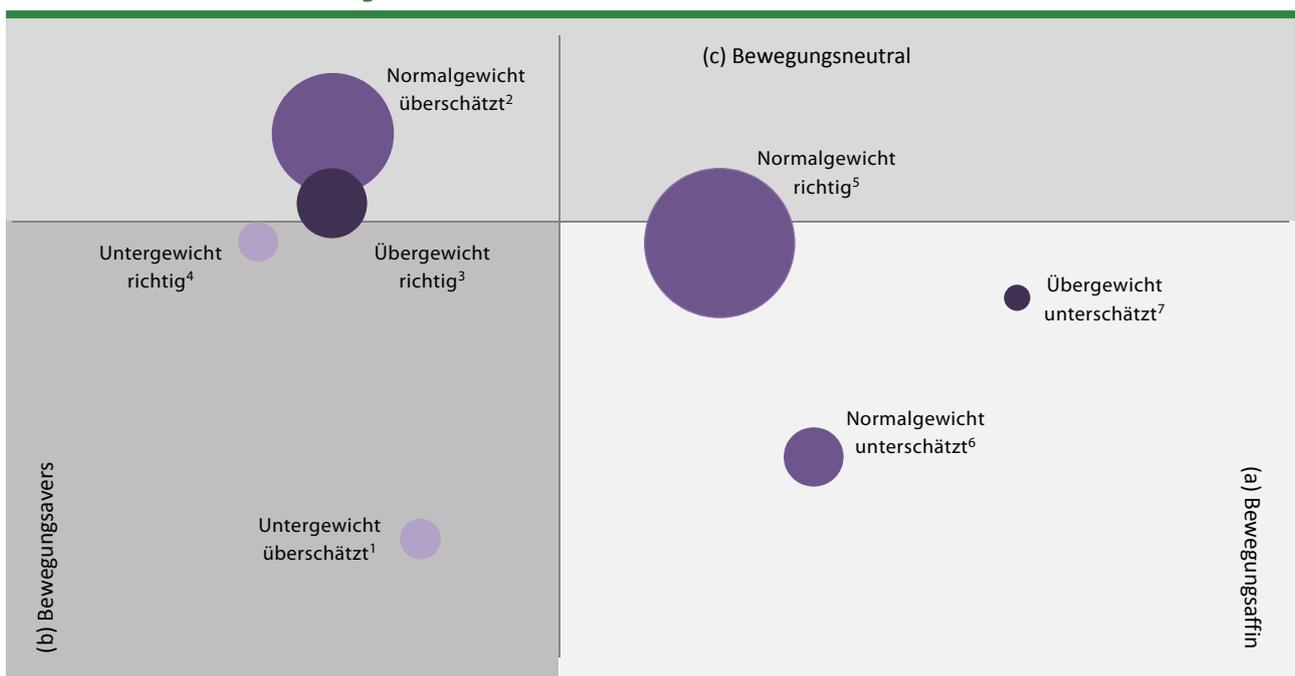
Es fällt auf, dass Normalgewichtige, die glauben dick zu sein, sowie Übergewichtige, die ihr Gewicht richtig einschätzen, (Gruppe 2 und 3) sich vergleichsweise

wenig bewegen. Auf Übergewicht und Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht wird demnach in diesem Alter nicht mit einem Mehr an Bewegung reagiert, sondern durch – teilweise problematische – Korrekturen des Ernährungsverhaltens.

Zudem zeigt sich, dass jene, die ihr Gewicht unterschätzen (Gruppe 6 und 7) sich vergleichsweise viel bewegen. Diese beiden Gruppen ernähren sich gleichzeitig besonders schlecht, über die Hintergründe dafür kann jedoch nur spekuliert werden. Möglicherweise ist Bewegung im Sportverein häufig mit schlechter Ernährung verbunden (Grafik 11).

**Gewicht und Substanzkonsum:** Auch der Substanzkonsum wird – analog zu Bewegung und Ernährung – auf drei Feldern dargestellt: (a) Abstinenz, (b) durchschnittlicher Konsum und (c) hoher Konsum. Im Gegensatz zu den Bereichen Bewegung und Ernährung steht der Substanzkonsum in keinem interpretierbaren Zusammenhang mit dem Gewichts- bzw. Bewegungsbewusstsein, wohl aber mit dem faktischen Gewicht: Absti-

**Grafik 11: Objektives und subjektiv empfundenes Gewicht im Zusammenhang mit Bewegungsverhalten bei 15- bis 18-Jährigen aus landwirtschaftlichen Haushalten**

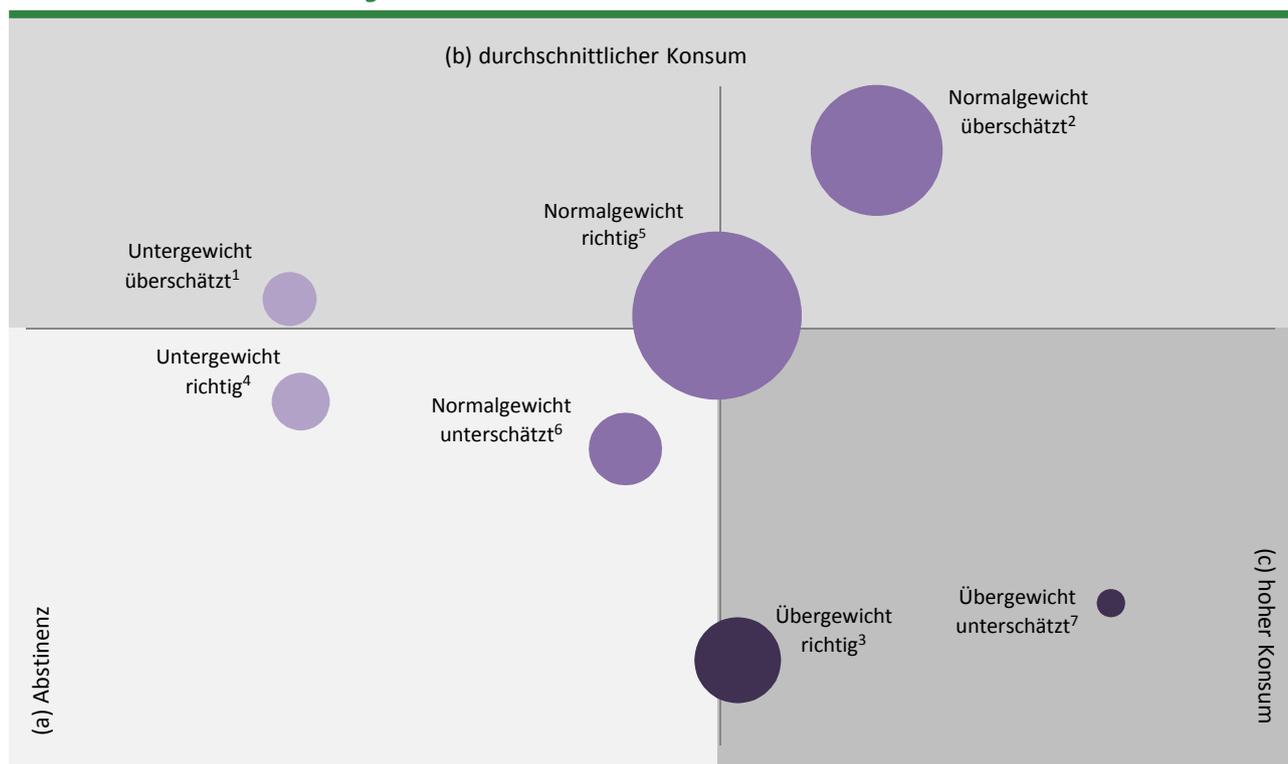


nente sind eher untergewichtig, Personen mit durchschnittlichem Konsum eher normalgewichtig und Personen mit hohem Substanzkonsum übergewichtig – unabhängig davon, wie diese Jugendlichen ihr eigenes Gewicht einschätzen. Der Unterschied ist sehr deutlich: Abstinente 15- bis 18-Jährige weisen im Durchschnitt ein Übergewicht von 2,7 Kilo auf, bei Jugendlichen mit durchschnittlichem Substanzkonsum beträgt es 3,7 Kilo und bei Jugendlichen mit hohem Substanzkonsum liegt es mit 6,5 Kilo fast doppelt so hoch (Grafik 12).

**Fazit:** Eine große Zahl von 15- bis 18-Jährigen ist und/oder fühlt sich übergewichtig und versucht ihr Ernährungsverhalten entsprechend zu verändern. Jugendliche, die noch normalgewichtig sind, reagieren eher mit gesunder Ernährung, faktisch übergewichtige Jugendliche hingegen verstärkt mit Reduktionsdiäten. Wenig wird auf das Gewicht bzw. subjektive Gefühl des Übergewichts hingegen mit vermehrter Bewe-

gung reagiert. Unterschätzt oder gar nicht beachtet wird, dass das Ausmaß des Alkoholkonsums bereits in diesem Alter deutliche Auswirkungen auf das Gewicht hat. Faktisch ist der Substanzkonsum der einzige Bereich des Gesundheitsverhaltens, für den im untersuchten Altersbereich ein linearer Zusammenhang mit dem Ausmaß des Übergewichts nachgewiesen werden kann.

**Grafik 12: Objektives und subjektiv empfundenes Gewicht im Zusammenhang mit Substanzkonsum bei 15- bis 18-Jährigen aus landwirtschaftlichen Haushalten**



# Körperliches und seelisches Wohlbefinden

## Einleitung

Nach der Definition im WHO-Gründungsdokument aus dem Jahr 1946 ist Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Behinderung. Basierend auf dem Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky wird damit der Blick weg von pathogenen, krankheitsfördernden und hin zu salutogenen, gesundheitsförderlichen Prozessen gerichtet. Zur Aufrechterhaltung der Gesundheit bedarf es steter Handlungen sowie einer Verknüpfung biologisch-organischer, psychischer und sozialer Erfordernisse. (Dür 2007)

Anschließend an diese Definition wird im letzten Kapitel dieses Berichts das körperliche und seelische Wohlbefinden der Befragten untersucht. Zuerst wird auf die Entwicklung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens im Kindes- und Jugendlichenalter eingegangen, danach folgt ein Vergleich mit der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung.

## Entwicklung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens

Das körperliche und seelische Wohlbefinden wird anknüpfend an Dür (2007:15) als „Zustand der Entspannung und des Genießens ebenso wie der (...) Konzentration im Vollbesitz der Lebensenergie“ verstanden. Um dieses mehrdimensionale Konstrukt zu erfassen, wurden auf Basis von Items aus

den HBSC- und KIGGS-Fragebögen Indizes konstruiert, die zwischen hohem und mittlerem Wohlbefinden sowie Unwohlsein unterscheiden. \*

**Kinder:** Bei hohem Wohlbefinden klagt das Kind selten/nie über Kopf- oder Bauchschmerzen, fühlt sich selten/nie krank, müde und schlapp oder ängstlich und unsicher, bei mittlerem Wohlbefinden trifft das nur mehr auf rund drei Viertel der Kinder zu und bei Unwohlsein gilt es nur in weniger als der Hälfte der Fälle (Tabelle 12).

Mit 57 Prozent hohem und 37 Prozent mittlerem Wohlbefinden fühlen sich Kinder zwischen 3 und 10 Jahren größtenteils wohl, über diese Altersspanne lassen sich nur geringe Schwankungen erkennen. Ab sechs Jahren variiert das Wohlbefinden bei den Burschen etwas, bei den Mädchen bleibt es relativ konstant. Insgesamt fühlen sich rund 7 Prozent der 3- bis 10-Jährigen unwohl (Grafik 13).

**Jugendliche:** Jugendliche mit hohem Wohlbefinden fühlen sich meist fit und voller Energie, können sich gut konzentrieren und unabhängig über ihre Freizeit verfügen. Gestresst oder traurig sind nur verschwindend wenige. Bei Jugendlichen mittleren Wohlbefindens wird den positiv gerichteten Items deutlich seltener „voll und ganz“ zugestimmt, die negativ gerichteten (Stress, Traurigkeit) kommen hingegen ebenfalls kaum vor. Letztere treten bei Jugendlichen, denen Unwohlsein attestiert wird, indes häufig auf (Tabelle 12).

Der überwiegende Teil der bäuerlichen Jugendlichen fühlt sich wohl, 44 Prozent in hohem und 47 Prozent in mittlerem Maße,

\* Die Indizes der Kinder und Jugendlichen unterscheiden sich hinsichtlich der zugrundeliegenden Indikatoren, weil im ersten Fall die Eltern der Kinder, im zweiten hingegen die Jugendlichen selbst befragt wurden. Der Index für die 0- bis 3-Jährigen wurde auf Basis von acht Variablen berechnet, die stärker das körperliche Wohlbefinden beschreiben, das jedoch – das zeigt eine Regressionsanalyse – bei Kindern stark mit dem seelischen Wohlbefinden einher geht. Die Erstellung des Index für die Kinder orientierte sich an Items aus der KIGGS-Studie. Das jugendliche Wohlergehen wurde hingegen mittels 13 Items gemessen, die dem HBSC-Survey entnommen sind, und erhebt in erster Linie das seelische Befinden. Die Index-Konstruktion erfolgte auf gleiche Weise wie in Kapitel Ernährungsverhalten, Seite 9.

nur neun Prozent fühlen sich unwohl. Mit steigendem Alter nimmt das Wohlbefinden der Bauernjugendlichen deutlich ab. Während sich noch fast zwei Drittel der 11- und 12-Jährigen sehr wohl fühlen, sind

es bei den 15-Jährigen nur noch 30 bis 40 Prozent. Dieses aus der Literatur bekannte „Pubertätsloch der Gesundheit“ (Dür 2007:17) ist bei Mädchen sogar noch stärker ausgeprägt als bei Burschen (Grafik 13).

**Tabelle 12: Dimensionen des körperlichen und seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten**

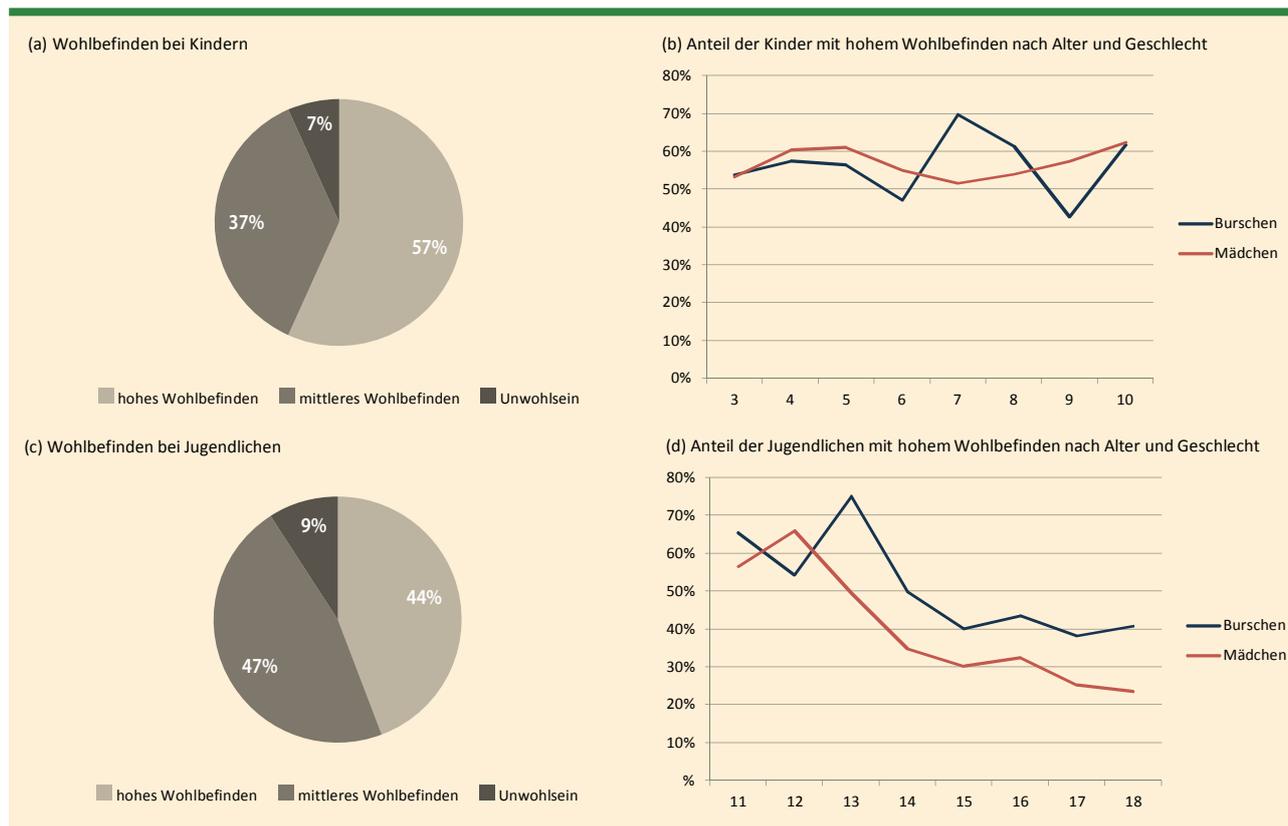
	3- bis 10-Jährige		
	hoch	mittel	Unwohlsein
Kind hatte Kopf- oder Bauchschmerzen	94%	77%	44%
Kind fühlte sich krank	96%	79%	43%
Kind war müde und schlapp	95%	70%	32%
Kind fühlte sich ängstlich oder unsicher	96%	83%	75%
<b>Anteil</b>	<b>57%</b>	<b>37%</b>	<b>7%</b>

	11- bis 18-Jährige		
	hoch	mittel	Unwohlsein
Ich habe mich fit und wohl gefühlt	72%	20%	13%
Ich bin voller Energie gewesen	57%	17%	12%
Ich konnte mich gut konzentrieren	53%	17%	12%
Ich konnte in meiner Freizeit Dinge machen, die ich tun wollte	67%	26%	17%
Ich habe mich gestresst gefühlt	3%	4%	42%
Ich habe mich traurig gefühlt	1%	0%	28%
<b>Anteil</b>	<b>44%</b>	<b>47%</b>	<b>9%</b>

Anmerkung: In der Tabelle sind nur die wichtigsten Items (Trennschärfe Kinder: >0,30, Jugendliche: >0,45) sowie die Prozentanteile für die Antwortkategorie "selten/nie" (3- bis 10-Jährige) bzw. "trifft voll und ganz zu" (11- bis 18-Jährige) aufgelistet.

**Grafik 13: Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten nach Alter und Geschlecht**



## Wohlbefinden von Kindern im Vergleich (KIGGS)

Zur Beschreibung des kindlichen Wohlbefindens wurden die im Folgenden beschriebenen fünf Indizes zu den Bereichen Hyperaktivität, emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen, Verhaltensprobleme und dissoziales Verhalten erstellt. Die Konstruktion der Indizes orientiert sich an der KIGGS-Studie, wodurch ein direkter Vergleich der Bauernkinder mit anderen Gleichaltrigen möglich ist.

**(1) Hyperaktivität:** Das Kind (a) ist unruhig, überaktiv und kann nicht lange sitzen, (b) ist ständig zappelig, (c) ist leicht ablenkbar und unkonzentriert, (d) handelt unbedacht und (e) hat eine geringe Selbstdisziplin, kann sich schwer konzentrieren und hat Probleme, Aufgaben zu Ende zu führen.

**(2) Emotionale Probleme:** Das Kind (a) klagt über Kopf-, Bauchschmerzen oder Übelkeit, (b) hat Sorgen und erscheint bedrückt, (c) wirkt unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig, (d) reagiert nervös oder anklammernd in neuen Situationen oder verliert leicht das Selbstvertrauen sowie (e) fürchtet sich leicht.

**(3) Probleme mit Gleichaltrigen:** Das Kind (a) spielt meist alleine, (b) hat keinen guten Freund, (c) ist bei anderen Kindern wenig beliebt, (d) wird von anderen gehänselt und (e) kommt mit Erwachsenen besser aus als mit Kindern.

**(4) Verhaltensprobleme:** Das Kind hat (a) oft Wutanfälle, (b) ist unfolgsam, (c) streitet oft mit anderen Kindern, (d) lügt oder mogelt und (e) stiehlt.

**(5) Dissoziales Verhalten:** Das Kind ist (a) eher rücksichtslos, (b) teilt nicht gerne, (c) ist wenig hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind, (d) ist weniger lieb zu jüngeren Kindern und (e) hilft anderen selten freiwillig.

Emotionale Probleme schränken den Berechnungen einer linearen Regressi-

on zufolge das seelische und körperliche Wohlbefinden der Kinder am stärksten ein, gefolgt von hyperaktivem und dissozialem Verhalten. Wenig Auswirkung haben hingegen Probleme mit Gleichaltrigen und Verhaltensprobleme (Grafik 14a).

Insgesamt zeigt sich, dass Burschen deutlich hyperaktiver sind und häufiger ein dissoziales Verhalten aufweisen als Mädchen. Sie haben zudem vermehrt Probleme mit Gleichaltrigen und verhalten sich öfter problematisch. Kaum Geschlechterunterschiede lassen sich hingegen in Bezug auf das Wohlbefinden und emotionale Probleme erkennen.

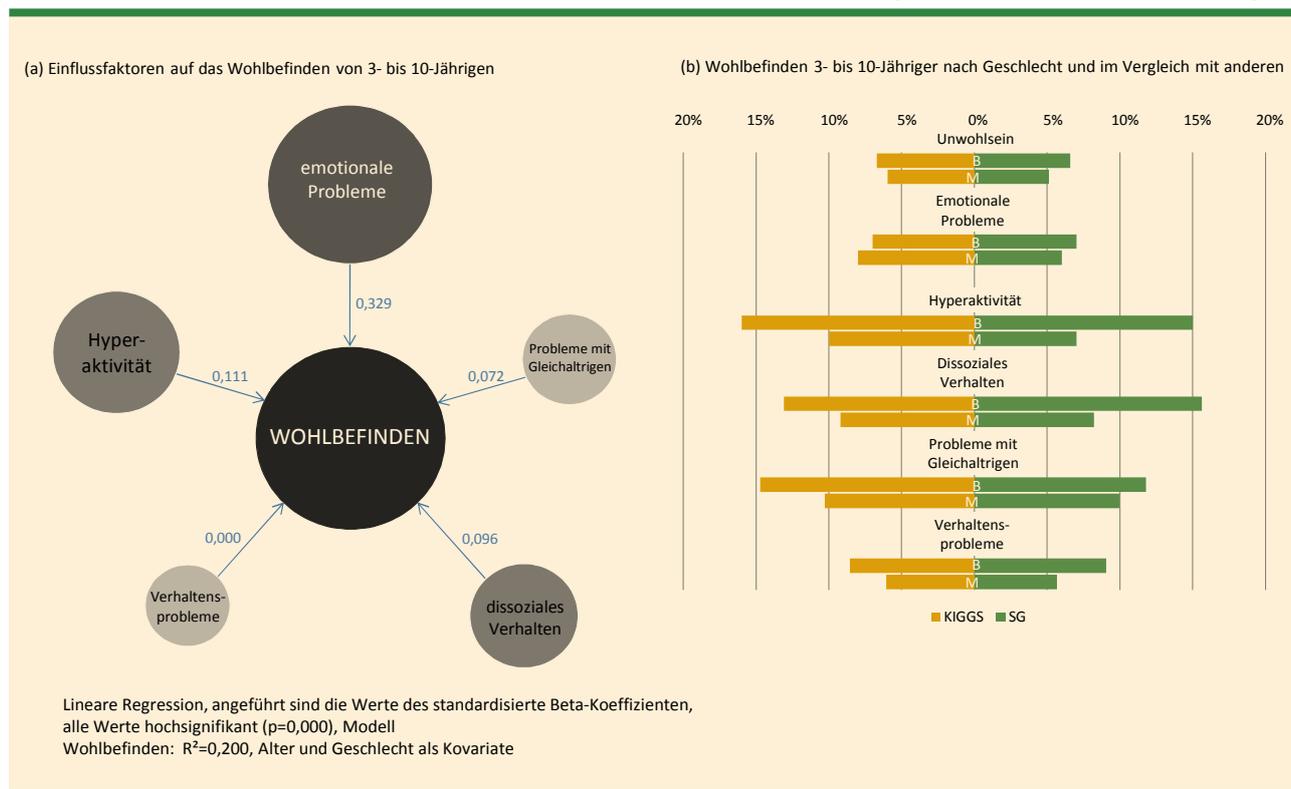
Der Vergleich zwischen Bauern- und anderen Kindern gleichen Alters zeigt, dass Mädchen aus dem bäuerlichen Milieu seltener emotionale Probleme haben und seltener hyperaktiv sind als andere gleichaltrige Mädchen. Zudem sind Verhaltensprobleme und dissoziales Verhalten bei ihnen seltener als im Durchschnitt. Bäuerliche Burschen verhalten sich hingegen geringfügig häufiger dissozial als das männliche Durchschnittskind. Die restlichen Unterschiede sind nicht signifikant (Grafik 14b).

## Lebenszufriedenheit von Jugendlichen im Vergleich (HBSC)

Die Lebenszufriedenheit ist neben dem körperlichen und seelischen Wohlbefinden ein weiterer wichtiger Faktor, um den Gesundheitszustand zu bestimmen. Die Jugendlichen wurden gebeten, ihre Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 (schlechteste) bis 10 (höchste Lebenszufriedenheit) einzuordnen. Diese Frage wurde aus der HBSC-Studie übernommen und ermöglicht daher bei 11- bis 15-Jährigen den Vergleich mit anderen Gleichaltrigen.

Bauernjugendliche sind tendenziell zufriedener als Gleichaltrige, sie stufen ihre Lebenszufriedenheit – visualisiert man

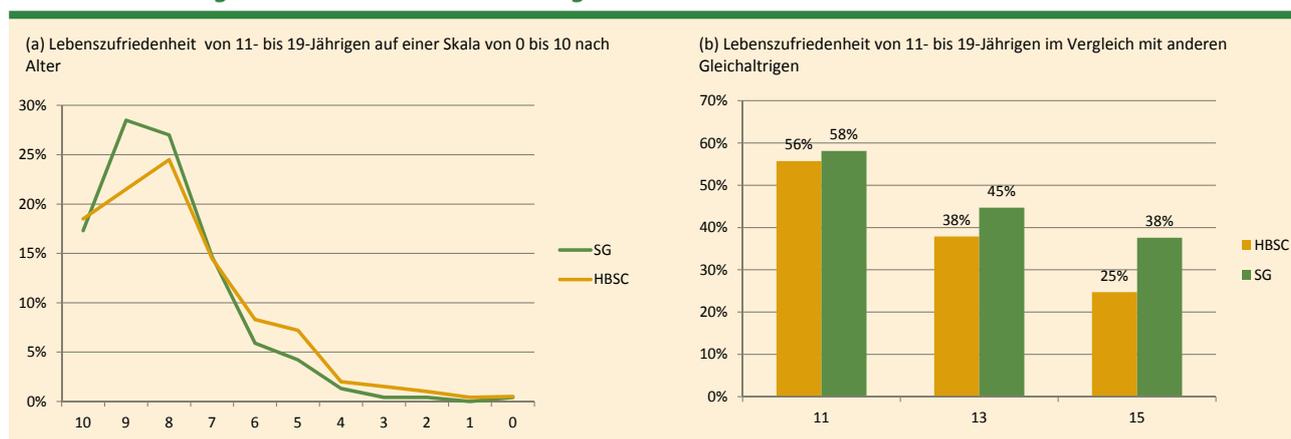
**Grafik 14: Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden sowie Dimensionen des Wohlbefindens von Kindern aus landwirtschaftlichen Haushalten nach Geschlecht sowie im Vergleich mit anderen Gleichaltrigen**



diese als Leiter – am häufigsten auf Sprosse 9 ein, durchschnittliche Jugendliche hingegen auf Sprosse 8. Auch hier ist das „Pubertätsloch“ (Dür 2007) zu erkennen: Mit zunehmendem Alter nimmt die Lebenszufriedenheit in beiden Gruppen sukzessive ab, bei Bauernjugendlichen aber weniger als bei anderen. Sind mit elf Jahren

noch jeweils mehr als die Hälfte überdurchschnittlich zufrieden (Stufe 9 oder 10), sind es bei den 15jährigen Bauernjugendlichen nur noch 38 Prozent, bei anderen Gleichaltrigen sogar nur noch 25 Prozent. Das „Pubertätsloch“ ist bei den bäuerlichen Jugendlichen also schwächer ausgeprägt als in der Durchschnittsbevölkerung.

**Grafik 15: Lebenszufriedenheit von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten im Vergleich mit anderen Gleichaltrigen**



## Zusammenhänge: Gesundheitshandeln und Wohlbefinden

Anders als beim Gewicht bestehen zwischen dem subjektiven gesundheitlichen Wohlbefinden und dem Gesundheitshandeln von 15- bis 18-Jährigen lineare Zusammenhänge: Eine gesündere Ernährung, mehr Bewegung und ein geringerer Substanzkonsum gehen mit einem höheren Wohlbefinden einher. Die Zusammenhänge sind allerdings unterschiedlich stark: Am stärksten wirkt sich die Ernährung aus und

am zweitstärksten die Bewegung. Der Substanzkonsum kommt erst – deutlich abgeschlagen – an dritter Stelle.

Das bedeutet umgekehrt: Hoher Alkoholkonsum hat bei 15- bis 18-Jährigen – im Vergleich zu ungesunder Ernährung, oder bewegungsaversionem Verhalten – vergleichsweise schwache Auswirkungen auf das seelische Wohlbefinden, resultiert aber, wie im Gewichtskapitel (Seite 30) gezeigt werden konnte, direkt in einem deutlich höheren Gewicht, was sich zusätzlich negativ auf das seelische Wohlbefinden auswirkt (Grafik 16).

**Grafik 16: Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden von Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalte**



## Gesundheitsergebnisse: Zusammenfassung

Nach der Definition im WHO-Gründungsdokument ist Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Behinderung. Davon ausgehend, werden in der gegenständlichen Studie drei Dimensionen von Gesundheits-Outcomes (Dür 2007:14) behandelt: Unfälle, das Gewicht und das subjektive Wohlbefinden der unter 19-jährigen bäuerlichen Bevölkerung, die einerseits im alters- und geschlechtsspezifischen Verlauf dargestellt und andererseits mit externen Quellen verglichen werden.

**Unfälle:** Die Wahrscheinlichkeit für mindestens einen Unfall mit ärztlicher Behandlung innerhalb des vergangenen Jahres liegt für 3- bis 10-Jährige aus bäuerlichen Haushalten derzeit bei rund 15 Prozent und hat sich damit im letzten Jahrzehnt beinahe verdoppelt, liegt aber immer noch unter der allgemeinen altersspezifischen Wahrscheinlichkeit für einen Unfall. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass nach Unfällen heute viel häufiger Ärzte konsultiert werden als vor zehn Jahren.

Im Laufe der Pubertät steigt die Unfallwahrscheinlichkeit stark an, vor allem Sportverletzungen werden als Unfallursache zunehmend relevant. Die Wahrscheinlichkeit, bei einer Tätigkeit in der Landwirtschaft einen Unfall zu erleiden, beträgt aktuell rund acht Prozent und hat sich gegenüber der Befragung aus dem Jahr 2001 nicht erhöht. Die wichtigste Rolle bei der Verhinderung von Unfällen hat für die meisten Befragten einer verbesserten Aufmerksamkeit und Reaktionszeit, an dritter Stelle wird die Verwendung von Schutzausrüstung genannt. Viele Befragte (abnehmend mit dem Alter zwischen 23 und 40 Prozent) glauben aber, dass der Unfall gar nicht zu verhindern gewesen wäre.

Die Unfallwahrscheinlichkeit steigt im Jugendalter besonders bei Burschen stark an, weil zunehmend Risikoverhaltensweisen übernommen werden, die eine wichtige Rolle beim Ausloten der eigenen Grenzen spielen. Eine logistische Regressionsanalyse für den Altersbereich der 15- bis 18-Jährigen zeigt zudem, dass die Unfallwahrscheinlichkeit schon bei durchschnittlichem Alkoholkonsum um rund 40 Prozent zunimmt, bei hohem Alkoholkonsum sich sogar verdoppelt. Darüber hinaus führt eine starke Risikoneigung bei der Sportausübung ebenfalls zu einer Verdoppelung der Unfallwahrscheinlichkeit.

**Gewicht und Körperwahrnehmung:** Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher hat in der Gesamtbevölkerung in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Unter bäuerlichen Kindern und Jugendlichen ist in allen Altersgruppen rund jedes/jeder Zehnte übergewichtig, im Altersverlauf werden jedoch zunehmend mehr Kinder höhergewichtig. Das durchschnittliche Übergewicht beträgt bei ab 15-jährigen Burschen rund 5 Kilo, bei Mädchen rund 3 Kilo. Aufgrund des angelegten Maßstabs (Gewichtstabellen nach Kuczmarski) und von Besonderheiten selbstberichteter Größen- und Gewichtsangaben ist davon auszugehen, dass diese Werte eine absolute Untergrenze darstellen und in Realität deutlich höher liegen.

Rund 13.000 11- bis 18-Jährige – das heißt: fast jeder dritte Jugendliche in diesem Alter – hält sich selbst für zu dick, obwohl das Gewicht nach dem obigen Maßstab als normal eingeschätzt würde, hinzu kommen weitere 8.000 Jugendliche, die tatsächlich zu dick sind. Das Resultat: Fast jeder Dritte gibt an, sein Gewicht in der einen oder anderen Weise reduzieren zu wollen.

Analysen des Gewichts und der subjektiven Gewichtseinschätzung im Zusammenhang mit dem Gesundheitshandeln zeigen, dass Normalgewichtige, die glauben, zu dick zu sein, häufig mit einer gesünderen Ernährung auf ihre Situation reagieren, während Personen, die tatsächlich zu dick sind, häufiger Reduktionsdiäten machen und damit die Gefahr eines Jo-Jo-Effekts in Kauf nehmen. Beide Gruppen bewegen sich vergleichsweise wenig. Auf Übergewicht und Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht wird demnach nicht mit einer Änderung des Bewegungsverhaltens reagiert, sondern durch – teilweise problematische – Korrekturen des Ernährungsverhaltens.

Unterschätzt oder gar nicht beachtet wird, dass das Ausmaß des Alkoholkonsums bereits in diesem Alter empirisch messbare Auswirkungen auf das Gewicht hat: Abstinente weisen ein Übergewicht von durchschnittlich 2,7 Kilo auf, bei Jugendlichen mit durchschnittlichem Substanzkonsum beträgt es 3,7 Kilo und Jugendliche mit hohem Konsum bringen 6,5 Kilo mehr auf die Waage als andere abstinenten Gleichaltrige.

**Körperliches und seelisches Wohlbefinden:** Der überwiegende Teil der bäuerlichen Kinder und Jugendlichen fühlt sich sehr wohl. Im Laufe der Adoleszenz geht das Wohlbefinden jedoch deutlich zurück: Während sich unter 11- und 12-Jährigen noch zwei von drei sehr wohl fühlen, sind es unter 15-Jährigen nur noch 30 bis 40 Prozent. Dieses aus der Literatur bekannte „Pubertätsloch der Gesundheit“ (Dür 2007) ist bei Mädchen sogar noch stärker ausgeprägt. Im Vergleich mit anderen weisen Kinder und Jugendliche aus bäuerlichen Haushalten allerdings ein höheres Wohlbefinden und eine höhere Lebenszufriedenheit auf.

Anders als das Gewicht hängt das Wohlbefinden direkt linear mit dem Gesundheitshandeln zusammen: Eine gesunde Ernährung, mehr Bewegung und ein geringerer

Substanzkonsum gehen mit einem höheren Wohlbefinden einher. Allerdings ist der Zusammenhang mit dem Substanzkonsum deutlich schwächer. Das bedeutet umgekehrt: Hoher Alkoholkonsum hat bei 15- bis 18-Jährigen vergleichsweise schwache Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden.

**Fazit:** Abschließend kann die Untersuchung folgendermaßen resümiert werden: Kinder und Jugendliche aus bäuerlichen Haushalten sind gesundheitlich in vielerlei Hinsicht in einer besseren Situation als andere Kinder: Sie haben ein höheres Ernährungsbewusstsein und ernähren sich gesünder, sie bewegen sich mehr und sitzen weniger vor dem Fernseher und vor dem Computer, sie haben weniger Unfälle als im Durchschnitt und in der Folge ein höheres seelisches Wohlbefinden und eine höhere Lebenszufriedenheit.

Wichtige Problematiken bilden allerdings der im Vergleich relativ hohe Alkoholkonsum sowie das nach objektiven wie auch subjektiven Kriterien bewertete hohe Körpergewicht. Zwischen diesen beiden Faktoren bestehen unbestreitbare Zusammenhänge: Zum einen macht Alkohol aufgrund des hohen Kaloriengehalts dick (was in dieser Untersuchung auch empirisch gezeigt werden konnte), zum anderen ist übermäßiges Essen – genauso wie übermäßiger Substanzkonsum – ein Ausdruck für Suchtverhalten. Erschwerend kommt hinzu, dass erhöhter Substanzkonsum sich im Alter von 15 bis 18 Jahren weniger stark auf das körperliche Wohlbefinden auswirkt als auf andere Bereiche des Gesundheitshandelns (Ernährung, Bewegung). Das bedeutet, dass Jugendliche mit starkem Substanzkonsum zwar objektiv ihre Gesundheit schädigen, es aber in diesem Alter noch nicht so stark merken. Bei Maßnahmen zum Thema Übergewicht sollte aus diesem Grund dem Thema „Sucht im Alltag“ ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt werden.

# Anhang

## Methodische Informationen

Fragebogen: Zwischen Dezember 2010 und Jänner 2011 wurden in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Sicherheit und Gesundheit zwei Fragebögen entwickelt, mit denen Kinder und Jugendliche aus bäuerlichen Haushalten zu den Themen Ernährungs-, Bewegungs- und Substanzkonsumverhalten (Gesundheitsverhalten), sowie zu Unfällen, zum subjektiven Gesundheitsempfinden und zum Gewicht (Gesundheitsergebnisse) befragt werden sollen. Ergänzt wurden diese Informationen über die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen noch mit einer Reihe von soziodemographischen Fragen. Ein wichtiges Kriterium bei der Gestaltung der Fragebögen war die größtmögliche Vergleichbarkeit zu bestehenden Erhebungen (Dür 2007, Furian 2001, Bittner 2010, KiGGS 2006).

**Erhebung:** Die Erhebung erfolgte durch Mitarbeiter der SVB zwischen Februar und Juli 2011. Es wurden zwei separate Erhebungen durchgeführt: Die 11- bis 18-jährigen Jugendlichen wurden persönlich schriftlich im Rahmen einer Schulstunde befragt, die Informationen über die 3- bis 10-jährigen Kinder hingegen von den Eltern erfragt. Um eine Zufallsauswahl der Kinder zu gewährleisten, wurden die Eltern gebeten, über jenes Kind zu sprechen, das als nächstes Geburtstag hat.

**Stichprobe:** Insgesamt wurden 4.202 Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren und 1.729 Eltern mit 3 bis 10-jährigen Kindern befragt. In der Stichprobe unterproportional vertreten ist die Altersgruppe der 3- bis 6-jährigen (n=430), sowie die Altersgruppe der 11- bis 14-jährigen (n=363). Die Altersgruppe der 7- bis 10-jährigen, sowie die 18jährigen sind durch die Erhebung gut (n>200 pro Altersjahrgang), die Alters-

gruppe der 15- bis 17-jährigen sogar sehr gut (n>800 pro Altersjahrgang) abgedeckt (vgl. Tabelle 13). Die unterproportionale Abdeckung der 11- bis 14-jährigen ist forschungsökonomisch begründet: Während ab 15-Jährige in landwirtschaftlichen Schulen in großer Zahl befragt werden konnten, war das bei 11- bis 14-Jährigen nicht möglich (diese wurden bei SVB-Veranstaltungen befragt).

**Plausibilitätsprüfungen:** In der auf die Erhebung folgenden Datenbereinigung wurden die Daten nach einer Reihe von Plausibilitätskriterien bewertet, um sicherzustellen, dass fehlerhafte oder falsche Antworten nicht die Ergebnisse verzerren. Es wurden folgende Kriterien angelegt:

1. Datensätze, für die keine Informationen zu Alter, Geschlecht oder landwirtschaftlicher Betrieb (ja/nein) vorliegen, wurden gelöscht, da diese Daten die Grundlage für viele weitere Auswertungen bilden.
2. Die verbleibenden Datensätze wurden auf konsistentes Antwortverhalten überprüft. Inkonsistente Angaben wurden gelöscht (Beispiel: Jemand gibt an, viel zu dünn zu sein, wiegt aber 150 Kilo, jemand antwortet niemals geraucht zu haben, sagt aber später, er rauche 1 Schachtel pro Tag).
3. Datensätze, in denen ein ungewöhnlich großer Teil der Antworten fehlt oder inkonsistent ist, wurden ausgeschieden, weil davon ausgegangen werden kann, dass hier die Bereitschaft oder Möglichkeit, die Fragen gewissenhaft zu beantworten, nicht gegeben war (Kinderfragebogen: ab 28 von 163 Fragen, Jugendlichenfragebogen: ab 86 von 289 Fragen).

**Imputation:** Die verbleibenden fehlenden Werte wurden – bei einer Missingquo-

te kleiner 5 Prozent - im letzten Schritt der Datenaufbereitung mit einem Hot-Deck-Verfahren imputiert (das heißt nachträglich geschätzt). Dieses Verfahren aus der amtlichen Statistik verwendet die Verteilung bestimmter Ausprägungen innerhalb des Datensatzes als Grundlage für die Schätzung fehlender Werte. Ein Beispiel: Wenn 14-jährige Mädchen zu 90 Prozent angeben, noch nie Alkohol probiert zu haben, dann bekommt ein 14-jähriges Mädchen mit einer fehlenden Angabe bei der betreffenden Frage mit 90prozentiger Wahrscheinlichkeit die Antwort „nie Alkohol probiert“ zugewiesen. Mit dieser Vorgehensweise wird die Qualität der Ergebnisse verbessert, weil ein eventuell vorhandener Bias (eine falsche Gewichtung in der Stichprobe) ausgeglichen wird und man bei der Auswertung mit vollständigen Datensätzen arbeiten kann.

Durch die Datenbereinigung wurden im Datensatz der Jugendlichenbefragung 558 Fälle und im Datensatz der Kinderbefragung 176 Fälle gelöscht, der Bericht basiert somit auf Informationen über 3.644 Jugendliche und 1.553 Kinder. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Datenqualität der Kinderbefragung (erwartungsgemäß) etwas besser ist als jene der Jugendlichenbefragung.

**Hochrechnung:** Die Gewichtung der Daten war einerseits notwendig, um die oben beschriebene Disproportionalität der Stichprobe auszugleichen, sowie andererseits, um Schätzungen über die Grundgesamtheit der Kinder und Jugendlichen aus bäuerlichen Haushalten anstellen zu können.

Die Hochrechnung erfolgte anhand von Informationen aus den Mikrozensus-Jahresdatensätzen 2004 bis 2010, aus denen Jugendliche in landwirtschaftlichen Haushalten ausgewählt wurden. Es wurden für die Hochrechnung 3- bis 18-Jährige mit mindestens einem Elternteil, der derzeit im Erst- oder Zweitberuf eine landwirtschaftliche Tätigkeit ausübt, oder vor der Pensionierung eine solche ausgeübt hat und beziehen sich somit auf Haupt- und Nebenerwerbslandwirtschaften. Anhand der so bestimmbaren Merkmalsverteilungen wurden die erhobenen Daten mittels Ranking (ein spezielles, iteratives Hochrechnungsverfahren) auf die Grundgesamtheit hochgerechnet, und zwar nach den Merkmalen (a) Alter in Einzeljahren x Geschlecht x Agrarquote sowie (b) Bundesland x Agrarquote (zum Hochrechnungsverfahren vgl. Glaser & Till 2010:568).\*

Die Summen nach Einzeljahren, die sich aufgrund dieser Hochrechnung ergeben, stimmen bis zum 11. Lebensjahr gut, bis zum 14. Lebensjahr weitgehend mit den Zahlen aus der Versichertendatenbank der SVB überein. Die Differenz ab dem 15. Lebensjahr ergibt sich, weil Jugendliche in Lehrausbildung nicht mehr in der SVB versichert sind und damit in den Versichertendaten nicht mehr (direkt) aufscheinen. Hochgerechnet wurde - in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe Sicherheit und Gesundheit - auf alle Jugendlichen aus landwirtschaftlichen Haushalten, nicht nur auf Jugendliche in Schulen (Tabelle 13).

\* Zusätzliche Gewichtungs- und Codierungsinformationen: Die landwirtschaftliche Tätigkeit wurde anhand folgender Mikrozensusvariablen und -codes identifiziert: Erstberuf: dtaet=12,13,14; Zweitberuf ewz=11-50, Tätigkeit vor der Pension jwz=11-50. Die Herkunftsgemeinden wurden nach ihren Agrarquoten in drei Gruppen unterteilt: 0 bis unter 5 Prozent, 5 bis unter 9 Prozent sowie 9 Prozent und höher. Auf Basis der Jahresdatensätze 2004 bis 2010 ergaben sich durch das im Text beschriebene Auswahlverfahren n=16.145 analysierbare 3- bis 18-jährige aus landwirtschaftlichen Haushalten, die mittels eines aus den Jahresgewichten errechneten Durchschnittsgewichtes auf die Grundgesamtheit aller österreichischen Bauernkinder und -jugendlichen hochgerechnet wurden (N=82.588).

**Tabelle 13: Anzahl von Burschen und Mädchen aus bäuerlichen Haushalten 2011: Hochrechnung mittels Mikrozensus im Vergleich zur SVB-Versichertendatenbank**

	Mikrozensus (=SG-Befragung)				SVB-Versichertendaten			Differenz SVB-MZ
	Burschen	Mädchen	Gesamt (N)	Gesamt (n)	Burschen	Mädchen	Gesamt	
3 Jahre	1.574	1.767	3.341	47	1.816	1.812	3.628	287
4 Jahre	1.711	1.984	3.695	94	1.947	1.796	3.743	48
5 Jahre	1.943	1.940	3.883	146	1.938	1.876	3.814	-69
6 Jahre	1.830	2.052	3.882	143	2.024	1.987	4.011	129
7 Jahre	1.977	2.067	4.044	210	2.254	2.083	4.337	293
8 Jahre	2.091	2.094	4.185	286	2.290	2.077	4.367	182
9 Jahre	2.154	2.200	4.354	286	2.358	2.243	4.601	247
10 Jahre	2.452	2.298	4.750	261	2.325	2.181	4.506	-244
11 Jahre	2.544	2.574	5.118	49	2.542	2.354	4.896	-222
12 Jahre	2.668	2.726	5.394	89	2.434	2.370	4.804	-590
13 Jahre	2.815	2.950	5.765	109	2.657	2.546	5.203	-562
14 Jahre	3.371	2.650	6.021	116	2.808	2.601	5.409	-612
15 Jahre	3.828	3.095	6.923	883	2.873	2.829	5.702	-1.221
16 Jahre	3.755	3.644	7.399	1.089	2.660	2.603	5.263	-2.136
17 Jahre	3.619	3.217	6.836	837	2.122	2.310	4.432	-2.404
18 Jahre	3.854	3.144	6.998	358	1.850	2.031	3.881	-3.117
Summe	42.186	40.402	82.588	5.003	36.898	35.699	72.597	-9.991

## Literatur

AGTT/GfK TELETEST (2010). TV-Nutzungszeiten 2010 nach Altersgruppen. Online unter [http://medienforschung.orf.at/c\\_fernsehen/console/console.htm?y=1&z=4](http://medienforschung.orf.at/c_fernsehen/console/console.htm?y=1&z=4), abgerufen am 13. Jänner 2011.

Biesalski, H. K., Bischoff, S., Puchstein, C. (2010). Ernährungsmethoden. Thieme. 4. Auflage. Stuttgart.

Bittner, M., Hager, I., Tschipan, C. (2010). Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich. Endbericht. Wissenschaftliche Beratung: Sozialwissenschaftliche Studiengesellschaft. St. Pölten: Niederösterreichische Landesakademie.

Blasius, H. J. (2001). Korrespondenzanalyse. Oldenburg, München.

NCHS (2000). Clinical Growth Charts developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Online unter [www.cdc.gov/growthcharts](http://www.cdc.gov/growthcharts), abgerufen am 26. Jänner 2012.

Dür, W., Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien.

Furian, G.; Gruber, M.; Spiess, J. (2001). Kinderunfälle im bäuerlichen Bereich. Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

Gerhards, J., Rössel, J. (2003). Der Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. Eine empirische Studie. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 20. Köln: BzgA.

---

Gieß-Stüber, P. (2004). Sport und Bewegung in Freiburg. Band 3: Repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Sportverhalten. Institut für Sport und Sportwissenschaften. Freiburg: Universität Freiburg.

---

Glaser, T.; Till, Matthias (2010). Gewichtungsverfahren zur Hochrechnung von EU-SILC-Querschnittsergebnissen. Statistische Nachrichten 7/2010, 566-577.

---

Habl, C.; Bachner, F. (2010). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich 2009. ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

---

KFV (2011). Freizeitunfallstatistik 2010. Herausgegeben vom Kuratorium für Verkehrssicherheit im Dezember 2011.

---

Kromeyer-Hausschild, K.; Wabitsch, M.; Geller, F. et al. (2002). Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 149:807-818.

---

Kuczmarski, R.; Ogden C.; Guo, S. et al. (2002). 2000 CDC growth charts for the united states: Methods and development. Vital and Health Statistics. Series 11.

---

Public Use File KiGGS, Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003-2006. Robert Koch-Institut. Berlin 2009.

---

Statistik Austria (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

---

Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobra, U; Puhm, A.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M (2009). Handbuch Alkohol Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends. 3. überarb. Aufl., Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBISucht). Alkoholkoordinations- und Informationsstelle (AKIS) des Anton-Proksch-Instituts (AP) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

---

Unfallzahlen-Aktenvermerk 0367\_001 zur SVB Kinderunfallstudie (2001). Mail von Elfriede Klein an Gerald Furian vom 30. August 2001. Aktenzeichen 2669.

---

Witoszynskyj, C.; Moser, W. (2010). Integration und soziale Inklusion im organisierten Sport. Studie im Auftrag des Sportministeriums. Wien.

---

## Abkürzungsverzeichnis

SG: Studie Sicherheit und Gesundheit 2011 (Moser 2012)

KUS: Kinderunfallstudie 2000/2001 (Furian 2001)

HBSC: WHO-Health Behaviour in School-aged Children-Survey 2006 (Dür 2007)

SNÖ: Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich 2009 (Bittner 2010)

KIGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Public-Use-File

MZ: Mikrozensus

SVB: Sozialversicherungsanstalt der Bauern

B: Burschen

M: Mädchen

K: Kinder (3- bis 10-Jährige)

J: Jugendliche (11- bis 18-Jährige)

T: Tag

W: Woche

M: Monat

h: Stunden

min: Minuten

N: Grundgesamtheit

n: Stichprobe

Wenn von Jugendlichen ohne weitere Altersangabe die Rede ist, sind die 11- bis 18-Jährigen angesprochen, die selbst befragt wurden. Ist von Kindern ohne weitere Altersangabe die Rede, ist der Altersbereich der 3- bis 10-Jährigen gemeint.





SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT  
DER BAUERN

