

Kinder- und Jugend- Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark

Kapitel IV: Methodik



**gesundheit
steiermark**



**Das Land
Steiermark**

Inhaltsverzeichnis

IV	Methodik.....	19
	Literatur	22

IV Methodik

Für den vorliegenden Kinder- und Jugendgesundheitsbericht für die Steiermark wurde, wie in der Einleitung bereits dargestellt, die Grundlage für ein Monitoring der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geschaffen. Als Referenzrahmen dienen die Gesundheitsziele Steiermark (Land Steiermark, 2007).

Die Daten wurden verschiedenen Datenquellen entnommen. Die Validität wird jeweils, wenn bekannt, beim Indikator dargestellt. Zu den Datenquellen zählen die Volkszählungen von 1981 bis 2001, der Mikrozensus aus verschiedenen Jahren, das zentrale Melderegister, die Todesursachenstatistik, Krankenhausentlassungsstatistiken und die HBSC-Befragung (HBSC = Health Behaviour in School-aged Children). Im Folgenden wird näher auf das HBSC-Projekt eingegangen, da aus diesem Daten für mehr als ein Drittel der Indikatoren entnommen wurden.

Das HBSC-Projekt ist ein Survey, der im Vierjahresrhythmus in mittlerweile 42 Ländern durchgeführt wird, um Daten zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu relevanten Gesundheitsdeterminanten zu erhalten. Die Fragebogen werden von den Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren selbst ausgefüllt. Die Auswahl der Befragten erfolgt nach einem Stichprobenverfahren, das ein für Österreich repräsentatives Sample nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland darstellt (Dür & Griebler, 2007, S. 12-13). Die für die Steiermark nach Geschlecht und sozioökonomischem Status ausgewerteten Daten sind bei Bundesländer- und Trendvergleichen aufgrund der Stichprobenauswahl immer nur für Gruppen gleichen Geschlechts und gleichen Alters zu analysieren (Hr. Griebler, Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, E-Mail vom 11. April 2008). Das bedeutet, verglichen werden können z.B. 15-jährige Buben aus Niederösterreich mit 15-jährigen Buben aus der Steiermark (Bundesländervergleich) oder das Verhalten von 11-jährigen Mädchen im Jahr 1998 mit jenem von 11-jährigen Mädchen 2002. Aus diesem Grund werden im Bericht für die Steiermark für das Jahr 2006 Daten nach Altersgruppen und Geschlecht getrennt sowie für alle steirischen Jugendlichen gemeinsam präsentiert und analysiert. Für die Bundesländervergleiche, den Österreich- und den steirischen Trendvergleich werden hingegen die Daten nur nach Geschlecht und Alter getrennt dargestellt, nicht jedoch für alle Kinder gemeinsam¹. Im Anhang ist eine Auflistung zu finden, die angibt, wie viele Kinder pro in diesem Bericht präsentierten Indikator im Rahmen der HBSC-Studie befragt wurden.

Die Todesursachen- und Krankenhausentlassungsstatistiken wurden dem Integrierten Statistischen Informationssystem (ISIS) der Statistik Austria entnommen. Dadurch war es möglich, Bundesländervergleiche anzustellen sowie Daten über einen längeren Zeitraum hinweg zu analysieren. Für die Bundesländervergleiche wurde jeweils ein 5-Jahres-Schnitt für die Jahre 2004 bis 2008 berechnet, um Schwankungen auszugleichen. Da die Daten auf Basis der 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

¹ Dadurch entstehen in den Tabellen für die Bundesländervergleiche Felder, die nicht mit Zahlen belegt wurden.

(ICD-Klassifikation) vorliegen, konnten die im Rahmen der Children Health Indicators of Life and Development (CHILD) aufgestellten Empfehlungen größtenteils eingehalten werden. Auf Abweichungen wird in den jeweiligen Kapiteln eingegangen.

Eine Unterfassung bzw. Übererfassung ist bei diesen Daten insofern möglich, als dass die Zuordnung Bundesland sich auf den Standort der Krankenanstalten bezieht. Daher werden jene steirischen Kinder und Jugendlichen nicht erfasst, die in einem anderen Bundesland behandelt wurden. Dementsprechend können aber auch Kinder und Jugendliche aus anderen Bundesländern, die in der Steiermark behandelt wurden, durch die berichteten Daten abgebildet werden. Weitere Verzerrungen entstehen durch Wiederaufnahmen, die nicht als solche in den Daten gekennzeichnet sind (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2005, S. 8). Die Berechnung der Raten pro 100.000 Personen erfolgte aufgrund der Bevölkerungsdaten mit jeweiligem Jahresbeginn.

Die an CHILD (Child Health Indicators of Life and Development) (Rigby & Köhler, 2002) angelegten Indikatoren wurden, wenn möglich, nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status getrennt dargestellt.

1) Altersabgrenzung

In der Kinderrechtscharta der Vereinten Nationen wurde festgelegt, dass alle Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, als Kinder gelten (Vereinte Nationen, 1990, Art. 1). Auch im CHILD wird empfohlen, die Daten für Kinder von 0 bis 17 Jahren darzustellen, um der UN-Konvention zu entsprechen (Rigby & Köhler, 2002, S. 10). Dabei sollen folgende Altersgruppen gebildet werden: 0-4, 5-9, 10-14 und 15-17 Jahre. Dort wo Daten nicht für die Gruppen der 15- bis 17-Jährigen vorhanden sind, sollen sie auf 15- bis 19-Jährige erweitert werden, auch wenn dies nach Rigby und Köhler bereits eine Erweiterung der Darstellung in das Erwachsenenalter hinein bedeutet (Rigby & Köhler, 2002, S. 10).

Im Rahmen dieses Berichtes konnte diese Altersbegrenzung nicht verwirklicht werden, da einerseits nur für manche Altersgruppen (HBSC: 11-, 13- und 15-Jährige) Daten vorhanden sind, andererseits bei Indikatoren der Mortalität und Morbidität nur Daten für 15- bis 19-Jährige (und nicht für 15- bis 17-Jährige) entnommen wurden.

Im Bericht wurde eine einheitliche Bezeichnung für Kinder und Jugendliche verwendet. Werden von den Befragungsergebnissen der HBSC-Studie Ergebnisse berichtet, die alle drei befragten Altersgruppen betreffen, so wird das Wort „Kinder“ benutzt. Sind nur Personen ab 15 Jahre gemeint, wird das Wort „Jugendliche“ verwendet.

2) Geschlecht

Alle Daten werden, soweit möglich, nach Geschlecht differenziert dargestellt. Rigby & Köhler verweisen auf die Wichtigkeit dieser differenzierten Darstellungsweise, da bereits für viele Aspekte der Kinder- und Jugendgesundheit geschlechtsspezifische Unterschiede bekannt, jedoch noch nicht alle Aspekte ausreichend erforscht sind (Rigby & Köhler, 2002, S. 11).

3) Sozioökonomischer Status

Der Einfluss des sozioökonomischen Status (SÖS) auf die Gesundheit ist eine gut dokumentierte Tatsache (Rigby & Köhler, 2002, S. 10). Daher wird im Rahmen von CHILD angeregt, die Daten, wo möglich, nach sozioökonomischem Status getrennt darzustellen. Dies war in diesem Bericht vor allem für jene Indikatoren möglich, bei denen die Daten aus der HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)-Befragung entnommen wurden.

Dabei wurde für die Darstellung des sozioökonomischen Status die Familienwohlstandsskala (Family Affluence Scale) verwendet, welche im Rahmen des HBSC-Projekts entwickelt wurde. Für die Entwicklung dieser Skala wurden Konzepte der materiellen Benachteiligung verwendet (Boyce & Dallago, 2004, S. 15) und sie beinhaltet die Antworten auf folgende vier Fragen (Dür & Griebler, 2007, S. 64):

- 1 Wie viele Computer besitzt Deine Familie? (keinen – einen – zwei – mehr als zwei)
- 2 Besitzt Deine Familie ein Auto, einen Bus oder einen Lastwagen? (nein – ja, eins – ja, zwei oder mehrere)
- 3 Hast du ein eigenes Zimmer? (nein – ja)
- 4 Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit Deiner Familie in den Ferien gewesen? (überhaupt nicht – einmal – zweimal – öfter als zweimal)

Für die Berechnung des Gesamtindex wurden den Antworten folgende Werte zugewiesen (Boyce & Dallago, 2004, S. 15):

Frage	Antwort	Wert/Punkte
1 (Besitz von Computer)	Keinen	0
	Einen	1
	Zwei oder mehr	2
2 (Besitz von motorisiertem Kraftfahrzeug)	Keines	0
	Eines	1
	Zwei oder mehr	2
3 (eigenes Zimmer)	Nein	0
	Ja	1
4 (Urlaubshäufigkeit)	Überhaupt nicht	0
	Einmal	1
	Zweimal und öfter	2

Tabelle VI: Berechnung des SÖS durch Familienwohlstandsskala

Durch das Zusammenzählen der Werte konnte jedem/jeder Befragten ein Gesamtindex zugeordnet werden. Dieser Index wurde in drei Gruppen des sozioökonomischen Status eingeteilt (niedriger SÖS: 0-3 Punkte, mittlerer SÖS: 4-5 Punkte und hoher SÖS: 6-7 Punkte).

Durch die Familienwohlstandsskala kann auf einfache Weise der sozioökonomische Status erhoben werden, da hier Fakten abgefragt werden, von denen angenommen wird, dass diese von Kindern und Jugendlichen gut beantwortet werden können (Boyce & Dallago, 2004, S. 15). Entwickelt wurde die Familienwohlstandsskala, da sich in früheren Studien gezeigt hatte, dass es für diese Zielgruppe schwieriger ist, Fragen zum Bildungs- und Beschäftigungsstatus der Eltern sowie über das

Haushaltseinkommen zu beantworten. Boyce & Dallago betonen jedoch, dass auch der Beschäftigungsstatus der Eltern mitberichtet werden soll (2004, S. 20).

Bei weiteren Indikatoren wurde der SÖS durch den Bildungsstatus der Jugendlichen (Kapitel „Jugendarbeitslosigkeit“) bzw. der Eltern (Kapitel „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“, Kapitel „Bildungsstatus der Eltern“) bzw. durch den Erwerbsstatus (Kapitel „Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder“ bzw. Kapitel „Teenagerschwangerschaften“) dargestellt. Bildung, Berufstätigkeit und Einkommen gelten als drei verschiedene Indikatoren für den sozioökonomischen Status einer Person (Whitehead & Dahlgren, 2007, S. 7). Der Bildungsstatus gilt als eine validere Angabe als das Einkommen und bleibt über die Zeit hinweg stabiler, weshalb dieser häufig für Analysen verwendet wird.

Literatur

- Amt der Steiermärkischen Landesregierung. (2005). *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung.
- Boyce, W. & Dallago, L. (2004). *Socioeconomic inequality*. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. B. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 13-25.
- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Vereinte Nationen. (1990). *UN-Konvention über die Rechte der Kinder*. New York: Vereinte Nationen. Download vom 19. Juni von http://www.unicef.lu/fr/youth/rights/Convention_de.pdf.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.