



Schulärztlicher Dienst

Studie

Gesundheit und Lebensstil bei Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung 2007/08 und Empfehlungen

Diese Studie wurde erstellt von Frau Dr. med. Ferdinanda Iris Pini Züger als Master-Thesis zur Erlangung des Masters of Public Health (im Rahmen des Interuniversitären Weiterbildungsgangs Public Health der Universitäten Basel, Bern, Zürich)

Titel der Master Thesis:

**Basisdaten zu Gesundheit und Lebensstil bei 13- bis 16-jährigen Jugendlichen der zweiten Sekundarklassen in der Stadt Zürich:
Erstellung eines Erhebungsinstruments und Auswertung für das Schuljahr 2007/2008**

September 2008

Projektbegleitung:

Bolliger-Salzman Heinz, Dr. phil.

(Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern)

Inhaltsverzeichnis:	Seite
1. Abstract:	3
2. Einleitung:	
2.1 Hintergrund	4
2.2 Ausgangslage	5
2.3 Projektziele	6
2.4 Forschungsfragen	8
3. Methoden:	
3.1 Setting und Population	9
3.2 Fragebogenkonstruktion (Empirisches Vorgehen)/Fragebogen neu	10
3.3 Statistische Methoden: Deskriptive Statistik, Inferenzstatistik	13
4. Ergebnisse:	
4.1 Daten zur Ausgangslage: Demographische Daten	16
4.2 Hauptergebnisse: Grundauswertung des Fragebogens	17
4.2.1 Körpermasse, Körperwahrnehmung, Gewicht und Sport	18
4.2.2 Allgemeines Wohlbefinden, Stimmung und Problemzonen	23
4.2.3 Chronische Krankheiten	27
4.2.4 Sich mitteilen	28
4.2.5 Ernährung und Mahlzeiten	29
4.2.6 Konsum von Tabak, Alkohol und illegale Drogen	30
4.2.7 Unfälle, Gewalt und Autoaggressionen, Schutzverhalten	38
4.2.8 Freizeit und Zuhause	44
4.2.9 Sexualität	47
4.2.10 Zufriedenheit mit dem eigenen Leben	49
4.2.11 Beratungsmöglichkeiten	51
4.3 Weitere Ergebnisse: Multivariate Analysen zu drei Forschungsthemen	52
5. Diskussion:	
5.1 Bedeutung des Hauptergebnisses	61
5.2 Kritik	88
5.3. Methodenkritik (kritische Würdigung der eigenen Arbeit)	91
5.4 Implikationen und mögliche Empfehlungen	94
5.5 Beschreibung der Public Health-Relevanz	97
6. Danksagung:	99
7. Bibliographie:	100
8. Anhang Schülerfragebogen	103

1. Abstract

Die Vorsorgeuntersuchung in der 2. Oberstufe (8. Schuljahr, 13- bis 16-Jährige), durchgeführt vom Schulärztlichen Dienst der Stadt Zürich, beinhaltet neben der körperlichen Untersuchung und Impfen ein individuelles Beratungsgespräch über Gesundheitsverhalten und Lebensstil. Nur aus der Vorsorgeuntersuchung wurden Daten erfasst, jedoch nicht aus den Beratungsgesprächen. Somit fehlen relevante Angaben zu gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen dieser Population.

Diese Projektarbeit füllt die bestehende Lücke auf zwei Arten. Erstens wurde ein Erhebungsinstrument geschaffen und zweitens die erfassten Daten von 1652 Fragebögen statistisch analysiert. Damit sind erstmals Informationen zum selbst berichteten Gesundheitsverhalten und Lebensstil der freiwillig mitwirkenden Jugendlichen für das Schuljahr 2007/2008 vorhanden.

In dieser Master-Thesis werden einerseits die Entstehung des Fragebogens geschildert, andererseits die Resultate aus vorliegender Vollbefragung sowie Querschnittsanalyse beschrieben und mit anderen Studien verglichen und diskutiert.

Signifikante Ergebnisse: Obwohl die Mehrheit der Jugendlichen zufrieden mit Gesundheit und Lebenssituation ist, leidet jeder vierte Junge und jedes dritte Mädchen unter psychosomatischen Beschwerden und depressiven Verstimmungen. Mädchen haben in vielen Lebensbereichen mehr Schwierigkeiten als Jungen. Jungen haben mehr Probleme mit Gewalttätigkeiten. Lernende mit besonderen Bildungsbedürfnissen sind weniger zufrieden mit ihrem Leben. Jugendliche mit Migrationshintergrund zeigen mehr Belastungen. Der Anteil der Jugendlichen mit Substanzkonsum ist tiefer als in anderen Studien, jedoch auch das Einstiegsalter. Die Sorge um die Berufswahl und der Schulstress stehen zuoberst bei den Problemnennungen. Das Schutzverhalten ist verbesserungswürdig.

Die Ergebnisse ermöglichen einen umfassenden Einblick ins Befinden dieser Population. Daraus können Empfehlungen für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie für ein zukünftiges Monitoring in Sachen Jugendgesundheit der 13- bis 16-Jährigen der Volksschule der Stadt Zürich abgeleitet werden.

2. Einleitung

2.1. Hintergrund:

In der Stadt Zürich führt der schulärztliche Dienst SAD (eine Abteilung der Schulgesundheitsdienste im Schul- und Sportdepartement der Stadt Zürich) seit über 100 Jahren Vorsorgeuntersuchungen in Kindergärten und Schulen durch. Nach dem neuen im Schuljahr 06/07 in Kraft getretenen Volksschulgesetz sind zwei obligatorische Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen: im Vorschulalter und in der Oberstufe. In den vierten Klassen wird eine Impfstatuskontrolle vorgenommen. Lag früher das Augenmerk auf dem körperlichen Gesundheitszustand der Schulkinder, so ist heute der Auftrag vermehrt in der Prävention und Gesundheitsförderung zu sehen. Damit hat sich insbesondere die Untersuchung in der zweiten Oberstufe (8. Schuljahr, Altersgruppe der 13- bis 16-Jährigen) gewandelt. Die körperliche Untersuchung wurde mit einem fakultativen, individuellen Beratungsgespräch ergänzt - heute **der** Schwerpunkt der schulärztlichen Oberstufenuntersuchung. Die Beratungsgespräche in einer Klasse nehmen zeitlich einen ganzen Schultag ein.

Diese markante Erneuerung ist eine Lebensstil- und Gesundheitsberatung basierend auf der Sichtweise der Salutogenese (Antonovsky A., 1997; Bengel J. et al., 2001). Diese geht davon aus, dass Gesundheit als dynamisches Gleichgewicht und als Prozess zu verstehen ist, beeinflusst sowohl von persönlichen Faktoren und inneren Ressourcen als auch von äusseren Faktoren des nahen und weiteren Umfelds und von sozialen Ressourcen (Strauss & Höfer, 2000). Die eingesetzten professionellen Tools sollen die zu beratenden Jugendlichen unterstützen, sich ihrer Stärken und Fähigkeiten bewusst zu werden und diese zur Erlangung ihrer Ziele einzusetzen, um damit eigene Wege zu finden im Kontext ihrer sozialen Lebenswelt. Die Beratungsgespräche basieren somit auf der Technik des Empowerments (Quindel 2004; Knuf & Seibert, 2001). Weitere Tools für diese individuelle Lebensstil- und Gesundheitsberatung sind das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Keller et al., 1999) und die motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2004), in der sich die Schulärztinnen und Schulärzte weitergebildet haben. Mit letzterem Tool sind Kurzinterventionen möglich.

Vor dem Beratungsgespräch erhielten die Jugendlichen bisher einen vierseitigen Fragebogen „Fragen zu deiner Entwicklung und Gesundheit“ (siehe Anhang: alter Fragebogen), der in ihrem Besitz blieb. Er diente ihnen als Leitfaden für das Gespräch.

Grosses Manko war, dass die Antworten nicht erfasst werden konnten. Somit gingen wichtige Informationen über Gesundheitsverhalten und Lebensstile dieser Zielgruppe verloren. Nach bisheriger Erfahrung zeigen die Jugendlichen eine überaus hohe Bereitschaft zur Gesprächsvorbereitung wie auch zum Aufsuchen des Beratungsgesprächs, obwohl dieses freiwillig ist und die Jugendlichen auch die Möglichkeit hätten, zu ihren Privatärzten zu gehen. Pro Schuljahr finden rund 1800-2000 solcher Beratungsgespräche durch den SAD statt.

Die Einführung dieser unter Schweigepflicht stehender, freiwilligen Beratungsgespräche erfolgte aus der Erkenntnis, dass die Jugendlichen zunehmend mit Problemen der „new morbidities“ zu kämpfen haben (www.thelancet.com, Adolescent Health 1-6, 2007 und Settertobulte 2002). Sie sind auch vermehrt an Themen rund um ihre körperliche und psychische Gesundheit, Sexualität und Substanzkonsum interessiert, finden jedoch keine niederschwellige und von den Eltern unabhängige Beratungsmöglichkeit, wie sie der SAD bieten kann. Zudem stehen die Schulärztinnen und Schulärzte, neben den Lehrkräften und Schulsozialarbeiterinnen/Schulsozialarbeitern, in engem Kontakt mit den Jugendlichen und sind oft auch erste Anlaufstelle. Das Angebot einer Jugend gerechten Beratungsmöglichkeit ist auch ganz im Sinne des WHO-Modells „youth friendly services“ (SMASH 2002, Tylee et al., 2007). Die Beratungsgespräche im schulischen Umfeld werden von den Jugendlichen sehr geschätzt. Sie suchen die Beratung ihrer Schulärztinnen auch zu einem späteren Zeitpunkt auf.

2.2. Ausgangslage:

Die Befunde der Vorsorgeuntersuchung (Gewicht, Länge, Visus, Audiometrie, Blutdruck) und die Impfdaten wurden bis anhin auf ein spezifisches Statistikblatt eingetragen und für die interne Statistik und das Erstellen des jährlichen Gesundheitsberichts (im Geschäftsbericht der Stadt Zürich) eingescannt. Dieses Statistikblatt ist auf den Information Manager (IM) der Stadt Zürich ausgerichtet, eine Software zur Adress- und Gruppenverwaltung. Einige wenige Daten zur persönlichen Anamnese konnten ebenfalls angekreuzt werden. Dies wurde jedoch nur unzureichend gemacht, so dass daraus keine zuverlässigen Informationen gewonnen werden konnten. Im jährlichen Geschäftsbericht der Stadt Zürich wurde deshalb nicht auf diese Daten zurückgegriffen (Stadt Zürich, Schul- und Sportdepartement, 2006).

Mit anderen Worten: Zurzeit sind keine verlässlichen Daten über die aus den Lebensstil- und Gesundheitsberatungsgesprächen hervorgegangenen Antworten der Jugendlichen vorhanden. Wichtige Erkenntnisse können nur intuitiv erschlossen, jedoch nicht in Zahlen ausgedrückt und nicht in einer Gesundheitsstatistik festgehalten werden. Der gesetzliche Auftrag an die Schule und den Schulärztlichen Dienst SAD ist, zielgruppenspezifisch Prävention und Gesundheitsförderung zu unternehmen und die beschränkten finanziellen wie personellen Ressourcen richtig einzusetzen. Eine verlässliche Datenerhebung ermöglicht, Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche in der Oberstufe zu optimieren, gendgerecht zu gestalten und vermehrt ihr Setting Schule und die Zielgruppe selbst als Partner zu involvieren (SMASH-2002-Studie und Zumstein & Süss 2006).

Aktuell erfahren die Schulärztinnen und Schulärzte während den Beratungsgesprächen sehr viel. Sie können intuitiv Schlüsse ziehen, jedoch sichtbare Tendenzen nicht beweisen. Beispielsweise konnte die Entwicklung vorausgesehen werden, dass weniger Jugendliche rauchen, dafür der Alkoholkonsum problematischer geworden ist. Daten dazu wurden aber erst 2007 von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme sfa/spa publiziert (www.sfa-ispa.ch). **Gesicherte Daten sind die neue gesundheitspolitische Anforderung an unsere Schulgesundheitsdienste.** Zudem fordert schon seit langem der Gemeinderat der Stadt Zürich, dass eine verbesserte Gesundheitsberichterstattung über die Zürcher Schulkinder stattfinden soll. **Eine Datenerhebung dieser Art in den Sekundarschulen bildet dafür eine sehr gute Ausgangsbasis.**

2.3. Projektziele:

Es handelt sich um ein **innovatives Projekt** zur systematischen Erfassung von Lebensstil- und Gesundheitsinformationen bei Jugendlichen in der Volksschule der Stadt Zürich. Die Projektziele sind aufeinander aufgebaut und sollen zeitlich gestaffelt werden. Da sie voneinander abhängig sind, seien sie hier alle vollständig aufgeführt, auch wenn Ziel 4 nicht Gegenstand der Master Thesis ist.

Ziel 1 ist die Entwicklung eines Instruments zur Erhebung von Daten zur selbst wahrgenommenen Gesundheit und zu Lebensstilfragen von Jugendlichen in den zweiten Oberstufen (neuer Fragebogen, im Anhang). Damit sollen bei wiederholter Verwendung des Fragebogens in Zukunft auswertbare Daten zur Verfügung stehen, welche

die Tendenzen und Veränderungen gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen der 13- bis 16-Jährigen in der Volksschule der Stadt Zürich beschreiben. Damit können gezielte und angepasste Projekte in Prävention und Gesundheitsförderung geplant werden.

Ziel 2 ist die Anwendung dieses Erhebungsinstruments im Laufe des Schuljahres 2007/2008. Die – im Städtzürcher Kontext – neuartigen Informationen werden in einer ersten Querschnittsanalyse beschrieben. Die Schulklasse als Verknüpfungsvariable zur Vorsorgeuntersuchung ermöglicht den Bezug von Daten aus der Vorsorgeuntersuchung (z.B. BMI-Werte). Die Auswertung dieser Daten wird den Schulärztinnen und Schulärzten Aufschluss geben über die von Jugendlichen selbst wahrgenommene Gesundheit und Gesundheitsprobleme sowie über ihre gesundheitsrelevanten Lebensstile und die damit verbundenen Ressourcen und Risiken.

Ziel 3 ist eine Valorisierung und leitet sich aus den Resultaten von Ziel 2 ab. Hier geht es darum, aufgrund eines ersten Querschnitts (Schuljahr 2007/2008) abzuschätzen, wie angemessen die schulärztlichen Interventionen sind: Wo ist das schulärztliche Angebot bedarfsgerecht. Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote können so dem Bedarf entsprechend entwickelt oder angepasst werden.

Ziel 4 ist ein Fernziel und nicht Teil dieser Projektarbeit. Es besteht darin, Veränderungen in Lebensstil- und Gesundheitsfragen über die Zeit zu erfassen. Der Vergleich verschiedener Oberstufenquerschnitte wird Entwicklungen sichtbar machen und dem SAD weitere Grundlagen für gezielte Massnahmen liefern.

Der weitere erwartete Nutzen: Bei den schulärztlichen Dienstleistungen sind – gesetzlich vorgeschrieben – vermehrte Anstrengungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gefordert, d.h. die schulärztliche Tätigkeit hat sich grundlegend gewandelt. Tatsächlich verfügen Schulärztliche Dienste grosser Städte über konkurrenzlos gute Voraussetzungen für evidenz-basierte Beratung und Betreuung in biopsychosozialen Belangen. Der erwartete Nutzen liegt einerseits in der Schaffung der Wissensbasis für schulärztliche Tätigkeit, andererseits darin, eine breite Öffentlichkeit mit fundierten Daten auf die Bedeutung schulärztlicher Tätigkeit aufmerksam zu machen. Zudem ist der SAD als öffentlicher Dienst verpflichtet, seine Dienstleistungsqualität zu verbessern. Die Datengrundlage aus der vorliegenden Querschnittsanalyse, später einer Längsschnittanalyse, ist die Basis dafür.

2.4. Forschungsfragen:

Deskriptive Fragestellungen in Kapitel 4.2. „Hauptergebnisse“: Mittels Häufigkeitsauszählung wird zuerst die grundlegende Frage beantwortet *„Wie sehen die Trends im Kollektiv „Jugendliche der 2. Oberstufe“ nach Geschlecht, Nationalität dichotom und Sekundarklassentypus aus?“*. Sie ist der Schwerpunkt vorliegender Untersuchung. Vergleiche mit bestehenden Studien, z.B. HBSC, SMASH, werden soweit als möglich angestellt.

- Ist der Anteil der Jungen, die sich gesund und fit fühlen, höher als der Anteil der Mädchen? (S. 23, 24)
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Abmagerungswilligkeit und übermäßigem Sport bzw. Essen verschlingen? (S. 20)
- Welche Subgruppen haben ein erhöhtes Risiko für Substanzkonsum (S. 31), körperliche Strafen zu Hause (S. 41) und frühe Erfahrung mit Geschlechtsverkehr (S. 48)?
- Gibt es Unterschiede je nach Geschlecht, Nationalität und Klassentypus in der Prävalenz von Unfallereignissen, Gewalttätigkeiten und Gewaltbelastungen? (S. 38-42)
- Besteht ein Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Geschlecht, Problemnennungen, Gewaltbelastungen, Gewalttätigkeiten und Autoaggressionen? (S. 50)

Analytische Fragestellungen zu Kapitel 4.3.1: Mittels multivariater Verfahren wird der Zusammenhang von Unfallereignissen, Gewalttätigkeiten und Gewaltbelastungen mit Geschlecht, Nationalität und Klassentypen untersucht (Nullhypothesen und Resultate siehe S. 52-54).

Analytische Fragestellungen zu Kapitel 4.3.2: Mittels multivariater Verfahren wird der Zusammenhang zwischen Körperbild und Problemverhalten, Ressourcen bzw. Einschätzung vieler Lebensbereiche und Zufriedenheit untersucht (Alternativhypothesen und Resultate siehe S. 55-58).

Analytische Fragestellungen zu Kapitel 4.3.3: Mittels multivariater Verfahren wird der Zusammenhang von Gesundheitsindikatoren und Zufriedenheit untersucht (Fragestellungen und Resultate siehe S. 58-61).

Aus den Resultaten können Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung genannt werden.

3. Methoden

3.1. Setting und Population im Erhebungsjahr 2007:

Setting: Berücksichtigt sind alle Sekundarschulen der sieben Schulkreise der Stadt Zürich im Schuljahr 2007/08. Die Sekundarklassen sind unterteilt in Sek.A und B, Sek.C und Sonderklassen für Lernende mit besonderen Bildungsbedürfnissen (Kleinklassen). In der zweiten Oberstufe lernt die Altersgruppe der 13- bis 16-Jährigen (min. 12-, max. 17-jährig). In der gleichen Klasse sind jüngere und ältere Lernende mit einem Altersunterschied von 1-3 Jahren (im Extremfall bis 5 Jahre!). Diese Altersunterschiede erklären sich bei den sehr jungen durch eine vorzeitige Einschulung und bei den älteren durch eine verspätete Einschulung, Repetitionen oder Übertritt von einer Integrationsklasse (bei Ausländerkindern). Um die 5500-5800 Jugendliche besuchen jeweils die Sekundarschulen in einem Schuljahr.

Stichprobe: Für die Befragung wurden die 2. Oberstufen im Rahmen der obligatorischen Vorsorgeuntersuchung berücksichtigt. Es handelt sich damit um eine Vollbefragung. Die Stichprobengrösse umfasst im Schuljahr 07/08 1953 Lernende. Verteilt wurde der Fragebogen schliesslich an 1923 Jugendliche. Die Teilnahme war freiwillig. Ausdrücklich die Teilnahme verweigert hat ein ganzes Oberstufenschulhaus (6 Klassen). In einem anderen Schulkreis wurde der Fragebogen nicht an die zahlreichen Sonderklassen BO verteilt (30 Jugendliche mit Lernzielbefreiung). Ansonsten haben alle Klassen mitgemacht, jedoch vereinzelte Jugendlichen den Fragebogen nicht ausgefüllt. Von 1923 verteilten Fragebögen wurden 1652 ausgefüllt und abgegeben: Rücklaufquote 86%.

Vorgängig wurde die Kantonale Ethikkommission zur Legitimation einer solchen Befragung angefragt, danach der Fragebogen und dessen Handhabung bei den Datenschutzbeauftragten der Stadt Zürich abgesichert. Detailliertes Informationsmaterial für die zu befragenden Jugendlichen, deren Eltern und für die Klassenlehrkraft wurde erstellt und gleichfalls einer Prüfung durch den Rechtsdienst des Schul- und Sportdepartements und den Datenschutz unterzogen (Informationsschreiben im Anhang).

Betont wurden Freiwilligkeit, anonyme Auswertung, vertrauliche Behandlung des Fragebogens, fehlende Rückschlussmöglichkeiten auf die Person und ärztliche Schweigepflicht.

Die Schulärztinnen und Schulärzte verteilten in ihren Verantwortlichkeitsgebieten die Fragebögen in den Klassen und erklärten dabei deren Handhabung, das Ziel der Befragung und die Auswertungsmodalitäten. Die Fragebögen wurden von den Jugendlichen nicht nach Hause genommen, sondern in der Klasse wie in einer Prüfungslektion ausgefüllt, danach in ein neutrales Kuvert verschlossen und der Lehrkraft zum Aufbewahren in einer Sammelbox abgegeben. Die Fragebögen blieben bis zur Dateneingabe unter Verschluss. Die Lehrperson war beim Ausfüllen zur Beantwortung von Verständnisfragen anwesend. Dafür erhielt sie ebenfalls einen leeren Fragebogen und ein detailliertes Ablaufschema zur Handhabung desselben.

3.2. Fragebogenkonstruktion:

Die in die Fragebogenkonstruktion einflussenden Items gründen auf Erfahrungswissen und umfassen alle bisher beobachteten Lebensstilmerkmale, die problematisch für die Betroffenen sein können oder eine Ressource bilden (empirisches Vorgehen).

Die Datenanalyse beschreibt den momentanen, subjektiven Ist-Zustand von Gesundheit und Wohlbefinden der 13- bis 16-Jährigen in den zweiten Oberstufen der Sekundarklassen der Stadt Zürich und Determinanten bestimmter Lebensstil-Ausprägungen derselben.

Aus den Erkenntnissen der Datenanalyse bezüglich Gesundheits- und Risikoverhalten können Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme z.B. in der Volksschule geplant und angepasst werden.

Empfehlungen für die zukünftige Ausrichtung der beraterischen Tätigkeit im SAD können neu generiert werden, indem diese Querschnittstudie in Zukunft in eine Längsschnittstudie überführt wird. Damit wird eine Evaluation des schulärztlichen Angebots in der Oberstufe möglich.

Fragebogen „Fragen zu deiner Gesundheit und Lebensgestaltung“ siehe im Anhang.

3.2.1. Basis des neuen Fragebogens:

Der alte Fragebogen „Fragen zu deiner Entwicklung und Gesundheit“ mit seinen Fragekategorien bildet die Basis. Weitere Ideen zum Aufbau, Fragetypen und Inhalten wurden in Diskussions- und Fokusgruppen zusammengetragen. So weit wie möglich wurde auf bereits existierende und erprobte Befragungsinstrumente zurückgegriffen. Zu den eigenen Fragen wurden bewährte Fragekategorien aus dem HBSC 2002 („Health Behavior in School-aged Children“), dem SMASH 2002 („Swiss multicenter adolescent survey on health“) und vereinzelt aus weiteren sechs Befragungsinstrumenten eingebaut, die alle als Quelle im neuen Fragebogen klar gekennzeichnet sind. Die Übernahme von regelmässig angewandten Fragen aus anderen Fragebogeninstrumenten ermöglicht Vergleiche mit anderen Studien. Die eigenen Fragekonstrukte sind im Fragebogen nicht speziell gekennzeichnet. Methodisch sind sie gleich aufgebaut wie die entlehnten: Geschlossene Fragen mit klassifizierter und kodierter Antwortvorgabe.

Der „alte“ Fragebogen konnte nicht selber als Erhebungsinstrument verwendet werden, weil er als Leitfaden zu einem persönlichen Gespräch aufgebaut ist und eine grosse Unschärfe aufweist. Der Bedarf des Schulärztlichen Dienstes nach aktuellen Informationen zu Lebensstil und Gesundheitsverhalten Jugendlicher kann nicht von diesem „alten“ Fragebogen abgedeckt werden, da einige wichtige Themen fehlen, die im persönlichen Gespräch aufgegriffen wurden (z.B. Erfahrung mit Gewalt).

3.2.2. Methodischer Aufbau des Fragebogens und Variablen:

Eine wesentliche Auflage der Datenschutzbeauftragten der Stadt Zürich war, keine *offenen* Fragen mit handschriftlichen Antworten zu stellen (mögliche Personenidentifizierung). Deshalb wurden nur *geschlossene* Fragen gestellt. Die Adressnummer als Fragebogennummer durfte gebraucht werden, damit für die Datenauswertung bereits vorhandene Daten aus der Datenbank des IM (Information Manager) mit berücksichtigt werden können (z.B. Messdaten aus der Vorsorgeuntersuchung).

Zu jeder Fragekategorie gibt es Frageblöcke oder Fragebatterien verschiedenen Ausmasses. Die Beantwortungsvorgaben sind bei einigen Fragen dichotom (ja/nein, Schweiz/andere Nationalität, trifft zu/trifft nicht zu) und bei den meisten Fragen ordinal-skaliert. Die Fragekategorien umfassen folgende Themen und Variablen:

„Wohlbefinden, Aktivitäten“, „Allgemeines zu dir“, „Fragen zu deiner Gesundheit und deinem seelischen Befinden“, „Fragen zu deinem Körper, zu Bewegung und Sport“, „Fragen zu deiner Ernährung“, „Tabak, Alkohol, Drogen“, „Unfälle, Gewalt und Schutzmassnahmen“, „Freizeit und Zuhause“, „Sexualität“, „Zufriedenheit“ und auf der letzten Seite Fragen zu einer Liste mit Beraterpersonen, Informationsquellen und Angebote im Zusammenhang mit Gesundheit und Schwierigkeiten.

Als demographische Variablen werden Geschlecht, Alter (Intervall skaliert), Sekundarklassentypus (drei Ausprägungen), Schulkreis (sieben Ausprägungen) und Nationalität dichotom verwendet. Die Frage 58 („Hast du zu Hause ein Zimmer für dich allein?“) wird als Indikator für den sozioökonomischen Status der Familie gebraucht. Alle Items in den Fragebatterien sind Variablen, die je nach Fragestellung auch als Indikatoren oder als abhängige Variablen verwendet werden.

Der Fragebogen wurde mit MS-Word erstellt und mit einer Kodierung versehen, die die Orientierung für die Eingabemaske bildete.

3.2.3. Validität und Reliabilität des Fragebogens:

Die Frage nach der Validität und Reliabilität des Fragebogens geht an der Zielsetzung und Thematik dieser Arbeit vorbei: Das neue Erhebungsinstrument ist kein psychodiagnostischer Test oder Messinstrument, sondern *ein Befragungsinstrument für Jugendliche, die subjektiv über ihren gegenwärtigen Zustand und über einen kurzen Zeitraum Auskunft geben*. Man muss also damit rechnen, dass die gleichen Jugendlichen, wenn sie den Fragebogen noch einmal beantworten, ganz woanders stehen und viele Items anders beantworten würden. Dies ist grundsätzlich sogar erwünscht. Die Antworten der Gesamtheit der Befragten stehen im Fokus der Untersuchung. Es ist nicht das Ziel, daraus Normen zu entwickeln, die dazu dienen, später z.B. Einzelpersonen in Bezug auf Konstrukte zu beurteilen und einzuordnen. Eine Pilotbefragung in der Zielgruppe, bzw. der Pretest, durchgeführt in einer Sekundarklasse B, sowie die nachfolgende Analyse des Antwortverhaltens und die Anpassung einzelner Fragen sorgen für eine genügende Verständlichkeit des Befragungsinstruments. Wie in der HBSC- und SMASH-Studie kann die Verlässlichkeit der Angaben vorausgesetzt werden, denn die meisten Jugendlichen haben ihre Selbstbeschreibung plausibel und konsistent wiedergegeben.

Leistung Dritter: Die Ausgestaltung des Fragebogens als Word-Dokument, Fragenskelett (tabellarische Form, in der Fragen und Antwortvorgaben mit ihrer Skalierung eingesetzt werden), die Kodierung der einzelnen Fragen und die Begleitung bis zur druckfertigen Version entstanden in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaft, Gesundheitsforschung, Informatik (ASGI) von Dr. phil. Lianne Christen MPH und Dr. phil. Stephan Christen MPH. Stephan Christen ist langjähriger Statistiker für den SAD. Die Beurteilung der Pretest-Resultate erfolgte qualitativ; wenige Fragen-/Antwortvorgaben mussten verändert bzw. ergänzt werden. Stephan Christen erstellte für den Fragebogen die Eingabemaske mit FileMaker Pro. Auch die statistische Auswertung mit SPSS wurde von ihm bewerkstelligt. Diese Leistung Dritter ist in der Projektskizze ausgewiesen und wird von den Schulgesundheitsdiensten der Stadt Zürich finanziert.

Die Dateneingabe erfolgte während eines Zeitraums von drei Monaten zum grossen Teil durch eine Person aus einem Arbeitslosenprojekt. Ein Viertel der Fragebögen wurde von der Masteranwärterin selbst bearbeitet.

3.3. Statistische Methoden

3.3.1. Deskriptive Statistik:

Bei der vorliegenden Querschnittsstudie mit Vollbefragung steht die Daten-Deskription im Zentrum. Häufigkeitsauszählungen und Kreuztabellierungen mit Fall- und Prozentangaben pro Subgruppe bilden die Basis der Grundausswertung aller eingegebenen Fragebogendaten (N=1652). Eine Fehlerbereinigung, bzw. Plausibilisierung, erfolgte im Zusammenhang mit den Randauszählungen mit der Statistiksoftware SPSS 15. Die Randauszählungen erfolgten nach den unabhängigen Variablen Geschlecht, Nationalität dichotom (Regel des Bundesamts für Statistik, BFS) und Sekundarklassentypus Sek.A, Sek.B und Sek.C/Sonderklassen.

Darstellung: Für die Beschreibung der Grundausswertung (siehe Kap. 4. Ergebnisse) werden einige umfangreiche SPSS-Tabellen gebündelt, um die Übersichtlichkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Zur optischen Gestaltung werden die Tabellenresultate als vereinfachte Word-Tabelle dargestellt. Die Klassentypen Sek.C und Sonderklassen wurden zusammengelegt. Diese Zusammenlegung macht Sinn, da in diesen Kleinklassen eine ähnliche Population mit besonderen Bildungsbedürfnissen vertreten ist.

Alle Original-SPSS-Tabellen stehen im Anhang. Jedoch werden in dieser Arbeit nicht alle Resultate der Grundausswertung kommentiert, da dies den quantitativen Rahmen einer Master-Thesis sprengen würde.

Datenbeschreibung: Die Grösse der Untersuchungseinheit ist angegeben. Nominale Daten wurden ausgezählt (N = absolute Häufigkeit) und als prozentuale Häufigkeit (Zeilen-Prozente = relative Häufigkeit) angegeben. Beim Interpretieren von prozentualen Anteilen sind die absoluten Zahlen nützlich, um nicht in die Falle einer Fehlinterpretation zu geraten. Die Aussagekraft solcher Daten wird gerne überschätzt, besonders bei den Prozentzahlen. Intervallskalierte Daten sind mit dem arithmetischen Mittelwert und Standardabweichung sowie Median, Minimum, Maximum aufgeführt. Fehlende oder falsche, nicht verwertbare Antworten (missing values) sind nur dort ausgewiesen und in die Prozentzahlen einbezogen, wo deren Anteil über 5% lag (Kirchhoff, 2001, Seite 47/48).

3.3.2. Inferenzstatistik:

Zu ausgewählten Fragestellungen wurden die Daten der Grundausswertung für multivariate Analysen verwendet. Das Signifikanzniveau ist bei allen multivariaten Verfahren $p=0,050$. Die verwendeten Verfahren sind:

Relatives Risiko: Das relative Risiko beschreibt die Chance, dass ein Ereignis (z.B. körperliche Strafen) bei exponierten Personen (z.B. weibliches Geschlecht) im Vergleich zu nicht-exponierten Personen (z.B. männliches Geschlecht) eintritt. Statistische Kennzahlen sind Odds Ratios (OR) mit Konfidenzintervallen (CI).

Logistische Regression: Dieses Verfahren ermöglicht, mehrere Einflussfaktoren mit einer/mehreren Zielvariablen in Beziehung zu setzen und deren Effekte zu bestimmen (z. B. Geschlecht, Nationalität und Sekundarschultypus mit frühen Geschlechtsverkehr Ja/nein). Die statistischen Kennzahlen sind partiell Odds Ratios (OR) mit Konfidenzintervallen (CI). Hier verwendet bei der Untersuchung „Autoaggressionen Ja/nein“ und „Höhe des Zufriedenheitsindizes“ (Mittelwert auf einer 10-Stufen-Skala).

Zwei-Weg- oder Drei-Weg-Varianzanalysen (ANOVA): Diese Verfahren untersuchen die Effekte und Wechselwirkungen verschiedener Faktoren (multiple Einflüsse) auf die „Populationsmittelwerte“ bzw. Mittelwerte der Gesamt-Stichprobe oder auf gruppierende Variablen (Ja/nein) bzw. stetige, intervallskalierte Variablen.

In dieser Untersuchung wird beispielsweise die Interaktion von Geschlecht, Nationalität und Sekundarklassentypus auf den Mittelwert der Problemnennungen Unfallereignisse, Gewalttätigkeiten und Gewaltbelastungen untersucht.

Korrelation: Dieses Verfahren wird verwendet, um den Zusammenhang zwischen zwei Parametern zu untersuchen. Die statistischen Kennzahlen bilden die Assoziationskoeffizienten Kendall-Tau-b, Kendall-Tau-c, phi. In dieser Untersuchung vielfach verwendet, z.B. bei der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Körperbild und Abmagerungskur. Eine weitere statistische Kennzahl ist der Korrelationskoeffizient nach Pearson r. Hier bei der Frage nach der Korrelation zwischen den Eigenangaben der Körpermasse und den gemessenen Daten verwendet.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel wird der Anteil der Jugendlichen beschrieben (absolute und relative Häufigkeiten), die Angaben zu Gesundheitsverhalten und Lebensstil gemacht haben. Die Grundausswertungen nach Geschlecht, Nationalität und nach den drei Klassentypen sind in SPSS-Tabellen im Anhang zu finden (Out_080609a, S.1-57/57 und Out_080609b, S. 16-31/31). Ebenso im Anhang sind die SPSS-Tabellen der inferenzstatistischen Auswertungen (Out_080609b, S.1-15/31; Out_080628, S. 1-36/36; Out_080725, S. 1-24/24).

Zur Schilderung der Daten zur Ausgangslage (Kap. 4.1, S. 16) und der Hauptergebnisse (Kap. 4.2, S. 18-52) wird die umfangreiche Datensammlung reduziert und in übersichtlichen Tabellen zusammengefasst. Diese Projektarbeit beschränkt sich auf die deskriptive Statistik bzw. Grundausswertung und auf drei analytische Fragestellungen (multivariate Analysen in Kap. 4.3.1, 4.3.2 und 4.3.3.). Alleine die Grundausswertung führt bereits zu umfangreichen Erkenntnissen und liefert eine genügend fundierte Datengrundlage für Interventionen. Bei weiteren interessanten, analytischen Fragestellungen müsste der vorgeschriebene Umfang der Master-Thesis deutlich überschritten werden, weshalb in unserer Untersuchung darauf verzichtet wurde. Die Daten aus der Grundausswertung bieten somit viele weitere Forschungsmöglichkeiten, die zu einem anderen Zeitpunkt aufgegriffen werden können.

Persönliche Kommentare und mögliche Vergleiche mit anderen Studien, insbesondere HBSC und SMASH, sind in verschiedene Abschnitte eingebaut und *mit Kursivschrift* gekennzeichnet.

4.1. Daten zur Ausgangslage: Soziodemographische Daten

An 1923 Jugendlichen wurde der Fragebogen im Rahmen der Untersuchung der 8.Klassen durch den Schulärztlichen Dienst SAD verteilt. 1652 gültig ausgefüllte Fragebögen kamen zurück: Rücklaufquote 86%. Die folgenden Tabellen 4.1-1 bis 4.1-5 beschreiben die soziodemographischen Daten der ausgewerteten Fragebögen.

Stichprobengrösse und Alter:

Tab. 4.1-1: Stichprobengrösse

Geschlecht	N: Anzahl Jugendliche	Prozentualanteil
Männlich	821	49,7%
Weiblich	814	49,3%
Fehlende Geschlechtsangaben	17	1,0%
Alle Antwortenden	1652	100%

Es haben fast gleich viele Jungen (N=821) wie Mädchen (N=814) geantwortet. 1352 Antwortende (81,8% der gültigen Antworten) sind zwischen 13,0 und 15,9 Jahre alt. 268 Jugendliche (16,2%) haben ihr Alter nicht angegeben oder die Geburtsdaten falsch in die Eingabezone eingetragen, so dass das Alter nicht errechnet werden konnte. 6 Antwortende sind unter 13 Jahre und 26 über 16-Jährig.

Nationalität und Sprache:

Tab. 4.1-2 Nationalität (blau) und die zu Hause am häufigsten gesprochene Sprache (violett) nach Geschlecht (F 14 und 15).

	Jungen			Mädchen		
	CH	Andere Nat.	CH+andere	CH	Andere Nat.	CH+andere
Nationalität N	329	319	166	336	339	132
Zeilen-%	40,4%	39,2%	20,4%	41,6%	42,0%	16,4%
	Deutsch	Andere Spr	D+andere Spr	Deutsch	Andere Spr	D+andere Spr
Sprache N	313	355	143	338	348	125
Zeilen-%	38,6%	43,8%	17,6%	41,7%	42,9%	15,4%

Nach dem Bundesamt für Statistik BFS werden die Jungen und Mädchen mit einem Schweizerpass plus anderer Nationalität als Schweizer gerechnet. Damit sind 495 Jungen (60,8%) und 468 Mädchen (58,0%) Schweizer Bürger und 39,2% der Jungen (N=319) und 42,0% der Mädchen (N=339) anderer Nationalität. Von 811 Jungen sprechen 38,6% hauptsächlich Deutsch zu Hause. Der restliche Anteil spricht entweder eine andere Sprache oder ist zweisprachig. Bei 811 Mädchen sind 41,7% Deutsch sprechend und der übrige Anteil spricht zu Hause eine andere Sprache oder ist zweisprachig.

Schulkreis und Sekundarklassentypus:

Tab. 4.1-3 und 4.1-4: Absolute (N) und relative Häufigkeit (%-Anteile) von gültig ausgefüllten Fragebögen (FB) nach Schulkreis und Sekundartypus.

Schulkreis	Ausgeteilt FB-N	Ausgefüllt FB-N	Anteil am Rücklauf	%-Anteile der Schul- kreise
Uto	287	274	95%	16,6%
Letzi	226	107	47%	6,5%
Limmatal	245	227	92%	13,7%
Waidberg	258	247	96%	15,0%
Zürichberg	158	139	88%	8,4%
Glattal	471	392	83%	23,7%
Schwamen- dingen	278	266	96%	16,1%
Gesamt	1923	1652	86%	100%

Sekundartyp	N	Prozent-Anteil
Sekundar A	819	49,6%
Sekundar B	656	39,7%
Sekundar C	111	6,7%
Sonderklassen	66	4,0%

Tabelle 4.1-3 zeigt den effektiven Rücklauf und den prozentualen Anteil am Rücklauf in den 7 Schulkreisen. Tabelle 4.1-4 zeigt die Anteile an gültig ausgefüllten Fragebögen nach Sekundarklassentypen. Für die Grundauswertung sind Sekundarklassen C und Sonderklassen zusammengefasst (SPSS-Tabellen dazu im Anhang).

Tabelle 4.1-5 zeigt die Verteilung von Geschlecht und Nationalität in den drei Klassentypen:

Tab. 4.1-5: Geschlechter- und Nationalitätenverteilung in den Sekundarklassen A, B, C/Sonderklassen

GESCHLECHT	Sek.A	Sek.B	Sek.C/Sonder
Jungen	377/46,7%	345/52,9%	99/56,3%
Mädchen	430/53,3%	307/47,1%	77/43,8%

NATIONALIÄT	Sek.A	Sek.B	Sek.C/Sonder
Schweiz	405/50,4%	216/33,2%	46/26,1%
Schweiz + and.Nat.	162/20,2%	110/16,9%	27/15,3%
Andere Nationalität	236/29,4%	324/49,8%	103/58,5%

In den Sek.B und vor allem in den Sek.C/Sonderklassen sind Jungen und in den Sek.C/Sonderklassen sind die Befragten anderer Nationalität in sehr viel höheren Anteilen vertreten als Mädchen und als Schweizer. Mädchen und Schweizer sind hauptsächlich in den Sek.A zu finden.

4.2. Hauptergebnisse der Grundauswertung:

4.2.1. Daten zu Körpermasse, Körperwahrnehmung, Gewichtsreduktion, Sport

Die Eigenangaben von Körpergewicht und Körperlänge von Jungen wie von Mädchen sind nicht ganz zuverlässig. Zum einen wissen sie nicht wie schwer und/oder lang sie sind (handschriftlicher Kommentar am Rand des Fragebogens), zum anderen wurden unmögliche Werte eingetragen. Bei 47 Jungen (5,7%) und 67 Mädchen (7,4%) fehlen Angaben über das Gewicht und bei 61 Jungen (8,2%) und 59 Mädchen (7,2%) über die Länge.

Kommentar: Im Kontrast zu den hohen Anteilen fehlender Daten zu Körpergröße bzw. Gewicht, liegen bei den Fragen 27-30 (Fragen über Körperwahrnehmung, Zufriedenheit mit dem Körper, Wunsch etwas am Körper zu verändern und Abmagerungskur) die fehlenden Antworten deutlich unter 5%.

Tab. 4.2.1-1: „Körperwahrnehmung“ bzw. Körperbild von Jungen und Mädchen auf die Frage 27 „zur Zeit fühlst du dich zu dünn - etwas zu dünn - gerade richtig – etwas zu dick – zu dick“

Zur Zeit fühlst du dich	Jungen: N und Zeilen-%	Mädchen: N und Zeilen-%
Zu dünn	16/ 2,0%	13/ 1,6%
Etwas dünn	127/15,6%	61/ 7,6%
Gerade richtig	420/51,7%	314/38,9%
Etwas zu dick	206/25,4%	337/41,8%
Zu dick	43/ 5,3%	82/10,2%

Tab. 4.2.1-2: „Körperwahrnehmung“ bzw. Körperbild von Jungen und Mädchen auf die Frage 29 „Gibt es etwas an deinem Körper, das du gerne ändern möchtest?“ nein, nichts – ja, wenige Dinge – ja, vieles – ja, ziemlich alles

Gibt es etwas an deinem Körper, das du gerne ändern möchtest?	Jungen: N und Zeilen-%	Mädchen: N und Zeilen-%
Nein, nichts	308/38,4%	207/25,8%
Ja, wenige Dinge	440/54,9%	476/59,4%
Ja, vieles	43/ 5,3%	91/11,4%
Ja, ziemlich alles	11/ 1,4%	27/ 3,4%

In Tabelle 4.2.1-1 ist zu sehen, dass gut die Hälfte der antwortenden Jungen und nur knapp zwei Fünftel der Mädchen sich im Gewicht als „gerade richtig“ einschätzen. Insgesamt fühlen sich 52% der antwortenden Mädchen und 30,7% der Jungen ein bisschen oder viel zu dick. Zu dünn hingegen finden sich 17,6% der Jungen und nur 9,2% der Mädchen.

Im Unterschied dazu erachten sich in der HBSC-Studie 2002 41,7% der 13-jährigen Mädchen und 28,2% der 13-jährigen Jungen sowie 47,2% der 15-jährigen Mädchen und 22,4% der 15-jährigen Jungen ein bisschen oder viel zu dick. In früheren HBSC-Studien (Schmid et al. 2001) lag der Anteil sowohl bei Jungen und Mädchen noch tiefer.

Nur weniges am eigenen Körper verändert haben wollen 54,9% der Jungen bzw. 59,4% der Mädchen (Tab. 4.2.1-2). Überhaupt nichts am Körper verändern wollen 38,4% der Jungen und 25,8% der Mädchen. Vieles oder alles am Körper verändern wollen 6,8% der Jungen und gut doppelt so viele Mädchen, nämlich 14,8% (*Kommentar: was doch ziemlich nachdenklich stimmen sollte*). Schaut man bei den Lernenden in den drei Sekundartypen, so sind jene in der Sek.A am wenigsten mit ihrem Körper zufrieden und am meisten jene in der Sek.C/Sonderklassen: D.h. 29% der antwortenden Sek.A-Lernenden, 34,5% der Sek.B und 40,6% der Sek.C/Sonderklassen wollen gar nichts an ihrem Körper verändert haben.

Kommentar: Der höhere Anteil an Unzufriedenen mit dem eigenen Körper in der Sek.A könnte damit zusammenhängen, dass in der Sek.A der Anteil an Mädchen und Schweizer Nationalität höher ist als in den beiden anderen Klassentypen. Umgekehrt ist der Anteil der Sek.C/Sonderklassen-Lernenden klein, weil sie möglicherweise ein anderes Bewertungsmuster haben und somit eher mit ihrer körperlichen Erscheinung zufriedener sind (z.B. „Dicke sind gemütlich“ etc.).

Die Frage nach dem Wunsch, das Gewicht verändern zu wollen (F 28), beantwortet fast die Hälfte (48,8%) der Jungen mit „nein, soll so bleiben“. 32% der Jungen wollen abnehmen und 19,3% wollen zunehmen. Es wollen mehr Jungen abnehmen, als sich insgesamt dick oder zu dick fühlen.

Bei gut einem Drittel der Mädchen (36,4%) soll das Gewicht so bleiben, wie es ist. Erschreckend viele Mädchen wollen aber abnehmen: ganze 56,0%. Nur 7,6% wollen zunehmen.

In der SMASH-Studie 2002 wollten ca. 70% der 16-20-jährigen Mädchen abnehmen und ca. 25% der 16-20-jährigen Jungen zunehmen.

Eine Abmagerungskur oder zumindest etwas zum Abnehmen (F 30) unternehmen 21,5% der Jungen und 28,0% der Mädchen. Die Korrelation zur Abmagerungskur (F30) und dem Körperbild „sich gerade richtig fühlen“ (F 27) wird im Kap. 4.3.2. „weitere Ergebnisse“ beschrieben.

In der SMASH-Studie 2002 machen 30% der Mädchen und 20% der Jungen eine Diät. Die meisten Befragten, die ihr Gewicht verändern wollen, geben an, dazu Sport zu treiben. HBSC-Studie 1998: Hier machen max. 5,3% der Jungen und max. 15,7% der Mädchen eine Abmagerungskur. Dies könnte ein Hinweis sein, dass der Wille zum Abmagern in den letzten neun Jahren stark zugenommen hat, allerdings auch die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas!

Frage 39 „Kommt es vor, dass du Essen verschlingst, obwohl du nicht hungrig bist?“ (Antwortvorgabe immer-oft-selten-nie): 21 Jungen (2,7%), die auf diese Frage geantwortet haben, geben an, immer das Essen zu verschlingen, obwohl sie nicht hungrig sind und 16,9% dies oft zu tun. 14 Mädchen (1,8%) geben an, immer das Essen zu verschlingen und 21,9% dies oft zu tun.

In der SMASH-Studie 2002 geben 16% der Mädchen und 9% der Jungen an, dass sie mehrmals in der Woche enorm viel essen, ohne damit aufhören zu können.

Kommentar: Die Korrelation zwischen Verschlingen der Nahrung ohne Hungergefühl (F 39) und dem Willen abzumagern wurde in dieser Untersuchung überprüft (vgl. Tabellen Out_080628, S.5/36): Der Zusammenhang zwischen dem Verschlingen des Essens (immer, oft) und einer Abmagerungskur ist zwar signifikant, die Assoziation jedoch sehr schwach, so dass dieses Resultat epidemiologisch bedeutungslos ist (Kendall-Tau-c -0,081, $p < 0,001$). Für eine „sichere Diagnose“ problematischen Essverhaltens oder einer Essstörung braucht es ein anderes Befragungsinstrument. Unsere Frage nach dem „Verschlingen der Nahrung ohne Hungergefühl“ und die Frage dazu im SMASH genügen nicht.

Fragen 32 und 33 beziehen sich auf das Ausmass an Sport und körperlicher Aktivität im Alltag: 28,3% der Jungen (N=228) treiben 4-6x/Woche Sport und 16,1% der Jungen (N=130) sogar täglich. Hingegen treiben 9,6% der Mädchen (N=77) 4-6x/Woche Sport und 5,6% der Mädchen (N=45) täglich. Mindestens eine Stunde körperlich aktiv an 6-7 Tagen sind 33,3% der Jungen (N=267) und 20,3% der Mädchen (N=162).

Kommentar: Es wurde nicht explizit die Frage gestellt, ob Sport getrieben wird, um das Gewicht zu kontrollieren oder zu reduzieren. Jedoch wird in der SMASH-Studie 2002 übermässige sportliche Betätigung als eine weitere Abmagerungsmöglichkeit beider Geschlechter beschrieben. So geben 63,6% der Jungen und 70% der Mädchen an, dass Sporttreiben die bevorzugte Methode ist. In dieser Untersuchung wurde ebenfalls nach dieser Assoziation (F 30 mit F32/F33 nach Sex) gesucht (vgl. Tabellen Out_080628, S. 6/36). Bei den Jungen ist sie tatsächlich nicht signifikant (Tau-b=0,006, $p = 0,86$), bei den Mädchen so schwach, dass dieses Resultat unbedeutend ist (Tau-b=0,141, $p < 0,001$). D.h. die Antwortenden in dieser Befragung geben sich nachweislich nicht übermässigen körperlichen Aktivitäten hin um abzunehmen.

Schmid, 2001, beschreibt hingegen, dass Jugendliche, die etwas an ihrem Körper nicht mögen, am intensivsten Sport treiben.

Gewicht, Länge, BMI nach Cole. *Definition BMI nach Cole: Der errechnete Body-mass-Index (BMI) eines Kindes bzw. Jugendlichen wird so transformiert, dass er einem BMI im Erwachsenen-Alter bzw. im Alter von 18 Jahren entspricht. Diese Transformation bzw. Projektion auf das Alter von 18 Jahren lässt die Aussage zu, dass die jugendliche Person voraussichtlich mit 18 Jahren normal-, übergewichtig oder adipös sein wird. Auf das Alter von 18 Jahren projiziert entspricht ein BMI <25 der Cole-Klasse Normalgewicht, ein BMI >25<30 der Cole-Klasse Übergewicht und ein BMI >30 der Cole-Klasse Fettsucht bzw. Adipositas.*

Aufgrund der gültigen Eigenangaben über Gewicht und Länge wurde ein BMI nach Cole und damit der Anteil an Jungen und Mädchen errechnet, die in die Cole-Klassen Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas fallen.

- 86,3% der Jungen (N=638) und 85,3% der Mädchen (N=613) sind in der Klasse Normalgewicht.
- 11,9% der Jungen (N=88) und 11,1% der Mädchen (N=80) sind in der Klasse Übergewichtig.
- 1,8% der Jungen (N=13) und 3,6% der Mädchen (N=26) sind in der Klasse Fettsucht bzw. Adipositas.

Kommentar: Diese Zahlen decken sich nicht ganz mit den Daten früherer Vorsorgeuntersuchungen in der Oberstufe, wo eine höhere Prävalenz für Übergewicht und Adipositas errechnet wurde. Aufgrund jener Daten wurde die Hypothese aufgestellt, dass viele Jungen und Mädchen ein mangelhaftes Körpergefühl haben und darüber hinaus wenig Ahnung von ihren Massen. Deshalb wurden die vorhandenen Messdaten aus der Vorsorgeuntersuchung (VU-Daten) auf die Fragebogendaten transponiert und die daraus errechneten BMI-Daten mit den Eigenangaben bzw. mit den daraus errechneten Cole-Klassen verglichen.

Exkurs: Untersucht wird die Korrelation zwischen Cole-Klassen und den aktuellen BMI-Daten aufgrund der Selbstangaben von Grösse und Gewicht; ausserdem die Korrelation zwischen den objektiven Körpermassen und den Selbstangaben:

Stichprobengrösse: Die Anzahl Untersuchter, für die aus den Selbstangaben **und** aus den Daten der Vorsorgeuntersuchung ein BMI nach Cole berechnet werden kann, beträgt N=1219. Es fehlen tatsächlich 26% der Angaben (N=433).

Gute Präzision der Eigenangaben: Die Angaben von jenen, die geantwortet haben, sind hoch signifikant präzise ($p < 0,001$). Für das Gewicht ist die Korrelation zwischen den VU-Daten und Selbstangaben nach Pearson $r = 0,924$ und für die Länge $r = 0,899$. Die Korrelation zwischen den Cole-Klassen aufgrund der Selbstangaben und den IM-Daten ist hoch signifikant ($p < 0,001$). Für Cole < 25 ist $\phi = 0,6413$, für Cole $> 25 < 30$ ist $\phi = 0,825$, für Cole > 30 ist $\phi = 0,58$. Etliche Jungen und Mädchen haben sich in ihrer Körperlänge und Gewicht verschätzt, jedoch bei einem grossen Teil sind die Selbstangaben übereinstimmend mit den objektiven Messungen. Die grösste Fehleinschätzungsgruppe besteht aus 125 Fällen (10,3%), die gemäss gemessenen Daten in die Kategorie Übergewichtig und nach eigenen Angaben in den Bereich Normalgewichtig fallen. 23 Fälle sind gemäss gemessenen Daten in der Klasse Übergewichtig, nach eigenen Angaben jedoch im Bereich Adipositas, und 15 Fälle sind gemessen in der Klasse Normalgewichtig, jedoch nach den Eigenangaben im Bereich Übergewichtig. Die Korrelation zwischen BMI-Daten der Vorsorgeuntersuchung und Selbsteinschätzung ist hoch, $\phi = 0,83$. Unter dieser Voraussetzung stimmt die Selbsteinschätzung mit den VU-Daten in 978 Fällen (80% der auswertbaren Fälle) mehr oder weniger überein (Streubereich von ± 2 BMI-Punkten zugelassen). In 200 Fällen (16%) liegen die Lernenden mit ihren Schätzungen zu tief und in 41 Fällen (3%) zu hoch. Insgesamt lässt sich eine Tendenz zum Unterschätzen des Gewichts und zum Überschätzen der Körpergrösse feststellen (vgl. Tab. Out_080624, S.1-4/4).

Werden die BMI-Daten bzw. Cole-Klassen in den drei Sekundartypen verglichen, so sieht das folgendermassen aus:

Tab. 4.2.1-3: BMI nach Cole (Projektion auf Alter 18 Jahre) nach Klassentypus Sek.A, B, C/Sonder

Sek.A (N 735)			Sek.B (N 582)			Sek.C/Sonder (N 147)		
BMI<25	BMI>25<30	BMI>30	BMI<25	BMI>25<30	BMI>30	BMI<25	BMI>25 <30	BMI>30
N 665	N 60	N 10	N 475	N 88	N 19	N 117	N 20	N 10
90,5%	8,2%	1,4%	81,6%	15,1%	3,3%	79,6%	13,6%	6,8%

Der Anteil der Jugendlichen, die nach Cole in der Klasse Normalgewicht sind, nimmt von Sek.A bis Sek.C/Sonderklassen ab und umgekehrt der Anteil Jugendlicher zu, die nach Cole in die Klasse Adipositas gehören. Die Cole-Klasse Übergewichtig ist zu einem höheren Anteil in der Sek.B (15,1%) zu sehen, fast doppelt so häufig wie in der Sek.A (8,2%).

Kommentar: Eine andere Masterarbeit mit BMI-Daten des SAD und die daraus errechneten Cole-Klassen (Eberle, 2007) zeigt sehr schön auf, dass es bemerkenswer-

te Unterschiede gibt zwischen der Übergewichts- und Adipositas-Prävalenz von Lernenden der Regelklasse und der Sonderklassen.

4.2.2. Daten zu allgemeinem Wohlbefinden, Stimmung, Problemzonen

Fragen 5 bis 9 wurden sowohl von den Jungen wie den Mädchen praktisch vollständig beantwortet.

Tab. 4.2.2-1: Einschätzung des allgemeinen Wohlbefindens von Jungen und Mädchen (F5-9), Anteile der Antworten nach drei Kategorien.

	Jungen Anzahl N und Zeilenprozente			Mädchen Anzahl N und Zeilenprozente		
	Schlecht bis mässig	gut	Sehr gut bis ausgezeichnet	Schlecht bis mässig	gut	Sehr gut bis ausgezeichnet
Einschätzung der Gesundheit allgemein	39 4,7%	196 23,9%	582 71,3%	56 6,9%	308 38,0%	447 55,1%
Einschätzung des seelischen Befindens	51 6,3%	231 28,6%	527 65,2%	93 11,8%	312 39,5%	384 48,7%
Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit	75 9,2%	220 27,0%	519 63,8%	123 15,3%	313 39,0%	367 45,7%
Einschätzung der schulischen Leistungsfähigkeit	211 25,9%	387 47,5%	217 26,6%	210 26,2%	401 50,3%	187 23,4%
Einschätzung Verhältnis zu den Lehrpersonen	114 14,0%	266 32,8%	432 53,2%	81 10,1%	262 32,5%	462 57,4%

Die Zahlen in Tabelle 4.2.2-1 drücken aus, dass der grössere Teil der männlichen und weiblichen Jugendlichen in der 2.Oberstufe sich im Allgemeinen körperlich und seelisch gesund und wohl fühlt, sich als leistungsfähig erachtet und im Grossen und Ganzen ein gutes Verhältnis zu den Lehrkräften hat. Die eigenen schulischen Leistungen jedoch sehen rund ein Viertel der Jungen und der Mädchen als ungenügend oder nur mässig befriedigend.

Kommentar: Dieser Befund gibt zu denken, denn immerhin gibt gut ein Viertel der Jugendlichen in der 2. Oberstufe an, hier einen Stressor zu haben. Dieser Stressor ist hauptsächlich für die Lernenden der Sek.A vorhanden, geben doch 27% dieser Lernenden an, mit ihren schulischen Leistungen nicht oder nur mässig zufrieden zu sein. In der Sek.B sind es 25% der Lernenden und in der Sek.C/Sonderklassen 21% der Lernenden, die angeben damit unzufrieden zu sein.

11,8% der Mädchen orten im seelischen Befinden und 15,3% in der körperlichen Leistungsfähigkeit Schwierigkeiten (Antwortvorgabe „schlecht bis mittelmässig). Bei den Jungen liegen diese Anteile deutlich tiefer. Dies zeigt sich ebenfalls in den folgenden Auswertungen bei Frage 20 nach körperlichen Beschwerden, Frage 21 nach der Stimmung und Frage 22 nach schwerwiegenden Problemen.

Tab. 4.2.2-2: Beschwerdenliste nach Geschlecht (F 20), Zusammenfassung der Antworten „täglich, mehrmals bis ein Mal pro Woche“ vs. „ein Mal pro Monat, selten oder nie“

	Jungen		Mädchen	
	Täglich-mehrmals bis 1x pro Woche: N/Zeilen-%	1x pro Monat, selten oder nie: N/Zeilen-%	Täglich-mehrmals bis 1x pro Woche: N/Zeilen-%	1x pro Monat, selten oder nie: N/Zeilen-%
Kopfschmerzen	192/23,6%	613/79,5%	324/40,6%	480/59,4%
Bauchschmerzen	119/14,6%	697/88,4%	245/30,2%	567/69,8%
Rückenschmerzen	194/23,9%	620/86,1%	244/30,2%	564/69,8%
Fühlte mich traurig, bedrückt	138/17,0%	675/83,0%	352/43,7%	453/56,3%
War gereizt, schlecht gelaunt	325/39,4%	496/60,5%	421/52,3%	384/47,7%
Fühlte mich nervös	269/33,1%	544/66,9%	330/41,7%	477/58,3%
Konnte schlecht schlafen	253/31,5%	559/68,8%	286/35,5%	521/64,5%
Fühlte mich müde	530/62,5%	305/37,5%	535/69,8%	244/30,2%
Fühlte mich ängstlich, besorgt	76/ 9,5%	736/90,7%	156/19,3%	629/80,7%

Unter Kopfschmerzen leiden fast drei Mal so viele Mädchen wie Jungen. Zudem ist mit 40,6% der Mädchenanteil bei täglichen bis wöchentlichen Kopfschmerzen sehr hoch. Auch von Bauchschmerzen sind doppelt so viele Mädchen betroffen als Jungen. Unter häufigen Rückenschmerzen leiden fast gleich viele Jungen und Mädchen. Ein grosser Unterschied ist hingegen in den Stimmungsfragen zu sehen: 17% der antwortenden Jungen geben an, häufig traurig oder bedrückt zu sein und 9,5% fühlen sich ängstlich und besorgt. Bei den Mädchen fühlen sich jedoch 43,7% traurig oder bedrückt und 19,3% leiden unter Ängstlichkeit und Besorgnis.

Rund ein Drittel der Jungen und Mädchen schlafen schlecht und rund zwei Drittel der Jungen und Mädchen fühlen sich häufig müde. Müdigkeit und schlechte Schlafqualität korrelieren zwar hochsignifikant, aber mässig hoch miteinander (Tau-b=0,34)

Schlecht gelaunt und gereizt/nervös sind 52,3% bzw. 41,7% der Mädchen. Auch ein hoher Anteil der Jungen ist schlecht gelaunt und fühlt sich gereizt/nervös, nämlich 39,4% bzw. 33,1%.

Aufgeteilt nach Klassentypen: Bei den körperlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen) und bei den seelischen Verstimmungen leidet ein höherer Anteil Lernender der Sek.C/Sonderklassen darunter als Lernende der Sek.B. Am wenigsten darunter leiden die Sek.A-Lernenden.

Betrachtet man Tabelle 4.2.2-3, so ist die Stimmungslage doch nicht so düster, aber sie regt doch zum Nachdenken an:

Tab. 4.2.2-3: Fragen zu dir und deiner Stimmung (F 21), nach Geschlecht, Zusammenfassung der Antworten dichotom (immer-oft vs. selten-nie). In Blau Ressourcen orientierte Gefühle (immer-oft), in Rot negative Gefühle (selten-nie)

	Jungen		Mädchen	
	Immer – oft N/Zeilen-%	Selten – nie N/Zeilen-%	Immer – oft N/Zeilen-%	Selten – nie N/Zeilen-%
Hast du Selbstvertrauen?	616/76,0%	77/ 9,5%	495/61,6%	93/11,6%
Bist du zufrieden mit dir?	628/77,0%	69/ 8,5%	475/58,8%	99/12,2%
Bist du glücklich	689/84,1%	47/ 5,7%	589/72,7%	56/ 7,2%
Schaust du zuversichtlich in die Zukunft?	482/59,2%	141/17,4%	447/55,5%	136/16,9%
Fühlst du dich abgelehnt, ausgeschlossen?	31/ 3,8%	679/83,7%	41/ 4,8%	600/74,7%
Fühlst du dich schwach, unfähig?	35/ 4,2%	700/85,7%	50/ 6,2%	588/72,8%
Fühlst du dich wertlos?	33/ 4,1%	708/86,9%	68/ 8,5%	568/71,1%
Kommt es vor, dass du dich einsam fühlst?	54/ 6,7%	650/80,1%	105/13,1%	470/58,8%
Hast du starke Angstgefühle?	22/ 2,8%	724/89,0%	57/ 7,1%	620/76,8%

Bei den an positiven Ressourcen orientierten Fragen geben sowohl Jungen wie auch Mädchen an, in hohem Masse Selbstvertrauen zu haben, mit sich zufrieden und glücklich zu sein sowie zuversichtlich in die Zukunft zu schauen. Allerdings geben immer mehr Jungen als Mädchen solche positiven Emotionen an. Lernende der Sek.A haben in hohem Masse diese positiven Emotionen zu sich selber. Bemerkenswert sind die prozentualen Unterschiede im Vergleich zu den Lernenden der Sek.B und Sek.C/Sonderklassen. Insbesondere beim Item „zuversichtlich in die Zukunft schauen“ sind die Unterschiede gross, da 63,5% der Sek.A-, 52,9% der Sek.B- und nur 45,4% der Sek.C/Sonderklassen-Lernenden diese positive Einschätzung angeben. Zudem stimmt der recht hohe Anteil an unglücklichen Jungen und Mädchen nachdenklich. Vor allem was die Zuversicht für die Zukunft anbelangt, ist bei den Jungen mit 17,4% und bei den Mädchen mit 16,9% der Anteil der sich Sorgen-Machenden sehr hoch.

Umgekehrt ist der Anteil von Jungen und Mädchen bei den negativen Stimmungen und Gefühlen (depressive Verstimmung) bei der Antwortvorgabe „immer-oft“ niedrig. Aber auch hier besteht ein Unterschied zwischen dem Anteil an sich schlecht fühlenden Jungen und sich schlecht fühlenden Mädchen. Der Anteil der Mädchen an den negativen Stimmungen ist höher als der der Jungen und sehr augenfällig bei der Stimmung „sich immer bis oft einsam fühlen“, wo 13,1% der Mädchen zustimmten.

Auch in der SMASH-Studie 2002 wird beschrieben, dass Mädchen bedeutend öfter Symptome depressiver Verstimmung festhalten als Jungen. Im Durchschnitt berichten 10% der Mädchen (in dieser Studie ca. 8%) und 5,6% der Jungen (in dieser Studie ca. 4%) von solchen depressiven Symptomen.

Auch Lernende der Sek.C/Sonderklassen sind mit höheren Anteilen bei den negativen Stimmungen vertreten als Lernende der Sek.B und vor allem der Sek.A.

Zusammenfassend sollen hier die Indikatoren für Depressivität resp. depressive Verstimmung von Jungen und Mädchen, Nationalität dichotom und Klassentypen dargestellt werden. Die Indikatoren sind zwei Items in Frage 20 und vier Items in Frage 21 (nur gerundete Zeilenprozentage angegeben):

Tab. 4.2.2-4: Depressive Verstimmungen nach Geschlecht, Nationalität dichotom und Klassentypus

	Jungen	Mädchen	CH	a. Nat.	Sek.A	Sek.B	Sek.C/ So
Oft traurig und bedrückt gefühlt	17%	44%	29%	31%	27%	30%	32%
Oft schwach, unfähig gefühlt	4%	6%	5%	6%	4%	6%	8%
Oft wertlos gefühlt	4%	9%	6%	7%	4%	8%	9%
Oft einsam gefühlt	7%	13%	9%	12%	8%	11%	14%
Oft besorgt und ängstlich gefühlt	9%	19%	12%	14%	13%	15%	17%
Oft starke Angstgefühle gehabt	3%	7%	4%	6%	4%	5%	6%

Die Antworten zur Frage 22 können als Rangliste dargestellt werden. Die Jugendlichen konnten zu Problemen Stellung nehmen, die in ihrem Alter vorkommen und für die sie Hilfe benötigen könnten (Mehrfachantworten nein/ja).

Tab. 4.2.2-5: Bei welchen Problemen wird Hilfe benötigt? Genauer Wortlaut zu Frage 22 siehe Fragebogen im Anhang, Mehrfachangaben möglich. Rangliste nach Geschlecht. In Blau die ersten drei gleichen Problemnennungen.

Problem	Jungen:JA N/Zeilen-%	Problem:	Mädchen:JA N/Zeilen-%
1. Sorgen wegen nahender Berufswahl	369/46,4%	1. Sorgen wegen nahender Berufswahl	403/50,5%
2. Schule	246/30,9%	2. Schule	283/35,7%
3. Nervosität, Stress	145/18,0%	3. Nervosität, Stress	210/26,2%
4. Zu wenige Freiheiten, zu viele Verbote	126/15,7%	4. Traurig sein, deprimiert sein	196/24,4%
5. Ernährung	111/13,8%	5. Mein Gefühlsleben	190/23,9%
6. Umgang mit Geld	105/13,0%	6. Schwierigkeiten mit Familienangehörigen	184/23,0%
7. Veränderungen mit meinem Körper	99/12,3%	7. Zu wenige Freiheiten, zu viel Verbote	169/21,0%
8. Schwierigkeiten mit Familienangehörigen	92/11,4%	8. Ernährung	158/19,9%
9. Probleme im Zusammenhang mit Sport	90/11,2%	9. Veränderungen mit meinem Körper	144/17,9%
10. Mein Gefühlsleben	74/9,2%	10. Umgang mit Geld	140/17,5%
11. Traurig sein, deprimiert sein	66/8,2%	11. Familienkonflikte wegen unterschiedlicher Wertvorstellungen	114/14,3%

Die ersten drei Problemkategorien haben bei beiden Geschlechtern erste Priorität bei der Hilfesuche, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass. Die gleiche Reihenfolge ist beim Nationalitätenvergleich und bei den drei Klassentypen zu sehen. An erster Stelle in dieser „Hitparade“ ist die Sorge um die nahende Berufswahl. Am meisten Sorgen deswegen machen sich die Lernenden der Sek.B mit einem Anteil von 51,7%, dann die Lernenden der Sek.C/Sonderklassen mit 50,3% und zuletzt jene der Sek.A mit 45,3%. Hilfesuche für seelische Schwierigkeiten wie traurig oder deprimiert sein und für das Gefühlsleben steht bei den Mädchen an 4. und 5. Stelle mit einem sehr hohen Anteil, bei den Jungen hingegen an 11. resp. 10. Stelle. Im Nationalitätenvergleich steht an vierter Stelle sowohl bei Schweizern wie bei den Befragten anderer Nationali-

tät „wenige Freiheit und zu viele Verbote“. Bei Schweizern kommen an 5.Stelle Schwierigkeiten mit den Familienangehörigen. Dieses Problem ist bei den Nicht-Schweizern an 8.Stelle. An 5.Stelle liegt bei Nicht-Schweizern das Problem Ernährung, bei Schweizern an 8.Stelle.

Kommentar: Die Zwei-Weg-Varianzanalyse ANOVA über die abhängige Variable „Anzahl Problemnennungen“ (Frage 22, recodiert) mit den Faktoren Geschlecht und Nationalität ist hochsignifikant ($F=29,10$; $p<0,001$) für den Haupteffekt Geschlecht ($F=53,83$; $p<0,001$; Mädchen $3,28 \pm SD 2,99$; Jungen $2,27 \pm SD 2,4$). Der Haupteffekt Nationalität und die Interaktion mit Geschlecht sind nicht signifikant. Das heisst, dass Mädchen signifikant mehr Probleme angeben als Jungen, für die sie Hilfe benötigen, unabhängig von der Nationalität (vgl.Tabellen Out_080609 S 3/31).

4.2.3. Daten zu chronischen Krankheiten, Medikamente

An einer chronischen Krankheit (F 23) leiden 11,6% der Jungen (N=93) und 12,2% der Mädchen (N=98). Gelegentlich oder regelmässig Medikamente dafür, inklusive Asthma-Medikation, müssen 16% der Jungen und 19,2% der Mädchen einnehmen. Einen regelmässigen Medikamentenkonsum (F 24) bejahen 10,3% der Jungen und 12,8% der Mädchen, einen gelegentlichen bejahen 52,7% der Jungen bzw. 68,1% der Mädchen. Bei der gelegentlichen Medikamenteneinnahme sind die Schmerzmittel an erster Stelle. 57,0% der Mädchen (N=415) und 35,8% der Jungen (N=247) bejahen eine Schmerzmitteleinnahme. Beruhigungsmittel oder Schlafmittel nehmen 3% der Jungen (N=21) und 5,1% der Mädchen (N=37), was für dieses Alter ein nicht vernachlässigbarer Anteil ist. Ebenso gibt die Medikamenteneinnahme zur besseren Konzentration zu denken: 7,8% der Jungen (N=54) und 3,4% der Mädchen (N=25) geben an, dafür Medikamente zu brauchen.

Kommentar: Der hohe Anteil der Mädchen bei der Schmerzmitteleinnahme würde den Schluss nahe legen, diese auf die Menstruationsschmerzen zurückzuführen. Die hochsignifikante ($p<0,001$) Assoziation zwischen Schmerzmittelkonsum (ja/nein) und Menarche (ja/nein) ist jedoch sehr schwach ($\phi=0,09$). D.h. Mädchen mit oder ohne Menarche unterscheiden sich nur gering in ihrem Schmerzmittelkonsum (Tabellen Out_080609b, S. 4/31).

4.2.4 Sich mitteilen

Tabelle 4.2.4-1 zeigt, wem sich Jungen und Mädchen mitteilen, wenn sie ein schlechtes Erlebnis oder selbst etwas Schlimmes getan haben (F 26).

Tab. 4.2.4-1: Rangliste von Menschen, denen sich Jungen und Mädchen mitteilen (F 26).

Menschen	Jungen: JA N/Zeilen-%	Menschen	Mädchen: JA N/Zeilen-%
1. Mit Freunden/Kollegen	575/72,2%	1. Mit Freunden/Kollegen	706/87,9%
2. Mit Mutter	457/57,4%	2. Mit Mutter	471/58,9%
3. Mit Vater	341/43,1%	3. Mit Geschwister	325/40,9%
4. Mit Geschwister	308/38,3%	4. Mit anderen Verwandten	184/23,2%
5. Mit anderen Verwandten	148/18,7%	5. Mit Vater	181/22,8%
6. Es gäbe Leute, aber nicht gebraucht	114/14,6%	6. Mit (nicht bezeichneten) anderen	151/19,5%
7. Mit (nicht bezeichneten) anderen	102/13,2%	7. Es gäbe Leute, aber nicht gebraucht	119/15,2%
8. Mit Fachperson (Arzt, Psychologe)	65/ 8,3%	8. Mit Lehrer	62/ 7,8%
9. Mit Lehrer	57/ 7,2%	9. Mit Fachperson (Arzt, Psychologe)	56/ 7,1%
10. Niemand zum sprechen vorhanden	29/ 3,7%	10. Mit Geistlichem	29/ 3,7%
11. Mit Geistlichen	23/ 2,9%	11. Niemand zum sprechen vorhanden	23/ 3,0%

Für beide Geschlechter sind Freunde und Kollegen sehr wichtig, wenn es etwas mitzuteilen gibt oder etwas Wesentliches passiert ist. Die Zahlen legen nahe, dass in diesem Alter die Gleichaltrigen eine sehr wichtige Stütze sind. An zweiter Stelle würden sowohl Jungen wie Mädchen ihre Mutter als Gesprächspartnerin wählen. Danach geht die Rangliste auseinander.

Bei 43,1% der Jungen kommt an dritter Stelle der Vater als Gesprächspartner. Hingegen bevorzugen die Töchter Geschwister und andere Verwandte als Mitteilungspartner, bei ihnen kommt der Vater erst an 5. Stelle. Nachdenklich stimmt, dass nur 7,2% der Jungen und 7,6% der Mädchen die Lehrperson als Gesprächspartner wählen würden, bedenkt man, wie viel Zeit Lernende in der Schule verbringen. Hingegen würden sich 22,2% der Lernenden der Sek.C/Sonderklassen ihre Lehrkraft als Gesprächspartner aussuchen (6. Platz nach den Freunden und der Familie).

Auch Fachpersonen stehen tief in der Rangliste. *Kommentar: Dies könnte bedeuten, dass sie entweder zu wenig bekannt und/oder die Hürden für eine Kontaktaufnahme für Jugendliche zu hoch sind.*

Sowohl bei Jungen wie bei Mädchen gibt es beträchtliche Anteile, die lieber nicht über ihr Problem reden, obwohl es Leute gäbe (14,6% der Jungen bzw. 15,2% der Mädchen) oder die meinen, niemanden zum Reden zu haben (3,7% der Jungen bzw. 3,0% der Mädchen).

Betrachtet man das Ganze nach Nationalität Schweiz vs. andere Nationalität so sieht die Rangliste sehr ähnlich aus: In beiden Nationalitätengruppen kommen an erster Stelle die Freunde/Kollegen, an zweiter die Mutter, die Geschwister an dritter und der Vater an vierter, dann an fünfter Stelle die Verwandten. In beiden Nationalitätengrup-

pen finden sich die Fachleute und die Lehrpersonen ebenfalls weit unten in der Rangliste.

4.2.5. Daten zur Ernährung und Mahlzeiten

Bei der Ernährung sehen nur wenige ein Problem. Dies zeigte sich zum einen bereits in der Rangliste der Themen, für welche die Jugendlichen Hilfe nötig hätten (Tabelle 4.2.2-5, S. 26). Zum anderen erachten 79,3% der Jungen und 75,6% der Mädchen ihre Ernährung als gesund oder eher gesund und denken, dass sie nicht oder nur wenig geändert werden sollte (74,1% der Jungen, 66,6% der Mädchen).

Nach Schweiz und andere Nationalität aufgeteilt, sieht es bei Frage 35 „Wie schätzt du deine Ernährung allgemein ein?“ so aus: Ein gleich hoher Anteil an Schweizern (77,4%) und Nicht-Schweizern (77,3%) erachten ihre Ernährung im Allgemeinen für gesund oder für eher gesund und 71,9% der Schweizer sowie 68,2% der Nicht-Schweizer denken, sie müssten ihre Ernährung nicht oder eher nicht ändern. Ernährung ist bei Schweizern auf der Problemliste (F 20) an 8.Stelle, bei den Befragten anderer Nationalität an 5.Stelle.

Tab. 4.2.5-1: Verteilung der Mahlzeiten an Schultagen bei Jungen und Mädchen (Fragen 36, 38) und woher dann normalerweise das Essen kommt (Mehrfachangaben waren möglich/Filterfrage eine Mahlzeit ja/nein)

Mahlzeit	Von wo stammt das Essen	Jungen: N/Zeilen-%	Mädchen: N/Zeilen-%
Frühstück		Nein, Nie: 233/28,9%	Nein, Nie: 308/38,3%
Znüni		Nein, Nie: 297/25,9%	Nein, Nie: 181/22,5%
		Ja : 593/74,1%	Ja : 622/77,5%
	Wenn ja, von wo:		
	Von zu Hause	57,2%	61,2%
	Pausenkiosk	68,6%	72,7%
	Kaufe unterwegs	31,6%	20,5%
Mittagessen		Ja : 806/99,8%	Ja : 809/99,5%
	Wenn ja, von wo:		
	Zu Hause	92,7%	94,3%
	Bringe von zu Hause mit	9,5%	8,1%
	Esse im Hort/Mensa	19,1%	14,3%
	Kaufe etwas unterwegs	19,3%	15,7%
Zvieri		Nein, Nie: 150/19,3%	Nein, Nie: 132/16,7%
		Ja : 626/80,7%	Ja : 659/83,3%
	Wenn ja, von wo:		
	Zu Hause	93,9%	96,9%
	Im Hort/Mensa	6,3%	2,9%
	Kaufe etwas unterwegs	29,5%	31,3%
Abendessen		Nein, Nie: 48/ 6,0%	Nein, Nie: 60/ 7,5%

Das fehlende Frühstück bei rund 29% der Jungen und bei 38% der Mädchen sowie das Fasten am Abend – wohl bei einem kleinen Anteil Jungen und Mädchen – erstaunen nicht.

Kommentar: Diese Häufigkeiten widerspiegeln die Erfahrungen aus den Beratungsgesprächen. Fasten am Abend wird gerne als Gewichtskontrolle gebraucht oder das Nachtessen ausgelassen wegen einer sportlichen Aktivität (dafür wird ein Zvieri kon-

sumiert). Viele Jungen und Mädchen mögen am Morgen früh kein Frühstück, statt dessen konsumieren die meisten von ihnen einen Znüni.

Für den Znüni ist der Pausenkiosk für gut zwei Drittel der Jungen und drei Viertel der Mädchen eine wichtige Quelle. Gut die Hälfte der Jugendlichen bringt den Znüni von zu Hause mit und etliche kaufen etwas unterwegs.

Das Mittagessen nehmen die Meisten immer noch zu Hause ein. Im Hort essen 19,1% der antwortenden Jungen und 14,3% der Mädchen. Jeder 7. Jugendliche kauft das Mittagessen unterwegs.

Einen Zvieri nehmen 80,7% der Jungen und 83,3% der Mädchen. Er wird hauptsächlich zu Hause verspeist. Gut ein Drittel der Jugendlichen kauft sich den Zvieri unterwegs ein.

Über die Essgewohnheiten (F 37) kann Folgendes gesagt werden: 45,8% der Jungen und 55,9% der Mädchen essen 5-7x/Woche und bis mehrmals täglich frisches Obst und Gemüse. Im Unterschied dazu geben in der HBSC-Studie 2002 31,4% der 13-jährigen Jungen und 40,8% der 13-jährigen Mädchen sowie 26,6% der 15-jährigen Jungen und 39,9% der 15-jährigen Mädchen an, jeden Tag Obst/Früchte zu essen, d.h. die Anteile gesund essender Jugendlicher sind geringer als in unserer Studie.

Fast Food wird von 11,2% der Jungen und 8,8% der Mädchen, Fertigmahlzeiten von 14,9% der Jungen und 11,8% der Mädchen konsumiert. Bei 20,3% der Jungen und bei 16,4% der Mädchen sind Wurstwaren oder Fleisch vom Take Away beliebt.

4.2.6. Daten zum Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen

Neugierde, Ausprobieren und Experimentieren gehören zu den Transformationsprozessen der Pubertät und frühen Adoleszenz und laufen letztlich darauf hinaus, nach Unabhängigkeit und Identität zu suchen (Schmid, 2001).

Im Folgenden wird der Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen beschrieben, so wie die Motivation zu rauchen oder eben nicht zu rauchen.

Tab. 4.2.6-1: Jemals Substanzen konsumiert und in welchem Alter in Jahren (Mittelwert) das erste Mal? Nach Geschlecht (F40).

Substanzen	Jungen: JA N/Zeilen-%	Jungen: Alter	Mädchen: JA N/Zeilen-%	Mädchen: Alter
Hast du jemals Tabak geraucht? (Zigarette, Zigarre, Wasserpfeife)	349/44,0%	11,9	445/43,6%	12,1
Hast du je alkoholische Getränke getrunken? (inkl. Alkopops)	415/51,9%	12,4	402/50,1%	12,5
Falls du Alkohol getrunken hast, warst du schon einmal richtig betrunken?	135/16,7%	13,2	134/16,6%	13,2
Hast du jemals Cannabis genommen?	121/15,1%	13,0	70/ 8,8%	12,5
Hast du jemals eine andere Droge genommen? (z.B. Ecstasy, Speed, Kokain)	18/ 2,2%	12,3	14/ 1,8%	12,0

Tabak ausprobiert haben 44,0% der Jungen im mittleren Alter von 11,9 Jahren und 43,6% der Mädchen im mittleren Alter von 12,1 Jahren. *In der HBSC-Studie 2006 (Angaben auf 15-Jährige beschränkt) haben 55,6% der Jungen im mittleren Alter von 12,8 Jahren und 54,6% der Mädchen im mittleren Alter von 13,1 Jahren Tabak ausprobiert. Im Gegensatz zur Befragung 2002 haben laut Autoren weniger Jugendliche Tabak je ausprobiert. Kommentar: In der vorliegenden Befragung ist der Anteil der jemals ausprobierenden Jugendlichen niedriger, jedoch auch das mittlere Alter tiefer. „Je früher insgesamt mit dem Rauchen angefangen wird, desto wahrscheinlicher ist gewohnheitsmässiges Rauchen“ (Schmid et al., HBSC 2006, S. 8). Für den SAD könnte dies bedeuten, dass Prävention zu diesem Thema bereits in der Mittelstufe anzusetzen ist.*

Zur Zeit dieser Befragung (Frage 42) rauchten noch gelegentlich oder regelmässig 19,2% der Jungen (N=156) und 20,5% der Mädchen (N=166). *In der HBSC-Studie 2006: Bei den 13-Jährigen rauchten noch 3,1% der Schüler und 4,3% der Schülerinnen wöchentlich bzw. 1,7% der Schüler und 1,4% der Schülerinnen jeden Tag. Bei den 15-Jährigen rauchten noch 15,3% Jungen und 14,6% der Mädchen wöchentlich und 10,7% der Jungen bzw. 10,2% der Mädchen täglich. Laut Autoren sind sowohl der gelegentliche wie auch der tägliche Tabakkonsum seit der letzten Befragung 2002 stark zurückgegangen.*

Nach Nationalität aufgeteilt: 20,2% der Schweizer und 19,1% der Nicht-Schweizer rauchen gelegentlich oder regelmässig.

Bei der Frage 40 „jemals Tabak, Alkohol und Cannabis ausprobiert?“ sind die Befragten anderer Nationalität mit geringeren Anteilen vertreten als Schweizer.

Kommentar: Hier stellt sich die Frage, ob diese Unterschiede signifikant sind und eine mögliche Hypothese unterstützen können, dass anderer Nationalität zu sein, möglicherweise ein Schutzfaktor vor Substanzkonsum ist. Deshalb wurde eine Risikoschätzung durchgeführt und die Odds Ratio errechnet, sowie nach Geschlecht als möglicher Confounder oder Effektmodifikator stratifiziert.

Für das Rauchen und „jemals Tabak geraucht zu haben“ ist kein Nationalitäteneffekt zu sehen. In Bezug auf „jemals Alkohol probiert zu haben“ ist andere Nationalität ein signifikanter Schutzfaktor (OR=0,798, CI 0,653-0,975); Nicht-Schweizer haben ein um 20% geringeres Risiko, zur Zeit der Befragung jemals Alkohol probiert zu haben. Wenn es um regelmässigen Alkoholkonsum, Trunkenheit und Cannabiskonsum geht, dann besteht wieder kein Nationalitäteneffekt. Das Geschlecht kann in allen Analysen

als Confounder oder Effektmodifikator ausgeschlossen werden (vgl. SPSS-Tabellen Out_080628, S. 9-14/36).

Der Anteil der Raucher und Raucherinnen in den drei Klassentypen ist folgendermassen: 32,8% der Sek.C/Sonderklassen, 22,5% der Sek.B und 14,7% der Sek.A rauchen gelegentlich oder regelmässig. *Kommentar: Diese Werte decken sich mit den schulärztlichen Erfahrungen bei den Beratungsgesprächen.*

Der Anteil der Lernenden der Sek.C/Sonderklassen ist auch beim Ausprobieren von Tabak, Alkohol, Cannabis und anderen Drogen sowie beim Betrunkensein am höchsten, dann kommen die Sek.B-Lernenden und schliesslich die Sek.A-Lernenden.

Alkohol (Tab. 4.2.6-1, S. 30) ausprobiert haben 51,9% der antwortenden Jungen im mittleren Alter von 12,4 Jahren und 50,1% der Mädchen im mittleren Alter von 12,5 Jahren. **Gelegentlich oder regelmässig trinken 21,7% der Jungen (N=165) und 24,0% der Mädchen (N=182).** 24,0% der Schweizer geben gelegentlichen oder regelmässigen Alkoholkonsum an und 21,0% der Befragten anderer Nationalität.

HBSC 2006: 81,1% der Jungen im mittleren Alter von 13,1 Jahren und 80,5% der Mädchen im mittleren Alter von 13,4 Jahren haben jemals Alkohol ausprobiert (Angaben auf 15-Jährige beschränkt). Wöchentlich konsumieren 8,1% der männlichen und 5,2% der weiblichen 13-Jährigen und 25,4% der männlichen sowie 17,6% der weiblichen 15-Jährigen. Verglichen mit 2002 sollen die Anteile auch beim Alkoholkonsum zurückgegangen sein. In der SMASH-Studie 2002 geben 42% der 16-20-jährigen Mädchen und 67% der gleichaltrigen Jungen an, dass sie ein- bis mehrmals pro Woche Alkohol konsumieren.

Kommentar: In dieser Befragung ist der Anteil ausprobierender Jugendlicher tiefer, jedoch auch das mittlere Alter. D. h. in Kontakt mit Alkohol kommen die Jugendlichen bereits Ende Mittelstufe. Zudem zeigt die SMASH-Studie, dass mit zunehmendem Alter der Anteil an Alkohol konsumierenden Jugendlichen grösser wird.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Hitparade der alkoholischen Getränke, die täglich, mehrmals oder einmal pro Woche konsumiert werden, sowohl von Jungen wie von Mädchen, welche den ersten Teil der Frage 45 „Trinkst du gelegentlich oder regelmässig Alkohol?“ bejahten:

Tab. 4.2.6-2: Verteilung der Alkoholika nach Geschlecht (täglich, mehrmals pro Woche und ein Mal pro Woche zusammengefasst, Frage 45), Mehrfachantworten möglich.

Alkoholart	Jungen: N = 165, die trinken	Alkoholart	Mädchen: N = 182, die trinken
1. Alkopops	71/43,0%	1. Alkopops	57/31,3%
2. Bier	54/32,7%	2. Bier	33/18,1%
3. Schnaps	40/24,2%	3. Schnaps	24/13,2%
4. Wein	21/12,7%	4. Wein	15/ 8,2%

Jungen und Mädchen haben die gleiche Rangfolge an Präferenzen für alkoholische Getränke (ähnlich ist es bei der Aufteilung Schweiz – andere Nationalität). An erster Stelle stehen in dieser Befragung die Alkopops. *Im Unterschied dazu ist in der HBSC-Befragung 2006 Bier die erste Präferenz.*

Trunkenheit (Tab. 4.2.6-1): Die Frage, ob Trunkenheit im Zeitraum der letzten 12 Monate vorkam und wie häufig, haben insgesamt 770 Jungen und 773 Mädchen beantwortet (fehlende Angaben bei 6,2% der Jungen und bei 5% der Mädchen):

- Nie betrunken: 81,4% der Jungen (N=627) und 79,2% der Mädchen (N=612).
- Zwei bis mehr als zehn Mal betrunken: 9,9% der Jungen (N=78) und 10,7% der Mädchen (N=83).

Zum ersten Mal in ihrem Leben betrunken waren 16,7% der Jungen (von N=809) im mittleren Alter von 13,2 Jahren und 16,6% der Mädchen (von N=806) im mittleren Alter von ebenfalls 13,2 Jahren.

In der HBSC-Studie 2006 geben bei den 13-Jährigen 7,3% der Jungen und 5,0% der Mädchen sowie bei den 15-Jährigen 28,1% der Jungen und 19,0% der Mädchen an, mindestens zweimal im Leben betrunken gewesen zu sein. Betrunken gewesen, waren 43,1% der Jungen im mittleren Alter von 13,8 Jahren und 36,5% der Mädchen im mittleren Alter von 13,8 Jahren. Kommentar: die Prävalenzen sind in dieser Untersuchung deutlich tiefer, ebenso das mittlere Alter bei der ersten Trunkenheit.

Nach Nationalität aufgeteilt: 9,7% der Schweizer und 10,9% der Befragten anderer Nationalität waren zwei bis mehr als zehn Mal betrunken.

Nach Klassentypen aufgeteilt: 17% der Lernenden der Sek.C/Sonderklasse, 9,4% der Sek.B- und 5,7% der Sek.A-Lernenden waren zwei bis mehr als zehn Mal in den vergangenen 12 Monaten betrunken.

Betrachtet man die Folgen der Trunkenheit resp. die Schwierigkeiten, die in diesem Zusammenhang aufgetreten sind, so zeigen Jungen und Mädchen wieder die gleiche Rangliste mit unterschiedlichen Anteilen:

Tab. 4.2.6-3: Probleme, die während der Betrunkenheit vorkamen nach Geschlecht (F 47)

Problemfelder	Jungen: JA N/Zeilen-%	Mädchen: JA N/Zeilen-%
1. Ich habe schon erbrechen müssen oder starke Kopfschmerzen gehabt	81/54,7%	105/62,9%
2. Es hat andere Probleme gegeben	47/32,0%	60/36,2%
3. Ich war an Streit, Schlägerei oder Sachbeschädigung beteiligt	28/19,4%	19/11,7%
4. Ich war schon deswegen bewusstlos oder im Spital	5/ 3,4%	8/ 4,9%

Cannabis (Tab. 4.2.6-1): 15,1% der Jungen im mittleren Alter von 13,0 Jahren und 8,8% der Mädchen im mittleren Alter von 12,5 Jahren haben bereits Cannabis ausprobiert. In der Sek.C/Sonderklasse ist dieser Anteil bei 17,6%, in der Sek.B bei 12,0% und in der Sek.A bei 10,5%. Betrachtet man den **Konsum in den letzten 12 Monaten, so geben 15,0 % der Jungen (N=115) an, ein- bis mehrmals Cannabis gebraucht zu haben. Bei den Mädchen liegt dieser Anteil bei 10,9% (N=83).** Gut ein Viertel dieser Konsumenten konsumiert Cannabis auch unter der Woche.

In den HBSC-Studien 2002 und 2006 ist der Anteil an Cannabis-Konsumierenden (gefragt in den letzten 12 Monaten mindestens einmal, 12-Monatsprävalenz) bei 15-jährigen Jungen von 37,7% im 2002 auf 24,6% im 2006 sowie bei den gleichaltrigen Mädchen von 33,2% im 2002 auf 21,2% im 2006 gesunken. Die 13-Jährigen wurden zum Cannabiskonsum nicht befragt.

Kommentar: In dieser Befragung liegen die Anteile der Konsumierenden noch tiefer. In dieser Untersuchung wurde weiter überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und zwei bis mehrmaliger Trunkenheit besteht. Die Korrelation ist hochsignifikant, Kendall-Tau-c 0,234, $p < 0,001$. D.h. mit Cannabiskonsum ist gehäufte Trunkenheit signifikant assoziiert (vgl. Tabellen Out_080628, S. 32/36).

Andere illegale Drogen: 2,2% der Jungen im mittleren Alter von 12,3 Jahren und 1,8% der Mädchen im mittleren Alter von 12,0 Jahren (Abb. 4.2.6-1, S. 30), die zu den Drogenfragen Stellung nehmen, geben an, jemals in ihrem Leben bereits andere illegale Drogen konsumiert zu haben. Wird nach dem Konsum von Ecstasy, Aufputschmitteln, Kokain, Medikamenten mit Rauschwirkung und halluzinogenen Pilzen in den letzten 12 Monaten gefragt, so verneint die grosse Mehrheit der Jugendlichen diesen Konsum. Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der in den letzten 12 Monaten konsumierten illegalen Drogen bei Jungen und Mädchen:

Tab. 4.2.6-4: Ein bis mehrmals in den letzten 12 Monaten folgende Drogen konsumiert, nach Geschlecht (F 48).

Substanz:	Jungen: N und Zeilen-%	Mädchen: N und Zeilen-%	Lebenszeitprävalenz
Ecstasy	15 / 2,0%	9 / 1,2%	1,6%
Aufputschmittel	15 / 2,0%	7 / 0,9%	1,5%
Kokain	17 / 2,2%	16 / 2,1%	2,2%
Medikamente mit Rauschwirkung	19 / 2,5%	17 / 2,2%	2,4%
Halluzinogene Pilze	17 / 2,2%	4 / 0,5%	1,4%

Obwohl der Anteil solcher Drogen klein ist, müssen diese Zahlen dennoch zu denken geben. Vor allem wenn man die schnelle Abhängigkeits- und Suchtbildung sowie die schädigende Wirkung auf die Gehirnentwicklung in diesem Alter berücksichtigt (Susan F. Tapert, 2007). *In der HBSC-Studie 2006, in der neu ebenfalls die Frage nach dem Konsum der übrigen sog. psychoaktiven Drogen gestellt wurde, sind nur bei Ecstasy und Kokain ähnliche Prävalenzen zu sehen: so ist die Lebenszeitprävalenz von Ecstasy 1,7% (hier 1,6%), von Aufputzmitteln 2,0% (hier 1,5%), von Kokain 2,2% (hier auch 2,2%), von Medikamenten mit Rauschwirkung 1,4% (hier 2,4%) und von halluzinogenen Pilzen 3,7% (hier 1,4%).*

Befragt nach der *Einschätzung der Gefährlichkeit* der legalen und illegalen Substanzen (F 49), unabhängig davon ob sie konsumiert werden oder nicht, geben die Jugendlichen nur bei Ecstasy, Aufputzmitteln, Kokain und halluzinogenen Pilzen an, diese Substanzen für hoch gefährlich zu erachten.

Tabak halten viele für ungefährlich oder nur wenig gefährlich: Tabak in jeder Form 29,5% der Jungen und 27,0% der Mädchen; aus der Wasserpfeife gar 34,2% der Jungen und 35,3% der Mädchen. *Kommentar: Wasserpfeife rauchen – obwohl schädlicher – scheint sowohl bei Jungen und Mädchen kein eigentliches Rauchen zu sein, denn sie verharmlosen diesen Genuss oder bezeichnen ihn gar als Nicht-Rauchen. 9,9% der Jungen und 9,6% der Mädchen rauchen gelegentlich Wasserpfeife, obwohl sie sich als Nichtraucher deklariert haben (F 43).*

Cannabis wird von 15,9% der Jungen verharmlost, 13,8% sind es bei den Mädchen. Ebenso die Medikamente mit Rauschwirkung werden bei 11,3% der Jungen und 14,6% der Mädchen als nicht oder wenig gefährlich eingestuft.

Kommentar: Die Assoziation zwischen Cannabiskonsum (ja/nein) und Einschätzung der Gefährlichkeit von Cannabis ist hochsignifikant, wenn auch schwach ($Tau-b = 0,19$, $p = 0,001$). Mit anderen Worten Non-User halten Cannabis tendenziell für gefährlicher als User (vgl. Tabellen Out_080628, S. 17/36).

Motivationsgründe: Da das Rauchen auf Grund des grossen Suchtpotenzials von Tabak ein gewichtiges Problem darstellt, wurde hier zur Motivationsbefragung das Rauchen genommen. Ein weiterer Grund ist, dass der SAD sich beim Projekt KIM4YOU des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung in Zürich beteiligt hat, und die Motivation für Tabakkonsum und Abstinenz war ein zentrales Anliegen.

Für Raucher und Raucherinnen wurden elf Antwortangebote gemacht auf die Anmerkung „Ja, ich rauche gelegentlich oder regelmässig, weil.....“ (F 42), die sie alle beantworten sollten. Die meisten Antwortvorgaben wurden verworfen, aber vier Vorgaben wurde zu einem grossen Teil sowohl von Jungen wie Mädchen zugestimmt: (siehe SPSS-Tabellen im Anhang S.16 von 58)

- Weil der Tabakgeschmack gefällt: 34,4% der Jungen und 36,0% der Mädchen,
- wegen Langeweile, Stress, Frust: 37,4% der Jungen und 56,8% der Mädchen,
- zur Beruhigung: 43,0% der Jungen und 48,5% der Mädchen,
- wegen Tabakabhängigkeit: 19,0% der Jungen und 25,2% der Mädchen.

Kommentar: Erstaunlich ist, dass kaum Jugendliche Rauchen zur Gewichtskontrolle oder -reduktion brauchen und dies sowohl bei Jungen wie bei Mädchen. Unter Druck lassen sich die Jugendlichen nicht setzen und rauchende Kollegen sind kein Problem. Sie finden das Rauchen nicht cool und Verbote reizen sie nicht. Raucher oder Raucherinnen in der Familie sind nicht zündend für den eigenen Konsum.

Die Nichtraucher und Nichtraucherinnen zeigen zum Teil eine innere Motivation nicht zu rauchen und sie zeigen sich gesundheitsbewusst:

- weil Rauchen ungesund ist: 88,8% der Jungen und 77,5% der Mädchen;
- weil der Geschmack abgelehnt wird: 80,0% der Jungen und 76,5% der Mädchen;
- weil Sport getrieben wird: 57,6% der Jungen und 28,7% der Mädchen;
- wegen des jungen Alters: 51,8% der Jungen und 44,2% der Mädchen;
- weil die Eltern es nicht gut finden: 58,6% der Jungen und 48,1% der Mädchen
- weil es eine Abmachung gibt (Schule/Elternhaus): 39,8% der Jungen, 40,3% der Mädchen.

Weil Tabak sehr teuer ist, ist für etwa ein Drittel Jungen und Mädchen ein triftiger Grund, nicht zu rauchen. Keine gewichtigen Gründe sind Nichtraucher in der Familie und fehlende Gelegenheiten zum Rauchen.

Eine Standortbestimmung erfragt Frage 44, mit sieben Möglichkeiten zu antworten und der Antwortvorgabe dichotom Ja/Nein. Mehrfachantworten waren möglich.

Tab. 4.2.6-5: F 44 „Weitere Fragen zum Rauchen“ nach Geschlecht, Nationalität dichotom und Klassentypus.

	Jungen: JA N/Zeilen-%	Mäd- chen:JA N/Zeilen-%	CH: JA N/Zeilen%	a.Nat: JA N/Zeilen%	Sek.A JA	Sek.B JA	Sek.C/So JA
Ich rauche gar nichts, habe auch nicht vor, damit anzufangen	586 72,9%	559 69,4%	683 71,3%	458 70,9%	612 75,7%	445 69,1%	98 57,0%
Ich rauche ausschliesslich Wasserpfeife	126 15,7%	85 10,5%	137 14,3%	72 11,1%	97 12,0%	83 12,9%	31 18,0%
Ich rauche nicht, würde aber gerne Zigaretten ausprobieren	36 4,5%	50 6,2%	55 5,7%	31 4,8%	42 5,2%	34 5,3%	10 5,8%
Ich rauche nicht, würde aber gerne Wasserpfeife ausprobieren	115 14,3%	106 13,2%	138 14,4%	83 12,8%	111 13,7%	90 14,0%	20 11,6%
Ich habe aufgehört mit Rauchen und rauche nicht mehr	96 11,9%	112 13,9%	117 12,2%	88 13,6%	84 10,4%	97 15,1%	27 17,7%
Ich habe aufgehört mit Rauchen, rauche aber gelegentlich wieder	50 6,2%	77 9,6%	79 8,2%	48 7,4%	51 6,3%	54 8,4%	22 12,8%
Ich rauche und habe auch nicht vor, das Rauchen aufzugeben	53 6,6%	70 8,7%	70 7,3%	51 7,9%	32 4,0%	61 9,5%	30 17,4%

Aus dieser Tabelle ist zu lesen, dass 15,7% der Jungen und 10,5% der Mädchen Wasserpfeife rauchen und ebenso viele sie gerne ausprobieren würden. In der Sek.C/Sonderklasse ist der grösste Anteil an Wasserpfeife-Rauchenden (18%).

Sehr erfreulich hingegen ist, dass sich 72,9% der Jungen und 69,4% der Mädchen entschlossen haben, nicht zu rauchen und auch nicht damit anfangen wollen. Überzeugte Raucher und Raucherinnen sind mit Anteilen von 6,6% bzw. 8,7% vertreten. In den Sek.C/Sonderklassen ist der Anteil der Raucher und Raucherinnen bei 17,4%.

6,2% der Jungen und 9,6% der Mädchen haben mit Rauchen aufgehört und rauchen gelegentlich wieder. *Kommentar: Diese Zahlen könnten Hinweise liefern, dass bei dieser Zielpopulation vermehrt Anstrengungen zur Sekundärprävention unternommen werden sollten, denn diese Gruppe könnte im besten Fall zu den Nichtrauchern gehören, im schlimmsten aber wieder regelmässig zu rauchen beginnen.*

4.2.7. Daten zu Unfällen, Gewalt und Schutzmassnahmen:

Tabelle 4.2.7-1: F 50 „Wie häufig ist in den letzten 12 Monaten folgendes geschehen und wann/wo war das?“ Antwortvorgabe „nie, einmal/mehrmals und in der Schule/sonst“: erlaubt Mehrfachantworten, vgl. SPSS-Tabellen im Anhang (Out_080609a, S. 20-22/57 und S. 47-49/57 sowie Out_080609b, S. 26+27/31); Aufteilung nach Geschlecht, Nationalität dichotom und Klassentypen. Zur Veranschaulichung Darstellung in Farben bei Geschlecht und Nationalität.

	Jungen 1x-mehr N / %	Mädchen 1x-mehr N / %	Sek.A 1x-mehr N / %	Sek.B 1x-mehr N / %	Sek.C/Sonder 1x-mehr N / %	CH: 1x-mehr N / %	a.Nat: 1x-mehr N / %
Sportunfälle mit Behandlungsbedarf	399 49,3%	331 41,1%	364 44,7%	304 46,8%	67 39,6%	441 46%	307 44,1%
Andere Unfälle/ Verletzungen	312 41,7%	274 34,1%	266 32,9%	259 40,1%	67 39,6%	338 35,3%	245 39,9%
Aktiv an Schlägerei beteiligt (Täter)	283 35,1%	135 16,8%	145 18,0%	214 32,9%	62 43,7%	228 23,8%	192 29,9%
Geschlagen/verprügelt worden (Opfer)	161 19,9%	82 10,2%	90 11,2%	115 17,8%	42 25,6%	156 15,3%	89 13,8%
Schikaniert worden (Opfer)	229 28,4%	224 28,0%	213 26,4%	191 29,6%	52 31,2%	401 31,3%	149 23,3%
Selber schikaniert (Täter)	271 33,7%	191 23,9%	220 27,3%	189 29,3%	55 37,0%	282 29,4%	178 27,8%
Via Internet bedroht, erpresst (Opfer)	64 8,0%	79 9,9%	58 7,1%	67 10,4%	20 11,8%	81 8,5%	62 9,6%
Sonst bedroht worden (Opfer)	117 14,3%	127 15,9%	105 13,0%	107 15,6%	34 19,4%	135 14,1%	107 15,8%
Selber via Internet bedroht (Täter)	52 6,5%	49 6,0%	35 4,3%	51 7,6%	17 9,9%	51 5,3%	50 7,7%
Jemanden bedroht, erpresst (Täter)	88 9,7%	66 8,8%	51 6,3%	71 11,0%	22 12,8%	78 8,2%	66 10,2%
Bestohlen worden (Opfer)	222 27,4%	202 25,1%	197 24,5%	186 28,8%	43 29,0%	260 27,1%	158 24,5%
Selber etwas gestoh- len (Täter)	246 30,6%	180 22,4%	179 22,2%	186 28,8%	61 35,5%	252 26,3%	172 26,7%
Schule geschwänzt	209 25,8%	249 31%	210 26,0%	191 29,4%	61 35,7%	270 27,1%	194 30,0%
Vandalenakte (Täter)	375 46,4%	293 36,4%	291 36,1%	294 45,3%	86 50,0%	372 36,8%	291 44,8%
Zu Hause körperlich bestraft (Opfer)	77 9,6%	134 16,7%	106 13,2%	89 13,8%	35 20,5%	105 11,0%	105 16,3%
Von zu Hause abgehauen	81 10,0%	125 15,6%	91 11,3%	83 12,8%	15 8,8%	132 15,8%	64 11,5%
Von Jugendlichen sexuell unter Druck gesetzt worden, Opfer	28 3,4%	52 6,6%	34 3,9%	33 5,1%	15 8,8%	45 4,7%	35 5,4%
Von Erwachsenen sexuell unter Druck gesetzt worden, Opfer	29 3,6%	37 4,6%	24 2,9%	27 4,2%	15 8,8%	41 4,3%	25 3,9%

Sportunfälle und andere Unfälle/Verletzungen, die einer Behandlung bedurften:

Es verunfallte ein höherer Anteil an Jungen als an Mädchen. In ähnlichem Ausmass haben Schweizer (46%) wie Befragte anderer Nationalität (44%) Sportunfälle. Hingegen bei Verletzungen oder Unfällen anderer Art ist der Anteil der Befragten anderer Nationalität um 4,6% höher. Der Ort des Geschehens liegt hauptsächlich ausserhalb der Schule, wobei 36,0% der Mädchen angeben, in der Schule die Sportunfälle zu erleiden (vgl. SPSS-Tabellen im Anhang). In den Sekundarklassen ist der Anteil der Lernenden der Sek.B sowohl bei Sportunfällen wie Unfällen und Verletzungen anderer Art am höchsten und am tiefsten bei den Lernenden der Sek.C/Sonderklassen.

Aktiv an einer Schlägerei beteiligt gewesen zu sein: An Schlägereien beteiligt sind mehr als doppelt so viele Jungen wie Mädchen. Mehr als die Hälfte der Täter und etwa ein Drittel der Täterinnen sind mehrmals an einer Schlägerei beteiligt (vgl. SPSS-Tabellen im Anhang). Der Anteil der Jugendlichen mit anderer Nationalität, die aktiv in eine Schlägerei verwickelt sind, ist deutlich höher als bei Schweizer Jugendlichen; dies sowohl bei einmaligen wie bei mehrmaligen Ereignissen. Der Tatort befindet sich mehrheitlich ausserhalb der Schule, jedoch 31,8% der Jungen und 23,3% der Mädchen beteiligen sich auch im Schulbereich aktiv an Schlägereien oder 25,8% der Schweizer und 33,1% Nicht-Schweizer (vgl. SPSS-Tabellen). *Kommentar: Die Frage, ob „andere Nationalität“ ein Risikofaktor ist, vermehrt aktiv an Schlägereien beteiligt zu sein, wird in einer Risikoschätzung beantwortet. Jugendliche anderer Nationalität haben ein erhöhtes Risiko aktiv an Schlägereien beteiligt zu sein (crude OR 1,363, CI 1,088-1,707). Das heisst, ausländische Jugendliche haben gegenüber Schweizern dafür ein um fast 40% erhöhtes Risiko. Das Geschlecht ist kein Confounder oder Effektivitätsmodifikator, da die Confidenzintervalle überlappen (vgl. Tabellen im Anhang Out_080628, S. 11+15/36).*

Weitere Gewalttätigkeiten als Täter/Täterin: Andere schikanieren, via Internet oder Mail jemanden bedrohen, bzw. erpressen, jemanden sonst bedrohen oder erpressen, etwas stehlen und aus Wut oder Spass etwas beschädigen oder kaputt machen (Vandalismus); bei diesen Gewaltanwendungen ist der Anteil der diese Fragen bejahenden Jungen, der Lernenden der Sek.C/Sonderklassen und der Befragten anderer Nationalität ebenfalls höher als der Anteil der Mädchen, der Lernenden in der Sek.A und B und der Jugendlichen mit Schweizer Nationalität. Beim Schikanieren ist allerdings der Anteil der Nicht-Schweizer, die diese Gewaltform angeben, geringer als der Anteil der Schweizer und beim Stehlen ist der Anteil Schweizer und Nicht-Schweizer fast gleich. Lernende in der Sek.A sind mit dem geringsten Anteil an der indirekten oder direkten Gewalt beteiligt. *Kommentar: Die im Abschnitt 4.3.1 „weitere Ergebnisse“ beschriebene Varianzanalyse bestätigt das hier suggerierte Täterprofil ausländischer Junge aus der Sek.C/Sonderklasse nicht. Es zeigt sich, dass man bei den Prozentualanteilen vorsichtig sein muss, um nicht voreilig Schlüsse zu ziehen!*

Schaut man beim Vandalismus genauer hin, ist der Anteil sowohl der Jungen (46,4%) wie der Mädchen (36,4%) sehr hoch. *Kommentar: Sind Vandalenakte bei beiden Geschlechtern beliebt, um Frust abzulassen?* 15,1% der Jungen geben an, wiederholt aus Wut oder Spass etwas beschädigt zu haben. Bei den Mädchen ist der Anteil

11,2% für Wiederholungen einer Sachbeschädigung. Vandalenakte werden meist in der Freizeit ausgeübt.

Geschlagen und verprügelt zu werden: Der Anteil an verprügelten Jungen ist fast doppelt so hoch wie der Anteil an verprügelten Mädchen. Der Anteil an Verprügelten liegt bei Schweizern höher als bei Nicht-Schweizern. Zu Prügeln kommt es hauptsächlich in der Freizeit, jedoch ein Drittel der Betroffenen wird in der Schule verprügelt (vgl. SPSS-Tabellen). Bei den Lernenden in den drei Klassentypen ist der Anteil der Betroffenen in den Sek.C/Sonderklassen markant am höchsten.

Weitere Gewaltbelastungen als Opfer: *Schikaniert werden* betrifft Jungen und Mädchen in fast gleichen Ausmass, und gut die Hälfte wird wiederholt schikaniert. Der Anteil der Schweizer, die angegeben haben, schikaniert worden zu sein, ist um 8% höher als der Anteil der Befragten anderer Nationalität. Im Vergleich der Klassentypen ist der Anteil der Sek.C/Sonderklassen am höchsten. Der Tatort ist hauptsächlich die Schule, was zwei Drittel der Jungen bzw. Mädchen und zwei Drittel der Schweizer bzw. Nicht-Schweizer angeben.

Via Internet oder Mail bedroht oder erpresst werden, sonst bedroht oder erpresst werden betrifft vor allem die Mädchen, Lernende der Sek.C/Sonderklassen und Befragte anderer Nationalität. Ihre Anteile an diesen Gewalterlebnissen sind am höchsten. Ort der Erpressungen ist meist ausserhalb der Schule.

Bestohlen worden zu sein geben mehr Jungen als Mädchen und mehr Schweizer als Befragte anderer Nationalität an. Die Lernenden der Sek.B und Sek.C/Sonderklassen sind mit fast gleich hohen Anteilen vertreten. Der Tatort liegt meist ausserhalb der Schule. Rund ein Drittel der Jungen und Mädchen wurde aber auch in der Schule bestohlen (vgl. SPSS-Tabellen im Anhang).

Schuleschwänzen: Der Anteil ist bei den Mädchen höher, insbesondere wenn es um mehrmaliges Schwänzen geht. Schaut man die Nationalitäten an, so schwänzen Schweizer weniger als Befragte anderer Nationalität, und der Anteil von mehrmaligem Schwänzen ist bei letzteren auch höher. Bei den Lernenden der Sek.C/Sonderklassen ist der Anteil am Schuleschwänzen am höchsten. Mit einem Anteil von 29,4% wird auch bei den Sek.B-Lernenden viel geschwänzt, und gut ein Viertel der Sek.A-Lernenden haben auch schon geschwänzt.

Zu Hause körperlich bestraft werden: Der Anteil der Mädchen, die zu Hause körperlich bestraft werden, ist sehr viel höher als der Anteil der Jungen, ebenso bei den wiederholten körperlichen Bestrafungen. Von denjenigen Jugendlichen, die zu Hause körperlich bestraft werden, trifft es gut die Hälfte wiederholt (vgl. SPSS-Tabellen). Werden die Anteile von Schweizern und Nicht-Schweizern verglichen, so ist der prozentuale Anteil körperlich Bestrafter bei letzteren um 4,6% höher. Ein Fünftel der Lernenden der Sek.C/Sonderklassen wird zu Hause körperlich bestraft, ein deutlich höherer Anteil als unter den Sek.A- und Sek.B-Lernenden.

Kommentar: Der prozentuale Unterschied zwischen Mädchen und Jungen sowie Nicht-Schweizern und Schweizern ist signifikant, jedoch nicht jener der Klassentypen, was eine Risikoschätzung (Determinanten für den Risikofall sind Geschlecht, Nationalität und Klassentypen) zeigt: Für Nicht-Schweizer ist die OR=1,578 (CI 1,180-2,113). Für Jungen ist die OR=0,546 (CI 0,404-0,738). Nicht-Schweizer haben ein 1,6 Mal höheres Risiko als Schweizer und Jungen ein um 45% tieferes Risiko als Mädchen, körperlich zu Hause bestraft zu werden. Der Klassentypus ist kein Risikofaktor. Damit kann gesagt werden, andere Nationalität ist ein Risikofaktor für einmalige oder wiederholte körperliche Strafen. Die Nicht-Schweizer haben gegenüber den Schweizern ein um fast 60% erhöhtes Risiko. Junge zu sein, ist ein Schutzfaktor. Sie haben gegenüber den Mädchen ein um 45% niedrigeres Risiko für körperliche Strafen (vgl. Tabellen im Anhang Out_080628, S. 11+15/36).

Von zu Hause abgehauen: Der Anteil an Mädchen, die von zu Hause abgehauen sind, ist um rund 6% höher als der Anteil der Jungen. Von denen, die jemals abgehauen sind, sind zu gleichen Anteilen Jungen und Mädchen mehrmals abgehauen (vgl. SPSS-Tabellen). Der Anteil der Schweizer ist höher als der Anteil der Befragten anderer Nationalität. Im Vergleich der Klassentypen ist der Anteil der Sek.B-Lernenden am höchsten, am tiefsten ist der Anteil an Sek.C-/Sonderklassen-Lernenden.

Von Jugendlichen und/oder Erwachsenen unter Druck gesetzt worden, z.B. für eine sexuelle Handlung: Diese beiden Fragen werden von sehr wenigen Befragten bejahend beantwortet, obwohl 808 Jungen und 806 Mädchen auf diese Fragen überhaupt geantwortet haben. *Im Vergleich mit der HBSC-Studie 2002 sind die fehlenden Antworten hier vernachlässigbar, im Gegensatz zu 6% „missing value“ in der HBSC.* Der Anteil der Mädchen (für sexuelle Übergriffe von Jugendlichen oder Erwachsenen)

ist höher als der Anteil der Jungen. *Kommentar: Der Unterschied zwischen den Anteilen von missbrauchten Mädchen und Jungen ist nicht so gross, wie man erwarten würde, wird doch in der Literatur jeweils ein grösserer Anteil Mädchen als häufige Opfer von sexueller Gewalt beschrieben als Jungen.* Am meisten unter Druck gesetzt, z.B. für sexuelle Handlungen, sind die Lernenden der Sek.C/Sonderklassen. Als Tatort wird von 15% der männlichen Opfer und von 16% der weiblichen die Schule bezeichnet.

In der HBSC-Studie wird von 6,4% der Jugendlichen berichtet, die sexuelle Übergriffe von Erwachsenen erfahren haben sollen. Der Anteil in dieser Studie ist tiefer.

Das Schutzverhalten ist je nach Thema bei Jungen und Mädchen sehr unterschiedlich. Frage 51 fragt nach dem Schutz, der normalerweise gebraucht wird:

- *Helm tragen:* 38,3% der Jungen und 42,0% der Mädchen tragen keinen Helm, wenn sie selber Velo oder Moped fahren und 27,3% der Jungen und 29,1% der Mädchen tragen keinen, wenn sie Mitfahrer auf einem Motorrad sind.
- *Gelenkschützer beim Skateboarden* werden von rund 50% der Jungen und Mädchen nicht getragen.
- Auch *bei lauter Musik* etwa in der Disko schützen sich die meisten nicht; 53,8% der Jungen und 59,8% der Mädchen.
- Besser sieht es bei den *Sicherheitsgurten* im Auto aus, denn 68,9% der Jungen und 71,7% der Mädchen gurten sich immer an.
- Eine *Sonnenschutzcrème* benutzen 43,6% der Jungen immer und 36,3% gelegentlich. Bei den Mädchen verwenden 56,6% immer einen Sonnenschutz 34,0% gelegentlich.
- Einen *Augenschutz vor der Sonne*, also Sonnenbrille, tragen gelegentlich 47,4% der Jungen und 56,0% der Mädchen.
- *Einen Schutz beim Geschlechtsverkehr* würden (prospektiv) 47,7% der Jungen immer benutzen und 38,9% der Mädchen, wobei 39,9% Jungen bzw. 49,3% Mädchen „nicht zutreffend“ angekreuzt haben. 6,9% Jungen und 7,3% Mädchen meinen, nie einen Schutz beim Geschlechtsverkehr benutzen zu wollen oder in ähnlichem Ausmass nur gelegentlich.

Kommentar: Das mangelhafte Schutzverhalten der Jugendlichen wird in nächster Zukunft ein wichtiges Thema bei den Präventionsbemühungen des SAD sein. Hier besteht tatsächlich Nachholbedarf.

Die Fragen 52-54 über Autoaggressionen resp. Selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken und -versuche wurden mehrheitlich beantwortet, so dass die Zahl fehlender Antworten sehr gering ist (fehlende Angaben zwischen 1,5-3%). Für Frage 55 „Hatte jemand Kenntnis vom Suizidversuch?“ war F 54 die Filterfrage. Es wurden also nur die Antworten von Personen bei der Auszählung berücksichtigt, die einen Suizidversuch unternommen hatten, resp. diese Frage bejahten.

In der HBSC-Studie 2002 wurde die Frage nach der Selbstverletzung nicht gestellt und die Fragen nach Suizidgedanken und -versuchen anders, so dass die Daten nur vereinzelt vergleichbar sind.

Tabelle 4.2.7-2 zeigt die Verteilung von Jungen und Mädchen zu „Autoaggressionen:“

Tab. 4.2.7-2: Selbstverletzen, Suizidgedanken und -versuche, Mittelwert Alter beim ersten Mal nach Geschlecht

	Jungen: JA N/Zellen-%	Mittelwert Alter (J.)	Mädchen: JA N/Zellen-%	Mittelwert Alter (J.)
F 52: Hast du dich schon einmal selbst verletzt oder dir selbst Schmerzen zugefügt?	173/21,7%	11,6	216/27,1%	12,3
F 53: Hast du jemals sehr ernsthaft daran gedacht, dich selber zu töten?	71/ 8.9%	12,0	187/23,3%	12,6
F 54: Hast du schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?	16/ (2,0%)	12,4	61/ 7,6%	13,0
F 55: Hatte Jemand Kenntnis vom Suizidversuch?	7/(50%)		32/55,2%	

Selbstverletzendes Verhalten (SVV) zeigen 21,7% der Jungen und 27,1% der Mädchen. Diese Jungen und Mädchen haben sich absichtlich Verletzungen oder Schmerzen zugefügt. *Im Vergleich mit der Literatur (Siebert, 2007; Petermann et Winkler, 2005), die sich mit SVV beschäftigt, sind hier sehr hohe Mädchen- und Jungenanteile festzustellen. Siebert und Petermann haben verschiedene internationale epidemiologische Studien durchgesehen, die eine sehr unterschiedliche Geschlechterverteilung von 2:1 oder 5:1 bis 10:1 Mädchen auf Jungen beschreiben. Das Verhältnis Mädchen zu Jungen in der vorliegenden Untersuchung zeigt eine kleinere Differenz!*

Ernsthafte Selbsttötungsgedanken haben 8,9% der Jungen und 23,3% der Mädchen. Man kann von einem Verhältnis von fast 1:3 sprechen. Beim **Suizidversuch** ist der Mädchenanteil ebenfalls grösser als derjenige der Jungen und das Verhältnis ebenfalls fast 3:1. Gut ein Drittel der Mädchen und gut ein Viertel der Jungen, die sich mit Suizidgedanken plagen, haben einen Versuch unternommen.

Die SMASH-Studie 2002 zeigt, dass jedes fünfte Mädchen und jeder fünfte Junge bereits einmal suizidale Gedanken und Absichten hatte und 8,2% der Mädchen und 3,2% der Jungen gar einen Suizidversuch unternommen hatten. Kommentar: In der vorliegenden Studie sind die Anteile der Jungen mit Suizidgedanken viel tiefer als in

der SMASH-Studie. Die Anteile an Jungen und Mädchen mit Suizidversuche sind jedoch fast gleich hoch.

Nach Klassentypus aufgeteilt sieht die Verteilung so aus:

Tab. 4.2.7-3: Autoaggressionen der Lernenden der Sek.A, Sek.B und Sek.C/Sonderklassen (Filterfrage F 54)

	Sek.A N/Zeilen-%	Sek.B N/Zeilen-%	Sek.C/Sonder N/Zeilen-%
F 52: Hast du dich schon einmal selbst verletzt oder dir selber Schmerzen zugefügt?	156 19,5%	178 27,8%	56 33,9%
F 53: Hast du jemals sehr ernsthaft daran gedacht, dich selber zu töten?	115 14,3%	112 17,5%	33 20,0%
F 54: Hast du schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?	27 (3,4%)	35 5,5%	15 (9,2%)
F 55: Hatte jemand Kenntnis vom Selbsttötungsversuch?	15/(60%)	21/(65,5%)	3/(20,0%)

Lernende der Sek.C/Sonderklassen sind bei allen Autoaggressionen in höheren Anteilen vertreten. Ihr Anteil ist hingegen sehr klein, wenn es darum geht, Personen nach einem Suizidversuch in Kenntnis zu setzen.

Kommentar: Diese Zahlen legen den Schluss nahe, dass Lernende der Sek.C/Sonderklassen sehr zuwendungsbedürftig sind und wenig über ihre Probleme kommunizieren. Auch bei den Lernenden der Sek.B ist der Anteil an Autoaggressionen hoch. Ein wesentlicher Anteil jedoch setzt Personen nach einem Suizidversuch in Kenntnis.

4.2.8. Daten zu Freizeit und Zuhause:

Wie verbringen die Jugendlichen ihre Freizeit und wie viel Zeit wenden sie für diese Tätigkeiten auf, ist der Inhalt der Frage 56. Verschiedene Aktivitäten wurden als Vorgabe angeboten mit der Skalierung „mache ich nie – max. 1,5 Stunden – 2 Stunden und mehr“ und der Möglichkeit anzugeben, ob die Aktivität vor allem tagsüber oder nachts ausgeübt wird. Mehrfachantworten waren möglich. Der zweite Teil der Antwortvorgabe, also „tagsüber/nachts,“ wurde von bis zu 50% der befragten Jungen und Mädchen ausgelassen.

Tab. 4.2.8-1: Zeit, die normalerweise pro Tag mit folgender Aktivität verbracht wird, nach Geschlecht (Skala „nie“ und Angabe „wann vor allem“ nicht aufgeführt, siehe Tabellen im Anhang, Seite 25-26 und 52-53)

Aktivitäten:	Jungen		Mädchen	
	Max. 1,5 Std. N/Zeilen-%	2 Std. + mehr N/Zeilen-%	Max. 1,5 Std. N/Zeilen-%	2 Std. + mehr N/Zeilen-%
Lesen	410 / 51,7%	46 / 5,8%	458 / 57,3%	100 / 12,5%
Musik machen	253 / 31,9%	120 / 15,2%	237 / 29,9%	143 / 18,1%
Musik hören, Tanzen	430 / 53,9%	257 / 32,2%	362 / 45,3%	408 / 51,0%
SMS, Telefonieren	482 / 60,9%	137 / 17,3%	462 / 57,8%	273 / 34,1%
Computer: Chats, Surfen, Mailen	329 / 41,2%	354 / 44,3%	351 / 43,8%	332 / 41,4%
Computer: Gamen	360 / 45,2%	393 / 49,3%	426 / 53,3%	288 / 36,0%
Fernsehen: Programm	398 / 50,0%	356 / 44,7%	428 / 53,6%	322 / 40,3%
Hausaufgaben	534 / 66,8%	235 / 29,4%	463 / 57,7%	329 / 40,9%
Im Haushalt helfen	519 / 65,0%	99 / 12,4%	570 / 71,1%	152 / 19,0%
Freunde treffen	287 / 36,1%	456 / 57,3%	272 / 34,0%	474 / 59,3%
Anderes Hobby	275 / 34,8%	332 / 42,0%	313 / 39,6%	231 / 29,2%

Mit *Lesen* beschäftigt sich über die Hälfte der antwortenden Jungen und Mädchen. Doppelt so viele Mädchen als Jungen lesen zwei Stunden und mehr. Gelesen wird sowohl tagsüber wie nachts bei beiden Geschlechtern mit ähnlichen Anteilen.

Musik-Machen wird zum grössten Teil tagsüber ausgeübt. Fast ein Drittel der Jungen und Mädchen macht Musik.

Musik hören, Tanzen: Damit beschäftigen sich sehr viele Jungen und Mädchen. Insgesamt sind es 86,1% der Jungen und 96,3% der Mädchen. 51,0% der Mädchen hören Musik oder Tanzen zwei Stunden und mehr bei den Jungen sind es 32,2%.

SMS, Telefonieren: Ein sehr grosser Anteil der Mädchen und Jungen telefoniert bis zu 90 Minuten pro Tag, zumindest ist das ihre Angabe. Fast doppelt so viele Mädchen als Jungen telefonieren oder schreiben SMS zwei Stunden und mehr. Fast 60% der Jungen und Mädchen telefonieren oder senden SMS tagsüber.

Mit dem *Computer chatten, surfen, mailen* fast gleich viele Jungen wie Mädchen, vor allem tagsüber. 51,2% Lernende der Sek.C/Sonderklassen gaben an, sich damit über zwei Stunden pro Tag zu beschäftigen (mit 36% sind die Anteile der Sek.A-Lernenden geringer)

53,3% der Mädchen und 45,2% der Jungen *gamen* pro Tag bis zu 90 Minuten. Allerdings gamen Jungen zu einem höheren Anteil zwei Stunden und länger. Auch Gamen findet mehr tagsüber als nachts statt. 56,3% der Lernenden in der Sek.C/Sonderklassen gamen mehr als zwei Stunden pro Tag, 47,2% der Sek.B und 36,4% der Sek.A.

In den Fernseher schaut der grösste Teil der Jugendlichen mehrheitlich tagsüber, insgesamt 94,7% der Jungen und 93,9% der Mädchen. Nachdenklich macht die Anzahl Jugendlicher, die proTag zwei Stunden und mehr fernsehen, nämlich 44,7% der Jungen und 40,3% der Mädchen. 36,6% der befragten Schweizer sehen zwei Stunden

und länger fern und 51,4% der Nicht-Schweizer. 55,6% der Lernenden der Sek.C/Sonderklassen, 47,1% der Sek.B und 36,4% der Sek.A schauen mehr als zwei Stunden im Tag fern.

Hausaufgabenmachen müssen alle Schüler und Schülerinnen. Nur 3,8% der Jungen und 1,6% der Mädchen geben an, nie Hausaufgaben daheim resp. in der Freizeit zu machen. 40,9% der Mädchen sitzen zwei Stunden und länger an den Hausaufgaben, derweilen es bei den Jungen 29,4% sind. Es sind vor allem die Lernenden der Sek.A, die mehr als zwei Stunden an den Hausaufgaben sitzen (39,8%). Hausaufgaben werden mehrheitlich tagsüber erledigt.

Freunde in der Freizeit treffen: 6,7% der Jungen und 6,8% der Mädchen geben an, nie Freunde in ihrer Freizeit zu treffen (hingegen 7,2% der Schweizer und 5,8% der Befragten anderer Nationalität). Mit Freunden trifft sich der grösste Teil tagsüber. 57,3% der Jungen und 59,3% der Mädchen treffen sich länger als zwei Stunden mit Freunden.

Irgend ein anderes Hobby wird auch von der Mehrheit tagsüber ausgeübt. Insgesamt 74,8% der Jungen und 68,8% der Mädchen haben ein anderes Hobby. 42,0% Jungen verglichen mit 29,2% Mädchen üben dieses Hobby mehr als zwei Stunden und länger aus. *Kommentar: Dieser grosse prozentuale Unterschied korreliert mit dem Mannschaftssport, an dem mehr Jungen als Mädchen beteiligt sind (deskriptiv, Tabellen im Anhang Out_080628, S. 17+18/36).*

Abb. 4.2.8-2 zur Frage 10 „Hast du in den letzten 30 Tagen ausserhalb der Schule in einem Verein, Club oder einer anderen Gruppe mitgemacht?“

Tab. 4.2.8-2: Ranglisten bei Jungen und Mädchen bzw. Schweizer und andere Nationalität für die Teilnahme an Gruppenaktivitäten (Frage 10, dichotom Nein/Ja)

Verein/Gruppe	Jungen: Ja N/Zeilen-%	Verein/Gruppe	Mädchen: Ja N/Zeilen-%
1. Sportclub/Mannschaftssport	344/47,1%	1. Kurs für Tanz u. ähnliches	158/23,1%
2. Sportclub/Einzelsportart	147/22,9%	2. Sportclub/Mannschaftssport	157/23,1%
3. freiwilliger Schulsport	112/18,3%	3. freiwilliger Schulsport	126/18,7%
4. andere Gruppe	104/16,9%	4. andere Gruppe	123/18,2%
5. Musikgruppe	80/13,1%	5. Musikgruppe	102/15,0%
6. Jugendgruppe	45/ 7,5%	6. Sportclub/Einzelsportart	91/13,4%
7. Kurs für Tanz u. ähnliches	35/ 5,8%	7. Jugendgruppe	82/12,4%
8. Pfadi, Kadetten	34/ 5,6%	8. Pfadi, Kadetten	50/ 7,6%

Bei den Jungen sind Mannschaftssport, Einzelsportarten und der freiwillige Schulsport die häufigsten Nennungen. Fast die Hälfte der antwortenden Jungen treibt Mannschaftssport, jedoch nur knapp ein Viertel der Mädchen. In einer Musikgruppe mitwirken, kommt sowohl bei Jungen und Mädchen an fünfter Stelle. Bei 32,5% der Befragten anderer Nationalität liegt der Mannschaftssport auch an erster Stelle. Danach folgt

der freiwillige Schulsport. Erst an fünfter Stelle mit 12,6% der Nicht-Schweizer reiht sich die Einzelsportart ein. Bei Schweizern ist diese an zweiter Stelle mit einem Anteil von 21,8%. Auch bei ihnen ist Mannschaftssport die erste Wahl der freiwillige Schulsport hingegen kommt an vierter Stelle.

Angaben über das Zuhause (F 57) und ob der/die Jugendliche ein Zimmer für sich alleine hat (F 58): Aus den gültigen Antworten ergibt sich folgendes Bild:

Die meisten Jugendlichen leben mit beiden Elternteilen (73,8% der Jungen und 74,3% der Mädchen) und mit Geschwistern zusammen (77,1% der Jungen und 77,7% der Mädchen). 39,5% der Jungen und 39,7% der Mädchen leben mit einem Elternteil und 7,8% der Jungen sowie 6,8% der Mädchen geben an, mit dem Partner eines Elternteils im gleichen Haushalt zu sein. Mit anderen Verwandten leben 5,1% der Jungen und 6,8% der Mädchen. Eine ganz andere Wohnsituation haben 4,2% der Jungen und 3,8% der Mädchen. Beim Vergleich von Schweizern und Nicht-Schweizern sind diese Anteile sehr ähnlich ebenso die Anteile von Jungen und Mädchen. Augenfällig wirkt der Anteil von 10,4% der Lernenden der Sek.C/Sonderklassen, die angeben, eine andere Wohnsituation zu haben.

Ganz unterschiedlich hingegen bei Frage 58 „Hast du zu Hause ein Zimmer für dich alleine?“: 77,4% der Jungen und 72,2% der Mädchen bejahen dies und 83,5% der Schweizer sowie 62,0% der Befragten anderer Nationalität.

Kommentar: Bei dieser Indikatorfrage für den sozioökonomischen Status der Familie ist der prozentuale Unterschied zwischen den Anteilen von Schweizern und Nicht-Schweizern derart hoch, dass der Schluss nahe liegt, anderer Nationalität zu sein, stelle einen Risikofaktor dar, sein Zimmer mit anderen teilen zu müssen (möglicherweise wegen tieferem sozioökonomischen Status der Familie).

4.2.9. Daten zur Sexualität

Die Frage 59 „Hast du schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen) und wenn Ja, in welchem Alter das erste Mal?“ haben die meisten beantwortet. 21,9% der Jungen (N=174) und 12,4% der Mädchen (N=99) im mittleren Alter von 12,9 Jahren bzw. 13,0 Jahren hatten bereits Geschlechtsverkehr.

Im Nationalitätenvergleich: 14,3% der befragten Schweizer (N=135) und 21,8% der Nicht-Schweizer (N=139) im mittleren Alter von 13,0 bzw. 12,9 Jahren hatten bereits Geschlechtsverkehr.

Aufgeteilt nach Sekundarklassentypus hatten 11,5% der Sek.A-Lernenden (N=94), 19,2% der Sek.B (N=123) und 35,5% der Sek.C-Lernenden (N=60) bereits Geschlechtsverkehr, und letztere im mittleren Alter von 12,7 Jahren.

Kommentar: Die Odds-Ratio zeigt, dass anderer Nationalität zu sein, das Risiko für frühen Geschlechtsverkehr signifikant erhöht, crude OR=1,675, CI 1,290-2,177. In einer logistischen Regression wurde nach Geschlecht und den drei Klassentypen stratifiziert: Jungen haben das 1,9-fache Risiko für frühen Geschlechtsverkehr (OR=1,94 bei CI 1,473-2,554), Nicht-Schweizer haben das 1,4-fache Risiko (OR=1,42 bei CI 1,075-1,862) und pro Sekundarklassentypus erhöht sich das Risiko um das 1,89-fache, d.h. die Sek.C-/Sonderklassen-Lernenden haben gegenüber den Sek.A-Lernenden ein 3,8-fach erhöhtes Risiko für frühen Geschlechtsverkehr (vgl. Tabellen Out_080628, S. 17/36). Eine Korrelationsanalyse zeigt weiterhin, dass ein hochsignifikanter Zusammenhang besteht zwischen frühem Geschlechtsverkehr und zwei bis mehrmals betrunken sein, Kendall-Tau-c 0,183, p<0,001 (vgl. Out_080628, S. 34/36).

„Hast du je die Pille danach verwendet?“ ist eine Frage nur für Mädchen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten. 7,3% dieser Mädchen bejahten diese Frage. Beim Nationalitätenvergleich ist folgendes zu sehen: 5,7% Schweizerinnen und 9,6% Mädchen anderer Nationalität haben die Pille danach eingenommen.

Zur Vervollständigung: 675 Mädchen (86,3%) geben an, die Menarche gehabt zu haben. Davon wissen 549 Mädchen, wann diese gewesen ist. Mittelwert Alter bei der Menarche 12,5 Jahre (Median 12,7, Minimum 7,3, Maximum 15,7, Standardabweichung 1,2). 9,3% der Mädchen (N=73) haben noch keine Menarche und 8,1% der Mädchen (N=66) haben darüber keine Angaben gemacht.

Tabelle 4.2.9-1 zeigt Schutzverhalten und Verhütungsmethoden bei Jungen und Mädchen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten:

Tab. 4.2.9-1: Verhütungsmethoden beim letzten Geschlechtsverkehr nach Geschlecht (F 60)

Verhütungsmethode	Jungen: JA N/Zeilen-%	Mädchen: JA N/Zeilen-%
Wir hatten Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmittel	30/17,2%	17/17,2%
Pille, Hormonpflaster	33/19,0%	26/26,3%
Kondom, Präservativ	157/90,2%	83/83,8%
Spermien abtötender Spray, Schaum etc.	12/ 6,9%	6/ 6,1%
Rechtzeitig Penis herausgezogen (Coitus interruptus)	44/25,3%	17/17,2%
Natürliche Methode (Kalender, Temperaturmessen etc.)	13/ 7,5%	10/10,1%

Erfreulich ist, dass 90,2% der Jungen (N=157) und 83,8% der Mädchen (N=83) ein Kondom beim letzten Geschlechtsverkehr benutzten. Allerdings haben 30% der Ler-

nenden der Sek.C/Sonderklassen keine Verhütungsmittel beim letzten Geschlechtsverkehr gebraucht!

Kommentar: Da der Anteil der Lernenden aus den Sek.C/Sonderklassen, die bereits im frühen Alter Geschlechtsverkehr hatten, hoch ist, wirken 30% nicht verhütende Sek.C-Lernende erschreckend und zeigen einen hohen Nachholbedarf in der Aufklärung der Jugendlichen in dieser Schulstufe an.

4.2.10. Zufriedenheit mit dem eigenen Leben:

Die Antworten zu Frage 11 „Wie zufrieden bist du zur Zeit mit folgenden Bereichen deines Lebens?“ sind zugleich Indikatoren für Zufriedenheit in den verschiedenen, wichtigen Lebensbereichen von Jugendlichen.

Tab. 4.2.10-1: Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen nach Geschlecht (F11). Rot hervorgehoben Bereiche der Unzufriedenheit, die über 10% liegen (willkürliche Grenze als Veranschaulichung).

	Jungen			Mädchen		
Bereiche	Gar nicht-wenig	mittel	sehr	Gar nicht-wenig	mittel	Sehr
Schulsituation	130/15,9%	499/57,6%	215/26,4%	113/14,0%	475/58,6%	222/27,4%
Wohnsituation	60/ 7,4%	167/20,4%	591/72,2%	69/ 8,5%	200/24,7%	540/56,7%
Freizeit	70/ 8,5%	257/31,5%	490/60,0%	88/10,8%	296/36,5%	427/52,7%
Gesundheit	42/ 5,1%	239/29,3%	534/65,5%	62/ 7,6%	324/40,0%	424/52,3%
Familiären Situation	75/ 9,2%	194/23,8%	546/67,7%	117/14,5%	220/27,3%	468/58,1%
Beziehungen zu Freunden	56/ 6,9%	186/23,1%	563/69,9%	47/ 5,9%	188/23,3%	572/70,9%
Mit sich selber	63/ 7,7%	272/33,4%	479/58,8%	126/15,6%	355/43,8%	330/40,7%
Mit dem Leben insgesamt	42/ 6,4%	280/34,4%	483/59,3%	97/12,1%	348/43,2%	361/44,8%

Obwohl ein grosser Anteil der Jungen und Mädchen mittel bis sehr zufrieden in diesen Lebensbereichen und mit sich selbst ist, stimmen die Anteile der gar nicht oder nur wenig Zufriedenen nachdenklich. Nimmt man (willkürlich) die 10%-Grenze als Massstab, so ist es bei den Jungen und Mädchen die Schulsituation, die viele von ihnen unzufrieden macht. Bei den Mädchen sind es auch Freizeit, familiäre Situation und Zufriedenheit mit sich selbst, wo sie gar nicht oder nur wenig zufrieden sind. Beim Vergleich der Nationalitäten sind solche Unterschiede nicht zu sehen: Sowohl Schweizer wie Befragte anderer Nationalität überschreiten bei der Antwortvorgabe „gar nicht bis wenig“ die 10%-Grenze nicht. Beim Vergleich der Klassentypen sind die Lernenden der Sek.C/Sonderklassen ausser in den Bereichen Wohnsituation und Beziehungen zu Freunden sehr unzufrieden. Mit der Schulsituation sind 17,0% (N=30) und mit sich selber sind 15,9% dieser Lernenden (N=28) gar nicht oder nur wenig zufrieden.

Mit der Zufriedenheitsskala (F 62) endet der Fragebogen. Auf die Frage „Wie würdest du dein jetziges Leben bewerten? Kreuze das Kästchen an, das am besten be-

schreibt, wo du stehst.“, mussten sich die Jugendlichen auf einer Skala von 1 (könnte nicht schlechter sein) bis 10 (könnte nicht besser sein) eintragen. Die Skala wurde recodiert, um daraus Indices auf einer 10-Stufen-Skala und intervallskalierte Variablen zu bilden (Mittelwerte \bar{x} mit Standardabweichungen SD):

Bei Jungen 7,6 +/- 1,9; Median 8,0 und bei Mädchen 6,8 +/- 2,1; Median 7,09. Sowohl bei Schweizern und Nicht-Schweizern ist der Index bei 7,2 +/-2,0. Bei Sek.A-Lernenden ist der Index bei 7,3 +/-1,9; bei Sek.B-Lernenden 7,2 +/- 2,1 und bei den Sek.C-/Sonderklassen-Lernenden 7,0 +/-2,4.

Kommentar: Immer ein bisschen unzufriedener mit ihrem Leben sind die Mädchen. Der Unterschied im Index-Mittelwert ist signifikant: Die 2-Weg-Varianzanalyse ANOVA über die abhängige Variable „Zufriedenheit“ (Frage 62) mit den Faktoren Geschlecht und Nationalität dichotom ist hochsignifikant ($F=13,50$; $p<0,001$). Der Haupteffekt Geschlecht ist hochsignifikant ($F=37,44$; $p<0,001$; Jungen 7,6+/-1,9; Mädchen 6,8+/-2,1). Der Haupteffekt Nationalität und die Interaktion Geschlecht mit Nationalität sind nicht signifikant. D. h. Mädchen sind hochsignifikant unzufriedener mit ihrem Leben als Jungen (Out_080609b S14/31). Des weitern rechnet eine Korrelation nach Pearson einen hochsignifikanten Zusammenhang ($p<0,001$) zwischen einem hohen Zufriedenheitsindex und weniger Problemnennungen ($F 22$, Summe der Ja-Antworten; $r=0,404$), weniger Gewalttätigkeiten ($F 50$, Items als Täter/Täterin; $r=-0,149$) und weniger Gewaltbelastungen ($F 50$, Items als Opfer; $r=-0,184$). Die Korrelation ist ebenfalls hochsignifikant ($p<0,001$), wenn sie nach Geschlecht und Nationalität gerechnet wird (Out_080609b, S. 14-15/31).

4.2.11 Wo informieren sich die Jugendlichen/welche Beratungsmöglichkeiten werden von ihnen genutzt?

Tabelle 4.2.11-1: Auflistung von Informations- und Beratungsstellen für Jugendliche nach den Kriterien „schon gefragt, genutzt“, „würde ich fragen/nutzen“ und „mir völlig unbekannt“, nach Geschlecht (blau Jungen, violett Mädchen). Mehrfachantworten möglich. Im Fragebogen 12. Seite

	Jungen			Mädchen		
Infostelle, Beratungsmöglichkeit/	Schon gefragt	Würde ich nutzen	Unbekannt oder nicht wollen	Schon gefragt	Würde ich nutzen	Unbekannt oder nicht wollen
Schulsozialarbeiter/-in	89/11,9%	99/13,2%	159/21,2%	149/19,8%	136/18,0%	97/12,9%
Schularzt/Schulärztin	142/19,2%	123/16,6%	84/11,4%	176/23,6%	153/20,5%	38/5,1%
Kinder-/Hausarzt	183/24,9%	113/15,4%	74/10,1%	250/33,6%	161/21,7%	34/4,6%
Suchtpräventionsstelle	12/1,6%	45/6,1%	448/60,4%	11/1,5%	62/8,4%	413/56,3%
Jugendberatungsstelle	25/3,4%	61/8,2%	306/41,1%	32/4,3%	94/12,7%	192/25,9%
„Lust und Frust“ für Sexualpädagogik	16/2,1%	54/8,2%	394/52,7%	24/3,2%	73/9,7%	355/47,3%
Schulpsychologe/-in	60/8,1%	49/6,5%	227/30,9%	52/7,0%	92/12,3%	169/22,7%
Kinder-/Jugendpsychiater/-psychologe	50/6,7%	44/5,9%	303/40,6%	39/5,2%	80/10,7%	219/29,4%
Castagna für sexuell ausgeb. Kinder	6/0,8%	34/4,6%	519/69,5%	5/0,7%	62/8,3%	499/67,1%
Schlupfhuus, Sorgentelefon	17/2,4%	36/5,0%	420/58,2%	19/2,6%	70/9,2%	314/42,5%
Mädchenhaus				9/1,2%	67/9,1%	385/52,4%
Telefonhilfe für Kinder + Jugendliche	33/4,9%	46/6,8%	269/39,9%	57/7,7%	86/11,7%	242/32,8%
Sozialzentrum im Stadtkreis	21/3,1%	27/4,0%	419/62,1%	24/3,2%	48/6,5%	405/54,8%
Internet	173/23,3%	83/11,2%	89/12,0%	214/28,8%	94/12,7%	81/10,9%
Familienangehörige	289/49,1%	227/38,6%	104/17,7%	336/55,2%	223/36,6%	98/16,1%
Freundeskreis	269/46,7%	223/38,7%	111/19,3%	360/57,1%	250/39,7%	76/12,1%
Bücher/Broschüren	116/16,3%	92/12,9%	198/27,8%	147/20,2%	116/16,0%	124/17,1%
Lehrer/-in	174/29,3%	157/26,4%	189/31,8%	145/23,1%	193/30,8%	193/39,6%

Bei Fragen rund um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden gehen die Jugendlichen häufig neben ihren Peers und Freundeskreis auch die Familienangehörigen an.

Sich mit ihren Lehrkräften besprechen, würde beinahe ein Drittel der Jungen und fast ein Viertel der Mädchen. Betrachtet man die Tabellen nach Sekundartypus aufgeteilt, so reden 32% der Sek.B-Lernenden und 36% der Sek.C-/Sonderklassen-Lernenden mit ihren Lehrkräften (nur rund 20% der Sek.A-Lernenden), wenn etwas ist oder sie eine Information wollen. Dennoch ist die Ablehnung gross, so würden 31,8% der Jungen und 39,6% der Mädchen ihre Lehrkräfte nicht ansprechen (bei den Sek- A-Lernenden sind es 47,8%).

Von den Fachleuten wird der Kinder- oder Hausarzt am ehesten genutzt, dann der Schularzt/die Schulärztin und an dritter Stelle der Schulsozialarbeiter/die Schulsozialarbeiterin. Lernende der Sek.C/Sonderklassen beanspruchen nur in geringem Ausmass den Hausarzt (13,8% der Befragten), den Schularzt (13,9%) und den Schulsozialarbeiter (11,9%). *Kommentar: Vom Bekanntheitsgrad ist die Schulärztin in gleich guter Position wie die Privatärztin, was weiter nicht verwundert, ist sie doch sehr präsent in den Oberstufenschulhäusern.*

Das Schlusslicht hingegen bilden die Schulpsychologen und Schulpsychologinnen und etwa in gleichem Ausmass die privat praktizierenden Kinder- und Jugendpsychia-

ter resp. -psychologen. Sie sind bei vielen Jugendlichen wenig bekannt und werden entsprechend wenig genutzt.

Noch weniger genutzt und bekannt sind die übrigen professionellen Beratungsstellen. *Kommentar: Diese geringen Anteile erstaunen nicht, zumal die Jugendlichen erst durch Dritte (von Fachleuten, Lehrkräften, Freunden, Familie) von diesen Beratungsstellen erfahren sowie aus dem Internet, das ebenfalls von vielen als Informationsquelle genutzt wird, oder aus Büchern und Broschüren, die z.B. in ihrer Schulhausbibliothek aufliegen.*

4.3. Weitere Ergebnisse/Ergebnisse der multivariaten Analysen:

4.3.1. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Unfallereignissen, Gewalttätigkeiten (Täter), Gewaltbelastung (Opfer) und Geschlecht, Nationalität sowie Sekundarklassentypus.

Ausgehend von den Unterschieden in der Prävalenz von Unfallereignissen, Gewalttätigkeiten und Gewaltbelastungen bei Jungen und Mädchen, Schweizern und Nicht-Schweizern und bei den drei Klassentypen (Tab. 4.2.7-1, Seite 38) lauteten die Nullhypothesen wie folgt: „Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen....“

- ... Anzahl Nennungen erlebter Unfälle und Geschlecht, Nationalität sowie Klassentypus.
- ... Anzahl Nennungen ausgeübter Gewalttätigkeiten und Geschlecht, Nationalität sowie Klassentypus.
- ... Anzahl Nennungen erlebter Gewalt und Geschlecht, Nationalität sowie Klassentypus.

Die Nullhypothesen wurden in Drei-Weg-Varianzanalysen ANOVA überprüft. Die abhängigen Variablen sind die Anzahl Nennungen erlebter Unfälle (Frage 50, recodiert, Unfallereignisse), die Anzahl Nennungen ausgeübter Gewalttätigkeiten (Frage 50, recodiert, Täter) und die Anzahl Nennungen erlebter Gewalt (Frage 50, recodiert, Gewaltbelastung als Opfer). Die Faktoren sind Geschlecht, Nationalität dichotom sowie Klassentypus trichotom

Unfallereignisse: (vgl. Tabellen im Anhang, Out_080725, S. 12/24).

Tabelle 4.3.1-1: ANOVA mit Faktor F und Signifikanzniveau p sowie Mittelwerten \bar{x} mit Standardabweichungen SD der Anzahl Nennungen von Unfallereignissen nach Geschlecht, Nationalität und Klassentypus, ns = nicht signifikant.

Faktoren	F	p	\bar{x} +/- SD
ANOVA, N = 1607	3,99	p<0,003	
Geschlecht	10,863	p<0,001	Jungen 0,88+/-0,81; Mädchen 0,75+/-0,80
Nationalität (dichotom)		ns	Schweizer 0,87+/-0,82; Nicht-Schweizer 0,82+/-0,81
Klassentypus (trichotom)		ns	Sek.A 0,77+/-0,80; Sek.B 0,87+/-0,82; Sek.C/Sonderkl. 0,78+/-0,82
Geschlecht X Nationalität		ns	
Geschlecht X Klassentypus	3,525	P<0,030	Junge X Sek.C/Sonderklasse \bar{x} =1,06; Junge X Sek.A \bar{x} =0,99; Junge X Sek.B \bar{x} =0,96
Nationalität X Klassentypus	3,029	P<0,049	Jungen: Nicht-Schweizer X Sek.C/Sonderklassen \bar{x} =1,06 Jungen: Nicht-Schweizer X Sek.A \bar{x} =0,99 Jungen: Nicht-Schweizer X Sek.B \bar{x} =0,96
3-Weg-Interaktion		ns	

Die Varianzanalyse über die abhängige Variable „Unfallereignisse“ mit den Faktoren Geschlecht, Nationalität sowie Klassentypus ist hochsignifikant (statistische Kennwerte siehe Tabelle 4.3.1-1). Der Haupteffekt Geschlecht ist hochsignifikant, d.h. Jungen haben hochsignifikant mehr Unfallereignisse als Mädchen. Die beiden anderen Haupteffekte Nationalität und Klassentypus sind nicht signifikant. Die Interaktion Geschlecht mit Nationalität ist nicht signifikant. Hingegen signifikant sind die Interaktionen Geschlecht mit Klassentypus sowie Nationalität mit Klassentypus. D.h. Jungen der Sek.C/Sonderklassen haben signifikant mehr Unfallereignisse als Jungen der Sek.A bzw. der Sek.B und als Mädchen aus den drei Klassentypen. Sowie Nicht-Schweizer (-Jungen) der Sek.C/Sonderklassen haben signifikant mehr Unfallereignisse als Nicht-Schweizer (-Jungen) der Sek.A bzw. der Sek.B als Schweizer. Die 3-Weg-Interaktion ist nicht signifikant.

Gewalttätigkeiten: (vgl. Tabellen im Anhang, Out_080725, S. 9/24).

Tabelle 4.3.1-2: ANOVA mit Faktor F und Signifikanzniveau p sowie Mittelwerten \bar{x} mit Standardabweichungen SD der Anzahl Nennungen von Gewalttätigkeiten nach Geschlecht, Nationalität und Klassentypus, ns = nicht signifikant.

Faktoren	F	p	\bar{x} +/- SD
ANOVA, N = 1607	20,281	p<0,001	
Geschlecht	44,871	p<0,001	Jungen 1,61+/-1,59; Mädchen 1,13+/-1,38
Nationalität (dichotom)	4,467	P<0,035	Schweizer 1,26+/-1,51; Nicht-Schweizer 1,46+/-1,52
Klassentypus (trichotom)	15,892	P<0,001	Sek.A 1,13+/-1,39; Sek.B 1,54+/-1,55; Sek.C/Sonderkl. 1,76+/-1,69
Geschlecht X Nationalität		ns	
Geschlecht X Klassentypus		ns	
Nationalität X Klassentypus		ns	
3-Weg-Interaktion		ns	

Die Varianzanalyse über die abhängige Variable „Gewalttätigkeiten“ mit den Faktoren Geschlecht, Nationalität sowie Klassentypus ist hochsignifikant (statistische Kennwerte siehe Tabelle 4.3.1-2). Die drei Haupteffekte Geschlecht, Nationalität sowie Klassentypus sind signifikant. D.h. Jungen nennen hochsignifikant mehr Gewalttätigkeiten

als Mädchen, Nicht-Schweizer nennen signifikant mehr Gewalttätigkeiten als Schweizer und Lernende der Sek.C/Sonderklassen nennen hochsignifikant mehr Gewalttätigkeiten als Lernende der Sek.B bzw. der Sek.A. Die Interaktionen sind nicht signifikant. Das heisst, man kann nicht sagen, dass das Täterprofil ein männlicher Ausländer aus der Sek.C/Sonderklasse ist. Man kann lediglich davon reden, dass Jungen, Befragte anderer Nationalität und Lernende der Sek.C/Sonderklasse signifikant mehr Nennungen zu Gewalttätigkeiten angeben.

Gewaltbelastungen: (vgl. Tabellen im Anhang, Out_080725, S. 10-11/24).

Tabelle 4.3.1-3: ANOVA mit Faktor F und Signifikanzniveau p sowie Mittelwerten \bar{x} mit Standardabweichungen SD der Anzahl Nennungen von Gewaltbelastungen nach Geschlecht, Nationalität und Klassentypus, ns = nicht signifikant.

Faktoren	F	p	\bar{x} +/- SD
ANOVA, N = 1607	5,62	p<0,001	
Geschlecht		ns	
Nationalität (dichotom)		ns	
Klassentypus (trichotom)	9,92	P<0,001	Sek.A 0,88+/-1,29; Sek.B 1,12+/-1,47; Sek.C/Sonderkl. 1,28+/-1,67
Geschlecht X Nationalität		ns	
Geschlecht X Klassentypus		ns	
Nationalität X Klassentypus		ns	
3-Weg-Interaktion		ns	

Die Varianzanalyse über die abhängige Variable „Gewaltbelastungen“ mit den Faktoren Geschlecht, Nationalität sowie Klassentypus ist hochsignifikant (statistische Kennwerte siehe Tabelle 4.3.1-3). Die Haupteffekte Geschlecht und Nationalität sind nicht signifikant. Der Haupteffekt Klassentypus ist hingegen hochsignifikant. D.h. Lernende der Sek.C/Sonderklassen nennen signifikant mehr Gewaltbelastungen als Lernende der Sek.B bzw. der Sek.A. Die Interaktionen sind nicht signifikant. Mit anderen Worten, es besteht kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Gewaltbelastungen und Geschlecht und der Nationalität, hingegen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Gewaltbelastungen und dem Klassentypus Sek.C/Sonderklassen.

4.3.2. Körperbild, Problemverhalten, Ressourcen und Zufriedenheit

Auf Grund der Ergebnisse der Grundausswertung (vgl. Tabellen 4.2.1-1 und 4.2.1-2, Seite 18) stellte sich die Frage, wie einerseits das Körperbild mit gewissem Problemverhalten und andererseits mit Ressourcen und dem Zufriedenheitsindex korreliert. Drittens interessierte, wie das erlebte Körperbild auf die drei BMI-Klassen nach Cole (Projektion auf das Alter 18 Jahre) verteilt ist, zumal ein Datentransfer von IM-Daten (Messdaten aus der Vorsorgeuntersuchung) möglich war.

Die Forschungshypothesen (Alternativhypothesen) dazu lauteten:

- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen schlechtem Körperbild und dem Problemverhalten abmagern zu wollen, auch wenn es nicht nötig ist.
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen schlechtem Körperbild und vermehrtem Tabak- und Alkoholkonsum, inklusive Trunkenheit.
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild und einem hohen Zufriedenheitsindex.
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild und der positiven Einschätzung der allgemeinen Gesundheit.

Das Körperbild wurde operationalisiert mit den Fragen:

- 27 „Zur Zeit fühlst du dich gerade richtig vs. ändern wollen“,
- 28 „Möchtest du zur Zeit dein Gewicht ändern? nein soll so bleiben vs. ja ändern,
- 29 „Gibt es etwas an deinem Körper, das du gerne ändern möchtest?“
Nein/wenig vs. Ja, vieles/ alles.

Für das Problemverhalten wurden die Fragen 30 „Abmagerungskur Ja?“, F 42 „Rauchen Ja?“, F 45 „Alkoholkonsum Ja?“ und F 46 „Trunkenheit 2-mehrmals“ gewählt. Für die an Ressourcen orientierten Variablen stehen die Fragen 5-8 (allgemeine Einschätzung der Gesundheit, des seelischen Befindens, der körperlichen und schulischen Leistungsfähigkeit von gut bis ausgezeichnet) und für die Zufriedenheit bei F 62 der Zufriedenheitsindex (Index auf der 10-Stufen-Skala, vgl. Seite 50).

Die Verteilung der Items für Körperbild auf die drei Cole-Klassen ist deskriptiv. Die Tabellen zur Korrelationsanalyse und zu den BMI-Klassen sind im Anhang (Out_080628, S. 22-32/38).

Resultate der Korrelationsanalyse Körperbild und Abmagerungskur:

Tabelle 4.3.2-1: Assoziationswerte phi bei der Gesamt-Stichprobe, Jungen und Mädchen, N = Stichprobengröße

	F27 mit F 30	F 28 mit F 30	F 29 mit F 30
Gesamt	N=1586, phi 0,448	N=1567, phi -0,518	N=1571, phi 0,199
Jungen	phi 0,46	phi 0,446	phi 0,144
Mädchen	phi 0,442	phi 0,442	phi 0,228

Der Zusammenhang bei der Gesamt-Stichprobe ist hochsignifikant ($p < 0,001$). Personen, die sich zu dünn oder gerade richtig fühlen (F27), machen zur Zeit der Befragung eine Abmagerungskur. Es handelt sich um 79 Personen (8,5%), die in diesem Sinne gefährdet sind. Personen, die ihr Gewicht nicht verändern oder zunehmen wollen (F 28), machen zur Zeit der Befragung dennoch eine Abmagerungskur. Es betrifft 43 Personen (4,9%). Personen, die keinen Wunsch nach Veränderung am Körper haben

(F 29), machen zur Zeit der Befragung trotzdem eine Abmagerungskur. Es handelt sich um 302 Personen (21,6%). Die Assoziationen sind nicht sehr ausgeprägt.

Aufgeteilt nach Geschlecht sind die Assoziationen sowohl bei Jungen und Mädchen ebenfalls hochsignifikant ($p < 0,001$). Das Problemverhalten Abmagerungskur, obwohl es nicht nötig wäre, korreliert mit F 27 bei 50 Jungen (9,3%) und 29 Mädchen (7,6%) und mit F28 bei 34 Jungen (6,5%) und 9 Mädchen (2,9%). Mit F 29 (Wunsch am Körper etwas zu ändern) ist das Problemverhalten Abmagerungskur stärker bei Mädchen als bei Jungen assoziiert, auch wenn die Assoziation gering ist. Es handelt sich um 143 Jungen (19,9%) und 159 Mädchen (23,7%), die eigentlich nichts verändern wollen und trotzdem zur Zeit der Befragung eine Abmagerungskur machen.

Resultate der Korrelationsanalyse Körperbild und Substanzkonsum:

Tabelle 4.3.2-2: Assoziationswerte phi und Kendal-Tau-c mit Signifikanzniveau p bei der Gesamt-Stichprobe, N = Stichprobengrösse.

	F42: Rauchen, ja	F45:Alkoholkonsum, ja	F46:Trunkenheit 2x-mehr
F27(ändern wollen)	N=1622, phi -0,061, p=0,013	N=1518, phi -0,46, p=0,076	N=1541, Tau-c -0,035, p=0,79
F28 (Gewicht ändern)	N=1601, phi -0,074, p=0,003	N=1500, phi -0,033, p=2,07	N=1522, Tau-c -0,42, p=0,034
F29 (Körper verändern)	N=1607, phi 0,111, p<0,001	N=1508, phi 0,097, p<0,001	N=1529, Tau-c 0,15, p<0,001

Der Zusammenhang zwischen Körperbild und Rauchen ist hochsignifikant, jedoch die Assoziation äusserst schwach, so dass dieser Zusammenhang epidemiologisch nicht relevant ist.

Nur zwischen dem Wunsch, am Körper etwas ändern zu wollen (F 29), und dem Alkoholkonsum besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang. Doch ist die Assoziation so schwach, dass das Resultat nicht relevant ist.

Die Assoziation zwischen mehrmaliger Trunkenheit und Gewicht oder sonst am Körper etwas verändern wollen, ist hochsignifikant. Wieder ist die Assoziation dermassen schwach, dass die Relevanz dieser Resultate in Zweifel gezogen werden muss.

Insgesamt ist ein Zusammenhang zwischen problematischem Körperbild und dem Problemverhalten Rauchen mit sehr schwacher Assoziation vorhanden. Kein Zusammenhang ist zwischen problematischem Körperbild und Problemverhalten Alkoholkonsum bzw. Trunkenheit festzustellen.

Körperbild und Zufriedenheit:

Aus den Daten der Zufriedenheitsskala (F 62) wurde ein Index gebildet auf einer 10-Stufen-Skala. Der Mittelwert des Index mit Standardabweichung ist die Zielvariable.

Die abhängigen Variablen sind F 27 „Sich gerade richtig fühlen“, F 28 „Gewicht soll so bleiben“ und F 29 „Körper soll so bleiben oder nur wenig ändern“.

Tabelle 4.3.2-3: T-Werte mit Signifikanzniveau p für Körperbild und Zufriedenheitsindex (\bar{x} +/- SD), Stichprobengröße N

	Stichprobengröße N	F 62: \bar{x} +/- SD	T-Werte, p
F 27	1584	7,532 +/- 2,043	T=-5,759, p<0,001
F 28	1565	7,502 +/- 1,96	T=-4,783, p<0001
F 29	1573	7,411 +/- 1,946	T=11,188, p<0,001

Diejenigen Jugendlichen, die sich gerade richtig in ihrem Körper fühlen (F 27) haben einen hochsignifikant höheren Zufriedenheitsgrad als Jugendliche, die mit ihrem Körper unzufrieden sind. Jugendliche, die zur Zeit keine Änderung des Gewichts wollen (F 28) weisen einen hochsignifikant höheren Zufriedenheitsgrad auf als Jugendliche, die ihr Gewicht ändern wollen. Jugendliche, die nichts oder nur wenig an ihrem Körper verändern wollen (29), weisen einen hochsignifikant höheren Zufriedenheitsgrad auf als Jugendliche, die viel oder alles an ihrem Körper ändern wollen.

Resultate der Korrelationsanalyse Körperbild und Ressourcen:

Tabelle 4.3.2-4: Assoziationskoeffizient Kendall-Tau-c mit Signifikanzniveau p für die Assoziation von Körperbild und Ressourcen bei der Gesamt-Stichprobe, Stichprobengröße N=1600

	F5: allgemeine Gesundheit	F6: seelisches Befinden	F7: körperliche Leistungsfähigkeit	F8: schulische Leistungsfähigkeit
F27(sich richtig fühlen)	Tau-c 0,179, p<0,001	Tau-c 0,134, p<0,001	Tau-c 0,294, p<0,001	Tau-c 0,054, p<0,001
F28(Gewicht so bleiben)	Tau-c 0,151, p<0,001	Tau-c 0,079, p=0,002	Tau-c 0,210, p<0,001	Tau-c 0,037, ns
F29(Körper so bleiben)	Tau-c 0,107, p<0,001	Tau-c 0,139, p<0,001	Tau-c 0,134, p<0,001	Tau-c 0,062, p<0,001

Der Zusammenhang zwischen „sich richtig fühlen“ (F 27) und der positiven Einschätzung der allgemeinen Gesundheit, des seelischen Befindens und der körperlichen Leistungsfähigkeit sind hochsignifikant, auch wenn die Korrelation nicht überwältigend ist. Körperbild und positive Einschätzung der schulischen Leistungen insgesamt korreliert nur äussert schwach und ist trotz hoher Signifikanz epidemiologisch vernachlässigbar.

Der Zusammenhang zwischen dem Körperbild „das Gewicht soll so bleiben“ (F 28) und der positiven Einschätzung der Gesundheit, des seelischen Befindens und der körperlichen Leistungsfähigkeit ist signifikant, wenn auch die Assoziation nicht überall gleich stark ist. Hingegen ist kein signifikanter Zusammenhang mit der positiven Einschätzung der schulischen Leistungen zu finden.

Der Zusammenhang zwischen positivem Körperbild (F 29) und positiver Einschätzung der eigenen Gesundheit, seelischen Befindens und körperlicher Leistungsfähigkeit ist hochsignifikant. Hochsignifikant, aber verschwindend klein ist die Assoziation mit der Einschätzung der schulischen Leistungsfähigkeit.

Körperbild und Cole-Klassen:

Tabelle 4.3.2-5: Körperbild F27, F28, F29 X Cole-Klassen: Cole 1 BMI<25=normal, Cole 2 BMI>25<30=übergewichtig, Cole 3 BMI<30=adipös; Gesamtstichprobe N, bei dem ein IM-Datentransfer möglich war; Prozentualanteile angegeben.

		Cole 1 BMI<25	Cole 2 BMI>25<30	Cole 3 BMI<30
F27: Zur Zeit fühlst du dich... N=1247	Zu dünn-etwas zu dünn	100%		
	Gerade richtig	97,3%	2,6%	
	Etwas zu dick	75,4%	21,9%	2,7%
	Zu dick	36,8%	40,6%	22,6%
F28: Möchtest du dein Gewicht ändern... N=1231	Ja, abnehmen	70,8%	23,2%	6,0%
F29: Wunsch nach Änderung am Körper... N=1233	Nein, nichts	92,5%	6,8%	
	Ja, wenige Dinge	85,1%	12,4%	2,5%
	Ja, vieles	75,0%	16,9%	8,1%
	Ja, ziemlich alles	60,0%	37,5%	12,5%

Die Tabelle 4.3.2-5 zeigt eindrücklich, dass ein grosser Anteil der Jugendlichen ein „verzerrtes“ Körperbild hat. Drei Viertel derjenigen Jugendlichen, die sich etwas zu dick fühlen, und mehr als ein Drittel derjenigen, die sich viel zu dick erachten, sind immer noch in der Cole-Klasse Normalgewicht. Ebenso drei Viertel der Jugendlichen, die vieles, und drei Fünftel der Jugendlichen die alles am Körper ändern wollen, sind in der Cole-Klasse Normalgewicht.

4.3.3. Gesundheitsindikatoren und Zufriedenheit:

Als Gesundheitsindikatoren werden determiniert: kein regelmässiges Rauchen, kein wöchentlicher Alkoholkonsum, kein Konsum von Cannabis (und anderen Drogen), keine frühen Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr, tägliches Obst-/Gemüse Essen, ausreichend Bewegung, keine Unfälle im letzten Jahr, keine Autoaggressionen. Zu klären, wo eine Person bezüglich Lebenszufriedenheit und Ressourcen steht, wenn sie diese Gesundheitsindikatoren in sich vereint, wäre das Ansinnen einer weiteren multivariaten Analyse gewesen. Der Einsatz von vielen Faktoren und Variablen hätte den Rahmen dieser Thesis jedoch gesprengt. Sie kann aber Gegenstand zukünftiger Forschung sein. Zudem sind Rauchen und Alkoholkonsum im Abschnitt 4.3.2. „Körperbild und Problemverhalten“ (vgl. Seite 56) bereits untersucht. Deshalb wurde in unserer Untersuchung Folgendes beurteilt:

Mittels einer Korrelationsanalyse, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen Cannabiskonsum, früher Geschlechtsverkehr (GV), Obst- und Gemüse-Konsum und der positiven Einschätzung der allgemeinen Gesundheit besteht.

Mittels logistischer Regressionen über das Outcome Zufriedenheit und den Determinanten Geschlecht sowie Aspekte der Autoaggression wie hoch das Risiko für „schlechte“ bzw. „gute“ Lebenszufriedenheit ist.

Korrelationsanalyse: F 48 Cannabiskonsum, Nein mit F 5-9 (gut bis ausgezeichnet); F 59 kein GV mit F 5-9 (gut bis ausgezeichnet); F 37 Obst/Gemüse täglich mit F 5 (gut bis ausgezeichnet).

Logistische Regressionen über Outcome Zufriedenheit und Determinanten Geschlecht sowie Aspekte der Autoaggression: (vgl. Tabellen im Anhang, Out_080725, S. 21-24/24).

Es wurden drei logistische Regressionen berechnet mit der am Median dichotomisierten Outcome-Variablen "Zufriedenheit" (F62). 44% der Jugendlichen benutzten die Antwortkategorien 1-7 (definiert als "schlechte" Zufriedenheit; Risiko-Outcome); 56% der Jugendlichen benutzten die Antwortkategorien 8-10 (definiert als "gute" Zufriedenheit). Männliches Geschlecht bzw. Ja-Antworten sind als Risiko-Exposition definiert. Die Determinanten der drei Modelle sind:

- Geschlecht, Selbstverletzung (F52)
- Geschlecht, ernsthafte Suizidgedanken (F53)
- Geschlecht, Suizidversuch (F54)

Determinante Selbstverletzung F52: In diesem Modell haben Jungen gegenüber Mädchen ein um 51% reduziertes Risiko von "schlechter" Lebenszufriedenheit (OR = 0,49; CI 0,40 - 0,60). Personen, die sich bereits mindestens einmal selbst verletzten, haben ein fast dreimal so hohes Risiko von "schlechter" Lebenszufriedenheit gegenüber Personen, die sich noch nie selbst verletzten (OR = 2,80; CI 2,20 - 3,57).

Kommentar. Dieses OR ist sehr hoch, das Konfidenzintervall hingegen recht eng, was auf Homogenität der Antworten auf der Lebenszufriedenheit-Skala hinweist sowohl innerhalb der Gruppe, die sich bereits selbst verletzte als auch innerhalb der Gruppe, die das noch nie getan hat.

Determinante ernsthafte Suizidgedanken F53: In diesem Modell haben Jungen gegenüber Mädchen ein um 45% reduziertes Risiko von "schlechter" Lebenszufriedenheit (OR = 0,55; CI 0,44 - 0,68). Personen, die bereits ernsthafte Suizidgedanken hatten, haben ein fast viermal so hohes Risiko von "schlechter" Lebenszufriedenheit gegenüber Personen, die noch nie an eine Selbsttötung dachten (OR = 3,77; CI 2,78 - 5,09).

Kommentar. Dieses OR ist sehr hoch und das Konfidenzintervall sehr breit. D.h. viele Personen, die schon ernsthaft an Suizid dachten, gaben auf der Lebenszufriedenheit-

Skala Antworten im Bereich von "guter" Lebenszufriedenheit. Insofern ist das Resultat dieser logistischen Regression nicht besonders aussagekräftig.

Determinante Suizidversuch F54: In diesem Modell haben Jungen gegenüber Mädchen ein um 51% reduziertes Risiko von "schlechter" Lebenszufriedenheit (OR = 0,49; CI 0,40 - 0,61). Personen, die schon einen Suizidversuch machten, haben ein rund 3,5faches Risiko von "schlechter" Lebenszufriedenheit gegenüber Personen, die nie einen Suizidversuch unternommen hatten (OR = 3,41; CI 2,78 - 5,09).

Kommentar. Dieses OR ist sehr hoch und das Konfidenzintervall enorm breit. D.h. viele Personen, die schon einen Suizidversuch machten, gaben auf der Lebenszufriedenheit-Skala Antworten im Bereich von "guter" Lebenszufriedenheit. Deshalb hat das Resultat dieser logistischen Regression eine bescheidene Aussagekraft.

Am aussagekräftigsten und deshalb am interessantesten ist das Resultat zur ersten logistischen Regression mit dem Outcome gute/schlechte Lebenszufriedenheit und den Determinanten Geschlecht und Selbstverletzungsverhalten.

Cannabiskonsum und Einschätzung der allgemeinen Gesundheit:

Tabelle 4.3.3-1: Assoziationskoeffizient Kendall-Tau-c für die Assoziation von Non-User und Ressourcen, Signifikanzniveau p

	F5:allgemeine Gesundheit	F6:seelisches Befinden	F7:körperliche Leistungsfähigk.	F8:schulische Leistungsfähigk.	F9:Verhältnis zu Lehrpersonen
F 48:Cannabis, Kein Konsum	Tau-c -0,069 P<0,001	Tau-c -0,052 P<0,001	Tau-c -0,0021 P=0,24	Tau-c -0,113 P<0,001	Tau-c -0,09 P<0,001

Die Assoziation zwischen Cannabisabstinenz und der positiven Einschätzung der eigenen Gesundheit, seelischen Wohlbefindens, schulischer Leistungen und Verhältnis zur Lehrperson ist hoch signifikant. Es besteht jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Cannabisabstinenz und positiver Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Assoziationskoeffizienten sind dermassen klein, dass der Zusammenhang schwach ist und damit epidemiologisch möglicherweise irrelevant (vgl. Tabellen im Anhang; Out_080628, S.32+33/36).

GV und Einschätzung der allgemeinen Gesundheit:

Nicht signifikant ist die Assoziation zwischen fehlender sexueller Erfahrung (keinen frühen GV) und positiver Einschätzung der allgemeinen Gesundheit, seelischem Wohlbefinden und körperlicher Leistungsfähigkeit. Eine signifikante, jedoch sehr schwache Korrelation besteht zwischen kein GV und positiver Einschätzung der schulischen Leistungen (Tau-c -0,64, p=0,02) sowie zwischen kein GV und dem positiven

Verhältnis zur Lehrkraft (Tau-c -0,039, p=0,46). Die Werte der Korrelationskoeffizienten sind derart klein, dass das Resultat epidemiologisch vernachlässigbar ist (vgl. Tabellen im Anhang; Out_080628, S. 34+35/36).

Täglich Obst/ Gemüse Essen und positive Einschätzung der allgemeinen Gesundheit: Die Zusammenhang zwischen täglichem Obst- und Gemüsekonsum und der positiven Einschätzung (gut bis ausgezeichnet) der allgemeinen Gesundheit (Tau-c -0,46, p=0,02) ist hoch signifikant. Die Assoziation ist schwach und möglicherweise das Resultat epidemiologisch unbedeutend (vgl. Tabellen Out_080628, S. 36/36).

5. Diskussion

5.1. Bedeutung des Hauptergebnisses:

In der vorliegenden Querschnittstudie wurden erstmals systematisch Daten zum selbst berichteten Gesundheitsverhalten und Lebensstil von 1652 Jugendlichen der 2. Sekundarklassen der Stadt Zürich im Schuljahr 2007/2008 erhoben. Dazu diente der eigens dafür erstellte Fragebogen. Vor den Beratungsgesprächen mit ihren Schulärztinnen und Schulärzten füllten die Jugendlichen freiwillig während einer Schullektion den Fragebogen aus und blieben so unbeeinflusst von Beraterperson und Eltern. Die hohe Rücklaufquote von 86% erlaubt eine gute Interpretation der Daten und Ergebnisse. Aus den daraus hervorgehenden neuen Erkenntnissen können nun Schlussfolgerungen betreffend einer gendergerechten Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie zur Schaffung vermehrter, jugendfreundlicher Beratungsmöglichkeiten (Sekundär- und Tertiärprävention) gezogen werden. Dies impliziert eine Anpassung der schulärztlichen Angebote. Als öffentlichen Dienst ist der SAD verpflichtet seine Dienstleistungsqualität zu verbessern und die vorliegende Befragung liefert die Grundlagen dazu.

Wesentliche, nun mit Zahlen belegbare Erkenntnisse sind: (keine Rangordnung)

- 1.) Ein grosser Anteil der Lernenden mit besonderen Bildungsbedürfnissen der Sek.C und Sonderklassen fühlen sich in ihrer Haut sehr unwohl, haben eine grosse Unzufriedenheit mit ihrer Situation und wenig Zuversicht in die Zukunft. Ansatzweise ist dieser Zustand auch bei Lernenden der Sek.B festzustellen. Diese Unzufriedenheit drückt sich aus durch signifikant mehr Schwie-

rigkeiten bei Übergewicht und Adipositas, bei Substanzkonsum und Trunkenheit, bei Gewalttätigkeiten und Autoaggressionen, Schuleschwänzen, bei risikoreichem Sexualverhalten (Erfahrung mit frühem Geschlechtsverkehr, hoher Anteil ohne Verhütungsmittel) und bei vermehrten Unfallereignissen trotz minderer körperlicher Aktivität (was auf ein Risikoverhalten hindeutet). Sie sind häufiger Opfer von Gewalt.

- 2.) Mädchen haben im Vergleich zu Jungen in vielen Bereichen ihres Lebens signifikant mehr Schwierigkeiten: verzerrtes Körperbild, psychosomatische Beschwerden, Schmerzmittelkonsum und Konsum von legalen Substanzen, weniger körperliche Aktivitäten, weniger in Sportvereinen eingebunden, signifikant mehr körperliche Bestrafungen zu Hause. Sie leiden mehr unter depressiven Verstimmungen und zeigen vermehrt selbst verletzendes und suizidales Verhalten. Insgesamt sind sie signifikant unzufriedener mit ihrem Leben als Jungen.
- 3.) Jungen haben signifikant mehr Probleme mit Gewalttätigkeiten. Sie haben ein erhöhtes Risiko für Unfallereignisse und frühen Geschlechtsverkehr. Junge sein ist ein Schutzfaktor für körperliche Strafen zu Hause.
- 4.) Die Jugendlichen in dieser Studie weisen im Vergleich zur HBSC-Studie 2006 tiefere Prävalenzen im Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis auf. Problematisch sind die Zahlen bei Trunkenheit und bei dem im Vergleich zu anderen Studien viel tieferen Alter, in dem die Suchtmittel ausprobiert werden. Ein frühes Einstiegsalter ist Prädiktor für einen problematischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen in der späteren Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter.
- 5.) Ein hoher Anteil Jugendlicher beider Geschlechter, beider Nationalitäten und aus allen drei Sekundarklassentypen macht sich grosse Sorgen um die nahende Berufswahl. Schule und Stress gehören neben der Sorge um die Berufswahl zu den meist genannten Problemen, wofür die Jugendlichen meinen, Hilfe zu benötigen. In der Rangliste der Problemnennungen kommen diese drei Stressoren noch vor den eigenen, persönlichen Problemen.
- 6.) Befragte anderer Nationalität haben signifikant mehr Schwierigkeiten in den Bereichen Übergewicht/Adipositas, Gewalttätigkeiten, früher Geschlechtsverkehr und körperliche Bestrafung zu Hause. Sie sind in den Sek.C und Sonderklassen über- und in den Sek.A untervertreten. Anderer Nationalität zu sein, ist jedoch ein Schutzfaktor für frühen Alkoholkonsum.

- 7.) Das Schutzverhalten ist bei den Jugendlichen insgesamt mangelhaft. Am meisten benutzen sie Sicherheitsgurten im Auto, am wenigsten sorgen sie für einen Sonnen- und Gehörsschutz. Helm tragen liegt dazwischen.
- 8.) Die Nutzung der Beratungsmöglichkeiten zeigt, dass in erster Linie Familie und Freundeskreis, dann Lehrpersonen, Hausarzt und Schulärztin/Schularzt genutzt werden, gefolgt vom Schulsozialarbeiter und Internet. Die Schulpsychologin/der Schulpsychologe wird kaum konsultiert und Fachstellen wie z.B. „Lust und Frust“ sind wenig bekannt (Tabelle 4.2.11-1, S. 51).

Die Daten stammen aus Angaben des subjektiven Empfindens Jugendlicher, die auf diese Weise auch nur preisgeben, was ihnen wichtig erscheint und was sie wollen. Es besteht jedoch kein Zweifel, dass die Angaben authentisch sind. Der Datentransfer der VU-Daten zeigte eine grosse Übereinstimmung mit den Selbstangaben. Andere Studien wie die HBSC oder SMASH machten ebenfalls die Erfahrung, dass ein Grossteil der Jugendlichen in der Regel wahrheitsgetreu antwortet. Diese Aussage deckt sich mit den Erfahrungen aus den schulärztlichen Beratungsgesprächen.

5.1.1. Allgemeine Gesundheit:

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ist Gesundheit „ein Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, 1948, Präambel der Verfassung). Diese ganzheitliche Sichtweise berücksichtigt biopsychosoziale Aspekte des Gesundheitsbefindens, d.h. verschiedene Faktoren wie Personenmerkmale und Umweltfaktoren, die auf komplexe Art zusammen wirken. Letztlich beschreibt diese Definition einen positiven Endzustand. Dieser Zustand der utopischen Vollkommenheit und dessen mangelnde Prozesshaftigkeit wurden kritisiert, weshalb der Gesundheitsbegriff in den Gesundheitswissenschaften weiterentwickelt und erweitert wurde (Bengel, 2001).

Eine Erweiterung ist geprägt vom Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Statt auf einer dichotomen Unterteilung der Menschen in gesund oder krank, basiert seine Theorie auf der Vorstellung eines Kontinuums mit den Polen Gesundheit und Krankheit. Die zentrale Frage dabei ist, warum Menschen trotz vieler potentiell schädlicher Einflüsse und Stressoren gesund bleiben, sich von einer Erkrankung wieder erholen oder auch unter extremen Bedingungen nicht erkranken? Nach Antonovsky

wird dieses Kontinuum wesentlich durch eine individuelle, kognitive und psychologische Einflussgrösse und Grundhaltung bestimmt. Sie beeinflusst, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen für den Erhalt ihrer Gesundheit zu nutzen. Antonovsky bezeichnet sie als Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC). Es ist das Kernstück seiner Gesundheitstheorie. Das SOC mit seinen drei wesentlichen Komponenten „Gefühl der Verstehbarkeit,“ „Gefühl der Handhabbarkeit“ und „Gefühl der Bedeutsamkeit“ bildet sich während der Kindheit und Jugend aus und verändert sich im Erwachsenenalter nicht mehr wesentlich (Antonovsky, 1997; Wydler, Kolip, Abel, 2000; Bengel, 2001).

Eine zusätzliche Erweiterung des Gesundheitsbegriffs erfolgte dadurch, dass neben intrapersonalen Einflüssen und deren Wechselwirkungen mit Umwelteinflüssen, der Begriff „Lebensstile“ eingeführt wurde. Je nach Problembereich bilden Lebensstile eine persönliche Ressource und sind gesundheitsförderlich oder stellen ein Risiko dar und sind gesundheitsschädlich (Lohaus et al., 2006). Gesundheitsrelevante Lebensstile werden definiert als zeitlich relativ stabile Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, gesundheitsbezogenen Orientierungen/Einstellungen und inneren sowie sozialen Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in der Auseinandersetzung mit ihren soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden können. Spezifische Einflussfaktoren, d.h. Determinanten, wie Sozioökonomischer Status (SES), Geschlecht und Alter, beeinflussen das Muster, resp. die Wechselbeziehung zwischen den Dimensionen des Lebensstils (Abel, Buddeberg & Duetz, 2003).

5.1.1.1 Körperliche Gesundheit

Wie in anderen Studien (HBSC, SMASH) fühlt sich ein grosser Teil der Jugendlichen in unserer Erhebung körperlich gesund und fit und ist zufrieden mit der Gesundheit (Tab. 4.2.2-1, S. 23; Tab. 4.2.10-1, S. 49). Übereinstimmend ist auch die Aussage, dass Mädchen im Durchschnitt weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit sind und mehr Probleme angeben als Jungen. Besorgnis erregend in unserer Studie, ist der sehr hohe Anteil an Mädchen, die sich körperlich unwohl fühlen, psychosomatische Beschwerden angeben und Medikamente nehmen. Bedenkt man, dass beim Älterwerden diese Gesundheitsbelastungen zunehmen (SMASH 2002) und – wie allgemein bekannt – chronische körperliche Beschwerden neben Depressionen auch im Er-

wachsendenalter mehr Frauen als Männer belasten, so ist hier ein gendergerechter Ansatz der Gesundheitsförderung nicht mehr aufschiebbar.

Psychosomatische Beschwerden: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Rückenschmerzen sind bei Mädchen signifikant häufiger als bei Jungen. Unter Kopfschmerzen leiden Mädchen drei und unter Bauschmerzen zwei Mal mehr als Jungen. Solche somatischen Äusserungen sind oft kombiniert mit negativen Stimmungen wie Ängstlichkeit, Besorgnis und depressiven Verstimmungen, die ebenfalls von Mädchen häufiger genannt werden als von Jungen (Tab. 4.2.2-2,-3,-4, S. 24-26). Diese ungünstigen psychischen Stimmungen sind Auslöser oder zumindest verstärkende Faktoren für häufige Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter. Darüber hinaus begünstigen Bewegungseinschränkungen, z.B. wegen den von den Jugendlichen bevorzugten Freizeitbeschäftigungen wie Fernsehen und Computerspiele (Tab. 4.2.8-1, S. 45) die Kopfschmerzen und andere psychosomatischen Beschwerden (Kröner, 2006). Damit wäre als bedeutsame Massnahme zur Gesundheitsförderung die Förderung der körperlichen Aktivität zu nennen, die vor allem bei Mädchen propagiert werden sollte. Dies, weil in dieser Befragung weit weniger Mädchen als Jungen angeben, in der Freizeit einer sportlichen Aktivität oder ähnlichem nachzugehen (Tab. 4.2.8-2, S. 46). Sie schätzen ihre körperliche Leistungsfähigkeit sehr viel geringer ein als Jungen (Tab. 4.2.2-1, S. 23). Auch die Schule sollte verantwortlich für Bewegungsförderung sein: Zum einen mit dem Fach Sport als Motivationsvermittler zu ausserschulischen körperlichen Aktivitäten und zum anderen mit Methoden zum Erlernen von Entspannung (Kröner, 2006). Letztere könnten ins Modul „Bewegter Unterricht“ eingebaut werden, das viele Lehrkräfte bereits kennen.

Chronische Krankheiten: Jeder zehnte Junge und jedes zehnte Mädchen leiden unter einer chronischen Krankheit. Was in vorliegender Studie nicht untersucht wurde, ist die Korrelation zwischen Schuleschwänzen und Belastung durch eine chronische Krankheit. Im SMASH 2002 wird beschrieben, dass die Schulabsenzen bei chronisch kranken signifikant höher sind als bei gesunden Jugendlichen, auch dann, wenn die durch die chronische Erkrankung direkt bedingten Absenzen abgezogen werden. Daraus wurde die Hypothese abgeleitet, dass die zusätzlichen Schulabsenzen durch psychosoziale Probleme im Zusammenhang mit der chronischen Krankheit oder Behinderung bedingt sein könnten. Dies würde für den Schulärztlichen Dienst SAD bedeuten, dass solche Jugendliche zu einer Risikogruppe gehören, bei der vermehrt Anstrengungen in der Beratung und Vernetzung mit ihrem therapeutischen und sozia-

len Umfeld unternommen werden sollten. Im Setting Schule werden zur Zeit durch die Schulärzte und Schulärztinnen punktuell und Fall bezogen Interventionen angeboten, wenn es darum geht, Lehrkraft und Klasse über die Krankheit oder Behinderung aufzuklären und zu motivieren, diese Jugendlichen positiv zu unterstützen und zu integrieren.

Medikamentenkonsument: Insgesamt nehmen fast zwei Fünftel der Jugendlichen wegen einer chronischen Krankheit und Asthma gelegentlich oder regelmässig Medikamente ein. An erster Stelle der Medikamenteneinnahme stehen die Schmerzmittel. Sie werden von fast zwei Fünftel der Jungen und mehr als der Hälfte der Mädchen eingenommen. Hinzu kommt der für dieses Alter doch bereits hohe Konsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln. Der Vergleich mit SMASH 2002 zeigt, dass sich der Konsum von Psychopharmaka mit dem Älterwerden verstärkt, gibt dort doch jedes fünfte Mädchen und jeder zehnte Junge an, mindestens 2-3 Mal pro Monat solche Produkte eingenommen zu haben (in unserer Befragung 3% der Jungen und 5% der Mädchen). Hier ist hinsichtlich Informationsvermittlung und Aufklärung der SAD vermehrt gefordert, bedenkt man das hohe Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung bei Psychopharmaka.

5.1.1.2 Psychische Gesundheit

Zusammenfassend kann man sagen, dass in der vorliegenden Untersuchung die meisten befragten Jugendlichen glücklich und zufrieden sind (ca. drei Viertel der Jungen und ca. zwei Drittel der Mädchen). Ernst zu nehmen ist jedoch die grosse Anzahl Unzufriedener und, dass Mädchen mehr als Jungen, Befragte anderer Nationalität mehr als Schweizer und Lernende der Sek.C/Sonderklassen mehr als Sek.B- und Sek.A-Lernende von Depressivität resp. depressiven Verstimmungen berichten (Tab. 4.2.2-2,3,4 S. 24-26).

Dafür gibt es verschiedene Erklärungsansätze: Pubertät und Adoleszenz fordern den Jugendlichen grosse Anpassungsleistungen ab. Sie sind vielfältig, beginnend mit den körperlichen Reifungsprozessen in der Pubertät, über all die psychosozialen Veränderungen wie Autonomiebestrebungen, Anschlussuche an Gleichaltrigen, Vorbereitung auf die Berufsfindung, Aufbau eines Wertesystems und Entwicklung einer Identität (Schmid, 2001; Flammer & Alsaker, 2002). Meist gelingt die Erfüllung dieser Anpassungsleistungen, was seelisches Wohlbefinden vermittelt. Die Zeit des Umbruchs ist

jedoch eine vulnerable Phase, sind doch in einer sehr kurzen Zeitspanne viele Ereignisse und Lebensübergänge zu bewältigen, und das eigene Selbst wird dabei stark hinterfragt.

Die Mädchen stehen zudem in einem grösseren Spannungsfeld. Nicht nur entwickeln sie eine stärkere Sensibilisierung für ihre Gesundheit, haben einen geringeren Selbstwert und ein negativeres Körperbild als Jungen, sie stehen auch in einem Spannungsverhältnis zwischen dem klassischen Frauenbild und der Anforderung zur beruflichen Orientierung. Zusätzlich wird auch ihre körperliche Erscheinung durch Medien, Werbung und Mode stärker bestimmt als bei Jungen. Diese Rollenkonflikte, die Tendenz zur Internalisierung von Gefühlen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit und die Fremdbestimmung der äusseren Erscheinung führt bei Mädchen zu vermehrten psychosomatischen Beschwerden, depressiven Verstimmungen und einer grösseren Unzufriedenheit mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit (Hurrelmann, 2000; Flammer & Alsaker, 2002).

Bei Jugendlichen anderer Nationalität kommt noch erschwerend die missliche Bildungssituation hinzu. In unserer Untersuchung sind in der Sek.A nur 29% Jugendliche mit ausländischer Herkunft, dafür in der Sek.C-/Sonderklassen 59%. Genau diese Lernenden machen mehr Angaben über depressive Verstimmungen und Sorgen wegen ihrer Berufswahl; sie sind insgesamt unzufriedener mit ihrer Lebenssituation. Im Gesundheitsbericht Basel-Stadt (Juni 2007) wird das gleiche Phänomen beschrieben: Ausländische Jugendliche geben generell mehr Störungen des psychischen Wohlbefindens an, wie auch Lernende der Weiterbildungsschule im Gegensatz zu den Gymnasiasten. In den Gymnasien sind nur 15% Nicht-Schweizer vertreten, in der Weiterbildungsschule 52%.

Neben der schlechteren Bildungssituation wirken sich wahrscheinlich noch andere Faktoren negativ auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund aus, wie etwa die Zugehörigkeit zu einem tiefen sozioökonomischen Status (der bei Immigranten häufig anzutreffen ist), Auswirkungen von Prozessen der Migration und Akklimatisierung, Erfahrungen mit Diskriminierung, mangelnde Sprachkenntnisse und „Leben in sozialen Brennpunkten mit hoher Gewaltbelastung“ (Petermann & Natzke, 2006, S. 352). Diese Faktoren sind nicht explizit in unserer Befragung untersucht. Jedoch geben einige Variablen Hinweise auf solche Belastungen: Der Anteil der Nicht-Schweizer, die angeben, kein eigenes Zimmer zu haben (Frage 58 als Indikator für SES), ist höher als der Anteil der Schweizer. Nicht-Schweizer sind

unzufriedener mit ihrer Wohnsituation. Zu Hause körperlich bestraft wird ein signifikant höherer Anteil der Nicht-Schweizer. Ein signifikant höherer Anteil der Nicht-Schweizer schwänzt die Schule und ist aktiv an Schlägereien beteiligt. Der Anteil der Nicht-Schweizer, der in Vereinen, Sportclubs oder anderen Gruppierungen eingebunden ist, liegt viel tiefer.

In unserer Untersuchung wird jeder vierte Junge und jedes dritte Mädchen von depressiven Verstimmungen geplagt: Flammer & Alsaker (2002) beschreiben eine gleiche Häufung depressiver Verstimmungen bei Adoleszenten. Oft unterschätzen Eltern und das nahe Umfeld die depressiven Verstimmungen. Darüber hinaus erwähnen die Autoren, dass depressive Verstimmungen und Ko-Morbidität eng gekoppelt sind. So sind bei diesen Jugendlichen häufig Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen, Substanzmissbrauch und suizidales Verhalten zu finden. Sehr beunruhigend in unserer Untersuchung ist der hohe Anteil der Jugendlichen, die sich selbst verletzt haben (Definition Selbstverletzungen und Selbstverletzenden Verhalten siehe S. 84). Jeder vierte Junge und jedes vierte Mädchen berichtet von Selbstverletzungen oder von sich selbst Schmerzen zufügen. Jeder elfte Junge und jedes fünfte Mädchen hat schon ernsthaft an Suizid gedacht. 16 Jungen und 61 Mädchen haben bereits einen Suizidversuch unternommen. Nur die Hälfte dieser sich in seelischer Not befindenden Jugendlichen hat jemand über den Suizidversuch in Kenntnis gesetzt. Trotz des hohen Anteils an Jugendlichen, die sich seelisch in einem guten Gleichgewicht wähnen, sind die anderen, in ihrer seelischen Gesundheit gefährdeten Jugendlichen nicht zu vernachlässigen. Wichtig neben niederschweligen Beratungsmöglichkeiten mit professionellen Fachleuten, ist die Sensibilisierung von Eltern und Schule für diese wichtige Thematik sowie die Vermittlung von konkreten Handlungsweisen bei Verdacht auf selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität.

Sowohl der Geschlechterunterschied bei Depressivität wie auch der Unterschied zwischen Schweizern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund rufen nach unterschiedlichen Ansätzen zu Prävention und Gesundheitsförderung.

Konkret für die Prävention von Angst und Depression im Jugendalter ist etwa das schulbasierte Programm GO! aus Deutschland zu nennen. Balmer et al. (2007, Uni Basel) evaluierten dieses auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Vorgehensweise basierende Programm, das zwischen 2002 und 2004 in drei Basler Schulen eingesetzt wurde. Da die langfristigen Effekte (Verbesserung des Depressivitätswert in Richtung tiefere Werte) vor allem bei Jungen gemessen werden konnten, wird die Durchfüh-

rung des Programms in nach Geschlechter getrennten Gruppen empfohlen. Zudem sollte das Programm an den Schultypus angepasst werden.

5.1.1.3 Psychosoziales Umfeld Schule

Die Schule ist neben der Familie ein wichtiges psychosoziales Umfeld. Schule ist ein Ort, in dem Verantwortung und Leistung gefordert werden, Regeln und Werte zentral sind, jedoch auch ein Ort des sozialen Austausches mit Gleichaltrigen. Für viele Jugendliche ist die Schule eine Quelle für Zufriedenheit, denn sie stillt die Bedürfnisse nach persönlichen Leistungen und geistigem Wachstum. Zugleich ist für andere die Schule ein Ort des Versagens, des Stresses und der Unzufriedenheit. Genau dieser Minderheit sollte die Situation erleichtert werden: Es besteht ein Zusammenhang zwischen geringer Schulzufriedenheit und täglichem Tabakkonsum, erhöhtem Cannabiskonsum, mehrmaliger Trunkenheit, vermehrtem Schulschwänzen, vermehrten Körperbeschwerden und vermehrten Unfällen in der Schule (HBSC 2006, Schlesinger & Jerusalem, 2006). Obwohl die Merkmale der Schülerpersönlichkeit ebenfalls eine grosse Rolle spielen, korreliert dennoch das Sozialklima in der Schule bzw. im Unterricht mit Schulzufriedenheit und diesen Risikofaktoren (Schlesinger & Jerusalem, 2006). Die Unterstützung durch die Lehrkräfte hat den grössten Einfluss auf die Schulzufriedenheit der 12- bis 15-Jährigen, mehr als die Unterstützung durch die Schulkameraden oder Eltern (Schmid, 2001).

In dieser Untersuchung gaben mehr als die Hälfte der befragten Jugendlichen an, ein sehr gutes bis ausgezeichnetes Verhältnis zur Lehrperson zu haben. Ein Drittel der Jungen und Mädchen gaben an, zufrieden mit der Lehrerschaft zu sein. Jedes zehnte Mädchen und jeder siebte Junge schätzt das Verhältnis zu den Lehrpersonen jedoch als schlecht, höchstens mässig ein. Ein Viertel der Jugendlichen sucht die Lehrperson auf, wenn sie sich betreffend ihrer allgemeinen Gesundheit einen Rat, Orientierung oder Informationen holen möchten. Bei den Sek.C-/Sonderklassen-Lernenden ist es sogar gut ein Drittel. Wahrscheinlich kann man hier von einem guten Vertrauensverhältnis reden, das unterstützend wirkt.

Bedenklich ist die hohe Anzahl Jugendlicher, die sehr unzufrieden mit ihren schulischen Leistungen sind. Gut ein Viertel der Jungen und Mädchen betrifft das. Noch mehr Jungen (31%) und Mädchen (36%) geben an, wegen Problemen mit der Schule Hilfe zu benötigen: Schule ist nach der Sorge um die Berufswahl an zweiter Stelle der

Rangliste von Schwierigkeiten, für die sie Hilfe benötigen. Nicht nur ist die Schule selbst für viele Quelle von persönlichen Belastungen, sondern auch der näherrückende Übergang ins Berufsleben, der zuerst einmal durch die Berufsfindung und die Suche nach einer Lehrstelle gekennzeichnet ist.

Ansätze zu Prävention und Gesundheitsförderung werden verschiedentlich genannt, insbesondere Strategien zur Belastungsminderung mit dem Ziel, Lernende in ihren Ressourcen zu stärken, Zuversicht in die persönlichen Kompetenzen der Lernenden im Zusammenhang mit schulischen Anforderungen zu vermitteln und das Schul- resp. Klassenklima zu verbessern (Schlesinger & Jerusalem, 2006).

Schulklima: Dazu wurden in dieser Befragung keine expliziten Fragen gestellt. Indikatoren jedoch sind Schuleschwänzen, Gewalttätigkeiten und Gewaltbelastung (z.B. schikaniert werden in der Schule). Laut unserer Befragung hat jedes dritte Mädchen und jeder vierte Junge wenigstens einmal in den letzten zwölf Monaten die Schule geschwänzt. Bei jedem vierten Mädchen und jedem dritten Jungen, das bzw. der aktiv in eine Schlägerei verwickelt war oder selbst verprügelt wurde, ist der Tatort die Schule. Jedes vierte Mädchen und jeder dritte Junge, das bzw. der bereits mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten schikaniert worden ist, wurde in der Schule belästigt. Auch Täterinnen oder Täter von Schikanen stammen jeweils zu zwei Dritteln aus der Schule. Erpressungen und Bedrohungen finden häufig in der Schule statt, so ist jeder vierte Jugendliche beider Geschlechter Opfer und jedes neunte Mädchen und jeder fünfte Junge Täterin bzw. Täter in der Schule. Zwei Fünftel der bestohlenen Mädchen und ein Drittel der bestohlenen Jungen waren mindestens einmal in der Schule Opfer.

In vorliegender Untersuchung wurden keine Korrelationsanalysen durchgeführt, die einen möglichen Zusammenhang mit diesen Indikatoren für Schulklima und Gesundheitszustand der Lernenden hätten aufzeigen können. Jedoch liegen Studien darüber vor. So untersuchten Richter et al. (2007) die Assoziation zwischen **Bullying** (Schikanieren oder Drangsalieren, das sich explizit auf den Lebensraum „Schule“ bezieht) und psychosozialer Gesundheit sowie substanzbezogenem Risikoverhalten ausgehend von alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Bullying-Opfer ein signifikant höheres Risiko für psychosomatische Beschwerden, Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sowie negative Selbsteinschätzung der Gesundheit haben. Dem gegenüber zeigen vor allem männliche Bullying-Täter eine deutliche Assoziation mit regelmässigem Tabak- und Alkohol-

konsum und wiederholter Rauscherfahrung. Die gleichzeitig Täter-/Opfer-Jugendlichen sind durch höhere Raten psychosomatischer und psychischer Beschwerden charakterisiert. Jungen sind häufiger Wiederholungstäter als Mädchen. Die genannte Studie wird in ihrer Aussage durch die HBSC-Daten 2002 unterstützt. Die Autoren empfehlen die Bullying-Thematik auch in die ärztliche und die psychologische Beratung an Schulen mit einzubeziehen und Eltern und Lehrkräften entsprechende Handlungskonzepte zu geben, die umfassende Lebensbewältigungskompetenzen vermitteln.

Interessant ist der Zusammenhang zwischen **Unfallgeschehen** in Schulen und Schulklima bzw. dem Unfallgeschehen in Schulen und psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren der Lernenden. In dieser Untersuchung ist die Prävalenz für Sport- und andere Unfälle aufgezeigt und die Prozentualanteile für den Unfallort Schule: So geben rund zwei Fünftel der verunfallenden Mädchen und ein Fünftel der verunfallenden Jungen an, in der Schule Sportunfälle zu erleiden. Über andere Unfallgeschehen in der Schule berichten jedes achte Mädchen und jeder achte Junge. Schlesinger und Jerusalem (2006) halten fest, dass systematische Zusammenhänge zwischen Schulunfallgeschehen und Personenmerkmale sowie auch Merkmale des Sozialklimas in der Schule bzw. im Unterricht bestehen. Diese Zusammenhänge gelten sowohl für die Unfälle im Sportunterricht wie für alle anderen Unfälle. Neben der vom Lernenden erlebten schulischen Belastung kann auch ein ungünstiges Schulklima Ausgangspunkt von Prozessen sein, die zu schulischen Unfällen führen können. Deshalb empfehlen die Autoren, neben einer Reduktion der persönlichen Stressbelastung des Lernenden auch ein positives Schul- bzw. Klassenklima zu fördern.

5.1.1.4 Gewicht und Körperbild:

Die Resultate in unserer Untersuchung zeigen, dass die selbst berichteten Werte mehr oder weniger mit den gemessenen Werten übereinstimmen (vgl. Kap. 4.2.1, Exkurs S. 21-22). Am besten ist die Übereinstimmung bei der Einschätzung des Übergewichts. Am grössten ist die Fehleinschätzung bei der Fettsucht. Hier stimmen die Eigenangaben nur zur Hälfte mit den Messungen überein. Jugendliche, die sich als übergewichtig bezeichnen, sind nach der Messung adipös. Die Vermutung liegt nahe, dass dick sein für „dicke“ Jugendliche einerlei ist, nur für die Fachleute nicht! Dazu kommt, dass der Anteil der Adipösen, im Übrigen auch der Anteil der Übergewichti-

gen, wahrscheinlich unterschätzt ist, weil die entsprechenden Daten von vielen Nicht-Schweizern fehlen.

Der Anteil an Übergewicht und Adipositas ist bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen höher (Stamm et al. für Städte Zürich, Bern und Basel, 2007). Aus den gemessenen Daten in Regelklassen liegt bei Nicht-Schweizern die Prävalenz von Übergewicht bei 18% und von Adipositas bei 5,9%. Bei Schweizern liegen diese Prävalenzen bei 11% bzw. 2,6% (Eberle, 2007).

Man kann von einer verzerrten Wahrnehmung sprechen, insbesondere bei jenen Jugendlichen, deren Eigenangaben überhaupt nicht übereinstimmen oder die ihr Gewicht und/oder ihre Grösse unter- oder überschätzten. Eine weitere Verzerrung ist sichtbar bei der Selbstwahrnehmung des Körperbilds resp. wie Jugendliche sich zu ihrer körperlichen Erscheinung äussern (vgl. Tab. 4.3.2-5, S. 58). Nur gerade die Hälfte der Jungen und nicht ganz zwei Fünftel der Mädchen finden sich gerade richtig im Gewicht. Hingegen erachten sich ein Drittel der Jungen und gut die Hälfte der Mädchen als zu dick. Dabei gehören diese Jugendlichen immer noch zu drei Viertel in die Cole-Klasse Normalgewicht. Fast zwei Drittel der Mädchen und ein Drittel der Jungen will abnehmen. Von ihnen sind jedoch fast drei Viertel in der Cole-Klasse Normalgewicht. Ein bisschen mehr als ein Drittel der Jungen und nur ein Viertel der Mädchen wollen an ihrem Körper nichts ändern. Sehr wenige also, die mit ihrer körperlichen Erscheinung zufrieden sind. Die anderen, die nur wenig oder am liebsten alles verändern möchten sind zu vier Fünftel immer noch in der Cole-Klasse Normalgewicht.

Diese Zahlen und Verhältnisse sollen aufzeigen, dass viele Jugendliche ein beträchtliches Problem mit ihrem Körperbild und Gewicht haben. Die Erklärungsansätze sind vielfältig. Ein möglicher wäre, dass diese verzerrte Wahrnehmung mit der Pubertät und den körperlichen, hormonellen und psychosozialen Veränderungen zu tun hat, die in dieser Zeit und in der Adoleszenz geschehen. Ein weiterer Ansatz wäre, dass das Erscheinungsbild von Jungen und insbesondere von Mädchen in diesem Alter sehr stark auch von äusseren Beeinflussungen bestimmt ist. Sie vergleichen sich mit Idealbildern und Idolen und wetteifern darum, diese im Äusseren und im Verhalten zu erreichen. Nicht ganz unschuldig dabei ist die Erwachsenenwelt, die anhand von Werbung und Medien ein Schönheitsideal kreiert, das vor allem für pubertierende Mädchen, die im Verlaufe ihrer Entwicklung die kindliche Figur durch eine Veränderung der Verteilung des Körperfetts verlieren, zu einem Problem wird und zur Unzufriedenheit mit ihrem Körperbild beiträgt. Die normale Pubertätsentwicklung der Mäd-

chen bringt tatsächlich eine Gewichtszunahme und läuft somit diesem Schönheitsideal zuwider, worunter die Mädchen auch leiden (Flammer & Alsaker, 2002).

Obwohl bei pubertierenden Jungen bis anhin die Zufriedenheit mit dem Körper meist mit der Körpergrösse und der Muskelmasse, also mit dem männlichen und kräftigen Aussehen in Verbindung stehen (Flammer & Alsaker, 2002), finden sich in unserer Untersuchung gut ein Drittel der Jungen, die sich als zu dick erachten. Schmid (2001) berichtet aus der HBSC-Studie 1998, dass sich rund ein Fünftel der Jungen unabhängig vom Alter zu dick fühlt. In der SMASH-Studie 2002 wird auch von einem Fünftel Jungen berichtet, die sich zu dick fühlen. Der Anteil sei im Gegensatz zu vor zehn Jahren um 8% gestiegen. Im Unterschied dazu ist in unserer Untersuchung der Anteil noch höher! Dies verleitet zur Frage, ob nur die Jungen im Stadtzürcher Kontext mit ihrem Körperbild ein Problem haben, oder ob diese Zunahme auf eine Veränderung des Männerbilds im kulturellen Kontext hindeutet, mit dem auch die pubertierenden Jungen langsam ein Problem bekommen? Betrachtet man Werbetafeln und Modezeitschriften sowie die Laufstege mit männlichen Mannequins, so erscheinen zunehmend knaben-, fast elfenhafte Wesen und weniger muskelstarke Kerle (Metrosexualität z.B. à la David Beckham). Wenn das Zweite der Fall wäre, dann müsste man sich auch die Frage nach zunehmenden Essstörungen bei Jungen und Männern stellen. Dies kann unsere Untersuchung nicht beantworten und sollte Gegenstand weiterer Forschungen sein.

Flammer & Alsaker (2002) berichten weiter, dass die Unzufriedenheit mit dem Körper stark mit dem Gewicht zusammenhängt. In unserer Untersuchung wird eine ähnliche Korrelation gefunden (vgl. 4.3.2. Körperbild und Zufriedenheit, S. 57). Jugendliche, die sich gerade richtig finden, keine Gewichtsabnahme und nichts am Körper verändern wollen, weisen einen hochsignifikant höheren Wert beim Zufriedenheitsindex auf einer 10-Stufen-Skala auf, als Jugendliche, die ein Problem mit ihrem Körperbild und Gewicht haben. Weiter erwähnen die Autoren, dass die Zufriedenheit resp. Unzufriedenheit stark vom sozialen Kontext beeinflusst werden können. So wurde festgestellt, dass der Klassengeist oder der Schulgeist die Zufriedenheit beeinflusst. Wo eine gute Atmosphäre herrschte, waren die Jugendlichen mit ihrem Körperbild und Gewicht zufrieden.

Bei den Überlegungen zu Prävention und Gesundheitsförderung sollte deshalb der Blick nicht nur auf die Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas gerichtet sein, sondern auch auf umfassende Ansätze und Konzeptionen, die Schule, Elternhaus,

Kinder und Jugendliche direkt tangieren und involvieren. Umfassend im Sinne, dass sowohl lern- und handlungstheoretische wie auch sozial-kognitive Programme zur Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens eingesetzt werden. Dazu gehört unter anderem auch die Information an Jugendliche, Eltern und Lehrpersonen über den Zusammenhang von Pubertät und seine biopsychosozialen Auswirkungen insbesondere auf Körperbild und Gewichtszunahme, die zu möglichen Essstörungen führen. Dazu gehören schulische Programme, die Klassen- und Schulklima verbessern und beispielsweise Ernährung und Bewegung als soziales Event und lustvolles gemeinsames Erleben vermitteln.

5.1.2. Gesundheitsverhalten und Lebensstil:

Als Gesundheitsverhalten können Handlungen bezeichnet werden, die mittelfristig oder unmittelbar dazu beitragen, sich dem Zielzustand „Gesundheit“ zu nähern bzw. zu entfernen. Die Handlungen können positiv und protektiv, d.h. gesundheitsförderlich, wie auch negativ, riskant und damit gefährdend oder schädigend für die Gesundheit sein (Lohaus et al., 2006). Gesundheitsförderliches Verhalten sind etwa gesunde Ernährung, Freizeitsport und Schutzverhalten (z.B. Helm tragen, Kondom benutzen etc.). Risikoverhalten sind Substanzkonsum, Fehlernährung, ungenügende körperliche Bewegung etc. Nicht immer ist Gesundheitsverhalten beabsichtigt. Oft wird unbewusst gesundheitsförderlich oder gesundheitsriskant gehandelt.

5.1.2.1. Ernährung und Bewegung:

Ernährung: Im Katalog der Problemnennungen ist Ernährung bei Jungen an 5.Stelle (jeder siebte Jungen) und bei Mädchen an 8.Stelle (ein Fünftel der Mädchen). Der Anteil der Mädchen, die ihre Ernährung als ein Problem ansehen, ist höher als der Anteil der Jungen, obwohl Ernährung als Problem bei ihnen an 8.Stelle steht. Das hat damit zu tun, dass die Mädchen signifikant mehr Problemnennungen angeben als Jungen (vgl. Kap. 4.2.2. Ergebnisse, S. 27, Kommentar). Vier Fünftel der Jungen und drei Viertel der Mädchen erachten ihre Ernährung als gesund oder eher gesund. Zu den Essgewohnheiten berichten fast die Hälfte der Jungen und mehr als die Hälfte der Mädchen, dass sie täglich Früchte und/oder Gemüse essen. Diese Anteile sind sehr viel höher als in der HBSC-Studie, wo nur ein Drittel der Jungen und zwei Fünftel

der Mädchenangaben, täglich Obst und Gemüse zu essen (HBSC 2006, S. 95 und 97. Jeder fünfte Junge und jedes sechste Mädchen bevorzugt jedoch auch fetthaltige Nahrungsmittel wie z.B. Wurstwaren und ähnliches. Fast ein Drittel der Jungen und fast zwei Fünftel der Mädchen frühstücken nie und 6% der Jungen und 8% der Mädchen fasten am Abend. Die meisten Jugendlichen nehmen ihr Mittagessen zu Hause ein, jeder fünfte Junge und jedes sechste Mädchen jedoch im Hort. Die Pausenverpflegung ist für drei Viertel der Jugendlichen ein wichtiger Bestandteil der Essgewohnheiten und der Pausenkiosk der Schule die hauptsächliche Quelle neben dem von zu Hause Mitgebrachten.

Was bedeuten nun diese Daten und Anteile? Eigentlich vermitteln sie ein Bild, (fast) alles ist bestens und die Präventionsfachleute können nach Hause gehen. Haben wir in dieser Befragung vielleicht die falschen Fragen gestellt? In der SMASH-Studie wird von „ein Viertel bis ein Drittel der Mädchen“ berichtet, die „Hilfe im Zusammenhang mit Ernährungsproblemen“ brauchen oder „viele Jugendliche scheinen das Wissen und die Kontrolle über eine normale Ernährung nicht mehr zu haben“ (SMASH 2002, S. 67). Die Prävalenz von Übergewicht und Fettsucht, das selbst wahrgenommene Gewicht und Körperbild und der hohe Anteil an Jugendlichen, die eine Abmagerungskur machen wollen, weisen auch in unserer Untersuchung in die Richtung, dass ein beträchtlicher Teil der Jugendlichen doch ein Problem hat mit der Ernährung, meist gekoppelt mit dem Gewicht oder der eigenen Wahrnehmung desselben.

Bewegung und Sport: Im Vergleich zu vor zehn Jahren, berichtet die SMASH-Studie 2002, habe der Anteil der Jugendlichen, die keinen Sport treiben, zugenommen. Als ungünstige Faktoren werden unter anderem erwähnt: die vermehrte Motorisierung, die Attraktivität anderer Freizeitangebote (vermehrt Fernsehen, Beschäftigung mit elektronischen Medien etc.) und die fehlenden Strategien, um inaktive Jugendliche zu Bewegung zu motivieren.

In unserer Untersuchung betreiben ein Fünftel der Mädchen und nur 7% der Jungen keinen Sport. Mindestens vier Mal die Woche bis jeden Tag sind mehr als zwei Fünftel der Jungen und jedes sechste Mädchen sportlich aktiv. Die positive Bilanz ist wie in anderen Studien (HBSC, SMASH) zu Gunsten der Jungen. Der Mannschaftsport steht bei ihnen an erster Stelle, bei Mädchen an zweiter. Zudem ist der Anteil der Jungen, die in einem Sportverein sind, doppelt so hoch als der Anteil der Mädchen. An mindestens vier Tagen, wenn nicht jeden Tag, sind zwei Drittel der Jungen und ein bisschen mehr als die Hälfte der Mädchen ausserhalb der Schulzeit mindestens eine

Stunde körperlich so aktiv, dass sie ins Schwitzen und ausser Atem kommen. Den Schulsport mit eingerechnet, erfüllen somit diese Jugendlichen die Empfehlungen, mindestens für eine Stunde an wenigstens fünf Tagen in der Woche moderat körperlich aktiv zu sein. Jeder zehnte Jugendliche ist jedoch inaktiv.

In unserer Untersuchung zeigte sich, dass ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen positiver Körperwahrnehmung, Zufriedenheit und positiver Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Wahrscheinlich ist es auch umgekehrt, dass körperliche Aktivität und Sport die Selbsteinschätzung positiv beeinflussen. Sport und regelmässige körperliche Aktivitäten sind nicht nur relevant, um eine Energiebilanz dahingehend zu beeinflussen, dass kein Übergewicht entsteht oder um einen Benefiz für den Körper zu leisten (z.B. erhöhte Knochendichte, Vorbeugung vor Haltungsschäden, Verminderung der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten usw.). Sie sind insofern auch gesundheitsrelevant, als psychische und mentale Funktionen, das Selbstwertgefühl und Selbstbild, insgesamt das seelische Wohlbefinden verbessert werden (Hoffmann et al., 2006). Als wesentlicher Bereich für Sport und Bewegung wird neben der Freizeit die Schule genannt. Der schulische Sportunterricht leistet einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung körperlicher Aktivität im ausserschulischen Alltag und zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Neben den musischen Fächern ist Sportunterricht das beliebteste schulische Fach bei Jugendlichen, unter anderem auch deswegen, weil er bedeutend für den Stressabbau ist (Flammer & Alsaiker, 2002; Hoffmann, 2006).

Perspektiven für Prävention und Gesundheitsförderung zum Thema Ernährung und Bewegung: Die Schule und der Hort sind die wichtigsten Partner bei der Umsetzung von Projekten betreffend Ernährung und Bewegung; denn in diesem Umfeld sind die meisten, wenn nicht alle Schüler und Schülerinnen erreichbar. Daneben sollte vermehrt das Elternhaus angesprochen werden, denn „der Einfluss der Familie auf das Erlernen gesundheitsfördernden Verhaltens ist grundlegend“ (Lohaus et al., 2006). Grundlegend insofern, als Ernährungsgewohnheiten von Kindern im erheblichen Masse von den Eltern beeinflusst werden sowie auch die Verhaltensmuster für Sport und andere körperliche Aktivitäten (Hoffmann, 2006). Weniger Mädchen als Jungen und weniger Jugendliche mit Migrationshintergrund gehen in einen Sportverein oder sind körperlich aktiv. Diese Ergebnisse aus unserer Untersuchung werden von verschiedenen Autoren bestätigt (Schmid, 2001; Hoffmann, 2006). Eine wesentliche Empfehlung dabei ist, „drei Mal wöchentlichen, mindestens 90-minütigen Sportun-

terricht mit einem begleitenden Klassen-Curriculum, das Ernährung, Substanzkonsum etc. thematisiert“. Die Zürcher Schulen bieten neben dem regulären Sportunterricht auch freiwilligen Schulsport an. Eine Gelegenheit, die vor allem Jugendliche mit Migrationshintergrund benutzen.

An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass das psychosoziale Umfeld Schule, als Bildungs- und Sozialisationsstätte unserer Kinder und Jugendlichen, im Bereich Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung bereits einen grossen Beitrag leistet. Viele Schulen sind im „Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“ eingebunden und haben gesunde Ernährung und Bewegung, wie auch viele andere zentrale Themen, in ihren Schulalltag integriert. Für erweiterte Projekte und Programme, insbesondere jene, die Sozialkompetenzen vermitteln oder Elternhäuser involvieren sollen, sind die Schulen und damit die Lehrpersonen auf externe, fachlich spezialisierte Experten angewiesen.

5.1.2.2. Risikoverhalten Substanzkonsum:

Tabak und Alkohol:

Ausprobieren und Experimentieren mit diesen Substanzen werden bereits als gesundheitsschädliche Verhaltensweise verstanden. Dabei gehört zu den wichtigen Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz auch der verantwortungsvolle Umgang mit diesen Substanzen, insbesondere mit Alkohol. Sie sind in unserer Gesellschaft akzeptiert und legal. Substanzbezogene Gesundheitsstörungen und Erkrankungen entwickeln sich meist infolge eines langfristigen und übermässigen Konsums. Ein signifikantes Herausschieben des Erstkonsums würde bereits eine wesentliche Verbesserung darstellen (Fischer, 2006). Schmid (2006) postuliert gar, dass das Potenzial der Prävention gerade darin bestehe, das Einstiegsalter möglichst hinauszuzögern, denn es mache tägliches Rauchen, täglichen Alkohol- und Cannabiskonsum sowie mehrmalige Trunkenheit signifikant weniger wahrscheinlich.

Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme sfa/ispa gibt keine Entwarnung; jedoch ist der Konsum von Tabak und Alkohol sowie das Rauschtrinken seit 2002 deutlich zurückgegangen (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD und HBSC-Schülerbefragung 2002). Trotz dieser positiven Tendenz bleibe Alkohol das wichtigste Problem beim Substanzkonsum und sei die häufigste Todesursache bei Jugendlichen (Gmel, 2007).

In unserer Untersuchung (vgl. Tab. 4.2.6-1, S. 30; Beschreibung Kap. 4.2.6. Ergebnisse S. 30-33) sind die Anteile jener Jugendlichen, die jemals Tabak und Alkohol ausprobierten, sowie bereits einmal in ihrem Leben betrunken waren, niedriger als in der HBSC-Studie 2006. Ebenfalls niedriger sind die Anteile der Jugendlichen, die zur Zeit der Befragung gelegentlich oder regelmässig rauchten (19% Jungen, 21% Mädchen) und gelegentlich oder regelmässig Alkohol tranken (22% Jungen, 24% Mädchen) sowie im Zeitraum von 12 Monaten mehrmals betrunken waren (10% Jungen, 11% Mädchen). Sind die Jugendlichen der Stadt Zürich überzeugter von der Abstinenz als Jugendliche im Landesdurchschnitt? Eine Schwierigkeit beim Interpretieren dieser Unterschiede liegt darin, dass unsere Befragung nicht identische Fragen stellte. Abgesehen davon ist der Anteil der rauchenden, trinkenden und sich berausenden Jugendlichen tatsächlich tiefer, denn in die Anteile eingeschlossen sind auch jene mit nur einem gelegentlichen Konsum (in der HBSC-Studie hingegen ist wöchentlicher bis täglicher Konsum erfragt). Möglicherweise hat unser tieferer Anteil damit zu tun, dass neben der Verhältnisprävention (Verteuerung von Tabak und Alkohol, rauchfreie Orte, Unterstellung der Alkopops unter das Alkoholgesetz, erschwerter Zugang etc.) die Schule und viele Elternhäuser einen Anreiz zum Nichtkonsum bieten, dies vor allem beim Tabak. So berichten zwei Fünftel der Jugendlichen, dass sie nicht rauchen, weil in Schule oder Elternhaus eine Abmachung dafür besteht. In der Stadt Zürich machen viele Oberstufenklassen beim Wettbewerb „Züri rauchfrei“ mit. Der elterliche Support, die Unterstützung von Lehrpersonen und das Mithalten bei Peers, wenn z.B. eine Klasse sich zur Abstinenz verpflichtet, sind für die Jugendlichen wesentliche Faktoren, die sie zu gesundheitsförderlichem Verhalten motivieren.

Indes ist in unserer Untersuchung (vgl. Tab. 4.2.6-1, S. 30; Beschreibung Kap. 4.2.6. Ergebnisse, S. 30-33) das mittlere Alter beim erstmaligen Ausprobieren von Tabak bzw. Alkohol und bei der erstmaligen Trunkenheit sehr viel tiefer als in der HBSC-Studie 2006. Bei Tabak handelt es sich um ein Jahr Unterschied, bei der Trunkenheit um ein halbes Jahr, beim Alkohol um ein Jahr bei den Mädchen und um ein halbes Jahr bei den Jungen. Berücksichtigt man, dass ein früher Einstieg das Risiko für einen späteren regelmässigen Konsum erhöht (Schmid, 2001 und 2006) und ein früher erster Alkoholkonsum als Prädiktor für zukünftige Alkoholprobleme gilt (Fischer, 2006), so ist das frühe mittlere Alter beim Erstkonsum unserer Befragten Besorgnis erregend. Zudem ist eine Risikopopulation in den Sekundarklassen C und Sonderklassen auszumachen. Der Anteil dieser Lernenden mit besonderen Bildungsbedürfnissen am

Tabak- und Alkoholkonsum sowie bei mehrmaliger Trunkenheit ist um ein Vielfaches erhöht. Ein weiterer Unterschied im Gegensatz zur HBSC-Studie ist der gegenüber Jungen erhöhte Mädchenanteil am Tabak- und Alkoholkonsum und weniger ausgeprägt auch bei der Trunkenheit. Im Gegensatz dazu ist der Migrationshintergrund ein signifikanter Schutzfaktor gegenüber Alkoholkonsum (möglicherweise wegen des Alkoholverbots bei MuslimInnen?), nicht jedoch gegenüber dem Konsum von Tabak und illegalen Drogen (Risikoschätzung S. 31, Kap. 4.2.6. Ergebnisse).

Für die Bestrebungen in Prävention und Gesundheitsförderung bedeuten diese Ergebnisse Folgendes: Einerseits dürfen die Bemühungen zur Prävention in der Oberstufe nicht nachlassen. Sie müssen im Gegenteil, insbesondere bei Lernenden mit besonderen Bildungsbedürfnissen und Mädchen, intensiviert werden. Das kann die Schule nicht alleine, hier ist auch der SAD gefordert. Andererseits muss Prävention und Gesundheitsförderung zu diesem Thema bereits in der Mittelstufe ansetzen und einen festen Platz im Stundenplan erhalten. Neben der Information und Förderung der Sachkompetenz, wird das Vermitteln von „life skills“ wie Selbstbild und Selbstwerterhöhung, Stärkung der sozialen und Kommunikationsfähigkeiten, Förderung der affektiv-emotionalen Kompetenzen etc. ein wichtiger Schwerpunkt der Primärprävention sein (Fischer, 2006).

Illegale Drogen inklusive Cannabis:

Die meisten Jugendlichen, die Drogen ausprobierten, belassen es bei einem Probierkonsum. 85% der Jungen und 90% der Mädchen in unserer Befragung geben an, noch nie Cannabis, und 98% der Jugendlichen geben an, noch nie eine andere illegale Substanz konsumiert zu haben. Im Vergleich zur HBSC-Studie 2006 liegen damit die Anteile für den Cannabiskonsum bedeutend tiefer. In der HBSC-Studie 2006 wird von 34,2 % Jungen und 26,4% Mädchen berichtet, ein im Vergleich zur Befragung von 2002 deutlich gesunkener Anteil. Beim Konsum anderer illegaler Drogen (wie Ecstasy, Kokain, Aufputschmittel, halluzinogene Pilze, Medikamente mit Rauschwirkung) ist ebenfalls ein Unterschied zu sehen. Jedoch ist dieser nicht so markant. In der HBSC 2006 geben 10% der Jugendlichen an, eine andere illegale Droge konsumiert zu haben. Entsprechend tiefer ist auch der Anteil Jugendlicher in unserer Untersuchung, die regelmässig Cannabis und andere illegale Substanzen konsumieren.

Was könnten Gründe für diese tiefen Anteile sein? Das betrachtete Alterssegment ist ungefähr gleich: HBSC berücksichtigt 15-Jährige, die vorliegende Befragung die 13-16-Jährigen. Das Einstiegsalter ist in der HBSC im Mittel 13,6 bis 13,8 Jahre, in unserer Befragung 12,0 bis 13,0 Jahre. Auch hier liegt das Einstiegsalter entschieden tiefer. Möglich ist, dass sich nicht alle Drogen konsumierenden Jugendlichen zu outen getrauten. Eine andere Möglichkeit ist, diese Zahlen so zu interpretieren, dass wahrscheinlich der Trend zum Konsum insbesondere von Cannabis weiter rückläufig ist. Damit kann man feststellen, dass sich die Anstrengungen in der Drogenprävention gelohnt haben und diese auf dem richtigen Weg ist. Daneben hat sich die Haltung gegenüber illegalen Substanzen in der Gesellschaft stark geändert. Cannabiskonsum ist keine Ehrensache mehr und vor allem nicht harmlos. Jeglicher Substanzkonsum ist nicht harmlos, wie neue Erkenntnisse in der Hirnforschung zeigen (Tapert, 2007).

Möglicherweise haben neue Erkenntnisse in der Hirnforschung dazu beigetragen, in Politik und Gesellschaft eine ablehnende Haltung gegenüber dem Konsum von illegalen Drogen einzunehmen. Während der Adoleszenz verändert sich die graue und weisse Gehirnschicht, indem die synaptischen Verbindungen, die neuronale Myelinisierung und die Hirnaktivität während geistiger Anforderungen ausreifen. Diese Ausreifungsprozesse sind Grundlage für Veränderungen in der emotionalen Regulation, der Sensitivität gegenüber Belohnung, dem Arbeitsgedächtnis und anderer exekutiver Funktionen. Untersuchungen zum Cannabisgebrauch fanden abnorme elektrophysiologische und neuronale Reaktionen auf Aussenreize, Defizite in der Aufmerksamkeit und beim Lernen neuer Gedächtnisinhalte. Abnorme Veränderungen fanden sich auch nach Konsum von Stimulantien und Ecstasy. Übermäßiger Alkoholkonsum verbunden vor allem mit Trunkenheit und folgender Verkaterung vermindert das Gehirnvolumen, verschlechtert Reaktionen auf kognitive Anforderungen, insbesondere räumliches Vorstellungsvermögen, Abruf von Gedächtnisinhalte sowie Aufmerksamkeit (Tapert, 2007). Beim Cannabiskonsum kommt noch hinzu, dass eine signifikante Assoziation zu vermehrter Trunkenheit besteht (vgl. Kap. 4.2.6 Cannabis, S. 33). Damit werden die möglichen Hirnschädigungen potenziert.

5.1.2.3. Risikoverhalten Gewalt und Autoaggression:

Gewalt und Autoaggression werden als externalisierendes bzw. internalisierendes Problemverhalten beschrieben und stellen ein sog. „Norm brechendes Verhalten“ dar,

d.h. ein Verhalten, das sich gegen soziale, gesellschaftliche oder kulturelle Normen richtet und manchmal auch gegen das Strafrecht verstösst. Externalisierendes Problemverhalten ist für die Umgebung offen sichtbar und unangenehm, bietet Schwierigkeiten auch für andere und wird deshalb als problematisch wahrgenommen. Internalisierendes Problemverhalten hingegen bezeichnet entwicklungs- und gesundheitschädigende Verhaltensweisen, die auf die betroffene Person bezogen und von der Umgebung nicht immer erkennbar sind und deshalb selten wahrgenommen werden (Flammer & Alsaker, 2002). Bei der grossen Mehrheit der Jugendlichen ist das Problemverhalten vorübergehend, wenn nicht zusätzliche und sich kumulierende Risikofaktoren hinzukommen, z.B. schlechte soziale Bedingungen, frühe neuropsychologische Entwicklungsstörungen, ungünstige intrapersonale Faktoren (etwa kognitive Defizite), Schulversagen, wenig unterstützende Familienkonstellation, Umgang mit problematischen Peers etc. Prädiktor für bis ins Erwachsenenalter anhaltendes Problemverhalten ist das frühe Auftreten von antisozialem Verhalten in der Kindheit (Flammer & Alsaker, 2002) oder, wenn seit der Kindheit eine Störung des Sozialverhaltens nach internationaler Klassifikation (ICD-10) vorliegt. Dies betrifft rund 6-16% der Jungen und 2-9% der Mädchen (Petermann & Koglin, 2006). Für die Primärprävention würde dies bedeuten, dass Sozialkompetenzen, Problemlösungsstrategien und Grenzen setzen bereits in Vor- und Primarschule vermittelt werden müssen mit Einbezug des Kontexts Familie. Für die Sekundärprävention sind Zielgruppen spezifische Ansätze zu wählen.

Direkte und indirekte Gewalttätigkeiten (Täter/Täterinnen):

Direkte Gewalt bezeichnet die Formen von Aggression, die unmittelbar gegen Personen gerichtet sind; das sind physische Attacken, verbale Äusserungen inklusive Drohungen oder Attacken gegen fremdes Eigentum. Indirekte Gewalt ist eine versteckte und subtile Form der Aggression gegen eine Person; das sind Verleumdungen, soziale Manipulationen (etwa eine Person aus der Gemeinschaft ausschliessen), Schikaniazen oder Mobbing. Dabei herrscht oft der Anschein, dass keine Absicht dahinter steht. Oft werden andere Jugendliche für den Angriff auf die Zielperson instrumentalisiert (Flammer & Alsaker, 2002).

Betrachtet man die Resultate unserer Untersuchung (Tab. 4.2.7-1, S. 38; 4.3.1. weitere Ergebnisse, S. 52-54), so sind signifikant mehr Jungen als Mädchen, mehr Befrag-

te anderer Nationalität als Schweizer, mehr Lernende der Sek.C und Sonderklassen als Sek.A und B bei der Ausübung direkter Gewalt beteiligt (Schlägereien, Bedrohungen oder Erpressung sonst oder via Internet, Stehlen und Sachbeschädigungen). Auch die indirekte Gewaltform, hier nur das Schikanieren erfragt, wird signifikant mehr von Jungen, Befragten anderer Nationalität und Sek.C/Sonderklassen-Lernenden ausgeübt. Wie in der Literatur angegeben (Flammer & Alsaker, 2002; Petrmann & Koglin, 2006) sind auch bei uns die Jungen als hauptsächliche Täter identifiziert. Hinzu kommt der signifikante Effekt der Nationalität und des Sekundarklassentypus.

Die Dimension des Ausmasses von Gewalttätigkeiten zeigen die Nein-Anteile der Jugendlichen (siehe SPSS-Tabellen im Anhang): Zwei Drittel der Jungen und gut drei Viertel der Mädchen verneinen Schlägereien, Schikanieren und Stehlen. Neun von zehn Jungen und Mädchen verneinen Erpressungen und Bedrohungen jeglicher Art. Ein bisschen mehr als die Hälfte der Jungen und zwei Drittel der Mädchen verneinen Sachbeschädigungen.

Anders ausgedrückt: die genannten Problemverhaltensweisen sind mitnichten zu vernachlässigen. Ein grosser Teil dieser Gewalttätigkeiten wird in der Schule ausgeübt, insbesondere Schikanieren (zu zwei Drittel), Schlägereien (zu einem Drittel), Erpressen und Stehlen (zu einem Viertel). Für die Sekundärprävention sind sowohl der Setting- und Zielgruppen-Ansatz wie auch die Gender-Perspektive wichtig. Zielgruppe sind die besonders gefährdeten Gruppen von Jugendlichen wie z.B. Lernende mit besonderen Bildungsbedürfnissen oder Schulversager, schlecht integrierte Jugendliche mit Migrationshintergrund, Jugendliche mit Verhaltensoriginalitäten seit der frühen Schulzeit.

Gewaltbelastungen (Opfer):

Negative Folgen von wiederholten Gewaltbelastungen für die Opfer, jedoch auch für ihre Familie und die näheren Bezugspersonen, sind vielfältig. Nicht nur können betroffene Jugendliche diverse psychosomatische Beschwerden entwickeln oder depressiv werden, sie können auch zu Schulversagern werden oder Verhaltensprobleme mit Aggressivität oder Autoaggressionen entwickeln. Ein weiterer erschwerender Aspekt ist, dass Opfer auch Täter sein können, und damit stossen auch sie auf Ablehnung oder werden ebenfalls negativ beurteilt, wie die Aggressoren deren Opfer sie einmal waren oder noch sind (Richter et al., 2007; Petermann & Koglin, 2006).

In unserer Untersuchung zeigt sich, dass bei der Gewaltbelastung über all die Gewaltfaktoren gerechnet ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen Belastung und Sekundarklassentypus. Der Haupteffekt Geschlecht sowie Nationalität ist jedoch nicht signifikant. Mehr Lernende der Sek.C/Sonderklassen sind von Gewaltbelastungen betroffen. Möglicherweise ist der fehlende Effekt des Geschlechts und der Nationalität darauf zurückzuführen, dass, von anderen Jugendlichen verprügelt und zu Hause körperlich bestraft werden, nicht gesondert von den übrigen Gewaltbelastungen betrachtet wurde. Die Anteile der betroffenen Jungen und Mädchen suggerieren zu diesen Belastungen, dass beim Verprügeln mehr Jungen als Mädchen und bei den körperlichen Strafen mehr Mädchen als Jungen betroffen sind (vgl. Tab. 4.2.7-1, S. 38).

Die körperlichen Strafen zu Hause müssen nur schon deshalb gesondert betrachtet werden, weil es nicht Gewaltbelastungen durch Jugendliche auf Jugendliche sind. Eine Risikoeinschätzung mittels logistischer Regression zeigte denn auch, dass Mädchen, Befragte anderer Nationalität und Lernende mit besonderen Bildungsbedürfnissen ein um das Vielfache erhöhtes Risiko für körperliche Strafen zu Hause haben. Das männliche Geschlecht ist demgegenüber ein Schutzfaktor (vgl. S. 41). Die Mehrheit, nämlich 90% der Jungen und 84% der Mädchen, wird zu Hause nicht körperlich bestraft. Dennoch braucht es unterstützende Angebote für diese Jugendlichen, denn körperliche Strafen gehören zu den physischen Kindsmisshandlungen und sind strafbar.

Unsere Resultate zeigen noch einen weiteren Punkt auf: Weniger Jungen und Mädchen bezeichnen sich als Opfer als als Täter bzw. Täterinnen. Dies könnte bedeuten, dass ein beträchtlicher Anteil dieser Jugendlichen sowohl Opfer als auch Täter sind und es damit auch mehr Täter und Täterinnen gibt.

Von Jugendlichen oder Erwachsenen z.B. für sexuelle Handlungen unter Druck gesetzt worden zu sein, verneinen 97% der Jungen und 94-95% der Mädchen. Laut Egle & Cierpka (2006) ist die Prävalenz für sexuellen Missbrauch in der Schweiz (ebenfalls in NL, GB und USA) 11-15% bei Frauen und 2-3% bei Männern. Wahrscheinlich ist die Rate bei Männern unterschätzt und die Dunkelziffer sehr hoch. Ein problematischer Punkt, denn die betroffenen Jungen sind vulnerabler als Mädchen in ihrer weiteren psychischen Entwicklung (Egle & Cierpka, 2006). In unserer Untersuchung ist der Anteil missbrauchter Mädchen sehr tief. Möglicherweise ist der Anteil unterschätzt, obwohl praktisch die ganze Stichprobe diese Fragen beantwortet hat.

Selbstverletzendes Verhalten (SVV): (vgl. Tab. 4.2.7-3, S. 44)

Selbstverletzungen sind absichtlich zugefügte Verletzungen ohne Suizidabsichten. Diese Definition liefert das Ottawa Self-Injury Inventory (OSI, Nixon et al., 2002).

Petermann und Winkel (2005) definieren selbstverletzendes Verhalten (SVV) wie folgt: „SVV ist gleichbedeutend mit einer funktionell motivierten, direkten und offenen Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die nicht sozial akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht.“ (S. 23). Die leichten Formen beinhalten oberflächliche Verletzungen an Haut und Gliedmassen. Die schweren gehen über Knochenbrüche bis zur Selbstamputation von Körperteilen.

In unserer Untersuchung hat sich jeder dritte Jugendliche aus der Sek.C/Sonderklasse oder jedes vierte Mädchen und jeder fünfte Junge absichtlich Verletzungen oder Schmerzen zugefügt. Das Verhältnis Mädchen zu Jungen ist 5:4 im Gegensatz zu anderen Angaben, die von einem Verhältnis von 2:1 bis 10:1 berichten (Siebert, 2007; Petermann & Winkel, 2005) je nachdem, ob Personen in Kliniken befragt wurden und das junge Erwachsenenalter in die Befragung einbezogen wurde. Denn oft ist SVV eine Phase, die nach Auflösung der auslösenden Problematik wieder verschwindet. Oft erlangt SVV jedoch auch einen Suchtcharakter, wovon sich dann vor allem Mädchen schlecht wieder lösen können. Zu berücksichtigen sind mögliche Begleiterkrankungen im weitesten Sinne, die SVV nicht nur auslösen, sondern auch unterhalten. So sind bei Personen mit SVV häufig erhebliche Störungen des Körperbilds mit Essstörungen (deutlich übergewichtig oder untergewichtig), Substanzabhängigkeit und psychische Störungen zu finden. Eine erhöhte Suizidalität ist nicht ausgeschlossen, auch wenn Betroffene sich die Selbstverletzungen nicht in suizidaler Absicht zufügen (Siebert, 2007; Petermann & Winkel, 2005).

In unserer Untersuchung haben wir aus Platzgründen nur den Zusammenhang zwischen Zufriedenheit insgesamt (Zufriedenheitsindex) und SVV untersucht. Hier weisen Jugendliche, die sich noch nie selbst verletzt haben eine signifikant höhere Zufriedenheit auf als Jugendliche, die sich selbst verletzt haben (vgl. 4.3.3. logistische Regression, S. 59). Zudem sind Jugendlichen mit einem hohen Zufriedenheitsgrad sehr zufrieden mit ihrem Körperbild, was bei Jugendlichen mit SVV demzufolge nicht der Fall ist.

Suizidales Verhalten: (vgl. Tab. 4.2.7-3, S. 44)

Kennzeichen sind Suizidgedanken, die sich damit beschäftigen, dass das eigene Leben nicht lebenswert und sinnlos ist, bis hin zu konkreten und geplanten Selbsttötungsabsichten, die mit dem Suizidversuch oder der effektiven Selbsttötung enden. In der Adoleszenz hat der Suizidversuch oft den Charakter, Gefühle der Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit oder Wut mitzuteilen, als effektiv die Absicht, sich zu töten. Selten ist der Suizid bei Kindern unter zehn Jahren. Jedoch nimmt die Suizidrate bei Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren dramatisch zu. In Europa hat Finnland die höchste Suizidrate, gefolgt von der Schweiz und Österreich. Während beim Versuch, sich selbst zu töten, mehr Mädchen zu finden sind, ist der Anteil der vollbrachten Suizide bei Jungen drei Mal höher. Das hat damit zu tun, dass Jungen die gewalttätigeren und tödlicheren Suizidmethoden wählen (Flammer & Alsaker, 2002).

Risikofaktoren für suizidales Verhalten sind Verhaltensprobleme mit Aggression, Impulsivität und geringe Stress- und Frustrationstoleranz, Substanzmissbrauch, belastete Beziehungen in Familie und mit Peers, soziale Isolation und Depressionen. So kann nach anhaltender Gewaltbelastung durch Schikanieren (Bullying oder Drangsalieren) das Risiko für Selbsttötung erhöht sein (Flammer & Alsaker, 2002).

In unserer Untersuchung hat jeder fünfte Jugendliche mit besonderen Bildungsbedürfnissen oder jedes vierte Mädchen und jeder elfte Junge ernsthafte Suizidgedanken gehabt; die Mädchen im mittleren Alter von 12,6 Jahren, die Jungen von 12,0 Jahren. 8% der Mädchen und 2% der Jungen haben einen Suizidversuch unternommen, nur die Hälfte von ihnen hat das jemandem mitgeteilt.

Bereits Suizidversuche, geschweige denn eine Selbsttötung, stellen eine enorme Belastung dar für die Umgebung und verursachen lähmende Schuldgefühle. Nicht nur Eltern fühlen sich schuldig, sondern auch die Klasse und Lehrkraft. Deshalb ist die Sensibilität in der psychosozialen Umgebung der Betroffenen zu erhöhen, sowohl für suizidales wie auch für die Anzeichen von selbstverletzendem Verhalten. Betroffene, ebenso wie die nahen Bezugspersonen, sind bei Eintreten solcher Ereignisse zu coachen und zu unterstützen.

5.1.2.4. Schutzverhalten: (vgl. 4.2.7. Ergebnisse, S. 42)

Die Art des Schützens vor gesundheitsschädigenden Einflüssen ist ein Indikator, wie gesundheitsförderlich eine Person mit sich resp. der eigenen Gesundheit umgeht und in gewissen Fällen auch Verantwortung für eine andere Person übernehmen

kann. Das ist dann der Fall, wenn der Schutz sich auch positiv auf die andere Person auswirkt (z.B. Kondom beim Geschlechtsverkehr). Im Jugendalter wird protektives Verhalten oft für irrelevant gehalten, weil die Konsequenzen nicht in der unmittelbaren Gegenwart, sondern erst in einer mehr oder weniger fernen Zukunft erfahrbar sind (z.B. Sonnenschutz, damit kein Hautkrebs entstehen kann, Gehörschutz bei lauter Musik etc.). Diese Gegenwartsorientierung ist oft gepaart mit einem Gefühl der Unverletzlichkeit (Lohaus & Lissmann, 2006), so dass die Gefahren für eine eigene Erkrankung oder Verletzung (z.B. wenn kein Helm getragen wird) ignoriert werden.

Beim Schutzverhalten sieht es bei den Jugendlichen der zweiten Oberstufe nicht bei allen Themen sehr gut aus. Ein Drittel bis zwei Fünftel der Jugendlichen haben nie einen Helm auf dem Kopf beim Velo- oder Motorradfahren. Die Hälfte der Jugendlichen, die mit dem Skateboard unterwegs sind, benutzen keine Gelenkschützer. Vor lauter Musik mit einem Gehörschutz schützt sich über die Hälfte der Jugendlichen nicht. Der Sicherheitsgurt im Auto wird auch nicht immer benutzt, nämlich nur von gut zwei Dritteln der Jugendlichen. Sonnenschutz wird eher von Mädchen als Jungen aufgetragen. Jedoch immer einen Sonnenschutz benutzt nur die Hälfte der Mädchen. Ein Viertel der Jungen und zwei Fünftel der Mädchen tragen nie eine Sonnenbrille.

90% der Jugendlichen würden, wenn es zum Geschlechtsverkehr käme, das Kondom benutzen. Von den Jugendlichen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, haben nur 84% der Mädchen und 90% der Jungen das Kondom effektiv gebraucht.

Zum Thema Schutzverhalten wird der Schulärztliche Dienst sich vernetzen und vermehrt mit anderen Stellen und Fachleuten (z.B. Verkehrsinstruktion, Fachstelle für Sexualpädagogik „Lust und Frust“ etc.) zusammenarbeiten müssen, um die Prävention in diesen Bereichen zu optimieren.

5.1.2.5. Sexualverhalten, sexuelle Gesundheit:

Umgang mit der sich entwickelnden Sexualität, Aufbau von intimen Beziehungen und Sammeln von sexuellen Erfahrungen stellen für Jugendliche wichtige Entwicklungsaufgaben für den Übergang ins Erwachsenenalter dar. Neben den positiven Effekten für die persönliche Entwicklung und für das Erleben der eigenen Körperlichkeit, bringt das Sammeln von sexuellen Erfahrungen auch gewisse Risiken mit sich. Jungen und Mädchen werden heute früher sexuell aktiv, was unter anderem mit der Liberalisie-

rung der Sexualität in westlichen Ländern zu tun hat, jedoch auch mit der tendenziell früher einsetzenden sexuellen Reife (Vögele, 2006).

Die Risiken sind bereits bei den ersten sexuellen Kontakten vorhanden, denn sie sind in der Regel kaum geplant, so dass vielfach keine Verhütungsmittel zur Verfügung stehen, auch kein Kondom. Vor allem bei Jungen ist das so, und häufig stehen sie unter Alkoholeinfluss (Vögele, 2006). Laut HBSC-Studie 2002 hat sich der Anteil der 15-Jährigen Jugendlichen, die bereits Koituserfahrung haben von 1994 bis 2002 verdoppelt (auf 23,5% der Jungen und 18,6% der Mädchen). In der Bundesrepublik berichtet ein Drittel der 14-16-jährigen Befragten über Erfahrung mit Geschlechtsverkehr. Auch hier ist der Anteil dieser erfahrenen Jugendlichen sukzessive gestiegen, bei Jungen generell und bei Mädchen in den jüngeren Jahrgängen. Fast ein Fünftel der Jüngeren mit Koituserfahrung haben beim ersten Mal nicht verhütet. (Vögele, 2006).

In unserer Untersuchung sind 22% der Jungen und 12% der Mädchen Koitus erfahren. Das mittlere Alter beim ersten Geschlechtsverkehr ist 13,0 Jahre bei Jungen und 12,9 Jahre bei Mädchen. Das mittlere Menarchealter ist 12,5 Jahre und 4,3% der Mädchen nehmen die Antibaby-Pille. Ob der erste Koitus unter Alkoholeinfluss geschah, kann unsere Untersuchung nicht beantworten. Jedoch zeigt eine Korrelationsanalyse einen signifikanten Zusammenhang zwischen früher Erfahrung mit Geschlechtsverkehr und Erfahrung mit mehrmaliger Trunkenheit.

Frühe Erfahrung mit Geschlechtsverkehr wird verschiedentlich in Zusammenhang gebracht mit generell exzessivem Substanzkonsum, Problemverhalten und Delinquenz, schlechten Schulleistungen, geringem Bildungsstatus insbesondere der Mutter, fehlenden elterlichen Regeln und Disziplin, Einfluss des Peers, Frühreife der Mädchen (Lohaus, 1993; Seiffge, 1994; HBSC 2002; Vögele, 2006). Nicht nur dieser Zusammenhang besteht, sondern auch der Zusammenhang dieser Faktoren mit geringerer Nutzung von Verhütungsmitteln und fehlendem Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten. In unserer Untersuchung wurde eine Risikoeinschätzung nach Geschlecht, Nationalität und Sekundarklassentypus gemacht. Das Risiko für frühen Geschlechtsverkehr ist bei Nicht-Schweizern um das 1,4-fache, bei Jungen um das 1,9-fache und bei Lernenden mit besonderen Bildungsbedürfnissen der Sek.C/Sonderklasse um das 3,8-fache erhöht. Beim letzten Geschlechtsverkehr benutzten 17% der Jugendlichen keine Verhütungsmittel. Kondome, die von Jugendli-

chen auch als Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten verstanden werden, wurden beim letzten Geschlechtsverkehr von 90% der Jungen und nur von 83% der Mädchen verwendet. Ob diese Mädchen die Antibaby-Pille nehmen und in einer „festen“ Beziehung sind, und sich deshalb auf der sicheren Seite wähnen, kann unsere Untersuchung nicht beantworten. Von Koitus erfahrenen Mädchen hat 7,3% bereits die „Pille danach“ gebraucht. Beunruhigend ist zudem der hohe Anteil Lernender der Sek.C/Sonderklasse, die beim letzten Koitus nicht verhütet haben: Ein Drittel dieser Lernenden hat nicht verhütet (vgl. Kap. 4.2.9, S. 48).

Nicht nur die frühe sexuelle Aktivität, sondern auch das mangelnde Verhütungs- und Schutzverhalten der Jugendlichen zeigt den Bedarf nach Optimierung der sexuellen Aufklärung. In der Stadt Zürich besteht seit zehn Jahren die Sexualpädagogische Fachstelle „Lust und Frust“ in Zusammenarbeit mit dem Schulärztlichen Dienst und der Aids Hilfe. Die personellen Ressourcen können den Bedarf nach vermehrter Aufklärung nicht abdecken, auch wenn die Stellen aufgestockt wurden. Das heisst, dass die Schulärztinnen und Schulärzte selbst vermehrt Aufklärung vor allem bei den Jugendlichen mit erhöhtem Risiko durchführen sollten.

5.2. Kritik:

Die vorliegende Projektarbeit hat die hauptsächlichen Ziele erreicht. Es liegt ein Befragungsinstrument vor, mit dem auch in Zukunft Daten zur selbst wahrgenommenen Gesundheit, zu Gesundheitsverhalten und zu gesundheitsrelevantem Lebensstil der 13-16-jährigen Jugendlichen erfasst werden können (Ziel 1, S. 7). Eine erste Anwendung des Erhebungsinstruments ist in Verbindung mit den Oberstufen-Vorsorgeuntersuchungen im Schuljahr 2007/2008 erfolgt und hat gezeigt, dass eine breite Akzeptanz seitens der Jugendlichen und ihrer Lehrkräfte vorhanden ist. Dies ist eine Ermunterung, den Fragebogen in periodischen Abständen wieder einzusetzen. Die diesjährige Querschnittsstudie basiert auf umfangreichen Daten von 1652 Jugendlichen der zweiten Oberstufe (86% der verteilten Fragebögen). Die Auswertung dieser Daten gibt nunmehr Aufschluss über ihre Gesundheit und Gesundheitsprobleme, über ihre gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen, Ressourcen und Risiken (Ziel 2, S. 7). Die Querschnittsanalyse hat eine Valorisierung und Interpretation der Daten ermöglicht und damit die Basis geschaffen, sowohl schulärztliche Angebote wie Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen

in Zukunft anzupassen (Ziel 3, S. 7). Zudem ist mit dieser Studie eine wissenschaftliche Basis gelegt für den geforderten, verbesserten Gesundheitsbericht der Stadt Zürich.

Damit das entwickelte Erhebungsinstrument (Ziel 1) auch in Zukunft eingesetzt werden kann, müssen noch Verbesserungen, Adaptierungen und Ergänzungen stattfinden. Der Fragebogen sollte gekürzt werden, z.B. Verzicht auf Seite 12 mit den Informationsangeboten. Die Fragen müssen noch verständlicher gemacht und vereinfacht werden. Zudem fehlen genaue Ausführungen was z.B. mit „gelegentlichem“ Konsum einer Substanz gemeint ist. Dies erschwert konkrete Vergleiche mit anderen Studien, jedoch auch eine Risikoeinschätzung, inwiefern ein Substanzkonsum bereits relevant geworden ist. Ergänzungen müssen z.B. bei Fragen rund ums Essverhalten gemacht werden, um Essstörungen besser zu erkennen (die aus schulärztlicher Erfahrung auch bei Jungen am zunehmen sind).

Ziel 3 ist erreicht, jedoch nicht im Umfang, wie ursprünglich angedacht. Für vertiefte Erkenntnisse zum gesundheitsförderlichen und -riskanten Verhalten und Lebensstil von Jugendlichen hätten mehr Zusammenhänge mit bestehenden Risiko- wie Schutzfaktoren untersucht werden müssen, als es im Rahmen dieser Master Thesis möglich war. Es sind demzufolge weniger multivariate Analysen durchgeführt worden, als ursprünglich gewünscht und geplant. Auf Grund der Datenfülle ist bereits mit der wichtigen Grundauswertung und der deskriptiven Statistik die Schwierigkeit der Priorisierung des Datenmaterials entstanden. Ansonsten hätte der vorgegebene Umfang der Thesis bei weitem nicht eingehalten werden können. Dafür liegt ein an Informationen reichhaltiges Zahlenmaterial vor, mit dem auch später geforscht und gezielt auf spezifische Fragestellungen weitere Analysen durchgeführt werden können.

Die vorliegende Studie liefert dennoch wesentliche Ergebnisse und Erkenntnisse zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der 13- bis 16-jährigen Lernenden der 2. Sekundarklassen in der Stadt Zürich. Vergleiche mit anderen Studien (HBSC, SMASH) und der Literatur zeigten z. T. Ähnlichkeiten, aber vor allem interessante Unterschiede zu anderen Schülerpopulationen. Aus diesen Erkenntnissen können einige umsetzbare zielgruppenspezifische Empfehlungen folgen, die nicht nur auf den Ergebnissen, sondern auch auf Literaturrecherchen beruhen.

Bei dieser Master-Thesis sind einige Fragen offen geblieben, die weiterer Forschung bedürfen. Zuerst sollen an dieser Stelle die Unterschiede zu den bestehenden Stu-

dien HBSC und SMASH aufgezeigt werden, denn sie sind Basis für die weiteren Recherchen: „In unserer Untersuchung..... „

1. ... sind die Anteile der Mädchen um einiges höher, die über körperliche Beschwerden, psychosomatische Symptome sowie über Medikamentenkonsum berichten.
2. ... ist der Anteil der Mädchen, die zur Zeit der Befragung gelegentlich oder regelmässig rauchten und tranken, viel höher als der Anteil der rauchenden und trinkenden Jungen.
3. ... ist die Prävalenz für Rauchen, Alkoholkonsum, Trunkenheit und Cannabis-konsum sehr viel tiefer, jedoch auch das Einstiegsalter für Substanzkonsum liegt beträchtlich tiefer.
4. ... ist der Anteil, der sich zu dick wählenden Jungen beträchtlich höher.
5. ... ist die körperliche Aktivität der Jugendlichen viel ausgeprägter. Ein viel grösserer Anteil unserer Jugendlichen erreicht die Empfehlung von mindestens einer Stunde moderater körperlicher Aktivität pro Tag (mit Schwitzen und ausser Atem geraten).
6. ... sind die Anteile der sich selbst verletzenden Jugendlichen um einiges höher und das Verhältnis der Anteile von Mädchen und Jungen ist unterschiedlich (z.B. für SVV fast 1:1).
7. ... wurden Jugendliche aus einer rein städtischen Agglomeration und aus der Volksschule befragt und nicht wie im HBSC auch aus ländlichen Gebieten und aus Gymnasien. Zudem ist die Aufteilung auch nach Nationalität geschehen, weil der Migrationshintergrund massgebende Spezialitäten aufweist.

Die offenen Fragen sind:

Welcher Zusammenhang besteht zwischen den vorhandenen Ressourcen der Jugendlichen und der geringeren Prävalenz für Substanzkonsum?

Wie sieht die Verteilung dieser Ressourcen, jedoch auch der gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen nach Schulkreis und möglicherweise nach Schulhäusern aus?

Welche Zusammenhänge sind vorhanden zwischen der hohen Belastungsrate (insbesondere der Mädchen) und dem vorhanden Schulstress, dem Schulhausklima und der Sorge für die Zukunft?

Zudem geben die Daten der Grundausswertung noch viele weitere mögliche Fragestellungen her, die in unserer Untersuchung gar nicht angegangen werden konnten.

Wie bei vielen Studien, ist auch hier eine gewisse Verzerrung vorhanden. Diese ist bedingt durch die Freiwilligkeit des Ausfüllens, durch das Auslassen von Sonderklassen und dadurch, dass viele Jugendliche anderer Nationalität nicht geantwortet haben (wurde durch den Transfer der IM-Daten ersichtlich).

5.3. Methodenkritik:

Warum eine neue Befragung von Jugendlichen, wenn es die HBSC-Studie gibt? Die vorliegende Studie liefert ein umfassendes Bild über die selbst berichtete Gesundheit und gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen der Stadtzürcher Jugendlichen in der gleichen Bildungseinheit „Sekundarschulen“. Es gibt Parallelen zu den Resultaten der HBSC-Studie, wesentlich sind aber die Unterschiede bei den Ergebnissen (vgl. Kap. 5.2. Kritik, S. 90 und 91). Daraus können lokalspezifische Implikationen sowohl für die Ausrichtung schulärztlicher Tätigkeit im Schulärztlichen Dienst SAD wie für zielgruppen- und geschlechtsspezifischen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen gezogen werden, die für die Schülerpopulation der Stadt Zürich wichtig sind. Um die dafür notwendigen Daten zu erhalten, musste ein Fragebogen erstellt werden, der all die verschiedenen Aspekte zu Gesundheitsverhalten und Lebensstil erfragen konnte. D.h. ein gewisser Umfang der Befragung war unumgänglich, gerade auch deswegen, weil all die Vorschläge und Ideen der Jugendlichen, aus dem Pre-Test und aus den Diskussion sgruppen integriert werden mussten.

Bereits bei der Fragebogenkonstruktion setzt die Methodenkritik an. Es gibt einige Schwierigkeiten aufzuzählen, die bei der weiteren Verwendung des vorliegenden Erhebungsinstruments zu berücksichtigen sind:

- Der Fragebogen hat eine Länge erreicht, die gut eine Lektion für das Ausfüllen notwendig macht. Deswegen muss sorgfältig geplant werden, in welchen Abständen eine so aufwändige Befragung durchgeführt werden soll. Zudem soll die Kooperationswilligkeit der Lehrkräfte mit dem SAD nicht überstrapaziert werden. Sie sind in anderen Belangen und vor allem bei Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule für den Schulärztlichen Dienst die

wichtigsten Partner. Eine Kürzung des Fragebogens ist deshalb zu überlegen.

- Ebenfalls zu überlegen ist, ob die Laufnummer des Fragebogens erneut die Adressnummer sein soll. Wohl bietet dies den Vorteil der Verknüpfungsmöglichkeit mit bestehenden Daten aus dem Information Manager IM der Stadt Zürich (z. B. Daten des sozioökonomischen Status des Haushalts oder der Messdaten aus der Vorsorgeuntersuchung). Aber es hatte den grossen Nachteil, dass viele Lehrkräfte und Jugendliche verunsichert waren, ob damit die Anonymität wirklich gewahrt sei. Die Schulärzte und Schulärztinnen mussten viel Zeit investieren, um zu erklären, dass sowohl Datenschutz wie Anonymität gewahrt bleiben und, dass sowohl bei der Dateneingabe wie bei der Auswertung keine Rückschlüsse auf die Person möglich sind (um Personen hinter dieser Nummer zu identifizieren, braucht es ein Berechtigungssystem, das nicht vorhanden ist).
- Für diese Projektarbeit zur Master Thesis mussten sowohl der zeitliche wie der finanzielle Aufwand in einem verhältnismässigen Rahmen gehalten werden. Die Fragebogenkonstruktion musste innerhalb von vier Monaten bis zur druckfertigen Version gereift sein, damit der Fragebogen zum Zeitpunkt der periodischen Vorsorgeuntersuchungen in den zweiten Oberstufen für das Schuljahr 2007/2008 einsatzbereit war. Das Entleihen von Fragen aus bewährten Befragungsinstrumenten war zwar in Bezug auf den Zeitmangel effizient. Zudem ergaben sich gute Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Studien. Jedoch stellten sich dadurch auch Fallen und Tücken ein, indem die entlehnten Fragen zum grossen Teil umgeformt wurden, andere Antwortkategorien und eine andere Reihenfolge erhielten. Ein Pre-Test in einer Sek.B-Klasse zeigte zwar, wo Fragen und Antwortkategorien angepasst werden mussten. Jedoch erhält man durch die Umstrukturierung der Fragen zwangsläufig auch andere Antworten und damit andere Daten. Vor einer nächsten Befragung sollte deshalb vermehrt auf eine quantitative und qualitative Übereinstimmung des Fragebogens mit dem Forschungsziel geachtet werden. Eine quantitative Übereinstimmung bedeutet die vollständige, eine qualitative Übereinstimmung die inhaltlich angemessene Operationalisierung aller Hypothesen bzw. Variablen (Porst 1996, S. 738). Mit anderen Worten, die Fragen und ihre Antwortkategorien müssen geeignet sein, um die gewünschten Informationen valide d.h. gültig und reliabel d.h. zuverlässig zu erfassen. So

sollten im bestehenden Erhebungsinstrument einige Fragebatterien dahingehend überprüft und angepasst werden.

- Eine solche Überprüfung bedingt auch vermehrte Diskussions- bzw. Fokusgruppen und den Einbezug von Jugendlichen in die Fragebogenkonstruktion von Anfang an. Aus Gründen der Zeitnot wurden die Items des Fragebogens so zusammengestellt, wie es die Erfahrung der schulärztlichen Beratungsgespräche implizierte. Die Jugendlichen bzw. eine ausgewählte Gruppe (Sek.BKlasse) konnte lediglich nach dem Pre-Test Wünsche zu fehlenden Themen anbringen. Diese wurden selbstverständlich berücksichtigt, wie auch die Korrektur- und Änderungsvorschläge für eine bessere Verständlichkeit der Fragen und Antwortkategorien. Dies erschien vorerst als genügend für dieses Pilotprojekt einer für den schulärztlichen Dienst neuen Befragungsart. Für eine künftige Anpassung der Art der Fragen sollte jedoch vermehrt mit den Jugendlichen auch vor dem Pre-Test diskutiert werden und man sollte sie zu aktuellen, für sie wichtigen Themen interviewen.

Die Datenfülle aus dieser Befragung übersteigt bei weitem das Mass einer Master Thesis. Deshalb sind nicht alle Auswertungen bis ins Detail beschrieben und diskutiert. Auch konnten weniger multivariate Analysen zum Zweck der Risikoeinschätzung, Untersuchung von Zusammenhängen und Interaktionen gemacht werden. Unberücksichtigt blieb auch die Untersuchung nach Schulkreisen und sozioökonomischem Status der Familie. Dennoch sind einige Erkenntnisse daraus gewonnen worden und vor allem wurden die Unterschiede zu anderen Studien gut sichtbar, weshalb für das Erste genügend Informationen vorhanden sind, um Massnahmen planen zu können. Das Datenmaterial lässt für spätere und weitere Analysen noch viele Fragestellungen zu.

Auch bei weiteren Befragungen soll – wie bei dieser Projektarbeit – unbedingt die Zusammenarbeit mit Experten in Epidemiologie und Statistik gesucht werden. Das Studien-Design kann dadurch von Anfang an so konzipiert werden, dass daraus interpretationsfähige Resultate ermöglicht werden. Eine solche Zusammenarbeit ist Standard in Public Health und in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Wenn man den Zeitaufwand für die vorliegende Untersuchung betrachtet, ist zu empfehlen, dass sich im Schulärztlichen Dienst eine Fachperson dahingehend speziali-

siert, die weiteren Befragungen, Datenanalysen sowie die Zusammenarbeit mit Epidemiologen und Statistikern zu pflegen und zu betreuen. Dafür sollte die Leitung des SAD und der Schulgesundheitsdienste SG die notwendigen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stellen.

5.4. Implikationen und Empfehlungen:

Bereits im Diskussionsteil sind in die diversen Abschnitte Ansätze und Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung eingeflochten, damit der Bezug zum jeweiligen Thema nicht verloren geht und ersichtlich wird, aus welchen Literaturquellen die zum Teil konkreten Vorschläge stammen.

In diesem Kapitel sollen die für den SAD direkten Implikationen und noch fehlende Empfehlungen genannt werden:

- 1.) Lernende mit besonderen Bildungsbedürfnissen, mit und ohne Migrationshintergrund, sind eine äusserst wichtige Zielgruppe für die Prävention und Gesundheitsförderung, denn sie stellen eine Risikopopulation dar für vielfältige gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Diverse Indikatoren lassen vermuten, dass diese Population ihre Schwierigkeiten und riskanten Verhaltensweisen ins späte Adoleszenten- und Erwachsenenalter mitnimmt. Somit besteht das Risiko, dass sie vermehrt körperliche und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen, Suchtmittelabusus und soziale Schwierigkeiten als junge Erwachsene haben werden und damit nicht nur sich selber belasten, sondern auch ein Kostenfaktor für das Gesundheits- und Sozialwesen werden können. Ab dem Schuljahr 2009/10 wird es die Sekundarklassen C und Sonderklassen nicht mehr geben. Diese Lernenden, die jedoch immer noch ihre besonderen Bedürfnisse haben, sind in Zukunft in den Sekundarklassen B eingeteilt. Obwohl die Integration von problematischen Jugendlichen in Regelklassen generell zu begrüßen ist, wird die Identifikation dieser Risikopopulation für den SAD eine grosse Herausforderung sein. Das wird auch bedeuten, dass der SAD noch präsenter in den Sekundarschulen sein sollte, die Zusammenarbeit mit der Lehrerschaft intensivieren und vermehrt Gesundheitssprechstunden oder andere Beratungsmöglichkeiten in den Schulen anbieten sollte. Diese letzte Empfehlung wird von der Tatsache unterstützt, dass die Schulärztin/der Schularzt noch vor dem Schulsozialarbeiter von den Jugendlichen in Anspruch genommen wird.

- 2.) Jungen und Mädchen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen sowie Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund zeigen trotz vieler Ressourcen auch viele Belastungen für ihre Gesundheit und ihr psychisches Wohlbefinden. Sie sind ebenfalls als Risikopopulation anzusehen und benötigen zielgruppenspezifische und oft auch individuelle Interventionen. Hier sollte die bereits gut verankerte Betreuung und Beratung durch den SAD verstärkt werden unter Einbezug des familiären und nahen sozialen Umfelds dieser Jugendlichen. Bei Immigranten ist insbesondere auch der Einbezug von Kulturvermittlern wesentlich. Für diese Jugendlichen und ihre Familien bedeuten ärztliche Fachpersonen eine niederschwellige Beratungsmöglichkeit. Der SAD soll sich proaktiv dabei in Szene setzen.
- 3.) Mädchen und Jungen haben unterschiedliche Schwierigkeiten in unterschiedlichem Ausmass und unterschiedliche Bedürfnisse. Dies zeigt die vorliegende Untersuchung eindrücklich. Sie zeigt auch auf, in welchen Bereichen die wesentlichen Unterschiede sind. Ist diese Aussage eine Binsenwahrheit? Nicht überall ist allerdings der Gender-Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung gegeben und durchdringend. So sind viele bestehende Massnahmen geschlechtsneutral und damit auch – unsensibel. Ein geschlechtsdifferenzierter Ansatz bedeutet, dass bereits bei der Ausgangsanalyse geschlechtsspezifische Bedürfnisse *explizit* erhoben und bei der Massnahmenplanung geschlechterspezifische Angebote einbezogen werden. Nicht nur die Anlage der Intervention, auch die Evaluation der Ergebnisse sollte nach geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten erfolgen (Altgeld, 2006). Für den SAD wird dies bedeuten, sich Sensibilisierung und Qualifizierung im Bereich der geschlechterdifferenzierten Perspektive und Strategien anzueignen.
- 4.) Unsere Ergebnisse zeigen, dass in den Bereichen Suchtmittelkonsum, Medikamentenkonsum, psychische Gesundheit, sexuelle Aufklärung, Ernährung und körperliche Aktivität primärpräventive Massnahmen bereits in der Mittelstufe, teilweise sogar bereits in der Vorschule und Unterstufe, durchgeführt werden sollten. Dies bedeutet für den SAD eine Erweiterung des schulärztlichen Angebotes, sind doch bisher nur punktuell solche Interventionen in den unteren Schulstufen durchgeführt worden. Dabei sollte sich der SAD systematisch mit anderen internen und externen Fachstellen vernetzen. Bislang steht „Prävention und Gesundheitsförderung“ als Auftrag an den SAD im neuen Volksschulgesetz und in den

Verordnungen. Ein „State of Art“ oder interne, sachkompetente Richtlinien dazu fehlen noch. Dies wird für die nächsten Jahre die Herausforderung nicht nur für den SAD, sondern auch für die Schulgesundheitsdienste sein.

- 5.) Die Ergebnisse unserer Befragung weisen darauf hin, dass die Jugendlichen hier im Vergleich zur Schülerpopulation der HBSC-Studie wesentliche Unterschiede in den gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen aufzeigen. Für eine zielgerichtete, erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung, welche die regionalen Gegebenheiten und Bedürfnisse berücksichtigt, sind diese Ergebnisse dringend erforderlich. Nur mit diesen wissenschaftlichen Grundlagen können adäquate Massnahmen geplant, evaluiert und angepasst werden. Deshalb sollte diese Befragung und Untersuchung in Zukunft in regelmässigen Abständen mit dem gleichen Befragungsinstrument stattfinden. Anfänglich bedeutet dies einen Aufwand in der Administration und Information. Danach bringt es der Stadt Zürich, der Volksschule und den Schulgesundheitsdiensten einen Zuwachs an Wissen und an Erkenntnissen über die gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen junger Leute in den Oberstufen der Volksschule und über die Bedingungen ihrer Entstehung und Entwicklung.

Diese zielgruppenspezifischen Empfehlungen beruhen auf den Erkenntnissen der vorliegenden Studie und auf Literaturrecherchen. Die Prüfung dieser Empfehlungen sowie die Abklärung, wie und in welchem Rahmen diese umgesetzt werden können, bedarf der Diskussion mit anderen Fachleuten, mit dem Setting Schule und dienstinternen beim SAD. Für die Entwicklung von Interventionen sind ebenfalls Gespräche mit Experten und das Einbeziehen aller Gesichtspunkte der Zielgruppe notwendig.

Sinnvoll erscheint nach einer gewissen Zeit (z.B. in einem Jahr) die Überprüfung der Umsetzung der abgegebenen Empfehlungen zusammen mit den Vorgesetzten des Schulärztlichen Dienstes und der Schulgesundheitsdienste. Diese Überprüfung dient sowohl der Nachhaltigkeit als auch der Evaluation der aus den neuen Erkenntnissen abgeleiteten Interventionen und Massnahmen in Prävention und Gesundheitsförderung.

5.5. Beschreibung der Public Health-Relevanz:

Das Kollektiv der 13- bis 16-jährigen Oberstufenschüler und -schülerinnen der Stadt Zürich ist sehr gross. Lebensstilfragen bei Jugendlichen, deren Auswirkung auf Ge-

sundheit und Wohlbefinden und ihr Gesundheitsverhalten sind relevante Public Health-Themen, vor allem dann, wenn es um die Planung und Implementierung von zweckmässigen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen geht. Prävention und Gesundheitsförderung sind sowohl rechtlicher Auftrag für den Schulärztlichen Dienst SAD, wie auch wichtige Elemente in Public Health.

Die vom schulärztlichen Dienst durchgeführte Lebensstil- und Gesundheitsberatung basiert auf der generellen Haltung der Salutogenese (Antonovsky 1997 und Strauss & Höfer 2000), bezieht die Zielgruppe im Sinne des Empowerments ein (Quindel 2004, Knut & Seibert 2001) und bietet dem einzelnen Individuum ein Ressourcen aktivierendes Assessment an. Zudem besteht Chancengleichheit im Zugang zu dieser Lebensstil- und Gesundheitsberatung unabhängig vom Sozial- und Bildungsstatus der Eltern, weil der SAD die Möglichkeit hat, aktiv auf die Zielgruppe zuzugehen und diese in ihrem Umfeld Schule zu erleben. Eine kontinuierliche Datenerhebung aus den Beratungsgesprächen und deren Auswertung kann einen Beitrag leisten zur Anpassung der schulärztlichen Tätigkeit und zu alters- und geschlechtsspezifischen Zielsetzungen in Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule, z.B. in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (Zumstein & Süss 2006).

Das Projekt zur Entwicklung eines Erhebungsinstruments zur systematischen Erfassung von Informationen über die gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen von Jugendlichen der Oberstufe in der Volksschule ist für die Stadt Zürich innovativ. Die SMASH-Studie, welche alle vier Jahre durchgeführt wird, arbeitet mit einer Zielgruppe Jugendlicher eines anderen Altersegments (Gymnasiasten und Berufsschüler, 16 - bis 20-Jährige). Die HBSC-Studie, die ebenfalls alle vier Jahre durchgeführt wird, enthält wohl das Altersegment der 13- bis 16-Jährigen (11-16-Jährige), jedoch auch weniger gut vergleichbare Schülerpopulationen aus den Gymnasien und aus ländlichen Gebieten. Vergleiche mit diesen Studien sind wertvoll, wenn es um die Aufzeichnung von allgemeinen Tendenzen geht. Jedoch sind sie nicht so gut vergleichbar, wenn es darum geht, Informationen der lokalen Zielgruppe zu erhalten, auf welchen dann auch die entsprechende Massnahmenplanung beruhen soll. Zudem ermöglichen erst wiederholte Befragungen mit dem gleichen Instrument und der gleichen Zielgruppe die dringend erforderlichen Ergebnisse im Längs-

schnitt, ohne die gezielte Massnahmen weder für die Volksschule geplant, geschweige denn evaluiert oder angepasst werden können.

Es erscheint deshalb notwendig, dass eigene Basisdaten zu gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen unserer städtischen Jugendlichen gewonnen werden können, die eine Interpretationsmöglichkeit und Voraussehbarkeit von Entwicklungen und Tendenzen auf lokaler Ebene zulassen und die eine gezielte Planung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten mit Jugendlichen dieses Altersegments und in der ganzen Volksschule erlauben. Angesicht der zunehmenden „new morbidities“, die unsere Gesellschaft auch im Erwachsenenalter belasten, und den knappen finanziellen Mitteln, ist eine Anpassung der Datenerhebung im SAD dringend nötig. Mit statistisch verwertbaren Daten kann auch leichter politischer Druck erzeugt und belegt werden, wo Anstrengungen in Prävention und Gesundheitsförderung gemacht und wo gezielt Ressourcen eingesetzt werden sollten – eine weitere wichtige Relevanz für Public Health.

Unsere Untersuchung zeigte auf, dass Mädchen und Jungen unterschiedliche Bedürfnisse, Belastungen und Ressourcen haben. Jedoch ist der Gender-Ansatz bis anhin nicht in allen bestehenden Programmen in Prävention und Gesundheitsförderung gegeben. Gendergerechte Interventionen sind ein Anliegen im Public Health. Für den Schulärztlichen Dienst bedeutet dies, sich vermehrt für dieses Anliegen einzusetzen und sich in der Gender-Thematik weiterzubilden.

Unsere Untersuchung zeigte weiterhin sehr schön auf, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund anderen Belastungen ausgesetzt sind (z. B vermehrte Gewalttätigkeiten, geringere Lebenszufriedenheit, schlechtere Bildungssituation verbunden mit vermehrten Zukunftsängsten etc.). Für den Schulärztlichen Dienst bedeutet dies, vermehrt den Migrationshintergrund in Primärprävention (Involvieren des Elternhauses, Kulturvermittler) und in Beratung zu berücksichtigen. Die Migrationsthematik und ihre Implikationen für Prävention, Gesundheitsförderung und Beratung sind wesentliche Anliegen im Public Health Bereich.

6. Danksagung

Allen voran gilt ein besonderer Dank den Jugendlichen der zweiten Oberstufen der Stadt Zürich im Schuljahr 07/08, die vertrauensvoll bei dieser Befragung mitgemacht

haben. Ohne ihre Angaben auch über sehr persönliche Fragen, hätte diese Arbeit gar nicht entstehen können.

Auch ihren Lehrkräften, ihren Eltern und den Schulleitungen bin ich zu Dank verpflichtet. Die Lehrpersonen haben im bereits überfrachteten Lehrplan Zeit gefunden, um die Jugendlichen in der Schule den Fragebogen ausfüllen zu lassen. Ihre Eltern haben der Befragung informiert zugestimmt. Die Schulleitungen haben die Befragung in ihren Oberstufenschulen zugelassen.

Meinen Kolleginnen und Kollegen und allen Schulischen Praxisassistentinnen gebührt ein grosses Dankeschön, denn sie haben weder Mühen noch Aufwand gescheut, die Fragebögen zu verarbeiten, auszuteilen und zu erklären.

Meiner Vorgesetzten Dr. med. Susanne Stronski Huwiler, MPH, Leiterin des Schulärztlichen Dienstes, und meinem Vorgesetzten Dr. med. Daniel Frey, Direktor der Schulgesundheitsdienste, danke ich für ihr Interesse an der Arbeit sowie die motivierende und fachliche Unterstützung. Sie sorgten zudem für die Finanzierung der Leistung Dritter.

Die „Leistung Dritter“ haben Dr. Lisanne Christen, MPH und Dr. Stephan Christen, MPH vollbracht. Ihnen gebührt ebenfalls ein besonderer Dank. Zudem war ihre methodische Unterstützung während der ganzen Arbeit wertvoll.

Frau Anna Sigrist danke ich für die perfekte und fehlerlose Dateneingabe.

Meinem lieben Mann Armin Züger danke ich für all die aufmunternden Zuwendungen. Er hat die Arbeit redigiert und meine schlimmsten Fehler ausgemerzt.

Wer mich auch stets aufgemuntert hat, mich jeweils an die Realität des beschränkten Umfangs einer Master Thesis erinnert und mich geduldig durch Irrungen und Wirrungen geleitet hat, ist mein Tutor Dr. Heinz Bolliger. Herzlichen Dank!

Diese Arbeit ist allen Kindern und Jugendlichen der Volksschule der Stadt Zürich gewidmet. Für sie bin ich sehr gerne Schulärztin.

7. Bibliographie

- Abel Thomas, Buddeberg Claus & Duetz Margrit, „Gesundheitsrelevante Lebensstile“ in: Claus Buddeberg (Hrsg.) (2003). Lehrbuch Psychosoziale Medizin. Heidelberg: Springer
- Altgeld Thomas, „ Der Settingansatz als solcher wird es schon richten? Zielgruppengenaugkeit bei der Arbeit im Setting“ in „Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention“, hrsg. Petra Kolip, Thomas Altgeld, Weinheim und München, 2006
- Antonovsky Aaron „Salutogenese, zur Entmystifizierung der Gesundheit“, dgvt Verlag, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Tübingen, 1997
- Balmer Katharina et al., „Prävention von Angst und Depression im Jugendalter. Evaluation des schulbasierten Programms GO! – Schweiz“, in Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 15(2),57-66, Göttingen 2007
- Bengel Jürgen et al. „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert“, hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2001
- Eberle Junosza-Jankowski Anna Maria, „Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bildungsbedürfnissen“, Master Thesis, 2007
- Egle Ulrich T. & Cierpka Manfred, „Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006
- ESPAD, Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs in der Schweiz, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2002 und 2006, www.sfa-ispa.ch
- Fischer Volkhard & Leppin Anja, „Rauchen und Alkohol“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006
- Flammer August & Alsaker Françoise D., „Entwicklungspsychologie der Adoleszenz, die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter“, Bern 2002
- Giggisberg Sabine, Steffen Thomas, Schenk Doris, „Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Ergebnisse der Schülerbefragung 2006“, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsdienste, Basel 2007
- HBSC („Health Behaviour in School-Aged Children“, Studie in der Schweiz, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2002 und 2006, www.sfa-ispa.ch
- Hoffmann Andreas et al. „Körperliche Bewegung“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006
- Hurrelmann Klaus, „Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung“, München 2000
- Keller Stefan, Velicer Wayne F. und Prochaska James O.: Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht, in „Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis“, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1999
- Kirchhoff Sabine et al., „Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung“, Opladen 2001
- Klein-Hessling Johannes, „Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Symptomatik, gesundheitsförderliches und gesundheitsriskantes Verhalten“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006

Knuf Andreas & Seibert Ulrich, „Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit“, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2001

Kolip Petra: Jugend und Gesundheit: Präventionsbedarf aus der Sicht der Jugendgesundheitsforschung, erschienen in „Gesundheitsförderung – Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld“, hrsg. Gabriele Amman & Rudolf Wipplinger, Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1998

Kröner-Herwig Birgit, „Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006

Kuntsche Emmanuel, Gmel Gerhard, Annaheim Beatrice: Abschlussbericht 2006 des Forschungsberichtes „Alkohol und Gewalt im Jugendalter – Gewaltformen aus der Täter- und Opferperspektive, Konsummuster und Trinkmotive, Eine Sekundäranalyse der ESPAD-Schülerbefragung (European School Survey Project on Alcohol and Drugs)“, sfa/ispa, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, www.sfa-ispa.ch

Lohaus Arnold & Lissmann Ilka, „Entwicklungsveränderungen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006

Mittag Waldemar & Jerusalem Matthias: Prävention von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch bei Jugendlichen – Eine Evaluationsstudie, erschienen in „Gesundheitsförderung – Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld“, hrsg. Gabriele Amman & Rudolf Wipplinger, Verlag Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1998

Nixon M.K., Cloutrie P.F. & Aggarwal S.: „Affect regulation and addictive aspects in repetitive self-injury in hospitalised adolescents“ im Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2002, 41, 1333-1341.

Petermann Franz & Koglin Ute, „Aggressivität und Gewalt“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006

Petermann Franz & Natzke Heike, „Soziale Integration“, in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006

Petermann Franz & Winkel Sandra, „Selbstverletzendes Verhalten“, Göttingen 2005

Porst R., „Fragebogengenerierung“ in „Kontaktinguistik – Contact Linguistic _ Linguistique de contact. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung“, hrsg. von Goebel H., Nelde P.H., Stary Z, Wölck W., Berlin & New York, 1996

Quindel Ralf, „Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle – das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie“, Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn, 2004

Richter Matthias et al., „Bullying, psychosoziale Gesundheit und Risikoverhalten im Jugendalter“ in Gesundheitswesen 2007; 69:457-482, Stuttgart

Settertobulte Wolfgang: Gesundheit und Krankheit im Jugendalter, erschienen „Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Frauen und Männer im Vergleich“, hrsg. Klaus Hurrelmann/Petra Kolip, Verlag Hans Huber, Bern, 2002

Schlesinger Inga & Jerusalem Matthias, „Schulunfälle“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006

SMASH 2002, Swiss multicenter adolescent survey on health 2002, Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002, Françoise Narring, Annemarie Tschumper, et alri, Dokument verfügbar unter www.umsa.ch

Schmid Holger, Kuntsche Emmanuel N, Delgrande Marina, „Anpassen, ausweichen, auflehen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern“, Bern 2001

Schmid Holger, Delgrande Jordan Marina, Kuntsche Emmanuel, Kuendig Hervè, Annaheim Beatrice: Forschungsbericht Nr. 42, Februar 2007, „Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO)“, sfa/ispa, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, www.sfa-ispa.ch

Siebert Katharina, „Selbstverletzung als Krankheit“, Saarbrücken, 2007

Stadt Zürich, Schul- und Sportdepartement, 2006: Geschäftsbericht 2005/2006

Strauss Florian & Höfer Renate: Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit, erschienen in „Salutogenese und Kohärenzgefühl – Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts“, hrsg. Hans Wydler, Petra Kolip, Thomas Abel, Juventa Verlag Weinheim und München, 2000

Tapert Susan F., „Substanzgebrauch und Gehirnfunktion Jugendlicher“ in „Jugendliche und Suchtmittelkonsum, Trends – Grundlagen – Massnahmen“, hrsg. von Karl Mann, Ursula Havemann-Reinecke, Raphael Gassmann, Freiburg im Breisgau, 2007

The Lancet: Press release Adolescent Health Series 1-6 launch, 2007 pressoffice@lancet.com, Paper 6, „More youth-friendly health services needed, Professor Andre Tylee et al.

Vögele Claus & Ellrott Thomas, „Ernährung, Über- und Untergewicht“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006

Vögele Claus „Sexualverhalten“ in „Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter“, hrsg. von Arnold Lohaus, Matthias Jerusalem, Johannes Klein-Hessling, Göttingen, 2006

Zumstein Barbara, Süss Franz „Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung als Qualitätskriterium für gesundheitsfördernde Schulen“ in „Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention – Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis“, hrsg. von Petra Kolip, Thomas Altgeld, Weinheim und München, 2006

Fragen zu deiner Gesundheit und Lebensgestaltung

Liebe Schülerin, lieber Schüler

Mit diesem Fragebogen bereitest du dich auf das Beratungsgespräch mit der Schulärztin/dem Schularzt vor. Die Schulärztinnen und Schulärzte erhalten aber auch wichtige Hilfe für ihre Arbeit mit Jugendlichen deiner Altersgruppe. Aus diesem Grund werden die ausgefüllten Fragebögen im Schulärztlichen Dienst gesammelt und *anonym ausgewertet*. Die Antworten von jährlich ungefähr 1500 - 2000 jungen Menschen in Zürich werden zu *statistischen Kennwerten zusammengefasst*; wer welche Antwort gab, ist nicht erkennbar.

Jeder Fragebogen wird *absolut vertraulich* behandelt. Es ist *kein Rückschluss auf deine Person* möglich. Die Schulärztin/der Schularzt untersteht der *ärztlichen Schweigepflicht*.

Wenn du den Fragebogen vollständig ausgefüllt hast, stecke ihn bitte ins beiliegende Couvert und gebe *das verschlossene Couvert* in den Fragebogen-Sammelkasten. Der Sammelkasten kommt für die wissenschaftliche Auswertung zu uns an den Schulärztlichen Dienst.

Wir danken dir für deine Mitarbeit.

Bitte jede Zeile beantworten.

Anleitung zum Ausfüllen

Bitte kreuze *in jeder Zeile* das zutreffende Kästchen an, zum Beispiel so:

Ich gehe gerne in die Schule . ja 1 nein 0
 Morgens stehe ich leicht auf. ja 1 nein 0
 Ich freue mich immer auf die Schulferien. ja 1 nein 0
 Ich räume gerne mein Zimmer auf. ja 1 nein 0

oder trage die gefragte Zahl ein, zum Beispiel so:

Wie viel wiegst du? [__|4|8] Kilogramm

Quellencode: Entsprechend gekennzeichnete Fragen sind (mehrheitlich abgewandelt) folgenden in der Befragung von Jugendlichen erprobten Erhebungsinstrumenten entlehnt: BS - Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt 2006; CA - Döpfner et al., CASCAP-D, Hogrefe 1999; FEV - Pudiel & Westhöfer, Fragebogen zum Essverhalten, Hogrefe 1989; HB - SFA/ISPA, HBSC 2002; IS - ISGF Zürich, Projekt KIM4U 2006; SA - Schulärztlicher Dienst Zürich, Fragen zu deiner Entwicklung und Gesundheit; SC - Baumgärtner, Hamburger Schulbus 2006; SM - SMASH 2002.

1	Fragebogensnummer <i>Dieser Eintrag erfolgt im Schulärztlichen Dienst.</i>
2	In welchem Stadtkreis ist deine Schule? Name:..... oder Kreis [... ...]
3	In welche Klasse gehst du? Sek A <input type="checkbox"/> 1 Sek B <input type="checkbox"/> 2 Sek C <input type="checkbox"/> 3
4	heutiges Datum Tag [__ __] Monat [__ __] Jahr [2 0 0 __]

■ Wohlbefinden, Aktivitäten

5 SM1 (HB67)	Wie schätzt du deine Gesundheit im Allgemeinen ein?	ausgezeichnet sehr gut gut mittelmässig schlecht	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6	Wie schätzt du dein seelisches Befinden im Allgemeinen ein?	ausgezeichnet sehr gut gut mittelmässig schlecht	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
7 SA4	Wie schätzt du deine körperliche Leistungsfähigkeit ein?	ausgezeichnet sehr gut gut mittelmässig schlecht	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
8 (SC22)	Wie schätzt du insgesamt deine derzeitigen schulischen Leistungen ein?	ausgezeichnet sehr gut gut mittelmässig schlecht	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
9	Wie schätzt du insgesamt dein	ausgezeichnet sehr gut gut mittelmässig					

Bitte jede Zeile beantworten.

(SC23)	Verhältnis zu den Lehrern und Lehrerinnen ein?	schlecht	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
10 SM3	Hast du in den letzten 30 Tagen ausserhalb der Schule in einem Verein, Club oder einer Gruppe mitgemacht?					ja	nein
					Musikgruppe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
					Pfadi, Kadetten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
					freiwilliger Schulsport	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
					Sportclub in Einzelsportart	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
					Sportclub in Mannschaftssportart	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
					Kurs/Gruppe für Tanz, Theater u.ä.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
						<input type="checkbox"/> 0	
					Jugendgruppe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
					andere Gruppe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
11 (SC25)	Wie zufrieden bist du zur Zeit mit folgenden Bereichen deines Lebens?	gar nicht	wenig	mittel	sehr		
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	... mit deiner Schulsituation?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	... mit deiner Wohnsituation?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	... mit deiner Freizeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	... mit deiner Gesundheit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	... mit deiner familiären Situation?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	... mit deinen Beziehungen zu Freunden/Freundinnen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	... mit dir selbst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
	... mit deinem Leben insgesamt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		

■ Allgemeines zu dir

12 HB1	Bist du ein Junge oder ein Mädchen?	Junge <input type="checkbox"/> 1	Mädchen <input type="checkbox"/> 2
13	Wann bist du geboren? Nur Monat und Jahr (z.B. März 1998 = [0/3] [1/9/9/8])	Monat [__ __] Jahr	[__ __ __ __]
14	Welche Nationalität(en) hast du?	Schweiz <input type="checkbox"/> 1	andere <input type="checkbox"/> 2
15	Welche Sprache sprichst du zuhause hauptsächlich?	deutsch <input type="checkbox"/> 1	andere Sprache <input type="checkbox"/> 2
16 (HB5)	Wie viel wiegst du? → nur ganze kg	[__ __ __] Kilogramm	
17 HB6	Wie gross bist du ohne Schuhe?	[__], [__ __] Meter	
18 HB7	nur für Mädchen: Hattest du schon die erste Regel (Monatsblutung) und wann?	nein <input type="checkbox"/> 1	ja <input type="checkbox"/> 2
		Monat [__ __]	Jahr [2 0 0 __]
19	nur für Mädchen: Benutzt du die (Antibaby-)Pille oder ein Hormonpflaster?	ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0

Bitte jede Zeile beantworten.

■ **Fragen zu deiner Gesundheit und deinem seelischen Befinden**

20 HB68	Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?	etwa täglich ungefähr mal pro	etwa täglich ungefähr mal pro	mehrmals selten pro Woche oder nie	ungefähr einmal pro ein- Woche Monat	
	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ich fühlte mich traurig, bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ich war gereizt, schlecht gelaunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ich fühlte mich nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ich konnte schlecht schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ich fühlte mich müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ich fühlte mich ängstlich, be- sorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 (HB71f f)	Fragen zu dir und deiner Stimmung:	immer,	oft	manchmal	selten	nie
	Fühlst du dich abgelehnt, ausge- schlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fühlst du dich schwach, unfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hast du Selbstvertrauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fühlst du dich wertlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bist du mit dir zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommt es vor, dass du dich einsam fühlst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bist du glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hast du starke Angstgefühle?					
	Schaust du zuversichtlich in die Zukunft?					
22 (SM45)	Hier ist eine Liste von Problemen, wie sie bei Jugendlichen deines Alters vorkommen können. Kannst du angeben, für welche du Hilfe nötig hättest?				ja	nein
				Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Nervosität, Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Traurigsein, Deprimiertsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Tabakkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				mein Gefühlsleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sexualität und Verhütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Veränderungen mit meinem Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Probleme im Zusammenhang mit Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte jede Zeile beantworten.

		<input type="checkbox"/> 0	
	Probleme, Freunde/Freundinnen zu finden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	Schwierigkeiten mit Familienangehörigen (z.B. Vater, Mutter, Geschwister)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	Sorgen wegen der nahenden Berufswahl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	Familienkonflikte wegen unterschiedlicher Wertvorstellungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	zu wenige Freiheiten und zu viele Verbote	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	anderes Problem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
23	Hast du eine chronische/lang dauernde Krankheit? (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie)	ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0
24	Nimmst du regelmässig Medikamente?	ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0
25	Verwendest du regelmässig oder gelegentlich Medikamente ...	ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0
	gegen Schmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	für den Schlaf, zur Beruhigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	für die Konzentration	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	gegen Asthma oder Allergie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	wegen einer chronischen Krankheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
26	Mit wem sprichst du über schlechte Erlebnisse oder wenn du selbst etwas Schlimmes getan hast?	ja <input type="checkbox"/> 1	nein/nicht <input type="checkbox"/> 0
(SA22)		zutreffend <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	ich rede mit meiner Mutter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	... mit meinem Vater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	... mit meinen Geschwistern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	... mit anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	...mit meinen Freund/Innen, KollegInnen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	... mit meiner Lehrerin/meinem Lehrer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	... mit Fachpersonen (z.B. Arzt, Psychologe)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	... mit einem/einer Geistlichen meiner Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	... mit anderen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	es gäbe Leute, aber ich rede mit niemandem über solche Sachen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	ich habe niemanden, mit dem ich darüber reden könnte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

■ Fragen zu deinem Körper, zu Bewegung & Sport

27	Zur Zeit fühlst du dich...	zu dünn <input type="checkbox"/> 1	etwas dünngerade <input type="checkbox"/> 1	richtigetwas zu dick <input type="checkbox"/> 1	zu dick <input type="checkbox"/> 0
----	-----------------------------------	------------------------------------	---	---	------------------------------------

Bitte jede Zeile beantworten.

SM56		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28	Möchtest du zur Zeit dein Gewicht verändern?	ja, abnehmen nein, soll so bleiben ja, zunehmen				
		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
29 HB69	Gibt es etwas an deinem Körper, das du gerne ändern möchtest?	<i>nein, nichts ja, aber nur ja, vieles ja, so ziemlich</i>				
			<i>wenige Dinge</i>			<i>alles</i>
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
30	Machst du zur Zeit etwas, um Gewicht zu verlieren (Abmagerungskur oder anderes)?			ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0	
31 (SA4)	Wie sportlich bist du zur Zeit?	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>mittel</i>	<i>sehr</i>	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
32 (HB16)	Wie oft treibst du ausserhalb der Schule Sport, so dass du ins Schwitzen oder ausser Atem kommst?	höchstens 1-mal pro jeden Tag 1-mal im Woche Woche Woche Monat				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33 (HB16)	An wie vielen Tagen einer normalen Woche bist du mindestens 1 Stunde körperlich aktiv, einschliesslich Schulweg zu Fuss / mit Velo?	<i>0-1 Tag</i>	<i>2-3 Tage</i>	<i>4-5 Tage</i>	<i>6-7 Tage</i>	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
34 (SA12)	Glaubst du, dass du genügend Bewegung hast?	<i>nein</i>	<i>eher nein</i>	<i>eher ja</i>	<i>ja</i>	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	

■ **Fragen zu deiner Ernährung**

35	Wie schätzt du deine Ernährung allgemein ein?	<i>nein</i>	<i>eher nein</i>	<i>eher ja</i>	<i>ja</i>
	Hältst du deine Ernährung für gesund?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Denkst du, du solltest deine Ernährung ändern?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36 (HB10f f)	Wie häufig isst du an Schultagen normalerweise richtig ...	nie an Schultagen an 1-3 Schultagen an 4-5 Schultagen			
	...am Morgen (mehr als nur ein Glas Milch oder Fruchtsaft)?		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	... zu Mittag (mehr als nur ein Getränk oder eine Kleinigkeit wie Snack, Riegel, Apfel)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	... am Abend (mehr als nur ein Getränk oder eine Kleinigkeit wie Snack, Riegel, Apfel)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
37	Wie häufig in der Woche isst du normalerweise die folgenden Lebensmittel?	höchstens 2-4mal 5-7mal mehrmals einmal pro Woche pro Woche jeden Tag pro Woche			
	frisches Obst, Früchte oder Gemüse (nicht vom Take away)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Fast Food (Hamburger, Frühlingsrol-	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Bitte jede Zeile beantworten.

	len, Pizza)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Fertigmahlzeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Blatt-/Gemüsesalate vom Take away	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Nudel-, Reissalate vom Take away	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Wurstwaren, Fleisch, Fisch vom Take away				
38	Woher kommt das Essen, das du an Schultagen zu dir nimmst?				
	Isst du etwas zum Znüni?			ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0
	Falls du Znüni isst: Woher kommt der Znüni?		nie an 1-3 Schultagen	an 4-5 Schultagen	
	bringe ich von zuhause mit				
	kaufe ich am Pausenkiosk oder sonst in der Schule	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
	kaufe ich unterwegs im Laden/ Kiosk/Take away	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
	Isst du etwas zu Mittag?			ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0
	Falls du zu Mittag isst: Woher kommt das Mittagessen)?				
	zu Mittag esse ich zuhause		nie an 1-3 Schultagen	an 4-5 Schultagen	
	bringe ich von zuhause mit				
	ist in Hort/Schulkantine/Mensa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
	kaufe ich unterwegs im Laden/ Kiosk/Take away	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
	Isst du etwas zum Zvieri?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
	Falls du Zvieri isst: Woher kommt der Zvieri?			ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0
	Zvieri habe ich zuhause				
	esse ich im		nie an 1-3 Schultagen	an 4-5 Schultagen	
	Hort/Schulkantine/Mensa				
	kaufe ich unterwegs im Laden/ Kiosk/Take away	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3
39	Kommt es vor, dass du Essen verschlingst, obwohl du nicht hungrig bist?	<i>immer</i>	<i>oft</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
FEV54		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

■ **Tabak, Alkohol, Drogen**

40	Hier sind einige Fragen zum Gebrauch von Tabak, Alkohol und Drogen:	nein, noch nie mit ...	ja ja, das erste Mal
(HB23)	Hast du jemals Tabak geraucht		

Bitte jede Zeile beantworten.

(Zigarette, Zigarre, Wasserpfeife)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren
Hast du je alkoholische Getränke getrunken (einschliesslich Alkopops)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren
Wenn du schon Alkohol getrunken hast: warst du schon einmal richtig betrunken?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren
Hast du jemals Cannabis genommen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren
Hast du jemals eine andere Droge genommen (z.B. Ecstasy, Speed, Kokain)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren

41 **Gibt es in deinem engsten Freundes- und Kollegenkreis solche, die...**

	<i>keiner meiner besten Freunde</i>	<i>einige von ihnen</i>	<i>alle meine besten Freunde</i>	<i>ich habe keine Freunde</i>
...rauchen (Zigarette, Zigarre, Wasserpfeife)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
...Cannabis konsumieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
... andere Drogen nehmen (z.B. Ecstasy, Speed)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
...Alkohol trinken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0

42 **Rauchst du zur Zeit gelegentlich oder regelmässig? (Zigarette, Zigarre, Wasserpfeife)** ja 1 nein

(HB27, IS10)

Bitte beantworte die nachfolgende Liste, wenn du soeben "ja" angekreuzt hast:

	<i>trifft gar nicht zu</i>	<i>trifft ein wenig zu</i>	<i>trifft mehrheitlich zu</i>	<i>trifft voll und ganz zu</i>
Ich rauche gelegentlich oder regelmässig...				
...weil meine Eltern/Geschwister rauchen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
...weil Rauchen cool ist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
...weil ich etwas tun will, das ich in meinem Alter eigentlich nicht tun dürfte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
weil ich den Geschmack von Tabak mag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
... wegen Langeweile, Stress, Frust, Problemen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
... weil ich nicht aufhören kann (Abhängigkeit)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
... zur Beruhigung, Entspannung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
... damit ich nicht zunehme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
... damit ich abnehme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
... damit meine engsten KollegInnen, FreundInnen nicht allein rauchen müssen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
... weil ich nicht "nein" sagen kann, wenn man mir etwas zum Rauchen anbietet (Zigarette, Zigarre, Wasserpfeife)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Bitte jede Zeile beantworten.

43 (HB28)	<p>Fragen an alle, die zur Zeit nicht rauchen (Zigarette, Zigarren, Wasserpfeife)</p> <p>Ich rauche nicht, ...</p> <p>...weil Rauchen ungesund ist</p> <p>...weil ich den Geschmack und Geruch nicht mag</p> <p>...weil meine Eltern es nicht gut finden</p> <p>... weil ich Sport treibe</p> <p>...weil ich zu jung bin</p> <p>... weil es zu teuer ist</p> <p>...weil in meiner Familie niemand raucht</p> <p>... weil ich keine Gelegenheit dazu habe</p> <p>es gibt keine besonderen Gründe fürs Nichtrauchen, vielleicht rauche ich später mal</p> <p>es gibt eine Abmachung zum Nichtrauchen (Eltern, Schule)</p> <p>Gelegentlich rauche ich (Zigaretten, Zigarre oder Wasserpfeife).</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>trifft gar zu</td> <td>trifft ein wenig zu</td> <td>trifft mehrheitlich zu</td> <td>trifft voll zu</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>trifft zu <input type="checkbox"/>1</td> <td>trifft nicht zu <input type="checkbox"/>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>trifft zu <input type="checkbox"/>1</td> <td>trifft nicht zu <input type="checkbox"/>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		trifft gar zu	trifft ein wenig zu	trifft mehrheitlich zu	trifft voll zu		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		trifft zu <input type="checkbox"/> 1	trifft nicht zu <input type="checkbox"/> 2				trifft zu <input type="checkbox"/> 1	trifft nicht zu <input type="checkbox"/> 2		
	trifft gar zu	trifft ein wenig zu	trifft mehrheitlich zu	trifft voll zu																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																																																										
	trifft zu <input type="checkbox"/> 1	trifft nicht zu <input type="checkbox"/> 2																																																												
	trifft zu <input type="checkbox"/> 1	trifft nicht zu <input type="checkbox"/> 2																																																												

44	<p>Bitte kreuze die jeweils zutreffende Antwort an.</p> <p>ich rauche gar nichts und habe auch nicht vor, mit Rauchen anzufangen</p> <p>ich rauche ausschliesslich Wasserpfeife</p> <p>ich rauche nicht, würde aber gerne Zigaretten oder Zigarren probieren</p> <p>ich rauche nicht, würde aber gerne Wasserpfeife probieren</p> <p>ich habe aufgehört mit Rauchen und rauche nicht mehr</p> <p>ich habe aufgehört mit Rauchen, rauche aber gelegentlich wieder</p> <p>ich rauche und habe auch nicht vor, das Rauchen aufzugeben</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>0</td> </tr> </table>		ja	nein		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	ja	nein																					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																					
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0																					

45 (HB29, BS11)	<p>Trinkst du gelegentlich oder regelmässig alkoholhaltige Getränke?</p> <p><i>Bitte beantworte die nachfolgende Liste, wenn du soeben "ja" angekreuzt hast:</i></p> <p>Wie oft trinkst du diese alkoholischen Getränke, auch wenn es sich nur um kleine Mengen handelt?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>täglich</td> <td>mehrmals</td> <td>1mal</td> <td>von</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Zeit</td> <td>nie</td> <td>pro Woche</td> <td>pro Woche</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Zeit</td> <td></td> <td>zu</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>4</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>5</td> </tr> </table>		täglich	mehrmals	1mal	von		Zeit	nie	pro Woche	pro Woche		Zeit		zu			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5
	täglich	mehrmals	1mal	von																							
	Zeit	nie	pro Woche	pro Woche																							
	Zeit		zu																								
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4																							
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5																							

Bitte jede Zeile beantworten.

Bier	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Wein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
stark alkoholische Getränke (z.B. Schnaps)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Alkopops (Limonaden oder Soda mit Alkohol)					

46 (HB30)	Warst du – im Zeitraum der letzten 12 Monate – schon richtig betrunken?	nein,	ja,	ja,	ja,	
		ja, mehr	nie	einmal	2-3mal	4-10mal
		als 10mal				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

47	Falls du mindestens einmal betrunken warst: Als/wenn du betrunken warst – welche Probleme kamen vor? Bitte kreuze die jeweils zutreffende Antwort an.		ja	nein
		ich habe schon erbrechen müssen oder starke Kopfschmerzen gehabt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
		ich war schon deswegen bewusstlos oder im Spital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
		ich war an Streit, Schlägerei oder Sachbeschädigung beteiligt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
		es hat andere Probleme gegeben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

48 (HB34- HB36)	Wie häufig und wann vor allem hast du in den letzten 12 Monaten folgende Drogen genommen?	wie häufig			wann vor allem?		
		im vergangenen Jahr?					
		nie	einmal	mehrmals	unter der	am	Wochen-
					Woche		ende
		Cannabis (Shit, Gras, Marihuana, Haschisch)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		Ecstasy	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		Aufputschmittel (Amphetamin, Speed)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		Kokain	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		Medikamente mit Rauschwirkung					
		halluzinogene Pilze (Magic Mushrooms)					

49	Egal ob und wie stark du davon Gebrauch machst – für wie gefährlich für deine Gesundheit hältst du...	<i>völlig</i>	<i>etwas</i>	<i>ziemlich</i>	<i>sehr</i>	
		<i>ungefährlich</i>	<i>gefährlich</i>	<i>gefährlich</i>	<i>gefährlich</i>	
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
		Tabakkonsum in jeder Form	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		Tabak aus der Wasserpfeife	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		Cannabis (Shit, Gras, Marihuana, Haschisch)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		Ecstasy	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		Aufputschmittel (Amphetamin, Speed)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		Kokain	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		Medikamente mit Rauschwirkung				
halluzinogene Pilze (Magic Mushrooms)						

Bitte jede Zeile beantworten.

■ Unfälle, Gewalt und Schutzmassnahmen

50 (HB44- HB50)	Wie häufig ist in den letzten 12 Monaten folgendes geschehen und wann war das?	wie häufig im vergangenen Jahr? nie einmal mehrmals sonst			falls etwas mindestens einmal vorkam: wann/wo vor allem? der Schule	
	Hattest du <i>Sport</i> -Unfälle oder <i>Sport</i> - Verletzungen, die ärztliche Behand- lung brauchten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Hattest du <i>andere</i> Unfälle oder Ver- letzungen, die ärztliche Behandlung brauchten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Warst du aktiv an einer Schlägerei beteiligt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Bist du selbst geschlagen/verprügelt worden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Bist du schikaniert worden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Hast du MitschülerInnen schikaniert?					
	Wurdest du im Internet/Email be- droht/erpresst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Wurdest du sonst bedroht oder er- presst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Hast du jemanden im Internet/Email bedroht oder erpresst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Hast du jemanden sonst bedroht oder erpresst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Bist du bestohlen worden?					
	Hast du etwas gestohlen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Hast du die Schule geschwänzt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Hast du aus Wut oder Spass etwas beschädigt, etwas kaputt gemacht?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Wirst du zuhause körperlich bestraft (z.B. geschlagen)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Bist du von zuhause abgehauen?					
	Wurdest du von Jugendlichen unter Druck gesetzt (z.B. für eine sexuel- le Handlung)?					
	Wurdest du von Erwachsenen unter Druck gesetzt (z.B. für eine sexuel- le Handlung)?					

Bitte jede Zeile beantworten.

51	Welchen Schutz benützt du gewöhnlich?	<i>nie</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>immer</i>	<i>nicht zu-</i>
(SM25f f)		<i>treffend</i>			
	Trägst du einen Helm beim Velo- /Töfflifahren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
	Trägst du einen Helm beim Töffli- /Scooter-Mitfahren?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
	Trägst du Gelenkschützer beim Be- nützen von Skateboard, Inline- Skates etc.?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
	Legst du im Auto den Sicherheits- gurt an?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
	Schützt du deine Haut beim Sonnen- baden mit Sonnenschutzcrème?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
	Schützt du deine Augen vor Sonnen- licht?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
	Schützt du dich beim Geschlechts- verkehr vor Ansteckung (HIV, andere Krankheit)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
	Verwendest du einen Gehörschutz, wenn es sehr laute Musik gibt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0
52	Hast du dich schon einmal selbst verletzt oder dir selbst Schmer- zen zugefügt?	nein, noch nie mit ...	ja ja, das erste Mal		
CA13.3		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren	
53	Hast du jemals <i>sehr ernsthaft</i> daran gedacht, die selbst zu tö- ten?	nein, noch nie mit ...	ja ja, das erste Mal		
SM47		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren	
54	Hast du schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?	nein, noch nie mit ...	ja ja, das erste Mal		
SM47		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren	
55	<i>Falls du einen Selbsttötungsversuch unternommen hast: Hatte jemand Kenntnis davon?</i>			ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0
SM47					

■ **Freizeit, Zuhause**

56	Wie viel Freizeit pro Tag ver- bringst du normalerweise mit den folgenden Aktivitäten und wann ist das vor allem?	wie lange pro Tag? falls es vorkommt:			
(HB20f f)		mache max.1,52 Stunden	wann vor al- lem?		
(SA11)	Lesen	ich nie	Stunden	und mehr	tagsüber nachts
	Musik machen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	Musik hören, tanzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	SMS, Telefonieren (mit Mobiltele- fon)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	Computer: Internet-Chats, Surfen, Emailen, programmieren u.ä.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	Computer oder Fernsehen: Games, DVD, Videos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	Fernsehen: Programm	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	Hausaufgaben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

Bitte jede Zeile beantworten.

	im Haushalt helfen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	FreundInnen, KollegInnen treffen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	anderes Hobby ausüben (z.B. Reiten)					
57	Mit wem teilst du dein Zuhause?				ja	nein
	mit <i>einem</i> Elternteil (leibliche/r, Stief-, Adoptiv-, Pflege-Vater oder Mutter)	<input type="checkbox"/> 1				
	mit beiden Eltern (leiblichen oder anderen)					
	mit Geschwistern (leiblichen oder anderen)					
	mit anderen Verwandten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
	mit Partner/in eines Elternteils	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
	andere Wohnsituation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0			
58	Hast du zuhause ein Zimmer für dich allein?				ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0

■ **Sexualität**

49	Hast du schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen)?	nein, noch nie mit...	ja	ja, das erste Mal
HB40		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	[__ __] Jahren
HB41				
50	Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest, welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung habt ihr angewendet?	ich hatte noch keinen Geschlechtsverkehr	ja	nein
HB43		wir hatten Geschlechtsverkehr		
		ohne Verhütungsmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
		Pille, Hormonpflaster	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
		Kondom, Präservativ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
		Spermien abtötender Spray, Schaum etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
		rechtzeitig Penis herausziehen (Koitus interruptus)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
		natürliche Methoden (Kalender, Temperaturmessen etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
51	nur für Mädchen, die schon Geschlechtsverkehr hatten: Hast du je die "Pille danach" verwendet?		ja <input type="checkbox"/> 1	nein <input type="checkbox"/> 0
52	Wie würdest du dein jetziges Leben bewerten? Kreuze das Kästchen, das am besten beschreibt, wo du stehst.	könnte nicht schlechter sein		könnte nicht besser sein
HB75		<input type="checkbox"/> 1-- <input type="checkbox"/> 2-- <input type="checkbox"/> 3-- <input type="checkbox"/> 4-- <input type="checkbox"/> 5-- <input type="checkbox"/> 6-- <input type="checkbox"/> 7-- <input type="checkbox"/> 8-- <input type="checkbox"/> 9-- <input type="checkbox"/> 10		

Bitte kontrolliere, ob du alle Zeilen beantwortet hast und ergänze, was fehlt.

Zum Schluss möchten wir dich bitten, auch die Liste auf der letzten Seite auszufüllen, deinen Fragebogen danach

Bitte jede Zeile beantworten.

ins Couvert zu stecken, zu verschliessen und in den Fragebogen-Sammelkasten zu legen.

Nochmals herzlichen Dank für deine wertvolle Mitarbeit!

Deine Antworten zur nachfolgenden Liste sind für uns als Schulärzte und -ärztinnen und unsere Arbeit im Schulärztlichen Dienst sehr wichtig.

Die Liste beschreibt Personen, Informationsquellen und Angebote im Zusammenhang mit Gesundheit. Wir möchten gerne wissen, welche

Bedeutung diese Personen oder Angebote für dich bei Fragen rund um deine Gesundheit haben.

Bitte beantworte jede Zeile. Es können auch mehrere Antworten für dich zutreffend sein - bitte kreuze alle zutreffenden Antworten an.

	ist mir völlig unbekannt	kenne ich, schon davon gehört	habe ich schon gefragt/genutzt	würde ich fragen/nutzen wenn nötig	würde ich nicht beanspruchen	würde ich weiter empfehlen
Schulsozialarbeiter/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schularzt/Schulärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder-/Hausarzt oder -ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtpräventionsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Lust und Frust" Fachstelle für Sexualpädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulpsychologe, Schulpsychologin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiater/in oder Kinder- und Jugendpsychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castagna Beraungsstelle für sexuell ausgebeutete Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlupfhuus, Sorgentelefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage nur an Mädchen: Mädchenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147 Telefonhilfe für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialzentrum in deinem Stadtkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienangehörige			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
jemand aus Freundes-/Kollegenkreis			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte jede Zeile beantworten.

Bücher, Broschüren
Lehrer/in

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Stadt Zürich
Schulgesundheitsdienste

Parking 4, Postfach
8027 Zürich

Telefon 044 413 85 11
Fax 044 413 87 90

www.stadt-zuerich.ch/schulgesundheitsdienste

© Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich
Dr. med. F. Pini Züger MPH, 2009