



Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang

Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006



Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang

Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006

Impressum

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Hon. Prof. Dr. Robert Schlögel, Leiter der Sektion IV

Fertiggestellt 2007

Autoren:

Dr. Wolfgang Dür, Mag. Robert Griebler
Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
Rooseveltplatz 2, 1090 Wien

Druck:

Kopierstelle des BMGFJ, Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Bestellmöglichkeiten:

Telefon: +43-1/711 00-4700 DW
E-Mail: broschuerenservice@bmgfj.gv.at
Internet: <http://www.bmgfj.gv.at>

ISBN: 978-3-902611-03-1

Diese Broschüre ist kostenlos beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Radetzkystraße 2, 1030 Wien erhältlich

Alle Rechte vorbehalten, jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.

Inhalt

Zusammenfassung	8
1 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Lebenszusammenhang	10
2 Die HBSC-Studie	12
3 Die Gesundheit der SchülerInnen	15
3.1 Positive Gesundheit	16
3.2 Psychische und physische Beschwerden	19
3.3 Chronische Erkrankungen.....	21
3.4 Selbstwirksamkeit	22
3.5 Verletzungen.....	23
3.6 Übergewicht und Körperwahrnehmung	25
3.7 Zahngesundheit.....	28
4 Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen	29
4.1 Bewegung.....	30
4.2 Sitzendes Verhalten	33
4.3 Ernährung.....	35
4.4 Tabak.....	40
4.5 Alkohol.....	43
4.6 Cannabis	45
4.7 Gewalt	46
4.8 Medikamentengebrauch	50
4.9 Sexualität und Verhütung.....	52
5 Die Determinanten der Gesundheit: Was macht gesund? Was krank?	53
5.1 Soziale Beziehungen in der Familie als Determinante der Gesundheit	54
5.2 Partizipation und Integration in der Schule als Determinante der Gesundheit .	57
5.3 Geschlecht und Gesundheit.....	62
5.4 Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit	63
6 Case-studies zur Gesundheitsförderung im schulischen Kontext	65
6.1 „Fitness 4 Future“	65
6.2 „Vital ohne Qual“	67
6.3 „Eigenständig werden“	68
6.4 „Klasse!“	69
6.5 „Positive Konfliktbewältigung durch Schülermediation“	70
6.6 „Macht Schule krank?“	71
Ausgewählte Adressen und Links	72
Literatur	75
Anhänge	84

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Policy Rainbow von Dahlgren & Whitehead 1991	11
Abbildung 2: Die teilnehmenden Länder der HBSC-Studie	12
Abbildung 3: Dimensionen des HBSC-Fragebogens 2005/06 (international verpflichtende und österreichische Teile)	14
Abbildung 4: ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	17
Abbildung 5: gesundheitsbezogene Lebensqualität, der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	18
Abbildung 6: Lebenszufriedenheit bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen nach Alter und Geschlecht (2006)	18
Abbildung 7: körperliche und psychische Beschwerden (wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	20
Abbildung 8: chronische Erkrankungen bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	22
Abbildung 9: Selbstwirksamkeitserwartung der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	23
Abbildung 10: Verletzungshäufigkeit innerhalb der letzten 12 Monate bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	24
Abbildung 11: Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	27
Abbildung 12: Körperwahrnehmung bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	27
Abbildung 13: Mehrmals tägliches Zähneputzen bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	28
Abbildung 14: Tage pro Woche, an denen die 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Alter und Geschlecht (2006)	31
Abbildung 15: Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen geraten oder außer Atem kommen, nach Alter und Geschlecht (2006)	32
Abbildung 16: Stunden pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen geraten oder außer Atem kommen, nach Alter und Geschlecht (2006)	32
Abbildung 17: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen fernsehen, nach Alter und Geschlecht (2006)	34
Abbildung 18: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen ihre Zeit mit Computerspielen und Spielkonsolen zubringen, nach Alter und Geschlecht (2006)	34
Abbildung 19: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen vor dem Computer sitzen (E-Mail, chatten, Internet surfen, programmieren, Hausübungen machen, etc.), nach Alter und Geschlecht (2006)	35
Abbildung 20: Tage, an denen die 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen ein Frühstück einnehmen, nach Alter und Geschlecht (2006)	37
Abbildung 21: Obstkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	37
Abbildung 22: Gemüsekonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	38
Abbildung 23: Konsum von Süßigkeiten bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	38

Abbildung 24: Limonadenkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	39
Abbildung 25: Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, die bereits Erfahrungen mit der Zigarette haben, nach Alter und Geschlecht (2006)	41
Abbildung 26: Raucherstatus der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006).....	42
Abbildung 27: Anzahl an gerauchten Zigaretten bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	42
Abbildung 28: regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens eines der genannten alkoholischen Getränke wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006).....	44
Abbildung 29: Konsum alkoholischer Getränke (wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	44
Abbildung 30: Trunkenheit bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen (innerhalb der letzten 30 Tage), nach Alter und Geschlecht (2006)	45
Abbildung 31: Cannabiskonsum (jemals, letzten 12 Monate, letzten 30 Tage) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	46
Abbildung 32: Beteiligung an Raufereien bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	48
Abbildung 33: Bullying bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	48
Abbildung 34: Victimisierung bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006).....	49
Abbildung 35: Verteilung der Opfer-Täter Typologie bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	49
Abbildung 36: Medikamentenkonsum bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	51
Abbildung 37: Einnahme von Medikamenten innerhalb des letzten Monats (öfter als einmal) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	51
Abbildung 38: Verhütungsmethoden der 15-jährigen SchülerInnen beim letzten Geschlechtsverkehr (2006)	53
Abbildung 39: Familienzusammensetzung bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen (2006)	56
Abbildung 40: Ausmaß der empathische Zuwendung durch Vater und Mutter bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	56
Abbildung 41: Schulzufriedenheit (sehr zufrieden) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	59
Abbildung 42: Belastungsausmaß durch die Schule (stark oder ziemlich stark belastet) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	60
Abbildung 43: Qualität der SchülerInnen-SchülerInnen- (Sch-Sch) und LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehungen (Leh-Sch) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	60
Abbildung 44: Mitbestimmungsmöglichkeiten in Schul- und Unterrichtsfragen bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	61
Abbildung 45: Familienwohlstand bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006).....	64
Abbildung 46: Verbreitung des Projekts „Eigenständig werden“ in Österreich	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das österreichische Sample des HBSC-Surveys 2005/2006.....	13
Tabelle 2: körperliche und psychische Beschwerden (wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)	20
Tabelle 3: Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas nach Cole et al. 2000	26
Tabelle 4: Familie, Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Odds Ratios)	57
Tabelle 5: Schule, Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Odds Ratios)	62
Tabelle 6: Geschlecht, Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Odds Ratios)	63
Tabelle 7: Familienwohlstand, Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Odds Ratios).....	65

Zusammenfassung

Im Schuljahr 2005/06 wurde der 7. österreichische WHO-HBSC-Survey durchgeführt.

Eckdaten

<i>Erhebungszeitraum:</i>	März 2006
<i>Population:</i>	11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen
<i>Erhebungsinstrument:</i>	Selbstaussfüllerfragebogen
<i>Stichprobe:</i>	Zufallsauswahl aller österreichischen Schulklassen der 5., 7. und 9. Schulstufe (Ausnahme sonder- und heilpädagogische Einrichtungen), quotiert nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland (n = 4.096)
<i>Rücklauf:</i>	79,7%

Zentrale Ergebnisse

Gesundheitszustand

- 43% der SchülerInnen beschreiben ihre Gesundheit als ausgezeichnet (Burschen: 50,1%, Mädchen: 36,2%).
- 37,5% der SchülerInnen leiden regelmäßig an körperlichen oder psychischen Beschwerden (15-jährige Burschen: 32,4%, 15-jährige Mädchen: 50,3%).
- 14,5% der SchülerInnen haben eine ärztlich diagnostizierte chronische Erkrankung oder Behinderung.
- 40,5% der SchülerInnen waren in den vergangenen 12 Monaten so verletzt, dass sie medizinisch versorgt werden mussten (11-Jährige: 35,8%, 15-Jährige: 45,6%).
- 35,9% der SchülerInnen schätzen sich als zu dick ein (Burschen: 28,9%, Mädchen: 42,8%) – aufgrund ihres Body-Mass-Index sind 12,4% der SchülerInnen als übergewichtig oder adipös einzustufen.

Gesundheits- und Risikoverhalten

- Nur 19,2% der SchülerInnen sind an sieben Tagen die Woche körperlich aktiv und entsprechen damit den Vorgaben von ExpertInnen, die von täglich mindestens 60 Minuten ausgehen (11-Jährige: 24,7%, 15-Jährige: 11%).
- An Schultagen sitzen die SchülerInnen rund 2,3 Stunden täglich vor dem Fernseher. An schulfreien Tagen sind dies sogar 3,3 Stunden. Computerspiele und Spielkonsolen werden von den SchülerInnen an Schultagen rund 1,4 Stunden täglich, an schulfreien Tagen sogar 2,3 Stunden täglich genutzt.
- 20,8% der SchülerInnen essen maximal einmal pro Woche Obst, 35,2% Gemüse. Auch täglich greifen nur 30,7% zu Obst und 16,2% zu Gemüse. 23,7% der SchülerInnen konsumieren hingegen täglich Süßigkeiten, 21,8% zuckerhaltige Limonaden.
- 35% der SchülerInnen haben bereits mit der Zigarette experimentiert (11-Jährige: 8,4%, 15-Jährige 64,6%). Jede/r zweite ExperimentierraucherIn (49,6%) geht jedoch über dieses Probierverhalten hinaus. 7,6% der SchülerInnen greifen täglich zur Zigarette (15-jährige Burschen: 19,0%, 15-jährige Mädchen: 20,1%).
- 14,9% der SchülerInnen konsumieren regelmäßig Alkohol (15-jährige Burschen: 41,2%, 15-jährige Mädchen: 32,3%). 12,1% der SchülerInnen waren in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken (15-jährige Burschen: 31,8%, 15-jährige Mädchen: 26%).
- 59,2% der SchülerInnen waren innerhalb der letzten Monate an Bullying-Attacken beteiligt: 19,2% als Opfer, 17,6% als TäterInnen und 22,4% in beiden Rollen.

Determinanten der Gesundheit

- Gesundheitszustand und auch Gesundheitsverhalten der Jugendlichen variieren mit der sozioökonomischen Lage der Familien: Für Kinder und Jugendliche aus besser gestellten Familien ist die Chance, gesund zu sein, deutlich höher als für SchülerInnen aus Familien mit einem geringen Familienwohlstand. Hingegen gilt, dass Kinder und Jugendliche aus besser gestellten Familien ein höheres Risiko aufweisen, als TäterInnen an Bullying-Attacken beteiligt sowie betrunken zu sein.
- Auch die Zusammensetzung und Qualität der Familie stellt eine bedeutende Determinante für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der SchülerInnen dar: Kinder und Jugendliche aus Alleinerzieherfamilien weisen im Verhältnis zu SchülerInnen aus Kernfamilien eine verminderte Wahrscheinlichkeit auf, gesund zu sein. Adoleszente aus Stieffamilien besitzen ein höheres Risiko, sich zu betrinken bzw. zu rauchen. Der Grad an elterlicher Zuwendung kann in einem direkten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit, gesund zu sein und ein günstiges Gesundheitsverhalten aufzuweisen, gesehen werden.
- Auch die Schule spielt für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der SchülerInnen eine bedeutende Rolle: SchülerInnen, die eine gute Beziehung zu ihren MitschülerInnen und LehrerInnen haben, besitzen eine höhere Wahrscheinlichkeit, gesund zu sein. Gleiches gilt auch in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten: Diese SchülerInnen weisen ein vermindertes Risiko auf, aktiv an Bullying-Attacken beteiligt zu sein, zu rauchen oder sich zu betrinken.

1 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Lebenszusammenhang

Ergebnisse aus Langzeit-Beobachtungen des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen - in Österreich wie in anderen modernen Gesellschaften - machen darauf aufmerksam, dass diesbezüglich in den vergangenen zwei, vielleicht sogar drei Dekaden Verschlechterungen eingetreten sind. Nach einem Prozess von etwa hundert Jahren, in dem die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen kontinuierlich verbessert werden konnte, so dass Jugend und Jugendlichkeit bereits zu Synonymen für Gesundheit, Fitness, Lebensfreude und Lebenskraft geworden sind, muss man diese Entwicklungen als ebenso überraschend wie alarmierend bezeichnen.

So zeigt der Österreich-Teil der internationalen HBSC-Studie¹, die seit den achtziger Jahren Befragungen bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen durchführt, leicht sinkende Werte, was die subjektive Gesundheit anbelangt, bei gleichzeitig ansteigenden Prävalenzen für psychische und psychosomatische Beschwerden. Gleichzeitig sind zum einen die Prävalenzen für die so genannten Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum stark - teilweise explosionsartig – angestiegen, zum anderen ist eine signifikante Zunahme der passiven, sitzenden Verhaltensweisen vor TV- und PC-Monitoren feststellbar. Ähnliche Ergebnisse werden aus praktisch allen anderen westeuropäischen Ländern und den USA berichtet.² Auch andere Datenquellen zeigen einen deutlichen Anstieg der psychiatrischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere scheinen das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom ADHS und die Angststörungen zugenommen zu haben.³ Die psychische Gesundheit – *mental health* – wurde daher sowohl von der WHO als auch von der Europäischen Kommission als eine oberste Priorität für die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre definiert (EU-Greenpaper 2005, WHO 2005).

Im selben Zeitraum, für den diese Entwicklungen festgestellt werden, wurden auch einige wissenschaftliche Studien publiziert, die darauf hindeuten, dass zwischen der Gesundheit, dem psychischen Wohlbefinden sowie dem Gesundheitsverhalten auf der einen Seite und den Erfahrungen, die von Kindern und Jugendlichen im Kontext der Schule gemacht werden, ein kausaler Zusammenhang bestehen könnte.⁴ Auch wenn man die Schulen nicht einseitig als Hauptverursacher an den Pranger stellen kann, weil klar ist, dass diese Entwicklungen in einem größeren soziologischen Zusammenhang allgemeiner Veränderungen der Lebensverhältnisse junger Menschen in der so genannten „reflexiven Moderne“ (Beck 2004) mit ihren besonderen Anforderungen an die Sozialisation und Identitätsentwicklung zu sehen sind⁵, müssen sie sich doch die Frage gefallen lassen, ob und inwieweit sie als Erziehungseinrichtungen für diese problematischen Entwicklungen nicht zumindest eine Mitverantwortung tragen.

Wissenschaftliche Untersuchungen, die direkt nach den sozialen Ursachen von Gesundheit fragen, wurden ab den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts verstärkt durchgeführt, und zwar angeregt von der Alma Ata Erklärung der WHO von 1978, die zunächst ihrerseits auf Forschungsergebnissen beruhte, dann aber für die Gesundheitsforschung insgesamt eine katalysierende und Schwung gebende Wirkung entfachte.

Kernaussage dieser Deklaration ist, dass die Regierungen für die Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit - wohlverstanden im Sinne der breiten Definition des Gründungsdokumentes der WHO von 1948 als „körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ – und für die Erreichung des Zieles „Gesundheit für alle im

1 Das internationale "Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)" Projekt, in dem heute Forscherteams aus 41 Ländern unter der Patronanz und mit Unterstützung der WHO/Europabüro zusammenarbeiten, wird in Österreich seit 1983 durchgeführt (Lorant et al. 1986, Eder 1991, Dür et al. 1997, Dür/Mravlag 2002, für die internationale Studie: King et al. 1996, Currie et al. 2000, 2004, www.hbsc.org).

2 Vgl. Z.B. Haugland et al. 2001, Wold et al. 2004, Land 2005.

3 Für die Diagnosen vgl. DSM-IV 1996:115ff und 453ff; für neuere Publikationen Atkinson/Hornby 2002, Katschnig et al. 2004.

4 Eine Übersicht in Samdal/Dür 2000.

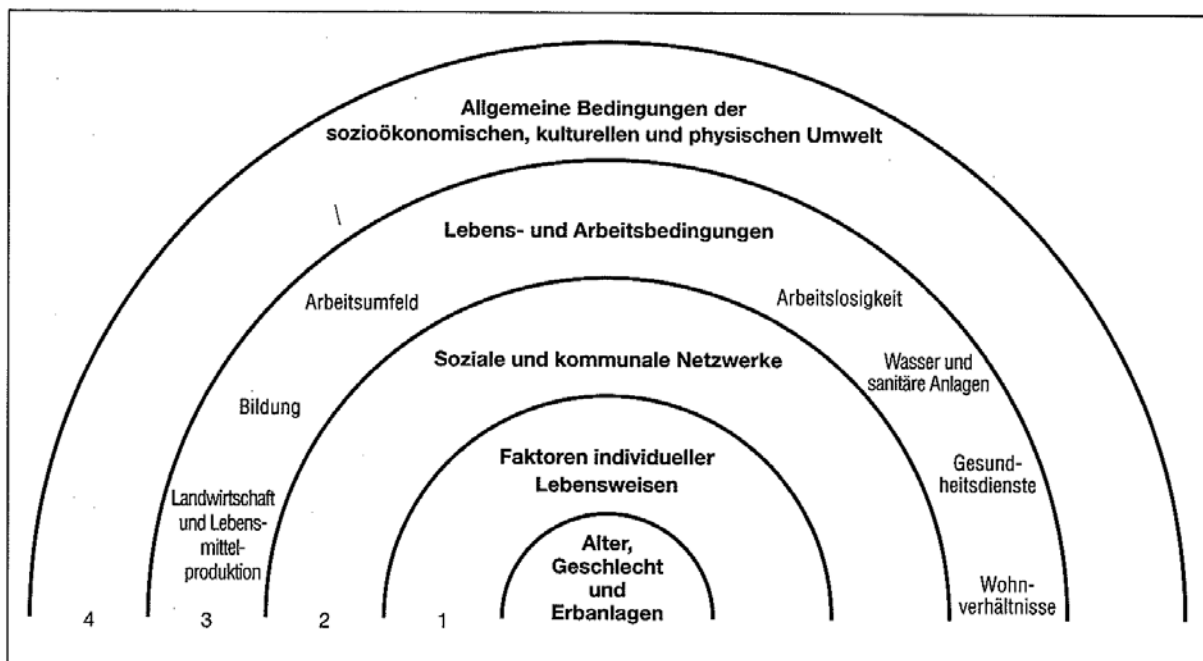
5 Aus Sicht der Sozialisation und Erziehung junger Menschen wäre hier insbesondere an die Folgen der veränderten Familienverhältnisse, der radikalisierten Individualisierung und der Pluralisierung der Lebensweisen zu denken; vgl. u.a. Beck (1997), Giddens (1999), Kron (2000), Kaufmann (2005); aus erziehungswissenschaftlicher Sicht Nörber (2002).

Jahr 2000“ nicht allein auf die Wirkungen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung vertrauen dürfen. Diese gilt es freilich im Sinne egalitärer Zugänge und hoher Qualität zu verbessern, doch da die Gesundheit insgesamt als Produkt der komplexen Lebensumstände begriffen werden muss, in denen sich die Menschen bewegen, ist politisches Handeln darüber hinaus in allen möglichen gesellschaftlichen Sektoren notwendig. Sozialpolitik, Arbeitspolitik, Familienpolitik, Frauenpolitik, Bildungspolitik, Verkehrspolitik, Umweltpolitik, Finanzpolitik – in allen diesen Bereichen fallen Entscheidungen, die für die Gesundheit der Menschen günstige oder ungünstige Konsequenzen haben können. Gesundheitspolitik stellt deshalb zuallererst eine Querschnittsmaterie dar.⁶

Diese Forderung muss besonders für Kinder und Jugendliche gelten, denn in dieser Lebensphase werden die Weichen für die Gesundheit und die Lebensqualität in höheren Lebensabschnitten gestellt: gesundheitsrelevante Verhaltensweisen werden zum Guten oder Schlechten erworben und eingeübt, psychische und physische Gesundheitsressourcen werden in hohen oder geringen Maßen aufgebaut. Das ist nicht nur aus ethischen und humanitären Gründen von Bedeutung. Eine alternde Gesellschaft wie die unsere wird sich das Alterwerden der Individuen nur leisten können, wenn diese möglichst lange ein hohes Maß an Leistungsfähigkeit und psychischer, physischer und sozialer Funktionsfähigkeit bewahren.

Die Ursachen für Krankheit und Einschränkungen der Gesundheit sind äußerst komplex und liegen, abgesehen von genetischen Dispositionen, vor allem in den sozialen und ökologischen Bedingungen in der Umwelt der jungen Menschen. Zu diesen zählen der sozioökonomische Status der Familie, die emotionale und kommunikative Qualität der Familie, die Umweltsituation des Wohnumfeldes und natürlich die Schule als wesentlicher Lebensraum junger Menschen. Diese Komplexität, die politisches Handeln erheblich erschwert, haben Dahlgren und Whitehead (1991) durch den so genannten „Policy Rainbow“ (Abbildung 1) einzufangen versucht, der seither aus der Gesundheitsförderung nicht mehr wegzudenken ist. Die Anordnung greift die komplexe Abhängigkeitsstruktur der Gesundheit auf und benennt Felder für potenzielle politische Interventionen.

Abbildung 1: Der Policy Rainbow von Dahlgren & Whitehead 1991



6 Vgl. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

2 Die HBSC-Studie

Die Daten und Analysen dieses Berichts basieren auf dem 7. österreichischen „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Survey, der im Schuljahr 2005/2006 durchgeführt wurde. Die Datenerhebung erfolgte im März 2006. Das HBSC-Projekt ist eine international vergleichende, im Kern sozialepidemiologische Studie, deren primäre Zielsetzungen sind:

- ein wissenschaftlich fundiertes Monitoring der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens junger Menschen,
- die Untersuchung der Determinanten und Einflussfaktoren für Gesundheit in den für diese Population relevanten Settings Familie, Schule, Freizeit sowie der sozio-ökonomischen und kulturellen Bedingungen von Gesundheit,
- die wissenschaftliche Unterstützung der Entwicklung von Programmen und Politiken zur Förderung der Gesundheit dieser Population und
- die Entwicklung interdisziplinär ausgerichteter Modelle und Konzepte zur Erforschung der Gesundheitsförderung für junge Menschen im Rahmen eines Netzwerks.

Das HBSC-Projekt verdankt sich der Initiative von Forschern aus ursprünglich vier Ländern - England, Finnland, Norwegen und Österreich. Ihre Gründung⁷ erfolgte 1983 mit einer Pilotstudie. Seit 1986 werden im Vier-Jahres-Rhythmus große, repräsentative Surveys durchgeführt. Die Zahl der teilnehmenden Länder ist seither sukzessive auf 42 angestiegen, die überwiegend mit den Teilnehmerländern der PISA-Studie ident sind, während weitere Länder aus dem Bereich der früheren Sowjetunion und Vorderasiens ihre Teilnahme bereits vorbereiten (Abbildung 2).

Die intellektuelle Basis des HBSC-Projekts bildet das Netzwerk der ca. 180 Forscherinnen und Forscher der Länderteams, die sich aus den Bereichen Soziologie, Psychologie, Sozialmedizin, Pädagogik/Erziehungswissenschaft, Politikwissenschaft und Public Health rekrutieren und deren Kooperation durch verschiedene Formen von Arbeitsgruppen sowie jährlichen Konferenzen organisiert wird. Die WHO/Büro für Europa (Kopenhagen) hat die Studie von Beginn an in Hinblick auf ihren politischen Impact unterstützt und beraten und benutzt ihre Ergebnisse als eine der wesentlichen Informationsquellen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Europa. Auch die Europäische Kommission und andere Organisationen wie etwa die UNICEF⁸ greifen mittlerweile auf den Datensatz und die Ergebnisse der HBSC-Studie zurück. Einige der Indikatoren des HBSC-Fragebogens werden auch von anderen Studien benutzt, insbesondere vom europäischen CHILD-Projekt (Community Health Indicators of Life and Development).

Abbildung 2: Die teilnehmenden Länder der HBSC-Studie



7 Das Koordinationszentrum der Studie ist an der Universität Edinburgh angesiedelt und wird von einem Network Coordinating Committee unterstützt. Das Datenmanagement und die Qualitätssicherung wird vom Norwegischen Statistik Institut NSD durchgeführt. Für Informationen zur HBSC-Studie siehe www.hbsc.org; für das internationale Projekt: Currie et al. 2001 und 2004; für das österreichische Projekt Dür et al. 1997 und Dür/Mravlag 2002a. Die österreichische Studie wird vom BMGFJ finanziert und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung (Unterricht) durchgeführt.

8 Vgl. den Innocenti Report der UNICEF: „Child well-being in rich countries“, 2007.

Der HBSC-Survey erhebt Daten zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu relevanten Gesundheitsdeterminanten mittels Selbstausfüller-Fragebogen. Die Datenerhebung findet in Schulen statt. In Österreich werden dafür die Klassenvorstände der ausgewählten Schulklassen gebrieft. Die Befragung erfolgt freiwillig und anonym - die SchülerInnen verschließen den Fragebogen nach dem Ausfüllen in einem Kuvert – und in Übereinstimmung mit den österreichischen Datenschutzbestimmungen. Eine Kommission des Bundesministeriums für Bildung (respektive Unterricht) überprüfte die Tauglichkeit und Zulässigkeit des Fragebogens und des Erhebungsverfahrens aus rechtlicher, ethischer und schulpsychologischer Sicht.

Die Population ist durch die 11-, 13- und 15-jährigen Kinder und Jugendlichen im Pflichtschulalter der einzelnen Länder definiert (Österreich: N = 293.580, vgl. Statistik Austria 2007), ausgenommen sind SchülerInnen aus sonder- und heilpädagogischen Einrichtungen. Die Stichprobe wird als eine nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland quotierte Zufallsauswahl aller Schulklassen dieser Altersgruppen gebildet (n = 4.096) und stellt ein für Österreich repräsentatives Sample dar (Tabelle 1).⁹ Die Rücklaufquote ist, bezogen auf alle SchülerInnen des Samples, mit 79,7% als sehr gut zu bezeichnen.

Tabelle 1: Das österreichische Sample des HBSC-Surveys 2005/2006

Geschlecht		Altergruppen			Gesamt
		11	13	15	
Burschen	n	728	726	585	2.039
	%	17,8	17,7	14,3	49,8
Mädchen	n	693	710	654	2.057
	%	16,9	17,3	16,0	50,2
Gesamt	n	1421	1436	1239	4.096
	%	34,7	35,1	30,2	100,0

Die Besonderheit der HBSC-Studie besteht – neben der internationalen Vergleichbarkeit und der Wiederholung im Vierjahresrhythmus - darin, dass sie sowohl in Bezug auf die Darstellung der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen (Outcomes) als auch in Bezug auf die Erfassung von Gesundheitsdeterminanten ein breites Spektrum an Dimensionen einschließt. So werden Indikatoren für die positive Gesundheit und die Lebensqualität ebenso erfragt wie subjektive Beschwerden psychischer und physischer Art, Übergewicht und chronische Krankheiten, günstige Verhaltensweisen im Bereich Ernährung und Bewegung ebenso wie Risikoverhaltensweisen (TV/PC-Konsum, Suchtmittelkonsum). In gleicher Weise versucht die Studie den Bereich der Determinanten möglichst breit und signifikant zu erfassen. Der Vorteil dieser Konzeption ist offenkundig: es gibt keine andere Untersuchung der Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, die ein so breites, übersichtliches, Zusammenhänge sichtbar machendes Bild zu zeichnen vermag (Abbildung 3).

⁹ Da sich die Bildung der Altersgruppen im nationalen und internationalen Kontext leicht voneinander unterscheidet, liegt diesem Bericht ein kleineres Sample zugrunde, als dies für den internationalen Bericht der Fall sein wird. Daher kann es zu leichten Abweichungen in den Ergebnissen kommen, die jedoch minimal sind.

Abbildung 3: Dimensionen des HBSC-Fragebogens 2005/06 (international verpflichtende und österreichische Teile)

Hintergrundfaktoren	Individuelle und soziale Ressourcen	Gesundheits- und Risikoverhalten	Gesundheitsergebnisse (Outcomes)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Alter ■ Geschlecht ■ Maturität 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Body image ■ Selbstwirksamkeit ■ Kohärenzsinn 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewegung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Subjektive Gesundheit ■ Lebensqualität ■ Psychosomatische Beschwerden ■ Body-Mass-Index (BMI) ■ Chronische Krankheiten
<ul style="list-style-type: none"> ■ Gemeindegrößenklasse ■ Schultyp 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Familie: ■ Gesprächsklima ■ Emotionales Klima ■ Unterstützung ■ Kontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitzendes Verhalten ■ TV-Konsum ■ PC-Konsum ■ Hausübung 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Beruf des Vaters ■ Beruf der Mutter ■ Familienzusammensetzung ■ Familienwohlstand (FAS) ■ wahrgenommener Familienwohlstand ■ Armut 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schule: ■ Schulzufriedenheit ■ Schulstress ■ Schulerfolg ■ Partizipation ■ Unterstützung Lehrer ■ Klassenklima ■ Bullying-Opfer 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ernährung ■ Regelmäßigkeit ■ Nahrungsmittel ■ Diätverhalten ■ Zahngesundheit 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peers: ■ Unterstützung ■ Kohäsion 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suchtmittelkonsum ■ Rauchen ■ Alkohol ■ Cannabis ■ Sexualverhalten ■ Gewalt ■ Unfälle, Verletzungen 	

3 Die Gesundheit der SchülerInnen

Im Verlauf des 20. Jahrhunderts hat in Bezug auf Gesundheit ein umfassendes Umdenken stattgefunden, dem die WHO mit ihrem wegweisenden Gründungsdokument vom 22.7.1946 (ratifiziert 1948) den nachhaltigsten Ausdruck verliehen hat. Darin wird die mittlerweile weithin bekannte Definition als Ausgangspunkt formuliert, dass Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Behinderung“ ist.

In dieser wegweisenden Definition sind - in Bezug auf das klassische, medizinisch-naturwissenschaftliche Modell von Gesundheit und Krankheit - drei inhaltliche Verschiebungen grundgelegt.

Die erste besteht darin, dass Gesundheit nicht einfach als der undefinierbare, geisterhafte Gegenpol von Krankheit gesehen wird – eben als die Abwesenheit von etwas -, sondern im positiven, affirmativen Sinn als Wohlbefinden bestimmt wird, welches eine eigenständige Dimension des menschlichen Lebens darstellt (Pelikan 2007:80). Dieses Verständnis geht auf die Arbeiten von Aaron Antonovsky (1997) zurück, der Gesundheit als Ressource begreift und Prozesse, die auf die Steigerung dieser Ressource abzielen, mit dem Begriff der Salutogenese bezeichnet hat. Der Vorteil dieser Konzeptionen liegt darin, dass sie neben den Risikofaktoren, die pathogene (krankheitserzeugende) Prozesse einleiten, den Blick auch auf die salutogenen, gesundheitsförderlichen, bzw. die Gesundheit herstellenden Prozesse richten.

Die zweite Veränderung begreift Gesundheit – da eine Ressource - als etwas, das in einem permanenten Entwicklungs- und Entfaltungsprozess hergestellt wird bzw. hergestellt werden muss. Gesundheit benötigt daher beständig Handlungen zu ihrer Wiederherstellung. In diesem Sinn könnte man Gesundheit als das Energiemaß biologischer und psychischer Systeme auffassen.

Die dritte thematische Verschiebung benennt die Komplexität der Gesundheit und resultiert in der holistischen, ganzheitlichen Auffassung, dass in der Gesundheit immer notwendigerweise biologisch-organische, psychische und soziale Erfordernisse miteinander verknüpft werden. Insbesondere mit der Ausdehnung der Gesundheit auf die sozialen und damit auch auf die politischen Umstände und Rahmenbedingungen des individuellen Lebens war die WHO-Definition, die unter dem Schock des Zweiten Weltkriegs und in der Hoffnung auf eine friedliche Welt entstanden war, visionär und ihrer Zeit weit voraus.

Um der Komplexität der Gesundheit begrifflich und konzeptuell zu entsprechen, wurden in den Gesundheitswissenschaften Konzepte entwickelt, die dem gerecht werden sollen. Die positive Seite wird einerseits als **Wohlbefinden** verstanden und durch verschiedene Konzepte abgebildet, die sich ergänzen: als ein Zustand der Entspannung und des Genießens ebenso wie der eutonalen Gespanntheit und Konzentration im Vollbesitz der Lebensenergie etwa bei Ausübung einer Tätigkeit, was auch als Flow bezeichnet wird. Andererseits wird die positive Seite als **Lebensqualität** verstanden, die sich auf die positiven Erfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen – Familie, Schule, Peergruppe - bezieht, das Verhältnis von erwarteter und erreichter Lebensqualität wird als Lebenszufriedenheit bezeichnet, womit ein Bezug zur Erreichung von Lebenszielen hergestellt wird. Eine Subdimension der Lebensenergie ist die Fitness, die heute bei einer großen Zahl von Jugendlichen nicht mehr stillschweigend vorausgesetzt werden kann.

Selbstverständlich muss die Gesundheitsbeobachtung auch den Blick auf Krankheiten bzw. **medizinische Diagnosen** richten. Für diesen Bereich ist in Österreich durch den Mutter-Kind-Pass, durch den Jugend-Gesundheitspass und die Instruktionen für den Schulärztlichen Dienst klar geregelt, welche Parameter systematisch beobachtet werden sollen. In einer Befragung wie der HBSC-Studie spielt die Selbstdiagnose der Laien eine große Rolle, weshalb die **subjektive** oder **positive Gesundheit** und die **subjektiven Beschwerden** abgefragt werden.¹⁰

¹⁰ Hier und im Folgenden kann, um den Rahmen zu wahren, nur auf die einschlägige Literatur zu den Grundlagen der Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitsförderung verwiesen werden: vgl. Hurrelmann/Laaser 1993, Naidoo/Wills 2003, Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, Siegrist 2005, Schwarzer 2004, Rosenbrock & Gerlinger 2004, Wendt & Wolf 2006 u.a.. Mit besonderem Bezug zu Ungleichheit:

3.1 Positive Gesundheit

Einleitung

In den vergangenen hundert Jahren konnten in den industrialisierten Ländern sehr große Fortschritte bei der Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit und bei der Beherrschung vieler Infektionskrankheiten gemacht werden, von denen vor allem Kinder betroffen waren. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen konnte ständig verbessert werden. In den letzten Jahren häufen sich jedoch auch Befunde, dass die positive Entwicklung gebremst wurde: chronische Erkrankungen (Allergien etc.) sind im Vormarsch, aber noch mehr Kinder leiden schon im Volksschulalter unter Stress, psychischen und psychosomatischen Beschwerden sowie psychosozialen Auffälligkeiten und Störungen (z.B. das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom).

Aus diesem Grund wird im Gesundheitsmonitoring von Kindern und Jugendlichen vermehrt auf subjektive Indikatoren zur Beschreibung der breit verstandenen Gesundheit gesetzt. Die HBSC-Studie verwendet dafür einen anerkannten Indikator, für dessen Verständnis einleitende Bemerkungen erforderlich sind. Es gibt eine Reihe von Messinstrumenten, die jeweils mit hoher Genauigkeit die körperlichen, funktionellen, sozialen und emotionalen Aspekte der Gesundheit erfassen, wegen dieser Ausführlichkeit für einen Fragebogen aber ungeeignet sind. Für diesen Zweck wurde mit sehr hohem Aufwand und modernen messtheoretischen Verfahren ein einzelnes Item entwickelt, das die Interviewten fragt: „In general, compared to other people your age, how would you say your health is...“, wobei zur Beantwortung die Antwortkategorien „excellent, good, fair, poor“ zur Verfügung stehen. Tests von Cunny und Perri (1991) haben ergeben, dass das EGFP-Item Ergebnisse liefert, die signifikant mit den Messergebnissen medizinischer Outcome Instrumente wie dem Medical Outcome Study Instruments (MOS; Stewart/Ware 1992, Ware/Sherbourne 1992) übereinstimmen. Weiters konnte gezeigt werden, dass es für das Auftreten von Krankheiten innerhalb der dem Befragungszeitpunkt folgenden 7 Jahre einen sehr hohen Vorhersagewert besitzt, der zum Teil höher ist als jener klinischer Indikatoren (Idler 1992, Idler/Benyamini 1997). Weitere Untersuchungen zur Validität des Items von Idler/Kasl (1995) haben eine sehr hohe Vorhersagekraft für Veränderungen der funktionellen Fähigkeiten einer Person in den nächsten sechs Jahren ermittelt (vgl. auch Ratner et al. 1998).

Methode

Die positive Gesundheit wurde anhand drei Indikatoren gemessen: an der subjektiven Gesundheit (Currie et al. 2001), an der Lebenszufriedenheit (Cantril 1965) und anhand der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Itembox 1), die mit Hilfe der „KIDSCREEN 10-item scale“ erfasst wurde (The KIDSCREEN Group Europe 2006).

Itembox 1

Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand beschreiben?

4-teilig: ausgezeichnet – gut – eher gut – schlecht

Hier ist das Bild einer Leiter. Die oberste Sprosse der Leiter, „10“, stellt das beste für Dich mögliche Leben dar. Der Boden, auf dem die Leiter steht, ist „0“. Er stellt das schlechteste Leben dar, das für Dich in deiner Situation möglich wäre. Insgesamt betrachtet: Auf welcher Sprosse der Leiter findest Du, dass Du derzeit stehst?

Zahlenwert zwischen 0 und 10

Wenn Du an die letzte Woche denkst ...

Hast Du Dich fit und wohl gefühlt?

Bist Du in der Schule gut zurecht gekommen?

Richter/Hurrelmann 2006. Mit besonderem Bezug auf Jugendliche Breinbauer/Maddaleno 2005. Für eine systemtheoretische Theorie der Gesundheit vgl. Simon (1998) und Pelikan (2007).

5-teilig: überhaupt nicht – ein wenig – mittelmäßig – ziemlich – sehr

Bist Du voller Energie gewesen?

Hast Du Dich traurig gefühlt?

Hast Du Dich einsam gefühlt?

Hast Du genug Zeit für Dich selbst gehabt?

Konntest du in Deiner Freizeit Dinge machen, die Du tun wolltest?

Haben Deine Mutter / Dein Vater Dich gerecht behandelt?

Hast Du mit Deinen Freunden Spaß gehabt?

Konntest Du gut aufpassen?

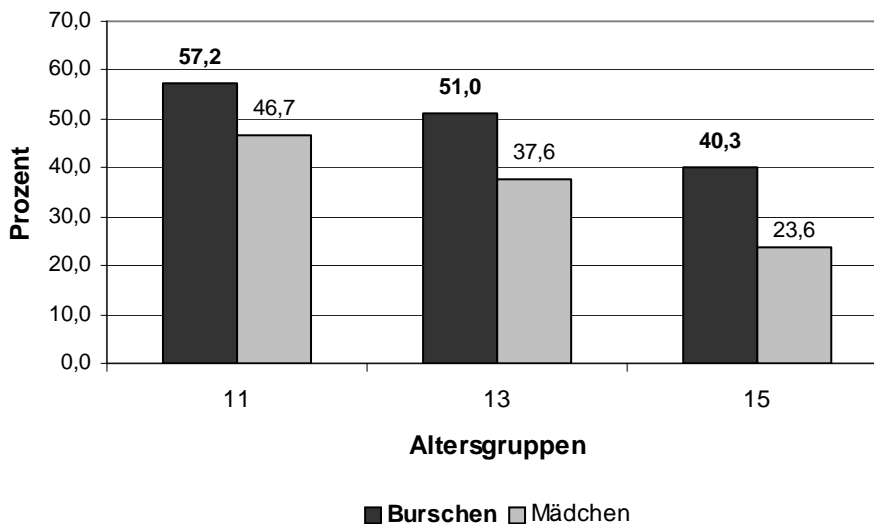
5-teilig: nie –selten –manchmal – oft – immer

Ergebnisse

Rund 43% der SchülerInnen beschreiben ihre Gesundheit als ausgezeichnet, knapp die Hälfte (45%) der SchülerInnen ist der Meinung, dass sie gut sei, wohingegen 10,2% ihre Gesundheit nur als eher gut, 1,8% sogar als schlecht bewerten.

Insgesamt gilt, dass Mädchen ihre Gesundheit schlechter bewerten (Abbildung 4), als dies für Burschen zutrifft: während beispielsweise die Hälfte der Burschen ihre Gesundheit als ausgezeichnet bewertet (50,1%), trifft dies nur auf etwa ein Drittel der Mädchen zu (36,2%). Umgekehrt gilt, dass 9,4% der Burschen ihre Gesundheit als eher gut oder aber als schlecht bezeichnen, während dies bei 14,4% der Mädchen der Fall ist.

Abbildung 4: ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

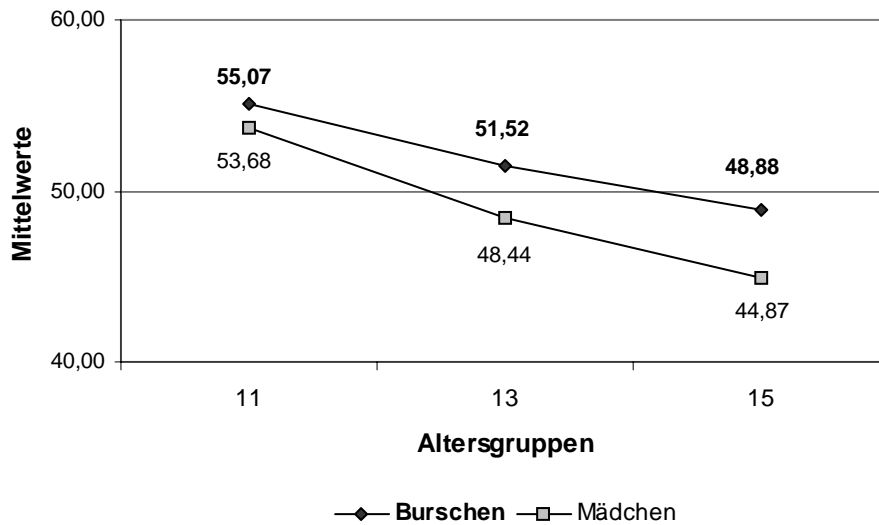


Die Bewertung der subjektiven Gesundheit weist eine deutliche Verschlechterung mit dem Alter auf (Abbildung 4) und lässt auch in den aktuellen HBSC-Daten das bereits mehrfach beobachtete „Pubertätsloch der Gesundheit“ erkennen (Dür/Mravlag 2002a). Die Wahrscheinlichkeit einer beeinträchtigten Gesundheit steigt damit mit dem Alter werden der SchülerInnen bedeutend an.

Die Lebensqualität der SchülerInnen liegt, gemessen am geeichten Durchschnitt der KIDSCREEN-Studie (50,00) genau im Mittel (50,46). Auch die Bewertung der Lebensqualität nimmt mit dem Alter deutlich ab und zeigt, dass Mädchen in allen Altersgruppen eine geringere Lebensqualität aufweisen (Abbildung 5).

Abbildung 5: gesundheitsbezogene Lebensqualität, der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

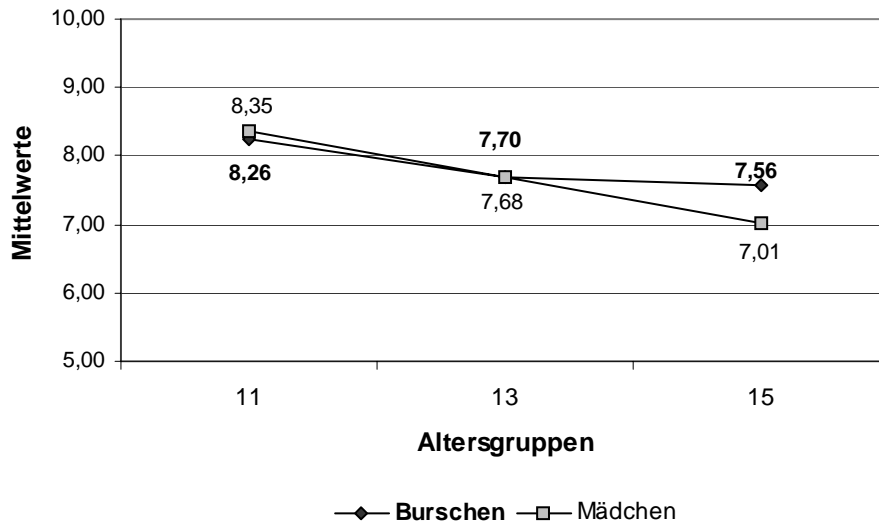
Spannbreite: 0 (geringe) – 100 (hohe), Mittelwert (Referenzsample) =50,00



Die Lebenszufriedenheit wird von den SchülerInnen mit rund 7,8 von 10 möglichen Punkten als gut bewertet (Burschen 7,86, Mädchen 7,69). Ebenso wie für die subjektive Gesundheit und für die gesundheitsbezogene Lebensqualität gilt auch für die Lebenszufriedenheit, dass diese mit dem Älterwerden in ihrer Bewertung absinkt (Abbildung 6). Unterschiede zwischen den Geschlechtern treten diesbezüglich jedoch erst bei den 15-jährigen Mädchen und Burschen auf.

Abbildung 6: Lebenszufriedenheit bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen nach Alter und Geschlecht (2006)

Spannbreite: 0 (gering) – 10 (hoch)



3.2 Psychische und physische Beschwerden

Einleitung

Ergänzend zur positiven Gesundheit erfasst die HBSC-Studie auch die subjektiven Beschwerden der SchülerInnen. Auch die subjektiven Beschwerden sind selbstberichtet und daher nicht mit medizinischen Diagnosen zu verwechseln. Die abgefragten Symptome sind einerseits für sich genommen von Bedeutung und können mit unterschiedlichen Ursachen in Verbindung gebracht werden, andererseits bilden die Symptome zusammengenommen eine dahinter liegende Dimension ab, die als psychosomatische Reaktion auf die soziale Umwelt interpretierbar ist (Currie et al. 2005).

Methode

Die körperlichen und psychischen Beschwerden wurden in der aktuellen HBSC-Befragung mit der „HBSC symptom checklist“ gemessen (Currie et al. 2001), die erhebt, wie häufig bestimmte körperliche und psychische Beschwerden bei den SchülerInnen auftreten (Itembox 2).

Itembox 2

Wie oft hattest Du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden:

Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen, Fühle mich allgemein schlecht, Bin gereizt oder schlecht gelaunt, Fühle mich nervös, Kann schlecht einschlafen, Fühle mich benommen, schwindlig

5-teilig: fast jeden Tag – mehrmals pro Woche – fast jede Woche – fast jeden Monat – selten oder nie

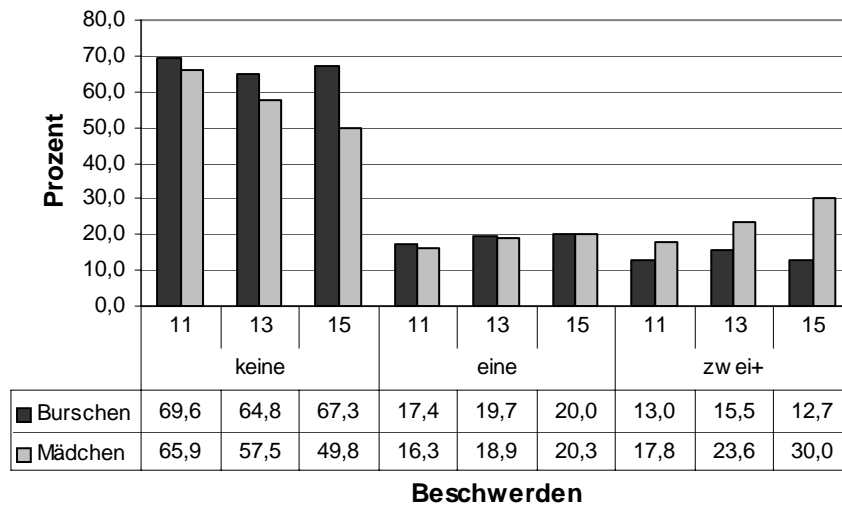
In der Darstellung der Ergebnisse liegt das Augenmerk auf jenen SchülerInnen, die wöchentlich oder öfter an den aufgeführten Beschwerden leiden. Dies deshalb, weil bei dieser Regelmäßigkeit, bezogen auf die letzten sechs Monate, von einer bedeutsamen Krankheitsbelastung bzw. Einschränkung der Gesundheit gesprochen werden kann. Zusätzlich wurde ermittelt, wie groß jene Gruppe der SchülerInnen ist, die wöchentlich oder öfter an mindestens zwei der genannten Beschwerden leiden.

Ergebnisse

62,5% der SchülerInnen berichten, innerhalb der letzten sechs Monate an keiner der genannten Beschwerden wöchentlich oder öfter gelitten zu haben (Burschen 67,2%, Mädchen 57,8%). Umgekehrt geben 18,7% der SchülerInnen an, regelmäßig an einer dieser Beschwerden, 18,8% sogar (Burschen 23,7%, Mädchen 13,8%) an zwei oder mehr der genannten Beschwerden zu leiden.

Insgesamt zeigt sich, dass Mädchen häufiger von regelmäßigen Beschwerden (wöchentlich oder öfter) betroffen sind und dass diese Gruppe mit dem Alterwerden anwächst. Am deutlichsten gilt dies für jene Schülerinnen, die an mindestens zwei der genannten Beschwerden leiden. In dieser Gruppe steigt der Anteil der Schülerinnen von 17,8% bei den 11-jährigen Mädchen auf 30% bei den 15-jährigen Schülerinnen an. Bei den Burschen hingegen zeigt sich, dass dies am häufigsten von den 13-jährigen Schülern berichtet wird (Abbildung 7).

Abbildung 7: körperliche und psychische Beschwerden (wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Am häufigsten geben die befragten SchülerInnen an, unter Einschlafstörungen, Kopfschmerzen, an Gereiztheit und Nervosität zu leiden (Tabelle 2).

Tabelle 2: körperliche und psychische Beschwerden (wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

		Altersgruppen			
		11	13	15	Gesamt
Kopfschmerzen	B	8,0	9,8	5,6	8,0
	M	11,3	15,0	20,7	15,6
	G	9,6	12,4	13,6	11,8
Magen-/Bauchschmerzen	B	5,7	4,4	4,4	4,9
	M	8,9	12,5	12,8	11,4
	G	7,3	8,5	8,9	8,2
Rücken-/Kreuzschmerzen	B	6,2	8,3	8,6	7,6
	M	5,0	9,4	12,8	9,0
	G	5,6	8,8	10,9	8,3
Fühle mich allgemein schlecht	B	3,3	5,0	4,8	4,3
	M	4,5	6,4	10,1	7,0
	G	3,9	5,7	7,6	5,6
Bin gereizt oder schlecht gelaunt	B	8,2	10,5	10,1	9,6
	M	8,4	14,3	17,6	13,4
	G	8,2	12,4	14,1	11,5
Fühle mich nervös	B	8,3	9,2	8,1	8,6
	M	9,3	11,9	12,8	11,4
	G	8,8	10,5	10,6	10,0
Kann schlecht einschlafen	B	14,9	15,8	13,2	14,7
	M	17,7	18,5	19,4	18,6
	G	16,4	17,2	16,5	16,7
Fühle mich benommen, schwindlig	B	5,5	5,8	3,9	5,2
	M	5,2	8,8	13,2	9,0
	G	5,3	7,3	8,9	7,0

Für ausnahmslos alle angeführten Beschwerden gilt, dass diese bei Mädchen häufiger zu finden sind als bei den Burschen. Außerdem nimmt der Anteil der SchülerInnen, die regelmäßig an diesen Beschwerden leiden, mit dem Alter zu, bei den Mädchen mit den Jahren, bei den Burschen nicht linear, da der Peak in Bezug auf die meisten Beschwerden bei den 13-jährigen Schülern liegt, also etwa um den Beginn der Pubertätsentwicklung (Tabelle 2).

3.3 Chronische Erkrankungen

Einleitung

In den westlichen Industrieländern lässt sich beobachten, dass innerhalb des letzten Jahrhunderts ein signifikanter Wandel des bisherigen Krankheitsspektrums stattgefunden hat. Während Infektionskrankheiten stark rückläufig sind, haben im Gegensatz dazu die chronischen Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Arthritis, Allergien, etc.) deutlich zugenommen (Bengel et al. 2003). Darunter werden Krankheiten verstanden, die längere Zeit (mindestens jedoch drei Monate) andauern und nicht durch Impfungen vermieden oder aber durch Medikamente dauerhaft geheilt werden können.

In europäischen Studien konnte gezeigt werden, dass das chronische Krankheitsgeschehen heute bereits bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet ist: so berichten Studien, dass rund 20% der Jugendlichen in Schottland an einer chronischen Erkrankung (Neurodermitis, allergische Rhinokonjunktivitis, Asthma bronchiale, Diabetes) leiden (West/Sweeting 2004). Auch für Finnland werden ähnliche Ergebnisse berichtet (Rintala et al. 2004). Rund jedes zehnte Kind und jeder zehnte Jugendliche in Deutschland leidet an einer chronischen Krankheit und/oder Behinderung (Benkert et al. 2003, Klein 2005, Ravens-Sieberer et al. 2003). Etwa die gleiche Größenordnung gibt der Wiener Jugendgesundheitsbericht an: 7% der männlichen und 11% der weiblichen Jugendlichen haben eine chronische Bedingung (Kromer 2002:110). Allergien bzw. Erkrankungen des allergischen Formenkreises (Neurodermitis, allergische Rhinokonjunktivitis, Asthma bronchiale) finden sich hingegen noch häufiger: Auch hier schwanken die Daten: 10% bis 40% der Kinder und Jugendlichen sind davon betroffen (Dür et al. 2006b, Hurrelmann 2000, Ravens-Sieberer et al. 2003, Klein 2005, WHO 2003a). Für die 16- bis 24-Jährigen weist der Wiener Gesundheitsbericht eine Prävalenz von 23% der männlichen und 32% der weiblichen Personen aus.

Methode

In der HBSC-Studie werden die chronischen Erkrankungen mit Hilfe eines Einzelitems erhoben, das danach fragt, ob bei den SchülerInnen eine derartige Erkrankung ärztlich diagnostiziert wurde (Itembox 3). Damit werden die schwereren, medizinisch manifesten Fälle mit hoher Validität erfasst, weil man annehmen kann, dass die Kinder der befragten Altersgruppen über die Diagnose Bescheid wissen. Das schließt jedoch nicht aus, dass es noch weitere Kinder und Jugendliche gibt, die an schwächeren Formen und Ausprägungen chronischer Erkrankungen leiden – beispielsweise an einer Allergie -, die jedoch nicht ärztlich diagnostiziert wurde und auch nicht behandelt wird.

Itembox 3

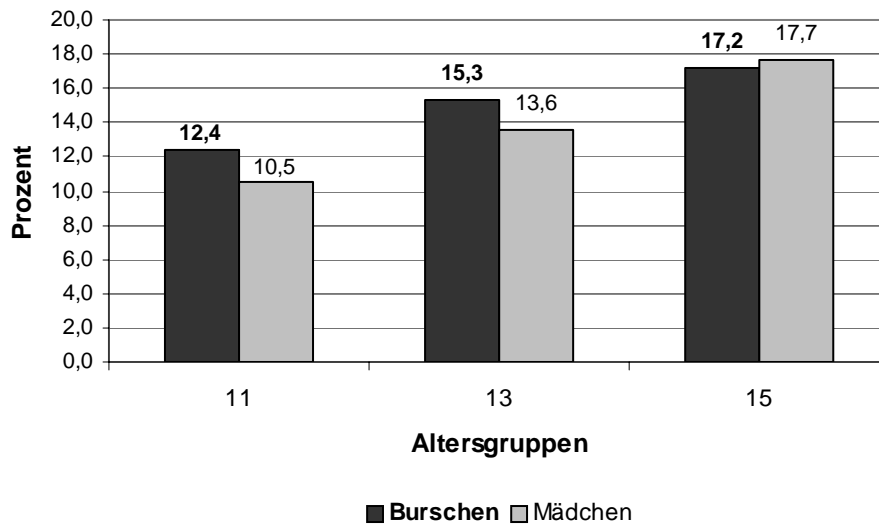
Hast Du eine lang andauernde bzw. chronische Erkrankung oder Behinderung (Diabetes, Arthritis, Allergie, zerebrale Lähmung etc.), die von einem Arzt / einer Ärztin diagnostiziert wurde?

2-tellig: ja – nein

Ergebnisse

Insgesamt geben 14,5% der SchülerInnen an, dass bei ihnen eine chronische Erkrankung/Behinderung diagnostiziert wurde (Burschen 14,8%, Mädchen 13,9%), wobei der Anteil der chronisch erkrankten SchülerInnen mit dem Alter zunimmt (Abbildung 8). Der Anstieg von chronischen Erkrankungen mit dem Älterwerden findet vermutlich im Bereich der Allergien statt.

Abbildung 8: chronische Erkrankungen bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



3.4 Selbstwirksamkeit

Einleitung

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist definiert als das Vertrauen einer Person in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, Probleme, die ihr im Alltag begegnen, lösen zu können (Schwarzer 1992, 2004). Gerade in der Prävention von bestimmten Risikoverhaltensweisen (z.B. Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln, sowie im Bereich der Gewalt) stehen derzeit zahlreiche Ansätze hoch im Kurs, welche die Steigerung so genannter „life-skills“, darunter auch die Selbstwirksamkeit, zum Ziel haben. Die Selbstwirksamkeit stellt auch für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine zentrale Ressource dar (Dür 2007).

Methode

Die Selbstwirksamkeit der SchülerInnen wurde anhand von sechs Items erhoben, die messen, inwieweit sich die Kinder und Jugendlichen zutrauen, Alltagsprobleme mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln zu lösen (Itembox 4). Um eine Aussage über die Ausprägung der Selbstwirksamkeit treffen zu können, werden die Punktwerte der umgepolten Einzelitems zu einem Gesamtwert addiert, der anschließend durch die Anzahl der Items dividiert wurde. Es ergibt sich damit ein Wert, der zwischen eins und fünf liegt, wobei der Wert 1 für eine geringe, der Wert 5 für eine hohe Selbstwirksamkeit steht.

Itembox 4

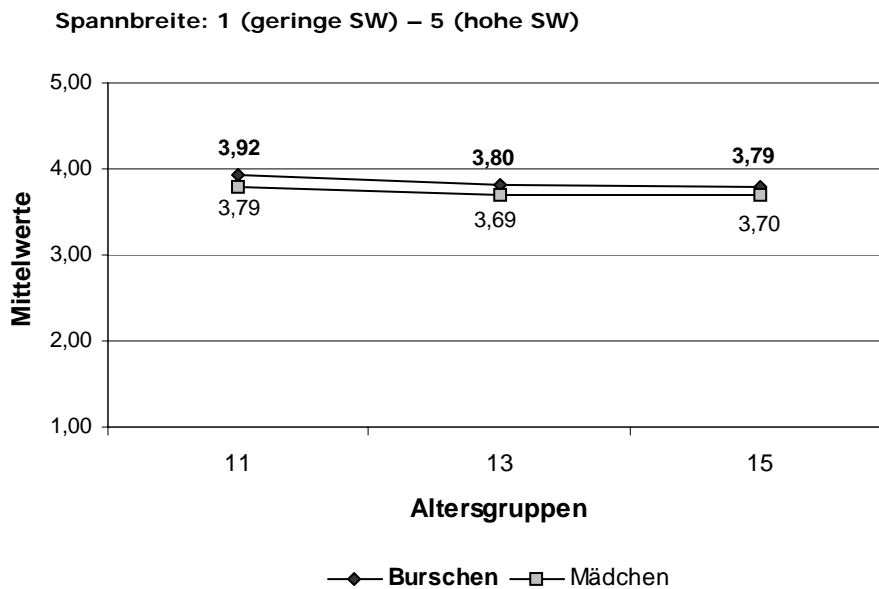
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe
Da ich viel Unterstützung bekommen kann, weiß ich, wie ich mit unvorhergesehenen Situationen umgehen kann
Da ich fähig bin, Probleme zu lösen, kann ich auch in schwierigen Situationen ruhig bleiben
Wenn ich ein Problem habe, finde ich meistens mehrere Lösungen dafür
Wenn ich in Schwierigkeiten bin, fällt mir normalerweise eine Lösung ein
Was auch immer passiert, ich werde schon damit klarkommen
5-tellig: stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

Ergebnisse

Die durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung der SchülerInnen liegt bei 3,8 von 5 möglichen Punkten. Da derzeit keine Norm- oder Vergleichsdaten verfügbar sind, kann man diesen Wert nur interpretatorisch bewerten: er bedeutet, dass die österreichischen SchülerInnen zwischen vier und fünf der abgefragten Items vollständig bejaht haben. Das kann als gutes, zugleich aber auch als verbesserbares Ergebnis behandelt werden, wobei dafür analytische Aussagen über das Zustandekommen der Selbstwirksamkeitserwartung benötigt werden. In früheren Arbeiten konnten wir zeigen, dass die Schule einen starken, die Familie nur einen schwachen Einfluss darauf hat (Dür 2007).

Interessant ist, dass es keine bedeutsamen Unterschiede im Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartung gibt, weder was das Geschlecht, noch was das Alter der SchülerInnen anbelangt (Abbildung 9). Die Selbstwirksamkeitserwartung ist also bei allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern zu den gestellten Anforderungen konstant.

Abbildung 9: Selbstwirksamkeitserwartung der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



3.5 Verletzungen

Einleitung

Unfälle und Verletzungen sind bei Jugendlichen die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt und stellen gleichzeitig die häufigste Todesursache dar (Statistik Austria 2006, WHO 2000a), wobei das Verletzungsrisiko in der Adoleszenz vor allem mit der Mobilisierung durch Fahrrad und Moped und der eigenständigen Teilnahme am Straßenverkehr, aber auch durch riskante Praktiken in Freizeit und Sport dramatisch ansteigt (Kisser 1999, Lescohier et al. 1996). Unfälle und Verletzungen sind daher nicht einfach akute Gesundheitsprobleme, die eben „passiert“ sind, sondern haben eine Vorgeschichte in riskanten Verhaltensweisen und Lebensstilen (Jessor/Jessor 1980). Fachleute sind sich deshalb einig, dass Risikoverhaltensweisen und das Ausloten der eigenen Grenzen zur Adoleszenz dazugehört und eine entwicklungs-dynamische Funktion inne haben.

Unfälle und Verletzungen haben daher auf der einen Seite einen sicherheitstechnischen Aspekt, auf der anderen Seite einen verhaltenspsychologischen. Diese Unterscheidung eröffnet für die präventive Arbeit zwei sich ergänzende Ansätze: einmal auf der Ebene von Sicherheitsmaßnahmen im Verkehr, im Setting Schule oder in Freizeiteinrichtungen; zum andern auf der Ebene des Verhaltens der Individuen durch Erlernen des Umgangs mit Risiken.

Methode

Das Unfall- und Verletzungsgeschehen wird in der HBSC-Studie mit Hilfe eines Einzelitems erhoben, das erfasst, wie häufig die SchülerInnen innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund einer Verletzung medizinisch versorgt werden mussten (Itembox 5).

Itembox 5

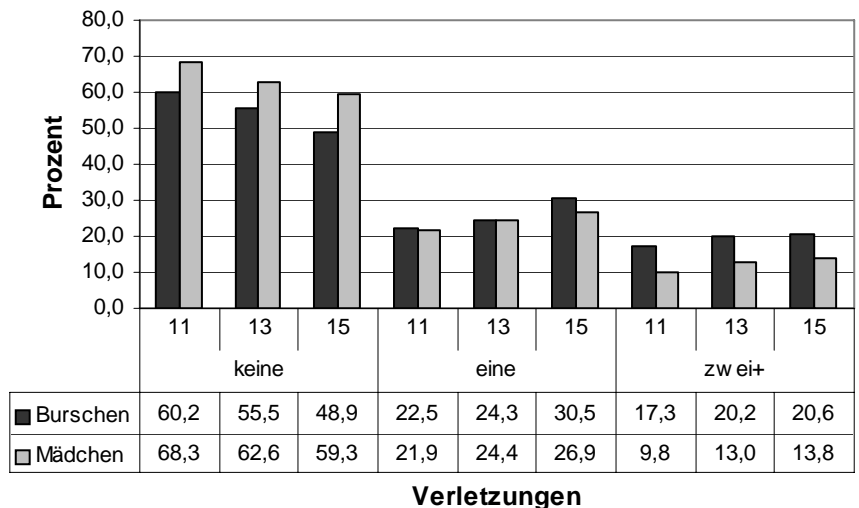
Wie oft warst Du während der letzten 12 Monate verletzt, so dass Du von einem Arzt / einer Ärztin oder einer Krankenschwester / einem Krankenpfleger behandelt werden musstest?
 5-teilig: *keinmal – einmal – zweimal – dreimal – 4-mal oder öfter*

Ergebnisse

59,4% der SchülerInnen waren innerhalb der letzten 12 Monate nie derart verletzt, dass sie von einem Arzt/einer Ärztin oder aber im Krankenhaus medizinisch behandelt werden mussten (Burschen 54,1%, Mädchen 62,3%). Umgekehrt geben 24,9% der SchülerInnen an, dass sie in den vergangenen 12 Monaten einmal, 15,6% sogar zweimal oder öfter von einer Verletzung betroffen waren (Burschen 19,2%, Mädchen 12,2%).

Insgesamt zeigt sich, dass das Verletzungsgeschehen der SchülerInnen mit dem Alter steigt, wenngleich die Veränderungen zwischen dem 13. und dem 15. Lebensjahr eher marginal sind. Deutliche Geschlechterunterschiede lassen sich vor allem bei jenen SchülerInnen finden, die innerhalb der letzten 12 Monate zweimal oder öfter verletzt waren (Abbildung 10).

Abbildung 10: Verletzungshäufigkeit innerhalb der letzten 12 Monate bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



3.6 Übergewicht und Körperwahrnehmung

Einleitung

Studien zufolge hat der Anteil von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen (WHO 2003b, Flodmark et al. 2004). Dies ist insofern bedenklich, da mit Übergewicht und Adipositas zahlreiche Erkrankungen einhergehen (orthopädische Probleme, erhöhter Blutdruck, etc.; DGfKJ 2002). Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass in der Kindheit angelegtes Übergewicht in den meisten Fällen auch zu Gewichtsproblemen im Erwachsenenalter führt (Mossberg 1989, Must 1996), die einen bedeutenden Risikofaktor für Morbidität (Erkrankungsrate) und Mortalität (Sterblichkeitsrate) darstellen (Must 1996). Hinzu kommt, dass gerade im Jugendalter Übergewicht und Adipositas häufig mit Stigmatisierungen einhergehen (Turnbull 2000) und die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls behindern (Dietz 1998).

Gerade in der Pubertät finden, was den Körper in Größe, Proportion und Aufbau anbelangt, gravierende Veränderungen statt, die dazu führen, dass Jugendliche ihren Körper mit gesteigerter Aufmerksamkeit beobachten. Gerade bei Mädchen sind diese pubertären Veränderungen jedoch häufig mit einer erhöhten Unzufriedenheit mit ihrem Körper und ihrem Erscheinungsbild verbunden, während sich die Burschen eine eher positive Einstellung zu ihrem Körper bewahren können (Swarr/Richards 1996, O'Dea/Abraham 1999, Ge et al. 2001, Németh et al. 2002).

Die Ideale, an denen sich die Burschen und Mädchen dabei messen, sind kulturell geprägt, und verweisen bei den Mädchen auf einen schlanken und vorpubertären Körper, bei den Burschen hingegen auf Muskeln und breite Schultern (McCabe et al. 2002). Die Mädchen entwickeln sich also tendenziell von ihrem Schönheitsideal weg, die Burschen diesem entgegen.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers beeinflusst das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Jugendlichen und wirkt sich außerdem auf ihre subjektive Gesundheit sowie auf ihr psychisches Wohlbefinden aus (Siegel et al. 1999, Mendelson et al. 2000, Williams/Currie 2000, Ge et al. 2001). Generell lässt sich beobachten, dass es Kindern und Jugendlichen schwer fällt, ihr eigenes Körpergewicht zu klassifizieren, was dazu führt, dass sie relativ häufig den Versuch unternehmen, die eher „ungesunden“ Idealvorgaben überzuerfüllen bzw. die (ungesunde) Idealfigur, die sie vielleicht sogar schon erreicht haben, noch zu unter- oder überbieten. Während die Burschen dies häufig über den Aufbau von Muskelmasse versuchen (Kilpatrick et al. 1999), der nicht selten unter der Hinzunahme von synthetischen Substanzen erfolgt, streben die Mädchen ihr „Idealgewicht“ durch das Abhalten von Diäten an (Lowry et al. 2002, McCabe et al. 2002), die großteils auf eine einseitige und unausgewogene Ernährung setzen.

Methode

Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas wird der Body-Mass-Index (BMI = kg/m^2) verwendet, der auf den Angaben der SchülerInnen zu Größe und Gewicht beruht (Itembox 6).

Itembox 6

Wie viel wiegst Du ohne Kleidung?

Gewicht in kg

Wie groß bist du ohne Schuhe?

Größe in cm

Glaubst Du, dass Du ...

5-teilig: viel zu dünn bist? – ein bisschen zu dünn bist? – ungefähr das richtige Gewicht hast? – ein bisschen zu dick bist? – viel zu dick bist?

Während für Erwachsene klare Grenzwerte zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas vorgelegt wurden (WHO 2000b), erweist sich gerade bei Kindern und Jugendlichen die Festlegung derartiger Grenzwerte als schwierig, da bei ihnen wegen des kontinuierlichen physiologischen Wachstums der durchschnittliche BMI ab dem 6. Lebensjahr stetig ansteigt. Um dennoch Grenzwerte festlegen zu können, haben Cole et al. (2000) eine äußerst komplexe und international anerkannte Methode entwickelt, mit der die 18-Jährigen über das 90. BMI-Perzentil (Übergewicht), 97. BMI-Perzentil (Adipositas) und 99. BMI-Perzentil (schwere Adipositas) an die Grenzwerte der Erwachsenen „angeschlossen“ werden, um dann von diesen abwärts für alle Altersstufen entsprechende Grenzwerte zu berechnen. Zur Berechnung der Prävalenzen für den BMI werden die Grenzwerte von Cole et al. (2000) verwendet (Tabelle 3).¹¹

Tabelle 3: Grenzwerte für Übergewicht und Adipositas nach Cole et al. 2000

Alter	BMI-Grenzwerte			
	Burschen		Mädchen	
	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
> 10,50 und < 11,00	20,20	24,57	20,29	24,77
> 11,00 und < 11,50	20,55	25,10	20,74	25,42
> 11,50 und < 12,00	20,89	25,58	21,20	26,05
> 12,00 und < 12,50	21,22	26,02	21,68	26,67
> 12,50 und < 13,00	21,56	26,43	22,14	27,42
> 13,00 und < 13,50	21,91	26,84	22,58	27,76
> 13,50 und < 14,00	22,27	27,25	22,98	28,20
> 14,00 und < 14,50	22,62	27,63	23,34	28,57
> 14,50 und < 15,00	22,96	27,98	23,66	28,87
> 15,00 und < 15,50	23,29	28,30	23,94	29,11
> 15,50 und < 16,00	23,60	28,60	24,17	29,29
> 16,00 und < 16,50	23,90	28,88	24,37	29,43

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers wurde bei den SchülerInnen mit Hilfe eines Einzelitems erhoben, das angibt, ob sie sich als zu dick, zu dünn oder ihr Gewicht als gerade richtig empfinden (Itembox 6).

Ergebnisse

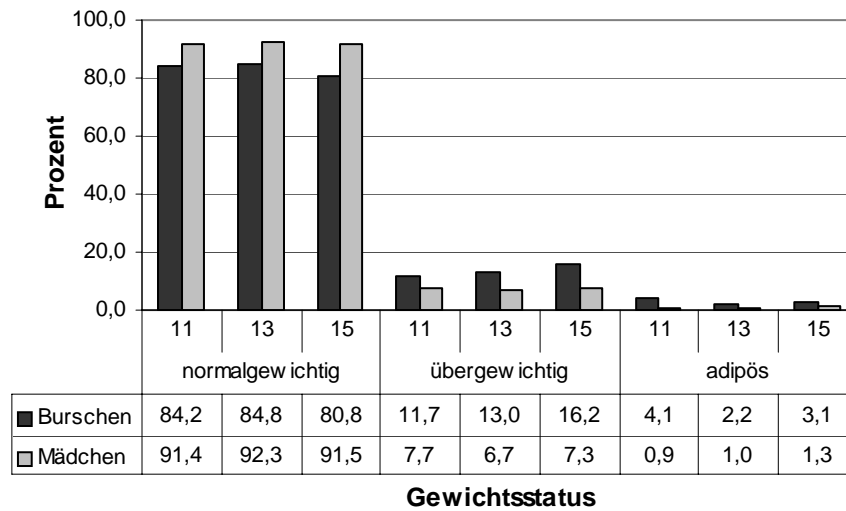
Gemessen am Body-Maß-Index (BMI), der in der HBSC-Studie auf selbstberichteten und damit nur begrenzt zuverlässigen Daten zu Größe und Gewicht beruht, zeigt sich, dass 87,6% der SchülerInnen einen normalen Gewichtsstatus aufweisen (83,4% Burschen, Mädchen 91,7%). Umgekehrt bedeutet dies jedoch, dass 12,4% der SchülerInnen einen erhöhten BMI besitzen (Burschen 16,6%, Mädchen 8,3%), wobei 3,1% der SchülerInnen als adipös zu bezeichnen sind (Burschen 7,2%, Mädchen 1,1%).¹²

Sowohl für die Burschen als auch für die Mädchen gilt, dass der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen, mit Ausnahme einer leichten Zunahme, die bei den Burschen zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr stattfindet, relativ konstant und stabil bleibt (Abbildung 11).

11 Konkurrierend finden in deutschsprachigen, aber auch in österreichischen Publikationen die Grenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. 2001 Anwendung, die leicht abweichen und keine internationalen Vergleiche ermöglichen.

12 Man muss davon ausgehen, dass die selbstberichteten Daten in der Größe nach oben und im Gewicht nach unten leicht von der Realität abweichen, weil der letzte Messzeitpunkt bei vielen schon länger her ist und die von den Jugendlichen gemachten Korrekturen beim Gewicht tendenziell nach unten, bei der Größe nach oben laufen. Ein systematischer (von allen gemachter) Fehler von + 1 cm in der Größe und - 1 kg im Gewicht führt zu einer Abweichung in der Prävalenz von etwa einem Drittel des realen Wertes: wenn der Anteil der Übergewichtigen bei den 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen und Burschen in den Daten bei 12,4% liegt, so könnten es real bis zu 20% sein. Da wir die Genauigkeit der Angaben aber nicht einschätzen können, ist eine solche Interpolation nicht zulässig.

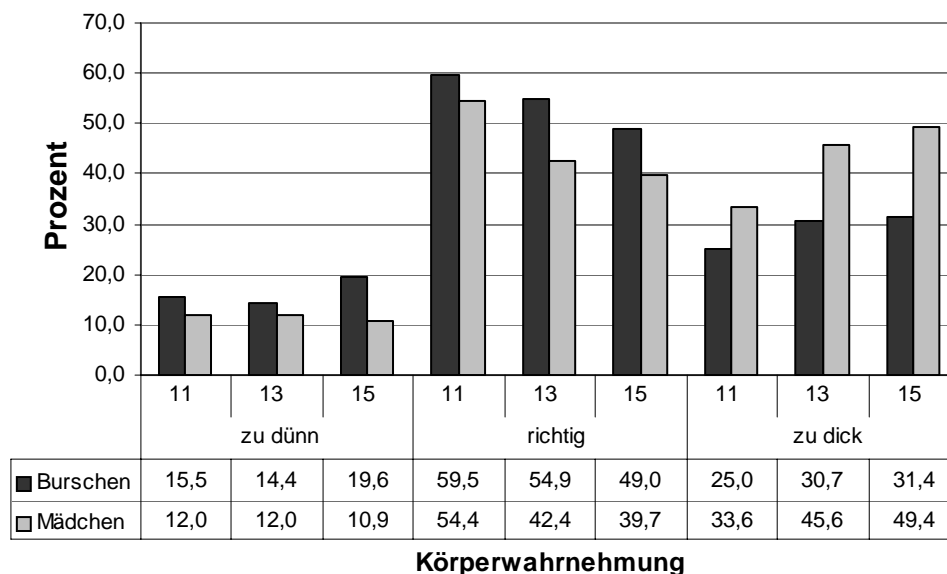
Abbildung 11: Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Überraschend ist hingegen, dass nur 50% der SchülerInnen der Meinung sind, dass sie normalgewichtig sind, wobei die Burschen etwas häufiger diese Meinung vertreten (54,8%) als die Mädchen (45,6%). 13,9% der SchülerInnen geben an, dass sie sich für zu dünn halten (Burschen 16,3%, Mädchen 11,6%). Für zu dick hingegen empfinden sich 35,9% der Burschen und Mädchen, wobei 42,8% der Mädchen dieser Meinung sind (Burschen 28,9%).

Das Gefühl zu dick zu sein, nimmt vor allem bei den Mädchen mit dem Älterwerden deutlich zu, obwohl der Anteil der SchülerInnen mit einem erhöhten BMI relativ konstant bleibt. Während bereits 33,6% der 11-jährigen Schülerinnen ihren Körper als zu dick einstufen, ist bei den 15-Jährigen bereits jedes zweite Mädchen dieser Überzeugung (49,4%). Bei den Burschen hingegen erweist sich diese Entwicklung als weitaus weniger dramatisch, obwohl dennoch ein Viertel bis ein Drittel der Schüler derselben Meinung ist (Abbildung 12).

Abbildung 12: Körperwahrnehmung bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



3.7 Zahngesundheit

Einleitung

Erkrankungen an Zähnen und Zahnfleisch gehören zu den häufigsten Erkrankungen in den industrialisierten Gesellschaften (Honkala et al. 2000). Sie gehen häufig mit Schmerzen, manchmal sogar mit Behinderungen einher und schränken die individuellen und sozialen Möglichkeiten sowie das allgemeine Wohlbefinden ein (Shaw et al. 1980, Smith et al. 1979). Die meisten dieser Erkrankungen lassen sich im Kern auf eine unzureichende Mund- und Zahnhygiene zurückführen (Sheiham 1977). ExpertInnen zufolge gilt deshalb, dass Kinder und Jugendliche mindestens zweimal täglich ihre Zähne putzen sollten.

Methode

Die Zahngesundheit wurde anhand eines Einzelitems gemessen, das erhebt, wie regelmäßig sich die Kinder und Jugendlichen die Zähne putzen (Itembox 7). Das Zahnputzverhalten wird dabei als ein entscheidender Indikator für die tatsächliche Zahngesundheit angenommen.

Itembox 7

Wie oft putzt Du Dir die Zähne?

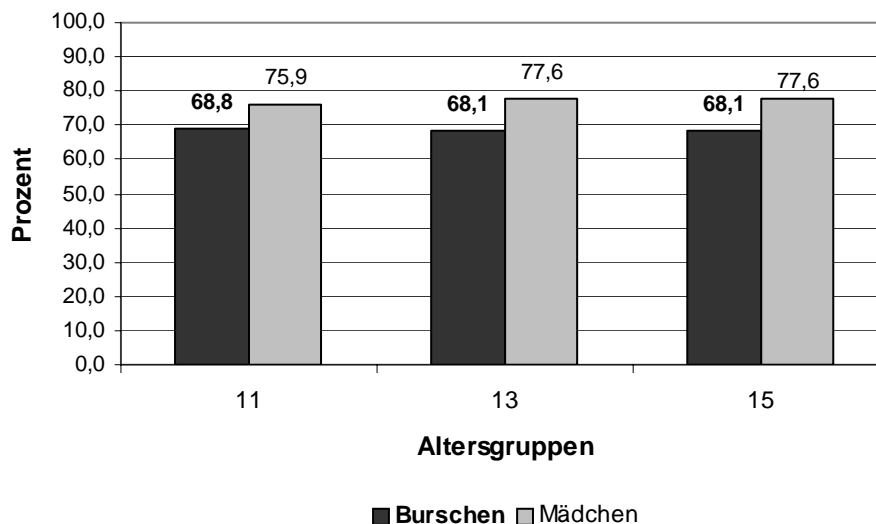
5-teilig: mehr als einmal täglich – einmal täglich – mindestens einmal pro Woche, aber nicht täglich – seltener als einmal pro Woche - nie

Ergebnisse

Rund drei Viertel der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen (74,3%) putzt sich täglich mehrmals die Zähne. Dies trifft auf Mädchen (79,7%) etwas häufiger zu als für Burschen (68,8%). Ein Viertel aller SchülerInnen (22,4%) putzt sich hingegen maximal einmal am Tag ihre Zähne und weist damit eine unzureichende Mund- und Zahnhygiene auf (27% Burschen, 17,9% Mädchen), wobei 3,4% sich seltener als täglich die Zähne putzen.

Wie regelmäßig sich die Kinder und Jugendlichen die Zähne putzen hat jedoch nichts mit ihrem Alter zu tun. Dies lässt vermuten, dass die Zahnhygiene ein Verhalten darstellt, dessen Grundlagen bereits im frühen Kindesalter gelegt werden (Abbildung 13).

Abbildung 13: Mehrmals tägliches Zähneputzen bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



4 Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen

Dem „*Policy Rainbow*“ folgend, der in Kapitel 1 dargestellt wurde, muss die Suche nach den Ursachen für die Gesundheit, die Beschwerden und die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen mit deren Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen beginnen, da diese den unmittelbarsten Einfluss darauf ausüben (WHO 2002a). Damit bewegt man sich zunächst im Horizont der Frage, wie die Jugendlichen durch ihr *eigenes* Verhalten zu ihrem guten oder schlechten Gesundheitszustand beitragen, und blickt vor allem auf das Rauchverhalten, den Alkohohlkonsum – der unter dem Schlagwort „Komasaufen“ zuletzt die Medien beschäftigt hat –, auf die Ernährungsgewohnheiten und das Bewegungsverhalten. Diese Verhaltensweisen sind grundsätzlich durch das Individuum kraft seiner kognitiven und intentionalen Fähigkeiten selbst kontrollierbar. Rauchen oder nicht rauchen, naschen oder nicht naschen, sportliche Aktivitäten oder fernsehen – in gewisser Weise sind das einfache individuelle Entscheidungen.

Sie sind aber nicht unabhängig von einander und werden nicht so bewusst und einzeln getroffen, wie es aussieht. Es ist vielfach belegt, dass diese Verhaltensweisen normalerweise nicht isoliert von einander auftreten, sondern sich gegenseitig offenbar bedingen und zu einem Lebensstil verdichten: wer raucht, trinkt auch häufiger Alkohol, neigt zu ungesünderen Ernährungsweisen und macht tendenziell weniger häufig Bewegung; umgekehrt sind Sportler seltener Raucher und ernähren sich gesünder (vgl. z.B. Eder 1998). Es gibt hinter diesen Verhaltensweisen also eine gewissermaßen tiefer liegende, gemeinsame Dimension eines eher „gesundheitszutraglichen“ oder „gesundheitsabträglichen“ Lebensstils. Anders gesagt: die Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen sind in ein komplexes Konglomerat aus Selbstbild, Selbstvertrauen, Bedürfnissen und Gewohnheiten eingewoben.

Darüber hinaus ist bekannt, dass Lebensstile zu einem Bestandteil der Biografie werden und sich auch durch die Wiederholung über die Zeit verfestigen und stabilisieren, was durch Suchtmechanismen noch verstärkt wird. So ist durch zahlreiche Studien belegt, dass die Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen, die im Jugendalter aufgenommen werden, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter eine Fortsetzung finden, wo es dann großer Anstrengungen bedarf, sie zu verändern. Das gilt für alle genannten Verhaltensweisen.

Schon das Vorhandensein dieser Muster deutet an, dass die Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen nicht platterdings als das Ergebnis freier, unbeeinflusster Entscheidungen von unbeeinflussten Individuen verstanden werden können. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht werden sie daher im Kontext sozialer Verhältnisse und Lebenszusammenhänge gesehen, innerhalb derer sich die Individuen bewegen und reproduzieren. Sie werden daher als Reaktionen verständlich, die von Individuen auf die unterschiedlichen Angebote, Verlockungen, Belastungen, Unterstützungen und Ressourcen ausgebildet werden, die in diesen Lebenskontexten gegeben sind. Auch das ist durch wissenschaftliche Studien vielfach belegt und wird in Kapitel 5 auch auf Basis der vorliegenden Daten des 7. HBSC-Surveys demonstriert werden.

Für das gesundheitspolitische und gesundheitserzieherische Handeln haben diese Erkenntnisse die logische Konsequenz, dass Maßnahmen, um effektiv und nachhaltig zu sein,

- nicht nur auf ein Thema, bzw., auf ein Risikoverhalten gerichtet sein sollten, sondern den komplexeren Lebensstil ins Auge fassen müssen;
- zu einem frühen Zeitpunkt in der Lebensstil-Karriere einsetzen und kontinuierlich werden müssen;
- die familiären, schulischen oder freizeitbezogenen Bedingungsfaktoren mit bearbeiten müssen, auf welche die Lebensstile als Reaktion entwickelt werden.

Nur Maßnahmen, die in diesem Sinn eine „integrierte Gesundheitsförderung“ (Mur 2006) darstellen, werden auf nachhaltige Weise erfolgreich sein.

4.1 Bewegung

Einleitung

Studien an Erwachsenenpopulationen belegen, dass regelmäßig durchgeführte körperliche Aktivitäten einen günstigen Einfluss auf die körperliche und mentale Gesundheit haben (CDC 1996, Sallis/Owen 1999). Regelmäßige Bewegung reduziert das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Dickdarmkrebs, Diabetes Mellitus und Osteoporose. Günstige Effekte zeigen sich auch in Bezug auf Arthritis, Adipositas sowie bezüglich mentaler Probleme wie Angstzustände und Depressionen. Körperliche Aktivitäten führen außerdem zu einem gesteigerten Ausmaß an körperlicher Fitness und beeinflussen die Qualität des Schlafes in günstiger Weise (Shapiro et al. 1984).

Solche Zusammenhänge konnten auch bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden: Bewegung verbessert die körperliche Fitness, den Blutdruck, die Knochen-Substanz und verringert das Risiko für Übergewicht und Fettleibigkeit. Selbst die kognitiven Leistungen und damit auch der Schulerfolg sind nachweislich besser, wenn sich Kinder und Jugendliche regelmäßig bewegen (Sallis 1994, Riddoch 1998, Ziroli/Döring 2003, Janssen et al. 2005, Parfitt/Eston 2005, Strong et al. 2005, Hallal et al. 2006). Die Einsicht der klassischen Bildungstheorie „mens sana in corpore sano“ lässt sich also mit modernen wissenschaftlichen Methoden bestätigen. Gleichzeitig jedoch geht ein gesteigertes Bewegungsverhalten auch mit einem erhöhten Verletzungsrisiko einher (Williams et al. 1998). Davon sind zwei Gruppen besonders betroffen: die Untrainierten, die sich nur gelegentlich sportlich betätigen, und die überdurchschnittlich Trainierten, die sich zu viel zutrauen und oft ein zu hohes Risiko eingehen. Wie schon zuvor erwähnt, haben Studien erwiesen, dass die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter bewegt zu sein, stark ansteigt, je bewegter man bereits im Kindes- und Jugendalter war (Kelder et al. 1994, Malina 1996, Hallal et al. 2006). Neben psychologischen Faktoren wie Spaß und Freude an der Bewegung, die bei Kindern unterschiedlich stark ausgeprägt sind, spielt dabei für viele auch die „Verführung“ und Bestärkung durch Eltern, Geschwister und FreundInnen eine wichtige Rolle (Sallis et al., 1999). Auch hier gilt im Speziellen, was theoretisch in ganz allgemeiner Weise gilt, dass ein Verhalten immer ein *erlerntes*, also biografisch erworbenes Verhalten darstellt. Basierend auf all diesen Erkenntnissen empfehlen ExpertInnen für Kinder und Jugendliche ein Bewegungsprogramm von täglich mindestens 60 Minuten mit einer Intensität, dass die Kinder dabei außer Atem und ins Schwitzen geraten können (Biddle et al. 1998, Pate et al. 1998, Strong et al. 2005).

Methode

Das Bewegungsverhalten der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen wurde anhand dreier Items gemessen, die erheben, an wie vielen Tagen einer Woche die Befragten insgesamt, d.h. sowohl in ihrer Schulzeit als auch in ihrer Freizeit, sowie ausschließlich in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind und wie viele Stunden pro Woche sie in ihrer Freizeit für das Ausüben körperlicher Aktivitäten aufwenden (Itembox 8).

Itembox 8

An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst Du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?

8-teilig: an 0 Tagen - an 1 Tag - an 2 Tagen - ... - an 7 Tagen

Wie häufig bist Du normalerweise in Deiner Freizeit körperlich so aktiv, dass Du dabei außer Atem kommst oder schwitzt?

7-teilig: jeden Tag - vier- bis sechsmal in der Woche - zwei- bis dreimal in der Woche - einmal in der Woche - einmal im Monat - seltener als einmal im Monat - nie.

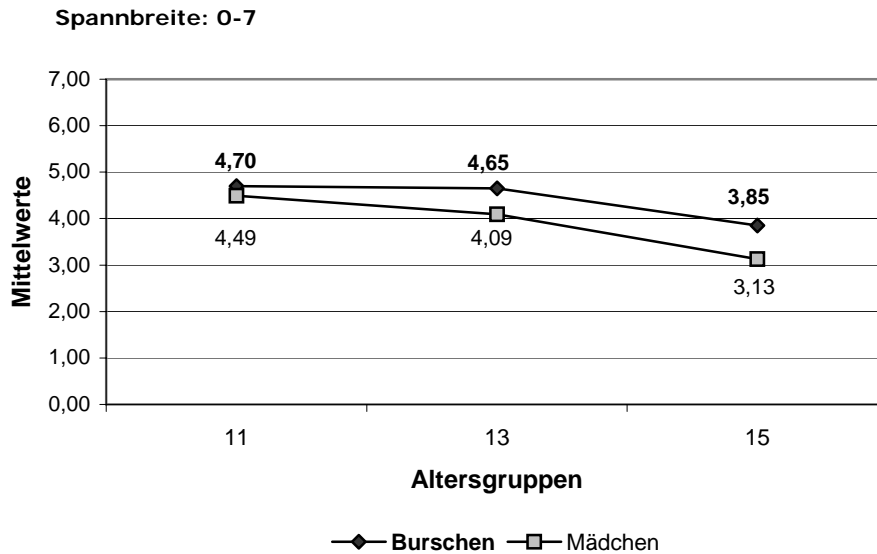
Wie viele Stunden pro Woche bist Du normalerweise in Deiner Freizeit körperlich so aktiv, dass Du dabei außer Atem kommst oder schwitzt?

6-teilig: überhaupt keine - ungefähr eine halbe Stunde - ungefähr eine Stunde - ungefähr zwei bis drei Stunden - ungefähr vier bis sechs Stunden - sieben Stunden oder mehr.

Ergebnisse

Die SchülerInnen sind im Durchschnitt an 4,2 Tagen die Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv, wobei dies für Burschen etwas häufiger gilt (4,4 Tage) als für die Mädchen (3,9 Tage). Für beide Geschlechter gilt, dass das Bewegungsausmaß mit dem Alter abnimmt, wobei die stärksten Veränderungen zwischen dem 13. und dem 15. Lebensjahr stattfinden und die Abnahme für die Schülerinnen etwas dramatischer verläuft als für die Burschen (Abbildung 14).

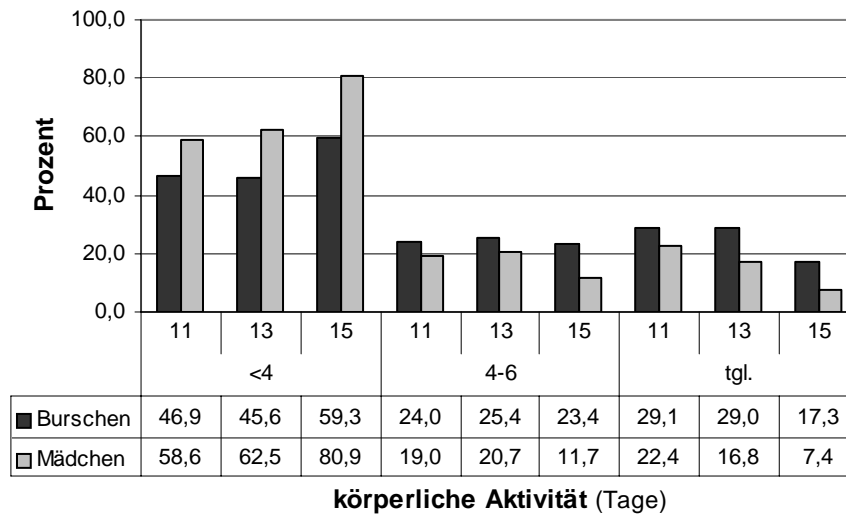
Abbildung 14: Tage pro Woche, an denen die 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Alter und Geschlecht (2006)



Gemessen an den genannten Empfehlungen der ExpertInnen lässt sich festhalten, dass bei den 11-Jährigen nur jede/r Vierte (24,7%), bei den 13-Jährigen nur jede/r Fünfte (21%) und bei den 15-Jährigen gar nur jede/r Zehnte (11%) diesen Forderungen gerecht wird.

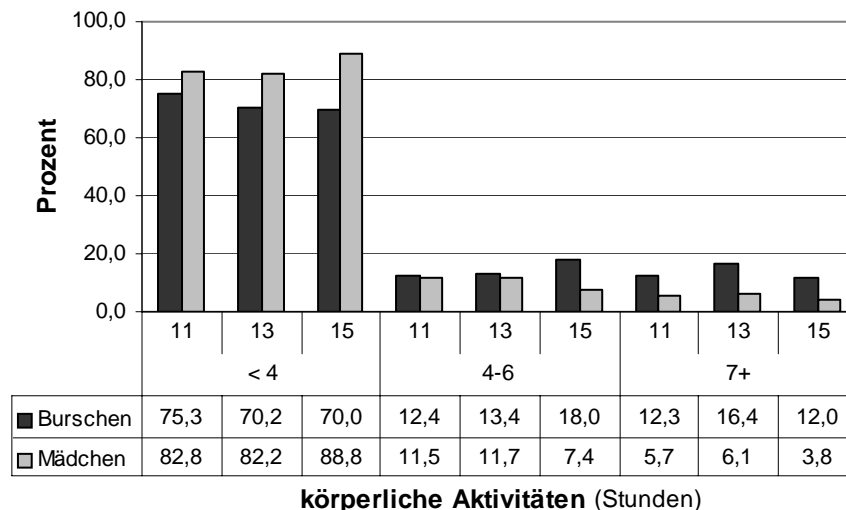
In ihrer Freizeit gehen 20,5% der SchülerInnen täglichen körperlichen Aktivitäten nach (Burschen 25,6%, Mädchen 15,6%). Mehr als die Hälfte (58,8%) tut dies hingegen nur noch an maximal drei Tagen die Woche (Burschen 50%, Mädchen 67%), wobei 30,3% dies nur an maximal einem Tag pro Woche tut (Burschen 23,3%, Mädchen 36,7%). Die Ergebnisse veranschaulichen sehr stark, dass sich die Mädchen in dieser Beziehung in einer ungünstigen Weise von den Burschen unterscheiden. Auch in Bezug auf das Alter der SchülerInnen zeigt sich, dass die körperlichen Freizeitaktivitäten mit dem Älterwerden deutlich abnehmen (Abbildung 15).

Abbildung 15: Tage pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen geraten oder außer Atem kommen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Ähnlich lässt sich festhalten, dass 51,1% der SchülerInnen an weniger als zwei Stunden pro Woche körperlich aktiv sind (Burschen 43,4%, Mädchen 58,8%). Lediglich jede/r fünfte SchülerIn (21,7%) geht mehr als drei Stunden pro Woche körperlichen Aktivitäten nach (Burschen 28,1%, Mädchen 15,4%). Während die Tage, an denen die SchülerInnen körperlich aktiv sind, mit dem Alter abnehmen, zeigt sich in Bezug auf die dafür aufgewendeten Wochenstunden kein derartig eindeutiger Zusammenhang (Abbildung 16).

Abbildung 16: Stunden pro Woche, an denen 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen geraten oder außer Atem kommen, nach Alter und Geschlecht (2006)



4.2 Sitzendes Verhalten

Einleitung

Kinder und Jugendliche verbringen einen Großteil ihrer Freizeit sitzend. Das zeigt sich in ihrem Bewegungsverhalten (Griebler/Dür 2007)¹³ und in ihrer Nutzung von Computer und Fernsehen (Kraut et al. 1998, American Academy of Pediatrics 2001). Sie weisen damit einen ähnlich sitzenden und bewegungslosen Alltag auf, wie dies bereits für viele berufstätige Erwachsene gilt. Das beginnt frühmorgens mit dem Schulbesuch, setzt sich nachmittags mit den Hausaufgaben fort und endet spätnachmittags oder abends vor Computer und Fernsehen.

Der dadurch entstehende Bewegungsmangel ist jedoch - so die Ergebnisse zahlreicher Studien - mit einer Reihe von negativen Folgen assoziiert. Dazu zählen psychische Probleme wie seelische Unruhe und Unausgeglichenheit, Nervosität, Depressionen, aber auch körperliche Beschwerden, mangelnde Fitness, Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Asthma und Übergewicht (Strong et al. 2005, Lucas/Platts-Mills 2005). Letzteres kommt im Regelfall durch ein Missverhältnis zwischen Energiezufuhr durch teilweise sehr energiehaltige Nahrungsmittel und vermindertem Energieverbrauch durch Bewegungsmangel zustande (Dietz/Gortmaker 1985, Dietz 1991, Andersen et al. 1998, Hernandez et al. 1999, Ma et al. 2002).

Methode

Das sitzende Verhalten wurde anhand dreier Items gemessen, die erheben, wie viele Stunden täglich Kinder und Jugendliche an Schultagen sowie an schulfreien Tagen vor dem Fernseher bzw. dem Computer verbringen (Itembox 9).

Itembox 9

Etwa wie viele Stunden an einem Tag verbringst Du normalerweise in deiner Freizeit mit Fernsehen (einschließlich Videos und DVDs)?

Etwa wie viele Stunden am Tag spielst Du in deiner Freizeit normalerweise Spiele am Computer, am Handy oder mit einer Spielkonsole (Playstation, Xbox, GameCube etc.)?

Etwa wie viele Stunden am Tag nutzt Du in deiner Freizeit normalerweise den Computer (E-Mail, chatten, Internet surfen, programmieren, Hausübungen machen usw.)?

9-teilig: überhaupt nicht - etwa eine halbe Stunde am Tag - etwa 1 Stunde am Tag - etwa 2 Stunden am Tag - etwa 3 Stunden am Tag - etwa 4 Stunden am Tag - etwa 5 Stunden am Tag - etwa 6 Stunden am Tag - etwa 7 oder mehr Stunden am Tag

Ergebnisse

An Schultagen sitzen die SchülerInnen rund 2,3 Stunden täglich vor den Fernsehgeräten, wobei die Dauer des Fernsehkonsums an schulfreien Tagen um eine weitere Stunde ansteigt (3,3 Stunden). In allen Altersgruppen gilt, dass die Burschen mehr Zeit vor den Fernsehschirmen verbringen (Abbildung 17).¹⁴ Besonderes beliebt ist der Fernseher bei den 13-jährigen SchülerInnen, die im Vergleich zu den 11- und 15-Jährigen mehr Zeit mit Fernsehen zubringen.

Computerspiele und Spielkonsolen werden von den SchülerInnen an Schultagen in etwa 1,4 Stunden pro Tag genutzt. Auch hier zeigt sich, dass dieser Wert an schulfreien Tagen deutlich ansteigt (2,3 Stunden). Wenig überraschend ist, dass auch hier die Burschen die Nase vorn haben (Abbildung 18)¹⁵. Ähnlich wie dies bereits für das Fernsehen galt, zeigt

¹³ Vgl. auch Kapitel 4.1.

¹⁴ Burschen/Mädchen: an Schultagen 2,4/2,1 Stunden/Tag; an schulfreien Tagen 3,5/3,1 Stunden/Tag

¹⁵ Burschen/Mädchen: an Schultagen 1,8/1,0 Stunden/Tag; an schulfreien Tagen 2,9/1,7 Stunden/Tag

sich auch hier, dass die 13-Jährigen mehr Zeit in diese Art des Freizeitverhaltens investieren (Abbildung 18).

Abbildung 17: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen fernsehen, nach Alter und Geschlecht (2006)

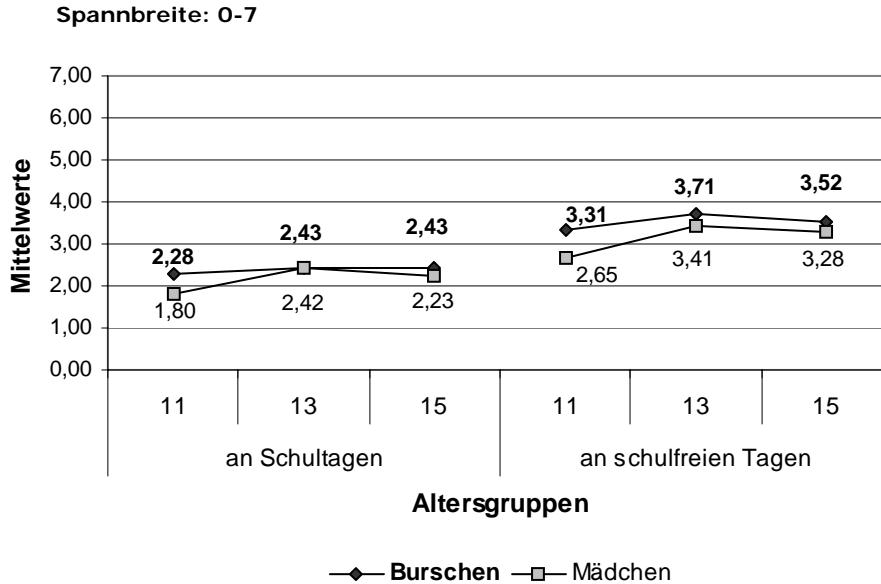
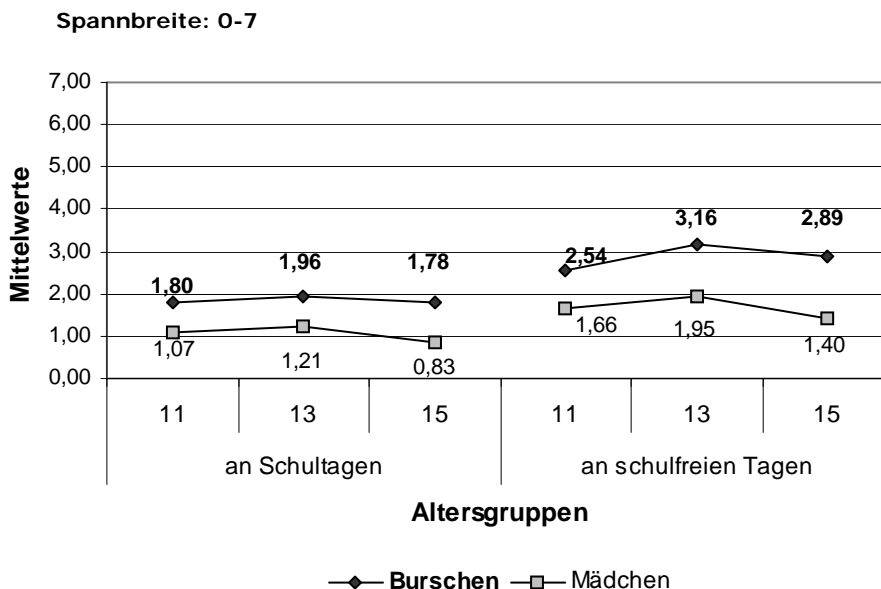


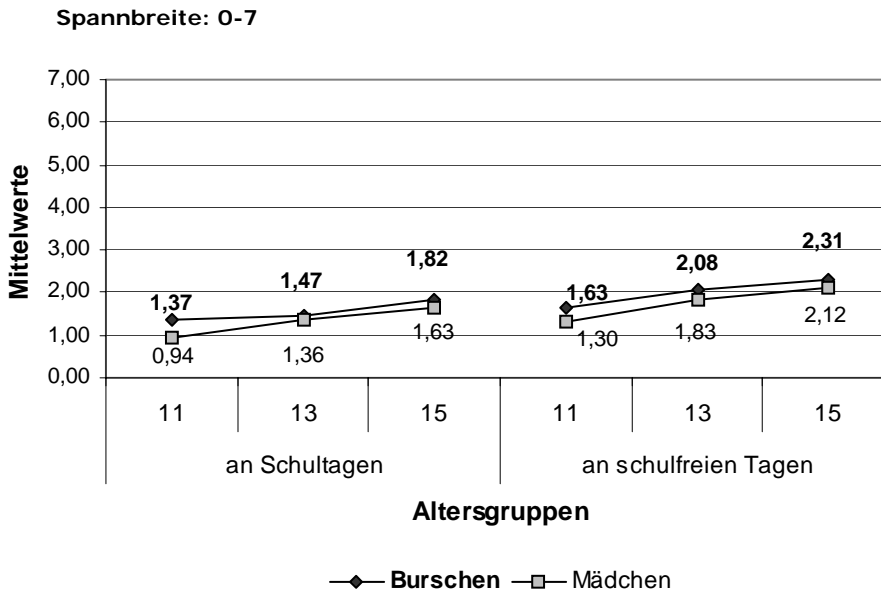
Abbildung 18: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen ihre Zeit mit Computerspielen und Spielkonsolen zubringen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Etwas seltener hingegen verwenden die SchülerInnen ihren Computer zum E-Mailen, Chatten, Internetsurfen oder aber zur Erbringung schulischer Aufgaben. So investieren sie an Schultagen rund 1,4 Stunden täglich in diese Art der Computernutzung, an schulfreien Tagen rund 1,9 Stunden. Auffällig ist hierbei, dass sich diesbezüglich die Geschlechter viel schwächer voneinander unterscheiden (Abbildung 19).¹⁶

16 Burschen/Mädchen: an Schultagen 1,5/1,3 Stunden/Tag; an schulfreien Tagen 2,0/1,7 Stunden/Tag

Abbildung 19: Stunden pro Tag, an denen 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen vor dem Computer sitzen (E-Mail, chatten, Internet surfen, programmieren, Hausübungen machen, etc.), nach Alter und Geschlecht (2006)



4.3 Ernährung

Einleitung

Fehlernährung gilt als eine der Hauptursachen für die bestehende Konjunktur von Zivilisationskrankheiten. Bereits bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich, dass eine gesunde Ernährung die physische und kognitive Entwicklung begünstigt, unmittelbare Gesundheitsprobleme (Anämie, Adipositas, Essstörungen, etc.) vermeidet und gegenüber schwerwiegenden Gesundheitsproblemen (Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, Schlaganfällen) vorbeugend wirkt (CDC 1997). ExpertInnen¹⁷ empfehlen deshalb, auf eine ausgewogene Ernährung zu achten, wobei manche Lebensmittel als besonders gesund (Obst, Gemüse, Vollkornprodukte, etc.) andere hingegen als ungesund (Süßigkeiten und Limonaden) gelten. Ersteres gilt vor allem für Ballaststoffe, Kalzium und Vitamine, die in besonderer Weise zur Reduktion von Krankheitsrisiken beitragen (Marlett et al. 2002). Indessen gefährdet der Genuss von sogenannten „leeren Kalorien“ (Softdrinks und Süßigkeiten) die Aufnahme von wichtigen Nährstoffen (Harnach et al. 1999) und erhöht – bei mangelnder Bewegung – das Risiko für Übergewicht und Adipositas (Ludwig et al. 2001). Für den Konsum von Obst und Gemüse gilt deshalb die Daumenregel „five a day“. Hinzukommt, dass im Kindes- und Jugendalter ein besonderer Bedarf an Nährstoffen besteht, der über eine ausgewogene und energiereiche Ernährungsweise gedeckt werden muss (Dwyer 1993). Neben der Ausgewogenheit der Ernährung kommt deshalb auch der Regelmäßigkeit, mit der Nahrungsmittel aufgenommen werden, eine bedeutende Rolle zu, wobei das Frühstücksverhalten einen wichtigen Indikator für einen gesunden Lebensstil darstellt (Vereecken 2005). Dies vor allem deshalb, weil das Auslassen des Frühstücks sowohl mit einer verminderten kognitiven Leistungsfähigkeit einhergeht (Pollitt et al. 1998), als auch die Einnahme von einerseits ballaststoffarmen, andererseits hingegen zucker- und fettreichen Zwischenmahlzeiten begünstigt (Ruxton/Kirk 1997).

Ähnlich wie beim Bewegungsverhalten gilt auch im Bereich der Ernährung, dass das Ernährungsverhalten bereits im Kinder- und Jugendalter entscheidend geprägt wird: so gilt, dass Personen, die frühzeitig ein gesundes Ernährungsverhalten entwickeln, dieses auch im späteren Leben aufrechterhalten können (Pirouznia 2001, WHO 2003b).

¹⁷ Ernährungsempfehlungen und –hinweise sind heutzutage sowohl von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, offiziellen Stellen, von Krankenkassen, privaten Websites als auch in den Medien zu erhalten.

Zusätzlich belegen Studien, dass es einen kulturellen Konformitätsdruck in Richtung eines „jungen, schönen und schlanken Körpers“ gibt, dem vor allem die weiblichen SchülerInnen zu entsprechen versuchen (Vereecken et al. 2004). Dies führt dazu, dass selbst „normalgewichtige“ Kinder und Jugendliche Diäten abhalten und sich dabei weniger an ihrem realen Gewicht als vielmehr an ihrer gesellschaftlich gefärbten Selbstwahrnehmung orientieren (Pesa et al. 2000).¹⁸

Methode

Das Ernährungsverhalten der SchülerInnen wurde anhand einer Reihe von Items gemessen, die erheben, wie regelmäßig die SchülerInnen ein Frühstück einnehmen, wie häufig sie bestimmte Typen von Lebensmitteln konsumieren (z.B. Obst, Gemüse, Süßigkeiten, etc.) und ob sie derzeit eine Diät abhalten (Itembox 10).

Itembox 10

Wie häufig frühstückst du normalerweise? (an Schultagen)

7-teilig: ich frühstücke nie an Schultagen – an einem Schultag in der Woche - an zwei Schultagen in der Woche – an drei Schultagen in der Woche - an vier Schultagen in der Woche - an fünf Schultagen in der Woche - an sechs Schultagen in der Woche

Wie häufig frühstückst du normalerweise? (an schulfreien Tagen)

3-teilig: ich frühstücke nie an schulfreien Tagen - an einem schulfreien Wochenendtag (Samstag oder Sonntag) - an beiden schulfreien Wochenendtagen

Wie oft in der Woche isst oder trinkst Du normalerweise die folgenden Dinge?

Obst/Früchte, Gemüse, Süßigkeiten/Schokolade, zuckerhaltige Limonade (Cola, etc.), Diät-Limonade (Cola, etc.), Magermilch, Vollmilch, Käse, andere Milchprodukte (Joghurt, Kakao, Pudding, Topfen, etc.) Frühstückszerealien (Cornflakes, Müsli, Haferflocken, etc.), Weißbrot, Schwarzbrot bzw. Vollkornbrot, Chips, Pommes Frites, Fisch, Burger (z.B. Hamburger, Cheeseburger, etc.), andere Fastfoodprodukte (z.B. Pizzaschnitte, Döner, Hot Dog, etc.) Nahrungsergänzungspräparate (Vitaminpräparate, Magnesium, Kalzium, etc.)

7-teilig: nie - seltener als einmal in der Woche - einmal wöchentlich - an 2-4 Tagen in der Woche – an 5-6 Tagen in der Woche – einmal täglich - mehrmals täglich

Machst Du gerade eine Diät oder tust Du etwas anderes, um Gewicht abzunehmen?

4-teilig: nein, mein Gewicht ist gerade richtig - nein, aber eigentlich sollte ich abnehmen - nein, denn ich sollte zunehmen - ja

Ergebnisse

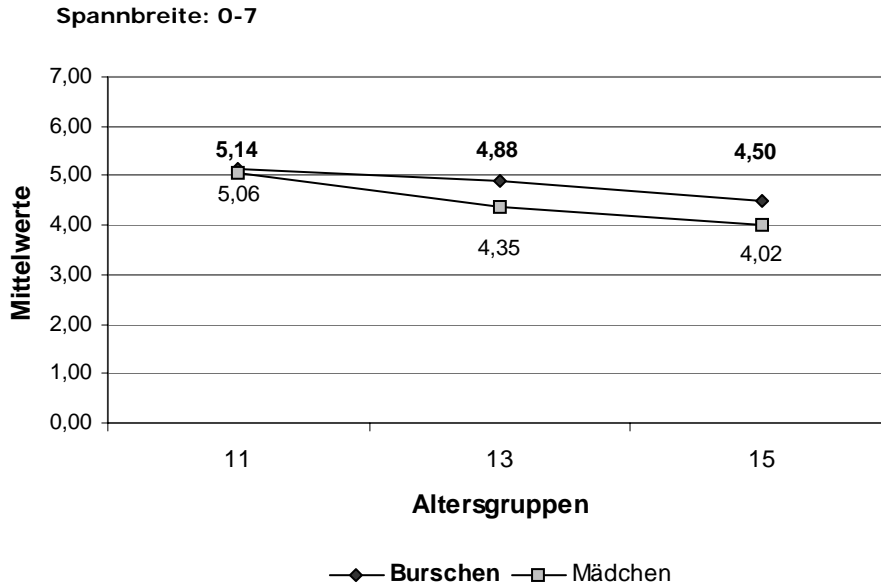
Die 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen frühstücken an rund 4,7 Tagen die Woche, wobei die Mädchen im Durchschnitt etwas häufiger auf ihr Frühstück verzichten (Burschen 4,9 Tage, Mädchen 4,5 Tage). Die Einnahme des Frühstücks nimmt jedoch mit dem Alter ab: Während sich die 11-jährigen Burschen in ihrem Frühstücksverhalten noch nicht von den Mädchen unterscheiden, zeigt sich, dass die Geschlechter ab dem 13. Lebensjahr auseinanderdriften (Abbildung 20).

Was die regelmäßige Einnahme von bestimmten Lebensmitteltypen anbelangt, wurden für die folgende Darstellung je zwei positive Lebensmittelgruppen (Obst und Gemüse) und zwei negative Lebensmittelgruppen (Süßigkeiten und zuckerhaltige Limonaden) ausgewählt. Alle anderen Ergebnisse finden sich im Anhang dieses Berichts.

18 Vgl. dazu Kapitel 3.6.

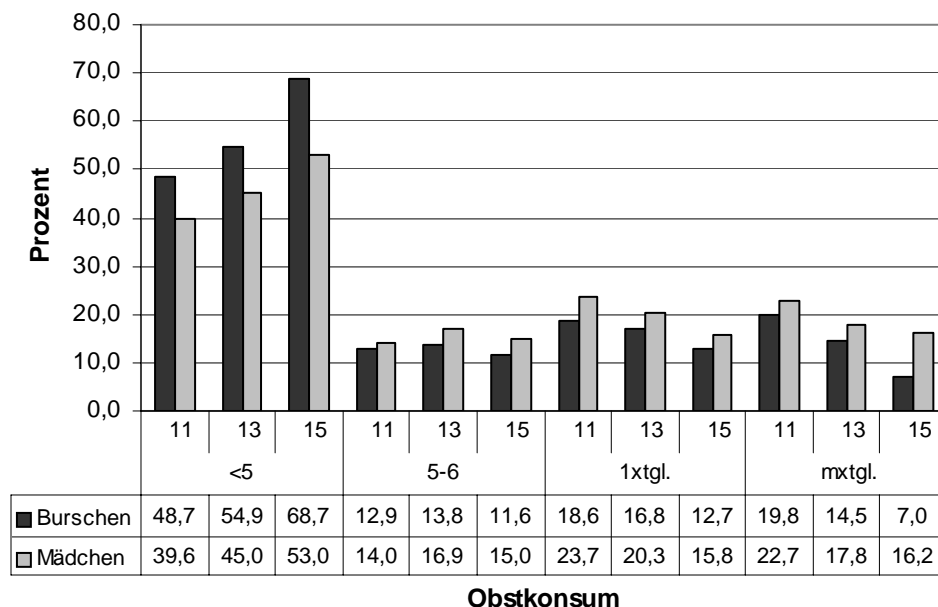
Was den Obstkonsum anbelangt, zeigt sich, dass in etwa die Hälfte der SchülerInnen (51,2%) an weniger als fünf Tagen die Woche – 20,8% sogar maximal einmal pro Woche – Obst konsumieren. Vor dem Hintergrund der genannten Empfehlung „five a day“ ist dieses Ergebnis als alarmierend zu bezeichnen. Mindestens täglich wird nur von 30,7% - mehrmals täglich sogar nur von 16,6% - der SchülerInnen Obst verzehrt.

Abbildung 20: Tage, an denen die 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen ein Frühstück einnehmen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Insgesamt weisen die Schülerinnen einen günstigeren Obstkonsum auf, als dies für die Schüler gilt (vgl. Anhang). Für beide Geschlechter gilt jedoch, dass der Obstkonsum mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt (Abbildung 21).

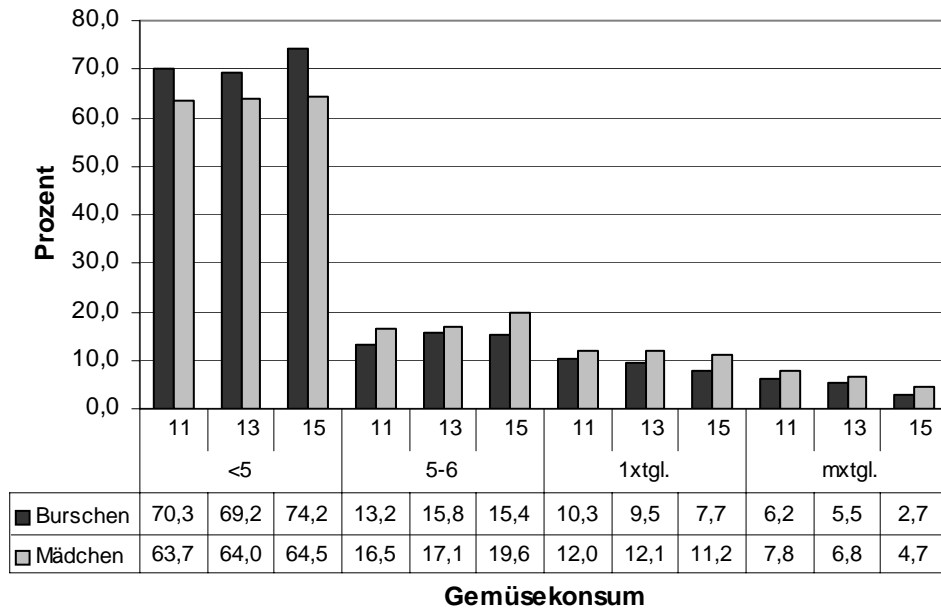
Abbildung 21: Obstkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



67,5% der SchülerInnen konsumieren an weniger als fünf Tagen die Woche Gemüse. 35,2% tun dies sogar nur an maximal einem Tag pro Woche. Auch hier schneiden die

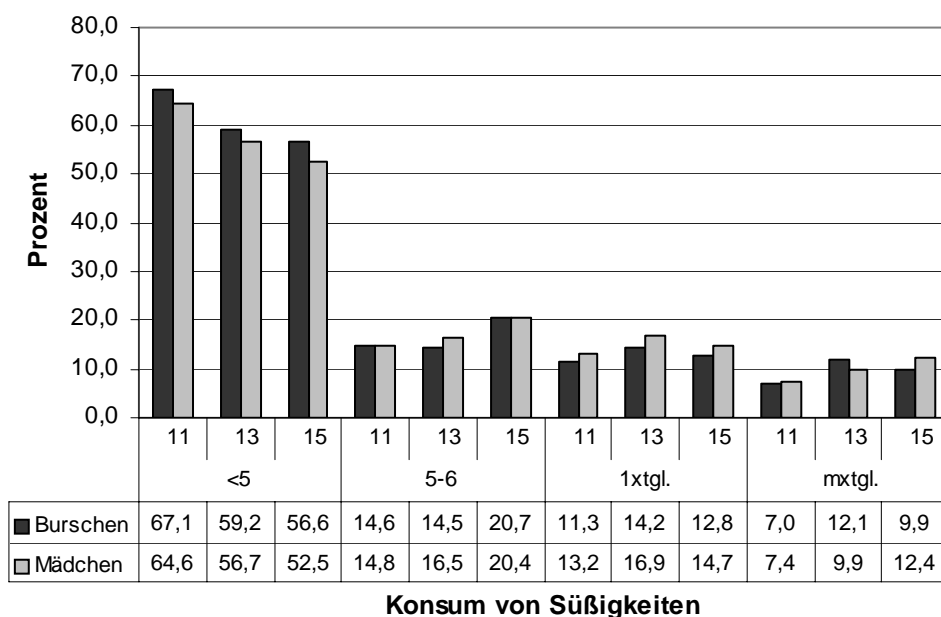
Mädchen etwas günstiger ab als die Burschen (vgl. Anhang). Mindestens täglich wird Gemüse nur von 16,2% der SchülerInnen verspeist. Mehrmals täglich – sowie es der Forderung der ExpertInnen entspricht – wird dies lediglich von 5,7% der SchülerInnen getan. Was die Altersentwicklung anbelangt, ist auffällig, dass nur bei den Burschen eine deutliche Abnahme mit dem Alter zu verzeichnen ist (Abbildung 22).

Abbildung 22: Gemüsekonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Auf der anderen Seite zeigt sich, dass sich der Verzehr von Süßigkeiten einer enormen Beliebtheit erfreut (Abbildung 23). 40,3% der SchülerInnen konsumieren an mindestens fünf Tagen die Woche Süßigkeiten, wobei 13,9% der SchülerInnen dies täglich, 9,8% sogar mehrmals täglich tun. Seltener als einmal pro Woche wird nur von 15% der SchülerInnen zu Süßigkeiten gegriffen. Für 15,6% ist dies einmal wöchentlich der Fall.

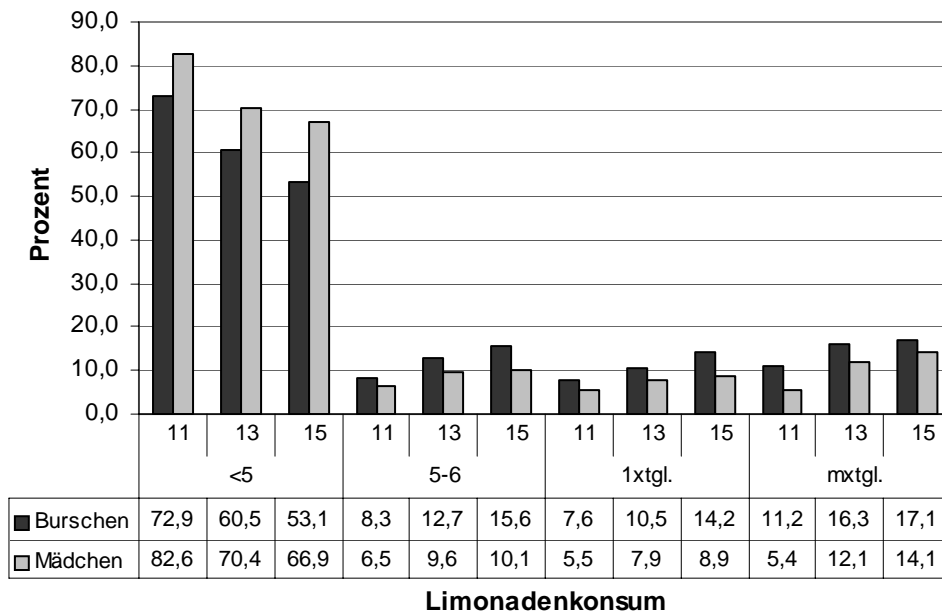
Abbildung 23: Konsum von Süßigkeiten bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Ebenso wie beim Obst- und Gemüsekonsum zeigt sich auch für den Verzehr von Süßigkeiten ein Geschlechtseffekt zu Ungunsten der Burschen.

Zuckerhaltige Limonaden werden von 31,8% der SchülerInnen an mindestens fünf Tagen die Woche konsumiert. Täglich trifft dies sogar auf 21,8% der SchülerInnen zu. Rund die Hälfte der 11-, 13-, und 15-jährigen Burschen und Mädchen (49,4%) – und das ist eine erfreuliche Veränderung gegenüber früheren Untersuchungen – verzichten weitgehend auf den Konsum von zuckerhaltigen Limonaden. Sie konsumieren zuckerhaltige Limonaden nur an maximal einem Tag pro Woche. Limonaden werden häufiger von den männlichen Jugendlichen konsumiert, wobei für beide Geschlechter gilt, dass der Konsum mit dem Alter zunimmt (Abbildung 24).

Abbildung 24: Limonadenkonsum der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



17,6% der befragten SchülerInnen geben an, gerade eine Diät abzuhalten. Wenig überraschend ist, dass dies auf die Schülerinnen häufiger zutrifft (21,2%), als für ihre männlichen Altersgenossen (13,9%). Ebenfalls überrascht nicht, dass diese Gruppe mit dem Alter zunimmt und von 14,6% bei den 11-jährigen Schülerinnen auf 21,4% bei den 15-jährigen Mädchen und Burschen anwächst. Diese Zunahme ist vor allem bei den Mädchen zu verzeichnen: sind es bei den 11-jährigen Mädchen 17% die eine Diät machen, so sind es bei den 15-jährigen Schülerinnen bereits 28%. Bei den Burschen hingegen ist der Anteil der Schüler, die eine Diät machen, bei den 13-Jährigen am größten (15,6%).

Hinzu kommt, dass 16,1% der SchülerInnen zwar keine Diäten abhalten, dennoch aber der Meinung sind, dass sie dies tun sollten, um an Gewicht zu verlieren (Burschen 13,5%, Mädchen 18,6%). Auch dieser Anteil steigt mit dem Älterwerden der SchülerInnen von 14,1% auf 18,6% an, wobei auch hier nur die SchülerInnen für diesen Anstieg verantwortlich sind. Sind bei den 11-jährigen Schülerinnen „nur“ 14,8% der Meinung, sie sollten eine Diät machen, um an Gewicht zu verlieren, so ist dies bei den 15-Jährigen bereits jedes fünfte Mädchen (22,2%).

4.4 Tabak

Einleitung

Rauchen gilt international als der bedeutendste Risikofaktor für die jugendliche Gesundheit und stellt weltweit eine der zwei bedeutsamsten vermeidbaren Todesursachen dar (WHO 2003a). Es ist an der Entstehung zahlreicher Erkrankungen beteiligt, darunter Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis, Asthma, Lungenemphysem) und zahlreiche Krebserkrankungen (z.B. Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Brustkrebs, Hautkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, u.a.; vgl. Brownson 1993, Mancini 1993, Blum 1997, WHO 2002b, US Department of Health and Human Services 2004) und beeinträchtigt die körperliche Leistungsfähigkeit. Obwohl viele dieser Erkrankungen erst als Spätfolgen in Erscheinung treten, belegen Studien dennoch, dass bereits Jugendliche gesundheitliche Folgeschäden aufweisen, z.B. Einschränkungen der Lungenfunktion, asthmatische Probleme, Kurzatmigkeit, etc. (Dür et al. 2002b, Dür/Mravlag 2002b).

Die überwiegende Mehrzahl der erwachsenen RaucherInnen – manchen Studien zufolge bis zu 80% (Moolchan et al. 2000) - hat vor ihrem 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen (Lamkin/Houston 1998, Houston et al. 1998). Das zeigt zum einen, wie wichtig die Präventionsarbeit im Jugendalter ist, erhält aber zusätzlich große Bedeutung, da es Belege dafür gibt, dass das Risiko für körperliche Folgeschäden umso *größer* ist, je *früher* mit dem Rauchen begonnen wird. So verdoppelt sich beispielsweise das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, wenn RaucherInnen vor dem Erreichen des 15. Lebensjahres mit dem Rauchen begonnen haben gegenüber RaucherInnen, die erst zehn Jahre später einen regelmäßigen Zigarettenkonsum aufgenommen haben (Nordlohne 1992). Berechnungen zufolge wird ein Viertel aller RaucherInnen, die als Jugendliche zu rauchen begonnen und dieses Verhalten über zwei Jahrzehnte hinweg fortgesetzt haben, zwischen dem 35. und 69. Lebensjahr – also lange vor der durchschnittlichen Lebenserwartung - an den direkten Folgen des Tabakkonsums sterben (WHO 2002b; International Agency for Research on Cancer 2004). Umso bedenklicher ist, dass der Tabakkonsum unter Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat (Dür et al. 2004), vor allem, was die Mädchen anbelangt. Zusätzlich deutet vieles darauf hin, dass eine positive Einstellung gegenüber Zigaretten auch den späteren Konsum von Alkohol und Marihuana begünstigt, also in gewisser Weise den Effekt der Einübung in Suchtmittel-affine Lebensstile hat, was sowohl an der psychoaktiven Wirkung und dem inhärenten Suchtpotenzial liegt als auch an der miterzeugten Nähe zu anderen RaucherInnen, Alkohol- und DrogenkonsumentInnen (Duncan et al. 1998).

Methode

Das Rauchverhalten der SchülerInnen wurde anhand einer Reihe von Items gemessen, die den Raucherstatus, das Einstiegsalter und die Anzahl der gerauchten Zigaretten erheben (Itembox 11).

Itembox 11

Hast Du jemals Tabak (eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife) geraucht?

2-teilig: ja - nein

Wie oft rauchst Du derzeit Tabak?

4-teilig: jeden Tag - einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag - seltener als einmal pro Woche - ich rauche gar nicht

Wie häufig hast Du während der letzten 30 Tage geraucht?

7-teilig: überhaupt nicht - weniger als eine Zigarette pro Woche - weniger als eine Zigarette am Tag - 1–5 Zigaretten am Tag - 6–10 Zigaretten am Tag - 11–20 Zigaretten am Tag - mehr als 20 Zigaretten am Tag

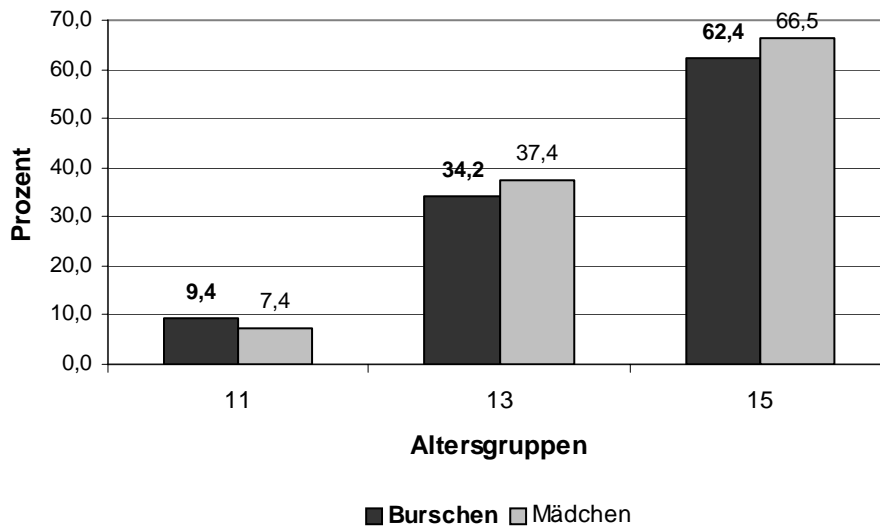
In welchem Alter hast Du die folgenden Dinge zum ersten Mal getan?

7-teilig: noch nie - 11 Jahre alt oder jünger - 12 Jahre - 13 Jahre - 14 Jahre - 15 Jahre - 16 Jahre alt

Ergebnisse

Jemals geraucht haben 35% der SchülerInnen (Burschen 33,5%, Mädchen 36,6%). Erwartungsgemäß steigt dieser Prozentsatz mit dem Alter der Befragten an: waren es bei den 11-jährigen SchülerInnen 8,4%, die bereits Erfahrungen mit der Zigarette gesammelt haben, so trifft dies bei den 15-jährigen Burschen und Mädchen bereits auf zwei von drei SchülerInnen zu (Abbildung 25).

Abbildung 25: Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, die bereits Erfahrungen mit der Zigarette haben, nach Alter und Geschlecht (2006)



Als Experiment- und Probierverhalten ist das Rauchen also weit verbreitet, was PräventionsexpertInnen allerdings nicht erschreckt. Denn erfreulicherweise entwickeln längst nicht alle SchülerInnen aus dem Probierrauchen ein stabiles Risikoverhalten.

Für viele hat das Probierrauchen, das von fast allen RaucherInnen nachträglich als schmerzhaft, kratzig, Übelkeit erzeugend und stinkend beschrieben wird, einen präventiven Effekt.

Den aktuellen Daten zufolge, geht „nur“ jeder zweite Jugendliche (49,6%), der schon einmal das Rauchen probiert hat, über dieses Probierverhalten hinaus. Gelegentlich, d.h. seltener als einmal pro Woche, greifen 5,9% der befragten Mädchen und Burschen zur Zigarette, wohingegen 3,7% dies wöchentlich, 7,6% sogar täglich tun.

Interessant ist, dass sich die Geschlechter in Hinblick auf ihr Rauchverhalten nur marginal voneinander unterscheiden. Wenig überraschend ist hingegen, dass die Gruppe der RaucherInnen und hier vor allem der täglichen RaucherInnen mit dem Alter deutlich anwächst (Abbildung 26). So zählen bei den 15-jährigen Burschen und Mädchen bereits 36,4% der SchülerInnen zu den RaucherInnen, wobei 20,1% täglich diesem Verhalten nachgehen. Im Vergleich zu 2002 zeigt sich damit, dass der Anteil der RaucherInnen unter den 11-, 13- und 15-jährigen RaucherInnen abgenommen hat (Dür/Mravlag 2002a).

Neben der Regelmäßigkeit mit der geraucht wird, spielt auch die Menge an gerauchten Zigaretten eine bedeutende Rolle. Bezogen auf alle RaucherInnen, die GelegenheitsraucherInnen inklusive, zeigt sich, dass 63,4% weniger als fünf Zigaretten täglich rauchen (Burschen 60,5%, Mädchen 66%). Mehr als zehn Zigaretten täglich rauchen hingegen 20% der RaucherInnen - 8,5% sogar mehr als ein Päckchen täglich (Burschen 9,3%, Mädchen 7,9%). Die Anzahl der gerauchten Zigaretten steigt mit dem Alter an, was vor allem auf die Zunahme an täglichen RaucherInnen zurückzuführen ist (Abbildung 26).

Abbildung 26: Raucherstatus der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

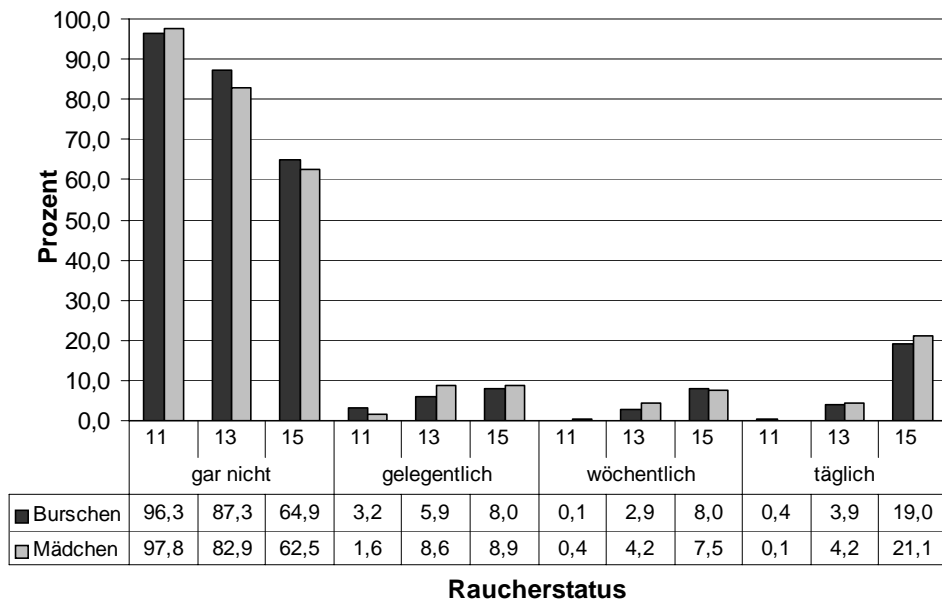
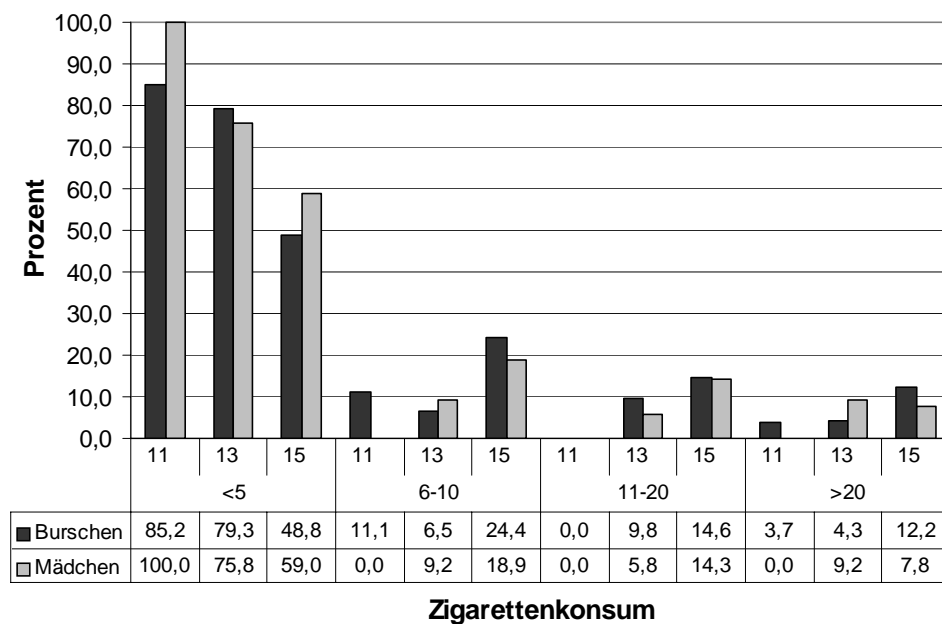


Abbildung 27: Anzahl an gerauchten Zigaretten bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Für die 15-jährigen SchülerInnen wurde auch das Einstiegsalter erhoben. Die Berechnungen ergeben, dass die RaucherInnen um das 13. Lebensjahr (12,8 Jahre) mit dem Rauchen begonnen haben. Die Geschlechter unterscheiden sich diesbezüglich nicht. Zusätzlich zeigt sich in den Daten, dass die Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen steigt, je früher die RaucherInnen mit dem Rauchen begonnen haben. Aus Sicht eines Karrieremodells bedeutet dies, dass ein früher Einstieg die Statuspassage zum/zur täglichen RaucherIn begünstigt, der Suchteffekt früher eintritt und die Kontrolle über die Zigarette immer schwieriger wird.

4.5 Alkohol

Einleitung

Auch der Alkoholkonsum ist ein Risikofaktor für die Entstehung zahlreicher Krankheiten, allen voran die alkoholische Leberzirrhose und alkoholische Gastritis, die unmittelbar auf den Alkoholkonsum zurückgeführt werden können (Rehm et al. 2004). Schätzungen zufolge reduziert ein übermäßiger Alkoholkonsum die Lebenserwartung in einem Ausmaß von 10 bis 28 Jahren. Empirischen Schätzungen zufolge leben in Österreich derzeit rund 330.000 alkoholkrank und etwa 870.000 alkoholgefährdete Erwachsene (Uhl et al. 2001).

Gerade bei jungen Menschen steht der Alkoholkonsum mit einer Reihe anderer gesundheitsschädigender Verhaltensweisen in engem Zusammenhang. Dazu zählen tödliche Verletzungen, Unfälle im Straßenverkehr, Selbstmord und Tötungsdelikte, die häufig unter dem Einfluss von Alkohol stattfinden (Perrine et al. 1988, Facy 2000). Hinzukommt, dass der jugendliche Alkoholmissbrauch häufig auch mit anderen Verhaltensweisen wie Rauchen, der Einnahme illegaler Suchtmittel (Kandel/Yamaguchi 1993, Johnston et al. 2002) sowie mit einem riskanten Sexualverhalten (Cooper 2002, Jonston et al. 2002) in Zusammenhang steht und eine Assoziation mit problematischen und dissozialen Verhaltensweisen, Schulversagen, verminderter schulischer Leistung, Depressionen und Angststörungen aufweist (Wechsler et al. 1994, Rohde et al. 1995, Perkins 2002). Für alle diese Assoziationen ist die Kausalität in beiden Richtungen denkbar: Alkoholkonsum kann Auslöser und Folge der genannten Probleme sein.

Ähnlich wie für die meisten bisher diskutierten Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen gibt es auch in Bezug auf den Alkoholkonsum Hinweise dafür, dass der Alkoholkonsum über die Biografie hinweg relativ stabil ist: Wer im Jugendalter beginnt, behält das Verhalten auch als Erwachsener bei (Duncan et al. 1998, Poikolainen et al. 2001, De Wit et al. 2000). Auch das zeigt wiederum, dass es sich nicht nur um eine isolierte Verhaltensweise, sondern um einen Lebensstil handelt, der mit anderen in einem bestimmten Milieu geteilt wird und der schließlich zu einem Aspekt der Persönlichkeit und der Lebensführung wird.

Methode

Der Alkoholkonsum bei Jugendlichen wurde anhand einer Reihe von Items gemessen, die die Regelmäßigkeit erheben, mit der alkoholische Getränke konsumiert, Jugendliche betrunken sind und nach dem Einstiegsalter fragen (Itembox 12).

Itembox 12

Wie oft trinkst Du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen? (Denke dabei auch an die Gelegenheiten, bei denen Du nur kleine Mengen getrunken hast!)

Bier, Wein, G'spritzter oder Sekt, Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, Whisky, Rum, etc.), Alkopops (z.B. Smirnoff Ice, Bacardi Breezer, Feigling Eyes), Most, andere alkoholische Getränke 5-teilig: täglich – jede Woche – jeden Monat – seltener – nie

Hast Du jemals so viel Alkohol getrunken, dass Du richtig betrunken warst?

5-teilig: nein, nie – ja, einmal – ja, 2- bis 3-mal – ja, 4- bis 10-mal – ja, öfter als 10-mal

Bei wie vielen Gelegenheiten (wenn überhaupt) hast Du folgende Dinge während der letzten 30 Tage getan?

Alkohol getrunken, Betrunken gewesen

7-teilig: nie – 1-2 mal – 3-5mal – 6-9mal – 10-19mal – 20-39mal – 40mal oder öfter

In welchem Alter hast Du die folgenden Dinge zum ersten Mal getan?

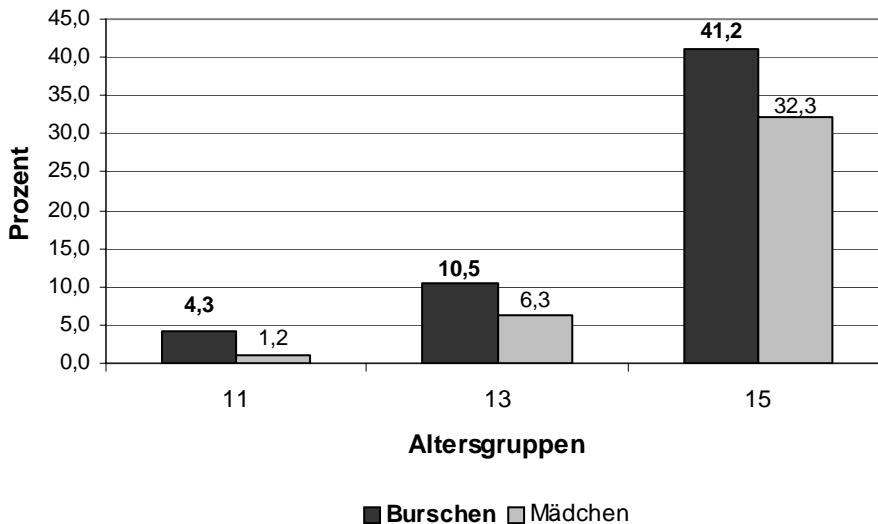
Alkohol getrunken, Betrunken gewesen

7-teilig: noch nie – 11 Jahre alt oder jünger – 12 Jahre – 13 – 14 – 15 Jahre – 16 Jahre alt

Ergebnisse

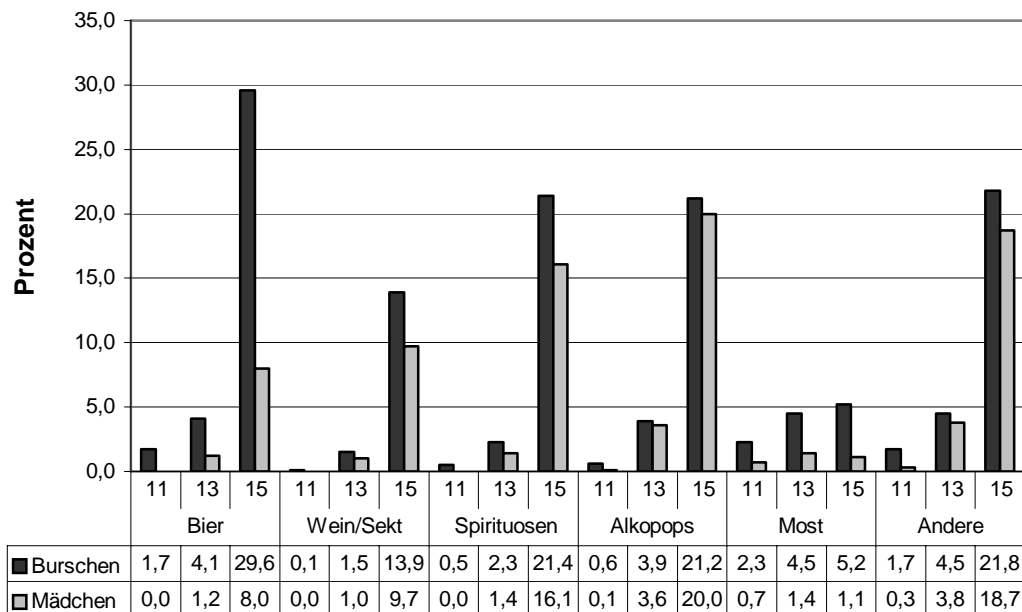
Ein regelmäßiger Alkoholkonsum, d.h. mindestens eines der genannten alkoholischen Getränke wöchentlich oder öfter, findet sich bei 14,9% der SchülerInnen (Burschen 17,1%, Mädchen 12,8%). Dieses Verhalten nimmt mit dem Alter deutlich zu, wobei in allen Altersgruppen gilt, dass Burschen häufiger regelmäßig zum Alkohol greifen (Abbildung 28).

Abbildung 28: regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens eines der genannten alkoholischen Getränke wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Wöchentlich oder öfter greifen die SchülerInnen am häufigsten zu Alkopops (7,6%), Bier (6,7%) und anderen alkoholischen Getränken (7,8%), gefolgt von Spirituosen (6,4%) und Wein (4%). Mit Ausnahme des Mosts gilt, dass der regelmäßige Konsum der alkoholischen Getränke mit dem Alter steigt, wobei die Mädchen etwas seltener regelmäßig zum Alkohol greifen (Abbildung 29).

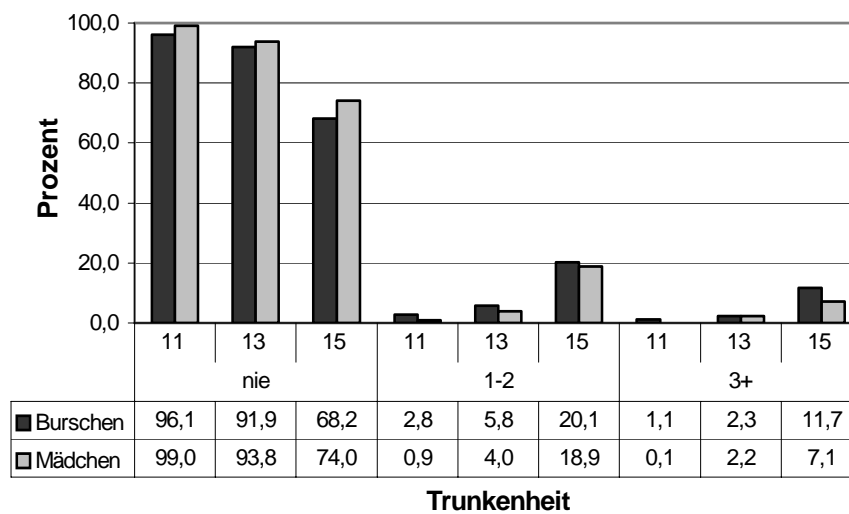
Abbildung 29: Konsum alkoholischer Getränke (wöchentlich oder öfter) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



87,9% der SchülerInnen geben an, innerhalb der letzten 30 Tage nie betrunken gewesen zu sein, während dies bei 8,3% ein- bis zweimal, bei 3,8% sogar dreimal oder öfter der Fall war. Das *binge drinking* – in der öffentlichen Debatte in Österreich als „Komasaufen“ bezeichnet – nimmt mit dem Alter zu: so berichten 20,1% der 15-jährigen Burschen und 18,9% der gleichaltrigen Mädchen, dass sie innerhalb der letzten 30 Tage ein- bis zweimal betrunken waren. Dreimal oder öfter ist das bei 11,7% der 15-jährigen Schüler und 7,1% der 15-jährigen Schülerinnen der Fall gewesen (Abbildung 30).

Das bedeutet, dass jeder fünfte 15-jährige Knabe und fast jedes fünfte 15-jährige Mädchen ein bis zwei mal im Monat, knapp jeder achte 15-jährige Knabe und jedes vierzehnte 15-jährige Mädchen etwa wöchentlich so viel Alkohol trinken, dass sie betrunken sind. Mit aller gebotenen Vorsicht interpretiert, könnte man zusammengenommen sagen, dass sich etwa ein Drittel der Burschen und etwa ein Viertel der Mädchen dieser Altersstufe am „Komasaufen“ beteiligen.

Abbildung 30: Trunkenheit bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen (innerhalb der letzten 30 Tage), nach Alter und Geschlecht (2006)



Was das Einstiegsalter anbelangt, so geben die 15-jährigen Mädchen und Burschen an, dass sie im Alter von 13,1 Alkohol zu trinken begonnen haben, wobei sie im Alter von 14,1 Jahren das erste Mal betrunken waren. Diesbezüglich unterscheiden sich die Geschlechter nicht.

4.6 Cannabis

Einleitung

Lange Zeit wurde die Lehrmeinung vertreten, dass Cannabis keine körperliche Abhängigkeit hervorrufe und die Gesundheitsrisiken eher gering seien. Das wird heute differenzierter bewertet: der Konsum kann bei psychischer Instabilität, exzessivem Gebrauch oder zu frühem Einstiegsalter durchaus zu Abhängigkeit führen, die mentale Gesundheit beeinträchtigen und sogar Psychosen auslösen (Ferdinand et al. 2005, Semple et al. 2005). Die negativen Auswirkungen des Tabakrauchens gelten auch für das Rauchen von Cannabis sogar schon bei geringerer Dosierung, da der Rauch eines Joints wesentlich mehr Karzinogene, Teer und Kohlenmonoxyd enthält. Cannabis erzeugt Rauschzustände, welche die Unfallgefahr erhöhen, die Konzentrations- und Lernfähigkeit beeinträchtigen und bei häufigem Auftreten die Persönlichkeitsentwicklung der Jugendlichen merklich hemmen (Schmidbauer/von Scheidt 2004). Insgesamt scheinen die Konsumerfahrungen bei Jugendlichen in den letzten zehn Jahren gestiegen zu sein. Cannabis ist daher das mit Abstand meistkonsumierte illegale Suchtmittel weltweit und hat gegenwärtig unter Jugendlichen den Charakter einer „illegalen Alltagsdroge“ (BMGF 2003, Bohrn/Bohonnek 1998).

Methode

Der Cannabiskonsum wurde anhand dreier Items erhoben, die danach fragen, ob die SchülerInnen jemals, innerhalb der letzten 12 Monate und innerhalb der letzten 30 Tage Cannabis konsumiert haben (Itembox 13).

Itembox 13

Hast Du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen ...

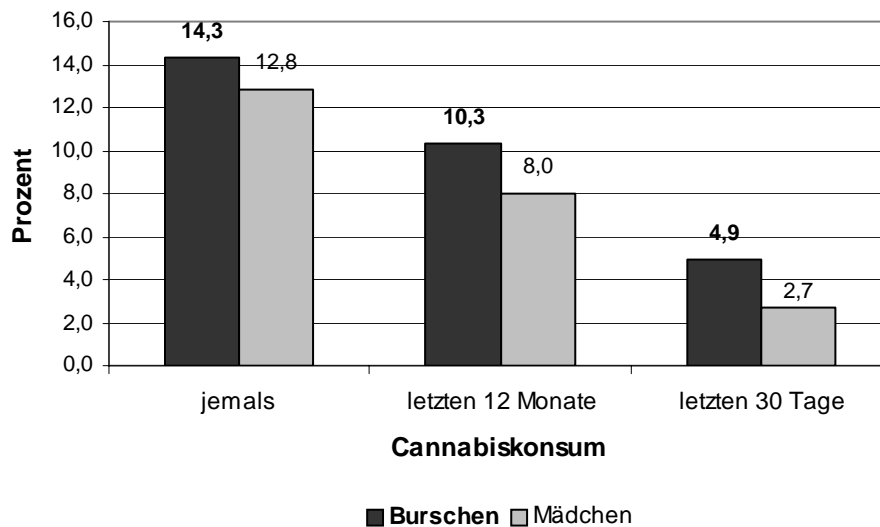
in Deinem Leben, in den letzten 12 Monaten, in den letzten 30 Tagen

7-teilig: nie – 1-2-mal – 2-5-mal – 6-9-mal – 10-19-mal – 20-39-mal – öfter

Ergebnisse

Insgesamt haben 13,5% der 15-jährigen SchülerInnen jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert. In den letzten 12 Monaten waren dies hingegen 9% der 15-Jährigen. Der aktuelle Cannabiskonsum, d.h. der Konsum innerhalb der letzten 30 Tage, begrenzt sich dabei auf eine kleine Gruppe von 3,7%. Insgesamt zeigt sich, dass Burschen etwas häufiger zum Cannabiskonsum neigen (Abbildung 31).

Abbildung 31: Cannabiskonsum (jemals, letzten 12 Monate, letzten 30 Tage) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



4.7 Gewalt

Einleitung

Die zunehmende Gewaltbereitschaft von Kindern und Jugendlichen ist mittlerweile in vielen Ländern zu einem zentralen Problem geworden (Hoyert et al. 1999). Dies hängt vor allem damit zusammen, dass Gewalt zu einer gängigen Erscheinungs- und Austragungsform zwischenmenschlicher Konflikte geworden ist, die häufig in Kombination mit dem Konsum von Substanzen und anderen problematischem Verhaltensweisen in Erscheinung tritt (Dishion 1985, CDC 1992). Verschiedene Studien belegen mittlerweile die Theorie von Jessor und Jessor (1980) bezüglich eines Clusters von einander beeinflussenden problematischen Verhaltensweisen, die gemeinsam ein Risiko-Verhaltensmuster darstellen (Jessor/Jessor 1980, DuRant et al. 1997, Brener et al. 1999).

Bullying (Mobbing¹⁹) gehört zu jener Gruppe aggressiver Verhaltensweisen, die durch ein Machtungleichgewicht zwischen Täter und Opfer gekennzeichnet sind. Es ist als eine sich wiederholende negative physische oder verbale Handlung definiert, die mit feindseligem Vorsatz das Opfer in Bedrängnis bringt und einen Machtunterschied zwischen Opfer und Täter demonstriert (Olweus 1991, Pepler et al. 1997). Der Ausgang der aggressiven Handlung wird nicht in konkreten Konflikten gesucht, sondern auf der Seite der Täter, bei denen das aggressive Verhalten häufig mit diversen psychischen Problemen und biografischen Gewalterfahrungen in Verbindung steht (Pepler/Craig 2000). Bei diesen Personen ist der Einsatz von Macht und Aggression zugleich ein Prädiktor für späteren sexuellen Missbrauch, eheliche Gewalt oder Kindesmisshandlung (Pepler et al. 1997). SchülerInnen, die Bullying betreiben, haben häufig wenig Interesse an der Schule und weisen eher zusätzliche Risikoverhaltensweisen (wie Rauchen und exzessives Trinken) auf, als andere Personen (Olweus 1994). Auf der Seite der Opfer sind die Folgen ständiger Bedrohung schwerwiegend: sie leiden an Depressionen, Stress, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Ängstlichkeit und Irritierbarkeit, Leistungsabfall in der Schule sowie psychosomatischen Beschwerden (Schäfer 1996), wobei das Bullying in extremen Fällen sogar zu Suizid (Craig 1998, Olweus 1991) und Schulphobie (Schäfer 1996) führen kann.

Methode

Das Gewaltverhalten unter den SchülerInnen wurde anhand dreier Items gemessen, die danach fragen, wie häufig man in Raufereien verwickelt ist, andere schikaniert oder das Opfer von Bullying-Attacken geworden ist (Itembox 14).

Itembox 14

Wie oft warst Du während der letzten 12 Monate an einem Kampf oder an einer Rauferei beteiligt?

5-teilig: ich war in den letzten 12 Monaten an keinem Kampf / keiner Rauferei beteiligt – einmal – zweimal – dreimal – 4-mal oder öfter

Hier sind ein paar Fragen zum Thema „Schikanieren“. Wir sagen, dass jemand schikaniert wird, wenn ein/e Schüler/in oder eine Gruppe von Schülern/Schülerinnen ihm/ihr gegenüber unfreundliche oder gemeine Dinge sagt, oder tut. Es ist auch „Schikaniert Werden“, wenn jemand wiederholt mit Dingen geärgert wird, die ihn oder sie stören, oder wenn jemand absichtlich aus der Klassengemeinschaft ausgeschlossen wird. Es ist nicht „Schikanieren“ wenn zwei etwa gleichstarke Schüler/innen miteinander kämpfen oder in Streit geraten. Es ist auch kein „Schikanieren“ wenn das Ärgern in einer verspielten oder freundlichen Art und Weise geschieht.

Wie oft bist du in den letzten paar Monaten in der Schule schikaniert worden?

5-teilig: ich wurde in den letzten paar Monaten in der Schule nicht schikaniert – das ist mir nur ein- oder zweimal passiert – zwei- oder dreimal pro Monat – ungefähr einmal pro Woche – mehrmals pro Woche

Wie oft hast Du in den letzten paar Monaten dabei mitgemacht, wenn jemand in der Schule schikaniert wurde?

5-teilig: ich habe in den letzten paar Monaten niemanden in der Schule schikaniert – das ist nur ein- oder zweimal passiert – zwei- oder dreimal pro Monat – ungefähr einmal pro Woche – mehrmals pro Woche

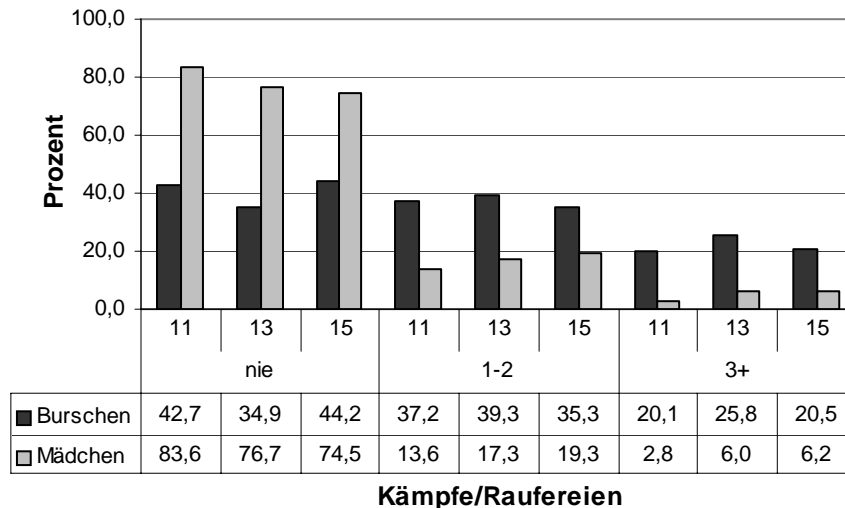
Ergebnisse

An physischen Gewalthandlungen (Kämpfe/Raufereien) waren in den letzten 12 Monaten 40,5% der befragten SchülerInnen beteiligt. Ein- bis zweimal war dies bei 27% der SchülerInnen der Fall, dreimal oder öfter bei 13,5%. Insgesamt zeigt sich, dass die Beteiligung an derartigen Gewalthandlungen von den männlichen Schülern dominiert wird: so sind die Burschen 2-mal so häufig an ein bis zwei Raufereien (37,4%, Mädchen

19 Der Begriff „Bullying“ und „Mobbing“ beschreibt die gleiche Aktivität in verschiedenen Settings, wobei Bullying in der Schule und Mobbing am Arbeitsplatz stattfinden.

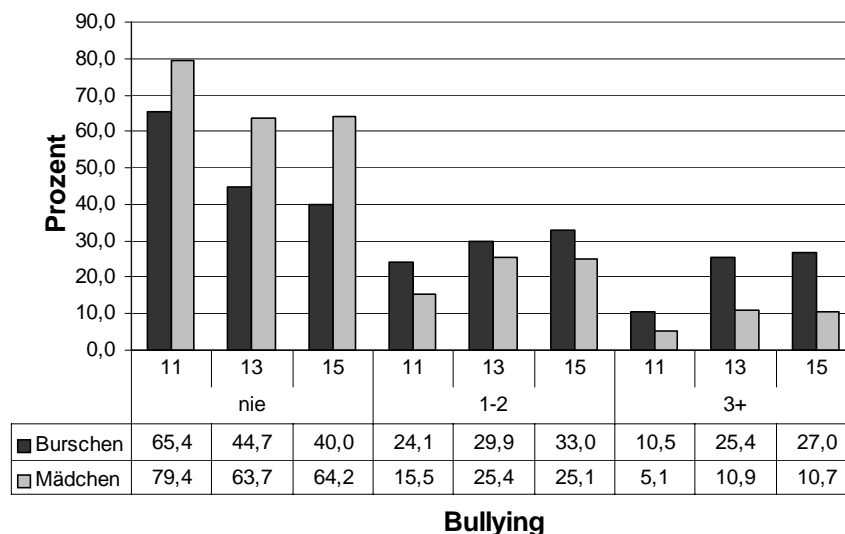
16,7%), 4-mal so häufig an drei oder mehr Raufereien beteiligt (22,2%, Mädchen 5%). Während bei den Mädchen die Beteiligung an Raufereien mit dem Alter linear zunimmt, zeigt sich, dass bei den Burschen die 13-jährigen Schüler am häufigsten davon betroffen sind (Abbildung 32). Die Beteiligung an derartigen Gewalthandlungen gibt jedoch keine Auskunft darüber, in welcher Art und Weise - als „Opfer“ oder „Täter“ – die SchülerInnen beteiligt waren.

Abbildung 32: Beteiligung an Raufereien bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



In Bezug auf Bullying geben 60% der SchülerInnen an, innerhalb der letzten Monate niemanden schikaniert zu haben. Dies gilt für 50,7% der Burschen und 69,1% der Mädchen. Ein- oder zweimal waren 25,3% der SchülerInnen als Täter an Bullying-Attacken beteiligt (Burschen 28,7%, Mädchen 22%). Ein regelmäßiges Bullyingverhalten (dreimal oder öfter) legen 14,8% der 11- bis 15-jährigen SchülerInnen an den Tag, wobei dies auf 20,6% der 11- bis 15-jährigen Burschen und auf 8,9% der 11- bis 15-jährigen Mädchen zutrifft. Während das Bullying bei den Burschen mit dem Alter zunimmt, pendelt sich das Bullying bei den Mädchen nach einem sprunghaften Anstieg zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr auf einem gleich bleibenden Niveau ein (Abbildung 33).

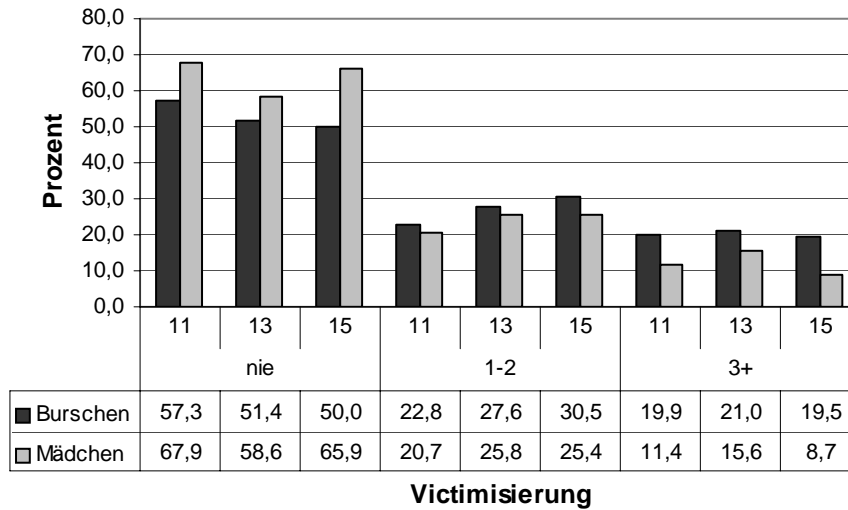
Abbildung 33: Bullying bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Als dezidierte Opfer von Bullying-Attacken outen sich 41,5% der SchülerInnen, wobei ebenso wie auf der Täterseite auch unter den Opfern häufiger Burschen zu finden sind

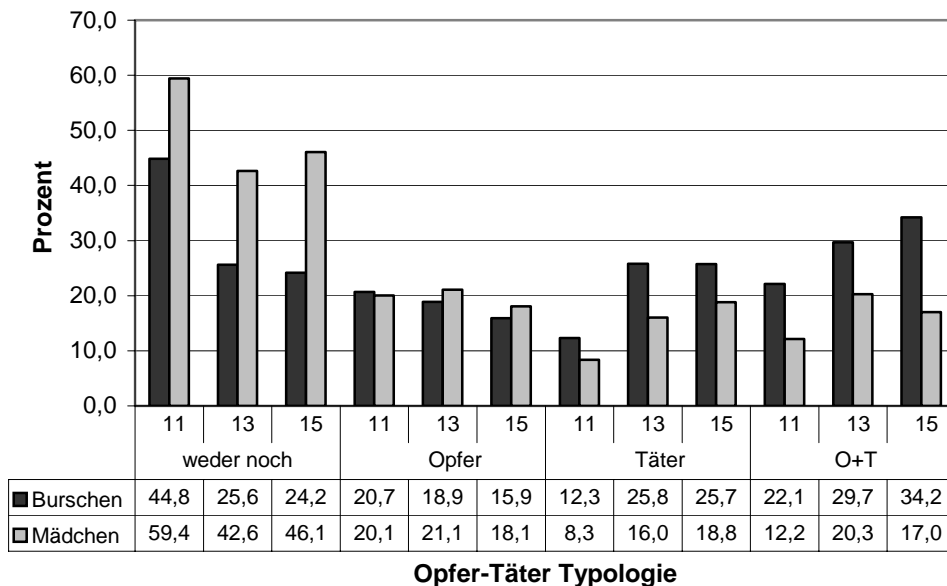
(46,7%, Mädchen 36,2%). Ein- oder zweimal sind 25,3% der Mädchen und Burschen das Opfer von Bullying-Attacken, dreimal oder öfter 16,2%, wobei das Verhältnis von Mädchen und Burschen beinahe eins zu zwei beträgt (Burschen 20,2%, Mädchen 12,3%). Insgesamt zeigt sich, dass bei den Mädchen die 13-jährigen, bei den Burschen die 15-jährigen am häufigsten davon betroffen sind (Abbildung 34).

Abbildung 34: **Victimisierung bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)**



Fasst man diese Ergebnisse in einer Täter-Opfer-Typologie zusammen, so zeigt sich, dass 40,8% der SchülerInnen weder als Opfer noch als Täter an Bullying-Attacken beteiligt sind (Burschen 32%, Mädchen 49,4%), 19,2% reine Opfer darstellen (Burschen 18,7%, Mädchen 19,8%), 17,6% reine Täter darstellen (Burschen 21%, Mädchen 14,3%) und 22,4% sowohl als Opfer und Täter an Bullyinghandlungen beteiligt sind (Burschen 28,3%, Mädchen 16,5%). Während die Gruppe der reinen Opfer mit dem Alter leicht rückläufig oder aber unverändert ist, nimmt die Anzahl der Täterinnen bei den Mädchen linear zu, wohingegen der Peak bei den Opfer und Täterinnen bei den 13-jährigen Mädchen liegt. Bei den Burschen hingegen lässt sich eine Zunahme der Opfer und Täter mit dem Alter verzeichnen, wohingegen die Gruppe der Täter nach einem sprunghaften Anstieg bei den 13- und 15-jährigen Schülern in etwa gleich groß ist. (Abbildung 35).

Abbildung 35: **Verteilung der Opfer-Täter Typologie bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)**



4.8 Medikamentengebrauch

Was die Einnahme von Medikamenten gegen stark verbreitete Symptome wie Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Einschlafschwierigkeiten und Nervosität bei Kindern und Jugendlichen anbelangt stehen nur sehr begrenzt Daten zur Verfügung. Dennoch konnte in einigen Ländern ein Anstieg dieses Verhaltens festgestellt werden, obwohl die dahinter stehenden Symptome in ihrer Häufigkeit in etwa gleich geblieben sind (Holstein et al. 2004). Was sich also verändert hat, ist entweder das Krankheitsverhalten – mehr Menschen greifen bei Symptomen zu Medikamenten als früher – oder die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der bestimmte Gruppen dieses tun.

Dies führte zu der Vermutung (op.cit.), dass auch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten als ein Risikoverhalten angesehen werden muss, das mit der Schädigung von Leber und Nieren und mit Blutungen in Magen/Darm assoziiert ist. Die Einnahme von Beruhigungsmitteln oder hypnotisierenden Medikamenten kann zu Abhängigkeit und Missbrauch führen (Parfitt 1999). Hinzu kommt, dass Medikamente häufig bei Suizidversuchen zum Einsatz gelangen (Hawton et al. 1996) und in Zusammenhang mit anderen risikoreichen Verhaltensweisen (z.B. Rauchen und Alkoholkonsum) stehen. Andersen et al. (2006) konnte diesbezüglich zeigen, dass exzessiver Alkoholkonsum auch mit der Einnahme von Medikamenten gegen Kopf-, Bauch- und Magenschmerzen, sowie gegen Nervosität und Einschlafschwierigkeiten in Zusammenhang stehen. Insofern gehen Andersen et al. davon aus, dass auch der Medikamentengebrauch als ein Indikator für das Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen angesehen werden kann.

Methode

Der Medikamentengebrauch wurde anhand einer Frage gemessen, die nach der Einnahme von Medikamenten gegen Kopf-, Bauch-/Magenschmerzen, Einschlafschwierigkeiten, Nervosität sowie sonstigen Medikamenten fragt (Itembox 15).

Itembox 15

Hast Du im letzten Monat Medikamente gegen folgende Beschwerden eingenommen?

Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Nervosität, sonstige Medikamente

3-teilig: ja, einmal – ja, mehr als einmal, nein

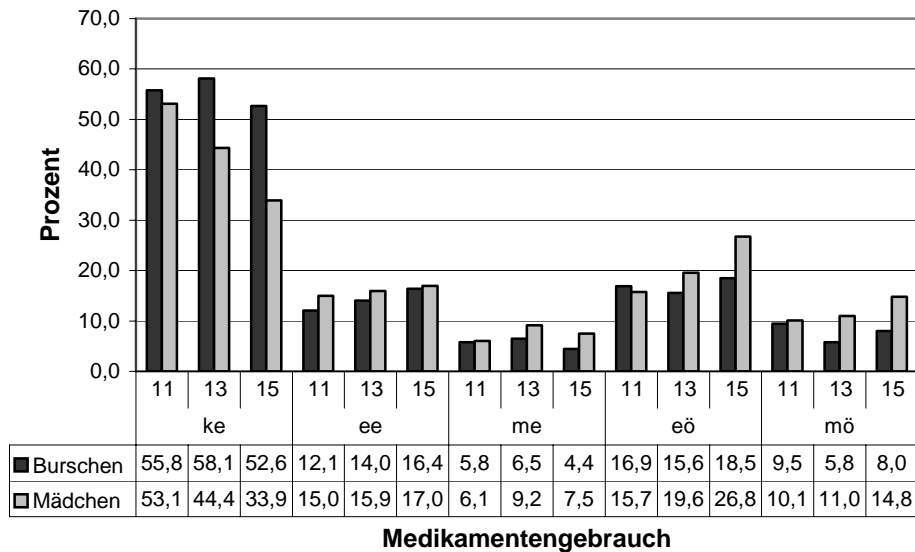
Ergebnisse

Rund die Hälfte aller SchülerInnen (49,8%) hat im letzten Monat keine Medikamente gegen Beschwerden eingenommen (Burschen 55,7%, Mädchen 44,0%). Ein regelmäßiger Medikamentengebrauch (mindestens ein Medikament öfter als einmal) hat bei 28,5% der 11-, 13- und 15-Jährigen stattgefunden (Burschen 24,8%, Mädchen 32,5%), wobei für 9,8% der SchülerInnen gilt, dass sie mehrere Medikamente öfter als einmal im Monat einnehmen (Burschen 7,7%, Mädchen 11,9%).

Medikamente werden deutlich häufiger von Mädchen eingenommen, wobei der Anteil mit dem Alter anwächst. Bei den Burschen findet die regelmäßige Einnahme vermehrt bei den 11- und 15-jährigen statt (Abbildung 36).

Abbildung 36: Medikamentenkonsum bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

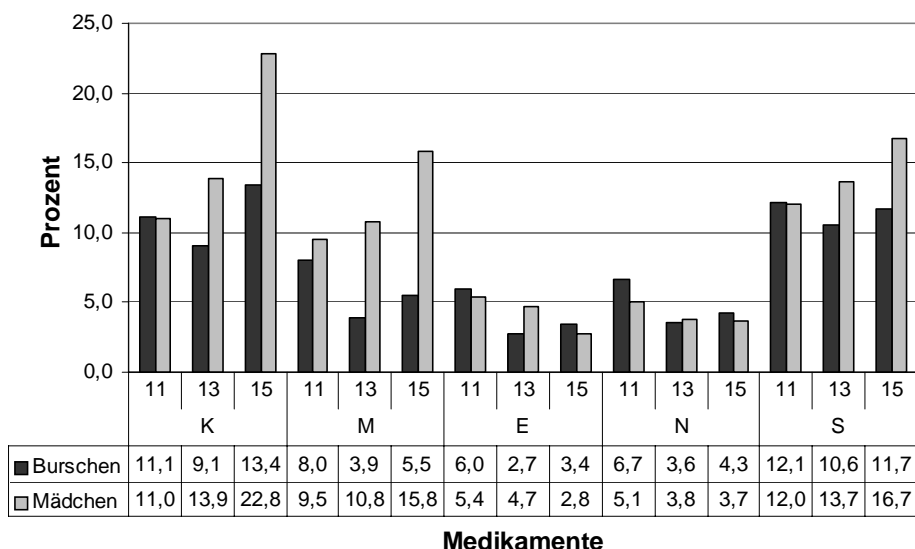
ke=keine, ee=eines einmal, me=mehrere einmal, eö=eines öfter, mö=mehrere öfter



In einer regelmäßigen Form nehmen die SchülerInnen am häufigsten Medikamente gegen Kopfschmerzen ein (13,4%), gefolgt von Medikamenten gegen sonstige Beschwerden (12,8%) und Medikamenten gegen Magen- und Bauchschmerzen (8,9%). Medikamente gegen Nervosität (4,6%) und Einschlafschwierigkeiten (4,2%) werden hingegen nur von einer relativ kleinen Gruppe von SchülerInnen zur regelmäßigen Medikation eingesetzt. Während sich für die beiden letztgenannten Medikamente kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern beobachten lassen, zeigen sich für die anderen Medikamente deutliche Unterschiede zu Ungunsten der Mädchen (vgl. Anhang). Zusätzlich zeigt sich bei den Mädchen, dass die Einnahme von Medikamenten gegen Kopf-, Magen-/Bauchschmerzen sowie gegen sonstige Beschwerden mit dem Alter linear zunimmt, während bei den Burschen diese Medikamente am häufigsten von den 11- und 15-Jährigen zur Behandlung eingesetzt werden. Lediglich bei Medikamenten gegen Nervosität und Einschlafstörungen zeigt sich für beide Geschlechter eine Abnahme mit dem Alter (Abbildung 37).

Abbildung 37: Einnahme von Medikamenten innerhalb des letzten Monats (öfter als einmal) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

K=gegen Kopfschmerzen, M=gegen Magen-/Bauchschmerzen, E=gegen Einschlafschwierigkeiten, N=gegen Nervosität, S=gegen sonstige Beschwerden



4.9 Sexualität und Verhütung

Einleitung

Die Entwicklung einer reifen und gesunden Sexualität gehört zu den zentralen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. Sie kann als Zufriedenheit mit sich selbst und der Fähigkeit, in eine vertrauensvolle Beziehung einzutreten, definiert werden (Strasburger/Greydanus 2000) und stellt einen substantiellen Bestandteil des sozialen und persönlichen Wohlbefindens von Jugendlichen dar, die gerade in der Pubertät enormen physischen und emotionalen Veränderungen ausgesetzt sind.

Basierend auf der Empfehlung der WHO wird derzeit in der Jugend- und Gesundheitsforschung zwischen zwei Konzepten - „sexual health“ und „healthy sexuality“ – unterschieden. Während ersteres vor allem die Vermeidung von negativen Konsequenzen des Geschlechtsverkehrs (übertragbare Krankheiten, ungewünschte Schwangerschaften) meint, wird im anderen Fall das Wissen über, die Erfahrungen mit und die Einstellungen zu Sexualität in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt (Council of Ministers of Education, Canada 2003).

Die HBSC-Studie, bedingt durch ihren Rahmen und die Breite der zu erfassenden Verhaltensweisen, konzentriert sich dabei auf die Dimension der „sexual health“, da es hier um Risikoverhalten geht. Innerhalb der HBSC-Gruppe herrscht jedoch Einigkeit darüber, dass die Sexualität im erzieherischen Umgang mit Jugendlichen nicht auf diese Dimension verkürzt werden sollte.

Methode

Daten zur Sexualität und Verhütung wurden nur bei den 15-jährigen SchülerInnen erhoben. Sie wurden zum einen danach gefragt, ob sie bereits Geschlechtsverkehr hatten, wann dies zum ersten Mal der Fall war und ob und wie sie beim letzten Geschlechtsverkehr verhütet haben (Itembox 16).

Itembox 16

Hast du schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen)?

2-teilig: ja – nein

Wie alt wart Du als du zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hattest (mit jemandem geschlafen hast)?

7-teilig: ich hatte noch niemals Geschlechtsverkehr - 11 Jahre alt oder jünger - 12 Jahre alt - 13 Jahre alt - 14 Jahre alt - 15 Jahre alt - 16 Jahre alt

Als Du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest (mit jemandem geschlafen hast), welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung hast Du oder hat Dein Partner / Deine Partnerin angewendet?

Antibabypille, Kondom, rechtzeitig den Penis herausziehen (Koitus Interruptus), eine natürliche Methode (z.B. Persona-Harntest, Selbstbeobachtung, Temperaturmessung), eine andere Methode, ich bin mir nicht sicher

2-teilig: ja – nein

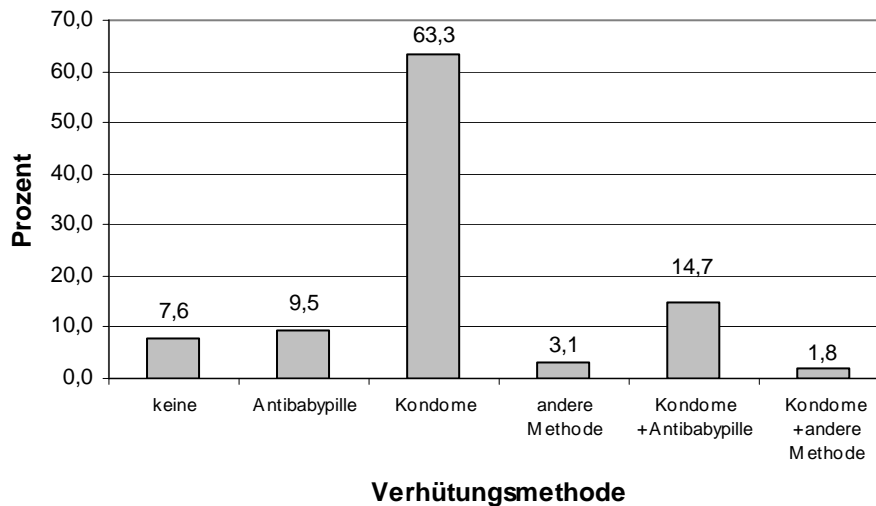
Ergebnisse

28,1% der 15-jährigen SchülerInnen berichten, dass sie bereits Geschlechtsverkehr hatten. Dies trifft auf Burschen (31,3%) etwas häufiger zu als auf die Mädchen (25,2%). Das erste Mal hat bei den 15-Jährigen im Alter von rund 14,5 Jahren stattgefunden.

In Bezug auf die Verhütungsmethoden zeigt sich, dass 7,6% der 15-jährigen Burschen und Mädchen beim letzten Geschlechtsverkehr keine Verhütungsmaßnahmen ergriffen haben. Gleichzeitig – und das ist erfreulich – haben 79,8% der Jugendlichen ein Kondom zum Schutz eingesetzt, wobei 16,5% dies in Kombination mit anderen Verhütungsmethoden taten. 9,5% der 15-jährigen SchülerInnen haben sich auf den Schutz durch die

Antibabypille verlassen, die zwar gegen eine ungewollte Schwangerschaft Schutz bietet, nicht jedoch gegen übertragbare Krankheiten. 3,1% der Mädchen und Burschen haben hingegen auf andere Verhütungsmethoden, darunter auch Koitus Interruptus, gesetzt (Abbildung 38).

Abbildung 38: Verhütungsmethoden der 15-jährigen SchülerInnen beim letzten Geschlechtsverkehr (2006)



5 Die Determinanten der Gesundheit: Was macht gesund? Was krank?

Ausgehend von der breiten WHO-Definition der Gesundheit von 1946, die eingangs erläutert wurde, haben in den vergangenen Jahrzehnten wissenschaftliche Untersuchungen aufgezeigt, dass die Gesundheit des Menschen das Produkt vielfältiger und auf hochkomplexe Weise ineinander greifender Faktoren und Prozesse ist. Neben den individuellen genetischen Bedingungen und der Qualität der medizinischen Versorgung spielen vor allem die nachstehenden Faktoren eine entscheidende Rolle:²⁰

- das **Verhalten** einer Person, weil sowohl die physische wie auch die psychische Befindlichkeit durch Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum, Schlafverhalten, Risikoverhalten (etwa im Verkehr) ganz unmittelbar beeinflusst werden;
- die **Bildung** einer Person, womit alle kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten einer Person gemeint sind, die benötigt werden, um im Leben zurecht zu kommen, Probleme zu meistern, persönliche Ziele zu erreichen, gesundheitsförderliche und lebenserhaltende Entscheidungen zu treffen und dem Leben insgesamt einen Sinn zu geben;
- die **sozialen Beziehungen** einer Person, was ihre Eingebettetheit in Familie, Gruppen, Netzwerke meint und darauf abzielt, inwieweit eine Person von Einsamkeit, Isolation, Ausgrenzung und Feindseligkeit betroffen ist oder auf Liebe, Freundschaft, Achtung und Unterstützung zählen kann;
- der **soziale Status** einer Person, womit ihre Stellung in den mittel- und unmittelbaren Settings und sozialen Einheiten gemeint ist, ihre berufliche Position, Anerkennung und Prestige, die damit verbunden sind, ihre Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Selbstentfaltung sowie ihre ökonomischen Gratifikationen bzw. das Vorhandensein von Armut, wobei sich diese sowohl absolut durch das Fehlen des Nötigsten als auch relativ durch den Abstand zum gesellschaftlich erwartbaren durchschnittlichen Lebensstandard bzw. zu den Reichen negativ auswirkt;

²⁰ Es wird geschätzt, dass das Krankheitsgeschehen in den modernen Gesellschaften zu 30% von der Qualität der medizinischen Versorgung und genetischen Dispositionen, aber zu 70% von den im weitesten Sinn psychosozialen Faktoren abhängt. Für die Grundlagen der Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitsförderung vgl. Hurrelmann/Laaser 1993, Naidoo/Wills 2003, Hurrelmann/Klotz/Haisch 2004, Siegrist 2005 u.a.. Für eine Theorie der Gesundheit vgl. Simon (1998) und Pelikan (2007).

- die allgemeinen **gesellschaftlichen Verhältnisse**, inwieweit also eine Person Gerechtigkeit, Frieden, Gleichheit, Freiheit, Solidarität durch den Staat und seine Administration sowie durch andere institutionelle, organisationale Akteure erfährt; hierunter fällt auch das Geschlecht einer Person;
- die **ökologische Umwelt** einer Person, worunter alle physikalischen und chemischen Bedingungen des Lebens fallen, also etwa die Hygiene-Bedingungen in Städten und Gemeinden, die Wohnverhältnisse, die Qualität von Wasser, Luft und Ernährung, das Vorhandensein von Umweltgiften und Lärm; allesamt Noxen, deren Verteilung auf Regionen und Bevölkerungsgruppen offensichtlich sozial gesteuert ist.²¹

Die HBSC-Studie konzentriert sich in ihrer derzeitigen Ausrichtung auf die Punkte 3, 4 und teilweise 6: die familiären und schulischen Beziehungen von Kindern und Jugendlichen, die sozioökonomischen Bedingungen der Familien und in reduzierter Weise die ökologischen Bedingungen in den Schulen (Luft, Beleuchtung, etc.). Das Gesundheitswissen der SchülerInnen, die gesellschaftlichen Verhältnisse und die ökologische Umwelt der Wohngegend bleiben aus forschungsökonomischen Gründen hingegen unberücksichtigt.

Um auch anhand der aktuellen HBSC-Daten zeigen zu können, welche Einflüsse von Familie, Schule, sozioökonomischen Bedingungen und dem Geschlecht der Kinder und Jugendlichen ausgehen, wurden für die im Kapitel 3 dargestellten Gesundheitsoutcomes (subjektive Gesundheit, körperliche und psychische Beschwerden, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit) sowie für ausgewählte Gesundheitsverhaltensweisen (Bullying, Rauchen, Trunkenheit und Bewegung) binär logistische Regressionsmodelle berechnet (Bortz 1999), die es erlauben, auf Basis kontrollierter Kovarianzen²² den Einfluss der einzelnen, sich im Modell befindlichen Einflussfaktoren²³ abzuschätzen.

Die Ergebnisse dieser Analysen können in Form von Odds Ratios (relativen Wahrscheinlichkeiten) dargestellt werden, die Auskunft darüber geben, wie hoch die Wahrscheinlichkeit einer Gruppe A (z.B. Mädchen) im Vergleich zu einer Referenzgruppe B (Burschen; Referenzwert 1) ist, beispielsweise ausgezeichnet gesund zu sein. Werte größer eins geben dabei eine erhöhte, Werte kleiner eins eine verminderte Wahrscheinlichkeit der Gruppe A gegenüber der Gruppe B an. Entscheidend ist, dass diese erhöhten oder verminderten Wahrscheinlichkeit jeweils von den anderen Variablen im Modell unabhängig sind.

5.1 Soziale Beziehungen in der Familie als Determinante der Gesundheit

Einleitung

Es bedarf kaum der Begründung und der Erläuterung, warum die Qualität der Familienbeziehungen als ein Kausalfaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen anzusehen ist. In einer modernen soziologischen Denkweise stellt die Familie das grundlegende „Sozialkapital“ des Kindes dar.²⁴

Günstige und ungünstige Wirkungen produziert die Familie über Dimensionen wie Emotionalität, Zärtlichkeit, Körperkontakt, soziale Unterstützung, gemeinsame Aktivitäten, Fehlen von Gewalt und vielfältige Förderung und Stimulation des Kindes. Instabilität der Familie bzw. der Ehe und Ehescheidung, Vernachlässigung und Unerwünschtheit des Kindes, mangelnde Fürsorge, Suchterkrankungen der Eltern, Gewalt

21 Man spricht in diesem Zusammenhang neuerdings von „Umweltgerechtigkeit“ (vgl. Bolte/Mielck 2004)

22 Die Kontrolle von Kovarianzen bedeutet, dass die Einflüsse verschiedener, sich überlagernder Faktoren statistisch-mathematisch isoliert werden. Wenn beispielsweise HauptschülerInnen (A) aus Familien mit einem niedrigen Familieneinkommen (B) eine schlechtere Gesundheit aufweisen und zugleich bekannt ist, dass HauptschülerInnen häufiger aus ärmeren Familien stammen, kann mit diesen Verfahren festgelegt werden, wie viel die einzelnen Faktoren A und B zur Erklärung der Gesundheit jeweils beitragen. Wie viel Anteil hat die Hauptschule, wie viel die Schicht?

23 Alter, Geschlecht, Familienwohlstand, Familienzusammensetzung, Qualität der familiären Beziehungen, Schultyp, Qualität der schulischen Beziehungen, Ausmaß an Mitbestimmungsmöglichkeiten in Schul- und Unterrichtsfragen, Selbstwirksamkeit.

24 Vgl. dazu die soziologischen Theorien von Bourdieu (1986) oder Coleman (1991).

oder Erschöpfung der Eltern können hingegen bei den Kindern und Jugendlichen zu Belastungen führen, deren psychische und physische Entwicklung hemmen oder in die Krankheit abdrängen (Murray et al. 1999, Luoma et al. 2001, Pettersen/Albers 2001, Stevens 2006) oder Störungen der psychomotorischen Entwicklung bedingen (Remschmidt 1988, Ellsäßer 2002). Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion gilt dabei als das Kriterium, welches die Entwicklung des Kindes am besten vorhersagen kann. Von daher rechtfertigt sich auch eine Familienpolitik, die auf die Entlastung der Mütter durch familiäre Unterstützungsstrukturen (Krippen- und Kindergartenplätze, Ganztagschule etc.) abzielt.

Methoden

In der HBSC-Studie werden eine Reihe von Indikatoren eingesetzt, um die familiäre Situation und die Qualität der familiären Beziehungen zu erfassen und beschreiben zu können. Dazu zählen die Familienzusammensetzung, das Gesprächsklima, das zwischen den Kindern und ihren Eltern vorherrscht, Indikatoren, die angeben, wie viel die Eltern über die Freizeitaktivitäten ihrer Kinder wissen (Monitoring) sowie das Ausmaß der elterlichen emotionalen und empathischen Zuwendung (Bonding). Da im Zuge dieses Berichts nicht alle Indikatoren ausnahmslos beschrieben werden können, wurde eine Auswahl getroffen, die sowohl eine strukturelle (Familienzusammensetzung) als auch eine prozessuale Beschreibung der Familie (Bonding) zulässt (Itembox 17).

Das Ausmaß der elterlichen Zuwendung bzw. deren Stabilität und Verlässlichkeit (Bonding) wurde – jeweils für Vater und Mutter - anhand von vier Items gemessen, die in einem Gesamtindex integriert werden müssen. Dazu werden die umgepolten Items zu einem Gesamtwert addiert, der durch die Anzahl der Items dividiert wird. Das Ergebnis ist die Bewertung der elterlichen Zuwendung, die von einem geringen Ausmaß an elterlicher Zuwendung (Wert 1) bis zu einem hohen Ausmaß an elterlicher Zuwendung (Wert 3) reichen kann.

Itembox 17

Ich lebe zusammen mit...

Mutter – Vater – Stiefmutter – Stiefvater
2-teilig: ja - nein

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

Meine Mutter/mein Vater ist liebevoll.

Meine Mutter/mein Vater versteht meine Probleme und Sorgen.

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

3-teilig: fast immer – manchmal – nie

Ergebnisse

78,1% der Kinder und Jugendlichen leben – entweder mit oder aber ohne Geschwistern - in einer Kernfamilie, d.h. gemeinsam mit ihren leiblichen Eltern zusammen. 15% der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen hingegen wohnen derzeit entweder bei ihrem Vater oder aber bei ihrer Mutter (Alleinerzieherfamilie), 6,9% der Mädchen und Burschen wachsen in einer Stieffamilie auf (Abbildung 39).

Bezogen auf die Qualität der familiären Beziehungen (das Bonding) lässt sich festhalten, dass die SchülerInnen in Österreich ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung, sowohl durch ihre Mutter (2,7 von drei möglichen Punkten) als auch durch ihren Vater (2,5 von drei möglichen Punkten) erfahren. Zusätzlich zeigt sich jedoch, dass die elterliche Zuwendung mit dem Älterwerden der SchülerInnen abnimmt. Am deutlichsten gilt dies für die Bewertung des Vaters (Abbildung 40).

Auch wenn die Durchschnittswerte für das Bonding hoch liegen, gibt es eben doch nennenswert große Gruppen, die in einer Familie mit verminderten Bondingqualitäten aufwachsen. In Bezug auf die Mutter sind dies insgesamt 8,6% der 11-Jährigen, 16,9%

der 13-Jährigen und bereits 27,3% der 15-Jährigen. In Bezug auf den Vater sind diese Anteile noch deutlich höher: 18,0% bei den 11-Jährigen, 34,2% bei den 13-Jährigen und 47,1% bei den 15-Jährigen. Fast die Hälfte der 15-jährigen Jugendlichen empfindet also Defizite im emotionalen Umgang in der Familie. Nur bei 39,9% dieser Gruppe herrscht volle Zufriedenheit mit der Mutter, bei 22,3% mit dem Vater.

Abbildung 39: Familienzusammensetzung bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen (2006)

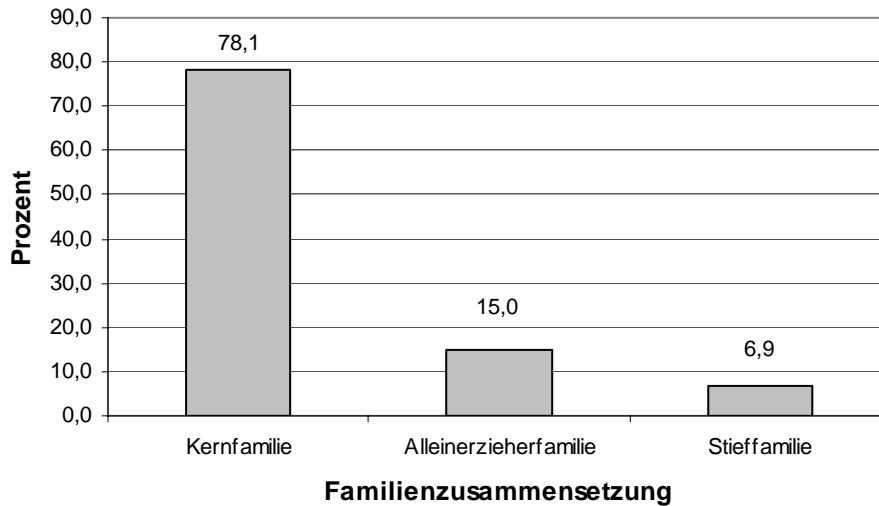
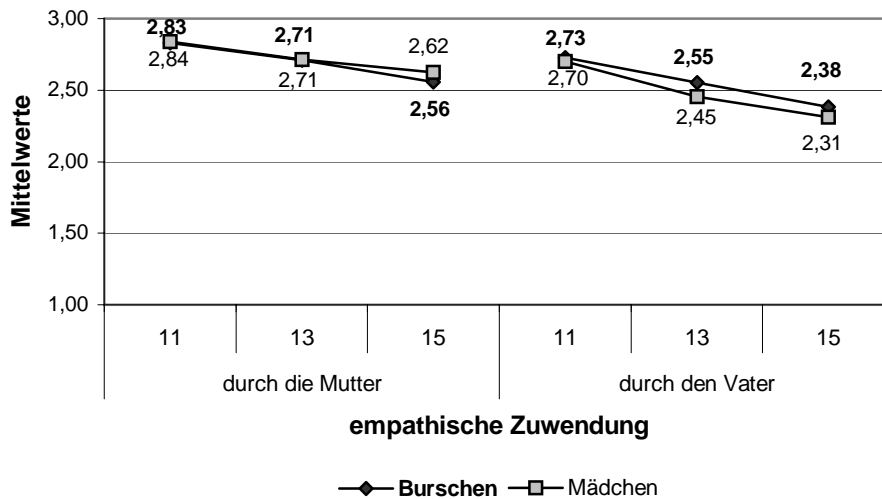


Abbildung 40: Ausmaß der empathische Zuwendung durch Vater und Mutter bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

Spannbreite: 1 (geringe) – 3 (hohe)



In Bezug auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zeigen die Ergebnisse von komplexen Regressionsmodellen, dass sowohl die Art der Familienzusammensetzung als auch die Qualität der Familienbeziehungen unabhängig von anderen Faktoren einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen haben. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass SchülerInnen, die derzeit nur mit ihrer Mutter oder aber mit ihrem Vater zusammenleben und folglich in einer Alleinerzieherfamilie aufwachsen, sowohl eine verminderte Wahrscheinlichkeit aufweisen, ausgezeichnet gesund und frei von körperlichen und psychischen Beschwerden zu sein, als auch eine verminderte Wahrscheinlichkeit besitzen, über eine hohe Lebensqualität und Lebenszufriedenheit zu verfügen. Auch Kinder und Jugendliche aus Stieffamilien weisen Abweichungen auf: sie haben ein höheres Risiko, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal betrunken gewesen zu sein bzw. zu rauchen (Tabelle 4). Auf der anderen Seite verdeutlichen die Ergebnisse, dass Kinder und Jugendliche, die von ihren Eltern ein hohes Maß an Zuwendung erhalten, mit höherer Wahr-

scheinlichkeit gesund sind, nicht als TäterInnen von Bullying-Attacken in Erscheinung treten, nicht rauchen und in den letzten 30 Tagen nicht betrunken waren (Tabelle 4).

Tabelle 4: Familie, Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Odds Ratios)

OR (CI-95)	subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	regelmäßige Beschwerden (keine)	Lebensqualität (überdurchschnittlich)	Lebenszufriedenheit (überdurchschnittlich)	Bullying (nie)	Rauchen (gar nicht)	Trunkenheit (nie)	Bewegung (>4 Tage/Woche)
Alleinerzieher-/Kernfamilie	0,703** (0,550-0,899)	0,615*** (0,483-0,783)	0,726** (0,577-0,914)	0,737* (0,5640,962)	0,808 (0,637-1,024)	0,758 (0,557-1,031)	0,774 (0,539-1,110)	0,973 (0,767-1,234)
Stief-/Kernfamilie	0,998# (0,728-1,368)	0,842 (0,610-1,164)	0,950 (0,697-1,295)	0,773 (0,546-1,095)	0,776 (0,567-1,061)	0,423*** (0,296-0,603)	0,652* (0,426-0,997)	0,996 (0,728-1,360)
empathische Zuwendung Mutter (über-/unterdurchschnittlich)	1,576*** (1,292-1,924)	1,498*** (1,236-1,815)	1,111 (0,920-1,341)	1,918*** (1,548-2,376)	1,348** (1,114-1,631)	1,411** (1,116-1,783)	1,493** (1,135-1,964)	1,007 (0,832-1,219)
empathische Zuwendung Vater (über-/unterdurchschnittlich)	1,325** (1,113-1,578)	1,483*** (1,235-1,780)	1,319** (1,107-1,571)	1,657*** (1,376-1,994)	1,309** (1,096-0,1564)	1,368* (1,078-1,735)	1,140 (0,860-1,964)	1,133 (0,950-1,351)

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

5.2 Partizipation und Integration in der Schule als Determinante der Gesundheit

Einleitung

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass - neben der Familie - vor allem die Schule eine besondere Rolle für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen spielt (Currie et al. 2004, Dür et al. 2006, Erhart et al. 2006). Besonders zentral erscheinen hierbei die sozialen Beziehungen, die zwischen den einzelnen Schulpartnern bestehen und in Hinblick auf Unterstützung und Integration betrachtet werden müssen (Cole et al. 1997, Gore/Aseltine 1995).

So konnte in Studien nachgewiesen werden, dass SchülerInnen, die ein ausreichendes Ausmaß an Akzeptanz und Unterstützung durch ihre MitschülerInnen und LehrerInnen erfahren, deutlich seltener von psychosomatischen Beschwerden, Ängsten und Niedergeschlagenheit betroffen sind und gleichzeitig eine deutlich höhere Lebenszufriedenheit sowie ein höheres Maß an psychischer Stabilität aufweisen. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass die Bewältigbarkeit von Anforderungen und Belastungen durch ein hohes Ausmaß an Unterstützung seitens der LehrerInnen und MitschülerInnen, das als eine besondere Form des Empowerments verstanden werden kann (Dür 2007), wesentlich erhöht und deren negative Effekte deutlich abgemildert werden können (Aroe et al. 1986, Cheung 1995, Cole et al. 1997, Gore/Aseltine 1995, Natvig et al. 1999, 2003). Auch als bedeutsam hat sich das subjektiv erlebte Ausmaß an Partizipation in der Schule und am Schulleben erwiesen, verstanden im Sinne der Einbindung der SchülerInnen in die Schulgestaltung und Schuldemokratie: Die subjektiv empfundene Partizipation wirkt sich einerseits günstig auf die Anpassung der SchülerInnen an die Schule aus (Mortimore 1998) und erhöht im Weiteren auch ihre Schulzufriedenheit und ihr subjektives Wohlbefinden (Samdal et al. 1999, Samdal/Dür 2000, Dür/Griebler 2004). Eine weitere wichtige Dimension im Zusammenhang von Schule und Gesundheit stellt die Art und Weise dar, wie SchülerInnen ihre Schule erleben und wie sehr sie sich durch die Schule belastet fühlen: Studien belegen, dass Schulstress die subjektive Gesundheit von SchülerInnen (Roeser et al. 2000, Samdal/Dür 2000), ihr psychisches Wohlbefinden (Coleman/Collinge 1991, Finn 1989, Mortimore 1998, Schunk/Zimmerman 1994) und schließlich auch das Vorkommen von Krankheiten (Steptoe 1991) negativ beeinflusst. Auch die Zufriedenheit mit der Schule erweist sich – ähnlich wie die Arbeitszufriedenheit

– als bedeutender Faktor in Bezug auf die Gesundheit von SchülerInnen: Je weniger sie gegeben ist, d.h. je weniger gern die SchülerInnen in die Schule gehen und je weniger sie den Aufenthalt in der Schule mögen, umso eher haben sie dort auch eine schlechte Performance und fühlen sich durch das, was in der Schule von ihnen verlangt wird, überfordert (Moon/Callahan 1999). Je geringer die Schulzufriedenheit, desto höher die Wahrscheinlichkeit von psychosomatischen Beschwerden und desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen SchülerInnen auch in akademischer Hinsicht versagen (Calabrese 1987, Hurrelmann et al. 1994, Jessor 1991, Nutbeam et al. 1991, Nutbeam et al. 1993).

Methoden

Die Schule wird in der HBSC-Studie anhand einer Reihe von Indikatoren operationalisiert, die die sozialen Prozesse innerhalb der Schule bzw. der jeweiligen Schulklasse sowie das individuelle Erleben der SchülerInnen in Bezug auf Einstellungen und Anforderungen beschreiben.

Itembox 18

Wie gefällt es Dir zurzeit in der Schule?

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

Wie stark fühlst Du dich durch das belastet, was in der Schule von Dir verlangt wird?

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

Die SchülerInnen in meiner Klasse sind gerne zusammen.

Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.

Meine MitschülerInnen akzeptieren mich so wie ich bin.

Wenn es einem Schüler/einer Schülerin in meiner Klasse schlecht geht, versuchen die anderen, ihm/ihr zu helfen.

Die Schüler/innen meiner Klasse gehen respektvoll miteinander um.

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

Meine Lehrerinnen ermutigen mich, in der Klasse meine Meinung zu sagen.

Meine Lehrer/innen behandeln uns gerecht/fair.

Wenn ich zusätzlich Hilfe brauche, dann kann ich sie von meinen Lehrern und Lehrerinnen bekommen.

Meine Lehrer/innen interessieren sich für mich als Person.

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

Die Schüler/innen können mitbestimmen, wofür die Unterrichtszeit verwendet wird.

Die Schüler/innen können mitbestimmen, was gemacht wird.

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

In meiner Schule sind Schüler/innen an der Festlegung von Regeln beteiligt.

In meiner Schule können Schüler/innen mitreden, wie die Aufenthaltsräume gestaltet werden.

In meiner Schule wird Wert darauf gelegt, dass Schüler/innen an der Schulgemeinschaft aktiv teilnehmen können.

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

Die folgenden Darstellungen beziehen sich zum einen auf die Qualität der SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehungen sowie der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehungen mit einem speziellen Fokus auf dem Ausmaß an Empowerment und Integration, das damit gegeben ist, zum anderen werden die Möglichkeiten thematisiert, die SchülerInnen vorfinden, um das Schulleben und das Unterrichtsgeschehen aktiv mitzugestalten.

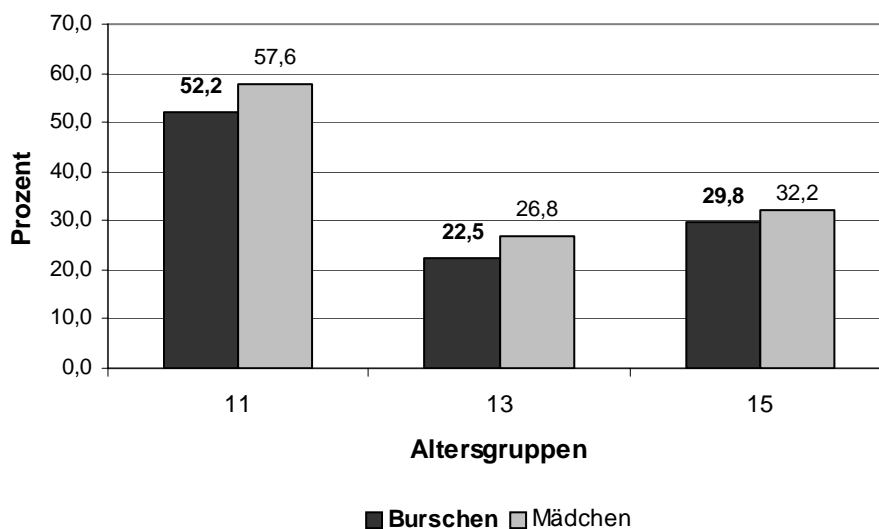
Was das Erleben der SchülerInnen anbelangt, wird gezeigt, wie zufrieden die SchülerInnen mit der Schule sind und wie sehr sie sich durch die Schule und den damit verbundenen Aufgaben belastet fühlen (Itembox 18).

Sowohl die Qualität der Beziehungen unter den Schulpartnern als auch das Ausmaß an Mitbestimmung wurde mit einer Reihe von Items erhoben, die jeweils zu einem Gesamtwert addiert und durch die Anzahl der Items dividiert wurden. Das Ergebnis ist eine Bewertung der schulischen Beziehungen sowie der Mitgestaltungsmöglichkeiten, die von einer negativen Bewertung (Wert 1) bis zu einer positiven Bewertung (Wert 5) reichen kann.

Ergebnisse

37,1% der SchülerInnen gehen äußerst gerne in die Schule (Burschen 35,3%, Mädchen 38,9%). Weitere 45,5% der Mädchen und Burschen geben an, dass es ihnen in der Schule zumindest gut gefällt. Wenig Begeisterung bringen hingegen 17,3% der SchülerInnen für ihre Schulen auf (Burschen 19%, Mädchen 15,8%). Mit dem Alter werden der SchülerInnen lässt sich beobachten, dass die Zufriedenheit mit der Schule zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr deutlich abnimmt. Erst zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr kommt es wieder zu einer gesteigerten Schulzufriedenheit (Abbildung 41).

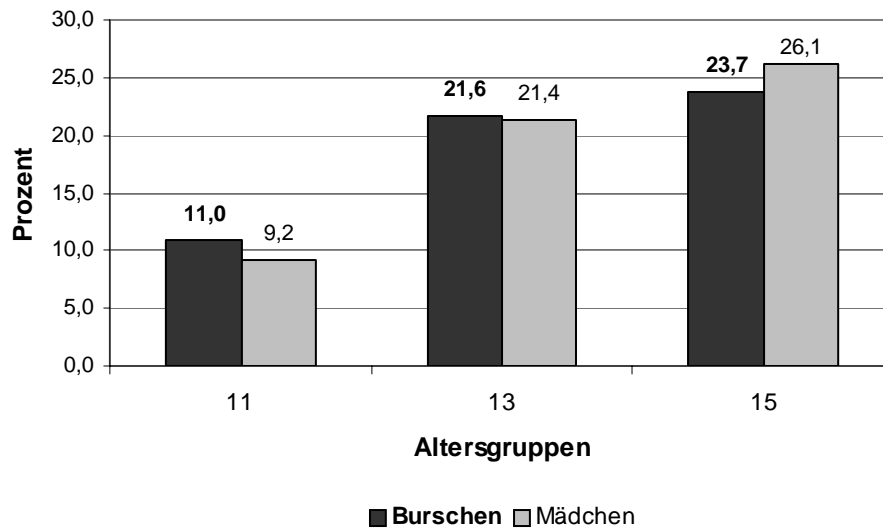
Abbildung 41: Schulzufriedenheit (sehr zufrieden) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Insgesamt fühlen sich 80,4% der SchülerInnen durch die Schule belastet; 61,8% in einem eher geringen Ausmaß, 18,6% jedoch in einem starken oder ziemlich starken Ausmaß, wobei sich die Geschlechter diesbezüglich kaum voneinander unterscheiden (Burschen 18,4%, Mädchen 18,8%). Im Gegensatz zur Schulzufriedenheit zeigt sich bei der Belastung durch die Schule, dass diese mit dem Alter werden der SchülerInnen linear ansteigt (Abbildung 42).

Die Qualität der schulischen Beziehungen - sowohl jene zu den MitschülerInnen, als auch jene zu den LehrerInnen, werden von den 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen im Durchschnitt als eher positiv bewertet (3,9 bzw. 3,5 von 5 möglichen Punkten).

Abbildung 42: Belastungsausmaß durch die Schule (stark oder ziemlich stark belastet) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

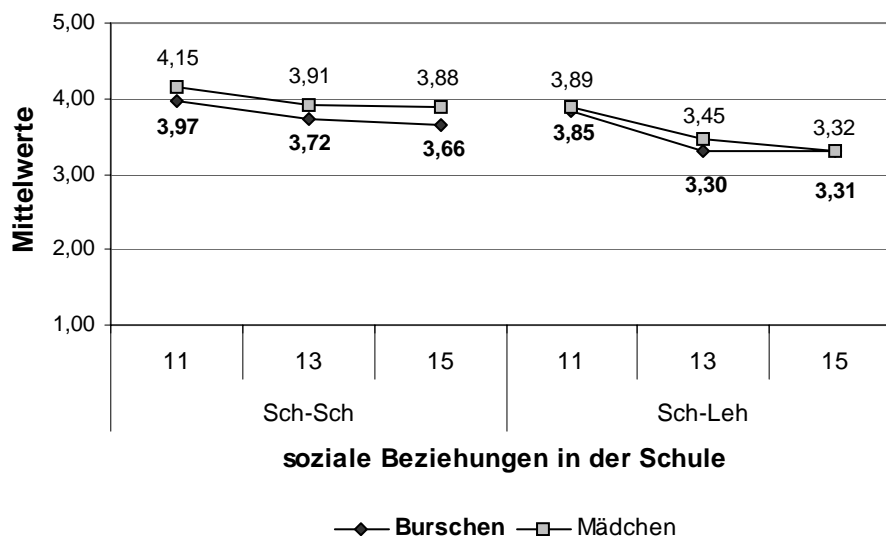


Während die SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehungen mit dem Alter werden der SchülerInnen nur leicht an Qualität verlieren, nimmt die Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehungen mit zunehmendem Alter der Mädchen und Burschen – vor allem aber zwischen dem 11. und dem 13. Lebensjahr – deutlich ab. Dieser Abstieg scheint damit zusammenzuhängen, dass die Schul- und Unterrichtsform, die Anforderungen an die und der Umgang mit den Jugendlichen durch die LehrerInnen sich in diesem Zeitraum nicht (!) verändern, obwohl die Jugendlichen pubertätsbedingt enorme Entwicklungsschübe durchlaufen. Sie werden wie Kinder behandelt, obwohl sie ihrem Selbstbild nach keine mehr sind – und auch von der gesellschaftlichen Erwartung her keine mehr sein sollen.

Weiters lässt sich beobachten, dass die Mädchen, und dies gilt vor allem für die MitschülerInnenbeziehungen, die schulischen Beziehungen etwas besser bewerten als ihre Burschen (Abbildung 43).

Abbildung 43: Qualität der SchülerInnen-SchülerInnen- (Sch-Sch) und LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehungen (Leh-Sch) bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

Spannbreite: 1 (gering) -5 (hoch)

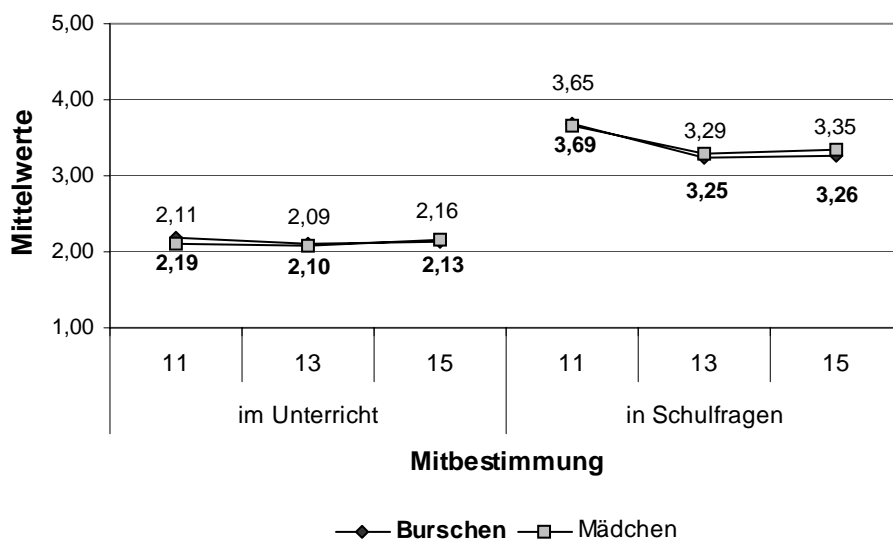


Was die Möglichkeiten der SchülerInnen anbelangt, sich aktiv an der Schul- und Unterrichtsgestaltung zu beteiligen, verdeutlichen die Ergebnisse, dass, vor allem was die Mitbestimmung in Unterrichtsfragen betrifft, die SchülerInnen in einem eher geringen Ausmaß an der Gestaltung des Schulalltags beteiligt sind: So bewerteten die SchülerInnen die Mitbestimmung in Schulfragen mit 3,4 von fünf möglichen Punkten, die Mitbestimmung in Unterrichtsfragen sogar nur mit 2,1 von fünf möglichen Punkten. Während sich die Mitbestimmungsmöglichkeiten in Sachen Unterrichtsfragen mit dem Alter werden kaum verändern, zeigt sich hingegen, dass die Mitgestaltungsmöglichkeiten in Schulangelegenheiten – aus Sicht der SchülerInnen und für beide Geschlechter in gleicher Weise - mit dem Älterwerden abnehmen (Abbildung 44).

Auch das deutet darauf hin, dass das Ausmaß der angebotenen Mitgestaltung für die SchülerInnen, gemessen an ihren größer gewordenen Kapazitäten und Kompetenzen, nicht mehr ausreichend ist.

Abbildung 44: Mitbestimmungsmöglichkeiten in Schul- und Unterrichtsfragen bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)

Spannbereite: 1 (gering) – 5 (hoch)



Insgesamt zeigt sich, dass die Schule – im Speziellen die Qualität der schulischen Beziehungen – einen bedeutsamen, d.h. signifikanten Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen hat. So verfügen SchülerInnen, die positive Beziehungen zu ihren MitschülerInnen und LehrerInnen unterhalten und diese als überdurchschnittlich positiv bewerten, über eine höhere Wahrscheinlichkeit, gesund zu sein.

Gleiches gilt auch in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten, wo diese SchülerInnen ein vermindertes Risiko aufweisen, aktiv an Bullying-Attacken beteiligt zu sein, zu rauchen oder innerhalb der letzten 30 Tage betrunken gewesen zu sein (Tabelle 5). Ähnlich wie in anderen Analysen (Dür/Griebler 2004, Dür 2007) zeigt sich auch anhand der aktuellen HBSC-Daten, dass sich das subjektiv erlebte Ausmaß an Mitbestimmung in Schul- und Unterrichtsfragen nicht zur Vorhersage der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen eignet (Tabelle 5).

Tabelle 5: Schule, Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Odds Ratios)

OR (CI-95)	subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	regelmäßige Beschwerden (keine)	Lebensqualität (überdurchschnittlich)	Lebenszufriedenheit (überdurchschnittlich)	Bullying (nie)	Rauchen (gar nicht)	Trunkenheit (nie)	Bewegung (>4 Tage/Woche)
Qualität SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehungen (über-/unterdurchschnittlich)	1,530*** (1,303-1,797)	1,452*** (1,228-1,717)	1,466*** (1,250-1,720)	1,768*** (1,488-2,100)	1,556*** (1,327-1,826)	1,271* (1,025-1,576)	1,428** (1,106-1,845)	1,099 (0,936-1,291)
Qualität LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehungen (über-/unterdurchschnittlich)	1,036# (0,879-1,222)	1,472*** (1,237-1,751)	1,275** (1,081-1,502)	1,785*** (1,500-2,123)	1,242* (1,051-1,466)	1,621*** (1,290-2,038)	1,455** (1,113-1,903)	1,003 (0,850-1,184)
Mitbestimmung in Schulfragen (über-/unterdurchschnittlich)	1,075 (0,917-1,261)	1,089 (0,921-1,288)	1,011 (0,864-1,184)	1,090 (0,918-1,294)	0,991 (0,844-1,163)	0,960 (0,775-1,189)	0,728* (0,567-0,935)	1,050 (0,896-1,232)
Mitbestimmung in Unterrichtsfragen (über-/unterdurchschnittlich)	1,032 (0,881-1,207)	0,871 (0,736-1,030)	1,001 (0,855-1,171)	0,950 (0,800-1,128)	1,132 (0,965-1,328)	1,102 (0,887-1,368)	0,943 (0,735-1,211)	0,965 (0,824-1,130)

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

5.3 Geschlecht und Gesundheit

In der wissenschaftlichen Diskussion über den Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit wird davon ausgegangen, dass es sowohl genetisch und physiologisch bedingte als auch sozial erzeugte und vermittelte Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den damit einhergehenden Gesundheitsunterschieden gibt. Indizien dafür stellen sowohl die Lebenserwartung, spezifische Krankheitsrisiken als auch die Bewertung der subjektiven Gesundheitsindikatoren dar, die bekanntlich von den Mädchen schlechter bewertet werden als von den Burschen (Dür/Mravlag 2002a, vgl. auch Kapitel 3). In Bezug auf die sozial bedingten Gesundheitsunterschiede von Mädchen und Burschen sind vor allem die GesundheitswissenschaftlerInnen gefordert, die entsprechenden Mechanismen zu beschreiben, die für das Zustandekommen dieser Gesundheitsunterschiede verantwortlich sind. Die Frage ist, durch welche Unterschiede im Umfeld von Mädchen und Burschen Unterschiede in deren Gesundheit entstehen. Dabei bieten sich hypothesenhaft Unterschiede im Bereich des Gesundheitsverhaltens an, unterschiedliche Verteilung von Ressourcen und Kompetenzen, als auch Unterschiede, die mit einer grundlegenden sozialen Benachteiligung von Mädchen und jungen Frauen in unserer Gesellschaft und mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen einhergehen.

Wenn es also gelänge, ein statistisches Modell zu definieren, in dem alle diese Faktoren enthalten wären, so müssten alle bestehenden Gesundheitsunterschiede zur Gänze zum Verschwinden gebracht werden können, wenn tatsächlich nur diese Faktoren für die Unterschiede verantwortlich wären.

Ein solches Modell kann auf Basis der HBSC-Daten aber verständlicherweise nur teilweise und nur rudimentär definiert werden. Es ist aber für die verfügbaren Faktoren interessant zu sehen, wie viel Varianz durch sie erklärt wird, bzw., wie viele Unterschiede durch ein solches Modell quasi verloren gehen. In der Konsequenz kann man daraus schließen, dass Veränderungen dieser Faktoren zu einer Reduktion dieser Unterschiede führen müssten.

Die Ergebnisse der durchgeführten Analysen verdeutlichen jedoch, dass die bestehenden Gesundheitsunterschiede von Burschen und Mädchen (vgl. Kapitel 3) kaum durch familiäre, schulische und sozioökonomische Bedingungen erklärbar sind. Anders gesagt: es ist nicht so sehr die ungleiche Behandlung in der Familie und in der Schule, die zu den Geschlechtsunterschieden in der subjektiven Gesundheit führen.

Das bedeutet, dass die Mädchen unabhängig von allen anderen im Modell berücksichtigten Variablen sowohl eine geringere Chance aufweisen, ausgezeichnet gesund und frei von regelmäßigen Beschwerden zu sein als auch eine verminderte Wahrscheinlichkeit aufweisen, eine überdurchschnittlich hohe Lebensqualität und Lebenszufriedenheit zu besitzen. Man ist daher geneigt, an viel grundlegendere Einflussfaktoren zu denken, die sowohl in der Biologie der Geschlechter als auch in den fundamentalen gesellschaftlich erzeugten Frauen- und Männerbildern liegen könnten. Die Pubertät ist der Zeitpunkt, an dem nicht nur die biologischen Unterschiede bedeutsamer werden, sondern vor allem auch die gesellschaftlichen Rollenzuschreibungen auseinander driften und die Benachteiligung der Frauen allgemein und die problematischere Zukunftsperspektive der Mädchen (schlechtere Jobchancen, schlechtere Bezahlung, schwierigere Work-Life-Balance, etc.) ins Bewusstsein rücken.

Man darf indessen einen Unterschied nicht vernachlässigen, der im Verhalten der Mädchen liegt: sie sind zwar seltener aktiv an Bullying-Attacken beteiligt und trinken weniger Alkohol, umgekehrt aber betreiben die Mädchen weit seltener physische Aktivitäten und bewegen sich seltener an vier Tagen und öfter in einer Woche (Tabelle 6).

Tabelle 6: Geschlecht, Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Odds Ratios)

OR (CI-95)	subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	regelmäßige Beschwerden (keine)	Lebensqualität (überdurchschnittlich)	Lebenszufriedenheit (überdurchschnittlich)	Bullying (nie)	Rauchen (gar nicht)	Trunkenheit (nie)	Bewegung (>4 Tage/Woche)
Mädchen/Burschen	0,593*** (0,509-0,691)	0,834* (0,709-0,981)	0,697*** (0,598-0,812)	0,595*** (0,503-0,703)	2,232*** (1,912-2,604)	0,820# (0,665-1,009)	1,418** (1,111-1,811)	0,728*** (0,625-0,848)

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

5.4 Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit

Einleitung

Die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen – Stichwort Kinderarmut - zählt zu den bedeutendsten Einflussgrößen, was die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen anbelangt (Spencer 2000, Taylor et al. 2000, Richter/Hurrelmann 2006). Armut, Arbeitslosigkeit und niedriges Bildungsniveau der Eltern, ausländische Nationalität und beengte Wohnverhältnisse sind dabei wesentliche Faktoren, die mit einer schlechten Gesundheit bzw. mit einem gehäuften Vorkommen von Krankheiten statistisch signifikant assoziiert sind (Mielck/Helmert 1994, Schlack 1995).

Im Besonderen gilt das für die in unserem Kontext wichtigen Diagnosen Übergewicht und Karies, die durch Verhaltensweisen beeinflusst sind, deren Auftreten mit dem Bildungsstand der Eltern zusammenhängen (Klocke 2001, Ellsäßer 2002, Geiger/Künzel 1995, Schäfer 1996). Kinder aus sozial schwachen Familien sind auch überproportional von schweren Formen des Asthmas betroffen (BMfSFJ 2002, Mielck et al. 1996), während in den höheren Sozialschichten allergische Erkrankungen wie Neurodermitis häufiger anzutreffen sind (Benkert et al. 2003, Buser et al. 1998, Elvers et al. 2004, Heinrich et al. 1998, MASGF Brandenburg 2004). Auch psychologische Befunde wie eine beeinträchtigte geistige Entwicklung, frühförderrelevante Befunde, psychische Auffälligkeiten, Probleme mit Gleichaltrigen und allgemein Verhaltensprobleme hängen mit dem Sozialstatus der Eltern zusammen, indem diese Probleme in Unterschichtfamilien signifikant häufiger auftreten (Klocke 2001, Ellsäßer 2002, Ravens-Sieberer et al. 2003). Sozioökonomische Ungleichheit wirkt sich aber auch im Sinne der Salutogenese (Antonovsky 1997) negativ auf die Ausbildung von sozialen und kognitiven Ressourcen

und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen aus: Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Kohärenzsinn, Sprachkompetenz, sozialer Umgang mit anderen sind durchschnittlich weniger gut entwickelt (Hashima/Amato 1994, McLoyd 1998, Foster 2002, Due et al. 2003, Costello et al. 2003, McLeod/Nonnemaker 2000, Duncan/Brooks-Gunn 1997) als bei Kindern aus sozial besser gestellten Familien.

Methode

In der HBSC-Studie wird die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen unter anderem mit Hilfe der „family affluence scale“ (Familienwohlstandsskala, Currie et al. 2001) gemessen, die, wenngleich in eingeschränkter Weise, den Lebensstandard der Kinder und Jugendlichen erhebt (Itembox 19). Diese Einzelitems werden rechnerisch zu einem Gesamtindex zusammengeführt, der anschließend in drei Wohlstandsgruppen (gering, mittel, hoch) unterteilt wird (Currie et al. 2005).

Itembox 19

Wie viele Computer besitzt Deine Familie?
4-teilig: keinen – einen – zwei – mehr als zwei

Besitzt Deine Familie ein Auto, einen Bus oder Lastwagen?
3-teilig: nein – ja, eins – ja, zwei oder mehrere

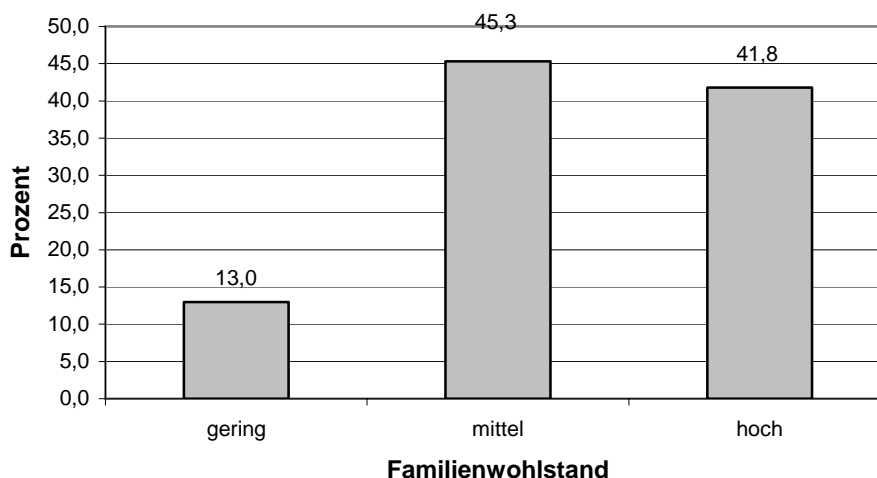
Hast Du ein eigenes Zimmer?
2-teilig: nein - ja

Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit Deiner Familie in den Ferien verreist?
4-teilig: überhaupt nicht – einmal – zweimal – öfter als zweimal

Ergebnisse

Der Familienwohlstandsskala zufolge gehören 41,8% der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen Familien an, die, gemessen an den verwendeten Indikatoren, über einen hohen Familienwohlstand verfügen. Umgekehrt stammen 13% der befragten Mädchen und Burschen aus Familien mit einem geringen Wohlstandsniveau. In der mittleren Wohlstandsgruppe befinden sich 45,3% der SchülerInnen (Abbildung 45).

Abbildung 45: Familienwohlstand bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht (2006)



Obwohl diese Unterteilung nur ein sehr grobes Unterscheidungsmaß in Bezug auf die soziale Lage der Familien darstellt, scheint der Anteil der Kinder aus Familien mit geringen ökonomischen Möglichkeiten mit 13% gut repräsentiert. Es zeigt sich, dass sowohl das Gesundheitsverhalten als auch die Einschätzung der eigenen Gesundheit mit dem Familienwohlstand variiert. Vor allem für Kinder und Jugendliche aus besser gestellten Familien gilt, dass ihre Chancen, ausgezeichnet gesund zu sein bzw. an keiner der in Kapitel 3.2 genannten körperlichen und psychischen Beschwerden in regelmäßiger Weise zu leiden, deutlich höher ist, als dies für Kinder und Jugendliche gilt, die aus einer Familie mit einem geringen Familienwohlstand stammen. Die Analysen verdeutlichen außerdem, dass sich Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem geringen bzw. mittleren Wohlstandsniveau diesbezüglich nicht voneinander unterscheiden. Keine Unterschiede zwischen den Wohlstandsgruppen konnten hingegen in Bezug auf die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit beobachtet werden.

Was das Gesundheitsverhalten anbelangt, zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus besser gestellten Familien ein höheres Risiko aufweisen, aktiv an Bullying-Attacken beteiligt sowie betrunken zu sein (Tabelle 7).

Tabelle 7: Familienwohlstand, Gesundheit und Gesundheitsverhalten (Odds Ratios)

OR (CI-95)	subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)	regelmäßige Beschwerden (keine)	Lebensqualität (überdurchschnittlich)	Lebenszufriedenheit (überdurchschnittlich)	Bullying (nie)	Rauchen (gar nicht)	Trunkenheit (nie)	Bewegung (>4 Tage/Woche)
FAS mittel/FAS gering	1,241# (0,966-1,595)	1,451** (1,134-1,859)	1,122 (0,886-1,422)	1,247 (0,950-1,627)	0,943 (0,739-1,203)	0,872 (0,633-1,202)	0,670* (0,452-0,993)	1,464** (1,156-1,855)
FAS hoch/FAS gering	1,460** (1,132-1,883)	1,545** (1,199-1,992)	1,141 (0,896-1,453)	1,277 (0,967-1,686)	0,779* (0,607-0,999)	0,739 (0,533-1,026)	0,621* (0,415-0,928)	1,869*** (1,466-2,387)

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

6 Case-studies zur Gesundheitsförderung im schulischen Kontext

Im Folgenden werden ausgewählte Modellprojekte zur Gesundheitsförderung im schulischen Kontext präsentiert, die als Anregungen fungieren sollen.²⁵ Die ausgewählten Projekte wurden zu den Themenbereichen Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit, Gewalt und Gesundheitsförderung als Schulentwicklung durchgeführt.

6.1 „Fitness 4 Future“

Ausgangssituation

Ausgangspunkt des Projekts bzw. der mittlerweile entstandenen Initiative war die schlechte körperliche Konstitution zweier SchülerInnen einer polytechnischen Schule. In einem gemeinsamen Gespräch von TurnlehrerInnen und SchülerInnen hat sich dabei herausgestellt, dass es unter den SchülerInnen eine große Bereitschaft gab, sich körperlich zu betätigen. Darauf aufbauend wurde - zunächst als Eigeninitiative der LehrerInnen – ein individuenbezogenes Projekt ins Leben gerufen (Projektdauer: 10 Monate), das sich mittlerweile zu einer erfolgreichen schulübergreifenden Initiative entwickelt hat.

25 Weitere Projekte und Infomaterialien finden sich unter www.give.or.at.

Ziel

Ziel des Projekts ist der Ausbau des Selbstwertgefühls durch eine langfristige, anhaltende Gewichtsreduktion in kleinen Schritten, Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit) und der Aufbau eines positiven Körperbewusstseins.

Umsetzung

In seiner Umsetzung konzentriert sich das Projekt auf die Themen Bewegung und Ernährung, sowie auf einen reflexiven Umgang damit. Die TeilnehmerInnen stammen, da die Teilnahme am Projekt freiwillig ist, aus unterschiedlichen Klassen, die am jeweiligen Schulstandort zu einer Projektgruppe zusammengefasst und gemeinsam betreut werden.

Das Projekt setzt auf:

- Langfristige Bewegungstherapie (2 Trainingseinheiten pro Woche) durch erfahrene Sportpädagogen und Trainer
- Lust an Bewegung empfinden lernen
- Aufbau lebenslanger Bewegungsgewohnheiten
- Fettmessung - Gewichtskontrolle - Ernährungsprotokolle
- Ernährungsberatung und -vorträge durch anerkannte Ernährungswissenschaftler
- Psychologische Hilfestellungen

Zur organisatorischen Umsetzung des Projektes mussten sowohl Partnerschulen, ProjektmitarbeiterInnen, TrainerInnen und Sponsoren gefunden werden. Die Vernetzung der Schulen wurde durch die Stabstelle für Schulärzte und -ärztinnen des Linzer Magistrats sichergestellt.

Ergebnisse

Eine Befragung von Eltern und SchülerInnen hat ergeben, dass das Projekt sowohl seitens der Eltern als auch seitens der SchülerInnen äußerst positiv angenommen wurde. Bei den SchülerInnen kam es zu einer Verbesserung der Fitness, zur Verbesserung der Essgewohnheiten und zur Reduktion von Körpergewicht und Körperfett.

Zusatzinformationen

2006 wurde das Projekt unter der Projektleitung von Michael Busch (busch@edumail.at) und Peter Pitra (peter.pitra@liwest.at) an neun weiteren oberösterreichischen Schulen angeboten.

Projektschulen

<http://www.pts-urfahr.at/>
<http://schulen.eduhi.at/hs15/>
<http://schulen.eduhi.at/hs23/>
<http://schulen.eduhi.at/hsgts18.linz/>

Sponsoren

Gesundheits- und Sozialressort der Stadt Linz
Amt für Jugend und Familie der Stadt Linz (Abteilung Jugendgesundheitsdienst)
OÖ Gebietskrankenkasse
Landesschulrat für OÖ
ASKÖ OÖ
OÖ Nachrichten
OÖ.Online

6.2 „Vital ohne Qual“

Ausgangssituation

Das Projekt wurde - auf Wunsch der SchülerInnen einer vierten Klasse – an einem Bundesrealgymnasium durchgeführt. Ausgangspunkt war, dass die SchülerInnen stets unkonzentriert, müde, träge, blass, kraftlos und völlig unmotiviert waren, sich körperlich zu betätigen. Zusätzlich haben die TurnlehrerInnen dieser Klasse sowie deren Schulärztin eine Zunahme an Über- und Untergewicht sowie eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit der SchülerInnen festgestellt.

Ziele

Das große Ziel des Projektes bestand darin, durch Ernährung und Bewegung die Befindlichkeit der SchülerInnen, ihre Konzentration, ihre Kraft und Ausdauer sowie ihre Einstellung zur Bewegung step by step zu verbessern.

Umsetzung

Das Hauptaugenmerk des Projektes lag dabei auf Vitalkost und Bewegung, mit dem Ziel, die SchülerInnen an einen gesünderen Lebensstil heranzuführen.

Innerhalb eines Schuljahres wurden dabei folgende Aktivitäten gesetzt:

- Etablierung von Ernährungsregeln
- Schreiben von Tagebüchern zur Selbstkontrolle / für Beratungsgespräche
- Initiierung von diversen Bewegungsgruppen
- Animation der SchülerInnen durch Filmvorführungen
- Gestaltung von Zeitungsberichten und Referaten
- Durchführung von Fitnesschecks durch die TurnlehrerInnen/Schulärztin
- Schulinterne Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt: Gestaltung eines „Naschmarkts“, Produktion einheitlicher T-Shirts, Aufführen von Aerobicprogrammen und Tänzen, Durchführung von Ernährungsumfragen in der Schulklasse mit anschließender Ergebnispräsentation

Das Klassenprojekt wurde unter Einbindung der Eltern durchgeführt und hat darauf geachtet, die SchülerInnen in einem möglichst großen Ausmaß an der Planung und Durchführung des Projekts zu beteiligen.

Ergebnisse

Rund zwei Drittel aller SchülerInnen (18 von 28) haben die aufgestellten Gebote zum Thema Ernährung und Bewegung freiwillig befolgt und ihr Leben aktiv umgestellt. Dies konnte anhand der tagebuchartigen Protokolle der SchülerInnen nachgewiesen werden. Auch die restlichen („inaktiven“) SchülerInnen haben sich – wenngleich auch nur auf organisatorische Weise – aktiv am Projekt beteiligt. Auch die Mehrheit der Eltern hat sich aktiv in das Projekt eingebracht und dieses durch ihre Teilnahme unterstützt.

Bereits zwei Monate nach Projektbeginn konnten positive Veränderungen an den SchülerInnen beobachtet werden: Verbesserung der körperlichen Fitness, Steigerung der Vitalität, Verbesserung der SchülerInnenbeziehungen durch Teamwork, Toleranz und Integration, sowie eine Steigerung der Eigenverantwortlichkeit bei den SchülerInnen.

Zusatzinformationen

Das Projekt wurde 2002 mit dem 1. GutDrauf-Gesundheitspreis des Landes Tirol prämiert.

Projektleitung

Mag. Maria El Shamaa
BRG Wörgl, Innsbruckerstraße 34, 6300 Wörgl

6.3 „Eigenständig werden“

Ausgangssituation

„Eigenständig werden“ ist ein Unterrichtsprogramm, das für SchülerInnen der 1. bis 4. Schulstufe konzipiert wurde und zur Förderung der Gesundheit und zur Persönlichkeitsentwicklung im schulischen Kontext eingesetzt wird. Das Programm basiert auf dem von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Lebenskompetenzansatz und fördert die Selbstwahrnehmung, das Einfühlungsvermögen, die Kommunikationsfertigkeiten, den adäquaten Umgang mit belastenden Situationen sowie die Problemlösungskompetenzen der SchülerInnen. Selbstwertgefühl, Toleranz und Gemeinschaft sind deshalb zentrale Themen des Programms. Durch die Vermittlung persönlicher und sozialer Lebenskompetenzen (z.B. Kooperationsfähigkeit, Kommunikationsfertigkeiten) und spezifischer protektiver Fertigkeiten (z.B. Problembewältigung, Stress-Management) soll mit Hilfe dieses Programms der Erstkonsum von Drogen zeitlich verzögert bzw. ein schon bestehender Konsum von Substanzen und Drogen reduziert werden.

Mit Hilfe des Programms sollen den SchülerInnen in drei Bereichen spezifische Lebenskompetenzen vermittelt werden:

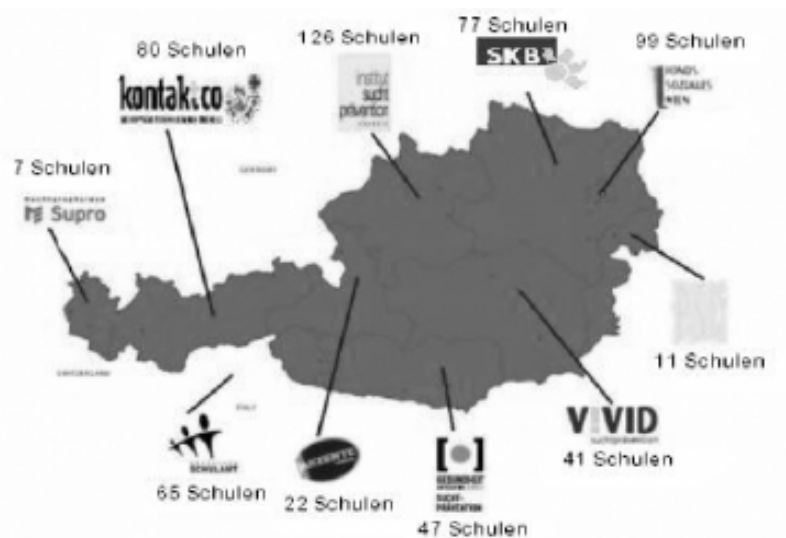
- **Ich** [Sich selbst kennen lernen, Selbstvertrauen, Eigenverantwortung]
- **Ich und die Anderen** [Verständigung, Gruppe, Beziehungen]
- **Ich und meine Umwelt** [Erkennen, Handeln, Vorausschauen]

Ziele

Das Programm „Eigenständig werden“ verfolgt insgesamt drei Ziele und hat mittlerweile in Österreich eine große Verbreitung gefunden (Abbildung 46):

1. Dem Kind schrittweise die nötigen Lebenskompetenzen zu vermitteln, die ihm helfen, sich in der heutigen Welt zurechtzufinden und auch unvorhergesehenen Situationen kompetent zu begegnen.
2. Durch gezielte Gesundheitsförderung kontinuierlich gesundheitsrelevante Ressourcen zu fördern und in weiterer Folge Unfällen, Verhaltensstörungen, Suchtverhalten, Misshandlungen und sexuellem Missbrauch vorzubeugen.
3. Zwischen der Schule, der Familie und dem sozialen Umfeld des Kindes partnerschaftliche Beziehungen aufzubauen und zu fördern.

Abbildung 46: Verbreitung des Projekts „Eigenständig werden“ in Österreich



Umsetzung

Insgesamt besteht das Programm aus 42 Unterrichtseinheiten für die Klassenstufen 1-4. Das Unterrichtsprogramm „Eigenständig werden“ besteht aus:

- einem Handbuch für Lehrkräfte mit pädagogischen Überlegungen, didaktischen Hinweisen und Anregungen für die Zusammenarbeit mit den Eltern und der
- Sammlung von je 10 – 12 Unterrichtseinheiten pro Schuljahr zu den Themenbereichen: Ich / Ich und die anderen / Ich und meine Umwelt.

Ergebnisse

Die vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) durchgeführte Evaluation zeigt, dass die Teilnahme am Programm zu einer Verbesserung des Klassenklimas und zu einer Abnahme von Gewalthandlungen unter den SchülerInnen geführt hat. Zudem hat das Programm ein hohes Maß an Akzeptanz durch die LehrerInnen erfahren.

Zusatzinformationen

In Österreich wurde das Programm „Eigenständig werden“ in einer Pilotphase (2002-2006) von SUPRO²⁶ als Koordinator in Kooperation mit den Suchtpräventionsstellen in den Bundesländern - gefördert von FGÖ und Mentor Privatstiftung – umgesetzt. Eine österreichweite Umsetzung erfolgt derzeit (2006-2009), getragen von Rotary, Mentor Privatstiftung, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (bm:ukk) und der ARGE Suchtvorbeugung.

Weitere Informationen

<http://www.eigenstaendig.net>

6.4 „Klasse!“

Ausgangssituation

„KLASSE!“ ist ein Bündel von Maßnahmen und Materialien, die für die 9. Schulstufe entwickelt wurden, mit dem Ziel, die psychosoziale Gesundheit zu fördern. Im Rahmen von Schulungen und Reflexionstreffen werden engagierte Klassenvorstände durch das Schuljahr begleitet und dabei unterstützt, zusammen mit den KlassensprecherInnen ein gutes Klassen- und Lernklima zu schaffen. Das Projekt dient neben der Förderung des Klassenklimas auch dem Umgang mit psychosozialen Problemen, wobei Selbstachtung und -vertrauen, gute Freunde haben und ein kompetentes Helfernetz in schwierigen Zeiten wichtige Säulen der psychosozialen Gesundheit darstellen.

Ziel

Mit dem Projekt sollen Kompetenzen zur Problembewältigung aufgebaut und aus Problemen resultierenden Verhaltensweisen wie Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen, suizidales Verhalten, etc. präventiv entgegengewirkt werden.

Umsetzung

Im Rahmen eines Schuljahres werden wiederholt praxiserprobte und bewährte pädagogische Maßnahmen gesetzt, die dazu beitragen, dass in der Klasse und in der Beziehung zum Klassenvorstand ein Klima der Offenheit, des gegenseitigen Respekts und Vertrauens entstehen kann. Viele der angebotenen Methoden eignen sich zur Bearbeitung vorhandener Konflikte, wobei in gravierenden Fällen auch externe MediatorInnen beigezogen werden können.

26 Vgl. www.supro.at

Bei der Entwicklung des Programms wurde darauf geachtet, dass diese Aktivitäten gut in die üblichen schulischen Tätigkeiten und Rahmenbedingungen integrierbar sind und keinen großen Zusatzaufwand erfordern. Dies gilt auch für Tätigkeiten, die im Sinne des Peer-Gedankens von den KlassensprecherInnen umgesetzt werden können.

Insgesamt besteht das Projekt aus folgenden Elementen:

- Einführungstreffen für interessierte Klassenvorstände
- Wahl geeigneter KlassensprecherInnen
- Schulung und Reflexionstreffen für die Klassenvorstände
- Klassenworkshops
- Aktivitäten der KlassensprecherInnen
- Unterrichtseinheiten zum Sozialen Lernen
- Klasseneinsatz externer Fachleute

Zusatzinformationen

In Österreich wurde das Programm „KLASSE!“ von kontakt & co Suchtprävention Jugendrotkreuz (Innsbruck) in enger Kooperation mit dem Psychiatrischen Krankenhaus Hall, gefördert von FGÖ und Rotary-Club Tirol, umgesetzt.

<http://www.kontaktco.at>

6.5 „Positive Konfliktbewältigung durch Schülermediation“

Ausgangssituation

Ausgangspunkt waren Konflikte zwischen SchülerInnen an einer Haupt- und Realschule. LehrerInnen haben aus diesem Grund private Fortbildungen zum Thema alternative Konfliktlösungen besucht. Ausgelöst durch einen Fernsehbeitrag zum Thema Schulmediation wurde Kontakt zur Kinder- und Jugendanwaltschaft aufgenommen und in Folge unter deren Begleitung dieses Projekt ins Leben gerufen.

Ziele

Ziel dieses Projektes war es, die SchülerInnen zu befähigen, selbstständig Konflikte zu bewältigen und damit zum vorbeugenden Aggressionsabbau beizutragen. MediatorInnen sollten dazu Streitpunkte erkennen, am Konflikt ohne "Autoritäten" arbeiten, Kompromisse finden und Konfliktlösungen ohne Verlierer schaffen.

Umsetzung

Das Projekt startet damit, dass ausgewählte LehrerInnen und SchülerInnen zu MediatorInnen ausgebildet werden. Inhalte dieser Ausbildung sind:

- Erlernen des aktiven Zuhörens und konstruktiven Fragestellens
- Erkennen von möglichen Konfliktursachen und Konfliktlösungen
- Persönlich neue, gewaltfreie Konfliktlösungsmodelle zu erlernen und im Sinne der Peer Education weiter zu tragen.

Die Aus- und Weiterbildung der SchülerInnen erfolgte - in Absprache mit den Eltern - an gewidmeten Projekttagen. Anschließend wurden die MediatorInnen und deren Aufgabenstellung innerhalb der Schule vorgestellt und bekannt gemacht.

Die Mediationen erfolgen - größtenteils in der Freizeit (Schulpausen) - in der Eigenverantwortung der SchülerInnen, wobei monatliche Jour Fixe und Coachings für die MediatorInnen abgehalten werden und den SchülerInnen ein eigener Raum zur Streitschlichtung zur Verfügung gestellt wurde.

Ergebnisse

Ganz allgemein konnten an der Schule Verbesserungen beobachtet werden, die das Klassen- und Schulklima betreffen. Zusätzlich hat das Projekt zu einer Entlastung der LehrerInnen, zu einer verbesserten Kommunikation unter den LehrerInnen und zu einer raschen und nachhaltigen Konfliktbewältigung geführt.

Zusatzinformationen

Das Projekt wurde 2004 mit dem 1. Preis des Österreichischen Jugendrotkreuzes in Partnerschaft mit dem UNIQA VitalClub GutDrauf-Gesundheitspreis für Tirol prämiert.

6.6 „Macht Schule krank?“

Ausgangssituation

Im Rahmen des Ausbildungsschwerpunktes Umweltökonomie wurde in der 4. Klasse einer höheren Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe der Frage nach krankheits-erregenden Umweltschadstoffen nachgegangen. Im Zuge dessen wurde die unmittelbare Schulumwelt ins Visier genommen und diverse ungesunde Zustände aufgedeckt.

Ziele

Ziel dieses Projektes war das Erheben des Gesundheitszustandes der SchülerInnen und LehrerInnen sowie das Ausarbeiten von Verbesserungsvorschlägen und vorbeugenden Maßnahmen zur Erhaltung und Steigerung der Gesundheit.

Umsetzung

Sechs Teams erarbeiteten zu sechs Themen (Stress, Schulangst, Bildschirmarbeit, Sucht, Haltung, Klassenklima) Fragen für einen Fragebogen, holten Informationen von ExpertInnen, Institutionen, Büchern und Internet ein und entwarfen Übungen und Tipps für Verbesserungen. Zwei SchülerInnen übernahmen die Projektleitung unter der Betreuung einer Lehrkraft. Mittels Fragebogen wurden in der Schule der Gesundheitszustand und etwaige Verbesserungsmöglichkeiten erhoben.

Ergebnisse

Innerhalb des einjährigen Projektes konnten folgende Verbesserungen umgesetzt werden:

- schlecht beheizte Containerklassen konnten mit Thermostaten und Luftbefeuchtern ausgestattet werden
- in den Schulklassen wurden Sitzbälle zur Verfügung gestellt, damit die SchülerInnen ihre Sitzposition verändern können
- alle SchülerInnen führen zu Beginn der 3. und 6. Unterrichtseinheit Haltungs- und Entspannungsübungen durch
- zur Bewältigung von Konflikten werden ausgebildete MediatorInnen hinzugezogen, die mit der gesamten Klasse Konfliktlösungsstrategien erarbeiten
- Adressen von Beratungs- und Servicestellen bei Suchtproblemen und psychischen Problemen wurden in den einzelnen Schulklassen bekannt gegeben
- SchülerInnen und LehrerInnen bekamen eine Einschulung für Übungen zur Entlastung der Augen nach anstrengender Bildschirmarbeit

Eine Befragung der SchülerInnen hat ergeben, dass es durch diese Veränderungen zu spürbaren Verbesserungen gekommen ist.

Zusatzinformationen

Das Projekt wurde 2002 mit dem 2. GutDrauf-Gesundheitspreis des Landes Oberösterreich prämiert.

Ausgewählte Adressen und Links

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Radetzkystraße 2, 1030 Wien
t +43 1 711 00-0
f +43-1/711 00-14300
h www.bmgfj.gv.at

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

Minoritenplatz 5, 1014 Wien,
t +43 1 53 120-0
f +43 1 53 120-3099
h www.bmukk.gv.at

GIVE - Servicestelle für Gesundheitsbildung

Waaggasse 11, 1040 Wien
t +43 1 58 900-372
f +43 1 58 900-379
h www.give.or.at

Fonds Gesundes Österreich

Mariahilfer Straße 176, 1150 Wien
t +43 1 8950400-10
f +43 1 8950400-20
h www.fgoe.org

Schulische Gesundheitsförderung

Gesunde Schule in Österreich

Freyung 1, 1014 Wien
t +43 1 53120 2573
www.bmukk.gv.at/schulen/pwi/init/gesundheitsfoerderung_schule.xml
www.give.or.at

Kärntner Gebietskrankenkasse – Servicestelle Schule

Kempferstr. 8, 9021 Klagenfurt
t +43 50 5855-1000
f +43 50 5855-2539
h www.kgkk.at

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse - Servicestelle Schule

Dr. Karl-Renner Promenade 14-16, 3100 St.Pölten
t +43 2742 899-6216
f +43 2742 899-6280
h www.noegkk.at

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse - Servicestelle Schule

Gruberstraße 77, 4021 Linz
t +43 732 7807-3254
f +43 732 7807-2680
h www.oogkk.at

Salzburger Gebietskrankenkasse - Servicestelle Schule

Faberstraße 19-23, 5024 Salzburg
t +43 662 8889-428
f +43 662 8889-293
h www.sgkk.at

Steiermärkische Gebietskrankenkasse - Servicestelle Schule

Josef-Pongratz-Platz 1, A-8010 Graz
t +43 316 8035-1310
f +43 316 8035-661938

h www.stgkk.at

Tiroler Gebietskrankenkasse - Servicestelle Schule

Klara-Pölt-Weg 2, 6020 Innsbruck
t +43 5 9160-0
f +43 5 9160-300
h www.tgkk.at

Vorarlberger Gebietskrankenkasse - Servicestelle Schule

Jahngasse 4, 6850 Dornbirn
t +43 50 8455-0
f +43 50 8455-1040
h www.vgkk.at

Wiener Gebietskrankenkasse - Servicestelle Schule

Wienerbergstrasse 15-19, A-1100 Wien
01/601 22-3777
01/602 46-13
<http://www.wgkk.at>

Sucht

Österreichische ARGE für Suchtvorbeugung

h www.suchtvorbeugung.net

PSD - Psychosozialer Dienst Burgenland

Hauptstraße 43/2/5, 7000 Eisenstadt
t +43 2682 62958
f +43 2682 62958-4
h www.sucht-drogen-psyche.at

Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

Bahnhofstraße 24/ 5, 9020 Klagenfurt
t +43 463 536 312-82
f +43 463 536 312-80
h www.gesundheit-kaernten.at

Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ (Gesundheitsforum NÖ)

Kremsergasse 37/3, 3100 St. Pölten
t +43 2742 31440
f +43 2742 31440-19
h www.suchtvorbeugung.at

Institut für Suchtprävention / Oberösterreich

Hirschgasse 44, 4020 Linz
t +43 732 778936-0
f +43 732 778936-20
h www.praevention.at

AKZENTE Suchtprävention Fachstelle für Suchtvorbeugung / Salzburg

Glockengasse 4c, 5020 Salzburg
t +43 662 849291
f +43 662 849291-16
h www.akzente.net

VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark

Hans-Sachs-Gasse 12/II, 8010 Graz
t +43 316 823300
f +43 316 823300-5
h www.vivid.at

kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz /Tirol

Bürgerstraße 18, 6020 Innsbruck
t +43 512 585730
f +43 512 585730-20
h www.kontaktco.at

Sucht- und Drogenkoordination gemeinnützige GmbH Institut für Suchtprävention / Wien

Guglgasse 7-9, 1030 Wien,
t +43 1 4000 66710
f +43 1 4000-7977

Supro - Werkstatt für Suchtprophylaxe Stiftung Maria Ebene / Vorarlberg

Moosmahlstraße 4, 6850 Dornbirn
t +43 5572 55155,
f +43 5572 55155-15
h www.supro.at

Schulpsychologie

Schulpsychologie

Abteilung V/4 des bm:ukk
Freyung 1, 1014 Wien,
t +43 1 53120-2583 / 2584
h www.bmukk.gv.at/schulpsychologie-bildungsberatung

Schulpsychologie Burgenland

Kernausteig 3, 7001 Eisenstadt
t +43 2682 710/131
h www.lsr-bgld.gv.at/abteilungen/abteilungviii/index.html

Schulpsychologie Kärnten

Kaufmannngasse 8, 9020 Klagenfurt
t +43 463 56 6 59
h www.schulpsychologie-kaernten.ksn.at

Schulpsychologie NÖ

Rennbahnstraße 29, 3109 St. Pölten
t +43 2742 280 4700
h www.schulpsychologie.lsr-noe.gv.at

Schulpsychologie Oberösterreich

Sonnensteinstraße 20, 4041 Linz Postfach 107
t +43 732 7071 2321
h www.lsr-ooe.gv.at/schulpsychologie/default.htm

Schulpsychologie Salzburg

Aignerstraße 8, 5026 Salzburg
t +43 662 8083 4221
h www.land.salzburg.at/landesschulrat/service/schulpsychologie.htm

Schulpsychologie Steiermark

Körblergasse 23, 8015 Graz
t +43 316 345 199
h www.lsr-stmk.gv.at/cms/ziel/381129/DE/

Schulpsychologie Tirol

Müllerstraße 7, 6020 Innsbruck
t +43 512 57 65 61
h www.schulpsychologie.tsn.at/

Schulpsychologie Vorarlberg

Bahnhofstraße 12, 6900 Bregenz
t +43 5574 4960 211
h www.lsr-vbg.gv.at/index.php?id=13

Schulpsychologie Wien

Wipplingerstraße 28, 1010 Wien
t +43 1 52-525 77505,
h www.magwien.gv.at/ssr/abt5/index.htm

Weitere Adressen und Links sind auf der Homepage des GIVE (unter: Datenbank → Organisationen) zu finden. Abfragen können dabei sowohl themen- als auch bundeslandspezifisch erfolgen.

Literatur

- American Academy of Pediatrics (2001). Children, Adolescents, and Television. *Pediatrics*, 107:423-426.
- Andersen R.E., Crespo C.J., Bartlett S.J., Cheskin L.J., Pratt M. (1998). Relationship of Physical Activity and Television Watching With Body Weight and Level of Fatness Among Children. *Journal of the American Medical Association*, 279:938-942.
- Andersen, A., Holstein, B. Hansen E.H. (2006). Is Medicine Use in Adolescence Risk Behaviour? Cross-Sectional Survey of School-Aged Children from 11 to 15. *Journal of Adolescent Health* 39:362-366.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Aroe, L.E., Wold, B., Kannas, L., Rimpelä, M. (1986). Health behavior in school children. A WHO cross national survey. A presentation of philosophy, methods and selected results of the first survey. In: *Health Promotion International*, 1, S. 17-33.
- Atkinson, M., Hornby, G. (2002). *A Mental Health Handbook for Schools*. Routledge: London.
- Beck, U. (2004). *Entgrenzung und Entscheidung: was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?*, 1.Aufl., Frankfurt am Main.
- Beck, U. (Hg.) (1997): *Kinder der Freiheit*. Frankfurt am Main.
- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F.A., Potreck-Rose, F., Stegie, R., Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. In: *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 53:83-93.
- Benkert, I, Gödicke, R, Schulze, I (2003): *Zur gesundheitlichen Situation Leipziger Schulanfänger*. Stadt Leipzig.
- Biddle S., Sallis J., Cavill N. (1998). Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, (Eds.). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority.
- Blum, A. (1997). Cancer prevention: preventing tobacco related cancers, in: De Vita, V. T., Hellmann, S., Rosenberg, S. A. (Eds.). *Cancer: Principles and Practice of Oncology*: 1545-557, Lippincott, Philadelphia.
- BMGF (2003). *Rauchen, Alkohol, Cannabis*. BMGF & LBIMGS. Wien. (HBS Factsheet Nr.1)
- Bohrn, K., Bohonnek, A. (1998). *Substanzenkonsum und –missbrauch im Kindes- und Jugendalter*.
- Bolte, G., Mielck, A. (2004). *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*. Juventa: München, Wien.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Springer, Berlin.
- Bourdieu, P. (1988). The forms of Capital. In: Richardson, J (Ed): *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Westport.
- Breinbauer, C., Maddaleno, M. (2005). *Youth: Choices and Chance. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents*. Panamerican Health Organization PAHO, Washington.
- Brener ND, Simon TR, Krug EG, et al. (1999). Recent trends in violence-related behaviors among highschool students in the United States. *Journal of American Medical Association* 282:440-446.
- Brownson R.C. et al. (1993). Cigarette smoking and adult leukaemia. A meta-analyses. In: *Archives of Internal Medicine* 153:469-475.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (Hg.) (2002). *Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Bonn.
- Buser K, Werner S, Volk P. (1998). Krankheit und soziale Lage – Sonderfall Neurodermitis. *Gesundheitswesen* 60:311-316.
- Calabrese, R. L. (1987). Alienation: its causes and impact on adolescent health. *The High School Journal* 70:14-18.
- Cantril, H. (1965): *The pattern of human concern*, Rutgers University Press, Chapel Hill
- Centers for Disease Control (1992). *Physical Fighting Among High School Students – United States, 1990*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41(06): 91-94, February 14.
- Centers for Disease Control and Prevention (1996). *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating.
- Cheung SK (1995). Life events, classroom environment, achievement expectation, and depression among early adolescents. *Soc Behav Pers* 23:83-91.
- Cole DA, Martin JM, Powers B. (1997). A competency-based model of child depression: a longitudinal study of peer, parent, teacher, and self-evaluations. *J Child Psychol Psychiatry* 38:505-514.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey, *British Medical Journal*, Vol.320: 1240-1243.
- Coleman, J. S. (1991). Soziales Kapital. In ders.: *Grundlagen der Sozialtheorie. Handlungen und Handlungssysteme*, München.
- Coleman, P., Collinge, J. (1991). Internal and external influences affecting school improvement. In: S. 262-285.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behaviour among college students and youth: evaluating the evidence. *J Stud Alcohol*, 14 Suppl, 101-117.
- Costello EJ, Compton S, Keeler G, Angold A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2023 – 2029.
- Council of Minister of Education, Canada, (2003). Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS study, factors influencing knowledge, attitudes and behaviours.
- Craig WM. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences* 24: 123-130.
- Cunney, KA., Perri, M. (1991): Singel item versus multiple items measures of health related quality of life. In: *Psychol Rep*, 69.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R & Todd J. (Eds) (2000). Health and health behaviour among young people. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, Issue 1. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Currie et al. (2005). Health Behaviour in School-aged Children. A World Health Organisation Cross-National Study. Research Protocol for the 2005/06 Survey, University of Edinburgh.
- Currie, C., Boyce, W., Smith, R., Samdal, O. (2001). Health Behaviour in School-aged Children. A World Health Organisation Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey, WHO Copenhagen and University of Edinburgh.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. (2004). Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Dahlgren G, Whitehead M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies.
- De Wit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 745-750.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. (2002). Leitlinien der DGFKJ. München.
- Dietz W. (1991). Factors Associated with Childhood Obesity. *Nutrition*, 7:290-291.
- Dietz W.H., Gortmaker S.L. (1985). Do We Fatten Our Children at the Television Set? Obesity and Television Viewing in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 75:807-812.
- Dietz, W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. In: *Pediatrics* 101 (Suppl.). 518-525.
- Dishion TJ, Loeber R. (1985). Adolescent marijuana and alcohol use: the role of parents and peers revisited. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11(1-2):11-25.
- Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J (2003). Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J. Epidemiol. Community Health* 57(9): 692-698.
- Duncan GJ, Brooks-Gunn J (1997). Consequences of growing up poor. New York: Russell Sage Foundation.
- Duncan SC, Duncan TE, Hops H (1998). Progression of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescence. *J Behav Med* 1998, 21 (4): 375-88.
- Dür W., Huter, D., Kernbeiss, G., Pelikan, JM. (1997). Das Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen und das Setting Schule. Wien, Februar 1997, Reihe des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, 3/97.
- Dür, W. (2007). Gesundheit und Empowerment in der schulischen Erziehung. Eine systemtheoretische und empirische Untersuchung zur Gesundheitsförderung in der Schule. Habilitationsschrift. Wien.

- Dür, W., Fürth, K., Griebler, R. (2006a). Strategien der Schule zur Kompensation importierter und Reduktion intern erzeugter gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen; in: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden.
- Dür, W., Fürth, K., Griebler, R. (2006b). *Kinder- und Jugendgesundheitsbericht Kärnten*. Amt der Kärntner Landesregierung, Klagenfurt.
- Dür, W., Griebler, R. (2004). Partizipative Strukturen in der Schule, soziale Ungleichheit und die Gesundheit der Schüler/innen. Ergebnisse der österreichischen HBSC-Studie. In: *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden, 97-120.
- Dür, W., Grossmann, W., Bauer, M. (2002b). Ansatzpunkte für die Raucherprävention bei 15-jährigen Schülerinnen und Schülern auf nationaler und schulischer Ebene. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25, 4. S.5-16.
- Dür, W., Mravlag, K. (2002a). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6.WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. Wien: LBIMGS.
- Dür, W., Mravlag, K. (2002b). Gender and smoking in young people in Austria, in: Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes, L., Van den Broucke, S. (Hg.): *Gender differences in smoking in young people*. Brussels: The Flemish Institute for Health Promotion. S. 67-93.
- Dür, W., Fürth, K., Indra, K., Wimmer, M. (2004). Männer, Frauen, Rauchen. In: Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (HG.): *Sucht und Geschlecht in Österreich*, Wiener Universitätsverlag, Wien.
- DuRant RH, Kahn J, Beckford PH, et al. (1997). The association of weapon carrying and fighting on school property and other health risk and problem behaviors among high school students. *Archive Pediatric Adolescent Medicine*, 1997; 151:360-366.
- Dwyer, JT: (1993). Childhood, youth and old age. In: Garrow JS, James WPT, eds. *Human nutrition and dietetics*. Edinburgh, Churchill-Livingstone.
- Eder, A. (1991). Gesundheitsverhalten als Lebensstil. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen ungünstigem Gesundheitsverhalten und der psychosozialen Situation von 11-, 13- und 15-jährigen österreichischen Schülerinnen und Schülern. Forschungsbericht an das Bundeskanzleramt zum Thema "Gesundheitsverhalten von Schülern". Ein Forschungsprojekt der WHO, durchgeführt von der österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit, im Auftrag des Bundeskanzleramtes. Tabellenband. Wien.
- Eder, A. (1998). *Risikofaktor Einsamkeit*. Wien: Springer.
- Ellsäßer G (2002). Kinderunfälle – Konsequenzen für die Prävention. In: *Forum Public Health, Kinder und Jugendliche* 37, Urban & Fischer Verlag GmbH, Jena (www.urbanfischer.de/journals/phf)
- Elvers HD, Borte M, Herbarth O (2004). Besser arm und gesund als reich und krank?. Zur Allergieentstehung im frühen Kindesalter und deren Zusammenhang mit der Sozialschichtzugehörigkeit. Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.). *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 121-150.
- Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Nickel, J. (2006). School and School Environment as a Determinant for Psychosomatic Complaints, *Psychother Psych Med* 2006; 56, DOI: 10.1055/s-2006-934245.
- EU-Greenpaper (2005). *Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union*. Brüssel.
- Facy, F. (2000). La place de l'alcool dans la morbidité et la mortalité des jeunes", [Place of alcohol morbidity & mortality of young people]. In Navarro F., Godeau E. & Vialas C. (Eds.), *Actes du colloque les jeunes et l'alcool en Europe*. Toulouse: Editions Universitaires du Sud.
- Ferdinand, R.F., Sondejker, F., van der Ende, J., Selten, J.P., Huizink, A., Verhulst, F.C. (2005). Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. In: *Addiction*. 2005/05, 100, 5, 612-8.
- Finn J D (1989). Withdrawing from school. *Review of Educational Research*, 59(2), 117-142.
- Flodmark, C.-E., Lissau, I., Moreno, L.A., Pietrobelli, A., Widhalm, K. (2004). *Pediatric Highlight: New insights into the field of children and adolescents*.
- Foster EM (2002). How economists think about family resources and child development. *Child Development* 73: 1904–1914.
- Franzoi, SL. (1995). The body-as-object versus the body-as-process: Gender differences and gender considerations. *Sex Roles* 33:417-437.
- Ge X, Elder Jr. GH, Regnerus M, Cox C. (2001). Pubertal transitions, perceptions of being overweight and adolescents' psychological maladjustment: gender and ethnic differences. *Social Psychology Quarterly* 64:363-375.
- Geiger L., Künzel W. (1995). Kariesprävalenz und Sanierungsgrad deutscher und ausländischer Schulkinder in Bielefeld 1994, *Oralprophylaxe* 17, 12.

- Giddens, Anthony (1999). Soziologie, Graz (Nausner und Nausner).
- Gore S, Aseltine RH Jr. (1995). Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *Am J Community Psychol*; 23: 301-327.
- Griebler, R, Dür, W (2007). Bewegte Jugend? HBSC-Studie zu Bewegung und Gesundheit. In: Zeitschrift für Bewegungserziehung, Jahrgang 61, 1: 27-29.
- Hallal, PC, Wells, JCK, Reichert, FF, Anselmi, L, Victora, CG (2006). Early determinants of physical activity in adolescence: prospective birth cohort study. *BMJ*;332:1002-1007.
- Harnach, L., Stang, J., Story M. (1999). Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *Journal of the American Dietetic Association*.
- Hashima PY, Amato PR (1994). Poverty, social support, and parental behavior. *Child Development*, 65, 394 – 403.
- Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aroe LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health* 11:4-10.
- Hawton K, Faggs J, Simkin S. (1996). Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976-1993. *Br J Psychiatry*; 169: 202-8.
- Heinrich J, Popescu MA, Wjst M. et al. (1998). Atopy in children and parental social class. *American Journal of Public Health* 88: 1319-1324.
- Hernandez B., Gortmaker S.L., Colditz G.A., Peterson K.E., Laird N.M., Parra-Cabrera S. (1999). Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *International Journal of Obesity*, 23: 845-854.
- Holstein, B.; Hansen E.H., Due P. (2004). Inequalities; Social class variation in medicine use among adolescents. In: *European Journal of Public Health* 14:49-52.
- Honkala E et al. (2000). A case study in oral health promotion. In: *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels and Luxemburg, International Union for Health Promotion and Education.
- Houston TP, Kolbe LJ, Eriksen MP. (1998). Tobacco-use cessation in the 90s- not "adults only" anymore. *Prev. Med.* 27(5.3): A1-A2.
- Hoyert DL, Kochanek KD, Murphy SL. Deaths (1999). *National vital statistics reports*; vol. 47 no. 19. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1999.
- Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Hurrelmann, K., Laaser, G. (1993). *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Forschung, Lehre und Praxis*, Weinheim Basel.
- Hurrelmann, K., Leppin, A., Nordlohne, E. (1994). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule*. In: Rosenbrock, R., Kühn, H., Köhler, B. M. (Hg.): *Präventionspolitik: gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin: Edition Sigma. S. 283-304.
- Idler, E.L. (1992). Self-assessed health and mortality: a review of studies. In: Maes, S., Leventhal, H., Johnston (Hg.): *International Review of health psychology*. New York: Wiley.
- Idler, E.L., Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *IN: Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Idler, E.L., Kasl, S.V. (1995). Self ratings of health: do they also predict change in functional ability? In: *Psychol Sci Soc Sci*.
- International Agency for Research on Cancer (2004). Press Release N° 152. 28 May 2004.
- Janssen I., Katzmarzyk P.T., Boyce W., Vereecken C., Mulvihill C., Roberts C., Currie C., Pickett W. and the Health Behaviour in School-Aged Children Obesity Working Group. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6: 123-132.
- Jessor R, Jessor S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph*. March 30:102-109.
- Jessor, R. (1991): Risk behaviour in adolescence: a psychological framework for understanding and action, *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Johnston, L. D., O' Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2002). *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2001. Volume: Secondary School Students*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health.
- Kandel, D. B., & Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83, 851-855.


- Katschnig, H., Denk, P., Scherer, M. (2004). Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien.
- Kaufmann, Jean-Claude (2005). Die Erfindung des Ich. Eine Theorie der Identität, Konstanz.
- Kelder,SH, Perry,CL, Klepp,KI, and Lytle,LL (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *Am J Public Health* 84(7):1121-1126.
- Kilpatrick M, Ohannessian C, Bartholomew JB. (1999). Adolescent weight management and perceptions: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent health. *Journal of School Health* 69(4):148-152.
- King A, Wold B, Tudor-Smith C & Harel Y. (1996). The Health of Youth: A cross-national survey. WHO Regional Publications, European Series No. 69.
- Kisser, C. (1999). Vereinbaren statt Anordnen. Leitfaden zur Erstellung von Vereinbarungen zwischen den Schulpartnern. Wien, Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten.
- Klein, R. (2005). Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Einschulkindern im Saarland. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales.
- Klocke, A. (2001). Die Bedeutung von Armut im Kindes- und Jugendalter. Ein europäischer Vergleich, S. 272-290. In: Andreas Klocke und Klaus Hurrelmann (Hg.): *Kinder und Jugendliche in Armut*. 2. Aufl. Opladen.
- Kraut R., Patterson M., Lundmark V., Kiesler S., Mukopadhyay T., Scherlis W. (1998). Internet Paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53:1017-1031.
- Kromer, Ingrid (2002). Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002, Magistrat der Stadt Wien.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 807–818.
- Kron, Thomas (Hrsg.) (2000). Individualisierung und soziologische Theorie, Opladen.
- Lamkin L, Houston TP. (1998). Nicotine dependency and adolescents: Preventing and treating. *Prim. Care*, 25(1): 123-35.
- Land, K. C. (2005). 2005 Report. The Foundation for Child Development Index of Child Well-Being (CWI), 1975-2003 with Projections for 2004. A composite index of trends in the well-being of our Nation´s children. Duke University.
- Lescohier, I.; Scavo Gallagher, S. (1996). Unintentional injury. In: DiClemente RJ, Hanson WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York, Plenum Press.
- Lorant, P., Gredler, B., Frassine, I., Schoberberger, R. (1986). Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen Schülern. Bericht der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit über den österreichischen Beitrag zur Internationalen WHO-Studie 1983. Wien: ÖAV.
- Lowry R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L. (2002). Weight management goals and practices among U.S. high school students: associations with physical activity, diet and smoking. *Journal of adolescent Health* 31:133-144.
- Lucas, S.R., Platts-Mills, T.A. (2005). Physical activity and exercise in asthma: relevance to etiology and treatment. In: *The Journal of allergy and clinical immunology*. 115, 5, 928-34.
- Ludwig, Ds./ Peterson, Ke./ Gortmaker, Sl. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*.
- Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P,et al. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child wellbeing. In: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40(12):1367–1374.
- Ma G.S., Li Y.P., Hu X.Q., Ma W.J., Wu J. (2002). Effect of Television Viewing on Pediatric Obesity. *Biomedical and Environmental Sciences*, 15: 291-297.
- Malina R. (1996). Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67(3),1–10.
- Mancini, N. M. et al. (1993). Early Effects of Short-Time Cigarette Smoking on the Human Lung: A Study of Bronchoalveolar Lavage Fluids. *Lung* 171: 277-291.
- Marlett,JA, McBurney,MI, and Slavin, JL (2002). Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc* 102(7):993-1000.
- McCabe MP, Ricciardelli LA, Finemore J. (2002). The role of puberty, media and popularity with peers on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *Journal of Psychosomatic Research* 52:145-153.
- McLeod J, Nonnemaker J (2000). Poverty and child emotional and behavioral problems: Racial-ethnic differences in processes and effects. *Journal of Health and Social Behavior* 41: 137–161.

- McLoyd VC (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185–204.
- Mendelson MJ, Mendelson BK, Andrews J. (2000). Self-esteem, body esteem, and body-mass in late adolescence: is a competence x importance model needed? *Journal of Applied Developmental Psychology* 21:249-266.
- Mielck A, Reitmeir P, Wjst M. (1996). Severity of childhood asthma by socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology* 25: 388-393
- Mielck, A., Helmert, U. (1994). Krankheit und Soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West- Deutschland. In: Mielck, A. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, S. 93 - 115.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, eds. (2004). *Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 2004*.
- Moolchan ET et al. (2000). A review of tobacco smoking in adolescents: Treatment implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6): 682–693
- Moon TR, Callahan CM (1999). Reliable distinctions in attitudes towards school. *Research in Middle Level Education Quarterly* 22 (4): 59-72.
- Mortimore, P. (1998). *The Road to Improvement: Reflections on school effectiveness*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Mossberg, H.O. (1989). 40 year follow up of overweight children. In: *Lancet* 2, 491-493.
- Mur I (2006). Developing Youth Care: the challenge of integrated school health promotion, *International Journal of Integrated Care*, Vol. 6, 6.
- Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, Stein A. (1999).. The socioemotional Development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(8):1259–1271.
- Must, A. (1996). Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. In: *American Journal of Nutrition*, 63: 445-447.
- Naidoo, J., Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung / Verlag für Gesundheitsförderung.
- Natvig GK, Albrektsen G, Qvarnstrøm U (2003). Methods of teaching and class participation in relation to perceived social support and stress: Modifiable factors for improving health and well-being among students. *Educational Psychology*, 23, 261-274.
- Natvig GK, Albrektsen G, Anderssen N, Qvarnstrøm U (1999). School-related stress and psychosomatic symptoms among school adolescents. *Journal of School Health*, 69, 362–368.
- Németh Á, Bodzsár ÉB, Aszmann, A. (2002). Maturation status and psychosocial characteristics of Hungarian adolescents (in English). *Anthropológiai közlemények* 43:85-94.
- Nörber, Martin (Hg.)(2002). *Peer Education*, Weinheim.
- Nordlohne, E. (1992). *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung: Alkohol, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter*. Juventa, Weinheim, München.
- Nutbeam, D., Aaro, E., Wold, B. (1991). The lifestyle concept and health education with young people. In: *World Health Statistics Quarterly*, 44, S. 55-61.
- Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L., Baumann, A. (1993). Warning: Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. In: *Journal of paediatrics and child health*, Vol. 29, 25–30.
- O’Dea JA, Abraham S. (1999). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight and age. *Adolescence* 34:670-679.
- Olweus D. (1994). Bullying at school: long term outcomes for the victims and an effective school based intervention program. In: Huesmann LR ed. *Aggressive Behavior: Current Perspectives*. New York, Plenum Press; 1994:97 130.
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Pepler D, Rubin K (eds). *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp 411-488, 1991.
- Parfitt K, ed. (1999). *Martindale - The complete drug reference*. 32nd ed., The Pharmaceutical Press, London.
- Parfitt, G., Eston, R. (2005). Investigating the relationship between children’s habitual activity level and well-being. *Acta Paediatrica*, 94, 1-7.
- Pate R., Trost S., Williams C. (1998). Critique of existing guidelines for physical activity in young people. In: Biddle S., Sallis J., Cavill N. (Eds.). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority.


- Pelikan, J.M. (2007). Understanding Differentiation of Health in Late Modernity by Use of Sociological Systems Theory, in: McQueen, D. et al.: Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion, Springer Science and Business, New York
- Pepler DJ, Craig WM, Connolly J. (1997). Bullying and victimization: the problems and solutions for school-aged children. Ottawa: National Crime Prevention Council of Canada
- Pepler DJ, Craig WM. (2000). Making a difference in bullying. LaMarsh Report. Toronto: LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, Canada.
- Perkins, H. W. (2002). Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 1 relations.
- Pesa, J., Syre, T.R. & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associates with body weight among female adolescents: the importance of body image. In: Journal of Adolescent Health, 26, 330-337.
- Petterson SM, Albers AB (2001). Effects of poverty and maternal depression on early child development. In: Child Dev 72(6):1794–1813.
- Pirouznia, M (2001). The influence of nutrition knowledge on eating behaviour – The role of grade level. Nutrition & Food Science, 2001.
- Poikolainen, K., Tuulio-Henriksson, A., Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., & Lönnqvist, J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19-year-old Finnish adolescents. Alcohol and Alcoholism, 36(1), 85-88.
- Pollit, E/Mathews R. (1998). Breakfast and cognition: an integrative summary. American Journal of clinical Nutrition.
- Ratner, P.A., Johnson, J.L., Jeffery, B. (1998). Examining Emotional, Physical, Social, and Spiritual Health as Determinants of Self-rated Health Status. In: American Journal of Health Promotion, 12, 4, S. 275-282.
- Ravens-Sieberer U, Thomas C (2003). Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin - Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M. G., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., et al. (2004). Alcohol use. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers & C. J. L. Murray (Eds.), Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors (Vol. 1, pp. 959-1108). Geneva: World Health Organization (WHO).
- Remschmidt H (1988). Postnatale Einflüsse. In: Remschmidt, H. & Schmidt, M. H., eds. Kinder und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band III (S.168-172). Stuttgart: Thieme.
- Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2006). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden.
- Riddoch C. (1998). Relationships between physical activity and health in young people. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications. London: Health Education Authority.
- Rintala, P., Välimaa, R., Ojala, K., Tynjälä, J., Villberg, J., Kannas, L. (2004). Physical activity in adolescents with or without long-term illness or disability. In: Sport & Science, 6, 21-26.
- Roeser, R.W., Eccles, J.S., Sameroff, A.J. (2000). School as a context of early adolescents' academic and social-emotional development: A summary of research findings. In: Elementary School Journal, 100, 5, 443-471.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35, 101-109.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, Th. (2004). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern Göttingen Toronto Seattle.
- Ruxton, Ch., Kirk Tr. (1997). Breakfast: a review of associations with measures of dietary intake, physiology and biochemistry. British Journal of Nutrition.
- Sallis J., Owen N. (1999). Physical activity and behavioural medicine. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Sallis J.F. (Ed.) (1994). Physical activity guidelines for adolescents (special issue). Pediatric Exercise Science 6, S. 299–463.
- Samdal, O., Dür, W. (2000). The school environment and the health of adolescents. In: WHO (2000), 49-61.
- Samdal, O., Wold, B., Bronis, M. (1999). The relationship between students' perceptions of the school environment, their satisfaction with school and perceived academic achievement: A international study. In: School Effectiveness and School Improvement, 10, 3, 296-320.
- Schäfer, M (1996). Aggression unter Schülern (Bullying): Ausmaß, Arten und Prozesse der Stabilisierung - Ein Überblick. Report Psychologie, 21, 700-711.
- Schlack HG (1995). Lebenswelten von Kindern. In: Sozialpädiatrie – Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten. Gustav Fischer, Stuttgart/Jena/New York. S. 83 ff.

- Schmid, H., ter Bogt, T., Godeau, E., Hublet, A., Dias, S. F., & Fotiou, A. (2003). Drunkenness among young people. A cross-national comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 650-661.
- Schmidbauer, W., von Scheidt, J. (2004). *Handbuch der Rauschdrogen*. Frankfurt: Fischer (Tb.).
- Schunk D.H.; Zimmerman B.J. (1994). *Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schwarzer, R. (Hg.)(1992). *Self-efficacy: thought control of action*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Schwarzer, Ralf (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*, 3. überarbeitete Auflage, Göttingen Bern Toronto Seattle Oxford.
- Seiple, D.M., McIntosh, A.M., Lawrie, S. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. In: *Journal of psychopharmacology*, 2005/03,19, 2, 187-94.
- Shapiro, C.M. et al. (1984). Fitness facilitates sleep. *European Journal of Applied Physiology*, 53, 1-4.
- Shaw W, Meek S, Jones D. (1980). Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *British Journal of Orthodontics* 7:75-80.
- Sheiham A. (1977). Prevention and control of periodontal disease. In: Klavan B et al., eds. *International conference on research in the biology of periodontal disease*. Chicago, University of Illinois 309-376.
- Siegel JM, Yancey AK, Aneshensel CS, Schuler R. (1999). Body image, perceived pubertal timing and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health* 25:155-165.
- Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie*, 5. Auflage, München.
- Simon, Fritz B. (1998). *Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Smith J, Sheiman A. (1979). How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 7:305-310.
- Sosin DM, Kopsell TD, Rivara FP, Mercy JA. (1995). Fighting as a marker for multiple problem behaviours in adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1995;6:209-215.
- Spencer NJ (2000). *Poverty and Child Health*. 2nd ed. Abingdon, United Kingdom: Radcliffe Medical; 2000.
- Statistik Austria (2007). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005*. Statistik Austria: Wien.
- Statistik Austria (2007). *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2007*. Statistik Austria: Wien.
- Steptoe, A. (1991). The links between stress and illness. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 6, 633-644.
- Stevens G (2006). Gradients in the Health Status and Developmental Risks of Young Children: The Combined Influences of Multiple Social Risk Factors. In: *Maternal and Child Health Journal*.
- Stewart, A.L., Ware, J.E.Jr. (Hg.)(1992). *Measuring functioning and well-being. The medical outcomes study approach*. London: Duke University Press.
- Strasburger V.C., Greydanus D.E. (2000). At-risk adolescents: an update for the New century, *Adolescent Medicine*, 11(1): 19-33.
- Strong W.B., Malina R.M., Blimkie C.J.R., Daniels S.R., Dishman R.K., Gutin B., Hergenroeder A.C., Must A., Nixon P.A., Pivarnik J.M., Rowland T., Trost S., Trudeau F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, 146: 732-737.
- Swarr AE, Richards MHC (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology* 1996;32:636-646.
- Taylor J, Spencer N, Baldwin N. (2000). Social, economic, and political context of parenting. *Arch Dis Child*;82:113-120.
- The KIDSCREEN Group Europe (2006). *The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents – handbook*. Lengerich: Papst Science Publisher.
- Turnbull, J. (2000). Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 12: 1705-1706.
- Uhl, A. et al (2001). *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen Daten Fakten Trends*. 2. Auflage. Wien: Ludwig-Bolzmann-Institut für Suchtforschung, Alkoholkoordinations- und Informationsstelle Anton-Proksch-Institut.
- UNICEF Report (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations*. Innocenti Report Card 7. Florence: The United Nations Children's Fund.



- US Department of Health and Human Services (1994). Preventing Tobacco Use Among Young People : A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centres for Disease Control, Centre for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health; Atlanta, Georgia.
- US Department of Health and Human Services (2004): The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centre for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health promotion, Office on Smoking and Health; Washington, D.C: 2004.
- Vereecken, C. (2005). Eating Habits. In: Currie et al. 2005.
- Vereecken, Carina, Ojala, Kristiina, Jordan, Marina Delgrande (2001). Eating habits In: Curie et al. 2001.
- Vereecken, C, Keukelier, E, and Maes, L (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite* 43(1):93-103.
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey/ SF 36. In: *Medical Care*, 30, 6, S. 473-481.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G. W., Moeykens, B., & Castillio, S. (1994). Health and behavioural consequences of binge drinking in college - a national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 272(21), 1671-1677.
- Wendt, C., Wolf, C. (2006). *Soziologie der Gesundheit, Sonderheft 46, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie.*
- West, P., Sweeting, H. (2004). Evidence on equalisation in health in youth from West of Scotland. In: *Social Science & Medicine*, 59, 13-27.
- WHO (1948): Constitution. Geneva.
- WHO (1996). Tobacco, alcohol and illicit drugs in The evidence of Health promotion effectiveness, ECSC-EC-EAEC, Brussels, 2000,: 69-79. Trends in Substance Use and Associated Health Problems. WHO Fact Sheet No. 127, August 1996.
- WHO (1998). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity.
- WHO (2000a). 1997-1999 World Health Statistics Annual Report. 2000. Available at: URL <http://www.who.int.whosis/statistics>.
- WHO (2000b). Report of a WHO Consultation on Obesity, Obesity: Preventing and managing a global epidemic. WHO. Geneva.
- WHO (2002a). The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Lifestyles. Geneva.
- WHO (2002b). The Tobacco Atlas. written by: Mackay, J., Eriksen, Brighton.
- WHO (2003a). Chapter 6: Neglected Global Epidemics: three growing threats. In: World Health Report 2003: Shaping the Future. 2003.
- WHO (2003a). Kinder in Gefahr! Die wichtigsten gesundheitlichen Auswirkungen der Belastung durch Risikofaktoren in der Umwelt. Faktenblatt EURO/05/03. Kopenhagen
- WHO (2003b). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, WHO Technical Report Series, No. 916
- WHO (Hg.) (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Geneva.
- Williams J.M. et al. (1998). Sports-related injuries among Scottish adolescents aged 11–15. *British Journal of Sports Medicine*, 32, 291–296.
- Williams JM, Currie C. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence* 129-149.
- Wold B, Currie C, Roberts C, Aaroe LE. (2004). National legislation on school smoking restrictions in eight European countries. *Health Promot Int* 19:482-8.
- Zirolì S., Döring W. (2003). Adipositas – kein Thema an Grundschulen mit Sportprofil? Gewichtsstatus von Schüler/innen an Grundschulen mit tägl. Sportunterricht. In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, Jahrgang 54, Nr. 9, 248-253.



Der Bericht fasst die österreichischen Ergebnisse der internationalen "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) Studie zusammen, die seit den achtziger Jahren Befragungen bei 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen durchführt.



Das Projekt, in dem heute Forscherteams aus 41 Ländern unter der Patronanz und mit Unterstützung der WHO/Europabüro zusammenarbeiten, wird in Österreich seit 1986 zum sechsten Mal durchgeführt.



**Broschürentelefon:
01/711 00-4700**