

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL



hbosc
ITALIA/ITALY

Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Südtiroler Schülerinnen und Schüler im Alter von 11, 13 und 15 Jahren

Südtiroler Erhebung 2018



Inhaltsverzeichnis

VORWORT.....	1
DANKSAGUNG	2
1. DIE SÜDTIROLER STICHPROBE 2018	4
EINFÜHRUNG	5
STICHPROBE	5
STICHPROBENVERFAHREN.....	5
ERHEBUNG DER INFORMATIONEN UND ANALYSEVERFAHREN	5
ETHIKKOMITEE DER OBERSTEN GESUNDHEITSBEHÖRDE UND PRIVACY	6
2. DAS FAMILIÄRE UMFELD	9
EINFÜHRUNG	10
DIE FAMILIENSTRUKTUR	10
DIE ELTERN-KIND-BEZIEHUNG	12
DER SOZIOÖKONOMISCHE STATUS DER FAMILIE.....	13
WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE	17
3. DIE SCHULE	18
EINFÜHRUNG	19
STRUKTURELLE UND ORGANISATORISCHE MERKMALE DER SCHULEN UND FÖRDERUNG DES WOHLBEFINDENS.....	19
BEZIEHUNG ZUM LEHRPERSONAL	23
BEZIEHUNG ZU DEN MITSCHÜLERINNEN UND MITSCHÜLERN	25
MOBBING UND CYBERMOBBING.....	26
DIE SCHULE	31
SCHLUSSFOLGERUNGEN	32
WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE	34
4. SPORT UND FREIZEIT	35
EINLEITUNG.....	36
TÄTIGKEITEN IM SITZEN.....	38
NUTZUNG VON FERNSEHEN, COMPUTER UND NEUEN KOMMUNIKATIONSFORMEN	39
WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE	43
5. ERNÄHRUNGS-GEWOHNHEITEN UND KÖRPERGEWICHT	44
EINLEITUNG.....	45
KÖRPERGEWICHT.....	51
MUNDHYGIENE	54
SCHLUSSFOLGERUNGEN	54

6. SUCHTVERHALTEN	58
EINLEITUNG.....	59
SUBSTANZKONSUM	59
DAS RAUCHEN.....	60
ALKOHOL.....	61
CANNABIS	64
GLÜCKSSPIEL	65
SCHLUSSFOLGERUNGEN	66
WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE	68
7. GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN.....	70
EINLEITUNG.....	71
WAHRGENOMMENE GESUNDHEIT.....	71
WAHRGENOMMENES WOHLBEFINDEN	73
BERICHTETE BESCHWERDEN.....	74
EINNAHME VON ARZNEIMITTELN	76
SEXUALLEBEN.....	76
VERLETZUNGEN	77
BEZIEHUNG ZU DEN GLEICHALTRIGEN	77
SCHLUSSFOLGERUNGEN	78
WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE	79
8. DIE SOZIALEN MEDIEN.....	80
EINLEITUNG.....	81
DIE VERWENDUNG DER SOZIALEN MEDIEN	81
SCHLUSSFOLGERUNGEN	82
WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE	84

Italienweite HBSC-Forschungsgruppe 2018

Istituto Superiore di Sanità: Paola Nardone, Angela Spinelli, Serena Donati, Daniela Pierannunzio, Enrica Pizzi, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Barbara De Mei, Chiara Cattaneo

Università Turin: Franco Cavallo, Nazario Cappello, Giulia Piraccini, Paola Berchialla, Alberto Borraccino, Lorena Charrier, Paola Dalmasso, Patrizia Lemma, Veronica Sciannameo

Università Padua: Alessio Vieno, Natale Canale, Marta Gaboardi, Michela Lenzi, Claudia Marino, Massimo Santinello

Università Siena: Giacomo Lazzeri, Mariano Vincenzo Giacchi, Andrea Pammolli, Rita Simi

Gesundheitsministerium: Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministerium für Bildung, Universität und Forschung: Alessandro Vienna

Regionale Referenten: Claudia Colleluori, Manuela Di Giacomo, Ercole Ranalli (Abruzzen), Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni, Gerardina Sorrentino (Basilikata), Caterina Azzarito, Antonella Cernuzio, Marina La Rocca, Adalgisa Pugliese (Kalabrien), Gianfranco Mazzarella (Kampanien), Paola Angelini e Marina Fridel (Emilia Romagna), Claudia Carletti, Federica Concina, Luca Ronfani, Paola Pani (Friaul-Julisch Venetien), Giulia Cairella, Laura Bosca, Maria Teresa Pancallo (Latium), Giannaelisa Ferrando (Ligurien), Corrado Celata, Liliana Coppola, Claudia Lobascio, Giuseppina Gelmi, Lucia Crottogini, Veronica Velasco (Lombardei), Simona De Introna, Giordano Giostra (Regione Marche), Maria Letizia Ciallella, Michele Colitti, Ermanno Paolitto (Molise), Marcello Caputo (Piemont), Domenico Stingi, Pina Pacella, Pietro Pasquale (Apulien), Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia (Sardinien), Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro, Salvatore Scondotto (Sizilien), Laura Aramini, Valentina Corridori, Giacomo Lazzeri (Toskana), Marco Cristofori, Daniela Sorbelli, Giovanni Giovannini (Umbrien), Anna Maria Covarino (Aostatal), Federica Michieletto, Erica Bino (Venetien), Maria Grazia Zuccali (Trentino), Antonio Fanolla, Sabine Weiss (Südtirol).

Südtiroler HBSC-Forschungsgruppe 2018

Prof. Lucio Lucchin – Dienst für Diätetik und klinische Ernährung - Bozen

Dr. Roger Pycha – Psychiatrischer Dienst - Brixen

Patrizia Corazza – Sanitätsassistentin - Bozen

Lois Castlunger – Ladinische Bildungsdirektion

Mag.a Gudrun Schmid – Deutsche Bildungsdirektion

Dr. Rosa Asam - Landesdirektion deutschsprachige Berufsbildung

Dr. Cristina Sartori – Italienische Bildungsdirektion

Dr. Carla Melani – Beobachtungsstelle für Gesundheit

Dr. Antonio Fanolla – Beobachtungsstelle für Gesundheit

Sabine Weiss - Beobachtungsstelle für Gesundheit

VORWORT

Das Jugendalter stellt einen wichtigen Übergang zum Erwachsenenleben dar und ist durch zahlreiche körperliche, seelische, relationale und soziale Veränderungen gekennzeichnet. Gerade in dieser Zeit können sich Lebensstile und Verhaltensweisen entwickeln, die die gegenwärtige und zukünftige Gesundheit negativ beeinflussen, wie beispielsweise schlechte Essgewohnheiten, Bewegungsmangel, Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum.

Ziel der Studie ist es, das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und dessen Entwicklung über einen längeren Zeitraum in 49 europäischen und nordamerikanischen Ländern zu beobachten.

Die multizentrische HBSC-Studie (Health Behaviour in School-Aged Children) wird seit 1982 alle vier Jahre unter der Schirmherrschaft des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt. Die erste Auflage der Umfrage fand in den Ländern England, Finnland und Norwegen statt. Italien hat im Rahmen der Auflage 2002 beschlossen, Teil des Projektes zu sein und hat sich seither an fünf Erhebungen beteiligt (2002, 2006, 2010, 2014 und 2018). Die erste Südtiroler Teilnahme mit einer repräsentativen Stichprobe auf lokaler Ebene fand im Schuljahr 2005/2006 statt.

Die Träger der Studie sind in Italien das Ministerium für Gesundheit/CCM, das Ministerium für Bildung, Universität und Forschung, die Universitäten Turin, Padua und Siena und die Regionen und Provinzen. Im Jahr 2010 wurde die HBSC-Studie als Teil des Projektes "Erhebungssystem über die Verhaltensrisiken im Alter von 6-17 Jahren" anerkannt und wurde von nun an in die europäische Strategie "Zugewinn an Gesundheit" miteingebunden.

Das Durchführungsdekret 2017 betreffend die "Register und Überwachungen" räumt der HBSC-Überwachung italienweite Bedeutung ein und überträgt der Obersten Gesundheitsbehörde die Leitung der Erhebung.

Die 66 Fragen des Fragebogens umfassen demografische Angaben (einschließlich der Staatsbürgerschaft), Angaben zu Ernährung und äußerer Erscheinung (Essgewohnheiten und Diät), Sport und Bewegung, Zigaretten- und Alkoholkonsum, zu Beziehungen zur Schule (Mitschüler und Mitschülerinnen, Lehrpersonen und Schulsystem), zur Gesundheit (körperlich und psychisch), zu Mobbing und Gewalt unter Schülern und Schülerinnen, zu Unfällen und Verletzungen sowie zu Beziehungen insgesamt (Familie, Freundschaften). Die 15-Jährigen erhielten zusätzlich Fragen zum Substanzkonsum und zum Sexualverhalten (Geschlechtsverkehr und Verhütung).

Wir hoffen, dass die vorliegende Studie Anstoß für einer Reihe weiterer vertiefender Untersuchungen sein möge, um ein immer klareres Bild der Situation zu erhalten und die Zusammenarbeit aller in diesem Bereich tätigen Fachkräfte zum Wohle der Gesundheit der künftigen Generationen weiter auszubauen.

Ein besonderer Dank gilt allen, die den Erfolg der Umfrage ermöglicht haben: den Vertretern jeder Region, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens und der Bildungsressorts, den Schulleiterinnen und Schulleitern und den Lehrpersonen aller beteiligten Schulen. Ein besonderer Dank geht an alle Jugendlichen, die an der Umfrage teilgenommen haben.

Die italienweite HBSC-Forschungsgruppe 2018

DANKSAGUNG

Wir möchten allen danken, die diese Forschung ermöglicht und zu ihrem Erfolg beigetragen haben, insbesondere den Schülerinnen und Schülern, dem Lehrpersonal, den IT-Kontakten und den Schulführungskräften.

Nachstehend die Liste der teilnehmenden Schulen und Berufsschulen:

Mittelschulen

Scuola media "Enrico Fermi" – Bolzano IV Oltrisarco
Scuola media "Giovanni Pascoli" - Bolzano Europa I
Scuola media "Ugo Foscolo" - Bolzano VI
Scuola media "Luigi Negrelli" - Merano II
Scuola media "Archimede" - Bolzano V GRIES I
Scuola media "Fabio Filzi" - Laives I
Mittelschule St. Vigil in Enneberg
Mittelschule St. Martin in Enneberg
Mittelschule Herz-Jesu-Institut Mühlbach
Mittelschule "Oswald von Wolkenstein" - Brixen
Mittelschule Klausen
Scuola media Egna
Mittelschule "Dr. Josef Noldin" - Salurn
Mittelschule Sankt Martin im Passeier
Mittelschule Deutschnofen
Mittelschule "Johann Georg Plazer" - Eppan
Mittelschule "Herzog Tassilo" - Innichen
Mittelschule "Michael Pacher" - Brixen
Mittelschule "Johann Baptist Mur" - Laas
Mittelschule Olang
Mittelschule "Hans von Hoffensthal" - Klobenstein
Mittelschule "Zyprian von Nordheim" - Sarnthein
Mittelschule "Rudolf Riedl" - Tramin
Mittelschule "Johann Jakob Staffler" – St. Leonhard im Passeier
Mittelschule "Karl Meusburger" - Bruneck
Mittelschule Gossensass
Mittelschule "Katharina Lanz" - Mühlbach
Mittelschule "Adalbert Stifter" - Bozen
Mittelschule "Albert Schweitzer" - Bozen
Mittelschule "Johannes Kardinal Franzelin" - Leifers
Mittelschule "Peter Rosegger" - Meran
Mittelschule "Leo Santifaller" - Kastelruth
Mittelschule Terlan

Oberschulen

Istituto Tecnico Economico ad Indirizzo Amministrazione, Finanza e Marketing con articolazione Amministrazione, Finanza e Marketing "Falcone e Borsellino" Bressanone

Liceo pedagogico artistico "G. Pascoli" - Bolzano

Istituto professionale servizi economico-aziendali e turistici "C. de' Medici" - Bolzano

Istituto tecnico industriale "G. Galilei" - Bolzano

Liceo linguistico La Villa in Badia

Istituto Tecnico Economico Raetia - Ortisei

Oberschulzentrum "Claudia von Medici" - Mals

Gewerbeoberschule "Max Valier" - Bozen

Klassisches Gymnasium "Vinzentinum" - Brixen

Sozialwissenschaftliches Gymnasium "Josef Gasser" - Brixen

Sozialwissenschaftliches Gymnasium und Kunstgymnasium - Bruneck

Humanistisches Gymnasium "Nikolaus Cusanus" - Bruneck

Istituto professionale per i servizi economico-aziendali e turistici - Campo Tures

Lehranstalt für Wirtschaft und Tourismus - Schlanders

Wirtschaftsfachoberschule "Heinrich Kunter" - Bozen

Handelsoberschule "Franz Kafka" - Meran

Fachoberschule für Tourismus und Biotechnologie "Marie Curie" - Meran

1. DIE SÜDTIROLER STICHPROBE 2018

EINFÜHRUNG

“For a safer and more secure future,
we must pay much more urgent attention to the hopes
and needs of young people
and adolescents”¹

Das Jugendalter stellt eine Zeit großer Veränderungen und Herausforderungen dar, die besondere Aufmerksamkeit erfordert. In dieser Lebensphase festigen sich Verhaltensweisen, die im Erwachsenenalter fortbestehen und die Gesundheit künftiger Generationen beeinflussen. Die Gesundheit junger Menschen zu fördern, bedeutet ein Zugewinn an Gesundheit im Alter.

Ziel der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) ist gesundheitsbezogene Phänomene und Verhaltensweisen in der vor- und jugendlichen Bevölkerung zu beschreiben und zu verstehen.

Die Verbindlichkeit des Studienprotokolls, an das sich alle am HBSC-Netzwerk beteiligten Länder halten müssen, ermöglicht die Vergleichbarkeit der internationaler und nationaler Daten und die Erstellung solider Gesundheitsindikatoren, die auch für die Überwachung der gesundheitsfördernden Maßnahmen nützlich sind.

In diesem Kapitel wird die Zusammensetzung der Stichprobe und das Stichprobenverfahren detailliert beschrieben.

STICHPROBE

Ziel dieser Studie ist die Erhebung von Informationen zur Gesundheit, dem gesundheitsrelevanten Verhalten und den gesundheitsbeeinflussenden Faktoren unter Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Die Listen mit den einzelnen Klassen wurden vom Deutschen, Italienischen und Ladinischen Bildungsressort zur Verfügung gestellt. Gerade die Schule ist ein Ort, an dem Jugendliche dieser Altersklassen einen großen Teil ihres Tages verbringen und heranwachsen. Außerdem war dies auch für Lehrpersonen eine Gelegenheit, ihre Erziehungsarbeit konsequent zu gestalten und auch nach Abschluss der Studie neue didaktische Grundsätze und Methoden anzuwenden.

STICHPROBENVERFAHREN

Die Zusammensetzung der Stichprobe mit der für die drei Altersgruppen vorgesehenen Anzahl von Jugendlichen erfolgte nach den Vorgaben des Studienprotokolls. Anhand der Listen für die erste und dritte Mittelschule sowie für die zweite Oberschule wurde systematisch eine Anzahl von Klassen ausgewählt, die der vom Protokoll vorgesehenen Schülerzahl entsprach. Diese Schülerzahl gewährleistet eine Schätzgenauigkeit von 3 % mit einem 95 %-Konfidenzintervall. Die Stichprobengröße wurde etwas überdimensioniert, um eventuelle Nicht-Teilnahmen auszugleichen.

ERHEBUNG DER INFORMATIONEN UND ANALYSEVERFAHREN

Die Informationen wurden über einen von den Schülerinnen und Schülern und den Schulführungskräften selbst auszufüllenden Fragebogen erhoben. Sowohl der

Schüler- als auch der Schulfragebogen wurden von einer multidisziplinären und internationalen Forschungsgruppe ausgearbeitet. Der Fragebogen enthält zwei Teile: Den Standard-Fragebogen, der von den teilnehmenden Ländern vollständig übernommen werden muss und ein Modul von optionalen Vertiefungsfragen, die jedes Land dem Standardmodul des Fragebogens hinzufügen kann.

Der Schülerfragebogen zielt auf die Untersuchung von Gesundheitsaspekten im weitesten Sinn ab und dabei werden das körperliche, seelische, relationale und soziale Wohlbefinden erhoben. Nachstehend die untersuchten Themen:

- persönliche Daten (Alter, Geschlecht, Geburtsland usw.);
- soziale Schicht (Beschäftigung und Bildungsniveau der Eltern);
- Indikatoren zum wahrgenommenen Wohlbefinden (Gesundheit und Wohlbefinden);
- Selbstwertgefühl (Bewertung der eigenen körperlichen Erscheinung und des Grades der Selbstakzeptanz);
- sozio-affektives Unterstützungsnetzwerk (Beziehung zu Eltern, Gleichaltrigen, Lehrpersonen);
- gesundheitsbezogenes Verhalten (körperliche Aktivität und Freizeit, Essgewohnheiten und Mundhygiene, Sexualverhalten, Alkohol- und Tabakkonsum, Glücksspiel, Cannabiskonsum, Mobbing und Cybermobbing);
- Nutzung des Internets und der sozialen Netzwerke.

Die Fragen zu den Themen Cannabis und Sexualverhalten wurden ausschließlich den 15-Jährigen gestellt.

Der Schulfragebogen wurde von der Schulführungskraft beantwortet und untersucht einige organisatorische und strukturelle Aspekte der Schule:

- strukturelle Merkmale und Ressourcen der Schule;
- umgesetzte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung;
- Informationen über das Viertel, in welchem sich die Schule befindet.

Die anonymen Fragebögen wurden in der Schule während der Schulzeit mit Hilfe der Lehrpersonen, die entsprechende Informationen zum Vorgehen erhalten hatten, online ausgefüllt. In den meisten Fällen wurden die Fragebögen direkt am Computer in geschützten Websites mit automatischer Datenspeicherung in einem eigenen Archiv ausgefüllt.

ETHIKKOMITEE DER OBERSTEN GESUNDHEITSBEHÖRDE UND PRIVACY

Die Eltern der Studierenden in den untersuchten Klassen haben vor der Befragung ein Informationsschreiben erhalten, in dem der Zweck der Untersuchung beschrieben wurde. Die Familien konnten die Teilnahme ihres Kindes verweigern, indem sie den unteren Bereich des Schreibens ausfüllten. Für die an der Umfrage teilnehmenden Schülerinnen und Schüler wurden gemäß Datenschutzbestimmungen keine Erkennungsdaten erhoben.

Das Studienprotokoll und die Fragebögen 2018 wurden von der Ethikkommission der Obersten Gesundheitsbehörde in der Sitzung vom 20. November 2017 geprüft und positiv bewertet.

BESCHREIBUNG DER STUDIENBEVÖLKERUNG

In Südtirol wurden 125 Mittelschulklassen der ersten und dritten Schulstufe und 76 Oberschulklassen der zweiten Schulstufe, insgesamt 201 Klassen, ausgewählt. Nach dem Datenclearing umfasste die finale Stichprobe 163 Klassen, was einer Teilnahmerate von 81,1 % entspricht (Tabelle 1.1). Die gute Beteiligung der Klassen bestätigt neben der Repräsentativität der Stichprobe auch eine gute Vorbereitung der Umfrage und eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Schul- und dem Gesundheitssektor.

Tabelle 1.1 Teilnahme der Klassen (%)

	Ausgewählte Klassen	Anz. Klassen, die den Fragebogen beantwortet haben	Teilnahmerate (%)
Erste Mittelschule	61	51	83,6
Dritte Mittelschule	64	56	87,5
Zweite Oberschule	76	56	73,7
Gesamt	201	163	81,1

Die Stichprobengröße umfasst insgesamt 2.341 Schüler/-innen: 33,3 % der ersten Mittelschulklassen, 36,8 % der zweiten Mittelschulklassen und 29,9 % der zweiten Oberschulklassen (Tabelle 1.2). Somit war die Beteiligung in den ersten Mittelschulklassen am höchsten.

Tabelle 1.2 Zusammensetzung der Stichprobe, nach Alter und Geschlecht (%)

	Jungen	Mädchen
11 Jahre	49,6	50,4
13 Jahre	49,1	50,9
15 Jahre	46,3	53,7
Gesamt	48,8	51,2

Fast alle Jugendlichen wurden in Italien geboren und nur 7,2 % geben an, im Ausland geboren zu sein. Der Anteil jener, die im Ausland geboren sind, ist bei den 13-Jährigen am größten (Abbildung 1).

Abbildung 1. Zusammensetzung der Stichprobe nach Geburtsort und Alter (%)

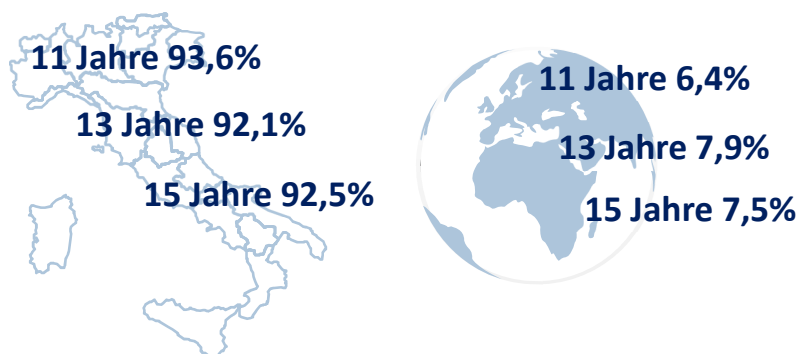


Tabelle 1.3 Zusammensetzung der Stichprobe nach Geburtsort der Eltern (%)

	%
Beide Elternteile in Italien geboren	79,9
Ein Elternteil im Ausland geboren	8,7
Beide Elternteile im Ausland geboren	11,4

Acht von zehn Jugendlichen haben beide Elternteile mit italienischer Nationalität und bei einem von fünf kann einer der beiden Elternteile oder gar beide eine ausländische Nationalität vorweisen.

.

2. DAS FAMILIÄRE UMFELD

DAS FAMILIÄRE UMFELD

EINFÜHRUNG

Die Adoleszenz ist eine Entwicklungsphase, an der nicht nur die Jugendlichen, sondern die ganze Familie beteiligt ist. Die Veränderungen finden auf psychophysischer Ebene statt und gehen einher mit einer Veränderung der familiären und freundschaftlichen Beziehungen.^{1,2}

Die Familie, die Schule und die Gleichaltrigen beeinflussen am einschneidendsten die Entwicklung und die gesellschaftliche Rolle der Jugendlichen. Durch die Neudefinition der Eltern-Kind-Beziehung und die Intensivierung der Beziehung zu den Gleichaltrigen, beginnt die Ablösung und das eigenständige Handeln mit wichtigen emotionalen, ideologischen und sozialen Komponenten³.

In diesem Kapitel wird die Rolle der Familienstruktur und die Eltern-Kind-Beziehung untersucht, die zusammen mit dem sozioökonomischen Status der Familie den Lebenskontext und die Wahrnehmung, die Kinder davon haben, definieren. Diese Aspekte können das Wohlbefinden und das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen beeinflussen.

DIE FAMILIENSTRUKTUR

Die Familienstruktur hat sich in den letzten Jahren tiefgreifend verändert. In Italien hat dieser Veränderungsprozess und die Entstehung neuer Familienstrukturen erst später begonnen, aber inzwischen ist die so genannte traditionelle Familie nicht mehr die einzige Familienform. Die steigende Instabilität der Ehen hat zu einer Zunahme Alleinerziehender und sogenannter Patchworkfamilien⁴ geführt, in denen einer oder beide Partner bereits eine Ehe hinter sich haben oder in denen ein Mitglied der erweiterten Familie (Großeltern, Onkel oder Tanten) im gemeinsamen Haushalt lebt. Gleichzeitig sinkt die Kinderanzahl pro Familie und die Kinder wachsen immer häufiger mit Großeltern oder anderen sozialen Bezugspersonen heran.

Den ISTAT-Daten zufolge (ISTAT, Bevölkerung und Haushalte 2018⁵) werden etwa 16% der italienischen Haushalte von Alleinerziehenden geführt. Auch in Italien hat der Übergang von der alten, aus der Witwenschaft stammenden Alleinerziehung, zur neuen Alleinerziehung aufgrund freiwilliger Auflösung der ehelichen Bindung und außerehelicher Geburten inzwischen stattgefunden.

Bei Patchworkfamilien hingegen befindet sich mindestens einer der Ehepartner mit oder ohne Kinder in zweiter Ehe.

Diese Veränderungen, die mit zwischenmenschlichen Beziehungen verflochten sind, haben einen starken Einfluss auf die psychophysische Entwicklung der Kinder sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter⁶. Das Erforschen der Familie in ihren unterschiedlichen strukturellen und sozialen Aspekten wird daher relevanter denn je. Zahlreiche Studien wurden durchgeführt, um zu beurteilen, ob Kinder, die nur mit einem Elternteil zusammenleben oder deren Eltern geschieden und möglicherweise wieder verheiratet sind, ein schlechteres Wohlbefinden wahrnehmen als Kinder aus so genannten traditionellen Familien. Die vorhandene Literatur hat bereits hervorgehoben, dass die Familienstruktur mit dem psychologischen Wohlbefinden der Eltern^{7,8} zusammenhängt und dass die Veränderung der Familienstruktur auch wirtschaftliche Folgen hat⁹. Was den zuletzt genannten Punkt betrifft, wurde eine starke Assoziation zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status und der

psychischen Gesundheit der Kinder¹⁰ beobachtet; weiters beeinflusst die familiäre Instabilität die Sozialkompetenz der Kinder¹¹. Diverse Autoren haben diese Zusammenhänge in Frage gestellt mit der Begründung, dass der Nachteil erst dann auftritt, wenn weitere Faktoren wie beispielsweise soziale Isolation, permanente Konflikte oder wirtschaftliche Probleme^{12,13} hinzukommen. Es ist jedoch noch nicht klar, ob diese Art von kausalem Zusammenhang auch bei den Heranwachsenden zu finden ist.

Im Rahmen dieser Studie wurde die Familienstruktur erhoben, indem die Jugendlichen gebeten wurden, anzugeben, mit welchen Personen sie die meiste Zeit zusammenleben (Eltern, Patchwork, Großeltern, andere Erwachsene usw.). Die wichtigsten Arten der Familienstruktur wurden aus den Antworten ermittelt (Tabelle 2.1): Paare mit Kindern stellen den häufigsten Familientyp dar (79,8 %); Alleinerziehende machen 17,0 % der Haushalte aus, davon 15,0 % Frauen. In 1,9 % der Fälle leben die Kinder in Patchworkfamilien, die mehr oder weniger komplex sein können und sich durch eine gewisse Zerbrechlichkeit auszeichnen. Nur in 1,4 % der Fälle leben die Jugendlichen nicht bei ihren Eltern, sondern in einer anderen Unterkunft ohne Eltern und/oder Großeltern.

Tabelle 2.1 Familienformen (%)

	%
Klassische Kernfamilie (beide Elternteile)	79,8
Ein-Elternteil-Familie (Mutter)	15,0
Ein-Elternteil-Familie (Vater)	2,0
Patchworkfamilie (leiblicher Vater oder leibliche Mutter plus neuer Ehepartner)	1,9
Andere Familienformen (ohne Eltern oder Großeltern)	1,4
Gesamt	100

Wie aus Tabelle 2.2 ersichtlich ist, hat mehr als die Hälfte der Stichprobe (48,5 %) einen Bruder oder eine Schwester, während zwei von fünf Jugendlichen zwei oder mehr Geschwister haben. Einzelkinder sind mit 10,4 % vertreten.

Tabelle 2.2 Geschwisteranzahl (%)

	%
Einzelkinder	10,4
Einen Bruder oder eine Schwester	48,5
Zwei oder mehr Brüder oder Schwestern	41,1
Gesamt	100

DIE ELTERN-KIND-BEZIEHUNG

Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung in der Adoleszenz hat einen erheblichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und das wahrgenommene Wohlbefinden. Die Qualität der Eltern-Kind-Kommunikation stellt sicher einen guten Indikator für die Qualität der Beziehung im Allgemeinen dar. Daraus wird nämlich ersichtlich, inwieweit Jugendliche ihre Mutter und ihren Vater als Vertrauensperson ansehen^{14,15}, der sie ihre Probleme oder Gefühle anvertrauen können. Es wurde beobachtet, dass eine schwierige Eltern-Kind-Beziehung die Neigung zu gesundheitsgefährdendem Verhalten steigert. So führt eine schwierige Eltern-Kind-Beziehung häufiger zur Rauchgewohnheit oder zum Konsum von Alkohol und anderen Substanzen^{14,16}. Eine gute Eltern-Kind-Kommunikation wirkt sich positiv auf das wahrgenommene Wohlbefinden^{13,17} und Selbstwertgefühl¹⁸ aus und depressive Symptome¹⁹, unsoziales^{20,21} und gesundheitsgefährdendes Verhalten^{22,23} und Schulprobleme²⁴ kommen seltener vor.

Die HBSC-Studie untersucht verschiedene Aspekte der Kommunikation zwischen den Jugendlichen und den Erwachsenen, mit denen sie zusammenleben (Mutter, Vater, Stiefvater oder Stiefmutter). Die Antworten auf die Frage „Wie leicht oder schwer fällt es dir, über Dinge zu reden, die dir wirklich nahegehen und dir wichtig sind?“ sind auf einer gewöhnlichen Skala von „sehr leicht“ bis „Ich habe diese Person nicht oder sehe sie nicht“ verteilt. In den Tabellen 2.3 und 2.4 sind die Antworten in Bezug auf das, was die Jugendlichen über die Leichtigkeit der Kommunikation sowohl mit dem Vater als auch mit der Mutter berichten, ersichtlich.

Tabelle 2.3: „Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit deinem Vater über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahegehen und dir wichtig sind?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Sehr leicht	36,7	21,4	19,5
Leicht	37,1	40,3	41,1
Schwer	17,9	24,3	25,7
Sehr schwer	6,3	9,4	8,7
Ich habe oder sehe diese Person nicht	2,1	4,6	4,9
Gesamt	100	100	100

Tabelle 2.4: „Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit deiner Mutter über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahegehen und dir wichtig sind?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Sehr leicht	56,6	35,6	34,9
Leicht	32,3	43,0	41,1
Schwer	7,9	15,2	17,5
Sehr schwer	2,0	5,0	4,9
Ich habe oder sehe diese Person nicht	1,2	1,2	1,6
Gesamt	100	100	100

Vergleicht man beiden Tabellen (2.3 und 2.4), scheint es den Jugendlichen leichter zu fallen, mit der Mutter über ihre Sorgen zu sprechen als mit dem Vater. Betrachtet man die Eltern-Kind-Beziehung nach Geschlecht gibt es in allen Altersgruppen Unterschiede in der Kommunikation mit Vater und Mutter (Abbildungen 2.1 und 2.2). Die Kommunikation fällt Jungen meist leichter als den Mädchen.

Abb. 2.1 Prozentanteil jener Jugendlichen, denen die Kommunikation mit dem Vater leicht oder sehr leicht fällt, nach Geschlecht und Alter (%)

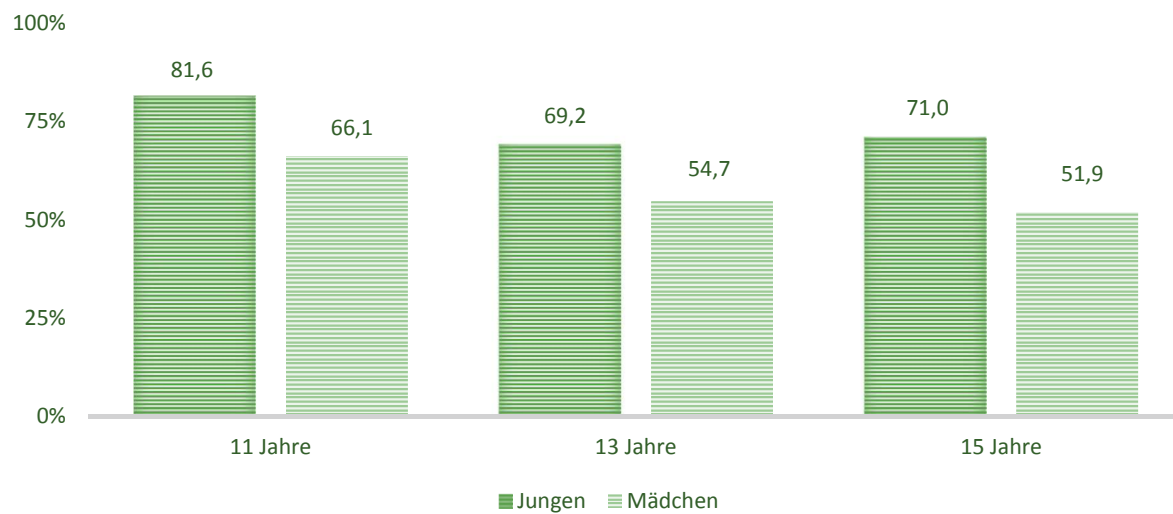
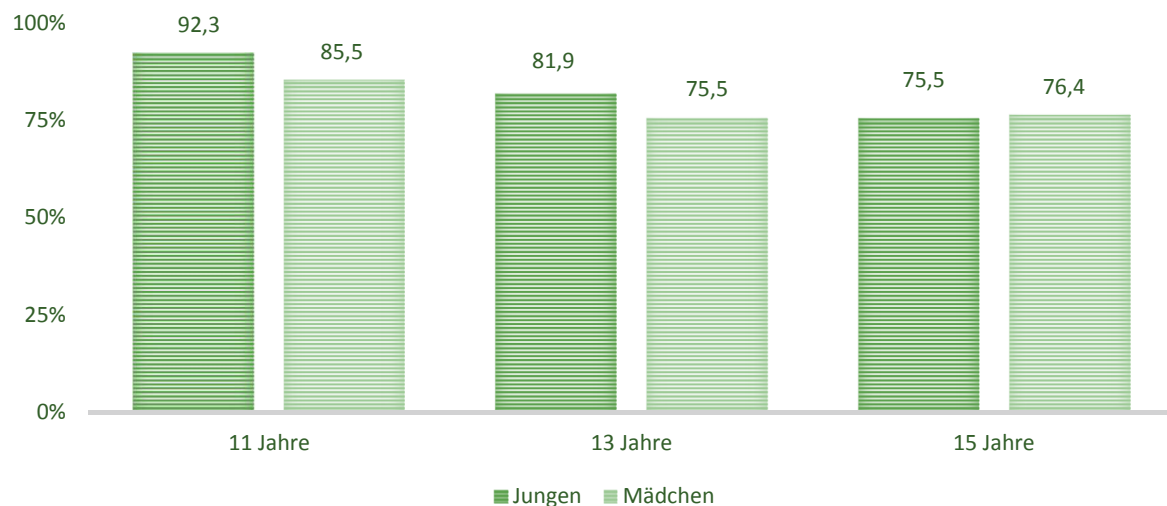


Abb. 2.2 Prozentanteil jener Jugendlichen, denen die Kommunikation mit der Mutter leicht oder sehr leicht fällt, nach Geschlecht und Alter (%)



DER SOZIOÖKONOMISCHE STATUS DER FAMILIE

Der sozioökonomische Status der Familie ist ein weiterer Faktor, der die Gesundheit der Jugendlichen beeinflusst²⁵. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass der

sozioökonomische Status die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung^{26,27}, die Familienstruktur und das psychische Wohlbefinden der Jugendlichen direkt und indirekt positiv beeinflusst^{12,28}.

Das HBSC-Studienprotokoll berücksichtigt bei der Definition des sozioökonomischen Status den Wohlstand, die schulische Ausbildung und die Berufstätigkeit der Eltern. Die Messung des familiären Wohlstandes basiert auf Fragen nach materiellen Ressourcen der Familie oder organisierten Aktivitäten und wird mithilfe der FAS-Skala (Family Affluence Scale) zusammengefasst. Die FAS-Skala sieht vier Fragen vor, die den Besitz von Autos (0, 1, 2, 3 oder mehr) und Computern (0, 1, 2, 3 oder mehr) in der Familie, die Verfügbarkeit eines eigenen Kinderzimmers (ja/nein) und die Anzahl der in den letzten 12 Monaten durchgeführten Urlaubsreisen der Familie (0, 1, 2, 3 oder mehr) erheben. Mit Hilfe eines Algorithmus werden die Scores der Antworten auf die einzelnen Fragen aufsummiert. Auf diese Weise wird ein Gesamtwert zur Charakterisierung des familiären Wohlstands (0 = „sehr gering“; 7 = „sehr groß“) gebildet. Die Angaben werden in drei Gruppen eingeteilt: „niedrig“, „mittel“ oder „hoch“. Zu diesen drei Merkmalen der Eltern wird ebenso die Wahrnehmung der Jugendlichen vom Wohlergehen ihrer Familie berücksichtigt. Die Jugendlichen werden nämlich gebeten anzugeben, wie gut sie die Situation ihrer Familie in finanzieller Hinsicht einschätzen. Die Antworten auf diese Frage sind auf einer gewöhnlichen Skala von „sehr gut“ bis „überhaupt nicht gut“ verteilt.

Tabelle 2.5 Sozioökonomischer Status gemäß Family Affluence Scale (FAS-Skala zum Wohlstand der Familien) (%)

Family Affluence Scale	%
Niedrig	13,9
Mittel	43,1
Hoch	43,0
Gesamt	100

Die Jugendlichen berichten in 86,1 % der Fälle von einem mittleren bis hohen finanziellen Wohlstand der eigenen Familie. Tabelle 2.6 zeigt die Verteilung des Bildungsniveaus der Eltern.

Tabelle 2.6 Bildungsniveau der Eltern, nach Alter der Jugendlichen (%)

VATER	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Grundschule	0,9	0,7	1,3
Mittelschule	4,9	9,1	15,3
Berufsschule	16,5	29,2	32,2
Oberschule	14,3	20,4	29,4
Hochschule	18,3	16,2	13,2
Weiß nicht	45,1	24,4	8,5

MUTTER	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Grundschule	0,1	0,7	0,9
Mittelschule	5,5	6,7	10,2
Berufsschule	11,0	19,2	26,5
Oberschule	23,1	35,2	37,9
Hochschule	20,1	18,1	17,2
Weiß nicht	40,2	20,1	6,9

In Südtirol haben knapp die Hälfte der Mütter und etwas mehr als ein Drittel der Väter einen mittleren bis hohen Bildungsstand (Ober- oder Hochschule).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Familie beeinflusst am einschneidendsten die Lebensqualität und das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen. Vor allem die Familienstruktur, die Eltern-Kind-Beziehung sowie die sozioökonomische Situation der Familie zeigen Auswirkungen. Aus der Befragung geht hervor, dass in Südtirol der Großteil der Kinder und Jugendlichen gemeinsam mit beiden leiblichen Elternteilen aufwächst (rund 80%). Dies ist historisch gesehen ein hoher Prozentsatz. Aufgrund der hohen Müttersterblichkeit, der viel geringeren Lebenserwartung und der Kriegsgeschehnisse war dieser Wert in früheren Generationen deutlich geringer. Die Einelternfamilie hat im Vergleich zu 2014 deutlich zugenommen. Gaben damals noch rund 11 % der Kinder an, nur mit einem Elternteil zusammenzuleben, sind es nun 15 % (13 % mit der Mutter, 2 % mit dem Vater). Alleinerziehende haben, ob weiblich oder männlich, besondere Herausforderungen zu meistern, was die emotionale, die finanzielle und die organisatorische Situation betrifft. Die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen wächst mit einem oder mehreren Geschwistern auf (knapp 90%). Auch dies ein hoher Prozentsatz, verglichen zum Beispiel mit Österreich, wo dies für circa 84 % der Kinder und Jugendlichen der Fall ist. 10,4 % sind hingegen einziges Kind ihrer Eltern.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern ist in vielen Familien sehr hoch. 11-Jährigen fällt es, wie vorhersehbar, im Schnitt leichter, mit ihren Eltern über Dinge zu sprechen, die sie wirklich beschäftigen als 15-Jährigen. Jugendliche befinden sich in einer Phase der zunehmenden Ablösung und haben meist ein größeres Bedürfnis nach Unabhängigkeit sowie eigenständigem Handeln und besprechen vieles gerne mit Gleichaltrigen. Auffällig ist, dass das Verhältnis zur Mutter durchschnittlich als vertrauensvoller erlebt wird als jenes zum Vater, sowohl von Jungen als auch von Mädchen. So ist es für die große Mehrheit (87,3 % der 11-Jährigen und immerhin noch 80,7 % der 15-Jährigen) sehr leicht oder leicht, mit der Mutter über ihre Gedanken zu sprechen. Mit den Vätern fällt das deutlich weniger Söhnen und Töchtern sehr leicht oder leicht: 73,8 % der 11-Jährigen und 60,6 % der 15-Jährigen. Auch wenn sich diese Zahlen im Vergleich zu 2014 leicht verbessert haben, scheint es, als sei die Beziehung vieler Väter vor allem zu ihren Töchtern aber auch zu ihren Söhnen, ausbaufähig. Dies besonders, wenn man bedenkt, welchen großen Einfluss das Vertrauen zu beiden Elternteilen auf die psychosoziale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen hat.

Die sozioökonomischen Aspekte spielen eine große Rolle für das Wohlergehen und die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass der Großteil der Familien in Südtirol ein durchschnittliches bis hohes Einkommen verzeichnet (je 43 %, insgesamt 86 %). Im Vergleich zu 2014 fällt auf, dass sich der Anteil der Familien mit einem hohen Einkommen um rund 7% verringert hat, hingegen der mit mittlerem Einkommen leicht gestiegen ist (ca. 3 %). Aufmerksamkeit verdient die Entwicklung des Anteils von Familien mit geringem Einkommen: Dieser hat sich deutlich von 9,3 % 2014 auf 13,9% in dieser Befragung erhöht. Hier ist vor allem die Wirtschafts- und Familienpolitik gefordert, die Bedürfnisse von Familien weiterhin im Auge zu behalten und diese zu unterstützen.

WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE

- ¹ Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S, Dick B, Eze AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012; 378(9826): 1630-1640
- ² Santrock, J.W. (2014). *Adolescence* (15th Edition). New York, NY: McGraw-Hill Education
- ³ Collins WA, Steinberg L. Adolescent development in interpersonal context. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2006:1003-67
- ⁴ Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Soc Indic Res*. 2012;106(2):287-305
- ⁵ Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Soc Indic Res*. 2012;106(2):287-305
- ⁶ Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Soc Indic Res*. 2012;106(2):287-305
- ⁷ Cooper, C., P. E. Bebbington, H. Meltzer, D. Bhugra, T. Brugha, R. Jenkins, M. Farrell, and M. King. 2008. "Depression and Common Mental Disorders in Lone Parents: Results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey." *Psychological Medicine*, 38 (3): 335-342
- ⁸ Targosz, S., Bebbington, P., Lewis, G., Brugha, T., Jenkins, R., Farrel, M., Meltzer, H. (2003). Lone mothers, social exclusion and depression. *Psychol Med*, 33: 715-722
- ⁹ Mazzucco, S., Mencarini, L. & Rettaroli, R. (2006). Similarities and differences between two cohorts of young adults in Italy: Results of a CATI survey on transition to adulthood. *Demographic Research*, 15, 105-146
- ¹⁰ Dashiff, C., W., Di Micco, B., Myers and K., Sheppard. 2009. "Poverty and Adolescent Mental Health." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22: 23-32
- ¹¹ Cavanagh, S. E., and A. C. Huston. 2008. "The Timing of Family Instability and Children's Social Development." *Journal of Marriage and Family*, 70 (5): 1258-1270
- ¹² Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ*. 2010;110(3):152-68
- ¹³ Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- ¹⁴ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.
- ¹⁵ Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98
- ¹⁶ Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128
- ¹⁷ Gallarin M, Alonso-Arbiol I. Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: a predictive model. *J Adolesc*. 2012;35(6):1601-10
- ¹⁸ Bulanda RE, Majumdar D. Perceived parent-child relations and adolescent self-esteem. *J Child Fam Stud*. 2009;18(2):203-12. 10. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol*. 2014;17
- ¹⁹ Demidenko N, Manion I, Lee CM. Father-daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls. *J Child Fam Stud*. 2015;24:1727-34.
- ²⁰ Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- ²¹ Ackerman, R.A., Kashy, D.A., Donnellan, M.B., Neppl, T., Lorenz, F.O., & Conger, R.D. (2013). The Interpersonal Legacy of a Positive Family Climate in Adolescence. *Psychological Science*, 24(3): 243-250
- ²² Small ML, Morgan N, Bailey-Davis L, Maggs JL. The protective effects of parent-college student communication on dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health* 2013;53(2):300-2.
- ²³ Rostad WL, Silverman P, McDonald MK. Daddy's little girl goes to college: an investigation of females' perceived closeness with fathers and later risky behaviors. *J Am Coll Health*. 2014;62(4):213-20
- ²⁴ Bulanda RE, Majumdar D. Perceived parent-child relations and adolescent self-esteem. *J Child Fam Stud*. 2009;18(2):203-12. 10. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol*. 2014;17
- ²⁵ Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrner Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169-1180
- ²⁶ Kerr M, Stattin H, Biesecker G, et al. Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J. Relationships With Parents and Peers in Adolescence, *Handbook of psychology*, Vol. 6, Developmental psychology, 2003 NJ John Wiley & Sons
- ²⁷ Hoskins D, (2014) , Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes, *Societies* 2014, 4, 506-531
- ²⁸ Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health, *The Lancet* 2012; 379(9826): 1641-1652

3. DIE SCHULE

EINFÜHRUNG

Die Schule ist neben der Familie ein zentraler Untersuchungsgegenstand einer jeden Studie, deren Ziel es ist, die gesundheitliche Situation der Jugendlichen und die entsprechenden Zusammenhänge mit ihren Verhaltensweisen zu untersuchen. Jugendliche verbringen im Durchschnitt fünf bis sechs Stunden pro Tag in der Schule und bauen dort Beziehungen auf, die ihr persönliches und kulturelles Wachstum in entscheidendem Maße beeinflussen. Außerdem lernen sie in der Schule neue Lebens- und Arbeitsformen kennen, selbständiges Arbeiten und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen wird gefördert¹.

Die Schule kann daher einen positiven Einfluss auf das Wachstum und das Wohlbefinden der Jugendlichen haben und fördert das soziale Miteinander unter Mitschülerinnen und Mitschülern und dem Lehrpersonal.

Ziel dieses Kapitels ist es, einerseits die Wahrnehmung der Studierenden, was die Beziehung zum Lehrpersonal, den Klassenkameraden/-innen und dem Schulsystem im allgemeinen betrifft, und andererseits die Wahrnehmung der Schulführungskräfte zum Thema strukturelle und organisatorische Merkmale der Schule durch eine deskriptive Lektüre ihrer Antworten zu vertiefen.

STRUKTURELLE UND ORGANISATORISCHE MERKMALE DER SCHULEN UND FÖRDERUNG DES WOHLBEFINDENS

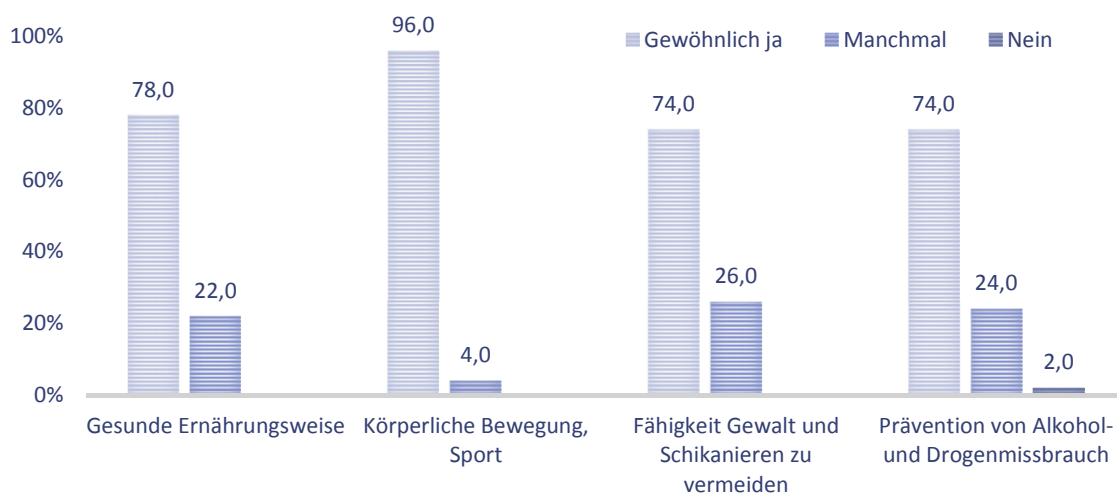
Die strukturellen und organisatorischen Merkmale der Schule sind in der Lage, das Wohlbefinden und die Veränderungen des Heranwachsenden² zu beeinflussen. Die Schulführungskräfte wurden gebeten, einige Fragen zu beantworten, die die strukturellen und organisatorischen Aspekte der Schule sowie die umgesetzten Initiativen zur Gesundheitsförderung beschreiben. Diese Informationen wurden mit den Antworten der Schülerinnen und Schüler zusammengelegt, um ein besseres Verständnis zu den unterschiedlichen gesundheits- und verhaltensbezogenen Ergebnissen zu erlangen. Tabelle 3.1 zeigt einige der Informationen über die strukturellen Ressourcen der Schule und deren Angemessenheit im Hinblick auf die Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler.

Tabelle 3.1 „In welchem Ausmaß betreffen folgende Probleme ihre Schule?“ (%)

	Stimmt genau	Stimmt	Stimmt überhaupt nicht	Weiß nicht	Nicht vorhanden
Der Schulhof ist in gutem Zustand	28,0	46,0	24,0		2,0
Die Turnhalle ist in gutem Zustand	34,0	48,0	12,0		4,0
Spez. Klassenräume sind gut ausgerüstet	24,0	54,0	16,0	6,0	
Klassen erfüllen die Bedürfnisse der Lehrer und Schüler/innen	14,0	64,0	22,0		
Renovierungsarbeiten notwendig	16,0	28,0	30,0	26,0	

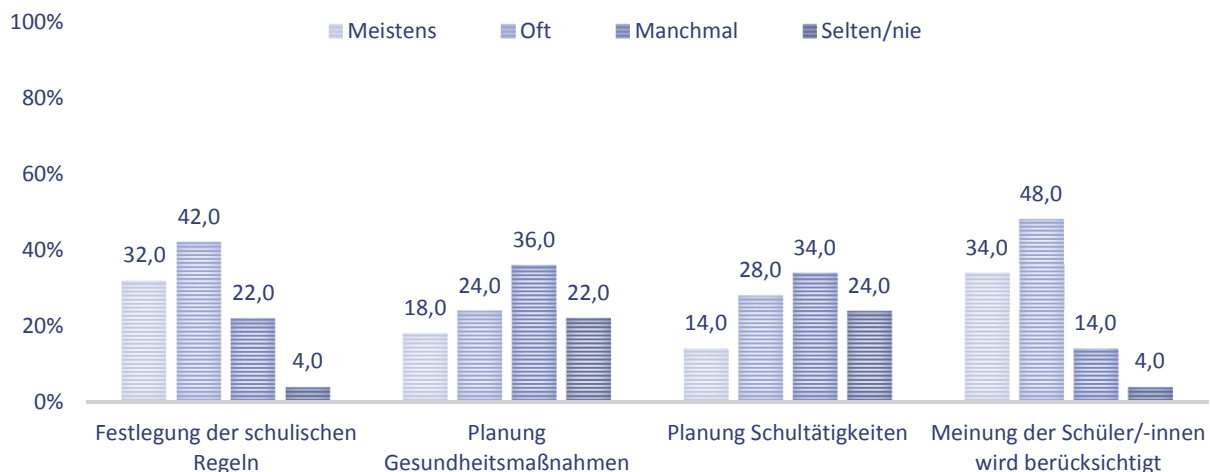
Die Daten in Tabelle 3.1 liefern einige interessante Denkanstöße zur strukturellen Situation der beteiligten Schulen: 44 % der Schulführungskräfte stimmen der Notwendigkeit von Renovierungsarbeiten zu und 78 % bestätigen, dass die Klassen den Bedürfnissen der Lehrer/-innen und Schüler/-innen entsprechen. Der Schulfragebogen untersucht die umgesetzten Initiativen zur Gesundheitsförderung und zur Aneignung von Wissen, das für das Wohlbefinden von Bedeutung ist (Abbildung 3.1).

Abb. 3.1 Initiativen der Schule zur Gesundheitsförderung (%)



Ein spezieller Abschnitt des Fragebogens zielte darauf ab, den Grad der Beteiligung der Schülerinnen und Schüler an einigen organisatorischen Aspekten der Schule zu untersuchen (Abb. 3.2).

Abb. 3.2 Mitwirken der Schülerinnen und Schüler bei organisatorischen Aspekten (%)

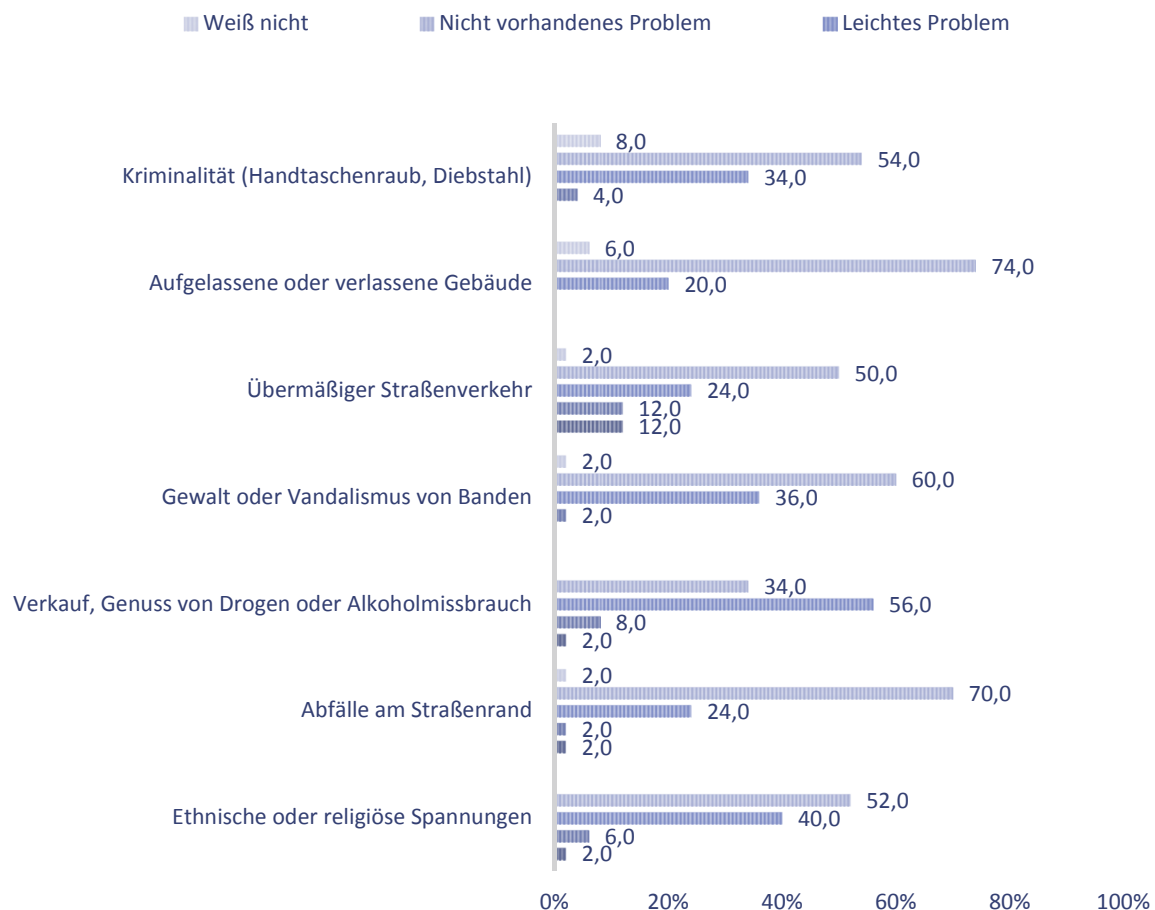


Die Lektüre der Daten in Abbildung 3.2 deutet auf eine starke Beteiligung der Schülerinnen und Schüler an der Entwicklung der Schulpolitik oder -regeln hin (74,0 % meistens oder oft), sowie auf eine sehr hohe Berücksichtigung der Meinungen der Schülerinnen und Schüler bei den Entscheidungen der Schule (82,0 % meistens oder oft). Aus den Antworten auf den Fragebogen geht hervor, dass es in 3 von 4 Schulen Briefkästen oder computergestützte Methoden gibt, um Anliegen, Sorgen oder Klagen unterbreiten zu können, während die Durchführung von Umfragen bei den Schülerinnen und Schülern eine weniger verbreitete Praxis ist. Die Schule zeigt wenig Bereitschaft, die Schülerinnen und Schüler während der Bürozeiten zu empfangen.

Tabelle 3.2 „Sind in ihrer Schule Strukturen oder Räume vorgesehen, wo die Schülerinnen und Schüler dem Schulleiter ihre Anliegen, Sorgen oder Klagen unterbreiten können?“ (%)

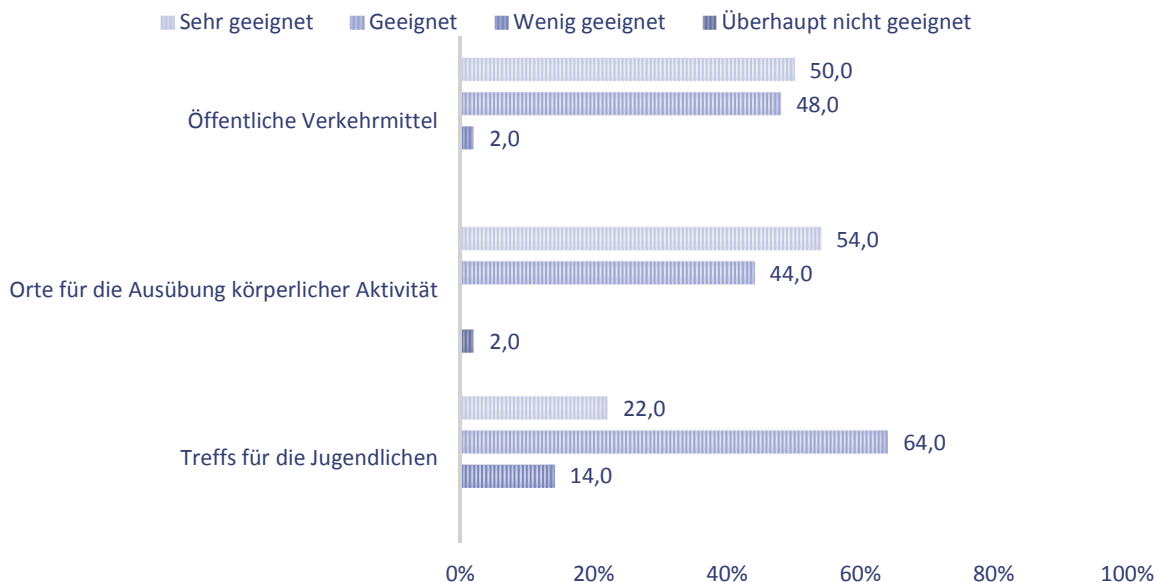
	Briefkasten für Ratschläge, Vorschläge	Internetseite, Forum, Blog	Bürozeiten	Studien, Umfragen
Ja	52,0	22,0	8,0	24,0
Nein	48,0	78,0	92,0	76,0
Gesamt	100	100	100	100

Abb. 3.3 Häufigkeit der Probleme in der Umgebung der Schule (%)



Die Schulführungskräfte wurden gebeten, anzugeben, in welchem Ausmaß folgende Probleme in der Umgebung, in welcher sich Ihre Schule befindet, auftreten (Abb. 3.3). Der übermäßige Verkehr in der Umgebung des Schulgebäudes wurde von 12,0 % der Schulführungskräfte als relevantes und von nochmals 12,0 % als mäßiges Problem bewertet. Anschließend folgen Verstöße in Zusammenhang mit dem Verkauf und Genuss von Drogen oder Alkoholmissbrauch sowie Spannungen aufgrund von ethnischen, religiösen oder Rassenunterschieden und Abfall, Müll oder Scherben auf der Straße, dem Gehsteig und im Park.

Abb. 3.4 Bewertung einiger Aspekte des Gebiets, in welchem sich die Schule befindet (%)



Im Gebiet, in welchem sich die Schule befindet, gibt es sehr geeignete Treffs für Jugendliche, sind Orte für die Ausübung sportlicher Aktivitäten vorhanden und die Schule ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Die Schulführungskräfte wurden auch gebeten, eine Bewertung der Aktivitäten und Veranstaltungen abzugeben, die in der Nähe der Schule angeboten werden (Tabelle 3.3).

Auf die Frage nach der Bewertung der Aktivitäten und Veranstaltungen in der Nachbarschaft der Schule, stimmen 6,0 % der Schulführungskräfte zu, dass es an kulturellen Initiativen sowie Treffpunkten für Jugendliche mangelt (2,0 %). Zwei von fünf Schulen bestätigen, dass es im Viertel viele Vereine gibt, die im sozialen Bereich tätig sind.

Tabelle 3.3 Bewertung der Tätigkeiten und Veranstaltungen in der Umgebung der Schule (%)

	Wenig kulturelle Veranstaltungen	Fehlen von Treffpunkten	Viele Vereinigungen im sozialen Bereich
Stimmt überhaupt nicht	34,0	36,0	2,0
Stimmt kaum	18,0	30,0	2,0
Stimmt ein wenig	24,0	14,0	10,0
Weder richtig noch falsch	10,0	8,0	6,0
Stimmt ziemlich	8,0	10,0	42,0
Stimmt	6,0	2,0	24,0
Stimmt genau			14,0

BEZIEHUNG ZUM LEHRPERSONAL

Die Qualität der Beziehung zu den Lehrerinnen und Lehrern wird als eine der wesentlichen Komponenten betrachtet, die zum schulischen Wohlbefinden der Jugendlichen beiträgt^{3,4}. Eine gute Beziehung zum Lehrpersonal ist mit aktiven Bewältigungsstrategien in der Schule verbunden¹, fördert eine bessere Verhaltens- und Schulanpassung^{5,6} und beeinflusst den Schulerfolg^{7,8}. Studien haben gezeigt, dass eine positive Beziehung zum Lehrpersonal dazu beiträgt, aggressives Verhalten einzudämmen⁹ und dient als Schutzfaktor für risikofreudiges Verhalten¹⁰⁻¹¹. Um zu verstehen, wie die Jugendlichen ihre Beziehung zu den Lehrerinnen und Lehrern wahrnehmen, wurden sie gebeten, ihre Meinung zu einigen Aussagen zum Ausdruck zu bringen: „Ich habe das Gefühl, dass meine Lehrerinnen und Lehrer mich akzeptieren wie ich bin“, „Ich habe großes Vertrauen in meine Lehrerinnen und Lehrer“ und „Ich habe das Gefühl, dass sich meine Lehrerinnen und Lehrer um mich als Person kümmern“. Die Tabellen 3.4, 3.5 und 3.6 zeigen die Antworten der Schülerinnen und Schüler auf jede Frage.

Tabelle 3.4 Übereinstimmung mit der Aussage „Ich habe das Gefühl, dass sich meine Lehrerinnen und Lehrer um mich als Person kümmern“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Stimmt genau	21,3	16,8	8,9
Stimmt	44,7	35,6	32,0
Weder richtig noch falsch	24,1	34,1	39,9
Stimmt nicht	7,0	8,9	14,4
Stimmt überhaupt nicht	2,9	4,6	4,8

Tabelle 3.5 Übereinstimmung mit der Aussage „Ich habe großes Vertrauen in meine Lehrerinnen und Lehrer“ nach Alter (%)

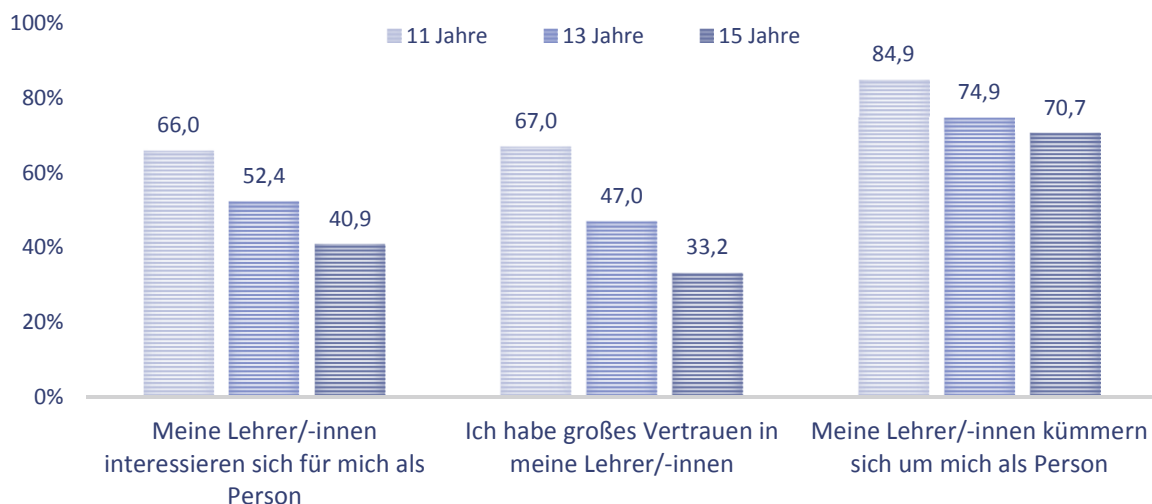
	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Stimmt genau	26,1	14,8	6,6
Stimmt	40,9	32,1	26,6
Weder richtig noch falsch	23,7	32,4	40,4
Stimmt nicht	5,8	12,9	18,2
Stimmt überhaupt nicht	3,6	7,8	8,2

Tabelle 3.6 Übereinstimmung mit der Aussage „Ich habe das Gefühl, dass meine Lehrerinnen und Lehrer mich akzeptieren wie ich bin“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Stimmt genau	41,6	29,4	20,8
Stimmt	43,3	45,5	49,9
Weder richtig noch falsch	11,5	17,6	21,7
Stimmt nicht	1,8	3,8	4,51
Stimmt überhaupt nicht	1,7	3,8	3,1

Abbildung 3.5 zeigt auf einen Blick die Übereinstimmung einiger Aussagen mit der Meinung der Schülerinnen und Schüler.

Abb. 3.5 Übereinstimmung der Aussagen mit der Meinung der Jugendlichen (Stimmt genau, stimmt), nach Alter (%)



Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die den Aussagen über ihre Beziehung zu den Lehrerinnen und Lehrern zustimmen oder ihnen sehr zustimmen, nimmt mit dem Alter ab.

BEZIEHUNG ZU DEN MITSCHÜLERINNEN UND MITSCHÜLERN

Die Beziehung zu den Gleichaltrigen innerhalb der Schule spielt eine Schlüsselrolle für die Entwicklung des Heranwachsenden^{6,12}. Die sozialen Kontakte beeinflussen die Beteiligung der Schülerinnen und Schüler an schulischen Aktivitäten, steigern die Motivation und ermöglichen das Erzielen guter Ergebnisse. Tatsächlich besteht ein Zusammenhang zwischen den Beziehungen zu den Gleichaltrigen und den schulischen Leistungen: Studierende mit schwierigen Beziehungen zu ihren Klassenkameradinnen und -kameraden haben tendenziell schlechtere Noten¹³. Ein freundschaftliches Verhältnis unter den Schülerinnen und Schülern erhöht die Teilnahme an schulischen Aktivitäten¹⁴, verbessert die Sozialkompetenz und fördert schulisches Engagement¹⁵.

Um das Schulklima beurteilen zu können, wurden die Schülerinnen und Schüler gebeten, anzugeben, inwieweit sie folgenden Aussagen zustimmen: „Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit“ und „Meine Mitschülerinnen und Mitschüler akzeptieren mich so wie ich bin“. Die Tabellen 3.7 und 3.8 zeigen die Antworten der Schülerinnen und Schüler.

Tabelle 3.7 Übereinstimmung mit der Aussage „Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Stimmt genau	32,5	32,5	31,9
Stimmt	43,1	44,2	46,3
Weder richtig noch falsch	18,6	16,7	14,4
Stimmt nicht	4,5	4,62	4,6
Stimmt überhaupt nicht	1,3	2,1	2,8

Tabelle 3.8 Übereinstimmung mit der Aussage „Meine Mitschülerinnen und Mitschüler akzeptieren mich so wie ich bin“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Stimmt genau	43,5	36,7	39,2
Stimmt	38,2	40,9	42,7
Weder richtig noch falsch	13,2	15,8	13,1
Stimmt nicht	3,7	4,4	2,5
Stimmt überhaupt nicht	1,5	2,2	2,5

Wie aus der Lektüre von Tabelle 3.7 ersichtlich, ist die Wahrnehmung der Hilfsbereitschaft der eigenen Mitschülerinnen und Mitschülern in den drei Altersgruppen sehr ähnlich. 75,6 % der 11-Jährigen, 76,7 % der 13-Jährigen und 78,2 % der 15-Jährigen stimmen der Aussage „Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit“ zu. Aus Tabelle 3.8 geht hervor, dass die meisten Jugendlichen erklären, dass sie sich von ihren Schulkameradinnen und -kameraden akzeptiert fühlen, auch wenn der Prozentsatz bei den 11-Jährigen (81,7 %) und 13-Jährigen (77,6 %) etwas geringer ausfällt. Der Grad der Akzeptanz durch die Klassenkameradinnen und -kameraden ist bei Jungen und Mädchen unterschiedlich (Abbildung 3.6 und 3.7).

Abb. 3.6 Übereinstimmung mit der Aussage „Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit“, nach Alter und Geschlecht (%)

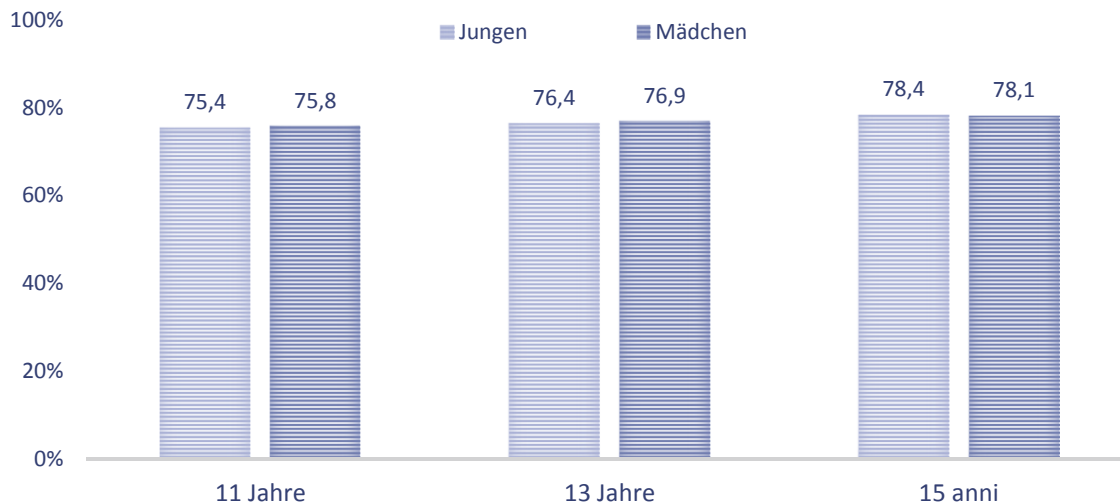
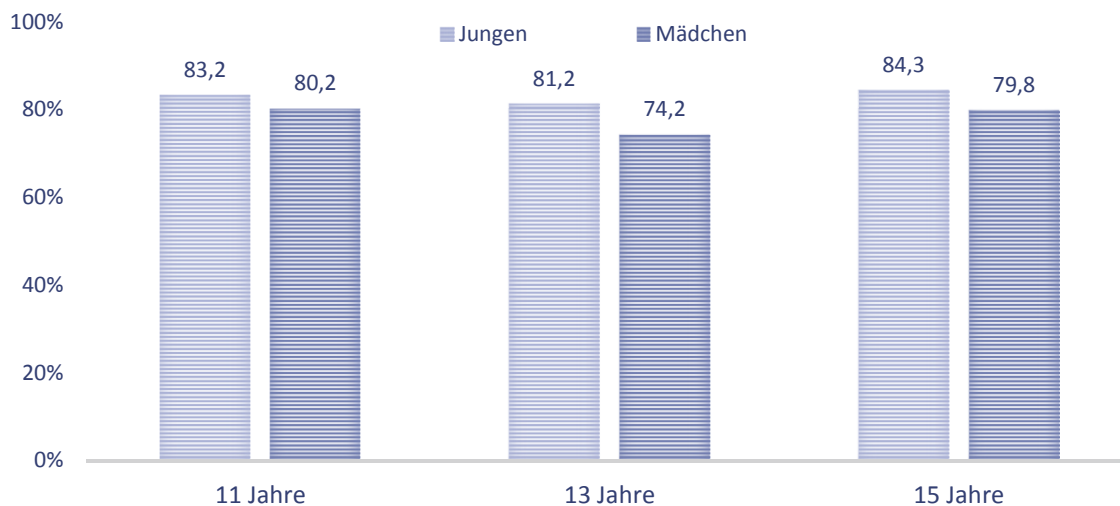


Abb. 3.7 Übereinstimmung mit der Aussage „Die Mitschüler/-innen akzeptieren mich so wie ich bin“, nach Alter und Geschlecht (%)



MOBBING UND CYBERMOBBING

Der jüngste UNESCO-Bericht¹⁶, der das Phänomen des Mobbing in 71 Ländern weltweit beschreibt, besagt, dass Italien zu den Ländern mit der niedrigsten Prävalenz gehört und eine rückläufige Tendenz aufweist. Das Phänomen ist in jüngeren Altersgruppen stärker vertreten. Die Ausdrucksformen dieses Machtmissbrauchs können unterschiedlich sein, von psychischer Gewalt (Ausschluss aus der Gruppe, böse Nachrede, usw.), wie sie vor allem bei Mädchen vorkommt, über verbale Gewalt

(Beleidigungen, Drohungen, Beschimpfungen), die unter Mädchen und Jungen gleich häufig ist, bis hin zu körperlicher Gewalt, vor allem unter Jungen¹⁶.

Cybermobbing ist noch wenig erforscht. Den Ergebnissen eines kürzlich durchgeführten Projektes zufolge, an welchem sieben Länder und darunter auch Italien beteiligt waren, scheint das Phänomen auf dem Vormarsch zu sein¹⁷. Für Handlungen im Zusammenhang mit der Verbreitung von Fotos oder Bildern werden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede beschrieben, während die Verbreitung von Textnachrichten bei Mädchen häufiger als bei Jungen vorkommt.

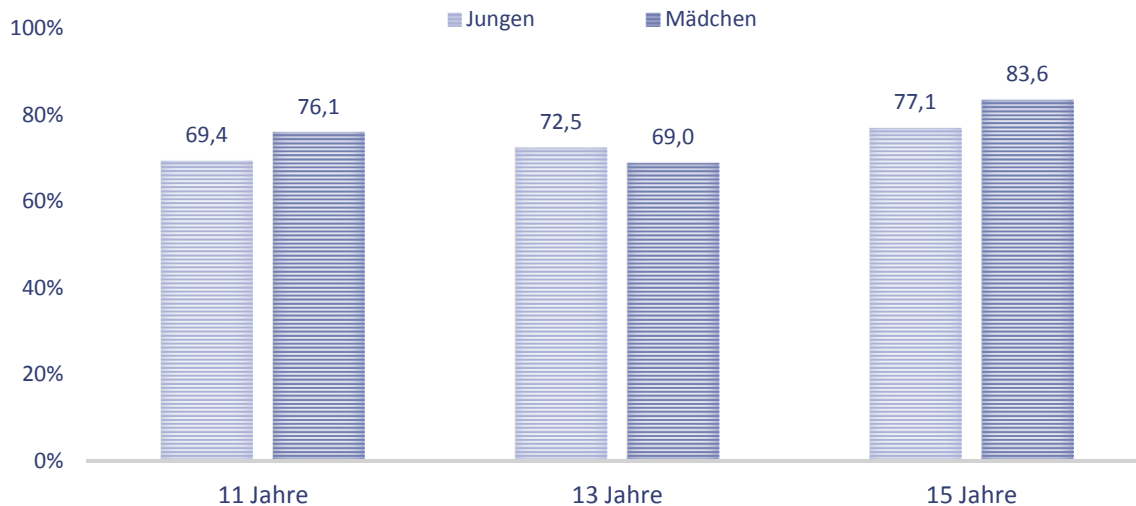
Im Gegensatz zum Mobbing scheint Cybermobbing mit dem Alter zuzunehmen, was wahrscheinlich auf die größere Verfügbarkeit von elektronischen Geräten bei älteren Jugendlichen zurückzuführen ist. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass es noch nicht möglich ist, zu erkennen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem rückläufigen Trend des Mobbing und des aufstrebenden Cybermobbings gibt, oder ob letzteres ein neues und unabhängiges Phänomen ist¹⁸. Ein positives Klima unter Gleichaltrigen und gute Beziehungen zu den erwachsenen Bezugspersonen verringern die Wahrscheinlichkeit von solchen Handlungen und sind daher ein starker Schutzfaktor¹⁸. Die Beziehungsdynamik, die Studierende in der Schule und bei strukturierten Aktivitäten außerhalb der Schule aufbauen, ist ein weiteres schützendes Element¹⁶. Die HBSC-Studie hat das Thema Mobbing und gewalttätige Konflikte anhand der Frage nach der Häufigkeit von Mobbingvorfällen in den letzten zwei Monaten untersucht. Das Antwortmuster liegt auf einer 5-Punkte-Skala von „nie“ bis „mehrmals pro Woche“ (Tabelle 3.9).

Tabelle 3.9 „Wie oft bist du in den letzten zwei Monaten in der Schule schikaniert worden?“ (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Ich wurde nicht schikaniert	72,8	70,7	80,6
Ein- oder zweimal	18,6	18,6	13,9
Zwei- oder dreimal	2,9	4,0	2,6
Ungefähr einmal pro Woche	2,8	3,4	1,0
Mehrmals pro Woche	2,9	3,4	1,9

Der Großteil der Befragten gibt an, in den letzten zwei Monaten in der Schule nie schikaniert worden zu sein (Abbildung 3.8).

Abb. 3.8 Häufigkeit derjenigen, die behaupten, in den letzten 2 Monaten nie gemobbt worden zu sein, nach Alter und Geschlecht(%)



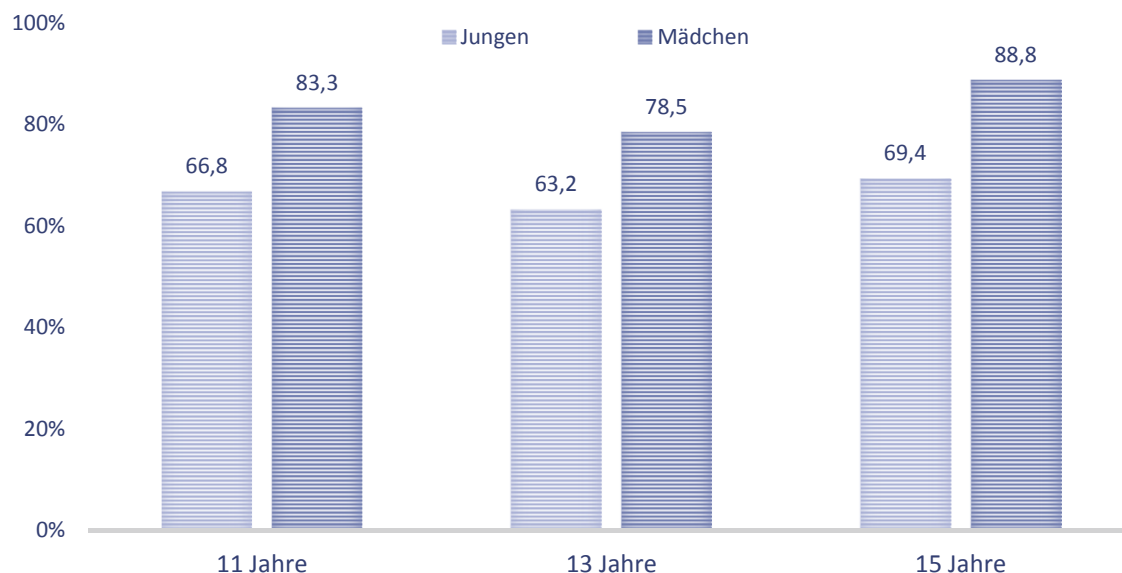
Neben dem Mobber/der Mobberin und seinem Opfer spielen auch die „Zuschauer“ eine wichtige Rolle, die sich zwar nicht direkt an der Aggression beteiligen, aber auch nichts unternehmen, um das Opfer zu verteidigen oder den Täter zur Verantwortung zu ziehen. Zum einen sind es Fragen dazu, wie oft der oder die Befragte in den letzten Schulmonaten einer derartigen Form von Gewalt ausgeliefert war, und zum anderen wird gefragt, wie oft sich die Betreffenden im selben Zeitraum an Gewalthandlungen gegenüber anderen Schülerinnen und Schülern beteiligt hatten (Tabelle 3.10 und Abbildung 3.9).

Tabelle 3.10 „Wie oft hast du in den letzten zwei Monaten dabei mitgemacht, wenn jemand in der Schule schikaniert wurde?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Ich habe niemals daran teilgenommen	75,2	71,0	79,9
Ein- oder zweimal	18,7	20,2	14,7
Zwei- oder dreimal	3,3	3,0	1,0
Ungefähr einmal pro Woche	1,3	1,7	1,6
Mehrmals pro Woche	1,5	4,0	2,8

Tabelle 3.10 und Abbildung 3.9 zeigen, dass sich die meisten Jugendlichen nie an Handlungen beteiligt haben, die als Schülermobbing zu klassifizieren sind.

Abb. 3.9 Häufigkeit derjenigen, die behaupten, in den letzten 2 Monaten nie an Mobbinghandlungen gegenüber eines/-r Mitschüler/-in teilgenommen zu haben, nach Alter und Geschlecht (%)



Cybermobbing, das mittels digitaler Medien durchgeführt wird, war Gegenstand der Umfrage 2018. Auch in diesem Fall wurden die Jugendlichen mittels zweier spezifischer Fragen gefragt, ob sie unter Cybermobbing-Aktionen gelitten und/oder daran teilgenommen haben (Abbildung 3.10 und Abbildung 3.11).

Abb. 3.10 Häufigkeit derjenigen, die behaupten, in den letzten 2 Monaten nie Opfer von Cybermobbing-Aktionen geworden zu sein, nach Alter und Geschlecht (%)

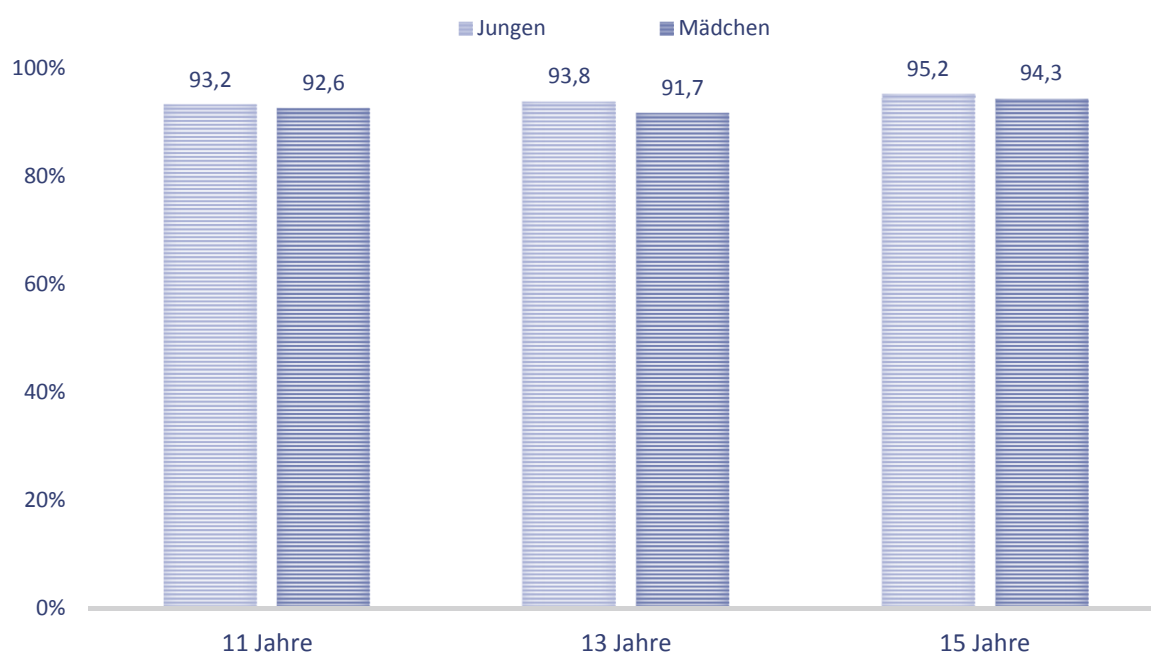
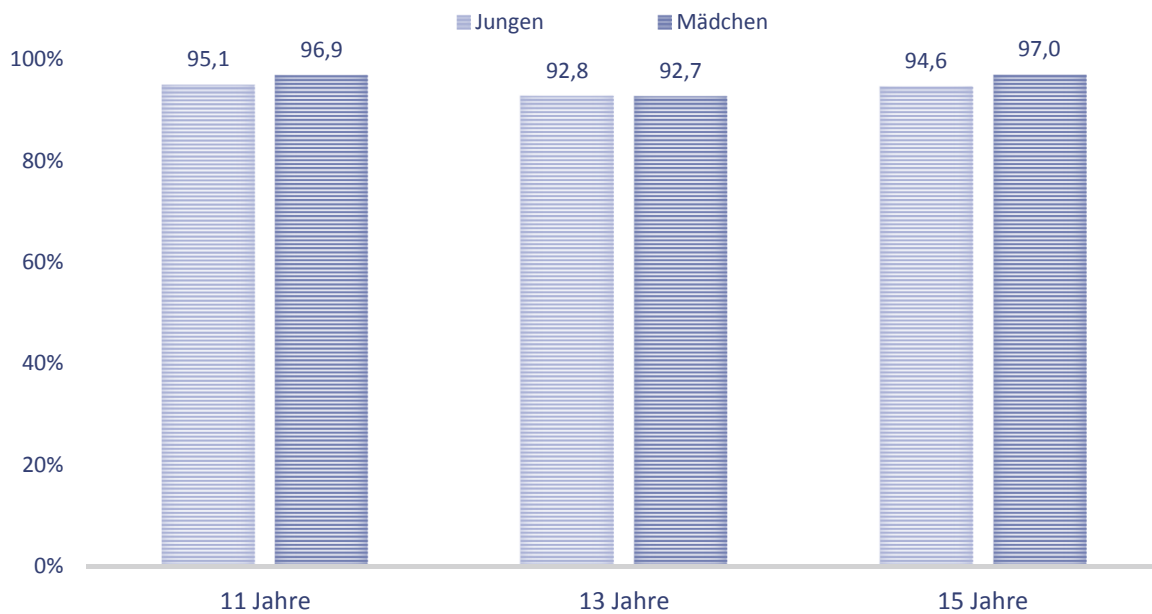


Abbildung 3.10 zeigt, dass die Mehrheit der Jugendlichen niemals eine als Cybermobbing zu definierende Handlung erlitten hat. Abbildung 3.11 zeigt, dass die Mehrheit der Jugendlichen nie an Handlungen beteiligt waren, die als Cybermobbing-Aktionen zu klassifizieren sind.

Abb. 3.11 Häufigkeit derjenigen, die behaupten, in den letzten 2 Monaten nie Cybermobbing betrieben zu haben, nach Alter und Geschlecht (%)



Die Jugendlichen wurden auch gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten in gewalttätige Kämpfe verwickelt waren. Tabelle 3.11 zeigt die von den Jungen und Mädchen gegebenen Antworten, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen.

Tabelle 3.11 „Wie oft warst du während der letzten 12 Monate an einem Kampf oder an einer Rauferei beteiligt?“ nach Alter. (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Nie	69,9	66,9	72,6
Einmal	13,9	15,9	14,6
Zweimal	6,0	6,2	6,4
Dreimal	3,6	3,9	3,1
Viermal oder öfter	6,7	7,1	3,4

Die Tabelle zeigt, wie ein hoher Prozentsatz der befragten Schülerinnen und Schüler angibt, noch nie in gewalttätige Auseinandersetzungen verwickelt gewesen zu sein.

DIE SCHULE

Die Schule stellt einen Bildungskontext dar, in dem die Jugendlichen einen Großteil des Tages verbringen. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Beziehungen der Schülerinnen und Schüler zum Lehrpersonal und den Gleichaltrigen und ihr Bezug zum Schulsystem in einem umfassenderen Sinne zu untersuchen.

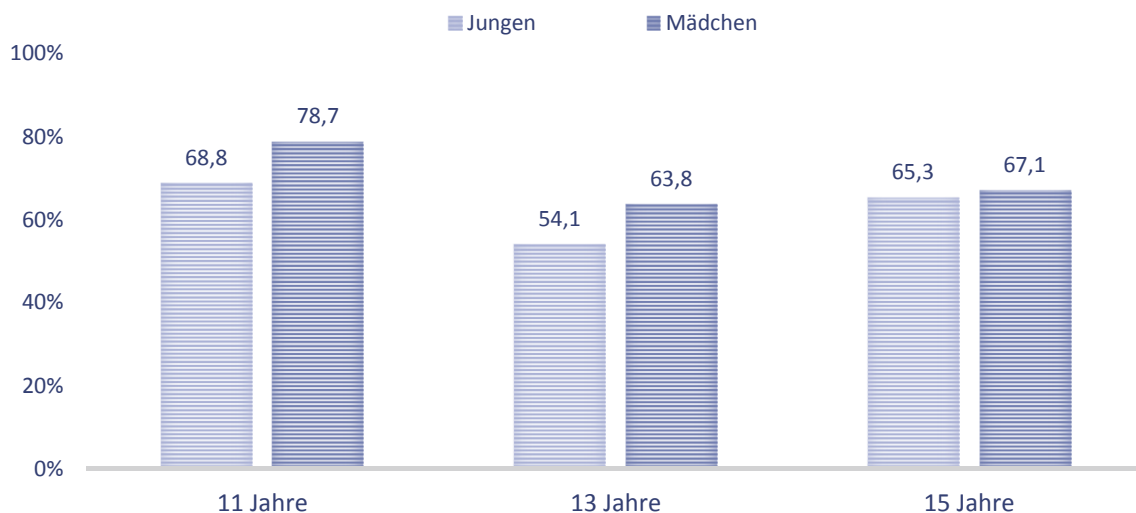
In dieser Studie wurden die Jungen und Mädchen gefragt, wie ihnen derzeit die Schule gefällt. Die Antworten auf diese Frage verteilen sich auf einer 4-Punkte-Skala von „gefällt mir sehr gut“ bis „gefällt mir überhaupt nicht“. In Tabelle 3.12 sind die Antworten der Schülerinnen und Schüler darauf unterteilt nach Alter ersichtlich.

Tabelle 3.12 „Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Gefällt mir sehr gut	20,8	13,5	14,6
Gefällt mir ganz gut	53,0	45,6	51,7
Gefällt mir nicht so gut	19,7	28,4	26,6
Gefällt mir gar nicht	6,5	12,6	7,1

In Abbildung 3.12 ist es möglich, die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Antworten „mir gefällt die Schule sehr gut oder ganz gut“ zu erkennen.

Abb. 3.12 Häufigkeit derjenigen, denen die Schule sehr gut oder gut gefällt, nach Alter und Geschlecht (%)



Alles in allem zeigen die Daten, dass sich die Beziehung der Jugendlichen zur Schule mit zunehmendem Alter tendenziell verschlechtert. Mädchen nehmen die Schule häufiger positiv wahr als die Jungen.

Der Druck, der für die Schülerinnen und Schüler von Seiten der Schule entsteht, wurde ebenfalls untersucht, indem die Studierenden gebeten wurden, ihr Urteil auf einer 4-Punkte-Skala von „überhaupt nicht belastet“ bis „sehr stark belastet“ auszudrücken. In Tabelle 3.13 und 3.14 sind die Antworten der Südtiroler Jugendlichen, unterteilt nach Alter und Geschlecht ersichtlich.

Tabelle 3.13 „Wie stark fühlst du dich durch das belastet, was in der Schule von dir verlangt wird?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Überhaupt nicht belastet	18,3	7,1	6,7
Ein bisschen belastet	57,4	50,7	41,3
Ziemlich stark belastet	17,1	28,5	33,7
Sehr stark belastet	7,3	13,8	18,4

Tabelle 3.14 „Wie stark fühlst du dich durch das belastet, was in der Schule von dir verlangt wird?“ nach Alter und Geschlecht (%)

	11 Jahre (%)		13 Jahre (%)		15 Jahre (%)	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Überhaupt nicht belastet	16,4	20,1	9,2	5,1	9,7	4,0
Ein bisschen belastet	56,9	57,8	51,2	50,1	41,9	40,9
Ziemlich stark belastet	19,0	15,2	26,9	29,9	31,6	35,5
Sehr stark belastet	7,7	7,0	12,6	14,8	16,9	19,6

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Antworten auf die Befragung ergeben ein differenziertes Bild der Schule in Südtirol. Die Strukturen werden von den Schulführungskräften zum Großteil als gut erachtet und um einiges besser als 2014 bewertet. Auch die Erreichbarkeit der Schulen, die Möglichkeiten, dort sportliche Aktivitäten durchzuführen und als Treffpunkt für die Kinder und Jugendlichen zu dienen, wird als gut bzw. sehr gut eingeschätzt. Der Verkehr wird von rund 24% der Schulführungskräfte als moderates oder großes Problem beschrieben, ansonsten werden an einigen wenigen Schulen der Handel bzw. Konsum von Drogen sowie Spannungen aufgrund von religiösen oder ethnischen Fragen als moderate oder (von einzelnen) als wirkliche Probleme gesehen. Der Großteil der Kinder und Jugendlichen fühlt sich an den Schulen Südtirols wohl, sie schätzen ihre Mitschülerinnen und Mitschüler als freundlich und hilfsbereit ein. Allerdings gibt auch rund ein Drittel der 13-Jährigen und 20% der 15-Jährigen an, in den vergangenen beiden Monaten gemobbt worden zu sein oder selbst gemobbt zu haben. Auch Cybermobbing ist, wenn auch in sehr geringem Ausmaß, ein Thema. Es ist wichtig, verstärkt auf ein gutes Schulklima zu achten und über die rechtlichen Bestimmungen und Konsequenzen bei Mobbing und Cybermobbing zu informieren. Auftrag aller, der Schule, aber auch der Eltern und der Gesellschaft ist es, die sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen zu stärken. Der Druck, der für die Schülerinnen und Schüler von Seiten der Schule entsteht, nimmt mit dem Alter deutlich zu: Während sich rund drei Viertel der 11-Jährigen nicht gestresst fühlen, sind es bei den 15-Jährigen rund die Hälfte, die sich einigermaßen bzw. sehr gestresst fühlen, hier vor allem die Mädchen. Diese Zahlen sind zum Teil bedenklich, da sich Stress, besonders länger anhaltender, negativ auf die Gesundheit der Heranwachsenden auswirken kann. Es gilt zum einen, auf Entlastungsmöglichkeiten zu achten und zum anderen, Kompetenzen im Bereich der Stressregulation zu vermitteln. Das Verhältnis zu den Lehrpersonen ist im Durchschnitt gut, allerdings haben die Schülerinnen und

Schüler mit zunehmendem Alter immer weniger das Gefühl, ihren Lehrpersonen vertrauen zu können, so tun dies zum Beispiel nur 33% der 15-Jährigen. Ebenfalls wenige, 41 % der 15-Jährigen, spüren Interesse an ihnen von Seiten der Lehrpersonen. Bedenkt man den großen Einfluss vertrauensvoller Beziehungen zu den Lehrpersonen auf das Wohlbefinden und den Lernerfolg der Kinder und Jugendlichen, sollten diese Antworten ernst genommen und hinterfragt werden, vor allem von den Führungskräften und Lehrpersonen der Oberstufe.

WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE

- ¹Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.
- ²Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- ³Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.
- ⁴Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.
- ⁵Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001;72:625-38.
- ⁶Wang C, Hatzigianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol*. 2016;59:1-11.
- ⁷Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.
- ⁸Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001;72:625–638.
- ⁹Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.
- ¹⁰de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.
- ¹¹Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *J Sch Health*. 2017;87:12-20.
- ¹²Lemma P, Borraccino A, Berchialla P, Dalmaso P, Charrier L, Vieno A, Lazzeri G, Cavallo F. Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *J Public Health*, 2015;37:573-80.
- ¹³Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol*. 2003;73:207-21.
- ¹⁴Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:6–19.
- ¹⁵van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One*. 2018;13:e0208173.
- ¹⁶UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- ¹⁷Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)571367_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)571367_EN.pdf)
- ¹⁸Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2. Milano: Educatt.

4. SPORT UND FREIZEIT

EINLEITUNG

Regelmäßige körperliche Aktivität schützt vor nicht übertragbaren Krankheiten wie Herzkrankheiten, Schlaganfall, Diabetes, Krebs und Bluthochdruck, beugt Übergewicht vor und hat eine positive Wirkung auf die körperliche und mentale Gesundheit und Lebensqualität¹. Für Jugendliche ist körperliche Aktivität besonders wichtig, da sie die Grundlage für ein aktives und gesundes Erwachsenenleben ist.

Dem *"Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020"*² der Weltgesundheitsorganisation zufolge, muss die körperliche Inaktivität reduziert und das empfohlene Mindestmaß an Bewegung absolviert werden, um Erkrankungen vorzubeugen. Daher geht von körperlicher Aktivität sowohl eine vorsorgliche als auch eine therapeutische Wirkung aus und sie trägt auf vielfältige Weise zur Lebensqualität bei. Um dieses ehrgeizige Ziel zu erreichen, muss man erkennen, dass sich die Menschen aufgrund der Technologie, Globalisierung und Verstädterung im täglichen Leben nur noch in geringem Maße zu bewegen brauchen. Fahrzeuge, Maschinen und Technologie erledigen nun die Aufgaben, die einst einer körperlichen Anstrengung bedurften³.

Es besteht kein Zweifel daran, dass Bewegungsmangel ungesund ist. Ein Mangel an Aktivität beeinträchtigt den Gesundheitszustand eines jeden Menschen und zählt zu den Risikofaktoren für vorzeitiges Sterben^{4,5}. Körperliche Aktivität wird als körperliche Bewegung definiert, die durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und Energie verbraucht. Zahlreiche elektronische Unterhaltungsgeräte sorgen für immer attraktivere im Sitzen ausgeübte Freizeitbeschäftigungen, die die körperliche Aktivität ersetzen⁶. Im Sitzen Aktivitäten ausführen, die sogenannte *"sitting time"* gilt als Marker für die Kategorie "körperlich inaktiv" und umfasst eine ganze Reihe von Aktivitäten wie beispielsweise Fernsehen, am Computer sitzen, lesen, Schulaufgaben machen usw.⁷ Tätigkeiten im Sitzen sind mit einem geringen Energieaufwand verbunden⁸ und müssen mit körperlich aktiver Bewegung ausgeglichen werden⁹.

Ungeachtet von Alter oder Können trägt regelmäßige körperliche Bewegung zur körperlichen und mentalen Gesundheit während des gesamten Lebens bei und reduziert Gesundheitsprobleme^{10,11}.

Der erste "Globale Aktionsplan" der WHO mit dem Titel *"More active people for a healthier world"* kommt den Forderungen der Regierungen nach aktuellen Leitlinien für wirksame Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Bewegung in der gesamten Bevölkerung nach¹².

Dieser Abschnitt beschreibt, wieviel sich junge Menschen bewegen und wieviel Zeit sie mit Tätigkeiten im Sitzen verbringen.

DIE KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Die aktuellen Vorgaben der WHO sehen täglich 60 Minuten moderate oder intensive Aktivität vor. Sie beinhaltet Aktivitäten, die bei der Arbeit oder in der Schule, beim Spiel, bei der Erledigung von Arbeiten im Haushalt und in der Freizeit ausgeübt werden¹³.

Aktive Jugendliche verbessern ihre kardiovaskuläre Fitness, kräftigen ihre Muskeln und Knochen, überwinden Grenzen, schließen neue Freundschaften und haben Spaß^{14,15}. Dem Sport wird eine maßgebliche Bildungswirksamkeit zugesprochen. Diese schließt die unmittelbar sportbezogenen Kompetenzen aber auch die Kompetenzen im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich ein¹⁶. Sportbegeisterte Jugendliche erwerben fachübergreifende Kompetenzen wie zum Beispiel

Problemlösen, kritisches Denken, Teamfähigkeit, kooperatives und selbständiges Lernen oder kompetente Mediennutzung^{17,18}.

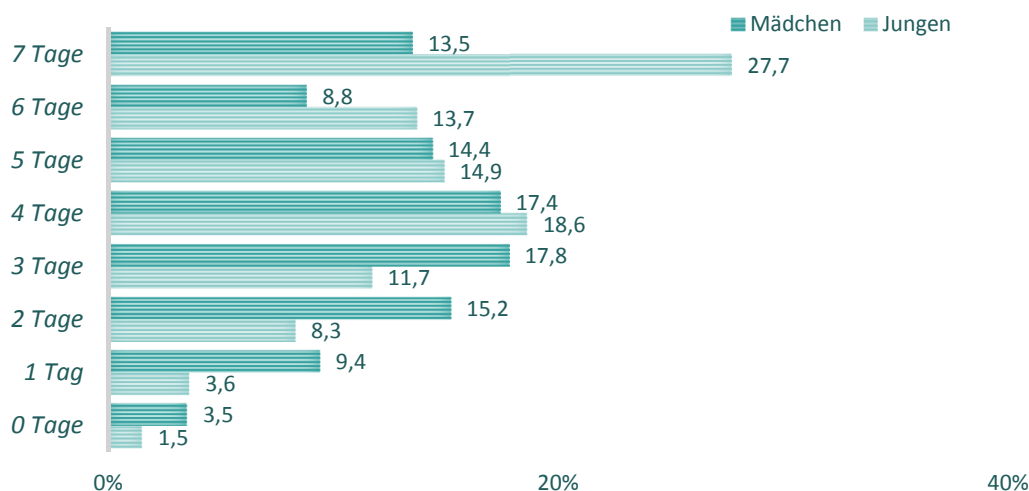
Anhand der Frage „An wie vielen der vergangenen sieben Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?“ wird die Zeit gemessen, die Jugendliche durchschnittlich mit körperlicher Aktivität verbringen. Tabelle 4.1 zeigt die Verteilung der Antworten nach Alter und Geschlecht.

Tabelle 4.1 „An wie vielen der vergangenen sieben Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
0 Tage	1,3	2,8	4,9
Einen Tag	5,7	5,8	10,2
Zwei Tage	8,6	13,5	16,2
Drei Tage	13,4	13,9	20,1
Vier Tage	16,9	20,4	15,9
Fünf Tage	15,0	15,3	12,5
Sechs Tage	11,4	12,4	8,2
Sieben Tage	27,8	15,9	12,1

Ein Blick auf Tabelle 4.1 zeigt, dass 1,3 % der 11-jährigen Jungen und Mädchen, 2,8 % der 13-jährigen Jungen und Mädchen und 4,9 % der 15-jährigen Jungen und Mädchen sich nie körperlich betätigen, während fast die Hälfte der gesamten Stichprobe (44,6 %) angibt, an zwei bis vier Tagen in der Woche mindestens eine Stunde körperlich aktiv zu sein und nur 31,6 % fast jeden Tag (sechs oder mehr Tage in der Woche).

Abb. 4.1 Häufigkeit der wöchentlichen körperlichen Aktivität (Anzahl der Tage mit mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität), nach Geschlecht (%)



Die Schülerinnen und Schüler wurden gebeten anzugeben, wie oft sie außerhalb der Schulzeit intensiv trainieren, um Unterschiede zur mäßigen körperlichen Aktivität zu

erkennen. Tabelle 4.2 zeigt die prozentualen Antworten der Schülerinnen und Schüler nach Alter.

Tabelle 4.2 „Wie oft machst du in deiner Freizeit (außerhalb der Schulzeit) körperliche Bewegung, bei der du außer Atem kommst oder schwitzt?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Täglich	22,8	14,9	12,8
4-6 Mal pro Woche	29,2	27,4	22,7
2-3 mal pro Woche	29,2	33,8	35,3
Einmal pro Woche	12,5	13,6	14,6
Einmal pro Monat	1,4	2,1	3,2
Weniger als einmal pro Monat	2,0	4,6	5,5
Nie	2,9	3,5	6,0

Ein Blick auf Tabelle 4.2 zeigt, dass sich 2,9 % der 11-jährigen Jungen und Mädchen, 3,5 % der 13-jährigen Jungen und Mädchen und 6,0 % der 15-jährigen Jungen und Mädchen außerhalb der Schulzeit nie intensiv körperlich betätigen, während ein Drittel der Stichprobe angibt, sich außerschulisch zwei bis drei Mal pro Woche intensiv zu bewegen.

TÄTIGKEITEN IM SITZEN

Tätigkeiten im Sitzen, wie Fernsehen und die Nutzung elektronischer Geräte oder Videospiele, wirken sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Jugendlichen aus. Einige Studien belegen einen Zusammenhang zwischen einer bewegungsarmen Lebensweise und erhöhtem Stress, Ängstzuständen und Substanzkonsum^{19,20,21}.

Die abnehmende körperliche Aktivität im Alltag ist ein bedeutender Faktor für die dramatische Zunahme der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas²² und der Zahl der Jugendlichen mit erhöhten Blutdruck- und Cholesterinwerten.

Bewegungsmangel während des ganzen Lebens unterstützt nicht das Wachstum und den Erhalt der muskuloskelettalen Gesundheit als Erwachsener²⁴.

Inaktive Jugendliche haben neben motorischen Defiziten auch Konzentrationsmängel und schlechtere schulische Leistungen. Der steigende Bewegungsmangel und seine negativen Auswirkungen verlangen das Durchbrechen der Denkmuster und eines auf das Verständnis und die Reduzierung fokussierten Ansatzes^{23,24}.

Der Abschnitt des HBSC-Fragebogens, der der Ausübung körperlicher Aktivität gewidmet ist, sieht Fragen zu den Tätigkeiten im Sitzen vor: „Etwa wie viele Stunden am Tag verbringst du in deiner Freizeit mit Fernsehen, Videos (einschließlich YouTube oder Ähnlichem), DVDs?“. Um Verhaltensmuster als Ganzes zu untersuchen, unterscheidet der Fragebogen zwischen Schultagen und Wochenende.

NUTZUNG VON FERNSEHEN, COMPUTER UND NEUEN KOMMUNIKATIONSFORMEN

Die *American Academy of Pediatrics* überträgt den Eltern die Aufgabe, ihre Kinder zu einer bewussten und eingeschränkten Mediennutzung zu erziehen. Die Mediennutzung spielt in der Alltagsgestaltung der Jugendlichen eine wesentliche Rolle und das digitale Spielerlebnis auf Tablet, Smartphone oder Computer steigt mit zunehmendem Alter relevant an. Dreiviertel aller Jugendlichen besitzen ein Smartphone, das bereits einen großen Teil der Mediennutzung abdeckt²⁵. In praktisch fast allen Familien sind Computer/Laptop und Internetzugang vorhanden.

Analoge Freizeitaktivitäten wie „mit Freunden zusammen sein“ oder „im Freien spielen“ bekommen über alle Altersklassen hinweg eine sehr große Bedeutung zugeschrieben^{26,27}. Dass das Internet inzwischen längst zum Alltag der gesamten Familie gehört, bestätigen zahlreiche Studien. Daher sollten die Eltern möglichst frühzeitig mit ihren Kindern ins Gespräch kommen, um sie kompetent bei ihrer Mediennutzung zu unterstützen.

Die Tabellen 4.3 und 4.4 beschreiben die Häufigkeit der Nutzung von TV, DVD, und anderen Formen der Bildschirmunterhaltung der Jugendlichen während der Schulzeit und an Wochenenden.

Tabelle 4.3 „Etwa wie viele Stunden am Tag verbringst du in deiner Freizeit mit Fernsehen, Videos (einschließlich YouTube oder Ähnlichem), DVDs?“ an Schultagen, nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Überhaupt Nicht	6,5	3,0	4,7
Eine halbe Stunde	18,5	10,9	10,7
Eine Stunde	31,0	24,9	22,8
Zwei Stunden	25,8	27,2	28,4
Drei Stunden	10,8	19,0	19,2
Vier Stunden	4,4	9,2	8,9
Fünf Stunden oder mehr	3,0	5,8	5,2

Tabelle 4.4 „Etwa wie viele Stunden am Tag verbringst du in deiner Freizeit mit Fernsehen, Videos (einschließlich YouTube oder Ähnlichem), DVDs?“ am Wochenende, nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Überhaupt nicht	5,7	2,5	2,6
Eine halbe Stunde	15,4	6,3	8,8
Eine Stunde	21,1	18,0	16,2
Zwei Stunden	26,9	26,0	21,8
Drei Stunden	16,3	19,9	21,0
Vier Stunden	8,1	12,5	15,9
Fünf Stunden oder mehr	6,6	14,9	13,9

Generell lässt sich beobachten, dass die Jugendlichen während der Schulzeit im Durchschnitt nicht mehr als zwei Stunden vor dem Fernseher sitzen (81,8 % der 11-Jährigen, 66,0 % der 13-Jährigen und 66,6 % der 15-Jährigen). Auch am Wochenende

gibt es keine wesentlichen Veränderungen was die Bildschirmzeit betrifft (69,1 % der 11-Jährigen, 52,8 % der 13-Jährigen und 49,4 % der älteren Kinder).

Die Tabellen 4.5 und 4.6 beschreiben, wie oft Jugendliche den Computer, das Tablet, das Smartphone oder andere elektronische Geräte während der Schulzeit und am Wochenende benutzen.

Tabelle 4.5 „Etwa wie viele Stunden am Tag nutzt du in deiner Freizeit normalerweise den Computer, das Tablet, das Smartphone oder andere elektronische Geräte (ausgeschlossen Bewegungsfittnessspiele)?“ an Schultagen, nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Überhaupt nicht	14,5	8,8	9,3
Eine halbe Stunde	27,1	13,0	12,8
Eine Stunde	28,0	25,0	18,5
Zwei Stunden	18,0	22,7	23,7
Drei Stunden	6,9	14,4	15,7
Vier Stunden	2,6	7,0	11,4
Fünf Stunden oder mehr	2,9	9,0	8,7

Tabelle 4.6 „Etwa wie viele Stunden am Tag nutzt du in deiner Freizeit normalerweise den Computer, das Tablet, Smartphone oder andere elektronische Geräte (ausgeschlossen Bewegungsfittnessspiele)?“ am Wochenende, nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Überhaupt nicht	13,3	9,4	10,6
Eine halbe Stunde	23,9	11,1	9,5
Eine Stunde	25,8	17,5	14,2
Zwei Stunden	16,0	18,5	19,9
Drei Stunden	11,0	16,2	14,2
Vier Stunden	4,0	11,9	13,6
Fünf Stunden oder mehr	6,0	15,4	18,0

87,6 % der Jugendlichen im Alter von 11 Jahren, 69,5 % der 13-Jährigen und 64,3 % der 15-Jährigen geben an, während der Schulzeit nicht mehr als zwei Stunden den Computer, das Tablet, das Smartphone oder andere elektronische Geräte zu benutzen. Hingegen am Wochenende beträgt die Bildschirmzeit bis zu zwei Stunden bei 79,0 % der 11-Jährigen, 56,5 % der 13-Jährigen und 54,2 % der 15-Jährigen. Im Allgemeinen ist die Bildschirmzeit am Wochenende höher als an Schultagen.

Abbildung 4.2 und 4.3 zeigen die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Nutzung von Computer, Tablet, Smartphone und anderen elektronischen Geräten an Schultagen und an Wochenenden.

Abb. 4.2 Nutzung von Computer, Tablet, Smartphone an Schultagen, nach Geschlecht (%)

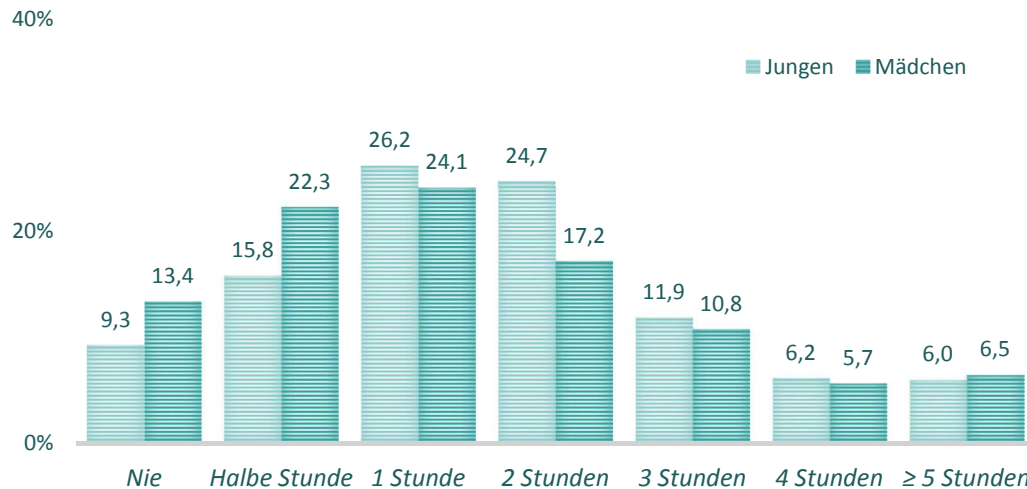
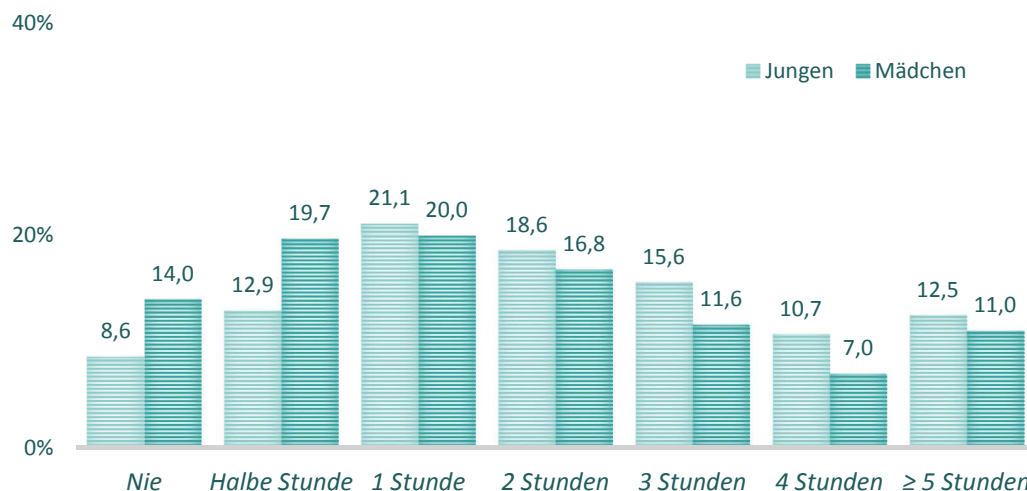


Figura 4.2 Nutzung von Computer, Tablet, Smartphone am Wochenende, nach Geschlecht (%)



Bei Jungen ist die Bildschirmzeit durchschnittlich höher als bei Mädchen. Tatsächlich geben rund 9 % der Jungen im Vergleich zu 14 % der Mädchen an, nie den Computer, das Tablet oder das Smartphone und andere elektronische Geräte zu benutzen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die negativen Auswirkungen eines körperlich inaktiven Lebens machen sich bereits im Jugendalter mit geringerer schulischer Leistung, Haltungsschäden und Übergewicht bemerkbar. Trotz dieses Wissens und der steigenden Sensibilisierung in der Gesellschaft ist der Anteil der Bewegungsmuffel hoch. Als einer der Gründe für die

mangelnde körperliche Betätigung bei Jugendlichen wird die Digitalisierung genannt. Sie hat die Bewegungsmuster von Jugendlichen verändert und sie dazu angeregt mehr zu sitzen und sich weniger zu bewegen, mehr zu fahren und weniger zu gehen. Kindern bereits in jungen Jahren einen Zugang zu Bewegung zu vermitteln, ist eine der wichtigen Aufgaben der Eltern. Jugendliche orientieren sich an ihrer Familie, speziell an ihren Eltern, und umso wichtiger ist es, ihnen ein Vorbild zu sein und den Kindern Bewegung zu ermöglichen.

Jugendliche neigen zur Überschätzung des tatsächlichen Ausmaßes ihrer sportlichen Aktivität. Um das Ausmaß der Aktivität zuverlässig zu erfassen, verwenden Jugendliche häufig apparative Messmethoden, wie beispielsweise den Schrittzähler. Dieses Hilfsmittel verbessert die individuelle Selbsteinschätzung des subjektiven Aktivitätsausmaßes.

Die HBSC-Studie zeigt auf, dass lediglich eine bzw. einer von fünf der 11- bis 15-jährigen Südtiroler Schülerinnen und Schüler die Bewegungsempfehlungen von täglich 60 Minuten erfüllen. Ein Drittel der Jugendlichen ist körperlich aktiv, aber in geringerem Ausmaß und eine bzw. einer von zehn bewegt sich eindeutig zu wenig. Jungen sind allgemein aktiver als Mädchen und mit zunehmendem Alter nimmt das Ausmaß der körperlichen Aktivität ab.

Jugendliche verbringen nicht nur Zeit vor dem Computer, sondern auch vor dem Fernseher, mit Spielkonsolen, Tablets oder dem Smartphone. Somit ist es oft schwer die gesamte Nutzungsdauer digitaler Medien, die sogenannte Bildschirmzeit, im Blick zu haben. Tatsächlich geben drei von zehn Jugendlichen an, sich nicht mehr als zwei Stunden täglich mit dem Smartphone, Computer oder TV zu beschäftigen und bei einer bzw. einem von zwanzig beträgt die tägliche Bildschirmzeit mehr als vier Stunden.

WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE

- ¹ Global recommendations on physical activity for health: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1
- ² Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
- ³ Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile: https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf
- ⁴ Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016;388(10051):1302–1310
- ⁵ Keadle SK, Moore SC, Sampson JN, Xiao Q, Albanes D, Matthews CE. Causes of death associated with prolonged TV viewing: NIH-AARP Diet and Health Study. *Am J Prev Med*. 2015;49(6):811–821
- ⁶ Rees-Punia E, Evans EM, Schmidt MD, Gay JL, Matthews CE, Gapstur SM, Patel AV. Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities. *Am J Prev Med*. 2019;56(5):736–741.
- ⁷ Owen N. Sedentary behavior: Understanding and influencing adults' prolonged sitting time. *Preventive Medicine* 55 (2012) 535–539
- ⁸ Biddle S.J., Gorely T, Marshall S.J, Murdey I, Cameron N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33
- ⁹ Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913
- ¹⁰ Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health*. Human Kinetics. 2007.
- ¹¹ Janssen I., Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40
- ¹² More active people for a healthier world: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- ¹³ WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>
- ¹⁴ Liu M, Wu L, Ming Q. How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(8):e0134804.
- ¹⁵ Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2019
- ¹⁶ Eime RM, Young JA, Harvey JT, et al. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;15:10-98.
- ¹⁷ EU Working Group "Sport and Health" (2008). EU Physical Activity Guidelines: <http://www.eufic.org/article/en/artid/ Guidelines-physical-activity/>
- ¹⁸ Granger E, Di Nardo F, Harrison A, Patterson L, Holmes R, Verma A. A systematic review of the relationship of physical activity and health status in adolescents. *Eur J Pub Health*. 2017;27:100–6
- ¹⁹ Pengpid S, Peltzer K. Leisure-Time Sedentary Behavior Is Associated with Psychological Distress and Substance Use among School-Going Adolescents in Five Southeast Asian Countries: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jun 13;16(12). pii: E2091.
- ²⁰ Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;242:5–13.
- ²¹ Stanczykiewicz B, Banik A, Knoll N, Keller J, Hohl DH, Rosińczuk J, Luszczynska A. Sedentary behaviors and anxiety among children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019 Apr 30;19(1):459
- ²² de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PloS One*. 2014 Aug 21;9(8):e105620.
- ²³ Rollo S, Gaston A, Prapavessis H. Cognitive and motivational factors associated with sedentary behavior: a systematic review. *AIMS Public Health*. 2016. 10.3934/publichealth.2016.4.956.
- ²⁴ Katzmarzyk PT. Physical activity, sedentary behavior, and health: paradigm paralysis or paradigm shift? *Diabetes*. 2010;59(11):2717-25.
- ²⁵ Lenhart A. *Teens, Social Media & Technology Overview 2015*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.
- ²⁶ COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5)
- ²⁷ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. ERNÄHRUNGS- GEWOHNHEITEN UND KÖRPERGEWICHT

EINLEITUNG

Schlechte Essgewohnheiten haben negative Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit^{1,2,3} und werden häufig durch unzählige Diäten und Ernährungsumstellungen hervorgerufen.

Es ist mittlerweile unbestritten, dass ein ungesunder Ernährungsstil das Auftreten einer ganzen Reihe von schwerwiegenden Erkrankungen begünstigt und damit das Leben verkürzen kann. Neben Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes oder Adipositas gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs dazu^{4,5,6,7}.

Schlechte Ess- und Ernährungsgewohnheiten nehmen schon im Kindesalter ihren Anfang, was zu körperlichen und psychischen Folgeschäden führen kann. Essverhalten, die für das weitere Leben bestehen bleiben, werden im frühen Alter durch die Familie und das kulturelle Umfeld geprägt⁸.

Im Kindes- und Jugendalter wird der Grundstein für die Gesundheit des späteren Lebens gelegt. Insbesondere während der Entwicklungsphase werden Gesundheitsverhalten wesentlich und nachhaltig geprägt, wobei eine gesunde Ernährung die optimalen Voraussetzungen für die Gesundheit, das Wachstum und die intellektuelle Entwicklung schafft. Die Familie^{9,10,11} in erster Linie beeinflusst die Geschmacksinne, die Gewohnheiten, die persönlichen Vorlieben und Abneigungen gegen Lebensmittel, die für das weitere Leben bestehen bleiben^{12,13}. Die Eltern, die Schule und das soziale Umfeld sollten auf eine gesunde Ernährung achten, um falschen Essgewohnheiten vorzubeugen^{14,15}.

Im Jahr 2018 hat die WHO ein Ad-hoc-Factsheet erstellt, das eine Reihe von Empfehlungen für eine gesunde Ernährung beinhaltet und Maßnahmen nennt, die zu einem besseren Lebensmittelangebot¹⁶ führen können. Die Ernährungsgewohnheiten entwickeln sich in der Tat im Laufe der Zeit und werden von vielen sozialen und wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst. Sie erfordern sektorübergreifende Maßnahmen in den Bereichen Regierungsführung, Landwirtschaft und Industrie.

Im ersten Teil des Kapitels werden die Ergebnisse über die Essgewohnheiten der Jugendlichen vorgestellt, insbesondere was das Frühstücksverhalten und den Obst- und Gemüseverzehr betrifft¹⁷.

Der zweite Teil des Kapitels ist hingegen dem Gewichtsstatus der Jugendlichen gewidmet; die HBSC-Studie sammelt selbsterklärte Daten zu Gewicht und Größe, die als Grundlage für die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI) dienen. Als Schwellenwerte für die Klassifizierung nach Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas werden jene der International Obesity Task Force (IOTF) nach Cole et al.^{18,19} verwendet, während für internationale Vergleiche die WHO-Kurven²⁰ herangezogen werden.

Der Body-Mass-Index (BMI) von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bleibt in einigen einkommensstarken Ländern weiterhin beachtlich hoch aber mit stagnierendem Trend, während in einigen asiatischen Regionen ein zunehmender Trend beobachtet werden kann²¹. Trotzdem muss Übergewicht ernst genommen werden, da es Gesundheitsprobleme mit sich bringt und erhebliche psychische Auswirkungen bei den Betroffenen hat.

Der letzte Teil des Kapitels beschäftigt sich mit der Zahnputzfrequenz und der Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrollvisiten²². Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen hat einen positiven Einfluss auf die allgemeine Gesundheit und trägt entscheidend zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität bei. Jüngste Studien deuten darauf hin, dass alle Formen von Zucker von Kariesbakterien zu zahnschädigenden

Säuren umgebaut werden, die die Zahnoberflächen angreifen und es entstehen Zahnkaries und Zahnfleischentzündungen²³.

HÄUFIGKEIT UND REGELMÄSSIGKEIT DER MAHLZEITEN

Das Frühstück ist eine äußerst wichtige Mahlzeit für das physiologische und psychologische Gleichgewicht, insbesondere in der Kindheit und Jugend. Das Überspringen dieser Mahlzeit beeinflusst die Konzentrations- und Lernfähigkeit, fördert die Aufnahme von überflüssigen Kalorien durch ungesunde Snacks oder Junk-Food und kann als Essgewohnheit im Erwachsenenalter fortbestehen^{24,25,26}.

Die Jugendlichen wurden gebeten anzugeben, wie oft sie an Schultagen und am Wochenende frühstücken. Das Frühstück sollte eine Hauptmahlzeit darstellen und rund 20 % der täglichen Kalorien liefern.

Die Tabellen 5.1 und 5.2 zeigen wie oft die Jugendlichen an Schultagen und am Wochenende frühstücken.

Tabelle 5.1 „Wie häufig frühstückst du normalerweise an Schultagen?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	15,4	25,2	23,6	20,6
Ein Tag	2,9	4,2	2,5	3,3
Zwei Tage	4,0	4,8	5,2	4,5
Drei Tage	6,1	6,4	4,9	6,0
Vier Tage	4,7	5,0	3,3	4,6
Fünf Tage	66,9	54,4	54,4	60,5

An Schultagen frühstücken jeden Morgen drei von fünf Jugendlichen, diese Regelmäßigkeit nimmt aber mit zunehmendem Alter ab. An zwei bis vier Schultagen frühstücken ähnlich viele Jungen wie Mädchen. Der Anteil der Jugendlichen, bei denen das Frühstück keine Rolle spielt, ist leider höher als wünschenswert und nimmt mit dem Alter zu.

Tabelle 5.2 „Wie häufig frühstückst du normalerweise am Wochenende?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Ich frühstücke am Wochenende nicht	6,5	9,0	10,4	8,2
An einem Tag (Samstag oder Sonntag)	9,8	13,3	14,6	12,0
Samstag und Sonntag	83,6	77,6	75,1	79,8

An beiden Wochenendtagen frühstücken vier von fünf Jugendlichen, aber der Anteil nimmt mit zunehmendem Alter ab. Tabelle 5.3 zeigt wie oft die Jugendlichen der drei Altersgruppen eine Zwischenmahlzeit essen.

Tabelle 5.3 „Ist du normalerweise eine Zwischenmahlzeit?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nein	13,7	9,4	6,8	10,8
Nur Vormittags	16,6	17,5	20,7	17,7
Nur Nachmittags	32,9	29,0	21,4	29,3
Vormittags und Nachmittags	36,7	44,1	51,1	42,2

Zwei von fünf Jugendlichen essen sowohl am Vormittag als auch am Nachmittag eine Jause, davon 15-Jährige am häufigsten. Eine Jause am Tag kommt bei einem Drittel aller Jugendlichen vor.

Der HBSC-Fragebogen 2018 sieht eine neue Frage über gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie vor. Tabelle 5.4 zeigt wie oft die Jugendlichen gemeinsam mit der Familie am Tisch sitzen.

Tabelle 5.4 „Wie oft essen du und deine Familie die Mahlzeiten zusammen?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Jeden Tag	44,1	44,2	39,1	43,2
Die meisten Tage	43,7	45,0	45,3	44,5
Ungefähr einmal die Woche	6,9	7,7	12,9	8,4
Weniger als einmal di Woche	2,4	1,8	1,7	2,0
Nie	2,9	1,3	1,0	1,9

Bei zwei von fünf Jugendlichen gehört das Ritual des gemeinsamen Essens mit der Familie zum Alltag.

OBST- UND GEMÜSEVERZEHR

Italienweite und internationale Richtlinien empfehlen täglich mindestens fünf Portionen Gemüse und Obst (drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Obst). Das entspricht täglich rund 400 g Gemüse und etwa 250 g Obst. Das Maß für eine Portion ist die eigene Hand. Obst und Gemüse liefern besonders viele Ballaststoffe, Vitamin A, sowie B-Vitamine und Mineralstoffe und sind eine gute Energiequelle.

Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge reduzieren Obst und Gemüse die Entstehung von chronischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes, Krebs und Dyslipidämie²⁷.

Die Jugendlichen wurden gebeten, das Ausmaß des eigenen Obst- und Gemüseverzehrs anzugeben.

Tabelle 5.5 „Wie oft in der Woche isst du normalerweise Obst?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	2,7	2,7	1,7	2,5
Seltener als einmal in der Woche	2,3	4,2	4,9	3,5
Einmal in der Woche	6,9	8,3	8,9	7,8
An 2-4 Tagen in der Woche	24,6	28,2	29,0	26,8
An 5-6 Tagen in der Woche	19,2	21,4	20,1	20,2
Jeden Tag	21,2	19,6	20,8	20,5
Mehrmals täglich	23,0	15,6	14,5	18,7

Die Mehrheit der Jugendlichen isst zwei- bis dreimal die Woche oder täglich Obst. Nur beim Obstverzehr mehrmals am Tag sinkt der Anteil von 23,0 % der 13-jährigen Jungen und Mädchen auf 14,5 % der 15-jährigen Jungen und Mädchen. Abbildung 5.1 zeigt, dass der wöchentliche Obstkonsum bei Jungen und Mädchen sehr ähnlich ist.

Abb. 5.1 Häufigkeit des Obstkonsums, nach Geschlecht (%)

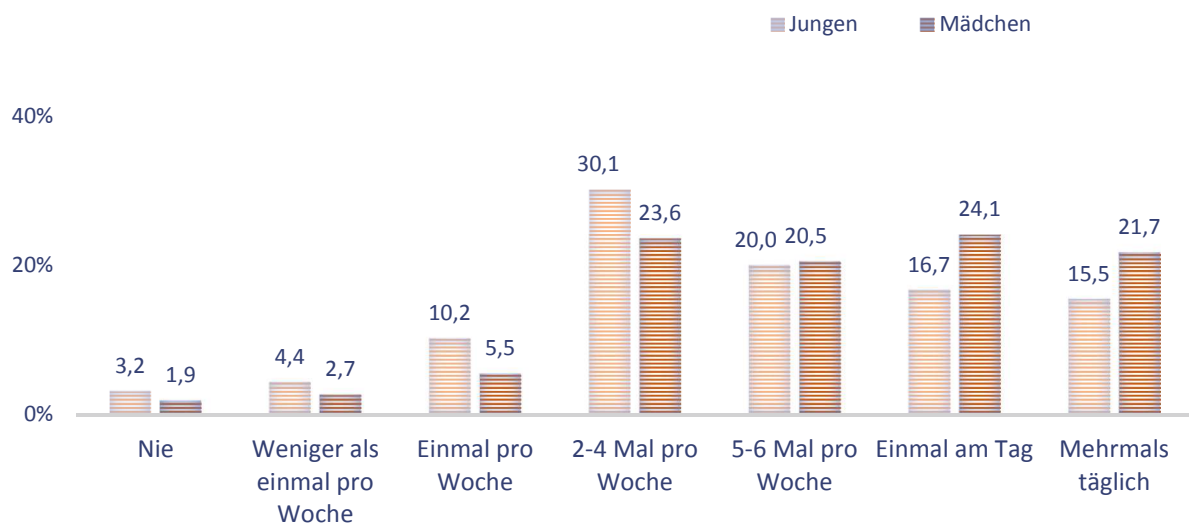
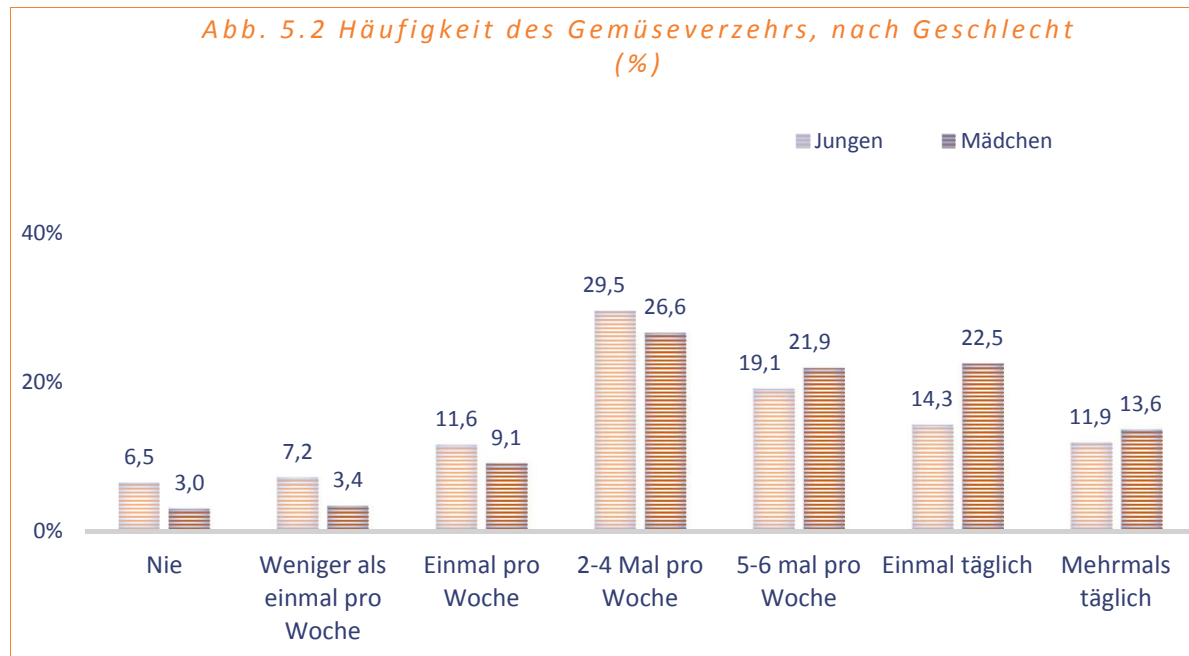


Tabelle 5.6 „Wie oft in der Woche isst du normalerweise Gemüse?“, nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	5,6	4,6	2,7	4,7
Seltener als einmal in der Woche	4,8	6,2	4,5	5,2
Einmal in der Woche	9,4	12,1	9,1	10,3
An 2-4 Tagen in der Woche	26,7	28,1	30,6	28,0
An 5-6 Tagen in der Woche	19,9	20,9	21,2	20,5
Jeden Tag	19,1	17,3	19,4	18,5
Mehrmals täglich	14,5	10,9	12,5	12,8

Knapp die Hälfte der Jugendlichen isst zwischen zwei- und sechsmal die Woche Gemüse. Abbildung 5.2 zeigt, dass Jungen und Mädchen ähnlich häufig Gemüse essen.



SÜSSIGKEITEN UND KOHLENSÄUREHALTIGE GETRÄNKE

Nicht nur Schokolade, Kekse oder Bonbons enthalten Zucker, sondern auch viele Fertigprodukte sind kräftig gesüßt^{28,29}. Die Tabellen 5.7 und 5.8 zeigen wie oft Jugendliche in der Woche Süßigkeiten, Bonbons oder Schokolade naschen oder Cola und andere zuckerhaltige Getränke trinken.

Tabelle 5.7 „Wie oft in der Woche isst du normalerweise Süßigkeiten, Bonbons oder Schokolade?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	4,6	2,1	3,2	3,4
Seltener als einmal in der Woche	15,1	11,8	10,1	13,0
Einmal in der Woche	18,9	16,9	19,9	18,4
An 2-4 Tagen in der Woche	31,6	32,5	34,5	32,5
An 5-6 Tagen in der Woche	14,8	18,3	17,4	16,6
Jeden Tag	10,2	11,5	9,8	10,6
Mehrmals täglich	4,8	7,0	5,2	5,7

Tabelle 5.8 „Wie oft in der Woche trinkst du normalerweise Cola oder andere zuckerhaltige Getränke?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	13,8	12,2	16,3	13,7
Seltener als einmal in der Woche	35,4	30,7	26,5	32,0
Einmal in der Woche	24,0	22,6	22,2	23,1
An 2-4 Tagen in der Woche	14,1	20,9	23,6	18,4
An 5-6 Tagen in der Woche	7,3	7,4	4,8	7,0
Jeden Tag	3,0	3,7	3,0	3,2
Mehrmals täglich	2,5	2,6	2,7	2,6

Jugendliche naschen generell lieber was Süßes als dass sie zu zuckerhaltigen Getränken greifen. Tabelle 5.9 zeigt wie oft die Jugendlichen in der Woche Hülsenfrüchte essen.

Tabelle 5.9 „Wie oft in der Woche isst du normalerweise Hülsenfrüchte?“ nach Alter (%)

	Jahre	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	20,4	20,3	12,6	18,9
Seltener als einmal in der Woche	29,3	27,9	25,1	28,0
Einmal in der Woche	20,3	21,2	24,7	21,5
An 2-4 Tagen in der Woche	15,6	18,7	23,4	18,2
An 5-6 Tagen in der Woche	7,5	7,4	10,4	8,0
Jeden Tag	3,9	3,1	2,9	3,4
Mehrmals täglich	3,0	1,4	1,0	2,1

Hülsenfrüchte stehen bei 18,2 % der Jugendlichen durchschnittlich zwei- bis viermal auf dem Speiseplan, bei den 11-Jährigen häufiger als bei den 15-Jährigen. Tabelle 5.10 zeigt wie oft die Jugendlichen einige Lebensmittel pro Woche essen. Die Ernährungsgewohnheiten sind bei Jungen und Mädchen sehr ähnlich, Ausnahme ist der tägliche Obst- und Gemüsekonsum, der bei den Mädchen etwas üblicher ist.

Tabelle 5.10 Täglicher Verzehr einiger Lebensmittel nach Alter und Geschlecht (%)

	11 Jahre (%)		13 Jahre (%)		15 Jahre (%)	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Obst	38,2	50,1	27,7	42,3	26,6	42,9
Gemüse	28,5	38,6	24,2	31,9	24,5	38,3
Süßigkeiten	13,2	16,8	19,3	17,6	15,5	14,5
Cola, andere zuckerhaltige/ kohlensäurehaltige Getränke	5,8	5,1	8,2	4,4	9,6	2,4
Salzgebäck	5,6	6,5	5,9	4,2	5,0	2,7
Cornflakes, Müsli	17,4	14,6	15,3	11,4	15,2	7,3
Getreide (Brot, Nudeln, Reis)	17,4	14,6	15,3	11,4	15,2	7,3
Hülsenfrüchte	7,7	6,2	6,3	2,8	3,7	4,0

KÖRPERGEWICHT

Zur Bestimmung von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas wird in der HBSC-Studie der Body-Mass-Index berechnet, der sich aus den selbstberichteten Gewichts- und Größenangaben der Schülerinnen und Schüler zusammensetzt. Für Erwachsene sind zur Bestimmung von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas absolute Grenzwerte festgelegt. Für Kinder und Jugendliche, deren körperliche Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, können diese jedoch nicht herangezogen werden. Auf der Grundlage von Gewichts- und Größendaten wurden deshalb sogenannte alters- und geschlechtsspezifische Perzentile verwendet (Cole et al., 2000;2007). Bei Kindern und Jugendlichen spricht man ab der 90. Perzentile von Übergewicht, ab der 97. von Adipositas.

Tabelle 5.11 zeigt die Verteilung der Altersgruppen nach BMI-Klassen und Abbildung 5.4 die Verteilung von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Geschlecht.

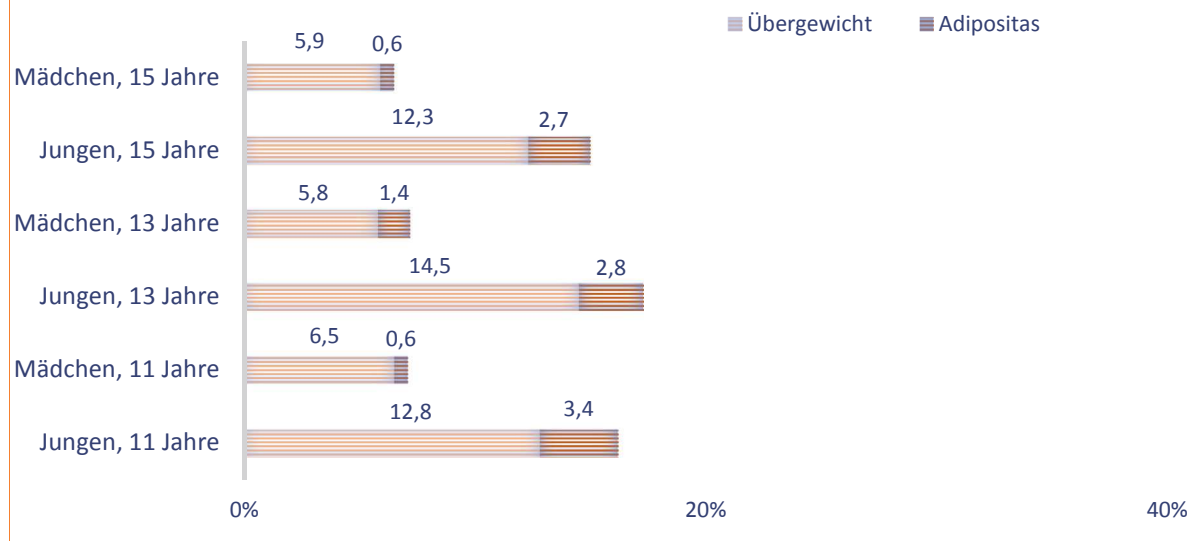
Tabelle 5.11 Gewichtungsbewertung auf der Grundlage des BMI (berechnet auf der Grundlage des angegebenen Gewichts und der Körpergröße), nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Untergewicht	3,3	2,9	1,4	2,8
Normalgewicht	85,1	84,6	88,0	85,5
Übergewicht	9,6	10,3	9,0	9,8
Adipositas	2,0	2,1	1,6	2,0

Südtirol zählt zu den Regionen Italiens, in denen am meisten Jugendliche Normalgewicht haben, nämlich 85,5 % der 11-, 13- und 15-Jährigen. 9,8 % sind

hierzulande übergewichtig und 1,9 % adipös. Übergewicht und Adipositas kommen im Alter von 13 Jahren und bei Jungen häufiger vor. Der Prozentsatz der übergewichtigen Jugendlichen variiert in den verschiedenen Altersgruppen: 11,6 % der 11-Jährigen, 12,4 % der 13-Jährigen und 10,6 % der 15-Jährigen.

Abb. 5.4 Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Alter (%)



UNZUFRIEDENHEIT MIT DEM EIGENEN KÖRPER

Die Jugendlichen berichten, dass sie mit dem eigenen Aussehen und ihrem Körper unzufrieden sind. Diese Unzufriedenheit wird häufig durch wahrnehmungsbedingte, sachliche Verzerrung³⁰ verstärkt. Diese Unzufriedenheit betrifft vor allem das eigene Gewicht und das Gefühl, „zu dick“ zu sein, unabhängig davon, ob man objektiv übergewichtig ist oder nicht. Die Jugendlichen wurden gebeten, über ihren Körper nachzudenken und zu berichten, wie sie sich selbst sehen: viel zu dünn, ein bisschen zu dünn, ungefähr das richtige Gewicht, ein bisschen zu dick, viel zu dick. Die Antworten „viel zu dick“ und „ein bisschen zu dick“ werden zusammengefasst, um das Gefühl des Übergewichts zu beschreiben³¹.

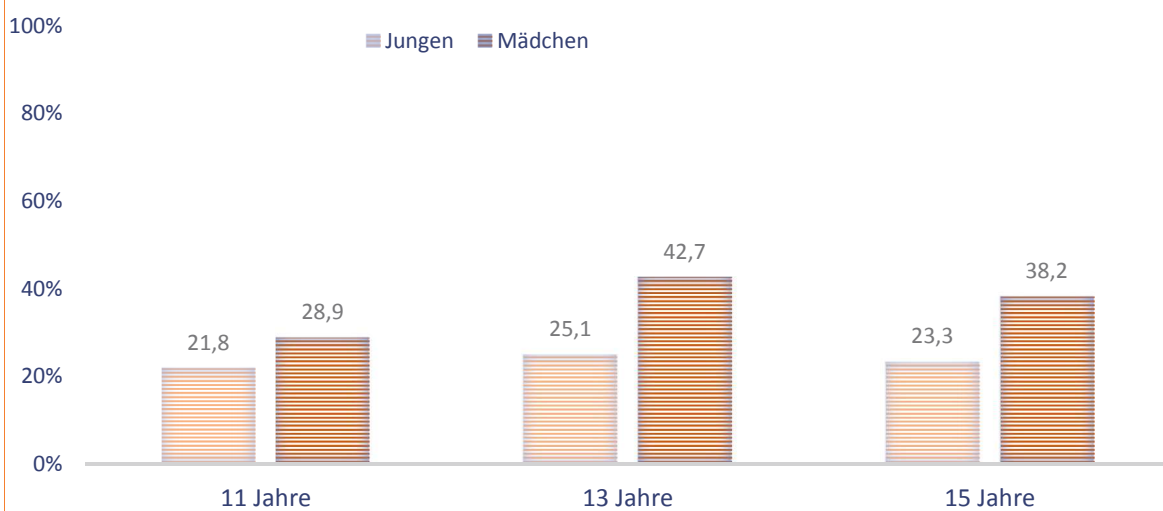
Tabelle 5.12 zeigt die Wahrnehmung der Jugendlichen über ihr Körpergewicht nach Alter.

Tabelle 5.12 „Glaubst du dass du ...“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 anni (%)	Totale
Viel zu dünn	1,2	1,3	1,6	1,3
Ein bisschen zu dünn	10,9	11,3	13,1	11,5
Ungefähr das richtige Gewicht	62,5	53,2	53,9	57,5
Ein bisschen zu dick	22,1	29,1	28,6	25,9
Viel zu dick	3,3	5,0	2,8	3,8

Im Allgemeinen empfinden drei von fünf Jugendlichen ihr Körpergewicht als ungefähr richtig, eine/-r von vier fühlt sich „ein bisschen zu dick“ und eine/-r von neun „ein bisschen zu dünn“. Aus der Abbildung 5.5 geht hervor, wie viele Jugendliche der Meinung sind übergewichtig zu sein („ein bisschen zu dick“ und „viel zu dick“), aufgeschlüsselt nach Geschlecht.

Abb. 5.5 Häufigkeit derjenigen, die sich ein bisschen oder viel zu dick fühlen, nach Alter und Geschlecht (%)



Der Anteil derjenigen, die sich „ein bisschen zu dick oder viel zu dick“ fühlen, ist bei den 13-jährigen Jungen und Mädchen höher.

Tabelle 5.13 zeigt die Häufigkeit der Jugendlichen, die sich selbst als „ein bisschen zu dick“ und „viel zu dick“ fühlen im Vergleich zum berechneten BMI, nach Altersgruppen.

Tabelle 5.13 Häufigkeit der Jugendlichen, die sich im Vergleich zu ihrem BMI „ein bisschen zu dick“ oder „viel zu dick“ fühlen, nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Untergewicht	9,5	4,6	12,5	7,8
Normalgewicht	19,7	27,3	25,5	24,3
Übergewicht	65,6	72,5	67,3	68,6
Adipositas	100	93,3	100	97,3

Bei den meisten Jugendlichen, die sich „ein bisschen zu dick“ und „viel zu dick“ fühlen, stimmt ihre Wahrnehmung mit dem berechneten BMI überein. Ein nicht unbeträchtlicher Prozentsatz (24,3%) der normalgewichtigen Jugendlichen fühlt sich zu dick; dieses Phänomen nimmt mit dem Alter zu.

Die Jugendlichen wurden gefragt, ob sie zurzeit eine Diät machten. Tabelle 5.14 zeigt die Antworten auf die Frage.

Tabelle 5.14 „Machst du gerade eine Diät, oder tust du etwas Anderes, um Gewicht abzunehmen?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nein, mein Gewicht ist gerade richtig	61,6	54,5	55,3	57,8
Nein, aber eigentlich sollte ich abnehmen	16,9	22,5	19,5	19,4
Nein, denn ich sollte zunehmen	5,9	7,3	10,2	7,2
Ja	15,6	15,8	15,0	15,5

Im Allgemeinen sagen etwas mehr als die Hälfte der Jugendlichen, dass sie keine Diät machen, weil sie ihr Gewicht für richtig halten. Eine/-r von fünf macht keine Diät, ist aber der Meinung zu dick zu sein und sieht die Notwendigkeit etwas zu unternehmen. Jede/-r Sechste macht eine Diät.

MUNDHYGIENE

Das Zähneputzen schützt vor Zahnkaries, die eine der häufigsten Mundkrankheiten darstellt. Tabelle 5.15 zeigt die Regelmäßigkeit des Zähneputzens bei den Jugendlichen.

Tabelle 5.15 „Wie oft putzt du dir die Zähne?“, nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Mehr als einmal täglich	78,4	75,6	81,8	78,0
Einmal täglich	18,8	20,5	16,6	19,0
Mindestens einmal pro Woche aber nicht täglich	1,7	2,9	0,9	2,0
Seltener als einmal pro Woche	1,1	0,6	0,6	0,8
Nie		0,4	0,1	0,2

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Eine ausgewogene Ernährung ist in der Wachstumsphase von besonderer Bedeutung. Erfahrungen zeigen, dass Themen rund um gesunde Ernährung bei Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen, durchaus gut ankommen. Zu Ernährungsfragen wird meistens im Internet recherchiert. Der Vorteil der Massenmedien ist deren große Reichweite. Werden wissenschaftlich fundierte Informationen abgerufen, können Wissenslücken geschlossen und Entscheidungen erleichtert werden. Bei nicht wissenschaftlich belegten Informationen besteht jedoch die Gefahr der Falschinformation.

Die Frühstücksgewohnheit ist vielen Jugendlichen sowohl am Wochenende als auch unter der Woche wichtig, obgleich an Schultagen nicht jeden Tag regelmäßig gefrühstückt wird und das Frühstücksverhalten am Wochenende eine größere Rolle spielt. Außerdem lassen sich Unterschiede je nach Alter erkennen. Wer auf das Frühstück verzichtet, sollte es mit einer ausgewogenen Zwischenmahlzeit kompensieren. Sorge bereitet hingegen die Tatsache, dass vier von zehn Jugendlichen zu wenig Obst essen und nahezu eine bzw. einer von zwei einen zu geringen Anteil an Gemüse in der täglichen Kost vorsieht. Dies ist zu wenig, bedenkt man die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation, für eine gesunde Ernährung zweimal täglich Obst und dreimal täglich Gemüse zu essen. Auch Hülsenfrüchte stehen bei sieben von zehn Jugendlichen nur selten auf dem Speiseplan.

Es ist allgemein bekannt, dass das Körpergewicht bei Selbstangaben systematisch unterschätzt und die Körpergröße überschätzt wird, wobei das Ausmaß der Abweichung bei Personen mit Rundungen meist größer ausfällt. Jugendliche bilden hier keine Ausnahme. Den HBSC-Berechnungen des Body-Mass-Index zufolge, ist eine/r von zehn übergewichtig und 2,0 % adipös. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Südtiroler Studien und fällt geringer als in den anderen italienischen Regionen aus.

Besorgniserregend ist der Anteil der Jugendlichen, die mit dem eigenen Aussehen und ihrem Körper unzufrieden sind. Tatsächlich ist es so, dass eine bzw. einer von zehn übergewichtig ist, aber insgesamt drei von zehn sich etwas zu dick oder eindeutig zu dick fühlen. Eine bzw. einer von zehn normalgewichtigen Jugendlichen fühlt sich zu dünn. Diese selbstkritische Haltung führt zu rigidem Diätverhalten, das wiederum Fehlernährung und Essstörungen zur Folge hat. Drei von zwanzig Jugendlichen geben an, eine Diät einzuhalten, um an Gewicht zu verlieren, es muss allerdings von einer höheren Dunkelziffer ausgegangen werden.

WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE

- ¹ World Health Organization. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014;
- ² Willett WC, Stampfer MJ. Current evidence on healthy eating. *Annu Rev Public Health* 2013; 34: 77–95
- ³ Micha R, Shulkin ML, Peñalvo JL, et al. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). *PLoS One* 2017; 12: e0175149
- ⁴ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report, 2018. <https://www.wcrf.org/dietandcancer> (accessed Feb 19, 2019)
- ⁵ Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103
- ⁶ Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*. 2017 Apr;1393(1):21-33
- ⁷ Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.
- ⁸ GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019 May 11;393(10184):1958-1972.
- ⁹ Watts A.W., Loth K., Berge J.M., Larson N., Neumark-Sztainer D. No Time for Family Meals? Parenting Practices Associated with Adolescent Fruit and Vegetable Intake When Family Meals Are Not an Option. *J. Acad. Nutr. Diet*. 2017;117:707–714.
- ¹⁰ Salvy S.J., Miles J.N., Shih R.A., Tucker J.S., D'Amico E.J. Neighborhood, family and peer-level predictors of obesity-related health behaviors among young adolescents. *J. Pediatr. Psychol.*
- ¹¹ Ferris K.A., Babskie E., Metzger A. Associations between Food-Related Parenting Behaviors and Adolescents' Engagement in Unhealthy Eating Behaviors: The Role of Nutrition Knowledge. *Int. J. Aging Hum. Dev*. 2017;84:231–246.
- ¹² Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80–86
- ¹³ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. *Nutrients*. 2017;9:126.
- ¹⁴ Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80–86
- ¹⁵ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. *Nutrients*. 2017;9:126.
- ¹⁶ https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1
- ¹⁷ Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana (http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html).
- ¹⁸ Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
- ¹⁹ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.
- ²⁰ World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995.
- ²¹ NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128 · 9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390(10113):2627-42.
- ²² Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Patil V. Association of sugary foods and drinks consumption with behavioral risk and oral health status of 12- and 15-year-old Indian school children. *J Educ Health Promot*. 2018;7:19.
- ²³ Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.
- ²⁴ Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.

-
- ²⁵ Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, et al. Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2013;16(7):1296-305.
- ²⁶ Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, et al. Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 2013;12:123.
- ²⁷ Veronese N, Solmi M, Caruso MG, Giannelli G, Osella AR, Evangelou E, Maggi S, Fontana L, Stubbs B, Tzoulaki I. Dietary fiber and health outcomes: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Am J Clin Nutr*. 2018 Mar 1;107(3):436-444.
- ²⁸ Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- ²⁹ Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*,97:667–75.
- ³⁰ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- ³¹ Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211.

6. SUCHTVERHALTEN

EINLEITUNG

Dieses Kapitel befasst sich mit einem der meistdiskutierten Themen in der Gesundheitsförderung im vor- und jugendlichen Alter, dem Risikoverhalten. Diese Lebensphase ist durch Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen gekennzeichnet. Die Adoleszenz zeichnet sich unter anderem durch eine Loslösung von den Eltern, eine Hinwendung zu Freundinnen und Freunden sowie den Erwerb der Unabhängigkeit aus, was das gesundheitsbezogene Verhalten wie den Tabak- und Alkoholkonsum oder den illegalen Cannabiskonsum beeinflusst. Die jüngste Umfrage enthält auch Fragen zu den Erfahrungen der 15-Jährigen mit dem Glücksspiel, das in der Zwischenzeit zu den Risikoverhalten gezählt wird.

SUBSTANZKONSUM

Im Jugendalter werden die Weichen für das Gesundheitsverhalten im späteren Leben gestellt. Es ist bekannt, dass für Heranwachsende ein früher Einstieg einen späteren regelmäßigen Konsum von Alkohol und Tabak fördert. Es gibt mehrere Gründe, warum Jugendliche psychotrope Substanzen einnehmen, darunter die Erfahrungsneugierde, die Problembewältigung oder die gesellschaftliche Akzeptanz. Die Adoleszenz ist eine Experimentierphase, zu der auch das Eingehen von Risiken gehört, das eigene Verhalten erprobt wird und Grenzen überschritten werden. Zu den Risikoverhalten zählt der Konsum von legalen und illegalen Substanzen, die mögliche Auswirkungen auf das künftige Leben haben¹. Insbesondere im Jugendalter ist der Substanzkonsum gefährlich, da sich das Gehirn in der Entwicklungsphase befindet (Neuroplastizität genannt). Der Teil des Gehirns, der den Schmerz verarbeitet, reift vor dem präfrontalen Kortex, der für die Kontrolle von Emotionen und Impulsen sowie für die Entscheidungsfindung zuständig ist².

Für den Konsum psychoaktiver Substanzen ist nicht ein einzelner Faktor verantwortlich, sondern das Zusammenspiel mehrerer Faktoren, unter anderem auch die Verfügbarkeit von Verkaufsstellen im Wohngebiet oder ein möglicher Erwerb in der Schule oder bei Freundinnen und Freunden. Eine schwierige Eltern-Kind-Beziehung, Gewalttätigkeit, missbräuchliche Übergriffe oder psychische Erkrankungen erhöhen das Risiko des Substanzkonsums bei Jugendlichen^{3,4}. Vulnerable Jugendliche unterscheiden sich durch persönliche, familiäre, schulische und soziale Merkmale von ihren Gleichaltrigen. Zu beobachten sind Charaktereigenschaften wie Impulsivität oder Sensationssuche, Krankheiten wie Depression, Angstzustände und Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)⁵. Die langfristig gesundheitsschädigende Wirkung des Substanzkonsums ist bekannt und ebenso seine Vielzahl an Folgeerkrankungen und die vorzeitige Sterblichkeit. Neben den Gesundheitsproblemen kommen eine schlechte Beziehung zur Familie und den Gleichaltrigen sowie Geldsorgen hinzu.

Der "Global burden of disease, injuries and risk factors study"- 2013^{6,7} zufolge sind der Tabak- und Alkoholkonsum und in zweiter Linie der Konsum von illegalen Substanzen Hauptgrund für die mit einer Behinderung gelebte und die durch vorzeitigen Tod verlorene Lebenszeit (Disability-adjusted life years, DALYs). Die Reduzierung des Substanzkonsums ist daher eines der vorrangigen Ziele der WHO.

DAS RAUCHEN

Tabakkonsum zählt zu den führenden vermeidbaren Risikofaktoren für eine Vielzahl von Krankheiten mit langfristigen Auswirkungen, u. a. auf die vorzeitige Sterblichkeit und erheblichen Gesundheitskosten⁸. Da in der Jugendphase die Weichen für das Gesundheitsverhalten im späteren Leben gestellt werden, ist es notwendig, die Risikoverhalten zu beobachten und wirksame Maßnahmen umzusetzen, damit Jugendliche möglichst nicht rauchen⁹, und somit dem Ziel der WHO in Bezug auf die Eindämmung des Tabakkonsums¹⁰ gerecht zu werden.

Bei Jugendlichen, die über die negativen Auswirkungen des Rauchens Bescheid wissen, aber der Meinung sind, dass das Rauchen Stimmungsschwankungen und eine Gewichtszunahme vermeidet, sowie Gruppenzugehörigkeit, Reife und Unabhängigkeit^{11,12} fördert, greifen die Maßnahmen nur sehr schwer. Da die Informationsmaßnahmen der letzten Jahre nicht den gewünschten Erfolg gezeigt haben, werden seit einigen Jahren Initiativen zur Stärkung der Fähigkeiten und der sozialen Belastbarkeit entwickelt¹³.

Die Tabellen 6.1 und 6.2 beschreiben den Anteil der Jugendlichen, die in ihrem Leben und in den letzten 30 Tagen mindestens eine Zigarette geraucht haben.

Tabelle 6.1 „An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) in deinem Leben hast du Zigaretten geraucht?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	96,7	78,5	61,7	83,5
1-2 Tage	2,1	9,7	10,9	6,5
3-5 Tage	0,4	3,1	4,8	2,2
6-9 Tage	0,3	1,6	3,4	1,3
10-19 Tage	0,1	1,7	3,9	1,4
20-29 Tage	0,1	1,0	1,8	0,7
30 Tage oder mehr	0,3	4,5	13,6	4,3

Die Mehrheit der Jugendlichen hat noch nie geraucht, aber der Anteil der Nichtraucher nimmt mit zunehmendem Alter von 96,7 % der 11-Jährigen auf 78,5 % der 13-Jährigen und 61,7 % der 15-Jährigen ab. Bei täglich Rauchenden ist der Unterschied am sichtbarsten, wobei der Prozentsatz der 15-jährigen Raucherinnen höher als jener der gleichaltrigen Raucher ist.

Tabelle 6.2 „An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) in den letzten 30 Tagen hast du Zigaretten geraucht?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	99,1	91,4	75,3	91,8
1-2 Tage	0,7	3,6	10,2	3,5
3-5 Tage	0,1	0,7	2,8	0,9
6-9 Tage	0,1	0,7	3,1	0,9
10-19 Tage		0,9	2,6	0,8
20-29 Tage		0,5	1,9	0,5
30 Tage oder mehr		2,2	4,1	1,6

Tabelle 6.3 zeigt den geschlechts- und altersspezifischen Unterschied bei den täglich Rauchenden.

Tabelle 6.3 Tägliche Raucher/-innen nach Geschlecht und Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Jungen		2,5	3,5	1,5
Mädchen		1,9	4,6	1,6

ALKOHOL

Obwohl es einen säkularen Trend zur Verringerung des Alkoholkonsums und eine Zunahme der Zahl der Abstinenzler unter 15-Jährigen gibt¹⁴, ist der Alkoholkonsum und -missbrauch unter Jugendlichen ein nicht zu unterschätzendes Phänomen, da bekannt ist, dass für Heranwachsende ein früher Einstieg einen späteren regelmäßigen Konsum fördert¹⁶. Andere Autoren hingegen betrachten den Alkoholkonsum als Teil des normalen Entwicklungsprozesses und Teil eines jugendspezifischen Lebensstils, der mit zunehmender Verantwortung wieder aufgegeben wird¹⁷.

Den Empfehlungen der WHO zufolge ist der vollständige Alkoholverzicht bis zum Alter von 15 Jahren ratsam. Italienweit gilt das Verkaufs- und Aufschankverbot (Gesetz vom 8.11.2012 Nr. 189) von alkoholischen Getränken an unter 18-Jährige.

Trotz rückläufigen Trend bleibt der Alkohol die meist konsumierte Substanz unter Jugendlichen, somit ist es notwendig, Maßnahmen zu ergreifen, die Jugendlichen zu einem verantwortungsbewussten und risikoarmen Umgang mit Alkohol befähigen¹⁸. Der Alkoholkonsum hat sich in den letzten Jahren verändert, tatsächlich hat sich der Konsum während der Mahlzeiten reduziert, aber der gelegentliche Konsum außerhalb der Mahlzeiten ist gestiegen.

Die Tabellen 6.4 und 6.5 beschreiben an wie vielen Tagen (wenn überhaupt) die Jugendlichen Alkohol getrunken haben.

Tabelle 6.4 „An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) in deinem Leben hast du Alkohol getrunken?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	88,0	55,2	26,4	64,5
1-2 Tage	8,5	16,2	13,7	12,3
3-5 Tage	1,4	8,7	12,1	6,1
6-9 Tage	0,1	6,7	11,1	4,6
10-19 Tage	0,8	5,9	11,2	4,6
20-29 Tage	0,1	2,2	8,3	2,4
30 Tage oder mehr	1,1	5,1	17,3	5,6

Tabelle 6.5 „An wie vielen Tagen (wenn überhaupt) in den letzten 30 Tagen hast du Alkohol getrunken?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nie	95,7	73,9	45,1	78,2
1-2 Tage	3,4	15,3	28,2	12,4
3-5 Tage	0,5	6,0	16,0	5,5
6-9 Tage	0,4	2,2	5,9	2,1
10-19 Tage		1,5	3,1	1,1
20-29 Tage		0,2	1,0	0,3
30 Tage oder mehr		0,8	0,7	0,5

Die Mehrheit der Jugendlichen hat noch nie Alkohol getrunken. Dieser Prozentsatz sinkt jedoch mit zunehmendem Alter von 95,7 % der 11-Jährigen auf 45,1 % der 15-Jährigen und auf 26,4 % der 15-Jährigen.

Tabelle 6.5 bis beschreibt wie viele Jugendliche in den letzten 30 Tagen täglich Alkohol getrunken haben.

Tabelle 6.5 bis Täglicher Alkoholkonsums in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Jungen		1,8	1,0	0,8
Mädchen			0,5	0,1

Tabelle 6.6 zeigt die Vorliebe der Südtiroler Jugendlichen für bestimmte alkoholische Getränke.

Tabelle 6.6 „Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen (z. B. Schnaps, Whisky, Wodka, Limoncello)?“ (%)

	Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Selten/Nie
Bier	1,2	4,8	6,4	87,7
Wein	1,0	1,5	3,0	94,6
Spirituosen	1,0	2,2	5,5	91,3
Alkopops	1,3	2,5	4,5	91,6
Aperol-Spritz	1,0	2,6	6,9	89,5
Andere alkoholische Getränke	1,1	3,1	4,7	91,0

Tabelle 6.7 zeigt wie oft die Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren so viel Alkohol getrunken haben, dass sie betrunken waren.

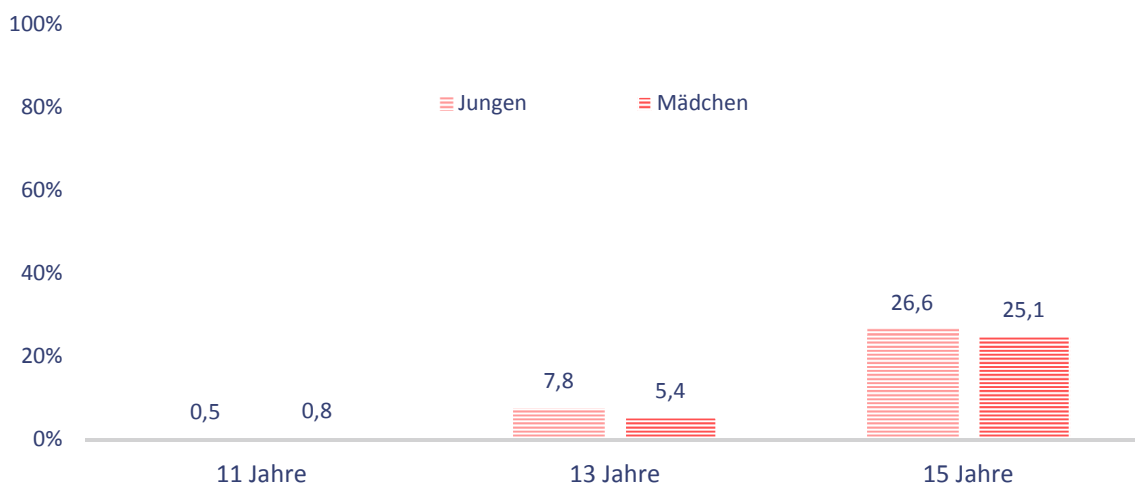
Tabelle 6.7 „Hast du jemals so viel getrunken, dass du richtig betrunken warst?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)
Nie	96,6	86,9	60,6
Ja, einmal	2,8	6,5	13,5
Ja, 2-3 Mal	0,5	3,3	12,2
Ja, 4-10 Mal		1,5	7,9
Mehr als 10 Mal	0,1	1,8	5,8

Das Phänomen des Rauschtrinkens steigt mit zunehmendem Alter deutlich an, von 3,4 % bei den 11-Jährigen auf 13,1 % bei den 13-Jährigen, auf 39,4 % bei den 15-Jährigen.

In Abbildung 6.1 ist es möglich, die geschlechts- und altersbedingten Unterschiede in der Häufigkeit des Rauschtrinkens zu verstehen.

Abb. 6.1 Häufigkeit derjenigen, die angeben, mindestens 2-mal betrunken gewesen zu sein, nach Alter und Geschlecht (%)

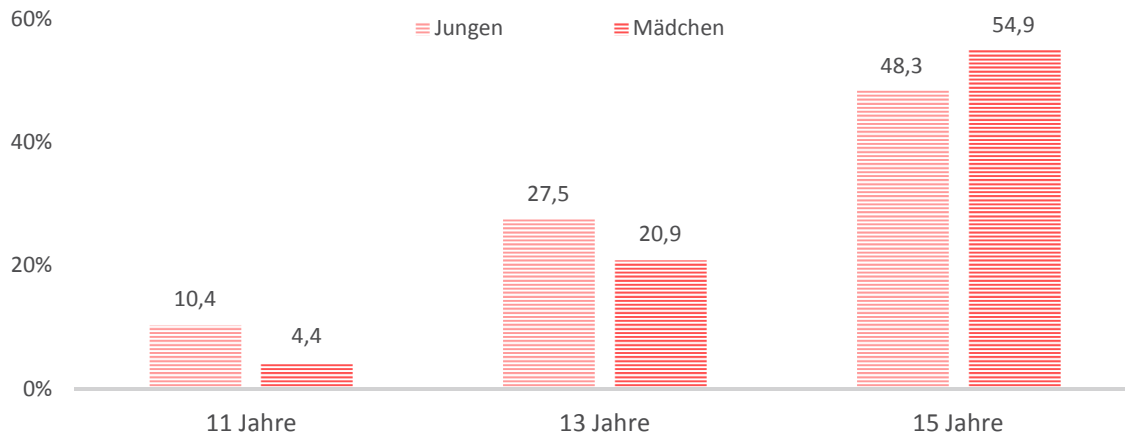


Vergleicht man die Daten derjenigen, die behaupten, zweimal oder mehrmals betrunken gewesen zu sein, so trifft dies auf Jungen häufiger zu als auf Mädchen.

Die Umfrage untersucht auch das Binge-Drinking. Als Binge-Drinking wird der Konsum von fünf oder mehr alkoholischen Getränken pro Trinkgelegenheit bezeichnet^{19,20}. Europaweit wurde der Aktionsplan (2014-2016)²¹ zum Alkoholkonsum von Jugendlichen ausgearbeitet, um dem weit verbreiteten Phänomen des Binge-Drinking entgegenzuwirken. Die Maßnahmen reichen vom Verkaufsverbot von Alkohol an Minderjährige, bis hin zur Reduzierung der Verfügbarkeit und der Öffnungszeiten von Alkoholverkaufsstellen und zur Einschränkung der Werbung für Alkohol sowie zu Forschungs- und Überwachungstätigkeiten²².

In Abbildung 6.2 ist es möglich, die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Häufigkeit des Binge-Drinking zu verstehen.

Abb. 6.2 Häufigkeit derjenigen, die angeben, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal 5 oder mehr alkoholische Getränke pro Trinkgelegenheit konsumiert zu haben, nach Alter und Geschlecht (%)



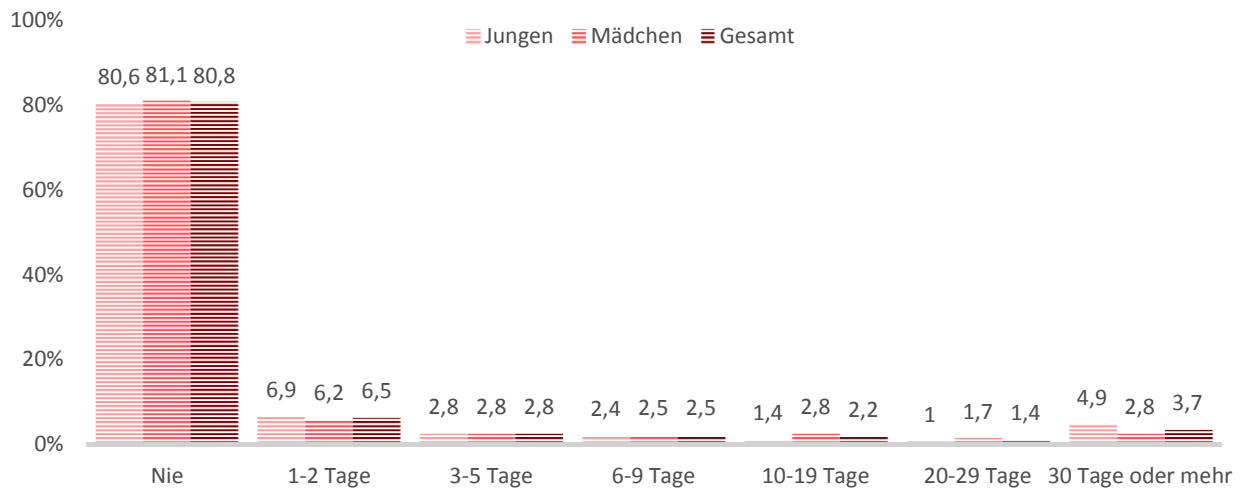
Das Praktizieren des Binge-Drinking nimmt mit dem Alter zu, von 7,4 % bei den 11-Jährigen auf 24,1 % bei den 13-Jährigen, auf 51,8 % bei den 15-Jährigen. Im Alter von 15 Jahren haben die Mädchen häufiger als die Jungen das Binge-Drinking praktiziert.

CANNABIS

Cannabis ist eine Droge mit hohen gesundheitlichen Risiken und gehört zu den meistdiskutierten Risikoverhaltensweisen der Jugendlichen. Trotz der Bemühungen im Bereich Cannabisprävention steigt der Konsum besorgniserregend an^{23,24}. Zur Entwicklung des Cannabiskonsums kann beobachtet werden, dass mit dem progressiven Konsumtrend ein immer jüngeres Einstiegsalter einhergeht²³. Daher ist die Prävention bemüht, die Entstehung von Risikoverhalten zu verhindern bzw. die negativen Konsequenzen derselben zu vermindern.

Abbildung 6.3 zeigt, ob die 15-Jährigen jemals Cannabis (wie canna, spinello, chilum, ...) geraucht haben.

Abb. 6.3 „Hast du jemals Cannabis geraucht?“ nach Geschlecht (%)



Einer von zehn Jugendlichen hat niemals Cannabis geraucht. Ein kleiner Prozentsatz der Jugendlichen (3,7 %) hat 30 Tage oder länger Cannabis konsumiert, davon Jungen häufiger als Mädchen.

GLÜCKSSPIEL

In den letzten Jahren konnte eine deutliche Zunahme der Glücksspielproblematik auch bei Jugendlichen beobachtet werden^{25,26}. Dies ist als äußerst gefährlich anzusehen, da Jugendliche häufiger als Erwachsene die Suchtgefahr unterschätzten²⁷. Erste Folgen des exzessiven Spielverhaltens beinhalten das Anlügen von Bezugspersonen, das Stehlen von Geld und das Schwänzen der Schule. Weitere mögliche Folgen sind Anstrengungsvermeidung, Mutlosigkeit, Depression, psychosomatische Störungen bis hin zum Selbstmord²⁸. Trotz gesetzlicher Verbote ist das Glücksspiel eine beliebte Freizeitbeschäftigung unter Jugendlichen; jüngste Daten aus 33 europäischen Ländern zeigen, dass 23 % der Schülerinnen und Schüler im letzten Jahr Glücksspiele gespielt haben (32 % der Jungen gegenüber 14 % der Mädchen)²⁵. Es wurden mehrere Studien durchgeführt, um zu verstehen, was die Hauptgründe fürs Spielen sind und wie es zu Glücksspielproblemen bei Jugendlichen kommt. Es sind jedoch weitere Studien erforderlich, um eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Wertvorstellungen, der gesellschaftlichen Kontextfaktoren, der sozioökonomischen Merkmale und des Medieneinflusses durchführen zu können.

Die Fragen zum Glücksspiel wurden in der Auflage 2014 das erste Mal im Fragebogen aufgenommen und zielen darauf ab, die Spielerfahrungen der Jugendlichen zu untersuchen, um zu verstehen, wie groß der Anteil der Spielsuchtgefährdeten ist.

Die 15-Jährigen wurden gebeten anzugeben, wie oft (wenn überhaupt) sie um Geld gewettet oder gespielt haben. Abbildung 6.4 zeigt diese Information nach Geschlecht.

**Abb. 6.4 „Wie oft hast du um Geld gewettet?“
nach Geschlecht (%)**

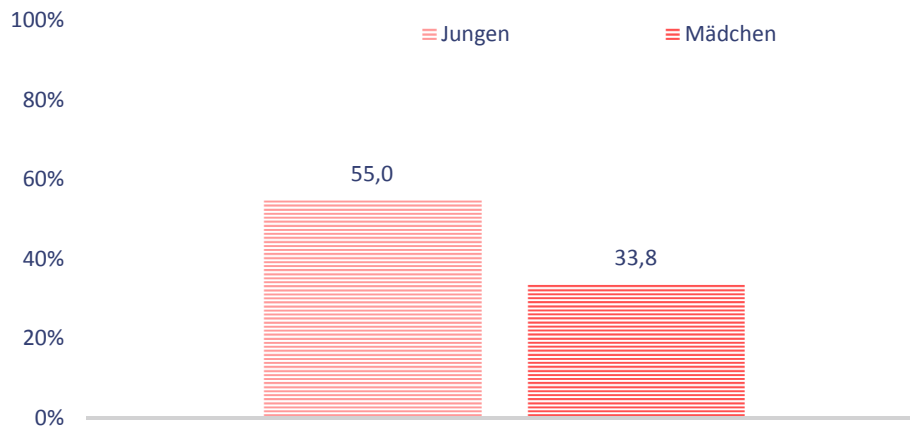
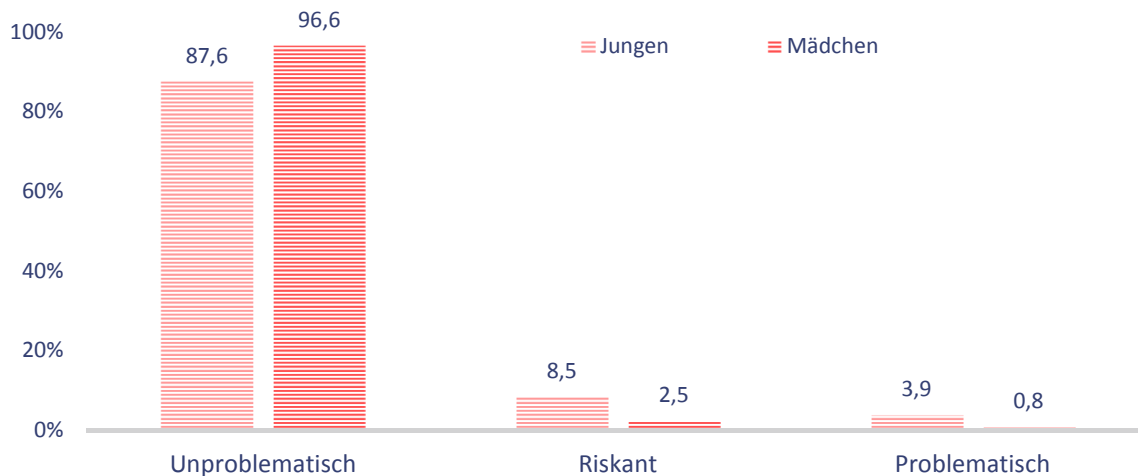


Abbildung 6.5 zeigt den Anteil der 15-Jährigen mit riskantem oder problematischem Glücksspielverhalten.

**Abb. 6.5 15-Jährige mit riskantem oder problematischem
Glücksspielverhalten, nach Geschlecht (%)**



Die Abbildung 6.5 zeigt, dass Jungen eher ein riskantes oder problematisches Spielverhalten aufweisen als Mädchen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Trotz des Verkaufsverbots von Zigaretten an Minderjährige haben 8,2 % der Südtiroler Jugendlichen mindestens eine Zigarette im Monat vor der Befragung geraucht, erfreulicherweise ist der Anteil im Vergleich zur HBSC-Erhebung 2014 rückläufig (11,2 %). Weiters geht aus den Daten hervor, dass im Alter von 15 Jahren mehr Mädchen täglich rauchen als Jungen. Der Vergleich mit anderen Regionen zeigt, dass Südtiroler

Jungen den vorletzten Platz in der Rangliste der Tabakkonsumenten belegen. Hingegen befinden sich die Mädchen auf Platz fünf.

In Südtirol haben 19,2 % der 15-Jährigen einmal oder mehrmals Cannabis geraucht, im Jahr 2014 waren es noch 16,0 %. Auch der Cannabiskonsum an 30 oder mehr Tagen im Leben ist gestiegen von 2,6 % im Jahr 2014 auf 3,7 % im Jahr 2018. Jungen haben etwas häufiger Erfahrung mit Cannabis als Mädchen (19,4 % und 18,9 %). Obwohl Cannabis nicht zwangsläufig den Einstieg in den Konsum stärkerer Drogen nach sich zieht, gehört es zu den illegalen Substanzen und verbreitet sich auch in Südtirol besorgniserregend.

In Südtirol ist der Alkoholkonsum unter Jugendlichen weiter sehr bedenklich. Laut Umfrage haben mehr als die Hälfte der 15-Jährigen in den 30 Tagen vor der Befragung Alkohol getrunken, der italienweite Durchschnitt liegt bei 26,3 %. Eine bzw. einer von vier Jugendlichen im Alter von 15 Jahren betrinkt sich einmal oder mehrmals im Monat, Mädchen etwas häufiger als Jungen, obwohl Mädchen genetisch bedingt sensibler auf Alkohol reagieren. Seit dem Jahr 2006 ist der Verkauf und das Ausschütten von Alkohol an Jugendliche unter 16 Jahren verboten. Somit ist anzunehmen, dass sowohl Lokalbetreiber/-innen die Regelungen zum Alkoholausschank an Jugendliche missachten als auch Eltern sich nicht immer an die gesetzlichen Vorgaben halten oder ihre Einhaltung nicht überwachen. Das Komasaufen, auch Binge-Drinking genannt, ist ein mit dem Alter zunehmendes Phänomen, das bei den 15-jährigen Mädchen häufiger als bei den gleichaltrigen Jungen vorkommt (rund 53,7 % zu 47,8 %). Es ist anzunehmen, dass die Mädchen insbesondere in Gesellschaft älterer Jugendlicher das Binge-Drinking praktizieren. Die besondere Anfälligkeit der Mädchen und die steigenden Alkoholprobleme im Erwachsenenalter lassen ein künftig ausgewogenes Geschlechterverhältnis bei den Alkoholkonsumenten befürchten. Alles in allem ist die Lage beunruhigend, da neue (Binge-Drinking) und alte (Rauschtrinken) Trinkweisen bereits bei den Jugendlichen verankert sind und ein hohes Risiko an Folgeschäden mit sich bringen.

An Wett- und Glücksspielen nehmen 11,8 % der 15-jährigen Jungen und 5,9 % der gleichaltrigen Mädchen teil; somit ist das Risiko eines problematischen Glücksspielverhaltens für Mädchen wesentlich geringer. Italienweit haben 42,2 % der Jugendlichen mindestens einmal im Leben um Geld gespielt. Damit belegt Südtirol Platz fünf im regionalen Vergleich. Impulsivität, Freude am Risiko und Aggressivität, die das Glücksspiel fordert, sind tendenziell männliche Eigenschaften. Zusammenhalt und Einfühlungsvermögen sind eher dem weiblichen Geschlecht zuzuschreiben und dieses folgerichtig auch weniger zum Glücksspiel tendieren. Das gleiche Muster zeigt sich bei anderen altersgerechten Spielen, wo die Jungen grundsätzlich einen verletzten Spieler ausschließen und weiterspielen. Mädchen hingegen kümmern sich um das verletzte Mädchen und unterbrechen das Spiel.

WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE

- ¹National Institute on Drug Abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>
- ²Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. (2004): Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A* 101:8174–8179.
- ³Oliveira LMFT, Santos ARMD, Farah BQ, Ritti-Dias RM, Freitas CMSM, Diniz PRB. Influence of parental smoking on the use of alcohol and illicit drugs among adolescents. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019 Jan 14;17(1):eAO4377.
- ⁴Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC. Family-Based Interventions in Preventing Children and Adolescents from Using Tobacco: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. 2016 Jul;16(5):419-429.
- ⁵Sussman, S.; Skara, S.; and Ames, S.L. Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse* 43(12–13):1802–1828, 2008.
- ⁶Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, et al.,. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036):2383–401.
- ⁷GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, et al., Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287–323.
- ⁸WHO report on the global tobacco epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
- ⁹Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni*. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC. Padova: Cleup.
- ¹⁰Framework Convention on Tobacco Control – FCTC. <https://www.who.int/fctc/en/>
- ¹¹Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T.(2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181–189.
- ¹²Lambert M., Verduyck P., Van den Broucke S. (2002). Summary on the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M, Hublet A, Verduyck P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- ¹³Hwang MS, Yeagley KL, Petosa R. A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Educ Behav*. 2004;31(6):702–19.
- ¹⁴Looze Md, Raaijmakers Q, Bogt TT, Bendtsen P, Farhat T, Ferreira M, Godeau E, Kuntsche E, Molcho M, Pfortner TK, Simons-Morton B, Vieno A, Vollebergh W, Pickett W. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 ;25 Suppl 2:69–72.
- ¹⁵Vieno A, Altoè G, Kuntsche E, Elgar FJ. Do public expenditures on health and families relate to alcohol abstaining in adolescents? Multilevel study of adolescents in 24 countries. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S120–S128. ¹⁶Poikolainen 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: 85–88.
- ¹⁷Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440–449.
- ¹⁸Jo Inchley, Dorothy Currie, Alessio Vieno, Torbjørn Torsheim, Carina Ferreira-Borges, Martin M. Weber, Vivian Barnekow & João Breda. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014.
- ¹⁹National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking Levels Defined. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
- ²⁰M. Stolle, PM. Sack e R. Thomasius, Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions., in *Dtsch Arztebl Int*, vol. 106, n° 19, maggio 2009, pp. 323–8.
- ²¹Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016). https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf
- ²²Scafato E, Ghirini S, Gandini C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).
- ²³Fink DS. Commentary on Burdovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983–1984.
- ²⁴Burdovic Andreas J, Bretteville-Jensen AL. Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use. *Addiction*. 2017;112(11):1973–1982.
- ²⁵Molinari S, Benedetti E, Scalese M, Bastiani L, Fortunato L, Cerrai S, Canale N, Chomynova P, Elekes Z, Feijão F, Fotiou A, Kokkevi A, Kraus L, Rupšienė L, Monshouwer K, Nociar A, Strizek J, Urdih Lazar T. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*. 2018;113(10):1862–1873.
- ²⁶Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *J Gambl Stud*. 2017;33(2):397–424.

²⁷Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, Pastore M, Siciliano V, Molinaro S. Adolescent Gambling-Oriented Attitudes Mediate the Relationship Between Perceived Parental Knowledge and Adolescent Gambling: Implications for Prevention. *Prev Sci.* 2016;17(8):970-980.

²⁸Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health.* 2010;47(3):223-36

7. GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN

EINLEITUNG

Die Gesundheit ist ein besonders wichtiger Aspekt für die positive Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Der WHO-Definition zufolge umfasst die Gesundheit körperliche, seelisch-geistige und soziale Aspekte, die sich wechselseitig beeinflussen^{1,3}. Für die WHO wird Wohlbefinden zur Fähigkeit, eigene persönliche, soziale und ökonomische Ziele umzusetzen. Wohlbefinden ist ein individueller oder kollektiver Zustand oder Prozess, sich selbst, andere und entsprechende Lebensumstände als positiv zu erleben. Fehlt dieses Gleichgewicht, neigt der Mensch zu Angst, Stress, Schlafstörungen, Magenschmerzen bis hin zur Depression.

Die Gesundheit und das Wohlbefinden fördern die Selbstakzeptanz und die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit. Die Beziehung zu Anderen, die Fähigkeit zur Autonomie, zur Bewältigung alltäglicher Probleme und zur zielorientierten Gestaltung des eigenen Lebens sind weitere gesundheitsfördernde Merkmale. Wohlbefinden wird manchmal auch mit Glück, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität gleichgesetzt⁴.

Die Darstellung der Gesundheitssituation der Kinder und Jugendlichen ist keine einfache Aufgabe⁵, aber unheimlich wichtig, da die Gesundheitsdefizite der jungen Generation Auswirkungen auf das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen im Erwachsenenalter haben^{2,3}. Der Lebensstil und die biologischen, genetischen und sozialen Determinanten haben eine erhebliche Bedeutung für die Gesundheit. Das Zusammentreffen von ungünstigen Ernährungsmustern und Bewegungsmangel wird als problematisch für ein gesundes Aufwachsen angesehen. Gesundheitsriskante Verhaltensweisen, wie Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, sind häufig Auslöser für Erkrankungen und Ursache für vorzeitige Sterblichkeit⁶.

Die subjektiv wahrgenommene Gesundheit und das psychophysische Wohlbefinden gelten bereits im Kindes- und Jugendalter als wesentliche Beschreibungskriterien des Gesundheitszustandes. Die HBSC-Studie verwendet nachstehende subjektive Einschätzungen der Jugendlichen zu folgenden Themen:

- Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes (ausgezeichnet, gut, diskret, schlecht);
- Wahrnehmung des Wohlbefindens (Bewertungsskala zwischen 0 und 10);
- Vorhandensein und Häufigkeit (täglich, mehr als einmal in der Woche, einmal in der Woche, einmal im Monat, selten oder nie) bestimmter Symptome, die wichtige Indikatoren für das Wohlbefinden sind;
- Arzneimitteleinnahme (keine Arzneimittel im letzten Monat, ein oder mehrere Arzneimittel im letzten Monat).

Dieses Kapitel enthält auch einen Abschnitt über das Sexualverhalten, die Unfälle und Verletzungen und die Beziehung zu den Gleichaltrigen.

WAHRGENOMMENE GESUNDHEIT

Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sind aussagekräftige Indikatoren für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist eine bei Bevölkerungsstudien etablierte Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit und damit der Erfassung der persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens⁷. Jüngste Studien in der erwachsenen Bevölkerung haben gezeigt, dass eine schlechtere Wahrnehmung der eigenen Gesundheit tatsächlich mit einer

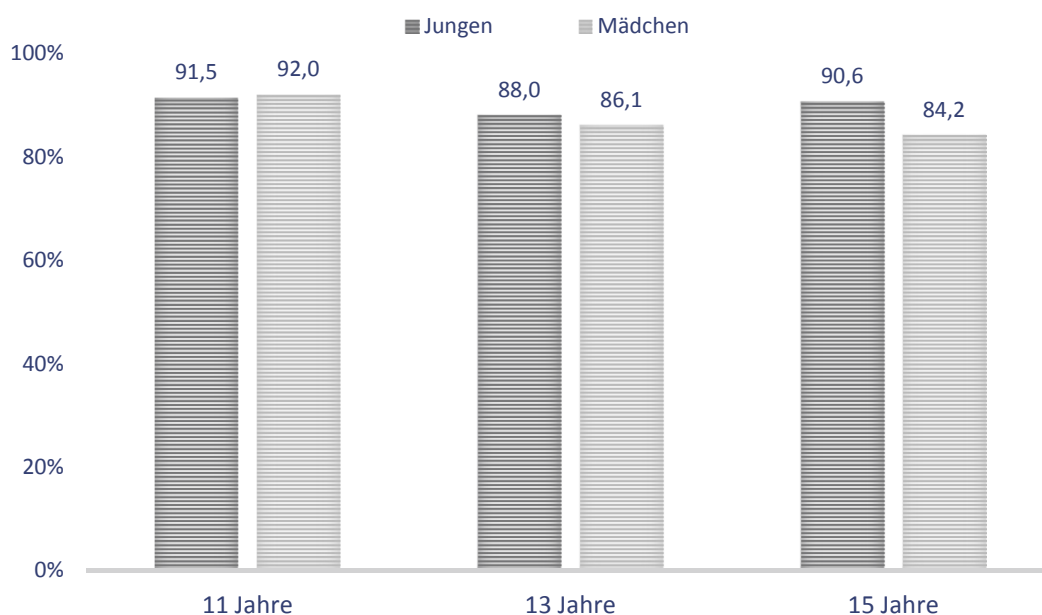
verringerten Lebenserwartung zusammenhängt und dass die subjektiv wahrgenommene Gesundheit mit der von Gesundheitsfachleuten gemessenen übereinstimmt^{6,7}. Jemanden zu fragen, wie er sich fühlt, scheint also ein zuverlässiger Weg zu sein, um über den Gesundheitszustand mehr zu erfahren. Die Wahrnehmung der Jugendlichen fällt beim Vorliegen von Angstsymptomen und Depression⁸, bei schlechten Schulergebnissen, bei einer negativen Einstellung zur Schule und einer schwierigen Eltern-Kind-Beziehung schlechter aus⁹. Tabelle 7.1 zeigt die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes der Jugendlichen nach Altersgruppen.

Tabelle 7.1 „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“ nach Alter?“ (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Ausgezeichnet	41,0	33,7	30,5	36,3
Gut	50,8	53,4	56,6	52,8
Eher gut	7,5	11,3	10,9	9,5
Schlecht	0,8	1,7	2,0	1,4

Die Daten in der Tabelle zeigen, dass 89,1 % der Jugendlichen ihre Gesundheit als ausgezeichnet oder gut einschätzen. Mit zunehmendem Alter nimmt die positive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit von 41,0 % bei den 11-Jährigen auf 33,7 % bei den 13-Jährigen, auf 30,5 % bei den 15-Jährigen ab. Abbildung 7.1 zeigt die alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede in der subjektiven Beurteilung der Gesundheit.

Abb. 7.1 Häufigkeit derjenigen, die ihre Gesundheit als gut oder ausgezeichnet einschätzen, nach Alter und Geschlecht (%)



Jungen schätzen ihre Gesundheit häufiger als ausgezeichnet oder gut ein. Tatsächlich bewerten bei den 15-jährigen Mädchen 84,2 % ihre Gesundheit als ausgezeichnet oder gut.

WAHRGENOMMENES WOHLBEFINDEN

Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sind aussagekräftige Indikatoren für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden^{6,9}. Es hat sich gezeigt, dass ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit den Substanzkonsum bei Jugendlichen verringert und ihre körperliche Aktivität erhöht¹¹. Um das wahrgenommene Wohlbefinden einstufen zu können, verwendet die HBSC-Studie eine Skala mit einem Wertebereich von 0 bis 10, auf der es gilt, den Grad der Zufriedenheit mit dem Leben einzuordnen. Diese Messtechnik (so genannte Cantril-Skala) hat sich sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen als zuverlässig erwiesen.

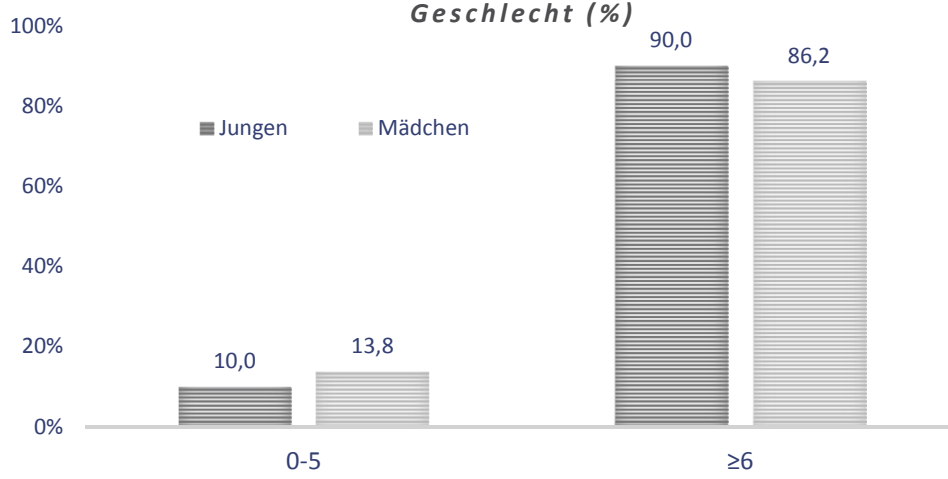
Die von den Jugendlichen geäußerte Bewertung ihres Wohlbefindens ist in Tabelle 7.2 ersichtlich, wobei die Werte in zwei Gruppen, 0 bis 5 und größer/gleich 6, zusammengefasst wurden.

Tabelle 7.2 „Insgesamt betrachtet, auf welcher Sprosse der Leiter findest du, dass du derzeit stehst? 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 für dich mögliche Leben dar.“ Nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
0-5	9,2	14,3	14,1	12,0
≥6	90,8	85,7	85,9	88,0

Bei einem Vergleich nach Alter können Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung des Wohlbefindens beobachtet werden. Mit zunehmendem Alter und bei Mädchen fällt das Urteil schlechter aus. In Abbildung 7.2 wurde die subjektive Wahrnehmung des Wohlbefindens der Jungen und Mädchen wiedergegeben.

Abb. 7.2 Bewertung des Wohlbefindens:
Skalawerte von 0 (= schlechtestes mögliches Leben) bis 10 (= bestes mögliches Leben), nach Geschlecht (%)



BERICHTETE BESCHWERDEN

Beschwerden treten bei Kindern und Jugendlichen meist in Form von Kopf-, Bauch- oder Magenschmerzen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Unkonzentriertheit auf. Probleme bei der Alltagsbewältigung sowie komorbide psychische Störungen (vor allem ängstliche und depressive Störungen) werden häufig beobachtet und auch mit Medikamenten therapiert¹³. Hohe schulische Belastung¹⁴, schulische Misserfolge, schlechte Eltern-Kind-Beziehung und geringe Anerkennung von Seiten der Gleichaltrigen¹⁵ sind nur einige der Auslöser von psychosomatischen Beschwerden bei Jugendlichen. Ausgefeilteren Analysen zufolge, besteht ein Zusammenhang zwischen psychosomatischen Symptomen und Stresssituationen¹⁵.

Die psychosomatischen Beschwerden werden mittels der HBSC-Symptom-Checklist erhoben. Einleitend werden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie oft sie an folgenden Beschwerden leiden: Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen, Einschlafschwierigkeiten, Schwindel, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder schlechte Laune, Nervosität. Validitätsstudien zeigen, dass die genannten Beschwerden von Jugendlichen gut eingeschätzt und berichtet werden können¹⁵. Tabelle 7.3 zeigt die Häufigkeit der psychosomatischen Beschwerden in den letzten sechs Monaten nach Alter der Studierenden.

Tabelle 7.3 „Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden: Kopf-, Magen-, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafstörungen, Schwindelgefühl?“ nach Alter (%)

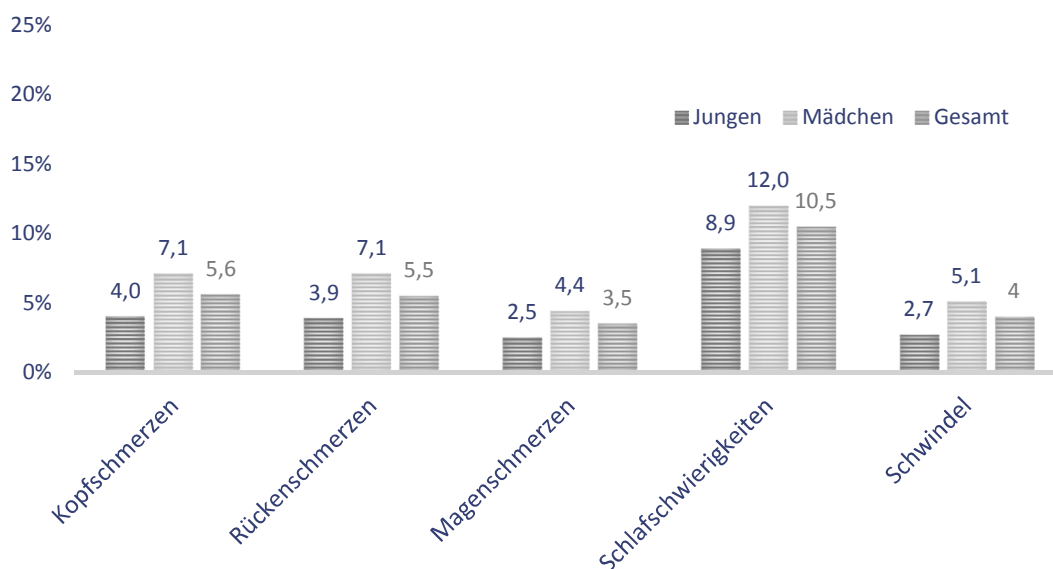
	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Fast jeden Tag	24,4	26,7	25,6	25,5
Mehrmals pro Woche	17,0	23,5	25,6	21,0
Fast jede Woche	19,6	20,7	20,5	20,2
Fast jeden Monat	24,9	20,1	21,1	22,5
Selten oder nie	14,1	9,0	7,1	10,9

Die Häufigkeit der Beschwerden nimmt mit dem Alter zu: 14,1 % der 11-Jährigen im Vergleich zu 7,1 % der 15-Jährigen geben an, selten oder nie solche Beschwerden zu haben. 70,9 % der 13-Jährigen leiden einmal oder mehrmals pro Woche an mindestens einer Beschwerde; bei den 15-Jährigen sind es 71,7 %.

In früheren Studien wurden diese Beschwerden in zwei Gruppen unterteilt^{15,16}: die somatischen Beschwerden, dazu gehörten Kopf-, Magen-, Rückenschmerzen, Einschlafstörungen und Schwindel, und die psychischen Beschwerden wie Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit und Nervosität.

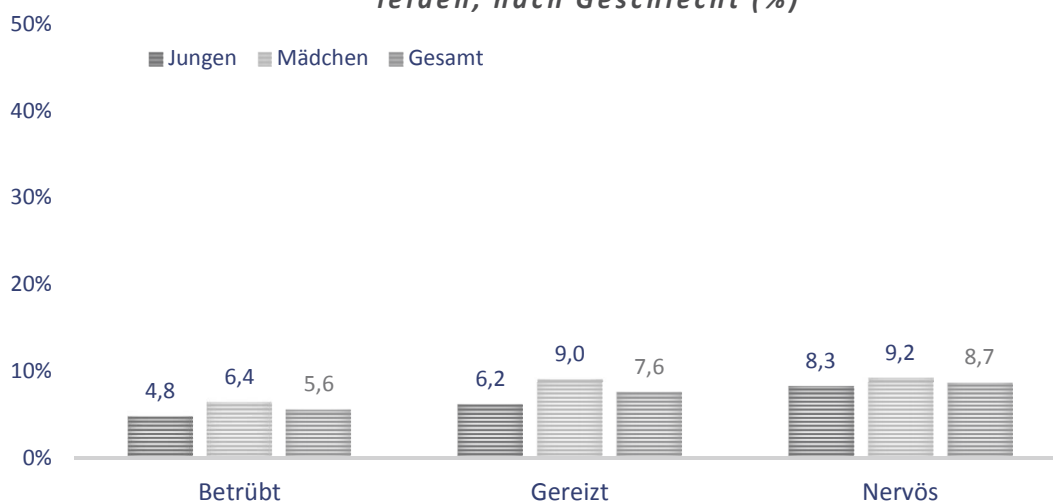
Die Abbildungen 7.3 und 7.4 zeigen jeweils die Häufigkeit der somatischen und psychischen Beschwerden.

Abb. 7.3 Häufigkeit derjenigen, die behaupten, täglich an mindestens einer der folgenden Beschwerden zu leiden: Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen, Einschlafstörungen, Schwindel, nach Geschlecht (%)



7,1 % der Mädchen leiden täglich an mindestens einer Beschwerde im Vergleich zu 4,0 % der Jungen. Schlaflosigkeit ist die häufigste Beschwerde unter Jugendlichen (10,5 %).

Abb. 7.4 Häufigkeit derjenigen, die behaupten, jeden Tag an mindestens einer Beschwerde wie Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit und Nervosität zu leiden, nach Geschlecht (%)



Nervosität ist die häufigste psychische Beschwerde (8,7 %), gefolgt vom Gereiztsein. Diese Art von Beschwerden treten ebenso häufiger bei Mädchen als bei Jungen auf und nehmen mit dem Alter zu.

EINNAHME VON ARZNEIMITTELN

Die HBSC-Studie sieht Fragen zur Verwendung von Arzneimitteln zur Linderung der Beschwerden wie beispielsweise Kopf- und Magenschmerzen, Schlafschwierigkeiten oder Nervosität vor^{16,17}. Rund die Hälfte der Jugendlichen hat im letzten Monat Arzneimittel eingenommen, Mädchen in höherem Ausmaß (57,6 %) als Jungen (47,3 %). Die Verwendung von Arzneimitteln steigt mit zunehmendem Alter von 51,2 % der 11-Jährigen auf 57,2 % der 15-Jährigen.

Tabelle 7.4 „Hast Du im letzten Monat Medikamente gegen die Beschwerden eingenommen?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Nein	48,8	43,9	42,8	45,9
Ja	51,2	56,1	57,2	54,1

SEXUALLEBEN

Sexuelle Gesundheit beschreibt unter anderem die Vermeidung von negativen Konsequenzen des Geschlechtsverkehrs wie Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Krankheit oder eine unerwünschte Schwangerschaft. Die Schülerinnen und Schüler wurden in der HBSC-Studie gefragt, ob sie bereits Geschlechtsverkehr hatten, wie alt sie beim ersten Mal waren und welche Verhütungsmethoden sie benützen. Tabelle 7.5 zeigt wie viele Jugendliche Geschlechtsverkehr hatten.

Tabelle 7.5 „Hast du schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen)?“ nach Geschlecht (%)

	Jungen (%)	Mädchen (%)	Gesamt (%)
Ja	21,8	17,2	19,2
Nein	78,2	82,8	80,8

Aus Tabelle 7.5 geht hervor, dass eine byw, einer von fünf 15-Jährigen bereits Geschlechtsverkehr hatte, Jungen etwas häufiger als Mädchen. Tabelle 7.6 analysiert die Verhütungsmethoden der Jugendlichen: Kondom, Antibabypille, Koitus interruptus oder andere Methoden.

Tabelle 7.6 „Als du das letzte Mal Geschlechtsverkehr hattest (mit jemandem geschlafen hast), welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung hast du oder hat dein/-e Partner/-in angewandt?“ nach Geschlecht (%)

	Jungen (%)	Mädchen (%)	Gesamt (%)
Kondom	91,8	81,0	86,6
Pille	25,9	35,2	30,4
Koitus interruptus	14,0	14,8	14,4
Andere Methoden	5,4	3,7	4,6

Das Kondom ist das am häufigsten genutzte Verhütungsmittel. In einem Drittel der Fälle wird die Antibabypille verwendet.

VERLETZUNGEN

Da Verletzungen ein vorrangiges Gesundheitsproblem im Kindes- und Jugendalter darstellen und die Gesundheits- und Sozialsysteme belasten, ist die Frage nach Verletzungen, die medizinisch behandelt werden müssen, Teil des internationalen HBSC-Protokolls. Tabelle 7.7 zeigt die Häufigkeit solcher Verletzungen bei 11-, 13- und 15-jährigen Jugendlichen.

Tabelle 7.7 „Wie oft warst du während der letzten 12 Monate verletzt, so dass du von einem Arzt oder einer Krankenschwester behandelt werden musstest?“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Ich war nicht verletzt in den letzten 12 Monaten	51,1	47,7	50,5	49,7
Ich war einmal verletzt	27,5	29,5	26,3	28,0
Ich war zweimal verletzt	11,9	11,5	13,1	12,0
Ich war dreimal verletzt	5,0	5,0	6,0	5,2

Etwas mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler haben sich innerhalb eines Jahres mindestens einmal derart verletzt, dass sie behandelt werden mussten. Bei Jungen ist die Verletzungsrate generell höher als bei Mädchen.

BEZIEHUNG ZU DEN GLEICHALTRIGEN

Mit zunehmendem Alter verbringen Kinder und Jugendliche immer weniger Zeit mit der Familie und die Beziehung zu Gleichaltrigen wird wichtiger. Das Gros der Schülerinnen und Schüler bewertet die Qualität der Freundschaften, die sie haben, als sehr gut. Mädchen sind diesbezüglich in allen Altersgruppen etwas positiver eingestellt als Jungen. Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind nicht zu sehen. In Tabelle 7.8 ist es möglich, zu verstehen, wie die Beziehung zu den Gleichaltrigen, vor allem im Bezug auf „Loyalität“ (Unterstützung, Verlässlichkeit) und „Intimität“ (Nähe, Vertrauen, Verständnis), aussieht.

Tabelle 7.8 „Wir wollen wissen, wie du zu den folgenden Aussagen stehst.“ nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Meine Freunde versuchen mir wirklich zu helfen.	85,7	85,4	85,2	85,5
Ich kann mich auf meine Freunde verlassen, wenn mal was schiefgeht.	86,0	85,0	83,2	85,1
Ich habe Freunde, mit denen ich Freude und Kummer teilen kann.	86,2	83,1	84,7	84,8
Ich kann mit meinen Freunden über Probleme sprechen.	82,5	81,9	91,7	82,1

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ein großer Anteil der Südtiroler Jugendlichen bewertet seine Gesundheit als gut oder sehr gut. Dennoch leiden viele von ihnen täglich oder einmal bis mehrmals pro Woche an einem oder mehreren Beschwerden und rund die Hälfte nimmt einmal oder mehrmals im Monat Medikamente zur Linderung der Beschwerden ein. Die Daten lassen darauf schließen, dass die Beschwerdelast prinzipiell nicht eine negative Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes zur Folge hat. Etwas mehr als einer von neun Jugendlichen leidet unter Einschlafstörungen. Mädchen greifen häufiger zu Medikamenten (57,6 %) als Jungen (46,3 %).

Nordeuropäische Studien zeigen, dass die Hauptstressfaktoren, die bei Jugendlichen häufig psychosomatische Beschwerden auslösen, die Beziehung zu den Gleichaltrigen sowie die Belastung durch die Schule sind. Insbesondere Mädchen reagieren sensibel darauf und greifen auf Medikamente zurück. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied bereits im Entwicklungsalter gibt politisch-gesellschaftliche Handlungsfelder vor, um die Gesundheit der Jugendlichen zu bewahren. Zukünftige Forschung sollte daher den Zusammenhang zwischen der Art der Beschwerden und der Einnahme von Medikamenten genauer beleuchten. Die Verwendung von Medikamenten zählt nämlich zu den Risikoverhalten und wird oftmals mit dem Rauchen und dem Alkoholkonsum in Verbindung gebracht. Die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme ist, wie auch andere Risikoverhalten, gesellschaftlich bedingt und wird von der Familie und den Gleichaltrigen beeinflusst. Die Gesundheitsförderung umfasst bereichsübergreifend bereits im frühen Kindesalter beginnende Maßnahmen, die auf Jugendliche und ihr gesellschaftliches Umfeld ausgerichtet sind. Die Vorsorgetätigkeiten müssen sich an eine konkrete Zielgruppe richten (Eltern, Lehrpersonen, Kinder, Gleichaltrige usw.) und im Rahmen eines bestimmten Umfeldes (Schule, Familie, Organisationen usw.) stattfinden. Es gibt bereits erprobte Modelle der Gesundheitsvorsorge wie beispielsweise die Projekte "Life skills education", "Empowerment", "Unplugged", "Scuola promotrice di salute". Die Daten zeigen sehr deutlich, dass ein Kurswechsel notwendig ist: Von der individuellen Verantwortung dem Risikoverhalten gegenüber zur kollektiven Verantwortung, von der Prävention zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens. Nicht nur das Vorwissen ist ausschlaggebend, sondern auch die richtige Haltung bestimmten Situationen gegenüber. Es ist entscheidend, dass sowohl die Erwachsenen als auch die Jugendlichen den Umgang mit unangenehmen Gefühlen erlernen, ohne von ihnen überwältigt zu werden, sie zu unterdrücken oder nach einer schnellen ungesunden Lösung zu suchen.

WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE

- ¹Herzlich C. (1973). Health and illness. London: Academic Press.
- ²World Health Organization (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.
- ³Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories. Oxford: Oxford University Press.
- ⁴P. Lemma. Promuovere salute. Principi e strategie. Il pensiero scientifico, 2018.
- ⁵Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. Health Promotion International, 29:i68-i82.
- ⁶Friedman, HS., Kern, ML. (2014). Personality, Well-Being, and Health. Annual Review of Psychology, 65:719-742.
- ⁷Bowling, A. (2014). Research methods in health. New York, McGraw-Hill Education.
- ⁸de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. European Journal of Psychology of Education, 18:3-14.
- ⁹Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- ¹⁰Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmasso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. Journal of Public Health.
- ¹¹Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. Eating Behaviors, 5:337-51.
- ¹²Cantril H. (1965). The pattern of human concern. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- ¹³Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 1:1-2.
- ¹⁴Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. Journal of Adolescence Research, 16:293-303.
- ¹⁵Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. Journal of Adolescence, 24:611-24.
- ¹⁶Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. European Journal of Public Health, 11:4-10.
- ¹⁷Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. Rome: Istituto Superiore di Sanità.

8. DIE SOZIALEN MEDIEN

EINLEITUNG

Jugendliche nutzen soziale Netzwerke häufig und lange. Der wissenschaftlichen Literatur zufolge hat die verantwortungsvolle und sinnvolle Nutzung der sozialen Medien positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden, die Identitätsentwicklung und die Sozialkompetenz^{2,4}. Tatsächlich ist das Internet für die meisten Teenager rund um die Uhr verfügbar und kann für Online-Videospiele, Recherchen, soziale Netzwerke und die Kontaktpflege verwendet werden¹.

Vielnutzer mit problematischem Umgang müssen hingegen mit psychischen und körperlichen Beschwerden rechnen, wie beispielsweise einer Neigung zu Angstzuständen, Depression und körperlichen Beschwerden^{5,6}. Der Abschnitt über die Nutzung der sozialen Netzwerke wurde im Jahr 2018 das erste Mal im Fragebogen vorgesehen.

DIE VERWENDUNG DER SOZIALEN MEDIEN

Die wichtigste Gruppe an Menschen, mit denen Jungen und Mädchen aller Altersgruppen mehrmals am Tag online in Kontakt treten, sind erwartungsgemäß ihre Freundinnen und Freunde. Je enger die Freundschaft ist, umso intensiver ist auch der Online-Kontakt. Mit anderen Personen, darunter fallen Eltern, Geschwister, Lehrkräfte und andere, tauscht circa die Hälfte der Schülerinnen und Schüler aller Altersgruppen mehrmals täglich online Nachrichten aus.

Tabelle 8.1 „Wie oft hast du täglich oder mehrmals täglich Kontakt mit folgenden Personen?“, nach Alter (%)

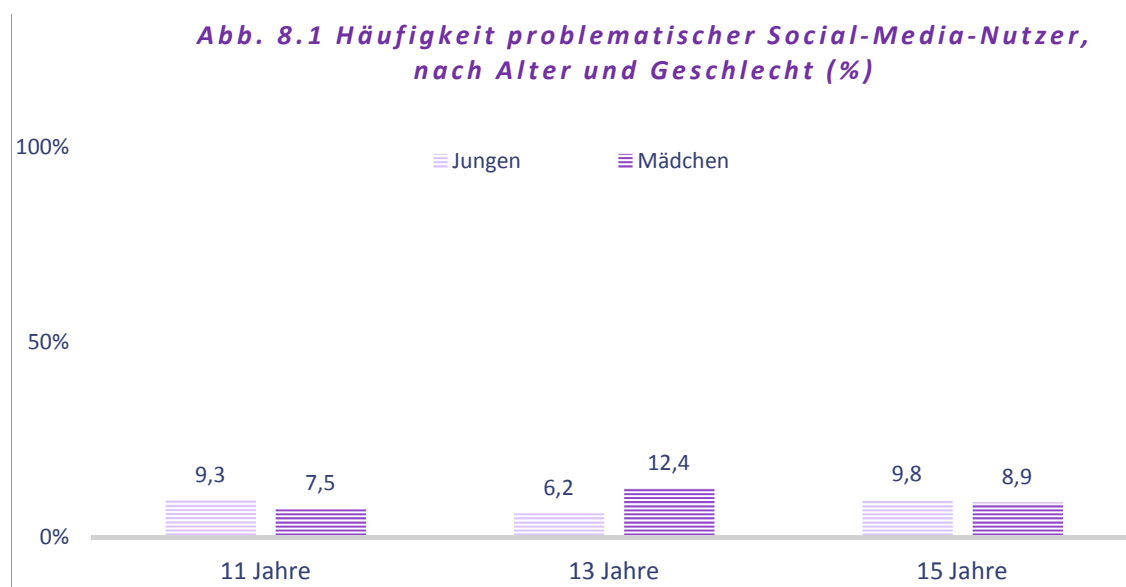
	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Enge Freunde	72,7	83,1	89,7	79,9
Erweiterter Freundeskreis	51,0	54,1	60,3	54,0
Internetbekanntschaften	12,9	20,4	21,6	17,3
Andere Personen, nicht Freunde (Eltern, Geschwister)	46,4	46,0	58,2	48,6

Tabelle 8.2 Häufigkeit der Jugendlichen, die folgenden Aussagen zustimmen, nach Alter (%)

	11 Jahre (%)	13 Jahre (%)	15 Jahre (%)	Gesamt
Ich spreche im Internet mehr über meine Geheimnisse als von Angesicht zu Angesicht	14,9	12,5	14,3	13,9
Im Internet spreche ich leichter über meine tiefsten Gefühle als in einem persönlichen Gespräch	9,2	11,7	11,1	10,5
Ich spreche mehr über meine Bedenken im Internet als in einem persönlichen Gespräch	12,8	11,1	16,64	12,9

Der Online-Kontakt ist manchmal von Vorteil, wenn es darum geht, über „heikle“ Angelegenheiten, wie Geheimnisse, Gefühle oder Sorgen, zu kommunizieren. Rund 10 % aller Schülerinnen und Schüler fällt es leichter online darüber zu sprechen als „face-to-face“. Auffällige Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen gibt es dabei nicht.

Darüber hinaus geben die Indikatoren der “Social Media Disorder Scale” einen Überblick über die häufigsten negativen Auswirkungen der problematischen Social-Media-Nutzung. Auf diese Weise ist es möglich, die Jugendlichen zu bestimmen, die eine problematische Nutzung der sozialen Medien aufweisen.



Die problematische Nutzung von sozialen Medien ist unter Mädchen häufiger, insbesondere im Alter von 13 Jahren.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Dieses moderne Phänomen der sozialen Netzwerke kann eine Vielzahl von Vorteilen für unser Leben mit sich bringen, scheint aber auch Nachteile zu haben. Hierzulande kann eine sichere und verantwortungsvolle Social-Media-Nutzung verzeichnet werden, da zu den Online-Kontakten der Jugendlichen meist enge Freunde (79,9 %), ein etwas erweiterter Freundeskreis (54 %) und Familienangehörige (48,6 %) gehören. Soziale Medien sind aus dem Alltag nicht mehr wegzudenken und insbesondere für Jugendliche trägt der Online-Kontakt zu den Freundinnen und Freunden wesentlich zum Reifeprozess bei, während der Kontakt zu den Eltern und Verwandten zusätzliche Sicherheit gibt. Im Schnitt haben 21 % der 13- und 15-Jährigen Kontakt zu Personen, die sie über das Internet kennengelernt haben. Jugendliche nutzen die sozialen Netzwerke auch, um Kontakte zu knüpfen und neue Freunde zu finden. Die scheinbare Anonymität des Netzes senkt die Hemmschwelle und es werden persönliche Geheimnisse, Gefühle und Sorgen preisgegeben. 12 % der Schülerinnen und Schüler

fällt es leichter, online über die eigenen Gefühle zu sprechen als von Angesicht zu Angesicht und der Prozentsatz steigt auf 16,6 % bei den 15-Jährigen. Vielen Jugendlichen fällt der Dialog mit den Eltern leicht, aber persönliche Anliegen werden gerne online besprochen.

Um den richtigen Umgang von Jugendlichen mit den sozialen Netzwerken zu fördern, sollten die Eltern ihr Kind bei seinen ersten Erfahrungen begleiten. Die Nutzung sollte sich auf altersgerechte und geeignete Netzwerkangebote beschränken, um die noch nicht gänzlich bekannten Risiken einzugrenzen wie beispielsweise den Einfluss von Magnetwellen auf die Gesundheit, eine mögliche Abhängigkeit, asoziales Verhalten, depressive Symptome und Angstzustände.

Die übermäßige Nutzung der sozialen Medien kann sich auf die Beziehungen zu den Mitmenschen auswirken, ruft Schlaf- und Konzentrationsstörungen hervor, die oft mit Beruhigungstabletten gelindert werden. Die Familie und die Schule sollten Wege für einen sicheren Umgang mit den sozialen Netzwerken finden.

Jugendliche sollten über die Vor- und Nachteile der Social-Media-Nutzung aufgeklärt werden, damit sie die digitalen Instrumente zur Weiterentwicklung verwenden.

WESENTLICHE BIBLIOGRAFIE

- ¹Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Billieux, J., & Pontes, H. M. (2016). The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addictive Behaviors*, 53, 193-195
- ²Barry, C. T., Sidoti, C. L., Briggs, S. M., Reiter, S. R., & Lindsey, R. A. (2017). Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of adolescence*, 61, 1-11.
- ³Lenzi, M., Vieno, A., Altoè, G., Scacchi, L., Perkins, D.D., Zukauskienė, R., & Santinello, M. (2015). Can Facebook informational use foster adolescent civic engagement? *American Journal of Community Psychology*, 55, 444–454.
- ⁴Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Developmental Psychology*, 43, 267-277.
- ⁵Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada M.M. (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15(226), 274-281.
- ⁶Van Den Eijnden, R., Koning, I., Doornwaard, S., Van Gorp, F., & Ter Bogt, T. (2018). The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 697-706
- ⁷Marino, C., Vieno, A., Altoè, G., & Spada, M. M. (2017). Factorial validity of the Problematic Facebook Use Scale for adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 5–10.
- ⁸Caplan, S. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089–1097.
- ⁹Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S., & Valkenburg, J.M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478

