



Lebensstile und Gesundheit von Schülerinnen und Schülern

Autonome Provinz
Bozen-Südtirol

Autoren und
Autorinnen:

Silvia Casazza
Antonio Fanolla
Annalisa Gallegati
Lois Kastlunger
Peter Koler
Lucio Lucchin
Sara Tanja
Oberhofer
Sabine Scherer
Raffaella Vanzetta
Sabine Weiss

Bericht über die regionalen
HBSC-Daten 2009 - 2010



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo
e della Socializzazione



Università degli Studi di Siena
CREPS, Dipartimento di Fisiopatologia,
Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica



Comportamenti di Salute dei Ragazzi in Età Scolare
Health Behaviour in School-aged Children

Lebensstile und Gesundheit von Schülerinnen und Schülern



Bericht über die regionalen HBSC-Daten 2009 - 2010 AUTONOME PROVINZ BOZEN

Die Daten dieser Studie wurden im Rahmen des Projektes „Studien über Verhaltensrisiken bei 6-17-Jährigen“ ausgewertet, das vom Ministerium für Gesundheits- und Sozialwesen gefördert und vom Obersten Institut für das Gesundheitswesen (ISS) in Umsetzung des Programms „Guadagnare salute“ koordiniert wird.

DIE FORSCHUNGSGRUPPE

Nationale Koordinierung der HBSC-Studie

Universität Turin

Fakultät für Öffentliche Gesundheit und Mikrobiologie

Prof. Franco Cavallo (*Principal Investigator*)

Prof. Patrizia Lemma

Dr. Alberto Borraccino

Dr. Paola Dalmaso

Dr. Alessio Zambon

Dr. Lorena Charrier

Dr. Sabina Colombini

Dr. Paola Berchialla

Universität Siena

CREPS - Fakultätsübergreifendes Zentrum für Erziehungsforschung und Gesundheitsförderung - Fakultät für Pathiophysiologie, Experimentelle Medizin und Öffentliche Gesundheit

Prof. Mariano Giacchi

Dr. Giacomo Lazzeri

Dr. Valentina Pilato

Dr. Stefania Rossi

Dr. Andrea Pammolli

Universität Padua

Fakultät für Entwicklungspsychologie und Sozialisierung

Prof. Massimo Santinello

Dr. Alessio Vieno

Dr. Francesca Chieco

Dr. Michela Lenzi

Wissenschaftliche Koordinierung des Projektes „Studien über Verhaltensrisiken bei 6-17-Jährigen“

Oberstes Institut für das Gesundheitswesen, Nationales Zentrum für Epidemiologie, Überwachung und Förderung der Gesundheit, Abteilung Gesundheit der Frau und des Entwicklungsalters

Dr. Angela Spinelli (*Wissenschaftliche Leiterin*)

Dr. Giovanni Baglio

Dr. Anna Lamberti

Dr. Paola Nardone

Gesundheitsministerium, Abteilung für Prävention und Kommunikation

Dr. Daniela Galeone

Dr. Maria Teresa Menzano

Dr. Lorenzo Spizzichino

Nationale Koordinierung der Regionalen Schulämter

Dr. Maria Teresa Silani (*Regionales Schulamt Latium*)

Dr. Silvana Teti (*Regionales Schulamt Latium*)

Autonome Provinz Bozen

Prof. Lucio Lucchin (*Wissenschaftlicher Leiter – Südtiroler Sanitätsbetrieb*)

Dr. Antonio Fanolla (Landeskoordinator – Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes)
Sabine Weiss (Stellvertretende Landeskoordinatorin - Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes)
Dr. Sara Tanja Oberhofer (Deutsches Schulamt)
Dr. Brigitte Regele (Deutsches Schulamt)
Dr. Michaela Steiner (Deutsches Schulamt)
Prof. Annalisa Gallegati (Italienisches Schulamt)
Dr. Lois Kastlunger (Ladinisches Schulamt)
Dr. Gertrud Gasser (Berufsbildung in deutscher und ladinischer Sprache)
Dr. Silvia Casazza (Berufsbildung in italienischer Sprache)
Dr. Sabine Scherer (Land-, forst- und hauswirtschaftliche Berufsbildung)
Dr. Helga Mock (Amt für Jugendarbeit)
Dr. Peter Koler (Forum Prävention)
Dr. Raffaella Vanzetta (Infes)

Verantwortung für die Herausgabe

Die nationale HBSC-Koordinierungsgruppe, die wissenschaftliche Koordinierungsgruppe des Projektes „Studien über Verhaltensrisiken bei 6-17-Jährigen“ und die nationale Koordinierung der Regionalen Schulämter sind verantwortlich:

- für alle den Regionalberichten gemeinsamen Teile, einschließlich der Einleitungen der einzelnen Kapitel, sofern diese nicht von den regionalen Verantwortlichen abgeändert wurden;
- für die in den beliegenden Tabellen und Diagrammen enthaltenen Daten.

Die regionalen Gruppen sind verantwortlich für die Erläuterungen zu den ihnen bereit gestellten Daten sowie für die einleitenden Teile, falls sie Änderungen an den Einleitungen der nationalen Gruppe angebracht haben.

Für die Arbeitsgruppe der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol

- Antonio Fanolla und Sabine Weiss für das Kapitel 1: Die Studie und ihre Stichprobe
- Antonio Fanolla und Sabine Weiss für das Kapitel 1: Das familiäre Umfeld
- Silvia Casazza, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Sara Tanja Oberhofer, Sabine Scherer für das Kapitel 3: Das schulische Umfeld
- Silvia Casazza, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Sara Tanja Oberhofer, Sabine Scherer für das Kapitel 4: Sport und Freizeit
- Raffaella Vanzetta, Lucio Lucchin für das Kapitel 5: Essgewohnheiten und ernährungsrelevante Aspekte
- Peter Koler und Helga Mock für das Kapitel 6: Risikoverhalten
- Antonio Fanolla und Sabine Weiss für das Kapitel 7: Gesundheit und Wohlbefinden

Vorstellung	7
Vorwort.....	9
Danksagungen.....	11
Kapitel 1: Die Studie und ihre Stichprobe	13
1.1 Einleitung.....	13
1.2 Beschreibung der Stichprobe	14
Bibliographie Kapitel 1.....	15
Kapitel 2: Das familiäre Umfeld	17
2.1 Einleitung.....	17
2.2 Die Familienstruktur	17
2.3 Die Qualität der Beziehung zu den Eltern	20
2.4 Der sozioökonomische Status der Familie.....	23
2.5 Schlussfolgerungen.....	24
Bibliographie Kapitel 2.....	25
Kapitel 3: Das schulische Umfeld	27
3.1 Einleitung.....	27
3.2 Schulstruktur, interne Organisation und Förderung des Wohlbefindens (Studie über die Schule)	27
3.3 Beziehung zu den Lehrpersonen	31
3.4 Beziehung zu den Mitschülern	34
3.5 Die Beziehung zur/die Beurteilung der Schule.....	38
3.6 Schlussfolgerungen.....	39
Bibliographie Kapitel 3.....	39
Kapitel 4: Sport und Freizeit.....	41
4.1 Einleitung.....	41
4.2 Körperliche Aktivität.....	41
4.2.1 Die Häufigkeit der körperlichen Aktivität	42
4.3 Sitzende Tätigkeiten.....	43
4.3.1 Häufigkeit der Verwendung des Fernsehers, des Computers und der neuen Kommunikationsformen	43
4.4 Beziehung zu den Altersgenossen.....	46
3.6 Schlussfolgerungen.....	47
Bibliographie Kapitel 4.....	47
Kapitel 5: Essgewohnheiten und ernährungsrelevante Aspekte	49
5.1 Einleitung.....	49
5.2 Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeiten.....	49
5.3 Obst- und Gemüsekonsum	51
5.4 Konsum von Süßwaren und kohlenensäurehaltigen Softdrinks	52
5.5 Ernährungsrelevante Aspekte.....	53
5.6 Das Körperbild.....	56
5.7 Mundhygiene.....	58
5.8 Schlussfolgerungen.....	58
Bibliographie Kapitel 5.....	59
Kapitel 6: Risikoverhalten.....	61
6.1 Konsum von Substanzen	61
6.1.1 Tabakkonsum.....	62
6.1.2 Alkoholkonsum.....	64
6.1.3 Cannabiskonsum	69
6.2 Sexualverhalten.....	71
6.3 Unfälle	73
6.4 Schlussfolgerungen.....	73
Bibliographie Kapitel 6.....	74
Kapitel 7: Gesundheit und Wohlbefinden	79
7.1 Einleitung.....	79
7.2 Wahrnehmung der eigenen Gesundheit	79
7.3 Das wahrgenommene Wohlbefinden	81
7.4 Die erklärten Symptome.....	82
7.5 Medikamentenkonsum	84
7.6 Schlussfolgerungen.....	85
Bibliographie Kapitel 7.....	86
Einige zusammenfassende Indikatoren.....	87

Vorstellung

Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) wurde in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und dem Ministerium für Bildungswesen, Universität und Forschung mit der Unterstützung der Universitäten Turin, Padua und Siena durchgeführt. Sie stellt einen weiteren Moment der effizienten und langjährigen Zusammenarbeit zwischen dem Ressort für Gesundheit und den jeweiligen Ressorts für Schule und Berufsbildung der drei Sprachgruppen dar.

Die HBSC-Studie ist Teil des europäischen Projektes „Guadagnare Salute“, für welches in der Provinz Bozen-Südtirol - koordiniert vom Ressort für Gesundheitswesen - das Überwachungssystem PASSI und die Studie „OKio alla salute - Schau auf deine Gesundheit“ laufen.

Die Zielgruppe der Studie, die auf die wichtigsten gesundheitsrelevanten Aspekte und Verhaltensweisen untersucht wurde, setzt sich aus Kindern im Vorjugendalter bzw. Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren der ersten und dritten Mittelschulklasse und zweiten Oberschulklasse zusammen.

Die erfassten Informationen dienen einer gezielteren Ausrichtung der gesundheitspolitischen, gesundheitserzieherischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen, der Förderung bereichsübergreifender Aspekte mit Überwindung der Trennung zwischen Strukturen und Organisationen sowie der Steigerung deren Wirksamkeit. Das schulische Umfeld, einschließlich jenes der Berufsbildung, ist und muss weiterhin ein Terrain der Konfrontation und nutzbringenden Arbeit für die Einleitung von gesundheitsfördernden und präventiven Programmen für unsere Jugend bleiben.

Die gemäß einem Standard-Protokoll in verschiedenen europäischen Ländern durchgeführte und international ausgerichtete Studie bildet in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol aufgrund der Mehrsprachigkeit und ihres Sonderstatus als Grenzgebiet einen zusätzlichen Anreiz. So nimmt nicht nur der Vergleich mit den anderen italienischen Regionen eine besondere Bedeutung ein, sondern auch die Gegenüberstellung mit den an der Studie beteiligten deutschsprachigen Ländern.

Die Studie geht nicht nur auf rein gesundheitliche Aspekte ein, sondern befasst sich auch mit sozialen und umfeldbezogenen Determinanten, die die Gesundheit unserer Jugend beeinflussen. Sie kann hoffentlich für die Vertiefung der lokalen Kenntnisse über die Gesundheitsprofile unserer jungen Bevölkerung genutzt werden, um effizientere Maßnahmen zu planen, die alle Bereiche der Kollektivität miteinbeziehen und in Synergie zur Förderung der globalen Gesundheit der zukünftigen Generationen zusammenarbeiten lassen.

Der Landesrat für Familie, Gesundheit und Soziales

Dr. Richard Theiner



Die Landesrätin für Bildung und deutsche Kultur

Dr. Sabine Kasslatter Mur



Der Landesrat für Wohnungsbau, italienische Kultur, Schule und Berufsbildung

Dr. Christian Tommasini



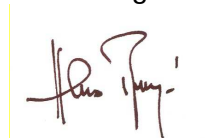
Der Landesrat für Bauten, Vermögen, ladinische Schule und Kultur

Dr. Florian Mussner



Der Landesrat für Landwirtschaft, land-, forst- und hauswirtschaftliche Berufsbildung, Tourismus, Grundbuch und Kataster

Hans Berger



Vorwort

Die Jugend ist ein wichtiger Moment des Übergangs zum Erwachsenenalter und bringt zahlreiche physische und psychologische Veränderungen mit sich.

Gerade in diesem Alter können sich Lebensstile und Verhaltensweisen einbürgern, die sich bleibend auf die gegenwärtige und zukünftige Gesundheit auswirken, wie ungesunde Ernährungsgewohnheiten, unzureichend Bewegung oder der Alkohol-, Tabak- oder Drogenkonsum.

Die HBSC-Studie (*Health Behaviour in School-aged Children - Gesundheitsverhalten bei Schülerinnen und Schülern*) fügt sich in diesen Kontext mit dem Ziel ein, den Gesundheitszustand der italienischen Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zu untersuchen und zu überwachen, um eine stützende Grundlage für die Ausrichtung der Gesundheitserziehungs- und -förderungspolitiken zu schaffen.

Die internationale, multizentrische HBSC-Studie wird in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation für Europa alle vier Jahre durchgeführt.

Sie wurde im Jahr 1982 von England, Finnland und Norwegen eingeleitet und zählt heute 41 Teilnehmerländer. Italien gehört seit 2000 dazu und hat bisher zwei gesamtstaatliche Untersuchungen vorgenommen (2001 und 2006).

Bis 2007 wurde die HBSC-Studie von einem nationalen Netzwerk vorangetrieben, das sich aus drei Universitäten zusammensetzte: Turin, Siena und Padua. In der Folge wurde sie auf vier Regionen und eine Autonome Provinz (Piemont, Venetien, Toskana, Lombardei und die Autonome Provinz Bozen) ausgedehnt. Seit 2009 gehört die HBSC-Studie zum vom Obersten Institut für das Gesundheitswesen (ISS) koordinierten Projekt „Studien über Risikoverhalten bei 6-17-Jährigen“, das vom Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Bildungswesen, Universität und Forschung im Rahmen des europäischen Programms „Guadagnare Salute“ gefördert wird.

2010 sah die HBSC-Studie zum ersten Mal eine sowohl nationale als auch regionale Repräsentativität vor, wodurch nun auch Daten für jede einzelne Region zur Verfügung stehen, was grundlegend für die Planung von einschlägigen Maßnahmen ist.

Jedes Kapitel dieses Berichts präsentiert und analysiert die Daten zum untersuchten Bereich (vom familiären zum schulischen Umfeld bis zu den Essgewohnheiten und Risikoverhalten) und steckt also ein Bild der Lage im Beobachtungsgebiet ab. Auf diese Weise können die erhobenen Daten zwischen den einzelnen Regionen Italiens verglichen und gleichzeitig dem gesamtstaatlichen Durchschnitt gegenüber gestellt werden.

Wir hoffen, dass die so organisierte Monitoringtätigkeit fortgesetzt werden kann, und dass positive oder negative Änderungen der Lage mit entsprechender Anpassung der eingeleiteten Maßnahmenpolitik überwacht werden können. Ebenfalls wünschen wir uns, dass die Datenerhebung zu einer nicht nur gesünderen, sondern auch zuversichtlicheren Gesellschaft beitragen kann, ein Ziel, das ohne engagierte Investitionen in die Jugend, unsere Zukunft, wohl nur schwierig zu erreichen ist.

Ein besonderer Dank geht an alle, die zum Gelingen dieser Studie beigetragen haben: von den Ansprechpartnern jeder Region über die Bediensteten im Gesundheitsbereich bis hin zu den Schulleitern und Lehrkräften aller miteinbezogenen Schulen. Vor allem danken wir aber den Jugendlichen selbst, die durch ihre wertvolle Zusammenarbeit bei der Ausfüllung der Fragebögen die Studie überhaupt möglich gemacht haben.

Prof. Franco Cavallo und die HBSC-Forschungsgruppe

Danksagungen

Wir danken allen Schülerinnen und Schülern der ersten und dritten Mittelschulklasse sowie der zweiten Oberschulklasse, die diese Fragebögen ausgefüllt haben.

Unser Dank geht ebenfalls an alle Lehrkräfte und Schulleiter, die zur Durchführung der Studie beigetragen haben.

Für die Beteiligung an der HBSC-Studie Italien 2009-2010 sprechen wir allen nachstehenden Mittelschulen und höheren Schuleinrichtungen der Autonomen Provinz Bozen unseren Dank aus:

Mittelschulen

Mittelschule „Dr. F. Ebner“ – SSP Schlanders
Mittelschule „Michael Pacher“ – SSP Brixen/Milland
Mittelschule „Oswald von Wolkenstein“ – Brixen
Mittelschule „A. Stifter“ – SSP Bozen/Gries
Mittelschule „J. Aufschnaiter“ – SSP Bozen/Stadtzentrum
Mittelschule „J. Röd“ – SSP Bruneck I
Mittelschule „J. Wenter“ – SSP Meran/Stadt
Mittelschule „K. Fischnaler“ – SSP Sterzing II
Mittelschule „K. Meusburger“ – SSP Bruneck II
Mittelschule „P. Rosegger“ – SSP Meran/Untermals
Mittelschule Ahrntal – SSP Ahrntal
Mittelschule Blumau – SSP Karneid
Mittelschule Deutschnofen – SSP Deutschnofen
Mittelschule Eppan – SSP Eppan
Mittelschule Jenesian – SSP Tschöggelberg
Mittelschule Kaltern – SSP Kaltern
Mittelschule Kastelruth – SSP Schlern
Mittelschule Klausen
Mittelschule Laas – SSP Laas
Mittelschule Lana – SSP Lana
Mittelschule Latsch – SSP Latsch
Mittelschule Leifers – SSP Leifers
Mittelschule Mals – SSP Mals
Mittelschule Mühlbach – SSP Mühlbach
Mittelschule Naturns – SSP Naturns
Mittelschule Neumarkt
Mittelschule Olang – SSP Olang
Mittelschule Partschins
Mittelschule Ritten – SSP Ritten
Mittelschule Salurn
Mittelschule Sand in Taufers – SSP Sand in Taufers
Mittelschule Sarntal – SSP Sarntal
Mittelschule Schenna – SSP Meran/Obermais
Mittelschule St. Leonhard in Passeier – SSP St. Leonhard in Passeier
Mittelschule St. Martin in Passeier – SSP St. Martin in Passeier
Mittelschule Terlan – SSP Terlan
Mittelschule Toblach – SSP Toblach
Mittelschule Tramin – SSP Tramin
Mittelschule V. Raber – SSP Sterzing III
Mittelschule Vintl – SSP Vintl
Mittelschule Welsberg – SSP Welsberg
Scuola media Alfieri – IC Europa 2 Bolzano
Scuola media Archimede – IC Bolzano V Gries
Scuola media Calvino – IC Bassa Atesina (Egna)
Scuola media Centro storico – IC Bolzano I
Scuola media Dobbiaco

Scuola media Filzi – IC Laives I
Scuola media Foscato – IC Bolzano VI
Scuola media Leonardo da Vinci – IC Bolzano III
Scuola media Mameli – IC Bassa Atesina (Salorno)
Scuola media Manzoni – IC Bressanone
Scuola media Marcelline – Bolzano
Scuola media Negrelli – IC Merano II
Scuola media Segantini – IC Merano I
Scora mesana – Sëlva – DRSL Sëlva
Scora mesana “Tita Alton” - La Ila – DRSL Badia
Scora mesana “Ujep Antone Vian” – Urtijëi – DRSL Urtijëi

Oberschulen und Berufsschulen

Fachoberschule für Soziales „Marie Curie“ – Meran
Gewerbeoberschule „Oskar von Miller“ – Meran
Gewerbeoberschule Bruneck
Handelsoberschule – Oberschulzentrum „Claudia von Medici“ – Mals
Handelsoberschule „Franz Kafka“ – Meran
Handelsoberschule „Heinrich Kunter“ – Bozen
Handelsoberschule Auer
Handelsoberschule Brixen
Handelsoberschule Bruneck
Handelsoberschule Sterzing
Humanistisches Gymnasium „Beda Weber“ – Meran
Humanistisches Gymnasium „Nikolaus Cusanus“ – Bruneck
Humanistisches Gymnasium „Vinzentinum“ – Brixen
Humanistisches Gymnasium „Walther von der Vogelweide“ – Bozen
IPIA Galilei – Bolzano
IPSCT De' Medici – Bolzano
Istituto Tecnico Commerciale „Raetia“ - Urtijëi
ITC Battisti – Bolzano
ITG Delai – Bolzano
ITI Galilei – Bolzano
Lehranstalt für Industrie und Handwerk „Johann Kravogl“ – Bozen
Lehranstalt für Soziales – Bozen
Lehranstalt für Wirtschaft und Tourismus „Peter Mitterhofer“ – Meran
Lehranstalt für Wirtschaft und Tourismus „Robert Gasteiner“ – Bozen
Lehranstalt für Wirtschaft und Tourismus Innichen
Liceo Classico Cantore – Brunico
Liceo Classico Carducci – Bolzano
Liceo Classico Dante Alighieri – Bressanone
Liceo pedagogico/artistico Pascoli – Bolzano
Liceo Scientifico Pascal – Merano
Liceo Scientifico Torricelli – Bolzano
Oberschule für Geometer „Peter Anich“ – Bozen
Oberschule für Landwirtschaft Auer
Oberschule Schlönders – Handelsoberschule
Pädagogisches Gymnasium „Josef Ferrari“ – Meran
Pädagogisches Gymnasium „Josef Gasser“ – Brixen
Pädagogisches Gymnasium Bruneck
Realgymnasium „Albert Einstein“ – Meran
Realgymnasium „J. Ph. Fallmerayer“ – Brixen
Realgymnasium Bozen
Realgymnasium Bruneck
Scuola Professionale Provinciale per il Commercio, Turismo e Servizi „L. Einaudi“ – Bolzano
Scuola Professionale per l'Artigianato, l'Industria e il Commercio „G. Marconi“ - Merano

Kapitel 1: Die Studie und ihre Stichprobe

Antonio Fanolla, Sabine Weiss und die nationale HBSC-Gruppe

1.1 Einleitung

Die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) wird als internationales Projekt unter der ideellen Trägerschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. Sie verfolgt das Ziel, gesundheitskorrelierte Phänomene und Verhaltensweisen im Vorjugend- und Jugendalter zu beschreiben und zu begreifen. Die HBSC-Studie erfasst Informationen über die Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Italien hat sich an dieser Studie auf gesamtstaatlicher Ebene zum ersten Mal im Jahr 2001-2002 (HBSC-Italia, 2004; HBSC, 2001) und anschließend im Jahr 2006 beteiligt (Cavallo, 2007). Weitere Informationen zur Studie sind unter <http://www.hbsc.org> abrufbar.

In der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol konnte die HBSC-Datenerhebung 2009-2010 durch die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen Gesundheitswesen, Deutsches Schulamt, Italienisches Schulamt, Ladinisches Schulamt, Deutsche und ladinische Berufsbildung, Italienische Berufsbildung, Land-, forst- und hauswirtschaftliche Berufsbildung und insbesondere anhand der Mitarbeit der Schülerinnen und Schüler und des Lehrpersonals der miteinbezogenen Schulen durchgeführt werden.

Das Stichprobenverfahren erfolgte nach den auf internationaler Ebene vorgegebenen Leitlinien; es zielte darauf ab, eine regionale Stichprobe auszuwählen, die repräsentativ für die jugendliche Bevölkerung in den untersuchten Altersklassen ist. Die Teilnehmer wurden anhand einer Klumpenauswahl selektiert. Die primären Stichprobeneinheiten waren Schulklassen, die in einem systematischen Verfahren aus der kompletten und geordneten, von den Schulämtern und Abteilungen für Berufsbildung bereit gestellten Liste der öffentlichen und privaten Schulen des Landes ausgewählt wurden.

Die Klassen wurden sowohl nach Alter (Mittelschulen und Oberschulen) als nach Zugehörigkeitsprovinz geschichtet. Das Ziel war es, eine geographische Abdeckung zu gewährleisten, die die effektive Verteilung der jugendlichen Bevölkerung im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in der Provinz Bozen proportional widerspiegelte und somit die Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse garantierte.

Der Stichprobenumfang wurde, berichtigt für die regionale Bevölkerung im Schulalter, in rund 1200 Teilnehmern pro Altersklasse bemessen. Damit sollte eine Schätzungsgenauigkeit von $\pm 3,5\%$, berechnet nach der erwarteten Teilnahme von 0,5 für den Binomialkoeffizient, mit einem 95%igem Konfidenzintervall erreicht werden. Außerdem wurde für die darum ansuchenden Regionen eine Stichprobenüberdimensionierung von 10% bis 25% pro Altersklasse, proportional zur Teilnahme in der berichtigten Altersklasse und zum erwarteten Nicht-Teilnahme-Prozentsatz, eingeführt.

Als Datenerfassungsmittel wurde ein von einer multidisziplinären und internationalem Forschergruppe erarbeiteter Fragebogen verwendet, der auf Initiative der nationalen Koordinierungsgruppe teilweise durch einige Fragen zum Tabak- und Alkoholkonsum ergänzt wurde.

Der Fragebogen umfasst sechs Bereiche betreffend:

- die meldeamtlichen Daten (Alter, Geschlecht, Familienstruktur);
- den sozialen Status (Beschäftigung und Bildungsgrad der Eltern);
- die Indikatoren des wahrgenommenen Wohlbefindens (Gesundheitszustand und Wohlbefinden);
- das Selbstwertgefühl (Einschätzung des eigenen Aussehens und Grad der Selbstakzeptanz);
- das soziale und fürsorglich-gefühlsbezogene Unterstützungsnetz (Beziehung zu den Eltern, Altersgenossen, schulisches Umfeld);
- die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (körperliche Aktivität und Freizeit, Ernährungsgewohnheiten und Mundhygiene, Alkohol- und Tabakkonsum).

Den 15-Jährigen wurde außerdem ein Fragebogen zu den Themen Drogenkonsum und Sexualverhalten ausgehändigt.

Die Fragebögen wurden mit Unterstützung der Lehrkräfte in den Schulen verteilt und von den Jugendlichen anonym ausgefüllt; den Lehrkräften wurden entsprechende Angaben zu den zu befolgenden Verfahren geliefert.

Außerdem wurde gemäß Vorgaben des internationalen HBSC-Protokolls eine Datenerhebung über die Merkmale der schulischen Einrichtungen durchgeführt, die in die Stichprobe fielen; damit sollten die Analyse und das Verständnis der von den Schülerinnen und Schülern angegebenen Daten verbessert und ergänzt werden.

So wurde gleichzeitig zur Befragung der Jugendlichen auch den Schulleitern ein Fragebogen ausgehändigt, der einige Aspekte der Schule untersuchte (Merkmale und Ressourcen der Schule, ergriffene Gesundheitsförderungsmaßnahmen).

1.2 Beschreibung der Stichprobe

In der Provinz Bozen wurden insgesamt 176 Klassen ausgewählt, zwei Drittel davon waren Mittelschulklassen. Die Teilnahme pro Klasse (Tabelle 1.1) war sehr hoch und betrug 98.3% in den Mittelschulen und 93.1% in den Oberschulen.

Insgesamt wurden 2.966 Fragebögen ausgefüllt. Die Kontrollen auf Qualität und Vollständigkeit bezüglich der verlangten Mindestinformationen ließen 2.276 Fragebögen für die Schlussanalyse in Frage kommen.

77.5% der geeigneten Fragebögen stammten von deutschsprachigen Schulen, 18.2% bzw. 4.3% von italienischen und ladinischen Schulen. In Bezug auf die Gesamtheit der in die Mittel- und Oberschulen eingeschriebenen Jugendlichen scheinen die deutschen und ladinischen Schulen stärker repräsentiert zu sein als die italienischen. Die Stichprobe zeigt sich darin besonders für die Oberschulen unausgeglichen (Tabelle 1.2).

Die 690 Fragebögen, die die Kontrollphase nicht bestanden, machen 23.3% am Gesamtwert aus. Der Grund des Ausschlusses dieser Fragebögen aus der Schlussanalyse liegt im um sechs Monate höheren oder niedrigeren Alter der betreffenden Jugendlichen im Vergleich zum Durchschnittsalter der jeweiligen Schulstufe. Die ausgeschlossenen Fragebögen verteilen sich nicht gleichförmig auf die Schulstufen: 13.9% betreffen die erste Mittelschulklasse, 21.8% die dritte Mittelschulklasse und 34.9% die zweite Oberschulklasse. Die übermäßige Anzahl der nicht geeigneten Fragebögen unter den Schülern der zweiten Oberschulklasse ist darauf zurückzuführen, dass in die Stichprobenliste auch die Berufsschulen eingeschlossen waren, in denen das Alter der Schüler variabler ist. Auf die einzelnen Sprachgruppen verteilen sich die ausgeschlossenen Fragebögen gleichmäßig.

Tabelle 1.1: Teilnahme pro Klasse

	In die Stichprobe aufgenommene Klassen	Anzahl der Klassen, die den Fragebogen abgegeben haben	Teilnahme in %
Erste Mittelschulklasse	59	58	98.3
Dritte Mittelschulklasse	59	58	98.3
Zweite Oberschulklasse	58	54	93.1
Insgesamt	176	170	96.59

Tabelle 1.2: Zusammensetzung der Stichprobe in Prozent nach Sprache der Schule und Prozentsatz der eingeschriebenen Mittel- und Oberschüler nach Sprache der Schule im Schuljahr 2009-10

	HBSC- Stichprobe insgesamt	Eingeschriebene Mittelschüler (HBSC- Stichprobe)	Eingeschriebene Oberschüler (HBSC- Stichprobe)
Deutsche Schulen	77.5	74.0 (76.2)	69.7 (81.0)
Italienische Schulen	18.2	21.4 (18.1)	28.5 (18.3)
Ladinische Schulen	4.3	4.6 (5.7)	1.8 (0.7)
Insgesamt	100	100 (100)	100 (100)

Die Tabelle 1.3 enthält die Verteilung der in diesem Bericht analysierten Stichprobe von 2.276 Jugendlichen nach Alter und Geschlecht. Die Gesamtzahl der Jungen beträgt 1067 (46.9%); sie sind unter den ladinischen (54.1%) und 13-jährigen Schülern (47.9%) stärker vertreten. Verglichen mit den Mädchen steigt der Anteil der Jungen von den 47.5% der 11-Jährigen auf 49.7% bzw. 44.6% in den anderen beiden Altersklassen. In den italienischen und deutschen Schulen beträgt der Anteil der Jungen 48.1% bzw. 46.2%. Insgesamt umfasste die Stichprobe mehr Mädchen als Jungen.

Tabelle 1.3: Zusammensetzung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht

	Jungen % (N)	Mädchen % (N)	Insgesamt % (N)
11 Jahre	38.7 (413)	37.7 (456)	38.2 (869)
13 Jahre	35.5 (379)	34.1 (412)	34.7 (791)
15 Jahre	25.8 (275)	28.2 (341)	27.1 (616)
Insgesamt	100 (1067)	100 (1209)	100 (2276)

Trotz des verminderten Umfanges infolge der Aussortierung gilt die untersuchte Stichprobe als akzeptabel repräsentativ für die Bezugsbevölkerung. Die Analysen nach Geschlecht und Sprache der Schule helfen bei der Auslegung der Ergebnisse.

Die Tabelle 1.4 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe nach italienischem oder ausländischem Geburtsort auf. 94,9% der Jugendlichen geben die Geburt auf italienischem Staatsgebiet an, 5,1% stammen aus dem Ausland. Insgesamt ergibt sich, dass für 91.3% der Jugendlichen beide Elternteile in Italien geboren wurden, während für 4.7% mindestens ein Elternteil ausländischer Herkunft ist und in 4.0% der Fälle beide Eltern aus dem Ausland stammen.

Die meisten ausländischen Eltern kommen aus Osteuropa (38.6%) und Westeuropa (34.4%), gefolgt von Asien (12.7%), Zentral-Südamerika (7.7%) und Afrika (6.2%).

Tabelle 1.4: Zusammensetzung der Stichprobe nach Geburt in Italien und Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
In Italien geboren	95.0 (816)	96.3 (755)	94.9 (581)
Im Ausland geboren	5.0 (43)	3.7 (29)	5.1 (31)
Insgesamt	100 (859)	100 (784)	100 (612)

Bibliographie Kapitel 1

- HBSC (2001). *Research Protocol for the 2001-2002 Survey*. Available at www.hbsc.org.
- HBSC-Italia (2004). *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica.
- Cavallo 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.
- ASTAT (2010). *Scuole secondarie di II grado - Anno scolastico 2009/10*. ASTATInfo 15 03/2010. Bolzano: Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige.
- ASTAT (2010). *Scuole secondarie di I grado - Anno scolastico 2009/10*. ASTATInfo 06 02/2010. Bolzano: Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige.

Vertiefungslektüre

- Allison K.R., Adlaf E.M., Ialomiteanu A., Rehm J. (1999). Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2): 85-89.
- Green L.W., Kreuter M.W.(1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield: Mountain view.
- King A., Wold B., Smith C.T. and Harel Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.
- Smith C., Wold B. and Moore L. (1992). Health Behaviour Research with Adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 2 (2): 41-44.
- The Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45:1-48.
- World Health Organisation (WHO) (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneve, WHO.

Kapitel 2: Das familiäre Umfeld

Antonio Fanolla, Sabine Weiss und die nationale HBSC-Gruppe

2.1 Einleitung

Unter den zahlreichen Aufgaben, die Kinder und Jugendliche im untersuchten Lebenszeitraum zu bewältigen haben, nehmen jene im Zusammenhang mit der Änderung der sozialen Beziehungen eine besondere Bedeutung ein. Dieses Entwicklungsalter kennzeichnet sich durch eine neue Form der Beziehung zu den Eltern und gleichzeitig durch eine größere und qualitativ andere Investition in die Freundschaften.

Die Familie stellt zusammen mit den Altersgenossen einen der primären Bezugskontexte dar, in denen die Jugendlichen lernen, sich ihre soziale Position zu bahnen, den internen Anforderungen und externen Erwartungen Rechnung zu tragen und unterschiedliche Werte- und Regelsysteme miteinander in Einklang zu bringen (Lanz, 1999a, 1999b).

Dieses Kapitel versucht, die Familienstruktur als Lebens- und Lebenswahrnehmungsumfeld für die Jugendlichen zu ergünden.

Zu diesem Zweck nahm die Studie drei grundlegende Aspekte des Familiensystems unter die Lupe, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden der Jugendlichen beeinflussen: die Familienstruktur, die Eltern-Kind-Beziehung und der sozioökonomische Status.

2.2 Die Familienstruktur

Die Familie ist eine der gesellschaftlichen Strukturen, die in den letzten Jahren die tief greifendsten Änderungen erfahren haben.

In Italien scheinen sich die Änderungs- und Umwandlungsprozesse der Familie weniger offensichtlich und weniger schnell zu vollziehen als in den meisten anderen westlichen Ländern. Eine Erläuterung der Begriffe „Familie“ und „nicht traditionelle Familienstrukturen“ zeigt sich jedoch aufgrund der immer stärkeren Präsenz von familiären Gemeinschaften, die sich von der traditionellen Familie unterscheiden (bestehend aus verheirateten Eltern mit ehelichen Kindern), erforderlich (Lanz, 1999a).

Generell betreffen die primären demographischen und familiären Umwandlungen (seit 1965) den Rückgang der Eheschließungen, den Anstieg der außerehelichen Lebensgemeinschaften, die Verminderung der Geburtenraten und der sich daraus ergebenden Kinderanzahl pro Familie, die zunehmende Instabilität der Ehen (Trennungen und Scheidungen) und das höhere Alter in den wichtigsten Etappen des Erwachsenenlebens (ansteigendes Alter bei der ersten Eheschließung oder der ersten Entbindung). Bettet man das italienische „Spezikum“ in einen europäischen Kontext, stechen die extrem niedrigen Geburten- und Eheschließungsraten, das Weiterbestehen von traditionellen Familiengründungsmodellen (geringe Häufigkeit der außerehelichen Lebensgemeinschaften, eher seltene außereheliche Geburten, wenngleich beide Phänomene ansteigend verlaufen), die Solidität und Dauer der Familiengeschichte (niedrige Trennungs- und Scheidungsraten gegenüber anderen Staaten trotz ständig zunehmender Zahlen), das langsamere Eintreten in das Erwachsenenalter (lange Verweilzeit der Jugendlichen im Elternhaus, hohes Alter bei der ersten Eheschließung etc.) hervor (Barbagli, 1990; Carrà e Marta, 1995; Claes et al., 2005; ISTAT, 2000; Saraceno, 1995).

Die Provinz Bozen verzeichnet im Vergleich zu den anderen italienischen Regionen eine der höchsten Geburtenraten Italiens (Südtirol: 1.61 Kinder pro Frau, gesamtstaatlicher Durchschnitt: 1.37). Auf Landesebene sind die Unterschiede zwischen den Sprachgruppen allerdings groß: Die höchsten Geburtenraten weisen die ladinische und deutsche Sprachgruppe auf, während sich die Fortpflanzungsrate in der italienischen Sprachgruppe, die in den 60er Jahren höher war, an jene Norditaliens angenähert hat. Die gegenüber den restlichen Regionen Norditaliens höheren Geburtenraten in der Provinz Bozen sind in jedem Fall der lokalen kulturellen Besonderheit zuzuschreiben, während die Familienförderungs politik zumindest für die italienische Sprachgruppe zu keiner höheren Fruchtbarkeit als im restlichen Norditalien geführt zu haben scheint (Billari e Mauri, 2004; ASTAT 2010).

Obwohl sich die Südtiroler Geburtenrate aufgrund der formelleren Aspekte der Familiengründung jener der süditalienischen Regionen annähert, gleicht die Lage mehr den nordwestlichen Ländern

Europas: Der Anteil der Zivilehen beträgt 60% (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 35%), und auch die Zahl der Einpersonenhaushalte (29% gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 25%), der alleinerziehenden Elternteile (18% vs. 13% des gesamtstaatlichen Durchschnitts) und der nicht verheirateten Paare (5,6% vs. 3,6%) ist hoch (Billari e Mauri, 2004; ASTAT 2010).

Zu den Veränderungen auf Familienebene gehören somit die geringere Anzahl der Familienmitglieder, der Anstieg der Einpersonenhaushalte (Singles), der Rückgang der erweiterten Familien (mit Großeltern oder anderen Verwandten), welche einst eine Ressource für die Familie darstellten, heute jedoch eher aus Gesundheitserfordernissen seitens der älteren Familienmitglieder bestehen, und die Entstehung von neuen „Familienformen“: Familien mit nur einem Elternteil, Patchworkfamilien, außereheliche Lebensgemeinschaften (Saraceno, 1995; Istat, 2002; AAVV, 2006).

Somit finden sich neben der traditionellen Familienstruktur immer häufiger auch andere Formen der familiären Gemeinschaften. Für die jugendliche Bevölkerung sind die meist angetroffenen Formen beispielsweise:

- Die „Einelternefamilie“: Familie, in der die Kinder aus unterschiedlichen Gründen bei einem Elternteil leben. Gemäß Scabini (2000) eignet sich der für diese Art von Familie verwendete Ausdruck nur für den Fall von verwitweten Eltern; in den anderen Fällen, sei es nach einer ehelichen Verbindung oder auch nicht, lebt das andere Elternteil noch, wurde aber virtuell „gecancelt“. Trotz dieser Spezifizierung haben Kinder und Jugendliche konkret nur ein Bezugselternteil, während das andere, falls vorhanden, eine entschieden mindere Rolle einnimmt. Das vorhandene Elternteil muss die Funktionen beider Elternteile übernehmen und oft allein für den Unterhalt der Familie und die Erziehung der Kinder aufkommen.
- Die „Patchworkfamilie“: Familie, in der sich mindestens einer der Ehepartner mit oder ohne Kinder in der zweiten Ehe befindet. Diese Familienform kann strukturell eine mehr oder weniger komplexe Gestalt haben und ihre größte Komplexität erlangen, wenn beide Ehepartner Ehen mit Kindern hinter sich haben und in der neuen ehelichen Bindung weitere Kinder in die Welt setzen. Die zweite Ehe ist natürlich keine Neuheit. In der Vergangenheit kam es dazu nur nach dem Tod eines Ehepartners und brachte keine besonderen Komplikationen mit sich, da der neue Ehepartner den Platz des Verstorbenen einnahm. Das Phänomen der Patchworkfamilien, das in den USA stark verbreitet ist und auch in den nordeuropäischen Staaten beträchtliche Ausmaße annimmt, ist in Italien weit weniger verbreitet, wird aber den Expertenmeinungen zufolge ansteigen. Die Patchworkfamilien kennzeichnen sich durch eine gewisse Fragilität. Gemäß Barbagli (1990) besteht die Hauptursache dieser Fragilität in der fehlenden „Institutionalisierung“ dieses Familienmodells: Es gibt keine wirklich festgelegten Rollen, bewährten Regeln oder bereits erprobten Lösungen, um die neuartigen Problemstellungen in Angriff zu nehmen, welche diese Bindungen mit sich bringen. In dieser Hinsicht herrscht ein Klima der Ungewissheiten, die nicht nur rein psychologischer Natur sind, sondern auch die Verhaltensweisen betreffen (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

Diese Änderungen wirken sich nicht nur auf die zwischenpersönlichen Beziehungsvariablen aus, sondern auch stark auf das Leben der Einzelnen, und insbesondere auf die Jugendlichen im Entwicklungsalter. Die Erforschung der Familie in all ihren verschiedenen strukturellen und relationalen Aspekten ist also - wenn man die tiefen Änderungen berücksichtigt, denen sie unterliegt - immer aktuell.

Die meisten Familienstrukturforschungen zielten darauf ab zu verstehen, ob die Präsenz eines einzigen Elternteils oder das Leben in einer Patchworkfamilie wirklich eine risikobehaftete Bedingung für das Kind oder den Jugendlichen sein kann. Die Forscher theoretisierten anfänglich sowohl positive als auch negative Konsequenzen solcher Situationen: Einerseits bietet eine Einelternefamilie, die aus nur einem Elternteil besteht, weniger Unterstützung; andererseits bildet sie für einen jungen Menschen, vor allem in der Entwicklungszeit, eine Quelle größerer Pflichten und Aufgabenstellungen, wodurch er auf schnellere Weise Selbstständigkeit und Verantwortungsbewusstsein erlangen kann; analog dazu kann eine Patchworkfamilie einerseits als potenziell verwirrend und beängstigend gelten, andererseits aus der Sicht der Zuneigungssphäre und der Anpassungsfähigkeit potenziell bereichernd sein (Francescato, 1994; Scabini, 2000).

Viele Forschungen richteten den Fokus auf die negativen Wirkungen, die diese neuen Familienarten auf die Entwicklung der Kinder haben können. Viele dieser Studien sehen das Leben in einer traditionellen Familie als gesundheitsschützenden Faktor an, während Einelterne- oder Patchworkfamilien ein potenzieller Risikofaktor sind (Ardelt e Day, 2002; Coley, 1998; 2001; Griffin et al., 2000). Trotz aller wissenschaftlichen Evidenzen wurde dieser Bericht von vielen Autoren in Frage

gestellt. Oliverio Ferraris (1997) behauptet beispielsweise, der Nachteil werde nur dann reell, wenn sich andere Nachteile dazugesellten, wie die Isolierung vom sozialen Umfeld und von den anderen Familien, permanente Konfliktsituationen oder wirtschaftliche Probleme (EURISPES, Telefono Azzurro, 2002; Riccio, 1997).

In der vorliegenden Studie wurden die Jugendlichen zur Untersuchung der Familienstruktur aufgefordert anzugeben, bei welchen Personen sie im ersten Haushalt und - gegebenenfalls - im zweiten Haushalt leben (Eltern, angeheiratete Eltern, Großeltern, andere Erwachsene, etc.). Den Antworten wurden die Hauptarten der Familienstrukturen entnommen.

Die Tabelle 2.1. führt die Verteilung der Jugendlichen auf die verschiedenen Familienarten an. 68.3% der befragten Jugendlichen leben bei beiden leiblichen Eltern; dieser Anteil steigt auf 82.8%, wenn man auch die Familien mit anwesenden Großeltern dazuzählt. 11.3% der Jugendlichen leben bei einem Elternteil (allgemein bei der Mutter), während 4.9% der Befragten unter die restlichen Familienarten fallen.

Die Jugendlichen der deutschen und ladinischen Schulen verzeichnen einen höheren Anteil an Situationen, in denen ein oder beide Großeltern zur Familie gehören, während Einelternfamilien oder Patchworkfamilien unter den italienischen Schülern häufiger vorzufinden sind.

Tabelle 2.1: Familienart nach Sprache der Schule, Zahl der Befragten in absoluten Werten (N) und Prozentsätzen (%)

Art der Familie	Deutsche Schule % (N)	Italienische Schule % (N)	Ladinische Schule % (N)	Insgesamt % (N)
Mutter und Vater, keine anderen Erwachsenen	68.3 (1177)	68.2 (272)	68.8 (64)	68.3 (1513)
Mutter und Vater plus ein oder zwei Großeltern	15.9 (274)	7.5 (30)	18.3 (17)	14.5 (321)
Nur Mutter (mit oder ohne Großeltern)	10.4 (179)	15.3 (61)	9.7 (9)	11.2 (249)
Nur Vater (mit oder ohne Großeltern)	1.0 (18)	1.2 (5)	0.0 (-)	1.1 (23)
Patchworkfamilie (leibliche/r Vater oder Mutter plus neuer Ehepartner)	2.9 (50)	6.3 (25)	3.2 (3)	3.5 (78)
Nur Großeltern (ein oder zwei)	0.3 (5)	0.5 (2)	0.0 (0)	0.3 (7)
Sonstige Unterbringung ohne Eltern oder Großeltern	1.2 (20)	1.0 (4)	0.0 (0)	1.1 (24)
Insgesamt	100 (1723)	100 (399)	100 (93)	100 (2215)

Die Einzelkinder machen 11.3% der befragten Schüler aus: Sie erreichen in den italienischsprachigen Schulen einen Anteil von 21.7% und sinken in den ladinischen Schulen auf 5.6%. Der Gesamtanteil der Jugendlichen mit zwei oder mehreren Geschwistern ist mit 47.3% höher; nur auf die deutschen Schulen berechnet steigt der Anteil auf 50.4%. In 24.6% der Fälle wurde diese Information nicht angegeben (Tabelle 2.2).

Den Daten der Volkszählung 2001 zufolge besteht eine Südtiroler Familie durchschnittlich aus 2,6 Mitgliedern, was dem gesamtstaatlichen Mittelwert entspricht. 58% der Paare haben mindestens ein Kind, 62.5% mehr als eines.

Tabelle 2.2: Geschwister

	Deutsche Schule % (N)	Italienische Schule % (N)	Ladinische Schule % (N)	Insgesamt % (N)
Einzelkinder	9.2 (123)	21.7 (67)	5.6 (4)	11.3 (194)
1 Bruder oder Schwester	40.4 (540)	43.4 (134)	49.3 (35)	41.4 (709)
2 oder mehrere Brüder oder Schwestern	50.4 (673)	34.9 (108)	45.1 (32)	47.3 (813)
Insgesamt	100.0 (1336)	100.0 (309)	100.0 (71)	100.0 (1713)

2.3 Die Qualität der Beziehung zu den Eltern

Die Art und Qualität der Beziehungen, welche die Jugendlichen während des Entwicklungsalters mit den Eltern aufbauen, beeinflussen die Aspekte im Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden.

Um die Mechanismen dieses Einflusses zu begreifen, sind die Eigenheiten, die das Eltern-Kind-Verhältnis in seiner zeitlichen Entwicklung angenommen hat, zu berücksichtigen.

Wie aus den Berichten über die italienischen Familien (Donati, 2007) hervorgeht, können strukturelle Änderungen allein gewisse Aspekte der Umwandlung der Familie nicht rechtfertigen; diese sind vor allem auf ein geändertes Bild von Werten und von psychologischen Bezügen sozialer Tragweite zurückzuführen.

In den letzten Jahren hat sich das Eltern-Kind-Verhältnis vor allem aus der Sicht der Kommunikation verfeinert (man spricht mehr miteinander, die eigenen Bedürfnisse werden mitgeteilt, Begründungen und Wünsche werden ausgedrückt, die Kinder werden durch das Vorzeigen eines Modells, „wie man miteinander spricht“, zum Dialog ermutigt). Aber immer weniger imstande ist man, auch normative Verhaltensmodelle zu liefern: besser gesagt es hat - als Antwort auf die vorhergehende Art der autoritären Erziehung - eine echte „Umkehr der Normativmodells in ein Kommunikationsmodell“ gegeben. So richtet sich die Erziehung der Kinder im Wesentlichen auf eine Ethik der Selbstverwirklichung aus, auf Kosten der Erziehung zur Verantwortung (Lanz et al., 1999a; 1999b; Claes et al., 2005). Die Kommunikation in der Familie, vor allem zwischen Eltern und Kindern, scheint grundlegend für das Wohlbefinden der Einzelnen zu sein. Denn einerseits ist erwiesen, dass die Qualität der Beziehung zu den Eltern mit den gesundheitsrelevanten Verhalten der Jugendlichen zusammenhängt; so werden beispielsweise schwierige Beziehungen zu den Eltern mit einer größeren Wahrscheinlichkeit des Suchtmittelkonsums seitens der Jugendlichen in Verbindung gebracht. Andererseits wurde aufgezeigt, dass ein positiver Dialog als Zeichen der von den Eltern gewährten Unterstützung eine Schutzfunktion zugunsten des allgemeinen Wohlbefindens und gegen bestimmte Verhalten darstellen kann (Dallago e Santinello, 2006; Santinello, 2005), und insbesondere gegen das Aufkommen von depressiven Symptomen (Field et al., 2001), von asozialen Verhalten (Ardelt e Day, 2002; Garnefski, 2000; Vieno et al., 2009), eines geringen Selbstwertgefühls (Lanz et al., 1999a) bzw. von schulischen Problemen (Glaskow et al., 1997). Dieser Aspekt müsste jedoch durch eine gewisse Kontrolle bzw. ein autoritäres Verhalten gegenüber den Kindern ausgeglichen werden, damit er adaptiv wirken kann (Baumrind, 1991). In der vorliegenden Studie wurde die Kommunikation in der Familie untersucht, indem die befragten Jugendlichen die Dialogfähigkeit mit ihren Eltern (Mutter und Vater) in Bezug auf Probleme, die ihnen Sorgen bereiteten, bewerten sollten. Auf die Frage konnten Antworten nach einer 4-Punkte-Skala von „sehr einfach“ bis „sehr schwierig“ gegeben werden.

Die Tabellen 2.3 und 2.4 enthalten die Antworten der Jugendlichen zur Dialogfähigkeit mit dem Vater und der Mutter in Bezug auf Probleme, die ihnen Sorgen bereiten. Die Kommunikationsfähigkeit nimmt mit ansteigendem Alter ab (65.9% der 11-Jährigen finden den Dialog „sehr einfach“ oder „einfach“, während es bei den 15-Jährigen nur mehr 42.9% sind). Gleichzeitig erhöht sich der Anteil jener, die das Reden mit dem Vater als „schwierig“ oder „sehr schwierig“ bezeichnen: von 30.4% der 11-Jährigen auf 52.8% der 15-Jährigen. Die Kommunikation mit der Mutter scheint besser zu sein als jene mit dem Vater. 83.5% der 11-Jährigen und 75.5% der 15-Jährigen bezeichnen sie als „einfach“ oder „sehr einfach“, während 15,3% der 11-Jährigen und 24.3% der 15-Jährigen sie als schwierig wahrnehmen.

Tabelle 2.3: Wie einfach ist es für dich, mit deinem Vater über deine Sorgen zu sprechen?

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Sehr einfach	24.2 (203)	11.7 (91)	8.5 (51)
Einfach	41.7 (350)	38.5 (301)	34.4 (207)
Schwierig	22.4 (188)	33.9 (265)	35.2 (212)
Sehr schwierig	8.0 (67)	12.7 (99)	17.6 (106)
Ich habe keinen Vater	3.8 (32)	3.2 (25)	4.3 (26)
Insgesamt	100.0 (840)	100 (781)	100 (602)

Tabelle 2.4: Wie einfach ist es für dich, mit deiner Mutter über deine Sorgen zu sprechen?

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Sehr einfach	43.2 (362)	28.6 (221)	23.1 (140)
Einfach	40.3 (337)	48.3 (373)	52.4 (318)
Schwierig	12.4 (104)	17.1 (132)	17.6 (107)
Sehr schwierig	2.9 (24)	5.1 (39)	6.7 (41)
Ich habe keine Mutter	1.2 (10)	0.9 (7)	0.2 (1)
Insgesamt	100.0 (837)	100.0 (772)	100.0 (607)

Mit dem Vater reden ist für die Jungen (aller Altersstufen) einfacher, während es bei der Mutter keine geschlechtsbezogenen Unterschiede gibt (Abbildungen 2.1 und 2.2).

In Bezug auf die Sprache der Schule gibt es sowohl im Dialog mit dem Vater als auch mit der Mutter für die 11-Jährigen keine Unterschiede. Unter den 13-Jährigen fällt die Kommunikation den deutschen Jugendlichen leichter, während sich die Lage bei den 15-Jährigen umkehrt, insbesondere in Bezug auf die Dialogfähigkeit mit dem Vater (Abbildungen 2.3 und 2.4).

Im Vergleich zur HBSC-Studie 2005-06 ist der Anteil der Jugendlichen, die die Kommunikation mit den Eltern als „einfach“ oder „sehr einfach“ bezeichnen, generell rückläufig: So sinkt der Anteil unter den 11-jährigen Jungen von 81.7% auf 72.7%, unter den 11-jährigen Mädchen von 70.1% auf 60.1%, unter den 13-jährigen Jungen von 73.6% auf 62.2%, während die Lage für die 13-jährigen Mädchen im Wesentlichen unverändert bleibt, unter den 15-jährigen Jungen von 60.6% auf 56.0% und unter den 15-jährigen Mädchen von 44.8% auf 34.7%.

In der Beziehung zur Mutter sind die Änderungen weniger signifikant. Die deutlichsten Unterschiede ergeben sich für die Jungen: ein Rückgang von 89.5% auf 85.4% für die 11-Jährigen, von 81.3% auf 77.6% für die 13-Jährigen und von 73.6% auf 67.9% für die 15-Jährigen, während bei den Mädchen die Unterschiede nicht relevant sind, mit Ausnahme des Rückgangs von 73.5% auf 70.4% für die 15-Jährigen.

Abbildung 2.1 - Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Kommunikation mit dem Vater „leicht“ oder „sehr leicht“ fällt (nach Geschlecht und Alter)

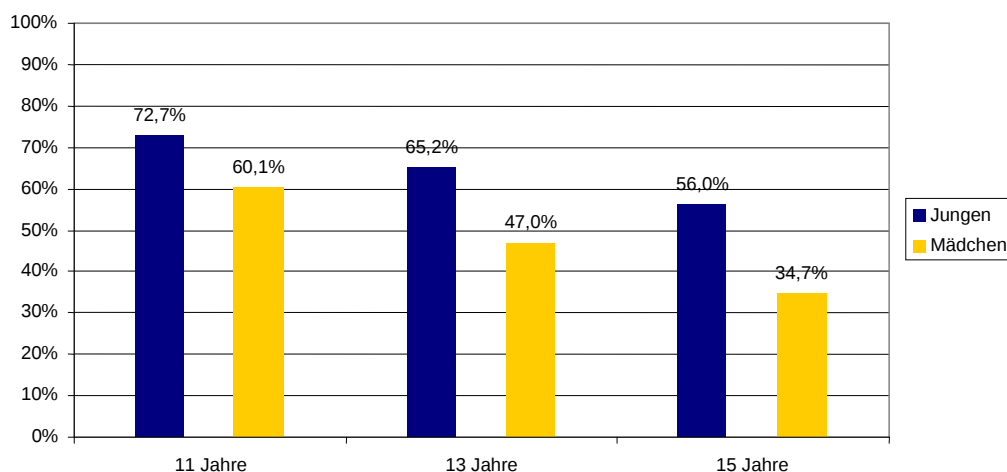


Abbildung 2.2 - Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Kommunikation mit der Mutter „leicht“ oder „sehr leicht“ fällt (nach Geschlecht und Alter)

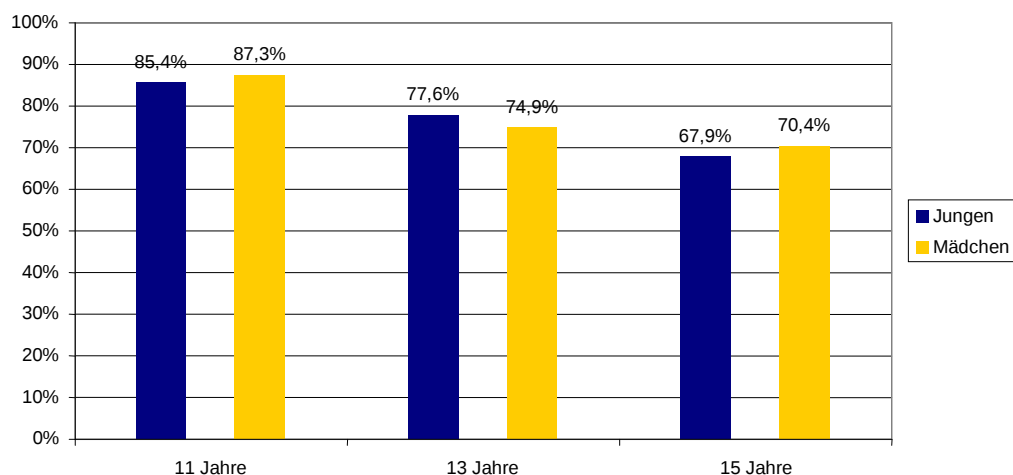


Abbildung 2.3 – Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Kommunikation mit dem Vater „leicht“ oder „sehr leicht“ fällt (nach Sprache der Schule und Alter)

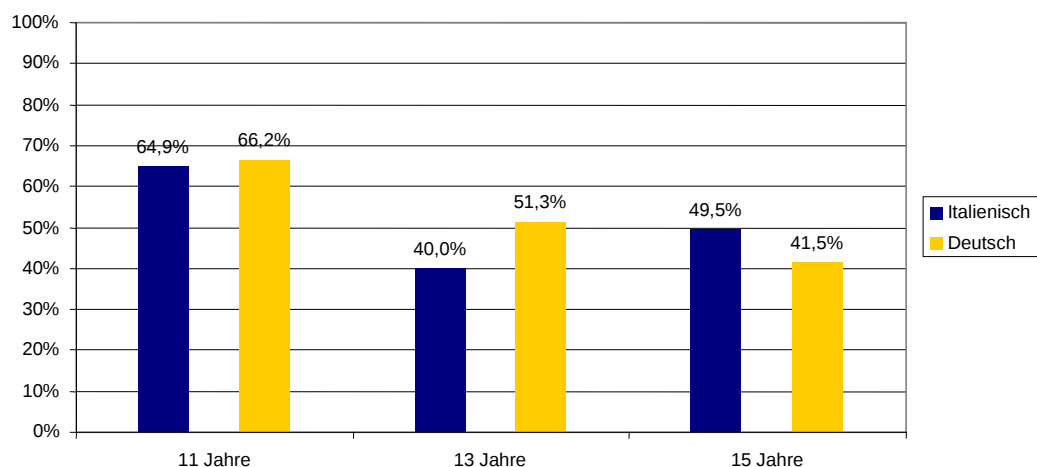
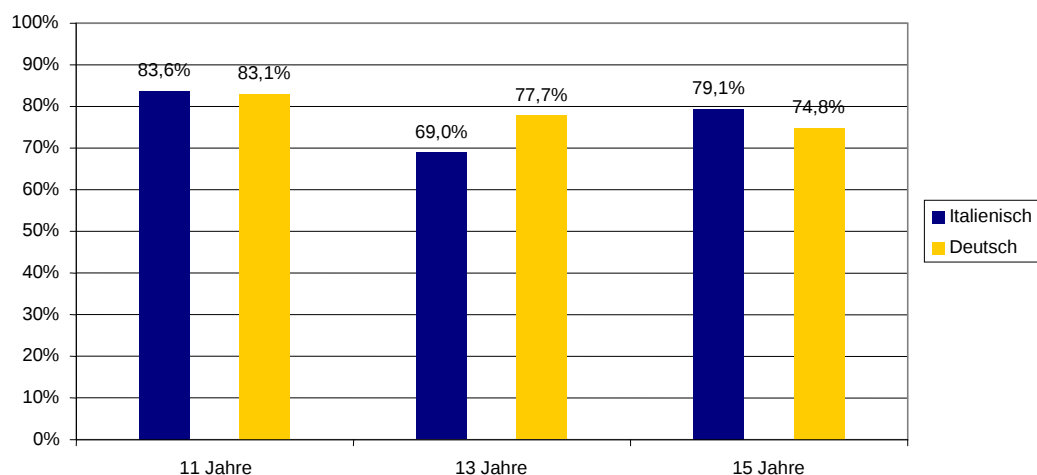


Abbildung 2.4 – Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Kommunikation mit der Mutter „leicht“ oder „sehr leicht“ fällt (nach Sprache der Schule und Alter)



2.4 Der sozioökonomische Status der Familie

Die sozioökonomische Position der Ursprungsfamilie ist ein weiterer Grundpfeiler des familiären Lebens, der neben der Qualität der Beziehungen auf die Gesundheit der Jugendlichen einwirkt: Dies erfolgt sowohl direkt über das Phänomen der gesundheitsrelevanten sozialen Ungleichheiten (Albrecht et al., 2000; Mackenbach et al., 1997; Costa et al., 1998; Zambon et al., 2006) als auch auf indirekte Weise. Zahlreiche Studien bezeugen, dass ein guter sozioökonomischer Status die Qualität der Beziehung zu den Eltern positiv beeinflusst (Geckova et al., 2003; Due et al., 2003; Kosteniuk et al., 2003; Ruiz et al., 2002).

Gemäß der vom HBSC-Studienprotokoll verwendeten Definition ist der sozioökonomische Status eine „zusammengesetzte Größe, die den wirtschaftlichen Status (das Einkommen), den sozialen Status (den Bildungsgrad) und den beruflichen Status (die Beschäftigung) umfasst“ (Alder, 1994):

- Wirtschaftlicher Status (Einkommen): Der erste Indikator bezieht sich auf die Konsume und wird als Proxy für die Einschätzung des Einkommens angenommen (da die Jugendlichen nur selten über die Einkommenshöhe informiert sind und Aussagen dazu machen können). So wird versucht, den objektiven wirtschaftlichen Wohlstand oder die Wohlstandsstufe anhand der Präsenz der Allgemeingüter (Auto, Computer, eigenes Zimmer, Urlaub...) mit der FAS-Skala (*Family Affluence Scale*, Skala des Wohlstandes der Familien) zu erfassen (Currie et al., 1997).
- Sozialer Status (Bildungsgrad): Der zweite Indikator bezieht sich auf den Bildungsgrad der Eltern.
- Beruflicher Status (Beschäftigung): Der dritte Indikator betrifft die Beschäftigung der Eltern.

Zu diesen Indikatoren kommt ein viertes Bewertungselement hinzu, nämlich die subjektive Wahrnehmung der familiären Wohlstandes durch die Jugendlichen. Diese sollten anhand einer 5-Punkte-Skala von „sehr gut“ bis „überhaupt nicht gut“ angeben, wie es in wirtschaftlicher Hinsicht um ihre Familie stand.

In den nachstehenden Tabellen sind die Ergebnisse nach verwendeten Indikatoren angeführt. Die meisten Jugendlichen schätzen die finanzielle Situation ihrer Familie als durchschnittlich (47.2%) oder gut (42.1%) ein, während nur wenige Jugendliche aussagen, dass sich ihre Familie die Güter, die für die Berechnung des Index verwendet wurden, nicht leisten kann (10.7%). Mindere Konsummöglichkeiten werden in den deutschen Schulen häufiger angegeben (Tabelle 2.5).

Im Vergleich zur Studie 2005/06 erscheint der sozioökonomische Status allgemein verbessert. Der Anteil der Jugendlichen mit geringen Konsummöglichkeiten ist deutlich gesunken, der Anteil jener mit guten Konsummöglichkeiten hat sich erhöht.

Tabelle 2.5: Sozioökonomischer Status gemäß der Family Affluence Scale (von „geringen Konsummöglichkeiten“ zu „hohen Konsummöglichkeiten“ nach Sprache der Schule

FAS	Deutsch % (N)	Italienisch % (N)	Ladinisch % (N)	Insgesamt % (N)
Gering	11.3 (193)	9.5 (39)	6.5 (6)	10.7 (238)
Mittel	47.6 (817)	44.2 (182)	52.2 (48)	47.2 (1047)
Hoch	41.1 (705)	46.3 (191)	41.3 (38)	42.1 (934)
Insgesamt	100.0 (1715)	100.0 (412)	100.0 (92)	100.0 (2219)

7.9% der Jugendlichen kennen den Bildungsgrad des Vaters nicht, 26.3% ist jener der Mutter nicht bekannt. Der häufigste Studientitel der Väter ist der Berufsschulabschluss (38.3%), während unter den Müttern das Maturadiplom vorherrscht (36.9%). Der Grundschulabschluss wurde für 2.4% der Väter und 1.0% der Mütter erklärt, der Universitätsabschluss für 16.4% der Väter und 15.2% der Mütter (Tabelle 2.6).

Die Nicht-Kenntnis des Studientitels der Eltern ergibt sich häufiger im Falle eines niedrigen sozioökonomischen Status (in 37.2% der Jugendlichen, die angeben, den Studientitel des Vaters nicht zu kennen, ist die FAS-Skala-Ebene niedrig, in 31.3% mittel, in 20.9% hoch; Analoges gilt für den Studientitel der Mutter mit Werten von 31.4%, 29.8% bzw. 20.3% für eine niedrige, mittlere bzw. hohe

FAS-Skala-Ebene). Die Antwort „Ich weiß nicht“ auf die Frage zum Studientitel der Eltern kann also häufiger mit niedrigen Bildungsgraden in Verbindung gebracht werden.

Tabelle 2.6: Bildungsgrad der Eltern

	Vater			Mutter		
	11 Jahre %	13 Jahre %	15 Jahre %	11 Jahre %	13 Jahre %	15 Jahre %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Grundschulabschluss	2.46 (11)	2.30 (13)	2.48 (13)	1.30 (6)	1.22 (7)	0.37 (2)
Mittelschulabschluss	14.29 (64)	17.31 (98)	17.52 (92)	13.91 (64)	17.63 (101)	16.57 (89)
Berufsschulabschluss	40.62 (182)	36.57 (207)	38.29 (201)	28.48 (131)	25.48 (146)	38.55 (207)
Matura	25.00 (112)	28.45 (161)	25.14 (132)	38.04 (175)	41.71 (239)	30.73 (165)
Universitätsabschluss	17.63 (79)	15.37 (87)	16.57 (87)	18.26 (84)	13.96 (80)	13.78 (74)
Insgesamt	100 (448)	100 (566)	100 (525)	100 (460)	100 (573)	100 (537)

2.5 Schlussfolgerungen

Das familiäre Umfeld beeinflusst vielleicht am stärksten die Art und Weise, auf welche die Jugendlichen - das heißt die zukünftigen Erwachsenen - zur Welt stehen und dort somit Gelegenheiten eines befriedigenden Lebens und eine gute oder schlechte Gesundheit vorfinden. In diesem Kapitel wurden einige Aspekte dreier Kernelemente des familiären Lebens beobachtet: die Struktur der Lebensgemeinschaft, die wahrgenommene Qualität der Beziehungen zu den Eltern und die sozioökonomische Lage.

Wenngleich die Familien vorherrschen, in denen beiden Eltern (mit oder ohne Großeltern) vorhanden sind, stellen die Alternativsituationen nunmehr eine gefestigte Realität dar, die bei der Planung der Familien- und Sozialpolitik berücksichtigt werden muss. Die „alternativen“ Formen bestehen vor allem aus alleinerziehenden Müttern, die einem starken Risiko der Armut ausgesetzt sind (in Europa scheint dieses Risiko bereits explodiert zu sein, in Italien ist es aufgrund der Anwesenheit der Großeltern noch gedämpft). Problematisch werden die „alternativen“ Familienformen oft, wenn sich soziale Notlagen dazugesellen; viele Autoren sind der Meinung, dass das Nichtvorhandensein eines Elternteils an und für sich nicht problematisch sei, sofern es den anderen erwachsenen Bezugspersonen erlaubt werde, zu den Jugendlichen vollständig eine gute Beziehung zu unterhalten.

Die Qualität der Beziehung zu den Eltern, verstanden als Dialogfähigkeit in Bezug auf wichtige Aspekte des eigenen Lebens, ist schlechter unter den 15-Jährigen als unter den 13-Jährigen und schlechter unter den 13-Jährigen als unter den 11-Jährigen. Diese Daten waren zu erwarten, wenn man berücksichtigt, dass man sich in der Pubertät von der Familie löst, um sich anderen Gruppen und anderen Werten als den ursprünglichen zu nähern. Besser ist immer das Verhältnis zur Mutter als jenes zum Vater. Der Fakt, dass die Mädchen mit ihren Vätern mehr Kommunikationsprobleme als die Jungen haben, stimmt allerdings bedenklich. Man könnte sich fragen, ob dies mit dem minderen Selbstwertgefühl und dem geringeren wahrgenommenen Wohlbefinden der Mädchen zu tun haben kann (siehe Kapitel 7).

Zur Einschätzung der sozioökonomischen Lage wurden verschiedene Indikatoren verwendet. Wenngleich mittlere und hohe Konsummöglichkeiten vorherrschen, sind weiterhin Fälle von benachteiligten Situationen zu verzeichnen. Die Zahl der Eltern mit Universitätsabschluss liegt immer noch unter den europäischen Standardwerten. Diese Fakten sind ebenfalls bei der Organisation der

Redistributions- und Familienunterstützungspolitik zu berücksichtigen, auch wegen des Einflusses, den der sozioökonomische Status auf den derzeitigen und zukünftigen Gesundheitszustand der Jugendlichen ausübt.

Bibliographie Kapitel 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- ASTAT (2010). Quadro sociale della provincia di Bolzano 2009. Bolzano: Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Billari, F.C., Mauri, L. (a cura di) (2004). Dinamiche familiari e bisogni sociali. Survey socio-demografica in Alto Adige. Milano: Franco Angeli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perche C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997), Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). 3. *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.

- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhof F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet.*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- 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.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmaso 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.

Kapitel 3: Das schulische Umfeld

Silvia Casazza, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Sara Tanja Oberhofer, Sabine Scherer und die nationale HBSC-Gruppe

3.1 Einleitung

Die Schule ist im Jugendalter als proximales soziales Umfeld eine privilegierte Entwicklungsumgebung, in der der Einzelne den Großteil seines Alltags verbringt, und die somit seine Anpassungsfähigkeit und sein Wohlbefinden beeinflussen kann.

Das schulische Umfeld kann den Jugendlichen in seinem Wachstumsparcours unterstützen, eine wichtige Quelle des sozialen Beistandes darstellen (vor allem in Bezug auf die Beziehungen zu den Altersgenossen und den Lehrkräften) und den Erwerb von Kompetenzen, Selbstständigkeit und Miteinbeziehung fördern. Außerdem regt ein behagliches und unterstützendes Umfeld die Unabhängigkeit des Einzelnen und seine Teilnahme an den Entscheidungsprozessen an (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007).

Die Themen der Miteinbeziehung und der Bindung zur Schule erhalten in der internationalen Fachliteratur immer größere Aufmerksamkeit (Fredricks, 2004). Dabei wird unterstrichen, dass die Merkmale der Schule (in Bezug auf Struktur, Zusammensetzung und Klima) das Wohlergehen des Jugendlichen (Santinello et al., 2009), die Merkmale seiner Freundesgruppe und seine Teilnahme an den verschiedenen schulischen Tätigkeiten (Crosnoe e Needham, 2004) beeinflussen.

Das Gefühl der Zugehörigkeit zur Schule geht außerdem mit wichtigen Motivations- und Verhaltenselementen einher, die nicht nur die Grundlage für den schulischen Erfolg, sondern in einem weiteren Sinne auch die Basis für das bio-psycho-soziale Wohlergehen der Jugendlichen darstellen (Vieno et al., 2005; 2007). Das Gefühl der Zugehörigkeit zur schulischen Gemeinschaft ist verbunden mit einem größeren emotionalen Wohlbefinden, mit einer intrinsischen Motiviertheit, mit prosozialen Verhaltensweisen, mit Einsatz, Beteiligung und guten schulischen Leistungen (Osterman, 2000).

Die Schule kann somit ein positives Umfeld des Wachstums und Wohlergehens sowohl auf psychosozialer Ebene als auch in Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen darstellen: Kürzliche Untersuchungen (Carter, 2007) haben erwiesen, dass die positive Wahrnehmung der Schule einen geringeren Umgang mit devianten Altersgenossen fördert und die negativen Auswirkungen von ungünstigen sozio-familiären Bedingungen abschwächt (Dishion, 1995).

Die Schule muss nicht nur den Bildungsanforderungen gerecht werden, sondern vermittelt innerhalb der Gemeinschaft auch Werte und Kultur: Hier (wenn auch nicht nur hier) entfaltet sich die Entscheidungsfähigkeit, die Wertezuordnung, die Verantwortungsübernahme für die eigenen Handlungen. Anders gesagt übernimmt die Schule die Funktion der Förderung des Wohlergehens der Schüler sowie der Ausbildung von aktiven und bewussten Bürgern im allgemeinen Sinn.

Damit wird die Schule zu einem Studienort, an dem die Lebensstile und die von den Jugendlichen wahrgenommenen gesundheitlichen Aspekte erforscht werden können. Durch die Untersuchung und Verknüpfung verschiedener gesundheitskorrelierter Faktoren bietet die Studie ein präzises Bild und Denkanstöße für alle, die sich direkt oder indirekt mit der Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen.

Dieses Kapitel zielt einerseits darauf ab, die Wahrnehmung des schulischen Umfeldes durch die Auslegung der Antworten der Jugendlichen auf die Fragen zur Beziehung zu den Lehrpersonen, zu den Mitschülern und zur Schule allgemein zu vertiefen, und andererseits, die strukturellen und organisatorischen Merkmale des schulischen Umfeldes durch die Interpretation der Antworten der Schulleiter auf Fragen zu strukturellen, organisatorischen und funktionalen Aspekten der Schule zu erforschen. Interessant zeigt sich die Datenanalyse nach Sprachgruppen und der Vergleich mit der Studie aus dem Schuljahr 2005/06.

3.2 Schulstruktur, interne Organisation und Förderung des Wohlbefindens (Studie über die Schule)

Eine neue und interessante Perspektive ergibt sich bei der Erforschung des Wohlbefindens und der damit zusammenhängenden Verhaltensweisen, wenn man den Zusammenhang zwischen

individuellen Faktoren und organisatorischen Faktoren betrachtet (Subramanian, Jones & Duncan, 2003). Die strukturellen, organisatorischen Aspekte des Lebensumfeldes sind imstande, einige individuelle Faktoren zu wahren bzw. zum Ausdruck zu bringen (bspw. gesundheits- und lebensstilkorrelierte Verhalten) und somit mehr oder weniger direkt zum individuellen Wohlergehen beizutragen (Vieno et al., 2005). In diesem Sinne sind die strukturellen und organisatorischen Merkmale der Schule fähig, das Wohlergehen und die Anpassungsfähigkeit des Jugendlichen zu beeinflussen (Crosnoe e Needham, 2004).

Zur Bewertung der Wirkung des schulischen Umfeldes und der darin ergriffenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf die Gesundheit und auf die damit zusammenhängenden Verhaltensweisen der Schüler wurden in dieser Studie spezifische Informationen zu rein organisatorischen und strukturellen Aspekten des „Komplexes Schule“ gesammelt.

So sollten die Schulleiter auf einige Fragen zur strukturellen und organisatorischen Beschaffenheit der Schule sowie zu den ergriffenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen antworten, um diese Daten mit den von den Schülern erhaltenen Informationen für ein besseres Verständnis der Unterschiede im Gesundheitszustand und in den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Jugendlichen ins Verhältnis zu setzen.

In diesem Kapitel werden die Aussagen und Beurteilungen der befragten Schulleiter und Schüler beschrieben: Die ersten 7 gehören zum „Schulleitungsbereich“, die anderen drücken die Wahrnehmungen der Schüler aus.

Die Stichprobe wurde aus Gründen der Signifikanz in zwei Blöcke geteilt: italienische Schüler und deutsche und ladinische Schüler. Die Antworten der Schüler wurden bei Bedarf zusätzlich nach Bevölkerungsdichte in der Wohnsitzgemeinde analysiert, um sie auf eventuelle große Differenzen in den Lebensstilen kleiner und großer Gemeinschaften zu untersuchen.

Die Schulleiter bewerten die schulinternen Ressourcen (Labors - Informatikausstattung - Bibliotheken) als mehr als angemessen (über 80%); etwas weniger gut fällt die Bewertung (69.8%) der Schulhöfe und der gebäudeexternen Bereiche aus (Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1: Die strukturellen Ressourcen der Schule und deren Angemessenheit im Vergleich zum Bedarf

	Schulhof/ externe Bereiche	Gebäude	Klassenräume und andere Räume	Turnhalle	Bibliothek, Schulbuch- handlung	Computer und Software	Audiovisuelle Medien	Ausstattung für Menschen mit Behinderung	Spezielle Labors
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Angemessen	69.79 (67)	86.17 (81)	83.33 (80)	83.16 (79)	91.67 (88)	94.74 (90)	95.83 (92)	85.42 (82)	83.16 (79)
Nicht angemessen	29.17 (28)	13.83 (13)	16.67 (16)	12.63 (12)	7.29 (7)	5.26 (5)	4.17 (4)	14.58 (14)	13.68 (13)
Ressource nicht vorhanden	1.04 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	4.21 (4)	1.04 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	3.16 (3)
Insgesamt	100 (96)	100 (94)	100 (96)	100 (95)	100 (96)	100 (95)	100 (96)	100 (96)	100 (95)

Der Großteil der in den Schulen ergriffenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen betrifft die körperliche Aktivität (der Lehrplan aller oder fast aller Schulen sieht mindestens 2 Stunden Bewegung pro Woche vor – cfr. Tab. 3.4), die von 83.3% der Befragten als regelmäßig durchgeführt bezeichnet wird; es folgen Maßnahmen gegen Gewalt und Schülermobbing (regelmäßig für 55.2%, gelegentlich für die anderen) und Maßnahmen gegen den Missbrauch von Substanzen (regelmäßig für 48.9%, gelegentlich für 51.1%). Auch die Förderung der gesunden Ernährung gehört zu den Maßnahmen (regelmäßig für 41.5%, gelegentlich für 57.4%) (Tabelle 3.2).

Daraus ergibt sich das Bild einer Schule, die auf den Erwerb und die Entwicklung von positiven Kompetenzen für das Wohlbefinden der Schüler bedacht ist, und die die Initiativen zur Verbreitung von gesunden und vorbeugenden Gewohnheiten fördert und unterstützt.

Tabelle 3.2: Von der Schule ergriffene Gesundheitsförderungsmaßnahmen zugunsten der Entwicklung und des Erwerbs von Kompetenzen, die das Wohlbefinden der Schüler stärken

	Ernährung und Essgewohn- heiten % (N)	Körperliche Aktivität und Sport % (N)	Gewalt und Mobbing % (N)	Missbrauch von Substanzen % (N)
Ja, regelmäßig	41.49 (39)	84.21 (80)	55.21 (53)	48.94 (46)
Ja, gelegentlich	57.45 (54)	15.79 (15)	43.75 (42)	51.06 (48)
Nein	1.06 (1)	0.00 (0)	1.04 (1)	0.00 (0)
Insgesamt	100 (94)	100 (95)	100 (96)	100 (94)

Nur 51.6% der Schuleinrichtungen verfügen über eine Mensa; die Verteilung von Milch, Obst und Joghurt als Vormittagspausenbrot ist nur in 16.5% der Schulen vorgesehen, während Getränke- und Snackautomaten (Wasser, warme Getränke, Softdrinks, Fruchtsäfte und Snacks) weit verbreitet sind (in 60.0% der italienischen Schulen und 42.5% der deutschen/ladinischen Schulen) (Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3: Schulinterne Strukturen oder Tätigkeiten, die mit der Ernährung und Lebensmittelverteilung an Schüler zusammenhängen

	Schulmensa % (N)	Pausenbrotpläne, welche die Verteilung von Milch, Obst und Joghurt an die Schüler vorsehen % (N)	Getränke- und Snackautomaten % (N)
Ja	51.58 (49)	16.48 (15)	46.24 (43)
Nein	48.42 (46)	83.52 (76)	53.76 (50)
Insgesamt	100 (95)	100 (91)	100 (93)

Tabelle 3.4: Klassen, welche die vom Lehrplan vorgesehenen 2 Turnstunden einhalten

	Klassen % (N)
Alle	83.33 (80)
Fast alle	12.50 (12)
Rund die Hälfte	3.12 (3)
Wenige	1.04 (1)
Insgesamt	100 (96)

Wenige Schulen nehmen an Initiativen teil, die mit externen Partnern organisiert werden. Es überwiegen die von Schulleitungen oder Lehrkräften vorgeschlagenen (in 36% der Fälle) (Tabelle 3.5). Die Gemeinde scheint in den italienischen Schulen (19.0%) eine aktivere Rolle zu spielen als in den deutschen/ladinischen Schulen (12.0%), ebenso die Landeseinrichtungen (23.8% vs. 17.3%) und die Volontariatsverbände (19.0 vs. 9.3%) (Tabelle 3.5).

Tabelle 3.5: Teilnahme der Schule an von/mit Partnern organisierten Initiativen zur Förderung von gesunden Essgewohnheiten

	Gemeinde %	Bauernbund %	Landeseinri- chtungen %	Verbände (Volontariat, Non-Profit...) %	Schulleitung / Lehrkräfte %	Sonstige %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Ja	13.54 (13)	8.33 (8)	18.75 (18)	11.46 (11)	36.46 (35)	3.12 (3)
Nein	86.46 (83)	91.67 (88)	81.25 (78)	88.54 (85)	63.54 (61)	96.87 (93)
Insgesamt	100 (96)	100 (96)	100 (96)	100 (96)	100 (96)	100 (96)

Den Aussagen der Schulleiter zufolge werden die Schüler in das organisatorische Leben der Schule ziemlich häufig miteinbezogen, sowohl in schul- und regelpolitische Entscheidungen (für 66.7%) als auch in die Organisation von Events (36,5%) und Gesundheitsförderungsmaßnahmen (in 36% der Einrichtungen), seltener dagegen in die Klassenlehrertätigkeiten. Die Teilnahme an der schulpolitischen Entscheidungen ist höher in den italienischen Schulen (85.7%) als in den deutschen/ladinischen (61.3%), ebenso die Teilnahme an der Ergreifung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (60.0% vs. 29.7%), während die deutschen/ladinischen Schulen die Schüler stärker in die Organisation des physischen Kontextes miteinbeziehen (38.7% vs. 25.0%) (Tabelle 3.6).

Tabelle 3.6: Häufigkeit der Miteinbeziehung der Schüler in einige organisatorische Aspekte der Schule

	Schulpolitische Organisation Aspekte und Regeln %	Organisation des physischen Kontextes %	Erarbeitung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen %	Planung und Organisation von Schulevents %	Unterricht in der Klasse %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Häufig	66.67 (64)	35.79 (34)	36.17 (34)	36.46 (35)	32.63 (31)
Selten	31.25 (30)	56.84 (54)	58.51 (55)	57.29 (55)	67.37 (64)
Nie	2.08 (2)	7.37 (7)	5.32 (5)	6.25 (6)	0.00 (0)
Insgesamt	100 (96)	100 (95)	100 (94)	100 (96)	100 (95)

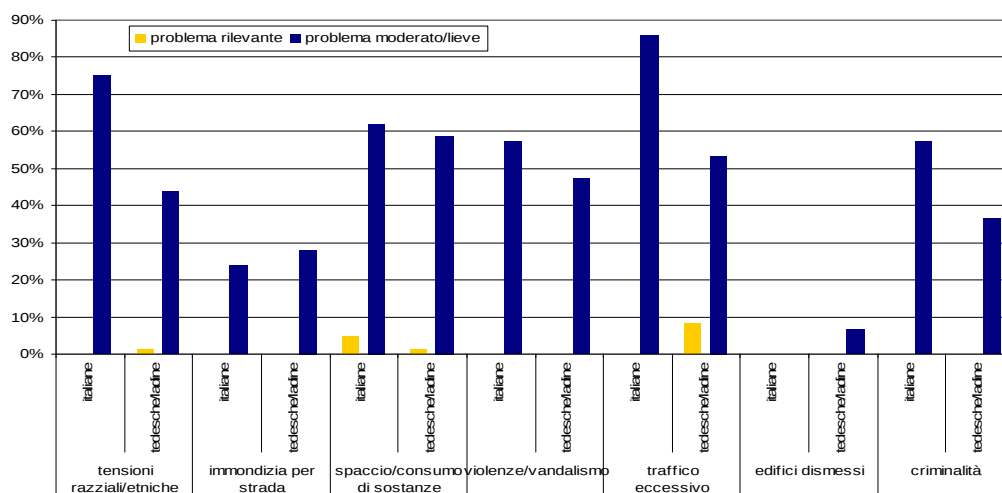
Nur 4.8% der italienischen Schulleiter geben den Drogenhandel/-konsum als erhebliches Problem in der Nähe des Schulgebäudes an. Als mäßige oder geringfügige Probleme werden dagegen sehr häufig der übermäßige Verkehr (85.7%), rassische/ethnische Spannungen (75.0%) und der Drogenhandel/-konsum (61.9%) gemeldet.

Auch ein kleiner Teil (8.2%) der deutschen Schulleiter scheint über den Anstieg und die Gefährlichkeit des Verkehrs um das Schulgebäude herum beunruhigt zu sein; die anderen Faktoren werden als gering oder jedenfalls mäßig wahrgenommen (Tabelle 3.7 und Abbildung 3.1).

Tabelle 3.7: Wahrnehmung einiger Probleme im Schulgelände nach ihrer Schwere

	Rassische/ ethnische Spannungen %	Abfälle auf der Straße %	Drogenhandell- konsum %	Gewalt/ Wandalismus %	Übermäßiger Verkehr %	Aufgelassene Gebäude %	Kriminalität %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Erhebliches Problem	1.08 (1)	0.00 (0)	2.13 (2)	0.00 (0)	6.38 (6)	0.00 (0)	0.00 (0)
Mäßiges/geringfügiges Problem	50.54 (47)	27.08 (26)	59.57 (56)	49.47 (47)	60.64 (57)	5.26 (5)	41.05 (39)
Nicht vorhandenes Problem	48.39 (45)	72.92 (70)	32.98 (31)	47.37 (45)	32.98 (31)	92.63 (88)	53.68 (51)
Weiß nicht	0.00 (0)	0.00 (0)	5.32 (5)	3.16 (3)	0.00 (0)	2.11 (2)	5.26 (5)
Insgesamt	100 (93)	100 (96)	100 (94)	100 (95)	100 (94)	100 (95)	100 (95)

Abbildung 3.1: Wahrnehmung einiger Probleme im Schulgelände nach Schwere und Sprache der Schule



3.3 Beziehung zu den Lehrpersonen

Die Qualität der Beziehung zu den Lehrpersonen gilt als eine der Komponenten, die am meisten zur schulischen Adaptation des Jugendlichen beitragen (Pianta e Stuhlman, 2004; Vieno et al., 2007). Eine positive Beziehung zu den eigenen Lehrern ist mit einem höheren Einsatz von aktiven Bewältigungsstrategien in der Schule verbunden (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007), ist prediktiv für die Motiviertheit in der Klasse und für die verhaltensbezogene und schulische Anpassung (Hamre e Pianta, 2001). Einige Längsschnittstudien (Skinner, 1998) zeigen außerdem, dass lehrerseitige Wärme und Empathie mit der Wahrnehmung zusammenhängen, welche der Schüler von seinen eigenen Fähigkeiten in der Klassengruppe hat.

Die Beziehung zu den Lehrpersonen beeinflusst außerdem die schulischen Leistungen (Graziano, 2007) und kann eine wichtige Quelle der Unterstützung (bei Ermutigung und Vertrauensbezeugung) in den Momenten des Wachstums und der Änderung darstellen.

Einige Studien (Graziano, 2007) haben außerdem untersucht, wie die Qualität der Beziehung zu den Lehrpersonen das Verhalten in der Klasse beeinflusst: Eine positive Beziehung, die sich durch Wärme und emotive Nähe kennzeichnet, verringert die aggressiven Verhalten (Huges, 1999; Pianta e Niemetz, 1991), ist ein Schutzfaktor für die Schüler, die dem Risiko von Verhaltensschwierigkeiten ausgesetzt sind, und erleichtert das Angenommenwerden seitens der Mitschüler (White e Jones, 2000).

Aus einigen Untersuchungen geht der Einfluss der Qualität der Beziehung zu den Lehrpersonen auf den Gesundheitszustand (bspw. Kopfschmerzen) der Jugendlichen hervor (Santinello et al. 2009).

Zur Erfassung der wahrgenommenen Beziehung zu den Lehrpersonen wurden die 15-Jährigen aufgefordert, die folgenden Aussagen mit „stimmt genau“ bis „stimmt nicht“ zu beurteilen: „Unsere Lehrer behandeln uns gerecht/fair“, „In meiner Klasse fühle ich mich ermutigt, meine Meinung auszudrücken“ und „Wenn ich einmal zusätzliche Hilfe brauche, dann kann ich sie von meinen Lehrern bekommen“.

Die Antworten sind deshalb wichtig, weil sie das Klima der schulischen Gemeinschaft widerspiegeln und Folgerungen über den Grad des „relationalen Wohlbefindens“ der Schüler, über deren Selbstwertgefühl und deren Akzeptanz und Anerkennung in einem Umfeld, in dem sie den Großteil ihres Tages verbringen, zulassen. Die Daten wurden bei Möglichkeit mit jenen der Vorjahre (HBSC 2005-06) verglichen, auch um die Wirkung der bisher umgesetzten Initiativen und die eventuelle Verbesserung von negativen Aspekten zu begreifen.

45.2% der italienischen 15-Jährigen (mit leicht überwiegendem Anteil der Mädchen: 55.1%) bestätigen, von den Lehrpersonen gerecht und fair behandelt zu werden; die restlichen Jugendlichen, vorwiegend männlichen Geschlechts, zeigen sich diesem Problem gegenüber gleichgültig. Dieses Verhältnis dreht sich in den deutschen Schulen um, wo sich 45.9% als gerecht und fair behandelt bezeichnen (47.3% Jungen gegenüber den gleichgültigeren Mädchen mit einem Anteil von 44.8%). Der Vergleich zwischen den beiden Sprachgruppe zeigt keine bedeutenden Unterschiede auf, während im Schuljahr 2005/06 die Daten ein Gefühl der gerechteren Behandlung unter den italienischen Schülern angaben (Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8: Grad der erklärten Übereinstimmung mit der Aussage „Unsere Lehrer behandeln uns gerecht/fair“, nach Geschlecht, nur 15-Jährige

	Jungen %	Mädchen %	Insgesamt %
	(N)	(N)	(N)
Stimmt genau	4.03 (11)	7.67 (26)	6.05 (37)
Stimmt	41.03 (112)	38.64 (131)	39.71 (243)
Weder stimmt noch stimmt nicht	37.73 (103)	40.12 (136)	39.05 (239)
Stimmt nicht	11.72 (32)	9.44 (32)	10.46 (64)
Stimmt überhaupt nicht	5.49 (15)	4.13 (14)	4.74 (29)
Insgesamt	100 (273)	100 (339)	100 (612)

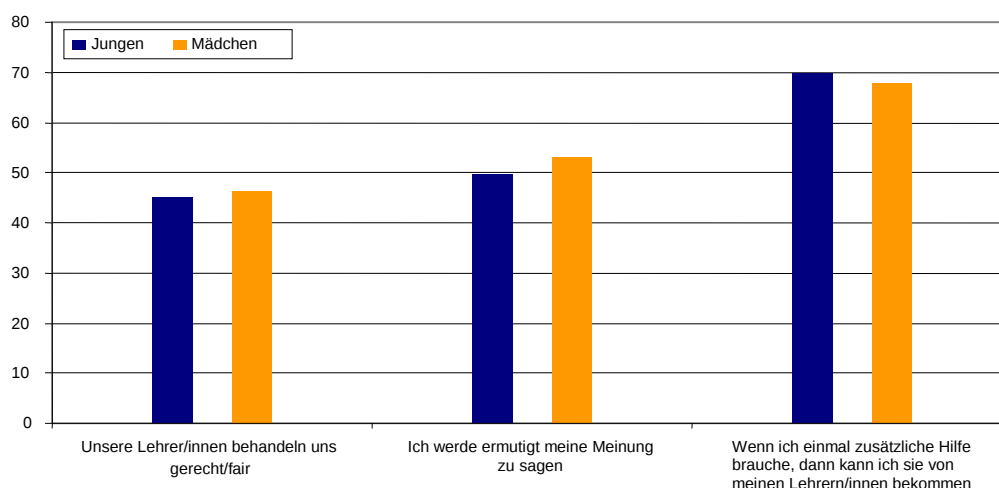
Im Wesentlichen unverändert bleibt der Anteil (rund die Hälfte) der deutschen und italienischen 15-Jährigen, die der Aussage zustimmen, bei Bedarf eine zusätzliche Hilfe von ihren Lehrern erhalten zu können; für 68.5% der italienischen und deutschen 15-Jährigen (mit einer leicht höheren Anzahl unter den Jungen) sind die Lehrpersonen allgemein bereit, auch außerhalb des Unterrichts zu helfen; rund 20% drücken ihre Meinung hierzu allerdings nicht aus (Tabelle 3.9 und Abbildung 3.2).

Ein ähnliches Bild ging auch aus der vorhergehenden Studie hervor, zusammen mit dem Gefühl, dass den eigenen Bedürfnisse Gehör geschenkt werde, und einem „geschützten“ und bewussten Entwicklungsumfeld anzugehören.

Tabelle 3.9: Grad der erklärten Übereinstimmung mit der Aussage „Wenn ich einmal zusätzliche Hilfe brauche, kann ich sie von meinen Lehrern bekommen“, nach Geschlecht, nur 15-Jährige

	Jungen %	Mädchen %	Insgesamt %
	(N)	(N)	(N)
Stimmt genau	12.82 (35)	15.63 (53)	14.38 (88)
Stimmt	56.78 (155)	51.92 (176)	54.08 (331)
Weder stimmt noch stimmt nicht	20.88 (57)	23.60 (80)	22.39 (137)
Stimmt nicht	6.59 (18)	6.78 (23)	6.70 (41)
Stimmt überhaupt nicht	2.93 (8)	2.06 (7)	2.45 (15)
Insgesamt	100 (273)	100 (339)	100 (612)

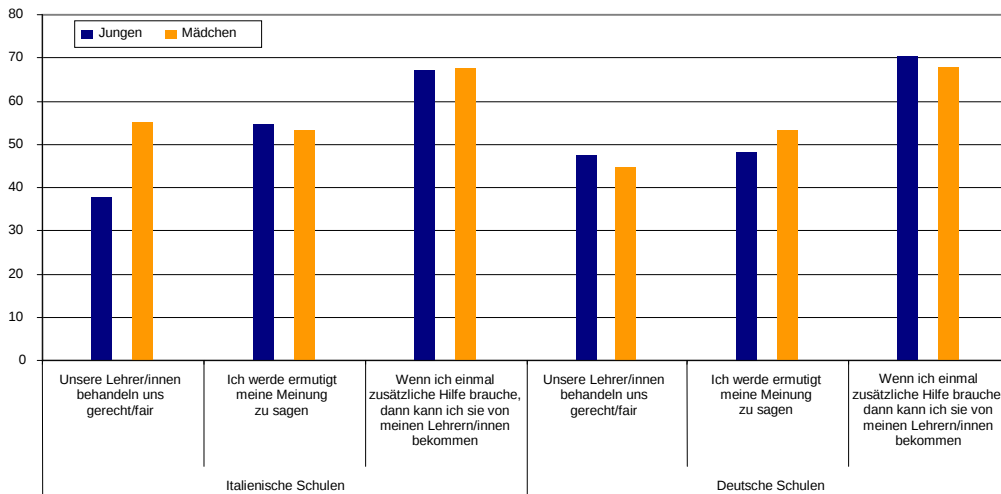
Abbildung 3.2 – Prozentsatz der 15-Jährigen, die die drei Aussagen über die Weise, auf die sie von den Lehrern behandelt werden, über die Miteinbeziehung und die Möglichkeit, zusätzliche Hilfe zu bekommen, mit „stimmt“ und „stimmt genau“ beantworten, nach Geschlecht



Die Wahrnehmung, welche die Südtiroler Schüler von ihren Lehrpersonen haben, scheint noch an das Verhältnis Lehren/Lernen gebunden, also mehr an die Vermittlung von Wissen als von Lebenskompetenzen. Die freie Meinungsäußerung und die Aufwertung der Meinungen sind wichtige Ziele für eine Schule, die selbstständige und in Meinung und Handeln verantwortungsvolle Bürger ausbilden will.

Bedenklich stimmt auch, dass sich nicht einmal die Hälfte der Befragten (mit einigen Ausnahmen unter den italienischen Mädchen) von den eigenen Lehrern „gerecht/fair“ behandelt fühlt: Gerechte und korrekte Verhaltensweisen seitens der Erwachsenen stellen in diesem Alter, also in einem Parcours des Wachstums und der Identifizierung in positiven Modellen, starke „Schutzelemente“ dar (Abbildung 3.3).

Abbildung 3.3 – Prozentsatz der 15-Jährigen, die die drei Aussagen über die Weise, auf die sie von den Lehrern behandelt werden, über die Miteinbeziehung und die Möglichkeit, zusätzliche Hilfe zu bekommen, mit „stimmt“ und „stimmt genau“ beantworten, nach Geschlecht und Sprache der Schulen



3.4 Beziehung zu den Mitschülern

Die Beziehung zu den Altersgenossen in der Schule spielt eine Schlüsselrolle in der Entwicklung des Jugendlichen (Barth, 2004, Goodenow, 1993). Dieses Beziehungssystem scheint die Miteinbeziehung oder die Entfremdung/den Interessensverlust der Schüler in/an schulischen Tätigkeiten zu katalysieren (Lubbers, 2006) und folglich die Motiviertheit bei der Erzielung guter Ergebnisse zu beeinflussen. Zwischen der Beziehung zu den Mitschülern und den schulischen Ergebnissen herrscht eine signifikante Verbindung: Schüler, die zu ihren Mitschülern keine oder keine gute Beziehung haben, neigen zu schlechteren Schulnoten (Wentzel, 2003, Zettergren, 2003), zu einem minderen schulischen Erfolg (Buhs, 2006), zu mehr Absenzen (Fredricks, 2004) und zu einem höheren Schulabbruchrisiko (Jimerson, 2000).

Freunde in der Schule zu haben scheint die Miteinbeziehung und die Teilnahme an schulischen Tätigkeiten dagegen zu erhöhen (Wentzel e Caldwell, 1997) und die Entwicklung von sozial angemessenen Verhaltensweisen und den schulischen Einsatz zu fördern (Wentzel, 2003).

Zur Bewertung der Beziehung der Südtiroler Jugendlichen zu ihren Mitschülern wurden sie aufgefordert, ihren Grad der Übereinstimmung mit den Aussagen „Die meisten meiner Mitschüler sind nett und hilfsbereit“ und „Meine Mitschüler akzeptieren mich so, wie ich bin“ auszudrücken (die Antworten konnten von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ gegeben werden und sind in den Tabellen 3.10 und 3.11 enthalten).

Auch die Beziehung zu den Mitschülern wird je nach Aufnahme und Hilfsbereitschaft wahrgenommen: Für über 70% aller Befragten sind die Mitschüler nett und hilfsbereit, vor allem im Alter von 15 Jahren (81.3%) (Tabelle 3.10). Über 80% der Befragten erklären sich als von den Mitschülern akzeptiert (auch davon sind die 15-Jährigen am meisten überzeugt - Tabelle 3.11).

Dieser Anteil stimmt im Wesentlichen mit jenem des Jahres 2005/06 überein, wenngleich sich damals mehr die 11-Jährigen in ihrer Persönlichkeit als akzeptiert und aufgenommen erklärten.

Tabelle 3.10: Erklärter Grad der Übereinstimmung mit der Aussage „Die meisten meiner Mitschüler sind nett und hilfsbereit“, nach Alter

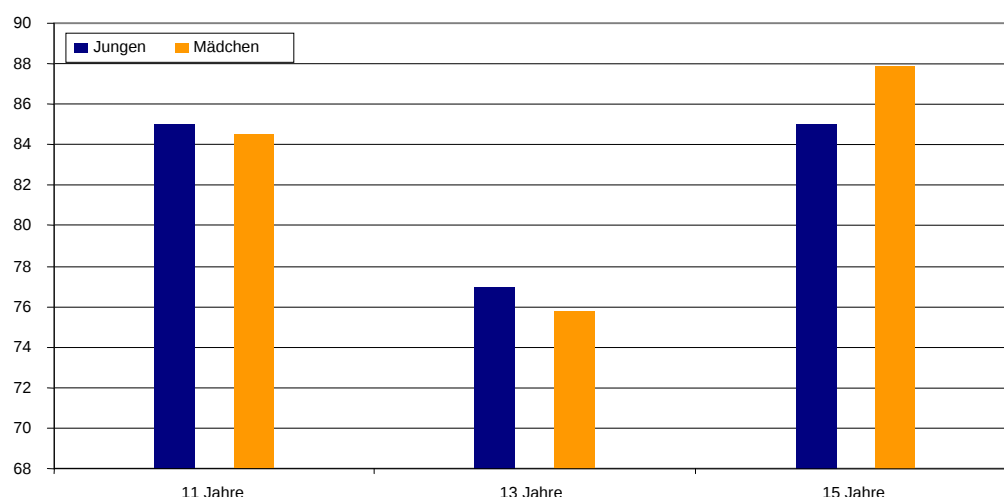
	11 Jahre %	13 Jahre %	15 Jahre %
	(N)	(N)	(N)
Stimmt genau	32.51 (278)	28.79 (226)	32.79 (200)
Stimmt	45.61 (390)	45.61 (358)	48.52 (296)
Weder stimmt noch stimmt nicht	17.54 (150)	18.73 (147)	12.46 (76)
Stimmt nicht	3.51 (30)	5.99 (47)	5.08 (31)
Stimmt überhaupt nicht	0.82 (7)	0.89 (7)	1.15 (7)
Insgesamt	100 (855)	100 (785)	100 (610)

Tabelle 3.11: Erklärter Grad der Übereinstimmung mit der Aussage „Meine Mitschüler akzeptieren mich so, wie ich bin“, nach Alter

	11 Jahre %	13 Jahre %	15 Jahre %
	(N)	(N)	(N)
Stimmt genau	37.96 (323)	32.40 (254)	34.97 (214)
Stimmt	46.89 (399)	44.01 (345)	51.63 (316)
Weder stimmt noch stimmt nicht	11.52 (98)	16.84 (132)	10.29 (63)
Stimmt nicht	2.47 (21)	4.85 (38)	2.12 (13)
Stimmt überhaupt nicht	1.18 (10)	1.91 (15)	0.98 (6)
Insgesamt	100 (851)	100 (784)	100 (612)

Trotz der generell guten Bewertung der freundschaftlichen Beziehungen hebt sich die Situation der 13-Jährigen hervor, die sich mit einer leicht höheren Anzahl unter den Jungen als weniger von den Altersgenossen „akzeptiert“ bezeichnen (Abbildung 3.4). Es versteht sich von selbst, dass die Solidarität der Altersgenossen neben der Anerkennung durch die Erwachsenen den Wachstumsprozess in Bezug auf das Selbstwertgefühl und die Fähigkeit der Bewältigung von Notlagen und der für das Jugendalter typischen Schwierigkeiten stärken. Das bedeutet also, dass die Begriffe der Akzeptanz und Zusammenarbeit von der Schule ständig unterstrichen und gefördert werden müssen, auch anhand von Initiativen zur Anerkennung der persönlichen Ressourcen und zur Anregung der Teilnahme jedes Schülers innerhalb der Gruppe.

Abbildung 3.4 – Prozentsatz der Jugendlichen, die die Aussage „Meine Mitschüler akzeptieren mich so, wie ich bin“ mit „stimmt genau“ oder „stimmt“ beantworten, nach Alter und Geschlecht

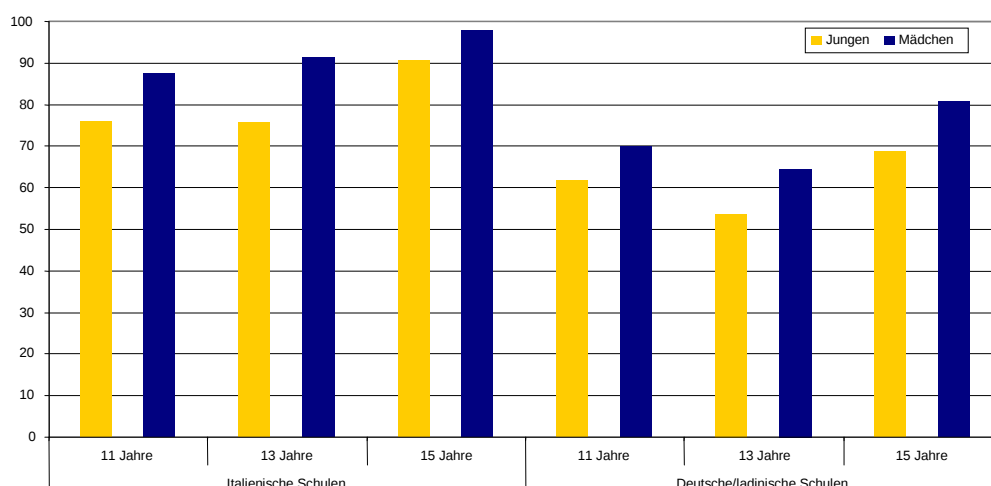


Im Rahmen der Beziehungen zu den Mitschülern wurde in dieser Studie auch das Thema des Schülermobbing und der Gewalt vertieft, die sich leider oft versteckt und gedeckt einnisten; die Jugendlichen wurden gefragt, mit welcher Häufigkeit sie in den letzten beiden Monaten Opfer von Schülermobbing geworden seien. Die Antworten konnten nach einer 5-Punkte-Skala von „nie“ bis „mehrmals in der Woche“ gegeben werden. Außerdem wurden die Jugendlichen gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten in Handgreiflichkeiten verwickelt waren („Hast du mit jemandem gerauft oder dich verprügelt?“). In den Tabellen 3.12 und 3.13 sind die gelieferten Antworten nach Alter angeführt. Es steigt der Anteil jener die erklären, nie gemobbt worden zu sein (86.1% der italienischen und 66.3% der deutschen Jugendlichen, während sich dieser Prozentsatz im Jahr 2005/06 auf 67% belief), vor allem unter den italienischen 15-Jährigen (93.7%); 28.5% der deutschen und ladinischen 13-Jährigen geben zu, ein oder zwei Mal Mobbingopfer gewesen zu sein, während es unter den italienischen 13-Jährigen 9.9% waren (Tabelle 3.12 und Abbildung 3.5). Allerdings sind auch einige darunter, die mehrmals die Woche Mobbinghandlungen erleiden (1.5% der italienischen gegenüber 2.7% der deutschen/ladinischen Jugendlichen). In der deutschen und ladinischen Welt fällt auch das Bekenntnis, mindestens einmal die Woche gemobbt zu werden, höher aus (3.1%). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich die Formen des Schülermobbing geändert haben, subtiler geworden sind, und dass hierfür Mittel verwendet werden, die nicht immer auf körperlicher Gewalt beruhen, sondern sich unter heimtückischeren Formen verstecken (beispielsweise SMS, Internet, andere Medien).

Tabelle 3.12: Wie oft hast du in den letzten beiden Monaten Formen von Schülermobbing erlitten?, nach Alter

	11 Jahre %	13 Jahre %	15 Jahre %
	(N)	(N)	(N)
Nie	69.25 (581)	63.45 (493)	78.96 (484)
1-2 Mal in den letzten beiden Monaten	21.45 (180)	25.35 (197)	14.85 (91)
2-3 Mal im letzten Monat	4.53 (38)	4.25 (33)	2.61 (16)
1 Mal pro Woche	2.26 (19)	3.73 (29)	2.12 (13)
Mehr als 1 Mal pro Woche	2.50 (21)	3.22 (25)	1.47 (9)
Insgesamt	100 (839)	100 (777)	100 (613)

Abbildung 3.5 - Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, in den letzten beiden Monaten nie Opfer von Schülermobbing gewesen zu sein, nach Alter, Geschlecht und Sprache der Schule



Auch hier erscheinen die - vor allem deutschen und ladinischen - 13-Jährigen anfälliger für mögliche „Gewaltakte“ der Gruppe oder Einzelner zu sein, was auch das aus der Abbildung 3.4 hervorgegangene Bild einer isolierteren oder zumindest weniger integrierten Generation bestätigt. Vielleicht sollte die Aufmerksamkeit gerade auf diese Altersklasse konzentriert werden, um zu verhindern, dass sich das Gefühl der „geringen Akzeptanz“ oder „Nicht-Akzeptanz“ in Isolation, Depression oder ein anderes „risikobehaftetes“ Gefühl verwandelt.

70.2% der ladinischen und deutschen Jugendlichen behaupten, nie gerauft zu haben, vor allem die 15-Jährigen; der entsprechende Anteil unter den italienischen Schülern ist geringer (62.5%), wo die ruhigsten die 13-Jährigen zu sein scheinen. In der restlichen Gruppe gehen gerade die 11-Jährigen - sowohl die italienischen als auch die deutschen/ladinischen - als die Streitsüchtigsten hervor (über 4 Mal im Jahr) (Tabelle 3.13).

Auf jeden Fall ist zu betonen, dass die Schule in enger Zusammenarbeit mit der Familie sehr sorgfältig alle Phänomene im Auge behalten muss, die zu Änderungen in den Gewohnheiten und Verhaltensweisen der Jugendlichen führen: Beobachten, dialogieren und diskutieren müssen fortlaufende und konstante Tätigkeiten sein.

Tabelle 3.13: „Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten gerauft oder dich verprügelt?“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nie	68.06 (586)	66.07 (518)	73.41 (450)
1 Mal	13.94 (120)	16.58 (130)	15.01 (92)
2 Mal	7.43 (64)	6.12 (48)	5.87 (36)
3 Mal	2.67 (23)	4.97 (39)	2.12 (13)
4 Mal oder mehr	7.90 (68)	6.25 (49)	3.59 (22)
Insgesamt	100 (861)	100 (784)	100 (613)

3.5 Die Beziehung zur/die Beurteilung der Schule

Die Schule stellt sicherlich einen der wichtigsten Erziehungskontexte dar, in denen die Jugendlichen den Großteil ihres Alltags verbringen. So ist es von großer Wichtigkeit, den Beziehungen Aufmerksamkeit zu schenken, die der Jugendliche mit den verschiedenen Akteuren des schulischen Umfeldes unterhält (insbesondere Lehrpersonen und Mitschüler), aber auch mit dem „Kontext Schule“ in einem weiteren und umfassenderen Sinn. Jugendliche mit einer schwierigen Beziehung zur Schule sind dem Risiko emotionaler und verhaltensbezogener Probleme (Bennett, 2003) sowie der Ablehnung seitens der Altersgenossen (Risi, 2003) stärker ausgesetzt. Eine kürzliche Untersuchung (Carter, 2007) zeigt außerdem auf, dass die Jugendlichen mit einer engen Bindung zur Schule und Miteinbeziehung weniger oft gesundheitsschädigende Verhalten annehmen, was beweist, dass die Bindung zum schulischen Umfeld einen erheblichen Einfluss auf die Risikoverhalten ausüben kann.

Auch die Schaffung eines Schulklimas, das auf den Werten der ausgedrückten und praktizierten Demokratie und geteilten Vorschriften beruht, fördert in den Schülern die Entwicklung der individuellen und Gruppenverantwortung und regt gleichzeitig zur Teilnahme an den angebotenen Tätigkeiten an (Torney-Purta, 2002). Die Möglichkeit, seine eigene Meinung ausdrücken zu können und diese innerhalb der Klasse anerkannt zu sehen, kann in den Schülern die Akzeptanz des anderen erleichtern und die Wahrnehmung der Schule als unterstützende und akzeptierende Umgebung entwickeln (Vieno, 2005).

Diese Studie hat auch die Beziehung der Jugendlichen zur Schule und deren Meinung darüber erforscht. Die Antworten reichten auf einer 4-Punkteskala von „gefällt mir sehr gut“ bis „gefällt mir überhaupt nicht“. In Tabelle 3.14 sind die Meinungen der Jugendlichen über die Schule in unserer Provinz nach Alter angeführt.

Tabelle 3.14: „Was hältst du derzeit von der Schule?“, nach Alter

	11 Jahre %	13 Jahre %	15 Jahre %
	(N)	(N)	(N)
Gefällt mir sehr gut	31.04 (266)	11.05 (87)	15.01 (92)
Gefällt mir recht gut	48.42 (415)	54.64 (430)	56.28 (345)
Gefällt mir nicht sehr	15.40 (132)	24.27 (191)	23.49 (144)
Gefällt mir überhaupt nicht	5.13 (44)	10.04 (79)	5.22 (32)
Insgesamt	100 (857)	100 (787)	100 (613)

Abbildung 3.6 – Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Schule „sehr gut“ und „recht gut“ gefällt, nach Alter und Geschlecht

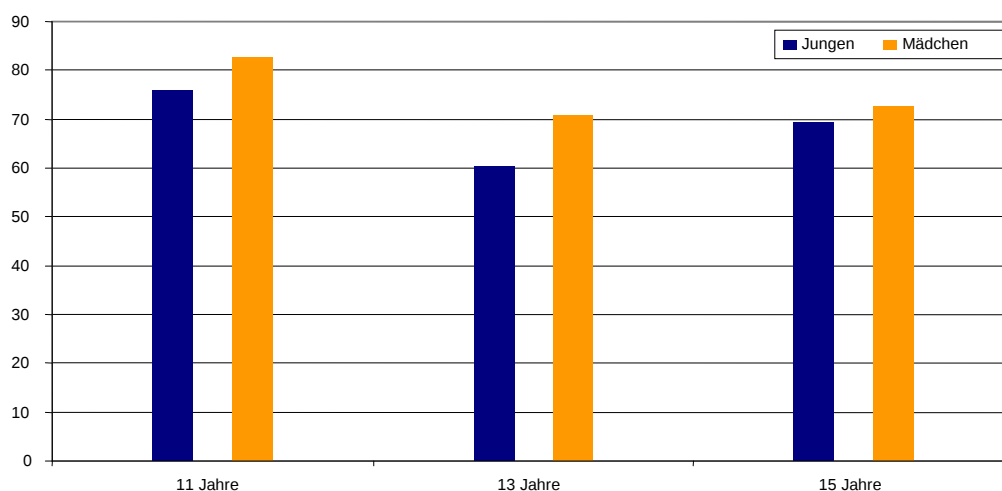
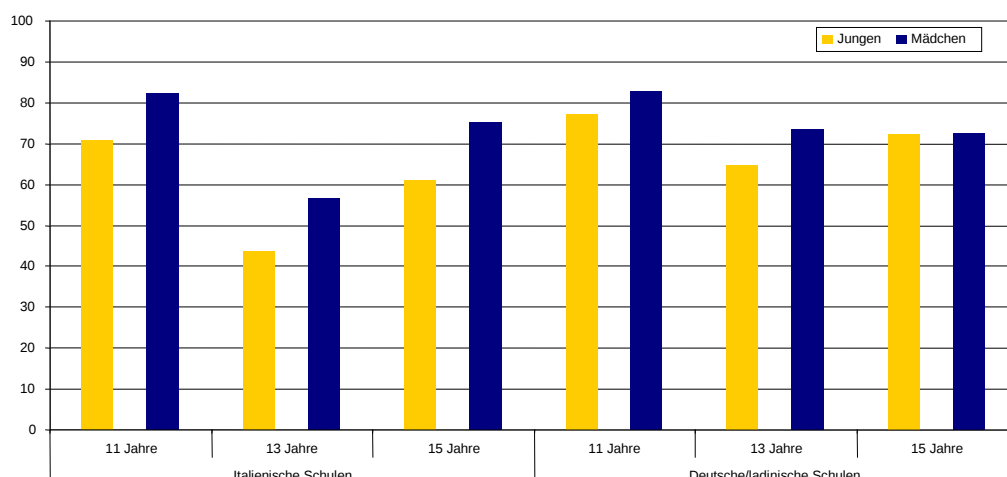


Abbildung 3.7 – Prozentsatz der Jugendlichen, denen die Schule „sehr gut“ und „recht gut“ gefällt, nach Alter, Geschlecht und Sprache der Schule



3.6 Schlussfolgerungen

Insgesamt gefällt die Schule zwei Dritteln der befragten - vorwiegend deutschen - Schüler sehr gut oder recht gut (73.9%, vor allem 11-Jährige). Für die italienischen Schüler hält sich der Gesamtanteil auf 65.9%, wobei die 11-Jährigen überwiegen (Tabelle 3.14).

Die allgemeine Beurteilung der Lehrpersonen scheint somit positiv zu sein: Diese werden als korrekt, aufmerksam und hilfsbereit wahrgenommen, wenngleich die Gleichgültigkeit dem schulischen Umfeld gegenüber steigt: Sorgen bereitet der Anteil der italienischen (49.6%) und deutschen (31.3%) 13-Jährigen, denen die Schule wenig oder überhaupt nicht gefällt. Dies müsste zu Überlegungen und weiteren Vertiefungen veranlassen.

Im Wesentlichen positiv zeigt sich wie erwartet die Beziehung zu den Mitschülern, die als aufnahmefreudig, nett und hilfsbereit beschrieben werden. Unter Kontrolle gehalten werden muss auf jeden Fall das Phänomen der Aggressivität/des Schülermobbings, das, um in Angriff genommen und bekämpft werden zu können, klar an die Oberfläche treten muss.

Bibliographie Kapitel 3

- Barth J.M., Dunlap S.T., Dane H., Lochman J.E., Wells K.C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.
- Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.
- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to

- motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007), The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B. K., Pianta R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2): 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33(3): 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49, 366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Unicopli, Milano.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36, 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177-190.
- Wentzel K. R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K. R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.
- White K. J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E. M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16

Kapitel 4: Sport und Freizeit

Silvia Casazza, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Sara Tanja Oberhofer, Sabine Scherer und die nationale HBSC-Gruppe

4.1 Einleitung

Wie gestalten die Jugendlichen in unserer Region ihre Freizeit? Um zu begreifen, wie die Jugendlichen ihren Tag und ihre täglichen Pflichten planen, werden in diesem Kapitel einige Verhalten wie die körperliche Aktivität, die beim Fernsehen, Videospielen und mit den Altersgenossen verbrachte Zeit und der Umgang mit Medien wie Handys und Computern untersucht.

Die Verbreitung von ungesunden Lebensstilen nimmt im Jugendalter eine besondere Bedeutung ein. In diesem Alter muss nicht nur ein guter Gesundheitszustand gewahrt werden, sondern muss auch ein gesundes Wachstum durch die Sich-Aneignung von gesunden Lebensstilen gefördert werden. Einige Studien (WHO, 2008; Schor, 2003) geben hierzu an, dass diese Tätigkeiten durch den Erwerb von aktiven Verhaltensmodellen in der Kindheit und Jugend zur Gewohnheit im Erwachsenenalter werden können.

Körperliche Aktivität lässt aus diesem Grund nicht nur einen gesunden und aktiven Lebensstil erlernen und beibehalten, sondern hilft auch dabei, den die Risiken und Störungen entgegenzuwirken, die durch den Mangel an Bewegung entstehen (WHO, 2004; Hickman, 2000).

Die Freizeit ist ein ausschlaggebender Faktor in den Identifizierungs- und Sozialisierungsprozessen. Sie ist nicht nur eine Dimension der Zerstreuung und Unterhaltung, sondern dient auch der Schaffung von nützlichen Interessen, die einen gesunden Lebensstil annehmen und wahren lassen.

Sport ist als strukturierte Freizeitbeschäftigung eine Gelegenheit der Konfrontation, der Zusammenarbeit, des Wettbewerbs und eine Grundlage für die Entwicklung von sozialen Kompetenzen.

4.2 Körperliche Aktivität

Die körperliche Aktivität bezeichnet „die Bewegung des Körpers, die eine Muskelanspannung bewirkt, welche einen Energieverbrauch zur Folge hat“. Somit umfasst sie nicht nur das Betreiben von organisiertem und regelmäßig praktiziertem Sport, sondern die Gesamtheit der Bewegungen des Körpers, die den Energieumsatz fördern, wie schnell gehen, spielen, Rad fahren, Routinetätigkeiten im Haushalt, tanzen oder Treppen steigen (EU Working Group „Sport and Health“, 2008).

Körperliche Aktivität, Gesundheit und Lebensqualität sind eng miteinander verbunden (WHO 2002). Es gibt zunehmend Evidenzen über die Beziehung zwischen mehr körperlicher Aktivität im Jugendalter und einer besseren Gesundheit im Erwachsenenalter, abgesehen von den unmittelbaren Auswirkungen der Bewegung auf das psychosoziale Wohlbefinden der Jugendlichen (Hickman, 2000; Stroebe, 1997).

Zahlreichen Studien zufolge führt eine regelmäßige und ausreichende körperliche Betätigung zu großen psychophysischen Vorteilen, darunter: Verminderung der kardiovaskulären Risiken, Vorbeugung oder Verzögerung der Hypertonie und Osteoporose, Erhöhung der kardiovaskulären Kapazitäten, Wahrung der Stoffwechselfunktionen, Verminderung des Risikos von Diabetes Typ 2, korrekte Entwicklung des Muskel-Skelett-Systems, Beitrag zum Ausgleich des Energiehaushaltes mit Vorbeugung gegen Fettleibigkeit und Übergewicht, Stressverminderung, Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Selbstzufriedenheit, Verminderung des Depressionsrisikos (Boreham, 2001; WHO, 2008; Alfermann, 2000). Die Fachliteratur dokumentiert außerdem den Zusammenhang zwischen unzureichender Bewegung und Übergewicht und Fettleibigkeit im Vorjugendalter (Vieno, 2005).

Übrigens ist die Teilnahme an Freizeit- und Sporttätigkeiten im Gegensatz zur vor dem Fernseher und Computer verbrachten Zeit eine der wichtigsten Ressourcen der Kinder und Jugendlichen, sich zu verbessern, die eigenen Grenzen zu überwinden, Spaß zu haben, neue Freundschaften zu schließen und gesund aufzuwachsen. Sport betreiben ist eine Gelegenheit der Sozialisierung, Identifizierung und Strukturierung des Charakters (Nelson, 2006; Fox, 2000). Es ist weitgehend erwiesen, dass sich die offensichtlichsten Vorteile aus regelmäßiger körperlicher Aktivität für ein Kind nicht nur in der

organischen Entwicklung zeigen, sondern auch im sozialen Verhalten und in der Selbstständigkeit (EU Working Group „Sport and Health“, 2008).

In diesem Kapitel wurden die Antworten der Schüler auch mit der Bevölkerungsdichte der Wohngemeinden (oder dem Standort der Schule) ins Verhältnis gesetzt, um eventuelle Unterschiede in den Lebensgewohnheiten kleiner oder großer Gemeinden aufzudecken.

4.2.1 Die Häufigkeit der körperlichen Aktivität

Die internationalen, amerikanischen und EU-Leitlinien empfehlen für Kinder/Jugendliche im Entwicklungsalter eine moderate oder intensive körperliche Aktivität von mindestens 60 Minuten pro Tag, um die Atemtätigkeit, Schweißbildung und das Gefühl der Ermüdung zu erhöhen (WHO, 2008; U.S. DHHS, 2008; Corbin, 1998). Die moderaten Tätigkeiten (von 3,5 bis 7 Kcal/min) umfassen: wandern, Rad fahren, tanzen, Fitnessstudiotätigkeiten, schwimmen, Haushaltsarbeiten. Die intensiven Tätigkeiten (über 7 Kcal/min) umfassen: laufen, steppen, Karate, Judo und die meisten Wettkampfsportarten (CDC, 2009; U.S. DHHS, 2008).

Mit der Frage „Wie oft hast du in den letzten 7 Tagen körperliche Aktivitäten für insgesamt mindestens 60 Minuten pro Tag betrieben?“ erfasst das Studienprotokoll die von den Jugendlichen für die körperliche Aktivität aufgewendete Zeit.

Nur 5.2% der italienischen und 3.0% der deutschen Jugendlichen haben keine körperliche Aktivität unternommen; die restlichen trainieren von 2 bis 4 Tagen die Woche mit einem leicht höheren Anteil der deutschen 15-Jährigen. Zwischen den einzelnen Gemeinden ergeben sich keine Unterschiede, was bedeutet, dass außerschulische sportliche Tätigkeiten geographisch gleichmäßig verteilt sind.

Abbildung 4.1. – Häufigkeit der körperlichen Aktivität pro Woche in Prozent (Anzahl der Tage mit mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität), nach Alter

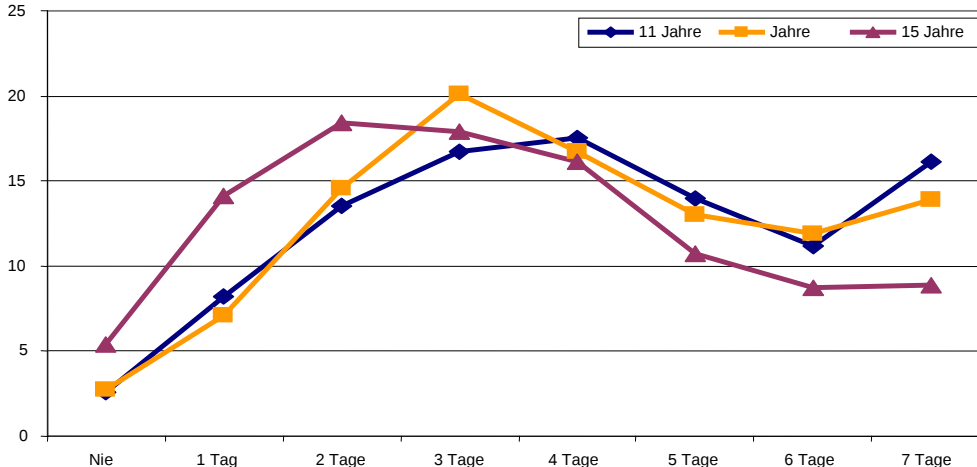
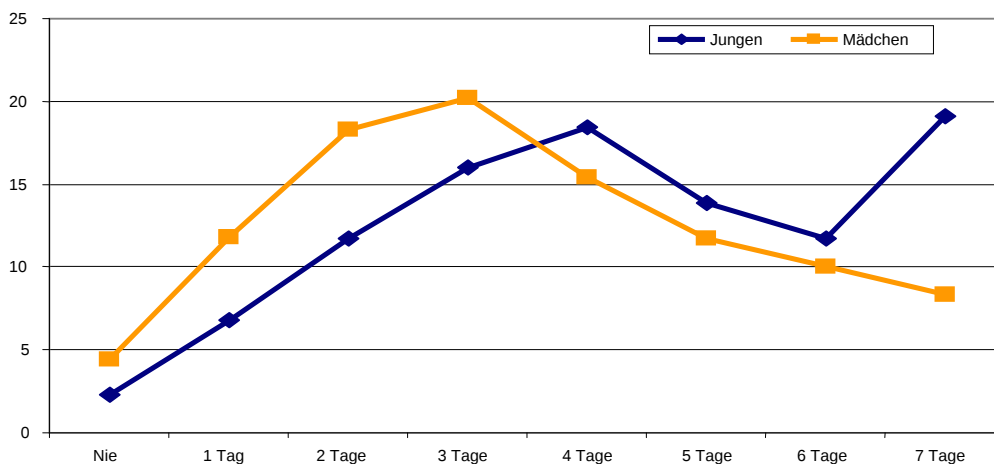


Abbildung 4.2 – Häufigkeit der körperlichen Aktivität pro Woche in Prozent (Anzahl der Tage mit mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität), nach Geschlecht



4.3 Sitzende Tätigkeiten

Das Fehlen von angemessenen Räumen und Zeiten sowie die nicht gegebene Sicherheit im Freien führen dazu, dass sich Jugendliche immer häufiger in geschlossene und sichere Räumlichkeiten zurückziehen, vor allem zu Hause vor den Fernseher oder Videospielen (Sonneville, 2009).

Computer und Fernseher sind passive Freizeitformen, die die Bedürfnisse und die Gelegenheiten der körperlichen Aktivität reduzieren (MMWR, 2001). Die vor dem Bildschirm verbrachte Zeit wird oft als einer der verantwortlichen Faktoren für das zunehmende Übergewicht in dieser Altersklasse angesehen (Crespo, 2001; Troiano, 2001).

Hierzu kommt, dass die Benutzung solcher Unterhaltungsmedien oft mit kalorienreichen Nahrungsmitteln einhergeht, die somit zu einer täglich positiven Energiebilanz beitragen (Powell, 2007; Utter, 2006).

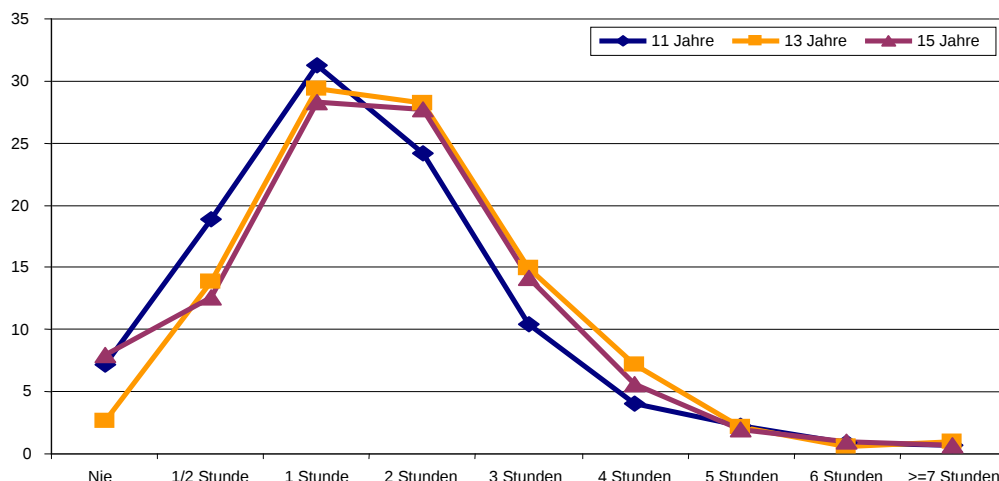
Neben der körperlichen Aktivität werden auch die sitzenden Tätigkeiten untersucht, nämlich die Stunden am Tag vor dem Fernseher oder Computer und/oder vor elektronischen Spielen. Zur globalen Erforschung der Verhaltensmodelle unterscheidet der Fragebogen zwischen Werktagen und Wochenende.

4.3.1 Häufigkeit der Verwendung des Fernsehers, des Computers und der neuen Kommunikationsformen

Den Empfehlungen der internationalen Leitlinien zufolge (AAP, 2001; U.S. DHHS, 2005; U.K. Government, 2010) sollten nicht über zwei Stunden am Tag vor dem Bildschirm verbracht werden (TV, Videospiele, Computer, Internet).

Die befragten Jugendlichen erklären, 1 bis 2 Stunden am Tag fernzusehen, vor allem im Alter von 11 Jahren, wobei sich keine bedeutenden territorialen Unterschiede hervortun.

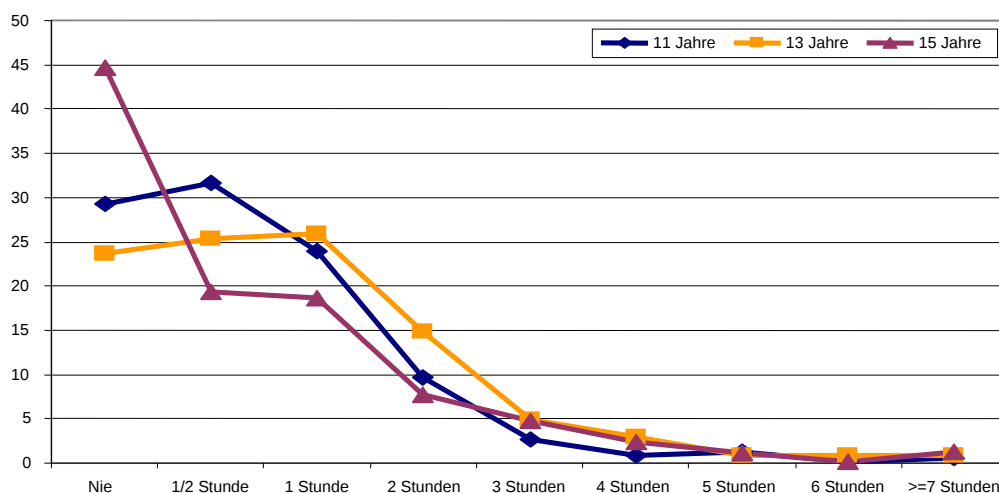
Abbildung 4.3 – Vor dem Fernseher (Videokassetten, DVD o. a.) verbrachte Zeit in Prozent, nach Alter



Rund ein Drittel (darunter vorwiegend 15-Jährige) erklärt, nie am Computer oder mit der Spielkonsole zu spielen; für die anderen beträgt die durchschnittliche Zeit zwischen einer halben Stunde und einer Stunde, mit einer leichten Vorherrschaft der 11-/13-Jährigen, die in den Gemeinden mit höherer Bevölkerungsdichte leben.

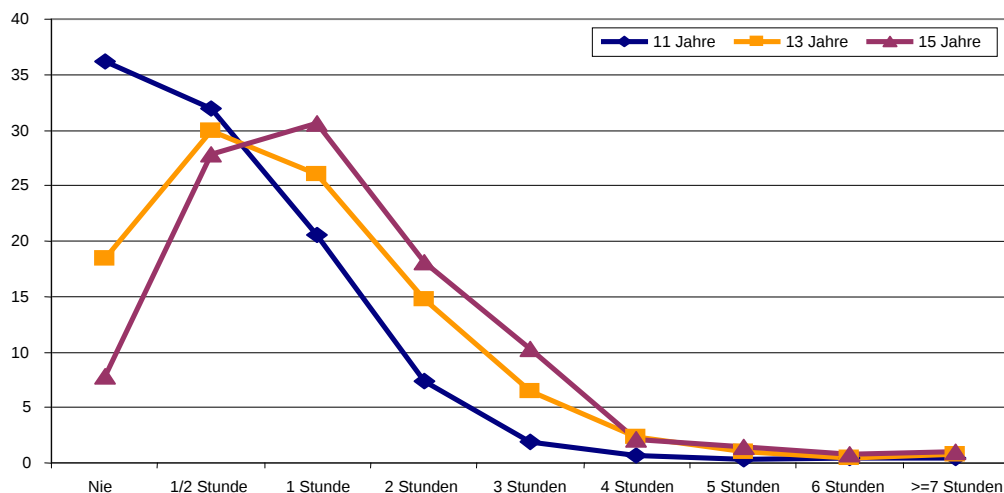
Sorgen bereiten die knapp 15% der 13-Jährigen, vor allem italienischer Sprache, die in mittelgroßen Gemeinden leben und mehr als 2 Stunden pro Tag spielen.

Abbildung 4.4 – Den Videospielen (PC, Spielkonsole o. a.) gewidmete Zeit in Prozent, nach Alter



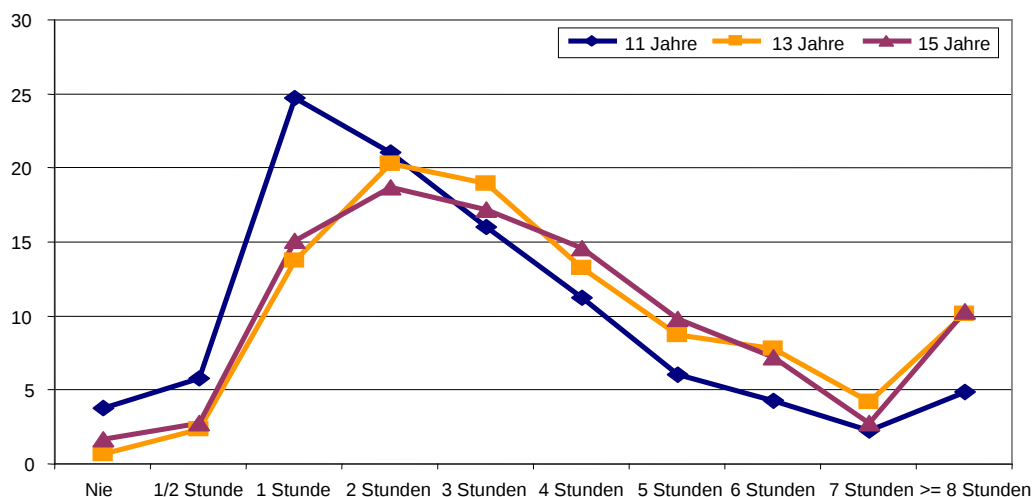
Rund 22% der 11-Jährigen erklären, den Computer nie zum Chatten o. a. zu verwenden; für die anderen liegt der Durchschnitt bei rund 1 Stunde und betrifft gleichermaßen die 11-, 13- und 15-Jährigen, jedoch mehr die ladinischen und deutschen Jugendlichen als die italienischen.

Abbildung 4.5 – Am Computer zum Surfen, Chatten o. a. verbrachte Zeit in Prozent, nach Alter



Die Abbildung 4.6 zeigt die Summe der erklärten, vor dem Fernseher, am Bildschirm, mit Videospielen oder beim Surfen verbrachten Zeiten. Es handelt sich dabei um eine Überschätzung der effektiven Zeit auch aufgrund der offensichtlich „übertriebenen“ Zeitangaben der Jugendlichen. Schaut man sich jedoch die Abbildungen von 4.3 bis 4.6 an, lässt sich der hohe Prozentsatz an 15-Jährigen (fast 45%), die fast nie zu Videospielen greifen (Abbildung 4.4), dadurch erklären, dass diese ihre Zeit im Internet oder beim Fernsehen verbringen, weil gemäß Abbildung 4.6 der Anteil der 15-Jährigen, die nicht fernsehen, videospielen oder surfen, niedrig ist. Analoges gilt für die 11-Jährigen, die kein Internet benutzen (Abbildung 4.5).

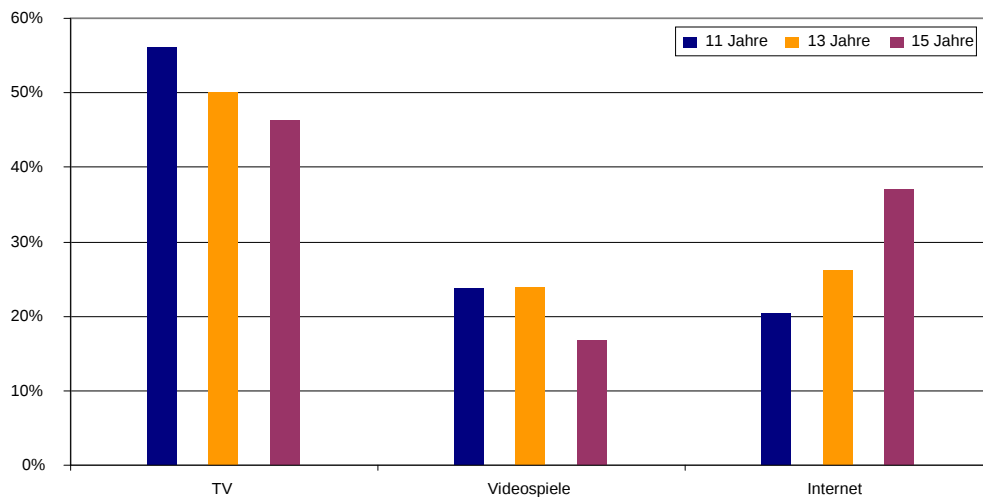
Abbildung 4.6 – Dem Fernsehen, Videospielen oder dem Computer fürs Surfen, Chatten, o. a. gewidmete Zeit in Prozent, nach Alter



Durch die Gegenüberstellung der vor dem Fernseher, bei Videospielen oder beim Surfen im Internet verbrachten Freizeit mit der Summe der Freizeit, die jeder Jugendliche insgesamt für diese Tätigkeiten erklärt, wurde die Inanspruchnahme von TV, Videospielen und des Internets in Prozent berechnet. Die für das Fernsehen, für Videospiele oder für das Internet aufgebrauchten Stunden gliedern sich in 56,0% für das Fernsehen, 23,7% für Videospiele und 20,3% für das Internet. Für die 13-Jährigen betragen die Anteile 50,0% für das Fernsehen, 23,2% für Videospiele und 23,8% für das Internet. Für die 15-Jährigen sind es 46,3% für das Fernsehen, 16,7% für Videospiele und 37,0% für das Internet.

Der Fernseher bleibt zwar das meist verwendete Freizeitmedium, verliert aber mit ansteigendem Alter an Wichtigkeit zugunsten der Internetnavigation, während unter den 15-Jährigen die Videospiele weniger interessant werden.

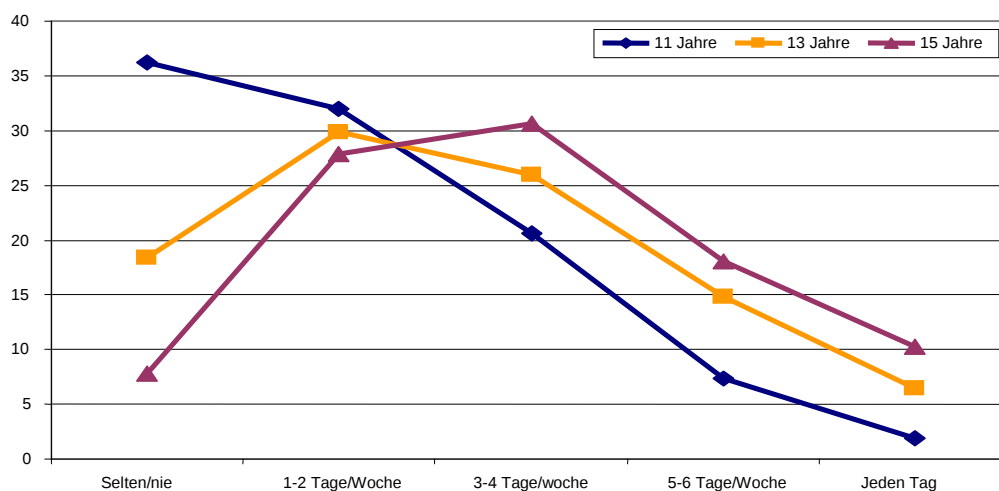
Abbildung 4.7 – Dem Fernsehen, Videospielen oder dem Computer fürs Surfen, Chatten, o. a. gewidmete Zeit in Prozent, nach Alter



4.4 Beziehung zu den Altersgenossen

Die Zeit, die die Jugendlichen außerhalb der von den Erwachsenen (Eltern oder Lehrer) überwachten Kontexten mit den Altersgenossen verbringen, scheint für die Entwicklung der sozialen Fähigkeiten ausschlaggebend zu sein (Laible, 2004). Die sozialen Interaktionen zwischen Gleichaltrigen stärken Werte und Modelle, tragen zur Strukturierung der Identität und einer kulturellen Orientierung außerhalb der Familie bei. Die Verwendung des Handys und der Austausch von SMS-Nachrichten sind die neuen Formen der Kommunikation zwischen Altersgenossen, die in diesem Abschnitt auf ihre Verwendungshäufigkeit und Verbreitung untersucht werden. Über die Hälfte der 13- und 15-jährigen italienischen und deutschen Jugendlichen erklärt, mit den Freunden täglich Kontakt über das Handy, über SMS-Nachrichten oder das Internet zu haben, vor allem in den größten Gemeinden; ein Drittel der vor allem deutschen 11-Jährigen in mittleren-kleinen Gemeinden erklären, nie solche Medien zu verwenden.

Abbildung 4.8 – Zum Kontaktieren der Freunde per Handy, SMS oder Internet verbrachte Zeit in Prozent, nach Alter



3.6 Schlussfolgerungen

Die Einstellung der Südtiroler Jugend zu körperlicher Aktivität und Sport bestätigt die bereits in der vorhergehenden Studie hervorgegangenen Daten; eine unterstützende Rolle spielt dabei auch die physische/territoriale Umgebung, die sowohl zum Leistungs- als auch Amateursport anregt. TV, Computer (einschließlich der Netzwerk-Varianten, Facebook u. a.) scheinen noch nicht imstande, die Freunde, mit denen die Freizeit geteilt wird, virtuell zu ersetzen, wenngleich 15% der italienischen 13-Jährigen von diesen Medien für über 2 Stunden täglich Gebrauch machen.

Durch den beträchtlichen und rasenden Zuwachs dieser Technologien und die Faszination, die sie auf die Jugendlichen ausüben, steigern sich - ins Unermessliche und ohne Kontrolle - auch die Treffpunkt- und Bekanntschaftsmöglichkeiten und somit die damit zusammenhängenden potenziellen Risiken, nicht nur auf relationaler Ebene, sondern auch auf körperlicher Ebene (zu wenig Bewegung - ungesunde Ernährung - etc.). Hierzu werden also zusätzliche und vertiefte Analysen erforderlich, damit auch die Schule die instrumentellen Zwecke dieser Technologien nutzen, die negativen Folgen jedoch zur Kenntnis nehmen und bekämpfen kann.

Bibliographie Kapitel 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 107: 423-426.
- Boreham C., Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) General Physical Activities Defined by Level of Intensity. http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf
- Corbin C.B., Pangrazzi R.P. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.
- Crespo C.J., Smit E., Troiano R.P., Bartlett S.J., Macera C.A., Andersen R.E. (2001) Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 155(3):360-5
- EU Working Group "Sport and Health" (2008) EU Physical Activity Guidelines: http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf
- Fox K.R. (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.
- Hickman M., Roberts C., Matos M. (2000). Exercise and leisure time activities. In Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (eds), *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Laible D.J., Carlo G., Roesch S.C. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc.* Dec;27(6):703-16.
- MMWR Recomm Rep (2001). Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. 26; 50:1-14
- Nelson M.C., Neumark-Stzainer D., Hannan P.J., Sirard J.R., Story M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics*. 118(6):e1627-34.
- Powell L.M., Szczypka G., Chaloupka F.J. (2007) Adolescent exposure to food advertising on television. *Am J Prev Med.* 33(4 Suppl):S251-6.
- Schor E.L., Task Force on the Family (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 111(6 Pt 2):1541-71.
- Sonneville K.R., La Pelle N., Taveras E.M., Gillman M.W., Prosser L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr.* 21;9:81.
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.
- Troiano R.P., Macera C.A., Ballard-Barbash R. (2001) Be physically active each day. How can we know? *J Nutr.* 131(2S-1):451S-460S.
- UK Government. Directgov. Children and healthy weight. Last update 2010
http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG_066077

- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services. NIH. (2005) We Can! Families Finding the Balance: A Parent Handbook
http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan_mats/parent_hb_en.pdf
- Utter J, Scragg R, Schaaf D. (2006). Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr.*;9(5):606-12.
- Vieno A., Santinello M., Martini C.M. (2005). Epidemiologia del sovrappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 100-107.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008).
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html

Kapitel 5: Essgewohnheiten und ernährungsrelevante Aspekte

Raffaella Vanzetta, Lucio Lucchin und die nationale HBSC-Gruppe

5.1 Einleitung

Dieses Kapitel geht auf einige Gewohnheiten ein, die den Lebensstil insgesamt charakterisieren. Zu diesen gehören zweifelsohne die Essgewohnheiten, die die derzeitige und zukünftige Gesundheit der Jugendlichen stark beeinflussen.

Das in der Jugend angenommene Essverhalten überträgt sich üblicherweise auch auf das Erwachsenenleben (Dietz, 1997) und kann sich somit mittel- und langfristig auf die Vorbeugung von Krankheiten auswirken (Centers for Disease Control and Prevention, 1997).

Aus der Sicht der Risikofaktoren gilt die Ernährung zusammen mit dem Tabakkonsum als die erste, veränderbare Determinante der chronischen Krankheiten (WHO, 2004). Denn Änderungen im Ernährungsplan wirken sich sowohl positiv als auch negativ lebenslang auf die Gesundheit aus. Sie bedingen nicht nur die gegenwärtige Gesundheit des Einzelnen, sondern auch die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklung von Pathologien wie Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes in den späteren Lebensphasen (WHO, 2002). Die Fettleibigkeit in Kindern und Jugendlichen steht im Zusammenhang mit einem Anstieg der Hypertonie, Hyperlipidämie, des Diabetes 2 und der frühzeitigen Entwicklung von Arteriosklerose (Roh, 2007; Amed, 2010; Flynn, 2010). Solche Risikofaktoren erhöhen - wenn sie auch nicht unbedingt Erkrankungen im Entwicklungsalter hervorrufen - das Risiko von Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselstörungen und Tumoren im Erwachsenenalter (Jolliffe, 2006). Auf der Grundlage dieser Betrachtungen empfiehlt die WHO die Einleitung von Politiken und Strategien zur Bekämpfung der Risiken, die aus einer ungesunden Ernährung entstehen (WHO, 2002; 2004).

Die Ernährungsmodelle im Jugendalter sind auch kulturell bedingt und unterliegen anfänglich dem Einfluss des familiären Umfeldes (Benton, 2004; Verzeletti, 2010), anschließend jedoch immer stärker jenem der Altersgenossen und der Gesellschaft (Salvy, 2009).

Ein in den Industrieländern überaus dringend zu erforschender Aspekt ist das Risiko von Übergewicht und Fettleibigkeit. So wohnen wir einer raschen Zunahme der Prävalenz der Fettleibigkeit in jedem Alter bei (Wang, 2006; Low, 2009), was zum Großteil auf die Änderungen des Lebensstils mit immer weniger Bewegung und immer mehr kalorienreichen und nährwertarmen Lebensmitteln mit einer täglich positiven Energiebilanz zurückzuführen ist (NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998).

Die HBSC-Studie erfasst einige Essgewohnheiten unter besonderer Bezugnahme auf das Frühstück und die abwechslungsreiche Kost hinsichtlich der täglich verzehrten empfohlenen Lebensmittel (wie Obst und Gemüse) bzw. nicht ratsamen Lebensmittel (wie Süßwaren und zuckerhaltige Softdrinks) (INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998). Zur Beurteilung der ernährungsrelevanten Aspekte, beispielsweise des Gewichtsstatus, sammelt die Studie selbsterklärte Daten über die Körpermaße (Gewicht und Größe) (Currie, 2001), mit denen der Body-Mass-Index (BMI) und die Gewichtsklassen der Jugendlichen (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Fettleibigkeit) berechnet werden. (Cole, 2000; 2007). Infolge der kürzlichen Festlegung der Untergewichtsschwellenwerte (Cole, 2007) wird zum ersten Mal auch die Prävalenzrate der untergewichtigen Jugendlichen eingeschlossen, welche in der Fachliteratur noch wenig dokumentiert ist. (Lazzeri, 2008)

Auch der Mundhygiene wird im Kapitel über die Ernährung Platz eingeräumt, weil viele Mundhöhlenkrankheiten ihren Ursprung in einer nicht korrekten Mundhygiene in der Kindheit und Jugend haben (Mobley, 2009); auch in diesem Fall kann eine Überwachung der Mundhygienegewohnheiten in der jugendlichen Bevölkerung angeben, wie die dringlichsten Vorbeugungsstrategien in der Erziehungspolitik ausgerichtet werden müssen (Honkala, 2000).

5.2 Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Mahlzeiten

Das Frühstück ist eine extrem wichtige Mahlzeit für das physiologische und psychologische Gleichgewicht in der Kindheit und Jugend. Diese Mahlzeit überspringen beeinträchtigt die

Konzentrations- und Lernfähigkeit und treibt die unregelmäßige Einnahme von Snacks und „Junkfood“ an (Hoyland, 2009; Kant, 2008).

Die Jugendlichen sollten im Fragebogen angeben, wie oft sie in der Woche an Schultagen beziehungsweise am Wochenende frühstücken.

Im Alter zwischen 11 und 13 Jahren verdoppelt sich der Prozentsatz der Jugendlichen, die nicht frühstücken, von 10.0% auf 21.0%; gleichzeitig nimmt der Anteil jener, die an fünf Tagen frühstücken, von 78.5% auf 64.6% ab.

Zwischen den italienischen und deutschen/ladinischen Jugendlichen zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede, während im Vergleich zur Studie 2005/06 der Anteil jener gesunken ist, die nie frühstücken (-4.2% im Vergleich zu den 15-Jährigen vor vier Jahren) und der Anteil jener zugenommen hat, die alle Tage frühstücken (+5.3% gegenüber den 15-Jährigen vor 4 Jahren).

Tabelle 5.1: „Wie oft frühstückst du normalerweise an Schultagen?“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nie	9.96 (83)	15.40 (120)	20.98 (128)
An einem Tag	2.76 (23)	2.57 (20)	2.79 (17)
An zwei Tagen	2.76 (23)	2.57 (20)	3.77 (23)
An drei Tagen	3.00 (25)	3.72 (29)	3.93 (24)
An vier Tagen	3.00 (25)	3.98 (31)	3.93 (24)
An fünf Tagen	78.51 (654)	71.76 (559)	64.59 (394)
Insgesamt	100 (833)	100 (779)	100 (610)

Auch das Jausenbrot ist ein grundlegendes Element für das Wachstum der Kinder und Jugendlichen, weil es die Zeit ohne Nahrungsmittelzufuhr zwischen zwei Hauptmahlzeiten unterbricht. Mit dem Jausenbrot müssen die Kinder und Jugendlichen imstande sein, die Zeit bis zum Mittagessen oder Abendessen ohne eine übermäßige Kalorienzufuhr, die den Appetit der nächsten Mahlzeit beeinträchtigt, zu überbrücken.

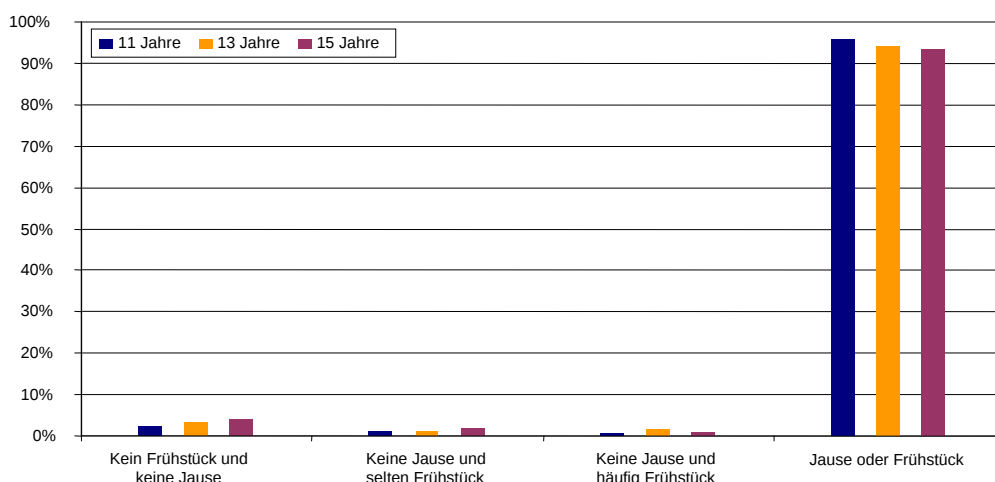
Wie für das Frühstück steigt unter den 11- und 13-Jährigen der Anteil jener, die keine Jause einnehmen (von 4.2% auf 11.6%) und sinkt der Anteil jener, die sowohl vormittags als auch nachmittags eine Zwischenmahlzeit essen (von 55.3% auf 45.6%). Der Anteil der Jugendlichen, die keine Jause verzehren, ist unter den italienischsprachigen 15-Jährigen höher (15.0% vs. 10.8%).

Tabelle 5.2: „Isst du normalerweise ein Jausenbrot?“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nein	4.23 (36)	5.69 (45)	11.56 (71)
Nur vormittags	32.43 (276)	36.03 (285)	36.81 (226)
Nur nachmittags	11.05 (94)	8.98 (71)	6.03 (37)
Sowohl vormittags als auch nachmittags	52.29 (445)	49.30 (390)	45.60 (280)
Insgesamt	100 (851)	100 (791)	100 (614)

95,9% der 11-Jährigen, 94,2% der 13-Jährigen und 93,1% der 15-Jährigen frühstücken oder jausen vormittags. 2,4% der 11-Jährigen, 3,2% der 13-Jährigen und 4,3% der 15-Jährigen nehmen weder ein Frühstück noch eine Jause zu sich (Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1 – Häufigkeit des Frühstücks oder der Vormittagsjause in Prozent, nach Alter



5.3 Obst- und Gemüsekonsum

Der Obst- und Gemüsekonsum lässt den Ernährungsstil besser beschreiben. Obst und Gemüse gewährleisten die Zufuhr von Wasser, Ballaststoffen, Vitaminen und Mineralsalzen, die für eine gesunde Ernährung ausschlaggebend sind (Pearson, 2009; Mainvil, 2009).

Die nationalen und internationalen Leitlinien empfehlen diesbezüglich den Verzehr von 5 täglichen Obst- und Gemüseportionen (WHO, 2004, INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998).

Der Obstkonsum ist unter den Jugendlichen beschränkt, nur einer von sechs isst mehrmals täglich Obst, wobei sich keine wesentlichen Unterschiede in den Sprachgruppen bzw. im Vergleich zur Studie 2005/06 ergeben (Tabelle 5.3).

Auch der Gemüsekonsum hält sich sehr niedrig, weniger als 9% der 15-Jährigen erklären, mehrmals am Tag Gemüse zu essen (Tabelle 5.4). Unter den italienischen Jugendlichen ist der Gemüsekonsum mindestens einmal am Tag stärker verbreitet: Insgesamt erklären 38.1%, ein- oder mehrmals am Tag Gemüse zu essen, während es unter den deutschen/latinischen Jugendlichen 26.4% sind.

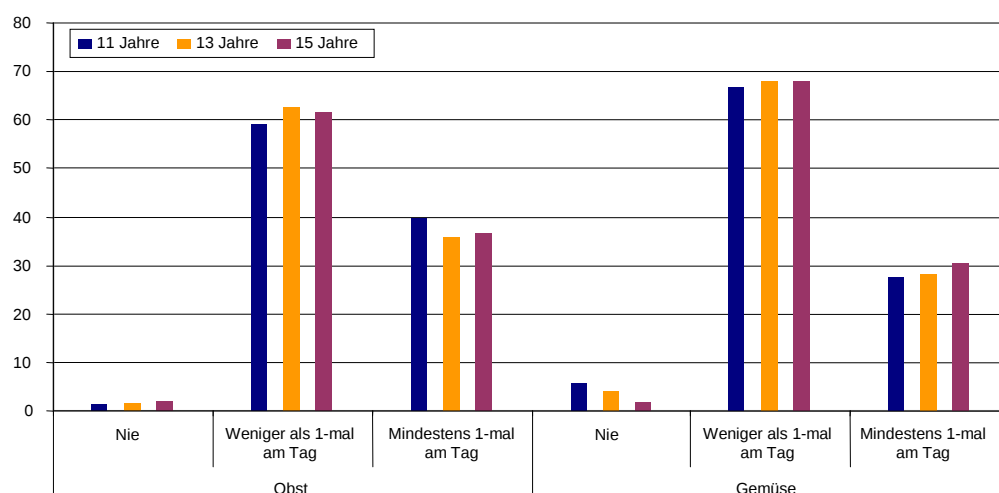
Tabelle 5.3: „Wie oft isst du normalerweise in der Woche Obst?“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nie	1.28 (11)	1.53 (12)	1.96 (12)
Weniger als 1 Mal in der Woche	5.70 (49)	4.97 (39)	5.89 (36)
1 Mal in der Woche	10.13 (87)	10.70 (84)	9.00 (55)
2-4 Mal in der Woche	25.26 (217)	28.54 (224)	29.46 (180)
5-6 Mal in der Woche	17.93 (154)	18.47 (145)	17.18 (105)
1 Mal am Tag alle Tage	22.35 (192)	21.02 (165)	21.11 (129)
Mehr als 1 Mal am Tag	17.35 (149)	14.78 (116)	15.38 (94)
Insgesamt	100 (859)	100 (785)	100 (611)

Tabelle 5.4: „Wie oft isst du normalerweise in der Woche Gemüse?“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nie	5.61 (48)	3.96 (31)	1.80 (11)
Weniger als 1 Mal in der Woche	10.29 (88)	8.31 (65)	5.07 (31)
1 Mal in der Woche	15.09 (129)	13.30 (104)	9.98 (61)
2-4 Mal in der Woche	23.86 (204)	27.75 (217)	31.59 (193)
5-6 Mal in der Woche	17.43 (149)	18.54 (145)	21.28 (130)
1 Mal am Tag alle Tage	17.78 (152)	19.05 (149)	21.44 (131)
Mehr als 1 Mal am Tag	9.94 (85)	9.08 (71)	8.84 (54)
Insgesamt	100 (855)	100 (782)	100 (611)

Abbildung 5.2 - Häufigkeit des Obst- und Gemüsekonsums in Prozent, nach Alter



5.4 Konsum von Süßwaren und kohlenensäurehaltigen Softdrinks

Die übermäßige Fett- und Zuckerzufuhr verbreitet sich immer stärker, großteils aufgrund des Konsums von Lebensmittelindustrieprodukten, die beträchtliche Mengen an solchen Nährstoffen enthalten (Ludwig, 2001).

Rund einer von fünf Jugendlichen isst Süßwaren jeden Tag oder auch mehrmals am Tag. Der Süßwarenkonsum steigt mit dem Alter an: Die gelegentlichen Verbraucher (nie oder weniger als ein Mal in der Woche) sinken von 18.4% der 11-Jährigen auf 10.9% der 15-Jährigen (Tabelle 5.5). Diese Situation ist offensichtlicher bei den Jugendlichen der deutschen/latinischen Schulen, wo die gelegentlichen 15-jährigen Verbraucher 11.2% gegenüber den 17.8% der Jugendlichen der italienischen Schulen ausmachen. Zwischen Jungen und Mädchen bestehen dagegen keine Unterschiede.

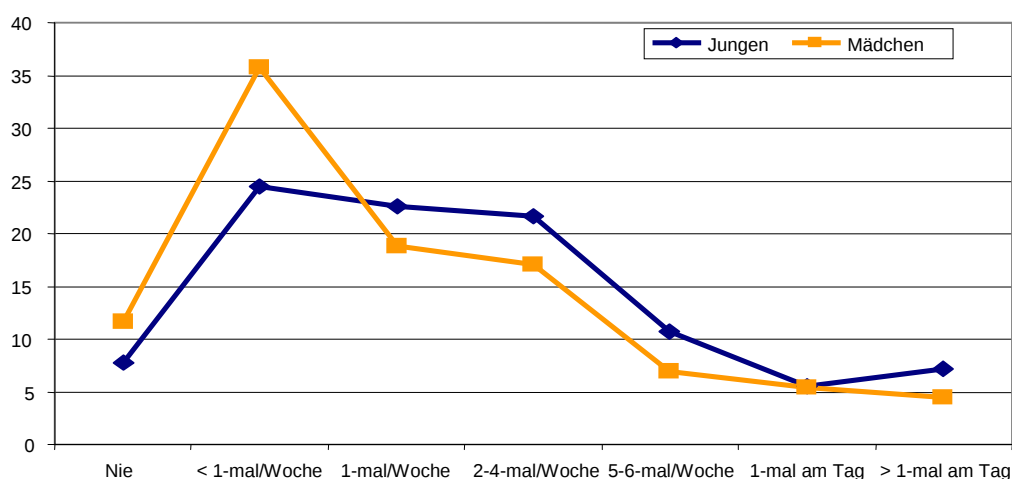
Tabelle 5.5: „Wie oft isst du in der Woche normalerweise Süßwaren, Bonbons oder Schokolade?“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nie	1.40 (12)	0.64 (5)	1.96 (12)
Weniger als 1 Mal in der Woche	17.02 (146)	12.10 (94)	8.99 (55)
1 Mal in der Woche	18.65 (160)	13.38 (104)	13.24 (81)
2-4 Mal in der Woche	25.87 (222)	32.18 (250)	33.50 (205)
5-6 Mal in der Woche	17.02 (146)	21.49 (167)	21.41 (131)
1 Mal am Tag alle Tage	12.59 (108)	12.74 (99)	14.54 (89)
Mehr als 1 Mal am Tag	7.46 (64)	7.46 (58)	6.37 (39)
Insgesamt	100 (858)	100 (777)	100 (612)

Analoges gilt für den Konsum von zuckerhaltigen Getränken: Die gelegentlichen Verbraucher im Alter von 11 Jahren stellen einen Anteil von 48.1%, der im Alter von 15 Jahren auf 29.8% sinkt, wobei sich für die 15-Jährigen deutscher/italienischer Sprache ein höherer Konsum ergibt (29.1% gelegentliche Verbraucher vs. 33.0%). Die offensichtlichsten Unterschiede betreffen hier das Geschlecht: Die Mädchen, die mehr als ein Mal in der Woche zuckerhaltige Getränke zu sich nehmen, machen 45.3% in den italienischen Schulen und 47.8% in den deutschen Schulen aus, die entsprechenden Anteile der Jungen betragen 29.6% und 32.9%.

Unter den Erwartungen liegt der Anteil der Jugendlichen, die einen häufigen Konsum von zuckerhaltigen Getränken angeben, vielleicht aufgrund einer nicht ausreichenden Bewusstheit über den Zuckergehalt der Getränke.

Abbildung 5.3 – Häufigkeit des Konsums von zuckerhaltigen Getränken in Prozent, nach Geschlecht



5.5 Ernährungsrelevante Aspekte

Die Jugendlichen sollten ihre Gewichts- und Größenwerte angeben, um den Body-Mass-Index (BMI) sowie den Anteil der untergewichtigen, normalgewichtigen, übergewichtigen und fettleibigen Jugendlichen berechnen zu können. Diese Klassifizierung wurde auf der Grundlage der Tabellen von Cole (2000, 2007) getrennt nach Alter und Geschlecht vorgenommen.

In der Provinz Bozen sind knapp 90% der Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren normalgewichtig, mit unerheblichen Unterschieden zwischen den einzelnen Altersklassen oder Sprachgruppen. Unter den wenigen übergewichtigen Jugendlichen befinden sich tendenziell mehr Jungen, was auch die Daten der anderen Regionen sowie die Studie vor 4 Jahren bestätigen.

Südtirol ist die Provinz mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Jugendlichen in Italien und einem fast unmerklichen Anteil an fettleibigen Jugendlichen. Bereits in der nahen Provinz Trient beträgt der Anteil der übergewichtigen Jugendlichen unter den 11-Jährigen das Doppelte und ist auch in den anderen Altersklassen sehr viel höher. Im Süden finden sich Regionen mit über 30% an übergewichtigen Jungen (Sizilien, Kampanien, Basilikata) und mit nur einem wenig niedrigeren Anteil für die Mädchen.

Im Vergleich zu 2006 sind in Südtirol das Übergewicht und die Fettleibigkeit rückläufig (von 12% auf 9%) bei den Mädchen und Jungen zwischen 11 und 15 Jahren. Diese eigentlich tröstlichen Daten sind in gewissem Maße sicherlich den zahlreichen, zu diesem Thema durchgeführten Präventionsprojekten zu verdanken. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Studienteilnehmer aufgefordert wurden, das Gewicht und die Größe anzugeben, und dass viele der Befragten aufgrund ihres Alters wahrscheinlich approximative Daten angegeben haben. Der Vergleich mit einer im Frühjahr 2010 durchgeführten Direkterfassung von Gewicht und Größe der 8-jährigen Kinder zeigt eine andere Wirklichkeit auf: Die Anteile von Fettleibigkeit von 4% und Übergewicht von 12% weichen so stark von den Werten der HBSC-Studie ab, dass sie eine weitgehende Unterschätzung der in der vorliegenden Studie erklärten Gewichts- und Größenwerte annehmen lassen.

Tabelle 5.6: Einstufung des Gewichtes gemäß BMI (berechnet auf der Grundlage der erklärten Gewichte- und Größenwerte), nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Untergewicht	3.88 (24)	3.54 (22)	2.77 (15)
Normalgewicht	88.53 (548)	86.31 (536)	89.11 (483)
Übergewicht	7.43 (46)	8.86 (55)	7.56 (41)
Fettleibigkeit	0.16 (1)	1.29 (8)	0.55 (3)
Insgesamt	100 (619)	100 (621)	100 (542)

Abbildung 5.4 - Verteilung der Stichprobe nach BMI-Klassen und Alter in Prozent

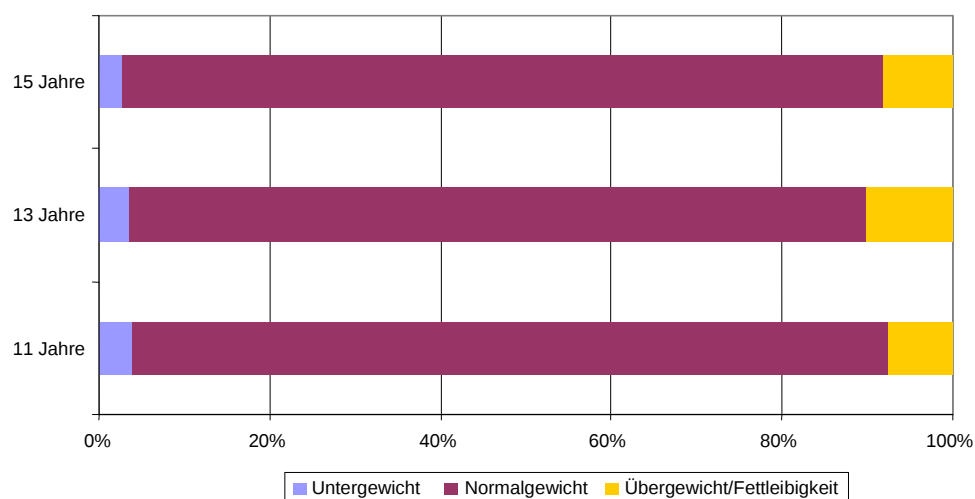


Abbildung 5.5 - Verteilung der Stichprobe nach BMI-Klasse und Geschlecht in Prozent (nur 11-Jährige)

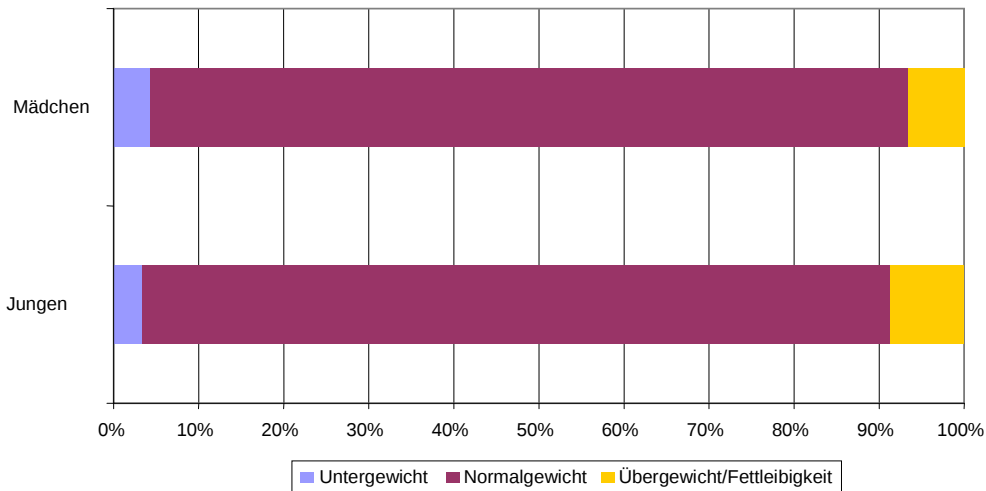


Abbildung 5.6 - Verteilung der Stichprobe nach BMI-Klasse und Geschlecht in Prozent (nur 13-Jährige)

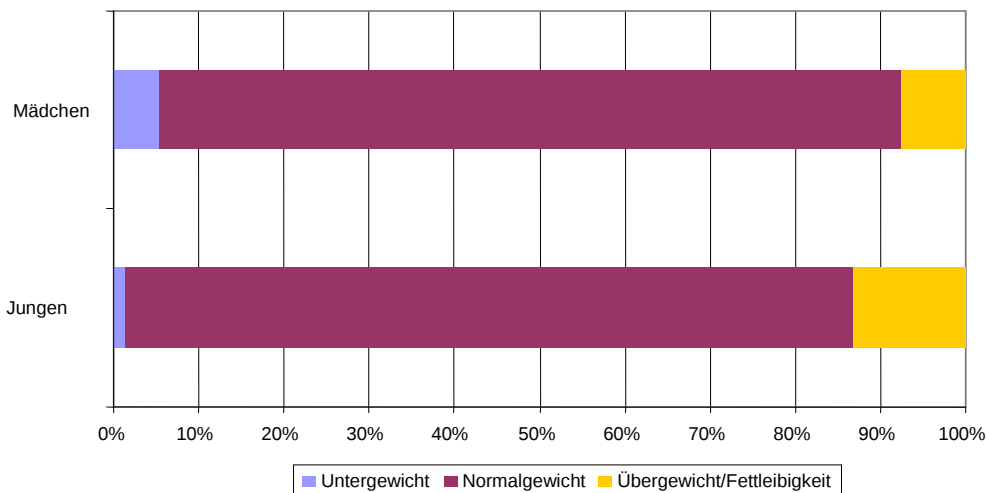
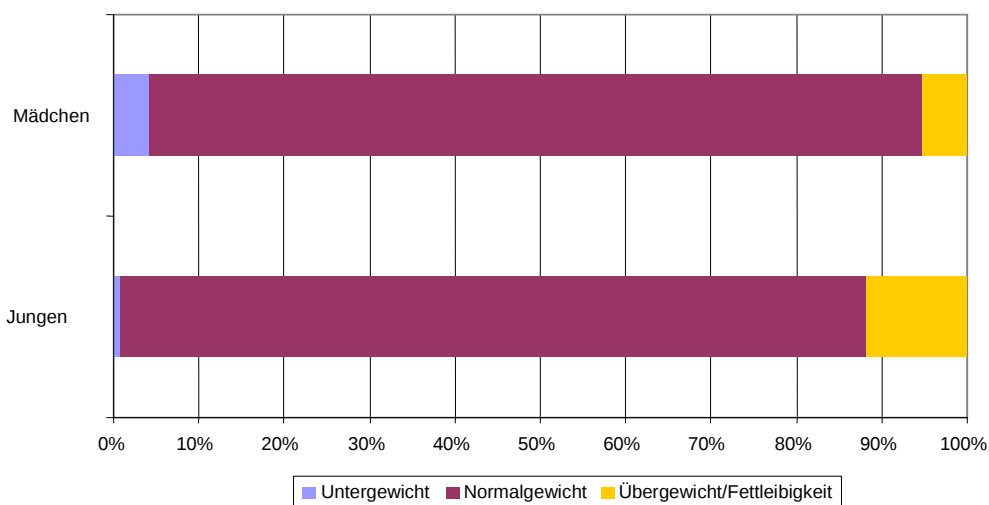


Abbildung 5.7 - Verteilung der Stichprobe nach BMI-Klasse und Geschlecht in Prozent (nur 15-Jährige)



5.6 Das Körperbild

Die Bedeutung, die die Jugendlichen ihrem Aussehen zumessen, hat in den letzten Jahren starke Änderungen erfahren. Bis zu den 80er Jahren vermittelten die Jugendlichen ihre Zugehörigkeit zu Gruppen oder Jugendbewegungen über die Kleidung, das Make-up oder die Frisur; die Figur nahm dabei eine minderwertige Rolle ein, was sich in den letzten 20 Jahren allerdings geändert hat: Die Pflege der äußeren Erscheinung beschränkt sich nicht mehr nur auf austauschbare Accessoires wie Kleidung oder Frisur, sondern betrifft immer mehr den Körper, der zu einem Raum der Selbstverwaltung, ein Ausdruck von Individualität und Identität wird und unauslöschlich durch Tätowierungen, Piercings, Diäten oder in Fitness-Studios geformt wird (Kasten 2006).

Diese körperlichen Ausdrucksweisen scheinen sich an wenigen vorgegebenen Modellen zu orientieren, welche der Diversität keinen Spielraum lassen. Je einheitlicher die vorgegebenen Modelle sind, desto schwieriger wird es, ihnen zu entsprechen (Orbach 2009).

Diverse Studien über die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, die wiederholt in den USA, Deutschland und Österreich durchgeführt wurden, zeigen eine ansteigende Unzufriedenheit auf (Rettenwander et.al. 2008). Der ASTAT-Jugendstudie 2009 zufolge bildet auch Südtirol keine Ausnahme: Nur die Hälfte aller Mädchen und drei Viertel der Jungen zwischen 12 und 25 Jahren erklären, mit der eigenen Figur und dem eigenen Körpergewicht zufrieden zu sein. Diese Zahl ist im Vergleich zu den ASTAT-Daten des Jahres 2006 rückläufig.

37% der Minderjährigen hatten 2006 eine Schlankheitskur gemacht, im Jahr 2009 waren es bereits 41%; der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig die verzehrten Kalorien zählen, ist von 23% auf 41% angestiegen.

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, die als Index des Selbstwertgefühls gilt, wird in dieser Studie verschiedenen Daten gegenübergestellt, wie dem Alter, der Sprachgruppenzugehörigkeit, der Dialogfähigkeit mit den Eltern, dem erlittenen oder verursachten Schülermobbing oder der Stressempfindung.

Wenngleich 88% der Befragten in die Normalgewichtsklasse fallen, halten sich nur 58% für normalgewichtig. Das bedeutet, dass 30% eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers haben oder sich mit Modellen vergleichen, die ihnen nicht entsprechen.

Es ist keine Neuheit, dass sich mehr Jungen als Mädchen „ok“ fühlen, denn Mädchen neigen eher dazu, mit ihrem Aussehen kritisch zu sein und sich zu dick oder zu mager zu finden. Die Unzufriedenheit steigt mit dem Alter an. Während 63,5% der 11-Jährigen das eigene Körpergewicht als „ok“ empfinden, beträgt dieser Anteil unter den 15-Jährigen um fast 10% weniger. In dieser Altersklasse erfährt der Körper bedeutende Umwandlungen, die von den Jugendlichen nur mit Mühe akzeptiert werden. Vor allem für die Mädchen bedeutet Erwachsenwerden, jene kindlichen körperlichen Merkmale zu verlieren, die heute das Schönheitsideal kennzeichnen: schmale Hüften, Waschbrettbauch und keine Körperhärrchen.

Aus dem Vergleich mit den Daten des Jahres 2006 geht hervor, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bei den 13- und 15-Jährigen annähernd unverändert geblieben ist, während jene der 11-Jährigen fast um 5 Prozent gestiegen ist.

Interessant ist auch, dass sich die Unzufriedenheit je nach Sprachgruppe eklatant ändert. Die Zufriedensten scheinen die ladinischen Jugendlichen zu sein, die Unzufriedensten die Jugendlichen deutscher Sprache.

Im Jahr 2006 waren die ladinischen Jugendlichen in die deutsche Sprachgruppe eingerechnet worden. Aufgrund der niedrigen Anzahl der in die Studie miteinbezogenen ladinischen Jugendlichen bleibt es Fakt, dass auch im Jahr 2006 die deutschen Jugendlichen mit dem eigenen Gewicht unzufriedener waren als die italienischen Jungen und Mädchen. Diese Daten verwundern, weil 88% der Befragten unabhängig von ihrer Sprachgruppe als normalgewichtig hervorgehen.

Auch der Index des familiären Wohlstandes scheint die Wahrnehmung des eigenen Körpers zu beeinflussen. Mädchen und Jungen, die in einem hohen familiären Wohlstand aufwachsen, erklären sich um 10% zufriedener mit dem eigenen Körper als ihre Altersgenossen, die in weniger Wohlstand aufwachsen.

Da zahlreiche internationale Studien angeben, dass in den Industrieländern der Anteil der Fettleibigen mit zunehmendem Wohlstand abnimmt (somit sind es die ärmsten Personen, die zu einem höheren Übergewicht neigen), ist es schwierig zu sagen, ob die Unzufriedenheit auf eine reelle oder verzerrte Wahrnehmung zurückzuführen ist.

Jene Jugendlichen, denen der Dialog mit den Eltern leicht fällt, erklären sich zufriedener mit ihrem Körper. Da die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper ein Index des Selbstwertgefühls ist, ist das Selbstwertgefühl höher, wenn die Dialogfähigkeit mit den Eltern besser ist.

Während es für die Jungen keinen Unterschied macht, mit ihrem Vater oder ihrer Mutter zu reden, zeigt sich bei den Mädchen eine leicht andere Lage: Es überwiegen die Mädchen, die sich leichter tun, mit ihrer Mutter zu kommunizieren; aber unter jenen, die leichter mit ihrem Vater dialogieren, ist der Anteil der Mädchen, die sich selbst gefallen, höher. Unter jenen, die die Kommunikation als schwierig bezeichnen, ergibt sich kein besonderer Zusammenhang mit der Wahrnehmung des eigenen Körpers.

Jungen und Mädchen, die oft Schülermobbing zum Opfer fallen, scheinen unzufriedener mit dem eigenen Aussehen zu sein als jene, die keinem Mobbing ausgesetzt sind. Diese Daten können jedoch auch anders interpretiert werden. Wer sich in seinem Aussehen nicht angemessen hält und somit ein niedrigeres Selbstwertgefühl zeigt, fällt Mobbinghandlungen einfacher zum Opfer. Den Tabellen zufolge, welche die geschlechtlichen Unterschiede berücksichtigen, betrifft diese Aussage jedoch nur die Jungen. Bei den Mädchen scheint es keinen Zusammenhang zwischen dem Sich-Angemessen-Fühlen und dem Mobbing zu geben. In den Mobbing-Tätern scheint die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper dagegen keine Inzidenz zu haben.

Auch der empfundene Schulstress scheint sich auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper auszuwirken: Nicht gestresste Jungen und Mädchen sind mit ihrem Körper im Großen und Ganzen zufrieden, bei sehr gestressten Jugendlichen sinkt das Selbstwertgefühl, das mit dem eigenen Körper zusammenhängt, um sogar 15 Prozent. Zufrieden mit dem eigenen Körpergewicht sind jedenfalls mehr die nicht durch die Schule gestressten Jungen. Auf die Mädchen scheint sich der Schulstress weniger auszuwirken.

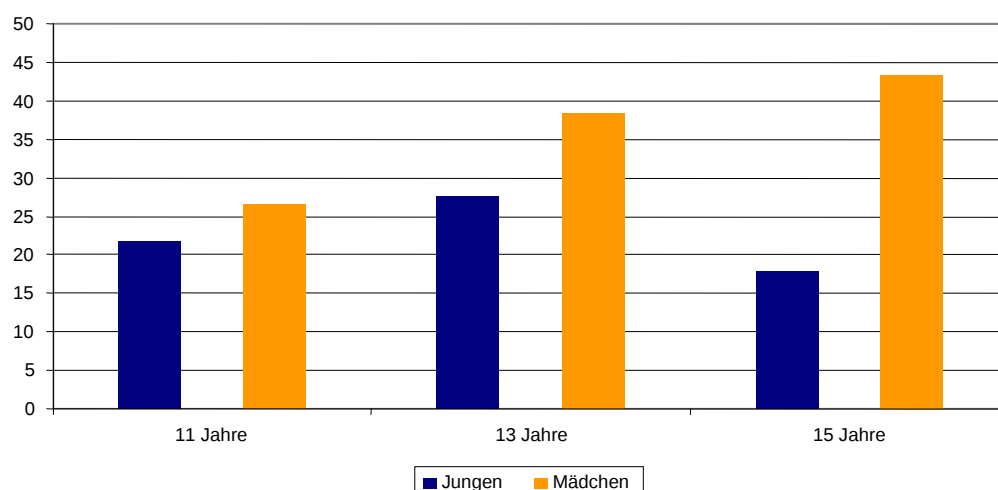
Auch mehr als einen echten Freund zu haben scheint das eigene körperliche Selbstwertgefühl positiv zu beeinflussen und umgekehrt: Wer sich selbst gefällt, gefällt normalerweise auch den anderen und schließt leichter Kontakte oder Freundschaften.

Gute oder sehr gute schulische Leistungen haben positive Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl: Von den Jungen und Mädchen, die in der Schule gute Bewertungen erhalten, sind zwei Drittel mit ihrem Körper zufrieden. Hier ist ein erheblicher geschlechtlicher Unterschied zu verzeichnen. Von denen, die in der Schule den Lehrpersonen zufolge Leistungen unter dem Durchschnitt erbringen, fühlen sich 41,3% der Jungen zu dick oder zu mager, während dieser Anteil bei den Mädchen 64,6% ausmacht.

Tabelle 5.7: „Denkst du, dein Körper ist...“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Mager	12.46 (106)	11.79 (91)	13.58 (83)
Ok	63.45 (540)	54.92 (424)	54.50 (333)
Dick	24.09 (205)	33.29 (257)	31.91 (195)
Insgesamt	100 (851)	100 (772)	100 (611)

Abbildung 5.8 – Prozentsatz der Jugendlichen, die sich zu dick fühlen, nach Alter und Geschlecht



5.7 Mundhygiene

Regelmäßiges Zähneputzen beugt Karies vor (Mobley, 2009), der in den Industrieländern meist verbreiteten Mundhöhlenerkrankung.

Karies beeinträchtigt die Qualität des gesellschaftlichen Lebens und fördert auch andere Störungen. Sie ist verbunden mit Schmerzen und Ängsten, ganz abgesehen von den entsprechenden zahnärztlichen Eingriffen (Moynihan & Petersen, 2007).

Projekte zur Kariesprophylaxe in Kindergärten und Grundschulen werden in der Provinz regelmäßig durchgeführt, und auch die vorliegende Studie bestätigt die ausgezeichnete Lage der Mundhygiene in Südtirol. 97.1% der 11-Jährigen, 96.4% der 13-Jährigen und 97.9% der 15-Jährigen (Tabelle 5.8) putzen mindestens ein Mal am Tag ihre Zähne, wobei diese Anteile gegenüber der Studie 2005/06 ansteigend sind.

Tabelle 5.8: „Wie oft putzt du täglich deine Zähne“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Mehr als ein Mal am Tag	69.69 (600)	71.61 (565)	78.18 (480)
Ein Mal am Tag	27.41 (236)	24.84 (196)	19.71 (121)
Mindestens ein Mal die Woche, aber nicht alle Tage	2.32 (20)	2.79 (22)	1.63 (10)
Weniger als einmal in der Woche	0.46 (4)	0.51 (4)	0.16 (1)
Nie	0.12 (1)	0.25 (2)	0.33 (2)
Insgesamt	100 (861)	100 (789)	100 (614)

5.8 Schlussfolgerungen

Wenngleich auf nationaler und europäischer Ebene von einem tendenziellen Anstieg der Fettleibigkeit die Rede ist, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, scheint das Übergewicht unter den 11- bis 15-jährigen Südtirolern rückläufig zu sein. Südtirol ist im gesamtstaatlichen Vergleich die Provinz

mit dem niedrigsten Anteil an übergewichtigen Jugendlichen, obwohl der Obst- und Gemüsekonsum (aus der Studie hervorgehende Daten) gegenüber anderen norditalienischen Regionen nicht hervorragend ist.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers entspricht jedoch nicht der Wirklichkeit. 88% der Befragten sind normalgewichtig, aber 42% davon halten sich für zu dick oder zu mager. Tendenziell besitzen mehr Mädchen als Jungen einen normalen Body-Mass-Index, sind aber trotzdem unzufriedener mit dem eigenen Körper als ihre männlichen Altersgenossen.

Zufriedener mit dem eigenen Gewicht sind jene, denen der Dialog zu den Eltern leichter fällt, die sich nicht durch die Schule gestresst fühlen, die von den Lehrpersonen überdurchschnittlich bewertet werden und jene, die nicht Schülermobbingtätigkeiten zum Opfer fallen.

Die geschlechtsspezifische Analyse bringt interessante Daten hervor. Die Wechselbeziehung zwischen der unterdurchschnittlichen Leistungsbewertung in der Schule und der Nicht-Zufriedenheit mit dem eigenen Körper ist bei den Mädchen auffälliger. Das lässt denken, dass die fehlende Wertschätzung seitens der anderen das Selbstwertgefühl der Mädchen stärker beeinträchtigt als jenes der Jungen.

Bibliographie Kapitel 5

- Amed S., Daneman D., Mahmud F.H., Hamilton J. (2010). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 8(3):393-406.
- ASTAT (2004) Jugendstudie: Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend
- ASTAT (2009) Jugendstudie: Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28(7):858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health*, 67:9-26
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320:1240-3.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*;335: p. 194-7
- Currie C., Samdal O., Boyce W., Smith R. (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Dietz W.H. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr*, 127:S1884-6.
- Flynn J.T. (2010). Pediatric hypertension update. *Curr Opin Nephrol Hypertens*.
- Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev.* 22(2):220-43.
- Honkala et al (2000). A cause study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.
- Jolliffe C.J., Janssen I. (2006). Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vascular Health Risk Management*, 2:171-87.
- 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.
- Kasten E. (2006) Body-Modification: Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen Ernst Reinhardt Verlag, 2006
- Lazzeri G., Rossi S., Pammolli A., Pilato V., Pozzi T., Giacchi M. (2008) Underweight and overweight among children and adolescents in tuscany (Italy). Prevalence and short term trends. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*; 49(1):13-21
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore*. 38(1):57-9.
- Ludwig D.S., Peterson K.E., Gortmaker S.L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 357:505-508.

- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder Al. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *Am J Health Promot.* 23(3):210-7.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma.
http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 9(6):410-4.
- Moynihhan P., Petersen P.E. (2007). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr.* 7(1A):201-26.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.
[http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)
- Orbach S. (2009) Corpi. codiceedizioni 2010
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 12(2):267-83.
- Rettenwander, A.; Humer, L. (2008): "Does reading of women's magazines influence mood and body image? An experimental study." In: *"International Journal of Psychology"* 43/3-4, 650 – 650. siehe auch <http://diestandard.at/1229975421618/dieStandardat-Interview-Man-kann-sich-nur-als-Verliererin-fuehlen>
- Roh E.J., Lim J.W., Ko K.O., Cheon E.J. (2007). A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci.* 22(2):192-7.
- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr.* 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.
- Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite.* 54(2):394-7.
- Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.* 1(1):11-25.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

Kapitel 6: Risikoverhalten

Peter Koler, Helga Mock und die nationale HBSC-Gruppe

In diesem Kapitel wird eines der meist diskutierten Themen der Gesundheitsförderung im Jugendalter behandelt: die riskobehafteten Verhaltensweisen. In diesem Lebenszeitraum unterliegen die sozialen Beziehungen radikalen Änderungen, die Altersgenossen nehmen eine immer größere Wichtigkeit ein und es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, Verhalten auszuprobieren und anzunehmen, die Folgen für die Gesundheit und den zukünftigen Lebensverlauf haben können. Dazu gehören der Konsum von legalen Substanzen wie Tabak oder Alkohol und illegalen Suchtmitteln wie Cannabis oder andere psychoaktive Drogen. In der HBSC-Studie werden auch einige Aspekte zum Sexualleben untersucht, wie die Verwendung von Kondomen oder anderen Verhütungsmitteln, sowie die Häufigkeit von Unfällen.

6.1 Konsum von Substanzen

Die Initiation der Jugendlichen in die Substanzen erfolgt mehr oder weniger im Jugendalter und innerhalb der Gruppe, die in diesem Alter immer mehr Wichtigkeit einnimmt.

In den vorliegenden 3 Teilkapiteln geht es um den Konsum von Nikotin, Cannabis und Alkohol. Untersucht werden die Verhaltensweisen an sich, ihre Veränderung im Vergleich zur letzten HBSC-Studie 2005/2006, Unterschiede bzgl. Geschlecht, Altersgruppe, und Sprachzugehörigkeit, aber auch die Zusammenhänge mit familiären Variablen und schulischen Befindlichkeiten.

Es ist heute davon auszugehen, dass in der früher beginnenden und länger andauernden Lebensphase Jugend, so wie sie sich in der 2. Moderne herauskristallisiert hat, eine Reihe von neuen Bewältigungsherausforderungen auf junge Menschen warten.

Zum einen ist der Umgang mit Substanzen zu einer der zusätzlich zu meisternden Entwicklungsaufgaben geworden. Das gilt auch dann, wenn junge Menschen sich dazu entscheiden, nichts oder sehr wenig zu konsumieren.

Zum anderen steigt mit dem starken Individualisierungstrend für junge Menschen die Herausforderung, die eigene Identität in Beziehung mit anderen so mitzugestalten, dass für die Persönlichkeitsentwicklung wichtige Werte wie Anerkennung, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeits- und Kohärenzgefühle entstehen und verspürt werden (Stumpp, G. et al., 2009).

Die eigenen Fähigkeiten zum „Identitätsmanagement“ werden auch deswegen zentral, weil die klassischen Sozialisierungsinstanzen Familie und Schule an Gewicht verloren haben.

In diesem Kontext werden jugendsubkulturelle Szenen wichtig. Sie werden, auch (aber nicht nur) in Verbindung mit Substanzenkonsum, zu zentralen Lebenswelten für Heranwachsende (Böhnisch, L. 2008).

Aus einer Erwachsenenperspektive heraus mag es sich um gefährliches und gesundheitsschädliches Risikoverhalten handeln, für junge Menschen stehen oft auch der Wagemut, die Neugierde und eben die intensiven identitätsrelevanten Erfahrungen im Vordergrund (Koler, P., 2008).

Für machen geht die Suche nach dem eigenen Selbst und nach neuen Erfahrungen und Erlebnissen (zumindest für einen gewissen Zeitraum) über die von Eltern und Erzieher/innen gesetzten Grenzen hinweg. Der problematische Konsum von Substanzen, eines der typischen Risikoverhalten in der Jugend, hat auf die Gesundheit umfassend belegte Auswirkungen: von den unmittelbaren Konsequenzen wie Tod und Unfälle bis zu zeitlich verzögerten wie Tumorerkrankungen. Zu den Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Substanzen gehören auch jene, die nicht rein gesundheitlicher Natur sind: familiäre und soziale Störungen und wirtschaftliche Probleme, die nicht nur den Einzelnen betreffen (Di Clemente et al., 1996; WHO, 1998).

Somit fällt die Reduzierung des Konsums von Substanzen für die WHO unter die prioritären Ziele, die zum Thema der Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert umzusetzen sind (WHO, 1998).

Interessanterweise eröffnet die vorliegende HBSC-Studie auch einige Trendwenden.

6.1.1 Tabakkonsum

Rauchen ist eine der größten Bedrohungen für die menschliche Gesundheit; es verursacht rund 5 Millionen Todesfälle pro Jahr (WHO, 2009) und ist einer der Hauptrisikofaktoren für chronische Krankheiten von den Tumoren bis hin zu Lungen- und Herz-Kreislauf-erkrankungen. Ein unerlässlicher Prozess für die Festlegung von effizienten Strategien für die öffentliche Gesundheit ist die Einschätzung der Verbreitung der Rauchergewohnheit, um den Tabakkonsum sowohl zu bekämpfen als auch zu vermindern und, vor allem unter den Jugendlichen, dem Aufkommen der Gewohnheit vorzubeugen (Cavallo et al., 2007, Koler et al., 2005).

Eine große Mehrheit der befragten Schülerinnen und Schüler sind Nichtraucher/innen. Im Vergleich zu der 2005 durchgeführten Studie steigt die Anzahl der Nichtraucher/innen in allen untersuchten Altersklassen.

Eine signifikante Anzahl täglich rauchender Schüler/innen findet sich praktisch nur unter den 15-Jährigen mit 13,8%. Aber auch hier kann ein positiver Abnahmetrend festgestellt werden: 2005 lag der Anteil unter den 15-Jährigen bei 21,1%.

Festzustellen bleibt, dass in der Lebensphase zwischen 11 und 15 Jahren entscheidende Veränderungen in der Einstellung und im Verhalten selbst stattfinden. Auch wenn ein Abnahmetrend vorliegt, so besteht trotzdem noch ein Unterschied von 29,6% zwischen der Nichtrauchergruppe der 11-Jährigen und der der 15-Jährigen.

Welche Faktoren hier die Veränderung beeinflussen, wurde weiter unten mit einigen Kreuztabellenberechnungen zu ergründen versucht.

Tabelle 6.1: „Wie oft rauchst du derzeit“ und Vergleich mit der HBSC-Studie 2005/06

	11 Jahre		13 Jahre		15 Jahre	
	% (N)	HBSC 2005-06 %	% (N)	HBSC 2005-06 %	% (N)	HBSC 2005-06 %
Jeden Tag	0.0 (0)	1.6	2.5 (20)	5.9	13.8 (85)	21.1
Mindestens ein Mal in der Woche	0.3 (3)	1.1	3.3 (26)	4.4	6.2 (38)	9.1
Weniger als ein Mal in der Woche	1.2 (10)	3.9	6.2 (49)	8.5	11.1 (68)	12.3
Ich rauche nicht	98.5 (850)	93.4	88.0 (694)	81.2	68.9 (423)	57.5
Insgesamt	100 (863)	100	100 (789)	100	100	100

Stellt man die Frage nach Raucherfahrungen im Lebenszeitraum, wird ersichtlich, dass gerade bei den 15-Jährigen mehr als die Hälfte zustimmend antwortet (58,1%). Aktuelle Raucher/innen finden sich aber bedeutend weniger (31,1%).

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind bei den aktuellen Raucher/innen vergleichsweise gering. Wir finden unter Mädchen und Burschen praktisch gleich viele Raucher/innen bzw. Nichtraucher/innen.

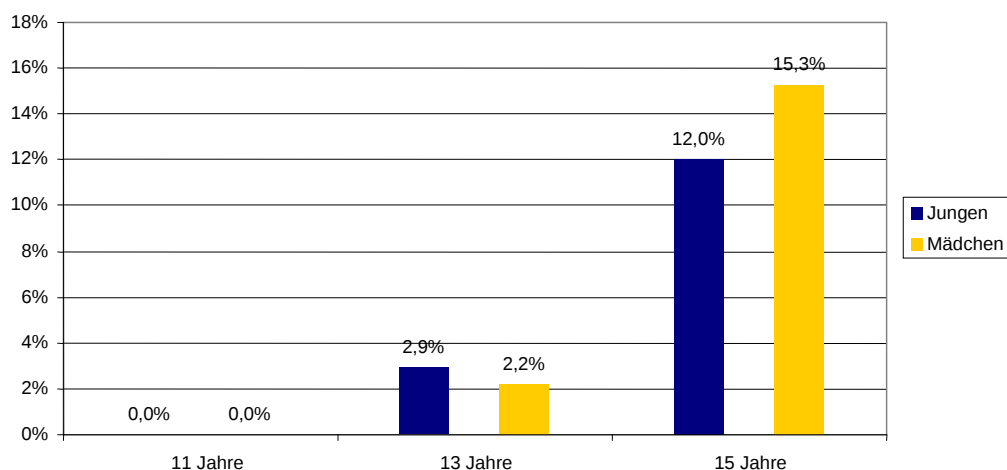
Unter den 15-Jährigen finden sich 18,9% Burschen und 20,9% Mädchen, die zumindest einmal pro Woche rauchen. Damit liegen die Burschen etwas unter dem italienischen Durchschnitt (19,08%), die Mädchen etwas darüber (19,42%). Allerdings standen hier nicht allzu große Fallzahlen zur Verfügung (n=123).

Bemerkenswert ist, dass unter ladinischen Schüler/innen kein/e einzige/r angab, Raucher/in zu sein, während es bei deutsch- und italienischsprachigen Schüler/innen ungefähr gleich viel sind. Möglicherweise kann das aber auch auf die kleine Fallzahl bei den Ladinern zurückzuführen sein.

Zwischen dem familiären Wohlstand und dem Rauchverhalten wurden keine bedeutenden Zusammenhänge ersichtlich.

Zusammenhänge finden sich bei den vorhandenen Daten bezüglich Rauchverhalten und Kommunikationsverhalten im innerfamiliären Bereich: Unter den befragten Jugendlichen, die sich leicht tun, mit dem Vater und der Mutter zu reden, finden sich mehr Nichtraucher/innen (91% bzw. 88,1%) als bei der Gruppe, die sich schwer tut, mit Vater und Mutter zu sprechen (81,8% bzw. 81,4%). Im Vergleich zu anderen Korrelationen, die gefunden wurden, sind die Unterschiede aber nicht so groß.

Abbildung 6.1 - Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag zu rauchen, nach Alter und Geschlecht



Während bei den Opfern von Mobbing keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen erlittener Gewalt und Rauchverhalten zu finden sind, sind diese bei den Tätern recht gut ersichtlich: In der Gruppe der Schüler/innen, die mobben, finden wir deutlich mehr Raucher/innen (26,2%) als unter denen, die nie mobben (9,8%).

Ebenso finden sich Zusammenhänge zwischen dem Gefühl, sich der eigenen Schule zugehörig zu fühlen, und dem Rauchverhalten. Während bei der Gruppe der Schüler/innen, die angeben, sich der Schule zugehörig zu fühlen, 70,5% Nichtraucher/innen zu finden sind, sind es bei der Gruppe, die die Schulzugehörigkeit nicht spürt, 52,2%.

Weitere signifikante Zusammenhänge finden sich bei Stressempfinden und den schulischen Leistungen. In der Gruppe der Schüler/innen, die aufgrund ihrer schulischen Arbeit keinen Stress empfinden, finden sich 90,5 % Nichtraucher/innen, während bei der Gruppe jener, die sich aufgrund der schulischen Arbeit sehr gestresst fühlen, der Anteil der Nichtraucher/innen auf 73,9% sinkt.

Die Vermutung liegt nahe, dass bei letzterer Gruppe öfter Nikotin eingesetzt wird, um den eigenen erhöhten Stresspegel zu regulieren.

Bei den schulischen Leistungen, die nicht auf Eigeneinschätzung beruhen, sondern aufgrund von Lehrer/innenbewertungen ermittelt wurden, werden die Unterschiede noch deutlicher.

Bei der Gruppe der Schüler/innen, die laut ihren Lehrpersonen sehr gute Leistungen erbringen, liegt der Nichtraucher/innen/anteil bei 94%. Bei den Schüler/innen, die mit ihren Leistungen unter dem Durchschnitt liegen, sinkt der Nichtraucher/innen/anteil auf 62,5%. In dieser Gruppe finden wir 31,3% Raucher/innen, die täglich oder „einmal oder öfter pro Woche“ rauchen, während es bei den Schüler/innen mit sehr guten Leistungen 2%, bzw. 3,8% bei denen mit guten schulischen Leistungen sind.

Auch hier liegt der Schluss nahe, dass leistungsschwache Schüler/innen über die Wirksubstanz Nikotin die eigene psychische Befindlichkeit regulieren. Während die leistungsstarken Schüler/innen positive Anerkennungen über guten Noten erhalten, steigt die leistungsschwache Gruppe auf einen substanzbezogenen positiven Verstärker um.

Tabelle 6.2 - Häufigkeit des Tabakkonsums und von den Lehrpersonen bewertete schulische Leistungen

	Sehr gut	% (N)	Gut	% (N)	Durchschnitt	% (N)	Unter dem Durchschnitt	% (N)	Insgesamt	% (N)
Ich rauche nicht	94.0	(410)	91.7	(858)	80.1	(599)	62.5	(70)	86.8	(1937)
Weniger als ein Mal in der Woche	3.9	(17)	4.5	(42)	8.2	(61)	6.3	(7)	5.7	(127)
Mindestens ein Mal in der Woche	1.1	(5)	1.6	(15)	4.1	(31)	12.15	(14)	2.9	(65)
Jeden Tag	0.9	(4)	2.2	(21)	7.6	(57)	18.8	(21)	4.6	(103)
Insgesamt	100	(436)	100	(936)	100	(748)	100	(112)	100	(2232)

Betrachtet man die Ergebnisse nur der 15-Jährigen, so werden die Unterschiede noch deutlicher. Bei den Schüler/innen die mit ihren Leistungen unter dem Durchschnitt liegen, liegt der Nichtraucher/innen/anteil bei 34,1%, während er bei den Schüler/innen mit sehr guten Leistungen mit 78,4%, bzw. 77,9% bei denen mit guten schulischen Leistungen mehr als doppelt so hoch ist.

Tabelle 6.3 – „Wie viele Zigaretten hast du in den letzten 30 Tagen geraucht?“

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nie	98.4 (844)	88.6 (691)	67.5 (414)
Weniger als 1 Zigarette pro Woche	1.2 (10)	4.7 (37)	9.5 (58)
Weniger als 1 Zigarette pro Tag	0.2 (2)	2.2 (17)	4.1 (25)
1-5 Zigaretten pro Tag	0.1 (1)	1.0 (8)	8.0 (49)
6 oder mehr Zigaretten pro Tag	0.1 (1)	3.5 (27)	10.9 (67)
Insgesamt	100 (858)	100 (780)	100 (613)

6.1.2 Alkoholkonsum

Der Alkoholkonsum unter den Jugendlichen darf nicht unterschätzt werden. Einigen Autoren zufolge besteht ein Zusammenhang zwischen der Initiation im Jugendalter und dem Missbrauch im Erwachsenenalter (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001). Andere Autoren betrachten den Alkoholkonsum in der Jugend als Phase ihres kulturellen Parcours, ohne dass dies notwendigerweise zu einem zeichnenden Problem im Erwachsenenalter führen muss (Engels, 2000, 2006).

Die HBSC-Studien von 2005/2006 und von 2009/2010 erheben auch den Alkoholkonsum der Südtiroler Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren. Vergleicht man die Häufigkeit des Alkoholkonsums über diese zwei Zeitpunkte hinweg, sinkt diese in allen 3 Altersgruppen von 11, 13 und 15 Jahren. Insgesamt wächst die Gruppe der Jugendlichen, die nie trinken, um 10,3% auf 56,5%. Diese Entwicklung kommt v.a. deswegen zustande, weil sich die abstinente Gruppe bei den 11- und 13-Jährigen erhöht. Hier scheinen Präventionsmaßnahmen, Jugendschutz und verstärkte Kontrollen zu wirken.

Bei den 15-Jährigen sind diejenigen, die nie trinken, mit 14,3% eindeutig in der Minderheit. Das zeigt u.a. auch, dass hier der Jugendschutz überhaupt nicht greift, vielleicht auch aufgrund der Entwicklungen der letzten Jahre im Jugendalter gar nicht mehr greifen kann.

Auch hier kann (noch stärker als beim Nikotin) festgestellt werden, dass in der Lebensphase zwischen 11 und 15 Jahren entscheidende Veränderungen im Alkoholtrinkverhalten stattfinden, die auch

damit zusammenhängen, dass in vielen jugendlichen Kontexten „trinken lernen“ bzw. „trinken können“ zu einer der Voraussetzungen geworden ist, um teilhaben zu dürfen.

Bei den Konsumfrequenzen zeigt sich, dass der tägliche Konsum in allen 3 Altersgruppen auch aufgrund der niedrigen Fallzahlen zu vernachlässigen ist.

39,1% der befragten 15-Jährigen trinken einmal pro Woche (vermutlich am Wochenende), 44,4% einmal pro Monat oder seltener.

Bei den befragten 13-Jährigen trinken 5,7% einmal pro Woche, 35,5% einmal im Monat oder seltener. Die Zahl der Nichttrinker/innen steigt in dieser Altersgruppe im Vergleich zur letzten Studie auf 57,4 (14,5% plus) am meisten an.

Auch bei den befragten 11-Jährigen sind die Nichttrinker um 12,7% auf 86,5% angestiegen. Die Gruppe, die in diesem Alter Konsumerfahrungen mit Alkohol angibt, macht das selten und weniger als einmal im Monat (11%), vermutlich zu besonderen Anlässen.

Vergleicht man die Werte der Südtiroler Jugendlichen, die mindestens einmal Mal pro Woche trinken, mit den nationalen italienischen Mittelwerten, so liegen die 11- und 13-Jährigen eindeutig unter dem italienischen Durchschnitt: Unter den Südtiroler 11-Jährigen finden sich statistisch nicht relevante Zahlen (0,7% männlich, und 0,4% weiblich), während der italienische Mittelwert bei 9,93% bei den Burschen und 3,45 bei den Mädchen liegt. Bei den 13-Jährigen sind es in Südtirol 8,7% der Burschen und 5,7% der Mädchen, die italienischen Mittelwerte liegen mit 16,82% bzw. 8,7% doppelt so hoch.

Bei den 15-Jährigen liegen die Konsumwerte in Südtirol hingegen über dem italienischen Durchschnitt. 43,7% der Burschen und 39,3% der Mädchen geben an, zumindest einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Der italienische Mittelwert liegt bei den Burschen bei 39,61%, der Mädchen bei 23,51%.

Tabelle 6.4 „Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier oder Wein oder hochprozentige Getränke?“

	11 Jahre % % (N)	HBSC 2005-06 %	13 Jahre % % (N)	HBSC 2005-06 %	15 Jahre % % (N)	HBSC 2005-06 %
Jeden Tag	0.2 (2)	1.3	1.4 (11)	2.9	2.1 (13)	3.2
Jede Woche	0.4 (3)	2.8	5.7 (44)	11.9	39.1 (241)	45.7
Jeden Monat	1.9 (16)	2.8	8.1 (63)	11.7	22.2 (137)	19.2
Selten	11.0 (93)	19.3	27.4 (212)	30.6	22.2 (137)	18.9
Nie	86.5 (728)	73.8	57.4 (444)	42.9	14.3 (88)	13.0
Insgesamt	100 (842)	100	100 (774)	100	100 (616)	100

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind auch in Bezug auf den Alkoholkonsum vergleichsweise gering. Wir finden unter Mädchen und Burschen praktisch gleich viele Alkoholkonsumerfahrene wie Abstinente. Mehrere Studien führen diesen Umstand darauf zurück, dass in gleichberechtigten, „gegenderten“ Gesellschaften Mädchen auf gleicher Augenhöhe wie Jungen am öffentlichen Leben teilhaben dürfen.

Tabelle 6.5 – Zusammenfassender Index des Alkoholkonsums (Anzahl der konsumierten alkoholischen Einheiten) nach Geschlecht

	Jungen % (N)	Mädchen % (N)	Insgesamt % (N)
1 jeden Tag	1.7 (18)	0.7 (8)	1.2 (26)
1 jede Woche	13.0 (137)	12.8 (151)	12.9 (288)
1 jeden Monat	9.1 (96)	10.2 (120)	9.7 (216)
Selten	21.3 (224)	18.5 (218)	19.8 (442)
Kein Getränk	54.9 (578)	57.8 (682)	56.5 (1260)
Insgesamt	100 (1053)	100 (1179)	100 (2232)

Tabelle 6.6 – „An welchen Tagen hast du in der letzten Woche alkoholische Getränke konsumiert?“

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nie	96.4 (822)	83.6 (654)	40.5 (249)
Nur Montag-Freitag	1.4 (12)	3.1 (24)	4.6 (28)
Nur Samstag und Sonntag	1.6 (14)	9.6 (75)	40.7 (250)
Sowohl unter der Woche als auch am Wochenende	0.4 (3)	3.2 (25)	12.9 (79)
Immer	0.2 (2)	0.5 (4)	1.3 (8)
Insgesamt	100 (853)	100 (782)	100 (614)

Bei deutsch- und italienischsprachigen Schüler/innen finden sich in allen Kategorien ungefähr gleich viele Konsumerfahrene wie Abstinente. Unter ladinischen Schüler/innen finden sich aber um mehr als ein Viertel mehr Abstinente. Eine eindeutige Erklärung dafür steht aus. Entweder haben die kleineren Fallzahlen einen Einfluss oder die befragten Schüler/innen genießen innerhalb des schulischen Kontextes besondere Schutzfaktoren (Schulklima, Schulzufriedenheit, Präventionsprojekte, o.ä.).

Werden die Jugendlichen befragt, wie oft sie so viel Alkohol getrunken haben, dass sie richtig betrunken waren, so verringert sich die Anzahl der Alkoholräusche von 2005 auf 2009 in allen drei Altersgruppen bei allen 4 Antwortmöglichkeiten, während diejenigen, die keine Erfahrungen mit Alkoholrausch haben, zunehmen.

Bemerkenswert sind mit einem Minus von 16,8% die beträchtlichen Rückgänge der Rauscherfahrungen in der Altersgruppe der 15-Jährigen und die Halbierung der Risikogruppe mit mehr als 10 Rauschen von 14,5% auf 7,2%. Trotzdem liegen die Südtiroler Jugendlichen mit diesen Werten im Vergleich mit den anderen italienischen Regionen noch ganz vorne. Bei den Mädchen sogar ganz deutlich. Wie bereits weiter oben angeführt, mag neben der leichten Erhältlichkeit der gleichberechtigte Zugang zum öffentlichen Leben mit ein Grund dafür sein, dass Südtiroler Mädchen hier höhere Konsumwerte aufzeigen als ihre Altersgenossinnen in Kampanien, Kalabrien oder Sizilien.

Bei den 11-Jährigen, die oft im medialen Rampenlicht landen, sind die Fallzahlen der Rauscherfahrungen unter dem statistisch signifikanten Wert von 30.

Tabelle 6.7 „Wie oft hast du dich bis zum Rausch betrunken?“

	11 Jahre %		13 Jahre %		15 Jahre %	
	(N)	HBSC 2005-06	(N)	HBSC 2005-06	(N)	HBSC 2005-06
Nie	96.8 (798)	92.7	87.5 (684)	74.6	53.6 (328)	36.8
1 Mal	2.4 (20)	4.3	7.3 (57)	10.8	13.1 (80)	14.5
2-3 Mal	0.5 (4)	1.3	3.6 (28)	8.4	17.1 (105)	21.4
4-10 Mal	0.0 (0)	0.5	0.6 (5)	2.9	9.0 (55)	12.8
Mehr als 10 Mal	0.2 (2)	1.2	1.0 (8)	3.3	7.2 (44)	14.5
Insgesamt	100 (824)	100	100 (782)	100	100 (612)	100

Unter Mädchen (83,1%) finden sich etwas mehr Rauschunerfahrene als unter Burschen (79,9%). Unter denen, die „mehr als 10 Mal“ berauscht waren, sind weniger als halb so viel Mädchen (1,5%) als Burschen (3,5%).

Tabelle 6.8 - Häufigkeit der Rauscherfahrung nach Geschlecht

	Jungen % (N)	Mädchen % (N)	Insgesamt % (N)
Nein, nie	79.9 (829)	83.1 (981)	81.6 (1810)
Ja, 1 Mal	7.9 (82)	6.4 (75)	7.1 (157)
Ja, 2-3 Mal	6.0 (62)	6.4 (75)	6.2 (137)
Ja, 4-10 Mal	2.8 (29)	2.6 (31)	2.7 (60)
Ja, mehr als 10 Mal	3.5 (36)	1.5 (18)	2.4 (54)
Insgesamt	100 (1038)	100 (1180)	100 (2218)

18,4% der deutschsprachigen Jugendlichen geben an, zumindest einmal in ihrem Leben berauscht gewesen zu sein. Dieser Anteil ist bei den italienischsprachigen Jugendlichen mit 12,1% etwas geringer. Bei den ladinischsprachigen Jugendlichen liegt der Prozentanteil mit 4,2% deutlich niedriger, was wiederum damit zu tun hat, dass die Fallzahl der ausschlaggebenden 15-Jährigen sehr klein ist und eine Aussage fast nicht zulässt.

Zusammenhänge lassen sich bei den vorhandenen Daten bezüglich Alkoholkonsum im innerfamiliären Bereich finden. Bei den Schüler/inne/n, die in der „Skala zum Wohlstand der Familien“ hoch zugeordnet werden, finden wir bei allen Konsumfrequenzen leicht höhere Prozentsätze an Konsumierenden als bei denen mit niedriger Wohlstandsskala.

Unter Schüler/inne/n, die in der „Skala zum Wohlstand der Familien“ niedrig zugeordnet werden, finden sich mit 64,1% um 14% mehr Abstinente als bei denen mit hoher Wohlstandsskala (50,1%). Unter den befragten Jugendlichen, die sich leicht tun, mit dem Vater und der Mutter zu reden, finden sich mehr Abstinente (64,6% bzw. 58,5%) als bei der Gruppe, die sich schwer tut, mit Vater und Mutter zu sprechen (45,7% bzw. 47,4%).

Ähnlich gelagert sind die Daten zur Kommunikation mit den Eltern, wenn sie mit den Alkoholrauscherfahrungen verknüpft werden: Unter Jugendlichen, die sich leicht tun mit dem Vater und der Mutter zu reden, finden sich mehr, die nie berauscht waren (86,1% bzw. 83,5%), als unter denen, die sich schwer tun, mit Vater und Mutter zu sprechen (76,2% bzw. 74,1%).

Ähnlich wie beim Rauchen finden wir bei den Opfern von Mobbing keine eindeutigen Korrelationen zwischen erlittener Gewalt und Alkoholkonsum.

Ebenso finden sich aber in der Gruppe der Schüler/innen, die mobben, deutlich mehr Alkoholkonsumenten (58,5%) als unter denen, die nie mobben (38,8%).

Das gilt auch für die Rauscherfahrten: unter denjenigen, die häufig mobben, sind mehr als doppelt so viele Rauscherfahrere zu finden (35,2%) als unter denen, die nie mobben (14,3%).

Weitere signifikante Zusammenhänge finden sich bei Stressempfinden und den schulischen Leistungen. In der Gruppe der Schüler/innen, die wegen ihrer schulischen Arbeit keinen Stress empfinden, finden sich mehr als doppelt so viele, die nicht trinken (69,7%), als bei denen mit hohem Stressempfinden (31%)

Tabelle 6.9 - Zusammenfassender Index des Alkoholkonsums und Stressempfindens wegen der schulischen Arbeit

	Überhaupt nicht % (N)	Etwas % (N)	Ziemlich % (N)	Viel (N)	Insgesamt % (N)
1 jeden Tag	1.2 (5)	1.2 (15)	0.5 (2)	2.8 (4)	1.2 (26)
1 jede Woche	7.9 (33)	10.4 (127)	19.3 (81)	29.6 (42)	12.9 (283)
1 jeden Monat	5.0 (21)	9.3 (114)	14.3 (60)	13.4 (19)	9.7 (214)
Selten	16.1 (67)	19.4 (237)	24.1 (101)	23.2 (33)	19.9 (438)
Kein Getränk	69.7 (290)	59.6 (728)	41.8 (175)	31.0 (44)	56.3 (1237)
Insgesamt	100 (416)	100 (1221)	100 (419)	100 (142)	100 (2198)

Bei den Konsumfrequenzen finden sich in der Gruppe, die einmal pro Woche trinken, mehr als dreimal so viele mit hohem Stressempfinden. Das würde die These des Frustrinkens am Wochenende bestätigen.

In der Gruppe der Schüler/innen, die wegen ihrer schulischen Arbeit keinen Stress empfinden, haben 87,1% keine Rauscherfahrten; dieser Wert fällt auf 61,7% bei denen mit hohem Stressempfinden.

Bei den schulischen Leistungen, die nicht auf Eigeneinschätzung beruhen, sondern aufgrund von Lehrer/innenbewertungen ermittelt wurden, zeigen sich ähnliche Unterschiede.

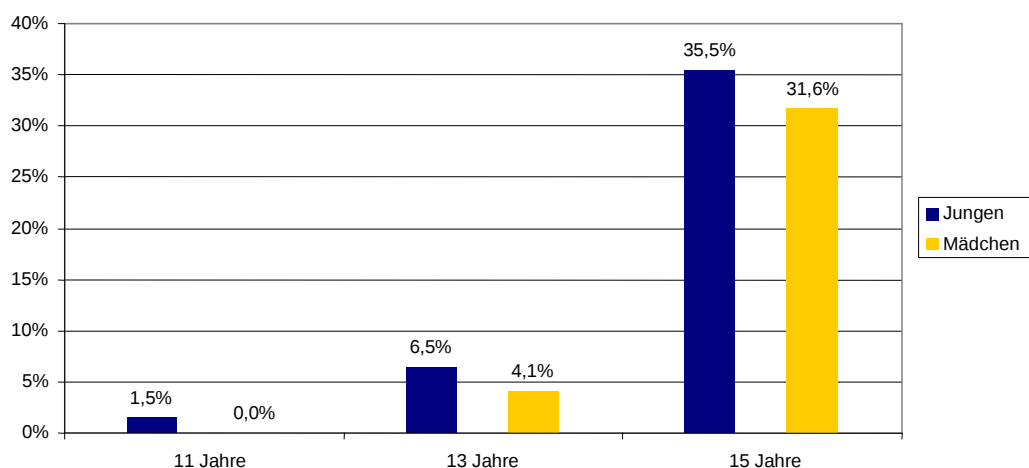
Bei der Gruppe von Schüler/inne/n, die laut ihren Lehrpersonen sehr gute Leistungen erbringen, sind 71,4% alkoholabstinente. Bei den Schüler/inne/n die mit ihren Leistungen unter dem Durchschnitt liegen, sinkt der Anteil der Alkoholabstinenten auf 38,7%. In dieser Gruppe finden wir 27,9%, die „einmal in der Woche“ trinken, während es bei den Schüler/inne/n mit sehr guten Leistungen 6,6%, bzw. 10,3% bei denen mit guten schulischen Leistungen sind.

Auch hier liegt der Schluss nahe, dass leistungsschwache Schüler/innen über den Alkoholkonsum die eigene psychische Befindlichkeit regulieren. Die Ergebnisse bestärken die These des Frustrinkens am Wochenende.

Weiter bestätigt wird die These des Frustrinkens, wenn man die Korrelationen zwischen Schulleistungen und Alkoholberauschungen betrachtet.

Zählt man die Gruppen der mehr als einmaligen Rauscherfahrten (also mindestens zwei Mal) zusammen, so erreicht man bei den sehr guten Schüler/inne/n einen Wert von 3,3%, bei den guten Schüler/inne/n sind es 8,3%, bei den Schüler/inne/n unter dem Durchschnitt verzehnfacht sich der Wert im Vergleich zur ersten Gruppe auf 32,7%.

Abbildung 6.2. - Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, sich zwei Mal oder öfters betrunken zu haben, nach Alter und Geschlecht



6.1.3 Cannabiskonsum

Die Frage zu einem eventuellen Cannabiskonsum wurde nur den 15-Jährigen gestellt. Auch hier gibt es wie beim Tabakkonsum einen deutlichen Trend zu einer Konsumabnahme. 85,5% der Befragten geben an, noch nie Cannabis geraucht zu haben, bei der Befragung 2006 waren es 73,3%. Dabei finden sich etwas mehr Mädchen als Burschen.

Tabelle 6.10 „Wie oft hast du in deinem Leben Cannabis geraucht?“ (nur 15-Jährige)

	Jungen %	HBSC 2005-06	Mädchen %	HBSC 2005-06	Insgesamt %	HBSC 2005-06
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Nie	82.1 (225)	73.0	88.2 (300)	73.6	73.3	85.5 (525)
1 oder 2 Mal	6.9 (19)	8.2	6.8 (23)	9.8	9.1	6.8 (42)
3-5 Mal	4.0 (11)	4.4	2.1 (7)	2.2	3.2	2.9 (18)
6-9 Mal	1.8 (5)	2.0	0.9 (3)	3.5	2.8	1.3 (8)
10-19 Mal	1.8 (5)	2.2	0.3 (1)	2.0	2.1	1.0 (6)
20-39 Mal	1.5 (4)	1.5	0.9 (3)	2.0	1.8	1.1 (7)
Mehr als 1 Mal am Tag	1.8 (5)		0.9 (3)			1.3 (8)
Insgesamt	100 (274)	100	100 (340)	100	100 (614)	100

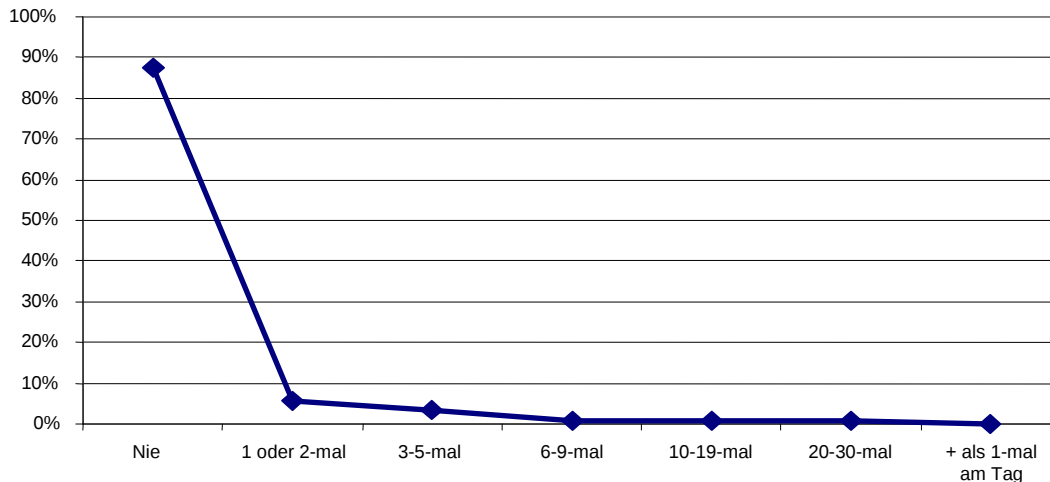
14,5% der befragten 15-jährigen Schüler/innen, 17,9% der Jungen und 11,8% der Mädchen, geben an, schon einmal in ihrem Leben Cannabis geraucht zu haben.

Dieser Wert verringert sich, wenn die Frage nach Konsumerfahrungen auf die letzten 12 Monate (12,5%) bzw. auf die letzten 30 Tage (4,6%) eingegrenzt wird. In beiden Fällen sind die Burschen

(16,1% in den letzten 12 Monaten, 6,6% in den letzten 30 Tagen) stärker vertreten als die Mädchen (9,5% in den letzten 12 Monaten, 3% in den letzten 30 Tagen).

Laut vorliegender Untersuchung finden wir unter den 15-jährigen Schüler/innen praktisch keine regelmäßig stark konsumierenden Cannabiskonsument/innen.

Abbildung 6.3 - Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, in den letzten 12 Monaten Cannabis geraucht zu haben



24,8% der italienischsprachigen Jugendlichen geben an, einmal in ihrem Leben Cannabis geraucht zu haben. Dieser Anteil ist bei den deutschsprachigen Jugendlichen mit 12,3% halb so groß, während bei den ladinischsprachigen Jugendlichen die Fallzahl zu niedrig lag, um eine Aussage tätigen zu können.

Zwischen dem familiären Wohlstand und dem Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen wurden keine bedeutenden Zusammenhänge ersichtlich.

Keine eindeutigen Aussagen lassen sich in Zusammenhang mit der Kommunikation mit den Eltern tätigen. Während unter den befragten Jugendlichen, die sich leicht tun, mit dem Vater zu reden, sich etwas mehr finden, die in den letzten 30 Tagen Cannabis geraucht haben (5,1%), als bei der Gruppe, die sich schwer tut (3,5%), finden wir bei den Jugendlichen, die sich leicht tun, mit der Mutter zu sprechen (4,6%) praktisch gleich viele wie bei denen, die sich schwer tun (4,8%). Bemerkenswert ist aber, dass laut den Fallzahlen bedeutend mehr angeben, sich leicht tun mit der Mutter (n=432) zu unterhalten als mit dem Vater (n=241).

Während bei den Opfern von Mobbing keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen erlittener Gewalt und Cannabiskonsum zu finden sind, sind diese bei den Tätern recht gut ersichtlich: In der Gruppe der Schüler/innen, die mobben, finden wir deutlich mehr Cannabiserfahrene (38,7%) als unter denen, die nie mobben (12,3%). Ebenso finden sich mehr Mobbingtäter unter denen, die angaben, in den letzten 12 Monaten (35,5%) bzw. 30 Tagen (9,7%) geraucht zu haben, als unter denen, die nicht mobben (12 Monate: 9,7%, 30 Tage: 4,2%).

Zusammenhänge finden sich zwischen dem Umstand, sich der eigenen Schule zugehörig zu fühlen, und den Cannabiserfahrungen. Während bei der Gruppe der Schüler/innen, die sich der Schule zugehörig fühlen, 13% angeben, Erfahrungen mit Cannabis zu haben, sind es bei der Gruppe, die die Schulzugehörigkeit nicht empfinden mit 28,9% mehr als doppelt so viel. Ähnliche Unterschiede im Zusammenhang mit Schulzugehörigkeit finden sich auch zwischen denen, die in den letzten 12 Monaten (21,7%) bzw. 30 Tagen Cannabis geraucht (10,9%) haben oder abstinent waren (11,2% bzw. 4,1%).

Weitere signifikante Zusammenhänge finden sich bei Stressempfinden und den schulischen Leistungen. In der Gruppe der Schüler/innen, die aufgrund ihrer schulischen Arbeit keinen Stress empfinden, finden sich 82,4%, die nie Cannabis geraucht haben (bzw. 83,8% in den letzten 12 Monaten, 91,9% in den letzten 30 Tagen), während bei der Gruppe die sich aufgrund der schulischen Arbeit sehr gestresst fühlen, der Anteil auf 73,8% (bzw. 78,1% in den letzten 12 Monaten, 88,7% in den letzten 30 Tagen) sinkt.

Bei der Gruppe von Schüler/inne/n, die laut ihren Lehrpersonen sehr gute Leistungen erbringen, haben 90,9% keine Cannabiserfahrungen. Bei den Schüler/inne/n, die mit ihren Leistungen unter dem Durchschnitt liegen, sinken die Cannabiserfahrungen auf 53,7%.

Die Unterschiede bestehen auch, wenn man die Konsumerfahrungen in den letzten 12 Monaten und in den letzten 30 Tagen vergleicht. Auch da haben gute Schüler/innen deutlich höhere Abstinenzquoten (92,2% in den letzten 12 Monaten, 97,4% in den letzten 30 Tagen) als Schüler/innen unter dem Durchschnitt (58,5% in den letzten 12 Monaten, 77,5% in den letzten 30 Tagen).

6.2 Sexualverhalten

Das Sexualleben nimmt nicht nur wegen seines Einflusses auf das intellektuelle Wachstum und die Entwicklung der Jugendlichen eine beachtliche Bedeutung ein (Raphael, 1996; Wellings, 2006), sondern auch aufgrund der eventuellen gesundheitlichen Konsequenzen: Die Geschlechtskrankheiten und unerwünschten Schwangerschaften von Minderjährigen gehören in aller Welt zu den größten sozialen und wirtschaftlichen Jugendproblemen (World Bank, 1993). Insbesondere in Bezug auf die Geschlechtskrankheiten sind der WHO zufolge die Jugendlichen eine der risikobehaftetsten Gruppen: Von den 333 Millionen jedes Jahr weltweit geschätzten Fallzahlen (AIDS ausgeschlossen) betreffen 111 die Jugendlichen unter 25 Jahren mit einer höheren Frequenz unter den Mädchen als unter den gleichaltrigen Jungen.

Die WHO schätzt ebenfalls, dass innerhalb 2025 16 Millionen Kinder von Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren geboren werden (WHO, 1998). Diesen Ereignissen kann, falls sie unerwünscht sind, durch zwischen Schule, Familie und Gesundheitseinrichtungen koordinierte Maßnahmen vorgebeugt werden. Für die Entwicklung von effizienten Erziehungsmaßnahmen müssen jedoch die Art und das Ausmaß des Phänomens verstanden werden und sind Determinanten ermitteln, die die Jugendlichen zu Risikoverhalten veranlassen.

Die Fragen, die nur den 15-Jährigen gestellt wurden, stammen von der Youth Risk Behaviour Survey (YRBS), der amerikanischen Studie, die von den CDC von Atlanta gefördert wird (Brener, 1995).

Auf die Frage, ob die Mädchen bereits ihre Menarche erlebt haben, verneinen 89.9% der 11-Jährigen und bejahen 10.1%.

Ganz anders präsentieren sich die Zahlen bei der Befragung der 13-Jährigen: dort bejahen 77.1% der Befragten. Im Alter von 15 Jahren haben bereits 96.8% aller befragten jungen Frauen ihre erste Menstruation erlebt.

Diese Zahlen entsprechen auch anderen europäischen Erhebungen, die belegen, dass der Großteil der Mädchen ihre erste Menstruation im Alter von 11, 12 und 13 Jahren erlebt. Von den insgesamt 589 Befragten (323 weibliche und 266 männliche Jugendliche) geben 25,5% an, Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Dies bedeutet im Vergleich zur letzten Studie 2006 einen Rückgang von 6%. Der Unterschied bei den Geschlechtern zeigt sich folgendermaßen: von den 150 jungen Menschen mit Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr sind dies 82 junge Frauen und 68 junge Männer.

Insgesamt bildet die Gruppe der Jugendlichen mit Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr rund ein Viertel der Befragten. Die Mehrheit der 15-Jährigen geben an, diese sexuelle Erfahrung im Alter von 15 Jahren gesammelt zu haben: 48,6% waren bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr 15 Jahre alt, 30,6% 14 Jahre alt, 12,6% 13 Jahre alt.

Als Alter für ihren ersten Kontakt geben 4,4% der Jungs an, dass sie 11 Jahre alt und jünger waren bei ihrem „ersten Mal“, vergleichbare Zahlen in dieser Altersstufe fehlen bei den Mädchen.

Als 12-Jährige haben 4.4% der Jungs und 2,4% der Mädchen ersten Geschlechtsverkehr erlebt. Als 13-Jährige dann ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen den Geschlechtern: 13.2% der Jungs und 12.2% der Mädchen.

Im Vergleich zu den Zahlen von 2006 zeigt sich bei den Jungs ein leichter Trend zu einem früheren Einstiegsalter zu Geschlechtsverkehr (4,4% 11 und jünger 2010 im Vergleich zu 2,8% 2006) sowie bei beiden Geschlechtern im 12. und 13. Lebensjahr: bei den Jungs 2006 0,9% mit 12 Jahren, 2010 4,4%; mit 13 Jahren 2006 4,6% und 2010 13,2% und bei den Mädchen 2006 0,6%, 2010 2,4% mit 12 Jahren und mit 13 Jahren 8,4% 2006 und 12,2% 2010.

Tabelle 6.11 „Hast du bereits Geschlechtsverkehr gehabt? (bezeichnet auch als „Sex haben“, „schlafen mit“, ...)“ (nur 15-Jährige)

	Jungen %	Mädchen %	Insgesamt %
	(N)	(N)	(N)
Ja	25.46 (69)	25.08 (82)	25.25 (151)
Nein	74.54 (202)	74.92 (245)	74.75 (447)
Insgesamt	100 (271)	100 (327)	100 (598)

Außerdem wurde die Verwendung des Kondoms zur Verhütung von unerwünschten Schwangerschaften und der Übertragung von Geschlechtskrankheiten allgemein untersucht. Internationale Studien haben erwiesen, dass Jugendliche bei generellen Fragen zu ihren gesundheitsrelevanten Gewohnheiten mehr schützende Verhaltensweisen vorgeben als es in Wirklichkeit der Fall ist; dies betrifft gerade auch die Verwendung des Kondoms (AAVV, 2004). Aus diesem Grund sollten die Jugendlichen unserer Stichprobe nicht angeben, wie oft sie in ihrem Sexualleben mit Kondom verhütet haben, sondern, ob sie es beim letzten Geschlechtsverkehr verwendet haben.

78.0% der Jugendlichen hat bei seinem/ihrer letzten Geschlechtsverkehr mit Kondom verhütet, die Frage nach der Verwendung eines Kondoms bejahen 87.0% der Jungs und 70.4% der Mädchen.

33.1% hat selbst bzw. die Partnerin mit der Pille verhütet. Diese Zahl lässt die Vermutung einer doppelten Verhütung mit Pille und Kondom, wie sie auch aus mehreren anderen internationalen Studien bekannt ist, zu.

Insgesamt 13 Jugendliche von 150 geben an, dass sie nicht sicher sind, welche Methode der Schwangerschaftsverhütung sie selbst bzw. ihr/e Partner/in anwenden.

Tabelle 6.12 „Hast du oder dein Partner bei eurem letzten Geschlechtsverkehr mit Kondom verhütet?“ (nur 15-Jährige, die bereits Geschlechtsverkehr hatten)

	Jungen %	Mädchen %	Insgesamt %
	(N)	(N)	(N)
Ja	86.96 (60)	70.37 (57)	78.00 (117)
Nein	13.04 (9)	29.63 (24)	22.00 (33)
Insgesamt	100 (69)	100 (81)	100 (150)

In der Studie wird leider nicht explizit nach der Verwendung weiterer hormoneller Verhütungsmethoden wie z.B. dem Vaginalring, dem Verhütungspflaster usw. gefragt. Damit bleibt ein Teil der Praxis junger Menschen in der Verhütung unerfasst. Die Antwortmöglichkeit „eine andere Methode“ wird von 9.0% der Jugendlichen gewählt, leider gibt die Studie keine Möglichkeit zu erfahren welche dies sind.

Die Frage nach der Schwangerschaftsverhütung durch einen Coitus interruptus, also das Herausziehen des Penis vor der Ejakulation, ist eine gefährliche Fragestellung, da diese Methode zu den unzuverlässigen Methoden gehört.

6.3 Unfälle

Infolge der Prävention und Kontrolle der meisten Infektionskrankheiten sind im 20. Jahrhundert die Unfälle zu einer der häufigsten Ursachen für Behinderungen in Kindern ab dem 1. Lebensjahr geworden. Das Unfallrisiko steigt in der Jugend beträchtlich an (NCDPC, 2000), wenngleich die einschlägigen Gründe hierfür noch nicht ausreichend bekannt sind (Scheidt, 1998; Pickett, 2005).

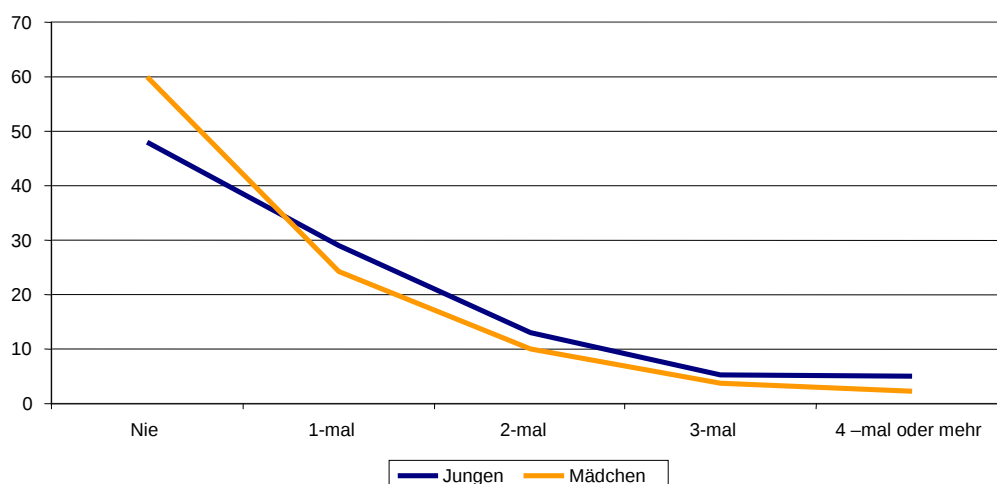
Über die Hälfte der Befragten gibt für die letzten zwölf Monate keine Unfälle an, die eine Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung erforderten; rund ein Viertel erklärt, im letzten Jahr einen Unfall erlitten zu haben (Tabelle 6.9). Zwischen den Sprachgruppen ergeben sich keine bedeutenden Unterschiede.

Wie erwartet sind die Jungen im Vergleich zu den Mädchen stärker unfallgefährdet; 60.1% der Mädchen gegenüber 48.0% der Jungen geben an, keinen Unfall erlitten zu haben, während 24.2% der Mädchen und 29.0% der Jungen einen einzigen erlitten haben.

Tabelle 6.13 „Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten Unfälle erlitten, für die du eine ärztliche oder krankenflegerische Behandlung in Anspruch nehmen musstest?“

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Nie	55.69 (475)	54.58 (429)	52.52 (323)
Ein Mal	27.55 (235)	26.08 (205)	25.37 (156)
2 Mal	9.03 (77)	11.20 (88)	14.47 (89)
3 Mal	3.99 (34)	4.33 (34)	5.04 (31)
4 Mal oder mehr	3.75 (32)	3.82 (30)	2.60 (16)
Insgesamt	100 (853)	100 (786)	100 (615)

Abbildung 6.4 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, in den letzten 12 Monaten einen Unfall erlitten zu haben, nach Geschlecht



6.4 Schlussfolgerungen

In den drei befragten Bereichen zu den Substanzen finden wir einen deutlichen Trend zum Konsumrückgang.

Klar ersichtlich wird auch, dass Schüler/innen, die sich der Schule zugehörig fühlen, weniger Stress verspüren und gute bis sehr gute Erfolge erbringen, deutlich weniger Alkohol, Tabak und Cannabis konsumieren als ihre Mitschüler/innen, die sich der Schule nicht zugehörig fühlen, hohes Stressempfinden rückmelden und Leistungen unter dem Durchschnitt erbringen.

Ebenso wird ersichtlich, dass eine gelungene Kommunikation mit Vater und Mutter zu niedrigen Konsumwerten beiträgt.

Keine Folgen hat laut vorliegenden Werten die Erfahrung gemobbt zu werden auf das Konsumverhalten. Andererseits zeigen Mobbingtäter/innen in allen drei Substanzbereichen erhöhte Werte.

Die vorliegenden HBSC-Daten können auch so interpretiert werden, dass sich – und das wird von einer Reihe von vorliegenden qualitativen Studien bestätigt – grundsätzlich eine Tendenz zur Polarisierung der Trinkgewohnheiten bei Jugendlichen feststellen lässt: Jene Jugendlichen, die moderat trinken, verringern stetig ihren Konsum. Jener prozentuell kleinere Teil von Jugendlichen, der bereits viel und intensiv trinken, steigert weiterhin seine Trinkhäufigkeit und -menge. Jugendliche trinken so viel aufgrund der Zugehörigkeit zu Alterskohorten. Die Jüngeren trinken weniger, die (etwas) Älteren hingegen häufiger und exzessiver; so kann gesagt werden, dass sich der Alkoholkonsum unter den 15-Jährigen grundlegend gewandelt hat (Eisenbach-Stangl E. et al., 2008).

Somit ist ein Rückgang des Alkoholkonsums bei den Jüngeren zu beobachten und eine „Radikalisierung“ der Trinkgewohnheiten bei den etwas Älteren.

In der Literatur spricht man von der „Normalisierung“ des Rauschtrinkens. Zwei wesentliche Voraussetzungen sind für die Normalisierung von Rauschtrinken von entscheidender Bedeutung. Einerseits muss es von der Gesellschaft akzeptiert sein und andererseits muss die Substanz leicht zugänglich sein, was bei Alkohol aufgrund seiner Legalität der Fall ist. Das Phänomen des Rauschtrinkens wird demnach normalisiert, da es zunehmend in der Gesellschaft oder zumindest in Teilen davon akzeptiert wird und die Zugänglichkeit von Alkohol gegeben ist (Starzer, A. et al., 2009).

Eine zweite mögliche Erklärung muss allerdings auch angeführt werden: Im Verlauf der letzten 5 Jahre könnte sich nicht das Merkmal (die Konsumerfahrung jemals im Leben) verändert haben, sondern das Antwortverhalten: Entweder sind Jugendliche nicht mehr so bereit, ehrlich über ihr Konsumverhalten Auskunft zu geben, oder sie antworten so, wie es von ihnen sozial erwünscht wird (Uhl, A., 2009b). Die nächste HBSC-Studie in 4 Jahren wird zeigen, welche Hypothesen sich durchsetzen.

Bibliographie Kapitel 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- als Entwicklung? In: Oerter R. (ed.): *Lebensbewältigung im Jugendalter* (pp. 192-219).
- Anderson, P.; Baumberg, B. (2006): *Alcohol in Europe*. Institute of Alcohol Studies, UK
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Autonome Provinz Bozen - Landesinstitut für Statistik ASTAT (Hrsg): *Jugendstudie 2009* (Bozen 2010)
- Beccaria, F.; Sande, A. (2003): *Drinking Games and Rite of Life Projects: A Social Comparison of the Meaning and Functions of Young People's Use of Alcohol during the Rite of Passage to Adulthood in Italy and Norway*. In: Young, 11. Jg. (2003), S. 99 - 119.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Böhnisch, L. (2008): *Sozialpädagogik der Lebensalter: Eine Einführung*, 5. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München
- Böhnisch, L. (2010): *Abweichendes Verhalten. Eine pädagogisch-soziologische Einführung*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage 2010. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Brehm, J.W. (1966): *A theory of psychological reactance*. Academic Press, New York
- Brener N., Collins J.L., Kann L., Warren C.W., Williams B.I. (1995). Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6): 575-580.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Jugendsexualität 2010* (Köln 2010)

- Cavallo 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.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Dollinger, B. (2005): Drogenkonsum als sinnhafter Bewältigungsmechanismus. Methodologische Anmerkungen zu einer neueren Forschungsperspektive, in: Dollinger, B.; Schneider, W. (Hg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 143-168
- Douglas, M. (2004): Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Fischer, Frankfurt am Main
- Egginton, R.; Williams, L.; Parker, H. (2002): Going out drinking: the centrality of heavy alcohol use in English adolescents' leisure time and poly substance repertoires. In: *Journal of Substance Abuse*, 7. Jg. (2002), H.33, S.125-135.
- Eisenbach-Stangl, I.; Bernardis, A.; Fellöcker, K.; Haberhauer-Stidl, J.; Schmied, G. (2008): Jugendliche Alkoholszenen, Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels 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.
- Epstein, R.: Der Mythos vom Teenager- Gehirn (2008), in: *Gehirn und Geist*, 06, S. 24- 29. Online: <http://www.gehirn-und-geist.de/artikel/912987>.
- Erdheim, M. (2002): Omnipotenz, Rausch und Lust, in: Uhlig, S.; Thiele M. (Hg.): Rausch – Sucht – Lust. Kulturwissenschaftliche Studien an den Grenzen von Kunst und Wissenschaft, Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 121-140
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), "School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
- Gmel, G.; Kuntsche, E.; Wicki, M.; Labhart, F. (2009): Abschlussbericht: Das European school Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007. SFA, Lausanne
- Hurrelmann, K.; Hesse, S. (1991): Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. *Sucht*, 37, 240-252.
- Järvinen, M.; Gundelach, P. (2007): Teenage Drinking, Symbolic Capital and Distinction. In: *Journal of Youth Studies*, 10. Jg. (2007), H.1, S. 55-71.
- Järvinen, M.; Room, R. (Hg.) (2007): *Youth Drinking Cultures: European Experiences*. Ashgate Publishing, Aldershot UK.
- Khantzian, E.J. (1985): The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264
- Koler, P. (2004): Selbstwahrnehmung, Risikofaktoren und Drogenkonsum, in: Autonome Provinz Bozen – Landesinstitut für Statistik (Hrsg.): *Jugendstudie 2004. Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend*. Bozen
- Koler, P. (2006): Berauschend. Über die Jugend, den Alkohol und einiges mehr. , in: Burtscher A.; Kager T. (Hrsg.): *Unerhört: Visionen des jungen Südtirols. Pre visioni del giovane Sudtirolo*. Edition Raetia, Bozen
- Koler, P. (2007): Meinungen und Verhalten der erwachsenen Bevölkerung in Bezug auf Alkohol, in: Autonome Provinz Bozen – Landesinstitut für Statistik (Hrsg.): *Lebensformen und Werthaltungen in Südtirol*. Bozen
- Koler, P. (2008): Berauschende Aussichten. Aufbruch zu einer neuen Präventionskultur, in: *Abhängigkeiten*. Nr. 1/2008, 14. Jahrgang. Lausanne (CH)
- Koler, P.; Trenkwalder A.; Morosetti G. (2005): „Konzept für Tabak-Prävention, -Entwöhnung und -Behandlung in Südtirol“. Autonome Provinz Bozen (Hrsg.). Bozen 2005

- Koller, G.; Baldemair, A.; Guzei, M.; Rettenwander, A.; Strieder, C.; Willfahrt, J. (2003): *Risfleeting Grundlagen, Statements und Modelle zur Rausch- und Risikopädagogik – Ein Studien- und Lesebuch*. Akzente Suchtprävention, Salzburg
- Korte, S. (2007): *Rauschkonstruktionen: Eine qualitative Interviewstudie zur Konstruktion von Drogenrauschkonstruktionen*. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Kuntsche, E. (2001): Radikalisierung? Ein Interpretationsmodell jugendlichen Alkoholkonsums von 1986 bis 1998 in der Schweiz, in: *Sucht* 47, S. 393-403
- Martinic, M.; Marsham, F. (Hg.) (2008): *Swimming with Crocodiles. The culture of Extrem Drinking*. Routledge. ICAP Book Series on Alcohol in Society, London
- Moffitt, T.E. (1993): Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Development Taxonomy. *Psychological Review*, 100, 4, 674-701
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars>. 2000.
- Pape, H.; Rossow, I.; Storvoll, E. (2008): Wetter and Better? Changes in Associations between Drunkenness and Other Problem Behaviors among Norwegian Youth, in: *European Addiction Research* 2. S. 61-70
- Parker, H.; Aldrige, J.; Measham, F. (1998): *Illegal Leisure. The normalization of adolescent recreational drug use*. Routledge, London and New York
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen E., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce WF. (2005). Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 59:213-218.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36(1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Rodriguez-Martos, A. (2006): The Spanish „botellón“, a particular way of bingeing, in: *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 23, S. 137-142
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Schmid, H.; Delgrande Jordan, M.; Kuntsche, E.N.; Kuendig, H.; Annaheim, B. (2008): *Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz (Forschungsbericht Nr. 42, revidierte und aktualisierte Fassung)*. SFA, Lausanne
- Settertobulte, W.; Bruun Jensen, B.; Hurrelmann, K. (2001): *Drinking among young Europeans*, in WHO Policy Series (Hrsg.), *Health policy for children and adolescents. Issue 3*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Silbereisen, R. K.; Kastner, P. (1985): *Entwicklung von Drogengebrauch - Drogengebrauch*
- Starzer, A.; Uhl, A.; Puhm, A.; Strizek, J.; Auracher, U.; Kampusch, A. (2009): *Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich*. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, Wien
- Streek-Fischer, A. (1992): „Geil auf Gewalt“. Psychoanalytische Bemerkungen zu Adoleszenz und Rechtsextremismus, in: *Psyche* 8, S. 745-771
- Stumpp, G.; Stauber, B.; Reinl, H. (2009): „Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Institut für Erziehungswissenschaft Universität Tübingen, Forschungsinstitut tifs,
- Uhl, A. (2000c): 'Non-Problematic Use' - 'Problematic Use': A Paradox. In: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): *Illicit Drugs: Patterns of Use - Patterns of Response*. Proceedings of the 10th Annual ESSD Conference on Drug Use and Drug Policy in Europe. Studienverlag, Innsbruck. Online: www.api.or.at/lbi/download.htm
- Uhl, A. (2002a): Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In: Röhrle, B. (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II*. DGVT, Tübingen
- Uhl, A. (2003): *Jugend und Alkohol – mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens*. praeval.doc, 1, 3-10. Online: www.api.or.at/lbi/download.htm
- Uhl, A. et al. (2005): *ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen Band 1: Forschungsbericht und Band 3: Kreuztabellen*, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, A. et al. (2009a): *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends*. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

- Uhl, A.; Strizek, J.; Puhm, A.; Kobra, U.; Springer, A. (2009b): Österreichweite Repräsentativ-erhebung zu Substanzgebrauch - Erhebung 2008 - Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Uhlig, S.; Thiele M. (Hg.) (2002): Rausch – Sucht – Lust. Kulturwissenschaftliche Studien an den Grenzen von Kunst und Wissenschaft, Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Weinheim: Edition Psychologie.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- Welte J.W. et al. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34(19): 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
- WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>
- World Bank (1993). *World development Report*. Washington.
- Zuckerman, M. (1979): *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Erlbaum, Hillsdale

Kapitel 7: Gesundheit und Wohlbefinden

Antonio Fanolla, Sabine Weiss und die nationale HBSC-Gruppe

7.1 Einleitung

Die Notwendigkeit der Überwachung und Ergründung der Gesundheitsmechanismen im Menschen entsteht daraus, dass die Gesundheit nicht nur zu den Komponenten der Lebensqualität gehört, sondern mit dem Konzept des Wohlbefindens selbst zusammenfällt (WHO, 1948). Die Gesundheit der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren einschätzen ist schwierig, weil sie in diesem Alter ihre höchstmögliche Stufe erreicht (mit extrem geringen Sterblichkeits- und Morbiditätsraten, vor allem im Vergleich zum Erwachsenenalter). In diesem Einschätzungsprozess ist jedoch auch der emotionale Aspekt zu berücksichtigen (WHO, 1998), der in dieser Altersklasse eine grundlegende Rolle spielt, auch und vor allem wegen seinem Einfluss auf den psychophysischen Zustand des zukünftigen Erwachsenen (WHO, 2000). Noch offensichtlicher wird dies in Bezug auf eine der Krankheiten, die sich in der jugendlichen und erwachsenen Bevölkerung immer stärker ausbreitet, die Depression (European Commission, 1999).

Die körperliche und geistige Gesundheit ist eine Ressource für das ganze Leben, ein Kapital, das die Menschen ihre Ziele (Herzlich, 1973; WHO, 1998; Hastings Center, 1997) und ihr Wohlbefinden erreichen lässt (WHO, 1999).

In diesem Kontext hat die HBSC-Studie die Möglichkeit, in einem zentralen Moment der Entwicklung des Menschen sehr wichtige Variablen zu überwachen, indem sie auf die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes und psychophysischen Wohlbefindens der Jugendlichen mehr als auf die Häufigkeit von Krankheiten eingeht. Für die Beschreibung des Gesundheitszustandes und des psychophysischen Wohlbefindens der Jugendlichen wurden 4 Variablen verwendet:

- a) Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes (ausgezeichnet, gut, ziemlich gut, schlecht);
- b) Wahrnehmung des eigenen Wohlbefindens (Werte-Skala von 0 bis 10);
- c) Auftreten und Häufigkeit (jeden Tag, mehr als 1 Mal in der Woche, 1 Mal in der Woche, 1 Mal im Monat, selten oder nie) einiger Symptome, die wichtige Indikatoren des Wohlbefindens/Unwohlseins zu sein scheinen und in der Folge näher beschrieben werden;
- d) Medikamentenkonsum (kein Medikament im letzten Monat, 1 Medikament oder mehr als eines im letzten Monat).

7.2 Wahrnehmung der eigenen Gesundheit

Die in der HBSC-Studie verwendete Frage über den wahrgenommenen Gesundheitszustand ist wichtig, weil sie nicht nur den subjektiven Gesundheitszustand widerspiegelt, sondern auch - wie es zahlreiche Studien beweisen - mit objektiveren Gesundheitsindikatoren zusammenhängt wie mit der Sterblichkeit und Morbidität, da generell jene, vor allem unter den Erwachsenen, die sich schlechter fühlen, effektiv eine kürzere Lebenserwartung haben (Idler, 1997; Burstroem & Fredlund, 2001).

Rund 9 von 10 Jugendlichen zwischen 11 und 13 Jahren beurteilen ihren Gesundheitszustand mindestens als gut, während der Prozentsatz für die 15-Jährigen leicht sinkt (86.9%) (Tabelle 7.1). Die Daten bestätigen die Ergebnisse der im Jahr 2005/06 durchgeführten Studie.

Insgesamt wird der Gesundheitszustand von den Schülern der italienischen Schulen positiver beurteilt (93.0% geben ihn mindestens als gut an) als von den Befragten der deutschen/ladinischen Schulen (88.9%); 46.9% der italienischen 15-Jährigen bezeichnen ihre Gesundheit als ausgezeichnet gegenüber den 29.9% der deutschen/ladinischen 15-Jährigen.

In der Abbildung 7.1 sind auch die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zu beobachten, die, wie von vorhergehenden Studien bestätigt wird (Cavallo et al., 2006), fast immer zum Nachteil der Mädchen ausfallen.

Die Jungen (91.7%) urteilen positiver als die Mädchen (87.9%); in 41.3% der Fälle geben sie einen ausgezeichneten Zustand an (28.9% für die Mädchen), was die Daten der Studie 2005/06 bestätigt.

Positiver (ausgezeichnet oder gut) wird der Gesundheitszustand auch von jenen bewertet, die in einer Familie mit einem mittel-hohen wirtschaftlichen Status leben (90.3%) als von jenen mit einem

niedrigen Status (85.2%). Die Angabe der ausgezeichneten Gesundheit variiert mit 27.8%, 33.3% und 38.3% für den wirtschaftlich niedrigen, mittleren und hohen Status.

Die positiven Urteile betreffen häufiger die normalgewichtigen Jugendlichen (90.5%) als die fettleibigen (66.7%); auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers spielt hierbei eine Rolle, mit ausgezeichneter oder guter Gesundheit für 93.8% jener, die sich als „ok“ bezeichnen und 84.1% für jene, die sich zu dick oder zu mager fühlen.

Ebenso scheint die Dialogfähigkeit mit den Eltern mit der erklärten Gesundheit zusammenzuhängen: Häufiger wird der Zustand als ausgezeichnet oder gut bei einer guten Dialogfähigkeit mit dem Vater (93.2%) oder der Mutter (91.8%) bezeichnet als in schwierigen Kommunikationslagen (84.7% bzw. 81.6%). Dabei macht gerade das Urteil des ausgezeichneten Zustandes den Unterschied aus (40.9% und 36.8% für die gute Dialogfähigkeit mit dem Vater und der Mutter gegenüber 28.0% und 27.3% bei Kommunikationsschwierigkeiten).

Von den Befragten, die jeden Tag Alkohol trinken, wurde die Gesundheit in 76.9% der Fälle als ausgezeichnet oder gut angegeben (ausgezeichnet für 15.4%), während jene, die keinen Alkohol trinken, zu 92.1% eine ausgezeichnete oder gute Gesundheit erklären (ausgezeichnet für 38.2%). Analoges gilt für die täglichen Raucher: Das Urteil fällt ausgezeichnet oder gut in 69.6% der Fälle aus (ausgezeichnet für 21.0%), von den Nichtraucher geben 90.8% ein positives Urteil ab (ausgezeichnet für 36.1%).

Tabelle 7.1: „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand bezeichnen?“, nach Alter

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Ausgezeichnet	36.53 (312)	33.97 (267)	33.06 (202)
Gut	53.51 (457)	57.38 (451)	53.85 (329)
Ziemlich gut	9.60 (82)	7.89 (62)	11.78 (72)
Schlecht	0.35 (3)	0.76 (6)	1.31 (8)
Insgesamt	100 (854)	100 (786)	100 (611)

Abbildung 7.1 - Prozentsatz der Jugendlichen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet bezeichnen, nach Geschlecht und Alter

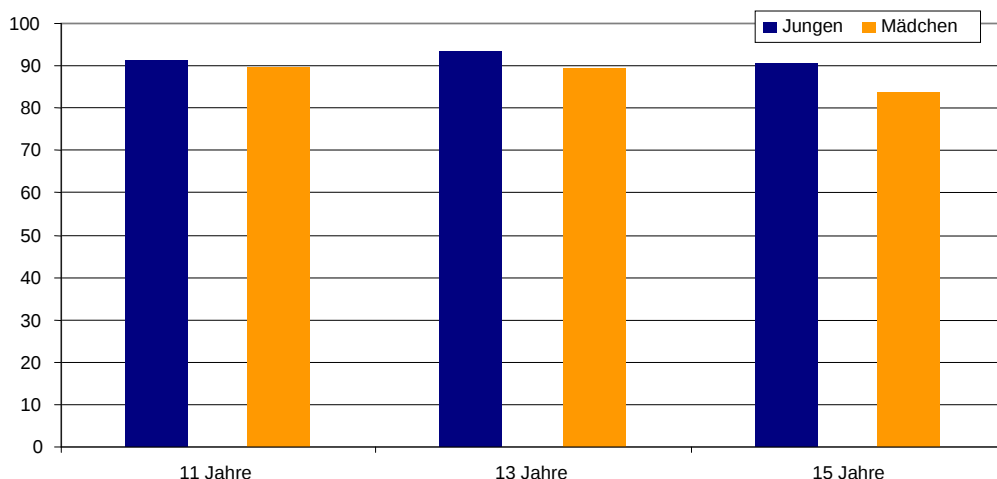
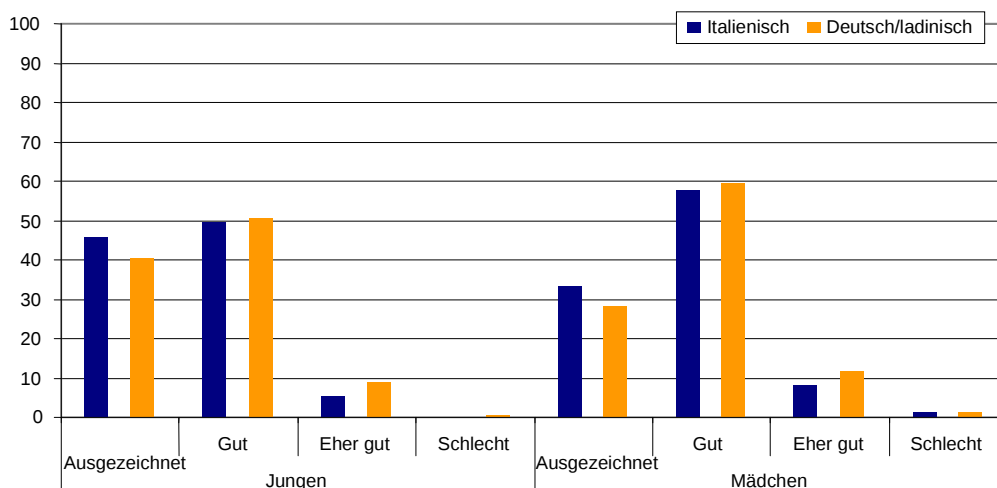


Abbildung 7.2 - Erklärter Gesundheitszustand nach Geschlecht und Sprache der Schule



7.3 Das wahrgenommene Wohlbefinden

Wie für die Gesundheit stellt die subjektive Wahrnehmung auch für das Konzept des Wohlbefindens eine wichtige Dimension dar (Diener, 1984; Huebner, 1991). Die HBSC-Studie (Cavallo et al., 2005 und 2007) verwendete eine Werteskala, die das empfundene Wohlbefinden als Variable zwischen 0 und 10 misst (Cantril, 1965), die sich sowohl für die Erwachsenen als auch für die Jugendlichen als effizient erweist.

Der Modalwert der Punktezahlen für die Skala der Lebensqualität beträgt 9 für die 11- und 13-Jährigen und 8 für die 15-Jährigen, während der Median für alle Altersklassen ohne sprachliche Unterschiede 8 ausmacht. Wie für die Gesundheit bestätigt sich bei den Mädchen ein negativeres Verhalten als bei den Jungen.

Im Vergleich zur Studie 2005/06 haben sich die Urteile sowohl für die Jungen als auch die Mädchen auf höhere Skalawerte verbessert.

Abbildung 7.3 – Wahrgenommenes Wohlbefinden, gemessen auf der Skala von 0 (= schlechtest mögliches Leben) bis 10 (= best mögliches Leben), nach Alter

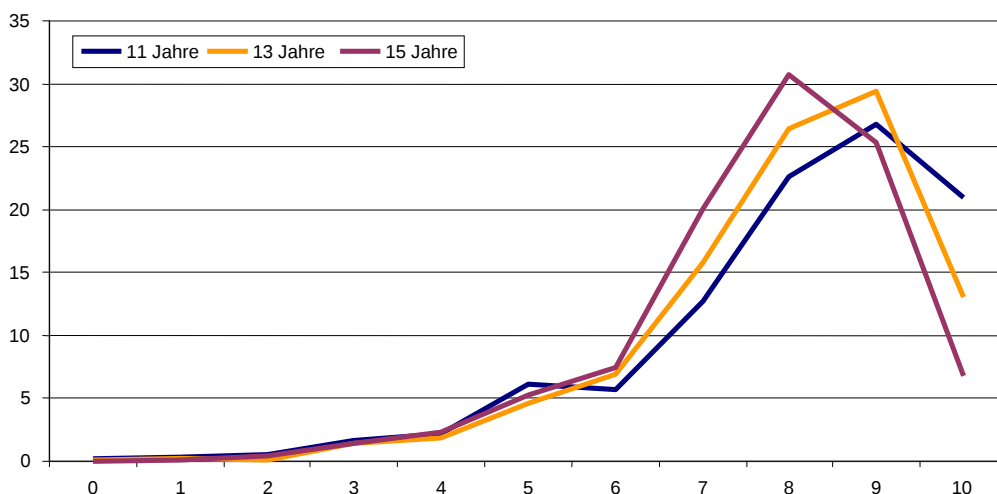
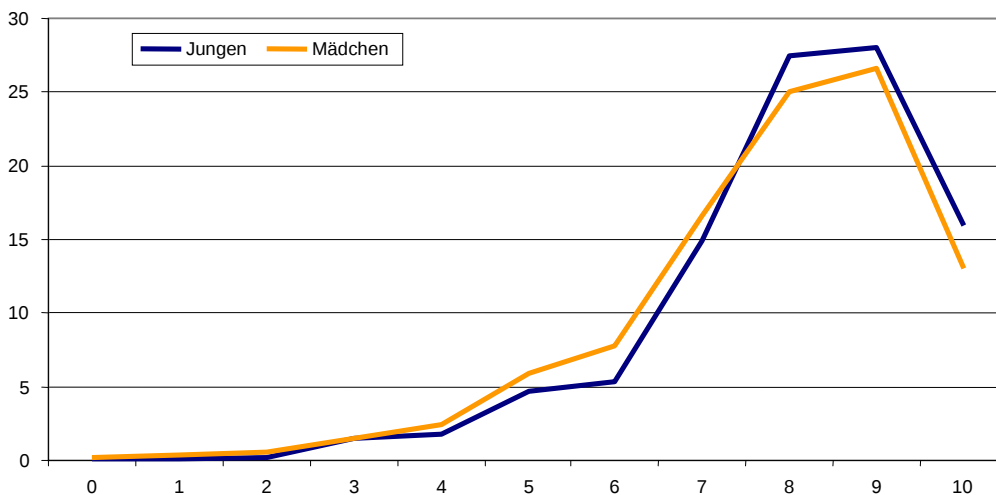


Abbildung 7.4 – Wahrgenommenes Wohlbefinden, gemessen auf der Skala von 0 (= schlechtest mögliches Leben) bis 10 (= best mögliches Leben), nach Geschlecht



7.4 Die erklärten Symptome

Neben der wahrgenommenen Gesundheit wurden die Jugendlichen nach der Häufigkeit der folgenden Symptome befragt:

- Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen
- Rückenschmerzen
- Schlechte Stimmung
- Reizbarkeit oder schlechte Laune
- Nervosität
- Einschlafschwierigkeiten
- Schwindelanfälle.

In früheren internationalen HBSC-Versionen zeigten sich diese Fragen nützlich und zuverlässig sowohl als einzelne Items (Torsheim, 2001) als auch als Skala (Haugland, 2001). Wie aus den Ergebnissen der vorhergehenden regionalen, nationalen und internationalen Studienergebnissen hervorgeht (Cavallo, 2005, 2007, 2009; Currie, 2008), nehmen jene, die unter einigen dieser Symptome leiden, ihre eigene generelle Gesundheit nicht unbedingt als negativ wahr. Der empfundene Gesundheitszustand scheint also unbeeinflusst von den Ressourcen zur Bekämpfung solcher Symptome zu sein.

Ein variabler Prozentsatz zwischen 14.6% der 13-Jährigen und 20.4% der 11-Jährigen gibt mindestens eines der berücksichtigten Symptome pro Tag an (Tabelle 7.2). Gegenüber 2005/06 steigt die Anzahl der Symptome unter den 11-Jährigen (15.3%) an, während sie für die anderen abnimmt (-2.1% im Alter von 13 Jahren und -3.8% im Alter von 15).

Die Mädchen bestätigen eine weniger positive Gesundheitslage als die Jungen mit einem besonders offensichtlichen Unterschied im Alter von 13 Jahren. Die am häufigsten erklärten Symptome sind die Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen.

Bei einem niedrigen wirtschaftlichen Status werden die täglichen Symptome (18.3%) häufiger angegeben als bei mittlerem oder hohem Status (16.3%).

Die normalgewichtigen Jugendlichen erklären Symptome in 15.0% der Fälle, während diese bei Untergewichtigen (21.3%), Übergewichtigen (23.2%) und Fettleibigen (25.0%) häufiger auftreten. Wer seinen Körper als positiv empfindet, erklärt tägliche Symptome in 14.7% der Fälle, während unter jenen, die sich zu dick oder mager halten, die Symptome auf 20.2% steigen.

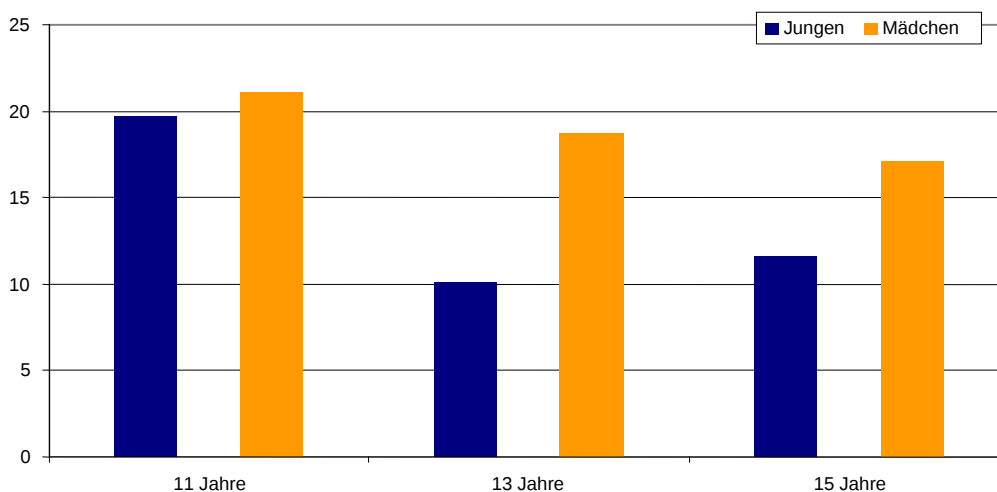
Jugendliche ohne Dialogschwierigkeiten mit dem Vater oder der Mutter geben Symptome in 14.0% und 14.5% der Fälle an, während diese Anteile bei Kommunikationsschwierigkeiten auf 19.4% und 25.6% steigen.

45.8% jener, die täglich Alkohol trinken, erklären ein tägliches Symptom gegenüber den 15.7% unter den Nichttrinkern; 28.6% der täglichen Raucher gegenüber 15.9% geben ein Symptom an.

Tabelle 7.2: „Wie oft hast du in den letzten sechs Monaten eines der folgenden Symptome verspürt: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, schlechte Stimmung, Reizbarkeit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafschwierigkeiten, Schwindelanfälle?“

	11 Jahre % (N)	13 Jahre % (N)	15 Jahre % (N)
Jeden Tag	20.42 (175)	14.58 (115)	14.66 (90)
Mehr als 1 Mal in der Woche	17.50 (150)	23.45 (185)	24.76 (152)
1 Mal in der Woche	19.95 (171)	20.79 (164)	27.36 (168)
1 Mal im Monat	23.69 (203)	28.90 (228)	26.38 (162)
Selten oder nie	18.44 (158)	12.29 (97)	6.84 (42)
Insgesamt	100 (857)	100 (789)	100 (614)

Abbildung 7.5 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag mindestens an einem Symptom zu leiden, nach Geschlecht



Wie es vorhergehende HBSC Studien empfehlen (Haugeland, 2001), wurden die Symptome in einer zweiten Analysephase in zwei Kategorien unterteilt: somatische Symptome (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Einschlafschwierigkeiten und Schwindelanfälle) und psychologische Symptome (schlechte Stimmung, Reizbarkeit, Nervosität).

Die somatischen Symptome werden häufiger von den Mädchen und allgemein von den 11-jährigen Jugendlichen erklärt. Unter den Jungen sind die Unterschiede zwischen den somatischen und psychologischen Symptomen weniger offensichtlich, ausgenommen für die 11-Jährigen.

Die Jugendlichen der italienischen Schulen erklären das Auftreten eines Symptoms (somatisch oder psychologisch) häufiger als die deutschen/latinischen Schüler, und fast einer von vier der 11- und 13-Jährigen italienischer Sprache gibt die tägliche Präsenz eines somatischen Symptoms an.

Abbildung 7.6 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag mindestens an einem Symptom zu leiden, nach Geschlecht und Art des Symptoms

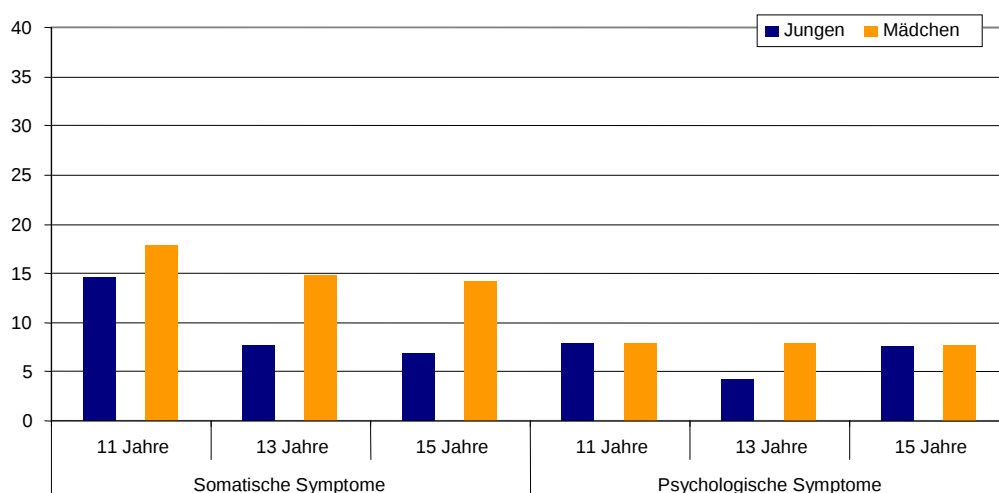
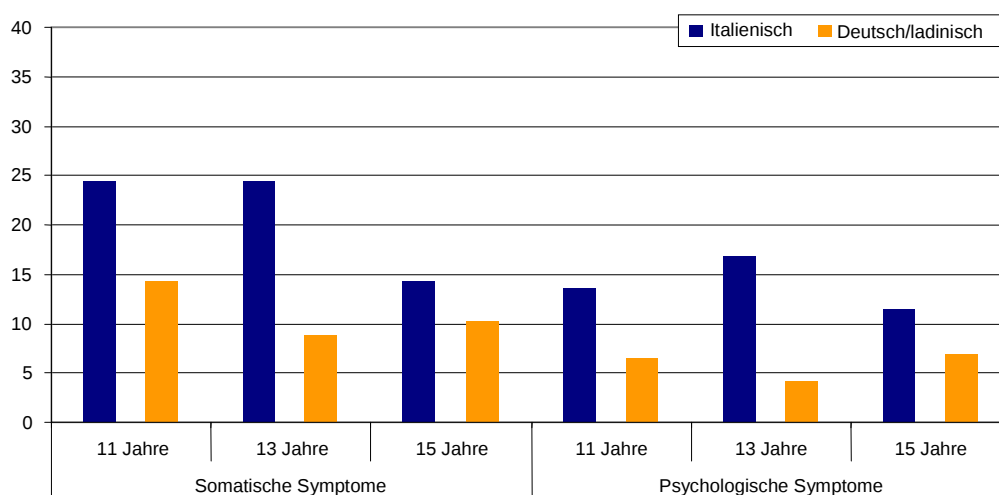


Abbildung 7.7 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, jeden Tag mindestens an einem Symptom zu leiden, nach Sprache der Schule und Art des Symptoms



7.5 Medikamentenkonsum

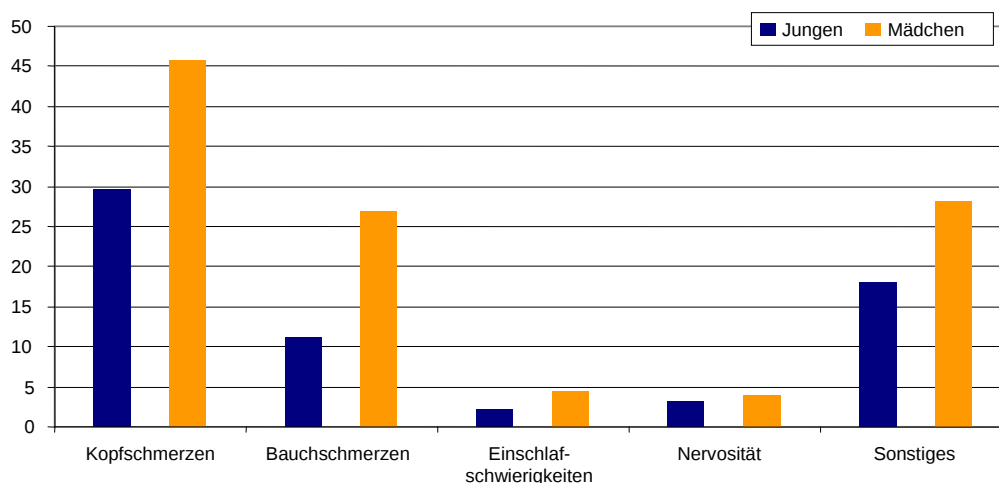
40.3% der befragten 15-Jährigen erklärten, im letzten Monat keine Medikamente eingenommen zu haben. In Übereinstimmung mit dem weniger positiven Gesundheitszustand geben die Mädchen für den letzten Monat häufiger als die Jungen eine Medikamenteneinnahme an (44.2% gegenüber 27.4%) (Tabelle 7.3).

Die häufigsten sind Medikamente gegen Kopfschmerzen (45.7% der Mädchen und 29.6% der Jungen) und Bauchschmerzen (26.9% der Mädchen und 11.3% der Jungen).

Tabelle 7.3: „Hast du im letzten Monat Arzneien oder Medikamente eingenommen?“, nach Geschlecht (nur 15-Jährige)

	Jungen % (N)	Mädchen % (N)	Insgesamt % (N)
Kein Medikament	53.70 (145)	29.55 (99)	40.33 (244)
Ja, 1 Medikament	18.89 (51)	26.27 (88)	22.98 (139)
Ja, mehr als 1 Medikament	27.41 (74)	44.18 (148)	36.69 (222)
Insgesamt	100 (270)	100 (335)	100 (605)

Abbildung 7.8 – Prozentsatz der Jugendlichen, die erklären, im letzten Monat mindestens ein Mal Arzneien und Medikamente eingenommen zu haben, nach Art der Störung und Geschlecht (nur 15-Jährige)



7.6 Schlussfolgerungen

Die vier zur Beschreibung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens berücksichtigten Aspekte führen nicht immer zu Ergebnissen, die in dieselbe Richtung weisen.

So nehmen 9 von 10 Jugendlichen ihren Gesundheitszustand korrekt wahr und geben auch ein hohes Wohlbefinden mit dem Modalwert 9 (auf einer 10-Punkte-Skala) unter den 11- und 13-Jährigen und 8 unter den 15-Jährigen an.

Viele erklären jedoch, täglich an spezifischen Symptomen zu leiden (ein 11-Jähriger von fünf), wobei es sich mehr um somatische als um psychologische Symptome handelt, insbesondere um Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit.

Ebenso lassen sich die Profile mit höherer Gesundheitskritizität abstecken. In erster Linie sind es die Mädchen in der Pubertät, aber auch jene in einer niedrigen sozioökonomischen Lage, jene mit in einem nicht positiven Gewichtsstatus oder die Unzufriedenen mit dem eigenen Körperbild. Die Dialogschwierigkeiten mit den Eltern kennzeichnen häufiger jene Situationen, in denen ein weniger positiver Gesundheitszustand erklärt wird. Risikoverhalten wie der Alkohol- und Tabakkonsum scheinen das Gesundheitsempfinden der Jugendlichen bereits negativ zu beeinflussen.

Bibliographie Kapitel 7

- Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F., Zambon A., Borraccino A., Raven-Sieberer U., Torsheim T., Lemma P. and the HBSC Positive Health Group (2006), Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15: 1577-1585.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2005), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Cavallo 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.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2009), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. I Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- European Commission (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- Hastings Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45: 1-48.
- Haugeland S., Wold B., Stevenson J., Aarø LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (3): 4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- Hetland J., Torsheim T., Aarø LE. (2002), Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 3, 223-230.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12: 231-240.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Torsheim T., Wold B. (2001), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*. Journal of Adolescent Research, 16 (3): 293-303.
- WHO (1948) - Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>).
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneve, WHO.
- WHO, Regional Office for Europe (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Aeries No. 6.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.

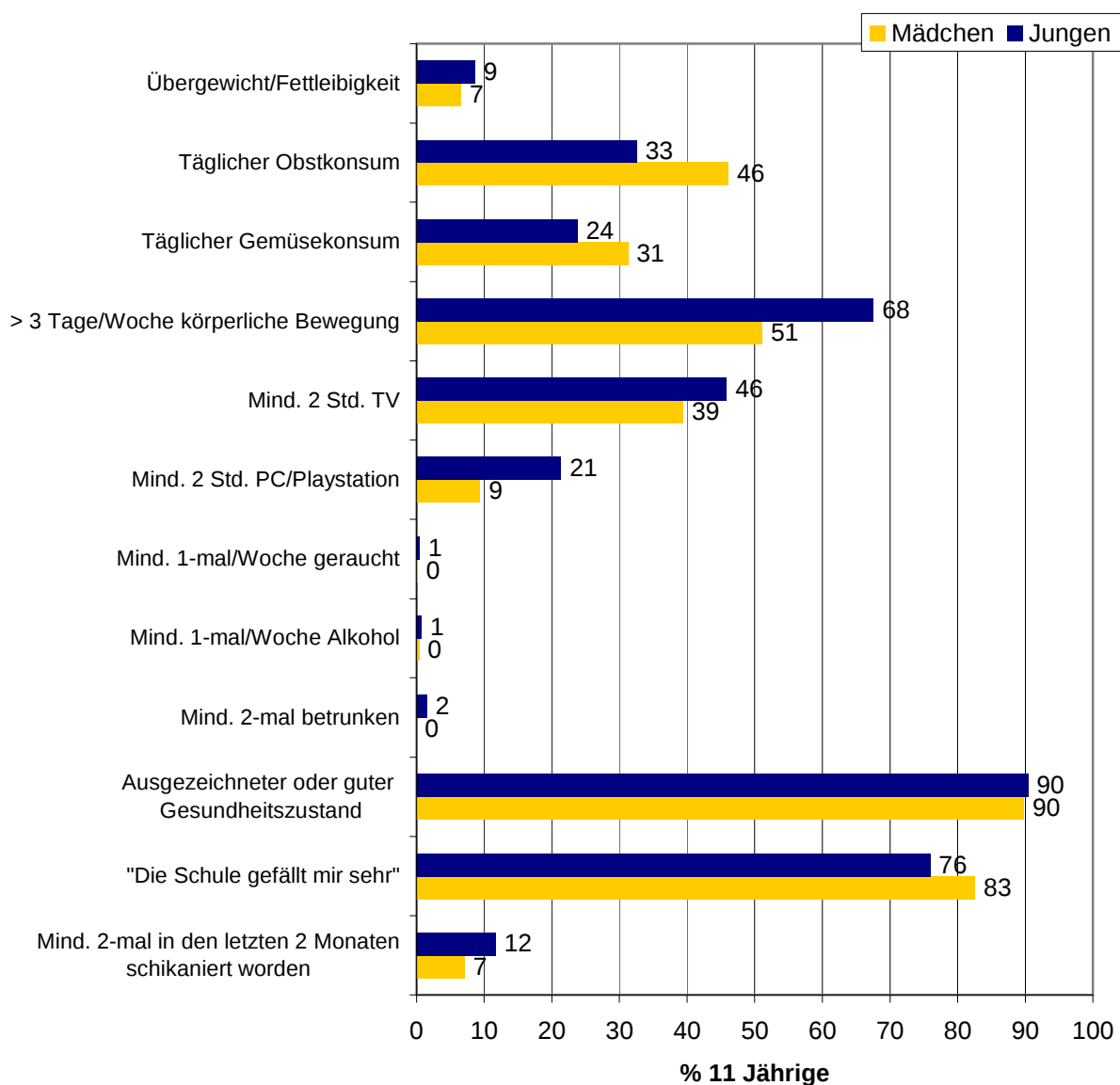
Einige zusammenfassende Indikatoren

In der Folge werden die Übersichtsdiagramme einiger Grundfaktoren nach Geschlecht und Altersklasse angeführt: Body-Mass-Index, Obst- und Gemüsekonsum, körperliche Aktivität, sitzende Tätigkeiten, Wohlbefinden, Tabak- und Alkoholkonsum, Schule, Mobbing.

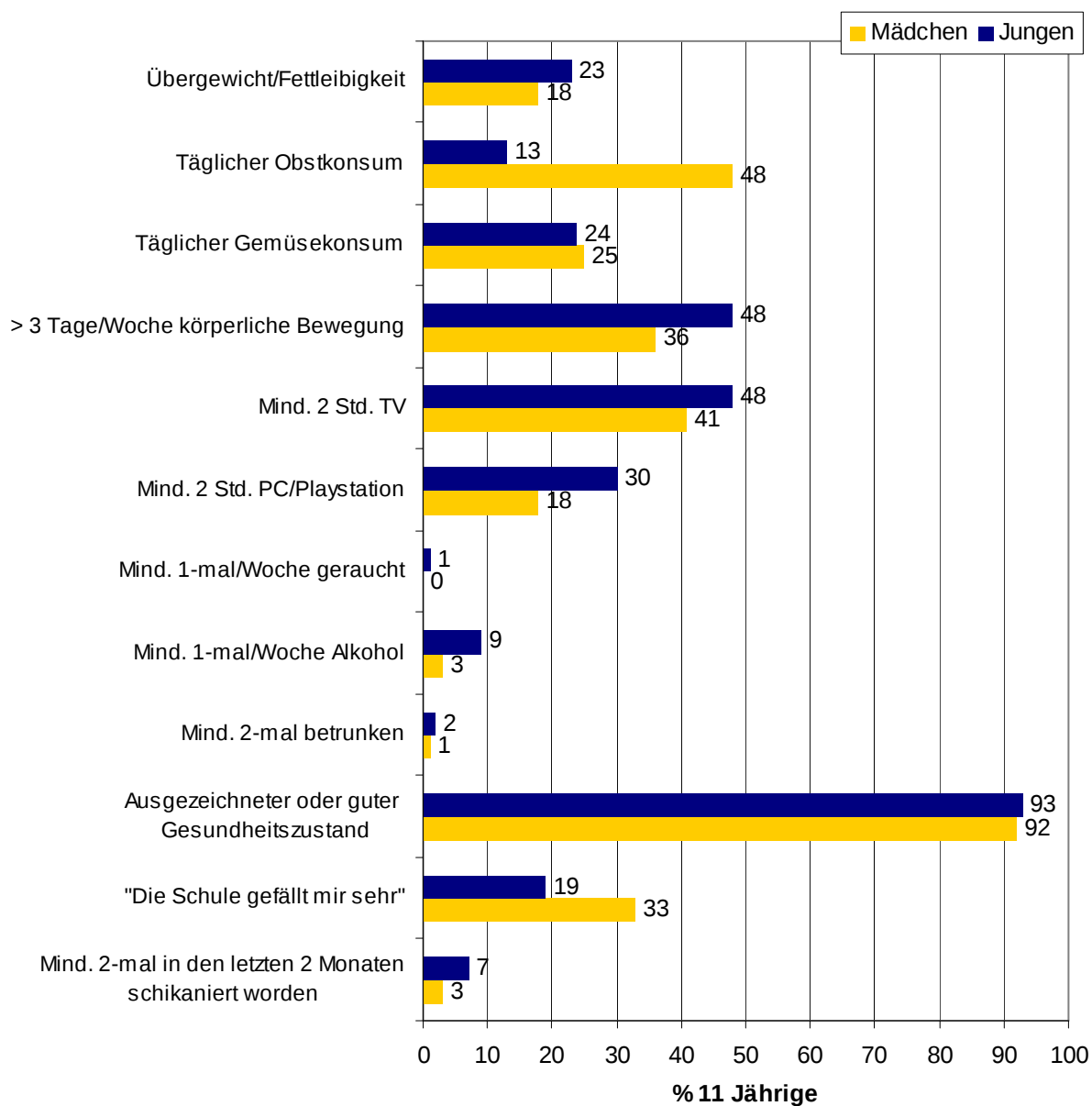
In Übereinstimmung mit den anderen, an Kindern (OKkio) und Erwachsenen (PASSI) durchgeführten Studien bestätigt sich der Anteil an übergewichtigen und fettleibigen Personen (wenngleich mit den Einschränkungen, die sich durch die subjektiven Aussagen ergeben) in Südtirol auf minimalen Ebenen im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt. Der tägliche Obst- und Gemüsekonsum weicht nicht von den nationalen Durchschnittswerten ab, während die Südtiroler Jugendlichen im Vergleich zu ihren Altersgenossen im restlichen Italien häufiger körperliche Aktivitäten betreiben und weniger Zeit am PC oder an der Spielkonsole verbringen.

Unkorrekte Verhaltensweisen wie Rauchen und der Alkoholkonsum betreffen die 11-Jährigen nur minimal. Diesen gefällt die Schule mehr als ihren Altersgenossen in den anderen Regionen Italiens, sie fallen jedoch auch häufiger Mobbinghandlungen zum Opfer.

11-Jährige – Daten der Provinz Bozen

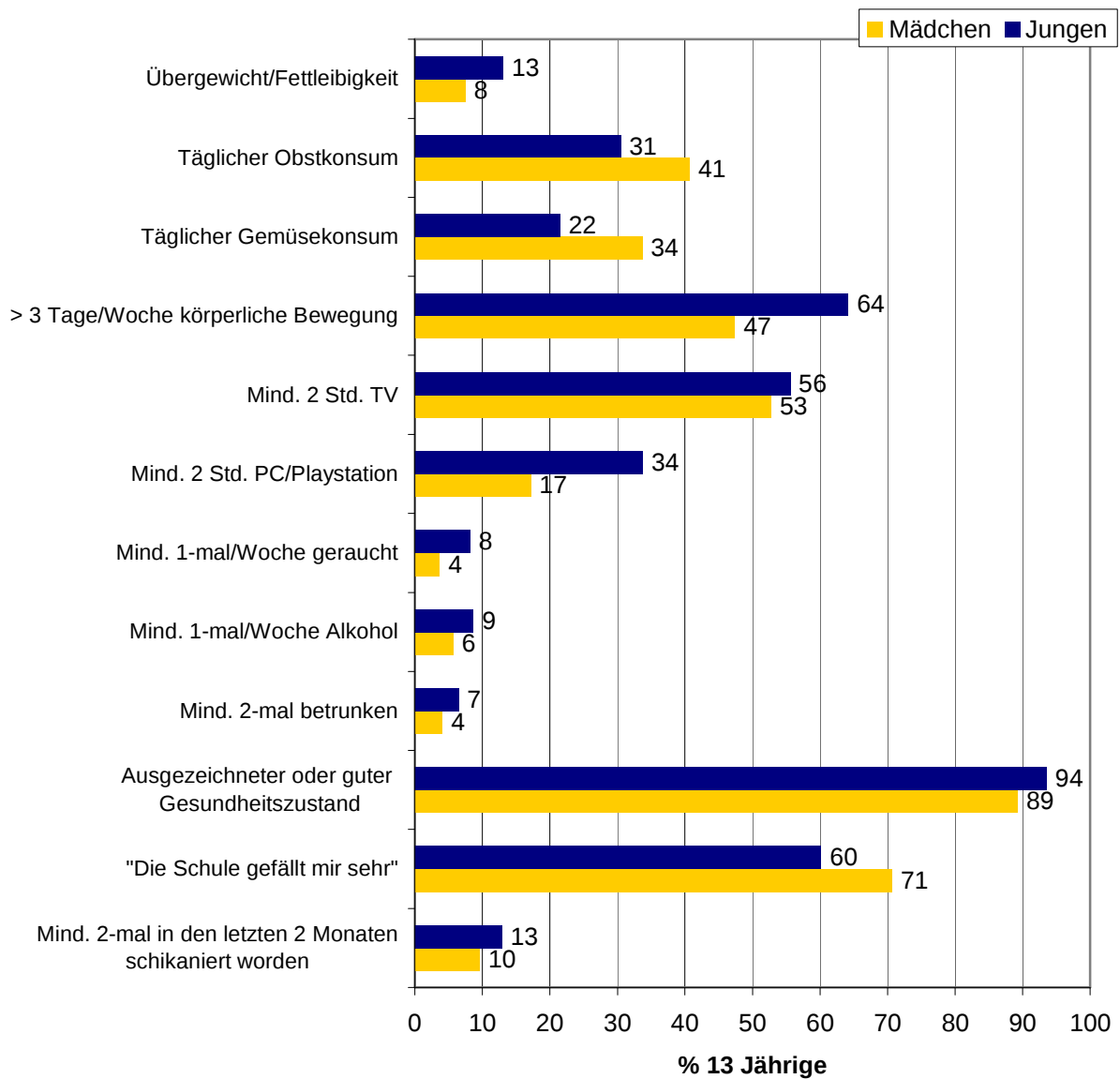


11-Jährige - Gesamtstaatliche Daten

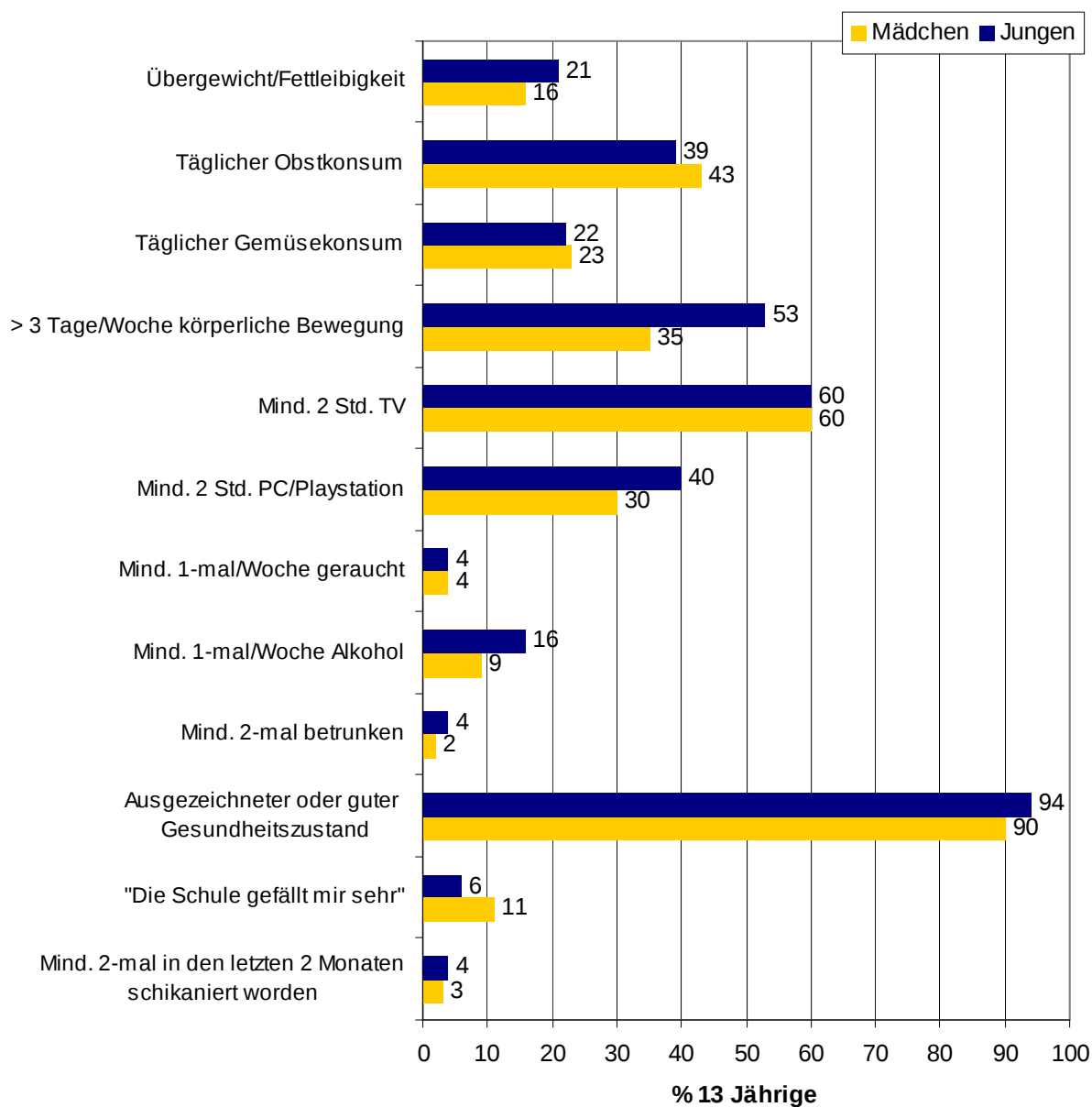


Auch für die 13-Jährigen bestätigt sich die mindere Anteil an übergewichtigen und fettleibigen Jugendlichen, der höhere Anteil an körperlicher Aktivität, die seltener am PC verbrachte Zeit und ein höherer Gemüsekonsum. Auch die Schule gefällt ihnen, allerdings sind auch Mobbing-Vorfälle häufiger. Das Phänomen des Rauschtrinkens beginnt hervorzutreten.

13-Jährige - Daten der Provinz Bozen

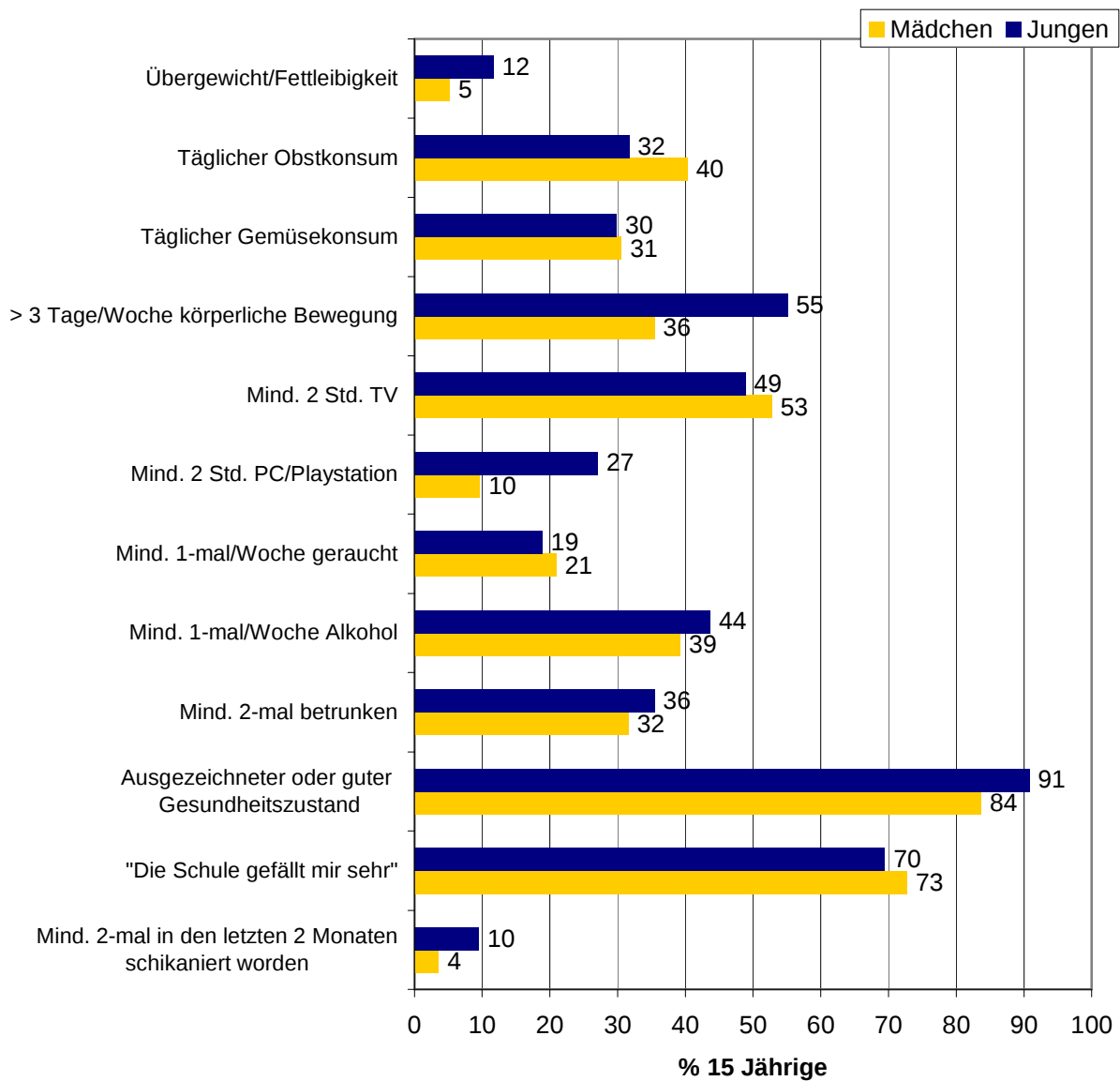


13-Jährige - Gesamtstaatliche Daten



Unter den 15-Jährigen hält sich der Anteil der übergewichtigen und fettleibigen Jugendlichen niedrig, und hoch bleibt die Häufigkeit der körperlichen Aktivitäten.

15-Jährige - Daten der Provinz Bozen



15-Jährige - Gesamtstaatliche Daten

