

# Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich

Serie Gesundheit,  
Gesundheitsförderung  
und Gesundheitswesen  
im Kanton Zürich

Nr. 7  
April 2002



Herausgegeben vom  
Institut für  
Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich  
im Auftrag der  
Gesundheitsdirektion  
des Kantons Zürich



# Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich

Gesamtredaktion:  
Hans Wydler

Konzeption:  
Hans Wydler & Roland Stähli

Beiträge von:  
Matthias Bopp, Barbara Buddeberg-Fischer,  
Katja Ceesay-Egli, Thomas M. Gehring, Giorgio Menghini,  
Roland Stähli, Marcel Steiner, Hans-Christoph Steinhausen,  
Sandra Stutz-Delmore, Jeannette Widmer, Christa Winkler  
Metzke, Hans Wydler

Geleitwort:  
Felix Gutzwiller & Roland Stähli

Serie Gesundheit,  
Gesundheitsförderung  
und Gesundheitswesen  
im Kanton Zürich

Nr. 7  
April 2002



Herausgegeben vom  
Institut für  
Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich  
im Auftrag der  
Gesundheitsdirektion  
des Kantons Zürich

# Die Serie: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich

Herausgegeben vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

In der Serie «Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich» werden Berichte veröffentlicht, welche einen Beitrag leisten zum Monitoring des Gesundheitszustandes der Zürcher Bevölkerung, zur Gesundheitsförderung und Prävention, zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung oder zur Verbreitung epidemiologischen Wissens. Die Aussagen der Berichte müssen sich nicht notwendigerweise mit den Meinungen der Gesundheitsdirektion oder des Institutes decken. Die inhaltliche Verantwortung liegt ausschliesslich bei der Autorschaft.

## Bisher erschienen oder in Vorbereitung:

- Nr. 1: **Suchtpräventionskonzept.** 1991. iv + 81 Seiten. Fr. 14.-.
- Nr. 2: **Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung.** 1994. iv + 50 Seiten, 4 Tabellen. Fr. 8.-.
- Nr. 3: **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen.** 1994. xxi + 118 Seiten, 107 Abbildungen, 16 Tabellen. Fr. 16.-.
- Nr. 4: **Gesundheitsförderung von Jugendlichen in der Berufsausbildung. Bericht über ein Pilotprojekt.** 1998. 44 Seiten, 5 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 8.-.
- Nr. 5: **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen 1999.** 1999. iv + 138 Seiten, 81 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 18.-.
- Nr. 6: **Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich.** 1999. ii + 88 Seiten, 80 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 12.-.
- Nr. 7: **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich.** 2002. iv + 93 Seiten, 33 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 15.-.
- Nr. 8: **Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention.** 1999. v + 57 Seiten, 5 Abbildungen, 5 Tabellen. Fr. 10.-.

### Korrekte Zitierweise für diesen Bericht:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität  
Zürich (2002, Hrsg.):  
*Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich*

### Herausgeber / Bezugsquelle:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich  
Sumatrasstr. 30, 8006 Zürich  
Tel: 01 / 634 46 29, Fax: 01 / 634 49 77

Das Umschlagsbild zeigt erwartungsfrohe Jugendliche vor einem Treffen  
mit dem New Yorker Rapperstar Ja Rule am 11. März 2002 in Zürich.  
Foto: Thomas Burla, Tages-Anzeiger.

© ISPM Zürich, 2002

/2

# Inhalt

<b>Geleitwort</b> ( <i>Felix Gutzwiller &amp; Roland Stähli</i> ) .....	1
<b>Vorwort und Dank des Redaktors</b> ( <i>Hans Wydler</i> ) .....	3
<b>Zusammenfassung für eilige Leserinnen und Leser</b> ( <i>Hans Wydler</i> ) .....	5
<b>1. Einleitung</b> ( <i>Hans Wydler</i> ) .....	9
<b>2. Gesundheit und Wohlbefinden Jugendlicher im Kanton Zürich</b> ( <i>Hans Wydler</i> ) .....	15
2.1 Datenquellen .....	15
2.2 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit .....	16
2.3 Psychische Aspekte von Gesundheit .....	17
2.4 Soziale Aspekte von Gesundheit .....	19
2.5 Körperliche Aspekte von Gesundheit .....	22
2.6 Körperbild, Sexualität, Gewalt .....	23
2.7 Gesundheitsverhalten: Bewegung, Suchtmittelkonsum .....	26
2.8 Zusammenfassung .....	33
2.9 Literatur .....	37
2.10 Anhang .....	39
<b>3. Schwerpunktthemen</b> .....	41
3.1 Körpergewicht, Körpererleben und Essverhalten von Jugendlichen ( <i>Barbara Buddeberg-Fischer</i> ) .....	41
3.2 Zur Ausbildungssituation von Schulabgängerinnen und Schulabgängern in den neunziger Jahren ( <i>Sandra Stutz-Delmore</i> ) .....	47
3.3 Seelische Gesundheit und psychische Probleme im Jugendalter: Verbreitung und Bedingungsfaktoren ( <i>Hans-Christoph Steinhausen &amp; Christa Winkler Metzke</i> ) .....	51
3.4 Kariesbefall bei Jugendlichen im Kanton Zürich. Entwicklungen von 1964 bis 2000 ( <i>Giorgio Menghini &amp; Marcel Steiner</i> ) .....	61
<b>4. Sterblichkeit von Jugendlichen im Kanton Zürich</b> ( <i>Matthias Bopp</i> ) .....	69
<b>5. Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich aus der Sicht von Expertinnen     und Experten</b> ( <i>Jeannette Widmer, Katja Ceesay-Egli, Roland Stähli,     Hans Wydler &amp; Thomas M. Gehring</i> ) .....	75
5.1 Einleitung .....	75
5.2 Telefoninterviews .....	75
5.3 Ergebnisse der Telefoninterviews .....	76
5.4 Gruppendiskussionen .....	83
5.5 Ergebnisse der Gruppendiskussionen .....	84
5.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	90
5.7 Literatur .....	91
5.8 Anhang .....	92



# Geleitwort

Im Lebenszyklus nimmt die Jugend einen ganz besonderen Stellenwert ein. In dieser Lebensphase werden viele Verhaltensweisen und Lebensstile geprägt, die sich später verfestigen. Grundsätzlich ergeben sich in allen Lebensbereichen wichtige Veränderungen (z. B. körperliche Veränderungen, die Entwicklung einer Erwachsenen-Identität, die Neugestaltung von sozialen Beziehungen, die Entwicklung von Berufsperspektiven). Gerade weil diese Lebensphase enorme Anforderungen mit sich bringt, stellen Jugendliche auch eine verletzbare Gruppe dar. Der vorliegende Bericht zur Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Zürich zeigt diese Verletzlichkeit in verschiedenen Lebensbereichen. Er weist allerdings auch darauf hin, dass sich Jugendliche in einem hohen Ausmass wohl fühlen.

Nach verschiedenen Schätzungen gehen über 80 Prozent der Jugendlichen in dieser komplexen Phase Gesundheitsrisiken ein. Es gehört somit fast zur "Normalbiographie", nicht nur Risiken zu meiden, sondern diese auch zu erproben. Daraus entstehen Lernprozesse und Jugendliche entwickeln neue Fertigkeiten.

Damit ist auch klar, dass die moderne Gesundheitsförderung nicht nur über Risiken und Belastungen sprechen darf, sondern auch die Ressourcen und Fähigkeiten der Jugendlichen fördern muss, mit den Anforderungen dieser Lebensphase umzugehen.

Das heutige Verhalten der Jugend bildet in gewisser Weise auch einen Indikator für künftige Entwicklungen. Die Jugend ist gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungen sehr unmittelbar ausgesetzt. Sie macht kommende Einstellungen und Verhaltensweisen früher sichtbar, als dies bei Erwachsenen der Fall ist. Eine nachhaltige, positive Entwicklung muss bei der Jugend beginnen, denn diese bildet die wichtigste Ressource für die Zukunft der gesamten Gesellschaft.

Prof. Dr.med. Felix Gutzwiller  
Direktor ISPMZ

Roland Stähli, lic.phil.  
Leiter Abteilung Prävention und  
Gesundheitsförderung, ISPMZ



# Vorwort und Dank des Redaktors

Der vorliegende Bericht reiht sich ein in eine bereits gut etablierte Zürcher Gesundheitsberichterstattung. In Bezug auf die Allgemeinbevölkerung sind bis anhin drei Berichte erschienen: Die umfassenden Gesundheitsberichte 1994 und 1999 sowie der Schwerpunktbericht "Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich" (1999).

Mit dem vorliegenden Bericht wird Neuland betreten. Es handelt sich – unseres Wissens – um den ersten dieser Art in der Deutschschweiz. Dies zeigt, dass wir noch einiges von einer zielorientierten Jugendpolitik mit wirkungsorientierter Gesundheitsförderung entfernt sind. Für die Entwicklung einer kohärenten Strategie und die Überprüfung der Zielerreichung wäre eine solche Berichterstattung Voraussetzung.

Der quantitative Teil des Berichts basiert – neben verschiedenen Einzelstudien mit Längs- und Querschnittsdaten – auf den Daten der europäischen Studie "Health Behaviour in School Aged Children (HBSC)". In der Schweiz werden diese Daten im Vierjahresrhythmus von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Lausanne) durch Befragungen in Schulklassen erhoben. Sie geben Auskunft über zentrale gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, insbesondere dem Suchtmittelkonsum und deren Veränderungen im Zeitverlauf.

Wünschbar wären natürlich neben solch subjektiven Befragungsdaten auch objektive Daten über die zentralen Handlungsbereiche der Jugendpolitik, über Jugendliche betreffende soziale Probleme und Entwicklungstendenzen in unserer Gesellschaft. Auch wäre – im Sinne einer detaillierten Überprüfung von Gesundheits- und Risikofaktoren – eine lebensweltenspezifische Berichterstattung wünschbar. Zentral wären für die Altersgruppe der Jugendlichen z. B. die Bereiche Schule und Ausbildung, Familie, Freizeit, aber auch eine gemeindebezogene Berichterstattung. Deutlich wird mit diesen Forderungen, dass die einzelnen Kantone mit einer solchen Aufgabe überfordert sind. Hier müssten im Rahmen der nationalen Organisationen entsprechende Schwerpunkte gesetzt werden.

Ich meine, dass sich der Aufwand lohnen würde: Die Kantone und die Gemeinden sind zentrale Akteure, wenn es um die Frage der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und Ressourcen für Kinder und Jugendliche geht. Daher ist eine Berichterstattung auf der Ebene der Kantone (und gegebenenfalls auf der Ebene der politischen Gemeinden) anzustreben. Ziel wäre eine koordinierte, aber dezentrale, dem politischen System entsprechende Berichterstattung.

So bleiben zwar viele Wünsche offen, es bleibt aber vor allem auch allen zu danken, die zum vorliegenden Bericht beigetragen haben: Es sind dies v. a. die Kollegen in Lausanne: Holger Schmid und Emmanuel Kuntsche von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, die unsere Wünsche zur Datenauswertung freundlich und höchst kompetent erfüllt haben. Ein weiterer Dank richtet sich an alle Kolleginnen und Kollegen, die mit ihren Beiträgen den vorliegenden Bericht ermöglicht haben. Eine Reihe von Personen hat sich der Mühe unterzogen, verschiedene Berichtsfassungen zu lektorieren: Ich danke Inga Struve, Andreas Minder und Roland Stähli für ihre Hilfe. Hanspeter Jauss danke ich herzlich für die Ausführung der meisten Abbildungen im Bericht. Die Berechnungen aus den Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung hat Brigitte Bisig vorgenommen. Danken möchte ich nicht zuletzt auch all jenen Expertinnen und Experten, deren Wissen und Erfahrung in die qualitative Einschätzung der Situation der Jugendlichen im Kanton Zürich eingeflossen sind und die im Bericht zukunftsgerichtete Vorschläge und Perspektiven entwickeln.

Hans Wydler, lic.phil.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, ISPMZ





# Zusammenfassung für eilige Leserinnen und Leser

*Hans Wydler*

Eine Reihe von gesellschaftlichen Bedingungen, welche die Gesundheit von Jugendlichen beeinflussen können, haben sich seit anfangs der 90er-Jahre verändert.

Wirtschaftliche Krise und Rezession hatten v. a. für Familien mit Kindern Folgen. Familie stellt ein Armutsrisiko dar. Betroffen sind insbesondere allein Erziehende (Frauen) und kinderreiche Familien. Rund 10% der Kinder und Jugendlichen sind armutsbetroffen. Wachsende Gesundheitskosten tragen zur überdurchschnittlichen Belastung dieser Gruppen bei.

Die Zunahme der Schulabgängerzahlen, die Lehrstellenknappheit und der Wandel ökonomischer Strukturen brachten für sozial schwache Gruppen (z. B. für junge Migrantinnen und Migranten mit schlechten Sprachkenntnissen) deutlich verschlechterte Startbedingungen für eine berufliche Integration.

- **Zunehmend mehr Jugendliche verlassen die Schule ohne feste Anschlusslösung. Ab Mitte der 90er-Jahre verdoppelte sich diese Zahl.**
- **Viele ausländische Jugendliche befinden sich in Zwischenlösungen vor der beruflichen Ausbildung.**
- **Die Ausbildungssituation für Schülerinnen und Schüler aus anforderungstiefen Schultypen und insbesondere für Jugendliche ausländischer Herkunft blieb prekär.**

(Stutz-Delmore, Abschnitt 3.2 in diesem Bericht, anhand der Schulabgänger/innenstatistik 1990 bis 2000.)

Ein weiterer Bereich betrifft die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Noch immer sind geschlechtsspezifische Aspekte eine Hauptdeterminante für Gesundheit und Wohlbefinden. Die Altersgruppe der älteren Mädchen (14- bis 15-Jährige) zeigen ausgeprägte Belastungssymptome. Dabei scheinen sich ältere Bedingungen der Diskriminierung mit neuen Bedingungen der Individualisierung zu überlagern und im Zusammenwirken dazu zu führen, dass in Bezug auf eine Reihe von Indikatoren diese Gruppe die höchsten Zuwachsraten problematischer Verhaltensweisen zu verzeichnen hat (Tabak- und Cannabiskonsum). Trotz insgesamt gutem Gesundheitszustand der Jugendlichen verdient die Altersgruppe der 14- bis 15-jährigen Mädchen besondere Beachtung.

- **Über 98% der männlichen Jugendlichen und rund 95% der weiblichen Jugendlichen schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein.**
- **Rund 95% der männlichen Jugendlichen und rund 90% der weiblichen Jugendlichen sind glücklich oder wenigstens ziemlich glücklich.**
- **7.5% der 14- bis 15-jährigen Mädchen schätzen ihre eigene Gesundheit als nicht sehr gut ein. Bei den gleichaltrigen Jungen sind dies 1.2%.**
- **Jedes achte 14- bis 15-jährige Mädchen (12.7%) gibt an, nicht sehr glücklich zu sein, 1.7% sind unglücklich. Die entsprechenden Zahlen für die Jungen lauten: 3.9% und 0.4%.**
- **Negative emotionale Befindlichkeit ist bei den 14- bis 15-jährigen Mädchen am ausgeprägtesten (sie sind am häufigsten müde, gereizt/schlecht gelaunt, nervös und traurig).**

- Sie erleiden häufig gravierende Unfälle (6.4% der 14- bis 15-jährigen Mädchen haben in den letzten 12 Monaten vier und mehr Unfälle erlitten, die eine Behandlung durch einen Arzt oder eine Krankenschwester erforderlich machten; bei den Jungen sind es in der gleichen Altersgruppe 2.9%; die Unterschiede zwischen den vier Alters-Geschlechts-Gruppen sind nicht signifikant).
- 14- bis 15-jährige Mädchen rauchen am meisten (kleinster Anteil der Abstinenten, grösster Anteil mit hoher Konsumintensität "jeden Tag").
- Die Gruppe der intensiven Konsumentinnen von Cannabis ist bei ihnen am grössten (jedes zehnte Mädchen hat in den letzten 12 Monaten oft Cannabis konsumiert, jedes siebte mehrmals). In Bezug auf die Konsumerfahrungen im Leben bisher unterscheiden sich die 14- bis 15-jährigen Mädchen nur gering von den Jungen: 29% der Mädchen verfügen über Konsumerfahrungen gegenüber 33.8% bei den Jungen (die Unterschiede bei den Lebensprävalenzen und den Jahresprävalenzen nach Geschlecht sind statistisch nicht signifikant).
- Der Cannabiskonsum hat im Zeitraum von 1994 bis 1998 deutlich zugenommen, insbesondere bei den Mädchen.

(Wydler, anhand der Daten der SFA, Kapitel 2 in diesem Bericht.)

Körperlichkeit gewinnt an Bedeutung. Der Körper ist Gegenstand von Selbstinszenierung und ist wichtiger Teil der eigenen Identität. Körperliche Sensationen und Inszenierungen sind für Jugendliche Quelle von Erlebnissen und Lust. Verbunden damit sind symbolische Produktionen von Körperlichkeit, Schönheit, Attraktivität, Erfolg etc.

Fachleute berichten zum einen von einer zunehmenden und hohen Tendenz zu Übergewicht, zum anderen zur Verweigerung von Nahrung, zu Anorexie und anderen Essstörungen. Inszenierungen von Gewalt sind ein männliches Phänomen, das zunehmend Beachtung findet.

- **Zwei Drittel der Jugendlichen (14- bis 19-Jährige) sind normalgewichtig.**
- **Die Hälfte der jungen Frauen und zwei Drittel der jungen Männer beurteilen ihr Körpergewicht als gerade richtig.**
- **Rund 22% der männlichen und weiblichen Zürcher Jugendlichen sind übergewichtig.**
- **8.3% der jungen Frauen und 1.5% der jungen Männer weisen ein auffälliges Essverhalten auf. Es besteht bei ihnen gemäss der Expertin ein hohes Risiko, eine Essstörung zu entwickeln.**

(Buddeberg-Fischer über Zürcher Schüler/innen im Alter zwischen 14 und 19 Jahren, Abschnitt 3.1 in diesem Bericht.)

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt zu nachdenklich stimmenden Schlussfolgerungen bezüglich der Häufigkeit, des Verlaufs und der begleitenden Umstände von psychischen Störungen im Jugendalter.

- **Psychische Auffälligkeiten bei 14- bis 16-Jährigen haben im Zeitverlauf (1994 bis 1997) insgesamt nicht zugenommen. Hingegen nahm der Suchtmittelkonsum zu.**
- **Rund vier Fünftel der Jugendlichen sind psychisch gesund. 22.5% der Kinder und Jugendlichen sind psychisch auffällig (6- bis 17-Jährige im Jahr 1994). Diese Störungen sind gemäss Expertinnen und Experten behandlungsbedürftig**
- **Rund die Hälfte der psychischen Störungen entfällt auf Angststörungen.**
- **Eltern nehmen die psychische Auffälligkeit in sehr viel geringerem Ausmass wahr, als ihre Kinder selbst darüber berichten.**

(Steinhausen & Winkler Metzke, Abschnitt 3.3 in diesem Bericht.)

Die Kariesprophylaxe stellt ein Musterbeispiel einer sehr erfolgreichen Präventionsstrategie dar. Während der Kariesbefall bei den Schweizer Jugendlichen in den letzten 20 Jahren deutlich und kontinuierlich gesunken ist, weisen jugendliche Immigranten und Immigrantinnen einen deutlich höheren Kariesbefall auf.

- **Ausländische Schüler/innen, die erst nach Beginn des Kindergartens in die Schweiz eingewandert sind, weisen einen rund doppelt so hohen Kariesbefall auf wie ihre Schweizer Kolleginnen und Kollegen.**
- **64% der Schweizer/innen sind im Alter von 12 Jahren kariesfrei, dies trifft auf rund 27% der gleichaltrigen ausländischen Mitschüler/innen zu.**
- **Der Kariesbefall unterscheidet sich stark nach Schultyp.**

(Menghini & Steiner, Abschnitt 3.4 in diesem Bericht anhand verschiedener Erhebungen.)

Das Sterberisiko in der Altersgruppe der 12- bis 20-Jährigen ist, verglichen mit anderen Altersgruppen, relativ gering. Die Schweiz liegt bei der Sterblichkeit Jugendlicher im europäischen Vergleich im Mittelfeld.

- **Wichtigste Todesursache sind die gewaltsamen Tode (v. a. Unfälle und Selbsttötungen).**
- **Die Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts ist bei den 12- bis 15-Jährigen noch wenig ausgeprägt, steigt aber mit zunehmendem Alter steil an.**
- **Bei jungen Frauen ist die Sterblichkeit im Kanton Zürich höher als in der übrigen Deutschschweiz.**

(Bopp anhand der amtlichen Todesfallstatistiken, Kapitel 4 in diesem Bericht.)

Ergänzend zu den quantitativen Daten haben Vertreter/innen aus Institutionen der Jugendhilfe eine Einschätzung der aktuellen Situation vorgenommen. Resultate aus dem Panel von Expertinnen und Experten sind u. a. die folgenden:

- **Jugendliche sind flexibel und offen für Neues. Sie haben gute Fähigkeiten zur Kommunikation und zur Reflexion.**
- **Sie nehmen ihre eigenen Stärken in positiver Weise wahr.**
- **Sie werden vermehrt in wichtige Entscheidungsprozesse einbezogen.**
- **Es gibt vielfältige Kultur- und Unterstützungsangebote für Jugendliche.**
- **Es gibt Probleme bei der Bewältigung von Überreizung und Frustrationen. Viele Jugendliche haben Orientierungsschwierigkeiten.**
- **Jugendliche sehen sich hohen Leistungsanforderungen und Vielfachanforderungen ausgesetzt.**
- **Spezifische Gruppen sind benachteiligt.**
- **Es gibt Vermarktungstendenzen von Jugend, die sich belastend für die Jugendlichen selber auswirken können.**
- **Fehlende "Leitplankensetzung" einerseits und die Vielfalt an Möglichkeiten andererseits können Identitätsfindung und Werteorientierung von Jugendlichen erschweren.**
- **Als wichtige Massnahme wurde die Schaffung von Räumen vorgeschlagen, in denen sich die Jugendlichen mit individuellen und gesellschaftlichen Fragen und Anliegen kritisch auseinandersetzen können.**

(Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich aus Sicht von Expertinnen und Experten, Kapitel 5 in diesem Bericht.)



# 1. Einleitung

*Hans Wydler*

## **Wieso die Gesundheit von Jugendlichen betrachten?**

Verschiedene Gründe legen es nahe, sich mit der Altersphase der Jugendlichen besonders zu beschäftigen. Einige dieser Gründe haben nie an Gültigkeit verloren, einige ergeben sich aus aktuellen Entwicklungen und begründen die besondere Aktualität des Themas:

- Die Jugendphase ist generell anforderungsreich, da sich in dieser Phase in allen Lebensbereichen und in der Person selbst wesentliche Veränderungen ergeben (z. B. durch körperliche Veränderungen, durch die Bildung einer Erwachsenen-Identität, die Umgestaltung der sozialen Beziehungen, durch Integration in die Berufswelt etc.).
- In der Jugendphase werden viele Verhaltensweisen und Lebensstile geprägt, die sich zunehmend verfestigen. Verhaltensänderungen und Lebensstiländerungen sind in diesem Alter noch möglich, später sind sie nur sehr viel schwieriger zu bewerkstelligen.
- Jugendliche stellen eine relativ verletzbare Gruppe dar, die über wenig gesellschaftliche Macht und über wenig eigene materielle Ressourcen verfügt. Die gesundheitliche Situation einer solchen Gruppe verdient grundsätzlich besondere Beachtung.
- Die soziale Schere hat sich in den letzten Jahrzehnten auch in der Schweiz geweitet (Suter (Hrsg.), 2000, S. 51). In Armutsberichten (Leu, Burri & Prister, 1997; Farago & Füglistaler, 1992; Rey, 2001) und in der Auswertung der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (Streuli & Bauer, 2001) werden Risiken und Betroffenengruppen eruiert. Alleinerziehende und kinderreiche Familien sind die wichtigsten Armutsrisiken neben Nationalität und Geschlecht (Frauen). Kinder und Jugendliche leben im Schnittpunkt dieser Risiken, sie sind von Armut besonders stark betroffen (Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen, 1997). Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass in ärmeren Gruppen die Gesundheit weniger gut ist.
- Wirtschaftliche Rezession brachte insbesondere auch einen Einbruch von Ausbildungsplätzen. Lehrstellenknappheit ist ein wichtiges Stichwort für die Situation auf dem Lehrstellenmarkt Mitte der 90er Jahre. Aus dieser Situation heraus resultieren Belastungen für die Jugendlichen (Süss, Neuenschwander & Dumont, 1996).
- Es gibt viele Hinweise darauf, dass die pädagogisch gestaltete Kindheit und Jugend in Auflösung begriffen ist. Kinder und Jugendliche werden – wie in der Zeit vor der bürgerlichen Revolution – verstärkt wieder zu "kleinen Erwachsenen" (Hurrelmann, 1997; Ariès, 1978). Aus dem Verlust dieses Schutzraumes sind u. U. gesundheitliche Gefährdungen zu gewärtigen.
- Die Familie als wichtige Sozialisationsinstanz ist wesentlichem Wandel unterworfen. Stichworte hier sind Tendenz zur Ein-Kind-Familie, zunehmende Verbreitung "unvollständiger" oder "ergänzter" Familien. Der wirtschaftliche Aufschwung bringt gegenwärtig eine breitere Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt und einen (geplanten) Ausbau Familien ergänzender Institutionen.
- Aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen, die mit Individualisierung bezeichnet worden sind, können Lebensbedingungen von Jugendlichen verändern. Hervorgehoben werden muss die Anforderung, sein Leben frei zu gestalten und durch Entscheidungen scheinbar frei zu prägen. Neue Möglichkeiten erweitern den Handlungsspielraum, fordern und entwickeln neue Kompetenzen, können aber auch zu Überforderung beitragen.
- Gesellschaftliche Veränderungen treffen Jugendliche in besonderem Masse. Stichworte dazu sind z. B. Mediennutzung, Mobilität, veränderte Berufsidentitäten durch Wandel der Arbeitswelt etc. Das bringt zum einen besondere Ressourcen (Jugendliche sind Erwachsenen in vielen Belangen voraus), die gesellschaftlichen Veränderungen bringen möglicherweise aber auch besondere Belastungen.

- Die Mortalität Jugendlicher hat sich (im Unterschied zu den Kindern und den Erwachsenen) in den letzten Jahrzehnten nicht verbessert, was eine relative Verschlechterung bedeutet (Michaud, 1993). Die Sterblichkeit der Jugendlichen liegt in der Schweiz (im europäischen Vergleich) eher im Mittelfeld.
- Als weitere Grosstrends berichtet z. B. Hurrelmann über folgende Entwicklungen in Deutschland:
  - Zunahme der psychischen Störungen
  - verbreitertes Spektrum psychosomatischer Beeinträchtigungen
  - Zunahme von Suchterkrankungen
  - bei Kindern und Jugendlichen eine Zunahme des Anteils mit chronischen Krankheiten.
- In der aktuellen Medienberichterstattung boomt die Hervorhebung negativer Aspekte im Zusammenhang mit Jugendlichen. Z. B. sei die Jugend gewaltbereit, nicht fähig, Frustrationen zu bewältigen. Vorkommnisse sexueller Gewalt unter Jugendlichen fanden ein grosses Medienecho (nach der Sensibilisierung für das Thema der sexuellen Gewalt in den letzten Jahren). Ebenso findet der Suchtmittelkonsum Jugendlicher in den Medien eine ausführliche Darstellung.

Jugendgesundheitsberichterstattung schreibt sich in die skizzierten Entwicklungen ein. Sie muss sich fragen, ob die gesellschaftlichen Entwicklungen für die Interpretation der Daten relevant sind, ob und wie sich Jugendliche möglicherweise gewandelt haben und ob die alten und wiederholten Klagen über die Jugend nun am Ende doch an Substanz gewonnen haben. Jugendgesundheitsberichterstattung ist selbst Teil eines öffentlichen Diskurses und ist von diesem geprägt.

### **Ziele des Berichtes**

Beim vorliegenden Bericht handelt es sich um einen Zusatzbericht zum Gesundheitsbericht des Kantons Zürich (1999), speziell zur Altersgruppe der Jugendlichen. Der Bericht ist der erste dieser Art für den Kanton Zürich. Das muss Anlass sein, sich über die Zielsetzungen eines solchen Berichtes Gedanken zu machen. Grundsätzlich kann sich die Gesundheitsberichterstattung folgende Zielsetzungen stecken:

*Gesundheitsberichterstattung will wichtige Gesundheitsindikatoren sammeln und diese zu einem Überblicksbild, zu einer Bestandesaufnahme zusammenstellen.*

Eine wichtige Frage ist dabei, welche Indikatoren in der Lage sind, Aufschluss über die Gesundheit von gesellschaftlichen Gruppen zu geben. Ein so komplexes Konstrukt wie die Gesundheit kann dabei mit einer grossen Zahl verschiedener Variablen erfasst werden. Mit ausgewählten zentralen Indikatoren soll dargestellt werden, wie sich die Gesundheit Jugendlicher darstellt. Was schliesslich ausgewählt wird, hängt mit theoretischen, ideologischen, interessensbedingten und weiteren Faktoren zusammen. Dabei kann auf einen Common Sense Bezug genommen werden, es könnten aber auch neue – theoretisch fundierte – Indikatoren entwickelt werden.

*Gesundheitsberichterstattung will langfristige Entwicklungen verfolgen.*

Eine Bestandesaufnahme wie oben beschrieben hat immer auch eine Zeitperspektive: Es stellt sich die Frage, wie sich die ausgewählten Indikatoren in den letzten Jahren verändert haben und wie wohl die künftige Entwicklung aussieht. Diese Zeitperspektive wird durch den Begriff des "Monitorings" aufgegriffen.

*Gesundheitsberichterstattung informiert über gesundheitsrelevante Umweltbedingungen.*

Insofern Gesundheit in der Interaktion mit der Umwelt entsteht, sind Umweltbedingungen relevante Systeme, die im Fokus der Gesundheitsberichterstattung stehen müssen. Umwelt bezieht sich dabei auf die natürliche Umwelt, auf die materielle und technische Ausstattung gebauter Umwelt, auf verschiedene Settings und Lebensbereiche, aber auch auf das medizinische und psychosoziale Beratungs- und Behandlungssystem. Nicht zuletzt könnte ja auch das System der Institutionen der Prävention und

der Gesundheitsförderung einen relevanten Einflussfaktor für Gesundheit darstellen, deren Ausgestaltung zu Veränderungen der gesundheitlichen Outcomes beiträgt.

*Gesundheitsberichterstattung will den öffentlichen Diskurs anregen.*

Gesundheit stellt einen zentralen gesellschaftlichen Wert dar. Die Teilnahme an diesem Gut, aber auch die Deprivierung und die Benachteiligung bedürfen der öffentlichen Diskussion und sollten den gesellschaftlichen Willen stärken, die gesundheitliche Chancengleichheit zu verwirklichen (z. B. für verschiedene soziale Lagen, für die Geschlechter).

*Gesundheitsberichterstattung als Teil einer Gesundheitspolicy.*

Im Sinne eines Assessments möchte die Gesundheitsberichterstattung zu einer Politikformulierung anregen und durch Wiederholungsbefragungen zu einer Evaluation getroffener Massnahmen beitragen. Durch die Auswahl der Indikatoren, der (impliziten) Verwendung von Theorien (darüber, was Gesundheit ausmacht und wie sie zu Stande kommt), der (mehr oder weniger starken) Vernetzung mit Akteuren der Umsetzung ist Gesundheitsberichterstattung Teil von Public Health und spielt eine grundlegende Rolle. Sie stellt gewissermassen das Messinstrument dar, auf dem rationales Gesundheitshandeln und Gesundheitspolitik basieren sollen. Gesundheitsberichterstattung ist aber auch verbunden mit zentralen Theorien, Methoden und Vorgehensweisen von Public Health.

Die meisten dieser Zielsetzungen gelten auch für den vorliegenden Bericht. Nicht dargestellt werden allerdings die Umweltbedingungen wie auch das medizinische System sowie das Gesundheitsförderungs- und Präventionssystem. Diese Aufgabe muss in kommenden Projekten geleistet werden. Teilweise werden aber solche Rahmenbedingungen unter den grundlegenden Variablen wie sozioökonomischer Status, aber auch bei Vergleichen des Kantons Zürich mit der restlichen Deutschschweiz angesprochen. Allerdings bleiben die möglichen Wirkfaktoren in dieser oberflächlichen Betrachtung notgedrungen implizit und müssten genauer untersucht werden (in wiederholten Quer- und in Längsschnittuntersuchungen). Eine Reihe von Studien existieren aber, die über mögliche Wirkfaktoren und Zusammenhänge berichten, die auch hier relevant sind.

Das Unterfangen "Gesundheitsberichterstattung bei Jugendlichen" steckt im Kanton Zürich noch in den Kinderschuhen. Der vorliegende Bericht möchte auf Grund des Machbaren und des bereits Vorliegenden einen ersten Schritt in Richtung eines dauerhaften Monitorings tun. Dabei kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass die verwendeten Indikatoren umfassend und ausreichend sind. Vielmehr wird es darum gehen, im Sinne der obigen Zielsetzungen einen Diskurs über die zentralen Indikatoren in Gang zu setzen und zu fördern (aber auch über die zentralen Annahmen und Theorien von Public Health), um schliesslich die Politikformulierung zu beeinflussen und zu fördern.

## **Theoretischer und methodischer Rahmen des Berichtes**

*Was ist mit Gesundheit gemeint?*

Es kann hier nicht eine kulturhistorische Übersicht über den Begriff der Gesundheit geboten werden. Es soll aber auf das Mehrebenenmodell der bio-psycho-sozialen Gesundheit und Entwicklung Bezug genommen werden. Gesundheit ist dabei nicht nur ein individuelles Merkmal, sondern bezieht sich auf ein System der Interaktion zwischen Person und Umwelt und beschreibt die dabei ablaufenden Prozesse. Gesundheit ist zu verstehen als adäquate Systemreaktion und die Möglichkeit, Ressourcen zu mobilisieren, um Veränderungen in der Umwelt erfolgreich bewältigen zu können. Im Belastungs-Ressourcen-Modell werden diese wechselseitigen Beziehungen zwischen Person und Umwelt thematisiert und es wird ein letztlich kaum zu trennender Zusammenhang von individueller und gesellschaftlicher Entwicklung entworfen.

Solche Anpassungs- und Veränderungsprozesse spielen ein Leben lang eine Rolle, in der Kindheit und Jugendzeit sind die Veränderungen aber besonders rasant und augenfällig. Im Zuge dieser wechselseitigen Beeinflussung und Konstruktion bildet sich Gesundheit oder – durch eine dauernde Überforderung und Ressourcendefizite – auch Krankheit heraus. Antonovsky (1979; 1987, deutsch: Franke,



1997) hat hier mit dem Krankheits-Gesundheitskontinuum die Vorstellung von Gesundheit als einer Dimension geschaffen. Stresstheoretische Arbeiten untersuchen die Bewältigungsprozesse, die zu Gesundheit und zu Krankheit führen und die als Resultat eines systemischen Zusammenhangs schliesslich zu einer Verschiebung der Individuen in die eine oder andere Richtung auf dem Kontinuum führen.

Gesundheitsberichterstattung bezieht sich nicht auf ein einzelnes Individuum, sondern auf ein ganzes Kollektiv. Es geht also immer um durchschnittliche Veränderungen und um Verteilungen mit unterschiedlichen Formen. Generelle Fragen, die solche Veränderungen aufwerfen, sind natürlich in erster Linie, inwiefern sich die Gesellschaft (als relevante Umweltbedingung für Jugendliche) verändert hat. Als weitere Frage stellt sich aber auch die, inwiefern soziale Interpretationen und Konstruktionen diese Bedingungen mit verändern. Jedes im Bericht dargestellte Faktum lässt sich auf dem Hintergrund dieser Perspektiven betrachten und interpretieren.

#### *Welche Entwicklungsaufgaben stellen sich Jugendlichen?*

In jedem Lebensbereich stellen sich Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 20 Jahren eine Reihe von Anforderungen. Immer sind die Faktoren, die zu einer erfolgreichen Bewältigung führen, mehrdimensional, was umgekehrt auch für die Genese von Krankheit und Problemen gilt. Nie handelt es sich um zwingende, einfache Kausalzusammenhänge, immer spielen mehrere Faktoren und deren stochastisches Zusammenspiel eine Rolle. Die in der Einleitung skizzierten Entwicklungen bilden wesentliche Rahmenbedingungen für die Entwicklungsaufgaben Jugendlicher.

#### *Wie ist Gesundheitsförderung möglich?*

Gesundheitsförderung wird möglich, indem in jedem Lebensbereich die Belastungen und Ressourcen, die auftauchen können, untersucht werden und die Lebensbereiche dahingehend verändert werden, dass sie optimale Entwicklungsmöglichkeiten und Ressourcenbildungen der Jugendlichen ermöglichen. "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" (Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986). Solche Prozesse sind aber nur zum Teil individuell anzustreben, bedeutsam sind gerade für Kinder und Jugendliche die sozialen Zusammenhänge und Lebensbereiche, in die sie hineinwachsen und die als Kollektiv zur Ressourcenstärkung beitragen müssen. Person-Umweltaspekte müssen somit in der Familie, in der Schule, in der Freizeit, im Umgang mit den Peers, bei der Berufsausbildung in Betracht gezogen werden. Soziale Zusammenhänge müssen in ihrer Auswirkung auf die Gesundheit hin untersucht und als Ganzes in gesundheitsförderlicher Richtung verändert werden. Diese Arbeit kann mit dem vorliegenden Bericht nur teilweise geleistet werden. Es werden lediglich einige gesundheitliche Outcomes von Individuen dargestellt. Analysen über den Wandel von Lebensbedingungen und von gesellschaftlichen Institutionen, über Wertewandel und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit bleiben lediglich implizit unterstellt und in der Fragestellung präsent. Für jeden angesprochenen Lebensbereich sind vertiefende Analysen notwendig und daran anknüpfend die Frage, wie Bedingungen und Ressourcen verbessert und gestärkt werden können. Gesundheitsberichterstattung müsste sich auch auf diese Randbedingungen beziehen. Nur so wird sie eigentlich handlungsrelevant, indem die Umwelten von Jugendlichen Felder für mögliche Interventionen bieten.

#### *Die Referenzgruppe des vorliegenden Berichtes.*

Der Bericht bezieht sich vorwiegend auf die Altersspanne der 12- bis 15-Jährigen. Diese Spannweite ist – nach Jahren gezählt klein, bezogen auf die Entwicklungsschritte, die in dieser Phase erfolgen – gross. Sie reicht vom vorpubertierenden Jugendlichen bis zum Jugendlichen in der Lehre, der in vielen Belangen bereits über einen Erwachsenenstatus verfügt. Obwohl die Altersspanne relativ eng gewählt wurde, stehen ganz unterschiedliche Entwicklungsschritte und Lebenssituationen der Jugendlichen an. Der relativ grobe Auswertungsrahmen versucht wenigstens die Grundkategorien solcher Prozesse zu erfassen. Nur noch punktuell werden Befragungsdaten zur Altersgruppe der 16- bis 20-jährigen männlichen Jugendlichen und Adoleszenten dargestellt. Die vorgestellten Studien im 3. Kapitel beziehen sich jeweils auf spezifische Altersgruppen.

### *Salutogenese – Pathogenese*

Jugend wird allgemein eher unter dem Aspekt der Devianz, des Problematischen und der Pathogenese betrachtet. Insofern ist es kaum verwunderlich, dass die im Folgenden verwendeten Daten und Projekte vornehmlich einen negativen, pathogenen Bezug aufweisen: Es geht in erster Linie um Risikoverhaltensweisen und Risikofaktoren. "Krankheits- und Risikoberichterstattung" wäre unter diesen Vorzeichen die adäquatere Bezeichnung für das Vorhaben (über Methoden, Fragestellungen und Stichproben informiert der Anhang). Die antonovskysche Frage "wie Gesundheit – auch unter schwierigen Bedingungen – zu Stande kommt" kann in dieser Sichtweise noch kaum beantwortet werden. Künftige Berichte werden bei der Auswahl der Indikatoren wohl auf eine ausgewogenere Verteilung der Variablen zu achten haben.

### *Methodenvielfalt*

Im Folgenden werden vorwiegend Survey-Daten verwendet (also subjektive Äusserungen von Jugendlichen, die in standardisierter Weise erfragt wurden). Hier wäre eine grössere Methodenvielfalt wünschenswert: Neben objektiven Daten z. B. auch qualitative Daten. Eine Erweiterung in dieser Hinsicht bringt die Befragung von Expertinnen und Experten im 5. Kapitel.



# 2. Gesundheit und Wohlbefinden Jugendlicher im Kanton Zürich

*Hans Wydler*

## 2.1 Datenquellen

In diesem Berichtsteil werden die Daten der europäischen Studie "Health Behaviour in School Aged-Children (HBSC)" verwendet. In der Schweiz wird diese regelmässige Befragung unter der Leitung der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) durchgeführt. Die beiden letzten Befragungen fanden 1994 und 1998 statt (Delgrande, Kuntsche & Schmid, 1999; Schmid, Kuntsche & Delgrande, 2001). Die Daten wurden uns freundlicherweise von der SFA zur Verfügung gestellt, die auch die Datenauswertung nach unseren Vorgaben ausführte. Eine ausführliche Beschreibung von Studienanlage und Stichprobe der Studie findet sich im Abschnitt 2.10.

Routinemässig wurden alle abhängigen Variablen hinsichtlich der Unterschiede in vier Gruppen (jüngere und ältere Knaben, jüngere und ältere Mädchen) untersucht. Geschlecht und Alter sind gleichsam Grundkategorien für die Betrachtung von Gesundheit. Mit einem statistischen Prüftest wurde überprüft, ob sich die vier Gruppen signifikant voneinander unterscheiden (Kruskall-Wallis-Test). Weiter wurde überprüft, ob sich innerhalb der beiden Altersgruppen signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich der abhängigen Variablen zeigen. Ebenso wurde überprüft, ob innerhalb der beiden Geschlechter signifikante Zusammenhänge des Alters (vierstufige Altersvariable) mit den abhängigen Variablen vorliegen (Korrelationskoeffizienten von Pearson und Kendall's Tau b). Die Daten für die letztere Betrachtungsweise stammen aus dem vorliegenden SFA-Bericht über den Kanton Zürich (Delgrande, Kuntsche & Schmid, 2000). Standardmässig wurden danach die Variablen nach sozioökonomischem Status, dem Migrationsstatus und nach Region (Kanton Zürich vs. Rest der Deutschschweiz) untersucht. Nicht möglich waren diese Analysen bezüglich sexueller Gewalt, wo die Zellbesetzungen zu klein für eine Auswertung waren. Wo möglich, wurden Trendanalysen erstellt (Vergleich der Befragung von 1994 mit der Befragung von 1998, in den Fällen, in denen identische Frageformulierungen vorliegen). Im Folgenden werden alle Resultate im Text aufgeführt, bei denen sich signifikante Ergebnisse zeigten. Wo kein Hinweis erfolgt, liegen auch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der folgenden Grundkategorien vor:

- Unterschiede zwischen den vier Alters-Geschlechts-Gruppen,
- Geschlechtsunterschiede nach Alter (in den beiden Altersgruppen 12- bis 13-Jährige und 14- bis 15-Jährige),
- Altersunterschiede nach Geschlecht,
- sozioökonomischer Status (drei Gruppen),
- Nationalität (Schweizer/innen vs. Ausländer/innen),
- Region (Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz),
- und Trendanalysen (Vergleich von Ergebnissen von 1994 und 1998).

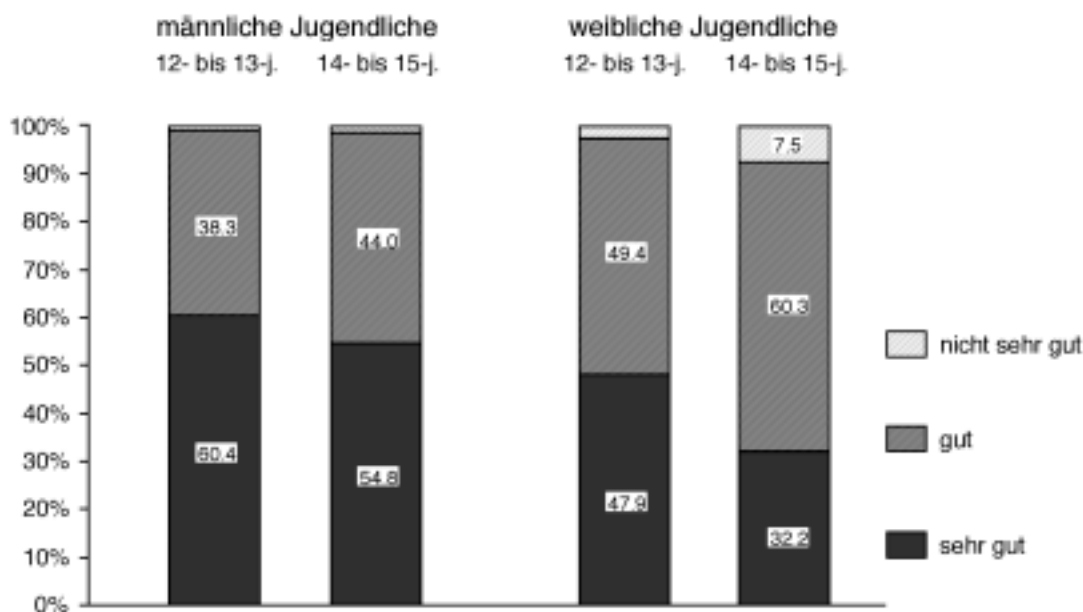
Berichtet werden Unterschiede bis zu einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%. Es handelt sich beim gewählten Vorgehen um ein induktives, exploratives Vorgehen in einem heuristischen Ansatz, das es erlaubt, die Menge möglicher Auswertungen auf ein handhabbares Mass zu reduzieren.

Ergänzt werden diese Daten durch die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) vom Bundesamt für Statistik. Da die auswertbare Stichprobe für den Kanton Zürich sehr klein ist, beschränkt sich die Darstellung dieser Studie auf einige Randauszählungen bei 16- bis 20-jährigen Männern. Sie werden punktuell (jeweils in einem Kästchen) in den Bericht eingefügt. Die SGB wird ebenfalls im Abschnitt 2.10 kurz dargestellt.

## 2.2 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit ist Aspekt subjektiven Wohlbefindens.

Abb. 1: Subjektive Einschätzung der Gesundheit (N=1'042)



Die vier Alters-Geschlechts-Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander. Zum einen spielt bei den Frauen das Alter eine Rolle (ältere Mädchen schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als jüngere), zum andern spielt aber in beiden Altersgruppen das Geschlecht eine Rolle (Mädchen schätzen ihre Gesundheit innerhalb beider Altersgruppen schlechter ein als Jungen). Bei den Jungen ist das Alter kein signifikanter Faktor für die gesundheitliche Selbsteinschätzung.

Migrantinnen und Migranten schätzen ihre Gesundheit schlechter ein als Schweizer/innen (das trifft für beide Geschlechter sowie für die Gesamtgruppen zu).

Auf der Ebene der gesundheitlichen Outcomes wird sich zeigen, dass die hier berichteten Unterschiede ein Korrelat auf der Ebene der Gesundheit und des Wohlbefindens haben.

Keine Unterschiede zeigen sich in den unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen und beim Vergleich des Kantons Zürich mit der übrigen Deutschschweiz.

Die Trendanalysen erbrachten keine signifikanten Veränderungen zwischen 1994 und 1998.

### **16- bis 20-jährige Zürcher Männer:**

#### **Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=65)**

Die eigene Gesundheit wird zumeist als gut eingestuft. Lediglich einer der befragten 65 männlichen Jugendlichen meint, dass seine Gesundheit mittelmässig sei. Rund 42% schätzen ihre Gesundheit als gut, 56% als sehr gut ein.

## 2.3 Psychische Aspekte von Gesundheit

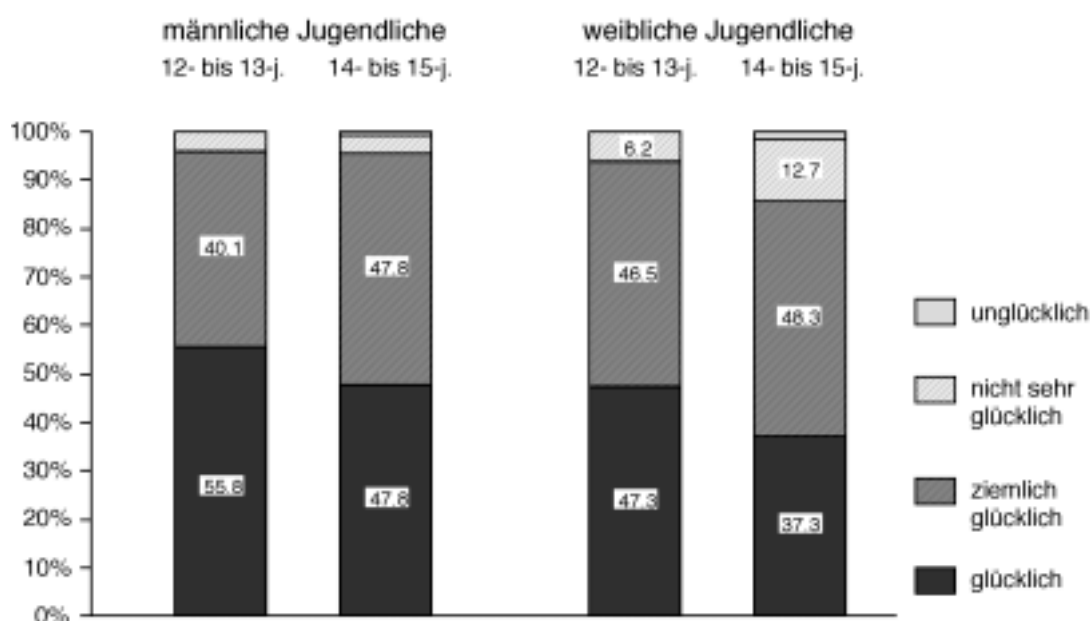
Die Indikatoren für psychische Gesundheit sind äusserst vielfältig. Sie lassen sich zusammenfassen durch eine positive emotionale Gestimmtheit sowie die Fähigkeit, positiv und aktiv Energie und Aufmerksamkeit nach aussen zu richten und so zu einer Bewältigung des Alltags sowie einer persönlichen Weiterentwicklung zu gelangen ("coping man", Herzog, 1991).

Im Beitrag von Steinhausen und Winkler Metzke (Abschnitt 3.3) werden Indikatoren für psychische Auffälligkeit und Therapiebedürftigkeit diskutiert.

### *Positive emotionale Befindlichkeit*

Ein überwiegender Anteil der Jugendlichen berichtet über eine grundsätzlich positive emotionale Grundstimmung. Rund 95% der Jugendlichen geben an, meistens "glücklich" oder wenigstens "ziemlich glücklich" zu sein. Auffällig ist wiederum, dass die Gruppe der älteren Mädchen in deutlich geringerem Ausmass glücklich ist (zu rund 85%).

**Abb. 2: Glücklich sein (N=1'029)**



Die vier Alters-Geschlechts-Gruppen unterscheiden sich signifikant. In der Altersgruppe der 14- bis 15-jährigen Jugendlichen sind die Geschlechtsunterschiede und bei den Mädchen die Korrelation mit dem Alter signifikant. Die Zürcher Jungen sind etwas glücklicher als ihre Geschlechtsgenossen in der übrigen Deutschschweiz (schwach signifikant). Bei den Trendanalysen (Vergleich der Daten von 1994 mit denjenigen von 1998) ist lediglich die signifikante Zunahme von Glücksgefühlen in der jüngeren Altersgruppe der 12- bis 13-jährigen Jungen zu beobachten (schwach signifikant).

### **16- bis 20-jährige Zürcher Männer:**

#### **Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=65)**

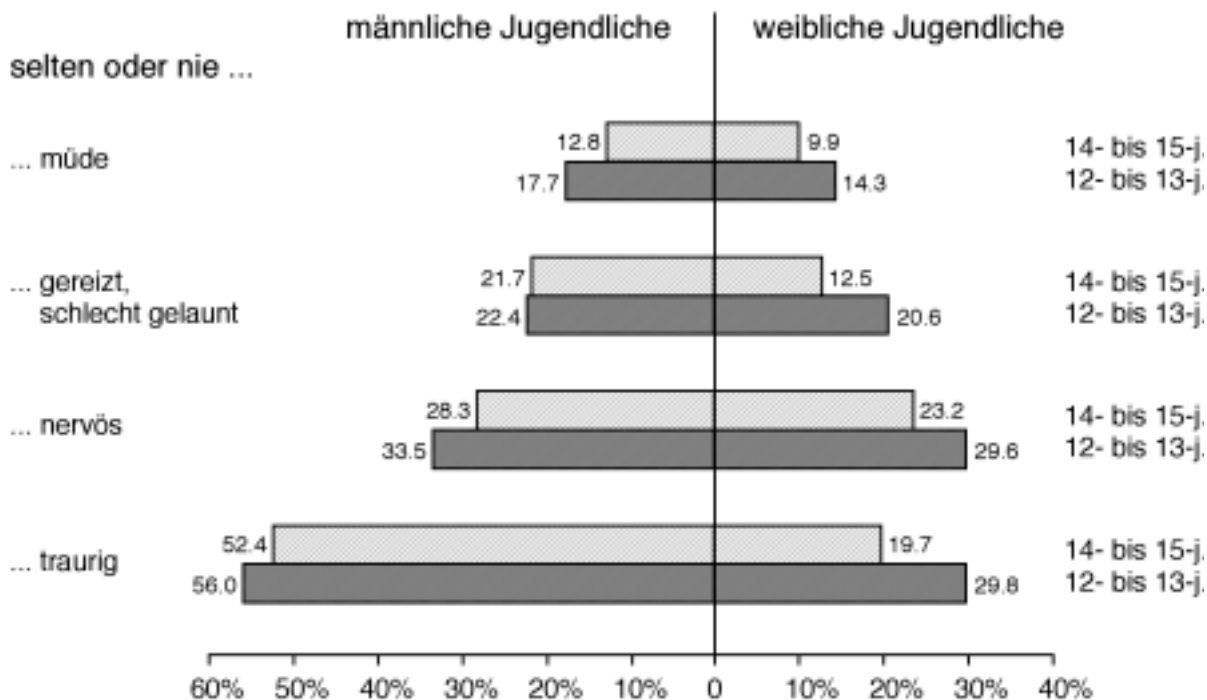
Rund 72% der Befragten verspürten praktisch an jedem Tag der vergangenen Woche (vor der Befragung) Kraft, Energie und Optimismus. Nur eine Person gibt an, sich an keinem Tag so zu fühlen.

Rund 32% der jungen Männer fühlten sich vergangene Woche (vor der Befragung) praktisch jeden Tag ausgeglichen, immerhin 12% geben an, sich nie so zu fühlen.

### Negative emotionale Befindlichkeit

"Traurig sein", "bedrückt sein", "gereizt sein", "nervös sein", "müde sein", so lauten die in der HBSC erhobenen Items. Insgesamt handelt es sich um Stimmungen, die geeignet sind, eingeschränktes Wohlbefinden anzuzeigen im Sinne von Überforderung, Neigung zu Depressivität sowie Angstneigung. Es handelt sich um Stimmungen, die möglicherweise alltägliche Auseinandersetzungen und Lebensbewältigung behindern, die Neugier auf Neues und Unbekanntes schwächen. Die folgende Abbildung 3 zeigt die Anteile derjenigen Jugendlichen, die angeben, in den letzten sechs Monaten diese Stimmungen selten oder nie verspürt zu haben.

Abb. 3: Negative emotionale Befindlichkeit (N=1'019 bis 1'032)



Die vier emotionalen Stimmungen unterscheiden sich in den vier Gruppen signifikant voneinander. In der älteren Altersgruppe (14- bis 15-Jährige) sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei allen vier Variablen signifikant, gleichzeitig spielt bei den älteren Mädchen auch das Alter eine Rolle (ausser bei der Nervosität): Die älteren Mädchen sind häufiger traurig, gereizt und müde. Umgekehrt zeigt sich bei den Jungen bei keiner der vier Variablen ein signifikanter Alterseffekt. Diese Zusammenhänge zeigen eine ausgeprägte Belastungsindikation bei den älteren Mädchen. Mädchen sind generell belasteter durch negative emotionale Stimmungen als die Jungen. Die Jungen stehen also generell besser da. Zudem spielen Alterseffekte bei ihnen eine geringere oder keine Rolle.

Die Trendanalysen zeigen, dass sich die Situation im Vergleich zu 1994 verschlechtert hat und zwar für die älteren Mädchen in Bezug auf Traurigkeit/Bedrücktheit und Müdigkeit sowie für die älteren Knaben und die Gesamtgruppe in Bezug auf Nervosität.

Migrantinnen sind häufiger nervös als Schweizerinnen. Es könnte vermutet werden, dass sich hier eine Mehrfachbelastung (Migrationsstatus und Geschlecht) ausdrückt. Bei den anderen unabhängigen Variablen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (in Bezug auf die Region oder den sozioökonomischen Status).



**16- bis 20-jährige Zürcher Männer:**

**Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=65)**

Nie niedergeschlagen oder verstimmt sind 42% der befragten jungen Männer, 37% sind nie angespannt, gereizt oder nervös (in der vergangenen Woche vor der Befragung).

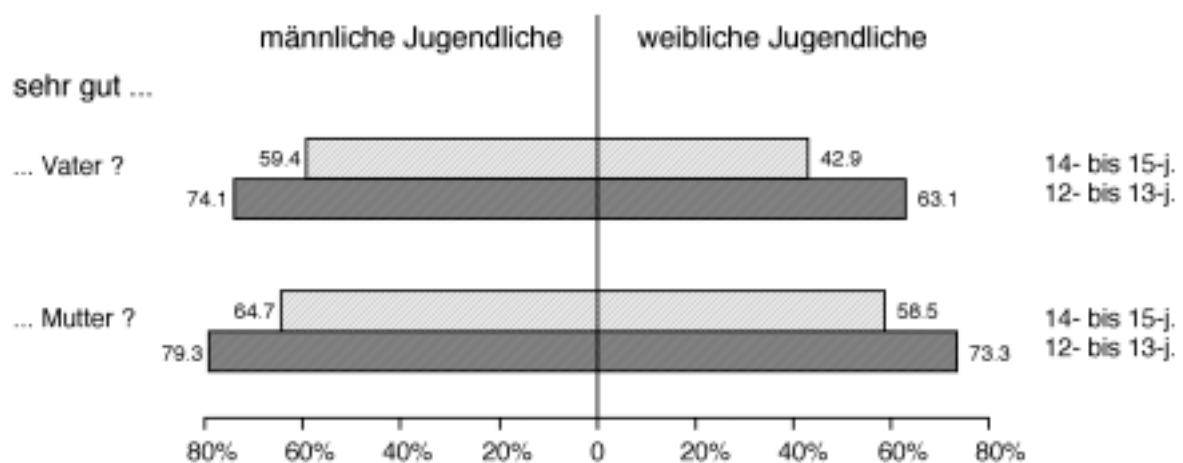
## 2.4 Soziale Aspekte von Gesundheit

Zu den zentralen Dimensionen von Gesundheit gehört die soziale Integration, das Gefühl von Geborgenheit in einer sozialen Gruppe oder in einer Beziehung (Meyer & Suter, 1993). Die Qualität des sozialen Umfelds, das Verfügen über soziale Ressourcen im Sinne des Verfügens über eine Vertrauensperson, aber auch die Möglichkeit, instrumentelle Hilfe von Bezugspersonen zu erbitten und zu erhalten, stehen in einem Zusammenhang zur Gesundheit.

Soziale Ressourcen sind für die Gesundheit und das Wohlbefinden sowie für die Bewältigung von Alltagsaufgaben zentral. Dabei wirken diese Faktoren direkt auf die Gesundheit (je mehr soziale Integration und soziale Unterstützung, desto besser die Gesundheit und das Wohlbefinden) wie auch indirekt, indem sie in der Lage sind, Belastungen "abzupuffern" (je mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, desto besser bin ich in der Lage, Belastungen zu bewältigen, und desto besser ist wiederum Gesundheit und Wohlbefinden (Meyer, 2000)). Kinder und Jugendliche sind entwicklungsgemäss besonders auf unterstützende Beziehungen angewiesen. In der Regel übernehmen in der Kindheit die Eltern diese Rolle, sie werden aber im Entwicklungsfortschritt zunehmend von den Gleichaltrigen der Jugendlichen abgelöst.

Die folgenden Indikatoren beinhalten einen Doppelaspekt: Zum einen sind sie Teil des mehrdimensionalen Konstruktes "Gesundheit und Wohlbefinden", zum anderen stellen sie Ressourcen dar, die Jugendlichen helfen, den Herausforderungen ihres Alltags gerecht zu werden.

**Abb. 4: Geborgenheitsgefühle bei den Eltern: sich bei Mutter/Vater gut fühlen**  
(N=1'021 und 997)

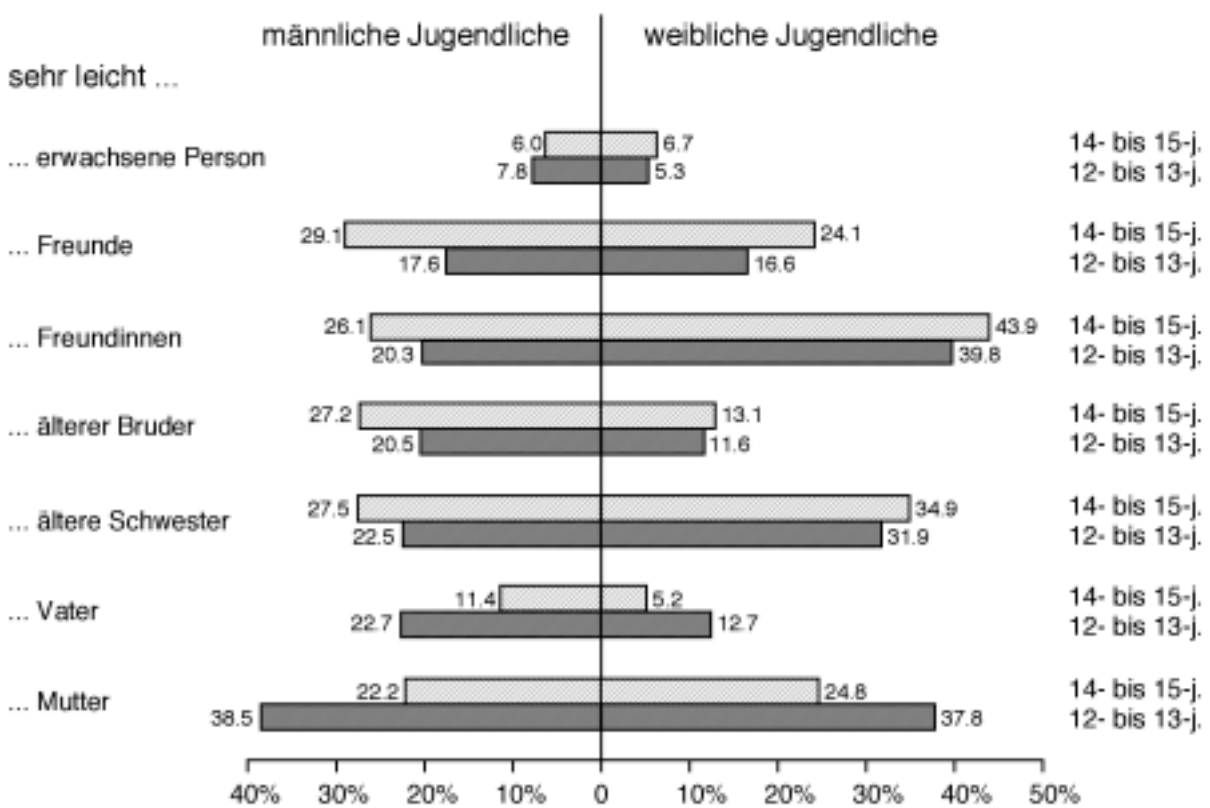


Eine überwiegende Mehrheit der Jugendlichen fühlt sich bei den Eltern sehr gut aufgehoben. Es zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den vier Alters-Geschlechts-Gruppen. Sie beruhen beim Vater auf Interaktionseffekte von Alter und Geschlecht, in Bezug auf die Mutter auf Alterseffekte; Geschlechtseffekte spielen bei ihr keine Rolle. Trendanalysen konnten keine vorgenommen werden.

Während der Vater in dieser allgemeinen Einschätzung des "sich aufgehoben Fühlens" mit der Mutter mithalten kann, zeigen sich bei der Frage, die sich auf eine konkrete Situation bezieht (Probleme besprechen), deutlichere Unterschiede.



**Abb. 5: Wahrgenommene Zugänglichkeit von Bezugspersonen: sehr leicht über Sorgen reden können (N=415 bis 1'009)**



Die Abbildung 5 zeigt, wie bei beiden Geschlechtern die Eltern in der älteren Altersgruppen zunehmend von anderen Bezugspersonen abgelöst werden, mit denen es den Jugendlichen leichter fällt, über ihre Probleme zu reden. Den Mädchen fällt der Zugang zu gleichgeschlechtlichen Personen besonders leicht, während den Jungen beide Möglichkeiten offen stehen. Ob Bruder oder Schwester, Freunde oder Freundinnen, den Jungen fällt es in etwa in gleichem Ausmass leicht, mit diesen Personen über ihre Sorgen zu reden. Anders bei den Mädchen: Ihnen fällt es sehr viel leichter, mit der Mutter, der Schwester oder mit Freundinnen zu sprechen als mit dem Vater, dem Bruder oder mit Freunden.

In den meisten Fällen unterscheiden sich die vier Alters-Geschlechts-Gruppen in ihrer Wahrnehmung der Zugänglichkeit zu verschiedenen Bezugspersonen; dies ist aber nicht der Fall in Bezug auf die ältere Schwester und in Bezug auf andere erwachsene Personen.

Geschlechtsunterschiede innerhalb der Altersgruppen spielen eine Rolle in Bezug auf den Vater, den älteren Bruder und in Bezug auf Freundinnen. Altersunterschiede spielen eine Rolle beim Vater, der Mutter und bei Freunden. Der Zugang zu den genannten Bezugspersonen hängt also – in der Regel – von Interaktionen zwischen Geschlecht und dem Alter ab. Am auffälligsten ist die schlechte Verfügbarkeit des Vaters für die Mädchen, die sich zudem mit zunehmendem Alter noch drastisch verschlechtert. Eine Tendenz, die sich bereits bei der Frage des "sich aufgehoben Fühlens" abzeichnete.

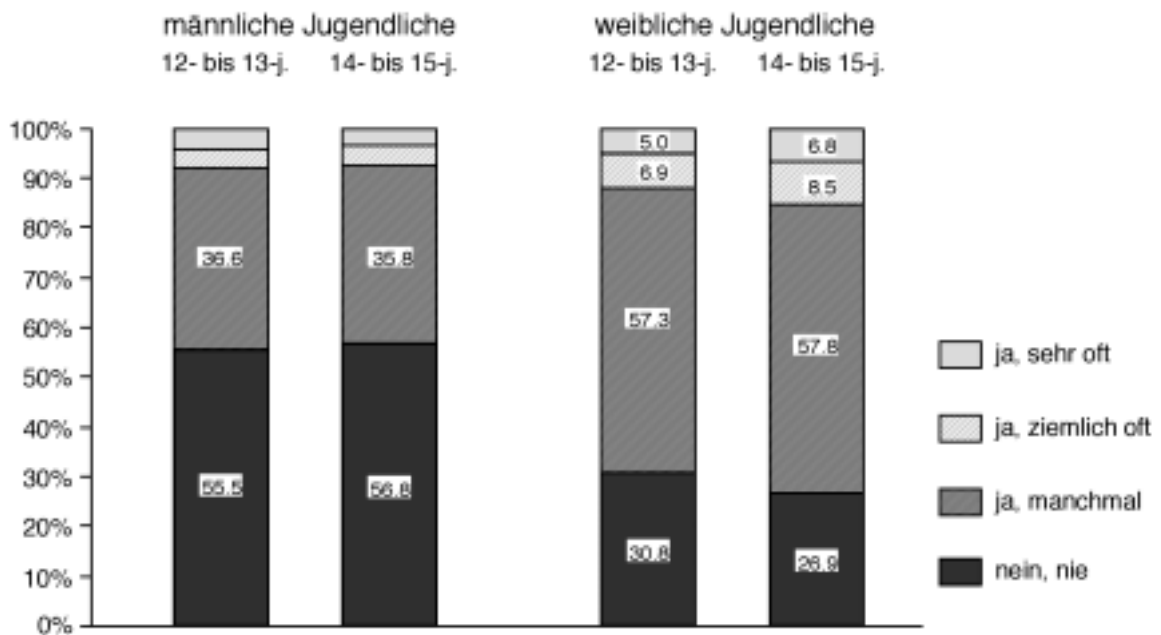
Bei den übrigen Vergleichen fällt auf, dass Vater und Mutter für die Zürcher Mädchen schwerer zugänglich sind als in der übrigen Deutschschweiz (für den Vater sind die Unterschiede auch in der Gesamtgruppe schwach signifikant). Für Jugendliche mit ausländischem Pass ist bei den Jungen der ältere Bruder, die ältere Schwester und die Freunde leichter zugänglich als für die Zürcher Peers. Bei den Mädchen mit anderer Nationalität ist es die ältere Schwester, mit der es leichter fällt, über die Sorgen zu reden als dies bei den Schweizer Mädchen der Fall ist. Keine Unterschiede zeigen sich bezüglich sozioökonomischer Gruppen, Trendanalysen konnten nicht vorgenommen werden.

**16- bis 20-jährige Zürcher Männer:  
Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=65)**

Über 50% der 16- bis 20-jährigen Zürcher verfügen über mehrere Vertrauenspersonen, 16% verfügen über eine Person und ein Drittel gibt an, über keine Vertrauensperson zu verfügen. Ein Drittel gibt an, eine solche Person zu vermissen.

Ein klarer Ausdruck von Belastung im Jugendalter ist, wenn Einsamkeitsgefühle geäußert werden. Die Mädchen berichten darüber in weit ausgeprägterem Masse als die Jungen.

**Abb. 6: Einsamkeitsgefühle (N=1'038)**



Die Geschlechtsunterschiede in den beiden Altersgruppen sind signifikant. Altersunterschiede sind bei beiden Geschlechtern nicht signifikant. Es handelt sich also bei den Einsamkeitsgefühlen um ein geschlechtsgebundenes Phänomen. Die jungen Frauen fühlen sich häufiger einsam als die jungen Männer. Trendanalysen zeigen eine signifikante Abnahme von Einsamkeitsgefühlen im Zeitraum von 1994/1998 in der Gesamtgruppe sowie bei den jüngeren männlichen Jugendlichen.

**16- bis 20-jährige Zürcher Männer:  
Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=65)**

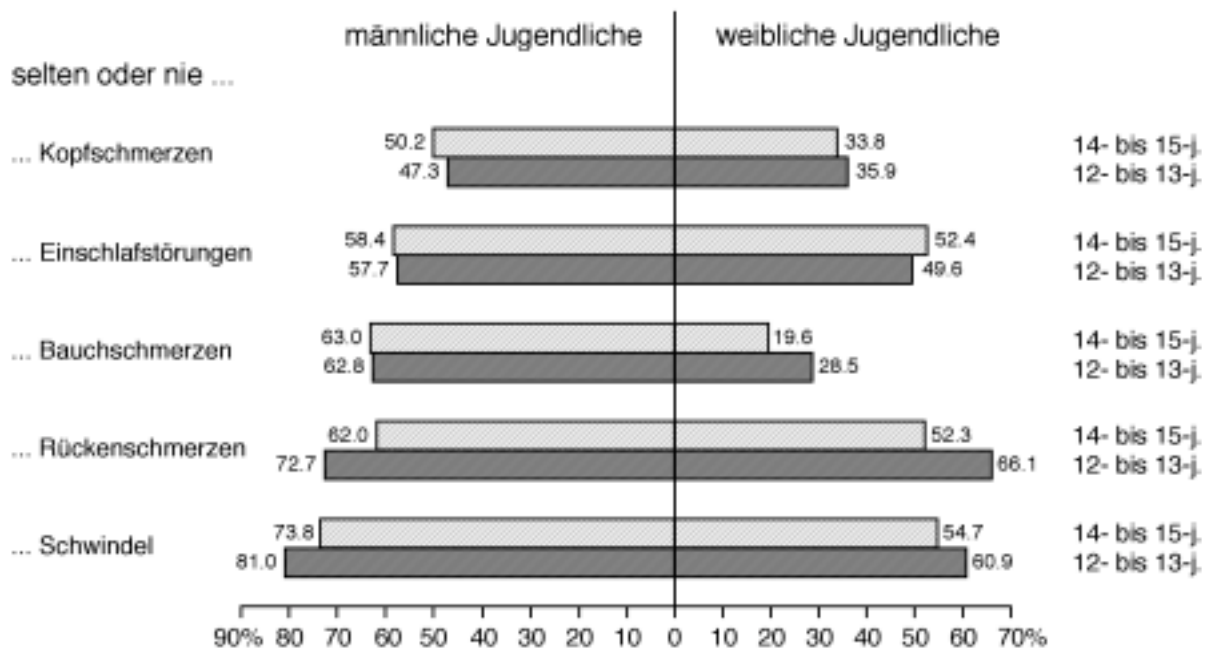
Nie einsam fühlen sich 60% der 16- bis 20-jährigen jungen Männer, 40% fühlen sich "manchmal" einsam.

## 2.5 Körperliche Aspekte von Gesundheit

Jugendliche sind naturgemäss vergleichsweise gesund. Faktoren wie zum Beispiel schädliche Einflüsse am Arbeitsplatz, die Auswirkungen gesundheitsschädigender Gewohnheiten, die Wirkung eingeschränkter materieller Ressourcen hatten noch nicht die notwendige Zeit, die Körper der Jugendlichen zu schädigen. Der jugendliche Körper regeneriert sich gut und ist vielen Belastungen gewachsen. Trotzdem stimmt das Stereotyp der gesunden Jugend nicht. Zum Beispiel vernachlässigt es diejenigen Jugendlichen, die chronische Krankheitseinschränkungen zu bewältigen haben. Nach Schätzungen trifft dies auf rund 10% der deutschen Jugendlichen zu (Hoepner-Stamos, 1995; Petermann, 1994). Asthma und allergische Erkrankungen stehen dabei an der Spitze der Prävalenzen. Ebenso sind psychosomatische und vegetative Störungen häufig. Einen Überblick bietet Lehmkuhl (1995). Berichtete Prävalenzraten schwanken erheblich. Es wird v. a. auf den Zusammenhang von psychischer Belastung und dem Vorliegen von körperlichen Beschwerden hingewiesen.

In der Phase zwischen 12 und 17 Jahren ereignen sich wesentliche körperliche Veränderungen. Daraus können Belastungen und Beeinträchtigungen resultieren. Diese können sich – im ungünstigen Fall – in einem negativen Körperselbstbild und eingeschränktem Selbstbewusstsein auswirken. Der Beitrag von Buddeberg-Fischer in diesem Bericht (Abschnitt 3.1) widmet sich u. a. diesen Aspekten.

**Abb. 7: Körperliche Beschwerden: selten oder nie Beschwerden bezüglich verschiedener Symptome verspürt haben (N=1'019 bis 1'031)**



Alle fünf aufgeführten Beschwerden (Abbildung 7) sind in den vier Alters-Geschlechts-Gruppen signifikant unterschiedlich verteilt. Signifikante Geschlechtsunterschiede innerhalb der beiden Altersgruppen zeigen sich für alle Beschwerden, ausser den Rückenschmerzen bei den 12- bis 13-Jährigen. Die Zusammenhänge mit dem Alter sind uneinheitlicher: Bei Rückenschmerzen und bei Schwindelgefühlen nehmen diese Beschwerden mit dem Alter zu. Bei den übrigen Beschwerden ist das Geschlecht die ausschlaggebende Variable für die Unterschiede (mit der Ausnahme der Rückenschmerzen bei den 12- bis 13-Jährigen).

Rückenschmerzen könnten im Zusammenhang mit dem Längenwachstum stehen, die ausgeprägte Häufigkeit der Bauchschmerzen (ev. auch die Kopfschmerzen) bei den Mädchen mit Beschwerden im

Zusammenhang mit dem Monatszyklus. Einschlafstörungen und Kopfschmerzen sind wohl in erster Linie als Stresssymptome zu werten. In Bezug auf alle Beschwerden (ausser den Rückenschmerzen bei den 12- bis 13-Jährigen) erweisen sich die Frauen belasteter als die Männer.

In Bezug auf die Einschlafstörungen (Gesamtgruppe sowie in allen vier Gruppen, ausser den älteren männlichen Jugendlichen) sowie in Bezug auf die Gefühle von Schwindel (in der Gesamtgruppe sowie wiederum mit Ausnahme der älteren männlichen Jugendlichen) zeigen sich positive Trends im Sinne einer Abnahme dieser Störungen.

**16- bis 20-jährige Zürcher Männer:**

**Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=65)**

*Physische Beschwerden in den letzten zwölf Monaten verspürt: Es wurde eine Liste mit 10 Symptomen vorgelegt. Bei den Zürcher Männern weisen 17% keine Symptome auf, 45% einige Symptome und 38% starke Symptome.*

*Unfälle*

Die deutlichsten Einschränkungen der körperlichen Gesundheit ergeben sich aus den Unfällen in Sport und Freizeit. Aber auch die Integration in die Arbeitswelt birgt neue, von den Jugendlichen oft unterschätzte Gefahren. Rund 45% erlitten einen Unfall in einem Schweregrad, der eine ärztliche Behandlung notwendig machte (bei einem Arzt oder im Krankenhaus).

Entgegen der Erwartung, dass es vor allem die Jungen sind, die sich durch experimentierendes Verhalten ausgeprägt Gefahren aussetzen, sind die Verteilungen über die Altersgruppen und die Geschlechter sehr gleichförmig; zwischen den vier Alters-Geschlechts-Gruppen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Dies ist insofern erstaunlich, als doch erwartet werden könnte, dass Jungen mehr experimentierendes Verhalten zeigen und in der Folge häufiger von Unfällen betroffen sein könnten als Mädchen. Entgegen diesen Erwartungen zeigt sich die grösste (nicht signifikante) Häufung von Unfällen in der Gruppe der älteren Mädchen. 6.4% erlitten 4-mal und häufiger einen Unfall. Signifikante Unterschiede gab es nach sozioökonomischem Status bei den jüngeren Knaben: Tiefere Schicht (Angestellte, Arbeiter) ist assoziiert mit häufigeren Unfällen. Die Trendanalysen zeigen eine signifikante Zunahme der behandelten Unfälle bei den älteren Mädchen.

**16- bis 20-jährige Zürcher Männer:**

**Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=59)**

*Über 60% der befragten jungen Männer hatten in den letzten zwölf Monaten einen Unfall erlitten. Dabei handelt es sich überwiegend um Sportunfälle sowie um einige wenige Unfälle in Haus und Garten. Die erlittenen Unfälle machten in knapp 10% der Fälle eine ärztliche Behandlung notwendig, über 90% konnten selbst behandelt werden.*

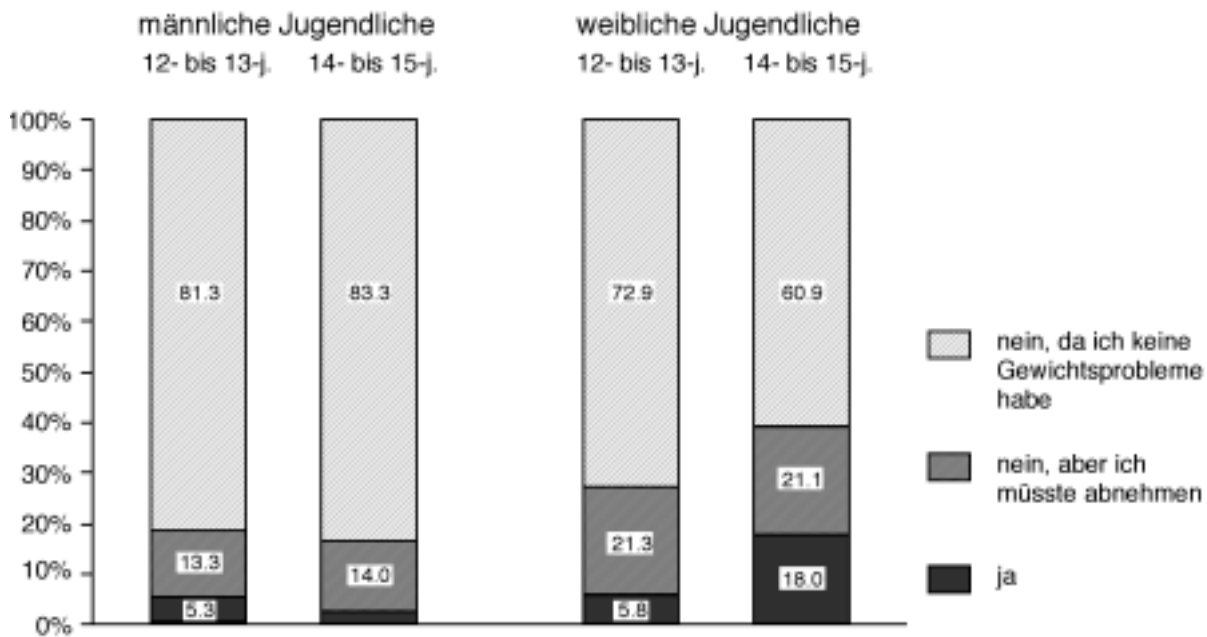
## **2.6 Körperbild, Sexualität, Gewalt**

*Körperbild*

Aussehen und Schönheit sind wichtige Aspekte im Leben von Jugendlichen. Veränderungen im körperlichen Bereich und die anstehenden sexuellen Erfahrungen bringen es mit sich, dass Jugendliche ihrem Körper grosse Aufmerksamkeit entgegen bringen.

Ist es für die Frauen das Ideal des schlanken Modells, das die Latte für die Bewertung des eigenen Aussehens setzt, sehen sich die Knaben mit anderen, letztlich nicht weniger normierenden Anforderungen konfrontiert. "Waschbrettbauch" und Muskelpakete an den richtigen Stellen sind Elemente des männlichen Schönheitsideals.

**Abb. 8: Aktuell eine Abmagerungskur machen (N=1'029)**



Die vier Alters-Geschlechts-Gruppen unterscheiden sich signifikant, ebenso sind die Geschlechtsunterschiede innerhalb der beiden Altersgruppen signifikant unterschiedlich. Bei den Frauen nimmt das Diätverhalten mit dem Alter zu. Bei den 14- bis 15-jährigen Mädchen sind es rund je ein Fünftel, die entweder meinen, sie müssten abnehmen, oder die aktuell daran sind, eine Abmagerungskur zu machen (vgl. Abbildung 8). In Bezug auf den sozioökonomischen Status zeigen sich in der Gesamtgruppe sowie bei den männlichen Jugendlichen signifikante Unterschiede: Angehörige von Angestellten/Arbeitern sowie von nicht klar zuzuordnenden Schichten halten häufiger eine Diät ein als Angehörige von oberen Schichten (oder geben an, sie müssten eine Abmagerungskur machen). Migrantinnen und Migranten machen häufiger eine Abmagerungskur als Schweizer/innen (Gesamtgruppe sowie in der Gruppe der Frauen).

Sind es bei den Knaben noch rund die Hälfte, die das Gefühl haben, das richtige Gewicht zu haben (d. h. meinen, weder zu dick noch zu dünn zu sein), ist diese Überzeugung bei rund 43% der Mädchen vorhanden. In der Gruppe der 14- bis 15-jährigen Mädchen ist dieses Gefühl am seltensten: 58.5% meinen, zu dick oder zu dünn zu sein. Im Beitrag von Buddeberg-Fischer wird den hier skizzierten Zusammenhängen vertieft nachgegangen (Abschnitt 3.1).

### Sexualität

Im Bereich der Sexualität stehen für die Jugendlichen wichtige Erfahrungen und Entwicklungsschritte an. Die Art und Weise, wie diese Schritte erlebt werden, wie es möglich ist, diese Erfahrungen gemäss der eigenen Entwicklung und der eigenen Entscheidung zu tun, stellen für die Persönlichkeitsentwicklung wichtige Faktoren dar. Gutes Selbstbewusstsein sowie gute kommunikative Fähigkeiten stellen die besten Voraussetzungen dar für ein positives Erleben von Sexualität. Zugleich stehen diese Faktoren in engem Zusammenhang mit positivem Schutzverhalten (Narring et al., 1997). Der erste Geschlechtsverkehr wird in einem überwiegenden Teil zwischen 15 und 20 Jahren vollzogen.

In der vorliegenden Altersgruppe sind die Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr noch relativ gering. In der gesamten Stichprobe geben 85.8% der Jugendlichen an, noch keinen Geschlechtsverkehr erlebt zu haben. 4.6% der Jugendlichen haben diese Frage nicht beantwortet. 9.5% haben schon Geschlechtsverkehr erlebt. Von diesen haben sich knapp zwei Drittel konsequent mit Kondomen geschützt, ein gutes Drittel hat Geschlechtsverkehr erlebt und sich dabei nicht immer mit Kondomen geschützt.

Aus nationalen Studien ist bekannt, dass sich die Jugendlichen im Allgemeinen gut schützen, besser

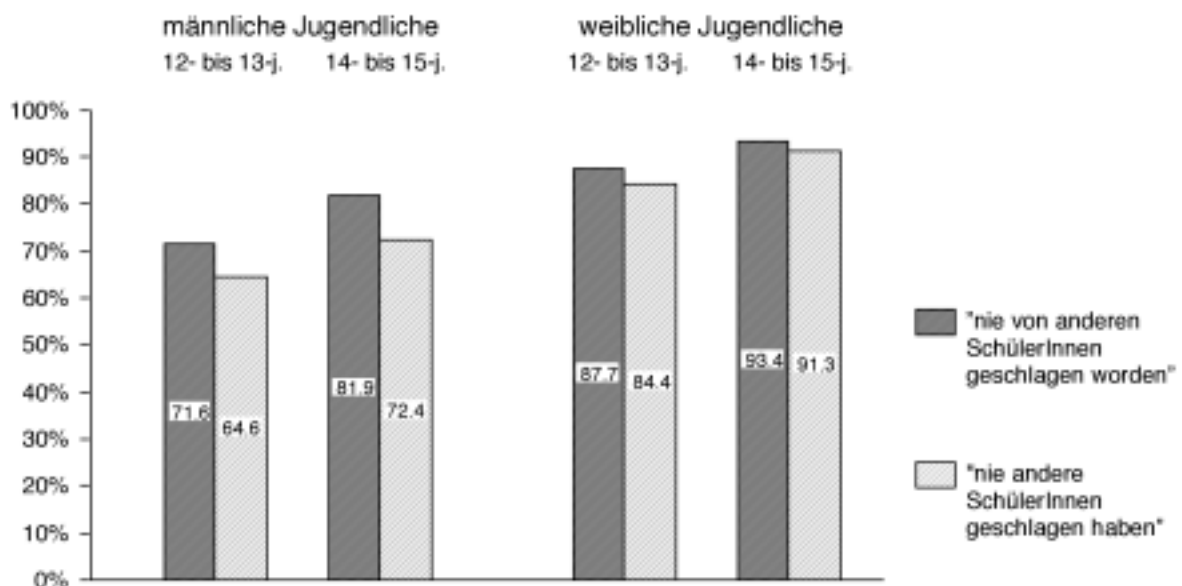


als ältere Altersgruppen. In den letzten Jahren sind Befürchtungen aufgetreten, dass das Schutzverhalten – in der Folge einer allgemeinen Übersättigung mit dem Thema Aids – nachgelassen habe.

### Gewalt

In den Medien wurde in den letzten Jahren eine breite Diskussion darüber geführt, ob Gewalttaten unter Jugendlichen zugenommen haben oder nicht. Der medienwirksamen Darstellung von Einzelfällen zum Trotz, ist die Datenlage allerdings nicht so klar. Zwar gibt es Hinweise darauf, dass Gewalttaten zugenommen haben (Fischer & Wydler, 2001: Befragung von Deutschschweizer Rekruten zu den Zeitpunkten 1993 und 1999). Neben Veränderungen in der Häufigkeit entsprechender Vorkommnisse haben sich aber sicher die gesellschaftlichen Bedingungen verändert. Soziale Ächtung von Gewalt hat zugenommen, ebenso die Bereitschaft, entsprechende Vorkommnisse bei der Polizei anzuzeigen. Es kann vermutet werden, dass die soziale Kontrolle von Jugendlichen zu- und die sozialen Freiräume abgenommen haben. Alle Faktoren zusammen mögen zur beobachteten Zunahme der Tatverdächtigenrate (Eisner, Manzoni & Ribeaud, 2000) beitragen.

**Abb. 9: Gewalttaten, Opfer von Gewalt: Anteile, die keine Gewalt ausgeübt haben, bzw. nicht Opfer von Gewalt wurden (N=1'025 und 1'028)**



Die vier Alters-Geschlechts-Gruppen unterscheiden sich signifikant bei den Gewalttaten. Verantwortlich dafür sind in erster Linie Geschlechtsunterschiede (in beiden Altersgruppen), Altersunterschiede spielen nur bei den Mädchen eine signifikante Rolle, indem bei ihnen – mit zunehmendem Alter – Gewalterfahrungen abnehmen. Interessanterweise berichten Schweizer/innen etwas häufiger als Migrantinnen und Migranten, Opfer von Gewalt geworden zu sein (Gesamtgruppe sowie bei beiden Geschlechtern). Jugendliche im Kanton Zürich berichten etwas seltener als jene der übrigen Deutschschweiz, Opfer von Gewalt geworden zu sein (schwach signifikant in der Gesamtgruppe). Männliche Zürcher Jugendliche berichten etwas seltener als männliche Jugendliche in der übrigen Deutschschweiz, Gewalt ausgeübt zu haben. Trendanalysen waren nicht möglich.

**16- bis 20-jährige Zürcher Männer:**

**Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=65)**

30% der jungen Männer geben an, in irgendeiner Form in den letzten 12 Monaten Gewalt erlitten zu haben (Gewalt mit Worten, körperliche Gewalt und Diebstahl).

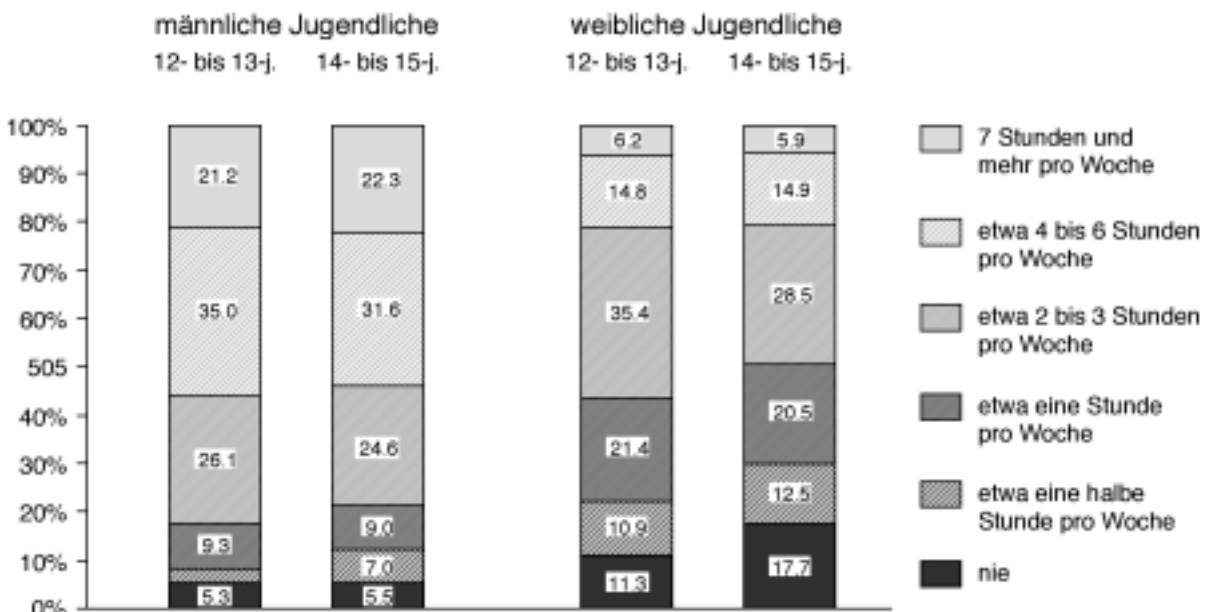
## 2.7 Gesundheitsverhalten: Bewegung, Suchtmittelkonsum

Die folgenden gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und deren Eingewöhnung und Einbettung in einen gesundheitlichen Lebensstil erhöhen in späteren Jahren die gesundheitlichen Chancen (oder erhöhen im Falle der Risikoverhaltensweisen die Gesundheitsrisiken).

### Sport

Körperliche Bewegung gilt als die Gesundheitsressource schlechthin. Die folgende Darstellung (Abbildung 10) zeigt, dass in der Altersgruppe der Jugendlichen intensiv Sport betrieben wird. Die gestellte Frage richtet sich nach dem zusätzlichen Sport ausserhalb des obligatorischen Schulsportunterrichts, also um freiwillig betriebenen Sport, der mit einer gewissen Intensität betrieben wird (so dass man ins Schwitzen kommt). Zusätzlich muss bedacht werden, dass Jugendliche diejenige Altersgruppe bilden, die sich wohl noch am meisten aus eigener Kraft fortbewegt (zu Fuss oder mit dem Fahrrad). Insgesamt muss die sportliche Aktivität als vorbildlich betrachtet werden, sie erklärt aber möglicherweise auch, weshalb in der betrachteten Altersgruppe das Unfallaufkommen relativ hoch ist: Ein Teil der Unfälle ist auf Sportunfälle zurückzuführen.

Abb. 10: Sportliche Aktivitätsdauer ausserhalb des Schulunterrichts (N=1'027)



Wiederum sind die Unterschiede zwischen den vier Alters-Geschlechts-Gruppen signifikant, wiederum die Geschlechtsunterschiede in den beiden Altersgruppen. Nicht signifikant sind die Altersunterschiede innerhalb der Geschlechter. Schwach signifikant sind die Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Gruppen, Schweizerinnen sind etwas aktiver als Migrantinnen, die Mädchen in der übrigen Deutschschweiz sind aktiver als die Zürcherinnen.

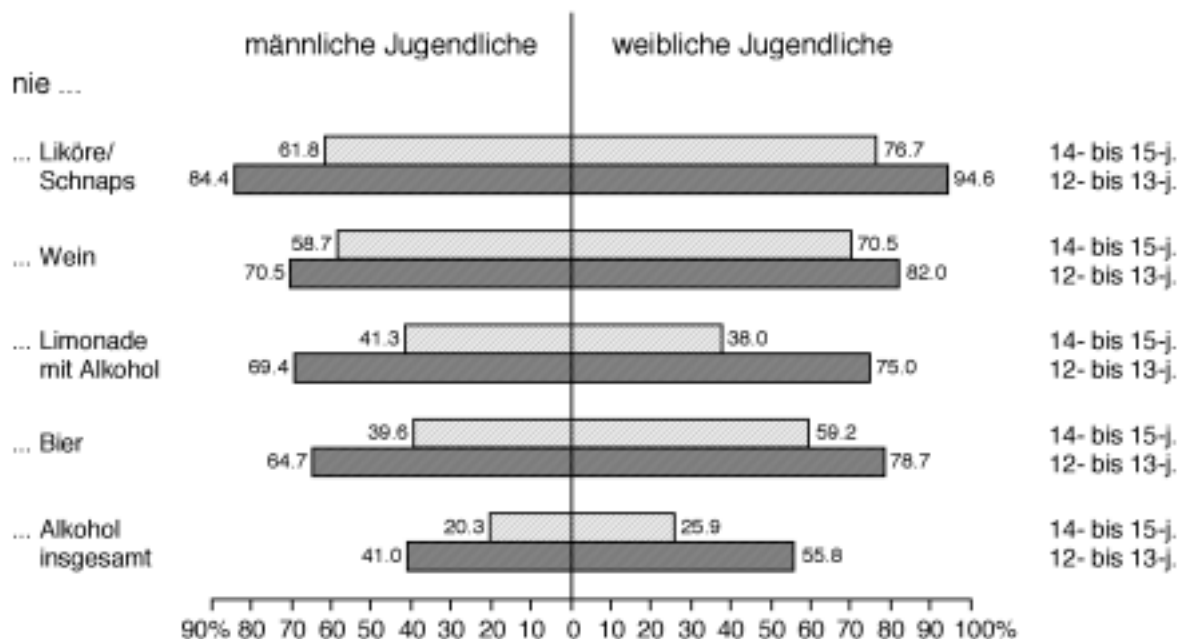
**16- bis 20-jährige Zürcher Männer:  
Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (N=65)**

Drei Viertel der jungen Männer geben an, sich in ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche derart intensiv körperlich zu betätigen, dass sie ins Schwitzen kommen.

## Alkohol

Alkoholkonsum ist unter Jugendlichen relativ häufig. Rund die Hälfte der 12- bis 13-Jährigen verfügen über Konsumerfahrungen, bei den 14- bis 15-Jährigen sind dies rund drei Viertel. Bereits zeigen kleine Anteile der Jugendlichen einen problematischen Konsum. So geben bei den 14- bis 15-Jährigen 2% der männlichen und 1% der weiblichen Jugendlichen an, täglich Alkohol (in irgendeiner Form) zu konsumieren.

**Abb. 11: Konsum verschiedener alkoholischer Getränke: Anteile ohne Konsumerfahrungen (N=1'009 bis 1'028)**



Interessant und aufschlussreich ist, dass die auf die Jugendlichen zugeschnittenen alkoholhaltigen Limonaden eine derart grosse Verbreitung fanden, dass deren Konsumhäufigkeit noch vor dem Wein rangierte. Diese Produkte wurden mittlerweile der Alkoholgesetzgebung unterstellt und mit einer Alkoholsteuer belegt, so dass diese Getränke preislich weniger attraktiv sind. Zudem wurden die Abgabekriterien von Alkohol an Jugendliche in Verkaufsgeschäften verschärft, so dass insgesamt die strukturellen Bedingungen für diese Konsumform im Sinne der Prävention verbessert wurden.

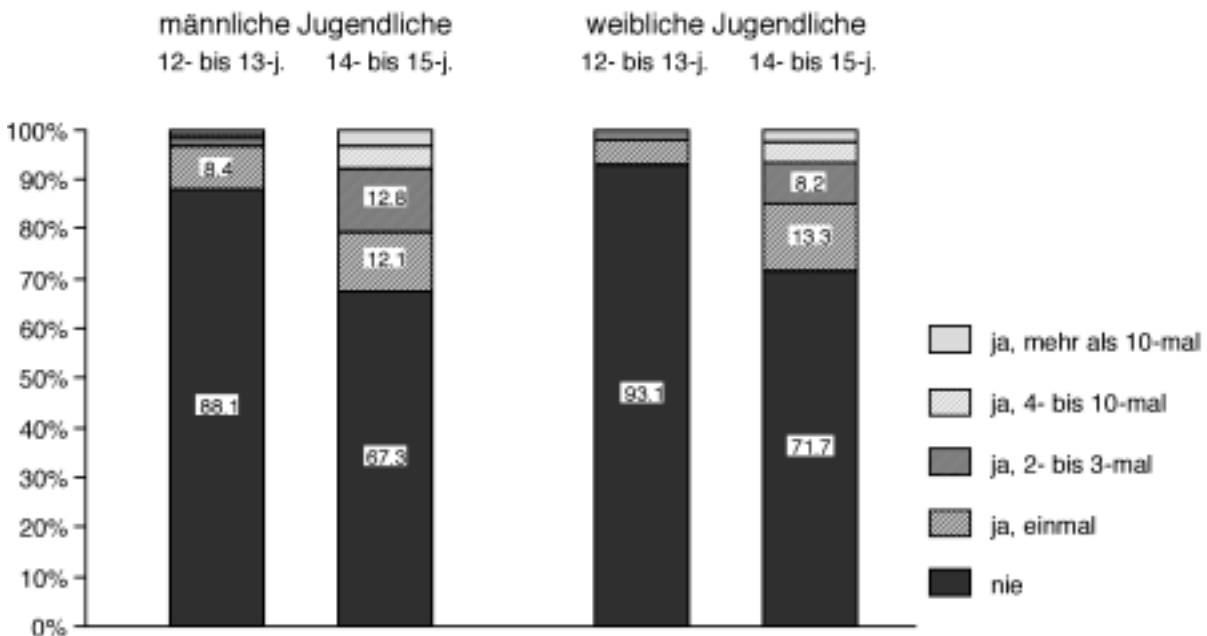
Die Unterschiede zwischen den vier Alters-Geschlechts-Gruppen sind für alle vier Getränkearten sowie für den Gesamtindex "Alkoholkonsum insgesamt" signifikant. Signifikante Geschlechtsunterschiede zeigen sich beim Gesamtindex "Alkoholkonsum" in der jüngeren Altersgruppe der 12- bis 13-Jährigen. Hingegen sind die Geschlechtsunterschiede für den Gesamtindex bei den 14- bis 15-Jährigen nicht signifikant. Ebenso unterscheidet sich der Konsum der alkoholhaltigen Limonaden in beiden Altersgruppen nicht. Dies stellt einen Hinweis darauf dar, dass über den Konsum von "weichen Getränken" die Geschlechtsunterschiede kleiner werden oder verschwinden. Nach wie vor sind aber die "harten Getränke", aber auch das Bier vorwiegend Männersache und haben wohl bei der Darstellung von Männlichkeit und Reife auf der symbolischen Ebene eine entsprechende Bedeutung. Bei beiden Geschlechtern nimmt mit dem Alter die Konsumrate bezüglich aller Getränkearten des Alkohols zu. Schweizerinnen konsumieren häufiger alkoholhaltige Limonaden sowie auch häufiger Liköre/Schnaps als Ausländerinnen.

Trendanalysen brachten keine signifikanten Veränderungen. Eine Ausnahme bildet der Konsum von Likören/Schnaps bei der Gruppe der 14- bis 15-jährigen männlichen Jugendlichen: Hier ist im beobachteten Zeitraum eine schwach signifikante Zunahme zu verzeichnen.



Die Trunkenheit wird als guter Indikator für problematischen Konsum betrachtet. Konsumgewohnheiten wie das Trinken bis zur Volltrunkenheit am Wochenende stellen problematische Konsumformen dar. Bei dieser Konsumform besteht ein beträchtliches Überdosierungsrisiko.

**Abb. 12: Betrunkeneheit: Lebensprävalenz (N=1'006)**



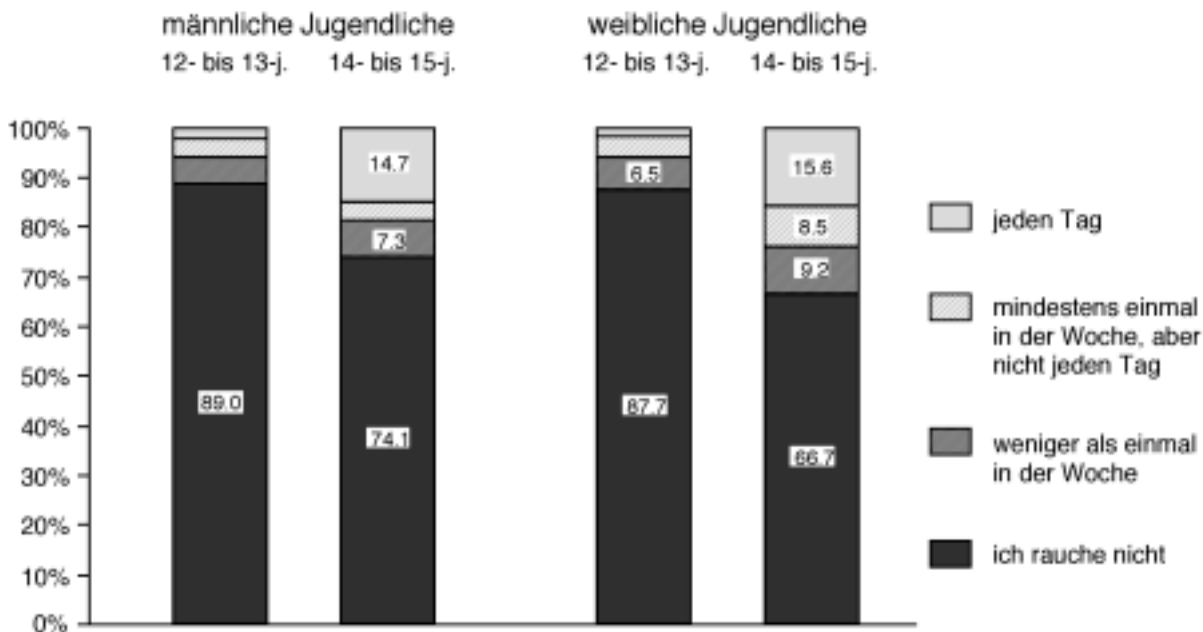
Bei den 14- bis 15-Jährigen haben rund 30% der Jugendlichen ein Erlebnis von "richtiger Betrunkeneheit" im Leben bisher gehabt, rund 20% waren in den letzten beiden Monaten vor der Befragung leicht oder stark betrunken. Trunkenheitserlebnisse sind ausgeprägt altersabhängig. Hingegen zeigen sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Jungen mit ausländischem Pass berichten etwas häufiger über Trunkenheit in ihrem Leben als die Schweizer Buben.

Trendanalysen der "Trunkenheit im Leben bisher" zeigen eine signifikante Zunahme im Zeitraum von 1994 bis 1998 für die Gesamtgruppe. Ein einzelner Vergleich der vier Gruppen zu den beiden Erhebungszeitpunkten 94 und 98 zeigt, dass die Trunkenheit bei den älteren Mädchen signifikant zugenommen hat; keine signifikante Zunahme ist hingegen bei den anderen drei Alters- und Geschlechtsgruppen zu verzeichnen.

### Tabak

Nach dem Alkohol ist der Tabak das verbreitetste Suchtmittel bei den Jugendlichen. Während gesamtgesellschaftlich mehr Jungen als Mädchen trinken, rauchen mehr Mädchen als Jungen. Trendanalysen zeigen insgesamt eine leichte Zunahme der Rauchgewohnheiten, die allerdings nicht auf die Zunahme des Konsums in einer einzelnen Gruppe zurückzuführen ist: Beim Vergleich 1994 und 1998 der einzelnen Alters-Geschlechts-Gruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

**Abb. 13: Aktuelle Rauchgewohnheiten (N=1'041)**



Der durchschnittliche Zigarettenkonsum bei den Rauchenden ( $n = 196$ ) liegt bei 21 Zigaretten in der Woche, der durchschnittliche Konsum bei den Buben ist leicht höher als bei den Mädchen. Ein Vergleich des Konsums in den vier Gruppen zeigt signifikante Unterschiede. Es tragen dazu zum einen die signifikanten Geschlechtsunterschiede, zum anderen auch die altersbedingte Zunahme bei. Im Übrigen zeigen sich – was die Konsumhäufigkeit betrifft – zwischen den verschiedenen Gruppen keine signifikanten Unterschiede (sozioökonomischer Status, Nationalität, regionale Unterschiede). Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) gibt an, dass sich gesamtschweizerisch "der Anteil der mindestens wöchentlich Rauchenden bei den 13-Jährigen seit 1986 verdreifacht und bei den 15-Jährigen verdoppelt" hat (SFA, 1999).

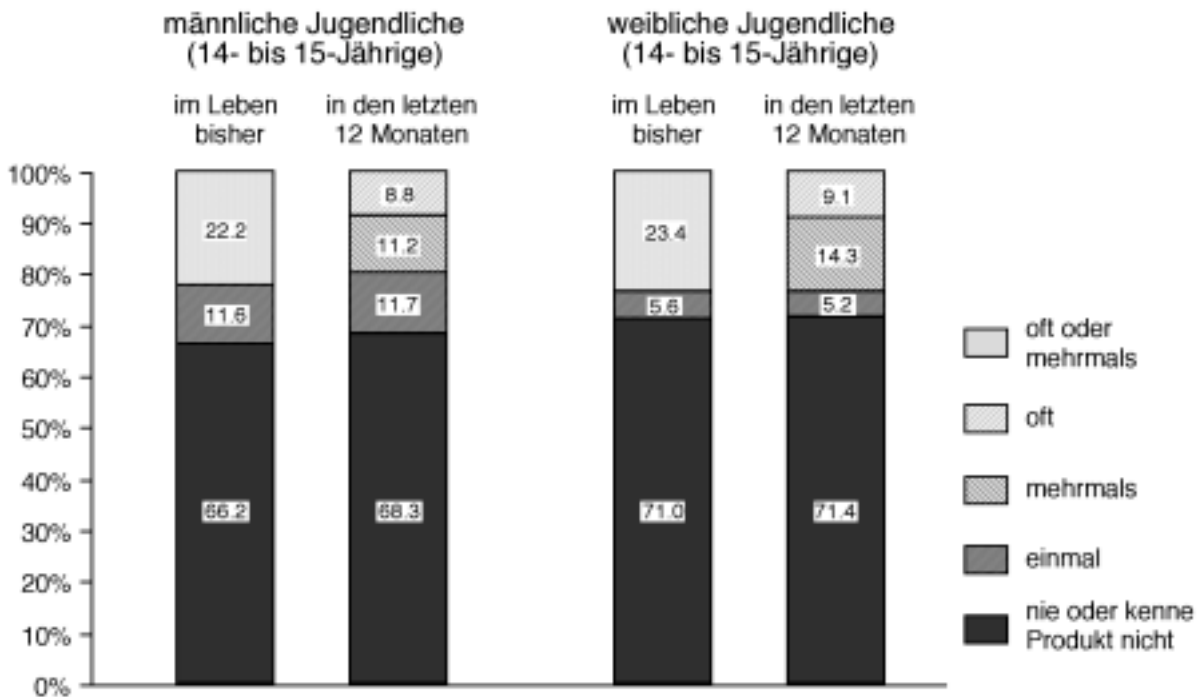
### *Illegale Substanzen*

Der Konsum illegaler Substanzen stellt ein Dauerthema im Zusammenhang mit Jugendlichen dar. Cannabis ist jene Substanz, die von einem grossen Anteil der Jugendlichen konsumiert wird. Problematisch ist, dass laufend neue synthetische Substanzen auf den Markt kommen. Befragungsdaten hinken hinter diesen Entwicklungen her, da Aussagen zu gerade aktuellen Substanzen in der Regel nicht möglich sind (gegenwärtig z. B. Party-Drogen, Thai-Pillen etc). In der Altersgruppe der 14- bis 15-Jährigen ist der Konsum der illegalen Substanzen ein Randphänomen. Ausnahme bildet der Konsum von Cannabisprodukten, bei dem rund ein Drittel der Jugendlichen über Erfahrungen verfügt.

Der Konsum von Cannabis hat in den letzten Jahren unter den Jugendlichen stark zugenommen. Die SFA spricht von einer "Vervierfachung sowohl des Anteils der Jugendlichen mit einmaliger als auch derjenigen mit mehrmaliger Konsumerfahrung" (SFA, 1999, S. 61).

In Bezug auf Cannabis gibt die folgende Abbildung Aufschluss über die Konsumhäufigkeiten im bisherigen Leben sowie in den letzten beiden Monaten.

**Abb. 14: Cannabiskonsum: Lebensprävalenzen (N=438) und Jahresprävalenzen (N=435)**



Jungen und Mädchen unterscheiden sich bezüglich der Konsumhäufigkeiten nicht signifikant (sowohl bei Lebensprävalenzen als auch bei den Jahresprävalenzen, 14- bis 15-Jährige).

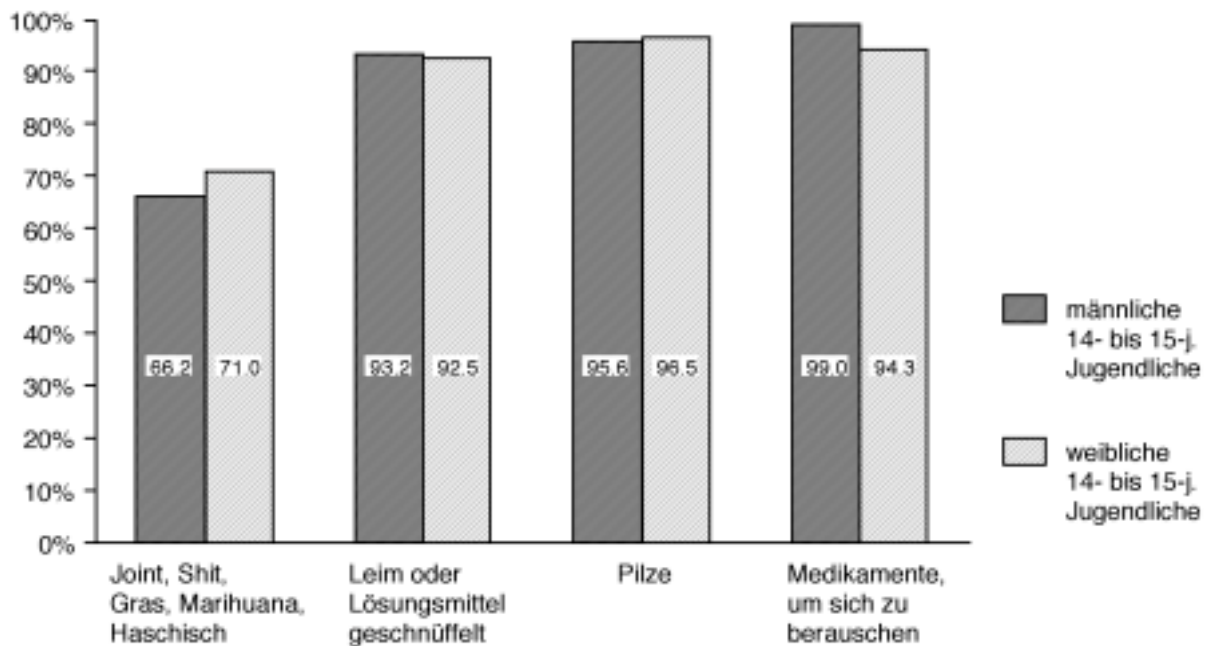
Während im Kanton Zürich mehr als 30% der 14- bis 15-Jährigen über Konsumerfahrungen (im Leben bisher) verfügen, sind dies in der übrigen Deutschschweiz nur etwas mehr als 20%. Der Unterschied ist für beide Geschlechter signifikant, hoch signifikant sind die Unterschiede aber nur für die Frauen ( $p < .000$ ).

Die Trendanalysen zeigen auch signifikante Unterschiede bei den Lebensprävalenzen (Gesamtgruppe sowie bei beiden Geschlechtern), dies bedeutet eine signifikante Zunahme der Konsumerfahrungen insgesamt, bei den jungen Männern, insbesondere aber bei den jungen Frauen. Im Vergleich der Daten von 1994 mit 1998 hat bei den 14- und 15-Jährigen der Anteil der konsumerfahrenen Mädchen von 12.3% auf 29% zugenommen, bei den Jungen hat der Anteil von 19.8% auf 33.8% zugenommen.

Bei den Jahresprävalenzen konnten keine Trendanalysen vorgenommen werden.

Die Konsumhäufigkeiten der anderen Substanzen sind bei der vorliegenden Altersgruppe gering. Der Konsum tritt überwiegend erst in späterem Alter auf. Bei der folgenden Abbildung (Abb. 15) ist zu berücksichtigen, dass es sich um Lebensprävalenzen handelt, dass damit also insbesondere auch der seltene Probierkonsum mit erfasst ist.

**Abb. 15: Konsumerfahrungen mit psychotropen Substanzen: Lebensprävalenzen, Anteile ohne Konsumerfahrung (N=432 bis 438)**



Signifikante Geschlechtsunterschiede zeigen sich beim Medikamentenkonsum mit Berausungsabsicht.

Ein negativer Trend zeigt sich beim Konsum von Medikamenten mit Berausungsabsicht (Lebensprävalenzen): Zunahme in der Gesamtgruppe sowie bei den männlichen Jugendlichen (keine Vergleichsdaten für die jüngere Altersgruppe).

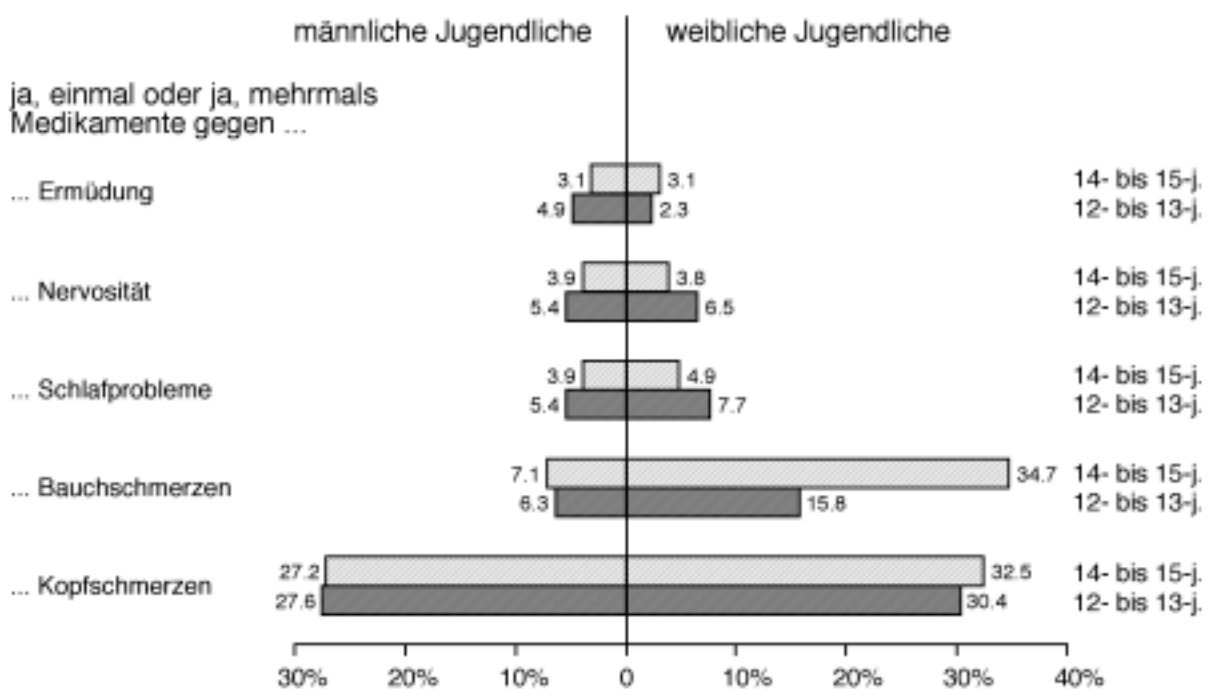
In der Abbildung 15 nicht aufgeführt sind die Substanzen, die von weniger als 2% der Jugendlichen konsumiert worden sind: Aufputschmittel (Amphetamine, Speed), LSD, Ecstasy, Kokain, Opiate. Eine höhere Lebensprävalenzrate als 2% zeigt sich allerdings noch bei den Aufputschmitteln (Amphetamine, Speed), die von 3.9% der männlichen 14- bis 15-jährigen Jugendlichen im Leben bisher konsumiert worden sind.

Ein negativer Trend im Sinne einer leichten Zunahme ist beim Konsum von Kokain in der Gesamtgruppe festzustellen (Lebensprävalenzen).

#### *Medikamentenkonsum*

Entsprechend den berichteten körperlichen Beschwerden, zeigt der Medikamentenkonsum bei den Frauen ein ausgeprägteres Profil.

**Abb. 16: Einnahme von Medikamenten gegen Beschwerden: im letzten Monat vor der Befragung (N=1'023 bis 1'028)**



Die vier Alters- und Geschlechtsgruppen unterscheiden sich lediglich in Bezug auf den Medikamentenkonsum gegen Bauchschmerzen. Hier sind die Geschlechtsunterschiede in beiden Altersgruppen signifikant, bei den Frauen ist zudem ein signifikanter Alterseffekt zu verzeichnen.

Von den übrigen Vergleichen der unabhängigen Variablen sind nur noch einzelne Zusammenhänge signifikant: Migrantinnen und Migranten weisen in Bezug auf Medikamente gegen Kopf- und Bauchschmerzen einen höheren Konsum auf. Während bei den Kopfschmerzen dieser Zusammenhang nur in Bezug auf die gesamte Gruppe der Migrantinnen und Migranten sich signifikant unterscheidet, erweist sich bei den Medikamenten gegen Bauchschmerzen zusätzlich der Unterschied bei den Schweizer und ausländischen männlichen Jugendlichen als signifikant.

Der Konsum folgender Medikamente ist bei den Zürcher Jugendlichen signifikant höher als bei den Jugendlichen in der übrigen Deutschschweiz:

- Schmerztabletten gegen Kopfwahl (Gesamtgruppe sowie männliche Jugendliche),
- Tabletten gegen Bauchschmerzen (Gesamtgruppe sowie weibliche Jugendliche),
- Schlaftabletten (nur in der Gesamtgruppe).

Im Zeitraum 1994 bis 1998 hat der Medikamentenkonsum gegen Ermüdung zugenommen. Neben dem Vergleich der Gesamtgruppen fielen auch die Zeittrends in der Gruppe der älteren männlichen Jugendlichen sowie der jüngeren weiblichen Jugendlichen signifikant aus.

Gesamtschweizerisch ist die Einnahme von Medikamenten "in den letzten Jahren zum Teil deutlich zurückgegangen. ... Mädchen konsumieren nach wie vor mehr Medikamente als Jungen; die Unterschiede werden aber immer geringer" (SFA, 1999, S. 51).

**16- bis 20-jährige Zürcher Männer:**

**Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (n=65)**

Folgende Prozentsätze der jungen Männer geben an, nie Medikamente konsumiert zu haben: Schmerzmittel 87%; Schlafmittel: 100%; Beruhigungsmittel: 100%; Abführmittel: 100%.

## 2.8 Zusammenfassung

Die folgenden zusammenfassenden Abschnitte beziehen sich auf die Daten der 12- bis 15-Jährigen (Auswertungen der HBSC-Studie). Aus Gründen der geringen Zellbesetzungen konnten für die älteren Jugendlichen die entsprechenden Analysen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung für den Kanton Zürich nicht vorgenommen werden.

### *Die vier Alters-Geschlechts-Gruppen*

Geschlecht und Alter stellen Grundkategorien dar, innerhalb denen sich Gesundheit entwickelt und verändert. Neben körperlichen und biologischen Differenzen spielen soziale und kulturelle eine nicht minder grosse Rolle. In Bezug auf die meisten Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden sind diese Unterschiede festzustellen. Zahlreiche Studien haben Hintergründe und Zusammenhänge solcher Unterschiede untersucht und beschrieben (für Deutschland z. B. Helfferich, 1994). Weibliche Jugendliche sind in vielerlei Hinsicht stärkeren Belastungen ausgesetzt, weisen mehr Symptome auf und schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als männliche Jugendliche. Männliche Jugendliche zeichnen sich umgekehrt in vielen Dimensionen durch schlechteres gesundheitsbezogenes Verhalten aus.

Auffälliger als die bekannten Unterschiede sind nun Bereiche, in denen die jungen Frauen ihre männlichen Kollegen im Risikoverhalten eingeholt (Unfälle) oder gar überholt haben (Tabakkonsum). In mehreren Aspekten zeigen junge Frauen ausgeprägte Belastungssymptome (im vorliegenden Bericht die Altersgruppe der 14- bis 15-jährigen Frauen). In dieser Altersgruppe gibt es den grössten Anteil derjenigen, die angeben, dass ihre Gesundheit nicht sehr gut sei (7.5%). Sie zeigen am ausgeprägtesten eine negativ gefärbte emotionale Befindlichkeit: Traurigkeit, Gereiztheit, Nervosität, Müdigkeit. Immer weisen die älteren Mädchen die höchsten Prävalenzen auf. Sie geben am häufigsten an, unglücklich zu sein. Unzufriedenheit mit dem Aussehen/dem eigenen Körper stellt einen weiteren Belastungsbereich dar, der ausgeprägt die jungen Frauen betrifft. Die älteren Mädchen stellen eine Zielgruppe dar, bei der ein sehr deutlicher Interventionsbedarf besteht.

Gewalt üben v. a. männliche Jugendliche aus. Sie werden auch vorwiegend davon als Opfer betroffen. Gewalt unter Jugendlichen stellt ein Phänomen dar, das in der Öffentlichkeit stark wahrgenommen wird und bezüglich dessen bereits mehrere Interventionsprojekte entwickelt wurden (z. B. zu Gewaltprävention in den Schulen). Inwiefern Gewalt auch durch Gesundheitsförderungsprojekte in einer langfristigen und salutogenen Perspektive angegangen werden kann und muss, steht in der gegenwärtigen Debatte noch wenig zur Diskussion. Das hängt wohl auch damit zusammen, dass über die Ursachen und die monierte Zunahme von Gewalt im Grunde wenig gesichertes Wissen vorliegt.

Das Alter ist ebenfalls in den meisten Aspekten relevant, zeigen viele Indikatoren doch eine Verschlechterung mit zunehmendem Alter.

### *Unterschiede zwischen sozioökonomischen Gruppen*

Offensichtlich stossen die Befragungsdaten in Bezug auf die Dimension sozialer Schichtung an Grenzen. Die Angaben der Jugendlichen zum Beruf ihrer Eltern ist möglicherweise nicht zuverlässig genug. Damit steht die Schichtdimension auf einer relativ unsicheren Basis. Die vorliegenden Analysen zeigen vereinzelt signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen, so z. B. in Bezug auf die folgenden Variablen: die Anzahl der erlittenen Unfälle (höher in der unteren Schicht), das Diätverhalten (höher in den unteren und nicht klar zuzuordnenden Schichten), "andere Schüler/innen schikaniert haben" (höher in unteren und nicht klar zuzuordnenden Schichten), die sportlichen Aktivitäten (mehr Aktivitäten bei den männlichen Jugendlichen aus unteren und nicht klar zuzuordnenden Schichten).

Die Variable der sozioökonomischen Gruppen stellt eine Hauptkategorie für die Gesundheit dar. Wenn die Daten im vorliegenden Bericht wenig Unterschiede zeigen, ist dies wohl hauptsächlich auf die Limitierung von Befragungsdaten Jugendlicher bezüglich dieser Dimension zurückzuführen.



### *Nationalität*

Bei dieser Gruppierungsvariable wurde die Gruppe der Schweizer Jugendlichen mit ihren ausländischen Alterskolleginnen und Kollegen verglichen. Die Nationalität wird somit als grober Indikator für die Integration und potentielle Ressourcendefizite beigezogen. Es ist bekannt, dass Jugendliche mit Migrationsbiografien speziellen Belastungen ausgesetzt sind. Auf Grund schnellerer Integration der Kinder kann sich ein Konflikt zwischen den Kulturen des Herkunftslandes und des Gastlandes auch als Konflikt zwischen den Generationen darstellen. Im hier gewählten Vorgehen wurde die Integration nur sehr einfach und indirekt erfasst und zentralere Aspekte wie Sprachbeherrschung, Aussehen, kulturelle Differenz nicht berücksichtigt. Migration kann weiter sehr unterschiedliche Motive haben, so dass entsprechend die Ressourcenlage der betrachteten Gruppen sehr unterschiedlich ist (Migration auf der Grundlage von Kriegsereignissen und Arbeitslosigkeit vs. der Migration auf Grund von gefragten und gut bezahlten Qualifikationen). Die kulturelle Differenz zwischen verschiedenen Migrationsländern und der Schweiz ist unterschiedlich und die Integration dementsprechend schwieriger bzw. einfacher (wenn z. B. keine sprachlichen, religiösen Differenzen bestehen, keine Differenzen des Aussehens und der Werte und Normen bestehen). Migration kann auch einen Bonus darstellen, der Jugendliche attraktiv (z. B. im Aussehen) macht. Grundsätzlich werden durch den Vergleich Schweizer/innen vs. Migrantinnen und Migranten sehr unterschiedliche soziale Tatbestände erfasst. Trotz dieser limitierenden Voraussetzungen haben sich eine Reihe von Differenzen ergeben.

Bezüglich der folgenden Aspekte stehen Migrantinnen und Migranten besser da:

- Migrantinnen und Migranten fällt es leichter, mit Bezugspersonen über ihre Sorgen zu reden: Mit dem älteren Bruder (Gesamtgruppe und männliche Jugendliche), mit der älteren Schwester (Gesamtgruppe, beide Geschlechter), mit Freunden (Gesamtgruppe und männliche Jugendliche).
- Sie geben weniger an, von anderen Schülerinnen und Schülern geschlagen worden zu sein (Gesamtgruppe, beide Geschlechter).
- Weibliche Migrantinnen konsumieren etwas weniger Alkohol (Gesamtindex), Wein, Liköre/Schnaps und Limonaden mit Alkohol als Schweizerinnen.

Migrantinnen und Migranten weisen eine schlechtere Position auf folgenden Dimensionen auf:

- Migrantinnen und Migranten schätzen ihre Gesundheit schlechter ein (Gesamtgruppe sowie beide Geschlechter).
- Migrantinnen und Migranten sind häufiger nervös (Gesamtgruppe sowie die weiblichen Jugendlichen, nicht aber die männlichen Jugendlichen).
- Sie leiden häufiger an Bauchschmerzen (Gesamtgruppe, beide Geschlechter).
- Sie leiden mehr an Einschlafstörungen (männliche Jugendliche).
- Sie machen häufiger eine Abmagerungskur (Gesamtgruppe und weibliche Jugendliche).
- Sie treiben weniger Sport (Gesamtgruppe und weibliche Jugendliche).

Zusammenfassend muss der Schluss gezogen werden, dass die Migration für den überwiegenden Teil der Gruppe einen Belastungsfaktor darstellt. Nervöse und psychosomatische Beschwerden (Nervosität, Bauchschmerzen, Einschlafstörungen) sind Beispiele, die auf die Belastungssituation hinweisen. Wiederum sind es die Frauen, die besonders belastet sind (Nervosität, schlechtes Körperselbstbild). Ist dies eine Auswirkung der Doppelbelastung durch Migration und weibliches Geschlecht? Sicher ist dies ein klarer Hinweis darauf, dass die gesundheitliche Situation verschiedener Migrantinnengruppen genauer untersucht werden muss. Eine Schlussfolgerung, die auf die Gruppe der Migrantinnen und Migranten insgesamt zutrifft. Hier besteht offensichtlicher Wissens- und Handlungsbedarf.

### *Zürich im Vergleich zur restlichen Deutschschweiz*

Insgesamt zeigen sich eher wenige signifikante Unterschiede der Indikatoren zwischen Jugendlichen im Kanton Zürich im Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz. Folgende Unterschiede erwiesen sich als signifikant. Besser als in der übrigen Deutschschweiz stehen die Zürcher/innen bezüglich der

folgenden Aspekte dar:

- Männliche Zürcher Jugendliche geben weniger häufig an, Mitschüler/innen geschlagen zu haben.

In Bezug auf die anderen Vergleiche steht der Kanton Zürich schlechter da:

- Männliche Zürcher Jugendliche leiden etwas häufiger an Einschlafstörungen als Jungen in der übrigen Deutschschweiz.
- Die Zürcher Jugendlichen geben an, dass der Vater etwas schlechter zugänglich sei (Gesamtgruppe und weibliche Jugendliche).
- Weibliche Jugendliche im Kanton Zürich empfinden die Mutter als etwas schlechter zugänglich als in der übrigen Deutschschweiz.
- Weibliche Zürcher Jugendliche treiben weniger Sport als die Mädchen in der übrigen Deutschschweiz.
- Zürcher Jugendliche konsumieren häufiger Cannabisprodukte (Gesamtgruppe, männliche und weibliche Schülerinnen). Dieser Unterschied ist auch für den Konsum in den letzten zwölf Monaten in der Gesamtgruppe sowie für die weiblichen Jugendlichen signifikant.
- Der Konsum von Medikamenten gegen Kopfschmerzen ist im Kanton Zürich höher (in der Gesamtgruppe sowie bei männlichen Jugendlichen).
- Der Konsum von Medikamenten gegen Bauchschmerzen ist im Kanton Zürich höher (in der Gesamtgruppe sowie bei den weiblichen Jugendlichen).

Zürcher Jugendliche weisen in einigen Bereichen weniger Ressourcen auf (Zugänglichkeit der Eltern) und zeigen in Bezug auf eine Reihe von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ungünstigere Raten auf als Jugendliche in der übrigen Deutschschweiz. Als Belastungsfaktor zeigen die Einschlafstörungen höhere Werte an (als Ausdruck von Umweltbedingungen oder von psychosozialer Belastung?). Insgesamt aber ist eher die gute Vergleichbarkeit mit Werten in der übrigen Deutschschweiz hervorzuheben als die Unterschiede. Tendenz ist allerdings, dass es um die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich eher schlechter bestellt ist als in der übrigen Deutschschweiz.

### *Trendanalysen*

Im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte 1994 und 1998 erwiesen sich eine Reihe von Unterschieden als signifikant. Bei der folgenden Darstellung ist zu berücksichtigen, dass nicht für alle Variablen ein Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte möglich war, weil die Frage 1994 nicht oder nicht in identischer Form gestellt wurde.

Im Zeitraum von 1994 bis 1998 zeigten sich positiv zu wertende Trends in Bezug auf folgende Aspekte:

- Die jüngeren männlichen Jugendlichen fühlten sich 1998 glücklicher als 1994.
- Zürcher Jugendliche fühlten sich 1998 etwas seltener einsam (Gesamtgruppe sowie die jüngeren männlichen Jugendlichen).
- Die Gesamtgruppe der Zürcher Jugendlichen litt 1998 weniger häufig an Einschlafstörungen als 1994 (das trifft auch auf alle vier Alters-Geschlechts-Gruppen, ausser auf die älteren männlichen Jugendlichen zu).
- Gefühle von Schwindel haben im Zeitraum 1994/1998 abgenommen (in der Gesamtgruppe sowie in der Gruppe der jüngeren Jungen und Mädchen).
- In der Gesamtgruppe sowie bei den älteren Mädchen ist eine Abnahme des Amphetaminkonsums festzustellen.
- Abgenommen hat der Konsum von Medikamenten gegen Ermüdung (in der Gesamtgruppe sowie bei den älteren männlichen und den jüngeren weiblichen Jugendlichen).

Im Zeitraum von 1994 bis 1998 zeigten sich negativ zu wertende Trends in Bezug auf die folgenden Aspekte:



- Die Gruppe der 14- bis 15-jährigen Mädchen hatten 1998 häufiger Gefühle von Traurigkeit/Bedrücktheit sowie Gefühle von Müdigkeit (Halbjahresprävalenzen).
- Kopfschmerzen (Halbjahresprävalenzen) haben bei den älteren weiblichen Jugendlichen zugenommen.
- Nervosität nahm in der Gesamtgruppe sowie bei den älteren männlichen Jugendlichen zu.
- Zürcher Jugendliche erlitten häufiger einen Unfall, der ärztlich behandelt werden musste (Jahresprävalenzen). Dazu trägt insbesondere die Gruppe der älteren Mädchen bei.
- Der Tabakkonsum hat zugenommen (Vergleich der Gesamtgruppen, gegenwärtiger Konsum, nur schwach signifikant).
- Der Konsum von Likören/Schnaps hat bei den älteren männlichen Jugendlichen zugenommen.
- Die Trunkenheitserfahrungen (im Leben bisher) haben insgesamt und bei den älteren weiblichen Jugendlichen zugenommen.
- Eine deutliche Zunahme ist beim Cannabiskonsum (Lebensprävalenzen) festzustellen (in der Gesamtgruppe sowie bei beiden Geschlechtern, nur in der älteren Altersgruppe erhoben). Die Konsumerfahrungen von Mädchen haben besonders deutlich zugenommen.
- Ein negativer Trend zeigt sich beim Konsum von Medikamenten mit Berausungsabsicht (Lebensprävalenzen): Zunahme in der Gesamtgruppe sowie bei den männlichen Jugendlichen (keine Vergleichsdaten für die jüngere Altersgruppe).
- Eine leichte Zunahme ist beim Konsum von Kokain in der Gesamtgruppe festzustellen (Lebensprävalenzen).

Die Fragen nach Gewalt wurden 1994 nicht in vergleichbarer Form gestellt, Aussagen sind somit nicht möglich.

Es ist auf Grund dieser Datenlage nicht einfach, ein klares Fazit zu ziehen. Insgesamt sind die Veränderungen im psychosozialen und psychosomatischen Bereich eher uneinheitlich. Deutlich sind die Zunahmen im Bereich des Suchtmittelkonsums. Mädchen fallen bei den negativen Trends häufiger auf als Jungen.

## 2.9 Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass. Deutsch A. Franke, *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe. Tübingen: dgvt.
- Ariès, Ph. (1978). *Geschichte der Kindheit*. München: dtv wissenschaft.
- Bundesamt für Statistik (2000). Schweizerische *Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuenburg: Eigenverlag.
- Delgrande, M., Kuntsche, E. N. & Schmid, H. (1999). *Befragung zum Gesundheitsverhalten von 12- bis 15-jährigen SchülerInnen. Deskriptive Statistik der 1998 erhobenen Gesamtschweizer Daten*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Delgrande, M., Kuntsche, E. N. & Schmid, H. (2000). *Befragung zum Gesundheitsverhalten von 12- bis 15-jährigen SchülerInnen. Deskriptive Statistik der 1998 erhobenen Daten des Kantons Zürich*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Eisner, M., Manzoni, P. & Ribeaud, D. (2000). *Gewalterfahrungen von Jugendlichen. Opfererfahrungen und selbstberichtete Gewalt bei Schülerinnen und Schülern im Kanton Zürich*. Aarau: Sauerländer.
- Farago, P. & Füglistaller, P. (1992). *Armut verhindern: Die Zürcher Armutsstudien*. Zürich: Fürsorgedirektion des Kantons Zürich.
- Fischer, S. & Wydler, H. (2001). *Risikoverhalten autoritärer Persönlichkeiten: Sexualität, Gewalt, Diskriminierung*. Schlussbericht. Zürich: Instiut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Herzog, W. (1991). Der "Coping Man" – ein Menschenbild für die Entwicklungspsychologie. *Schweizer Zeitschrift für Psychologie*, 50 (1), 2–23.
- Hoepner-Stamos, F. (1995). Prävalenz und Ätiologie chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In P. Kolip & K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit* (S. 49–67). Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1997). Die meisten Kinder sind heute "kleine Erwachsene". In: *Neue Zürcher Zeitung*, 26./27.1.1997, Nr. 20.
- Koordinationskommission für Familienfragen, Eidgenössische (Hrsg.). (1997). *Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien*. Bern: EDMZ.
- Lehmkuhl, G. (1995). Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Auffälligkeiten. In P. Kolip & K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit* (S. 159–176). Weinheim: Juventa.
- Leu, R., Burri, S. & Priester, T. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern: Haupt.
- Meyer, P. C. (2000). *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Meyer, P. C. & Suter, C. (1993). Soziale Netze und Unterstützung. In: W. Weiss (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz*, (S. 194–209). Zürich: Seismo.
- Michaud, P.-A. (1993). Jugendalter. In W. Weiss (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz* (S. 123–133). Zürich: Seismo.

- Narring, F., Michaud, P.-A., Wydler, H., Davatz, F. & Villaret, M. (1997). *Sexualité des adolescents et sida: Processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception*. Lausanne: IUMSP. Raisons de santé 4.
- Petermann, F. (1994). Chronische Krankheiten – Einführung in den Themenschwerpunkt. Kindheit und Entwicklung. *Zeitschrift für Verhaltensmedizin und Entwicklungspsychopathologie*, 3, S. 3.
- Rey, U. (2001). Armut im Kanton Zürich und in der Schweiz. *info:social* (5:01), 33–41. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Schmid, H., Kuntsche, E. N. & Delgrande, M. (Hrsg.). (2001). *Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*. Bern: Paul Haupt.
- Streuli, E., & Bauer, T. (2001). Working poor in der Schweiz. Eine Untersuchung zu Ausmass, Ursachen und Problemlagen. *info:social* (5:01), 5–32. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Süss, D., Neuenschwander, M. P. & Dumont, J. (1996). *Lehrabbruch, Gesundheitsprobleme und deviantes Verhalten im Jugendalter* (Forschungsbericht). Bern: Institut für Psychologie der Universität Bern.
- Suter, C. (Hrsg.). (2000). *Sozialbericht 2000*. Zürich: Seismo.
- SFA Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1999). *Zahlen und Fakten zu Alkohol und andere Drogen*. Lausanne: Eigenverlag.
- WHO, World Health Organisation (1987). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>.

**Korrespondenzadresse:**

Hans Wydler, lic.phil.  
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich  
 Sumatrastr. 30  
 8006 Zürich  
 Tel.: 01 634 48 52; Fax: 01 634 49 62  
 E-Mail: [hans@ifspm.unizh.ch](mailto:hans@ifspm.unizh.ch)

## 2.10 Anhang

### Studienanlage und Stichprobe der HBSC

Die nach den Richtlinien der HBSC (Health Behaviour in School Aged-Children) empfohlene Methode der Stichprobengewinnung ist die "Klumpenstichprobe". Bei einer Klumpenstichprobenziehung werden zunächst per Zufall grössere Einheiten ("Klumpen") erhoben, wie in der vorliegenden Studie die Schulklassen, in denen dann eine Vollerhebung jedes Individuums stattfindet. Die Zufallsauswahl der Klassen zwischen dem 5. und 9. Schuljahr wurde anhand des Verzeichnisses des Bundesamtes für Statistik (BFS), in dem alle Klassen der öffentlichen schweizerischen Schulen aufgelistet sind, vorgenommen.

1998 wurden 612 Klassen zufällig ausgewählt, von denen 73 sich weigerten, an der Studie teilzunehmen oder die Fragebögen zu spät zurücksandten. Dieses Verfahren führte zur Erstellung einer Stichprobe auf nationaler Ebene (N = 8'698 Schulkinder zwischen 11 und 15 Jahren), deren Grösse eine Schätzgenauigkeit von  $\pm 3\%$  garantiert. Anders ausgedrückt, ein nach dieser Stichprobe berechneter Wert von 50% bedeutet, dass der tatsächliche Wert für die Gesamtheit der Schulkinder in der ganzen Schweiz mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent in einer Grössenordnung von 47 bis 53 Prozent liegt. 11 Kantone (BE, FR, GE, GL, JU, SG, SO, TI, VD, VS, ZH) hatten zusätzlich um Analysen auf kantonaler Ebene gebeten.

Um dies zu ermöglichen, wurden zusätzliche Stichproben in diesen 11 Kantonen erhoben. Nimmt man die nationale Stichprobe und die 11 Stichproben auf kantonaler Ebene zusammen, so wurden in der ganzen Schweiz insgesamt über 20'000 Schulkinder befragt.

Nähere Angaben zu den Stichproben gehen hervor aus Delgrande, Kuntsche & Schmid (1999) und Delgrande, Kuntsche & Schmid (2000). Schmid, Kuntsche & Delgrande (2001) enthält eine detaillierte Analyse und Diskussion der Gesamtschweizer Daten.

**Tab. 1 Zürcher Stichprobe der HBSC 1998 (N=1'044)**

	Mädchen	Jungen	Total
12- bis 13-Jährige	262	228	490 (46.9%)
14- bis 15-Jährige	295	259	554 (53.1%)
Total	557 (53.4%)	487 (46.6%)	1'044 (100.0%)

**Tab. 2 Zürcher Stichprobe der HBSC 1994 (N=661)**

	Mädchen	Jungen	Total
12- bis 13-Jährige	188	148	336 (50.8%)
14- bis 15-Jährige	148	177	325 (49.2%)
Total	336 (50.8%)	325 (49.2%)	661 (100.0%)

**Tab. 3 Stichprobe in der übrigen Deutschschweiz der HBSC 1998 (N=4'156)**

	Mädchen	Jungen	Total
übrige Deutschschweiz	2'050 (49.3%)	2'106 (50.7%)	4'156 (100%)

### *Method*

Die vorliegende Studie basiert auf einem standardisierten Fragebogen, der sich aus dem Fragebogen der HBSC-Studie und einigen zusätzlichen, von der SFA hinzugefügten Fragen zusammensetzt. Es wurden zwei Versionen dieses Fragebogens ausgearbeitet, wobei einige Fragen (insbesondere jene bezüglich des Konsums von illegalen Drogen) nur den 14-jährigen und älteren Schülern gestellt wurden. Die Daten wurden im Laufe der Monate April und Mai 1998 erhoben.

### **Studienanlage und Stichprobe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)**

Bereits zum zweiten Mal wurden 1997 die Schweizerische Gesundheitsbefragung durchgeführt. Es handelt sich um ein Instrument der Schweizer Gesundheitsberichterstattung, das alle fünf Jahre vom Bundesamt für Statistik durchgeführt wird. Ziel ist ein regelmässiges Monitoring über die wichtigsten Aspekte der Gesundheit der Bevölkerung und über Aspekte der gesundheitsrelevanten Umwelten. Die Befragung ist repräsentativ für die gesamte, mindestens 15-jährige Bevölkerung. Die Stichprobe wurde in einem zweistufigen Zufallsverfahren gezogen. In einem ersten Schritt wurden regionale, nach Kantonen geschichtete Stichproben von Privathaushalten gezogen. In einem zweiten Schritt wurden dann per Zufallsauswahl Personen aus diesen Haushalten bestimmt, die für ein Interview eingeladen wurden. Die Befragung selbst erfolgte per computergestützten telefonischen Interviews (CATI). Zusätzlich wurde ein Teil der Fragen in schriftlicher Form gestellt. Von den 12'770 Teilnehmern und Teilnehmerinnen, die telefonisch befragt werden konnten, füllten 10'792 auch den schriftlichen Fragebogen aus.

Obwohl die Stichprobe sehr umfangreich war, ist die interessierende Altersgruppe im Kanton Zürich in der Stichprobe nur noch in kleiner Zahl vertreten. So konnten im Jahre 1997 65 junge Männer und 46 junge Frauen im Alter zwischen 16 und 20 Jahren befragt werden.

Da diese Gruppen sehr gering sind, waren keine weiteren Vergleiche in Untergruppen (Altersklassen und weiteren Variablen) möglich. Ebenso wurde darauf verzichtet, einen Vergleich mit der kleinen Gruppe der jungen Frauen anzustellen, um nicht zufallsanfällige Daten zu interpretieren. Ergebnisse für die Gesamtschweiz finden sich im Bericht des Bundesamtes für Statistik (Hrsg., 2000). Die Randauszählungen für den vorliegenden Zweck wurden von Brigitte Bisig, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich vorgenommen. Die Daten wurden mit Gewichtungsfaktoren gerechnet.

#### ***16- bis 20-jährige junge Männer:***

#### ***Zürcher Stichprobe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung***

*Im telefonischen Teil konnten 65 männliche Jugendliche im Alter zwischen 16 und 20 Jahren befragt werden; bei der schriftlichen Nachbefragung nahmen davon noch 59 Personen teil. Die weiblichen Jugendlichen waren in der Stichprobe stark untervertreten und wurden deshalb in diesem Bericht nicht berücksichtigt.*

# 3. Schwerpunktthemen

## 3.1 Körpergewicht, Körpererleben und Essverhalten von Jugendlichen

*Barbara Buddeberg-Fischer*

### Einleitung

Das Jugendalter ist diejenige Lebensphase, in der sich die Heranwachsenden sowohl mit den weit reichenden körperlichen Entwicklungsvorgängen auseinandersetzen als auch den psychosozialen Anforderungen des Erwachsenenalters stellen müssen. Die Phase des Gestaltwandels führt bei manchen Jugendlichen vor allem zu Beginn der Pubertät zu einer Verunsicherung im Körpererleben. Zwischen dem 10. und 18. Lebensjahr nimmt die Körpergrösse um 15 bis 25%, das Körpergewicht jedoch um 75 bis 100% zu. Die sich verändernde Beziehung zwischen Gewicht und Grösse verlangt auch eine Neueinstellung der zentralen Regulation von Hungergefühl und Grundumsatz. Wegen der durch die Umbruchphase bedingten Labilität sind diese Parameter leicht störanfällig. Dies kann bei zusätzlichen psychischen Konflikten zur Entwicklung von Übergewicht (Adipositas), Magersucht (Anorexia nervosa) oder Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) führen.

Unter dem Einfluss der Geschlechtshormone finden auch noch andere geschlechtsspezifische körperliche Veränderungen statt. Bei den jungen Frauen verbreitern sich die Hüften, und es wird mehr Fettgewebe, vor allem im Bereich der Hüften und Oberschenkel, angelagert. Dieses Phänomen hat einen tieferen biologischen Sinn. Die Heranwachsende wird für eine eventuell später eintretende Schwangerschaft, Geburt und nachfolgende Brusternährung des Kindes vorbereitet. Die Fettdepots dienen als "Speicherkammer" für diese Funktion. Da das Intervall zwischen Geschlechtsreife und späterer Schwangerschaft meist zehn und mehr Jahre beträgt, ist es für die Jugendlichen schwer, der körperlichen Veränderung, die gegenläufig zum heute gängigen Schönheitsideal der Frauen ist, eine positive Seite abzugewinnen. Die Körperformen der Models entsprechen denjenigen eines vorpubertären Mädchens, d. h. durch die Werbung wird ein entwicklungsinadäquates Frauenbild propagiert. Dies mag eine Ursache dafür sein, dass sich fast die Hälfte der weiblichen Jugendlichen als zu dick erlebt, obwohl nach objektiven Kriterien nur ein Viertel übergewichtig ist.

Bei den männlichen Jugendlichen verläuft die körperliche Entwicklung viel stärker entlang den derzeitigen Vorstellungen über einen attraktiven Körper. Die Muskelmasse und Muskelkraft nehmen zu, auch der Herzmuskel vergrössert sich, und die Schultern werden breiter. Der pubertäre männliche Körper strahlt also Stärke und Sportlichkeit aus. In der Werbung spielen gerade diese Faktoren bei der Darstellung der männlichen Exponenten eine grosse Rolle: der Mann als Symbol für Kraft und Stärke. In diesem Zusammenhang ist auch zu verstehen, dass sich Männer im Durchschnitt körperlich attraktiver finden als junge Frauen und dass sie über ein besseres Selbstwertgefühl verfügen.

Wegen der zunehmenden Bedeutung von Fehlentwicklungen des Körpergewichts, Störungen des Körpererlebens und Essverhaltens sowie einer Zunahme psychischer Probleme im Jugendalter führte ein Forschungsteam der Abteilung für Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich 1993 bis 1996 im Kanton Zürich eine epidemiologische Studie bei 2'000 Jugendlichen beiderlei Geschlechts im Alter von 14 bis 19 Jahren (Buddeberg-Fischer, 2000) durch. Es wurden Daten zur Gewichtsverteilung und zur Häufigkeit von gestörtem Essverhalten sowie von physischen und psychischen Begleitsymptomen erhoben. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt.

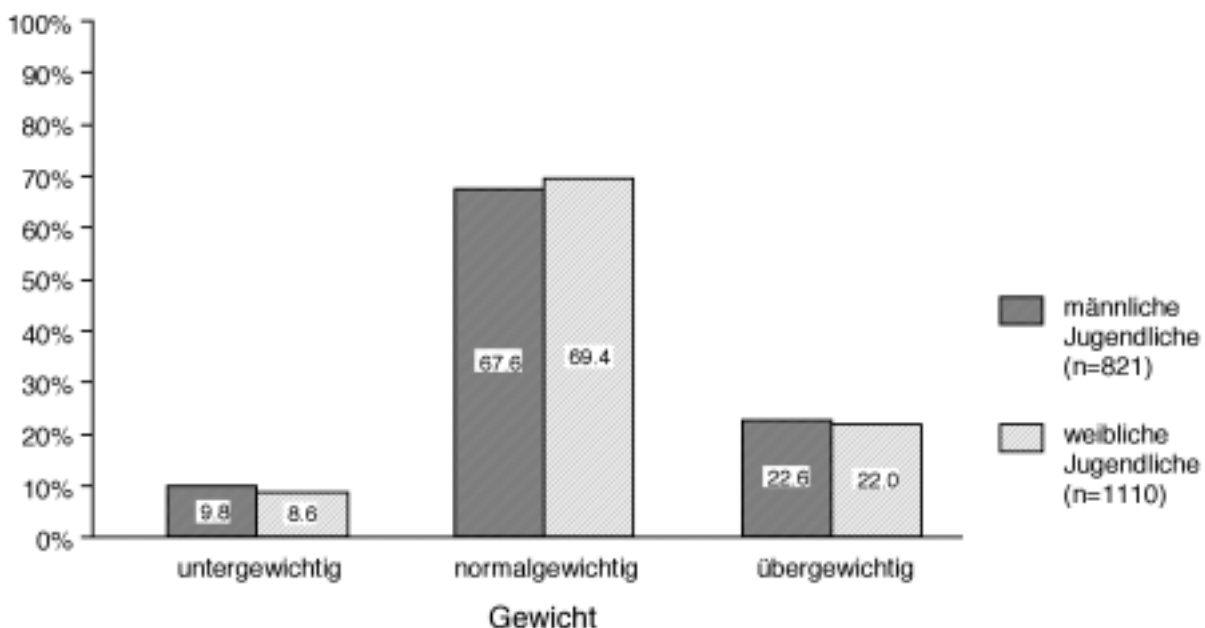
### Körpergewicht

Für jede/n Jugendliche/n wurde aus den aktuellen Massen des Körpergewichts und der Körpergrösse der Body-Mass-Index ( $BMI = \text{Körpergewicht [kg]} : \text{Körperlänge [m]}^2$ ) berechnet. Da der BMI alters- und geschlechtsabhängig ist, wurden die in der Studie erhobenen BMI-Werte mit einer Schweizer



Eichstichprobe (Prader et al., 1989; 1998) verglichen. Zur Klassifikation von Über- und Untergewicht wurde eine international anerkannte Einteilung (Must et al., 1991) verwendet. Personen, deren BMI unterhalb des 15. Perzentil lag, wurden als untergewichtig eingestuft; normalgewichtig waren Jugendliche, deren BMI im Bereich des 15. bis 85. Perzentil lag, und Übergewichtigkeit wurde diagnostiziert, wenn der BMI über das 85. Perzentil reichte. Der durchschnittliche BMI-Wert der vorliegenden Studie lag für weibliche und männliche Jugendliche bei  $\bar{x}=20.7 \text{ kg/m}^2$ .

**Abb. 1: Gewichtsverteilung der befragten Jugendlichen entsprechend den drei Gewichtskategorien (Untergewicht: < 15. Perzentil, Normalgewicht: 15. bis 85. Perzentil, Übergewicht: > 85. Perzentil)**



Im Vergleich mit der Schweizer Eichstichprobe waren 69.4% der weiblichen und 67.6% der männlichen befragten Zürcher Jugendlichen normalgewichtig, ca. 8.6% bzw. 9.8% untergewichtig und 22% bzw. 22.6% übergewichtig (Abbildung 1). Weder Geschlecht noch Alter hatten einen Einfluss auf die Verteilung auf die Gewichtsklassen. Hingegen zeigten sich Zusammenhänge mit dem Sozialstatus: mehr weibliche Jugendliche mit höherem sozialem Status waren untergewichtig und mehr junge Frauen mit niedrigem sozialem Status übergewichtig. Bei den männlichen Adoleszenten fand sich ein Unterschied nur in Bezug auf Übergewicht: ein höherer Prozentsatz von adipösen Probanden gehörte einem niedrigeren sozialen Status an.

### Körperwahrnehmung und Körperbild

Wie erwähnt beeinflussen die durch die Pubertät eingeleiteten Veränderungen und soziokulturellen Faktoren die Art, wie Jugendliche ihren Körper wahrnehmen und welches Körperbild sie von sich haben.

**Körperwahrnehmung:** Nur 52.3% der weiblichen, jedoch 67.7% der männlichen Jugendlichen beurteilten ihr Körpergewicht als gerade richtig. 43.8% der jungen Frauen erlebten sich als zu dick und 3.9% als zu dünn. Bei den jungen Männern hielten sich je 16% für zu dick bzw. zu dünn.

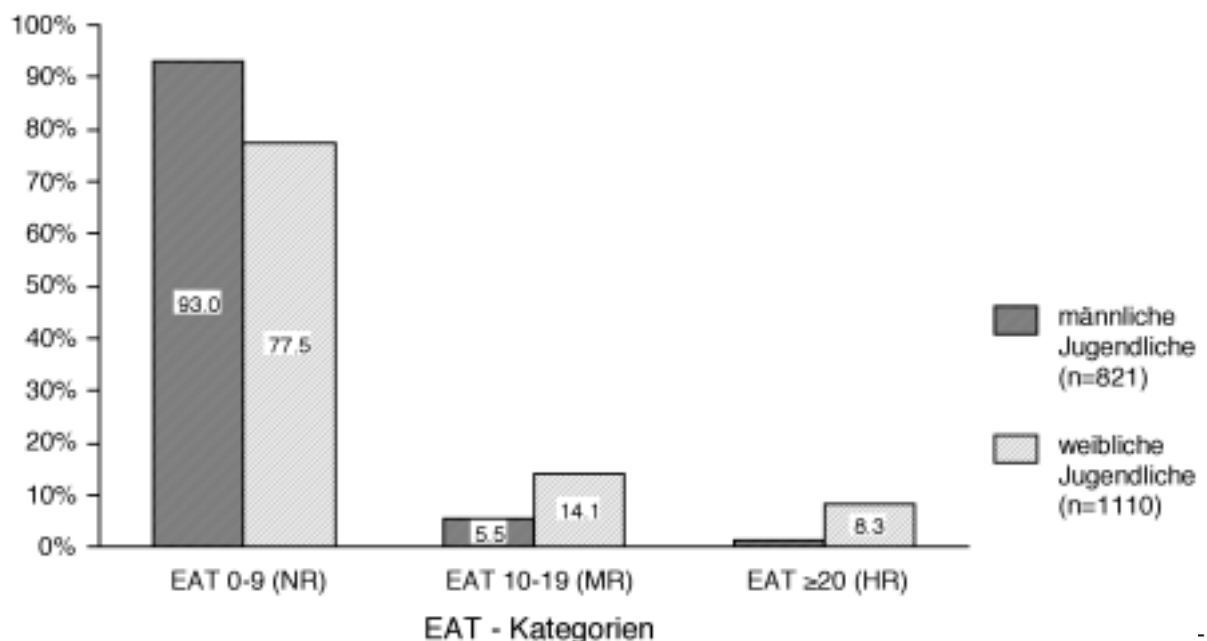
**Körperbild:** Wie schon in der Körperwahrnehmung haben weibliche Adoleszente ein signifikant negativeres Bild von ihrem Körper. Nur gerade 7.4% der jungen Frauen, hingegen 18% der Männer hiel-

ten sich körperlich für attraktiv. Ähnliches zeigte sich bei der Einschätzung der Wohlproportioniertheit: Jeder vierte junge Mann, aber nur jede siebte Frau bewertete den eigenen Körper als gut gebaut. In der Globalbeurteilung schätzte jede achte weibliche und jeder vierzehnte männliche Jugendliche ihren/seinen Körper sogar als unförmig ein.

### Essverhalten

Die Einschätzung des Essverhaltens erfolgte mit dem Eating-Attitudes-Test EAT-26 (Garner et al., 1982). Der Fragebogen umfasst 26 Items, die sich sowohl auf das Essverhalten als auch auf die Einstellung zum Essen und zum Körper beziehen. Die Items sind drei Skalen zugeordnet: Die Skala Diätverhalten beinhaltet Items wie z. B. "ich vermeide Speisen, die Zucker enthalten"; "nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen schuldig". Die Items der Skala Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Essen fragen nach Essanfällen, Erbrechen, gedankliche Fixierung auf Fragen des Essens, der Kalorien und des Körpergewichts. Die dritte Skala orale Kontrolle enthält Items wie "ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin" oder "ich zerteile mein Essen in extrem kleine Stücke". Zur Beantwortung der Fragen sind 6 Stufen (von "nie" bis "immer") vorgegeben. Für die Auswertung werden die ersten drei Antworten ("nie" bis "manchmal") mit 0 bewertet, die anderen abgestuft von 1 ("oft") bis 3 ("immer"). Daraus ergibt sich für den Summenwert (Summe aller Items) ein Wertebereich von 0 bis 78. Garner et al. (1982) definierten einen EAT Summenwert von  $\geq 20$  als sehr auffälliges Essverhalten, bei welchem im Interview mit grosser Wahrscheinlichkeit eine klinisch manifeste Essstörung diagnostiziert wird. Da in der vorliegenden Studie auch Vorformen oder subklinische Formen von Essstörungen interessierten, wurden ausgehend vom EAT-Summenwert drei Kategorien für Störungen des Essverhaltens als Risiko für die Entwicklung einer Essstörung definiert: EAT 0 bis 9: Niedrig-Risiko (NR), EAT 10 bis 19: Mittleres Risiko (MR) und EAT  $\geq 20$ : Hoch-Risiko (HR), eine Essstörung zu entwickeln. Der EAT Summenmittelwert der weiblichen Adoleszenten lag bei  $\bar{x} = 6.9$ , derjenige der männlichen bei  $\bar{x} = 3.4$ . Der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern war signifikant ( $p \leq .01$ ).

**Abb. 2: Essverhalten der befragten Jugendlichen entsprechend den Eating-Attitudes-Kategorien: EAT 0 bis 9: Niedrig-Risiko (NR), EAT 10 bis 19 (mittleres Risiko), EAT  $\geq 20$  (Hoch-Risiko).**





Risikobereich an; die männlichen Jugendlichen zeigten folgende Verteilung: 93.0% NR, 5.5% MR und 1.5% HR (Abbildung 2). Bei den Frauen zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Alter und Essverhalten, hingegen bei den Männern: jüngere gaben ein auffälligeres Essverhalten an. Ausserdem zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Essverhalten und sozialem Status: bei beiden Geschlechtern wurden die höchsten EAT Werte bei Jugendlichen mit dem niedrigsten sozialen Status gefunden.

Weiter wurden die Jugendlichen danach gefragt, ob sie unter Essattacken leiden und ob sie Diätverhalten zum Abnehmen praktizieren. 26.5% der weiblichen Adoleszenten und 17.6% der männlichen berichteten von täglich oder mehrmals pro Woche stattfindenden Essattacken. Das Diätverhalten spielte für junge Männer nur eine geringe Rolle. Hingegen machten in den letzten 12 Monaten 23.9% der jungen Frauen tageweise eine Diät, 13.5% eine ganze Woche lang oder bis zu einem Monat und 3.4% hielten sogar das ganze Jahr hindurch eine Diät zum Abnehmen ein.

Bei vielen Menschen haben Belastungen Auswirkungen auf ihr Essverhalten. Ein Teil der weiblichen Jugendlichen gab an, mehr als üblich zu essen, wenn sie sich gestresst (17.4%) oder alleine fühlten (40.2%) oder Sorgen hatten (37.8%). Bei den männlichen Jugendlichen wirkten sich diese Belastungssituationen weniger auf ihr Essverhalten aus. D. h. junge Frauen reagieren auf psychische Belastungssituationen eher mit Störungen ihres Essverhaltens als Männer.

### **Essverhalten, physisches und psychisches Wohlbefinden, belastende Lebenserfahrungen und aktuell erlebter Schulstress**

Die Jugendlichen wurden nach ihrem physischen und psychischen Wohlbefinden, nach früheren belastenden Lebenserfahrungen (z. B. sexuelle Belästigung) sowie zum aktuell erlebten Schulstress befragt. Wie auch aus anderen epidemiologischen Studien (Oldehinkel et al., 1999; Manz et al., 2001) bekannt ist, geben weibliche Jugendliche mehr physische und psychische Symptome an. Die Ergebnisse unserer Studie zeigten ebenfalls einen Zusammenhang zwischen auffälligem Essverhalten und physischen und psychischen Symptombildungen bei den jungen Frauen, nicht jedoch bei den Männern.

Um den in der Literatur (u. a. Wonderlich et al., 1996) beschriebenen Zusammenhang zwischen Erfahrungen sexueller Traumatisierung und gestörtem Essverhalten zu überprüfen, wurde diese Frage mit den Daten der vorliegenden Studie untersucht. Von den weiblichen Adoleszenten gaben 13.6% an, schon Erfahrungen mit sexueller Ausbeutung gemacht zu haben, von den männlichen waren es 3.1%. Bei den befragten Frauen bestätigte sich ein Zusammenhang zwischen Störungen des Essverhaltens und Erfahrungen sexueller Belästigung.

Ferner wurde auch ein Zusammenhang zwischen gestörtem Essverhalten und aktuell erlebtem Schulstress bei den Schülerinnen, nicht aber bei den Schülern gefunden.

**Zusammenfassend** lässt sich aus den Ergebnissen unserer wie auch anderer epidemiologischer Studien schliessen, dass sich adolescente Frauen im Vergleich mit gleichaltrigen jungen Männern häufiger als zu dick erleben, obwohl Abweichungen des Körpergewichts bei ihnen objektiv nicht häufiger vorkommen. Sie haben auch ein negativeres Bild bezüglich ihrer körperlichen Attraktivität. Auslösend für diese Einschätzungen dürfte die Diskrepanz zwischen physiologischen weiblichen Körperformen und dem aktuell gültigen weiblichen Schönheitsideal sein. Diese Faktoren tragen mit dazu bei, dass Frauen mit Eintritt in die Pubertät Einbussen hinsichtlich ihres Selbstwertgefühls erfahren. Bei 20 bis 30% der weiblichen Jugendlichen kommt es im Verlauf der Adoleszenz zur Entwicklung von physischen und/oder psychischen Symptomen, die teils vorübergehend sind, teils länger bestehen. Unsere Überflussgesellschaft und der Schlankeitskult bieten sich als Hintergrund für die Entwicklung von Störungen des Essverhaltens und Körperbildstörungen vor allem bei jungen Frauen besonders an. Männliche Jugendliche reagieren auf die Anforderungen beim Übergang ins Erwachsenenalter weniger häufig mit psychosomatischen Symptombildungen. Entsprechend ihrer Sozialisation zeigen sie eher Auffälligkeiten im Sozialverhalten oder entwickeln Suchterkrankungen.

## Literatur

- Buddeberg-Fischer, B. (2000). *Früherkennung und Prävention von Essstörungen – Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878. Deutsche Fassung in: Meermann, R., Vandereycken, W. (1987). *Therapie der Magersucht*. Berlin, New York: De Gruyter, 29–30.
- Manz, R., Junge, J. & Margraf, J. (2001). Anxious and depressive symptoms in adolescents: epidemiological data of a large scale study in Dresden. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 115–122.
- Must, A., Dallal, G.E. & Dietz, W.H. (1991). Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht<sup>2</sup>) and triceps skinfold thickness. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 839–846.
- Oldehinkel, A.J., Wittchen, H.U. & Schuster, P. (1999). Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 29, 655–668.
- Prader, A., Largo, R.H., Molinari, L. & Issler, C. (1989). Physical growth of Swiss children from birth to 20 years of age. *Helvetica paediatrica Acta Supplementum*, 52, 1–125. Aktualisierte BMI-Werte, Universitäts-Kinderklinik Zürich, Abteilung für Wachstum und Entwicklung, 1998.
- Wonderlich, S.A., Wilsnack, R.W., Wilsnack, S.C. & Harris, T.R. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health*, 86, 1082–86.

## Korrespondenzadresse:

PD Dr.med. B. Buddeberg-Fischer  
Abteilung für Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich  
Culmannstr. 8  
8091 Zürich  
Tel.: 01 255 51 23, Fax: 01 255 43 84  
E-Mail: [barbara.buddeberg@psy.usz.ch](mailto:barbara.buddeberg@psy.usz.ch)



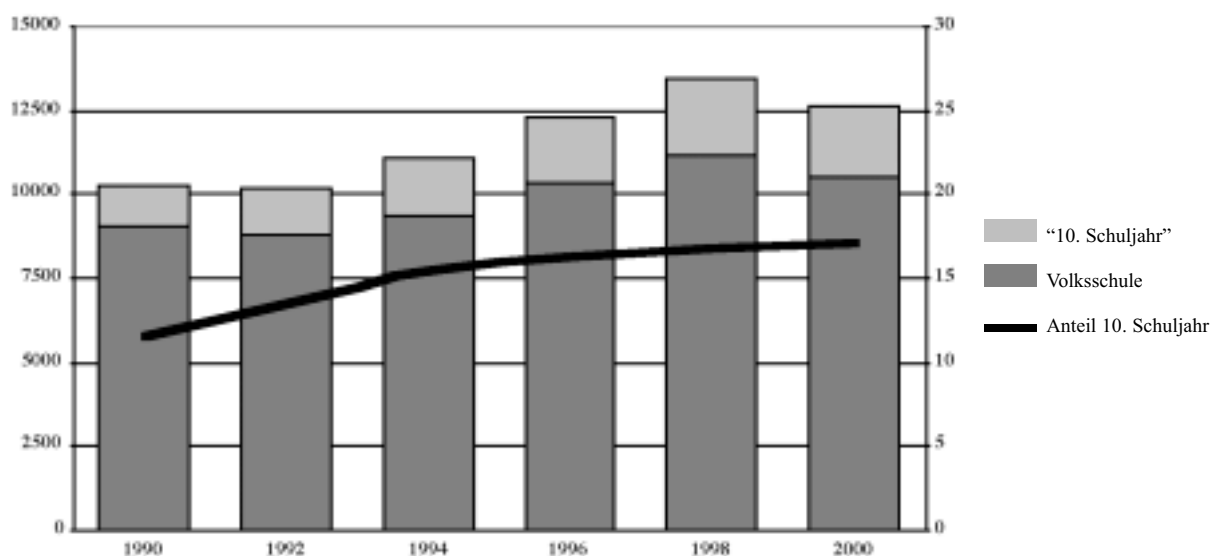
## 3.2 Zur Ausbildungssituation von Schulabgängerinnen und Schulabgängern in den neunziger Jahren

*Sandra Stutz-Delmore*

### Ein Jahrzehnt mit Schülerwachstum und Rezession

Zwischen 1990 und 1998 ist die Zahl der Schulabgänger/innen im Kanton Zürich stark angestiegen. Während zu Beginn des Jahrzehnts rund 10'200 Jugendliche ihre Schulzeit beendeten (Volksschüler/innen sowie Jugendliche aus schulischen Zwischenlösungen), belief sich die Abgängerzahl im Sommer 1998 auf 13'500, was einer Zunahme von annähernd einem Drittel entspricht. Erst in den letzten zwei Jahren hat sich die Zahl der Schulabgänger/innen wieder zurückgebildet und liegt gegenwärtig bei rund 12'700.

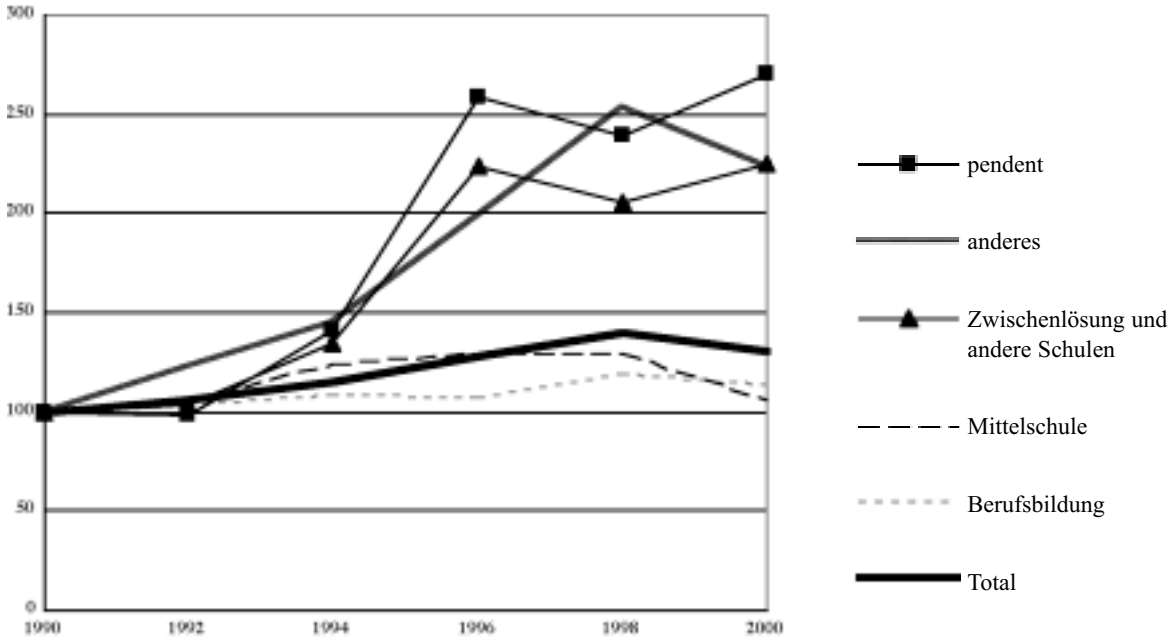
**Abb. 1: Entwicklung der Abgängerzahlen 1990 bis 2000**



Diese Entwicklung ist in erster Linie die Folge demografischer Gegebenheiten – dem Geburtenwachstum einerseits, den Zuwanderungen andererseits. Seit Beginn der neunziger Jahre sorgten die Kriegswirren im Gebiet des ehemaligen Jugoslawien bzw. die damit verbundenen Asylanträge für eine sukzessive Zunahme der Neuimmigrationen. Aber auch schulorganisatorische Regelungen (Umstellung des Schuljahresbeginns 1989) verursachten vorübergehend einen zusätzlichen Schülerschub.

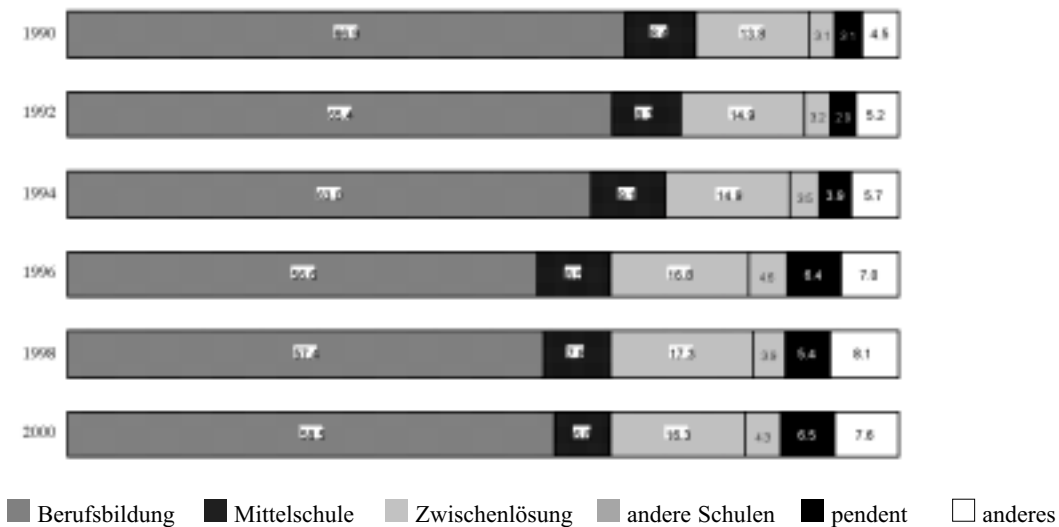
Die Phase des markanten Schülerwachstums fiel in einen Zeitabschnitt, in welchem unter dem Einfluss einer wirtschaftlichen Rezession Arbeitsplätze und Lehrstellen abgebaut wurden. Dies spiegelt sich in den Ausbildungszahlen der Schulentlassenen: Die Zahl der abgeschlossenen Lehr- bzw. Anlehrverträge erhöhte sich zwar von rund 6'500 (1990) auf 7'700 (1998), allerdings weitaus weniger stark als die im gleichen Zeitraum angestiegene Schulabgängerzahl. Die (Zwangs-)Verlängerung der Schulzeit durch ein 10. Schuljahr oder das Einschalten eines Zwischenjahrs in Form eines Sprachaufenthalts bzw. Praktikums wurde deshalb für immer mehr Schüler/innen zur Regel.

**Abb. 2: Entwicklung der Abgängerzahlen und Schulübertritte 1990 bis 2000 (Index 1990 = 100)**



Besorgnis erregte jedoch vor allem die Tatsache, dass zunehmend mehr Jugendliche die Schule ohne feste Anschlusslösung ("pendent") verliessen. Bis 1994 bewegte sich die Zahl der Schulentlassenen ohne Ausbildungsplatz zwischen 300 und 400. Ab Mitte der neunziger Jahre verdoppelte sich diese Zahl. Seit 1996 hatten jeweils zwischen 700 und 800 Jugendliche bis zu den Sommerferien weder einen Lehrvertrag abgeschlossen noch sich an einer weiterführenden Schule angemeldet oder eine Praktikumsstelle zugesichert bekommen.

**Abb. 3: Ausbildungsanteile 1990 bis 2000**



Wie sich die Ausbildungssituation im Laufe der neunziger Jahre verändert hat, kommt in der Darstellung prozentuale Ausbildungsanteile 1990 bis 2000 deutlicher zum Ausdruck (vgl. Abbildung 3). 1990 ergriffen noch zwei Drittel aller Jugendlichen nach Abschluss der Schulzeit einen Beruf.

Dieser Anteil reduzierte sich bis 1996 auf knapp 57% und blieb bis ins Jahr 2000 unter der 60%-Marke. Anteilsmässige Zunahmen verzeichneten dagegen die Übertritte in schulische Zwischenlösungen: Seit Mitte der neunziger Jahre absolviert jeder 6. Jugendliche ein 10. Schuljahr an einer Werkjahr-/Berufswahlschule. Auf über sechs Prozent erhöhte sich der Anteil jener Jugendlichen, die unmittelbar vor Beendigung ihrer Schulpflicht noch keinen definitiven Entscheid bezüglich ihrer weiteren beruflichen bzw. schulischen Zukunft getroffen hatten. Auch entscheiden sich anteilmässig mehr und mehr Schulentlassene für ein Praktikum, für einen Sprachaufenthalt oder gehen ohne weitere Ausbildung einer Erwerbstätigkeit nach ("anderes").

### Benachteiligung leistungsschwächerer Jugendlicher

Obwohl zahlreiche Massnahmen wie die wirksamere Nutzung des vorhandenen Lehrstellenangebots, die Schaffung bzw. der Ausbau von Berufsintegrationsprogrammen, finanzielle Aufwendungen für die Akquisition neuer Ausbildungsplätze oder die Lancierung "niederschwelliger" Basisberufe eingeleitet wurden, blieb die Ausbildungssituation für Schüler/innen aus anforderungstiefen Schultypen und insbesondere für Jugendliche ausländischer Herkunft prekär.

Bereits beim Übergang von der Primarschule in die Sekundarstufe I sind Schüler/innen ausländischer Herkunft benachteiligt: Nur sehr selten schaffen sie den Eintritt ins Gymnasium und immer weniger von ihnen kommen in die Sekundarschule. Hingegen werden mehr als zwei Drittel einer Real- oder Oberschulklasse zugeteilt. Genau umgekehrt verhält es sich bei den Schweizerinnen und Schweizern: Hier besuchen zwei Drittel einen Schultyp mit erweiterten Anforderungen und rund ein Drittel besucht einen anforderungstieferen Schultyp.

**Tab. 1: Verteilung Schweizer/innen und Ausländer/innen im 8. Schuljahr (nach Bewährungs- bzw. Probezeit)**

Schultyp	1990	1990	1995	1995	2000	2000
	Schweizer/ innen	Ausländer/ innen	Schweizer/ innen	Ausländer/ innen	Schweizer/ innen	Ausländer/ innen
Gymn. Unterstufe	12.7	5.7	11.5	3.1	14.3	3.4
Sekundarschule DS/A; GS/E	52.1	33.1	54.4	29.3	52.9	28.3
Realschule DS/B; GS/G	32.4	47.4	31.3	48.2	30.3	50.7
Oberschule DS/C	2.8	13.7	2.8	19.5	2.4	17.7
<i>Gesamtergebnis</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Legende der verwendeten Abkürzungen:

DS = Dreiteilige Sekundarschule

Abt. A = Höchste Anforderungsstufe (Sekundarschule)

Abt. B = Mittlere Anforderungsstufe (Realschule)

Abt. C = Niedrigste Anforderungsstufe (Oberschule)

GS = Gegliederte Sekundarschule;

St.Kl. E = Stammklasse mit erweiterten Anforderungen

St.Kl. G = Stammklasse mit grundlegenden Anforderungen

Am Ende der obligatorischen Schulzeit sind die Weichen für die berufliche Zukunft der Kinder daher bereits weitgehend gestellt. In wirtschaftlichen Härtezeiten müssen vor allem schwächere Schüler/innen Kompromisse eingehen. Sie können sich bei der Berufsfindung nicht nur von ihren Wünschen und Fähigkeiten leiten lassen, sondern müssen sich dem Angebot auf dem Lehrstellenmarkt anpassen. Erwiesenermassen sind Jugendliche ausländischer Herkunft mit schwachen Deutschkenntnissen bei der Lehrstellenvergabe gegenüber Schweizer Jugendlichen benachteiligt:

**Tab. 2: Ausgewählte Ausbildungsanteile je Schultyp von Schweizern/Schweizerinnen und Ausländern/Ausländerinnen (in %)**

**Übertritte in die Berufsbildung**

Ab Schultyp	Schweizer/innen			Ausländer/innen		
	1996	1998	2000	1996	1998	2000
Sekundarschule (DS/A; GS/E)	57	61	63	55	57	54
Realschule (DS/B; GS/G)	65	65	65	53	47	48
Oberschule (DS/C)	69	67	63	42	35	37
Schul. Zwischenlösung (10. Schuljahr)	75	74	78	49	47	47

**Übertritte in Zwischenlösungen und andere Schulen (ohne Mittelschulen)**

Ab Schultyp	Schweizer/innen			Ausländer/innen		
	1996	1998	2000	1996	1998	2000
Sekundarschule (DS/A; GS/E)	16	16	15	18	20	24
Realschule (DS/B; GS/G)	25	26	26	30	33	30
Oberschule (DS/C)	18	22	24	23	31	24
Schul. Zwischenlösung (10. Schuljahr)	2	2	1	14	13	10

**Ausbildung noch pendent**

Ab Schultyp	Schweizer/innen			Ausländer/innen		
	1996	1998	2000	1996	1998	2000
Sekundarschule (DS/A; GS/E)	2	1	2	7	5	7
Realschule (DS/B; GS/G)	3	3	3	11	10	12
Oberschule (DS/C)	6	6	6	23	19	21
Schul. Zwischenlösung (10. Schuljahr)	8	7	7	25	19	24

Legende der verwendeten Abkürzungen: vgl. Tabelle 1

Während rund zwei Drittel aller Schweizer Realschüler/innen sofort eine Berufsausbildung beginnen, ist der entsprechende Anteil bei der ausländischen Schülerschaft mittlerweile unter 50% gesunken. Noch ausgeprägter sind Unterschiede der Berufsbildungsanteile zwischen den einheimischen bzw. ausländischen Schulabgänger/innen aus Oberschulklassen und schulischen Zwischenlösungen. Dagegen verlassen anteilmässig deutlich mehr Jugendliche ausländischer Herkunft die Schule ohne Anschlusslösung. Auch hier sind die Unterschiede in den anforderungstieferen Schultypen besonders markant. Auffallend ist die hohe Pendentenquote von ausländischen Jugendlichen aus Zwischenlösungen – vorwiegend aus "Integrationsklassen für Fremdsprachige".

**Korrespondenzadresse:**

Sandra Stutz-Delmore  
 Bildungsdirektion des Kantons Zürich  
 Generalsekretariat, Bildungsplanung  
 Walchestr. 21  
 8090 Zürich  
 Tel.: 043 259 53 85; Fax: 043 259 51 21  
 E-Mail: Sandra.Stutz@gs.bid.zh.ch



### **3.3 Seelische Gesundheit und psychische Probleme im Jugendalter: Verbreitung und Bedingungsfaktoren**

*Hans-Christoph Steinhausen & Christa Winkler Metzke*

#### **Ergebnisse der Zürcher Adoleszenten-Psychologie und Psychopathologie-Studie (ZAPPS)**

##### **Zielsetzungen der Studie**

Die Zürcher Adoleszenten-Psychologie und Psychopathologie-Studie (ZAPPS) verfolgt zwei Ziele: In einem ersten Schwerpunkt werden die Häufigkeit, der Verlauf und die begleitenden Umstände psychischer Störungen im Jugendalter untersucht. In einem zweiten Schwerpunkt werden die Bedingungen und Prozesse analysiert, die der psychischen Gesundheit Heranwachsender förderlich sind oder zur Ausbildung psychischer Störungen beitragen. Im Rahmen der ZAPPS, die als Längsschnittstudie mit drei Erhebungszeitpunkten angelegt ist, lassen sich sowohl Entwicklungseffekte als auch in der Zeit liegende Periodeneffekte untersuchen (Steinhausen & Winkler Metzke, 1997a). Die Erhebungen erfolgten in drei Wellen in den Jahren 1994, 1997 und 2000/2001.

##### **Psychische Auffälligkeiten im Jugendalter**

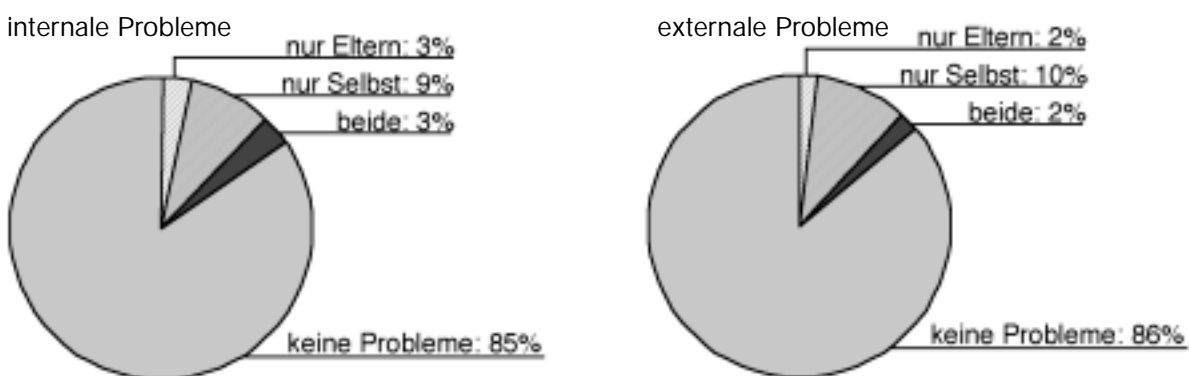
Die folgenden Analysen basieren auf der Stichprobe von 836 Jugendlichen, die an den Erhebungen 1994 und 1997 teilgenommen hatten. Über einen Vergleich der 1994 ermittelten Ergebnisse mit denen aus dem Jahre 1997 lassen sich Veränderungen beim Heranwachsen ermitteln. Eltern und Jugendliche, die wir getrennt befragten, zeigten dabei deutlich unterschiedliche Wahrnehmungen. Während die Eltern mit dem Heranwachsen ihrer Jugendlichen von durchschnittlich 13 auf 16 Jahre eher einen Rückgang von Problemen beobachteten, nahmen gemäss Selbstauskünften der Jugendlichen die Probleme bei beiden Geschlechtern zu. Dies betraf sowohl die stärker nach innen gerichteten, so genannt internalisierenden Probleme wie Ängstlichkeit und Verstimmung als auch die stärker nach aussen gerichteten oder externalisierenden Probleme wie aggressives und dissoziales Handeln. Tabelle 1 gibt die Prozentzahlen derjenigen Jugendlichen für 1994 und 1997 an, die oberhalb des klinisch bedeutsamen Grenzwertes auf den Skalen für internalisierende und externalisierende Probleme lagen. Zu beiden Zeitpunkten hatten signifikant mehr Jugendliche nach Selbstauskunft Werte auf den beiden Skalen, die auf ein tatsächliches Problem hinwiesen, als nach Auskunft der Eltern. Die letzte Spalte der Tabelle 1 zur Kontinuität gibt an, wieviel Prozent derjenigen Jugendlichen, die 1994 oberhalb des klinisch bedeutsamen Wertes auf einer der beiden Skalen lagen, auch 1997 noch entsprechend eingeschätzt wurden. Hier zeigt sich, dass die Kontinuität der Selbstbeurteilung der Jugendlichen – vor allem bezüglich der externalisierenden Probleme – deutlich höher war, als die Kontinuität in der Beurteilung durch die Eltern.

**Tab. 1: Die Häufigkeiten klinisch bedeutsamer Ausprägungen von internalisierenden und externalisierenden Problemen 1994 und 1997 nach Eltern- und Selbstauskunft**

	1994 Eltern	1994 Jugendliche	1997 Eltern	1997 Jugendliche	Kontinuität 1994-1997 Eltern	Kontinuität 1994-1997 Jugendliche
internalisierende Probleme	7%	10%	6%	12%	36%	45%
externalisierende Probleme	7%	8%	4%	12%	18%	43%

Abbildung 1 stellt dar, wie hoch die Eltern und Jugendlichen 1997 darin übereinstimmten, dass ein bedeutsames internalisierendes bzw. externalisierendes Problem vorliegt: Während 12% der Jugendlichen und 6% der Eltern von einem internalen Problem berichteten, stimmten lediglich 3% der Eltern und Jugendlichen in dieser Einschätzung überein. Auch bezüglich der externalen Probleme stimmten lediglich 2% der Eltern und Jugendlichen darin überein, dass ein entsprechendes Problem vorliegt, während insgesamt 12% der Jugendlichen und 4% der Eltern von einem externalen Problem berichteten.

**Abb. 1: Internale und externale Probleme nach Eltern- und Selbstauskunft**



Diese diskrepanten Wahrnehmungen belegen eindrücklich, dass Eltern offensichtlich nicht mehr genügend über die Befindlichkeiten und das Verhalten ihrer Jugendlichen orientiert sind. In der Untersuchung von Jugendlichen in beratenden und therapeutischen Einrichtungen müssen daher unbedingt die Jugendlichen direkt befragt und die unterschiedlichen Wahrnehmungen thematisiert werden.

Wir fanden ferner, dass weibliche Jugendliche eine Zunahme von Problemen im Essverhalten und beide Geschlechter mit zunehmenden Alter einen verstärkten Alkohol-, Zigaretten- und Haschischkonsum aufwiesen. Diese erwarteten Befunde bilden den Ausgang für eine vertiefte Analyse der Entstehungs- und Verlaufsbedingungen dieser Störungen, über die an anderer Stelle berichtet werden wird.

**Zeittrends: Keine Zunahme psychischer Auffälligkeiten, wohl aber Zunahme des Suchtmittelkonsums**

Die in der ZAPPS gewonnenen Daten ermöglichen ferner durch einen Vergleich der 14- bis 16-Jährigen jeweils aus den Jahren 1994 (N=574) und 1997 (N=552) zusätzliche Einblicke in mögliche

zeitbedingte und nicht allein durch die Entwicklung der Jugendlichen selbst erklärable Effekte. In diesem Untersuchungsansatz zeigte sich, dass für psychische Probleme im engeren Sinne – nämlich Ängstlichkeit, Depressivität, Aggressivität oder dissoziales Verhalten und Essprobleme – keine Häufigkeitszunahme zu beobachten war. Hingegen zeigte sich bei den befragten Jugendlichen ein deutlicher Trend zu vermehrtem Alkohol-, Nikotin- und Haschischkonsum. Wie in Tabelle 2 zu sehen ist, stieg die Häufigkeit von Betrunkenhheitszuständen um 5% und der Anteil der regelmässig Zigaretten rauchenden Jugendlichen von 21 auf 27% an. Ferner hatte sich von 1994 bis 1997 die Rate an Haschisch konsumierenden 14- bis 16-jährigen Jugendlichen etwa verdoppelt. Hier müssen zusätzliche Analysen klären helfen, mit welchen Bedingungsfaktoren diese Besorgnis erregende Zunahme des Substanzmissbrauchs verbunden ist und wieweit auf hypothetische Erklärungsansätze z. B. gesellschaftlicher Art zurückgegriffen werden muss.

**Tab. 2: Periodeneffekte von 1994 bis 1997 bei 14- bis 16-Jährigen**

	1994 N	1994 %	1997 N	1997 %	Chi <sup>2</sup>
<i>Alkoholkonsum</i>					
mehr als ein Glas getrunken	233	46	276	55	10.1**
mehr als 2-mal betrunken gewesen	50	10	76	15	8.7*
<i>Nikotinkonsum</i>					
ab und zu	73	14	84	17	15.2**
täglich	34	7	51	10	
<i>Haschischkonsum</i>					
ab und zu	23	5	48	10	25.4***
oft	18	4	45	9	

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

### **Klinische Diagnostik: 22.5% der Kinder und Jugendlichen sind psychisch auffällig**

Die bisher berichteten Ergebnisse beruhen auf der schriftlichen Beantwortung von Fragebögen, die eher Aufschlüsse über psychische Probleme als tatsächlich behandlungsbedürftige psychische Störungen und Krankheiten vermitteln. Über detaillierte klinische Interviews mit jeweils repräsentativen Teilstichproben konnten auf der zweiten Stufe auch die Raten von klinisch bedeutsamen und zugleich behandlungsbedürftigen psychischen Störungen ermittelt werden.

In Tabelle 3 sind die Häufigkeiten psychischer Störungen bei der altersmässig sehr breit gestreuten Gruppe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren im Jahre 1994 dargestellt. Diese Prävalenzraten basieren auf den letzten 6 Monaten vor dem Interview. Der Tabelle kann entnommen werden, dass bei einer Gesamtprävalenz von 22.5% für psychische Störungen insgesamt der grösste Teil von 11.4% auf Angststörungen zurückgeht. An zweiter Stelle stehen die mit 6% recht häufigen Ticstörungen, die durch plötzlich einschiessende muskuläre Zuckungen in verschiedenen Muskelgruppen oder Körperteilen charakterisiert sind. Es folgen die mit 5.2% ebenfalls recht häufigen Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHD) sowie mit 2.1% die oppositionell-trotzigen Störungen des Sozialverhaltens. Wegen der breiten Altersstreuung und der noch ungenügenden Qualität der Information von Kindern wurden diese Interviews ausschliesslich mit den Eltern durchgeführt (Steinhausen et al., 1998b).

**Tab. 3: Gewichtete Sechs-Monats-Prävalenzraten 1994 in Prozenten (N=417)**

	Prävalenzrate in %	Standardfehler in %
Angststörungen	11.4	(2.4)
Zwangsstörungen	0.2	(0.1)
Tics	6.0	(2.0)
Affektstörungen	0.7	(0.2)
Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung	5.2	(1.2)
Störungen des Sozialverhaltens	2.1	(0.9)
Substanzinduzierte Störungen	0.2	(0.1)
Gesamtprävalenz	22.5	(3.2)

Hingegen konnten wir uns bei der Wiederholungsuntersuchung im Jahr 1997 auf Interviews sowohl mit den Eltern als auch den Jugendlichen stützen. Tabelle 4 zeigt, dass auch auf der Ebene der klinischen Diagnostik diese beiden Informanten deutlich abweichende Wahrnehmungen über die Existenz und Häufigkeit von psychischen Störungen bei Jugendlichen haben. Während auf der Basis des Elternurteils nur bei 8% der Jugendlichen eine Diagnose zu stellen war, traf dies für rund 20% der Jugendlichen bei direkter Befragung zu. Dabei liegen mit Ausnahme der durch Eltern und Jugendliche etwa gleich hoch eingeschätzten Raten für Hyperaktivität und dissoziales Verhalten (zusammengefasst als disruptive Störungen) bei den Eltern durchwegs Unterschätzungen der Häufigkeiten von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen vor. Die diskrepanten Wahrnehmungen von Eltern und Jugendlichen auf der ersten Stufe der Fragebogenerhebung finden also auch auf der Stufe der persönlich und jeweils mit den Informanten getrennt geführten Interviews ihre Entsprechung und verweisen noch einmal auf die Notwendigkeit, in klinischen Situationen nicht nur beide Quellen zu befragen, sondern ganz besonders das Jugendlicherurteil zu gewichten, um der Gefahr einer Unterschätzung der Problemlage des Jugendlichen zu begegnen.

**Tab. 4: Gewichtete Sechs-Monats-Prävalenzraten 1997 in Prozenten (N=202)**

	Eltern-Interview Prävalenzrate (Standardfehler)		Jugendlichen-Interview Prävalenzrate (Standardfehler)	
Angststörungen	3.1	(1.2)	8.1	(2.8)
Zwangsstörungen			0.5	(0.3)
Tics	0.3	(0.3)	2.4	(1.9)
Affektstörungen	1.2	(0.9)	5.1	(1.5)
Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung	1.7	(1.3)	1.1	(0.5)
Störungen des Sozialverhaltens	0.4	(0.3)	0.7	(0.4)
Substanzinduzierte Störungen	2.3	(0.8)	13.0	(3.4)
Gesamtprävalenz	8.3	(2.2)	20.0	(3.9)

Vergleicht man die Verteilung der Diagnosen in den Tabellen 3 und 4, so zeigen die auf der Basis des Interviews mit den Jugendlichen ermittelten Diagnosen zugleich den deutlichen Wandel im Spektrum psychischer Störungen vom Kindes- zum Jugendalter. Bei einem deutlichen Rückgang der Ticstörungen und einem Abfall auch der Raten für Angststörungen treten nunmehr in beträchtlichem Umfang die sogenannten Substanzmissbrauchstörungen in den Vordergrund, die in unserer Untersuchung in erster Linie durch Nikotinmissbrauch und in zweiter Linie durch Alkoholmissbrauch

gekennzeichnet waren. Ferner traten nun bei den Jugendlichen mit 5% beträchtlich hohe Raten für Affektstörungen, d. h. vor allem depressive Störungen hervor.

Andere klinisch zu erwartende Störungen wie Schizophrenien oder dissoziative Störungen sind aufgrund ihrer niedrigen Prävalenz nur in einer sehr viel grösseren Stichprobe zu erfassen. Diese Feststellung gilt auch für die Essstörungen, die entgegen einer populären Annahme als klinische Diagnose eher seltene Ereignisse sind. Aufgrund einer separaten Analyse unserer Daten aus dem Jahre 1994 konnten wir für die Anorexia nervosa eine Prävalenz von 0.7% und für die Bulimia nervosa von 0.5% berechnen. Häufiger sind lediglich subklinische Formen oder einzelne Symptome der Essstörungen wie ganz speziell die von weiblichen Jugendlichen selbstgestalteten Diäten (Steinhausen et al., 1997b). Mit diesen epidemiologischen Erhebungen wurden erstmals in der Schweiz in einer Repräsentativstichprobe des Kantons Zürich mit zeitgemässen, international etablierten Erhebungsmethoden Prävalenzraten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erhoben.

### **Bedingungsfaktoren psychischer Auffälligkeiten**

Bei der Erfassung psychischer Auffälligkeiten Jugendlicher stellen sich neben der Epidemiologie u.a. die Fragen, (1) welche Faktoren dazu beitragen, dass Jugendliche psychische Probleme entwickeln, (2) welche Faktoren seelische Gesundheit fördern und (3) welche Faktoren ein bestehendes Risiko mildern oder gar neutralisieren. In der Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie wurden daher potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren erfasst: Die Jugendlichen wurden nach belastenden Lebensereignissen, nach ihren Bewältigungsstrategien, nach der Qualität und Quantität ihres sozialen Netzes sowie danach, wie sie das Erziehungsverhalten ihrer Eltern und ihre Schulumwelt erleben, befragt. Im Folgenden sollen die beiden Bereiche "Lebensereignisse und durch diese erlebte Belastung" sowie "elterliches Erziehungsverhalten" jeweils in Bezug zur psychischen Befindlichkeit der Jugendlichen dargestellt werden.

### **Lebensereignisse und psychische Befindlichkeit**

In der Forschung zur Entstehung sowohl körperlicher als auch psychischer Störungen und Krankheiten spielen Lebensereignisse schon seit geraumer Zeit eine wichtige Rolle. Es gilt als gesichert, dass einschneidende Lebensereignisse – wie z. B. der Verlust einer bedeutsamen Bezugsperson – ebenso wie auch kleine Alltagswidrigkeiten, sich auf die körperliche und seelische Gesundheit ungünstig auswirken. Die Auswirkungen beider Formen von Ereignissen sind psychologisch dadurch bedeutsam, dass z. B. wichtige Ziele oder soziale Beziehungen gefährdet werden.

In der ZAPPS wurden daher sowohl die Art von Lebensereignissen in den letzten 12 Monaten als auch ihr Belastungspotenzial erhoben (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001). Häufige und zugleich belastende Lebensereignisse waren schlechte Prüfungsergebnisse in der Schule, Probleme mit den Eltern, Streit mit Freunden oder auch der Verlust eines Haustieres. Hingegen wurden Schulwechsel, Arbeitseinstieg der Mutter oder sich zu verlieben mehrheitlich als angenehm empfunden.

Die berichteten Lebensereignisse und ihre Auswirkungen waren von einer Reihe von Einflussfaktoren abhängig. Mädchen berichteten nicht nur mehr Lebensereignisse als Jungen, sondern hatten auch einen höheren Belastungswert. Das Gleiche galt auch für ältere Jugendliche im Vergleich zu Jüngeren. Ferner wiesen Jugendliche aus städtischen im Vergleich zu ländlichen Regionen und ausländische im Vergleich zu inländischen Jugendlichen eine grössere Zahl an Lebensereignissen und einen höheren Belastungswert auf.

Zudem konnte die ZAPPS in Entsprechung zu anderen Studien eine deutliche Korrelation zwischen der Anzahl von Lebensereignissen und dem Belastungswert einerseits und psychischen Auffälligkeiten andererseits in dem Sinne nachweisen, dass eine hohe Anzahl von Ereignissen und ein hoher Belastungswert mit einer Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit einhergeht. Bei ersten längsschnittlichen Untersuchungen der Daten der Jahre 1994 und 1997 zeigte sich, dass der starke Effekt, den Lebensereignisse auf die seelische Befindlichkeit über die Zeit hinweg ausüben, zu einem grossen Teil auf die aktuelle Belastung durch Lebensereignisse zurückzuführen ist. Dies bedeutet

auch, dass die wahrgenommene Belastung durch Lebensereignisse über den von uns untersuchten Zeitraum eine hohe Kontinuität aufweist.

Weiterhin untersuchten wir, ob belastende Ereignisse mit dem Heranwachsen häufiger geworden sind. Negative Lebensereignisse und die dadurch erlebte Belastung hatten für die Jungen und Mädchen, die wir 1994 und 1997 befragten, in diesem Zeitraum eindeutig zugenommen. Mädchen empfanden sich 1997 wie bereits 1994 stärker belastet als Jungen.

In Tabelle 5 sind diejenigen belastenden Lebensereignisse aufgeführt, die 1997 signifikant häufiger angegeben worden waren als 1994. Zusätzlich ist festgehalten, wieviel Prozent der Jugendlichen 1994 und 1997 entsprechende Probleme hatten und sich dadurch belastet fühlten. Die Tabelle zeigt bei allen aufgeführten Bereichen, dass der Anteil derjenigen Jugendlichen, die entsprechende Erlebnisse hatten, von 1994 auf 1997 mit dem Älterwerden zugenommen hatte. Im Bereich der Liebesbeziehungen und Freundschaften wurden insgesamt nicht nur mehr entsprechende Probleme erlebt, sie wurden auch als belastender eingestuft als 1994. Belastender wurde auch empfunden, wenn ein Familienmitglied Probleme hatte und wenn gesundheitliche Sorgen bestanden. Umgekehrt wurden wohl mehr Probleme mit Lehrpersonen berichtet, sie schienen jedoch weniger belastend erlebt zu werden als 1994. Ebenso nahm die wahrgenommene Belastung durch eine schlechte Prüfung oder durch finanzielle Probleme in der Familie etwas ab.

**Tab. 5: Belastende Lebensereignisse 1994 und 1997 (in %)**

	Häufigkeit 1994	Häufigkeit 1997	Chi <sup>2</sup>	Belastung 1994	Belastung 1997	Chi <sup>2</sup>
<i>Familie</i>						
Probleme mit den Eltern	33	43	40.4***	74	76	-
Verschlechterung der Familienbeziehungen	15	26	64.7***	85	87	-
Familienmitglied hat Probleme	26	38	62.4***	78	83	12.0**
finanzielle Probleme in der Familie	10	14	16.9***	83	78	8.4*
<i>Schule/Leistung</i>						
Probleme mit Lehrperson	11	18	39.1***	68	55	20.5***
schlechte Prüfung	66	70	6.1*	83	79	14.2**
schlechte Noten	30	40	40.4***	84	83	-
<i>Liebesbeziehungen</i>						
Probleme in Liebesbeziehungen	12	19	41.6***	81	89	6.8*
Ende einer Partnerschaft	24	32	28.0***	72	81	15.0**
<i>Freundschaften</i>						
Streit mit einer Freundin/einem Freund	31	38	18.0***	80	91	36.5***
<i>weitere Ereignisse</i>						
Sorgen wegen Gesundheit	18	29	74.5***	72	82	12.9**
Pläne fielen ins Wasser	24	35	52.6***	79	80	-

\*p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

### **Elterliches Erziehungsverhalten und psychische Befindlichkeit**

Elterliches Erziehungsverhalten hat erwiesenermassen einen nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern. Eltern, die auf die Entwicklung ihrer Kinder *mit Zuneigung und emotionaler Wärme, klaren und erklärbaren Regeln* sowie der Gewährung *psychischer Autonomie* – als Gegenteil von psychologischer Kontrolle oder Druck – Einfluss nehmen, können damit rechnen, dass ihre

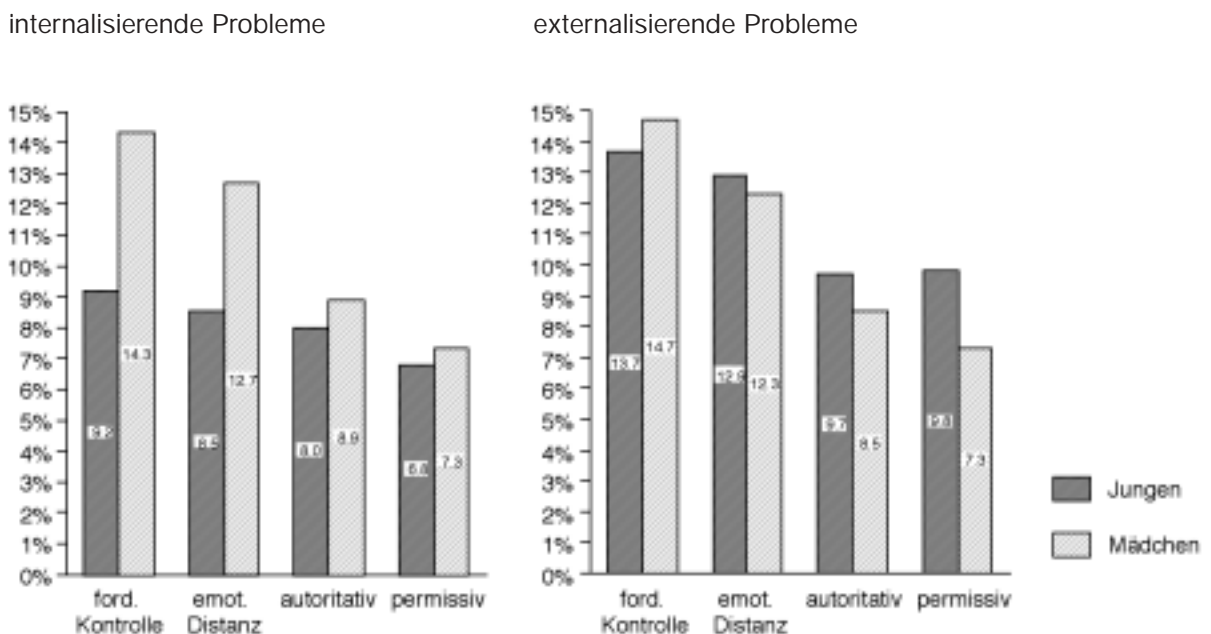


Kinder sich zu selbstbewussten, emotional stabilen, sozial kompetenten, leistungsfähigen und selbstverantwortlichen Menschen entwickeln. In der ZAPPS erfassten wir diese drei Dimensionen elterlichen Erziehungsverhaltens und untersuchten, zu welchen *Erziehungstypen* sich diese Dimensionen gruppieren (Reitzle, Winkler Metzke & Steinhausen, 2001).

Der in rund einem Drittel der Stichprobe am häufigsten erlebte Erziehungstyp entspricht dem Muster der in der Literatur beschriebenen autoritativen Erziehung mit einem erhöhten Mass an Unterstützung und Regeln bei zugleich unterdurchschnittlichem psychologischen Druck. Rund ein Viertel der wahrgenommenen elterlichen Erziehung entfällt auf ein Muster, das wir permissive Erziehung genannt haben, da Regeln wie auch psychologischer Druck gering ausgeprägt sind, während Unterstützung leicht überdurchschnittlich ausfällt. Auf den als emotionale Distanz bezeichneten erlebten Erziehungstyp entfällt rund ein Fünftel der Eltern. Sie werden von ihren Kindern als sehr wenig unterstützend wahrgenommen, sind aber auch nicht sonderlich auf die Einhaltung von Regeln bedacht. Beim Erziehungstyp der erlebten fordernden Kontrolle ist die Betonung von Regeln ähnlich ausgeprägt wie bei autoritativer Erziehung, geht in diesem Falle jedoch mit extrem hohem psychologischen Druck einher. Dieser Erziehungstyp ist ebenfalls mit rund einem Fünftel vertreten.

Die vier Erziehungstypen unterscheiden sich im Hinblick auf die psychische Befindlichkeit: Erlebte fordernde Kontrolle und emotionale Distanz gehen bei Jungen und Mädchen mit vermehrten externalisierenden Problemen (aggressives und delinquentes Verhalten), erlebte autoritative und permissive Erziehung hingegen mit positiveren Entwicklungsergebnissen einher. Bezüglich der internalisierenden Probleme (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst und Depressivität) gehen erlebte fordernde Kontrolle und emotionale Distanz nur bei den Mädchen mit höheren Werten auf dieser Skala einher, während bei den Jungen nur geringfügige Unterschiede zu den beiden anderen Erziehungstypen bestehen (vgl. Abbildung 2).

**Abb. 2: Erziehungstypen und psychische Probleme bei Jungen und Mädchen**



Bei längsschnittlichen Analysen zeigt sich nur bei den Mädchen, dass erlebte mangelnde Zuneigung und Wärme sich über die Zeit hinweg in vermehrten internalisierenden Problemen v.a. in sozialem Rückzug und körperlichen Beschwerden niederschlägt, erlebter psychologischer Druck sich hingegen auf eine höhere Ausprägung externalisierender Probleme auswirkt.



## **Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung psychischer Probleme**

Aus Platzgründen können die folgenden Ergebnisse lediglich kurz zusammengefasst werden. In unseren Untersuchungen erweisen sich bisher die folgenden Merkmale als *generelle Risikofaktoren* für die Entstehung sowohl internalisierender als auch externalisierender Probleme: Erhöhte Selbstaufmerksamkeit, Problem meidendes Verhalten, der wahrgenommene psychologische Druck durch die Eltern, das Konkurrenzverhalten zwischen den Schulkollegen sowie das Ausmass an Disziplinierung und der Leistungsdruck in der Schule. Personale bzw. soziale Ressourcen wie aktive Problemlösestrategien und die Anerkennung durch Gleichaltrige haben einen protektiven Effekt auf die Entstehung internalisierender Probleme: In der Gruppe der durch kritische Lebensereignisse hoch Belasteten haben diejenigen, die über ein höheres Ausmass an aktiven Bewältigungsfertigkeiten oder an Anerkennung durch ihre Kollegen verfügen, deutlich weniger internalisierende Probleme. Schliesslich stellten wir fest, dass ein positives Selbstwertgefühl und emotionale Wärme der Eltern unabhängig davon, wie stark man durch kritische Lebensereignisse belastet ist, das Entstehungsrisiko internalisierender und externalisierender Störungen vermindern (Steinhausen & Winkler Metzke, 2001; Winkler Metzke & Steinhausen, 1999a; Winkler Metzke & Steinhausen, 1999b).

Der Forschung über Risiko- und Schutzfaktoren kommt grosse praktische Relevanz zu. Im Rahmen von Präventions- und Interventionsprojekten gilt es, die Erkenntnisse dieser Forschung nutzbar zu machen. Mit vermehrtem Wissen darüber, wie sich stark belastete Kinder und Jugendliche in ihren Reaktionen auf Belastung und ihren Beeinträchtigungen unterscheiden, kann professionelle Hilfe gezielter und konzentrierter eingesetzt werden. Darüber hinaus liegt bei der Planung und Evaluation von Projekten ein weiterer Anwendungsbereich: So kann z. B. untersucht werden, inwieweit protektive Prozesse durch bestimmte Interventionen gefördert werden.

## Literatur

- Steinhausen, H.-C. & Winkler Metzke, C. (1997a). Die Zürcher Längsschnittstudie zur Entwicklungspsychologie und -psychopathologie im Jugendalter. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 17 (3), 256–270.
- Steinhausen, H.-C., Winkler Metzke, C. & Meier M. (1997b). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorder*, 22, 147–151.
- Steinhausen, H.-C. & Winkler Metzke, C. (1998a). Frequency and correlates of substance abuse among preadolescents and adolescents in a Swiss epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (3), 387–397.
- Steinhausen, H.-C., Winkler, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998b). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 98, 262–271.
- Steinhausen, H.-C. & Winkler Metzke, C. (2001a). Die Zürcher Lebensereignis-Liste (ZLEL): Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. *Kindheit und Entwicklung*, 10 (1), 47–55.
- Steinhausen, H.-C. & Winkler Metzke, C. (2001b). Risk, Compensatory, Vulnerability, and Protective Factors Influencing Mental Health in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30 (3), 259–280.
- Steinhausen, H.-C. & Winkler Metzke, C. (2001c). Global measures of impairment in children adolescents: results from a Swiss community survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 282–286.
- Reitzle, M., Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.-C. (2001). Eltern und Kinder: Der Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE), *Diagnostica*, 47, 196–207.
- Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.-C. (1999a). Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter (I). Die Bedeutung von Bewältigungsfertigkeiten und selbstbezogenen Kognitionen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28 (1), 45–54.
- Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.-C. (1999b). Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter (II). Die Bedeutung von elterlichem Erziehungsverhalten, schulischer Umwelt und sozialem Netzwerk. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28 (2), 95–104.
- Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.-C. (2001). Merkmale der Schulumwelt und psychische Befindlichkeit. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie*, 33 (1), 30–41.
- Broschüre: Jugendliche im Kanton Zürich. Ausgewählte Ergebnisse der zweiten Umfrage des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich, 1999.  
Die Broschüre kann bei der nachfolgenden Adresse bezogen werden.

## Korrespondenzadresse:

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich  
Neumünsterallee 9, Postfach, 8032 Zürich  
Prof. Dr.med. Dr. phil. Hans-Christoph Steinhausen, E-Mail: steinh@kjpd.unizh.ch, Tel.: 01 422 18 60  
Dr.phil. Christa Winkler Metzke, E-Mail: cwinkler@kjpd.unizh.ch, Tel.: 01 421 53 08

## Anhang

### Studienanlage und Stichprobe der ZAPPS

Die Daten der ZAPPS (Zürcher Adoleszenten-Psychologie und Psychopathologie-Studie) wurden in drei Erhebungswellen erhoben. Bei jeder Erhebungswelle wurde auf einer ersten Stufe ein Screening mit einem umfangreichen Fragebogensatz bei der Gesamtstichprobe durchgeführt. Dabei wurden jeweils altersangepasste und teilweise im Rahmen der ZAPPS auch normierte Fragebögen eingesetzt, die folgende Indikatoren psychischer Beeinträchtigung erheben: Depressivität, Essstörungen, Aufmerksamkeitsprobleme, internalisierende Probleme (Angst/Depressivität, somatische Beschwerden, sozialer Rückzug) und externalisierende Probleme (aggressives und delinquentes Verhalten) sowie der Konsum legaler und illegaler Drogen. Um potenzielle Risiko- und Schutzfaktoren zu erfassen, wurden die Jugendlichen ferner nach belastenden Lebensereignissen und ihren Bewältigungsstrategien, nach der Qualität und Quantität ihres sozialen Netzes sowie danach, wie sie das Erziehungsverhalten ihrer Eltern und ihre Schulumwelt erleben, befragt.

Anschliessend wurden auf einer zweiten Stufe bei der durch das Screening identifizierten Teilstichprobe sowie bei einer Kontrollstichprobe strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen durchgeführt. Aufgrund des Beginns der Studie im Jahre 1994 und der damals verfügbaren Originalformen der Interviews sind die psychiatrischen Diagnosen an die amerikanischen Klassifikationssysteme DSM-III-R für die Jahre 1994 und 1997 sowie DSM-IV für 2000/2001 gebunden.

#### *Die Stichproben 1994 und 1997*

Die Grundlage der Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie (ZAPPS) bildet die übergeordnete Zürcher Epidemiologiestudie für Kinder- und Adoleszentenpsychopathologie (ZESKAP), an der im Jahre 1994 insgesamt 1964 Familien mit Kindern aus 158 Schulen (1. bis 10. Schuljahr) teilnahmen. Die Ziehung der 158 Schulen erfolgte nach einem Quotenplan, der repräsentativ für die 12 Bezirke des Kantons Zürich, für städtische und ländliche Wohngebiete und die unterschiedlichen Schultypen und Klassenstufen war. Die Eltern beantworteten einen Fragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes, die Lehrer/innen eine entsprechende Kurzform. Im Rahmen der ZAPPS füllten 1'110 Schüler/innen aus 82 Klassen der Mittel- und Oberstufe eine umfangreiche Fragebogenbatterie in ihren Klassen aus. Diese Stichprobe wurde 1997 zum zweitenmal befragt und wird gegenwärtig in den Jahren 2000/2001 zum dritten Mal untersucht.

Im Jahr 1994 gehörten insgesamt 581 Jungen und 529 Mädchen aus 82 Schulklassen der ZAPPS-Stichprobe an; 165 Jugendliche stammten aus Immigrantenfamilien. Das mittlere Alter der Mädchen betrug 13.6 Jahre, das der Jungen 13.7 Jahre. Im Jahre 1997 nahmen 836 (76%) dieser Jugendlichen erneut an der Befragung teil: 430 Mädchen und 408 Jungen. Zusätzlich nahmen wir 657 Jugendliche neu in die Stichprobe auf, um Periodeneffekte untersuchen zu können.

Die gesamte Stichprobe des Jahres 1997 umfasste dementsprechend 1'493 Jugendliche, 776 Mädchen und 717 Jungen im Alter von 13 bis 20 Jahren (mittleres Alter = 16.1 Jahre). Von dieser Stichprobe besuchten nun 23% Berufs- und Berufsfachschulen, 18% Real- und AVO-Schulen, 38% gingen in Sekundar- und 19% in Mittelschulen. 90% dieser Jugendlichen waren Schweizer/innen, 10% ausländischer Herkunft. Aus den beiden städtischen Bezirken Winterthur und Zürich kamen 25%, aus den 10 ländlichen Bezirken 75% der Jugendlichen. Gemäss den Angaben zum sozioökonomischen Status (Ausbildung und aktuelle Beschäftigung der Eltern) gehörten 15% der Unterschicht, 58% der unteren Mittelschicht, 20% der oberen Mittelschicht und 7% der Oberschicht an. Die Jugendlichen machten folgende Angaben über ihre Familienverhältnisse: 68% lebten mit beiden Eltern zusammen, 16% lebten mit der Mutter, teilweise mit einem Freund der Mutter oder einem Stiefvater, 2% lebten mit dem Vater, 2% lebten bei Pflegeeltern und von 12% der Jugendlichen hatten wir keine Angaben. 18% gaben an, dass ihre Eltern geschieden sind.

Die Finanzierung der Studie erfolgte durch den Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

## **3.4 Kariesbefall bei Jugendlichen im Kanton Zürich. Entwicklungen von 1964 bis 2000**

*Giorgio Menghini & Marcel Steiner*

### **Einleitung**

Seit 1963/64 wird in den Volksschulen des Kantons Zürich Zahngesundheitserziehung betrieben. Diese besteht grundsätzlich aus regelmässigen überwachten Zahnbürstübungen mit Fluoridpräparaten und aus Wissensvermittlung bezüglich Entstehung und Vorbeugung von Karies und Zahnfleischentzündungen. Diese Massnahmen wurden anfänglich in der Primarschule durchgeführt (4- bis 6-mal jährlich) und allmählich auf den Kindergarten sowie auf die Oberstufe ausgeweitet.

Während den letzten 30 Jahren fanden ausserdem weitere wirkungsvolle Massnahmen zur Kariesvorbeugung eine schnelle Verbreitung. Fluoridhaltige Zahnpasten machten ab 1990 mehr als 90% des Schweizer Marktes aus; das fluoridhaltige Kochsalz (mit 250 Milligramm Fluorid pro Kilogramm) wurde 1983 gesamtschweizerisch eingeführt und sein Marktanteil stieg von 60% im Jahr 1985 auf 85% im Jahr 2000.

### **Epidemiologische Kariesuntersuchungen**

Parallel zu den erwähnten Vorbeugungsmassnahmen in den Schulen werden seit 1964 im Abstand von jeweils vier Jahren epidemiologische Kariesuntersuchungen durchgeführt. Dies erlaubt eine kontinuierliche und genaue Erfassung der Zahngesundheit der Schüler/innen im Kanton Zürich. Allfällige Veränderungen des Kariesbefalles können somit unmittelbar erfasst werden und allfällige Massnahmen zur Verbesserung der Lage rasch getroffen werden. Damit die seit mehreren Jahrzehnten erhobenen Daten auch repräsentativ für die Zürcher Schüler/innen sind, müssen einige Voraussetzungen stets eingehalten werden. Grundlegend ist diesbezüglich die zufällige Auswahl der zu untersuchenden Schüler/innen. 1964 wurden 16 Zürcher Landgemeinden (Steiner, Menghini, Marthaler & Bandi, 1995) ausgewählt und seitdem werden innerhalb dieser Gemeinden die Schüler/innen der Primar- und Oberstufe in Abständen von vier Jahren nach Zufall ausgewählt. Die Beteiligung lag in der gesamten Beobachtungsperiode bei rund 90% und an den einzelnen Untersuchungen nehmen jeweils zwischen zwei- und dreitausend Schüler/innen teil, so dass eine genaue Schätzung des Kariesbefalles gewährleistet ist.

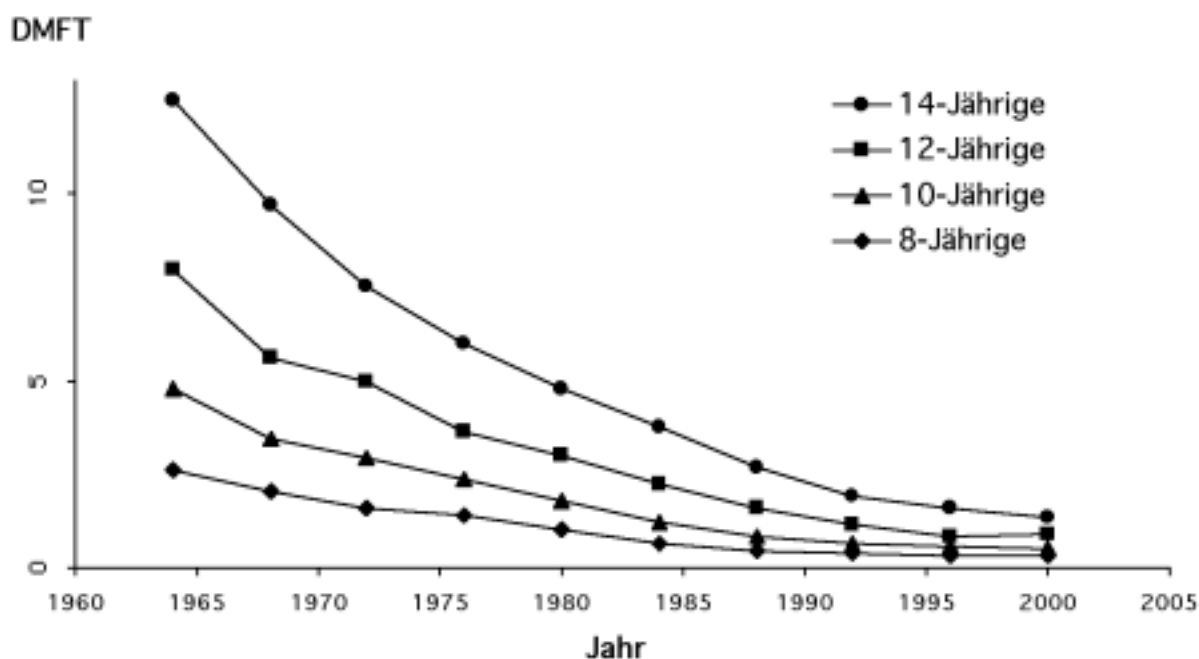
Die verwendete standardisierte Untersuchungsmethode (Marthaler, 1966; Menghini, Marthaler, Steiner & Schürch, 1991; Menghini, Steiner & Marthaler 1998) wurde seit 1964 im Wesentlichen unverändert beibehalten. Diese besteht aus einer visuellen Kariesuntersuchung mit Spiegel unter optimaler Beleuchtung mit Kaltlicht-Glasfaseroptik und Verwendung von Druckluft. Die in kodierter Form und festgelegter Reihenfolge erhobenen Befunde der einzelnen Zahnflächen werden auf Laptop-Computern erfasst. Eine radiologische Beurteilung der Kontaktflächen zwischen den Seitenzähnen auf Bissflügel-Röntgenaufnahmen (seit 1995 digital angefertigt) ergänzt die klinische Untersuchung. In der Folge werden ausschliesslich die Daten dargestellt, die von Schülerinnen und Schülern stammen, die spätestens seit dem Kindergarten in der Schweiz wohnten und bei welchen eine vollständige klinische und radiologische Untersuchung durchgeführt wurde. Die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Untersuchern wurde im letzten Jahrzehnt laufend überprüft. Grund dafür ist die mit dem erreichten sehr niedrigen Kariesbefall anspruchsvoller gewordene Kariesdiagnostik (selten gewordene, schwer sichtbare, kleine Läsionen und ebenfalls schlecht sichtbare, zahnfarbige Füllungen).

### **Resultate im bleibenden Gebiss**

Um den Kariesbefall darzustellen wird international seit Jahrzehnten der sogenannte DMFT-Index gebraucht. Dieser erfasst die gesamte Karieserfahrung für das bleibende Gebiss eines Individuums in einem bestimmten Alter. Es werden für jede einzelne Person die Zähne gezählt, die kariös (D), wegen

Karies extrahiert (M) und wegen Karies gefüllt wurden (F). Der DMFT-Wert für vier Altersklassen (8, 10-, 12- und 14-Jährige) berechnet. Das Alter von 12 Jahren gilt als wichtigstes Standardalter für internationale Vergleiche. Eine zusätzliche Unterteilung der erhobenen Daten nach der Nationalität der Kinder sowie nach deren schulischer Einstufung (Real-, Sekundar- und Oberschule) wurde vorgenommen. In den folgenden Tabellen und Abbildungen sind die Mittelwerte des besagten Kariesindex sowie die prozentualen Anteile kariesfreier Kinder (mit DMFT=0) angegeben.

**Abb. 1: Durchschnittlicher Kariesbefall (DMFT) im bleibenden Gebiss**



**Tab. 1: Durchschnittlicher Kariesbefall im bleibenden Gebiss bei Zürcher Schüler/innen, nach Alter und Nationalität; prozentualer Anteil der Kariesfreien**

**Durchschnittlicher Kariesbefall (DMFT) im bleibenden Gebiss**

	1964	1992	1996	2000	Differenz in % 92 bis 00 <sup>1)</sup>	
8-Jährige	2.59	0.39	0.32	0.29	- 26%	n.s.
10-Jährige	4.80	0.63	0.59	0.51	- 19%	n.s.
12-Jährige	7.94	1.13	0.82	0.87	- 23%	n.s.
14-Jährige	12.5	1.90	1.60	1.32	- 31%	***

**Anteil Schüler/innen mit kariesfreiem bleibendem Gebiss**

	1964	1992	1996	2000	Differenz in % 92 bis 00
8-Jährige	29%	85%	88%	88%	+ 3%
10-Jährige	8%	76%	78%	80%	+ 4%
12-Jährige	1%	63%	72%	69%	+ 6%
14-Jährige	0%	48%	54%	63%	+ 15%

## Unterteilung nach Nationalität im Jahr 2000

	Durchschnittlicher Kariesbefall (DMFT)			Ex-Jug.	kariesfreie, bleib. Gebisse	
	Schweiz	Ausland	Diff. <sup>1)</sup>		Schweiz	Ausland
8-Jährige	0.22	0.55	**	0.88	86%	71%
10-Jährige	0.45	1.10	**	1.60	75%	58%
12-Jährige	0.76	1.85	***	2.57	64%	27%
14-Jährige	1.14	2.26	***	3.11	56%	31%

1) Mann-Whitney-Test

\* =  $p < 0.05$

\*\* =  $p < 0.01$

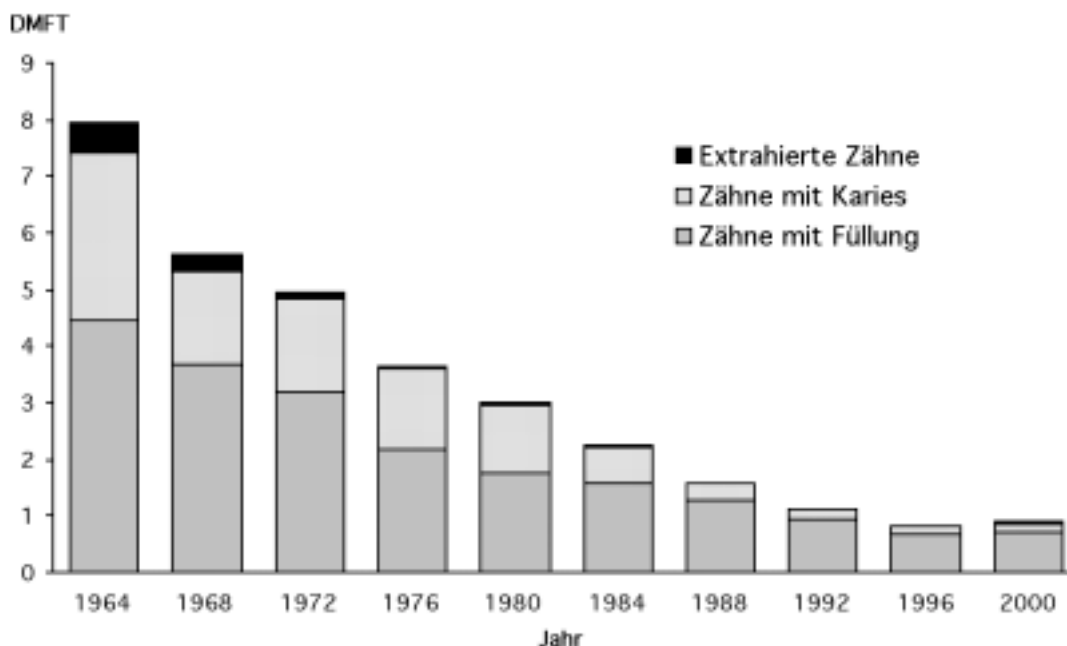
\*\*\* =  $p < 0.001$

Ex-Jug. = ehemaliges Jugoslawien

Aus der Abbildung 1 sowie aus Tabelle 1 ist die Abnahme des durchschnittlichen Kariesbefalles um beinahe 90% zwischen 1964 und 2000 in allen erfassten Altersklassen klar ersichtlich. Diese allgemeine Entwicklung hat sich auch in den 90er Jahren gehalten, wobei die Kariesreduktion zwischen 1992 und 2000 nur bei den 14-Jährigen statistisch signifikant war. Der im Jahr 2000 beobachtete durchschnittliche Kariesbefall bei den 8- bis 14-Jährigen ist im internationalen Vergleich als niedrig einzustufen.

12-jährige Schüler/innen z. B. wiesen 1964, zu Beginn der Vorbeugungsmassnahmen in den Zürcher Schulen, durchschnittlich 7.94 DMF-Zähne auf. Der entsprechende DMFT-Wert lag im Jahr 2000 bei 0.87; weit unter der Grenze von 2, die laut Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation für das Jahr 2000 zu erreichen gewesen wäre. Die Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung seit 1964 ist am Beispiel der 12-Jährigen in Abbildung 2 dargestellt. Die durchschnittliche Anzahl extrahierter bleibender Zähne (MT; erste Molaren) ist bereits seit Mitte der 70er Jahre auf ein Minimum gesunken. Der Anteil der F-Zähne, bezogen auf die DMF-Zähne (als Mass des Versorgungsniveaus), hat wesentlich zugenommen: dieser betrug 1964 56%; seit Anfang der 90er Jahre liegt er über 80%. In der erwähnten Zeitspanne hat auch der Anteil kariesfreier Schüler/innen (DMFT=0) markant zugenommen: 1% der 12-Jährigen im Jahr 1964 gegen 69% im Jahr 2000.

**Abb. 2: Aufteilung des durchschnittlichen Kariesbefalls (DMFT) bei 12-Jährigen**



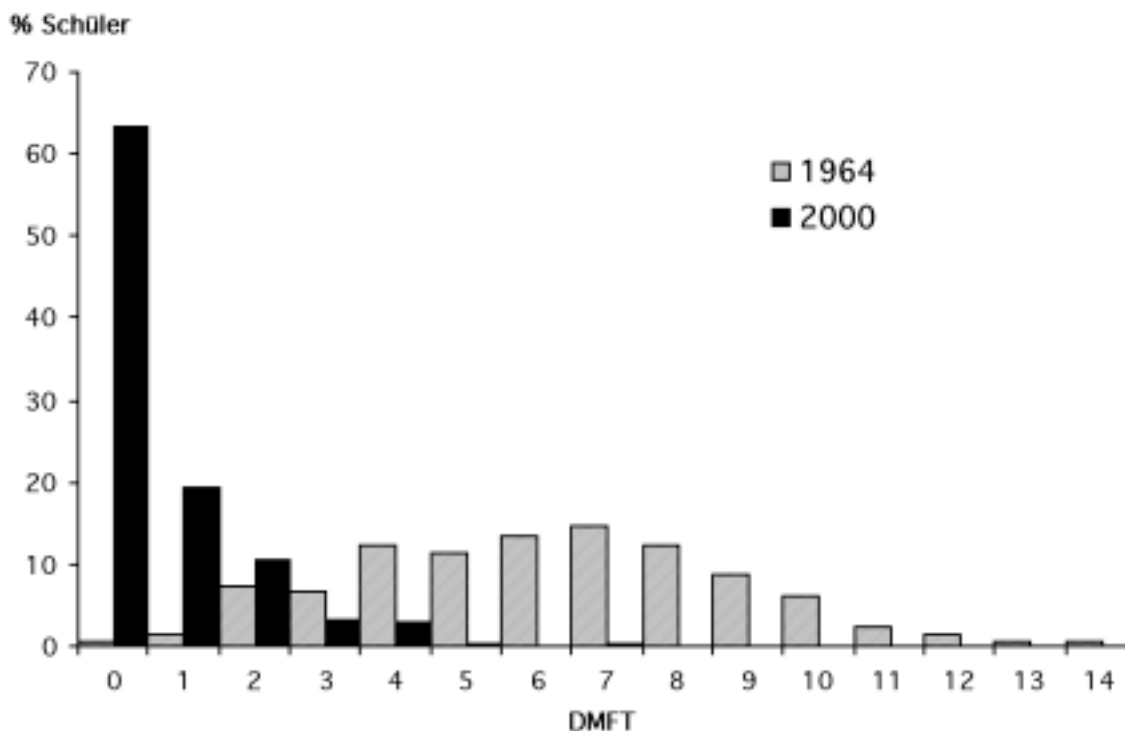


Ausländische Schüler/innen, die erst nach Beginn des Kindergartens in die Schweiz eingewandert sind, wiesen einen statistisch signifikanten, rund doppelt so hohen Kariesbefall wie gleichaltrige Schweizer/innen auf (vgl. unterer Teil der Tabelle 1). Besonders hoch lag der Kariesbefall bei Schülerinnen und Schülern aus dem ehemaligen Jugoslawien (Menghini, Steiner & Marthaler, 1995). Auch der Anteil kariesfreier Schüler/innen war bei der ausländischen Schulbevölkerung wesentlich geringer als bei den Schweizer/innen. 64% der 12-jährigen Schweizer/innen hatten keine Karieschäden im Jahre 2000; dies traf nur bei 27% der gleichaltrigen ausländischen Mitschüler/innen zu.

#### *Kariesbestimmung, individuelle Vorbeugemassnahmen*

Die erwähnte allgemeine Verbesserung der oralen Gesundheit der Schuljugend hat eine Änderung der Verteilung des Kariesbefalles mit sich gebracht (vgl. Abbildung 3). Hatten 1964 fast alle 14-Jährigen Karies, sind heute rund zwei Drittel kariesfrei und der Rest der Jugendlichen hat nur bis zu vier DMF-Zähne. Unter diesen Umständen ist es sinnvoll, kariespräventive Massnahmen auf individueller Ebene, gezielt für Schüler/innen mit erhöhtem Kariesrisiko zu fördern. An der Station für Orale Epidemiologie des Zahnmedizinischen Zentrums der Universität Zürich ist eine einfache und billige Methode entwickelt worden, die (anhand klinischer Zeichen) eine frühzeitige und zuverlässige Erkennung von Schülerinnen und Schülern mit erhöhtem Kariesrisiko erlaubt. Diese sogenannte "Dentoprog"-Methode (Marthaler, Steiner & Helfenstein, 1997), die von mehreren Forschergruppen in Ausland validiert und übernommen worden ist, wird ein fester Bestandteil der im Kanton Zürich obligatorischen schulzahnärztlichen Jahresuntersuchung (v. a. bei Schulanfängerinnen und -anfängern) sein.

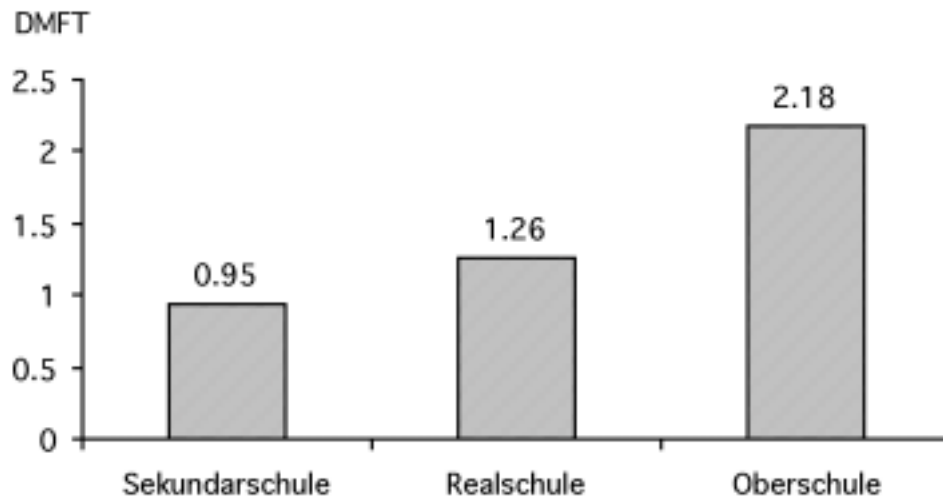
**Abb. 3: Durchschnittliche DMFT-Verteilung bei 14-Jährigen**



Schüler/innen der Oberschule weisen einen höheren Kariesbefall auf als diejenigen der Real- bzw. der Sekundarschule (vgl. Abbildung 4). Die Wirkung der bewährten semikollektiven Vorbeugemassnahmen in der Oberstufe der Volksschule kann durchaus noch gesteigert werden, wenn diese in den Schulen mit niedrigen schulischen Anforderungen vermehrt durchgeführt werden.



**Abb. 4: Kariesbefall (DMFT) nach Schultyp, 14-Jährige**

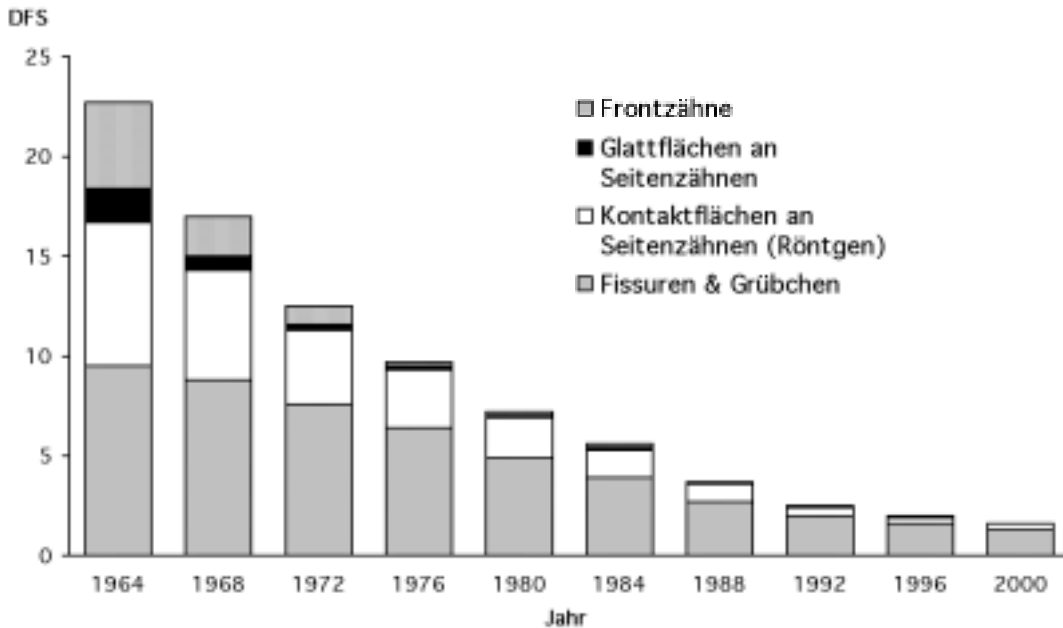


#### *Zahnspezifische Vorbeugungsmassnahmen*

Die seit 1964 im Kanton Zürich erhobenen Daten erlauben auch eine detaillierte Beurteilung des Vorkommens kariöser Läsionen nach ihrer Lokalisation im Gebiss. Abbildung 5 zeigt, dass Karies an den Frontzähnen und an den Glattflächen der Seitenzähne von 14-jährigen Schülerinnen und Schülern praktisch nicht mehr anzutreffen ist. Ein grosser Rückgang des Kariesbefalles wurde auch an den Kontaktflächen der Seitenzähne beobachtet (Beurteilung im Röntgenbild). Dies ist von wesentlicher Bedeutung, da solche Karies eine verhältnismässig schwierige und aufwendige Behandlung erfordern. Im Jahr 2000 befanden sich 78% des gesamten Kariesbefalles an den Fissuren und Grübchen der Seitenzähne; am meisten betroffen waren die Kauflächen der ersten Molaren. Eine weitere Reduktion des Kariesbefalles bei der Schuljugend ist deswegen nur durch gezielte Massnahmen zum Schutz der ersten bleibenden Molaren zu bewältigen. Dies beinhaltet eine spezielle Technik zum Bürsten der Kauflächen bereits während des Zahndurchbruchs sowie die frühestmögliche Applikation von Fluoridlack.

Das gezielte Bürsten der ersten Molaren während ihres Durchbruchs im Munde wird fester Bestandteil der von den Schulzahnpflegehelferinnen beaufsichtigten Zahnbürstübungen am Ende des Kindergartens und bei den Erstklässlern sein. Die Fluoridlackapplikation auf die Kauflächen der im Durchbruch stehenden Molaren wird ebenfalls, wie die bereits erwähnte individuelle Kariesrisikobestimmung, fester Bestandteil der im Kanton Zürich obligatorischen, schulzahnärztlichen Jahresuntersuchung sein.

**Abb. 5: Durchschnittlicher Kariesbefall (DFS) nach Lokalisation bei 14-Jährigen**



Die dargelegten Daten zeigen, dass die weitere Entwicklung des Kariesbefalles bei Jugendlichen vermehrt unter Berücksichtigung der demographischen Veränderungen analysiert werden muss. Nicht nur der Anteil ausländischer Schüler/innen, sondern v. a. ihre Herkunft wird diesbezüglich von Bedeutung sein.

Da die beste Prävention für bleibende Dentition ein kariesfreies Milchgebiss ist, gehört zu den erwähnten Schwerpunkten der zukünftigen Kariesprävention (individuelle Kariesrisikobestimmung; gezielte Massnahmen für die bleibenden Molaren) natürlich und sogar vordringlich auch die Vorbeugung von Milchzahnkaries.

Die zur Verfügung stehenden Daten zeigen, dass Milchzahnkaries weitgehend vor dem Kindergartenalter entstehen. Deswegen müssen die vorbeugenden Massnahmen möglichst früh ansetzen, am besten ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes. Mütterberaterinnen, Zahnärztinnen und Zahnärzte und vor allem die Eltern sind aufgefordert, bestehende einfache und effiziente Massnahmen und Empfehlungen konsequent umzusetzen.

## Literatur

- Marthaler, T. M. (1966). A standardized system of recording dental conditions. *Helvetica odontologica Acta*, 10, 1–18.
- Marthaler, T. M., Steiner, M. & Helfenstein, U. (1997). Praktischer Gebrauch der Dentoprog-Methode zum Auffinden der Kinder mit hohem Kariesrisiko. *Oralprophylaxe*, 19, 1–7.
- Menghini, G. D., Marthaler, T.M., Steiner, M., Bandi, A. & Schürch, E. Jr. (1991). Kariesprävalenz und gingivale Verhältnisse bei Rekruten im Jahre 1985, Einfluss der Vorbeugung. *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin*, 101, 1119–1126
- Menghini, G. D., Steiner, M. & Marthaler, T. M. (1995). Zahnzustand bei aus dem Ausland zugezogenen Schülern, Kanton Zürich 1992 bis 1994. *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin*, 105, 1529–1533
- Menghini, G. D., Steiner, M. & Marthaler, T. M. (1998). Zahngesundheit und weitere orale Befunde bei Schülern in 16 Landsgemeinden des Kantons Zürich 1996. *Acta Medicinæ Dentium Helvetica*, 3, 87–92.
- Steiner, M., Menghini, G. D., Marthaler, T. M. & Bandi, A. (1995). Zahngesundheit von daueransässigen Schülern in 16 Zürcher Landgemeinden im Jahre 1992. *Schweizerische Monatsschrift für Zahnmedizin*, 105, 1403–1411.

## Korrespondenzadresse:

Dr. med.dent. Giorgio Menghini  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich  
Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie  
Station für orale Epidemiologie  
Plattenstr. 11, Postfach  
8028 Zürich  
Tel.: 01 634 34 88  
E-Mail: [menghini@zzmk.unizh.ch](mailto:menghini@zzmk.unizh.ch)



# 4. Sterblichkeit von Jugendlichen im Kanton Zürich

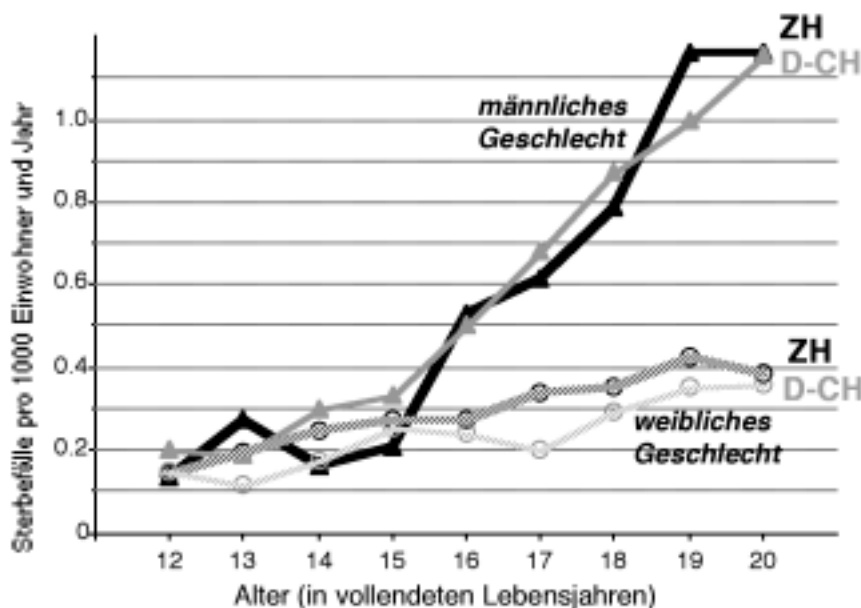
Matthias Bopp

## Gesamtmortalität

Sterbefälle im Jugendlichenalter sind glücklicherweise selten: Im Zeitraum 1992 bis 1998 sind im Kanton Zürich 339 12- bis 20-Jährige verstorben, pro Jahr im Mittel also weniger als 50 Personen. Für 12-jährige Knaben beträgt die Wahrscheinlichkeit, den 21. Geburtstag nicht zu erleben, etwa fünf Promille, für 12-jährige Mädchen weniger als drei Promille (Wanner, 1996).

Bei so kleinen Fallzahlen stossen Analysen von Untergruppen oder nach Todesursachen schnell an Grenzen. Als weitere Erschwernisse kommen hinzu, dass die Klassifikation der Todesursachen zwischen 1994 und 1995 gewechselt hat und die Wohnortsdefinition im Nenner z. B. bei Wochen-aufenthaltern nicht dieselbe ist wie im Zähler.

Abb. 1: Sterberaten nach Alter und Geschlecht: Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz\*, Durchschnitt der Jahre 1992 bis 1998 (Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Gesundheit)



\* alle ganz oder mehrheitlich deutschsprachigen Kantone, also mit Bern und Graubünden, aber ohne Freiburg und Wallis

Bereits die Darstellung nach Alter (Abbildung 1) deutet die natürliche Variation bei geringen Fallzahlen an. Einige wichtige Aussagen können dennoch gemacht werden:

- Die Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts ist bei den 12- bis 15-Jährigen noch kaum ausgeprägt, steigt aber mit zunehmendem Alter steil an bis zu einem Verhältnis von 3:1. 20-jährige Frauen haben eine etwa doppelt so hohe Sterbewahrscheinlichkeit wie 12- bis 14-jährige Mädchen, 20-jährige Männer hingegen eine mehr als fünfmal so hohe wie 12- bis 14-jährige Knaben.

- Beim weiblichen Geschlecht liegen die Sterberisiken im Kanton Zürich höher als in der übrigen Deutschschweiz, während beim männlichen Geschlecht keine konsistenten Unterschiede fassbar sind (vielleicht abgesehen von einer insgesamt günstigeren Situation bei den 12- bis 15-jährigen Knaben im Kanton Zürich).
- Um etwas grössere Fallzahlen zu erhalten, empfiehlt sich eine Zusammenfassung in vier Altersgruppen: 12- bis 15-Jährige, 16- bis 17-Jährige, 18- bis 19-Jährige und 20-Jährige (Tabelle 1).

**Tab. 1: Sterberisiken 12- bis 20-Jähriger nach Geschlecht 1992 bis 1998: Kanton Zürich im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz\* (=100%)**

(in Klammern: Anzahl Sterbefälle im Kanton Zürich)

Altersgruppe	weibliches Geschlecht		männliches Geschlecht	
	Anteil	n	Anteil	n
12 bis 15-Jährige	124%	(n=35)	77%	(n=34)
16 bis 17-Jährige	137%	(n=25)	96%	(n=50)
18 bis 19-Jährige	120%	(n=34)	104%	(n=88)
20-Jährige	108%	(n=18)	100%	(n=55)
total	117%	(n=112)	97%	(n=227)

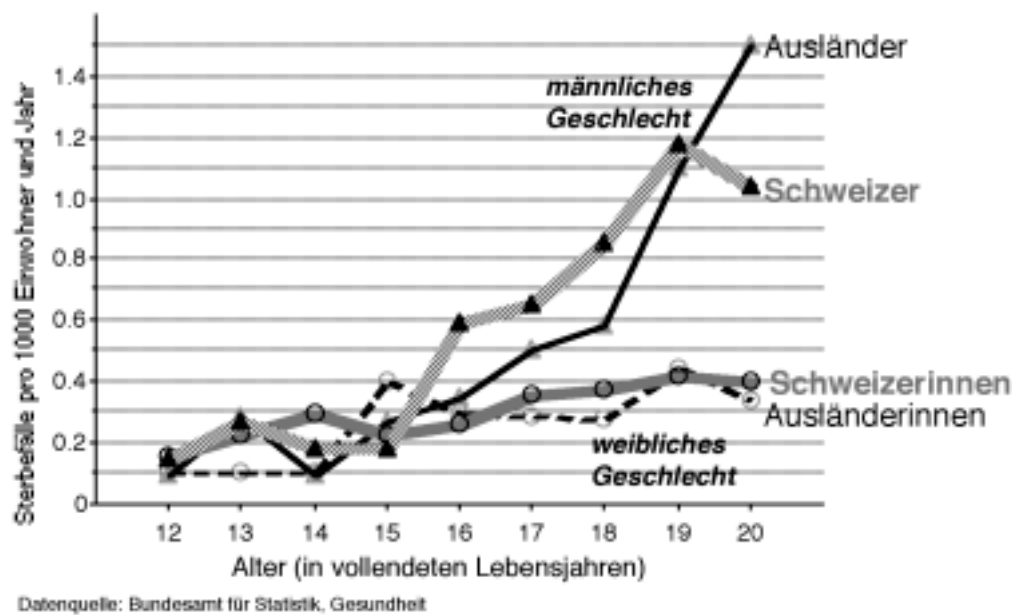
\* vgl. Fussnote zu Abbildung 1

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Gesundheit

Die Risikounterschiede in Tabelle 1 beruhen auf nur wenigen "überzähligen" Sterbefällen und sind daher statistisch nicht signifikant verschieden von einer zufälligen Abweichung – einzig das Total für das weibliche Geschlecht kommt in die Nähe der Signifikanzschwelle. Das relativ schlechtere Abschneiden der Zürcherinnen lässt sich zumindest in der Tendenz auch für frühere, hier nicht dargestellte Zeitperioden beobachten (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 1994). Dies ist umso gravierender, als die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz bezüglich Mortalität im europäischen Vergleich schlecht abschneiden (Bopp und Gutzwiller, 1999a) und der Kanton Zürich auch beim männlichen Geschlecht ungünstigere Trends zeigt als die übrige Deutschschweiz (Bopp und Gutzwiller, 1999b).

Nach Nationalität zeigen sich beim weiblichen Geschlecht keine relevanten Unterschiede (Abbildung 2); beim männlichen Geschlecht ergeben sich für die 16- bis 19-jährigen Ausländer (statistisch nicht signifikante) 20 bis 30% niedrigere Sterbewahrscheinlichkeiten als für die gleichaltrigen Schweizer (für die 20-jährigen Ausländer resultiert bei nur 18 Sterbefällen hingegen ein um 40% höheres Risiko als für die Schweizer).

**Abb. 2: Sterberaten nach Alter, Geschlecht und Nationalität im Kanton Zürich, Durchschnitt der Jahre 1992 bis 1998**



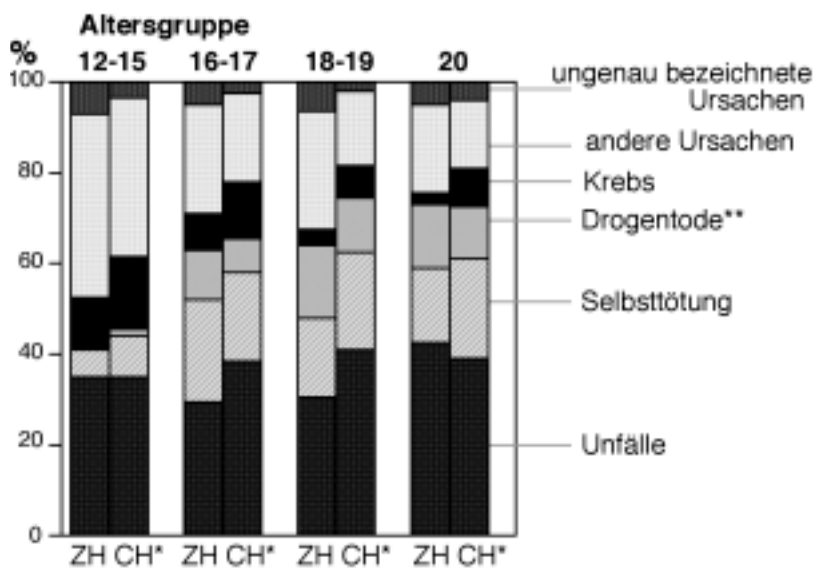
Die Betrachtung regionaler Unterschiede innerhalb des Kantons machen bei so kleinen Fallzahlen kaum einen Sinn, vielleicht mit Ausnahme eines Vergleichs zwischen der Stadt Zürich und dem Rest des Kantons. Dabei zeigt sich, dass die Sterberisiken in der Stadt mit Ausnahme der 19- und v. a. der 18-Jährigen nicht höher liegen als im übrigen Kanton. Wieweit hier Probleme bei der Wohnsitzzuordnung (z. B. bei Drogenabhängigen ohne festen Wohnsitz) eine Rolle spielen, kann ebenso wenig beziffert werden wie der mögliche Einfluss eines "healthy migrants"-Effektes bei den 20-Jährigen.

### Todesursachen

In allen vier Altersgruppen sind Unfälle mit einem Anteil von 30 bis 40% die häufigste Todesursache (Abbildung 3). Bei den über 16-Jährigen folgen an zweiter Stelle die Selbsttötungen mit einem Anteil von rund 20%. Bei den Sterbefällen der unter 18-Jährigen entfällt ein nennenswerter Anteil auf Krebserkrankungen, bei den über 16-Jährigen auf Todesursachen, die mit Drogenkonsum in Verbindung gebracht werden können. Aids spielt bei den Todesfällen im Alter von 12 bis 20 Jahren nur eine untergeordnete Rolle (im ganzen Kanton Zürich total vier Sterbefälle zwischen 1992 und 1998).



**Abb. 3: Wichtigste Todesursachen: Kanton Zürich vs. übrige Deutschschweiz, Durchschnitt der Jahre 1992 bis 1998**



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Gesundheit

\* CH=andere Deutschschweizer Kantone

\*\* ICD-8: 304 (ohne 304.8); 853; 980 / ICD-10: F11-F19 (ohne F17); X42, X44; Y12, Y14

Verglichen mit der übrigen Deutschschweiz zeigen sich kaum grosse Abweichungen. In der Tendenz sind allerdings die Sterbefälle infolge Unfall oder Selbsttötung im Kanton Zürich eher etwas seltener und die Drogentode eher etwas häufiger. Wenig plausibel sind die gefundenen Unterschiede in der Krebsmortalität, sind doch in dieser Altersspanne in europäischen Bevölkerungen kaum geografische Unterschiede bekannt (Schüler & Bopp, 1997).

In der Stadt Zürich sind die gewaltsamen Todesarten (Selbsttötung, Unfälle) noch etwas seltener als im übrigen Kantonsgebiet (Tabelle 2). Bei den Verkehrsunfällen würde dies mit den Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung übereinstimmen, doch kann nicht ausgeschlossen werden, dass entsprechende Todesfälle vereinzelt unter den "ungenau bezeichneten Todesursachen" in die Statistik eingehen.

**Tab. 2: Relative Anteile der wichtigsten Todesursachen: Stadt Zürich vs. übriger Kanton, 1992 bis 1998**

	Stadt Zürich	übriger Kanton
Krebs	10% (n= 8)	5% (n=12)
Drogen	13% (n=11)	11% (n=27)
Selbsttötung	12% (n=10)	17% (n=44)
Unfälle, Gewalt	31% (n=26)	37% (n=94)
ungenau bezeichnete Ursachen	14% (n=12)	4% (n= 9)
Rest	20% (n=17)	27% (n=69)
Total	100% n=84	100% n=255

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Gesundheit

Mit Ausnahme der Drogentode, die seit der Auflösung der offenen Drogenszene wieder seltener geworden sind, lassen sich zwischen 1992 und 1998 bei den Todesursachen weder im Kanton Zürich noch in der übrigen Deutschschweiz substanzielle Trends erkennen.

## **Literatur**

- Bopp, M. & Gutzwiller, F. (1999a). Entwicklung der Mortalität in der Schweiz seit 1950 – I. Internationaler Vergleich und Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Nationalität. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 129, 760–771.
- Bopp, M. & Gutzwiller, F. (1999b). Entwicklung der Mortalität in der Schweiz seit 1950 – II. Regionale Unterschiede innerhalb der Schweiz. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 129, 799–809.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1994). *Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen*. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 3. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Schüler, G. & Bopp, M. (1997). *Atlas der Krebsmortalität in der Schweiz 1970-1990*. Basel: Birkhäuser.
- Wanner, P. (1996). *Sterbetafeln für die Schweiz 1988/1993*. Statistik der Schweiz, Fachbereich 1: Bevölkerung. Bern: Bundesamt für Statistik.

## **Korrespondenzadresse:**

Dr. phil. II Matthias Bopp  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich  
Sumatrastr. 30  
8006 Zürich  
Tel.: 01 634 46 14; Fax: 01 634 49 84  
E-Mail: bopp@ifspm.unizh.ch



# 5. Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich aus der Sicht von Expertinnen und Experten

*Jeannette Widmer, Katja Ceesay-Egli, Roland Stähli, Hans Wydler & Thomas M. Gehring*

## 5.1 Einleitung

Ergänzend zu den quantitativen, epidemiologischen Daten des vorliegenden Berichtes hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin im Sinne einer qualitativen Studie das Fachwissen von Vertreterinnen und Vertretern aus Institutionen der Jugendhilfe für die Einschätzung der aktuellen bzw. künftigen Situation und zur Erarbeitung von Grundlagen für die Formulierung von Massnahmen einbezogen. Hierbei wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt. Zuerst wurden mit den Fachleuten telefonische Einzelinterviews durchgeführt, welche dann die Grundlage für die beiden anschliessenden Gruppendiskussionen bildeten. Der vorliegende Bericht beschreibt die Vorgehensweise sowie die wichtigsten Ergebnisse dieser Befragung von Expertinnen und Experten und formuliert erste Anregungen für künftige Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen im Kanton Zürich.

Die offen gestellten Fragen nach aktuellen und künftigen Entwicklungen bzw. Massnahmen im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden Jugendlicher erforderte von den Teilnehmenden, ihre Sichtweise in eigenen Worten zu formulieren. Die bekannten Probleme, von Einzelbeobachtungen der eigenen Berufserfahrungen auf allgemeine Entwicklungen zu schliessen, waren den Teilnehmenden der Untersuchung durchaus bewusst und wurden mehrfach benannt. Der eigene Erfahrungshorizont bzw. die subjektiven Theorien (Flick, 1995) über individuelle und soziostrukturelle Aspekte der Gesundheit im Jugendalter sind konstituierende Faktoren der erhaltenen Informationen. Durch die im Anschluss an die telefonische Einzelbefragung durchgeführten Gruppendiskussionen konnten eine "Perspektivenerweiterung" und weitgehend Konsens erreicht werden. In diesem Sinne stellen die Ergebnisse einen kritischen Reflexionsprozess dar.

## 5.2 Telefoninterviews

### *Ziel*

Ziel der Telefoninterviews war es, im Sinne einer explorativen Situationsanalyse zentrale gesundheitliche Ressourcen und Belastungen der Gesundheit Jugendlicher aus der Perspektive von Expertinnen und Experten der Jugendhilfe aus dem Kanton Zürich zu erheben sowie die Datenlage bezüglich der Gesundheit Jugendlicher durch die Expertinnen und Experten zu beurteilen.

### *Stichprobe*

Es nahmen insgesamt 15 Vertreter/innen aus Institutionen der Jugendhilfe teil. Primäres Auswahlkriterium für die Institutionen war die Berücksichtigung aller Bezirke des Kantons Zürich. Zwei der angefragten Institutionsvertreter/innen konnten nicht teilnehmen, verwiesen jedoch an alternative Institutionen, die an ihrer Stelle zusagten. Während 12 der befragten Expertinnen und Experten direkt mit Jugendlichen und deren Umfeld arbeiten, haben drei Expertinnen und Experten nur indirekt mit der Jugendhilfe zu tun. Eine Liste der teilnehmenden Fachpersonen und Institutionen befindet sich im Anhang.

### *Durchführung*

Die ausgewählten Institutionen wurden schriftlich über das Projekt informiert und zur Teilnahme eingeladen. Den Teilnehmenden wurde mitgeteilt, dass zuerst ein Telefoninterview und etwa einen Monat später eine Gruppendiskussion durchgeführt wird. Die Telefoninterviews wurden (von der Erstautorin) an einem vorgängig vereinbarten Termin zwischen Mitte Juni und Mitte Juli 2001 durchgeführt. Sie fanden während den Arbeitszeiten der Befragten statt und dauerten rund eine halbe Stunde. Die Antworten wurden über den Telefonlautsprecher von einem Assistenten mitgeschrieben.

Das Interview wurde gemäss einem halb-standardisierten Leitfaden durchgeführt (siehe Anhang). Der Leitfaden basierte auf einem Ressourcen-Belastungs-Modell und umfasste folgende drei Themenbereiche im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden 12- bis 17-jähriger Jugendlicher im Kanton Zürich:

- Einschätzung von aktuellen Gesundheitsproblemen
- Einschätzung der künftigen Entwicklung
- Beurteilung der Datenlage und des eigenen Informationsstandes

### *Auswertung*

Für die qualitative Auswertung der Telefonbefragung wurde gemäss Lamnek (1995) ein interpretativ-reduktionistisches Vorgehen gewählt, das folgende drei Schritte umfasste:

- Im Anschluss an jedes Interview wurde von den beiden Mitarbeitenden ein Postskriptum verfasst und eine fallbezogene Paraphrasierung der Antworten vorgenommen.
- Die Aussagen wurden fallübergreifend generalisiert und in Themenbereichen zusammengefasst.
- Zur Quantifizierung wurde das Rohmaterial in einer vorgefassten Vierfelder-Tafel mit den Dimensionen "individuell" vs. "soziostrukturell" und "Ressourcen/Stärken" vs. "Belastungen/Probleme" eingetragen.

## **5.3 Ergebnisse der Telefoninterviews**

Im Folgenden werden als Erstes die Aussagen der Befragten zur aktuellen und künftigen Gesundheit Jugendlicher beschrieben. Diese Aussagen werden gemäss dem Aufbau des Interview-Leitfadens unter zentralen Begriffen, die sich aus den Antworten der Expertinnen und Experten ergeben haben, zusammengefasst. Danach wird in einer Vierfelder-Tafel dargestellt, ob die Expertinnen und Experten aktuelle Ressourcen und Belastungen der Gesundheit Jugendlicher und künftige Massnahmen tendenziell eher auf der individuellen oder soziostrukturellen Ebene ansiedeln. Schliesslich wird die Beurteilung der Datenlage durch die Expertinnen und Experten zusammengefasst.

### **Einschätzung von aktuellen Gesundheitsproblemen**

#### *Wahrgenommene Entwicklungen*

Auf die offene Frage nach aktuellen Entwicklungen wurden insbesondere für das individuelle Wohlbefinden problematische Aspekte geäussert. Die Antworten werden im Folgenden unter prägnanten Stichworten aufgelistet, wobei nicht alle Aussagen immer mit der Meinung aller Befragten übereinstimmen müssen. Die folgenden Punkte sind thematisch gegliedert, mit ihrer Reihenfolge ist keine Gewichtung verbunden.

*"Tendenz zur Individualisierung"*: Weg von Gruppenorientierung; eigene Bedürfnisse sind wegleitend; im unmittelbaren Umfeld verhaftet; wirken distanziert und abgegrenzt; lassen sich weniger berühren.

*"Konsum ohne Eigenleistung"*: Sie wollen alles gross und farbig; es muss bequem zu haben sein; wollen nicht verbindlich mitarbeiten; konsumieren wahllos und exzessiv; rauchen, trinken, schmeissen Pillen.

*"Wenig Grenzen setzende Systeme"*: Erzieherische Strukturen sind aufgeweicht; Eltern verunsichert über geltende Massstäbe; Generation wohlwollender, behütender Eltern; Jugendliche müssen nicht mehr verzichten und Spannungen aushalten; Umgang mit Frustrationen und Enttäuschungen nicht gelernt; Stolz fehlt, da keine Eigenleistung erfolgt; kränklich; normales "Risktaking" losgelöst von Kontrollinstanz.

*"Sozialer Druck" und "Ausgrenzung"*: Erhöhte Leistungsanforderungen in Schule und Lehre – Versagensängste, Schulverleider, "Drop outs"; sozialer Druck nach schön, schlank, fit, stark sein; Ausgrenzung und Depression bei mangelnder Anpassung; desintegrierte Familien, deklassierte Jugendliche; mangelnde Verständigung, erhöhte Gewaltbereitschaft; erleichterter Zugang zu Suchtmitteln.

*"Schein und Sein"*: Nach aussen hin muss man alles im Griff haben, nach innen besteht die Angst, dass es nicht gelingen könnte; Rückzug auf eigenen Körper (Tätowierungen, Inszenierungen); ausweichen in Scheinwelten (Technoparty); Spiel und Interaktion in virtuellen Welten (PC, Internet).

### **Wichtige Problembereiche**

Als wichtige Problembereiche wurden von den meisten Befragten der Suchtmittelkonsum sowie das Essverhalten genannt. Im Weiteren wurde auch auf die mit dieser Altersphase einhergehenden Entwicklungsschritte (z. B. Ablösung) als wichtige Themen mit spezifischen Risiken hingewiesen.

*"Rauchen und Trinken gehören einfach dazu"*: Nach Meinung mehrerer Befragter wird das Einstiegsalter beim Zigaretten Rauchen immer tiefer und es wird öffentlicher und exzessiver geraucht. Auch das Rauchen von Cannabis hat zugenommen und seinen Bedrohungscharakter weitgehend verloren, wobei von den Befragten kein Geschlechterunterschied gemacht wird. Im Hinblick auf den Alkoholkonsum wurden "Rauschsaufen" bei Knaben und täglicher Bierkonsum, um "herunter zu kommen", genannt. Wichtige Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum stellen der verbilligte Zugang zu hartem Alkohol sowie das Fehlen attraktiver alkoholfreier Getränke dar. Bei den Partydrogen verwischt sich die Grenze zwischen "weichen" und "harten" Substanzen immer stärker. Pillen werden wahllos und ohne genaue Informationen geschluckt. Zudem beeinträchtigen lange Parties über das ganze Wochenende die Leistungsfähigkeit am Montag.

Generell wird der Umgang mit leichteren Suchtmitteln von den Jugendlichen nach Meinung einiger Befragten "locker" genommen und "gehört einfach dazu". Während Jungen eher mit Achselzucken auf das direkte Ansprechen reagieren, machen Mädchen vordergründig eher Zugeständnisse. Dennoch scheint der Gruppendruck zum Suchtmittelkonsum von einigen Jugendlichen auch subjektiv als belastend wahrgenommen zu werden.

*"Komische Essgewohnheiten"*: Essstörungen sind nach Aussage einzelner Befragter "fast normal" bei jugendlichen Mädchen. Während sich eine zunehmende Sensibilisierung des Themas in der Öffentlichkeit abzeichnet, verbergen die jungen Frauen ihre Störungen immer besser und zeigen nach aussen hin ein "normales" Essverhalten. Hintergründig besteht jedoch eine strenge Kontrolle im Hinblick auf das Schlankheitsideal sowie die zunehmende Gewohnheit, zu erbrechen (Bulimie).

Das andere, weniger oft genannte Extrem "komischer Essgewohnheiten" zeigt sich in einer Zunahme von Fettleibigkeit infolge von "Junk-Food". Betont wird hier, dass nicht Adipositas als solche für Jugendliche das Problem darstellt, sondern der allenfalls damit verbundene soziale Ausschluss aus Peer Groups.

*"Normale Pubertätskonflikte"*: Jugendliche erleben intensive Konflikte im Zusammenhang mit der Ablösung von den Eltern, der Auseinandersetzung mit Freundinnen/Freunden und Peer Groups, mit ersten sexuellen Erfahrungen sowie mit den körperlichen Veränderungen. Entsprechend beschäftigen

die Jugendlichen Themen wie Identitätsfindung, Freiheit, Freundinnen/Freunde, Liebe und Sexualität. Familiäre Konflikte sind häufig ein Anmeldegrund für eine Beratung bei Fachpersonen, welche Jugendliche zunehmend freiwillig und von den Eltern unbemerkt aufsuchen. Zusammengefasst lautet ihre Frage: "Wie kann ich meinen Eltern beibringen, dass ich kein Kind mehr bin?" Probleme entstehen nach Aussage einiger Befragter insbesondere dann, wenn das Familiensystem brüchig oder rigide ist.

*"Soziale Unsicherheit"*: Ein Hauptthema unter Jugendlichen ist der soziale Kontakt bzw. die Anforderung, sich im Sozialen zu behaupten. Im Prozess der Ablösung von der Familie sind die Gleichaltrigen äusserst wichtig für ein Gefühl der Zugehörigkeit und für soziale Unterstützung. Die Angst, dass der Anschluss nicht gelingen könnte und die Bereitschaft, dem sozialen Druck der Peer Group zu entsprechen, sind gross. Auf der einen Seite betrifft das Gefühl, mit den Problemen allein zu sein, auf den ersten Blick häufig unauffällige Jugendliche. Die Enttäuschung und die Einsamkeit bei vermeintlicher oder realer Desintegration sind gross. Depressive Verstimmungen, Rückzug oder selbstschädigendes Verhalten können Folgen des Ausschlusses sein. Auf der anderen Seite kann die Suche nach sozial und emotional intensiven Erlebnissen auch zu aggressivem Verhalten anderen Menschen gegenüber in Form von "hänseln" Einzelner oder Gruppengewalt führen. Die Angst der anderen scheint ein Gefühl von sozialer Stärke und Wirksamkeit zu ermöglichen. Die Schule ist wichtiger Ort für "Aufmotzen und Performance".

### **Wichtige Ressourcen**

Als wichtige Ressourcen wurden Gesundheit, ein grosses materielles und kulturelles Angebot, kommunikative Kompetenz und die Auflösung rigider Geschlechterrollen genannt. Aus den Antworten wird teilweise aber ersichtlich, dass die Chancen und Ressourcen durchaus auch gewisse Risiken beinhalten können.

*"Gesundheit ist selbstverständlich"*: Die gute körperliche Gesundheit ist eine Ressource der Jugendlichen und wird als selbstverständlich angesehen. Die Jugendlichen betreiben vielfältige Mannschafts- und Trendsportarten, wo sie ein beträchtliches Niveau erreichen können. Damit verbunden sind ausreichend Bewegung und eine gute Kondition. Die Ressource "körperliche Gesundheit" kann jedoch auch "übernutzt" werden und stellt somit auch eine Gefahr dar. Es besteht ein Risiko für Sportverletzungen oder wie es einer der Befragten ausdrückte: "Sie haben immer etwas, einen Arm in der Schlinge, den Fuss gebrochen oder das Kniegelenk...". "Die Lust bewegt die Jugendlichen, nicht die Gesundheit." "Junk-Food, Parties, Pillen und Haschisch kümmern sie nicht."

*"Es steht ihnen alles zur Verfügung"*: Tendenziell können sich Jugendliche heute viel leisten, obwohl sie in der Regel nicht über viel Geld verfügen. Es besteht ein "Riesenangebot" für Freizeit-, Sport- und kulturelle Aktivitäten, das ihnen ermöglicht, Neues auszuprobieren. Sie sind mobiler, reisen und lernen andere Kulturen kennen. Sie verfügen über ein breites Hilfs- und Beratungsangebot, das ihnen bekannt und niederschwellig erreichbar ist. Sie sind gut aufgeklärt über Verhütung, die Pille danach und HIV/Aids. Sie können sich Informationen in Bibliotheken, diversen Medien oder direkt aus dem Internet holen und verfügen über ein gutes Wissen darüber, was ihnen nützt und was schadet. Auch in den Bereichen Aus- und Weiterbildung bestehen vielfältige Angebote und Jugendliche wissen, "dass nicht alles vergeben ist, wenn etwas schief läuft". Bildung bedeutet lebenslanges Lernen und hat ein hohes Prestige. Die genannten Ressourcen können insbesondere dann konstruktiv genutzt werden, wenn das Familiensystem sichere Bindungen aufweist, selber gut vernetzt ist und Interesse an der Entwicklung der Jugendlichen zeigt.

*"Kommunikativ" und "kreativ"*: Einige der Befragten erwähnten, dass viele Jugendliche heute "gut reden" können. Sie sind offener, zugänglicher und können auch emotionale Inhalte benennen. Sie haben gelernt, sich verbal auszudrücken und sich zu verkaufen. Sie wissen, dass Freundschaften wichtig sind, sind vernetzt und haben echte Beziehungen untereinander. Gegenüber Erwachsenen treten sie



selbstbewusster auf und trauen sich mehr zu sagen, "sie sind nicht mehr so autoritätsscheu". Zudem wurde erwähnt, dass angesichts der Aufweichung rigider gesellschaftlicher Strukturen sich kreative Impulse eher entfalten können.

*"Junge Frauen"*: Im Hinblick auf die Geschlechterdifferenz wurden vor allem die jungen Frauen positiv erwähnt. Sie nehmen ihre erweiterten Möglichkeiten zunehmend wahr, engagieren sich aktiv in Freizeittreffs und setzen ihre Ideen auch um. Sie nutzen Angebote zur Stärkung ihrer Selbstsicherheit, haben gelernt für sich einzustehen und definieren zunehmend selber ihre Rollen. Die Aufweichung fixer Rollenbilder werden für beide Geschlechter eher als Chance wahrgenommen, da Jungen und Mädchen heute spielerischer verschiedene Rollen und Identitäten ausprobieren können.

## **Einschätzung der künftigen Entwicklungen**

### *Erwartete Entwicklungen*

Im Hinblick auf künftige Entwicklungen wurden sehr heterogene, vorwiegend gesellschaftsbezogene Aspekte genannt, die bezüglich der Gesundheit und des Wohlbefindens Jugendlicher im Auge behalten werden sollten. Die folgenden prägnanten Stichworte sind thematisch gegliedert, mit der Reihenfolge ist keine Gewichtung verbunden.

*"Medizinalisierung im Umgang mit Stimmungen"*: Man hat nicht Stimmungen, sondern man macht sie mittels Medikamenten und Lifestyle-Drogen. Schleichender Übergang zu Multidrogekonsum. Sie kommen erst in die Beratung, wenn es schon spät ist.

*"Spezialisierung im Symptombereich"*: Zunehmende Spezialisierung bei der Behandlung einzelner Symptome. Es wird an "verschiedenen Ecken gebastelt" anstelle einer ganzheitlichen Begleitung.

*"Mythos Machbarkeit"*: Es wird suggeriert, dass man alles machen könne, insbesondere in Bezug auf das Schönheits- und Schlankheitsideal. Körperkult und Verherrlichung des Jungseins.

*"Ernährung gegenläufig"*: Einerseits stehen heute Bioprodukte auch in Grossverteilern zur Verfügung, die auch Familien erreichen, andererseits ernährt man sich über Mittag mit Fast Food. Das Schlankheitsideal kann auch bewusste, fettarme Ernährung unterstützen.

*"Sexualität für Frauen früh wichtig"*: Junge Frauen haben mit 15 Jahren schon verschiedene sexuelle Kontakte hinter sich, schlagen sich mit Beziehungskonflikten herum. Dies gehört zum Ausprobieren, bedeutet längerfristig jedoch Gefährdung, da die persönliche Entwicklung zurückgestellt wird. Zudem wird über unschöne Erfahrungen nicht geredet. Eine Besonderheit stellt der "Designer Strich" dar. Damit gemeint ist das Phänomen, dass junge, häufig gebildete Frauen in Massagesalons arbeiten, um sich mit dem verdienten Geld teure Designer Kleider und Partydrogen zu kaufen. Erstaunlich ist das Selbstverständnis, mit dem Sexualität von der eigenen Persönlichkeit abgespalten wird. Direkte Anwerbung von Anfängerinnen in Zeitungen und Zeitschriften.

*"EDV, Internet, SMS"*: Elektronische interaktive Spiele werden immer attraktiver, da sie Jugendliche zunehmend einbinden. Während bisher Unterhaltung im Vordergrund stand, nutzen auch Schulen zunehmend EDV und Internet. Die Konsequenzen sind noch wenig abschätzbar, Bewegungsmangel könnte jedoch als Folge entstehen.

*"Wirtschaftlicher Druck"*: Der wirtschaftliche Druck betrifft sowohl die Väter und Mütter als auch die Jugendlichen. In Bezug auf den Lehrstellenmarkt wird insbesondere für Jugendliche der 1. und 2. Generation ausländischer Eltern "der Flaschenhals enger", da Schweizer/innen häufig bevorzugt werden. Die Forderung nach hoher Flexibilität steht dem Bedürfnis, adäquate Perspektiven zu entwickeln und Verlässlichkeit zu erleben, entgegen.

## *Prävention und Gesundheitsförderung*

Die Aussagen bezüglich Entwicklungen, die vermieden bzw. unterstützt werden sollten, umfassten sowohl konkrete Erfahrungen als auch theoretische Überlegungen. Im Folgenden werden die verschiedenen Aussagen unter vier prägnanten Überschriften zusammengefasst.

*"Zigaretten und Alkohol haben wir nicht im Griff"*: Nach Meinung mehrerer Befragter nimmt der Suchtmittelkonsum eher noch mehr zu. Andere wiederum erwarteten keine wesentlichen Veränderungen im Hinblick auf den Alkohol- und Zigarettenkonsum. Beim Cannabiskonsum gab es auch vereinzelt Stimmen, die eher einen Rücklauf im Sinne einer Wellenbewegung prognostizierten. Unabhängig davon bestand Übereinstimmung darin, dass Suchtprävention "schwierig, aber wichtig" sei. Neben Zweifeln an der Wirksamkeit bisheriger Strategien der Suchtprävention wie "Ich glaube nicht an die Kampagnen" oder "Wir haben schon alles versucht" standen klare Forderungen nach einem Präventionsansatz, "der hinschaut" und "vom Kleinkarierten wegkommt".

Auf politischer und struktureller Ebene hat sich gezeigt, dass verbilligte Preise bei den Suchtmitteln den Anreiz und Konsum erhöhen. Diesen Entwicklungen sollte entgegen gesteuert werden. Positiv erwähnt wurden auch strukturelle Massnahmen. In einer Bezirksschule beispielsweise war Rauchen nur in Einzelzellen erlaubt. Weitere Vorschläge betrafen den Einbezug regionaler oder wirtschaftlicher "Umgebungen".

*"Pädagogischen Widerstand leisten"*: Während die meisten Befragten Verboten kritisch gegenüber standen, wurde mehrheitlich ein Ansatz des "pädagogischen Widerstandes" befürwortet. Dieser Ansatz beschreibt eine Haltung Erwachsener gegenüber Jugendlichen, die Leitplanken setzt. Erwachsene sollen wichtige Themen ansprechen, auch wenn diese unangenehm sind. Die Fachleute müssen es "ertragen", dass sie auch mal gekränkt werden, und sollten hartnäckig bleiben. "Wir sind es den Jugendlichen schuldig, den schwarzen Peter zu übernehmen. Sie sollen von Seiten der Verantwortlichen hören, was wir nicht gut finden."

Die Forderung nach "pädagogischem Widerstand" bezieht sich auf den Suchtmittelkonsum und auf anderes Risikoverhalten (Ernährung, Sexualität, Sport, etc.). Die zunehmende Verschulung und Intellektualisierung der Bildung sollte auch hinterfragt werden. Den Schulen und den Lehrpersonen wird ein besonders grosser Einfluss im Hinblick auf den Umgang mit Gruppendruck, Ausgrenzungstendenzen oder Gewaltbereitschaft zugeschrieben. Die Forderung nach "pädagogischem Widerstand" bezieht sich neben den Lehr- und Fachpersonen auch auf Eltern und Auszubildende im Bereich der Berufsausbildung.

*"Gesprächsangebote erweitern"*: Mehrere Befragte betonten, dass Gesundheitsförderung bei Jugendlichen für Erwachsene in erster Linie bedeutet, Gesprächspartner/in zu sein. Erwachsene in den Bereichen Schule, Schulsozialarbeit, Jugendhilfe oder Familie, aber auch Ärztinnen und Ärzte können Ansprechpersonen für Einzelne sein. Neben der Einzelfallhilfe für Jugendliche, die "wirklich hinein trampen", forderten die Expertinnen und Experten vermehrt spezifische Angebote für Mädchen und für Jugendliche mit Migrationserfahrung, welche die bestehenden Angebote wenig aufsuchen. Als Chancen im Hinblick auf die Entwicklung in geleiteten Schulen wurden Schüler/innen-Partizipation und Elternmitsprache erwähnt.

Im Gespräch mit Jugendlichen geht es darum, sich auf einen Wertediskurs einzulassen. Was ist wesentlich? Wie wird man beziehungsfähig? Wie kann man Vertrauen schaffen? Wie kann man lebendig bleiben?

*"Alles Gemeinschaftsbildende fördern"*: Unbestrittenermassen ist die Peer-Ebene ein wichtiger Ansatz für die Gesundheitsförderung. Jugendliche brauchen Orte, wo sie sich treffen können. Zu fördern ist, wie es einer der Befragten formulierte, "alles Gemeinschaftsbildende". Dazu zählen Treffpunkte und Aktivitäten, auch ausserhalb der Schule, die keine Konsumorte sind. Mannschaftssport, gemeinsam organisierte Feste, Kochen und Geniessen, Singen und Atmen sind weitere Nennungen. Das Zusammenleben, der Umgang miteinander und die interkulturelle Verständigung verschiedener Gruppen sind wichtige Inhalte. Es braucht ein ausgebautes und organisiertes Angebot im Freizeit- und Kulturbereich

sowie Offenheit für Unkonventionelles, um den kreativen Impulsen der Jugendlichen und ihrer aktiven Auseinandersetzung mit sich selbst und den andern Raum zu geben.

### **Klassifizierung der Antworten gemäss Ressourcen-Belastungs-Ansatz**

Nachdem im ersten Teil zentrale Themenbereiche, die sich aus den Aussagen der Expertinnen und Experten ergeben haben, herausgearbeitet und erläutert wurden, folgen nachstehend eine Zuordnung und visuelle Darstellung der Antworten in zwei Vierfelder-Tafeln, die auf den Dimensionen "individuell" versus "soziostrukturell" und "Ressourcen/Stärken" versus "Belastungen/Probleme" basieren. Die einzelnen Aussagen der Expertinnen und Experten bezüglich Ressourcen und Belastungen der aktuellen und künftigen gesundheitlichen Situation von Jugendlichen wurden entweder der individuellen oder der soziostrukturellen Ebene zugeordnet und ausgezählt. Dabei wurden bis zu drei Nennungen pro Frage und Person erfasst. Die Häufigkeit der Mehrfachantworten wurde mit Hilfe von vier Graustufen visualisiert.

**Abb. 1. Einschätzung der aktuellen Entwicklungen der Gesundheit Jugendlicher**  
(Total Nennungen N=44)

	individuell	soziostrukturell
<b>Ressourcen/ Stärken</b>	14	9
<b>Belastungen/ Probleme</b>	13	8

Es stellte sich heraus, dass bei der Einschätzung der aktuellen Situation sowohl bezüglich Ressourcen als auch bezüglich Belastungen individuelle Aspekte häufiger genannt wurden als soziostrukturelle Aspekte (siehe Abbildung 1). Im Gegensatz dazu wurde bei der Frage nach zu stärkenden Ressourcen bzw. nach zu vermeidenden Problemen von den Expertinnen und Experten vermehrt Massnahmen auf der soziostrukturellen Ebene vorgeschlagen (siehe Abbildung 2).

**Abb. 2. Vorgeschlagene Massnahmen zur Förderung der Gesundheit Jugendlicher in den nächsten fünf Jahren** (Total Nennungen N=45)

	individuell	soziostrukturell
<b>zu stärkende Ressourcen</b>	5	19
<b>zu vermeidende Probleme</b>	6	15

## Einschätzung der Datenlage

### *Benützte Informationsquellen der Expertinnen und Experten*

Als Referenz für die Einschätzung der Gesundheit Jugendlicher werden sowohl informelle als auch öffentliche und institutionalisierte Quellen benutzt, wobei der berufliche Kontext eine wichtige Rolle spielt. Folgende Informationsquellen haben für die Expertinnen und Experten eine zentrale Bedeutung:

*Berufliche Erfahrung:* Die wichtigste Informationsquelle zu Gesundheit und Wohlbefinden Jugendlicher bildet der direkte Umgang mit den Jugendlichen und deren schulischem und familiären Umfeld bei der täglichen Arbeit, sei es in der Beratung, bei der Begleitung oder bei Aktionen. "Daran stellen sich die Fragen".

*Austausch mit Kolleginnen und Kollegen:* Als besonders wertvoll wird von den meisten Befragten der Austausch mit Berufskolleginnen und -kollegen genannt. Hier können Informationen rasch und ungezwungen ausgetauscht werden. Neben regulären Treffen vernetzter Stellen, Inter- und Supervision sowie Weiterbildungsveranstaltungen werden auch interdisziplinäre, projektbezogene Zusammenarbeit mit anderen Stellen oder Schulen für den Austausch wichtiger Informationen genutzt.

*Fachliteratur:* Gut die Hälfte der Befragten bezeichnete Publikationen in Fachzeitschriften, Fachbücher oder Studien als wichtige, zuverlässige und ausführliche Informationsquellen, die jedoch aus Zeitgründen häufig nicht so intensiv wie eigentlich gewünscht gelesen werden.

*Medien und Internet:* Zeitungen, Radio oder TV sind ebenfalls häufig genannte Quellen für aktuelle Informationen. Geschätzt wird daran insbesondere, dass die Informationen bereits aufbereitet und schnell zugänglich sind. Erwähnt wurden auch Kinofilme oder Theater, die das Jugendalter betreffen. Zunehmend wird auch das Internet über Suchmaschinen nach gewünschten Informationen durchsucht.

Schliesslich werden auch die eigene Familie bzw. die eigenen oder mit der Familie befreundete Kinder und Jugendliche als wichtige Referenzen im Hinblick auf die Einschätzung aktueller Entwicklungen genannt.

### *Zufriedenheit mit Informationsstand*

Die Expertinnen und Experten konnten ihre Zufriedenheit mit ihrem Informationsstand auf einer Skala von 1 bis 6 einstufen, wobei 1 "sehr unzufrieden" bedeutete und 6 "sehr zufrieden". Im Durchschnitt stufen die Expertinnen und Experten ihre Zufriedenheit mit 4.2 ein, d. h. dass sie sich bezüglich der Gesundheit Jugendlicher als genügend informiert betrachten, für neue Informationen aber stets offen sind.

### *Bedarf nach Information*

Bezüglich der Quantität der Informationen scheint der Bedarf ausreichend gedeckt zu sein. Vielmehr besteht ein Bedürfnis nach einer qualitativen "Verbesserung" des Informationsangebotes.

*"Die Datenflut ist ungeheuer":* Die Mehrheit der Befragten äusserte die Meinung, dass es genug Informationen zu Gesundheit und Wohlbefinden Jugendlicher gibt. Das Problem besteht eher darin, die Zeit zu finden, neue Informationen zu selektionieren und zu verarbeiten.

*"Beratungsstellenblick relativieren":* Während das Wissen im Hinblick auf spezifische Problemereiche des beruflichen Alltags differenziert und umfassend ist, wünschten die Fachpersonen vermehrt "harte Fakten" und "Referenz-Daten", um ihre täglichen Erfahrungen im Hinblick auf allgemeine Entwicklungen besser einordnen und beurteilen zu können.

*"Das Datenmaterial in lesefreundlicher Form zurückgeben":* Ein mehrfach geäussertes Bedürfnis bezieht sich auf eine lesefreundliche Aufbereitung der Informationen. Gewünscht werden Zusammenfassungen und Überblicksartikel zu aktuellen Themen, neuen Trends und Forschungsergebnissen.

## 5.4 Gruppendiskussionen

### *Ziel*

Das Ziel der Gruppendiskussionen war, dass die Expertinnen und Experten – ausgehend von den Telefoninterviews – einen Konsens im Sinne einer Gruppenmeinung (Lamnek, 1998) bezüglich vorrangigen gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen von Jugendlichen im Kanton Zürich finden und mögliche Massnahmenbereiche definieren.

### *Stichprobe*

Von den 15 Expertinnen und Experten aus der Jugendhilfe, die mittels Telefoninterviews befragt wurden, nahmen insgesamt 9 Personen an den Gruppendiskussionen teil (siehe Anhang). Die Expertinnen und Experten, welche nicht teilnehmen konnten, gaben Zeitprobleme oder Ferienabwesenheit als Verhinderungsgründe an.

### *Durchführung und Auswertung*

Die beiden Gruppendiskussionen über die Gesundheit Zürcher Jugendlicher fanden auf Grund einer Terminumfrage am 21. und 24. September 2001 am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich statt. Zur Information wurde den Expertinnen und Experten vorgängig ein Teilentwurf des Gesamtberichtes "Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich" sowie eine vorläufige Fassung der Auswertung der Telefoninterviews zugesandt.

Die Durchführung der Gruppendiskussionen dauerte je zwei Stunden und 45 Minuten und basierte auf einem strukturierten Leitfaden (Lamnek, 1998), der dazu diente, die Diskussionen auf die zentralen Fragen zu fokussieren. Die Gespräche wurden von zwei Mitarbeitern des Instituts (Dritt- und Fünftautor) moderiert und von einer weiteren (Zweitautorin) protokolliert. Im Einverständnis mit den Teilnehmenden wurden beide Sitzungen auf Tonband aufgenommen. Im Folgenden wird die methodische Vorgehensweise chronologisch beschrieben. Die Fragen an die Teilnehmenden sind im Anhang aufgeführt.

Zu Beginn der Diskussionen wurden die Teilnehmenden gebeten, zur vorläufigen Fassung der Auswertung der Telefoninterviews Stellung zu nehmen.

Die eigentlichen Gruppendiskussionen bestanden aus vier Teilen. In einem ersten Schritt wurden die Teilnehmenden gebeten, jede/r für sich in einer leeren Vierfelder-Tafel die ihrer Meinung nach wesentlichen Ressourcen/Stärken und Belastungen/Probleme von Jugendlichen auf individueller und soziostruktureller Ebene einzutragen. Die Expertinnen und Experten durften pro Feld nur eine Nennung machen, welche sie dann den anderen Gruppenmitgliedern kurz erläutern mussten. In einem zweiten Schritt wurde die Gruppe als Ganzes aufgefordert, ausgehend von den Einzelnennungen der Gruppenmitglieder, sich auf die drei wichtigsten Ressourcen und drei wichtigsten Belastungen Jugendlicher zu einigen, wobei bezüglich der Ebene (individuell versus soziostrukturell) keine Vorgaben gemacht wurden. Danach hatten die Expertinnen und Experten die Aufgabe, mögliche gemeinsame Ursachen bzw. Bedingungen der von ihnen genannten Ressourcen und Belastungen zu nennen. Im vierten und letzten Teil der Diskussionen formulierten die Teilnehmenden gemeinsam drei gesundheitsbezogene Massnahmenbereiche, welche der Kanton Zürich prioritär angehen sollte.

Die qualitative Auswertung umfasste eine interpretativ-reduktive Inhaltsanalyse (Lamnek, 1998), wobei jede Gruppendiskussion einzeln bearbeitet wurde. In der Gruppe gemeinsam erarbeitete Nennungen bildeten übergeordnete Themenbereiche, die Diskussionsbeiträge einzelner Expertinnen und Experten wurden zur Veranschaulichung der Themenbereiche verwendet. Grundlage der Analyse bildeten die Diskussionsprotokolle, Tonbandaufnahmen und die schriftlichen Einzelnennungen sowie die auf Flipcharts festgehaltenen Konsensnennungen. Die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen erhielten den vorläufigen Bericht über die Diskussionen und hatten die Möglichkeit, entsprechende Rückmeldungen zu geben, die wiederum in den Bericht einflossen.

## 5.5 Ergebnisse der Gruppendiskussionen

Im Folgenden werden zuerst die Rückmeldungen der Expertinnen und Experten zu den Telefoninterviews beschrieben. Danach werden die Ergebnisse der beiden Gruppendiskussionen separat vorgestellt und schliesslich die Gemeinsamkeiten der beiden Gruppen zusammengefasst.

### Rückmeldungen zu den Telefoninterviews

In beiden Gruppendiskussionen wurden die Expertinnen und Experten eingangs um eine Stellungnahme zum Bericht über die Ergebnisse aus den Telefoninterviews gebeten.

Die Expertinnen und Experten gaben an, dass der Bericht die zentralen Themen aus ihrem Berufsalltag gut abbildet, ohne jedoch neue oder unerwartete Erkenntnisse zu liefern. Einige Themenbereiche sind im Bericht etwas hervorgehoben oder verallgemeinert worden. Die Telefoninterviews fokussierten relativ stark auf individuelle Faktoren und stellten dabei soziale Aspekte in den Hintergrund. Des Weiteren wurden die Probleme von Jugendlichen in den Mittelpunkt gesetzt. Die Expertinnen und Experten erwähnten, dass Jugendliche ausgeprägte Ressourcen haben, um ihre Probleme anzugehen, und dass Probleme durchaus auch als positive Reaktionen auf die vielfältigen Entwicklungsaufgaben dieser Altersphase gesehen werden können.

### Ergebnisse der Gruppe A

Tabelle 1 zeigt die von der Gruppe A gemeinsam bestimmten zentralen drei Ressourcen und drei Belastungen der Gesundheit von Jugendlichen. Nachstehend wird auf diese sechs von der Gruppe im Konsens erarbeiteten Nennungen eingegangen.

**Tab. 1. Konsensnennungen der Gruppe A**

	individuell	sozio-strukturell
<b>Ressourcen/Stärken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilität</li> <li>• Reflektive und kommunikative Fähigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielfältiges Kultur- und Unterstützungsangebot</li> </ul>
<b>Belastungen/Probleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Überreizung und Frustrationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vielfachanforderungen</li> <li>• Unklare Leitplanken</li> </ul>

#### *Ressourcen*

*Flexibilität:* Gemäss den Aussagen der Diskussionsteilnehmer/innen ist die Flexibilität eine grundlegende individuelle Ressource von Jugendlichen. Jugendliche sind grundsätzlich offen für Neues und finden sich in für sie unbekanntem Strukturen (z. B. bei der Berufslehre) oft schnell zurecht.

*Reflektive und kommunikative Fähigkeiten:* Viele Jugendliche haben die Fähigkeit, sich selber und ihre Umwelt kritisch zu hinterfragen, und können differenzierte Meinungen bilden. Jugendliche können sich oft gut verbal ausdrücken. Sie haben fast keine tabuisierten Themenbereiche und können sich sowohl auf der Peer-Ebene als auch im Gespräch mit Erwachsenen offen mitteilen.



*Vielfältiges Kultur- und Unterstützungsangebot:* Die Diskussionsteilnehmenden waren sich einig, dass den Jugendlichen ein umfassendes Angebot in den Bereichen Bildung, Beruf, Beratung und Freizeit zur Verfügung steht. Erwachsene bringen Jugendlichen viel Wohlwollen entgegen, stellen ihr Wissen bereit und wollen gute Entfaltungsmöglichkeiten für Jugendliche schaffen.

### *Belastungen*

*Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Überreizung und Frustrationen:* Durch die oben genannten Vielfachangebote aber auch durch Vielfachanforderungen entsteht eine Überreizung, die ein Teil der Jugendlichen nur schwer bewältigen kann. Diese Überreizung wurde von den Expertinnen und Experten sehr breit gefasst. Sie beschreibt einerseits einen inneren Zustand der Überreiztheit bei den Jugendlichen selber und bezieht sich andererseits auf die äusseren Einflüsse, die durch Überfluss an Informationen, Angeboten, Möglichkeiten, Aktivitäten und Konsum entstehen. Die Expertinnen und Experten erwähnten zudem, dass Jugendliche sich von alltäglichen Frustrationen, die sie im zwischenmenschlichen Bereich oder in Schule/Beruf erleben, schnell überfordert fühlen können.

*Vielfachanforderungen:* Das breite Angebot der Leistungsgesellschaft hat auch belastende Kehrseiten. Es werden grosse Erwartungen an die Jugendlichen gestellt. Sie sollen von den vielfältigen Angeboten Gebrauch machen, gute Leistungen erbringen und sich möglichst individuell positionieren. Einerseits kann der Wunsch Jugendlicher, diesen Anforderungen zu entsprechen, eine unverhältnismässige Leistungsmotivation hervorrufen. Andererseits droht Jugendlichen, denen es nicht gelingt, den Anforderungen zu entsprechen, der Ausschluss aus gesellschaftlich relevanten Bereichen.

Die Expertinnen und Experten erwähnten zudem, dass die bestehenden Angebote den Bedürfnissen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund wenig gerecht werden. Beratungsangebote beispielsweise werden von diesen Jugendlichen selten beansprucht.

*Unklare Leitplanken:* Für Jugendliche kann es schwierig sein, angesichts der vielen möglichen Lebensentwürfe einen eigenen Weg zu finden. Während früher die Erwachsenen oder Institutionen wie die Kirche den Jugendlichen klare Vorschriften machten, welchen Rollen die Jugendlichen entsprechen sollten, fehlen heute verbindliche Leitplanken bzw. Orientierungshilfen. Jugendliche sind bei der Identitätsfindung zunehmend sich selber überlassen und probieren alleine oder in der Peer-Gruppe verschiedene Wege aus.

Diese fehlende Führung durch das Überangebot von Orientierungsmöglichkeiten bei gleichzeitigem Druck zur sozialen Einordnung kann gemäss den Expertinnen und Experten Jugendliche verunsichern.

### *Zusammenfassung*

Die vielfältigen Möglichkeiten und Herausforderungen von modernen Informationsgesellschaften standen im Zentrum der Diskussion. Einerseits bereichert das grosse Angebot in den diversen Bereichen das Leben der Jugendlichen im Kanton Zürich. Viele Jugendliche bewegen sich sehr flexibel in diesen Strukturen. Andererseits können hohe Leistungsanforderungen, unklare Leitplanken, Orientierungsschwierigkeiten und Überreizung belastend wirken.

### *Gesellschaftlicher Wandel und moderne Lebensformen als Ausgangspunkte der Ressourcen und Belastungen Jugendlicher*

Die Expertinnen und Experten setzten die im Konsens herausgearbeiteten drei Ressourcen und drei Belastungen in Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel. Sie waren sich einig, dass gesellschaftliche Fortschritte sowohl Ressourcen als auch Belastungen für junge Menschen beinhalten. In der Diskussion über unsere modernen Lebensformen wurden folgende Faktoren genannt, welche die Gesundheit von Jugendlichen beeinflussen: Horizonterweiterung auf Grund allgemeiner Globalisierungstendenzen, hohes Tempo in allen Lebensbereichen, grosser Austausch und starke Vernetzung, hohe Informationsdichte, grosse Lebensintensität, geringer individueller Spielraum. Diese Faktoren wurden in der Diskussion unterschiedlich gewertet und können sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen haben.



### *Massnahmenbereiche*

Die Gruppe A schlägt vor, künftige Massnahmen in den Sozialisationsfeldern "Schule", "Familie" und "Freizeit" zu planen, wobei die Bedürfnisse von Jugendlichen mit Migrationshintergrund bei den geplanten Massnahmen speziell berücksichtigt werden sollten.

In der vorangegangenen Diskussion zum Konsens bezüglich der Ressourcen und Belastungen wurde nicht direkt erwähnt, dass Erwachsene im Umgang mit Jugendlichen oft überfordert sind. Dennoch scheint auf Grund der Massnahmenbestimmung in diesem Bereich Handlungsbedarf vorzuliegen: Die Expertinnen und Experten forderten mehr Unterstützung von Menschen, die Jugendliche in Schule und Familie betreuen.

Im Folgenden werden die drei von der Gruppe herausgearbeiteten Massnahmenbereiche beschrieben und konkrete Massnahmen erörtert.

*Förderung der Sozialkompetenz von Lehrpersonen und weiteren Personen aus dem schulischen Umfeld:* Die Beziehung zwischen Erwachsenen und Jugendlichen soll an den Schulen verbessert werden, wobei die Expertinnen und Experten mit Massnahmen bei den Erwachsenen ansetzen wollten. Sämtliche erwachsenen Personen aus dem Lebensfeld "Schule" (Lehrpersonen, Hauswartinnen und Hauswarte, Schulsozialarbeiter/innen, Schulpflegemitglieder und Schulpsychologinnen/Schulpsychologen) sollten in der Kommunikation mit Jugendlichen mittels Weiterbildung und obligatorischer Supervision vermehrt geschult und betreut werden. Diese Förderung der Sozialkompetenzen stellt eine Erweiterung des bestehenden, v. a. auf fachliche Inhalte spezialisierten Weiterbildungsangebotes für Lehrpersonen dar. Des Weiteren sollten Präventionsmassnahmen in den Schulen nicht nur auf Jugendliche abzielen, sondern die zuständigen Erwachsenen miteinbeziehen.

*Familienpolitik:* Unterstützung von Eltern durch Bildung und ausserfamiliäre Betreuungsangebote: Eltern können im Umgang mit ihren heranwachsenden Kindern überfordert sein. Sie sollten deshalb bessere Unterstützung bei der Erziehung und Betreuung ihrer Kinder erhalten, einerseits in Form von Elternbildung, andererseits durch genügend ausserfamiliäre Betreuungsangebote auch für Kinder im Jugendalter (z. B. Tagesschulen).

*Nicht institutionalisierte Lebensräume für Jugendliche:* Die Expertinnen und Experten forderten mehr Räume, welche den Bedürfnissen von Jugendlichen entsprechen. Hier handelt es sich einerseits um Lokale im Stil der bestehenden Jugendhäuser, in denen kein Konsumzwang bestehen sollte. Die Räume sollten für Jugendliche Ruhe- und Schutzräume darstellen und ihnen einen Ausgleich zu den Vielfachanforderungen bieten. Andererseits erwähnten die Expertinnen und Experten mögliche Jugendforen, in denen konstruktive ethisch-politische Diskussionen zwischen Erwachsenen und Jugendlichen stattfinden könnten.

Zudem sollte die Vielzahl der bestehenden Angebote für Jugendliche besser koordiniert werden, damit mehr Übersichtlichkeit gewährleistet ist.

## Ergebnisse der Gruppe B

In der nachfolgenden Tabelle 2 sind die in der Gruppe B gemeinsam bestimmten zentralen Ressourcen und Belastungen der Gesundheit von Jugendlichen dargestellt. Nachstehend werden die Konsensnennungen erläutert.

**Tab. 2. Konsensnennungen der Gruppe B**

	individuell	sozio-strukturell
<b>Ressourcen/Stärken</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wahrnehmung der eigenen Stärken</li><li>• Kommunikationsfähigkeit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vermehrte, verbesserte Partizipation</li></ul>
<b>Belastungen/Probleme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientierungslosigkeit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Benachteiligung "spezieller" Gruppen</li><li>• Jugend als gezielter Markt</li></ul>

### *Ressourcen*

*Wahrnehmung der eigenen Stärken:* Die körperliche Vitalität Jugendlicher bildet eine wichtige Ressource auf der individuellen Ebene. Bewegung, Wachstum und Entwicklung sind zentrale Merkmale des Jugendalters. Viele Jugendliche nehmen sich selber in positiver Weise wahr. Diese positive Grundhaltung beinhaltet neben den körperlichen auch psychische und soziale Aspekte.

*Kommunikationsfähigkeit:* Jugendliche können sich differenziert und offen ausdrücken. Während Erwachsene im Umgang mit Jugendlichen grossen Wert auf verbale Kommunikation legen, ist für Jugendliche auch der nonverbale und symbolisch-gestalterische Ausdruck wichtig. Kleidung und Veränderungen des Körpers (z. B. Tätowierungen) sind Merkmale dieses Ausdrucks.

*Vermehrte und verbesserte Partizipation:* Im Diskurs der Erwachsenen hat sich das Jugendalter gemäss den Expertinnen und Experten gewandelt. Während es früher als unangenehme Übergangszeit betrachtet wurde, wird es heute als eigener Lebensabschnitt wahr- und ernstgenommen. Deshalb werden Jugendliche heute vermehrt und verbessert in wichtige gesellschaftliche Entscheidungsprozesse einbezogen. Junge Menschen haben mehr Mitspracherecht als früher und ihre Anliegen werden zunehmend erhört. Es gibt Jugendparlamente, in denen Jugendliche politisch aktiv werden können, und Jugendhäuser mit präventiver Wirkung. Jugendliche werden als widerstandsfähig und kritisch bezeichnet, was gute Voraussetzungen für die Partizipation sind.

### *Belastungen*

*Orientierungslosigkeit:* Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass die Jugendlichen in der bestehenden Vielfalt von Angeboten wenig Führung durch die Erwachsenen erhalten. Die Werte sind oft widersprüchlich und den Jugendlichen fehlen Vorbilder und Ideale, die sie bei der Identitätsfindung unterstützen könnten. Deshalb haben viele Jugendliche Orientierungsschwierigkeiten. Sie versuchen Dinge darzustellen oder zu erleben, die nicht ihrem Alter entsprechen.

*Benachteiligung "spezieller" Gruppen:* Die vorhandenen Strukturen der verschiedenen Sozialisationsfelder (v. a. Berufsausbildung) werden den Bedürfnissen gewisser Jugendlicher nicht gerecht. Folgende Faktoren können gemäss den Expertinnen und Experten für Jugendliche eine Benachteiligung

bewirken: Migration, tiefer sozioökonomischer Status, ungenügende schulische Leistungen und Geschlecht.

Ausländische Jugendliche treffen in den Schulen zahlreiche Integrationsangebote an und können mit einem angemessenen Einsatz gute Schulabschlüsse erzielen. In der Berufsausbildung hingegen sind Jugendliche mit ausländischen Namen trotz guter schulischer Leistungen und vollzogener Integration benachteiligt. In Familien mit tiefem Einkommen haben die Eltern auf Grund ihrer Berufstätigkeit wenig Möglichkeiten, ihre Kinder schulisch zu unterstützen. In den Schulen öffnet sich die Schere zwischen hoch begabten Schülerinnen und Schülern und solchen, die aus unterschiedlichen Gründen den Anforderungen des Unterrichtes nicht genügen. Schlechte Schulabschlüsse erschweren die Lehrstellensuche. In Schule und Beruf besteht trotz veränderter Rollenbilder weiterhin eine geschlechter-spezifische Diskriminierung.

*Jugend als gezielter Markt:* Nicht nur das Sozialwesen hat die Jugend als eigenständige Zielgruppe mit spezifischen Merkmalen entdeckt, sondern auch die Marktwirtschaft. Früher wurden Jugendliche v. a. als junge Erwachsene angesprochen, die etwas sein sollten/wollten, was sie noch nicht waren (Erwachsene). Heute hingegen wird das Jugendalter durch einen eigenen Lebensstil geprägt. Individualisierung und Schnelllebigkeit, aber auch Orientierungslosigkeit und körperlicher und gestalterischer Ausdruck gehören zu diesem Lebensstil.

Im hohen Marktpotenzial der Jugendlichen sehen die Expertinnen und Experten eine Belastung auf soziostruktureller Ebene: Die spezifischen Merkmale des Jugendalters werden bei der Vermarktung von Produkten gezielt (aus)genutzt.

#### *Zusammenfassung*

Die Diskussionsteilnehmer/innen beschrieben die Jugendlichen als vitale, ausdrucksfähige Altersgruppe, die jedoch oft Orientierungsschwierigkeiten hat. Die Jugend wird von Erwachsenen als eigenständige Lebensphase wahr- und ernstgenommen. Das hat sowohl positive (jugendgerechte Bildungs-, Beratungs- und Freizeitangebote) als auch negative (Marktpotenzial der Jugend) Folgen. Es wurde kritisiert, dass Jugendliche auf Grund verschiedener Faktoren (z. B. Migration) benachteiligt sind.

#### *Moderner Erziehungsstil als gemeinsamer Nenner der Ressourcen und Belastungen*

Die Expertinnen und Experten sahen im modernen kommunikativen und partizipativen Erziehungsstil, der von vielen Erwachsenen (in Familie und Schule) gepflegt wird, einen gemeinsamen Nenner für die konsensuell genannten Ressourcen und Belastungen der Gesundheit von Jugendlichen. Dieser Erziehungsstil fördert die Fähigkeit von Jugendlichen, sich verbal auszudrücken, und hilft ihnen, ihre eigenen Stärken wahrzunehmen. Er ermöglicht den Jugendlichen auch mehr Mitspracherecht in den verschiedenen Sozialisationsfeldern.

Gleichzeitig kann dieser Erziehungsstil Jugendliche in verschiedener Hinsicht überfordern: Zu viel Mitspracherecht und zu wenig strukturierende Grenzen können zu einem Verlust der Orientierung führen. Wenig ausdrucksfähige oder fremdsprachige Jugendliche können sich durch die vielen geforderten Diskussionen an den Schulen überfordert fühlen und sich im Unterricht zurückziehen. Wenn familiäre Werte und Regeln, die kulturell bedingt sein können, im schulischen Kontext nicht berücksichtigt werden, können Jugendliche in Loyalitätskonflikte kommen (z. B. sehr kollegiales Verhalten einer Lehrperson gegenüber einer Schülerin/einem Schüler aus einer Familie mit autoritärem Erziehungsstil; Sexualekunde für muslimische Mädchen).

#### *Massnahmenbereiche*

*Regionale Räume/Foren für die Partizipation Jugendlicher schaffen:* Jugendliche haben heute mehr Mitspracherecht in gesellschaftlich relevanten Bereichen. Diese von den Expertinnen und Experten positiv bewertete Partizipation soll weiter gefördert werden. Da die Bedürfnisse und Strukturen sich

innerhalb des Kantons Zürich stark unterscheiden, forderten die Expertinnen und Experten auf der Ebene der Bezirke Foren, welche die regionalen Bedingungen berücksichtigen. In diesen Foren könnten Jugendliche und Erwachsene gemeinsam konkrete gesundheitsförderliche Massnahmen für die Jugend planen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit zum Themenbereich "Konsum"; Veranstaltungen für eine Annäherung zwischen Erwachsenen und Jugendlichen, um gegenseitige Vorurteile abzubauen).

*Identifikation und Unterstützung sozialer Risikogruppen:* Es besteht Handlungsbedarf bezüglich Jugendlicher, die auf Grund von Migration, tiefem sozioökonomischem Status, ungenügender schulischer Leistungen oder des Geschlechts eine Benachteiligung erfahren. Jugendliche, die auf Grund dieser oder weiterer, noch zu bestimmender Merkmale vom bestehenden Förder- und Beratungsangebot nicht erfasst werden, sollten möglichst früh erkannt werden, damit gezielte Unterstützung gewährleistet werden kann.

*Soziale Wertediskussion fördern:* Um der fehlenden Orientierung von Jugendlichen entgegenzuwirken, forderten die Expertinnen und Experten mehr gemeinsam entwickelte, verbindliche Werte. Dieses Aushandeln von Werten soll auf regionaler Ebene geschehen (z. B. in den oben beschriebenen Foren). In vielen Schulen läuft dieser Prozess schon unter dem Motto "Schulhauskultur". Das Sozialisationsfeld "Familie" hingegen ist für allgemein verbindliche Massnahmen schwerer zugänglich.

### **Gemeinsamkeiten der Diskussionen der Gruppen A und B**

Die beiden Gruppendiskussionen wurden unabhängig voneinander und gemäss demselben Diskussionsleitfaden durchgeführt. Der Inhalt und die Dynamik der Diskussionen standen in enger Beziehung mit den persönlichen Erfahrungen der beteiligten Expertinnen und Experten. Dennoch gibt es gemeinsame Erkenntnisse aus den beiden Gruppendiskussionen.

Die Expertinnen und Experten nahmen Jugendliche als eine heterogene Gruppe wahr, die in unterschiedlichem Masse vom bestehenden Bildungs-, Beratungs- und Freizeitangebot profitiert. Ausländische Jugendliche z. B. haben spezifische Bedürfnisse, die in den verschiedenen Sozialisationsfeldern (v. a. Berufsausbildung) noch zu wenig berücksichtigt werden.

Beide Gruppen ordneten die Ressourcen tendenziell eher den Jugendlichen zu, z. B. hohe kommunikative Fähigkeiten auf verbaler und nonverbaler Ebene. Die Belastungen hingegen wurden eher als etwas gesellschaftliches, das von Aussen auf die Jugendlichen einwirkt, beschrieben. Leistungsanforderungen und Überangebote (insbesondere Konsum) können zu Überreizung, fehlende Leitplankensetzung und widersprüchliche Werte zu Orientierungsschwierigkeiten bei Jugendlichen führen.

Die Expertinnen und Experten machten u. a. den gesellschaftlichen Wandel für die oben beschriebene Situation verantwortlich und folgerten, dass zur Verbesserung der Gesundheit von Jugendlichen einerseits die vorhandenen Ressourcen von Jugendlichen gestärkt werden könnten, andererseits auf der gesellschaftlichen Ebene Belastungen abgebaut werden sollten.

Als konkrete Massnahmen wurden von beiden Gruppen mehr jugendgerechte Räume gefordert. Diese Räume sollten einerseits Lokale zur freien Gestaltung darstellen, andererseits Foren für ethisch-politische Diskussionen bieten. Hier könnten die kommunikativen und reflektiven Fähigkeiten Jugendlicher genutzt und die positiv bewertete Partizipation von Jugendlichen vermehrt gefördert werden.

Des Weiteren wurde in beiden Gruppen die Verbesserung der Beziehung zwischen Erwachsenen und Jugendlichen als Ziel thematisiert. In den Sozialisationsfeldern "Schule" und "Familie" sollten die Sozialkompetenzen von Erwachsenen im Umgang mit Jugendlichen gezielt gefördert werden, und verbindliche Werte sollten zwischen Jugendlichen und Erwachsenen ausgehandelt und durchgesetzt werden.

## 5.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In dieser Studie wurden die Sichtweisen von Expertinnen und Experten aus Institutionen der Jugendhilfe bezüglich der aktuellen und künftigen Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich sowie bezüglich zu treffender Massnahmen untersucht. Es wurden Telefoninterviews und zwei Gruppendiskussionen mit Fachpersonen durchgeführt. Diese partizipative Vorgehensweise führte einerseits zu differenzierten, facettenreichen Informationen und ermöglichte andererseits einen von den Teilnehmenden als positiv beurteilten "kritischen" Reflexionsprozess. Eine wertvolle Ergänzung zu den erhobenen Sichtweisen wäre eine analoge Befragung von Jugendlichen.

Auf der individuellen Ebene schrieben die Expertinnen und Experten den Jugendlichen hohe kommunikative und reflektive Fähigkeiten zu. Viele Jugendliche können sich auf verbaler und auf nonverbaler Ebene in kreativer Weise ausdrücken. Körperliche Gesundheit und Vitalität wurden als Ressourcen des Jugendalters genannt. Jugendliche nehmen ihre Stärken oft in positiver Weise wahr, scheinen sich aber nicht explizit gesundheitsbewusst zu verhalten: Suchtmittelkonsum und anderes Risikoverhalten (Sport, Sexualität) sowie problematische Essgewohnheiten sind als belastende Aspekte verbreitet. Auf der einen Seite erwähnten die Expertinnen und Experten Tendenzen der Individualisierung bei Jugendlichen, andererseits wurden die Wichtigkeit einer sozialen Einordnung auf der Peer-Ebene und damit einhergehende Konflikte als grundlegende Merkmale des Jugendalters besprochen.

Auf der soziostrukturellen Ebene treffen die Jugendlichen ein umfassendes Bildungs-, Kultur- und Unterstützungsangebot an. Sie werden durch den modernen, partizipativen Erziehungsstil in wichtige Entscheidungsprozesse einbezogen. Die bestehenden Angebote werden von vielen Jugendlichen in flexibler Weise genutzt, sie weisen aber auch Lücken auf: Merkmale wie Migration, tiefer sozioökonomischer Status können eine Benachteiligung für Jugendliche bewirken. Die vielfältigen Möglichkeiten und Anforderungen von modernen Gesellschaften einerseits und mangelnde Leitplankensetzung durch die Erwachsenen andererseits, können eine Werteorientierung und eine Identitätsfindung bei Jugendlichen erschweren. Zudem werden Jugendliche vermehrt gezielt vom Markt angesprochen und zu Konsum verleitet.

Als wichtige Massnahme wurde die Schaffung von "Räumen" genannt, in denen sich Jugendliche untereinander und gemeinsam mit Erwachsenen mit individuellen und gesellschaftlichen Fragen und Anliegen kritisch auseinandersetzen können.

Die Expertinnen und Experten waren der Ansicht, dass Erwachsene sich in den unterschiedlichsten Settings (Schule, Familie usw.) den Jugendlichen zunehmend als Gesprächspartner/innen anbieten sollten und dass es gleichzeitig die Aufgabe von Erwachsenen ist, "pädagogischen Widerstand" zu leisten, d. h., den Jugendlichen Orientierungshilfen anzubieten und vermehrt auch Leitplanken zu setzen. Sowohl in der Familie als auch im schulischen Umfeld sollten Erwachsene im Umgang mit Jugendlichen unterstützt werden. Zudem sollte eine familienfreundlichere Politik Eltern entlasten.

Im Zusammenhang mit der Migration wurde auf die Notwendigkeit einer vermehrten Chancengleichheit zum Beispiel in den Bereichen Schule und Berufsausbildung hingewiesen.

Die Beurteilung der Gesundheit Jugendlicher durch die Expertinnen und Experten war in den Telefoninterviews weniger positiv und fokussierte häufiger auf individuelle Merkmale Jugendlicher als in den Gruppendiskussionen. Dies zeigt, dass die Resultate von der Untersuchungsmethode abhängen können.

Für die Entwicklung von Konzepten und Massnahmen in der Gesundheitsförderung bildet ein partizipativer Einbezug von Expertinnen und Experten eine wertvolle Ergänzung zu den epidemiologischen Studien.

## 5.7 Literatur

Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken*. Weinheim: Beltz.

Lamnek, S. (1998). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz.

Flick, U. (1995). *Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

### **Korrespondenzadresse:**

PD Dr.phil. Thomas M. Gehring und Roland Stähli, lic.phil.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin

der Universität Zürich

Sumatrastr. 30

CH-8006 Zürich

Tel.: 01 634 46 22 und 01 634 46 24; Fax 01 634 49 62 und 01 634 49 77

E-Mail: [gehringt@ifspm.unizh.ch](mailto:gehringt@ifspm.unizh.ch) und [rst@ifspm.unizh.ch](mailto:rst@ifspm.unizh.ch)



## 5.8 Anhang

### Adressliste der Teilnehmenden der Expertinnen- und Expertenbefragung und der Gruppendiskussionen

Es haben Vertreterinnen und Vertreter aus folgenden 15 Institutionen der Jugendhilfe an den Telefoninterviews teilgenommen. Die mit "A" indizierten Personen haben zusätzlich noch an der Gruppendiskussion vom 21. September 2001, bzw. die mit "B" indizierten Personen an derjenigen vom 24. September 2001 teilgenommen.

#### JUGENDBERATUNGSSTELLEN IN DEN BEZIRKEN

*Bezirk Andelfingen:*  
Verein für Jugendarbeit Weinland  
Haus Breitenstein  
8450 Andelfingen  
Tel. 052/ 304 26 36  
Natel 079 288 66 60  
**Stellenleitung: Thomas Küfer**

*Bezirk Bülach:*  
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst  
8110 Bülach  
Tel. 01 / 872 56 56 / 55 (direkt)  
**Stellenleitung: Dr. Andreas Sarasin**

*Bezirk Dietikon:*  
Mobile Jugendberatung Limmattal  
Grabenstrasse 7  
8952 Schlieren  
Tel. 01 / 730 61 61  
**Stellenleitung: Carina Galli (B)**

*Bezirk Horgen:*  
Jugendberatungsstelle für den Bezirk Horgen  
Samowar  
Bahnhofstrasse 24  
8800 Thalwil  
Tel. 01 / 723 18 18  
**Beraterin: Rosmarie Koller (B)**

*Bezirk Meilen:*  
Jugendberatungsstelle des Bezirks Meilen  
Samowar  
Bergstrasse 3  
8706 Meilen  
Tel. 01 / 923 27 70  
**Stellenleitung: Olivier Andermatt**

*Bezirk Pfäffikon:*  
Jugendberatung  
Hochstrasse 4  
8330 Pfäffikon  
Tel. 01 / 950 53 31  
**Stellenleitung: Susanna Steiner (A)**

*Bezirk Winterthur:*  
Beratungsstelle für Jugend- und Drogenprobleme  
Postfach/Stadthaus  
Tösstalstr. 19  
8402 Winterthur  
Tel. 052 / 267 59 04  
**Stellenleitung: Dr. Elisabeth Zeier (A)**

*Stadt Zürich:*  
Jugendberatungsstelle der Stadt Zürich  
Röntgenstrasse 44  
8005 Zürich  
Tel. 01 / 444 50 52  
**Stellenleitung: Rita Vonlanthen**

#### ANDERE INSTITUTIONEN IN DEN BEZIRKEN

*Bezirk Affoltern:*  
Contact  
Zürichstr. 80, Postfach 429  
8910 Affoltern a. A.  
Tel. 01/ 762 55 84  
**Stellenleitung: Ady Baur (B)**

*Bezirk Dielsdorf:*  
Jugend- und Familienberatung  
Jugendsekretariat Dielsdorf  
Spitalstr. 11  
8157 Dielsdorf  
Tel. 01/855 65 65 / 46 (direkt)  
**Stellenleitung: Isabella Feusi**

*Bezirk Hinwil:*  
Verein Jugendarbeit Wetzikon  
Sunehaldeweg 8  
8620 Wetzikon  
Tel. 01 / 930 68 14  
**Stellenleitung: Arno de Boer (A)**

*Bezirk Uster:*  
Jugend- und Familienberatung (Jugendsekretariat)  
Schulweg 4  
8610 Uster  
Tel. 01/944 88 44 / 01 (direkt)  
**Jugendsekretär: Paul Bachmann (B)**

*Stadt Zürich:*  
Schulpsychologischer Dienst der Stadt Zürich  
Parkring 4  
8027 Zürich  
Tel. 01/209 88 41  
**Schulpsychologin: Judith Oswald (A)**

#### KANTONALE INSTANZEN

Kantonales Amt für Jugend und Berufsberatung  
Abt. Jugend und Familienhilfe  
Schaffhauserstr. 78  
8090 Zürich  
Tel. 01 / 259 23 83  
**Stellenleitung: Markus Brühwiler**

Kantonaler Schulärztlicher Dienst  
Rämistr. 58  
8001 Zürich  
Tel. 01 / 487 40 21 (Mo/Do)  
Tel. 01 / 760 34 82 (Praxis)  
**Leitung: Dr. Hans Nydegger (B)**



## Teil I. Leitfaden für die Telefoninterviews

### 1. Zur aktuellen Einschätzung von Gesundheitsproblemen

- Wichtigste Entwicklungen in den letzten 5 Jahren:  
positive, negative Aspekte,  
individuelle Merkmale, gesellschaftliche Merkmale
- Was sind die wichtigsten Probleme?  
individuelle und soziale Probleme  
betroffene Zielgruppen, soziale Lagen, Lebensbereiche, Institutionen, Individuen
- Was sind die wichtigsten Ressourcen?  
individuelle und soziale Ressourcen  
Zielgruppen, soziale Lagen, Lebensbereiche, Institutionen, Individuen

### 2. Einschätzung der künftigen Entwicklung (nächste 5 Jahre)

- Erwartete Entwicklungen in den nächsten 5 Jahren:  
positive, negative, individuelle Merkmale, gesellschaftliche Merkmale
- Präventiv: Welche Entwicklungen sollen vermieden werden?  
Welche Strategien und Projekte werden wichtig? (individuell, gesellschaftlich)
- Gesundheitsförderung: Welche Entwicklungen sollen unterstützt werden?  
Welche Strategien und Projekte werden wichtig? (individuell, gesellschaftlich)

### 3. Datenlage zur Beurteilung Gesundheit und Wohlbefinden der Zürcher Jugend?

- Welche Quellen benützen Sie, stehen Ihnen zur Verfügung?
- Welche Informationen gewinnen Sie aus Ihrer beruflichen Tätigkeit  
(Qualität der Informationen, subjektive Verzerrungen)
- Zufriedenheit mit dem eigenen Informationsstand, Wissensstand (Skala 1-6)
- Bedarf nach Informationen? Welche Indikatoren? Welches Reportingsystem?

### 4. Weitere Bemerkungen

- Zum Interview, zur Befragung
- Zu Ihrer professionellen Situation in ihrer Institution/Organisation
- Zur Situation im Kanton Zürich
- Zur Situation allgemein

## Teil II: Ablauf der Aufgaben der Teilnehmenden an den Gruppendiskussionen

Identifikation zentraler Ressourcen und Belastungen auf individueller und soziostruktureller Ebene. Notieren Sie bitte für die individuelle und für die soziostrukturelle Ebene die wichtigste Ressource, beziehungsweise die wichtigste Belastung bezüglich der Gesundheit von Zürcher Jugendlichen.

### Konsensfindung bezüglich zentraler Ressourcen und Belastungen

Einigen Sie sich in der Gruppe auf die drei wichtigsten Ressourcen und die drei wichtigsten Belastungen für die Gesundheit Zürcher Jugendlicher.

### Bestimmung der Ursachen und Bedingungen der Ressourcen und Belastungen

Nennen Sie gemeinsame Ursachen und Bedingungen für die von der Gruppe bestimmten positiven und negativen Einflüsse auf die Gesundheit von Jugendlichen.

### Erarbeiten von Massnahmenbereichen

Nennen Sie drei wichtige Massnahmenbereiche, in denen der Kanton Zürich zur Förderung der Gesundheit Jugendlicher aktiv werden sollte.