

SMASH-02



GESUNDHEIT UND
LEBENSSTIL
16- BIS 20- JAEHRIGER
IN DER SCHWEIZ (2002)



Hospices / CHUV
Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

Institut für Psychologie
Universität Bern

Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria
Cantone Ticino
Bellinzona

GESUNDHEIT UND LEBENSSTIL
16- BIS 20-JAEHRIGER
IN DER SCHWEIZ (2002)

SMASH 2002
Swiss multicenter adolescent survey on health 2002

*Françoise Narring, Annemarie Tschumper,
Laura Inderwildi Bonivento, André Jeannin, Véronique Addor,
Andrea Bütikofer, Joan-Carles Suris, Chantal Diserens,
Françoise Alsaker, Pierre-André Michaud*

Redaktion / Layout : Meltem Bükülmez

Finanzierung der Studie : Bundesamt für Gesundheit, Vertrag Nr. 00.001721 / 2.24.02.-81
Kantone AR, BE, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH

Zum Zitieren : Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 95b).

Herzlichen Dank : Ganz speziell danken wir den Jugendlichen, die uns vertrauensvoll einen Einblick in ihr Leben gewährt haben.
Wir danken den Administrationen, Institutionen und gesetzlichen Vertretungen der Kantone, deren Unterstützung in den verschiedenen Phasen der Studie sehr wertvoll war.
Wir danken auch den kantonalen Koordinatorinnen und Koordinatoren insbesondere für die Durchführung der Befragung in den Kantonen :
Mauro Amiguet, Martine Barraud, Michèle Batou, Paul Bouvier, Christine Bucher, Jacqueline Bursik, Maguy Debons, François Delessert, Peter Horat, Lydia Hümbeli, Laura Inderwildi Bonivento, Gaby Jentsch, Béatrice Jordan, Josef Laimbacher, Christine Maquelin, Annalis Marty, Anne-Marie Maurer, Pius Meier, Christiane Meier, Thomas Pfister, Meie Ruprecht, Rose-Marie Sewer, Thomas Steffen, Margrit Studer, Lysiane Ummel, Michael Urech, François Van der Linde, Klaus Weckerle, Hans Wydler.
Stefan Buerli, Tonja Laemmler und Meie Ruprecht danken wir für die Mitarbeit an der definitiven Version des Fragebogens, der Erstellung der Klassenlisten und der Koordination der Befragung, Gilles Wenger für die Gestaltung des Umschlages sowie der Plakette, Deborah Codoni und Luana Tozzini Paglia für die italienische Übersetzung, Antonella Branchi für die Supervision der italienischen Übersetzung, Carola Smolenski für die deutsche Übersetzung, Sabine Dormond für die französische Übersetzung, Carine Haederli und Elena Martinez für den Index sowie all diejenigen, die die Fragebogen in den Klassen verteilt haben.

Institute und Kontaktpersonen

IUMSP Institut universitaire de médecine sociale et préventive GRSA, groupe de recherche sur la santé des adolescents Prof. Pierre-André Michaud Chefarzt Tel. +41 (021) 314 37 60 Fax +41 (021) 314 37 69 E-mail: Pierre-Andre.Michaud@hospvd.ch	Universität Bern Institut für Psychologie PEDES, Psychologie der Entwicklung und der Entwicklungsstörungen Dr. med. Annemarie Tschumper Projektmitarbeiterin SMASH-02 Tel. +41 (031) 631 36 49 Fax +41 (031) 631 82 12 E-mail : annemarie.tschumper@psy.unibe.ch	UPVS Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria Sezione sanitaria Laura Inderwildi Bonivento Wissenschaftliche Mitarbeiterin Tel. +41 (091) 814 30 50 Fax +41 (091) 825 31 89 E-mail : laura.inderwildi@ti.ch
---	--	---

Das Dokument ist verfügbar unter : www.umsa.ch

Bestellschein auf der letzten Seite

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	5
Informationen für die Leserinnen und Leser	21
1 Einleitung : Rahmen und Zielsetzungen der Studie	23
1.1 Vorgeschichte und Auftrag	23
1.2 Kurze Literaturübersicht	24
1.2.1 Public Health orientierte Studien zum subjektiven Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten.....	24
1.2.2 Nutzung der Resultate dieser Studien.....	25
1.3 Ziele der Studie und konzeptioneller Rahmen	26
2 Stichprobe und Methode.....	33
2.1 Organisation der Studie.....	33
2.2 Ausarbeitung des Fragebogens	34
2.3 Stichprobenziehung	34
2.4 Datenverarbeitung und Datenanalyse	35
2.5 Ethische Fragen	35
3 Resultate	37
3.1 Stichprobenbeschreibung	37
3.2 Psychosoziales Umfeld und persönliche Beziehungen.....	39
3.2.1 Die Beziehung zur Familie	39
3.2.2 Beziehungen zu den Gleichaltrigen.....	43
3.2.3 Schule und Lehre	44
3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit	51
3.3.1 Körperliche Gesundheit und Gesundheitsbedürfnisse	51
3.3.2 Chronische Erkrankungen und Behinderungen.....	57
3.3.3 Menstruationsbeschwerden	61
3.3.4 Körperbild und Essverhalten	63
3.3.4.1 Körperbild.....	63
3.3.4.2 Das Gewicht und Sorgen um das Gewicht.....	63
3.3.4.3 Besorgtheit über das Gewicht und die Ernährung.....	66
3.3.4.4 Ernährung als Problem	67
3.3.5 Schlaf.....	69
3.3.6 Lärmbedingte Hörstörungen.....	71
3.3.7 Depressivität.....	73
3.3.8 Erlebnissuche und Risikomotivation.....	76

3.4	Gesundheitsverhalten.....	83
3.4.1	Körperliche Aktivität und Sport.....	83
3.4.1.1	Körperliche Aktivität.....	83
3.4.1.2	Sportliche Aktivität.....	85
3.4.2	Tabak.....	90
3.4.3	Alkohol.....	93
3.4.4	Cannabiskonsum.....	100
3.4.5	Konsum anderer Drogen.....	105
3.4.6	Schutzverhalten (Gebrauch von Helm und Sicherheitsgurt).....	110
3.4.7	Die Nutzung des Internets.....	114
3.5	Sexualität.....	123
3.5.1	Pubertät.....	123
3.5.2	Sexuelle Aktivität.....	124
3.5.3	Anzahl der Partner/innen.....	127
3.5.4	Benutzung von Verhütungsmitteln.....	128
3.5.5	Benutzung von Präservativen beim letzten Geschlechtsverkehr.....	130
3.5.6	Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch.....	130
3.6	Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt.....	133
3.6.1	Unfälle.....	133
3.6.2	Erlebte Gewalt.....	137
3.6.2.1	Systematische Belästigungen.....	138
3.6.2.2	Sexuelle Übergriffe.....	140
3.6.2.3	Gewalt im Internet.....	143
3.6.3	Suizidverhalten.....	144
3.6.4	Abweichendes / delinquentes Verhalten.....	148
3.7	Behandlung und Nutzung der Gesundheitsdienste.....	157
3.7.1	Medikamentenkonsum (nicht verschrieben und verschrieben).....	157
3.7.2	Konsultationen.....	159
3.7.3	Hospitalisationen.....	163
4	Illustrationsverzeichnisse.....	167
4.1	Abbildungsverzeichnis.....	167
4.2	Tabellenverzeichnis.....	171
5	Index.....	175
6	Anhang : Fragebogen SMASH 2002.....	176

ZUSAMMENFASSUNG

DIE STUDIE SMASH 2002

1992 und 1993 hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Lausanne gemeinsam mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich und dem Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria (Sezione Sanitaria) des Kantons Tessin eine grosse Studie zu Gesundheit und Lebensstil der Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren in der ganzen Schweiz durchgeführt. Die Resultate waren auf nationaler und regionaler Ebene Gegenstand breit angelegter Diskussionen und Überlegungen zu prioritären Massnahmen und gezielten Strategien für die Verbesserung des Gesundheitszustands der Jugendlichen in der Schweiz. Nun verändern sich der Gesundheitszustand und die Lebensgewohnheiten der Jugendlichen rasch und 2002 ergab sich eine besonders interessante Gelegenheit zur Wiederholung der Studie. Für dieses Jahr waren nämlich turnusgemäss auch die alle vier Jahre durchgeführte HBSC-Befragung (« Health Behaviour in School-aged Children », 11- bis 16-Jährige) der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenfragen (SFA) und die alle fünf Jahre durchgeführte Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik geplant.

Die SMASH-2002-Studie (« Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health ») wurde gemeinsam von der Groupe de Recherche sur la Santé des Adolescents des ISPM Lausanne, dem Institut für Psychologie der Universität Bern und dem Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria (Sezione Sanitaria) des Kantons Tessin durchgeführt. Der vorliegende Bericht^a beschreibt die aus den Resultaten ersichtlichen grossen Tendenzen, stellt einige Hypothesen zum Verständnis und zur Bedeutung der aktuellen Situation auf und schlägt für die Zukunft einige Denkanstösse vor.

Die vorliegende Untersuchung beruht auf zwei sich ergänzenden Ansätzen : der sozialwissenschaftliche Ansatz legt den Schwerpunkt auf die sozialen Aspekte des Gesundheitsverhaltens und versucht die psychosoziale und wahrnehmungsbedingte Bestimmung dieses Verhaltens (Lebensstile) aufzuzeigen ; der epidemiologische Ansatz legt den Schwerpunkt auf die Prävalenz dieser Verhaltensweisen und deren Analyse in verschiedenen Subgruppen bzw. der Entwicklung über die Zeit. Grundlage für die Studie war ein Gesundheitsverständnis, welches Gesundheit als dynamisches Gleichgewicht sieht, ein Prozess, der ständig sowohl durch persönliche Merkmale und persönliches Verhalten als auch durch Gegebenheiten des nahen (z.B. sozioökonomische Situation) oder weiteren Umfelds (z.B. Klima, Transportmittel etc.) beeinflusst wird.

Die SMASH-2002-Studie liefert ein Bild der Situation der Jugendlichen und ihres Gesundheitszustands : sie zeigt Gesundheitsbedürfnisse, Gesundheitsverhalten und damit verbundene Faktoren sowie wichtigste Veränderungen im Laufe der letzten 10 Jahre auf. Die Daten sollen es ermöglichen, die Planung der Gesundheitsversorgung sowie der Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für Jugendliche zu überdenken und zu optimieren.

Ein Fragebogen wurde aufgrund der Erfahrungen der ersten SMASH-Studie von 1992/93 ausgearbeitet. Er enthält 93 Fragen zum wahrgenommenen Gesundheitszustand, zu Haltungen, Verhalten und Gesundheitsbedürfnissen der Jugendlichen sowie zu ihren Lebensstilen, ihren Beziehungen zum Umfeld und zu ihrem Erleben des Klimas in Familie und Ausbildung. Mit diesem

^a Elektronisch verfügbar auf der Internetseite der Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents des Waadtländer Universitätsspitals (CHUV) in Lausanne (www.umsa.ch).

Fragebogen, der in drei Landessprachen vorlag, wurden Lehrlinge sowie Schülerinnen und Schüler der Mittelstufe II (Gymnasien, Diplommittelschulen, Handelsschulen etc.) in den 18 Kantonen, die sich einverstanden erklärten, an der Untersuchung teilzunehmen, befragt. Der Fragebogen wurde durch schulexterne Personen, nach einer detaillierten Vorstellung der Studienziele und einer Information zur Anonymität der Befragung, in den ausgelosten Klassen abgegeben. Die Teilnahme an der Studie war für die Jugendlichen freiwillig, nur wenige haben jedoch ihre Mitarbeit verweigert. Die Datenbereinigung zeigte insgesamt und über die einzelnen Fragen hinweg eine hohe Antwortrate (weniger als 5% fehlende Antworten für die meisten Fragen) und eine gute Konsistenz der Antworten, die somit als zuverlässig eingestuft werden können.

Die Stichprobe umfasst Jugendliche zwischen 16 und 20 Jahren, die zum Zeitpunkt der Befragung eine Ausbildung in einer öffentlichen Bildungseinrichtung (Mittelschule, Berufsschule etc.) absolvierten. Das heisst, von der Befragung ausgeschlossen, waren Jugendliche in Privatschulen, solche, die ohne Ausbildung erwerbstätig waren bzw. Jugendliche, die zum Zeitpunkt der Rekrutierung gänzlich ohne Ausbildungs- oder Arbeitsplatz waren.

Bei der Auslosung der teilnehmenden Klassen wurde sorgfältig darauf geachtet, eine möglichst repräsentative Stichprobe der Schülerinnen, Schüler und Lehrlinge der teilnehmenden Kantone zu erhalten. Nach Ausschluss gewisser Jugendlicher (z.B. derjenigen, die älter als 20 und jünger als 16 Jahre waren) beziehen sich die vorliegenden Resultate auf eine (Netto-)Stichprobe von 7420 Jugendlichen aus allen Sprachregionen der Schweiz, darunter 3380 Mädchen und 4040 Jungen, welche sich auf Mittelschulen der Stufe II (n=2110) und Berufsschulen (n=5310) verteilen.

Die Antworten wurden elektronisch erfasst und in eine Datei transferiert, welche anschliessend mit verschiedenen Kontrollverfahren bereinigt wurde. Die im vorliegenden Bericht vorgestellten Analysen sind vor allem deskriptiv. Sie werden in den kommenden Monaten entsprechend den Fragestellungen von Fachleuten aus diversen Fach- und Arbeitsbereichen weiter vertieft.

PSYCHOSOZIALES UMFELD : EIN BEZIEHUNGS- UND SOZIALNETZ, WELCHES DIE GESUNDHEIT FÖRDERT

Im Sinne einer globalen Sichtweise der Gesundheit und ihrer Einflussfaktoren enthielt der Fragebogen eine Reihe von Fragen zum Klima in Familie, Schule und Lehrstelle sowie zu den persönlichen Beziehungen. **Drei Viertel der Jugendlichen gehörten einer nicht getrennten Familie an und lebten noch bei ihren biologischen Eltern.** Die überwiegende Mehrheit der Antwortenden (ca. 90%) fühlten sich gut akzeptiert von ihren Eltern, und zwei Drittel der Befragten besprachen mit ihnen auch Probleme und Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen mit ihren Eltern. Am häufigsten besprachen sie Gesundheitsprobleme. Etwas schwieriger schien es dagegen, über psychische Probleme zu sprechen. Auch die Beziehungen zu gleichaltrigen Freundinnen und Freunden haben in diesem Alter eine wichtige Bedeutung. Mehr als 90% der Antwortenden gaben an, dass sie in ihrem Umfeld einen Freund oder eine Freundin haben, mit dem / der sie vertrauliche Gespräche haben können. Es waren dabei insbesondere die Mädchen, die mit ihren Freundinnen und Freunden auch über psychische Schwierigkeiten redeten.

Wie steht es mit dem Klima in der Schule und an der Lehrstelle? **Die Mehrheit der Antwortenden bezeichnete das Klima in ihrer Schulklasse als angenehm. Ausserdem fanden zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Jugendlichen, dass ihre Lehrkräfte (darunter auch Lehrmeister/innen) ihnen vertrauten.** Ein Fünftel der Lehrlinge fühlte sich allerdings durch eine Anzahl Stressoren wie Zeitdruck, Störungen im Arbeitsprozess oder hohe Verantwortung am Arbeitsplatz signifikant belastet. Eine Belastung stellte auch die Sorge um die berufliche Zukunft dar : ein Fünftel der befragten 16- bis 20-Jährigen hätte diesbezüglich eine Unterstützung benötigt.

Diese Resultate stehen – obwohl darauf hingewiesen werden muss, dass lediglich Jugendliche erfasst wurden, die sich in einer nachobligatorischen Ausbildung befinden – im Widerspruch zu der relativ pessimistischen Vorstellung, die manche Erwachsene haben, welche die Beziehung der Jugendlichen zu ihrem familiären, schulischen und beruflichen Umfeld anbelangt.

Es ist wichtig zu sehen, wie sehr ein Netz von tragfähigen Beziehungen im familiären, privaten, beruflichen oder schulischen Umfeld die Gesundheit und das Wohlbefinden der Jugendlichen positiv beeinflussen kann. Eine gute Integration in ein wertschätzendes schulisches oder berufliches Umfeld ist ein bedeutendes gesundheitliches Kapital. Daraus zeigt sich die Notwendigkeit, die Auswahl und die Möglichkeiten im Bereich der Berufslehren weiter zu entwickeln und einen möglichst hohen Anteil der Jugendlichen in einer nachobligatorischen Ausbildung zu behalten.

DIE JUGENDLICHEN ERFREUEN SICH EINER GUTEN GESUNDHEIT : JA, ABER...

Einschätzung der eigenen Gesundheit, Klagen und Gesundheitsbedürfnisse

Im Gegensatz zu den manchmal etwas stereotypen Bildern, welche von den Medien verbreitet werden, haben nicht alle Jugendlichen das gleiche gesundheitliche Profil. Viele fühlen sich bei guter Gesundheit und zeigen ihre Lebensfreude und die Hoffnungen, die sie verkörpern. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Jugendlichen erlebt aber vorübergehend oder länger andauernd Missbefinden, Sorgen oder schwierige Lebensphasen. **Nur eine kleine Minderheit der Befragten (ca. 6%) bezeichnete ihre Gesundheit als schlecht.** Wie in anderen Studien schätzten anteilmässig etwas mehr Mädchen als Jungen ihre Gesundheit so ein. Auch wenn sich die Mehrheit der Jugendlichen eher wohl fühlte in ihrer Haut, berichtete doch ein erheblicher Anteil der Befragten, dass sie ziemlich oft bis sehr oft an Rücken-, Bein-, Bauch- und Kopfschmerzen bzw. Übelkeit leiden : bei den Mädchen war es ein Drittel, der solche Beschwerden angab. Ein Viertel der Mädchen antwortete ausserdem, dass sie oft bis sehr oft gynäkologische Probleme hätten und nur 5% berichteten, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung keinerlei Menstruationsbeschwerden gehabt zu haben. Ca. 20% gaben an, dass sie sich infolge von Menstruationsbeschwerden in gewissen schulischen, beruflichen oder sozialen Aktivitäten eingeschränkt fühlten.

Wenn man die Jugendlichen fragt, für welche Probleme sie zurzeit Hilfe oder Unterstützung benötigten, unterstreichen sie die Bedeutung von Problemen auf der psychosozialen und der Beziehungsebene. An erster Stelle standen Stress und Depressivität. Immerhin 35% der Mädchen und 20% der Jungen fühlten sich zeitweise so deprimiert, dass sie eine professionelle Unterstützung benötigt hätten. Während viele Erwachsene den Gebrauch psychoaktiver Substanzen^b als eines der grössten Probleme der Jugendlichen betrachten, kamen Themen wie Alkohol- und Drogenkonsum für die Befragten erst am Schluss der Liste, während dem Bedarf nach Unterstützung im Umgang mit Stress, dem Gefühlsleben und der Ernährung eine grosse Bedeutung zukam.

Erwähnt werden soll hier auch die Situation von Jugendlichen, welche an einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung leiden (etwa 10% der Befragten). Wie erwartet, wurden diese Jugendlichen häufiger hospitalisiert und fehlten mehr Tage in der Schule oder an der Arbeit als ihre Kollegen und Kolleginnen. Es ist wesentlich, dass Bildungseinrichtungen hier Wege finden, damit die erforderlichen Therapien sich möglichst wenig auf die schulischen Fortschritte auswirken. Im Übrigen zeigen verschiedene Studien, dass eine chronische Krankheit keinen Schutzfaktor bezüglich Entdeckungs- und Risikoverhalten darstellt. Es ist also daran zu denken, dass Jugendliche, unabhängig

b Anstelle des Begriffs „Drogen“, welcher sich nur auf illegale Substanzen bezieht, wird der Begriff psychoaktive Substanzen verwendet, das heisst Substanzen, welche Wirkungen auf die Stimmung und die Psyche haben können und zu denen nebst Cannabis und synthetischen Drogen auch psychotrope Medikamente und Alkohol gehören.

von ihrer chronischen Erkrankung, die gleiche vorausschauende und präventive Führung benötigen, wie ihre gleichaltrigen Kolleginnen und Kollegen.

Psychische Gesundheit

Mehrere Fragen bezogen sich auf das Selbstbild und die psychische Gesundheit : das Körperbild ist eine besonders wichtige Fazette der Selbstwahrnehmung, besonders in der Adoleszenz. Neue Erfahrungen im Zusammenhang mit der körperlichen Entwicklung, mit der ersten Liebe und mit der Vorstellung, die man sich über die körperliche Anziehungskraft macht, stellen den Körper ins Zentrum des Interesses. Die Jugendlichen sind ausserdem das beliebteste Zielpublikum der Modeindustrie, die in Bezug auf das Körperbild mehr und mehr ein Diktat auszuüben scheint. In der vorliegenden Studie wurden die Jugendlichen gefragt, ob sie mit ihrer äusseren Erscheinung zufrieden seien, oder ob sie das eine oder andere an ihrem Körper verändern möchten. Die Antworten der Mädchen waren deutlich weniger positiv als diejenigen der Jungen. **40% der Mädchen und 18% der Jungen waren mit ihrem Aussehen und ihrem Körper unzufrieden und dies unabhängig von Alter und Ausbildungstyp.** Eine grosse Anzahl Mädchen fühlte sich zu dick, während man bei den Jungen eine wachsende Unzufriedenheit in beide Richtungen feststellte (zu schwächlich oder zu dick). Der Anteil Jungen, die ihr Gewicht zufriedenstellend finden, ist kleiner als vor 10 Jahren. Diese Tendenz könnte im Zusammenhang mit dem von den Medien aktuell propagierten Idealbild des muskulösen, haarlosen männlichen Oberkörpers stehen. Bei den Mädchen hat der Anteil der unzufriedenen in den letzten 10 Jahren ebenfalls zugenommen. So brachten 70% der befragten Mädchen den Wunsch nach Gewichtsabnahme zum Ausdruck (gegenüber 55% in der Studie 1993) und 20% gaben sogar zu, dass sie dieser Wunsch ständig beschäftigt.

Mit Hilfe von standardisierten Fragen war es möglich, den Anteil der Befragten zu bestimmen, der an einer depressiven Verstimmung litt. Ungefähr 10% der Mädchen und 5% der Jungen berichteten über entsprechende Symptome. Die Lehrlinge scheinen häufiger betroffen zu sein als Schülerinnen und Schüler. Schlafstörungen, die oft Zeichen von psychischen Problemen sind, kamen bei den Mädchen häufiger vor als bei Jungen : betroffen waren eines von fünf befragten Mädchen und einer von sieben bei den Jungen. Diese, wie auch die weiter oben beschriebenen, Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind teilweise wahrscheinlich auch auf eine unterschiedliche Wahrnehmung von Symptomen zurückzuführen. Sie könnten jedoch auch Ausdruck davon sein, dass es für Mädchen tatsächlich schwieriger ist, einen Platz in ihrem gesellschaftlichen Umfeld zu finden.

Zusammengefasst ist die Wahrnehmung, welche die Jugendlichen von ihrer Gesundheit haben, etwas widersprüchlich : wenn die Mehrheit sich allgemein einer guten Gesundheit erfreut, leidet ein bedeutender Anteil, der grösser ist als vor 10 Jahren, an Problemen, vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit. Gegenüber 1993 scheint ein grösserer Anteil der Mädchen wegen ihres Aussehens besorgt zu sein. Als neues Phänomen sind auch viele Jungen wegen ihrer Erscheinung beunruhigt, die ihrer Einschätzung nach nicht den Massstäben genügt, welche von der Modeindustrie und der Werbung gesetzt werden. Stress, Deprimiertheit und Schlafstörungen betreffen zwischen 20% und 30% der Jugendlichen. Im Übrigen ist bekannt, dass sich hinter körperlichen Beschwerden oft vorübergehende oder länger andauernde psychische Probleme verbergen.

Diese Feststellungen zur psychischen Gesundheit drängen nach Überlegungen auf kollektiver und individueller Ebene, welche am Ende dieser Zusammenfassung dargestellt sind. Hier soll lediglich betont werden, dass viele der in den folgenden Abschnitten dargestellten Probleme lediglich die psychische Situation der Jugendlichen aufdecken. Suchtmittelkonsum, schlecht gemeisterte Sexualität, Gewalt gegen sich selbst und andere sind Zeichen, auf welche Fachpersonen, die im Kontakt mit Jugendlichen stehen, sensibilisiert sein müssten. Die Betreuung von betroffenen Jugendlichen sollte interdisziplinär in einem gut funktionierenden Netzwerk zwischen verschiedenen Institutionen erfolgen. Im Übrigen müssen aufgrund der beobachteten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen hier künftig Strategien entwickelt werden, die dem Geschlecht (gender) der Betroffenen vermehrt Rechnung tragen.

GESUNDHEITSVERHALTEN : EINE BEUNRUHIGENDE SITUATION

Körperliche Aktivität

Mit körperlicher Aktivität sind alle Aktivitäten des muskulo-skelettalen Systems gemeint, welche Energie verbrauchen. Die Schweizerische Vereinigung für Sport (SVS) definiert Sport als „körperliche Aktivität mit spielerischem Charakter, welche Freude macht, Bezug nimmt auf Leistung und eine verantwortungsvolle Begegnung mit sich selbst, anderen oder der Natur ermöglicht.“ Sowohl Alltagsaktivitäten als auch Sport im eigentlichen Sinn haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit, weshalb der Fragebogen diese beiden wichtigen Komponenten des Lebensstils zu erfassen suchte.

Zwei Drittel der Jungen und die Hälfte der Mädchen erreichen die von der Amerikanischen Gesellschaft für Kardiologie empfohlene körperliche Aktivität von mindestens dreimal pro Woche. Nur 40% der Mädchen und 60% der Jungen treiben jedoch mehr als einmal pro Woche Sport. Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil sportlich Aktiver zwischen den Altersgruppen von 16 bis 20 Jahren stetig ab. Am häufigsten als Gründe dafür genannt, wurden fehlende Zeit und Motivation und insbesondere auch unregelmässige Arbeitszeiten. Wenn man die vorliegenden Zahlen mit den Daten von 1993 vergleicht, so muss man trotz einer etwas unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichprobe zum Schluss kommen, dass die körperliche Aktivität in den letzten 10 Jahren bei Jungen und Mädchen erheblich abgenommen hat. Der Prozentanteil derjenigen, die mindestens zwei- bis dreimal pro Woche Sport treiben, hat von 46% auf 37% bei den Mädchen und von 63% auf 59% bei den Jungen abgenommen.

Man kann die Hypothese aufstellen, dass diese Abnahme der körperlichen Aktivität mit mehreren sozialen Faktoren im Zusammenhang steht: allgemeine Verbreitung des Gebrauchs von Motorfahrzeugen bei den 14- bis 16-Jährigen, Verlängerung der Schul- und Arbeitswege, unregelmässige Stundenpläne und Arbeitszeiten, Attraktivität anderer Freizeitangebote, Fehlen einer Politik, welche gezielt die Inaktiven zu körperlicher Aktivität motiviert, manchmal auch fehlende passende Angebote etc. Künftig muss überlegt werden, wie gewisse Jugendliche besser zu einer regelmässigen sportlichen Aktivität motiviert werden können. Dabei müssen insbesondere die Probleme in Betracht gezogen werden, die sich aus dem Übergang zwischen Schule und Lehre mit ganz neuen Stundenplänen ergeben. Eine weitere Schwierigkeit, über die Jugendliche häufig berichten, ist ein regelmässiges, strukturiertes Sportangebot zu finden, bei welchem man sich nicht automatisch zu einem zeitintensiven, anstrengenden und Wettkampf orientierten Training verpflichten muss. Es gibt hier vermutlich Platz für Gruppenaktivitäten, die weniger leistungsorientiert sind und die eine gewisse Flexibilität bezüglich Häufigkeit und Intensität bieten.

Essverhalten im Zusammenhang mit dem Gewicht und dem Körperbild

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, waren 40% der Mädchen und 18% der Jungen unzufrieden mit ihrem Aussehen und ihrem Körper. Die Jugendlichen wurden ausserdem gefragt, ob sie etwas an ihrem Körper verändern möchten : **ca. 70% der Mädchen wollten abnehmen (1993 waren es 55%). 20% gestanden sogar ein, dass dieser Wunsch sie ständig beschäftigt. Daneben wollten ungefähr 25% der Jungen zunehmen.** Die meisten Befragten, die ihr Gewicht verändern wollten, gaben an, dazu Sport zu treiben. Ein erheblicher Anteil gab aber auch an, eine Diät zu machen (30% der Mädchen, 20% der Jungen).

Selbstverständlich kann eine Essstörung nicht mittels eines kurzen selbst ausgefüllten Fragebogens diagnostiziert werden. Mit Hilfe einiger Fragen zu Ideen und Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Essen ist es aber möglich festzustellen, wie weit eine Person ein diesbezügliches Risikoverhalten aufweist. So berichteten 16% der Mädchen und 9% der Jungen, dass sie mehrmals pro Woche enorm viel essen, ohne damit aufhören zu können. Und 3% der Mädchen und 1% der Jungen gaben zu, dass sie sich mehrmals pro Woche bis täglich absichtlich zum Erbrechen bringen. Bei den Mädchen ist der Prozentanteil deutlich höher als 1993 (1%). Diese Resultate können gleichzeitig ein Hinweis darauf sein, dass Essstörungen im Zunehmen sind, und dass viele Mädchen ihre Ernährung sehr einschränken, was sie einem Risiko für die Entwicklung von Essstörungen wie selbst induziertem Erbrechen oder Ess-Brechsucht (Bulimie) aussetzt.

Diese Resultate zeigen die Notwendigkeit von geschlechtsspezifischen Ansätzen. Jungen sind eher über die Form ihres Körpers besorgt. Mehr als vor 10 Jahren haben auch Mädchen solche Sorgen und sind darüber hinaus wegen ihres Gewichts beunruhigt. Sie pflegen in der Folge ein Essverhalten, das für ihre Gesundheit schädlich sein kann (häufige Diäten, Essanfälle, selbst ausgelöstes Erbrechen). Essstörungen (dazu gehört auch das hier nicht vertieft analysierte Übergewicht) stellen in unserer Konsumgesellschaft ein relevantes Problem der öffentlichen Gesundheit dar, welches Anlass zu einem Überdenken der Werbung sein sollte, insbesondere bezüglich der Manipulation des weiblichen Körpers und des Kults bestimmter Schönheitsideale, welche für Mädchen und Jungen keinerlei Platz für ihre Individualität lassen. Im Übrigen ist diese Zunahme vielleicht auch verbunden mit einer stärkeren Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Gesundheitsfachleute bezüglich der Risiken eines gestörten Essverhaltens, das oft der Umgebung verborgen bleibt.

Tabakkonsum

Der Teil der Studie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen konzentrierte sich auf den Konsum von Tabak, Alkohol, Cannabis und weiteren illegalen Drogen. Auch wenn es eine Studie zu Gesundheit und Lebensstil nicht erlaubt, die Bedeutung einer Substanz für die einzelnen Befragten genau zu bestimmen und die Diagnose eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit zu stellen, erlauben die vorliegenden Daten, Probier- und Genusskonsum von einem regelmässigen, gar täglichen Konsum zu unterscheiden, welcher körperliche und psychosoziale Folgen haben kann, insbesondere ein Scheitern in der Ausbildung oder in der beruflichen Integration.

Der Tabakkonsum der Jugendlichen gibt in der Schweiz wie auch im Ausland Anlass zu grosser Sorge. **Die Resultate von SMASH 2002 zeigen, dass einer/eine von drei Befragten sich als regelmässig Rauchende/r bezeichnete ; Lehrlinge zu einem höheren Anteil als Schülerinnen und Schüler ; und der Anteil Rauchender nimmt über die Altersgruppen von 16 bis 20 Jahren zu,** obschon ein Viertel des Kollektivs vor dem Alter von 16 Jahren mit Rauchen begann. Was kann man zur Entwicklung in den letzten 10 Jahren sagen ? Wegen der etwas unterschiedlichen Stichprobe ist Vorsicht geboten. Es scheint dennoch, dass die Raucherquote in allen hier untersuchten Altersgruppen und für beide Ausbildungstypen zugenommen hat, wobei der Anstieg bei den Lehrlingen wesentlich grösser ist als bei den Schülerinnen und Schülern.

In der Tabakprävention empfehlen Expertinnen und Experten sehr früh (bei den 10- bis 11-Jährigen) mit interaktiven Präventionsinstrumenten zu beginnen, welche den Erwerb von Lebenskompetenzen und Kompetenzen im Umgang mit Gruppendruck oder mit den Medien fördern und die Eltern aktiv mit einbeziehen. Darüber soll aber nicht die Bedeutung von Interventionen im Umfeld vergessen werden, zum Beispiel rauchfreie Schulen und öffentliche Räume. Erleichtert werden soll auch der Zugang zu Rauchstopp-Programmen für Jugendliche. Schliesslich belegen Studien zur Tabakprävention bei Jugendlichen mit Nachdruck die Wirksamkeit von gesetzlichen und wirtschaftlichen Massnahmen wie der Beschränkung des Zugangs zu Raucherwaren, der Beschränkung der Werbung und der Erhöhung des Preises von Zigaretten.

Alkoholkonsum

Die Öffentlichkeit und teilweise sogar die Fachwelt vergessen oft, dass die am häufigsten von den Jugendlichen konsumierte psychoaktive Substanz der Alkohol ist und nicht Cannabis. Diese Fehleinschätzung ist umso bedauerlicher, als der Alkoholmissbrauch in unserem Land wie auch in vielen anderen europäischen Ländern eines der ernsthaftesten Probleme der öffentlichen Gesundheit darstellt. **Die vorliegende Studie zeigt die grösste Zunahme des Alkoholkonsums bei den Mädchen**: 1993 gaben 28% der Mädchen an, dass sie ein- oder mehrmals pro Woche Alkohol konsumierten. Dieser Prozentanteil war 2002 42% (bei den Jungen stieg der Anteil von 56% auf 67%). Während den 30 Tagen vor der Befragung waren nach eigenen Angaben 30% der Mädchen und 52% der Jungen mindestens einmal richtig betrunken. Es ist wahrscheinlich, dass das Erscheinen der Alkopops-Getränke auf dem Markt hier eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, insbesondere bei den jüngeren Adoleszenten. Es sieht aus, als wenn sich das Verhältnis zum Alkohol verändert hätte. Die Jugendlichen konsumieren ihn seltener einfach zum Feiern, sondern mehr mit dem erklärten Ziel, in einen Zustand der Betrunkenheit zu gelangen. Sie folgen damit der übermässigen Wertschätzung von Experimentier- und Risikoverhalten unserer Gesellschaft.

Die kürzlich in unserem Land getroffenen Massnahmen zur Limitierung des Zugangs zu alkoholischen Getränken wie die Erhöhung der Steuern auf Alkopops oder eine strengere Kontrolle des Verkaufs an Minderjährige sind zu begrüssen. Es bleibt ausserdem zu hoffen, dass die Reduktion der maximal im Strassenverkehr zugelassenen Blutalkoholkonzentration von 0.8 auf 0.5 Promille möglichst bald umgesetzt wird. Kampagnen wie "nez rouge", bei der man sich über die Festtage von einem nüchternen Chauffeur mit dem eigenen Wagen nach Hause fahren lassen kann, oder "be my angel" von der "Fédération vaudoise contre l'alcoolisme", müssten weiterentwickelt, ausgebaut und populärer gemacht werden. Nicht vergessen werden darf die Tatsache, dass Alkoholprobleme nicht ein Jugendproblem sind. Wir können die Folgen des übermässigen Alkoholkonsums bei den Jugendlichen nur eindämmen, wenn wir uns auch grundsätzlich Gedanken zum Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft überhaupt machen.

Cannabiskonsum

Die vorliegende Studie bestätigt eine grosse „Popularität“ von Cannabis, da von den 20-Jährigen, je nach Geschlecht und Ausbildungstyp, zwischen 60% und 73% der Jugendlichen berichteten, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben (gegenüber 35% bis 40% vor 10 Jahren). Der Erstkonsum von Cannabis geschieht relativ früh, denn von den 16-Jährigen gaben 48% der Mädchen und 53% der Jungen an, sie hätten bereits einmal Cannabis konsumiert. 4% der Mädchen und 13% der Jungen berichteten über einen täglichen Konsum. 10% der Befragten gaben ausserdem an, in Schule oder Arbeit bereits Probleme im Zusammenhang mit ihrem Cannabis-Konsum gehabt zu haben.

Es ist sicher nötig, früher als in der Vergangenheit mit Präventionsaktivitäten zu beginnen. Im Übrigen gibt es eine wachsende Anzahl Jugendlicher, die täglich oder mehrmals täglich Cannabis konsumieren, mit entsprechenden Folgen für die Schule oder die Arbeit. Die aktuelle Diskussion dreht sich zu stark um die Risiken von Cannabis im Allgemeinen, während es viel nützlicher wäre, das Verhältnis zu betrachten, das gewisse Jugendliche zu dieser Substanz haben: die konsumierte Menge und die Konsumhäufigkeit, aber auch die Umstände, unter welchen konsumiert wird oder die Persönlichkeit der jugendlichen Konsumenten. So sollten sich Interventionen nicht nur auf den Substanzenmissbrauch konzentrieren, sondern allgemein auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen und auf die Wiederherstellung eines stimulierenden Umfelds, welches Zukunftsperspektiven bietet.

Konsum synthetischer Drogen

Während der Heroinkonsum über die letzten 10 Jahre stabil geblieben ist, hat der Konsum von synthetischen Drogen und von Kokain unter den Jugendlichen offenbar zugenommen. Während der Cannabis-Konsum schon Jugendliche unter 16 Jahren betrifft, ist dies für die synthetischen Drogen kaum der Fall. Der Anteil der Befragten, die einmal im Leben solche Substanzen konsumiert haben, ist bei den 16-Jährigen ungefähr 5%, bei den 20-Jährigen ungefähr 15%. Die Anteile variieren je nach Geschlecht und Ausbildungstyp, wobei die höchsten Anteile bei den männlichen Lehrlingen beobachtet werden. Hier muss erwähnt werden, dass der Anteil derjenigen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung konsumiert hatten, deutlich tiefer liegt, nämlich bei 3% bis 5%, was zeigt, dass **die Mehrheit der Konsumenten eher einen Gelegenheits- und Genusskonsum betreibt**. Die Programme zur Prävention des Konsums synthetischer Drogen unterscheiden sich nicht wesentlich von der allgemeinen Drogenprävention. Dagegen benötigen die regelmässigen Konsumenten dieser Substanzen, insbesondere von Kokain, gezielte sozial-pädagogische, medizinische und psychiatrische Interventionen durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen.

SEXUALITÄT : ERFOLG DER PRÄVENTION

Das Erwachen der Sexualität ist in der Adoleszenz einer der wichtigen Aspekte des Entwicklungsprozesses, insbesondere der Entwicklung der eigenen Identität. Sie beinhaltet psychologische, affektive, emotionale und relationale Seiten, welche eine Studie wie SMASH 2002 nicht abdecken kann. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit konzentrierte sich die Studie daher vor allem auf messbare Verhaltensweisen, die eine Einschätzung der Entwicklung der Situation im Laufe der letzten 10 Jahre ermöglichen. Unter den 16- bis 20-jährigen Befragten hatten ungefähr die Hälfte bereits Geschlechtsverkehr gehabt. Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen haben sich im Laufe der letzten dreissig Jahren verringert und die Prozentanteile sind somit bei beiden Geschlechtern sehr ähnlich. Dagegen ist der Anteil sexuell aktiver bei den Lehrlingen beider Geschlechter etwas höher als bei den Schülerinnen und Schülern. Die Lehrlinge sind an der Arbeit mit der Welt der Erwachsenen konfrontiert und nähern sich dieser rascher an. **Im Vergleich zur Studie von 1993 hat der Anteil der sexuell aktiven Jugendlichen in allen Alters- und Geschlechtsgruppen leicht zugenommen und liegt wieder auf Höhe der 80er-Jahre**. Die Propagierung des Gebrauchs von Präservativen im Rahmen der STOP AIDS-Kampagne liess einige Befürchtungen aufkommen, dass damit das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs gesenkt würde, da diese Kampagne eine frühe Aufnahme der sexuellen Aktivität fördern und legitimieren könnte. Die Senkung des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr, die in den 70er-Jahren eingesetzt hat, hat sich jedoch nicht fortgesetzt. Die Resultate anderer Studien in Frankreich, Grossbritannien und den Niederlanden bestätigen, dass in den letzten 20 Jahren keine weitere Entwicklung in Richtung zunehmender sexueller Frühreife stattgefunden hat.

Der Anteil Jugendlicher, die beim ersten Geschlechtsverkehr mit einem neuen Partner ein Präservativ benutzt haben, ist ein guter Indikator dafür, wie weit sich die Jugendlichen vor einer HIV-Infektion schützen. Dieser Anteil bleibt seit Beginn der AIDS-Präventionskampagnen hoch. **Nur 3% der Befragten gaben an, bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr kein Verhütungsmittel benutzt zu haben.** Während das Präservativ das am häufigsten benutzte Verhütungsmittel beim ersten Geschlechtsverkehr war, wurde beim letzten Geschlechtsverkehr vor der Befragung häufiger mit der Pille verhütet. Dennoch haben auch beim letzten Geschlechtsverkehr 36% der Mädchen und 46% der Jungen ein Präservativ benutzt.

Die verbreitete Benutzung von Präservativen kann auch gelegentlich Zwischenfälle (Riss, Abrutschen) nach sich ziehen. Daneben gibt es auch eine Anzahl Jugendlicher, die in gewissen Situationen keine oder nur unwirksame Verhütungsmittel anwenden (Temperaturmethode, Rückzieher). Hier ist die Anwendung von Notfall-Methoden wie der „Pille danach“ angezeigt. So gaben 3% der Mädchen und Jungen an, bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr die „Pille danach“ (postkoitale Pille) benutzt zu haben. Die Frage nach der Benutzung der postkoitalen Pille wurde in der letzten Befragung nicht gestellt, aber die Information und der Zugang zu diesem Verhütungsmittel haben sich in den letzten 10 Jahren zweifellos stark verbessert, nicht vergeblich, wie es scheint. Die Verhütung einer unerwünschten Schwangerschaft ist ein wichtiges Anliegen der Jugendlichen und das Vorhandensein eines nach dem Geschlechtsverkehr anwendbaren Verhütungsmittels entspricht einem Bedürfnis.

Nur ein kleiner Anteil der befragten Mädchen (5% der Lehrlinge und 2% der Schülerinnen) gaben an, dass sie schon einmal schwanger waren. 71% von ihnen haben die Schwangerschaft abgebrochen, 18% hatten einen Spontanabort und nur 9% haben die Schwangerschaft ausgetragen. Die Angaben der Jungen entsprachen denjenigen der Mädchen. Auch wenn diese Zahlen zu den tiefsten weltweit gehören, müssen sie uns doch zum Überdenken der Qualität der Dienstleistungen in der Familienplanung und der Sexualkunde veranlassen.

Dass der Gebrauch von Präservativen nicht abgenommen hat, zeigt eine erfreulich stabile Reaktion der Jugendlichen auf die Botschaften der Prävention. Entgegen der oft geäußerten Befürchtungen, hat die Verfügbarkeit von wirksamen Therapien der HIV-Infektion bei den Jugendlichen bisher nicht zur Abnahme des Präservativgebrauchs geführt. Dagegen scheinen jedoch die Jugendlichen, die früh sexuell aktiv werden (vor dem Alter von 15 Jahren), mehr Mühe mit dem Schutz vor Geschlechtskrankheiten und der Anwendung von Verhütungsmitteln zu haben : es wäre nützlich, in Zukunft die Umstände dieser frühen sexuellen Beziehungen näher zu analysieren, um hier gezielte präventive Aktionen entwickeln zu können. Mit anderen Worten müssen die Fachpersonen in Sexualkunde und Familienplanung das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr in der Beratung stärker als Risikofaktor berücksichtigen und Strategien für diese besonders gefährdeten Jugendlichen entwickeln.

ERLEBTE UND AUSGEÜBTE GEWALT

Mehr und mehr tendiert man dazu, die erlebte und ausgeübte Gewalt unter einem gemeinsamen Dach zusammenzufassen, dies aus epidemiologischen und psychosozialen Gründen. Epidemiologisch ist es oft schwierig zu wissen, wie weit ein Todesfall oder eine Verletzung durch ein Unfallgeschehen im engen Sinn bedingt ist, und wie weit allenfalls der Wunsch sich selbst Schmerzen zuzufügen oder zu sterben im Spiel ist ; so ist die Unterscheidung bei einer Overdose zwischen Suizid und nicht gewolltem Tod oft schwierig. Im Übrigen weiss man, dass Selbstmordversuche und selbstverletzendes Verhalten unter Opfern von Gewalt und Misshandlungen häufiger vorkommen. Dieses Kapitel beinhaltet also die Studienresultate zu Unfällen, Selbstmordversuchen, deviantem Verhalten und erlebten Übergriffen (verbal, körperlich und sexuell).

Unfälle

Während den 12 Monaten vor der Befragung verunfallten nach eigenen Angaben 20% der Mädchen und 30% der Jungen so, dass sie durch eine Krankenschwester oder einen Arzt betreut oder gar hospitalisiert werden mussten. Wie vor 10 Jahren, war die Unfallrate bei den Lehrlingen bedingt durch die Arbeitsunfälle höher als bei Schülerinnen und Schülern. Immerhin, die Arbeitsunfälle scheinen abgenommen zu haben, während die Verkehrsunfälle scheinbar etwa gleich häufig geblieben sind. Der Prozentanteil der Befragten, die im Jahr vor der Befragung einen Sportunfall erlitten hatten, scheint stark abgenommen zu haben und zwar in allen analysierten Gruppen. Unter den 10% der Befragten, die angaben in den 12 Monaten vor der Befragung aus irgendeinem Grund hospitalisiert worden zu sein, berichtete etwa die Hälfte, dass dies aufgrund eines Unfalls geschah. Die Unfallfolgen sind nicht zu unterschätzen : 10% der Mädchen und 6% der Jungen berichteten über körperliche („Sie können alltägliche Dinge nicht mehr ohne Hilfe verrichten“) und/oder seelische Folgen („Veränderungen des Verhaltens, Ängste, Konzentrationsstörungen, etc.“).

Die Studie interessierte sich auch für den Gebrauch von Schutzhelmen durch Zweiradfahrer und Sicherheitsgurten im Auto. Bei den motorisierten Verkehrsteilnehmern ist die Nutzung des Helms und der Sicherheitsgurten sehr gut : eine grosse Mehrheit der Befragten (90% bis 100% je nach Geschlecht und Fahrzeugtyp) gab an, dass sie auf dem Roller, Motorfahrrad oder Motorrad regelmässig einen Helm tragen. Einen Sicherheitsgurt auf dem Vordersitz des Autos tragen 85% bis 95% der Jugendlichen je nach Geschlecht und Ausbildungstyp. Auf dem Rücksitz ist der Anteil derjenigen, die angaben einen Sicherheitsgurt zu tragen, etwas tiefer. Sorgen macht einzig der ungenügende Gebrauch von Velohelmen. Hier braucht es doppelte Anstrengungen auf gesetzlicher wie auch auf erzieherischer Ebene, um den Anteil der Helmtragenden zu erhöhen. Wenn Länder eine gesetzliche Helmtragepflicht einführen, steigt die Benutzung von Velohelmen stark an, aber die Gesetzgebung allein nützt nicht genügend, wenn das Gesetz nicht angewendet wird.

Trotz einer erfreulichen Entwicklung in den letzten 10 Jahren, bleiben Unfälle mit einem Anteil von 25% betroffener Jugendlicher, die in einem Jahr verunfallten, ein relevantes Problem für die öffentliche Gesundheit, welches energischere Massnahmen erfordert als bisher in unserem Land umgesetzt wurden. Im Bereich der Verkehrsunfälle haben verschiedene gesetzliche und umweltbezogene Massnahmen in anderen Ländern längst ihre Wirksamkeit bewiesen. So ist die Unfallhäufigkeit bei den Jugendlichen in Schweden ungefähr 50% tiefer als in der Schweiz. Es gibt viele Interventionsmöglichkeiten, die konsequenter befolgt werden könnten : Massnahmen zur Begrenzung des Alkoholkonsums, zur besseren Respektierung der Verkehrsregeln oder zur besseren Ausbildung der Motorfahrzeuglenker, Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit von Fahrzeugen und Sportgeräten, Massnahmen zur Förderung des Gebrauchs von Schutzvorrichtungen und Schutzhelmen und Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitssicherheit sind Wege und Möglichkeiten, die noch eine vermehrte Umsetzung verdienen.

Suizidales Verhalten

Das Vorhandensein von Selbstmordgedanken zum einen oder anderen Zeitpunkt in der Adoleszenz erfordert noch keine besonderen Interventionen. Dagegen ist die Entwicklung von Ideen bis hin zum konkreten Handlungsplan ein ernsthaftes Zeichen, welches jeden Erwachsenen alarmieren muss, der dieser Situation begegnet. In der vorliegenden Studie hat ein Fünftel der Befragten eine solchen Phase durchgemacht. Daneben gaben immerhin 5% der Mädchen und 3% der Jungen an, sie hätten Selbstmord begangen, „wenn sie dazu Gelegenheit gehabt hätten“. **Der Prozentanteil derjenigen, die angaben, einen Selbstmordversuch unternommen zu haben, ist beträchtlich : 8% der Mädchen und 3% der Jungen haben es einmal im Verlaufe ihres bisherigen Lebens gemacht, 3% der Mädchen und 2% der Jungen in den 12 Monaten vor der Befragung.** Von den Jugendlichen, die einmal einen Selbstmordversuch gemacht hatten, berichteten 43% der Lehrlinge und 30% der Schülerinnen und Schüler sogar über mehrmalige Selbstmordversuche.

Etwas mehr als die Hälfte dieser Jugendlichen haben sich jemandem in ihrem Umfeld mitgeteilt. Zudem wurde eine kleine Minderheit in der Folge des Selbstmordversuchs hospitalisiert (ungefähr 10%, die Mädchen etwas mehr als die Jungen). Das heisst, dass die meisten Jugendlichen, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, nicht in Spitalpflege kamen, obschon viele Fachpersonen eine systematische Hospitalisation nach jedem Selbstmordversuch empfehlen. Auch der Prozentanteil der Betroffenen, welche über diese Thematik mit einem Arzt, einer Ärztin, einem Psychologen oder einer Psychologin sprechen konnten, ist gering (1.5% der Mädchen und 0.4% der Jungen).

Die Selbstmord-Thematik gibt, besonders in unserem Land, aus Sicht der öffentlichen Gesundheit weiterhin Anlass zur Sorge. Mehrere Länder haben zu diesem Thema Präventionskampagnen lanciert, entweder für die Jugendlichen oder für die gesamte Bevölkerung. Mit Ausnahme einiger isolierter Initiativen, zu erwähnen sind die Kantone Genf und Tessin, ist unser Land hier zurückgeblieben. Politik und Gesundheitswesen müssen dringend das Ausmass dieses Problems erkennen und entsprechende Lösungen finden, insbesondere im Bereich der besseren Erfassung und Betreuung von Jugendlichen mit ernsthaften Suizidgedanken oder von Jugendlichen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben. Die kürzliche Gründung der Vereinigung „Ipsilon“ – Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz – ist aus dieser Sicht zu begrüssen.

Erlebte körperliche, verbale und sexuelle Gewalt

Viele Jugendliche sind Opfer verbaler, körperlicher oder sexueller Gewalt. So **waren 18% der Mädchen und 25% der Jungen im Jahr vor der Befragung Opfer eines Diebstahls, einer Erpressung und/oder von körperlicher Gewalt**. Ein vergleichbarer Anteil der Befragten (10% der Mädchen und 14% der Jungen) gab an, dass sie regelmässig (mindestens einmal pro Woche) Gespött oder andere verletzend verbale Angriffe ihrer Umgebung über sich ergehen lassen müssen. Insgesamt 14% der Mädchen und 2% der Jungen waren Opfer eines sexuellen Übergriffs, definiert als « wenn jemand aus Ihrer Familie oder jemand anderes Sie an einer Körperstelle berührt, an der Sie nicht berührt werden wollen, oder wenn jemand etwas Sexuelles mit Ihnen tut, das sie aber nicht wollen. » Gegenüber 1993 sind diese Zahlen einigermassen stabil geblieben und sind vergleichbar mit Resultaten anderer Studien aus der Schweiz und dem Ausland. Leider konnten 28% der Mädchen und 42% der betroffenen Jungen nicht mit jemandem über ihre Erfahrung sexueller Gewalt sprechen.

Es ist wichtig, dass solche Geschehnisse nicht vergessen gehen. Zahlreiche Kampagnen wurden in den letzten Jahren durchgeführt, um Kinder und Jugendliche dafür zu sensibilisieren, dass es wichtig ist, solche Erlebnisse zu berichten. Man kennt die langfristigen Auswirkungen, die derartige Erfahrungen auf das Opfer haben können und es ist wichtig, dass die Täter identifiziert, verurteilt und therapiert werden können.

Deviantes Verhalten

Wenn die Studie einige Fragen zu deviantem Verhalten beinhaltete, so weil ein solches Verhalten oft Ausdruck von persönlichen und psychosozialen Problemen ist. Mit anderen Worten ist es hilfreich, bei einem Jugendlichen, der ein Delikt oder einen Gewaltakt verübt hat, nicht nur das vordergründige Geschehen zu sehen, sondern auch die Zusammenhänge zu verstehen, aus denen die Tat hervorgegangen ist. Im Übrigen ist die Häufigkeit von delinquentem Verhalten auch ein Indikator dafür, wie die Jugendlichen die Regeln angenommen haben, welche eine Gesellschaft leiten. **Aus dieser Sicht zeichnet sich die aktuelle Situation durch eine recht hohe Prävalenz von Handlungen aus, die entweder rechtswidrig sind oder ein Klima der Unsicherheit offenbaren : einer von fünf Jugendlichen gab an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal etwas entwendet zu haben. 19% der Jungen und 6% der Mädchen gaben an, bei bestimmten Gelegenheiten eine Waffe getragen und 6% der Jungen, bei einer Schlägerei schon einmal eine Waffe benutzt zu haben.** Angesichts dieser Tatsachen muss über die individuellen Handlungen hinaus auch überdacht werden, wie unsere Gesellschaft die Jugendlichen zu solchem Tun reizt, indem sie zum Besitz verschiedenster neomodischer Spielereien (Elektronik-

Geräte, Spiele etc.) anstachelt, indem sie diese Objekte in offenen, einladenden Auslagen präsentiert oder indem sie verlauten lässt, dass man unbedingt das neueste Natel, einen Minidisk-Player oder Kleider der neuesten Mode zur Verfügung haben muss, um glücklich sein zu können. Daneben muss man darüber wachen, dass deviante Laufbahnen bereits früh verhindert werden, indem Eltern und Lehrkräfte in ihrer Erziehungsaufgabe zur Sozialisation von jungen Kindern unterstützt werden. Diese Aufgabe stellt für eine zunehmende Zahl Erwachsener ein Problem dar.

GESUNDHEITSDIENSTE : DER ZUGANG STEHT OFFEN, DIE DIENSTLEISTUNGEN SIND VERBESSERUNGSFÄHIG

Studien aus dem In- und Ausland zeigen, dass ein bedeutender Anteil der Jugendlichen mit ernsthaften Gesundheitsproblemen nicht adäquat betreut wird. Entweder, weil diese Jugendlichen Mühe haben, den Weg zu einem Arzt zu finden oder weil Ärztinnen und Ärzte in der Praxis Schwierigkeiten haben, den Hintergrund eines scheinbar banalen Konsultationsgrundes zu erkennen. Man kann sich fragen, ob die gesundheitlichen Störungen der Jugendlichen ungenügend behandelt werden, weil die Jugendlichen die Gesundheitsversorgung zu wenig nutzen, oder weil die Arbeitsweise der Ärztinnen und Ärzte den Bedürfnissen der Jugendlichen zu wenig angepasst ist. **Der Zugang zur Gesundheitsversorgung in unserem Land scheint den Jugendlichen ziemlich offen zu stehen, da drei Viertel der Befragten berichteten, sie hätten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen Arzt oder eine Ärztin für Allgemeinmedizin gesehen** (ein Viertel von ihnen sogar mehr als ein- bis zweimal). Auch gynäkologische Konsultationen sind verbreitet: 51% der Mädchen hatten mindestens eine im letzten Jahr. Weiter berichteten 8% der Mädchen und 4% der Jungen ein- oder mehrmals einen Psychologen, eine Psychologin, einen Psychiater oder eine Psychiaterin gesehen zu haben. Dieser Anteil scheint zugenommen zu haben, ist doch der Prozentanteil doppelt so hoch wie vor 10 Jahren.

Ein Spitalaufenthalt stellt im Leben eines Jugendlichen immer einen psychologischen Einbruch und eine nicht zu unterschätzende Unterbrechung des alltäglichen Lebensrhythmus dar. Eine Hospitalisation war im Fragebogen definiert als «mindestens eine Nacht im Spital oder auf der Notfallstation». **Etwas mehr als 10% der Mädchen und Jungen berichteten über einen Spitalaufenthalt von mindestens einer Nacht im Jahr vor der Befragung.** Dieser hohe Anteil schliesst vermutlich ein breites Spektrum von Situationen ein, die von der einfachen Überwachung bei akuten Bauchschmerzen, alkoholbedingter Bewusstlosigkeit oder Hirnerschütterung bis zu längeren Spitalaufenthalten wegen einer schweren Mehrfachverletzung oder einer ernsthaften chronischen Erkrankung reichen. Unter den Jugendlichen, die mehrfach hospitalisiert waren, finden sich zweifellos mehrheitlich Jugendliche mit chronischen Krankheiten. Bei den Gründen für die Hospitalisation waren besonders bei den Jungen unfallbedingte Verletzungen weit an vorderster Stelle. Auch bei den Mädchen sind unfallbedingte Spitalaufenthalte häufiger als Hospitalisationen aufgrund einer gynäkologischen Problematik. Gegenüber 1993 ist eine Abnahme des Prozentanteils der im Jahr vor der Befragung hospitalisierten Jugendlichen festzustellen. Diese Abnahme kann einerseits damit zusammenhängen, dass Eingriffe und pflegerische Massnahmen in den letzten Jahren vermehrt ambulant durchgeführt werden. Andererseits spielt hier aber vermutlich auch die Abnahme der Unfälle, insbesondere bei den Jungen, eine Rolle.

Festgehalten werden kann, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz, mindestens für diejenigen Jugendlichen, die eine Ausbildung absolvieren können, gut ist. Wenn ein bedeutender Anteil der Jugendlichen nicht über ihre psychosozialen Probleme sprechen kann – körperliche Beschwerden dienen in diesem Alter ja oft nur als Türöffner zu einer medizinischen Konsultation – so ist das, weil immer noch vielen Ärztinnen und Ärzten die nötigen Kompetenzen fehlen, um mit ihren jugendlichen Patientinnen und Patienten Themen wie den Cannabiskonsum, die HIV-Prävention oder ein chaotisches, mangelhaftes Essverhalten aufzugreifen. Dies gilt im Übrigen sowohl für die ambulante Praxis wie für die Spitäler. Es ist nötig, Wege zu suchen, wie alle in der Gesundheits-

versorgung von Jugendlichen involvierten Fachpersonen besser bezüglich Empfang, Anamnese und Betreuung der Jugendlichen ausgebildet werden können. Richtungsweisend wäre hier das von der WHO kürzlich entwickelte Konzept der « adolescent friendly services ».

Der Medikamentenkonsum der Jugendlichen wurde bisher eher wenig erforscht. Dabei entwickeln viele Menschen gerade in dieser Lebensphase ihre Gewohnheiten bezüglich des Gebrauchs von Medikamenten, sei es nun auf ärztliche Verschreibung oder im Sinne der Selbstmedikation. Im SMASH-02-Kollektiv wurde nebst der Anwendung von adjuvanten Medikationen (Kräutertees, Vitamine oder homöopathische Medikamente) vor alle **der Konsum von Schmerzmitteln in einem beträchtlichen Ausmass angegeben : eines von fünf Mädchen und einer von 10 Jungen berichteten, dass sie mindestens zwei- bis dreimal pro Monat Schmerzmittel einnehmen.** Mit Ausnahme von Produkten und Medikamenten zur Aknetherapie, welche von beiden Geschlechtern im gleichen Ausmass angewendet werden, erscheinen hier grössere Geschlechtsunterschiede : Mädchen greifen häufiger auf Medikamente gegen Müdigkeit, Schlafstörungen und vor allem Nervosität zurück. Wenn gut 5% der befragten Mädchen angaben, dass sie verschriebene Medikamente gegen Nervosität und Ängste einnehmen, wirft dies doch gewisse Fragen auf.

Die Resultate sprechen für eine bessere Medikamenten-Information von Jugendlichen, Eltern und Fachpersonen des Gesundheitswesens. Es stellt sich die Frage, ob die Jugendlichen korrekt über die möglichen Risiken der verschiedenen Medikamente informiert sind. Eine neuere deutsche Forschungsarbeit zeigte tatsächlich, dass bei vielen Jugendlichen die Information über die Wirkungsweise und die Risiken der Medikamente, die sie einnehmen, nur sehr lückenhaft ist.

SCHLUSSFOLGERUNGEN UND PERSPEKTIVEN

Die Resultate von SMASH 2002 : drei zentrale Feststellungen

- **Die Mehrheit der befragten Jugendlichen beurteilt ihre Gesundheit positiv :** ausser gelegentlichen körperlichen Gesundheitsproblemen und vereinzelt Episoden mit Risikoverhalten sind die Jugendlichen zufrieden mit den Beziehungen, die sie zu ihrem Umfeld haben, blicken recht zuversichtlich in die Zukunft und melden keinen grossen Bedarf nach Unterstützung im Gesundheitsbereich an. Das ist einer der zentralen Befunde dieser Studie : ein grosser Teil der Jugendlichen fühlt sich in ein Beziehungsnetz (Familie, Freundeskreis, Lehrpersonen) integriert, welches ihnen die nötige Unterstützung bietet und ihnen gleichzeitig genügend Selbständigkeit lässt, damit sie ihr Persönlichkeitspotential entwickeln können.
- **Eine Minderheit von Jugendlichen sieht sich mit Schwierigkeiten von unterschiedlicher Bedeutung konfrontiert, was sich entweder in ihrem Gefühlszustand (negative Stimmung, Depressivität) oder in verschiedenen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen äussert.** Ungefähr dreissig Prozent der befragten Jugendlichen zeigen solche Schwierigkeiten. Aber es ist wichtig im Auge zu behalten, dass sich die Situation während der Adoleszenz auch rasch verändern kann. Solche Probleme können manchmal ohne bedeutende Unterstützung von aussen gelöst werden. Allerdings scheint ein Teil dieser Jugendlichen (etwa 10%) so gravierende Probleme zu haben, dass längerfristig negative Auswirkungen für die soziale und berufliche Situation oder für die körperliche und psychische Gesundheit zu befürchten sind.
- **Vergleiche zwischen den Jahren 1993 und 2002 zeigen eine Verschlechterung in verschiedenen Bereichen,** auch wenn das Ausmass dieser Veränderungen in

weiterführenden Analysen noch genau bestimmt werden muss. Diese Veränderungen sind am deutlichsten in den Bereichen psychische Gesundheit und Suchtverhalten (Drogenkonsum, Essstörungen) zu verzeichnen. Im Übrigen gibt es gewisse Hinweise darauf, dass diese gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen in der Adoleszenz früher auftreten als noch vor 10 Jahren.

Einige Erklärungsansätze zur aktuellen Situation

Es sind vor allem Einflussfaktoren sozialer Art, welche die aktuelle Situation erklären. Auch wenn die Analyse der hier vorliegenden Daten noch wenig zu den Ursachen der Entwicklung aussagen kann, gibt es genügend in- und ausländische Forschungsarbeiten, um hier einige Überlegungen einzubringen und einige gesellschaftliche Merkmale zu unterstreichen, welche zur Problemstellung bei den Jugendlichen beitragen.

- Eine versplitterte Gesellschaft, in welcher Bindungen zerbrechlich geworden sind : zu viele Kinder und Jugendliche leiden unter einem Mangel an Zuwendung von ihren Eltern, welche durch die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse absorbiert sind. Zu vielen Jugendlichen fehlt es an verlässlichen Beziehungen mit verantwortungsvollen Erwachsenen, welche für sie ein Vorbild sein können. Diese Feststellung gilt vor allem für eine Kategorie von Jugendlichen, die nicht Teil unserer Stichprobe waren, weil sie vom Ausbildungssystem ausgeschlossen sind. Es ist bekannt, dass gerade diese Jugendlichen in einem viel grösseren Ausmass von Gesundheitsproblemen betroffen sind als die Befragten der SMASH-2002-Studie.
- Eine wachsende Unsicherheit im Hinblick auf die Zukunft, bedingt durch ein sich verschlechterndes Wirtschaftsklima, dem gegenüber die Generationen der 60er- bis 80er-Jahre (die Eltern der heutigen Jugendlichen), welche ein solches Klima nicht gekannt haben, darauf schlecht vorbereitet sind oder sich gar hilflos fühlen. Diese Unsicherheit wird noch verstärkt durch eine Gesellschaft, die sich immer mehr auf Konkurrenz ausrichtet und in der sich die schwächsten Glieder rasch ausgeschlossen fühlen.
- Die Eroberung der Familien- und Privatsphäre durch die Medien, insbesondere die elektronischen Medien. Auch wenn sie nicht exakt zu quantifizieren sind, zeigen sich Auswirkungen davon (Gewalt, Schönheitsideal), beispielsweise bei der Entstehung eines gestörten Körperbildes, unter dem viele Mädchen und Jungen leiden.
- Das Fehlen einer kohärenten öffentlichen Botschaft zur gesundheitlichen Bedeutung beispielsweise von Drogen. Der einzige Bereich, wo eine solche Botschaft existiert – und eine tatsächliche Wirkung zeigte – ist der Schutz vor HIV-Infektionen. Es bleibt von einer ebenso konsequenten Haltung im Bereich der Unfallverhütung oder des Konsums von psychoaktiven Substanzen (Tabak, Alkohol, Drogen) zu träumen.
- Eine Schule, die ihre Rolle gegenüber den aktuellen sozialen Gegebenheiten sucht und diese noch nicht völlig gefunden hat.

Zu diesen Tendenzen, welche in allen westlichen Gesellschaften zu beobachten sind, kommen einige Besonderheiten der Schweiz hinzu :

- Die Freizügigkeit im Handel mit psychoaktiven legalen und illegalen Substanzen, die Senkung des Preises für hochprozentige Alkoholika, der Verkauf von Alkopops-Getränken in allen Selbstbedienungsläden, das Fehlen einer Gesetzgebung, welche die Rauchfreiheit öffentlicher Räume vorantreibt, sowie das Fehlen einer kohärenten Haltung gegenüber den Jugendlichen sind alles Faktoren in unserem Land, das die positiven Auswirkungen einer kohärenten und energischen Präventionspolitik in allen betroffenen pädagogischen, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Sektoren bisher nicht zur Kenntnis zu nehmen scheint.

- Eine ähnliche Verknennung der Wirksamkeit einer restriktiven, durch wirksame Kontrollen unterstützten Gesetzgebung auf die Reduktion der Verkehrsunfälle, wie sie Frankreich in letzter Zeit bewiesen hat.

Es wird deutlich, dass die meisten in diesen Schlussfolgerungen beschriebenen Probleme nicht Probleme der Jugendlichen, sondern Probleme der Gesellschaft sind. Das heisst auch, dass viele Verhaltensweisen, die den Erwachsenen inakzeptabel erscheinen, in Tat und Wahrheit Symptome verschiedener psychosozialer Probleme sind, mit denen sich die Jugendlichen konfrontiert sehen : Suchtmittelmissbrauch, delinquentes Verhalten sowie Risikoverhalten im Bereich der Sexualität sind auch Zeichen seelischen Leidens. Daneben darf der Einfluss von wirtschaftlichen, sozialen und Umweltfaktoren auf dieses abweichende Verhalten nicht unterschätzt werden. Für einzelne besonders verletzbare Jugendliche fördern Stress in Schule und Lehre, ein gespanntes Klima in der Familie, fehlende berufliche Perspektiven sowie Sorgen um die Finanz- oder Wohnsituation, das Entstehen von Ängsten und Depressivität oder eine Flucht in gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Auch wenn es wichtig ist, auf solche Notsignale zu reagieren, wäre es falsch, sich nur auf die Symptome zu konzentrieren, ohne auch den Einfluss von allenfalls zugrunde liegenden psychosozialen Faktoren zu beachten.

Welche Lösungen ?

Man darf nicht vergessen, dass die Jugendlichen eine wichtige Ressource darstellen und häufig gute Ideen zur Entwicklung neuer Gesundheitsstrategien haben. Interventionen, die im kleinen Massstab in der Schweiz oder im Ausland durchgeführt wurden, geben uns interessante Hinweise für künftige Handlungsschwerpunkte. Im Bereich der Primärprävention und der Gesundheitsförderung haben verschiedene Ansätze ihre Wirksamkeit bewiesen :

- Arbeit mit Familien : Erfahrungen in den USA beweisen, dass Interventionen, welche die Eltern einbeziehen, wirksamer sind, als solche, die sich auf die Jugendlichen als Zielgruppe beschränken.
- Interventionen mit Gleichaltrigen, welche ausgebildet sind, um Aktivitäten in ihrem Kollegenkreis durchzuführen : verschiedene Arbeiten zeigen die Vorteile von Programmen, in denen Jugendliche aktiv mitarbeiten gegenüber Programmen, die ausschliesslich von erwachsenen Spezialistinnen und Spezialisten geleitet werden.
- Schulen, die den Schwerpunkt auf Beziehung, Solidarität und Respekt vor den individuellen Unterschieden legen : auch hier gibt es handfeste Beweise für die Wirksamkeit von Interventionen, die beim Wohlbefinden und den sozialen Beziehungen ansetzen und in denen die Schule als Ganzes einbezogen wird und nicht nur die Schülerinnen und Schüler mit Hilfe von externen Fachpersonen.
- Eine Gewaltprävention, die vor allem auf dem Erlernen von Lebenskompetenzen beruht : Ausdruck von Gefühlen, Umgang mit Konflikten oder Erhöhung der Widerstandskraft gegenüber Gruppendruck und Werbebotschaften.
- Klare Aussagen zu den Verhaltensregeln, welche in unserer Gesellschaft gelten : es braucht kohärente Reaktionen auf Gewaltakte, welche Sanktionen durch Mediationsprozesse finden und diese mit therapeutischen Massnahmen (individuelle Unterstützung der gewalttätigen Person) verbinden.

Im Bereich der Sekundärprävention gibt es ebenfalls Modelle, an denen man sich in der Unterstützung und Betreuung von Jugendlichen in Schwierigkeiten orientieren kann :

- Die Bildung von Netzwerken, welche eine bessere Zusammenarbeit sicherstellen zwischen Fachbereichen, die im engen Kontakt mit den Jugendlichen stehen und damit oft erste Anlaufstelle sind (Schulschwestern, Lehrkräfte, Jugendarbeiter), und den spezialisierten Gesundheits- und Sozialdiensten.
- Die Verbesserung der Dienstleistungsqualität von spezialisierten und nicht spezialisierten Institutionen, welche Jugendliche nach dem WHO-Modell der « youth friendly services » betreuen, was nichts anderes bedeutet, als freundliche und an die Bedürfnisse der Jugendlichen angepasste Dienste anzubieten.
- Eine bessere Sensibilisierung und Ausbildung von Fachpersonen aus dem ganzen Jugendbereich (Freizeiteinrichtungen, Sozialdienste, Schulen, Arztpraxen, Spitäler etc.), die sich um Jugendliche in Schwierigkeiten kümmern.

Der Handlungsbedarf, der sich aus all diesen Erkenntnissen und Feststellungen ergibt, übersteigt bei weitem den Rahmen einer Studie wie SMASH 2002. Dennoch wollte das Forschungsteam **diese Resultate möglichst breit zugänglich machen und einen Umsetzungsprozess der Resultate in Gang setzen**. Diese grosse Arbeit wird nun in enger Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenfragen (SFA) entwickelt und sichergestellt. Die SFA hat eine ähnliche Studie bei Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 16 Jahren durchgeführt (HBSC-Studie). Es ist vorgesehen, unter anderen mit der Unterstützung der Gesundheitsförderung Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit, die Resultate der beiden Studien gemeinsam in die breite Öffentlichkeit und Fachwelt zu tragen, um dann mit Vertreterinnen und Vertretern aus folgenden drei Kreisen die Schlussfolgerungen und den Handlungsbedarf zu diskutieren und abzuleiten :

- Mit Politikerinnen, Politikern und anderen Entscheidungsträgern: sie müssen die beobachteten Entwicklungen zur Kenntnis nehmen und die gesundheitlichen Folgen von künftigen gesetzgeberischen, wirtschaftlichen, sozialen und pädagogischen Massnahmen überdenken.
- Mit den Massenmedien: ihre Verantwortung ist es einerseits, den Auswirkungen gewisser Werbebotschaften auf die Jugendlichen mehr Beachtung zu schenken. Andererseits müssen sie sich ihrer Rolle bewusst sein, wenn es darum geht, den Jugendlichen in der Öffentlichkeit – durch manchmal stigmatisierende Bilder – die Verantwortung für aktuelle Missstände allein zuzuschreiben.
- Mit Fachleuten aus dem Jugendbereich: Jugendarbeitende, Sozialarbeitende, Erziehende, Lehrkräfte, Fachkräfte der medizinischen und psychosozialen Betreuung und Verantwortliche von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen müssen wirksamere Ansätze in der Prävention und in der Betreuung von Jugendlichen in Schwierigkeiten entwickeln.

Diese Arbeit wird gemeinsam mit Gruppen von Jugendlichen und jugendlichen Schlüsselpersonen geleistet: es ist wichtig, dass die Zielgruppe aktiv mit einbezogen wird, ihre eigene Interpretation der Resultate einbringt und bei der Ausarbeitung von Massnahmen mitarbeitet, die sich als besonders geeignet, akzeptabel und wirksam erweisen können, dies in einer Perspektive, die vor gut 15 Jahren in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung entwickelt wurde.

INFORMATIONEN FÜR DIE LESERINNEN UND LESER

Bei der Redaktion des vorliegenden Berichts wurden einige Vorgaben festgelegt :

- Der Begriff **Schülerin** oder **Schüler** bezeichnet Jugendliche, die in einer Mittelschule ausgebildet werden, der Begriff **Lehrlinge** wurde für Jugendliche benutzt, die sich in einer Lehre (Ausbildung in einer Berufsschule und einem Arbeitsplatz) befinden.
- In den meisten Tabellen wurde die Anzahl Befragter auf die nächste 10er-Stelle auf- oder abgerundet. Aus diesem Grund, und weil die Daten gewichtet sind, kann die Anzahl Befragter der gleichen Untergruppe von einer Tabelle bzw. Abbildung zur anderen leicht variieren.
- Aus Gründen der Lesbarkeit wurden die Raten fehlender Antworten in den Tabellen und Abbildungen (meist) nicht erwähnt. Die fehlenden Antworten wurden jedoch nicht aus den Analysen ausgeschlossen und können durch die Ergänzung auf 100% berechnet werden. Durch ihre geringe Grösse sind sie im Allgemeinen vernachlässigbar.
- Grundsätzlich sind die besprochenen Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen statistisch signifikant auf dem Niveau von 5%. Für die meisten vorgestellten Daten wurden multivariate Analysen durchgeführt (multiple Regressionen, logistische Regressionen oder log-lineare Modelle je nach Situation) um den Einfluss konfundierender Faktoren (Geschlecht, Alter, Ausbildungstyp) abschätzen zu können. Wenn im Bericht Unterschiede zwischen Untergruppen aufgezeigt werden, sind sie also nicht auf eine unterschiedliche Zusammensetzung der Untergruppen zurückzuführen.
- Bei gewissen Fragen wurden Vergleiche zur Studie SMASH 1993 gezogen. Die unterschiedliche Zusammensetzung der beiden Stichproben von 1993 und 2002 kompliziert eine solche Analyse. Bis zum jetzigen Zeitpunkt war es noch nicht möglich, diesbezüglich weitergehende statistische Analysen durchzuführen. Die Interpretation solcher Vergleiche muss daher mit grösster Vorsicht erfolgen.
- Grundsätzlich wurden die Resultate in einer Tabelle und einer entsprechenden Abbildung dargestellt, in denen die jeweilige Variable nach Geschlecht, Ausbildungstyp (Schule oder Lehre) sowie nach Altersgruppe dargestellt ist.
- Im Prinzip sind in den Histogrammen die Jungen dunkelgrau und die Mädchen hellgrau dargestellt. In den Abbildungen, in welchen eine Entwicklung dargestellt ist, sind die Mädchen mit einem ausgezogenen Strich, die Jungen mit einer gestrichelten Linie aufgezeichnet. Die Lehrlinge sind mit einem Dreieck und die Schülerinnen und Schüler mit einem Kreis gekennzeichnet. Das heisst, für weibliche Lehrlinge steht bspw. in der Abbildung eine ausgezogene Linie mit Dreiecken, für die Schülerinnen eine ausgezogene Linie mit Kreisen etc.
- Die Abbildungen und Tabellen erwähnen jeweils die Nummer der entsprechenden Frage. Diese Angabe bezieht sich auf die Nummer der Frage im Fragebogen, der im Anhang zu finden ist.

Im vorliegenden Bericht wurden folgende Abkürzungen verwendet :

SVS	Schweizerische Vereinigung für Sport
HBSC	Health behaviour in school-aged children
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenfragen
IUMSP	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne
WHO	Weltgesundheitsorganisation
BFS	Bundesamt für Statistik
BAG	Bundesamt für Gesundheit
SGS	Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz
SMASH	Swiss multicenter adolescent survey on health

1 EINLEITUNG : RAHMEN UND ZIELSETZUNGEN DER STUDIE

1.1 VORGESCHICHTE UND AUFTRAG

1992 und 1993 hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Lausanne in Zusammenarbeit mit dem ISPM der Universität Zürich, dem Gesundheitsdienst der Stadt Bern und dem Amt für Gesundheitsförderung des Sanitätsdepartements des Kantons Tessin eine breit angelegte Studie zu Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher von 16 bis 20 Jahren in der Schweiz durchgeführt (Narring & Michaud, 1995; Narring et al., 1994). 9623 Jugendliche aller Sprachregionen wurden damals klassenweise in Berufs- und Mittelschulen mit einem schriftlichen, anonymen Fragebogen befragt. Aufgrund der Resultate gab es auf nationaler und regionaler Ebene breit angelegte Diskussionen und Überlegungen zu prioritären Massnahmen und gezielten Strategien für die Verbesserung des Gesundheitszustands der Jugendlichen (Narring et al., 1994). Diverse spezifische Analysen zu Aspekten wie dem von den Jugendlichen wahrgenommenen Gesundheitszustand, den geäusserten Bedürfnissen und der Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen wurden veröffentlicht (Narring & Michaud, 2000). Die Studie ergab zudem ein Bild über das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen in wesentlichen Bereichen wie dem Suchtmittelkonsum (Konings, Dubois-Arber, Narring, & Michaud, 1995), der Sexualität (Koffi-Blanchard, Dubois-Arber, Michaud, Narring, & Paccaud, 1994; Narring, Michaud, & Sharma, 1996), der psychischen Gesundheit (Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998) oder auch der Ernährung und dem Sport (Devaud, Jeannin, Narring, Ferron, & Michaud, 1998; Ferron, Narring, Caudey, & Michaud, 1999). Die Studie stand im Kontext einer Serie weiterer Forschungsarbeiten aus der Schweiz (Calmonte, Kooler, & Weiss, 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996) und dem Ausland (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly et al., 1991; Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Resnick et al., 1997), die ebenfalls zur Erfassung der Gesundheitsbedürfnisse und des Gesundheitsverhaltens verschiedener Gruppen von Jugendlichen durchgeführt wurden.

Das Jahr 2002 bot eine besonders interessante Gelegenheit zur Wiederholung der Studie. In diesem Jahr sollten nämlich turnusgemäss auch die alle vier Jahre durchgeführte HBSC-Befragung (« Health Behaviour in School-aged Children») der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenfragen (SFA) (Janin Jacquat & François, 1997) und die alle fünf Jahre durchgeführte Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik (BFS) (Calmonte et al., 2000) durchgeführt werden. Die dem ISPM Lausanne angegliederte « Groupe de Recherche sur la Santé des Adolescents » gelangte daher ans Bundesamt für Gesundheit (Sektion Sucht und AIDS), um 10 Jahre nach der ersten Studie bei den 16- bis 20-jährigen eine Wiederholung der Befragung vorzuschlagen. Das Interesse einer Wiederholung zu diesem Zeitpunkt war ein dreifaches: erstens könnte die Entwicklung des Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Bedürfnisse der Jugendlichen 10 Jahre später erfasst werden. Zweitens könnte, in Zusammenarbeit mit der SFA, ein umfassendes Bild der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der Jugendlichen zwischen 11 und 20 Jahren gewonnen werden. Und drittens könnten die Resultate durch den Vergleich mit den mit einer anderen Methode (Telefon-Interviews) erhobenen Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung mindestens teilweise validiert werden.

Die Studie SMASH-2002 (« **S**wiss **M**ulticenter **A**dolescent **S**urvey on **H**ealth») wurde gemeinsam von der « Groupe de Recherche sur la Santé des Adolescents » des ISPM Lausanne, vom Institut für Psychologie der Universität Bern und vom Amt für Gesundheitsförderung des Sanitätsdepartements des Kantons Tessin durchgeführt. Der vorliegende Bericht ist für alle Fachpersonen gedacht, die sich im einen oder anderen Bereich für die Gesundheit der Jugendlichen interessieren. Er steht auch auf der Internetseite der « Unité multidisciplinaire de santé des adolescents » des Waadtländer Universitätsspitals (CHUV) in Lausanne zur Verfügung (www.umsa.ch).

1.2 KURZE LITERATURÜBERSICHT

Die Adoleszenz stellt eine entscheidende Lebensphase dar, während der die einzelnen Jugendlichen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen annehmen, welche ihre Zukunft kurz- oder längerfristig beeinflussen werden. Beispielhaft genannt seien hier Ernährungsgewohnheiten, sportliche Aktivität oder Schutzverhalten wie das Tragen von Schutzhelmen oder die Anwendung wirksamer Verhütungsmittel. Die Adoleszenz ist auch eine Lebensphase, in der das Entdeckungsverhalten^c aus Sicht der öffentlichen Gesundheit ein relevantes Problem darstellt, wenn man an die Jugendlichen denkt, die von Unfällen, Suchtmittelabhängigkeiten, Suizidversuchen oder sexuell übertragbaren Krankheiten betroffen sind. Zahlreiche Institutionen und Organisationen versuchen, diesen Problemen auf medizinischer, pädagogischer oder psychosozialer Ebene zu begegnen. Die Planung entsprechender Dienstleistungen und Programme erfordert jedoch eine sorgfältige Abklärung der Bedürfnisse der Jugendlichen in diesem Bereich (Michaud, Baudier, Choquet, & Mansour, 1994; Pineault & Daveluy, 1986). Die Abklärung sollte nicht nur auf klassischen Indikatoren wie beispielsweise der Mortalität beruhen, sondern auch subjektive Indikatoren einbeziehen, die etwas zum Ausmass und zur Charakteristik der Bedürfnisse aussagen, wie sie die Jugendlichen selbst wahrnehmen (Friedman, 1989). Hier liegt das Interesse von breit angelegten Studien, die untersuchen, wie die Jugendlichen ihren Gesundheitszustand einschätzen, was ihre Haltungen und Verhaltensweisen sind, und wo ihre Bedürfnisse liegen.

1.2.1 Public Health orientierte Studien zum subjektiven Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten

Die ersten Querschnittuntersuchungen, die bei Jugendlichen durchgeführt wurden, waren insbesondere auf Verhaltensauffälligkeiten, auf den Gebrauch psychotroper Substanzen und auf das Eingehen von Risiken ausgerichtet (Choquet & Ledoux, 1994; Jessor, 1991; Jessor & Jessor, 1977; Lloyd, 1998). In den letzten 10 Jahren zeigte sich dann, dass eine zu starke Fokussierung auf das Problemverhalten der Jugendlichen wesentliche Nachteile mit sich bringt. Einerseits birgt es ein nicht zu unterschätzendes Risiko der Stigmatisierung mit sich. Andererseits kommt die Erforschung der Ressourcen der Jugendlichen zu kurz, welche ihnen ermöglichen, ihre Gesundheit trotz verschiedener Herausforderungen und Belastungen zu erhalten (Michaud, Blum, & Ferron, 1998). Insbesondere dank den Publikationen zum Thema Resilienz (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, & Cyrulnik, 2001; Michaud, 1999; Rutter, 1993; Vanistendael, 1998) hat sich das Verständnis der Gesundheitsdeterminanten zunehmend erweitert. In diesem Sinne werden in heutigen Untersuchungen auch entsprechende individuelle und umfeldbezogene Variablen mit aufgenommen (Antonovsky, 1986; Blum, 1998; Compas, Hinden, & Gerhardt, 1995).

In epidemiologischen Studien, insbesondere in den grossen nationalen Untersuchungen (Arènes et al., 1998; Berg Kelly et al., 1991; Choquet & Ledoux, 1994; Currie et al., 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Narring & Michaud, 1995; Resnick et al., 1997; Wydler et al., 1996), geht es heute um die Gesundheit und die Gesundheitsprobleme, wie sie von den Jugendlichen selbst wahrgenommen werden. Es geht um ihre Gewohnheiten und Wünsche bezüglich Gesundheitsversorgung und schliesslich um ihr Gesundheitsverhalten und ihren Lebensstil in Bereichen wie Ernährung, Sport, Sexualität oder Konsum von psychotropen Substanzen. Eine Mehrheit der neueren Studien erforscht die psychosozialen Aspekte der gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen, indem sie individuelle und kollektive Risiko- und Schutzfaktoren analysiert, die damit verbunden sind. Erwähnt seien hier die Sozialschicht, die Beziehungsnetze oder die Selbstwirksamkeit sowie Fähigkeiten und

^c In einer entwicklungspsychologischen und positiven Sichtweise der Gesundheit von Jugendlichen ziehen wir es vor eher von Entdeckungsverhalten als von Risikoverhalten zu sprechen. Der in der angelsächsischen Literatur allgemein gebräuchliche Begriff des Risikoverhaltens trägt dem häufig eher explorativen und zeitlich limitierten Charakter von Verhaltensweisen wie beispielsweise dem gelegentlichen Konsum eines Joints, ungeschütztem Geschlechtsverkehr oder der Ausübung gewisser Extremsportarten zu wenig Rechnung (Michaud, Blum, & Ferron, 1998).

Strategien zur Bewältigung von Belastungen (Ajzen & Fischbein, 1980; Antonovsky, 1986; Bandura, 1986; Donovan, Jessor, & Costa, 1993; Jessor, 1998; Resnick et al., 1997; Triandis, 1977). Solche Studien ermöglichen es, die epidemiologischen Gegebenheiten zu verfolgen. Sie ergeben jedoch auch gewisse erklärende Resultate, die den Schutzfaktoren und den Bedingungen im Umfeld der Jugendlichen stärker Rechnung tragen (Arènes et al., 1998; Bonard, Janin-Jacquat, & Michaud, 2001; Devaud et al., 1998; Ferron et al., 1999; Konings et al., 1995; Narring et al., 1996; Resnick et al., 1997; Rey Gex et al., 1998; Stronski, Ireland, Michaud, Narring, & Resnick, 2000). Viele dieser Studien liefern in regelmässigen Abständen ein Bild des Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Bedürfnisse der jugendlichen Bevölkerung auf. Davon ausgehend kann eine Politik für die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsförderung dieser Zielgruppe ausgearbeitet werden. Ein salutogenetischer Ansatz macht es dabei möglich, die Lebensbedingungen und das makrosoziale Umfeld gesundheitsförderlicher zu gestalten (Antonovsky, 1986).

1.2.2 Nutzung der Resultate dieser Studien

Eines der prioritären Ziele jeglicher Studien zur Gesundheit muss eine verbesserte *Übereinstimmung zwischen den gesundheitlichen Bedürfnissen einerseits und der Gesundheitsversorgung – präventiv und kurativ – sowie generell den gebotenen Lebensbedingungen andererseits sein*. Welches sind die Bedürfnisse und Probleme, welche die Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren heute haben? Entsprechen ihnen die zur Verfügung gestellten gesundheitsbezogenen Dienste und Angebote? Oder sollten deren Strukturen und/oder Funktionsweisen angepasst werden? Sollten allenfalls neue Angebote geschaffen werden? Zielt die Gesundheitsförderung an Schulen und zielen die Präventionsprogramme ganz allgemein in der richtigen Weise auf die Probleme, wie sie uns von den Jugendlichen in Befragungsergebnissen aufgezeigt werden? Wie können wir die Gestaltung der Lebensbedingungen und des psychosozialen Umfelds der Jugendlichen (Schule, Arbeitsbedingungen, Freizeit) aus der Perspektive der Gesundheitsförderung überdenken? Solche Überlegungen führen zur Auswahl von Prioritäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Pelletier, 1990) und erlauben, neue Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Bedürfnissen zu identifizieren oder neue Gesundheitsfragen zu erkennen, sei es aufgrund der Epidemiologie (z.B. HIV oder Hepatitis B) oder sei es aufgrund neuer Gewohnheiten und Modeerscheinungen (z.B. die Gewohnheit, Musik sehr laut und über Kopfhörer zu hören oder die Popularität von Extremsportarten).

Grosse Studien ermöglichen es, eine gewisse Anzahl von Gesundheitsindikatoren zu beschreiben und über die Zeit zu verfolgen und die Bedürfnisse der Jugendlichen aufzuzeigen. Diese Erkenntnisse wiederum können den Entscheidungsträgern im Bereich der öffentlichen Gesundheit dienen, einerseits für die Organisation von Gesundheits- und Sozialdiensten für Jugendliche, andererseits für die Planung von Massnahmen in Prävention und Gesundheitsförderung (Jessor, 1991; Millstein, Petersen, & Nightingale, 1993; Pineault & Daveluy, 1986). Aber sowohl die Evaluation von Angeboten (medizinische Sprechstunden, psychosoziale Beratung und Unterstützung, Präventions- oder Gesundheitsförderungsprojekte) als auch die Umsetzung von Resultaten grosser Studien sind noch wenig entwickelt (Michaud et al., 1994). Dazu ist es vorerst wichtig, dass die Forschungsergebnisse für die Organisation der medizinischen und psychosozialen Versorgung der Jugendlichen (Lapointe & Michaud, 2002; Narring & Michaud, 2000) ebenso wie für die wirksame Gestaltung von Präventionsmassnahmen (Michaud, 2001) auch relevant und nutzbar sind. Die Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis kann auf verschiedenen Ebenen entwickelt werden: z.B. durch die Veröffentlichung von Berichten und wissenschaftlichen Artikeln, durch die Information eines breiteren Publikums, insbesondere auch der Eltern und Fachpersonen aus dem Jugendbereich, durch die Mobilisierung von Politikern und politischen Entscheidungsträgern oder durch Diskussionen in kleineren Gruppen mit Jugendlichen und Fachpersonen zur Entwicklung von konkreten Massnahmen (Michaud et al., 1994; Narring et al., 1994).

Im gesamten Spektrum aller Studien zur Gesundheit von Jugendlichen zeichnen sich zwei hauptsächliche Ansätze ab. Der erste Ansatz legt das Schwergewicht auf soziologische Aspekte des Gesundheitsverhaltens und zielt darauf, die psychosozialen und wahrnehmungsbezogenen Einflussfaktoren (« lifestyles ») auf dieses Verhalten aufzuzeigen. Der zweite, eher epidemiologische

1.3 Ziele der Studie und konzeptioneller Rahmen

Ansatz setzt den Akzent auf die Prävalenz verschiedener Verhaltensweisen und analysiert verschiedene Untergruppen oder Veränderungen über die Zeit (oder beides) in Abhängigkeit von klar abgrenzbaren Faktoren wie z.B. der geografischen Region. Um eine optimale Nutzung der Resultate zu ermöglichen, muss eine nationale Studie diese beiden Ansätze verbinden können. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von zuverlässigen und über die Zeit gleich bleibenden Indikatoren einerseits und die Wichtigkeit eines gut definierten konzeptionellen Rahmens andererseits.

1.3 ZIELE DER STUDIE UND KONZEPTIONELLER RAHMEN

Auf dem Hintergrund der einführenden Erläuterungen soll das **Globalziel** der SMASH-2002-Studie wie folgt beschrieben werden. Die Studie soll :

1. ein Bild der aktuellen Situation zu Beginn des neuen Jahrtausends abgeben, welches mit Hilfe geeigneter Indikatoren die Bedürfnisse und die Verhaltensweisen sowie die wichtigsten Faktoren, die mit diesen assoziiert sind, beschreibt, und welches Vergleiche über die Zeit und Vergleiche mit anderen Gruppen von Jugendlichen in der Schweiz und im Ausland ermöglicht;
2. Möglichkeiten skizzieren, wie die aus der Studie gewonnen Informationen optimal für die Planung von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen sowie von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen für Jugendliche genutzt werden können.

Die **spezifischen Ziele** der Studie können wie folgt zusammengefasst werden :

- Erhebung der wahrgenommenen Gesundheitsbedürfnisse (in einer umfassenden, biopsychosozialen Optik) und gewisser Determinanten der Gesundheit von Jugendlichen wie Umfeld und Klima in Familie, Freundeskreis, Schule und Arbeit oder Einstellungen gegenüber der Gesundheit ;
- Erfassung verschiedener gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und Lebensstile im Sinne von Schutzverhalten und Entdeckungs- oder Risikoverhalten (Gebrauch von Sicherheitsgurten, Ernährungsweisen, sportliche Aktivitäten, Suchtmittelkonsum, Sexualität etc.) ;
- Prüfung, wie weit verschiedene Dienste und Angebote im medizinischen und psychosozialen Bereich von den Jugendlichen genutzt werden, hilfreich sind und inwieweit für die Jugendlichen Hindernisse für deren Inanspruchnahme bestehen.

Die Studie soll weiter erlauben :

- Vergleiche mit anderen, ähnlichen Studien herzustellen : mit der HBSC-Studie, welche ebenfalls 2002 bei 11- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern durch die Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenfragen durchgeführt wurde, sowie mit weiteren Studien aus dem Ausland (Quebec, Frankreich, Minnesota, Belgien, etc.) (Arènes et al., 1998; Calmonte et al., 2000; Choquet & Ledoux, 1994; Resnick et al., 1997);
- Untergruppen der jugendlichen Bevölkerung zu vergleichen : Mädchen und Jungen, Schülerinnen und Schüler und Lehrlinge, verschiedene Altersgruppen, Jugendliche aus ländlichen und städtischen Wohngebieten, Jugendliche mit und ohne Migrationserfahrung und Jugendliche aus den verschiedenen Sprachregionen der Schweiz ;
- Ausgangsdaten für weiterführende Analysen in spezifischen Bereichen zu liefern, um dort zu verschiedenen beobachteten Haltungen und Verhaltensweisen erklärende Hypothesen entwickeln zu können.

Der vorliegende Bericht stellt die Resultate des ersten Teils dieser Analysen dar und beschränkt sich auf eine beschreibende Darstellung der wichtigsten Resultate der Studie. Themenspezifische Veröffentlichungen mit vertieften Analysen zu Fragen von besonderem Interesse für die Klinik oder die öffentliche Gesundheit werden zu einem späteren Zeitpunkt folgen.

Um ihre Ziele zu erreichen, beruht die SMASH 2002-Studie auf einer entsprechenden Forschungsmethode, die im nächsten Kapitel beschrieben wird. Sie beruht auch auf einem kohärenten konzeptionellen Rahmen, welcher es erlaubt, die relevanten Indikatoren und die «erklärenden» Variablen auszuwählen, die für die Analysen auf individueller und verhaltensbezogener Ebene genutzt werden können.

Das ökologische Modell von Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979) liefert einen ersten, für die Analyse der Resultate nützlichen, theoretischen Rahmen (Abbildung 1.3-1). Es unterscheidet verschiedene Ebenen der Analyse: das Makrosystem, das Exosystem, das Mesosystem und das Mikrosystem.

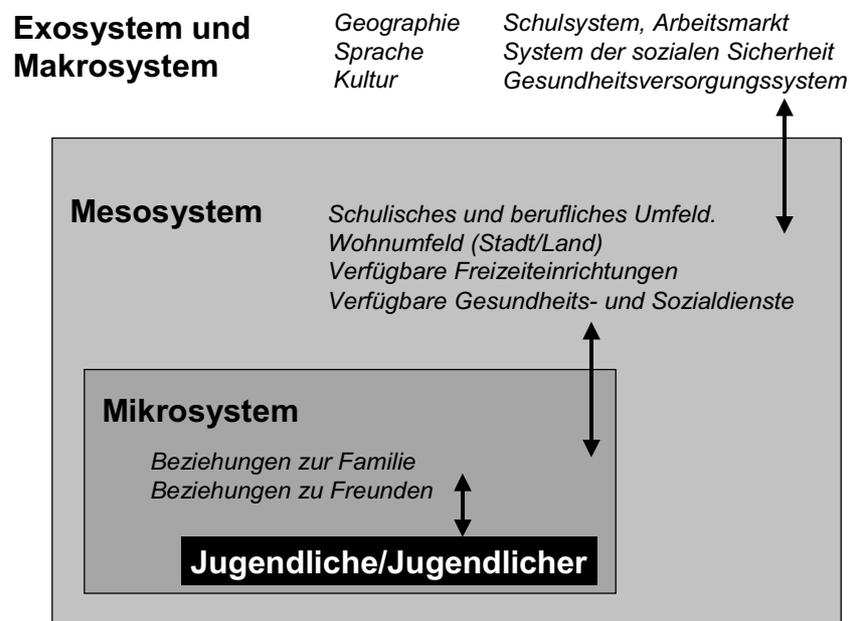


Abbildung 1.3-1 Illustration des ökologischen Modells von Bronfenbrenner mit vier Analyseebenen (Bronfenbrenner, 1979)

Das Mikrosystem beschreibt die Interaktionen der Einzelperson mit ihrem unmittelbaren Umfeld in Familie, Schule oder im Beziehungsnetz bspw. mit Freundinnen und Freunden. Das Mesosystem ist eine Gruppe von Mikrosystemen. Hier sind die Interaktionen auf Ebene der Organisation angesiedelt, aber immer noch ist hier die aktive Partizipation der einzelnen Personen mit beinhaltet. Dagegen beziehen sich das Exo- und das Makrosystem auf Interaktionen zwischen den Mesosystemen und Systemen auf höherer Ebene (ganzes Land oder grosse Region) und dort auf die strukturellen Voraussetzungen wie die geltende Gesetzgebung, die Funktionsweise des Bildungssystems, die Gesundheitsversorgung oder die Einrichtungen im Bereich der sozialen Sicherheit (Sozialversicherung, gesetzliche Grundlagen des Kinderschutzes etc.). In der Sichtweise von Bronfenbrenner schliessen sich diese Ebenen gegenseitig ein und können dynamisch miteinander interagieren. Es gibt also enge gegenseitige Abhängigkeiten zwischen den Analyse-Ebenen, und man darf die gesundheitlichen

1.3 Ziele der Studie und konzeptioneller Rahmen

Auswirkungen nicht vergessen, welche beispielsweise die Lebensmittel-Gesetzgebung, die Ausgestaltung von Strassen oder die Politik zur Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen haben (Domenighetti, Quaglia, & Inderwildi Bonivento, 2000). Die SMASH-2002-Studie als Untersuchung, welche Informationen von den einzelnen Jugendlichen einholt, befasst sich überwiegend mit Variablen zur individuellen Situation und zum unmittelbaren Umfeld, *wie es von den Antwortenden selbst wahrgenommen wird*.

Vor 10 Jahren wurde die Studie SMASH 1993 einerseits aufgrund einer früheren Untersuchung bei Waadtländer Jugendlichen (Choquet & Ledoux, 1994; Michaud & Martin, 1983) und andererseits im Rahmen eines mehrtägigen Seminars entwickelt, an dem sich Jugendliche und Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen beteiligten. Der konzeptionelle Rahmen dieser und ähnlicher Studien hat sich im Verlauf der Zeit verfeinert. Er wurde vor allem ergänzt durch die Erkenntnisse zur Bedeutung der *Wahrnehmung* von Gesundheit und Krankheit, der individuellen Ressourcen der Jugendlichen, der wichtigen Rolle zwischenmenschlicher Beziehungen und der grossen Auswirkungen des Klimas in der Familie, in der Schule und in der Lehre. Abbildung 1.3-2 stellt ein erklärendes Gesundheitsmodell vor, wie es verschiedenen Veröffentlichungen entnommen werden kann (Antonovsky, 1986; Compas et al., 1995; Millstein et al., 1993; Pineault & Daveluy, 1986; Prochaska et al., 1994). Im Übrigen hat die vorliegende Studie gegenüber 1993 einige Anpassungen und Ergänzungen erfahren, welche den vor 10 Jahren gemachten Erfahrungen und auch der epidemiologischen Entwicklung Rechnung tragen. So wurde ein stärkeres Gewicht auf die Unfälle gelegt und neue Fragen wurden in den Bereichen psychische Gesundheit, Nutzung der elektronischen Medien oder auch Lärmexposition und lärmbedingte Hörstörungen ausgearbeitet.



Abbildung 1.3-2 Ein erklärendes Gesundheitsmodell (Bronfenbrenner, 1979)

Gesundheit wird im oben vorgestellten Schema als dynamischer Prozess hin zu einem Gleichgewichtszustand verstanden, welcher ständig von persönlichen Voraussetzungen und Verhaltensweisen, aber auch von Faktoren des unmittelbaren (sozioökonomischer Status, etc.) oder des weiteren Umfelds (Klima, Transportmittel, etc.) beeinflusst wird. Es gibt sowohl auf individueller wie auf kollektiver Ebene Risiko- und Schutzfaktoren aus dem Umfeld (z.B. verschiedene

Lebensereignisse), aus Merkmalen der Person und aus den persönlichen Handlungsmöglichkeiten (Bewältigungsstrategien, Selbstvertrauen). Das Schema ist bei weitem nicht vollständig, aber es zeigt die Perspektive auf, mit welcher der Fragebogen zu SMASH 2002 erarbeitet wurde und mit welcher die Analysen des vorliegenden Berichts und besonders auch der noch folgenden Publikationen durchgeführt werden.

Literaturverzeichnis

Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1980.

Antonovsky A. The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1986; 1: 1-18.

Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.

Bandura A. Social foundations of thoughts and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1986.

Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholm T, Gundevall C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1991; 80:837-843.

Blum R. Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Journal of Adolescent Health* 1998;22:368-375.

Bonard L, Janin-Jacquat B, Michaud P. Who are the adolescents who stop smoking? *European Journal of Pediatrics* 2001;160:430-435.

Bronfenbrenner H. The ecology of human development: experiment by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.

Calmonte R, Kooler C, Weiss W. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse en 1997. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2000.

Choquet M, Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. Paris: INSERM; 1994.

Compas B, Hinden B, Gerhardt C. Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology* 1995; 46:265-293.

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and health behavior among young people. Copenhagen: World Health Organization; 2000.

Devaud C, Jeannin A, Narring F, Ferron C, Michaud P. Eating disorders among female adolescents in Switzerland: prevalence and associations with mental and behavioral disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1998;24:207-216.

Domenighetti G, Quaglia J, Inderwildi Bonivento L. Determinanti eco-socio-economici della salute: informazioni statistiche. Bellinzona: Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria, Sezione sanitaria, cantone del Ticino; 2000.

Donovan J, Jessor R, Costa F. Structure of health-enhancing behavior in adolescence: a latent-variable approach. *Journal of Health & Social Behavior* 1993;34:346-362.

Ferron C, Narring F, Cauderay M, Michaud P. Sports activity in adolescence : association with health perceptions and experimental behaviours. *Health Education and Research* 1999;14:225-223.

Friedman H. The health of adolescents: beliefs and behaviour. *Social Science and Medicine* 1989;29:309-315.

1.3 Ziele der Studie und konzeptioneller Rahmen

- Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Ärztezeitung* 1997;45:1672-1677.
- Jessor R. Risk behavior in adolescence : a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health* 1991;12:597-605.
- Jessor R, Jessor S. Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New-York: Academic Press; 1977.
- Jessor, RE. New perspectives on adolescent risk behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- Koffi-Blanchard M, Dubois-Arber F, Michaud P, Narring F, Paccaud F. Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert? *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1994;124:1047-1055.
- Konings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud P. Identifying Adolescent Drug Users Results of a National Survey on Adolescent Health in Switzerland. *Journal of Adolescent Health* 1994; 16:240-247.
- Lapointe A, Michaud P. Ces jeunes qui ne consultent pas... Comment améliorer l'accès aux soins des adolescents ? *Revue Médicale de la Suisse Romande* 2002;122:585-588.
- Lloyd C. Risk factors for problem drug use : identifying vulnerable groups. *Drugs education, prevention and policy* 1998;5:217-232.
- Manciaux M, Vanistendael S, Lecomte J, Cyrulnik B. La résilience, état des lieux. In M Manciaux (Ed). *La résilience, résister et se construire*. Genève: Médecine et Hygiène; 2001:13-20.
- Michaud P (Ed). *La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention*. *Archives de pédiatrie* 1999;6:827-831.
- Michaud P. La recherche rend-elle la prévention efficace ? L'exemple des adolescents. *Dépendances* 2001;14:8-12.
- Michaud P, Baudier F, Choquet M, Mansour S. *La santé des adolescents: quels liens entre recherche et prévention ?* Paris: Comité français d'éducation pour la santé; 1994.
- Michaud P, Blum R, Ferron C. "Bet you I will!" Risk or experimental behavior during adolescence? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1998;152:224-226.
- Michaud P, Martin J. La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans : leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits. *Revue Suisse de Médecine* 1998;72:1545-1553.
- Millstein S, Petersen A, Nightingale E. *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- Narring F, Michaud P. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. *Archives de pédiatrie* 2000;7:25-33.
- Narring F, Michaud P, Sharma V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in switzerland. *Family Planning Perspectives* 1996;28:232-236.
- Narring F, Michaud P. Methodological issues in adolescent health surveys: the case of the Swiss multicenter adolescent survey on health. *Sozial- und Präventivmedizin* 1995;40:172-182.
- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. *La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.
- Pelletier L. Les indicateurs de santé et la planification sanitaire. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1990;38:47-56.
- Pineault D, Daveluy C. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Ottawa: Agence de l'Arc Inc; 1986.

Prochaska J, Velicer W, Rossi J, Goldstein M, Macus B, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994;13:39-46.

Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Haris KM, Jones J. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association* 1997;278:823-832.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:28-33.

Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 1993;14:626-631.

Stronski S, Ireland M, Michaud P, Narring F, Resnick M. Protective correlates of stages in adolescent substance use: A swiss national study. *Journal of Adolescent Health* 2000;26:420-427.

Triandis H. *Interpersonal behaviour*. Monterey: Brook/Cole; 1977.

Vanistendael S. *La résilience ou le réalisme de l'espérance; blessé mais pas vaincu*. Genève: Bureau International Catholique de l'Enfance; 1998.

Wydler H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. *Die Gesundheit 20-Jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993*. Aarau: Sauerländer; 1996.

2 STICHPROBE UND METHODE

2.1 ORGANISATION DER STUDIE

Die Studie SMASH 2002 (« **S**wiss **M**ulticenter **A**dolescent **S**urvey on **H**ealth ») wurde von der Groupe de Recherche sur la Santé des Adolescents des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP), dem Institut für Psychologie der Universität Bern und dem Ufficio di Promozione e di Valutazione Sanitaria (Sezione Sanitaria) des Kantons Tessin gemeinsam durchgeführt.

Da die Schweiz ein föderalistisches Land ist, mussten die zuständigen Behörden (Gesundheits- und Erziehungsdirektionen) aller beteiligten Kantone das Studienprotokoll genehmigen. Die Mehrheit der Kantone waren bereit, bei der Studie mitzuarbeiten. Es beteiligten sich die Kantone Appenzell-Ausserrhoden, Basel Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden, Sankt-Gallen, Schaffhausen, Tessin, Uri, Wallis, Waadt, Zug und Zürich. Jeder Kanton bezeichnete einen Koordinator oder eine Koordinatorin (in der Regel Mitarbeitende eines öffentlichen Dienstes oder einer vom Kanton beauftragten Fachstelle), welche für die Organisation der Datenerhebung im eigenen Kanton verantwortlich war. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren erstellten für die Studie eine Liste aller in Frage kommenden Schulklassen (siehe Stichprobenziehung). Die verschiedenen Phasen der Studie wurden vom IUMSP Lausanne koordiniert, welches Mandatsträger der Studie war. Die Befragungen in den Klassen fanden zwischen März und Juni 2002 statt.

Besondere Aufmerksamkeit wurde der Durchführung der Befragung in den Schulklassen geschenkt. Die Befragung wurde lokal nach einem für die ganze Studie verbindlich festgelegten Vorgehen organisiert. Die Fragebogen wurden im Klassenverband, in Abwesenheit der Lehrkraft ausgefüllt. Für die Klassenbefragungen wurden Schulschwester, Mediatorinnen und Mediatoren oder Mitarbeitende von Präventionsfachstellen beauftragt. Sie wurden bzgl. Durchführung in den Klassen besonders geschult: Wie sollten die Jugendlichen über die Studie informiert und zur Teilnahme motiviert werden? Unter welchen Rahmenbedingungen sollten die Jugendlichen den Fragebogen ausfüllen? Warum mussten die Bedingungen in allen Klassen gleich sein? Wie sollten mögliche Fragen von Seite der Jugendlichen beantwortet werden?

Dieses eng definierte Vorgehen hatte zwei Ziele: die Sicherstellung der Datenqualität, indem alle Teilnehmenden den Fragebogen unter den gleichen Bedingungen beantworteten (Fink, 1989; Michaud, Blum, & Slap, 2001; Miller, 1991) und die Respektierung der ethischen Grundsätze, die für jede solche Studie gelten (siehe unten). Vierzig bis sechzig Minuten wurden für die Beantwortung des Fragebogens benötigt, so dass die Schulen zwei Lektionen zur Verfügung stellen mussten, damit die Studie vorgestellt, die Fragebogen beantwortet und mit den interessierten Jugendlichen am Schluss eine kleine Diskussion zur Studie oder zu einzelnen Themen geführt werden konnte. Die Jugendlichen machten gerne mit und zeigten sich am Inhalt des Fragebogens interessiert. Die zahlreichen Kommentare am Ende des Fragebogens zeugen davon. Die Jugendlichen fanden es nützlich, dass sie zu ihrer Gesundheit befragt wurden, meinten, dass ihre Stimmen gehört werden müssten, und sie hofften, dass die Studie auch konkrete Folgen haben werde. Die Tatsache, dass weniger als 10 Jugendliche die Teilnahme verweigert haben und dass bei den einzelnen Fragen nur 1% bis 6% der Antworten fehlten, zeigt, dass die Befragung bei den Jugendlichen gut angekommen ist.

2.2 AUSARBEITUNG DES FRAGEBOGENS

Die Studienverantwortlichen standen vor dem typischen Dilemma, das sich bei periodisch durchgeführten Bevölkerungsbefragungen stellt: auf der einen Seite verfügten sie über eine ganze Anzahl Fragen aus Studien, die in den letzten zehn Jahren durchgeführt wurden (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly et al., 1991; Choquet & Ledoux, 1994; Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Resnick et al., 1997; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996), und die alle sehr interessant waren. Auf der anderen Seite war es sinnvoll, etliche Fragen aus der Befragung von 1992 wieder zu stellen, um aussagekräftige Vergleiche ziehen zu können. Die gewählte Lösung stellt einen Kompromiss dar. Ein grosser Teil des Fragebogens beruht auf dem Fragebogen SMASH 1992 (Narring & Michaud, 1995; Narring et al., 1994), bei dessen Erarbeitung damals zahlreiche Jugendliche und Fachpersonen einbezogen worden waren. Dies betrifft die Fragen zu Freizeit, Sport, Sexualität, Konsum psychoaktiver Substanzen (legale und illegale Drogen) und zur Gesundheitsversorgung. Es wurden aber auch einige wesentliche Ergänzungen angebracht: Fragen zu gewissen soziodemographischen Aspekten (Migration, Adoption), eine Frageserie zu Unfällen und Schutzverhalten, eine Frage zur täglichen körperlichen Aktivität, eine Frage zu Menstruationsbeschwerden (Dysmenorrhoe), zwei Fragen zu Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen, zwei Fragen zu alltäglichen Auswirkungen einer allfälligen Behinderung oder chronischen Erkrankung, Fragen zur Nutzung des Internets, Fragen zur Lärmexposition und je eine validierte Skala zu Depression, Essstörungen und Erlebnissuche (« sensation seeking »). Ziel war es, die Formulierungen der Fragen aus der Studie SMASH 1992 beizubehalten und, wenn möglich, bei neuen Fragen auf bestehende Fragebogen zurückzugreifen.

Der Fragebogen wurde in einigen Klassen vorgetestet und diskutiert, um sicherzustellen, dass die Fragen klar verständlich waren und der Fragebogen in ca. 60 Minuten beantwortet werden konnte. Der Fragebogen bestand aus 93 Fragen auf 28 A4-Seiten. Er wurde auf Französisch ausgearbeitet und anschliessend auf Deutsch und Italienisch übersetzt und auch in diesen Sprachen vorgetestet. Den zweisprachigen Kantonen standen zwei Versionen zur Verfügung.

2.3 STICHPROBENZIEHUNG

Im Gegensatz zu Studien in der obligatorischen Schule schliessen Studien im nachobligatorischen Bildungsbereich den Teil der Jugendlichen aus, die nicht mehr im Bildungssystem sind. Eine Studie bei den 16- bis 20-Jährigen erlaubt es nicht, die Jugendlichen, die vom Bildungssystem ausgeschlossen sind (ungefähr 20% der gesamten Bevölkerung zwischen 16 und 20 Jahren) zu erreichen. Darüber hinaus erfordert die Diversifizierung der verschiedenen Ausbildungstypen im nachobligatorischen Bereich (Mittelstufe II, Berufsbildung) eine komplexe Technik der Stichprobenziehung (Statistics Canada, 1996).

Der Plan zur Stichprobenziehung wurde in Zusammenarbeit mit den Statistikern des IUMSP Lausanne, insbesondere mit Dr. G. van Melle erarbeitet. Die Zufallsstichprobe wurde in einem geschichteten Klumpenauswahlverfahren gezogen, indem ganze Schulklassen aus der Grundgesamtheit aller Klassen ausgelost wurden. Die Grundgesamtheit aller Klassen wurde mittels vollständiger kantonaler Klassenlisten erfasst. Die Stichprobe wurde nach Sprachregion, Ausbildungstyp und Ausbildungsjahr geschichtet.

Die Verantwortlichen jedes beteiligten Kantons lieferten in Zusammenarbeit mit den für Erziehung und Berufsbildung zuständigen Departementen vollständige Klassenlisten aller öffentlichen Schulen für Jugendliche zwischen 16 und 20 Jahren (Mittelschulen, Berufsschulen, 10. Schuljahre). Die gesamte Studienpopulation umfasste 13857 Klassen mit total 216595 Schülerinnen und Schülern. Die berechnete Stichprobenfraktion betrug 3.6% der Gesamtpopulation und nahm aufgrund der Zahlen in den Klassenlisten 9740 Jugendliche in die Stichprobe auf.

Die Klumpenstichprobe erhöht den Standardfehler, weil die Individuen der gleichen Gruppe gewisse Merkmale gemeinsam haben (Moser & Kalton, 1979). Um diesen Klumpeneffekt auszugleichen, wurde in jeder Sprachregion eine ziemlich grosse Stichprobe gezogen, was wiederum die Präzision der Schätzwerte erhöht. Um die Repräsentativität der Stichprobe bezüglich der verschiedenen untersuchten Verhaltensweisen sicherzustellen, wurde zudem eine Schichtung nach drei Kriterien vorgenommen : Ausbildungstyp, Ausbildungsjahr und Sprachregion (Miller, 1991). Diese Stratifikation der Population erlaubt eine bessere Verteilung der Stichprobe über die verschiedenen Untergruppen.

2.4 DATENVERARBEITUNG UND DATENANALYSE

Die selbständig ausgefüllten Fragebogen wurden mit einem Scanner optisch eingelesen. Dazu musste die Position der Antwortkästchen sehr genau definiert werden. Das ausgeklügelte Einleseverfahren ermöglichte es dem einlesenden Personal einzugreifen, wenn eine Unklarheit bei der Erfassung festgestellt wurde. Damit konnten Einlesefehler auf ein Minimum reduziert werden. In der Phase der Datenbereinigung erfolgte die Kodierung offener Fragen, die Zuteilung von Codes zu fehlenden Antworten und nicht-beantwortbaren Fragen (z.B. Fragen zu Menstruationsbeschwerden bei den Jungen) sowie die Prüfung der Antwortkonsistenz. Diese Schritte wurden in Absprache mit dem ganzen Forschungsteam vorgenommen. Die Datenbasis enthält schliesslich über 500 Variablen.

Die Analysen (für den vorliegenden Bericht vor allem Kreuztabellen) wurden mit SPSS Version 10 durchgeführt. Multivariate Analysen^d mit den Variablen Geschlecht, Alter und Ausbildungstyp wurden durchgeführt, um sicher zu gehen, dass zwischen verschiedenen Gruppen festgestellte Unterschiede nicht nur aufgrund einer unterschiedlichen Zusammensetzung der Untergruppen bestanden. Zugunsten eines schlanken, klaren Berichts sind diese Analysen hier weder aufgeführt noch diskutiert. Wenn im Bericht Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen oder den Ausbildungstypen vorgestellt werden, beruhen diese nicht auf einer unterschiedlichen Zusammensetzung der Untergruppen.

In den Jahren 2004 und 2005 sollen weitere Analysen gewisse Themen vertiefen, die in diesem Bericht erst teilweise dargestellt sind.

2.5 ETHISCHE FRAGEN

Die ethischen Fragen einer Studie, welche Informationen zu sehr intimen Bereichen der Jugendlichen einholt, wurden vor zehn Jahren einer breiten Vernehmlassung unterzogen. Insbesondere wurden auch Bioethiker konsultiert. 2001 wurde das Studienprotokoll für SMASH 2002 von der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Lausanne gutgeheissen und die Regeln für eine solche Forschungsarbeit wurden damit respektiert (Coughlin & Beauchamp, 1992). Die Anonymität der Antworten wurde durch das Fehlen jeglicher Identifikationsmöglichkeiten auf dem Fragebogen garantiert. Die Jugendlichen füllten den Fragebogen im Klassenverband selbständig aus und gaben ihn in einem von ihnen selbst verschlossenen Briefumschlag der schulexternen Befragungsperson zurück. Die Vertraulichkeit der Information war damit garantiert. Die Jugendlichen mussten über eine Teilnahme an der Befragung informiert und dieser freiwillig zustimmen können. Ausserdem wurden sie schriftlich auf dem Fragebogen und mündlich durch die Befragenden darüber aufgeklärt, dass sie frei waren, einzelne Fragen oder den ganzen Fragebogen nicht zu beantworten. Den Teilnehmenden stand die Adresse der Studienverantwortlichen zur Verfügung und sie wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie die Resultate über ihre Schule rückgemeldet erhalten würden.

^d Multiple Regressionen, logistische Regressionen oder loglineare Modelle je nach Situation.

2.5 Ethische Fragen

Wenn hier ein Schwerpunkt auf die Anonymität und Vertraulichkeit der Resultate gelegt wurde, heisst das nicht, dass die Wirkung gewisser delikater Fragen wie beispielsweise zur Sexualität, zu Suizidgedanken, zu Suchtverhalten oder zu sexuellen Übergriffen ausser Acht gelassen wurde. Solche Fragen können von einigen Jugendlichen als zu eindringlich aufgefasst werden. Und, schlimmer noch, sie können bei den am stärksten Betroffenen wieder negative Gefühle, Ängste und Schmerzen im Zusammenhang mit ihrer persönlichen Geschichte wachrufen. Aus diesem Grund hinterliessen die Befrager und Befragerinnen den Jugendlichen die Adresse einer lokalen Beratungsstelle, die sie konsultieren konnten, wenn sie über eines der angeschnittenen Themen mit einer Fachperson sprechen wollten.

In der Praxis war diese Sorgfalt im Umgang mit ethischen Fragen sehr nützlich. Sowohl Behörden als auch Eltern, Schulen und Fachstellen waren für die Ziele und das Interesse der Studie sensibilisiert; waren doch einige von ihnen vor zehn Jahre früh in die Konzipierung und Planung der Studie einbezogen worden. Die Studienverantwortlichen haben bis heute keine negativen Reaktionen auf die Studie erhalten.

Literaturverzeichnis

Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.

Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholm T, Gundevall C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;80:837-843.

Choquet M, Ledoux S. Adolescents: enquête nationale. Paris: INSERM; 1994.

Coughlin S, Beauchamp T. Ethics, scientific validity, and the design of epidemiologic studies. *Epidemiology* 1992;3:343-347.

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and Health Behavior among Young People. Copenhagen: World Health Organization; 2000.

Fink R. Issues and problems in measuring childrens health status in community health research. *Social Science and Medicine* 1989;29:715-719.

Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Arztezeitung* 1997;45:1672-1677.

Michaud P, Blum R, Slap G. Cross-cultural surveys of adolescent health and behaviour: progress and problems. *Social Science and Medicine* 2001;53:1237-1246.

Miller D. Handbook of research design and social measurement. London: Sage Publication; 1991.

Moser C, Kalton G. Survey methods in social investigation. New-York: Gower Publishing Company; 1979.

Narring F, Michaud P. Methodological issues in adolescent health surveys: The case of the Swiss multicenteradolescent survey on health. *Sozial- und Präventivmedizin* 1995;40:172-182.

Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.

Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Haris KM, Jones JA. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA* 1997;278:823-832.

Statistics Canada. Census Dictionary - Final Edition. Appendix O: Data Quality, Sampling and Weighting, Confidentiality and Random Rounding. Ottawa: Statistics Canada; 1996.

Wydler H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. Die Gesundheit 20-Jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993. Aarau: Sauerländer; 1996.

3 RESULTATE

3.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG

Aus der ausgelosten Zufallsstichprobe standen 102 Klassen für die Befragung nicht zur Verfügung und mussten ersetzt werden. 14 Klassen haben nicht teilgenommen. Eine Abschlussklasse, die nicht mehr an der Befragung teilnehmen konnte, wurde durch eine Klasse in einem ein Jahr tieferen Ausbildungsjahr ersetzt, die zufällig aus den in Frage kommenden Klassen der gleichen Schule ausgelost wurde. In den anderen Ausbildungsjahren wurde zufällig eine Parallelklasse (gleiche Schule, gleiche Ausbildung, gleiches Ausbildungsjahr) als Ersatz ausgelost.

Die 8740 befragten Schülerinnen und Schüler (weiblich : 4041 ; männlich : 4716), im Alter zwischen 13 und 50 Jahren, stammten aus den 475 Klassen, die schliesslich an der Studie mitmachten. Der Unterschied zwischen der geplanten Anzahl Befragter und der effektiven Anzahl Befragter ist bedingt durch eine Überschätzung der Schülerzahl aufgrund der Klassenlisten (v.a. in den Berufsschulklassen), durch die Abwesenheit einzelner Schülerinnen und Schüler am Befragungstag und die Tatsache, dass viele Schülerinnen und Schüler älter als 20 Jahre waren oder als Erwachsene einen Lehrabschluss nachholten und klar nicht mehr zur Studienpopulation gehörten. Insgesamt gab es weniger als 10 Jugendliche, welche die Beantwortung des Fragebogens verweigert haben.

In der Basisdatei wurde jeder Fragebogen mit der umgekehrten Wahrscheinlichkeit der Selektion der betreffenden Klasse für die Stichprobe gewichtet. Dies erlaubte es, mit der entsprechenden Inferenz-Statistik zu rechnen (Vertrauensintervalle, statistische Tests). Insgesamt 1049 Fragebogen wurden ausgeschlossen, weil die Information zu Geschlecht und/oder Alter fehlte (256 Fragebogen), die Befragten weniger als 16 (n=156) oder mehr als 20 Jahre alt waren (n=534), weil mehr als 20% der Fragen nicht beantwortet waren (n=102) oder weil es keine Antwort zum Ausbildungstyp gab (n=1). Die gewichtete Anzahl valider und brauchbarer Fragebogen von Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren beträgt 7428^e (Mädchen : 3384; Jungen : 4044). Die wichtigsten soziodemographischen Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 3.1-1 beschrieben.

^e Je nach analysierter Variable kann diese Anzahl aufgrund der Gewichtung und der Rundungen etwas variieren.

3.1 Stichprobenbeschreibung

Merkmale	Lehre		Schule		Total		
	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)	Alle (%)
	n=2131	n=3183	n=1252	n=861	n=3384	n=4044	n=7428
Alter							
16 Jahre	9.3	11.2	12.9	15.8	10.7	12.2	11.5
17 Jahre	28.0	24.1	33.1	30.1	29.8	25.4	27.4
18 Jahre	34.7	29.4	28.4	28.1	32.4	29.1	30.6
19 Jahre	17.5	20.7	18.8	18.4	18.0	20.2	19.2
20 Jahre	10.5	14.6	6.8	7.7	9.1	13.1	11.3
Nationalität							
Schweiz	83.4	82.3	89.6	89.9	85.7	83.9	84.7
Andere	16.6	17.7	10.4	10.1	14.3	16.1	15.3
Wohnort							
Stadt oder Vorort	39.3	40.4	46.0	53.0	41.8	42.8	42.3
Land	59.5	58.4	53.6	45.8	57.3	55.8	56.5
Keine Antwort	1.2	1.6	.4	1.2	.9	1.5	1.2
Status der Eltern							
Leben zusammen	73.7	76.6	77.6	80.8	75.1	77.5	76.4
Getrennt oder geschieden	21.2	18.9	16.5	15.3	19.4	18.2	18.8
Vater oder Mutter gestorben, andere	4.6	4.1	5.8	3.6	5.1	4.0	4.5
Keine Antwort	.6	.3	.1	.2	.4	.3	.3

Tabelle 3.1-1 Analytierte (und gewichtete) Stichprobe der Studie SMASH 2002

3.2 PSYCHOSOZIALES UMFELD UND PERSÖNLICHE BEZIEHUNGEN

Im Folgenden soll auf das psychosoziale Umfeld der befragten Jugendlichen eingegangen werden. Dieses kann als Gesamtheit der soziostrukturellen Möglichkeiten verstanden werden, die den Jugendlichen zur Verfügung steht, um ihr Bedürfnis nach Wohlbefinden, Produktivität und positiver Selbsterfahrung zu befriedigen (Siegrist & Marmot, 2003). Näher betrachtet werden sollen die Familie, die Beziehungen zu Gleichaltrigen, die Schule und die Arbeitswelt von Lehrlingen.

3.2.1 Die Beziehung zur Familie

Die Familie ist der Ort der primären Sozialisation. Sie ist aber auch ein wichtiger Ort der Kommunikation und Kommunikationsübung sowie des Austauschs von Gefühlen. Und sie ist ein Ort der primären Geborgenheit. Auch wenn in der Adoleszenz die Bedeutung der Beziehungen zu den Gleichaltrigen zunimmt, heisst das nicht, dass die Verbundenheit mit den Eltern abnimmt (Flammer & Alsaker, 2002). Die Qualität der Beziehungen zu den Eltern wirkt sich auf wichtige Aspekte des subjektiven Wohlbefindens der Jugendlichen aus, z.B. auf die interne Kontrollwahrnehmung und den Optimismus (Ben-Zur, 2003), aber auch auf die Qualität der Beziehungen zu Gleichaltrigen (Dekovic & Meeus, 1997). In den letzten Jahren wird den Eltern und ihrem Erziehungsstil wieder ein wichtiger Einfluss auf die Gesundheit und das Befinden ihrer adoleszenten Kinder zugemessen (Litt, 2003). So scheinen sowohl eine gewisse Kontrolle über das Tun der Kinder als auch das von den Kindern wahrgenommene Vertrauen der Eltern mit einem geringeren Risikoverhalten assoziiert zu sein (Resnick et al., 1997; Borawski, Ievers-Landis, Lovegreen, & Trapl, 2003). Die Familienstrukturen sind vielfältig geworden. Viele Kinder und Jugendliche sehen sich mit Veränderungen ihrer Rolle innerhalb der Familie sowie mit wechselnden Familienzusammensetzungen konfrontiert. Dies muss nicht zu gesundheitlichen Benachteiligungen führen. Es gibt jedoch Hinweise, dass familiäre Stressoren wie das Auseinanderbrechen der Familie oder schlechte Beziehungen in der Familie mit Risikoverhalten der betroffenen Jugendlichen assoziiert sind (Butters, 2002). Eine besondere Belastung für die Gesundheit ist dabei mit Sicherheit die Erfahrung von innerfamiliärer Gewalt (Council of Scientific Affairs & Association, 1993; Dube et al., 2003).

Zur Familienstruktur gab eine grosse Mehrheit der befragten Jugendlichen an, dass ihre biologischen Eltern zusammenleben (Abbildung 3.2-1). 18.8% der Jugendlichen berichteten, ihre Eltern seien getrennt oder geschieden. Bei 2.5% war der Vater verstorben, bei 1.1% die Mutter und bei 0.1% waren beide Eltern verstorben. Etliche Jugendliche kommentierten, dass ihre Eltern wohl zusammenleben, aber viel streiten.

3.2 Psychosoziales Umfeld und persönliche Beziehungen

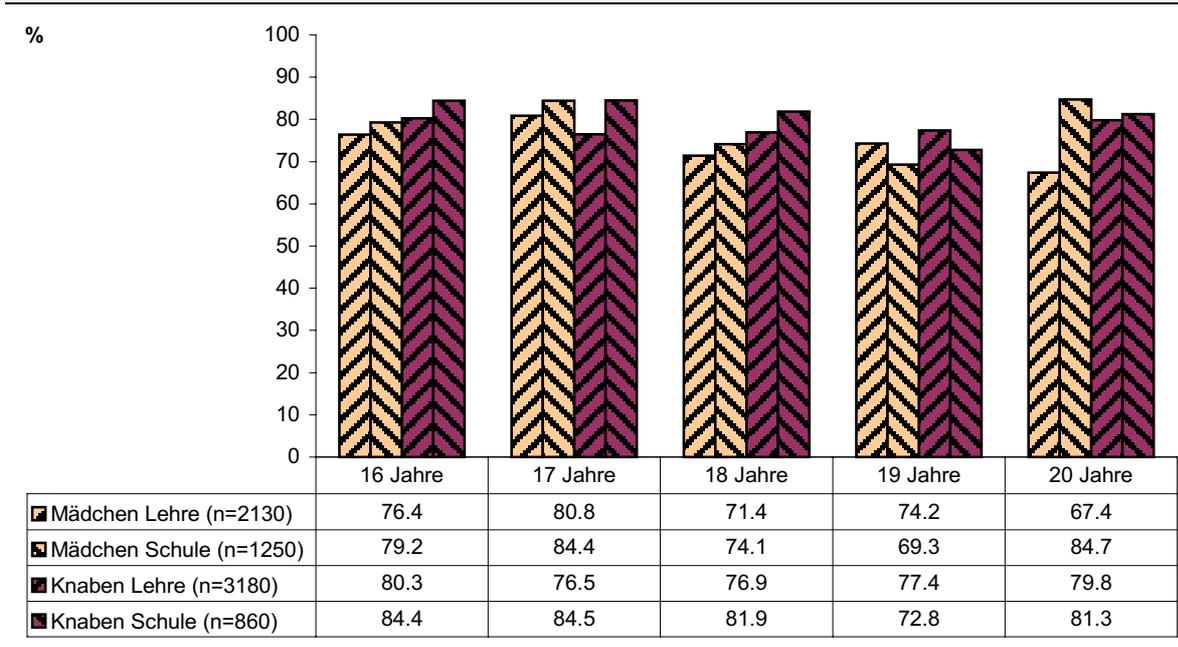


Abbildung 3.2-1 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, dass ihre Eltern zusammen leben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F21)

Dass die einfache Einteilung der oben erwähnten Kategorien die Vielfalt der Lebenssituationen der Jugendlichen nur ungenügend widerspiegelt, zeigt Tabelle 3.2-1 zur Wohnsituation der Befragten.

Personen, mit denen die Jugendlichen angeben, die meiste Zeit während der Woche zu leben	Mädchen (%)		Jungen (%)	
	Lehre n = 2130	Schule n = 1250	Lehre n = 3180	Schule n = 860
Mit Mutter und Vater	65.7	72.2	69.3	74.1
Mit Mutter allein	12.1	12.8	11.5	13.8
Mit Vater allein	2.3	1.2	3.5	1.2
Mit Mutter und Stiefvater	5.8	4.2	4.0	3.3
Mit Vater und Stiefmutter	.6	.5	1.2	1.0
Abwechselnd mit Mutter oder Vater (+/- Stiefelternanteil)	1.0	1.1	2.0	1.7
Mit anderen Erwachsenen	.7	.5	.7	.1
Allein	2.2	.8	1.9	.7
Mit Partner/in	3.5	.2	1.6	-
Mit anderen zusammen (inkl. Internat)	3.0	5.2	1.2	2.9
Andere Formen	2.4	.8	2.3	1.0

Tabelle 3.2-1 Prozentanteile der Jugendlichen, die über verschiedene Wohnsituationen während der Woche berichteten (mehrere Antworten möglich), nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F19)

Es zeigt sich, dass die Mehrheit der Jugendlichen dieser Altersstufe immer noch mit beiden Elternteilen zusammenlebt. Dieser Anteil ist bei den Lehrlingen etwas tiefer als bei den Schülerinnen und Schülern. Mädchen leben etwas häufiger ohne elterliche Bezugsperson als Jungen.

1.3% der befragten Mädchen und 1.4% der Jungen gaben an, adoptiert worden zu sein. 0.7% vom Vater oder der Mutter, 0.8% von beiden Eltern. Das berichtete Durchschnittsalter bei der Adoption lag bei den Mädchen bei 5 Jahren, bei den Jungen bei 2.4 Jahren.

Nebst den Familienstrukturen interessierte die Qualität der Beziehungen zu den Eltern. Die Antworten auf einige Fragen dazu sind in Tabelle 3.2-2 zusammengestellt.

	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040
Meine Eltern akzeptieren mich so, wie ich bin.	90.5	91.6
Ich erzähle meinen Eltern oft meine Probleme und Schwierigkeiten.	63.6	53.7
Meine Eltern verstehen mich.	77.8	81.6
Meine Eltern merken, wenn ich traurig bin.	83.0	80.0
Ich vertraue meinen Eltern.	90.5	92.5
Meine Eltern vertrauen mir.	89.7	90.3

Tabelle 3.2-2 **Prozentanteile der Jugendlichen, die mit verschiedenen Aussagen zur Beziehung mit ihren Eltern einverstanden sind, nach Geschlecht (SMASH 2002, F84)**

Ein besonders positives Bild zeigt sich bezüglich gegenseitigem Vertrauen und bezüglich dem Gefühl, von den Eltern so akzeptiert zu werden, wie man ist. Die Mehrheit fühlte sich von den Eltern verstanden. Ungefähr ein Sechstel der Befragten gab jedoch auch an, dass sie sich von den Eltern nicht verstanden fühlen, und dass die Eltern nicht merkten, wenn sie traurig sind. Ein – im Vergleich zu den Mädchen – geringerer Anteil der Jungen gab an, mit den Eltern über ihre Probleme zu sprechen. Sonst gibt es hier keine Unterschiede bezüglich Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter.

Auch wenn nur gut die Hälfte der Befragten angab, dass sie häufig mit ihren Eltern ihre Probleme besprachen, bleibt die Familie (und damit wohl auch die Eltern) in dieser Lebensphase ein wichtiger Gesprächspartner, insbesondere wenn es um gesundheitliche Probleme geht (Abbildung 3.2-2).

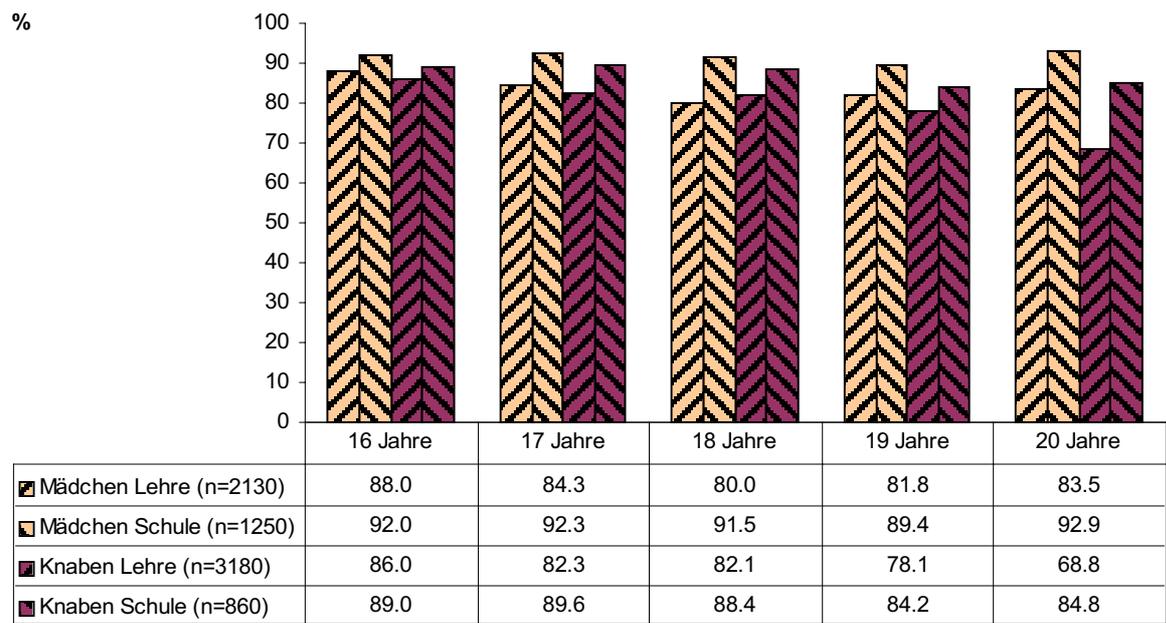


Abbildung 3.2-2 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, dass sie Gesundheitsprobleme mit ihren Eltern besprechen, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F38)

Wie die Abbildung zeigt, ist der Anteil der Jugendlichen, die gesundheitliche Probleme mit ihrer Familie besprechen, über alle Altersgruppen recht konstant. Einzig bei den männlichen Lehrlingen ist dieser Anteil unter den ältesten Befragten (19- und 20-jährige) tiefer als bei den jüngeren.

Über Probleme in der Schule oder am Arbeitsplatz sprechen 69.5% der Mädchen und 64.4% der Jungen nach eigenen Angaben mit ihrer Familie. Ein kleinerer Anteil der Jugendlichen berichtete, dass sie mit ihrer Familie über psychische Probleme sprechen (40.1% der Mädchen, 36.7% der Jungen).

Die Beziehungen zu den Eltern sind auf der anderen Seite für einige Jugendliche auch Anlass zu Sorgen und Ängsten: 11.4% der Mädchen und 8.4% der Jungen fürchteten zum Zeitpunkt der Befragung, dass sich ihre Eltern trennen oder scheiden lassen könnten. Weitere 24.8% der Mädchen und 18% der Jungen gaben an, dass sie dies „ein wenig“ fürchten. Es zeigt sich, dass der Anteil Schülerinnen und Schüler, die eine Trennung oder Scheidung fürchten, etwas höher ist als der Anteil Lehrlinge. Es gaben jedoch auch mehr Schülerinnen und Schüler an, noch mit beiden Eltern zu leben. Dies könnte ihre häufigeren Sorgen teilweise erklären. Zudem äusserten mehr jüngere Befragte als ältere und mehr Mädchen als Jungen Befürchtungen zu einer allfälligen Trennung ihrer Eltern. Dass solche Sorgen mit dem Alter eher abnehmen, ist vermutlich im Rahmen des fortschreitenden Ablösungsprozesses zu sehen, welche die eigene Betroffenheit durch eine Trennung der Eltern doch etwas reduziert. Interessant ist der Geschlechtsunterschied. Ist dafür ein unterschiedliches Erleben von Streitereien verantwortlich oder gibt es bei Streitereien der Eltern belastendere Rollenerwartungen an die Mädchen (z.B. in dem sie eine Mediatorinnenfunktion übernehmen müssen) ?

Ein anderes Thema ist die innerfamiliäre Gewalt. Ein Hinweis auf diese Problematik geben die Antworten der Jugendlichen auf die Frage, ob sie manchmal Angst haben, von ihren Eltern geschlagen zu werden. 4.8% der Mädchen und 2.7% der Jungen befürchteten, von den Eltern geschlagen zu werden. 8.6% der Mädchen und 5.0% der Jungen befürchteten dies „ein wenig“. Dass in der Adoleszenz Mädchen tatsächlich häufiger von innerfamiliärer körperlicher Gewaltausübung betroffen sind, bestätigen Daten des Army Family Advocacy Central Registry der US-Armee (Raiha & Soma, 1997).

Viele spontane Kommentare auf den Fragebogen und einige Reaktionen von Jugendlichen auf die ersten Resultate im Mai 2003 zeigten, wie sehr Streit der Eltern und das Erleben von innerfamiliärer Gewalt eine Belastung für die betroffenen Jugendlichen darstellen. Verschiedene Jugendliche baten uns, im Bericht über diese grosse Belastung und das Leid der betroffenen Jugendlichen zu berichten. Mehr Mädchen als Jungen (17% vs. 12%) hätten zum Zeitpunkt der Studie Unterstützung zur Bewältigung von Problemen mit der Familie benötigt.

3.2.2 Beziehungen zu den Gleichaltrigen

Beziehungen zu Gleichaltrigen sind eine Quelle der Selbsterfahrung und der Selbstdefinition. Erfolgreiche Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, ist wesentlich für das Wohlbefinden der Jugendlichen. So berichteten 10- bis 16-jährige Jugendliche ohne beste Freundin oder besten Freund über weniger Wohlbefinden, mehr Depressivität, negative Selbstbewertung und das Gefühl „anders“ zu sein (Alsaker, 2000). Dazu zu gehören, sich akzeptiert und geliebt zu fühlen ist von zentraler Wichtigkeit für die Entwicklung der eigenen Identität (Rokach, Bauer, & Orzeck, 2003). Daneben gibt es auch wichtige Zusammenhänge zwischen Freundschaften und Verhalten. Einerseits werden Freundinnen und Freunde so gewählt, dass man gemeinsame Interessen und gemeinsames Verhalten pflegen kann. Andererseits beeinflusst der Lebensstil der Freundinnen und Freunde auch das eigene Verhalten (Dishion, & Owen, 2002).

93.4% der befragten Jugendlichen gaben an, eine Freundin oder einen Freund zu haben, mit dem sie ab und zu diskutieren können. Wie erwähnt, kann das Fehlen von solchen Bezugspersonen eine gesundheitliche Belastung darstellen. Bei den Mädchen gaben 4.4% der Lehrlinge und 2.2% der Schülerinnen ein solches Fehlen an. Bei den Jungen waren es 9.7% der Lehrlinge und 7.9% der Schüler.

Freundinnen und Freunde sind wichtige Gesprächspartner in verschiedenen Bereichen (Abbildung 3.2-3). Am häufigsten besprechen die Jugendlichen Probleme in der Schule und am Arbeitsplatz mit ihren Freundinnen und Freunden.

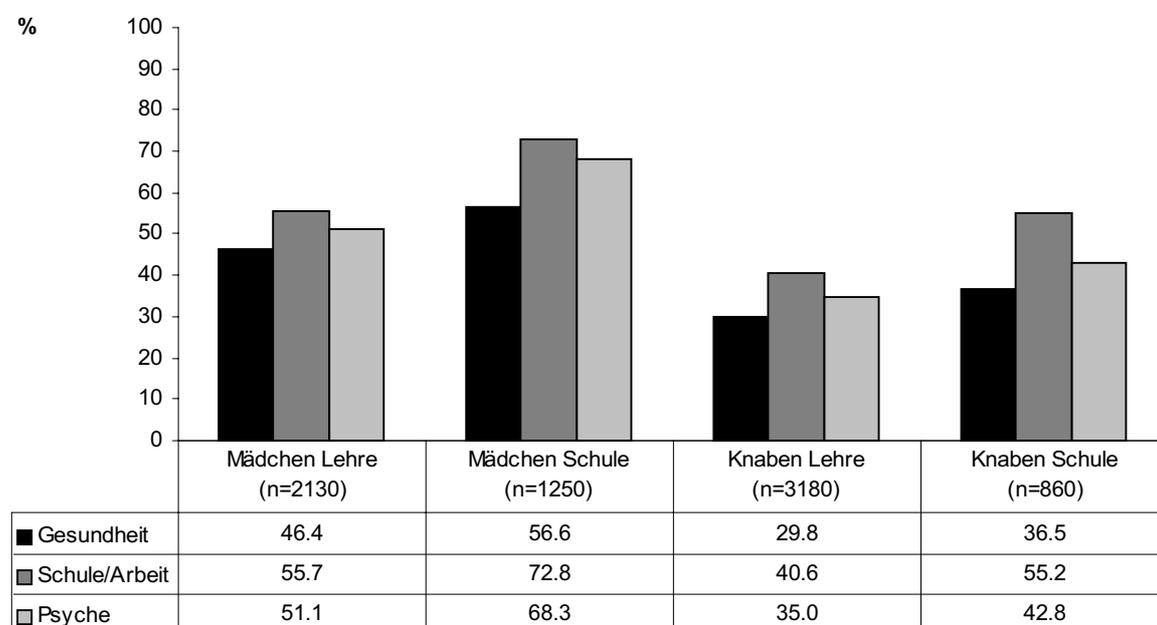


Abbildung 3.2-3

Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschiedene Probleme mit ihren Freundinnen und Freunden zu besprechen, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F38)

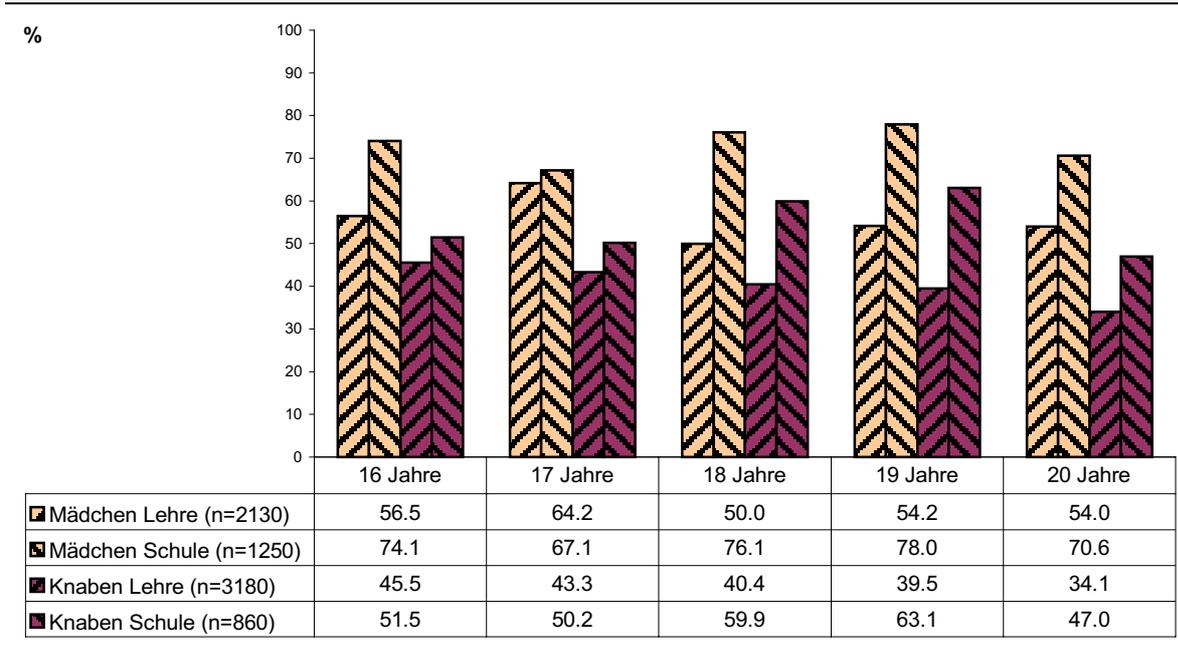


Abbildung 3.2-4 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, Probleme in Schule und Arbeit mit ihren Freundinnen und Freunden zu besprechen, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F38)

Insgesamt zeigen die Resultate, dass mehr Schülerinnen und Schüler mit Freundinnen und Freunden über ihre Probleme sprechen als Lehrlinge dies tun. Dies trifft nicht nur für Probleme in Schule und Arbeitswelt zu (Abbildung 3.2-4), wo Schülerinnen und Schüler im Gegensatz zu Lehrlingen mit einer Anzahl Gleichaltriger ihren Alltag und damit viele Probleme teilen. Für alle gefragten Problembereiche gaben weniger Jungen als Mädchen an, diese mit Freundinnen und Freunde zu besprechen. Für Gespräche mit der Familie gibt es dagegen keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede.

Auch zur Qualität der Beziehungen zu Freundinnen und Freunden waren die Antworten der Jugendlichen insgesamt positiv. So erlebten weitaus die meisten Jugendlichen Vertrauen (96% der Mädchen und 93.4% der Jungen) und fühlten sich so akzeptiert wie sie sind (97.6% der Mädchen und 96.7% der Jungen). Eine Mehrheit der Jugendlichen konnte auch Probleme mit ihren Freundinnen und Freunden besprechen. Dagegen gab es einen kleinen Teil der Jugendlichen, die ihre Probleme eher nicht mit Freundinnen und Freunden besprechen (9.8% der Mädchen und 20.5% der Jungen) oder die den Eindruck haben, dass ihre Freundinnen und Freunde eher nicht merken, wenn sie traurig sind (8.7% der Mädchen, 18.4% der Jungen). Jungen scheinen sich insgesamt etwas weniger gut im Freundeskreis aufgehoben zu fühlen als Mädchen.

9.1% der Mädchen und 8.2% der Jungen gaben an, sie hätten zum Zeitpunkt der Befragung Hilfe benötigt, weil sie Schwierigkeiten hatten, Freundschaften zu schliessen.

3.2.3 Schule und Lehre

Die Schule spielt für die Identitätsentwicklung eine wesentliche Rolle. Einflussfaktoren scheinen hier die Kommunikationskompetenz der Lehrkräfte, die Klassenkohäsion und die wahrgenommene Normierung der sozialen Beziehungen in der Schule zu sein (Neuenschwander, Herzog, & Holder, 2001). Zudem scheint in der Adoleszenz das Schulklima (Klassenklima, gute Beziehungen zu Lehrpersonen, Schülerpartizipation, Wohlbefinden in der Schule und kein Mobbing) mit verschiedenen Gesundheitsindikatoren (Gesundheitsprobleme, psychosomatische Beschwerden, aktive Bewältigungsstrategien, hohe wahrgenommene Selbstwirksamkeit) sowie dem Gesundheitsverhalten

(Suchtmittelkonsum oder ausgewogene Ernährung) zu korrelieren (Vuille & Schenkel, 2001; 2002; Alsaker & Dick, in press; Flammer & Alsaker, 2002).

Mit dem Eintritt in die Berufswelt stehen die Jugendlichen in einem neuen psychosozialen Umfeld, welches ungewohnte Anforderungen und Belastungen (körperliche Belastung, Verantwortung, Zeitdruck etc.), aber auch neue Ressourcen (Stärkung des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung) mit sich bringt (Flammer, & Alsaker, 2002). So werden in der Lehre offenbar die Beziehungen zu den Kollegen, Kolleginnen und Vorgesetzten, die fachliche Zusammenarbeit, die Möglichkeit dazuzulernen sowie die Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen von den Jugendlichen besonders positiv erlebt. Eher negativ erlebt, wird dagegen die gegenüber Vollzeit-Schülerinnen und -Schülern deutlich reduzierte Freizeit (Galais, 2001). Die Erfahrungen in der Berufsbildung sind von wesentlicher Bedeutung im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung. So führt eine gute Lehr- und Arbeitssituation (interessante, motivierende Arbeit, kompetente, partnerschaftliche Arbeitskollegen und Vorgesetzte sowie eine auf Ausbildung ausgerichtete Lehrsituation) zu positiv veränderten Selbstbildern und beruflichen Einstellungen. Dagegen wirkt sich eine generelle Überforderung (quantitativ oder qualitativ) eher negativ auf Persönlichkeitsmerkmale wie das Selbstwertgefühl aus (Häfeli, Kraft, & Schallberger, 1988). Der erlebte psychosoziale Stress gleicht der Situation bei älteren Arbeitnehmenden (Kälin et al., 2000). Dabei wirkt sich der Ausgleich zwischen Anforderungen und eigenen Kontrollmöglichkeiten (Karasek & Theorell, 1990) auf die Selbstwirksamkeit aus, während die Balance zwischen Verausgabung und Belohnung das Selbstwertgefühl beeinflusst (Siegrist & Marmot, 2003).

Tabelle 3.2-3 zeigt wie die Jugendlichen verschiedene Aspekte des Klimas in der Schule beurteilen. Die weitaus meisten Jugendlichen scheinen sich wohl zu fühlen in ihrer Klasse. Die Unterschiede zwischen Lehrlingen und Vollzeitschülerinnen und -schülern sind erstaunlich gering. Einzig fanden klar mehr Lehrlinge als Schülerinnen und Schüler, dass sich die Lehrpersonen um ihre Probleme kümmern. Dies obschon die Berufsschule nur einen bis zwei Tage pro Woche besucht wird.

	Mädchen (%)		Jungen (%)	
	Lehre n=1250	Schule n =2130	Lehre n=860	Schule n=3180
Die meisten fühlen sich wohl in unserer Klasse.	87.8	83.0	89.2	83.2
Die Lehrpersonen kümmern sich um die Probleme der Schülerinnen und Schüler.	58.3	43.8	59.0	45.8
Die Lehrerinnen und Lehrer haben Vertrauen zu mir.	78.2	78.4	73.5	73.3
Ich erhalte von den Lehrpersonen die Anerkennung, die ich verdiene.	76.0	70.4	71.2	69.6

Tabelle 3.2-3

Prozentanteile der Jugendlichen, die mit verschiedenen Aussagen zum Klima in der Schule einverstanden sind, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F8)

3.2 Psychosoziales Umfeld und persönliche Beziehungen

Für die Lehrlinge ist das Klima an ihrer Lehrstelle vermutlich von noch grösserer Bedeutung, da sie dort die meiste Zeit der Woche verbringen und arbeiten (Tabelle 3.2-4).

	Lehre	
	Mädchen (%) n = 2130	Jungen (%) n = 3180
Die meisten fühlen sich wohl in unserem Betrieb/Arbeitsteam.	79.7	83.2
Mein Lehrmeister kümmert sich um die Probleme der Lehrlinge.	71.3	71.1
Mein Lehrmeister hat Vertrauen zu mir.	86.0	84.0
Ich erhalte von meinem Lehrmeister die Anerkennung, die ich verdiene.	77.8	76.6

Tabelle 3.2-4 **Prozentanteile der Lehrlinge, die verschiedene Aussagen zum Klima am Arbeitsplatz bejahen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F9)**

Die meisten der befragten Lehrlinge scheinen sich an ihrer Lehrstelle wohl zu fühlen. Eine grosse Mehrheit spürt das Vertrauen des Lehrmeisters und 3/4 erhalten auch die Anerkennung, die sie als angemessen empfinden. Dass mehr Lehrlinge von ihren Lehrmeistern Unterstützung bei Problemen spüren als von ihren Lehrern in der Schule, erstaunt angesichts des engeren Kontaktes in der täglichen Zusammenarbeit nicht, ist aber dennoch erfreulich. Eine Mehrheit der Lehrlinge scheint sowohl in der Schule als auch an der Lehrstelle eine gute Unterstützung von ihren Lehrpersonen und Lehrmeistern zu erhalten. Dies ist unter den Schülerinnen und Schülern nur für knapp die Hälfte der Fall.

Am Arbeitsplatz gibt es verschiedene Belastungen. Dabei ist für das Wohlbefinden entscheidend, ob diese Belastungen als bedeutend wahrgenommen werden. In Tabelle 3.2-5 wird der Anteil Lehrlinge, die verschiedene Belastungen als bedeutend erleben, dargestellt und verglichen mit dem Anteil derjenigen, die angaben, dass eine Belastung grundsätzlich vorkommt (*Werte kursiv und in Klammern*).

Es zeigt sich deutlich, wie unterschiedlich bedeutend Belastungen wahrgenommen und erlebt werden. So beschäftigt Lehrlinge am meisten die Belastung durch Zeitdruck und durch häufige Störungen bei der Arbeit. Daneben berichten viele von einer grossen Verantwortung bei der Arbeit und nehmen auch die Arbeit als immer anspruchsvoller wahr. Diese Belastung können die meisten aber offensichtlich dank genügender Ressourcen (Bewältigungsstrategien, entsprechende Ausbildung, betriebliche Unterstützung) so gut bewältigen, dass sie nicht als bedeutend erlebt werden.

	Lehre	
	Mädchen (%) n = 2130	Jungen (%) n = 3180
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens stehe ich häufig unter grossem Zeitdruck.	21.7 (55.1)	19.7 (54.2)
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	12.9 (45.9)	16.1 (46.4)
Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.	9.8 (76.7)	10.9 (74.0)
Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.	9.8 (23.8)	8.3 (25.5)
Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	8.5 (44.3)	8.3 (60.9)
Im Verlauf meiner Lehrzeit ist meine Arbeit immer anspruchsvoller geworden.	7.5 (75.8)	9.6 (81.6)

* In Klammern und kursiv : Anteil der Lehrlinge, die angeben, dass eine derartige Belastung bei ihnen überhaupt vorkommt.

Tabelle 3.2-5 **Prozentanteile der Lehrlinge, die verschiedene Belastungen als bedeutend erleben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F10)**

Nebst der Analyse einzelner Belastungsfaktoren spielt die Summe der Belastungen für die Gesundheit eine Rolle. Abbildung 3.2-5 zeigt die Mittelwerte der Summen aller Antworten auf die Fragen nach den oben erwähnten 6 Belastungen für Mädchen und Jungen nach Altersgruppen. Für die einzelnen Fragen liegen die Antwortscores zwischen 1 (Belastung ist nicht vorhanden) bis 5 (Belastung ist vorhanden und beschäftigt die Betroffenen sehr stark). Für die Summenscores ergibt sich damit ein Wert zwischen minimal 6 und maximal 30.

Von den älteren Lehrlingen wird insgesamt eine höhere Belastung angegeben als von den jüngeren. Jungen fühlen sich offenbar etwas mehr belastet als Mädchen. Die Unterschiede sind allerdings gering. Mit keinem oder höchstens einem Faktor so belastet, dass es sie beschäftigt, sind 44% der Lehrlinge, 34% sind mit 2-3 Faktoren so belastet. Immerhin 22% der befragten Lehrlinge nehmen 4 bis 6 Belastungen so wahr, dass diese sie beschäftigten. Nebst den erwähnten Belastungen ist die Ausbildung auch eine Quelle von Anerkennung, Entwicklungsmöglichkeiten, Identität und Zukunftsperspektiven : wie weiter oben erwähnt, erhalten 3/4 der Jugendlichen von ihren Lehrkräften und Lehrmeistern die Anerkennung, die sie verdienen. 77.8% der Mädchen und 76.2% der Jungen gaben an, dass sie in der Schule gute Noten erhalten. 90.3% der Mädchen und 91.5% der Jungen waren sich sicher, dass sie ihre Ausbildung abschliessen können werden. 91.5% der Mädchen und 92.2% der Jungen waren auch sicher, dass sie später eine Arbeit finden würden. Allerdings wussten 53.9% der Mädchen und 50% der Jungen noch nicht, welchen Beruf sie später ausüben werden.

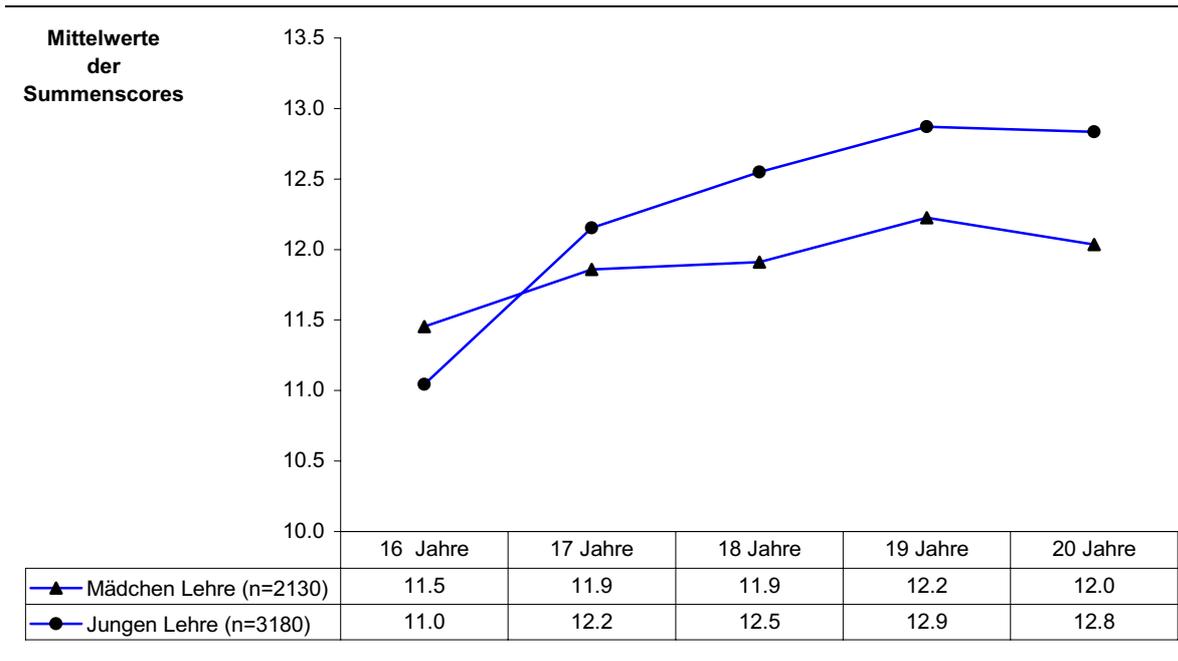


Abbildung 3.2-5 Mittelwerte der Summenscores der von den Lehrlingen angegebenen Belastung in sechs gefragten Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz, nach Geschlecht und Alter (SMASH 2002, F10)

Hier ist ein Vergleich zu SMASH 1993 möglich. Damals waren sich nur 70% der Mädchen, 75% der Jungen in der Lehre und 65% der Jungen in der Schule sicher, ob sie später eine Arbeit finden würden. Dieser Unterschied widerspiegelt die Situation auf dem Arbeitsmarkt. 1992/93 war die Arbeitslosigkeit besonders in der Westschweiz gross und damals nach langen Jahren der Vollbeschäftigung ein ungewohntes Phänomen für die Schweiz. Bezüglich Ausbildungsabschluss und Unsicherheit im Hinblick auf den späteren Beruf, sind die Resultate ähnlich.

Wie das Klima und das Ausmass der Belastung in der Ausbildung mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Jugendlichen korrelieren oder wie die gesundheitliche Situation von Lehrlingen in verschiedenen Berufszweigen ist, wird Gegenstand weiterer vertiefter Analysen sein.

Zusammenfassend kann zum psychosozialen Umfeld der befragten Jugendlichen Folgendes festgehalten werden :

Die Familie und die Eltern sind für die Jugendlichen in dieser Altersgruppe immer noch wichtige Bezugspersonen. Sie bleiben bedeutende Gesprächspartner für alle Arten von Problemen der Jugendlichen. Interessant ist insbesondere, dass diesbezüglich in den vorliegenden Resultaten kaum wesentliche Geschlechtsunterschiede festzustellen sind. Probleme in den Beziehungen zu den Eltern oder gar innerfamiliäre Gewalt werden von den Jugendlichen auf der anderen Seite entsprechend auch besonders schmerzlich erlebt. Die Gesundheitsförderung muss sich dieser entscheidenden Bedeutung der Familie auch für ältere Jugendliche wieder vermehrt bewusst sein. Sie sieht sich zudem vor die Aufgabe gestellt, die Eltern in ihrer Rolle und in ihren Erziehungsaufgaben auch während der Adoleszenz ihrer Kinder zu stärken.

Freundschaften sind eine wesentliche Ressource für die weitaus meisten Jugendlichen, die hier Vertrauen und Akzeptanz spüren. Mädchen können mehr als Jungen mit den Freundinnen und Freunden Gespräche über Probleme in verschiedenen Lebensbereichen führen. Diesem Geschlechtsunterschied muss in Präventionsprojekten, die mit der Peergruppe arbeiten, Rechnung getragen werden.

Die Situation in Schule und Lehre ist für eine Mehrheit der Jugendlichen positiv. Sie erleben Anerkennung, sehen Perspektiven und können Belastungen bewältigen. Eine bedeutsame Minderheit

fühlt sich jedoch stark belastet und bekundet Schwierigkeiten im Umgang mit Problemen in der Ausbildung und in der Bewältigung ihrer Belastungen.

Das Klima und die Arbeitsplatzbedingungen in Schule und Lehre haben eine grosse Bedeutung für das Befinden und das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen, die sich hier bewegen. Schule, Lehrstelle wie auch Freizeiteinrichtungen sind gleichzeitig Settings, wo Jugendliche mit Massnahmen der Gesundheitsförderung erreicht werden können. Jugendliche haben hier auch Möglichkeiten, auf die Gestaltung dieser Umfelder Einfluss zu nehmen und an Massnahmen zur Gesundheitsförderung mitzuwirken. Verantwortliche dieser Settings wie auch Fachstellen der Gesundheitsförderung sind hier gefordert, den Jugendlichen vermehrt entsprechende Möglichkeiten zur Einflussnahme und Mitgestaltung zu schaffen und ihnen damit auch Erfahrungen zu vermitteln, die ihre Selbstwirksamkeit stärken. Aus den „Gesundheitsfördernden Schulen“ und aus der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es diesbezüglich wertvolle Erfahrungen und Erkenntnisse, die weiterentwickelt, verbreitet und genutzt werden können.

Literaturverzeichnis

Alsaker FD. The development of a depressive personality orientation: The role of the individual. In WJ Perrig & A Grob (Eds). *Control of human behaviour, mental processes and consciousness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 2000: 345-359.

Alsaker FD, Dick A. (in press). Depression and suicide. In L Goossens & S Jackson (Eds), *Handbook of adolescent development: European perspectives*. HOVE, UK: Psychology Press.

Ben-Zur H. Happy adolescents: The link between subjective well-being, internal resources, and parental factors. *Journal of Youth and Adolescence* 2003;32:67-79.

Borawski EA, Ievers-Landis CE, Lovegreen LD, Trapl ES. Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: The role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:60-70.

Butters JE. Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of Adolescent* 2002; 25:645-654.

Council of Scientific Affairs, American Medical Association. Adolescents as victims of family violence. *Journal of American Medical Association* 1993;270:1850-1856.

Dekovic M, Meeus W. Peer relations in adolescents: effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescent* 1997;20:163-176.

Dishion TJ, Owen LD. A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Developmental Psychology*, 2002;38:480-491.

Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction, and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003;111:564-572.

Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz*. Bern: Verlag Hans Huber; 2002.

Galais NMK. Eintritt in die Arbeitswelt – enttäuschte, erfüllte und übertroffene Erwartungen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 2001;55:179-186.

Häfeli K, Kraft U, Schallberger U. *Berufsbildung und Persönlichkeitsentwicklung. Eine Längsschnittstudie*. Huber, Schriften zur Arbeitspsychologie; 1988.

Kälin W, Semmer NK, Elfering A, Tschan F, Dauwalder J-P, Heunert S, Crettaz von Roten F. Work characteristics and well-being of Swiss apprentices entering the labor market. *Swiss Journal of Psychology* 2000;59:272-290.

3.2 Psychosoziales Umfeld und persönliche Beziehungen

Karasek RA, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.

Litt IF. Parents are "in" again. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:59.

Neuenschwander MP, Herzog W, Holder M. Schulkontext und Identitätsentwicklung im Jugendalter. Forschungsbericht Nr. 22, Institut für Pädagogik der Universität Bern; 2001.

Raiha NK, Soma DJ. Victims of child abuse and neglect in the US army. *Child Abuse & Neglect* 1997;21:759-768.

Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Ireland M, Bearinger LH, Udry RJ. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of American Medical Association* 1997;278:823-832.

Rokach A, Bauer N, Orzeck T. The experience of loneliness of Canadian and Czech youth. *Journal of Adolescence* 2003;26 :267-282.

Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science and Medicine* 2004;58:1461.

Vuille J-C, Schenkel M. Social equalization in the health of youth. The role of the school. *European Journal of Public Health* 2001;11:287-293.

Vuille J-C, Schenkel M. Psychosocial determinants of smoking in Swiss adolescents with special reference to school stress and social capital in schools. *Sozial- und Präventivmedizin* 2002;47:240-250.

3.3 ALLGEMEINE UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

3.3.1 Körperliche Gesundheit und Gesundheitsbedürfnisse

Jenseits der häufig von den Medien verbreiteten stereotypen Sicht, weisen Jugendliche nicht alle das gleiche Gesundheitsprofil auf (Deschamps, 1987) : viele von ihnen fühlen sich bei bester Gesundheit und verleihen ihrer Lebensfreude und ihren Hoffnungen deutlich Ausdruck. Ein nicht zu vernachlässigender Teil von ihnen fühlt sich jedoch akut oder chronisch unwohl, leidet unter Sorgen und erlebt schwierige Lebensabschnitte, für deren Bewältigung sie entweder auf eigene Ressourcen oder auf Unterstützung und Hilfe von ihnen nahe stehenden Personen angewiesen sind. Das vorliegende Kapitel zeigt erste Analysen über die Art und Weise wie Jugendliche selbst ihre Gesundheit wahrnehmen, auf welche Fragen oder Probleme sie sich Antworten und Lösungsvorschläge erhoffen und bei welchen Personen sie am leichtesten Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Gesundheitsprobleme finden. Tatsächlich scheinen die Antworten auf die Eingangsfrage des Fragebogens (vgl. Anhang) darauf hinzudeuten, dass die Jugendlichen sich in erster Linie bei bester Gesundheit fühlen (Abbildung 3.3-1).



Abbildung 3.3-1 Prozentanteile der Jugendlichen, die ihre Gesundheit als gut oder schlecht einschätzen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F1)

Es wird ersichtlich, dass nur eine Minderheit (ca. 6%) der Jugendlichen denkt, dass es um ihre Gesundheit schlecht bestellt ist. Ähnlich wie dies bereits in vergleichbaren Studien berichtet wurde, schätzten Mädchen ihre Gesundheit im Durchschnitt schlechter ein als die Jungen. Es ergaben sich auch bedeutsame altersbedingte Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen : so veränderte sich die Beurteilung der eigenen Gesundheit bei den Jungen über das Alter hinweg nicht, währenddessen mehr ältere Mädchen als jüngere ihre Gesundheit mittelmässig bis schlecht einschätzten (der Anteil der Mädchen mit einer mittelmässigen Gesundheit verdoppelt sich zwischen 16 und 20 Jahren von 3.5% auf 7.5%).

Man könnte also von dieser Abbildung ableiten, dass die Jugendlichen kaum über gesundheitliche Probleme berichteten und sich mehrheitlich wohl fühlten in ihrer Haut. Die eingehende Betrachtung der Abbildung 3.3-2 differenziert diesen Eindruck jedoch. Obwohl die Mehrheit der Jugendlichen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut einschätzte, berichtete ein signifikanter Anteil unter ihnen, oft oder sehr oft mit verschiedenen Problemen konfrontiert zu sein.

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

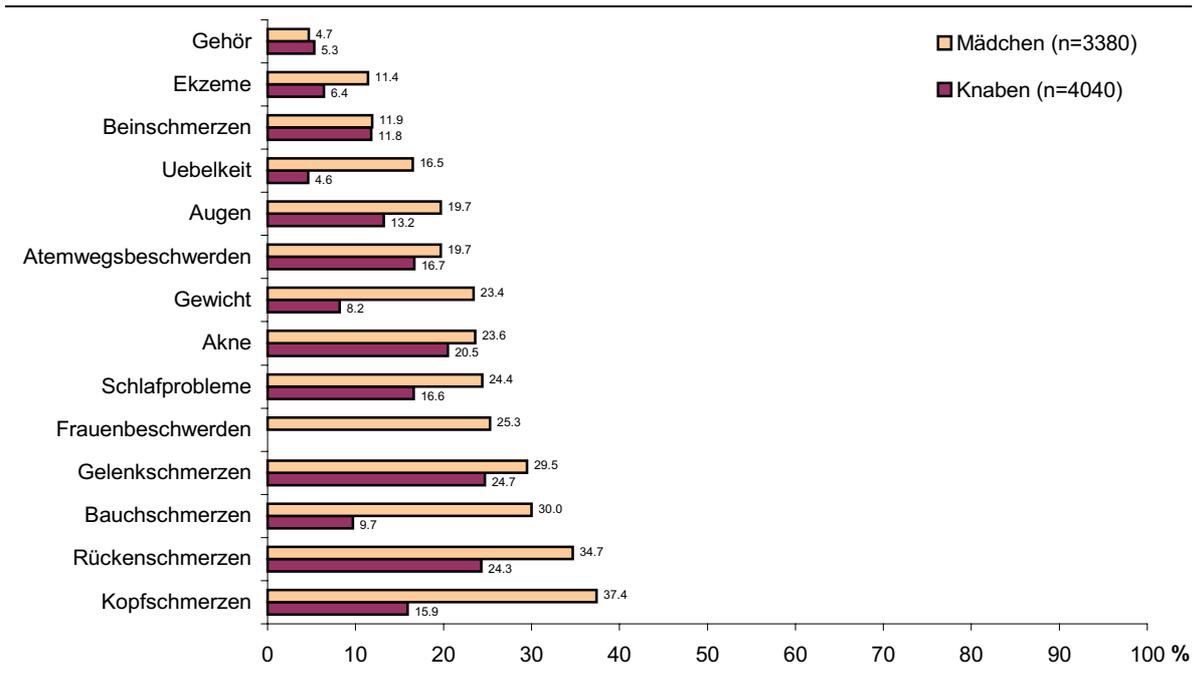


Abbildung 3.3-2 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, häufig oder sehr häufig verschiedene Gesundheitsprobleme zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F36, F37)

Allgemein betrachtet, berichteten Mädchen – meist statistisch signifikant – über mehr gesundheitliche Probleme als Jungen. Rückenschmerzen, Beinschmerzen, Schwindel und Ohnmacht (tiefer Blutdruck etc.) wurden von Lehrlingen häufiger berichtet als von Schülerinnen und Schülern: man kann die Vermutung aufstellen, dass sich diese Unterschiede durch die, an die verschiedenen Ausbildungen gebundenen körperlichen Beschwerden – vor allem während des ersten Ausbildungsjahrs – erklären lassen: langes Aufrechtstehen bei Verkäuferinnen und Verkäufern; geduckte Haltung und das Tragen schwerer Lasten bei bestimmten Tätigkeiten des Baugewerbes. Die Symptome der Funktionsstörungen, wie Schwindel und Ohnmacht, Bauchweh und Kopfschmerzen waren ebenfalls, vor allem bei Mädchen, sehr häufig: so gab fast jedes dritte Mädchen an, häufig oder sehr häufig unter Schwindel, Rückenschmerzen oder Bauchschmerzen zu leiden. Von Akne und Atemwegsbeschwerden (vor allem allergische Symptome wie Heuschnupfen) war jeder fünfte Jugendliche betroffen; Jungen ungefähr gleich oft wie Mädchen. Ebenfalls relativ häufig waren Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und andere Augenleiden; jedes vierte Mädchen und einer von zehn Jungen gaben an, Probleme mit ihrer Sehfähigkeit zu haben. Und schliesslich gab ein Viertel der Mädchen an, unter häufig bis sehr häufig auftretenden gynäkologischen Beschwerden zu leiden.

Die Tatsache, dass Jugendliche von Gesundheitsproblemen berichten, bedeutet nicht zwangsläufig, dass sie unter diesen tatsächlich täglich leiden. Mässige Augenleiden, eine schwach ausgebildete Akne oder das Gefühl von schweren Beinen können Teil von jenen kleineren Beschwerden sein, mit dem sich jeder Mensch abfinden muss. Um den Schweregrad von bestimmten Gesundheitsbeeinträchtigungen im Alltagsleben der Jugendlichen auf eine präzisere Art klar definieren zu können, wurde ihnen, in einer weiteren Frage, eine Liste von Problembereichen vorgelegt, bei welchen sie angeben sollten, ob sie für diese momentan selbst Hilfe nötig hätten. Diese Liste beinhaltete – beabsichtigterweise – nicht nur Probleme physischer Art, sondern auch Aspekte des subjektiven Wohlbefindens sowie psychologische und zwischenmenschliche Problembereiche. Die Abbildung 3.3-3 zeigt, dass ein beachtlicher Anteil der befragten Jugendlichen verschiedene Aspekte ihrer Gesundheit im übergeordneten Sinn nannten, für deren Bewältigung sie *Unterstützung nötig hätten*.

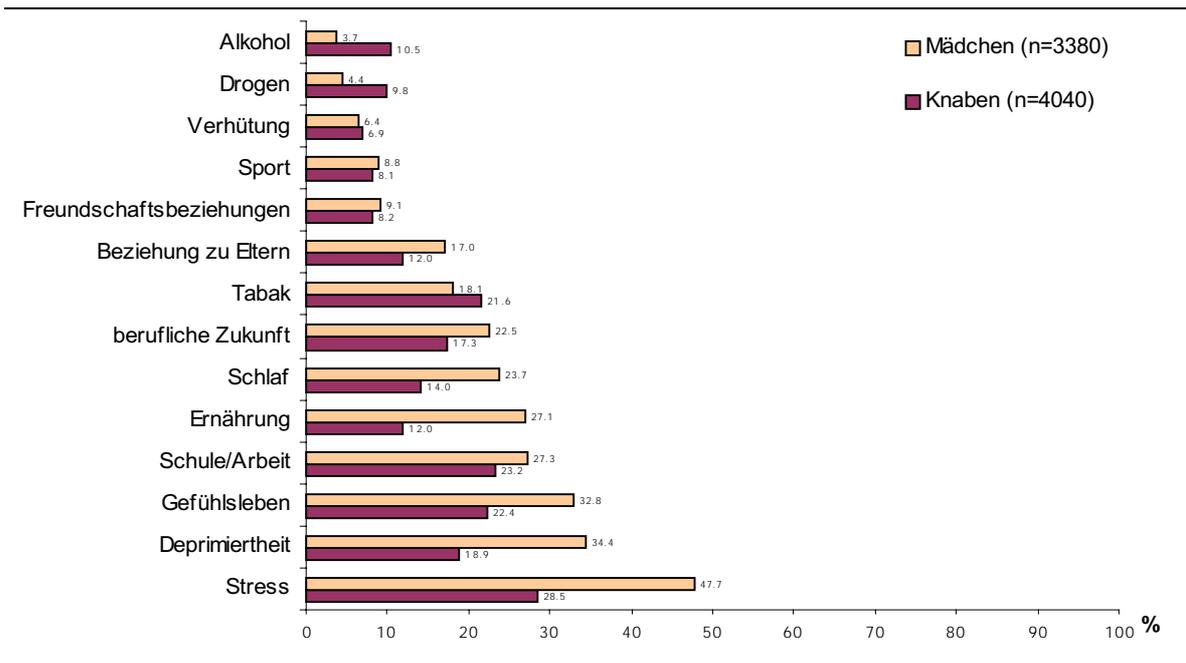


Abbildung 3.3-3 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, für sich persönlich Hilfe zur Bewältigung verschiedener Gesundheitsprobleme zu benötigen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F45)

Diese Resultate verweisen auf die Notwendigkeit, das positive Bild, welches die Abbildung 3.3-1 Vermittelt zu differenzieren und erfordern einige Ausführungen :

- Sie unterstreichen die Wichtigkeit der psychosozialen und zwischenmenschlichen Probleme, da die Themenbereiche „Stress“ und „Traurigkeit“ an erster Stelle genannt wurden. Man könnte einwenden, dass der Ausdruck „Stress“ von den Jugendlichen auf verschiedene sehr individuelle Weise interpretiert werden kann. Dennoch zeigen diese Zahlen (jedes zweite Mädchen und jeder dritte Junge beantworteten dieses Item positiv), dass sich die Jugendlichen in ihren Möglichkeiten, den alltäglichen Anforderungen gerecht zu werden, beeinträchtigt fühlten. Selbst wenn das „objektive“ Stress-Niveau, welchem sie ausgesetzt sind auch als akzeptabel und verträglich bezeichnet werden könnte, ändert dies nichts an der Tatsache, dass viele der Jugendlichen nicht genau wissen, wie sie damit umgehen sollten. Sehr eindrücklich ist auch die beachtliche Anzahl der Jugendlichen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung so deprimiert fühlten, dass sie Hilfe oder Unterstützung nötig hätten. Wie wir dies bereits ausgeführt haben, muss diese Hilfe nicht zwangsläufig in Form einer medizinischen Behandlung erfolgen. Viele der Jugendlichen dachten bei ihrer Antwort vermutlich viel mehr an die fehlende Unterstützung in ihrer sozialen Umgebung. Wir werden später sehen, welche Art von Hilfe und Unterstützung die Jugendlichen bei verschiedenen Personen ihres sozialen Umfelds suchen.
- Die Abbildung 3.3-3 verdeutlicht wiederum die unterschiedliche Wahrnehmung zwischen Jungen und Mädchen: nur gerade im Bereich der Bewältigung des Missbrauchs von psychoaktiven Substanzen (Tabak, Alkohol und illegale Drogen) war es ein grösserer Anteil von Jungen, die sich hier Unterstützung wünschten. In allen anderen Problembereichen war der Anteil der Mädchen, die zur persönlichen Bewältigung Unterstützung für nötig hielten, grösser. Insgesamt scheint es so, als ob weibliche Jugendliche besser in der Lage wären, sich ihre Situation bewusst zu machen und ihre Gesundheitsbedürfnisse und Verunsicherungen im psychologischen Bereich auszudrücken. Im Themengebiet der Ernährung (Kapitel 3.3.4) sind die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen besonders auffällig.
- Obwohl Erwachsene die wachsenden Zahlen beim Missbrauch von psychoaktiven Substanzen als eines der schwerwiegendsten Probleme bei Jugendlichen betrachten, stellt sich die Frage,

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

warum das Thema des Alkohol- und Drogenmissbrauchs sowohl von Mädchen als auch von Jungen am Ende der Liste aufgeführt wird. Die Zahlen in dieser Abbildung zeigen uns in passender Weise, dass die Jugendlichen Stress und Deprimiertheit als Hauptprobleme angeben. Der Substanzkonsum scheint damit definitiv ein Symptom dieses Missbehagens zu sein. In andern Worten, man sollte die abweichenden Verhaltensweisen an ihren Ursprüngen fassen und nicht erst bei deren Folgen intervenieren.

Die Betrachtung der Hilfsbedürftigkeit – nach Altersgruppen getrennt – verweist auf einige signifikante Tendenzen: so zeigt sich mit zunehmendem Alter eine leichte Abnahme der Beziehungsprobleme zwischen Jugendlichen und ihren Eltern, was wiederum plausibel erscheint: Jugendliche mit 19 Jahren, die bereits sehr unabhängig sind, geraten weniger in Konflikt mit ihren Eltern als dies noch 15- oder 16-jährige tun. Die Stressbelastung und die Schwierigkeiten bzgl. der beruflichen und persönlichen Zukunftsperspektiven scheinen bei den älteren Jugendlichen mehr an Gewicht zu gewinnen. Es zeigten sich ebenfalls einige signifikanten Unterschiede zwischen Lehrlingen und Schüler/innen, vor allem bzgl. der Tatsache, dass ein bedeutend grösserer Anteil von Lehrlingen Unterstützung bei der Bewältigung des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums wünschte. Dies kann damit zusammenhängen, dass ein grösserer Anteil unter ihnen (sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen) diese Substanzen konsumiert (vgl. Kapitel 3.4). Im Gegenzug machen sich proportional mehr Schüler/innen als Lehrlinge Sorgen über ihre berufliche Zukunft, dies kann man damit erklären, dass ersteren die Berufswahl noch bevorsteht.

Wie hat sich die Situation in den letzten zehn Jahren verändert? Abbildung 3.3-4 bietet einen Überblick der Antworten auf diese Frage und zeigt, dass sich die Situation im Allgemeinen seit der Studie SMASH 1993 nur wenig verändert hat. Die Bereiche, in denen eine Veränderung des Hilfebedürfnisses stattgefunden hat, sind zum einen die berufliche Zukunft (erstaunlicherweise gibt es hier eine Abnahme des Bedarfs nach Hilfe) und zum anderen der Tabak- und Drogenkonsum, bei welchem je ein deutlich höherer Prozentanteil, vor allem der Jungen, einen Bedarf nach persönlicher Unterstützung angaben.

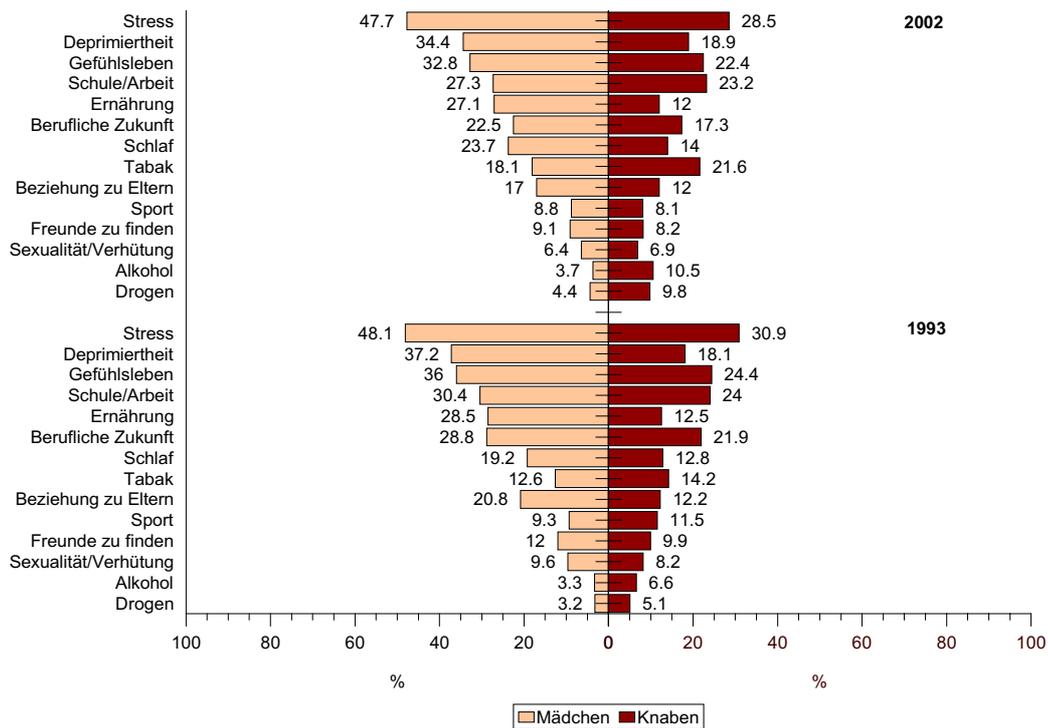


Abbildung 3.3-4 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, für sich persönlich Hilfe zur Bewältigung verschiedener Gesundheitsprobleme zu benötigen, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F45)

Bei wem suchen die Jugendlichen in Problemfällen Hilfe und Unterstützung? Die Abbildung 3.3-5 gibt eine kurze Übersicht der Personen, an welche sich die Jugendlichen am liebsten wenden, wenn sie mit einem Gesundheitsproblem physischer oder psychischer Art konfrontiert sind. Wie man sieht, repräsentiert die Familie mit Abstand die wichtigste Quelle der Unterstützung; selbst für Jugendliche zwischen 16 und 20 Jahren. Dieser Befund gilt sowohl für Mädchen wie auch für Jungen, vor allem, wenn es sich um allgemein gesundheitliche Fragen – allen voran somatische Beschwerden – handelt. Bei psychologischen Problemen wenden sich sowohl die Jungen und noch häufiger die Mädchen am liebsten an Gleichaltrige oder an die Partnerin oder den Partner. Schliesslich gab ein substantieller Anteil vor allem männlicher Jugendlicher an, niemanden in ihrer sozialen Umgebung zu haben, mit dem / der sie über ihre persönlichen Sorgen sprechen könnten : tatsächlich gab jedes fünfte Mädchen und jeder vierte Junge an, mit niemandem über seine psychischen Probleme zu sprechen. Dies unterstreicht die Einsamkeit in der sich einige der befragten Jugendlichen zu befinden scheinen. Dieser Punkt ist differenzierter in Kapitel 3.2 besprochen.

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

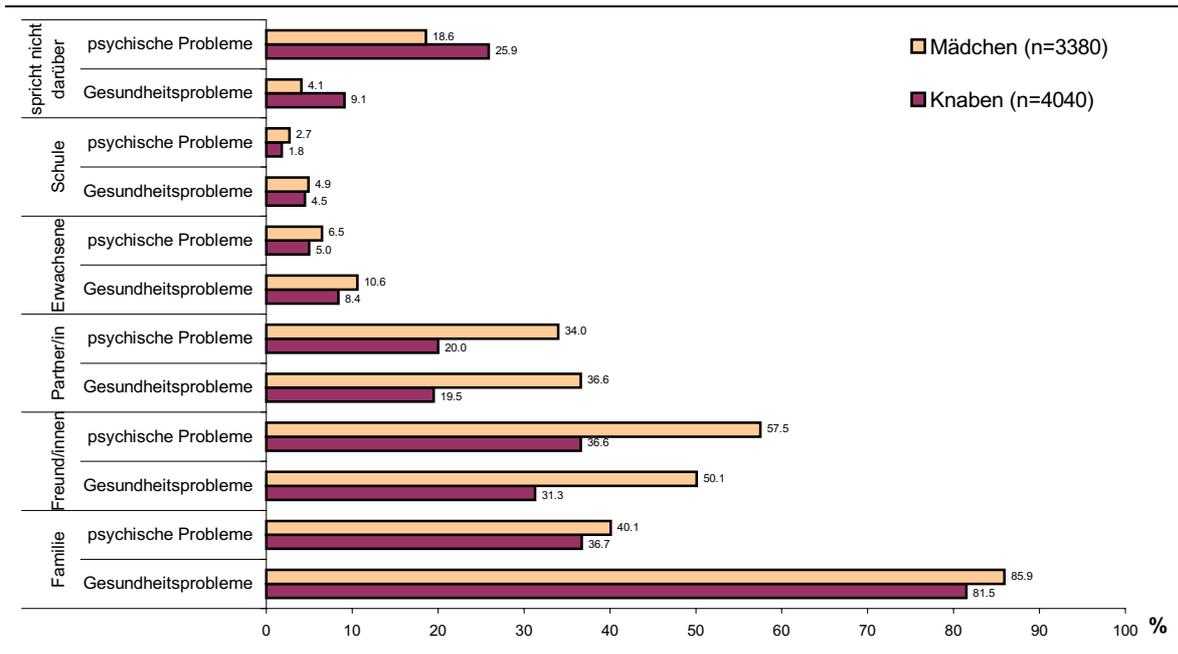


Abbildung 3.3-5 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben sich an verschiedene Bezugspersonen zu wenden, um von ihnen Unterstützung/Hilfe für die Bewältigung ihrer Gesundheits- bzw. psychische Probleme zu erhalten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F38)

Zusammengefasst zeigt sich, dass die Sicht der Jugendlichen auf ihre Gesundheit durch ein Paradox gekennzeichnet ist: während die Mehrheit angab, im Allgemeinen bei guter Gesundheit zu sein, zeigen sich bei differenzierterer Betrachtung der einzelnen Themenbereiche bedeutsame Bedürfnisse, vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit und den zwischenmenschlichen Beziehungen. Ausserdem zeigen die Ergebnisse einen bedeutenden Unterschied zwischen Jungen und Mädchen (und dies ist ein weiteres Paradox): war der Anteil der Jugendlichen, die von psychischen Problemen berichteten bei den Mädchen höher als bei den Jungen (Abbildung 3.3-3), so war die Anzahl der Jugendlichen, die mit niemandem über diese Probleme sprachen, bei den Jungen bedeutend höher als bei den Mädchen (Abbildung 3.3-5). Alles deutet darauf hin, dass die Jugendlichen weiblichen Geschlechts besser in der Lage sind, sich ihrer Gesundheitsbedürfnisse und ihrer Verunsicherung in psychologischen Bereichen bewusst zu werden und diesen Ausdruck zu verleihen. Auch andere Studien (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Berg Kelly et al., 1991; Choquet & Ledoux, 1994; Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Narring et al., 1994; Wydler, Walter, Hattich, Hornung, & Gutzwiller, 1996) zeigten immer wieder dieselben Befunde: ein bedeutender Anteil der Jugendlichen fühlt sich im Allgemeinen bei guter Gesundheit (meistens zwischen 90 und 95%). Eine Minderheit der Jugendlichen – in der Grössenordnung von 20 bis 30% – berichtet aber in allen gesundheitlichen Themenbereichen von nicht zu vernachlässigenden Problemen. Überdies unterstreichen viele der Studien die Tendenz, dass einige der Jugendlichen gleichzeitig von Problemen in verschiedensten Themenbereichen berichten (Jessor, 1991; Jessor & Jessor, 1977).

Die Auswirkungen dieser Befunde sind vielfältig:

- An erster Stelle ist anzumerken, dass man – selbst wenn die Anzahl der Jugendlichen, die von Problemen berichteten bedeutsam ist – die Probleme, mit welchen sie im gesundheitlichen Bereich konfrontiert sind, nicht überschätzen sollte. Die meisten unter ihnen überstehen den Lebensabschnitt der Adoleszenz, ohne schwerwiegende Hürden überwinden zu müssen. Deshalb sollte man vermeiden, aus dem Jugendalter per se eine Krankheit zu machen.

- Ein signifikanter Anteil der Jugendlichen gab an, in ihrem Umfeld Personen (Erwachsene und Gleichaltrige) zu haben, auf die sie sich bei Problemen verlassen können. Dies verdeutlicht noch einmal den ausserordentlich wichtigen Stellenwert den Beziehungen für die Aufrechterhaltung der Gesundheit haben. Dies zeigen auch Studien zur Resilienzforschung (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Michaud, 1999; Resnick, 2000; Resnick, Bearman, & Blum, 1997).
- Die Unterschiede in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und in den Gesundheitsproblemen zwischen Jungen und Mädchen weisen auf die Wichtigkeit eines geschlechtsspezifischen Zugangs hin, wie dies auch immer häufiger von den öffentlichen Gesundheitsverantwortlichen unter dem Begriff der „Gender Thematik“ gefordert wird (Kolip, 1997; Meier, 2003). Sowohl in der individuellen Beschäftigung mit einigen Problembereichen, als auch bei der Konzipierung von Präventionsprogrammen, wäre es hilfreich, den geschlechtsspezifischen Besonderheiten zwischen Jungen und Mädchen Rechnung zu tragen.

3.3.2 Chronische Erkrankungen und Behinderungen

Es ist nicht einfach, eine allgemein gültige Prävalenz der chronischen Erkrankungen festzumachen, da diese stark von der benutzten Definition abhängt. Man muss sich auch bewusst sein, dass es hier eine gewisse Verzerrung der Daten geben kann. Zum einen weil die Betroffenen eine andere Wahrnehmung ihres Leidens haben können, zum anderen weil es schwierig sein kann, zu einem solchen Leiden zu stehen und dieses anzugeben (Deklarationsbias). Im Fragebogen wurde der Begriff der körperlichen Behinderung (Frage 39) definiert als eine „Körperbehinderung, d.h. eine Schädigung, welche die Unversehrtheit oder die Funktionsfähigkeit Ihres Körpers in irgend einer Weise einschränkt“. Eine chronische Krankheit wurde definiert als „eine Krankheit, die lange dauert (mindestens 6 Monate) und die eine regelmässige Behandlung erfordern kann“. Mehrere Studien wurden mittels selbst ausgefüllten Fragebogen bei verschiedenen Schüler-Populationen mit den ungefähr gleichen Definitionen durchgeführt. In diesen Studien erklärten jeweils ungefähr 10% der Befragten, dass sie an einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung leiden (Choquet & Ledoux, 1994; The McCreary Centre Society, 1994; Miauton, Narring, & Michaud, 2003). Dabei muss man bedenken, dass diese Studien diejenigen Jugendlichen nicht erfassen, bei denen der Schweregrad ihrer Krankheit oder ihrer Behinderung eine Ausbildung im öffentlichen Bildungssystem verunmöglicht oder die in einer spezialisierten Einrichtung betreut werden. In diesem Sinn wird die Prävalenz der chronischen Erkrankungen in diesen Schülerbefragungen systematisch unterschätzt (Suris, 2003).

Abbildung 3.3-6 zeigt, dass insgesamt 9.5% der Mädchen und 10.4% der Jungen angaben, an einer chronischen Krankheit und/oder einer Behinderung zu leiden, was den Resultaten von Studien aus Frankreich (Choquet & Ledoux, 1994) und Kanada (The McCreary Centre Society, 1994) und den Befunden der Studie von 1993 entspricht (Miauton et al., 2003). Es scheint, dass der Anteil der von einer chronischen Krankheit betroffenen Jugendlichen stabil geblieben ist. Man findet signifikant mehr Jungen (6.8%) als Mädchen (5.4%), die über eine körperliche Behinderung berichteten, während mehr Mädchen (im Vergleich zu Jungen) angaben, an einer chronischen Krankheit zu leiden (5.6% vs. 4.6%). Letzterer Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Der Anteil der Mädchen und Jungen, die angaben, gleichzeitig an einer chronischen Krankheit und einer körperlichen Behinderung zu leiden, liegt bei 1.5% und 1.1%.

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

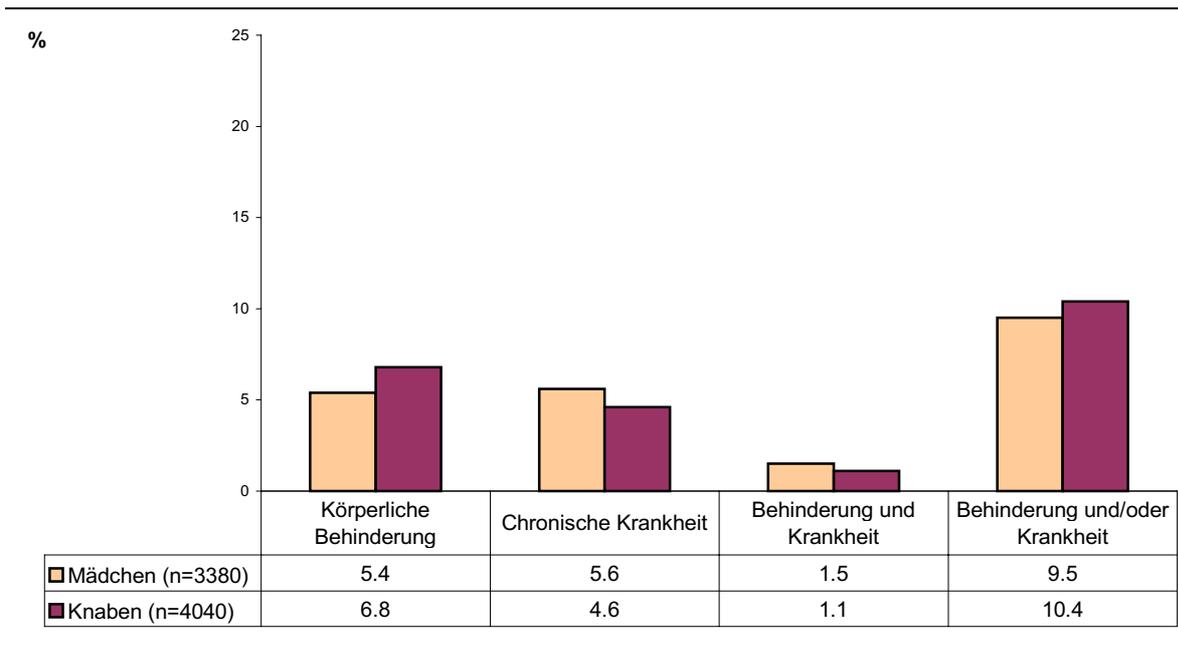


Abbildung 3.3-6 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, eine körperliche Behinderung und / oder eine chronische Krankheit zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F39, F40)

Bei ungefähr 40% der betroffenen Jugendlichen ist die Behinderung angeboren, bei einem Drittel wurde sie durch einen Unfall und bei einem Viertel der Mädchen und einem Fünftel der Jungen durch eine Krankheit verursacht.

Ein nicht geringer Anteil (zwischen 10% und 20% je nach Alter, Geschlecht und Ausbildungstyp) der Jugendlichen, die eine Körperbehinderung oder eine chronische Krankheit angaben, benötigt eine besondere Diät, technische Hilfsmittel oder die Hilfe von Drittpersonen, um ihren Alltag zu bewältigen. Fast zwei Drittel der Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung und mehr als ein Drittel der Jungen und die Hälfte der Mädchen mit einer körperlichen Behinderung benötigen spezielle Pflege oder Therapien. Und was in diesem Alter noch wichtiger ist: zwischen 20% und 45% der Adoleszenten gaben an, dass sie an gewissen Aktivitäten teilweise gar nicht oder nicht in gleichem Umfang teilnehmen können wie andere Jugendliche (Abbildung 3.3-7).

So fehlten aufgrund ihrer körperlichen Behinderung oder chronischen Erkrankung im letzten Jahr vor der Befragung fast die Hälfte der betroffenen Mädchen und ein Drittel der betroffenen Jungen mindestens einmal pro Monat oder öfter in der Schule. Die Schulabsenzen sind damit signifikant höher als bei den gesunden Jugendlichen (Mädchen : 26.9% ; Jungen : 23.6%). Gewisse Autoren (The McCreary Center Society, 1994 ; Charlton & Meller, 1991) geben an, dass Jugendliche mit einer chronischen Krankheit oder einer Körperbehinderung häufiger in der Schule fehlen als ihre nicht betroffenen Gleichaltrigen, sogar wenn man Komplikationen und Therapien verursacht durch ihre Erkrankungen / Behinderungen abzieht. Daraus könnte man die Hypothese ableiten, dass diese zusätzlichen (Schul-)Abwesenheiten auch durch psychosoziale Probleme im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung bedingt sein könnten (Miauton et al., 2003).

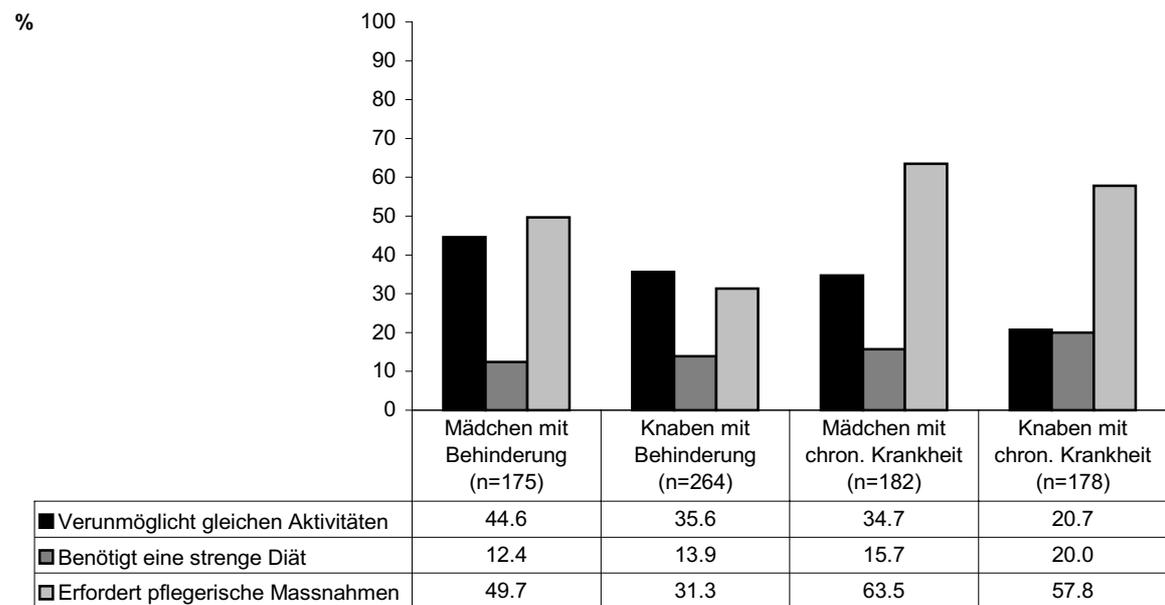


Abbildung 3.3-7 Prozentanteile der betroffenen Jugendlichen, die Einschränkungen in Folge ihrer körperlichen Behinderung oder ihrer chronischen Krankheit angeben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F39, F40)

Abbildung 3.3-8 zeigt, dass zwar die meisten Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung oder einer Körperbehinderung ihre Gesundheit als gut oder ausgezeichnet einschätzten, der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit jedoch als mittelmässig oder schlecht einschätzten (17% der Mädchen und 11% der Jungen), ist deutlich höher als bei den gesunden Jugendlichen (hier schätzten nur 6% ihre Gesundheit als mittelmässig oder schlecht ein, siehe Kapitel 3.3.1). Ungefähr neun von zehn Jugendlichen mit einer chronischen Krankheit oder einer Körperbehinderung konsultierten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen Arzt oder eine Ärztin für Allgemeinmedizin (gegenüber nur drei Viertel der gesunden Jugendlichen). Wie erwartet, konsultierten diese Jugendlichen auch häufiger Spezialärztinnen und -ärzte (Mädchen: 71.5%; Jungen: 55.2%) als die gesunden Jugendlichen (Mädchen: 33.6%; Jungen: 30.4%). Weiter war ein Viertel der chronisch erkrankten und / oder körperlich behinderten Jugendlichen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung hospitalisiert (gegenüber 10% der gesunden Jugendlichen); von den Hospitalisierten waren 40% dies sogar mehrmals (gegenüber 17.1% der gesunden Mädchen und 21.7% der gesunden Jungen).

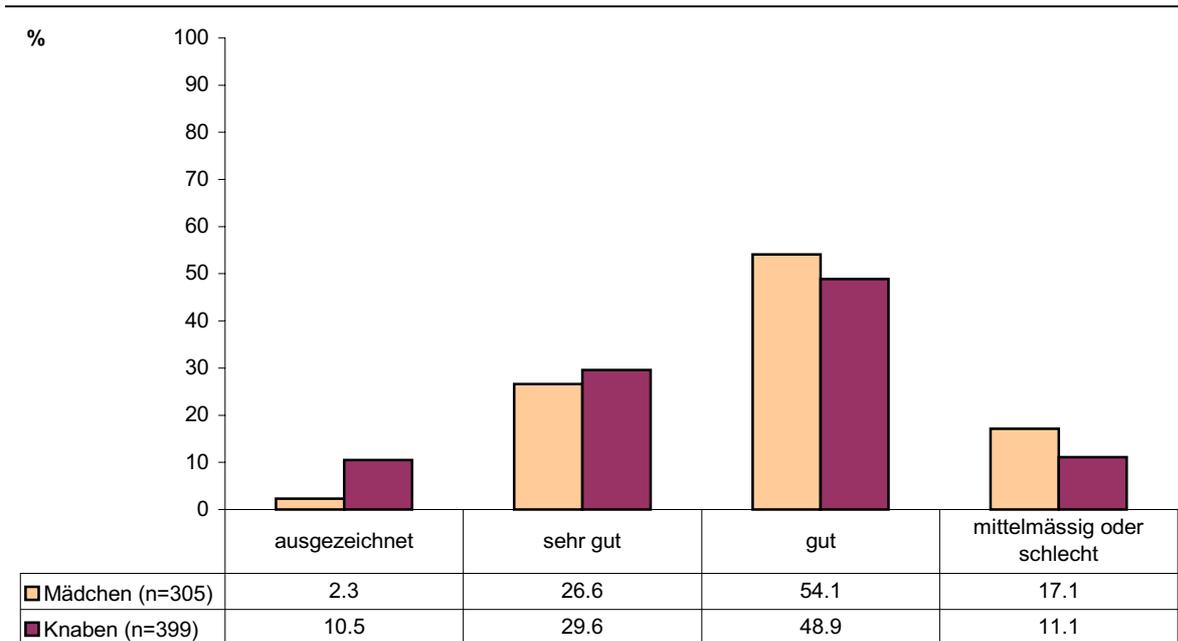


Abbildung 3.3-8 Prozentanteile der Jugendlichen mit einer chronischen Krankheit oder einer körperlichen Behinderung, die ihre Gesundheit unterschiedlich einschätzten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F1)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ungefähr ein Zehntel der Jugendlichen berichtete, an einer chronischen Krankheit oder einer körperlichen Behinderung zu leiden. Dieser Anteil ist umso bedeutender, als hier nur diejenigen Jugendlichen erfasst wurden, die trotz ihrer Behinderung oder Erkrankung noch eine Ausbildung absolvieren können, was den Anteil der Betroffenen unter allen Jugendlichen sicher unterschätzt. Es ist vorstellbar, dass dieser Anteil künftig zunehmen wird, weil heute mehr Jugendliche Krankheiten und Unfälle überleben, die früher zum Tod geführt haben. Diese sich in dieser Art entwickelnde Situation erfordert Reaktionen sowohl von Seiten des Gesundheitswesens wie auch von Seiten der Schule :

- Die betroffenen Jugendlichen berichteten häufig, dass ihr Gesundheitszustand schlecht sei, sie wurden häufiger hospitalisiert und fehlten häufiger in der Schule als ihre gleichaltrigen Kolleg/innen. Es ist wichtig, dass die Bildungsstrukturen Möglichkeiten finden, um die Auswirkungen von Therapien und pflegerischen Massnahmen auf Schule und Lehre zu minimieren. Es ist wichtig, diese Jugendlichen noch stärker in das Bildungssystem zu integrieren, indem Lehrkörper, Schülerinnen und Schüler auch über die entsprechenden Krankheiten und Behinderungen informiert und auf die Integration vorbereitet werden (McCarthy et al., 1996).
- Mehrere Studien weisen darauf hin, dass eine chronische Krankheit oder eine Körperbehinderung nicht etwa als Schutzfaktor bezüglich Entdeckungs- und Risikoverhalten funktionieren (The McCreary Centre Society, 1994; Suris et al., 1996; Alderman et al., 1995; Choquet et al., 1997; Forero et al., 1996; Miauton et al., 2003). Es ist also wichtig daran zu denken, dass diese Jugendlichen, unabhängig von ihrer Erkrankung oder Behinderung, genau die gleiche antizipatorische und präventive Begleitung benötigen wie ihre Gleichaltrigen. Das erfordert eine bessere Ausbildung der Spezialärztinnen und -ärzte bezüglich einer ganzheitlichen Betreuung dieser Jugendlichen und eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Spezialisten-Teams und Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung inklusive – bei Bedarf – der Kinder- und Jugendpsychiater/innen.

3.3.3 Menstruationsbeschwerden

Schulärzt/innen und vor allem Krankenschwestern betonen die Vielzahl der Konsultationen, die bei weiblichen Jugendlichen aufgrund von Problemen während der Monatsblutung durchgeführt werden. Diese Beschwerden seien ausserdem die Ursache für eine bedeutende Anzahl Stunden und Tagen von Schulabsenzen. Dies zeigte auch eine britische Studie, laut welcher 42% der jungen Mädchen aufgrund der Menstruationsbeschwerden in der Schule, auf der Arbeit oder bei anderen Aktivitäten Absenztage aufwiesen (Harlow, 1996). Die Häufigkeit dieser Klagen und die Häufigkeit der temporären Beschwerden für die Jugendlichen hat uns dazu veranlasst, in der Studie von 2002 diesbezüglich Fragen zu stellen, die in der vorangehenden Studie (1992) nicht enthalten waren.

Die Menstruationsbeschwerden zeichnen sich durch krampfartige Unterleibsschmerzen und/ oder ein Ziehen im Kreuzbereich aus, welche während den ersten drei Tagen der Monatsblutung auftreten. Sie können bereits ein oder zwei Tage vor der Menstruation einsetzen und werden von einem prämenstruellen Syndrom mit Übelkeit, Kopfweh, Gewichtszunahme, Durchfall, Hitzewallungen, Unwohlsein etc. begleitet. Sie stehen im Zusammenhang mit der Hormonproduktion (Prostaglandinen) während der Menstruation. Diese Hormone bewirken Kontraktionen des Uterus und lassen sich vermehrt bei Mädchen, die unter Menstruationsbeschwerden leiden nachweisen, ohne dass eine organische Anomalie vorliegen würde. Die Symptome der Menstruationsbeschwerden beginnen meistens während des ersten Jahres nach der ersten Monatsblutung und nehmen häufig in den darauf folgenden fünf Jahren zu.

Nur 4.9% der Mädchen [n=3385] gaben an, während der letzten 12 Monate unter keinem einzigen Symptom der Menstruationsbeschwerden gelitten zu haben: 6% der Lehrlinge und 3.1% der Schülerinnen. Die Häufigkeit und die Kumulierung der Symptome scheinen relativ hoch zu sein: 45% der Mädchen gaben zwischen 1 und 5 Symptome an, mehr als die Hälfte (54.8%) gab an, unter mehr als 3 Symptomen (4 und mehr) zu leiden [n=3385]. Knapp jedes sechste Mädchen (17%) nannte 7 bis 12 Symptome. Die häufigsten Symptome, die mit Schmerzen in Verbindung standen, waren Müdigkeit, schlechte Laune bzw. grosse Stimmungsschwankungen oder depressive Verstimmungen. Tabelle 3.3-1 zeigt die Häufigkeiten, der von den Mädchen genannten Symptome. Es ergaben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Lehrlingen und Schülerinnen und keine signifikanten Altersunterschiede, vor allem nicht bei Mädchen, die mehr als sechs Symptome nannten.

	Nie		Manchmal		Fast immer	
	Lehrlinge (%)	Schüler (%)	Lehrlinge (%)	Schüler (%)	Lehrlinge (%)	Schüler (%)
Sie fühlen sich gut und sind aktiv wie sonst auch	12.6	8.0	39.7	36.9	45.6	53.8
Sie haben Bauch- oder Rückenschmerzen	14.2	11.6	47.8	51.9	36.8	35.6
Ihre Brüste schmerzen	58.3	64.4	29.1	24.9	11.0	9.8
Sie erbrechen und haben Darmprobleme	89.1	89.9	6.5	6.9	2.5	2.2
Sie fühlen sich schwach und müde	36.0	37.0	48.6	50.0	13.8	12.2
Sie werden ohnmächtig	89.7	92.8	6.6	5.0	1.5	1.1
Sie sind schlecht gelaunt oder haben grosse Stimmungsschwankungen	29.2	28.5	48.6	52.6	20.7	17.9
Sie fühlen sich deprimiert	57.7	55.8	31.8	35.6	9.1	7.6

* Lehrlinge : n = 2133 ; Schülerinnen : n = 1252

Tabelle 3.3-1 Prozentanteile der Mädchen, die über verschiedene Menstruationsbeschwerden während den letzten 12 Monaten vor der Studie berichteten, nach Ausbildungstyp (SMASH 2002, F64)

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

Die Beschwerden bleiben nicht ohne Folgen für den Alltag dieser jungen Mädchen. Tabelle 3.3-2 zeigt, dass sich ungefähr jedes fünfte Mädchen ab und zu in seinen schulischen und beruflichen oder sozialen Aktivitäten beeinträchtigt fühlt. Die bedeutendste Auswirkung haben die Beschwerden auf die sportlichen Aktivitäten: mehr als jedes dritte Mädchen sieht sich manchmal oder fast immer veranlasst, sportliche Aktivitäten abzusagen. Diese Konsequenzen verhindern offensichtlich eine regelmässige sportliche Betätigung und man kann annehmen, dass diese Befangenheit Mädchen zwischen 16 und 20 Jahren entmutigt, sich sportlich zu betätigen.

Um die Menstruationsbeschwerden zu lindern oder zu versuchen, die Befangenheit abzuschwächen, nahm jedes zweite Mädchen Medikamente: 32% der Mädchen gaben an, im Laufe der letzten 12 Monate wegen der Menstruationsbeschwerden manchmal Medikamente eingenommen zu haben und 12.9% gaben sogar an, oft oder fast immer Medikamente eingenommen zu haben (es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich des Ausbildungstyps). Im Laufe der selben Zeitspanne suchten 11.9% der Lehrlinge und 8.2% der Schülerinnen aufgrund dieser Beschwerden einen Arzt auf.

	Nie		Manchmal		Fast immer	
	Lehrlinge (%)	Schüler (%)	Lehrlinge (%)	Schüler (%)	Lehrlinge (%)	Schüler (%)
Sie müssen zuhause bleiben	82.6	82.6	13.6	14.3	2.3	2.0
Sie schränken Ihre sportlichen Aktivitäten ein	63.5	63.7	26.0	28.4	7.9	6.5
Sie fühlen sich in Ihren sozialen Aktivitäten eingeschränkt	78.8	77.4	15.3	19.3	3.0	2.2
Sie fühlen sich in Ihren schulischen und/oder beruflichen Aktivitäten eingeschränkt	76.3	79.9	18.8	16.8	2.8	2.2

* Lehrlinge : n = 2133 ; Schülerinnen : n = 1252

Tabelle 3.3-2 Prozentanteile der Mädchen, die angeben, in den 12 Monaten vor der Studie in Folge ihrer Menstruationsbeschwerden verschiedene Einschränkungen auf ihre täglichen Aktivitäten erlebt zu haben, nach Ausbildungstyp (SMASH 2002, F64)

Menstruationsbeschwerden wurden bisher in Europa bei Bevölkerungsbefragungen, die mit Jugendlichen durchgeführt wurden, wenig erforscht; man findet in den wenigen Studien, die es jedoch gibt, ähnliche Prävalenzen, wie jene in unseren Befunden: zwischen 45% bis 70% Betroffene bei Mädchen unter 20 Jahren (Neinstein, 2002; Klein, 1981; Robinson et al., 1989).

Welche Konsequenzen sind nun aus dieser Befundlage zu ziehen? Sehr wichtig erscheint die Informationsvermittlung unter den Jugendlichen selbst, aber auch in ihrem sozialen Umfeld, um die Akzeptanz der Beschwerden, welche manchmal nicht so leicht zu entdecken sind, zu gewährleisten. Es ist anzunehmen, dass die Menstruationsbeschwerden für die jungen Mädchen eine Möglichkeit darstellt, den Umgang mit Schmerzen zu erlernen. Die existierenden Bewältigungsmöglichkeiten sind jedoch bei weitem nicht ideal. Ein vernünftiger Umgang bezüglich des Schlafverhaltens und des Tagesablaufs, Entspannungstechniken und eine regelmässige sportliche Betätigung könnten zur Verringerung der Menstruationsbeschwerden beitragen. Eine medikamentöse Therapie ist nicht die einzige Lösung des Problems, aber kann dennoch – bei einer adäquaten Dosierung- sehr hilfreich sein. Eine themenspezifische Ausbildung der Ärzte ist unerlässlich, da sie von einer Vielzahl betroffener Mädchen konsultiert werden. Eine Sensibilisierung der Lehrkräfte könnte das Verständnis für die Probleme der Mädchen in der Schule und am Arbeitsplatz verbessern und die Akzeptanz ihrer Beschwerden fördern, damit sie besser mit den daraus resultierenden Schwierigkeiten umgehen können.

3.3.4 Körperbild und Essverhalten

3.3.4.1 Körperbild

Das Körperbild ist eine besonders wichtige Facette des Selbstbilds (Harter, 1990). Dies gilt ganz besonders in der Adoleszenz. Neue Erfahrungen mit der körperlichen Entwicklung, mit Gefühlen der Verliebtheit und Gedanken über die äusserliche Attraktivität stellen den Körper ins Zentrum der Wahrnehmung. Auch sind Jugendliche das auserwählte Zielpublikum der Modeindustrie und erfahren aus verschiedensten Quellen, wie sie aussehen sollten (Flammer & Alsaker, 2002).

In westlichen industrialisierten Ländern herrscht ein eindeutiges Schlankheitsideal für Frauen vor, das für die meisten Mädchen und Frauen bei normaler Ernährung nicht erreichbar ist. Dies widerspiegelt sich in der verbreiteten Unzufriedenheit junger Frauen mit ihrem Körper (Alsaker, 1995; Devaud, Michaud, & Narring, 1994; Fombonne, 1995).

In unserer Studie wurden die Jugendlichen gefragt, ob sie mit ihrem Aussehen zufrieden waren und ob sie einiges oder auch vieles an ihrem Körper gerne geändert hätten. Aus beiden Fragen wurde ein Zufriedenheit-Index gebildet (Alsaker, 1992). Die Mädchen waren signifikant weniger zufrieden als die Jungen. In Prozentzahlen ausgedrückt: 40% der Mädchen und 17.5% der Jungen waren mit ihrem Aussehen und ihrem Körper unzufrieden. Dies war unabhängig vom Alter und ihrer Ausbildungssituation.

3.3.4.2 Das Gewicht und Sorgen um das Gewicht

Aus der früheren Forschung wissen wir, dass Mädchen speziell mit ihrem Gewicht unzufrieden sind; dies zeigten bereits Studien in den siebziger Jahren (z.B., Nylander, 1971). Neueren Studien können wir weiter entnehmen, dass ungefähr ein Drittel der jugendlichen Mädchen in verschiedenen Ländern sich stark mit ihrem Gewicht beschäftigt, im Gegensatz zu etwa 10% der Jungen (z. B. Huon, 1994; Wichstrøm, 1995). Ungefähr 15% der 13- bis 18-jährigen Mädchen und 2% bis 5% der Jungen haben sogar Angst davor, zuzunehmen (Steinhausen, Winkler, & Meier, 1997). Es gibt heute aber auch Befunde, die zeigen, dass Kinder und Jugendliche vermehrt an Übergewicht oder sogar Adipositas leiden (Ebbeling, Pawlak, & Ludwig, 2002; Woringer & Schütz, 2003).

Aus praktischen Gründen konnten die Jugendlichen in dieser Studie nicht gemessen und gewogen werden. Sie wurden deshalb gebeten selbst ihr Gewicht und ihre Grösse anzugeben – wohl wissend, dass dies nur eine Annäherung an die objektiven Werte sein kann. Auch wenn selbstberichtete Werte von Wünschen und Erwartungen beeinflusst werden, hängen sie im Allgemeinen sehr gut zusammen mit objektiven Messungen (Korrelation von .97 in der Studie von Brooks-Gunn et al., 1989). Diese Angaben wurden in einen „Body Mass Index“ (BMI) umgerechnet (Gewicht / Grösse[m]²).

Nach Angaben der Jugendlichen war Fettleibigkeit (BMI \geq 30) in unserer Stichprobe noch kein grosses Problem (1.3%). Der Anteil der Jugendlichen, die eindeutig zu viel Gewicht aufzeigen (ohne fettleibig zu sein: BMI = 25 – 29.9) lag zwischen 4% und 11% je nach Geschlecht und Ausbildungssituation, wobei eindeutig ist, dass Lehrlinge beider Geschlechter signifikant häufiger Gewichts- und Grössenangaben machten, die einem BMI über 25 entsprechen, als die Schülerinnen und Schüler gleichen Alters. Ein möglicher Grund dieser schiefen Verteilung könnte sein, dass Lehrlinge häufiger auswärts essen müssen (Kantine, Restaurant, Schnellimbiss oder Fertigprodukte und Sandwichs), weil der Arbeitsort – im Vergleich zur Schule – häufig weiter weg ist von zuhause oder die Mittagspause kürzer ist. Auch wenn unsere Daten lediglich auf Selbstberichte aufbauen, sollte diesem Unterschied nachgegangen werden.

Ein anderes Problem stellt allerdings das selbstberichtete Untergewicht der Mädchen. Ungefähr 20% der Mädchen gaben Gewichts- und Grössenwerte an, welche einem BMI unter 18.5 entsprechen. Diese Zahlen müssen wir jedoch mit grösster Vorsicht behandeln, da Mädchen dazu tendieren, eher zu tiefe Gewichtswerte anzugeben (Paxton et al., 1991).

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

Eine weitere wichtige Frage, die wir den Jugendlichen stellten, betraf ihre Zufriedenheit mit ihrem Gewicht und zwar wollten wir wissen, ob sie sich zu dünn, passend oder zu dick fühlten.

Während ungefähr 60% der Jungen ihr Gewicht als genau passend ansahen, stimmte dies nur für ungefähr 40% der Mädchen (Abbildung 3.3-9). Wie man es erwarten konnte, nahmen sich die Mädchen allgemein als zu dick wahr (etwas mehr als die Hälfte der Mädchen). Dies entspricht den Ergebnissen aus der internationalen Literatur. In zahlreichen Studien hat man nämlich gefunden, dass zwischen 50% und 80% jugendlicher Mädchen sich als zu dick wahrnehmen. Im Vergleich zur SMASH Studie vor zehn Jahren ist der Anteil Mädchen, die sich als zu dick wahrnehmen, grösser geworden. Damals sagten nämlich 37% der Mädchen, dass sie sich zu dick fühlten (Devaud et al., 1994).

Der Anteil der Jungen, die sich als zu dick wahrnehmen, liegt in der jetzigen Studie bei 20% und entspricht der internationalen Forschung (zwischen 13% und 26%; Flammer & Alsaker, 2002). Die Prozentzahl ist allerdings auch für die Jungen etwas höher als vor zehn Jahren in der Schweiz; damals sagten 12% der Jungen, dass sie sich zu dick fühlten.

Ebenfalls wie erwartet, fühlten sich sehr wenige Mädchen zu dünn (5% genau wie in 1993). Dies betraf aber 21% der Jungen, was bedeutend mehr ist als vor zehn Jahren, damals waren es nur 8% der Jungen, die sich als zu dünn erlebten (Devaud et al., 1994).

Eine vorläufige Schlussfolgerung aus diesen Ergebnissen ist, dass weniger Jugendliche ihr Gewicht als passend ansehen als vor zehn Jahren. Die Mädchen nehmen sich in einem sehr hohen Ausmass als zu dick wahr und bei den Jungen sehen wir eine gesteigerte Unzufriedenheit in beide Richtungen (zu dünn und zu dick). Es könnte sein, dass männliche Jugendliche heute vermehrt auch von den medialen Idealbildern der Männer beeinflusst sind. Dieses Ergebnis fügt sich in diesem Sinn in eine Reihe von neueren Resultaten ein, welche zeigen, dass Jungen in der Pubertät beispielsweise auch mehr Mühe mit der körperlichen Behaarung haben als dies früher der Fall war (Flammer & Alsaker, 2002). Solche Trends entsprechen dem aufkommenden Modell des muskulösen, aber auch haarlosen männlichen Oberkörpers in Werbespots.

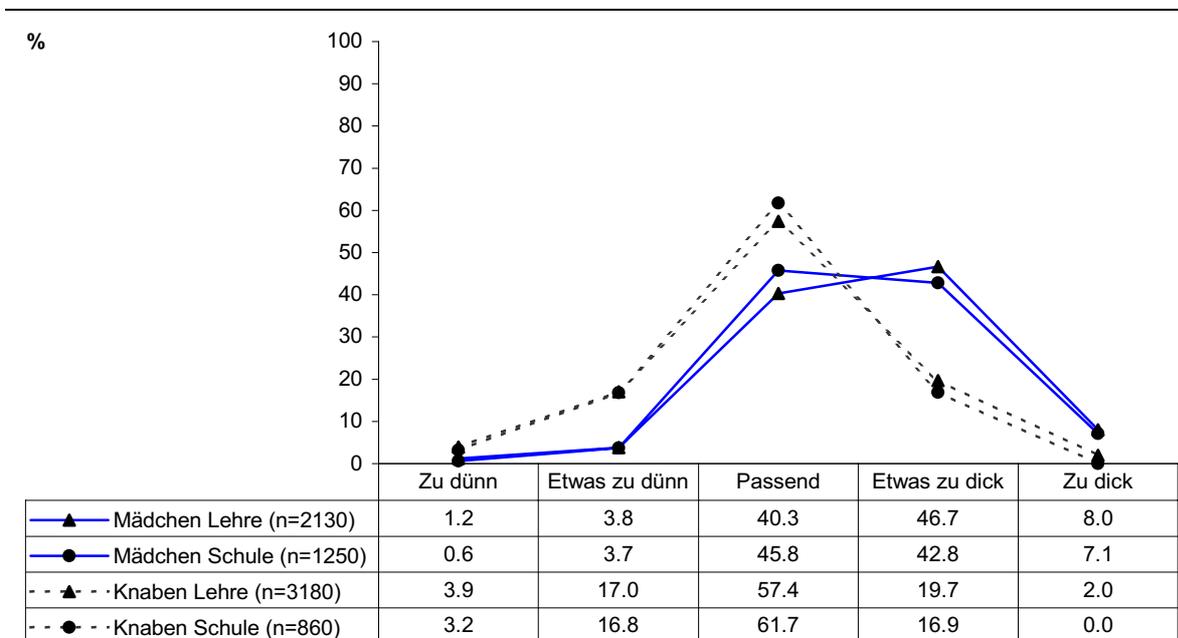


Abbildung 3.3-9 Prozentanteile der Jugendlichen, die sich entweder zu dünn, passend oder zu dick fühlen, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F56)

Naheliegender ist es dann zu fragen, ob diese Jugendlichen auch einen Wunsch haben, etwas an ihrem Gewicht zu verändern. Während die Hälfte der Jungen sagte, dass sie ihr Gewicht gar nicht ändern möchten, wünschten 70% der Mädchen abzunehmen (gegenüber 55% in 1993; Devaud et al., 1994). 20% sagten sogar, dass dieser Gedanke sie dauernd beschäftige. Wie man aufgrund früherer Studien erwarten konnte, wünschten ca. 25% der Jungen sie könnten etwas zunehmen, jedoch ohne dass dies ihre wichtigste Sorge sei, das Gleiche gilt auch für den Wunsch zuzunehmen (vgl. Tabelle 3.3-3).

Wünschen Sie Ihr Gewicht zu ändern ?	Mädchen (%)		Jungen (%)	
	Lehre n = 2130	Schule n = 1250	Lehre n = 3180	Schule n = 860
Möchte abnehmen, ist aber nicht die grösste Sorge	48.1	53.4	24.2	20.7
Möchte abnehmen und denkt ständig daran	23.8	14.0	4.8	2.6
Möchte zunehmen, ist aber nicht die grösste Sorge	5.0	3.8	20.5	22.0
Möchte zunehmen und denkt ständig daran	.9	.8	2.1	1.6
Möchte das Gewicht nicht ändern	22.2	28.0	48.3	53.2

Tabelle 3.3-3 **Prozentanteile der Jugendlichen, die ihr Gewicht ändern, resp. nicht ändern möchten, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F57)**

Was machen Jugendliche, die den Wunsch haben, ihr Gewicht zu ändern? Die Jugendlichen konnten dabei mehrere Methoden angeben. Ungefähr ein Viertel der Jugendlichen gab an, nichts zu tun. Die Mehrheit der Mädchen und der Jungen, die abnehmen wollten, berichtete, sich aus diesem Grund sportlich zu betätigen (63.6% und 70%). Dies war auch 1993 die bevorzugte Methode zur Gewichtskontrolle bei den Mädchen. Der Prozentanteil der Jungen, die abnehmen wollen und darum Sport treiben, ist allerdings viel höher geworden (in 1993 waren es 38%; Narring et al., 1994). Dass Sport die bevorzugte Methode bei beiden Geschlechtern ist, ist als positiv zu bezeichnen. Interessant ist ausserdem, dass etwa 20% der Mädchen und 45% der Jungen, die gerne zunehmen würden, zu diesem Zweck ebenfalls Sport betreiben. Ein höherer Anteil Mädchen (30.6%), die angaben, abnehmen zu wollen, gab aber auch an, eine Diät zu machen, während dies bei 20% der Jungen der Fall war. Nur wenige machten eine spezielle Diät zu diesem Zweck (4% und 1.4%). Auch nur wenige berichteten, Medikamente (2% der Mädchen) oder Naturheilmittel zu benutzen. Insgesamt gaben signifikant mehr weibliche Lehrlinge (36.4%) als Schülerinnen (27.3%) an, bereits einmal in ihrem Leben eine Diät gemacht zu haben (inklusive Diät zum Zeitpunkt der Erhebung). Dies war nur bei etwa 9% der Jungen der Fall.

Die Zahl der Mädchen, die bereits eine Diät gemacht haben, liegt etwas tiefer als in internationalen Studien, sowohl europäischen als auch amerikanischen. Diese berichten, dass ungefähr 40% der jugendlichen Mädchen (ca. 14 bis 17 Jahre alt) am Stichtag der Untersuchung Diät hielten. Fragt man diese Mädchen, ob sie im Laufe des letzten Jahres eine Diät machten, steigt die Zahl auf 60% (siehe z. B. Paxton et al., 1991). Diese hohen Prävalenzraten haben sogar einige Autoren dazu bewegt, Diät halten für Mädchen in westlichen Kulturen als normativ zu bezeichnen (Polivy & Herman, 1987; Strigel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986). In einer Studie zur Belastung von Schülern und Schülerinnen in Norwegen und in der Schweiz, welche vor 10 Jahren durchgeführt wurde, gaben ebenfalls 40% der Mädchen in der siebten bis neunten Klasse an, gerade daran zu sein, abzunehmen (Alsaker, 1997; Lau & Alsaker, 2001). Es kann allerdings sein, dass sie dies durch andere Mittel als

Diäten taten. Zahlen zur Gewichtskontrolle und zum Abnehmen sind generell sehr schwierig zu vergleichen, da Abnehmverhalten und -methoden sehr unterschiedlich erhoben werden. Wichtig wird es sein, in weiteren Analysen herauszufinden, inwiefern dieser Drittel der Mädchen, die Diät halten, auch im Sinne einer Essstörung gefährdet sein könnte. Denn mehrere Studien haben bereits gezeigt, dass Diäten für die Mehrzahl von Mädchen zwar keine weiteren Probleme nach sich zieht, dass Diätverhalten aber trotzdem ein sehr starker Prädiktor von Essstörungen sein kann, wenn es mit anderen Faktoren zusammentrifft (Huon, 1994; Patton, 1988; Sundgot-Borgen, 1994). Die prospektive Studie von Patton und Mitarbeitern (1990) hat beispielsweise gezeigt, dass Mädchen, die eine Diät machten (aber keine Essstörung hatten), im Vergleich zu Mädchen, die keine Diät machten, im darauf folgenden Jahr achtmal häufiger eine Essstörung entwickelten.

3.3.4.3 Besorgtheit über das Gewicht und die Ernährung

Essstörungen mit einem kurzen Fragebogen zu diagnostizieren, ist kein realistisches Unterfangen (Devaud, Michaud, & Narring, 1995). Allerdings kann man mit Hilfe einiger wohl erprobter Fragen zu bestimmten Gedanken und Erlebnissen in Verbindung mit Essen, ein gutes Bild davon bekommen, inwiefern eine Person sich sozusagen in einer Gefahrenzone bewegt. In diesem Sinne betonen einige Autoren die zentrale Rolle solcher Gedanken (Garner & Bemis, 1982) und behaupten, dass unangemessene Vorstellungen bezüglich Körpergrösse, Figur, Gewicht, Ernährung und Kontrolle über das Essen in Kombination mit einer Diät, zu Essstörungen führen können. Lau und Alsaker (2001) konnten ausserdem zeigen, dass die Kombination von Abnehmkur und einem hohen Mass an Gedanken bezüglich Gewicht und Essen ein Indikator für eine beginnende Essstörung sein kann.

In der vorliegenden Studie wurden diesbezüglich vier Fragen verwendet, welche sich in früheren Untersuchungen (Lau & Alsaker, 2000; 2001; Richards, Casper, & Larson, 1990) als gute Indikatoren für ein problematisches Essverhalten erwiesen haben.

Diese Fragen deckten folgende Bereiche ab : die Angst davor, zuzunehmen, das Gefühl, sich unschön zu fühlen, wenn man zu viel gegessen hat, ständige Gedanken über Ernährung und die Freude am Gefühl eines leeren Magens. Analysen bezüglich einer Kombination dieser vier Fragen zeigten eindeutig, dass Mädchen viel häufiger von solchen Gedanken heimgesucht werden als Jungen.

Betrachtet man das gleichzeitige Auftreten all dieser Gedanken mehrmals pro Woche als einen Indikator dafür, dass die Jugendlichen hinsichtlich ihres Gewichts und Essverhaltens sehr besorgt sind, stellen wir fest, dass dies bei 13.9% der Mädchen und 1.6% der Jungen der Fall ist. Weiter zeigen die Daten, dass 2.3% der Mädchen sogar alle vier befragten Sorgen jeden Tag erleben. Aufgrund früherer Forschung (Lau & Alsaker, 2001) können wir annehmen, dass diese Mädchen ein derart gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper und ihrem Essverhalten haben, dass sie Hilfe bräuchten, um aus dem negativen Zirkel herauszukommen.

Diagnostisch unterscheidet man zwischen zwei Hauptkategorien der Essstörungen: Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht). Anorexia nervosa ist vor allem gekennzeichnet durch eingeschränkte Nahrungszufuhr, während ein Drang zum Verschlingen grosser Nahrungsmengen (Ess-/Fressanfälle) und extreme Formen der Gewichtsregulation die Bulimia nervosa kennzeichnen (Flammer & Alsaker, 2002; Hoffmann-Müller & Amstad, 1995).

Wir stellten den Jugendlichen zwei Fragen (Devaud et al., 1994), die Indikatoren für letztere Störung sein könnten. 16% der Mädchen und 9% der Jungen gaben an, dass sie mindestens mehrmals pro Woche sehr viel assen, ohne wirklich stoppen zu können und 2.7% der Mädchen und 0.7% der Jungen, dass sie sich mindestens mehrmals pro Woche bis täglich willentlich erbrachen. Diese Prozentanteile sind bei den Mädchen deutlich höher als diejenigen, die 1993 erfasst wurden. Damals gaben 11% der Mädchen an, dass sie – mehrmals pro Woche bis täglich – Essattacken hatten und 1%, dass sie sich im gleichen Ausmass willentlich erbrachen. Die heutigen Ergebnisse können ein Indikator dafür sein, dass Essstörungen zunehmen und sie können gleichzeitig ein Zeichen dafür sein, dass viele Mädchen weniger essen, als sie bräuchten. Lau und Alsaker (2001) zeigten zum Beispiel, dass Essanfälle häufiger bei Mädchen vorkamen, die am Abnehmen waren. Dies entspricht anderen Befunden, wonach chronisches Diätverhalten zu Essanfällen führen kann (Hill, Rogers & Blundell, 1989).

3.3.4.4 Ernährung als Problem

Auf die Frage, für welche Probleme sie zum Zeitpunkt der Befragung Hilfe für sich selbst nötig hätten, antwortete ein Viertel bis ein Drittel der Mädchen, dass sie im Zusammenhang mit Ernährungsproblemen Hilfe bräuchten (Kapitel 3.3.1). Dies betraf signifikant weniger Jungen, nämlich ca. ein Zehntel (Abbildung 3.3-10). Auch gaben die Lehrlinge (beider Geschlechter) häufiger als die Schülerinnen und Schüler an, dass sie diesbezüglich Hilfe nötig hätten.

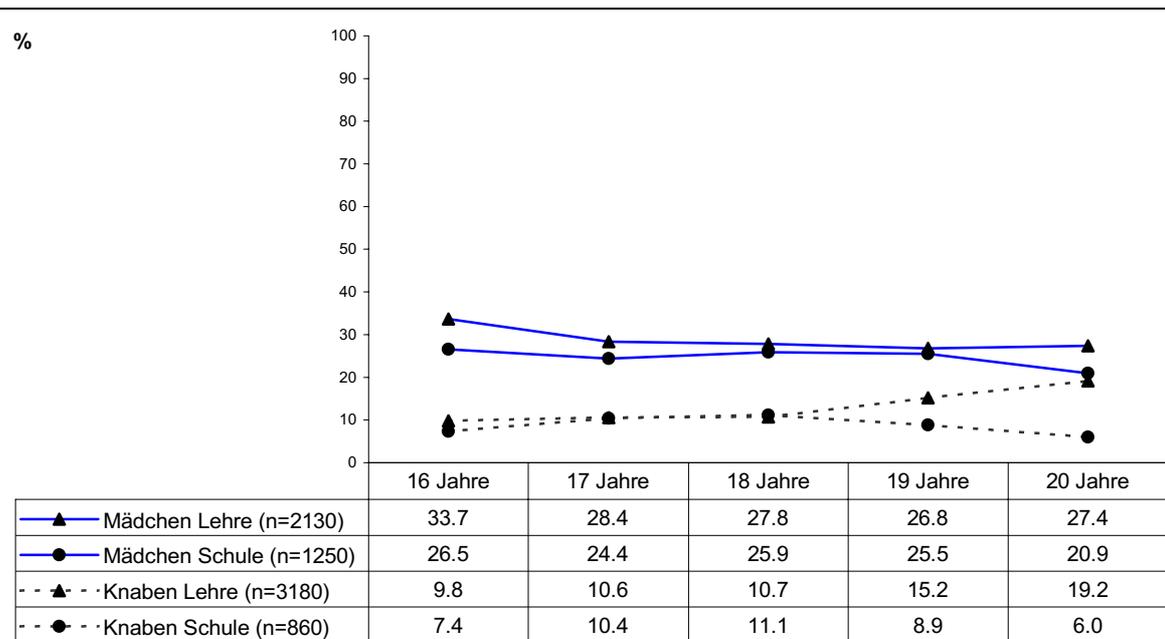


Abbildung 3.3-10 Prozentanteile der Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der Befragung angeben, sie hätten Probleme mit der Ernährung und hätten Hilfe nötig, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F45)

Angesichts der Tatsache, dass auch wir Anzeichen einer Zunahme von Essproblemen finden, dass ein grosser Anteil der weiblichen Jugendlichen mit ihrem Körper unzufrieden sind (40%), und dass viele wünschen, ihr Gewicht zu reduzieren (70%), sind die hier dargestellten Zahlen sehr ernst zu nehmen. Viele Jugendliche scheinen das Wissen und die Kontrolle über eine normale und gesunde Ernährung nicht mehr zu haben.

Dass ungefähr ein Drittel der Mädchen, die gerne abnehmen möchten, nichts dafür tut, ist auch ein Indikator für die allgemein etwas hilflose Unzufriedenheit der Mädchen gegenüber ihrem Körper. Im Sinne der Prävention scheint es uns ausserdem wichtig, die bestehenden Unterschiede zwischen Schülerinnen und Lehrlingen zu betonen und weiter zu untersuchen. Es könnte sein, dass Lehrlinge erstens durch ihre Arbeitssituation zu weniger ausgeglichener Ernährung kommen, und dass sie gleichzeitig mehr unter dem Einfluss der Idealbilder in der Werbung stehen. Sie sind viel mehr mit Menschen aller Altersstufen konfrontiert. Vielleicht erleben sie in ihrer Arbeit, dass ihr Aussehen wichtiger ist als dies in der Schule der Fall war und sind deshalb auch mehr besorgt darum (denn sie sind nicht weniger zufrieden als die Schülerinnen). Das sind alles Hypothesen, die zu einem späteren Zeitpunkt untersucht werden sollten.

Die Werbung und die dadurch verbreiteten Ideale spielen in der Körperbild- und Essproblematik eine wichtige Rolle. Die Werbung präsentiert kalorienreiche Köstlichkeiten und Diätprodukte als unentbehrlich. Frauenmagazine preisen die Selbstakzeptanz und machen gleichzeitig klar, dass man ohne diverse Diäten nicht attraktiv sein kann. Junge Mädchen werden nicht nur direkt mit diesen

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

Stimuli konfrontiert, sie sind den Blicken, Bemerkungen und guten Ratschlägen der Erwachsenen und Gleichaltrigen ausgesetzt, die selbst unter dem Einfluss dieser Angebote und Normen stehen.

Wo soll die Prävention ansetzen? Es ist wichtig, dass es für Jugendliche attraktiv wird, gesunde Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten einzuüben. Dies könnte sowohl Übergewicht als auch chronische Unzufriedenheit mit dem Körper und schwere Essstörungen vorbeugen helfen.

Wenn die äussere Erscheinung und das Gewicht so eindeutig im Fokus der Jugendlichen stehen, sind wir als Anbieter in einer viel günstigeren Lage als in anderen Bereichen der Gesundheitsprävention: viele jugendliche Mädchen möchten ja wissen, wie sie schlank bleiben können, ebenso möchten viele der Jungen wissen, wie sie muskulöser werden könnten. Das heisst, sie spüren die Unzufriedenheit und suchen Informationen. Heute sind sie den Interessen privater Firmen der Ernährungs- und Kosmetikwirtschaft überlassen. Sie brauchen professionelle Anlaufsstellen, die ihnen echte und attraktive Angebote bereitstellen. Bewegung und Sport können viele und spannende Formen annehmen. Die Erfahrung der eigenen körperlichen Leistung – der körperlichen Effizienz – kann messbar gemacht werden und eine Quelle der Zufriedenheit werden. Es braucht Angebote für Jugendliche, die nicht Leistungssport treiben können oder wollen, die aber aus Freude an der Bewegung oder sogar auch ihrem Wohlbefinden zuliebe gerne Sport treiben. Hier gilt es neue Formen zu finden und auf ihre Wirksamkeit nicht nur bezüglich Fitness oder Körperzusammensetzung, sondern auch bezüglich Wohlbefinden und Adhärenz zu testen.

Es ist dabei auch äusserst wichtig, die Jugendlichen gegen die Werbung, das heisst gegen die unerreichbaren Ideale und die ungesunden Produkte, aber auch die so viel versprechenden Diäten zu rüsten. Sie sollten früh lernen, die Mechanismen der Werbung zu verstehen und die Interessen der Anbieter neuer Produkte und Normen zu hinterfragen. Daneben gilt es auch, anwaltschaftlich gegen Auswüchse in Werbung und Angebot für Kinder und Jugendliche vorzugehen, wo immer das möglich ist.

3.3.5 Schlaf

Der Schlaf und Schlafprobleme haben in der Adoleszenz einen beachtlichen Stellenwert, welcher oft unterschätzt wird (Alvin et al., 1997). Während der theoretische Bedarf nach einer bestimmten Anzahl Stunden Schlaf während dieser Lebensphase eher grösser wird, haben die Jugendlichen die Tendenz, die Anzahl Stunden, die sie mit Schlafen verbringen, eher zu reduzieren (Iglowstein et al., 2003). Schlafstörungen sind somit oft einfach mit einer Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus verbunden und mit einem ungenügenden Ausgleich für durchwachte Nächte. Schlafstörungen können aber auch Zeichen von bedeutenden psychosozialen Problemen sein, wie z.B. Angststörungen oder Depressionen (Dahl, 1998; Rosen, 1997; Schuen & Millard, 2000). Schliesslich hat eine beträchtliche Anzahl Jugendlicher die Tendenz, mit verschriebenen oder nicht verschriebenen Medikamenten gegen ihre Schlafstörungen anzukämpfen (Jaquier et al., 1998), was mittel- bis langfristig ein gewisses Abhängigkeitsrisiko mit sich bringt. Verschiedene Fragen ermöglichen es, sich ein gutes Bild vom Gesundheitsverhalten in diesem Bereich zu machen.

Abbildung 3.3-11 stellt die Prozentanteile der Mädchen und Jungen dar, welche sich über Schlafstörungen beklagen. Diese Prozentanteile sind hoch, so berichteten eines von fünf Mädchen und einer von sieben Jungen über häufige bis sehr häufige Schlafprobleme. Hinsichtlich Ausbildungstyp gibt es keine bedeutsamen Unterschiede.

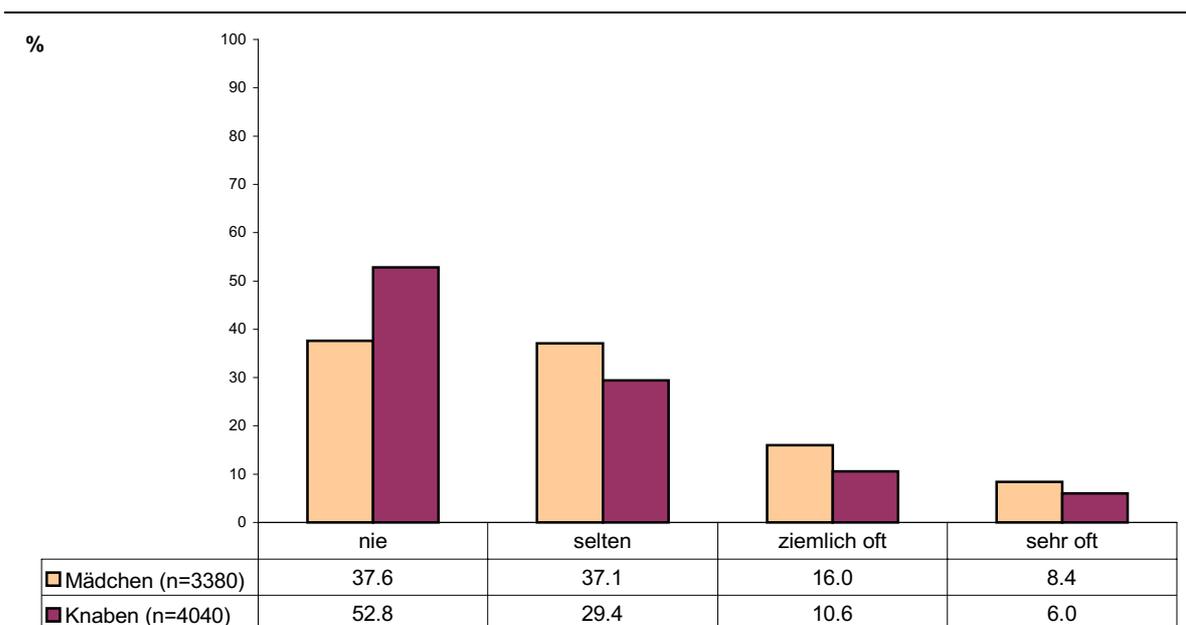


Abbildung 3.3-11 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, oft oder sehr oft Schlafstörungen zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F37)

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

Die Art, wie sich Schlafstörungen zeigen, kann von einer Person zur andern verschieden sein. Abbildung 3.3-12 ermöglicht, sich eine Vorstellung von den Schlafproblemen zu machen, über welche die Befragten berichteten. Einschlafstörungen kamen häufiger vor als Durchschlafstörungen (Erwachen in der Nacht), aber vor allem gab ein bedeutender Anteil der Befragten, nämlich 16% der Mädchen und 12% der Jungen, an, sie fühlten sich tagsüber müde oder verspürten den Wunsch, während des Tages zu schlafen. Wiederum zeigte sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen Lehrlingen und Schülerinnen und Schülern.

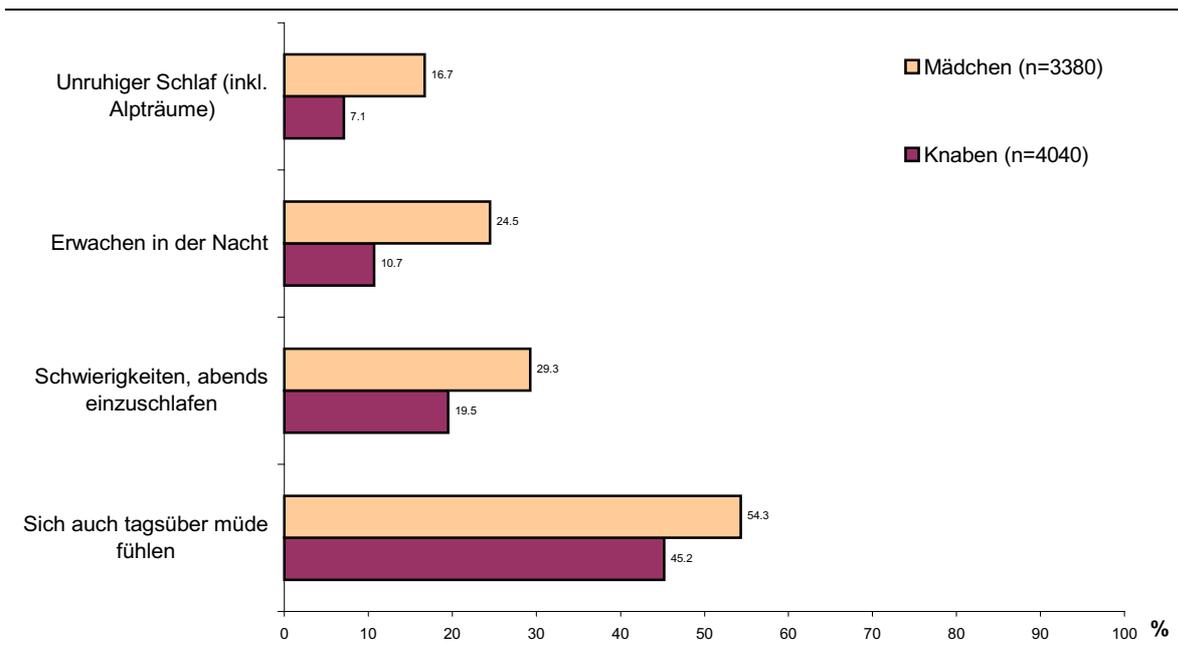


Abbildung 3.3-12 Prozentanteile der Jugendlichen, die sich über verschiedene Schlafstörungen oder über Müdigkeit tagsüber beklagten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F41)

Wie Abbildung 3.3-3 des Kapitels über die Gesundheitsbedürfnisse zeigt, sagten ungefähr eines von vier Mädchen und einer von sieben Jungen, dass sie eine Unterstützung bräuchten, um ihre Schlafprobleme zu bewältigen. Von diesen Jugendlichen meinten ungefähr 60%, dass sie nicht genügend Stunden schlafen. Es ist wahrscheinlich, dass etliche Befragte, welche über Schlafprobleme berichteten, sich in Wirklichkeit bewusst waren, dass sie nicht genügend schlafen und zwar nicht nur weil sie unter Schlafstörungen litten, sondern auch, weil sie sich nicht genügend Zeit nahmen, um eine adäquate Anzahl Stunden im Bett zu bleiben. In diese Richtung geht auch der Befund einer Studie, in welcher ein Drittel der befragten Mädchen und Jungen angab, ihnen sei bewusst, dass sie nicht genügend schlafen würden (Crouter & Larson, 1998). Dennoch geben Schlafprobleme offenbar selten Anlass, wirklich Hilfe zu holen, denn nur 3% der Mädchen und 1.5% der Jungen gaben an, aus diesem Grund eine ärztliche oder psychologische Fachperson oder eine Schulschwester konsultiert zu haben. Ein Prozent der Mädchen und 0.5% der Jungen gaben an, mehrmals pro Woche Schlafmittel zu nehmen, ausserdem waren es etwa 2% der Mädchen und 1% der Jungen, die berichteten, mehrmals pro Monat Schlafmittel zu nehmen. Die Hälfte dieser Jugendlichen nimmt die Schlafmittel verordnet, die andere Hälfte ohne ärztliche Verordnung (Kapitel 3.7.1). Immerhin scheinen die Schlafstörungen, die zum Ausdruck gebrachten Bedürfnisse nach Unterstützung für dieses Problem und der Schlafmittelkonsum seit 1993 nicht zugenommen zu haben.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Zahlen der SMASH 2002-Studie die Bedeutung von Schlafproblemen in der Adoleszenz klar zum Ausdruck bringen. Auch wenn es schwierig ist, die praktischen Folgen dieser Probleme abzuschätzen, beispielsweise Unfälle aufgrund von Übermüdung

oder Abfall der schulischen Leistungen, kann man sich dennoch fragen, ob es nicht sinnvoll wäre, wenn man die Stundenpläne der Schulen nicht bis zu einem gewissen Grad an den Tag-Nacht-Rhythmus der Jugendlichen anpassen würde, in dem man beispielsweise den Schulbeginn morgens um eine Stunde nach hinten verschieben könnte (Crouter & Larson, 1998). Im Übrigen zeigt die klinische Erfahrung mit Jugendlichen, dass diese wenig im Bild sind über die Funktion ihres Körpers und die Wichtigkeit, einige einfache Regeln zu befolgen : zum Beispiel, dass man nicht zwei Nächte nacheinander durchwachen sollte oder dass man während der Woche einigermassen fixe Schlafzeiten respektieren sollte (Alvin et al., 1997).

3.3.6 Lärmbedingte Hörstörungen

Lärm und lauter Schall können durch hohe einwirkende Energien das Innenohr schädigen : durch die mechanische Zerstörung der Haarzellen, welche im Innenohr die Schallenergie in einen Nervenimpuls umwandeln, und durch eine Überlastung des Stoffwechsels im Innenohr. Die Einwirkung von Lärm oder lauter Musik kann zu einer Verschiebung der Hörschwelle (Lärmtrauma) mit einem Taubheitsgefühl im betroffenen Ohr oder mit Ohrgeräuschen wie Sausen, Brummen oder Pfeifen (Tinnitus) führen. Diese Verschiebung kann vorübergehend sein. Bei starker oder wiederholter Lärmeinwirkung sowie bei entsprechender Empfindlichkeit des Gehörs können Hörverlust wie auch Ohrgeräusche definitiv bleiben. Ein lärmbedingter Hörverlust betrifft als erstes die Frequenzen um 4000 Herz und dehnt sich später auf etwas höhere und tiefere Töne (2000-6000 Herz) aus (Duan et al., 2002; May, 2000).

Jugendliche sind in verschiedenen Kontexten lauter Musik und Lärm ausgesetzt und zeigen entsprechend häufig lärmbedingte Hörverluste. In einer US-Studie mit Hörtests bei 12- bis 19-Jährigen waren 15.5% der Jugendlichen betroffen (Niskar et al., 2001). In einer Studie bei französischen Rekruten hatten 38% der regelmässigen Rockkonzertbesucher, 18% der Männer mit Lärmexposition an der Arbeit und 17% der Walkman-Hörer einen typischen lärmbedingten Hörverlust (Job, Raynal, & Rondet, 1999). Dabei waren Männer mit früheren wiederholten Mittelohrentzündungen besonders betroffen.

Abbildung 3.3-13 zeigt den Anteil der Jugendlichen, die in der vorliegenden Befragung angaben, in den letzten 12 Monaten ein Lärmtrauma erlitten zu haben.

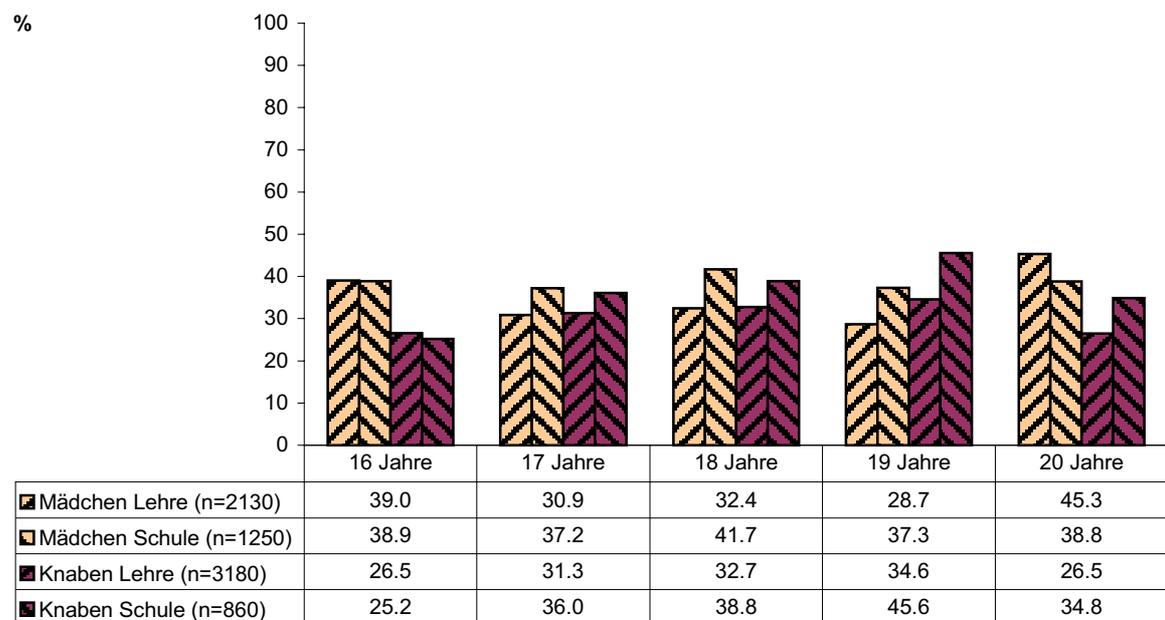


Abbildung 3.3-13 Prozentanteile der Jugendlichen mit einem Lärmtrauma (Taubheitsgefühl oder Ohrgeräusche nach Lärmexposition) in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F86)

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

Etliche Jugendliche gaben mehr als eine Situation an, in der sie in den letzten 12 Monaten ein Lärmtrauma erlitten hatten. Nachfolgende Abbildung 3.3-14 zeigt den Anteil *aller* Befragten, welche Ohrgeräusche oder ein Taubheitsgefühl in einem bestimmten Zusammenhang erlebt haben.

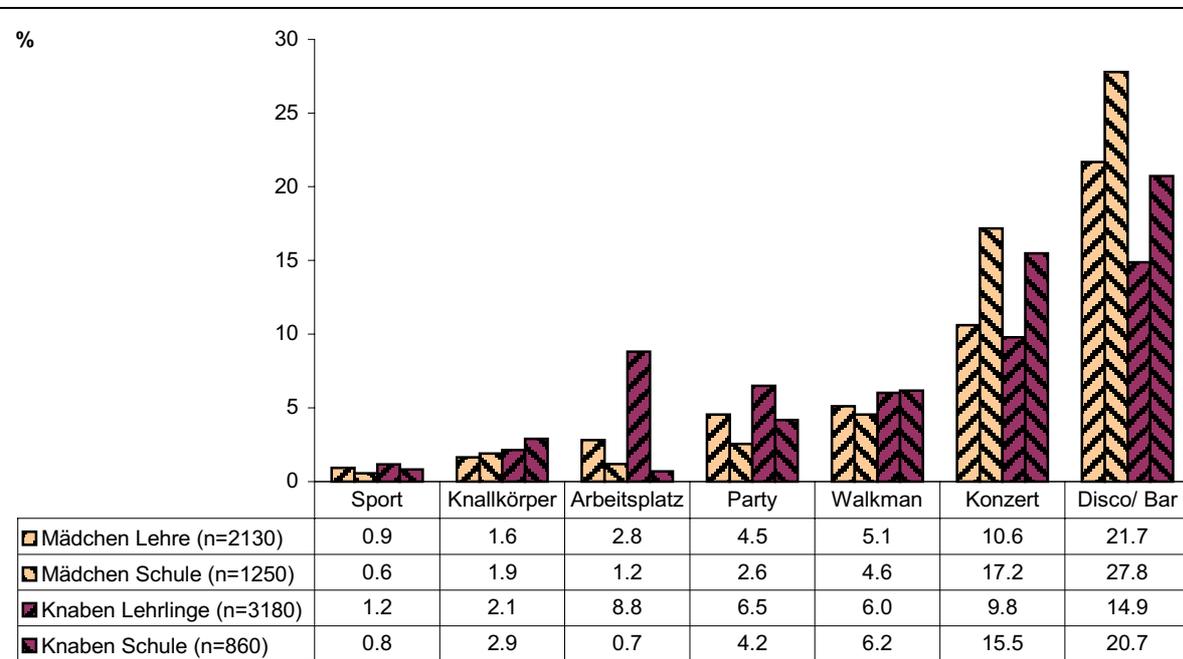


Abbildung 3.3-14 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in verschiedenen Kontexten ein Lärmtrauma erlitten zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F86)

Der beträchtliche Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten nach einer Lärmexposition an Ohrgeräuschen und / oder einem Taubheitsgefühl gelitten hatten, zeigt den Bedarf nach vermehrten Präventionsanstrengungen. In Abbildung 3.3-14 wird ersichtlich, dass Discos und Konzerte bezüglich Gefährdung im Vordergrund stehen und dass weitere Präventionsanstrengungen hier besonders nötig sind.

Im Sinne der *Verhältnisprävention* muss in Konzerten und Diskotheken die einwirkende Lautstärke konsequenter begrenzt werden. Jugendliche, die gerne mit Kolleginnen und Kollegen tanzen gehen oder ein Popkonzert besuchen, haben keine Auswahl zwischen lauterer und leiserer Veranstaltungen. In Befragungen von Jugendlichen in der Schweiz und Österreich beurteilten ca. 60% die Lautstärke bei Musikveranstaltungen als zu laut (Mercier & Hohmann, 2000; Zenner, 2002).

Massnahmen der *Verhaltensprävention* sind ebenfalls wichtig. An erster Stelle steht hier die Motivation der Jugendlichen zum konsequenten Tragen von Gehörschutzmitteln an Musikveranstaltungen. Gerade in Discos und Bars ist jedoch mit Grenzen der Akzeptanz zu rechnen, welche durch die soziale Funktion von Discobesuchen für die Jugendlichen gegeben sind. Die abnehmende Wahrnehmung der Lautstärke nach längerer Einwirkung von lauter Musik reduziert zudem die Einschätzung des Risikos und damit vermutlich die Schutzmotivation. Entsprechend wenig werden Gehörschutzmittel bisher auch benutzt (Mercier & Hohmann, 2000; Zenner, 2002). Weiter gilt es, besonders gefährdete Jugendliche (z.B. mit früher wiederholten Mittelohrentzündungen) anlässlich von Vorsorgeuntersuchungen gezielt zu sensibilisieren. Vermehrte Anstrengungen für eine konsequente Anwendung von Gehörschutzmassnahmen sind schliesslich von Seiten der Lehrbetriebe nötig.

3.3.7 Depressivität

Depressive Verstimmungen nehmen von der Kindheit bis zum Jugendalter hin zu. Harrington (1993) geht davon aus, dass dieser Anstieg eher mit der Abnahme von Schutzfaktoren zu tun hat, als mit der Zunahme von Risikofaktoren. Dadurch, dass Jugendliche weniger Zeit mit ihren Eltern verbringen, haben sie möglicherweise auch weniger Unterstützung von diesen. Dieser Umstand könnte Jugendliche für Stress anfälliger machen. Ausserdem scheinen jüngere Kinder durch ihre noch wenig entwickelten Fähigkeiten zur Selbstreflexion und ihre Eigenüberschätzung vor negativen Kognitionen über sich selbst geschützt zu sein. Selbstreflexion und (adäquate) Selbsteinschätzung nehmen im Jugendalter zu und damit auch die negativen Kognitionen, die Jugendliche über sich selbst haben können. Letztere sollen, vielen Theoretikern zufolge, mit verantwortlich sein für die Entstehung von Depressionen (Flammer & Alsaker, 2002).

Verschiedene Faktoren scheinen mit jugendlicher Depressivität zusammenzuhängen: Persönlichkeit, Lebensereignisse und die psychosoziale Umgebung der Jugendlichen (Flammer & Alsaker, 2002; Steinhausen & Winkler Metzke, 2000). Ergebnisse der kürzlich veröffentlichten Schweizer Längsschnittstudie ZAPPS (Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study) deuten darauf hin, dass Depressivität mit einem Ungleichgewicht von potenziellen Risikofaktoren und protektiven Faktoren im Zusammenhang steht. Während Selbstwert und Akzeptanz durch die Eltern eine Pufferfunktion einnehmen können und depressive Symptome weniger wahrscheinlich machen, sind der Einfluss von Lebensereignissen, die Ablehnung durch die Eltern, der Druck, in der Schule erfolgreich zu sein (insbesondere bei Mädchen) und Selbstbewusstsein (self-awareness) klar verbunden mit höheren Werten depressiver Symptome (Steinhausen & Winkler Metzke, 2000).

Gemäss einigen Autoren gibt es Hinweise darauf, dass die Prävalenz von Depressionen während des Jugendalters in der vergangenen Zeit zugenommen hat (Fleming & Offord, 1990; Rutter, 1986). Die Frage nach dem langfristigen Trend kann in dem vorliegenden Bericht nicht beantwortet werden, die Wichtigkeit des Problems depressiver Verstimmung im Jugendalter zeigt sich jedoch auch in der vorliegenden repräsentativen Stichprobe: 34.4% der Mädchen und 18.9% der Jungen geben an, zum Zeitpunkt der Befragung für sich selbst wegen «Traurigkeit, Deprimiertheit» Hilfe zu benötigen. Hier müssen wir allerdings auf den Unterschied zwischen depressiver Verstimmung, Depressivität/Deprimiertheit und klinischer Depression aufmerksam machen. Depression ist nicht identisch mit Traurigkeit oder dem Gefühl, unglücklich zu sein, obwohl der Gemütszustand depressiver Menschen mitunter mit solchen Begriffen beschrieben werden kann.

Eine nützliche Unterscheidung ist folgende: *Depression als isoliertes Symptom*, das zur normalen Spannweite menschlicher emotionaler Reaktionen gehört, *Depression als Syndrom*, das meist als eine Kombination von depressiver Stimmung mit bestimmten anderen Symptomen definiert wird (Harrington, 1993). Dieses depressive Syndrom wird als klinische Depression diagnostiziert, wenn bestimmte Kriterien bezüglich Anzahl und Häufigkeit der Symptome erfüllt sind. Zu den typischen Symptomen von Depression gehören Gefühle der Einsamkeit, der Wertlosigkeit, der Angespanntheit, der Ängstlichkeit, der Schuld, der Selbstunsicherheit, des Misstrauens, der Traurigkeit, sowie Interessenverlust, Konzentrationsprobleme, Antriebslosigkeit, Suizidgedanken, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsprobleme.

Viele Autoren und Autorinnen betrachten heute Depression als Kontinuum von normalen Reaktionen auf negative Lebensereignisse bis hin zu extremen emotionalen Zuständen. Ob ein depressiver Zustand als klinische Depression betrachtet wird oder nicht, hängt von der Anzahl und der Schwere der Symptome ab (Angold, 1988).

Flammer und Alsaker (2002) ziehen aus verschiedenen Prävalenzuntersuchungen den Schluss, dass eine depressive Verstimmung bei Jugendlichen recht häufig vorzukommen scheint. Ungefähr ein Viertel der Jungen und ein Drittel der Mädchen berichten, in den vergangenen sechs Monaten unter einer depressiven Verstimmung gelitten zu haben. Die Prävalenzraten von Depressionen im Jugendalter sind allerdings schwierig zu eruieren, da die verwendeten Methoden und Grenzwerte sehr unterschiedlich sind. Die Prävalenzraten (ca. 5% bis 7%) scheinen jedoch vergleichbar mit denjenigen über die gesamte Lebensspanne zu sein (Merikangas & Angst, 1995; Petersen, Compas et al., 1993).

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

Ausserdem scheinen die Eltern die depressive Verstimmung ihrer Kinder zu unterschätzen. Das heisst, wenn Eltern nach Symptomen depressiver Verstimmung bei ihren Kindern befragt werden, geben sie bedeutend weniger häufig solche an, als dies die Jugendlichen für sich selbst tun. Aus diesem Grund erscheint es wichtig, die Jugendlichen selbst nach ihrem Befinden hinsichtlich Depressivität zu befragen. Dies wurde in der vorliegenden Untersuchung folgendermassen getan: die Jugendlichen wurden angehalten einzuschätzen, ob und in welchem Ausmass die in Tabelle 3.3-4 aufgeführten Aussagen im Moment auf sie zutreffen würden. Dies sind Aussagen, welche den typischen Symptomen der Depression im Jugendalter entsprechen, und von welchen wir wussten, dass sie sehr gut mit anderen Instrumenten zur Messung von einem Depressionssyndrom zusammenhängen (Alsaker, 1992; Holsen, Kraft, & Vittersø, 2000). Wir wählen den Begriff Depressivität in diesem Bericht, um nicht den Eindruck zu wecken, dass wir von klinischer Depression sprechen.

<i>Im Leben kommt es vor, dass man schwierige Zeiten durchlebt. Trifft das für Sie im Moment zu ? (trifft ganz zu / trifft eher zu)</i>	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Ich bin häufig deprimiert, ohne zu wissen warum.	12.3 / 25.4	7.3 / 15.1	9.6 / 19.8
Ab und zu denke ich, dass alles derartig hoffnungslos ist, dass ich auf nichts Lust habe.	12.6 / 24.0	8.2 / 17.4	10.2 / 20.4
Ab und zu denke ich, dass ich nichts habe, was mir Freude macht.	5.5 / 13.8	4.2 / 10.3	4.8 / 11.9
Ab und zu bin ich dermassen deprimiert, dass ich den ganzen Tag im Bett bleiben möchte.	11.9 / 16.3	5.3 / 11.7	8.3 / 13.8
Ich bin häufig traurig, ohne zu wissen warum.	9.1 / 20.5	4.6 / 9.7	6.7 / 14.6
Ich finde mein Leben ziemlich traurig.	3.9 / 7.8	3.6 / 6.8	3.8 / 7.2
In letzter Zeit habe ich oft an den Tod gedacht.	6.4 / 10.2	5.2 / 7.5	5.8 / 8.7
Ab und zu denke ich, dass mein Leben nicht lebenswert ist.	4.8 / 8.2	3.8 / 6.0	4.2 / 7.0

Tabelle 3.3-4 **Prozentanteile der Jugendlichen, die Items der Depressivitätsskala als für sich eher oder ganz zutreffend angeben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F35)**

Über alle Items hinweg wird ersichtlich, dass Mädchen bedeutend öfter von Symptomen depressiver Verstimmung berichten als dies Jungen tun. So geben weibliche Jugendliche z.B. häufiger an, öfters deprimiert oder traurig zu sein, ohne wirklich zu wissen warum. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist nicht bei allen Items gleich stark ausgeprägt, geht aber immer in die gleiche Richtung: Mädchen berichteten häufiger von Depressivität als Jungen.

Da nicht die einzelnen Symptome, sondern die Gesamtheit dieser, etwas über Depressivität aussagt, wurden die einzelnen Antworten (Symptome) jeder Person zusammengenommen und daraus ein Index gebildet, indem der Durchschnittswert berechnet wurde (Tabelle 3.3-4). Bei 10% der Mädchen und 5.6% der Jungen fand man im Durchschnitt alle Symptome eher oder ganz auf sie zutreffend (Durchschnittswert von 3 bis 4); diese Jugendlichen sollten nach unseren Kriterien als depressiv eingestuft werden. Die Prozentanteile (der Jugendlichen, die ein Durchschnittswert 3 oder höher haben) sind bei den Mädchen etwas höher als diejenigen, die wir oben aus der Literatur zitierten, allerdings nur geringfügig.

Statistische Analysen zeigen neben diesem deutlichen Geschlechtsunterschied auch bedeutsame Unterschiede zwischen Lehrlingen und Schüler/innen. Unterschiede zwischen Altersgruppen kamen auch vor, wobei sie keinen klaren Trend zeigten und auch nicht eindeutig interpretierbar sind. Die durchschnittlichen Depressivitätswerte liegen auf der positiven Seite des Kontinuums. In Abbildung 3.3-15 sind die Prozentanteile der Jugendlichen dargestellt, welche Werte zwischen 3 und 4 aufweisen.

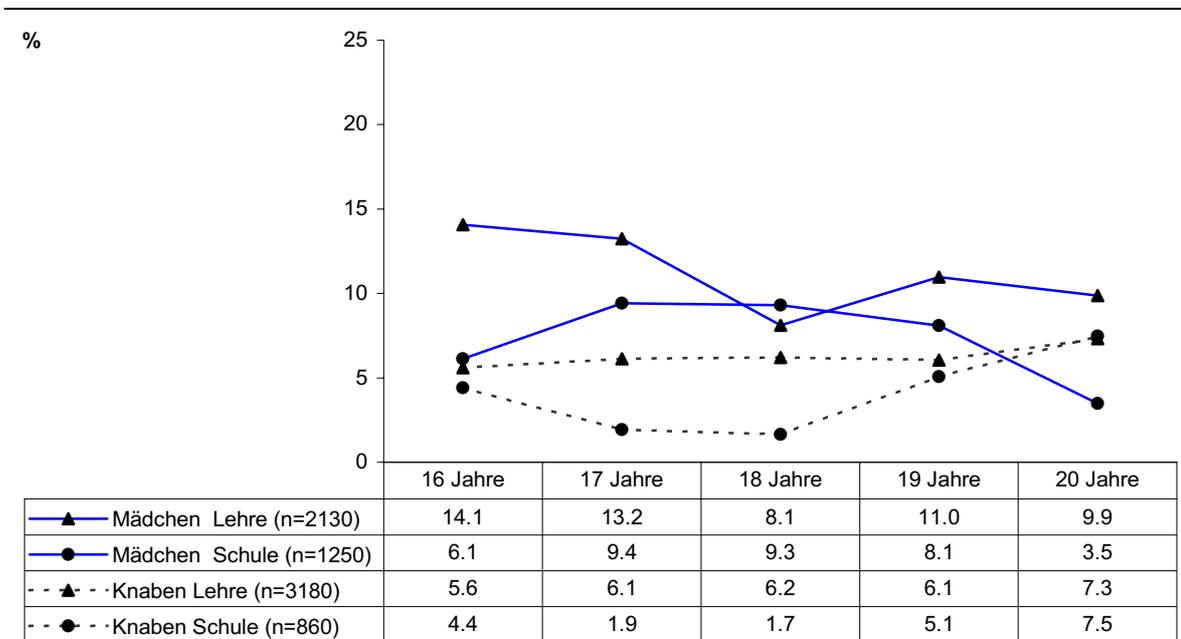


Abbildung 3.3-15 Prozentanteile der Jugendlichen, welche Depressivitätswerte zwischen 3 und 4 aufweisen, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F35)

Auf die Frage, ob sie im Laufe der letzten 12 Monate professionelle Hilfe wegen Nervosität oder Depression eingeholt hatten, antworteten 7.4% der Mädchen und 2.5% der Jungen, dass sie einen Arzt, Psychologen oder eine andere Fachperson aufgesucht hatten. Allerdings hat nur jedes vierte depressive Mädchen und jeder zehnte depressive Junge solche Hilfe geholt.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass in der vorliegenden Untersuchung Mädchen öfter als Jungen und Lehrlinge öfter als Schüler/innen von Depressivität berichteten. Der Geschlechtsunterschied steht im Einklang mit den Befunden anderer Studien, darunter auch Längsschnittstudien aus verschiedenen Kulturkreisen (Ge, Lorenz, Conger, Elder, & Simons, 1994; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993; Steinhausen & Winkler Metzke, 2000).

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze, warum Mädchen im Jugendalter häufiger als Jungen unter Depressivität leiden. Einmal wird die häufigere Depressivität mit dem geringeren Selbstwert und dem negativeren Körperbild von Mädchen (im Vergleich zu Jungen) in Verbindung gebracht (Allgood-Merton, Lewinsohn, & Hops, 1990). Körperlich früh entwickelte Mädchen scheinen besonders anfällig zu sein für die Entwicklung depressiver und anderer internalisierender Störungen. Das könnte gemäss Alsaker (1992, 1995) damit zusammenhängen, dass diese Mädchen mit ihrem Aussehen weniger zufrieden sind. Ausserdem sind Mädchen während der Adoleszenz möglicherweise mit mehr Herausforderungen konfrontiert: bei ihnen fällt der Beginn der Pubertät nicht selten mit dem Schulwechsel (Übertritt in die Sekundarstufe) zusammen (Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991). Das bedeutet, dass Mädchen häufiger mehrere wichtige Entwicklungsaufgaben gleichzeitig meistern müssen, was an sich als Stressfaktor angesehen werden kann (Alsaker, 1996).

Warum Lehrlinge häufiger als Schüler/innen angeben, unter Depressivität zu leiden, kann aufgrund der spärlichen theoretischen und empirischen Erkenntnisse hinsichtlich Ausbildungstyp und Depressivität (im Jugendalter) in diesem Rahmen nicht eindeutig geklärt werden. Möglicherweise sehen sich Lehrlinge (beider Geschlechter), ähnlich wie Mädchen, häufiger mit der Lösung mehrerer bzw. zusätzlicher Entwicklungsaufgaben konfrontiert, z.B. mit dem Berufseinstieg und der finanziellen (Teil-)Autonomie von den Eltern. Dies könnte unter anderem erklären, warum ein besonders hoher Anteil der jüngeren Mädchen (16- und 17-Jährige) unter den Lehrlingen Depressivität aufweist. Viele dieser Entwicklungsschritte zeigen sich bei den Schüler/innen meist erst im jungen Erwachsenenalter.

3.3.8 Erlebnissuche und Risikomotivation

In der Regel strebt der Mensch danach, die natürlichen und sozialen Randbedingungen seines Handelns zu kontrollieren, um mögliche Risiken bei der Verfolgung seiner Ziele zu minimieren. Der potenzielle Gewinn einer Risikominimierung wird dabei mit den aufzuwendenden Kosten verglichen, die durch die Einholung von Information und Ausübung der Kontrolle entstehen. Eine rational handelnde Person versucht indes ein möglichst optimales Verhältnis von Aufwand und Ertrag anzustreben. Nun kann aber beobachtet werden, dass sich handelnde Menschen nicht immer diesen rationalen Regeln entsprechend verhalten und risikobehaftete Handlungen bevorzugen, obwohl Alternativen zur Verfügung stehen, die bei gleichen Kosten mit grösserer Wahrscheinlichkeit einen grösseren Gewinn in Aussicht stellen (Schneider & Rheinberg, 1996). Diese Risikobereitschaft ist nicht nur von der Zeit, sondern auch von der Kultur abhängig und scheint ganz besonders von westlichen Industriegesellschaften positiv bewertet zu werden (Finney, 1978).

Die Suche nach neuen Eindrücken und Erfahrungen, die « Erlebnissuche » (engl. sensation seeking) ist gemäss Schneider und Rheinberg (1996) ein kennzeichnendes, evolutionsbedingtes Charakteristikum der Spezies « Mensch ». Das Neugierverhalten bringt insofern adaptive Funktionen mit sich, als dadurch das zentrale Nervensystem mit Informationen gespeist und seine optimale Auslastung gewährleistet wird.

Das Bedürfnis nach abwechslungsreichen, neuen und komplexen Eindrücken und die damit zusammenhängende Bereitschaft, physische und soziale Risiken in Kauf zu nehmen, kann dennoch von Mensch zu Mensch unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Einige empirische Untersuchungen zeigen, dass Jugendliche mit hohen Werten auf der Skala « Erlebnissuche » (Sensation Seeking nach Zuckerman, 1979a) überzufällig häufig auch Problemverhalten zeigen. So findet beispielsweise Zuckerman (1994) in einer Reihe von Studien, die sich mit Erlebnissuche und Drogenkonsum befassen, dass letzterer positiv mit hohen Werten auf der Skala « Erlebnissuche » korreliert. Die Resultate einer neueren Untersuchung von Hansen und Breivik (2001) deuten jedoch nicht nur auf einen starken Zusammenhang zwischen Erlebnissuche und negativem Risikoverhalten (z.B. delinquenten und sozial unerwünschten Verhaltensweisen wie Diebstahl und Drogenkonsum), sondern auch auf eine starke Verbindung von Erlebnissuche und *positivem* Risikoverhalten (z.B. Klettern, Kajaken, Rafting, etc.). Die Autorinnen gehen davon aus, dass erlebnishungrige Jugendliche, die wenig Herausforderungen gestellt bekommen und über eher geringe soziale und materielle Ressourcen verfügen, häufiger in negativem Risikoverhalten involviert sind.

Warum die Variable « Erlebnissuche » im Zusammenhang mit Jugendlichen ausserdem von Bedeutung sein könnte, zeigt eine jüngst erschienene Studie von Lin und Tsai (2002). Sie untersuchten den Zusammenhang von Internet-Konsum und Erlebnissuche bei taiwanesischen Jugendlichen (N = 753) und fanden bei Jugendlichen, die vom Internet abhängig sind (ca. 20 h online pro Woche), einen insgesamt höheren Wert auf der Skala « Erlebnissuche » als dies bei Normalgebern der Fall war.

In der vorliegenden Studie wurden die Jugendlichen ebenfalls zu ihrem Bedürfnis nach Erlebnissuche befragt. Aus nachfolgender Tabelle 3.3-5 ist ersichtlich, dass jede erfragte Form der Erlebnissuche von Jungen bedeutend mehr Zustimmung fand (trifft völlig zu oder trifft eher zu) als das bei den Mädchen der Fall war.

An Grenzen gehen und körperliche Risiken suchen (trifft völlig zu oder trifft eher zu)	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Ich brauche die Möglichkeit, mich von Zeit zu Zeit wild und ungehemmt ausleben zu können.	69.2	75.0	72.4
Ich suche häufig Situationen auf, in denen ich mich völlig verausgaben kann.	51.2	66.7	59.7
Ich gehe häufig an die Grenzen meiner physischen und psychischen Belastbarkeit.	24.6	44.3	53.8
Ich habe grossen Spass an risikoreichen Sportarten.	19.9	47.7	55.2
Gefahrvolle Situationen üben auf mich einen starken Reiz aus.	18.2	42.0	47.4

Tabelle 3.3-5 Prozentanteile der Jugendlichen, die Items der Erlebnissuche und Risikomotivation als für sich eher oder völlig zutreffend angeben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F85)

Dieser Geschlechtsunterschied wird noch einmal deutlich sichtbar, wenn man die einzelnen Items der Erlebnissuche zu einer Skala zusammenfasst und die Mittelwertsunterschiede zwischen den einzelnen Gruppen miteinander vergleicht (Abbildung 3.3-16).

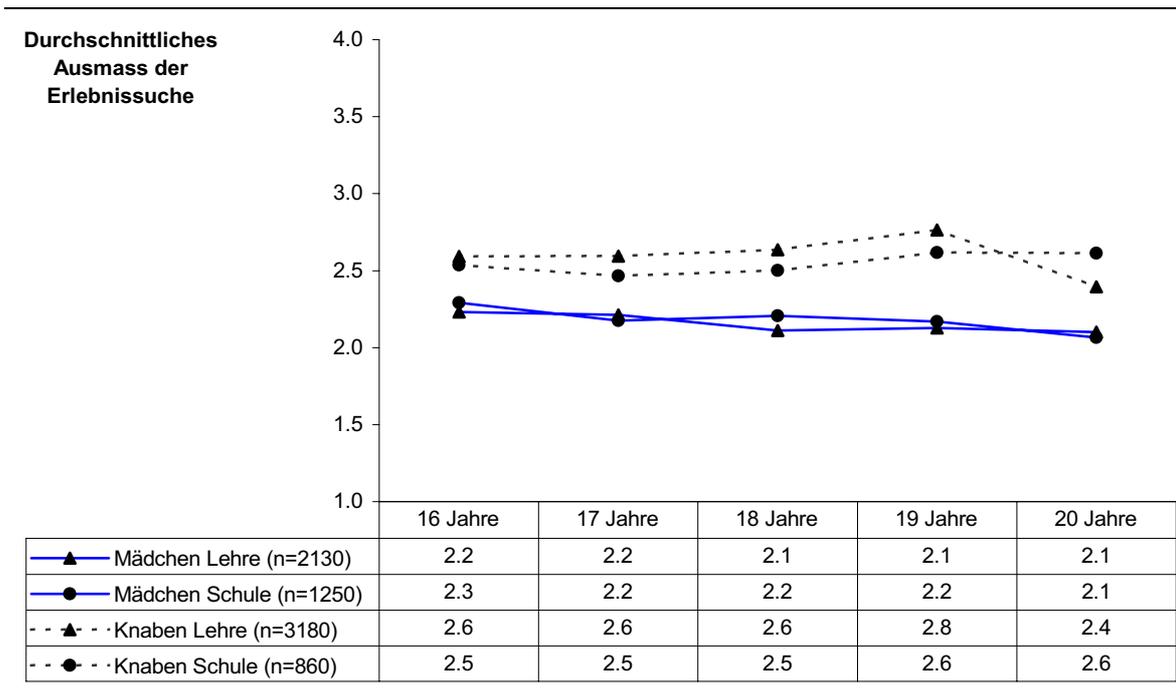


Abbildung 3.3-16 Durchschnittliches Ausmass der Erlebnissuche und des Risikoverhaltens der Jugendlichen nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F85)

Nebst dem generellen Geschlechtsunterschied gibt es auch einen Unterschied zwischen männlichen Lehrlingen und Schülern (Abbildung 3.3-16). Männliche Lehrlinge geben ein grösseres Ausmass an Erlebnissuche an als dies Schüler tun. Mädchen der beiden Ausbildungstypen unterscheiden sich nicht bedeutsam voneinander.

Der in der vorliegenden Studie gefundene Geschlechtsunterschied scheint durchaus mit den Befunden anderer empirischer Untersuchungen vereinbar. So berichten beispielsweise Schneider und Rheinberg (1996), dass Männer im Vergleich zu Frauen auf der Skala « Erlebnissuche » in der Regel höhere Werte aufweisen. Jedoch erwähnen sie auch gegenteilige Befunde, die sie mit einem Wandel im Rollenverständnis der Frauen zu erklären versuchen. Neuere Untersuchungen, die sich auf die Erlebnissuche bei Jugendlichen beschränken, zeigen keine einheitliche Befundlage, während einige Forscher/innen die oben genannten Geschlechtsunterschiede bestätigen (z.B. Farrow & Brissing, 1990; Marquis, 1998), können andere wiederum keine geschlechtsspezifischen Differenzen festmachen (z.B. Black, Ricardo, & Stanton, 1998).

Interessant erscheint das Resultat, dass sich in Bezug auf Erlebnissuche die männlichen Lehrlinge von den Schülern unterscheiden. Auch hier fehlt wiederum eine breite theoretische und empirische Erkenntnisgrundlage, die für eine Erklärung dieses Phänomens notwendig wäre. Der Befund gibt dennoch wesentliche Hinweise für zukünftige Präventionsarbeit.

Literaturverzeichnis

Alderman E, Lauby J, Coupey S. Problem behaviors in inner-city adolescents with chronic illness. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1995;16:339-344.

Allgood-Merton B, Lewinsohn PM, Hops H. Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1990;99:55-63.

Alsaker FD. Pubertal timing, overweight, and psychosocial adjustment. *Journal of Early Adolescence* 1992;12:396-419.

Alsaker FD. Timing of puberty and reactions to pubertal changes. In Rutter, M (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention*. New York: Cambridge University Press; 1995: 39-82.

Alsaker FD. The impact of puberty. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996;37:249-258.

Alsaker FD. Pubertät als Belastung [Puberty as strain]. In A Grob (Ed). *Kinder und Jugendliche heute: Belastet - überlastet? [Children and adolescents today: burdened - overburdened?]*. Zürich: Ruegger Verlag; 1997: 129-148.

Alvin P, Camus C, Navelet Y. La fatigue et le sommeil. In Michaud PA, Alvin P & al. (Eds). *La santé des adolescents: approches, soins, prévention*. Lausanne, Paris & Montréal: Payot, Doin & Presses Université de Montréal; 1997:258-70.

Angold A. Childhood and adolescent depression: 1. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry* 1988;152:601-617.

Arènes J, Janvrin M, Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.

Berg Kelly K, Ehrvér M, Erneholt T, Gundevall C, Wennerberg I, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1991;80:837-843.

Black MM, Ricardo IB, Stanton B. Social and Psychological Factors Associated with AIDS Risk Behaviors among Low-Income, Urban, African American Adolescents. *Journal of Research on Adolescence* 1997;7(2):173-195.

Braverman PK, Neinstein LS. Dysmenorrhea and premenstrual syndrome. In LS Neinstein (Ed). *Adolescent health care. A practical guide*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002:952-965.

- Brooks-Gunn J, Attie I, Burrow C, Rosso JT, Warren MP. The Impact of Puberty on Body and eating Concerns in Athletic and Nonathletic Contexts. *Journal of Early Adolescence* 1989;9:269-290.
- Charlton A, Lacombe I, Meller SA. Absence from school related to cancer and other chronic conditions. *Archives of Disease in Childhood* 1991;66:1217-1222.
- Choquet M, Ledoux S. *Adolescents: enquête nationale*. Paris: INSERM; 1994.
- Choquet M, Du Pasquier F, Manfredi R. Sexual behavior among adolescents reporting chronic conditions: a French national survey. *Journal of Adolescent Health* 1997;20:62-67.
- Crouter AC, Larson R. Temporal rhythms in adolescence : Clocks, calendars, and the coordination of daily life. In W Damon (Ed). *New Directions for Child and Adolescent Development*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998;82.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. *Health and Health Behavior among Young People*. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- Dahl R. The development and disorders of sleep. *Advances in Pediatrics* 1998;45:73-90.
- Deschamps J. Ces jeunes sont sans soins. *Revue Française des Affaires Sociales* 1987;41:43-57.
- Devaud C, Michaud P, Narring F. Perceptions corporelles, comportements et dysfonctions alimentaires parmi les adolescents suisses : une enquête nationale. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1994;114:1009-1015.
- Devaud C, Michaud P, Narring F. L'anorexie et la boulimie: des affections en augmentation ? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires. *Revue Epidémiologique et Santé publique* 1995;43:347-360.
- Duan ML, Ulfendahl M, Laurelle G, Counter AS, Pyykkö I, Borg E, Rosenhall U. Protection and treatment of sensorineural hearing disorders caused by exogeneous factors: experimental findings and potential clinical application. *Hearing Research* 2002;169:169-178.
- Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity : public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002;360:473-482.
- Farrow JA, Brissing P. Risk for DWI: A new look at gender differences in drinking and driving influences, experiences, and attitudes among new adolescent drivers. *Health Education Quarterly* 1990;17(2):213-221.
- Finney PD. Personality traits attributed to risky and conservative decision makers : Culture values more than risk. *Journal of Psychology* 1978;99:187-197.
- Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter*. Bern: Huber Verlag; 2002.
- Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1990;29:571-580.
- Fombonne E. Eating disorders: time trends and possible explanatory mechanisms. In M Rutter (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention*. New York: Cambridge University Press; 1995:544-561.
- Forero R, Bauman A, Young L, Booth M, Nutbeam D. Asthma, health behaviors, social adjustment, and psychosomatic symptoms in adolescence. *Journal of Asthma* 1996;33:157-164.
- Garner DM, Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 1982;6:123-150.
- Ge X, Lorenz FO, Conger RD, Elder GH Jr, Simons RL. Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology* 1994;30:467-483.

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

Hansen EB, Breivik G. Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behavior among adolescents. *Personality and Individual Differences* 2001;30:627-640.

Harlow SD, Park MA. Longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *British Journal of Obstetric and Gynecology* 1996;103 :1134-1142.

Harrington R. *Depressive disorder in childhood and adolescence*. Chichester: John Wiley & Sons; 1993.

Harter S. Causes, correlates, and the functional role of self-worth: A life-span perspective. In RJ Sternberg, J Kolligian Jr. (Eds). *Competence considered*. New Haven, CT: Yale University Press; 1990:67-97.

Hill AJ, Rogers PJ, Blundell JE. Dietary restraint in young adolescent girls: A functional analysis. *British Journal of Clinical Psychology* 1989;28:165-176.

Hoffmann-Müller B, Amstad H. Image du corps, Gewicht und Essverhalten bei Jugendlichen. *Drogenmagazin* 1995;2:8-14.

Holsen I, Kraft P, Vittersø J. Stability in depressed mood in adolescence: results from a 6-year longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence* 2000;29:61-78.

Huon GF. Dieting, binge eating, and some of their correlates among secondary school girls. *International Journal of Eating Disorders* 1994;15:159-164.

Iglowstein I, Jenni O, Molinari L, Largo R. Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003;111.

Jaquier F, Buclin T, Diezi J. Self medication by the adolescent. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1998;128:203-7

Jessor R. Risk behavior in adolescence : a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health* 1991;12:597-605.

Jessor R, Jessor S. *Problem behaviour and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New-York: Academic Press; 1977.

Job A, Raynal M, Rondet P. Hearing loss and use of personal stereos in young adults with antecedents of otitis media. *Lancet* 1999;353:35.

Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981;68:661-664.

Kolip P. *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtslichkeit über somatische Kulturen*. Opladen: Leske + Budrich; 1997.

Lau B, Alsaker FD. Assessment of weight and eating concerns in Norwegian young adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology* 2000;41:189-196.

Lau B, Alsaker FD. Dieting behavior and weight and eating concerns in young adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology* 2001;42:25-32.

Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, & Andrews JA. Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 1993;102:133-144.

Lin SSJ, Tsai CC. Sensation seeking and internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior* 2002;18:411-426.

Luthar S, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 2000;71(3):543-562.

Marquis AM. Gender differences in risk-taking behavior: from family of origin to personality variables. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 1998;59 (3 B):1371.

- May JJ. Occupational hearing loss. *American Journal of Ind. Medicine* 2000;37:112-120.
- McCarthy A, Williams J, Eidahl L. Children with chronic conditions: educators' views. *Journal of Pediatric and Health Care* 1996;10:272-79
- Meier C. Gender health politique, pratique et perspectives. *Infothèque sida* 2003;2:11-17.
- Mercier V, Hohmann BW. Wie laut soll Musik sein? *BAG-Bulletin* 2000;25:480-482.
- Mercier V, Hohmann BW, Luy D. Wie gross ist die Schallbelastung der Besucher an einem Musikfestival? *BAG-Bulletin* 2001;25:428-431.
- Merikangas KR, Angst J. The challenge of depressive disorders in adolescence. In Rutter M (Ed). *Psychosocial disturbances in young people: challenges for prevention*. New York: Cambridge University Press; 1995:131-165.
- Miauton L, Narring F, Michaud P. Chronic illness, life style and emotional health in adolescence: results of a cross-sectional survey on the health of 15-20-year-olds in Switzerland. *European Journal of Pediatrics* 2003;162:682-89.
- Michaud P. La résilience : un regard neuf sur les soins et la prévention. (Ed). *Archives Pédiatriques* 1999;6:827-831.
- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive; 1994 :Cahier de Recherche Nr. 113a.
- Niskar AS, Kieszak SM, Holmes AE, Esteban E, Rubin C, Brody DJ. Estimated prevalence of noise-induced hearing threshold shifts among children 6 to 19 years of age: The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, United States. *Pediatrics* 2001;108:40-43.
- Nylander I. The feeling of being fat and dieting in a school population. An epidemiologic interview investigation. *Acta Sociomedica Scandinavia* 1971;3 :17-26.
- Patton GC. The spectrum of eating disorders in adolescence. 31st Annual Conference of the Society for Psychosomatic Research (1987, London, England). *Journal of Psychosomatic Research* 1988;32:579-584.
- Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls — a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine* 1990;20:383-394.
- Paxton SJ, Wertheim EH, Gibbons K, Szmukler GI, Hillier L, Petrovich JL. Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence* 1991;20:361-379.
- Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in adolescence. *American Psychologist* 1993;48:155-168.
- Petersen AC, Sarigiani PA, Kennedy RE. Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence* 1991;20:247-271.
- Polivy J, Herman CP. Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;5:635-644.
- Resnick MD. Protective factors, resiliency, and healthy youth development. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews* 2000;11(1):157-164.
- Resnick MD, Bearman PS, Blum RW. Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association* 1997;278:823-832.
- Richards MH, Casper RC, Larson R. Weight and eating concerns among pre- and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care* 1990;11:203-209.

3.3 Allgemeine und Psychische Gesundheit

- Robinson GE. Premenstrual syndrome : current knowledge and management. *Canadian Medical Association Journal* 1989;140:605.
- Rosen C. Sleep disorders in infancy, childhood, and adolescence. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 1997;3: 449-55.
- Rutter M. The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In M Rutter, CE Izard, PB Read (Eds). *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives*. New York: The Guilford Press; 1986:3-30.
- Schneider K, Rheinberg F. Recherche de sensations fortes und Goût du risque. In M Amelang (Eds), *Temperaments- und Persönlichkeitsforschung*. Göttingen : Hogrefe; 1996(3): 407-439.
- Schuen J, Millard S. Evaluation and treatment of sleep disorders in adolescents. *Adolescent Medicine* 2000:605-16.
- Steinhausen H-C, Winkler Metzke C. Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence* 2000;29:427-440.
- Steinhausen H-C, Winkler C, Meier M. Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22:147-151.
- Strigel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist* 1986;41:246-263.
- Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1994;26:414-419.
- Suris JC. Chronic conditions and adolescence. *J Ped Endocrinol Metab* 2003; 16: 247-51.
- Suris J, Resnick M, Cassuto N, Blum R. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996;19:124-131.
- The McCreary Centre Society. *Adolescent health survey: chronic illness & disability among youth in BC Burnaby, BC: The McCreary Centre Society; 1994.*
- Wichstrøm L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychological Medicine* 1995;25 :567-579.
- Woringer V, Schütz Y. Obésité en Suisse: percentiles d'indice de masse corporelle (IMC) d'une population d'enfants et d'adolescents nés en 1980 à Lausanne et écart avec les normes suisses (1955). *Sozial- und Präventivmedizin* 2003;48:121-132.
- Wydler H, Walter T, Hattich A, Hornung R, Gutzwiller F. *Die Gesundheit 20jähriger in der Schweiz : Ergebnisse der PRP 1993*. Aarau: Sauerländer; 1996.
- Zenner HP. Der Einfluss der Information über Gehörgefährdung durch laute Musik. Jugendlichen ist die Musik in Diskotheken trotz Pegelbegrenzung zu laut. *HNO* 2002;50:560-564.
- Zuckerman M. *Sensation seeking : beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum; 1979.
- Zuckerman M. *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge : Cambridge University Press; 1994.

3.4 GESUNDHEITSVERHALTEN

3.4.1 Körperliche Aktivität und Sport

Mit körperlicher Aktivität wird global jede körperliche Bewegung bezeichnet, die von Muskelaktivität ausgeht und Energie verbraucht (Saris, 1985). Es handelt sich hier also um eine wesentliche Komponente des gesamten Energieverbrauchs des Menschen (zusammen mit dem Grundenergieumsatz und thermischen Effekten der Nährstoffaufnahme). Ein körperliches Training ist eine körperliche Aktivität, die regelmässig ausgeübt wird, entweder in der Freizeit oder in der Schule. Der Begriff Training bleibt allgemein etwas intensiveren Aktivitäten vorbehalten. Die körperliche Aktivität kann unterschiedlich quantifiziert werden: aufgrund eines Tagebuchs, durch direkte Beobachtung oder aufgrund der Einschätzung der Häufigkeit, mit der Einzelpersonen bestimmte körperliche Aktivitäten ausüben, die einen Pulsanstieg und ein mindestens leichtes Schwitzen zur Folge haben.

Die Schweizerische Vereinigung für Sport (SVS) definiert Sport als „körperliche Aktivität mit spielerischem Charakter, welche Freude macht, Bezug nimmt auf Leistung und eine verantwortungsvolle Begegnung mit sich selbst, anderen oder der Natur ermöglicht.“ Man sieht, dass über die rein körperlichen Aspekte hinaus weitere wichtige Lebensbereiche einbezogen sind: psychologische und soziale Aspekte, Begriffe wie Entdecken von neuen Erfahrungen oder Freude etc. Diese Überlegungen gelten ganz besonders für Kinder und Jugendliche, für welche körperliche und sportliche Aktivitäten Teil ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung darstellt (Rowland & Freedson, 1994). Verschiedene Forschungsarbeiten belegen den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der körperlichen und sportlichen Aktivität bereits ab dem Kindes- und Jugendalter (Baranovski, Bouchard, & Bar-Or, 1992; Rowland, 2001). Die langfristigen positiven Folgen von körperlicher Aktivität im Bereich der Herz-Kreislauf-Gesundheit stehen zweifelsfrei fest (Bouchard, 1999; Troiano, 2002). Insbesondere scheint die Beteiligung an regelmässigen körperlichen und sportlichen Aktivitäten einen Schutzfaktor auch für die psychische Gesundheit darzustellen und als gute Stressregulation zu wirken (Brown & Lawton, 1986; Ferron, Michaud, Narring, & Cauderay, 1997; Ferron, Narring, Cauderay, & Michaud, 1999). Umgekehrt ist die körperliche Inaktivität mit verschiedenen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen assoziiert, wie beispielsweise dem Rauchen (Abel, Broer, & Siegrist, 1992; Ferron et al., 1997; Ferron et al., 1999; Röthlisberger, 1994). Erwähnt werden soll hier auch die Tatsache, dass Sport nicht nur gesundheitliche Vorteile, sondern auch gewisse Risiken, wie zum Beispiel eine nicht unerhebliche Unfallgefahr, mit sich bringt (Michaud, Renaud, & Narring, 2001). Dieses Thema wird im Kapitel „Unfälle“ behandelt (Kap. 3.6.1). Sowohl SMASH 1993 als auch andere Studien zeigen schliesslich, dass das Alter von 15 bis 16 Jahren ein Angelpunkt darstellt, in welchem viele Jugendliche ihre sportliche Aktivität erheblich reduzieren, insbesondere auch aufgrund der neuen zeitlichen Gegebenheiten, die mit dem Übertritt in Lehre oder Mittelschule verbunden sind (Allison & Adlaf, 1997; Ferron et al., 1999; Gordon-Larsen, McMurray, & Popkin, 2000; Kimm, Glynn, & Kriska, 2000; Kimm et al., 2002; Michaud, Cauderay, Narring, & Schutz, 2002; Michaud, Narring, Cauderay, & Cavadini, 1999; Sallis, 1993). Das vorliegende Kapitel zeigt, was die Jugendlichen über ihre sportliche und körperliche Aktivität berichteten und welche Gründe sie dafür angaben, keinen Sport zu betreiben.

3.4.1.1 Körperliche Aktivität

Die quantitative Erfassung der körperlichen Aktivität bereitet den Forschenden einiges Kopfzerbrechen (Michaud et al., 2002; Rowland & Freedson, 1994; Sallis, 1993). Es existiert denn auch kein allgemeiner Konsens über die Art und Weise der Erfassung mit Hilfe eines selbständig auszufüllenden Fragebogens. Abbildung 3.4-1 zeigt den Anteil der Befragten, die angaben, in der Woche vor der Befragung körperlich während mindestens 20 Minuten so aktiv gewesen zu sein, dass sie leicht geschwitzt hatten oder schneller atmen mussten. Es handelt sich hier um eine klassische Frage, die das Ausmass einer mässig intensiven bis intensiven körperlichen Aktivität für Personen aller Altersgruppen abzuschätzen versucht. Wie man sieht bestehen grosse Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen: bedeutend mehr Mädchen gaben nur eine geringe Häufigkeit von mindestens mässig intensiver körperlicher Aktivität an (mindestens 20 Minuten an 0 bis 2 Tagen pro Woche).

3.4 Gesundheitsverhalten

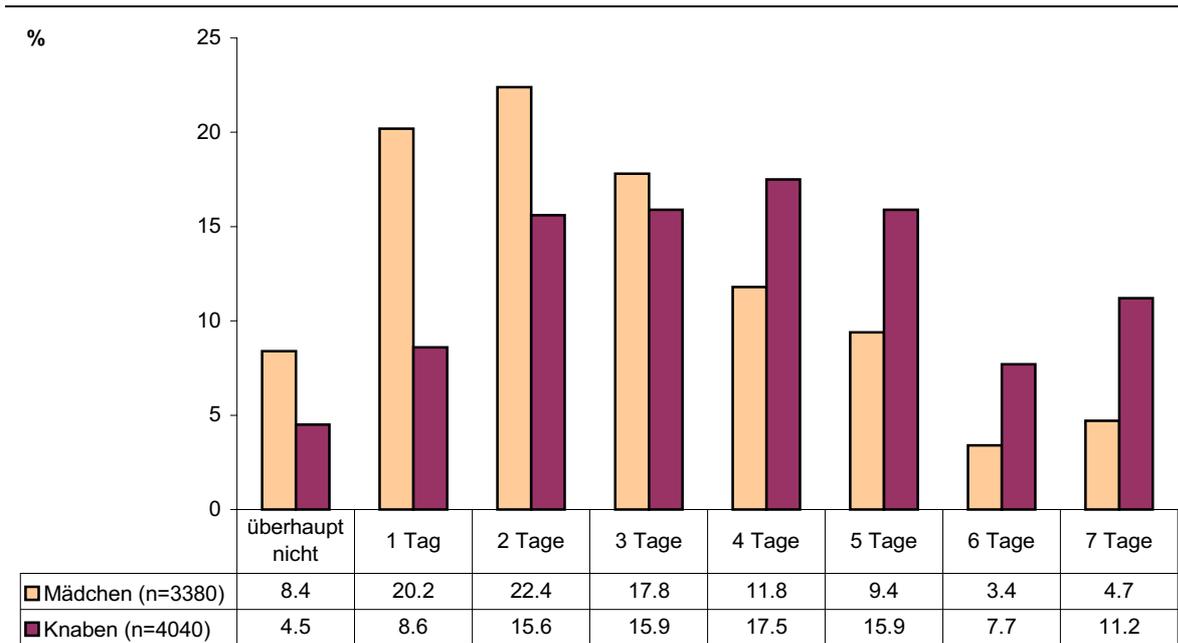


Abbildung 3.4-1 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben während der Woche vor der Befragung unterschiedlich häufig körperlich mindestens 20 Minuten am Stück so aktiv gewesen zu sein, dass sie ins Schwitzen kamen oder schneller atmen mussten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F2)

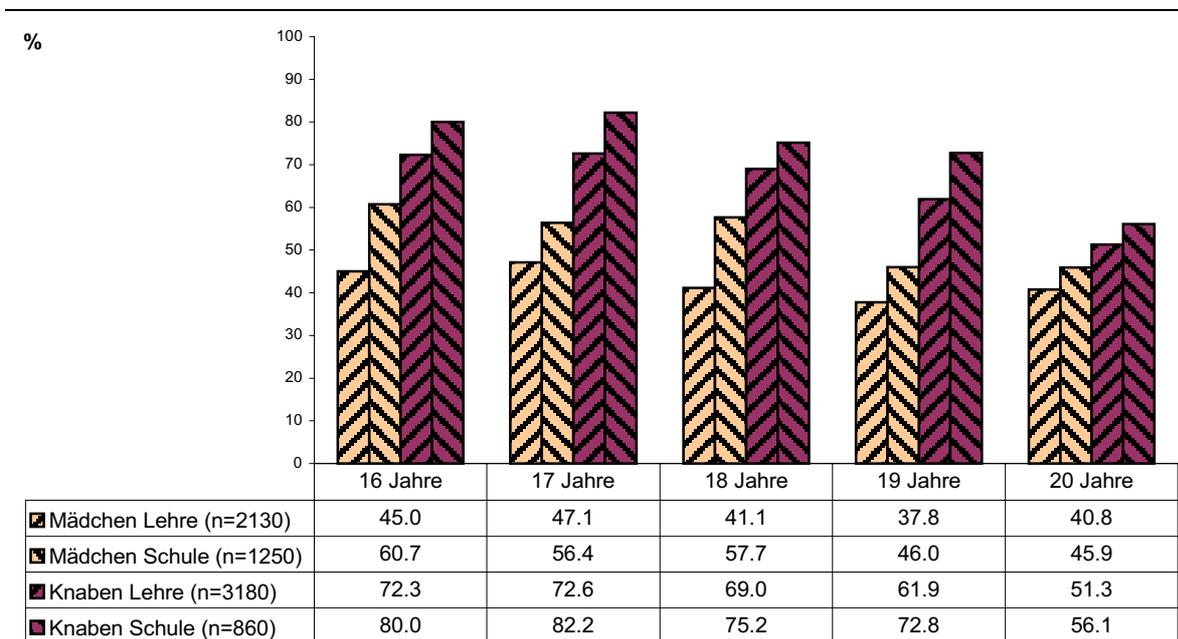


Abbildung 3.4-2 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, körperlich mindestens 3-mal pro Woche 20 Minuten am Stück so aktiv gewesen zu sein, dass sie ins Schwitzen kamen oder schneller atmen mussten (dies wird als Minimalanforderung zur Sicherstellung einer adäquaten körperlichen Fitness betrachtet), nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F2)

Wie man in Abbildung 3.4-2 sieht, scheint der Anteil der Jugendlichen, die angaben, mindestens 3-mal 20 Minuten pro Woche körperlich aktiv zu sein, mit zunehmendem Alter, sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen, abzunehmen. Dieses Ausmass (3-mal 20 Minuten pro Woche) an körperlicher Aktivität entspricht der minimalen Anforderung, um aus gesundheitlicher Sicht körperlich genügend fit zu sein (Marti, 1989).

3.4.1.2 Sportliche Aktivität

Abbildung 3.4-3 zeigt die Prozentanteile der Befragten, die angaben, unterschiedlich häufig in einem formellen oder informellen Rahmen ausserhalb des schulischen Sportunterrichts Sport zu treiben. Die Jungen gaben deutlich häufiger an als die Mädchen, eine tägliche oder mindestens regelmässige sportliche Aktivität zu betreiben. Die folgende Abbildung 3.4-4 zeigt die prozentualen Anteile der Befragten, die angaben, mindestens 2- bis 3-mal pro Woche Sport zu treiben, nach Geschlecht, Alter und Ausbildungstyp getrennt dargestellt.

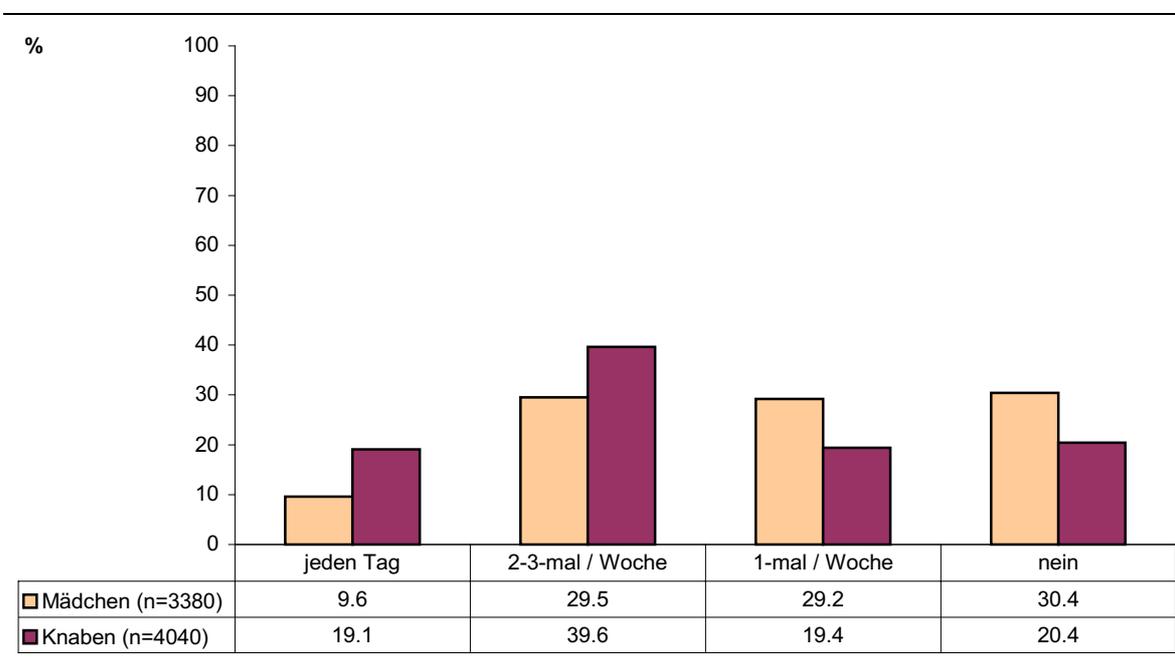


Abbildung 3.4-3 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, während der Woche ausserhalb der Schule Sport zu treiben, strukturiert oder nicht strukturiert, nach Geschlecht (SMASH 2002, F4)

3.4 Gesundheitsverhalten

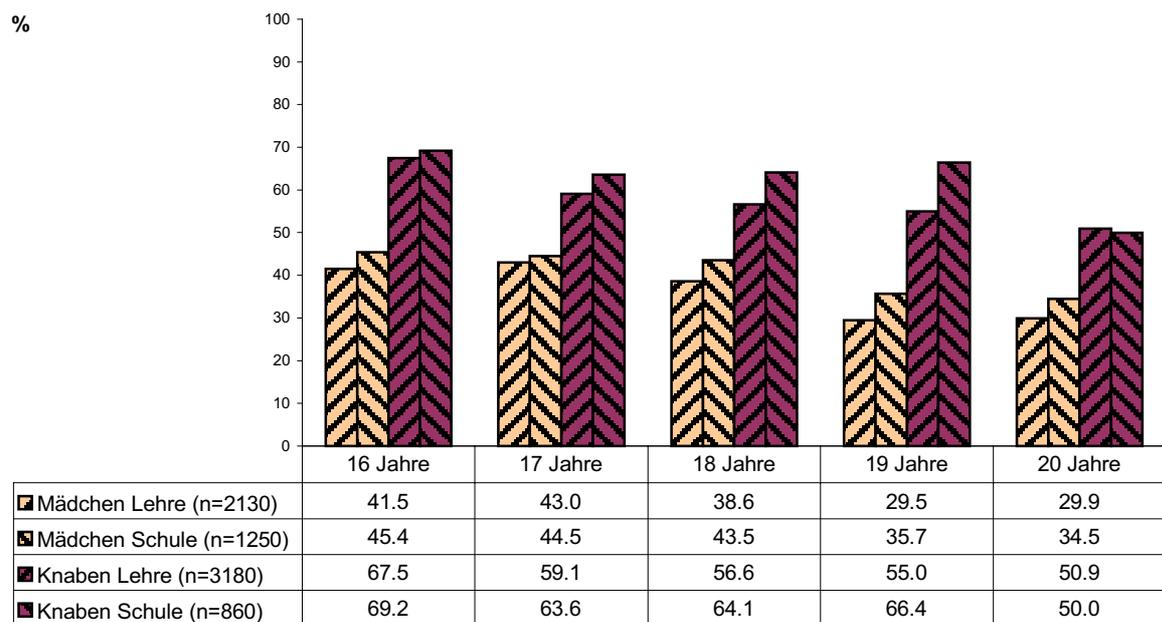


Abbildung 3.4-4 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens 2- bis 3-mal pro Woche Sport zu treiben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F4)

Was sind die Gründe, dass Jugendliche nur wenig oder gar keinen Sport treiben? Verschiedene Antwortmöglichkeiten wurden den Befragten vorgeschlagen. Die Resultate sind in Tabelle 3.4-1 zusammengestellt: auf den ersten Blick scheinen weniger fehlende Angebote für die Aufgabe der sportlichen Aktivität zwischen 16 und 20 Jahren verantwortlich zu sein als viel mehr fehlendes Interesse und Motivation von Seiten der Jugendlichen.

	Mädchen (%) n = 1029	Jungen (%) n = 823
Ich habe zu viel zu tun, ich habe keine Zeit	60.3	47.4
Ich mache lieber etwas anderes	37.2	43.0
Ich habe keine Lust, ich bin zu faul	26.6	28.5
Ich mag Sport nicht	25.5	22.3
Wegen unregelmässiger Arbeitszeit kann ich mich nicht in einem Klub/ Kurs einschreiben	19.6	16.3
Ich habe bereits eine körperlich harte Arbeit	11.1	27.7
Ich bin nicht begabt	9.2	7.0
Ich leide an einer Verletzung oder an einer körperlichen Behinderung	8.2	8.9
Ich fühle mich nicht wohl in meinem Körper	6.5	3.1
Ich habe keine Gelegenheit, es gibt keinen Klub oder keine Sportanlage für diejenige Sportart, die mir gefallen würde	9.6	6.4
Meine Freundinnen und Freunde machen auch keinen Sport	5.8	8.7

Tabelle 3.4-1 Prozentanteile der Jugendlichen, die verschiedene Gründe aufführen, warum sie keinen Sport treiben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F4)

Die folgenden Abbildungen stellen den prozentualen Anteil der Jugendlichen dar, die regelmässig eine Einzel- oder Mannschaftssportart betreiben. Wie Abbildung 3.4-5 zeigt, unterscheiden sich die Anteile derjenigen, die eine Einzelsportart betreiben bei den Mädchen und Jungen leicht, nehmen aber nur bei den Mädchen mit zunehmendem Alter ab. Der Anteil derjenigen, die einen Mannschaftssport betreiben, ist bei den Jungen wesentlich höher als bei den Mädchen (Abbildung 3.4-6) und nimmt mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern ab. Man könnte also die Hypothese aufstellen, dass viele Jugendliche sich gezwungen sehen, einen Mannschaftssport aufzugeben, wenn Trainingszeiten und Arbeitszeiten nicht mehr zu vereinbar sind.

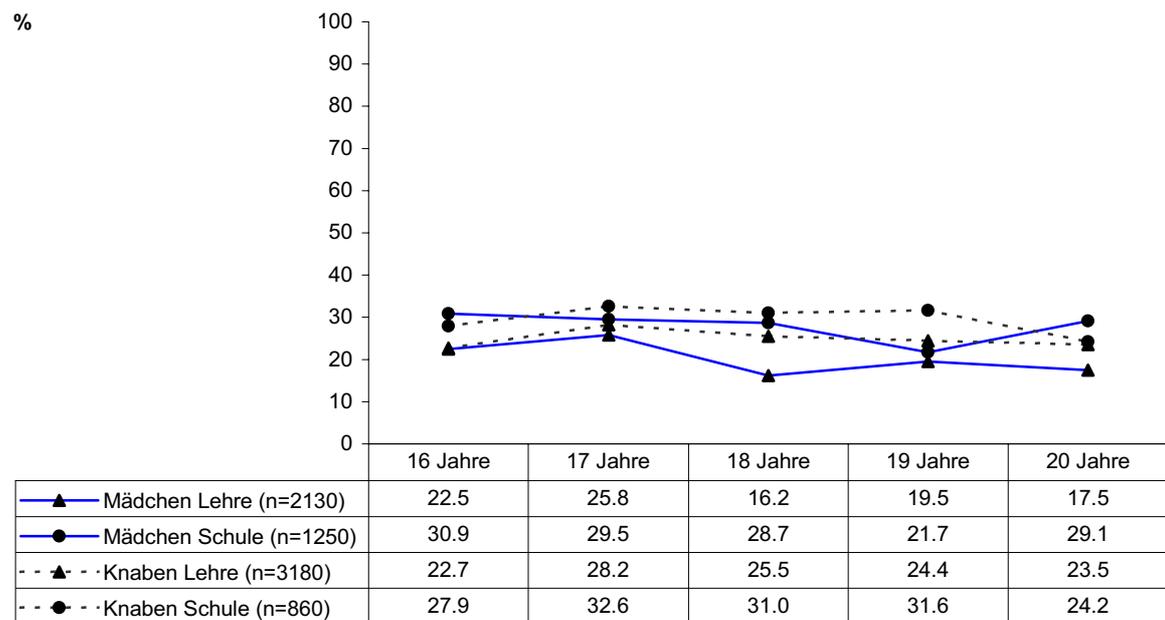


Abbildung 3.4-5 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, eine Einzelsportart zu betreiben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F3)

3.4 Gesundheitsverhalten

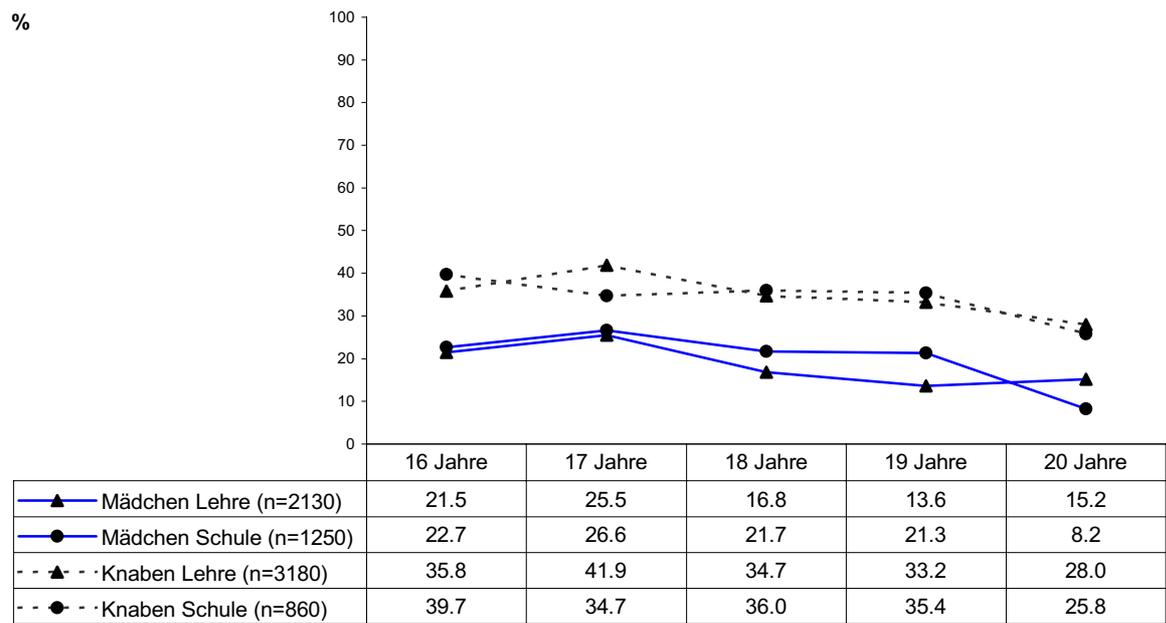


Abbildung 3.4-6 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, eine Mannschaftssportart zu betreiben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F3)

Wie steht es mit der Entwicklung in den letzten zehn Jahren? Bei der Interpretation der Veränderungen ist Vorsicht geboten, weil die Zusammensetzung der Stichprobe 1993 und 2002 etwas unterschiedlich ist. Dennoch scheint der Anteil der Jugendlichen, die keinen Sport treiben, seit 10 Jahren wesentlich zugenommen zu haben und zwar in einem ähnlichen Verhältnis bei Jungen und Mädchen. Umgekehrt hat der Prozentanteil der Jugendlichen, die eine tägliche Aktivität angaben, abgenommen, dies ebenfalls bei beiden Geschlechtern.

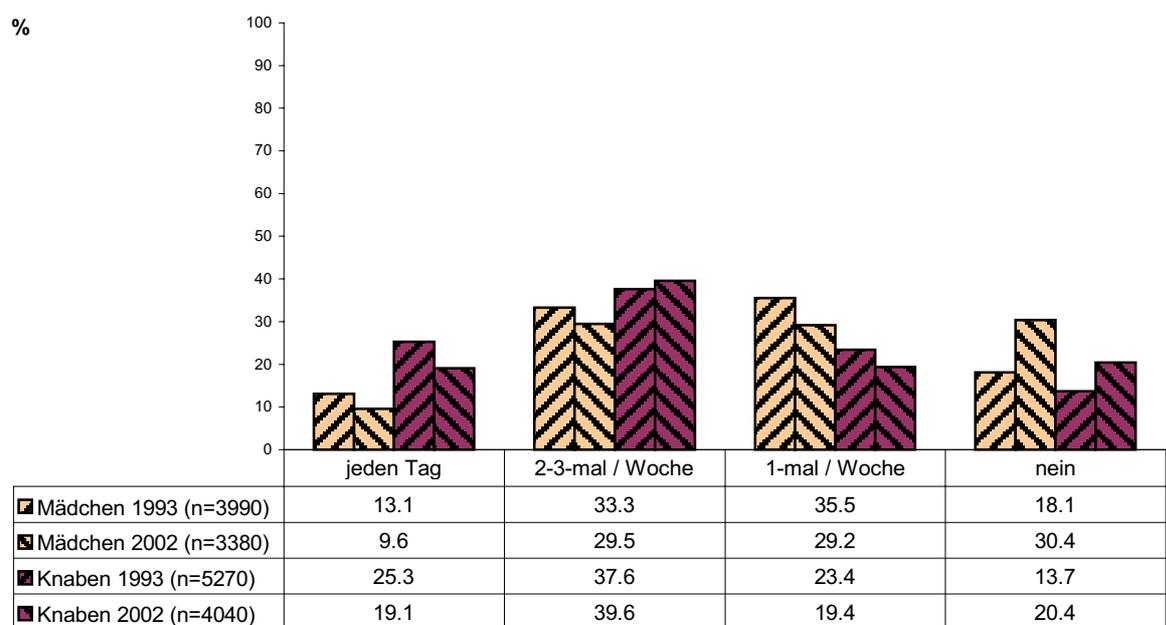


Abbildung 3.4-7 Entwicklung der Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschieden häufig Sport zu treiben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F4)

Halten wir aufgrund dieser verschiedenen Resultate fest, dass sich, was den Sport und die körperliche Aktivität anbelangt, die Situation bei den Jugendlichen in den letzten zehn Jahren nicht verbessert, sondern wahrscheinlich verschlechtert hat. Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit verschiedenen sozialen Faktoren: die Verbreitung des Gebrauchs von Motorfahrzeugen durch die Jugendlichen ab dem Alter von 14 bis 16 Jahren, die Verlängerung der Arbeits- und Schulwege, die unregelmässigen Arbeitszeiten, die Attraktivität anderer Freizeitaktivitäten, die fehlenden Strategien, um inaktive Jugendliche zu Bewegung zu motivieren, manchmal das Fehlen von passenden Angeboten etc. In Zukunft muss vermehrt darüber nachgedacht werden, mit welchen Mitteln Jugendliche motiviert werden können, eine regelmässige sportliche oder körperliche Aktivität aufzunehmen. Insbesondere müssen die Probleme bedacht werden, die sich durch den Übergang von der obligatorischen Schule in einen anderen Wochenplan, beispielsweise durch den Antritt einer Berufslehre, ergeben. Ein von den Jugendlichen häufig genanntes Hindernis ist die Unmöglichkeit, regelmässig, strukturiert Sport zu treiben, ohne sich gleich für sehr zeitintensive, anstrengende und Wettkampf orientierte Trainings zu verpflichten. Es gibt hier vermutlich eine Angebotslücke für Gruppenaktivitäten, die bezüglich Stundenplänen und Häufigkeit des Trainings etwas Flexibilität lassen.

3.4.2 Tabak

Der Tabakkonsum bei den Jugendlichen, in der Schweiz wie im Ausland, ist Gegenstand grosser Sorge. Einerseits ist es erwiesen, dass der Tabakkonsum meist in der Adoleszenz beginnt. Wenn der Konsum regelmässig wird, bleibt er dann meist auch über lange Zeit bestehen und verursacht grössere Gesundheitsprobleme (Peto, Lopez, Boreham, Thun, & Health, 1994; Vitale, 1998). Andererseits zeigen die meisten Studien, die bei Jugendlichen im In- und Ausland gemacht wurden, über die letzten zwei Jahrzehnte eine Zunahme des Tabakkonsums, insbesondere bei den Mädchen (Arènes, Janvrin, & Baudier, 1998; Calmonte, Kooler, & Weiss, 2000; Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Janin Jacquat & François, 1997; Schmid, 2003).

Abbildung 3.4-8 stellt den Anteil der regelmässig Rauchenden in den verschiedenen Altersgruppen nach Geschlecht und Ausbildungstyp getrennt dar. Sie zeigt, dass der Anteil der Rauchenden zwischen 16 und 20 Jahren noch wesentlich ansteigt. Wenn man schätzt, dass der Prozentanteil der regelmässig Rauchenden (täglich Konsum) bei den 13- bis 14-Jährigen bei 4% bei den Mädchen und 6% bei den Jungen (Schmid, 2003), bei den 15-Jährigen bei 19% bzw. 18% und schliesslich bei den 20-Jährigen zwischen 30% und 40% liegt, so liegt die Annahme nahe, dass der Einstieg ins regelmässige Rauchen insbesondere auch nach der obligatorischen Schulzeit, also nach dem 15. Lebensjahr geschehen kann. Die Anzahl täglich gerauchter Zigaretten lag bei den meisten Befragten zwischen 10 und 12, ohne wesentliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Hingegen scheinen sich die männlichen Lehrlinge in Bezug auf den täglichen Zigarettenkonsum deutlich von den anderen Befragten zu unterscheiden : sie rauchen bedeutend mehr, nämlich um die 15 Zigaretten pro Tag.

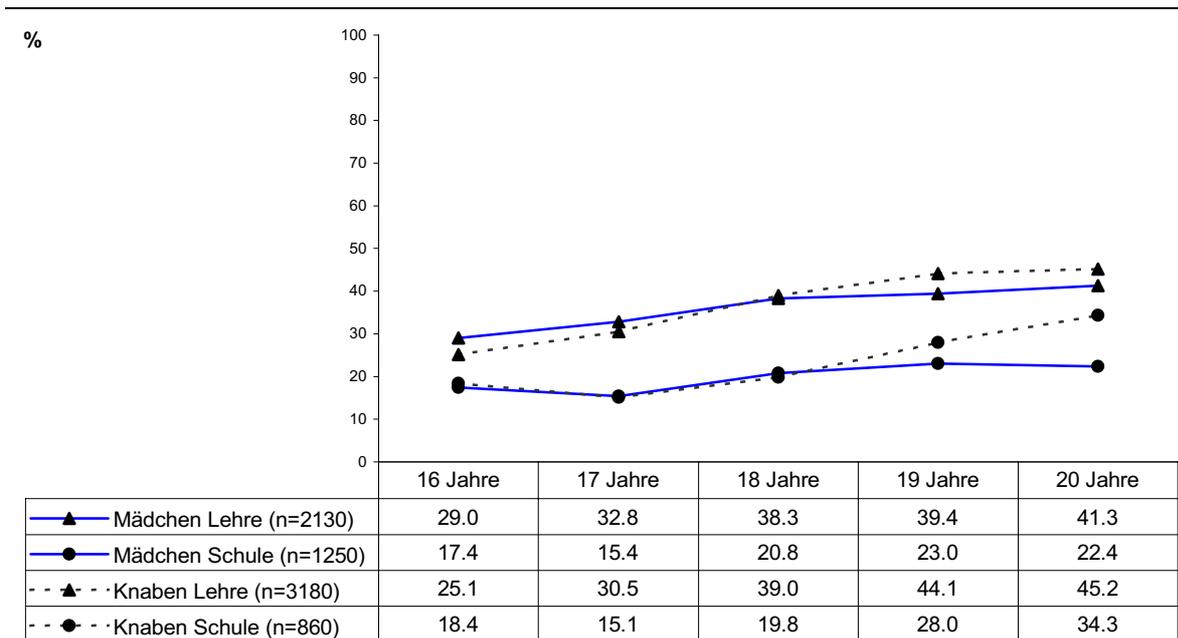


Abbildung 3.4-8 Prozentanteile der Jugendlichen, die sich als regelmässige Raucher bezeichnen, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F75)

Im Übrigen lässt diese Abbildung signifikante Unterschiede im Raucheranteil zwischen Lehrlingen einerseits und Schülerinnen und Schülern andererseits deutlich werden. Bei Letzteren, sowohl Mädchen als auch Jungen, sind es zwischen einem Drittel und der Hälfte weniger, die sich als regelmässige Raucher/innen bezeichnen. Gegenüber der Studie von 1993 hat sich der Unterschied zwischen Lehrlingen und Schülerinnen und Schülern vergrössert. Die Unterschiede zwischen Mädchen und

Jungen sind klein aber doch signifikant, vor allem bei den 19- und 20-Jährigen. In diesem Alter rauchen weiterhin mehr junge Männer als Frauen; ein Phänomen, das so auch schon vor 10 Jahren festgestellt wurde. Sind Mädchen, welche die Pille zur Verhütung einnehmen, vielleicht sensibler für die Bedeutung eines Rauchstopps? Dies scheint wenig wahrscheinlich; in einem kürzlich veröffentlichten Artikel wurde gezeigt, dass der Prozentanteil der Jugendlichen, die das Rauchen vor dem Alter von 20 Jahren aufgeben, bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich gross ist (Bonard, Janin-Jacquat, & Michaud, 2001). Es ist wahrscheinlicher, dass die jüngeren Befragten (15- bis 17-jährige) der vorliegenden Stichprobe eher einer Kohorte angehören, in welcher der Tabakkonsum bei den Mädchen verbreiteter ist als dies früher der Fall war. Dies zeigen im Übrigen auch die Resultate der aufeinander folgenden HBSC-Studien der SFA bei 11- bis 16-Jährigen (Schmid, 2003).

Wie sollte man nun die Entwicklung des Raucheranteils in den letzten 10 Jahren beurteilen? Wiederum sei darauf hingewiesen, dass bei der Interpretation Vorsicht am Platz ist, weil die Zusammensetzung der Stichproben von 1993 und 2002 etwas unterschiedlich war. Dennoch deuten die Zahlen darauf hin, dass die Prozentanteile in jeder Altersgruppe und in beiden Ausbildungstypen zugenommen haben. Wie Abbildung 3.4-9 zeigt, ist diese Zunahme bei den Lehrlingen wesentlich grösser als bei den Schülerinnen und Schülern. Sie liegt je nach Altersgruppe bei 20% bis 30%. Diese Entwicklung deckt sich mit den Resultaten verschiedener Studien aus der Schweiz, insbesondere derjenigen der SFA (Schmid, 2003) und erfordert ein vertieftes Überdenken der zu entwickelnden Präventionsmassnahmen (Binyet & de Haller, 1993).

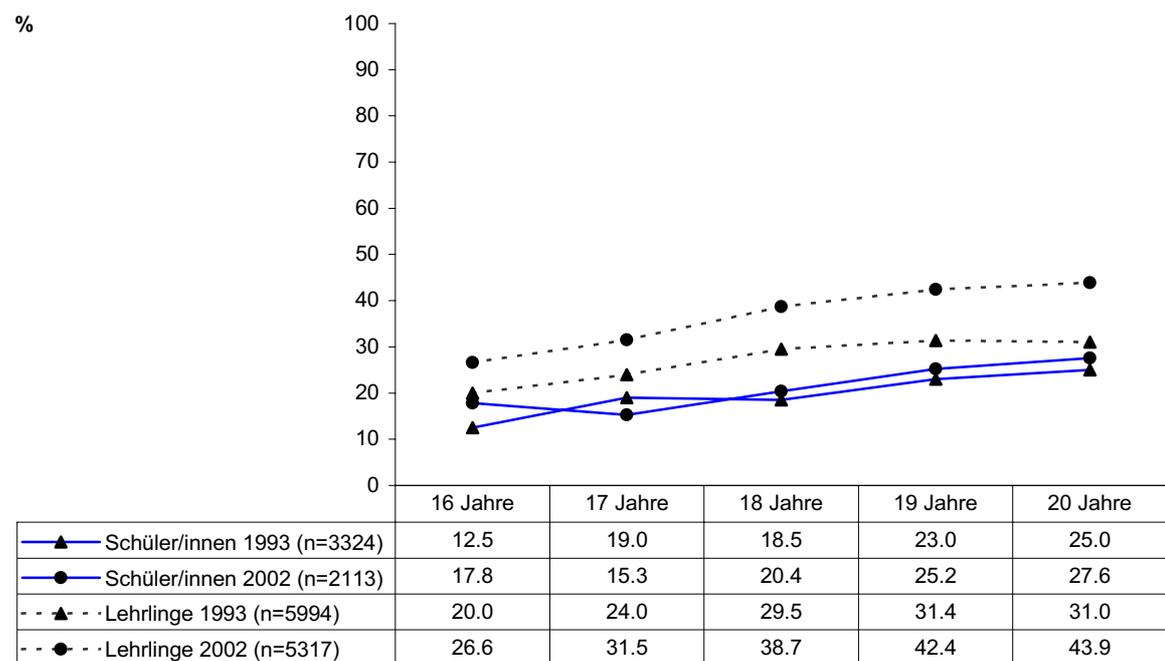


Abbildung 3.4-9 Prozentanteile der jugendlichen Raucher/innen, nach Ausbildungstyp und Alter, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F75)

Studien aus dem Ausland belegen, dass das Risiko, eine Raucherin oder ein Raucher zu bleiben, mit abnehmendem Einstiegsalter steigt. Das durchschnittliche Alter, in welchem die Befragten mit dem regelmässigen Rauchen begonnen hatten, variiert je nach Geschlecht und Ausbildungstyp: es liegt bei 14.9 Jahren bei den weiblichen Lehrlingen und bei 15.2 Jahren bei den Schülerinnen, während es für männliche Lehrlinge und Schüler bei 15 und 15.5 Jahren liegt.

3.4 Gesundheitsverhalten

Eine einfache und oft benutzte Methode, um den Grad der Nikotinabhängigkeit einzuschätzen, ist die Frage, wie lange nach dem morgendlichen Erwachen die erste Zigarette geraucht wird. In der SMASH 2002-Studie wurde diese Frage gestellt und Abbildung 3.4-10 gibt die Antworten darauf wieder. Es zeigt sich, dass ein bedeutender Prozentanteil der Jugendlichen, vor allem der Jungen, ihre erste Zigarette höchstens eine oder eine halbe Stunde nach dem Erwachen raucht, was auf eine recht starke Nikotinabhängigkeit hindeutet. Diese Abhängigkeit ist bei den Lehrlingen beider Geschlechter ausgeprägter. So gaben 53% der männlichen Lehrlinge gegenüber 23% der Schüler an, ihre erste Zigarette innerhalb der ersten dreissig Minuten nach dem Erwachen zu rauchen.

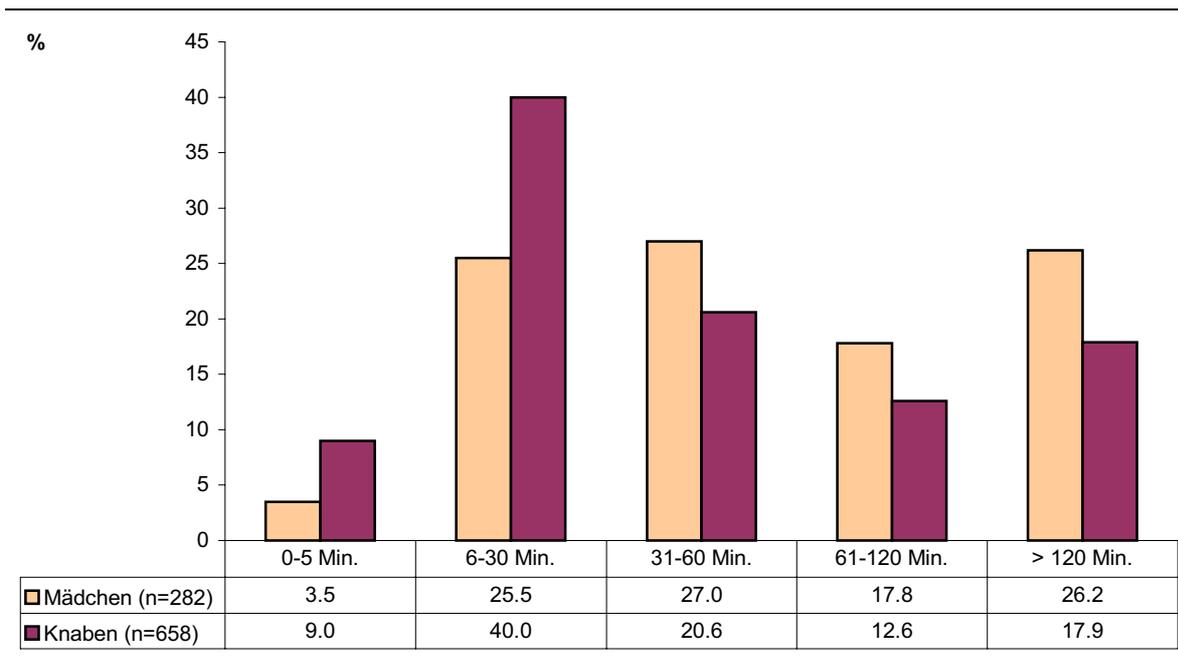


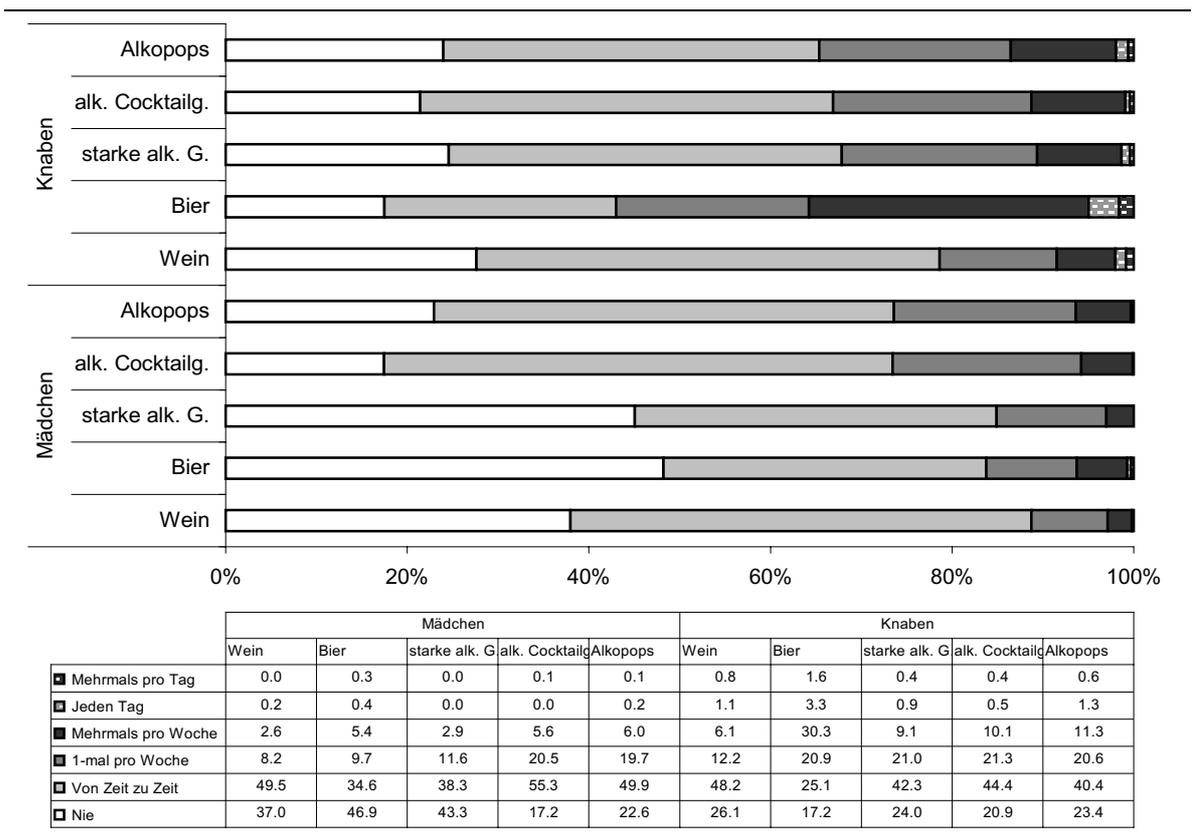
Abbildung 3.4-10 Konsummuster der jugendlichen Raucherinnen und Raucher, je nach Zeitintervall zwischen dem morgendlichen Erwachen und der ersten Zigarette, nach Geschlecht (SMASH 2002, F75)

Zusammenfassend zeigen die Resultate, dass eine/r von drei Jugendlichen sich als regelmässige/r Raucherin oder Raucher bezeichnete, wobei der Anteil bei den Lehrlingen etwas höher liegt als bei den Schülerinnen und Schülern. Darüber hinaus scheint der Anteil der Rauchenden im Alter von 16 bis 20 Jahren, ähnlich wie bei den unter 16-Jährigen (Schmid, 2003), in den letzten zehn Jahren zugenommen zu haben. Glücklicherweise kümmert sich das Bundesamt für Gesundheit um diese Situation und startet verschiedene Kampagnen auf nationaler und regionaler Ebene. Es ist gerechtfertigt, früh mit interaktiven Instrumenten zu intervenieren, welche auf die Aneignung von Lebenskompetenzen, wie z.B. den Umgang mit Gruppendruck oder den Umgang mit Werbebotschaften zielen (Kumpfer, 1999; Tobler, 2000). Ebenso ist es gerechtfertigt, die Eltern in solche Interventionen einzubeziehen. Dennoch soll die Wirksamkeit von Interventionen im Umfeld nicht vergessen werden, zu denken ist an die Schaffung von rauchfreien Schulen und anderen rauchfreien öffentlichen Räumen. Gefördert werden sollte für ältere Jugendliche ebenfalls der Zugang zu Rauchstopp-Programmen (Bonard et al., 2001; Donovan, 2000; Klein, Levine, & Allan, 2001). Analysen zur Wirksamkeit der Tabakprävention bei Jugendlichen zeigen weiter die Wirksamkeit von Massnahmen auf der gesetzlichen und wirtschaftlichen Ebene, beispielsweise die Beschränkung des Zugangs zu Raucherwaren, die Beschränkung der Tabakwerbung und die Erhöhung der Zigarettenpreise (Bruvold, 1993; Chaloupka, 2003 ; Stead & Lancaster, 2002).

3.4.3 Alkohol

Die Öffentlichkeit und sogar gewisse Fachleute vergessen manchmal, dass die von den Jugendlichen am meisten konsumierte psychoaktive Substanz der Alkohol ist und nicht Cannabis. Diese Fehleinschätzung ist umso bedauerlicher, als dass ein missbräuchlicher Alkoholkonsum eines der ernsthaftesten Probleme der öffentlichen Gesundheit bleibt, sowohl in unserem Land als auch in vielen anderen europäischen Ländern. Aufgrund der Resultate einer neuen Studie (Ezzati et al., 2002) zu den häufigsten Krankheitsursachen in der Gesamtbevölkerung steht der problematische und missbräuchliche Alkoholkonsum an dritter Stelle, nach dem Rauchen und dem Bluthochdruck. Viele Studien zeigen die Bedeutung des frühen Zugangs zum Alkohol und die Konsumhäufigkeit als Faktoren, die mit einem künftigen Problemverhalten im Zusammenhang stehen (Augustyn & Simons-Morton, 1995; Ellickson, Tucker, & Klein, 2003; Foxcroft, Lister-Sharp, & Lowe, 1997; Ledoux, Sizaret, Hasler, & Choquet, 2000; Patton, 1995). Es ist daher von Bedeutung, systematisch und wiederholt das Verhalten der Jugendlichen in diesem Bereich zu überprüfen.

Die einfache Erfassung der Menge und der Häufigkeit des Alkoholkonsums erlaubt nicht, das Verhältnis, welches die Jugendlichen zum Alkohol haben, in seinen Feinheiten zu verstehen. Im Gegensatz zur Studie von 1992 enthielt der aktuelle Fragebogen verschiedene Fragen, die es erlauben das missbräuchliche Konsumverhalten zu analysieren wie das «binge drinking» (mehr als 5 Standardgetränke auf einmal, vgl. Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens, & Castillo, 1994; Windle, 1996) oder die Probleme, welche aufgrund des Alkoholkonsums entstehen können.



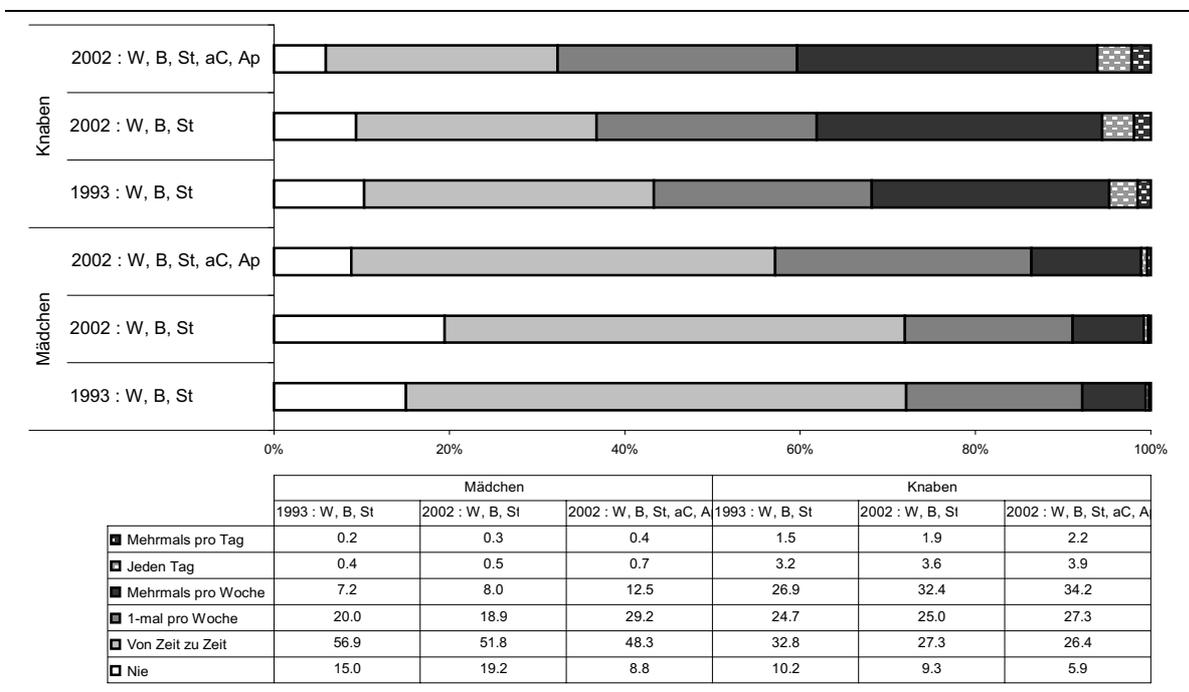
* Legende : starke alk. G.: starke alkoholische Getränke ; alk. Cocktail.: alkoholische Cocktailgetränke.

Abbildung 3.4-11 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschiedene alkoholische Getränke unterschiedlich oft konsumiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F76)

3.4 Gesundheitsverhalten

Abbildung 3.4-11 zeigt die Häufigkeiten des Alkoholkonsums nach Geschlecht getrennt dargestellt. Die Jugendlichen geben zurzeit Bier, Alkopops sowie Cocktails den Vorzug. Die Unterschiede im Konsum zwischen Mädchen und Jungen sind bedeutend, insbesondere unter den regelmässig konsumierenden (> 1-mal pro Woche). Bei den Jungen bleibt Bier das am meisten konsumierte alkoholische Getränk, während bei den Mädchen Cocktails und Alkopops an der Spitze stehen.

Abbildung 3.4-12 stellt die Prozentanteile der Jugendlichen dar, die 2002 irgendwelche alkoholische Getränke in unterschiedlicher Häufigkeit konsumierten, dies im Vergleich zur Studie von 1993. Der Konsum von Bier, Wein und starken Alkoholika (Schnäpse etc.) blieb stabil; dagegen kann eine beträchtliche Zunahme des wöchentlichen oder öfteren Konsums (mehrmals pro Woche) festgestellt werden. Dies gilt ganz besonders für die Mädchen, wenn man neben Bier, Wein und starken Alkoholika auch Cocktails und Alkopops mit einbezieht. Beispielsweise hat der Prozentanteil der Mädchen, die angaben, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken, zwischen 1993 und 2002 um fast 10% zugenommen. Dieser Unterschied ist fast ausschliesslich dem Konsum von Alkopops und Cocktails zuzuschreiben.



* Legende : W : Wein ; B : Bier ; St : starke alkoholische Getränke ; aC : alkoholische Cocktailgetränke ; Ap : Alkopops .

**Die Daten bzgl. Alkoholkonsum im Allgemeinen sind von 1993 nicht verfügbar.

Abbildung 3.4-12 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschiedene alkoholische Getränke unterschiedlich häufig konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F76)**

So hat die Vermarktung von süssen, wohl schmeckenden alkoholischen Getränken erlaubt, ein neues Segment von Konsumenten und vor allem Konsumentinnen für den Markt zu gewinnen, die früher keinen Alkohol konsumierten. Auch wenn Vergleiche zwischen 1993 und 2002 begrenzt möglich sind (aufgrund der leicht unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzungen), wirft die festgestellte Zunahme des Anteils der Alkohol konsumierenden Jugendlichen, welche auf die neuen Getränkesorten zurückzuführen ist, viele Fragen zur Kontrolle des Verkaufs und des Konsums alkoholischer Getränke bei den Jugendlichen auf. Abbildung 3.4-12 stellt diese Entwicklung auch graphisch dar und zeigt den Anteil, welcher der Konsum von Alkopops und Cocktails 2002 im Vergleich zu 1993 eingenommen hat.

Abbildung 3.4-13 gibt einen Überblick über die Häufigkeit des Alkoholkonsums (sämtliche Getränke zusammengenommen) nach Alter, Geschlecht und Ausbildungstyp der Befragten getrennt dargestellt. Der Anteil der regelmässig Konsumierenden verändert sich bei den Schülerinnen und Schülern mit zunehmendem Alter wenig. Dagegen ist der Anteil der regelmässig Konsumierenden bei den Lehrlingen beider Geschlechter in den höheren Altersgruppen etwas kleiner. Die wahrscheinlichste Erklärung dafür ist, dass es sich hier um einen Kohorteneffekt handelt. Die HBSC-Studien (Schmid, 2003) zeigten auch tatsächlich, dass der Alkoholkonsum, vor allem bei den Mädchen, sogar schon vor dem 15. Lebensjahr stark verbreitet ist. Und damit hätte sich bei den jüngsten Befragten der SMASH 2002-Stichprobe ein grösserer Anteil der Befragten (im Vergleich zu den 19- bis 20-Jährigen) bereits angewöhnt, regelmässig Alkohol zu konsumieren.

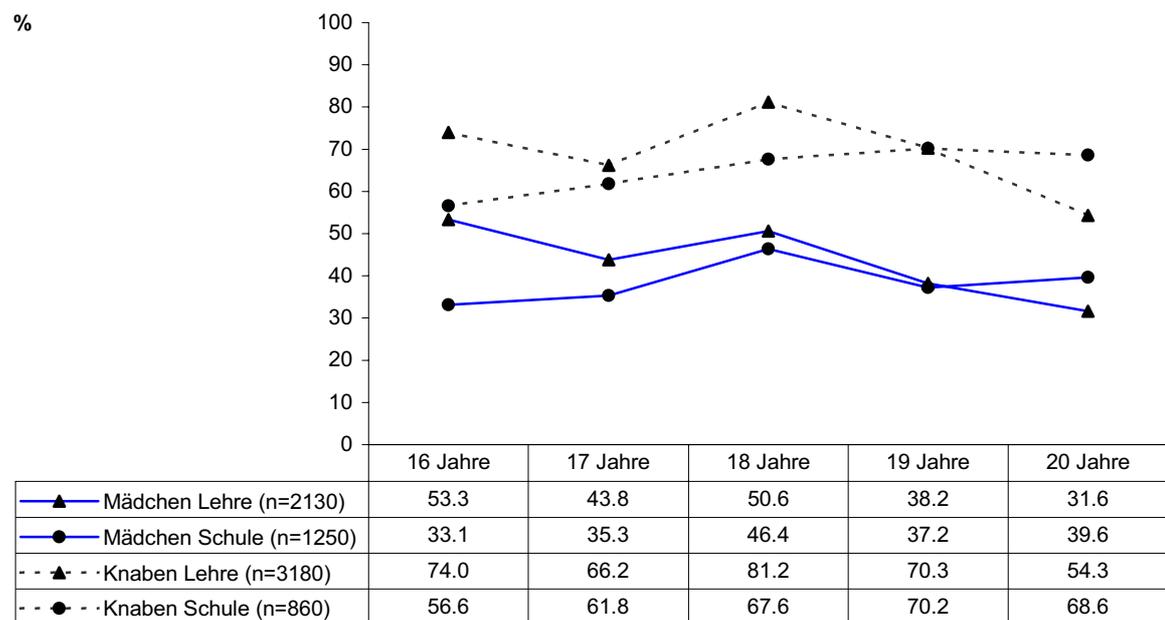


Abbildung 3.4-13 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu konsumieren, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F76)

Eines der Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkopops und Cocktails ist die Tatsache, dass sie leicht zur Betrunkenheit führen können, weil die Jugendlichen nicht so leicht wahrnehmen, dass diese süssen, verführerischen Getränke eine beträchtliche Menge Alkohol enthalten. Abbildung 3.4-14 gibt eine Vorstellung der Anzahl Jugendlicher, die schon mindestens einmal betrunken waren. Wie man sieht, steigt der Anteil der Jugendlichen, die schon einen Alkoholrausch erlebt haben mit dem Alter an, ist aber bereits im Alter von 16 Jahren recht hoch. Dies bestätigen die Resultate der HBSC-Studie der SFA (Schmid, 2003), welche zeigten, dass mit 15 bis 16 Jahren 25.4% der befragten Mädchen und 41.9% der befragten Jungen schon mindestens einmal betrunken waren. Die Anteile der jüngeren, 16- bis 17-jährigen, weiblichen Lehrlinge sind ähnlich, wie diejenigen ihrer männlichen Kollegen. Nur bei den jüngeren Schülerinnen ist der Anteil derjenigen, die bereits einmal betrunken waren, etwas tiefer. Auf der anderen Seite zeigten sich die grössten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen im Alter von 18 bis 20 Jahren. Schliesslich sei darauf hingewiesen, dass der Anteil derjenigen, die schon einmal betrunken waren, im Alter von 18 bis 20 Jahren nur noch leicht anzusteigen scheint. Diese Befunde legen nahe, dass die ersten Alkoholrauscherfahrungen in unserer Gesellschaft vor allem im Alter zwischen 13 und 17 Jahren gemacht werden. Betrachtet man ausserdem die Zahlen der SFA (Schmid, 2003), so kann man

3.4 Gesundheitsverhalten

feststellen, dass die ersten Erfahrungen mit Betrunkeneit in einem immer jüngeren Alter gemacht werden.

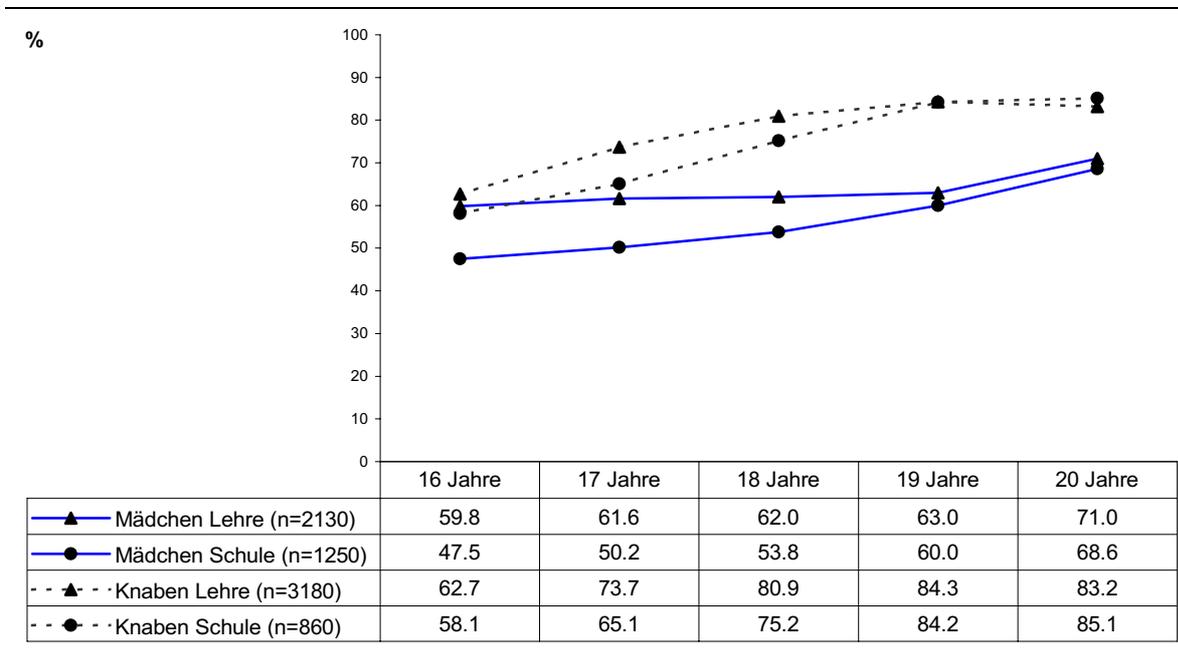


Abbildung 3.4-14 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, bereits einmal betrunken gewesen zu sein, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F78)

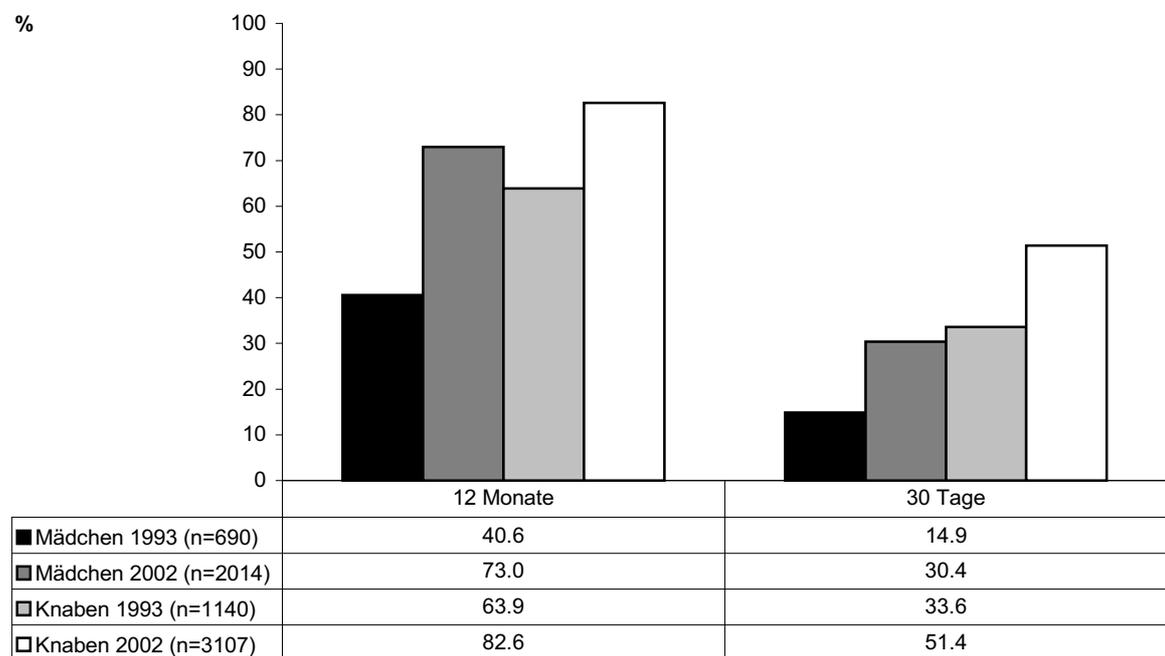
Man kann also sagen, dass eine Mehrheit der Jugendlichen (die Jungen zu einem grösseren Anteil als die Mädchen) im Alter zwischen 16 und 20 Jahren, bereits einmal betrunken waren. Darüber hinaus belegt Tabelle 3.4-2, dass ein beträchtlicher Anteil unter ihnen sich regelmässig betrinkt. Dabei sind Unterschiede festzustellen sowohl hinsichtlich Geschlecht als auch Ausbildungstyp und Alter.

	Nie		1- bis 2-mal		3- bis 9-mal		10-mal oder häufiger	
	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)
Im Verlauf des Lebens	1.3	.9	44.9	23.9	33.1	28.7	18.2	42.1
In den vergangenen 12 Monaten	21.8	11.8	48.7	36.4	18.5	24.9	5.8	21.3
In den vergangenen 30 Tagen	63.0	43.2	26.4	33.9	3.7	14.0	.4	3.5

* Es wurden die verschiedenen Prozentanteile bei den Jugendlichen berechnet, die mindestens eine Episode von Betrunkeneit angegeben hatten.

Tabelle 3.4-2 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, Episoden von Betrunkeneit unterschiedlich häufig erlebt zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F78)

Wenn man die Entwicklung in den letzten zehn Jahren einschätzen möchte, ist erneut Vorsicht geboten (vgl. oben, etwas unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben von 1993 und 2002). Trotz dieser Einschränkung, kann man annehmen, dass in den letzten zehn Jahren der Anteil der Jugendlichen, die eine oder mehrere Episoden von Betrunkenheit erlebt haben, vor allem bei den Mädchen, merklich zugenommen hat (Abbildung 3.4-15) und zwar um 20% bis 40%. In ähnlicher Weise scheint auch die Häufigkeit dieser Episoden zugenommen zu haben, denn der Anteil der Befragten, die angaben, in den letzten 12 Monaten und vor allem in den letzten 30 Tagen 3-mal oder häufiger betrunken gewesen zu sein, scheint recht gewachsen zu sein. Auch wenn Rauscherlebnisse bei den Mädchen zugenommen haben, waren es nach wie vor mehr Jungen, die angaben, häufiger solche Episoden erlebt zu haben. Der Anteil der Jungen, die über mindestens eine Episode von Betrunkenheit im letzten Monat vor der Befragung berichteten, war ebenfalls grösser als bei den Mädchen.

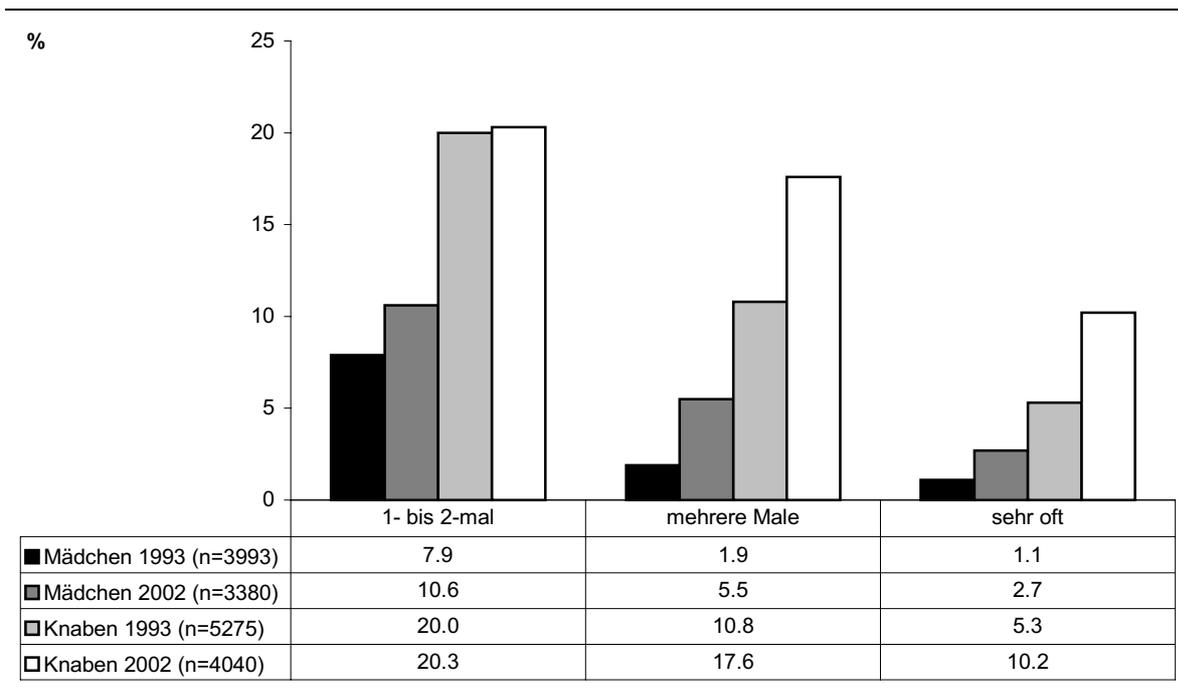


* Die Daten von 1993 basieren auf den 25% der Antwortenden, die einen zusätzlichen Fragebogen über Substanzkonsum erhalten und ausgefüllt haben.

Abbildung 3.4-15 Prozentanteile der alkoholkonsumierenden Jugendlichen, die angeben, in den letzten 12 Monaten und/oder in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F78)

3.4 Gesundheitsverhalten

Die möglichen Folgen dieser Alkohorräusche sind bekannt : erhöhtes Risiko für Unfälle, Gewalt und Schlägereien, schlechte schulische Leistungen oder Risikoverhalten unter Alkoholeinfluss. Abbildung 3.4-16 zeigt, dass eine beachtliche Anzahl Jugendlicher zugab, in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens 1- bis 2-mal betrunken ein Fahrzeug (Fahrrad, Mofa, Motorrad, Auto) gelenkt zu haben. Ein Junge von zehn gab sogar an, sehr oft ein Fahrzeug in betrunkenem Zustand gelenkt zu haben. Der Anteil der Jugendlichen, die eine solche Situation angaben, hat gegenüber 1993 wesentlich zugenommen.



* Die Daten von 1993 basieren auf den 25% der Antwortenden, die einen zusätzlichen Fragebogen über Substanzkonsum erhalten und ausgefüllt haben.

Abbildung 3.4-16 Prozentanteile der Jugendlichen, die zugeben, betrunken ein Fahrzeug (Fahrrad, Mofa, Motorrad oder Auto) gelenkt zu haben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F30)

Ausser dem Fahren in betrunkenem Zustand und der damit verbundenen Risiken gibt es weitere mögliche Komplikationen des übermässigen Alkoholkonsums. In Tabelle 3.4-3 sind einige davon aufgeführt (Gesamtstichprobe).

	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040
Persönliche Probleme	17	33
Verschlechterung der Leistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz oder Fehlen in der Schule oder am Arbeitsplatz	2.9	5.3
Kaputte Kleider oder Gegenstände	7.9	21.7
Verlorene Gegenstände (Geld, etc.)	8.9	16.0
Unfälle, Verletzungen	6.2	16.6
Beziehungsprobleme	15	27
Streit, Schlägerei	4.7	17.6
Beziehungsprobleme mit Freundinnen oder Freunden	8.1	9.8
Beziehungsprobleme mit den Eltern	5.4	8.5
Beziehungsprobleme mit Lehrkräften	0.8	2.0
Beziehungsprobleme mit Kolleginnen und Kollegen	3.4	4.5
Probleme betreffend Sexualität	8	15
Ungewollter Geschlechtsverkehr	4.1	7.1
Ungeschützter Geschlechtsverkehr	5.5	7.3
Erektionsprobleme (« den Penis nicht mehr hoch kriegen »)	nc	5.1
TOTAL (mindestens eines dieser Probleme genannt)	27	46

* nc : not concerned

Tabelle 3.4-3 Prozentanteile der Jugendlichen, die zugeben, dass sie infolge Alkoholkonsums verschiedene Probleme erlebt haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F79)

Man sieht, der Prozentanteil der Jugendlichen, welche negative körperliche, finanzielle oder psychologische Folgen erlebt haben, ist hoch : gut ein Viertel der Mädchen und fast die Hälfte der Jungen gaben an, mindestens einmal ein Problem als Folge ihres Alkoholkonsums gehabt zu haben. Solche Probleme sind häufiger bei den Lehrlingen beider Geschlechter als unter den Schülerinnen und Schülern zu finden. Weiter ist es beeindruckend zu sehen, dass Alkoholkonsum einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der Jugendlichen beider Geschlechter zu Risikoverhalten im Bereich der Sexualität verleitet, was eine Beobachtung bestätigt, welche im Rahmen einer nationalen Studie zur Sexualität der Jugendlichen der gleichen Altersgruppe gemacht wurde (Narring, Wydler, & Michaud, 2000).

Zusammenfassend führen die beobachteten Resultate über die letzten zehn Jahre zur Schlussfolgerung, dass die Häufigkeit des Alkoholkonsums zugenommen hat, insbesondere bei den Mädchen und jungen Frauen. Vermutlich spielt in diesem Zusammenhang das Erscheinen der Alkopops auf dem Markt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Man stellt zudem eine Veränderung der Konsummuster fest, mit einer Tendenz, grosse Mengen in kurzer Zeit zu trinken und zwar mit dem erklärten Ziel, in einen Zustand der Betrunkenheit zu kommen. Diese Tendenz geht vermutlich mit einer Zunahme von Risikoverhalten unter Alkoholeinfluss einher, worauf die Zunahme der Jugendlichen hindeutet, welche in angetrunkenem Zustand ein Fahrzeug gelenkt haben. Es sieht aus, als wenn sich das Verhältnis zum Alkohol verändert hätte : die Jugendlichen konsumieren seltener einfach zum Feiern, sondern mehr mit dem erklärten Ziel, sich zu betrinken. Sie gehorchen damit

3.4 Gesundheitsverhalten

einer übermässigen Wertschätzung von Entdeckungs- und Risikoverhalten, die unsere Gesellschaft kennzeichnet (Le Breton, 1991). Die kürzlich in unserem Land getroffenen Massnahmen zur Limitierung des Zugangs zu alkoholischen Getränken wie die Erhöhung der Steuern auf Alkopops und eine strengere Kontrolle des Verkaufs sind sehr zu begrüssen. Es bleibt ausserdem zu hoffen, dass die Reduktion der maximal erlaubten Blutalkoholkonzentration von 0.8 auf 0.5 Promille möglichst schnell vollzogen wird. Kampagnen wie "nez rouge", bei der man sich über die Festtage von einem nüchternen Chauffeur mit dem eigenen Wagen nach Hause fahren lassen kann, oder "be my angel" von der "Fédération vaudoise contre l'alcoolisme", müssten weiterentwickelt, ausgebaut und populärer gemacht werden. Kohärente Botschaften wie diejenigen, welche in der gesamten Gesellschaft den Präservativgebrauch im Sinne von «safer sex» förderten, haben sich bezüglich des Verhaltens der Jugendlichen als wirksam erwiesen (Dubois-Arber, Jeannin, & Spencer, 1999). Man kann sich wünschen, dass ähnliche Kampagnen im Sinne von «safer drinking» künftig die gleiche Wirkung erzielen, insbesondere, wenn sie sich an die ganze Gesellschaft richten, wie das in gewissen nordischen Ländern der Fall ist (Bergman & Rivara, 1991). Man darf auf keinen Fall vergessen, dass Alkoholprobleme nicht nur eine Sache der Jugendlichen sind. Wir können den problematischen Alkoholkonsum der Jugendlichen vor allem dann begrenzen, wenn wir insgesamt über den Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft nachdenken.

3.4.4 Cannabiskonsum

Der Cannabiskonsum bleibt in unserem Land, wie in der übrigen Welt, ein sehr kontroverses Thema. Auf der einen Seite hat sich die Erkenntnis etabliert, dass ein gelegentlicher Genusskonsum keine negativen Folgen hat. Auf der anderen Seite ist sich die Mehrheit der Autoren einig, dass die negativen Folgen eines *regelmässigen* Cannabiskonsums ebenfalls erwiesen sind, sowohl bezüglich körperlicher als auch psychischer Gesundheit (Hall & Solowij, 1998): langfristige Effekte auf den Atmungsapparat, erhöhtes Risiko einer Psychose oder neuropsychologische Probleme. Eltern und betroffene Fachleute sorgen sich jedoch vor allem auch um die kurz- und mittelfristigen Auswirkungen eines missbräuchlichen Cannabiskonsums auf die familiäre, soziale und berufliche Integration (Lynskey & Hall, 2000). Die Aufgabe jeglicher sportlicher Aktivitäten, ein schulischer Leistungseinbruch, Risikoverhalten unter dem Einfluss von Cannabis oder eine soziale Isolierung sind Probleme, die man bei einem Teil der Jugendlichen findet, die täglich ein- bis mehrmals Cannabis konsumieren.

Für mehr als die Hälfte der Befragten begann der Cannabiskonsum vor dem Alter von 15 Jahren, was im Übrigen die Befunde der HBSC-Studie bestätigen (Schmid, 2003). Man stellt ausserdem bei 16- bis 17-Jährigen, insbesondere bei den Mädchen, eine weitere Zunahme des Anteils der Konsumierenden fest (Abbildung 3.4-17). Die Prozentanteile der Befragten, die angaben, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben, nehmen nach dem 17. bis 18. Lebensjahr nur noch wenig zu. Im Gegensatz zum Tabakkonsum sind die Unterschiede zwischen Lehrlingen und Schülerinnen und Schülern vernachlässigbar.

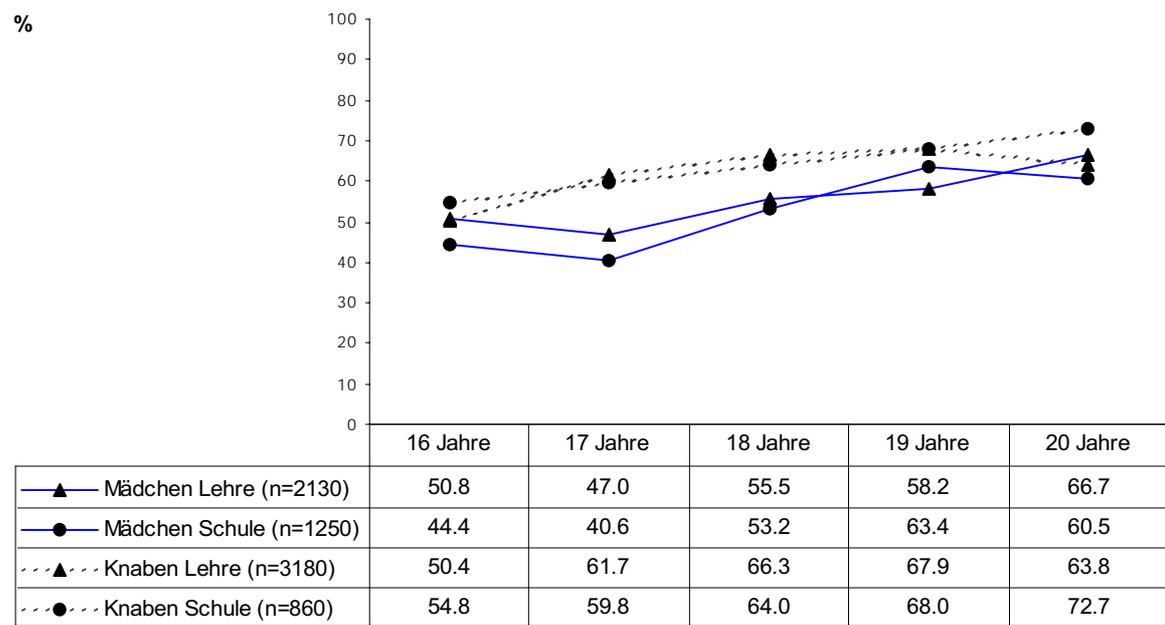
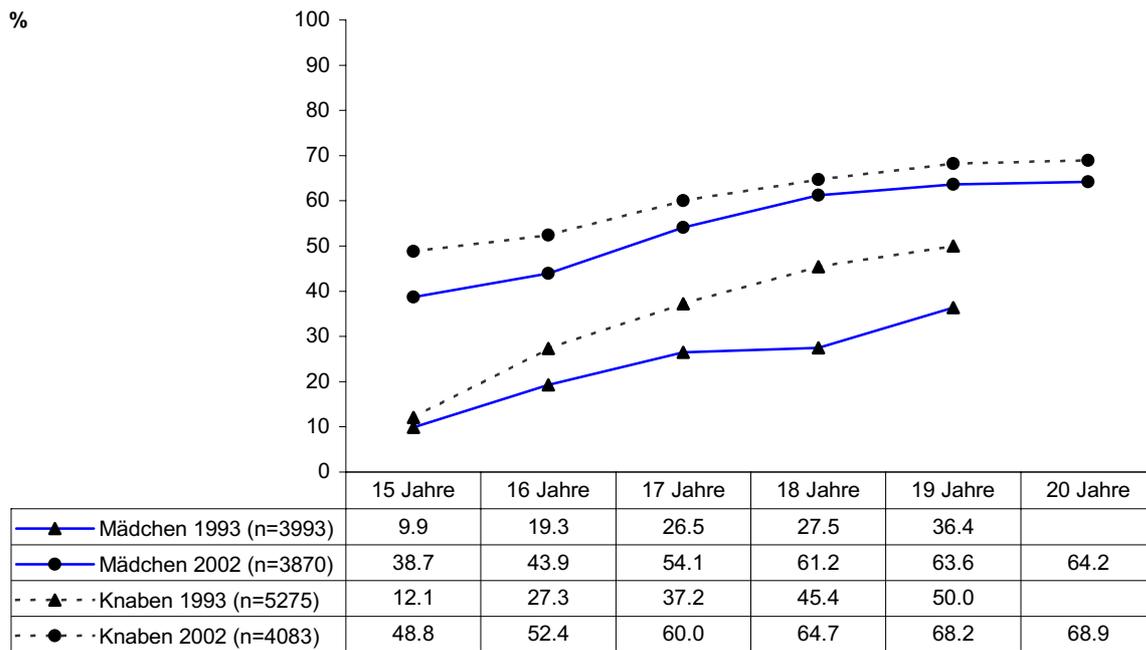


Abbildung 3.4-17 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F80)

Diese Prozentanteile unterscheiden sich auffallend von den Werten von 1993: damals geschah der erste Cannabiskonsum eher nach 16 Jahren und noch bis ins Alter von 19 und 20 Jahren. Abbildung 3.4-18 illustriert die Veränderung, die in den letzten 10 Jahren stattgefunden zu haben scheint, das heisst, ein früherer Zugang zu Cannabis und ein höherer Prozentanteil der Jugendlichen, die schon (mindestens einmal) konsumiert haben. Diese Zunahme betrifft jede untersuchte Altersgruppe, aber ganz besonders die Gruppe zwischen 15 und 17 Jahren. Allerdings muss man, wie bereits erwähnt, bei der Interpretation dieser Zahlen vorsichtig bleiben.

3.4 Gesundheitsverhalten



* Die Prozentanteile der 15-jährigen Konsumierenden aus dem Jahr 2002 stammen aus der Studie der SFA (Schmid, 2003)

Abbildung 3.4-18 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F80)

Es ist auch interessant zu sehen, mit welcher Häufigkeit Cannabis konsumiert wird. Abbildung 3.4-19 gibt einen Überblick über die Resultate. Wie man sieht, berichteten fast drei von vier Mädchen und einer von zwei Jungen über *keinen* Konsum im Monat vor der Befragung.

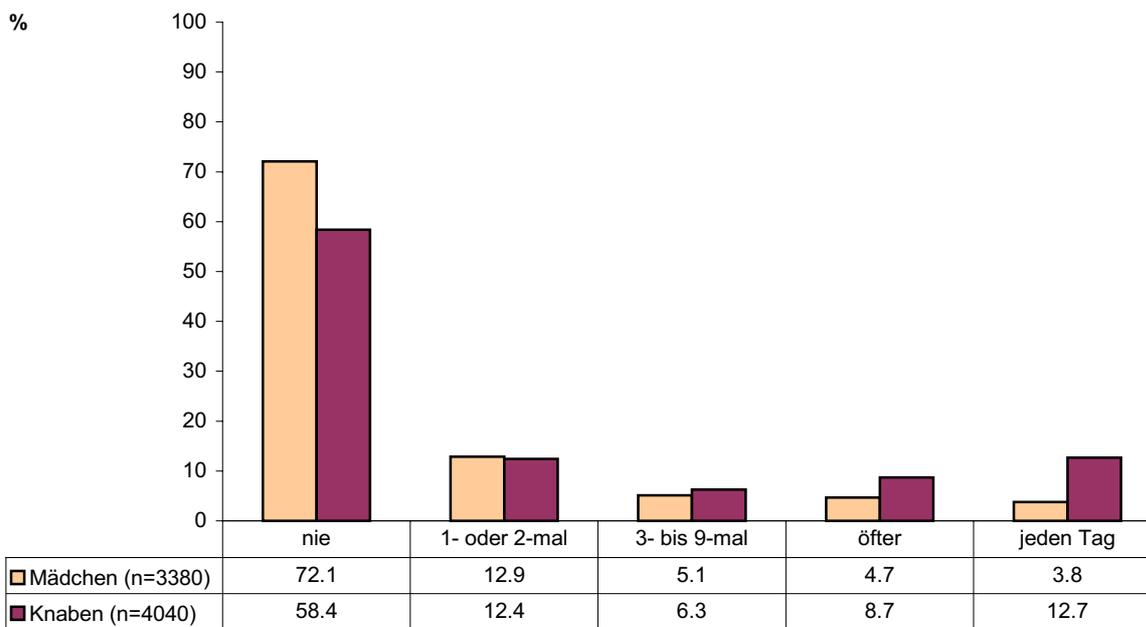


Abbildung 3.4-19 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 30 Tagen unterschiedlich häufig Cannabis konsumiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F81)

Wenn man vom Prozentanteil der Jugendlichen, die im Verlaufe ihres bisherigen Lebens schon einmal Cannabis konsumiert haben, den Prozentanteil der Jugendlichen abzieht, welche in den 30 Tagen vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, bekommt man einen Anhaltspunkt betreffend dem Anteil der Jugendlichen, die ihren Konsum entweder aufgegeben haben oder nur selten konsumieren : das sind 25% der Mädchen und 22% der Jungen. Mit anderen Worten ist es wahrscheinlich ungefähr die Hälfte der Befragten, die ihren Konsum mehr oder weniger aufgegeben haben, darunter 15-20% die nur gelegentlich konsumieren. Die Wissenschaftler der SFA haben ebenfalls gezeigt, dass der Prozentanteil der Jugendlichen, die Cannabis konsumieren, zugenommen hat. Gleichzeitig hat aber auch der Prozentanteil der jugendlichen Probierkonsumenten ziemlich stark zugenommen, die angeben, schon einmal im Verlaufe ihres Lebens, aber nicht im Jahr vor der Studie, Cannabis konsumiert zu haben (Schmid, 2003). Der Prozentanteil der Jugendlichen, die regelmässig konsumieren, bleibt also im Vergleich zum Anteil aller Konsumierenden relativ klein : etwa 10% der befragten Jungen und 5% der befragten Mädchen berichteten einen mindestens täglichen bis mehrmals täglichen Cannabiskonsum.

Tabelle 3.4-4 führt den Anteil der Jugendlichen auf, die über Probleme im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum berichteten. Es ist auffallend, dass der Anteil von berichteten Ärgernissen recht hoch ist. Dennoch sind die Prozentanteile der Jugendlichen, welche über Probleme in verschiedenen Bereichen berichteten, halb so gross wie die Anteile derjenigen, die Probleme im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum angaben. Zu dieser Feststellung gibt es eine wesentliche Ausnahme : ein hoher Anteil der Jugendlichen berichtete über schulische oder berufliche Schwierigkeiten im Zusammenhang mit ihrem Konsum von Cannabis und Drogen ganz allgemein, nämlich mehr als doppelt so viele wie beim Alkoholkonsum ! Mit anderen Worten zeigt sich, dass die Folgen des problematischen Alkoholkonsums sich vor allem in den Bereichen Gewalt und Sexualität bemerkbar machen, während sich die Folgen des Cannabismissbrauchs eher im Bereich von Schule und Lehre zeigen. Diese treten dann auch bei ungefähr 10% der Befragten tatsächlich zu Tage; zwischen Mädchen und Jungen gibt es diesbezüglich keine bedeutsamen Unterschiede. Es erstaunt nicht, dass sich die enthemmende Wirkung grosser Mengen Alkohol in diesen Zahlen ebenso widerspiegelt wie die negativen Wirkungen von Cannabis auf das Gedächtnis und die Konzentrationsfähigkeit, insbesondere bei den Jugendlichen, die täglich oder mehrmals pro Woche konsumieren.

3.4 Gesundheitsverhalten

	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040
Mindestens ein persönliches Problem	12	15
Verschlechterung der Leistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz, Abwesenheit	9.3	12.4
Kaputte Kleider oder Gegenstände	2.0	5.7
Verlorene Gegenstände (Geld, etc.)	4.0	7.1
Unfälle, Verletzungen	2.4	5.8
Mindestens ein Beziehungsproblem	10	14
Sreit, Schlägerei	2.3	6.3
Beziehungsprobleme mit Freundinnen oder Freunden	5.4	6.0
Beziehungsprobleme mit den Eltern	6.4	7.0
Beziehungsprobleme mit Lehrkräften	1.5	2.0
Beziehungsprobleme mit Kollegen und Kolleginnen	3.0	2.7
Mindestens ein Problem im Bereich Sexualität	2	5
Ungewollter Geschlechtsverkehr	1.4	3.3
Ungeschützter Geschlechtsverkehr	1.3	3.5
TOTAL (mindestens eines dieser Probleme genannt)	16	25

Tabelle 3.4-4 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschiedene Probleme im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum erlebt zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F83)

Welche Schlussfolgerungen sind aus diesen Resultaten zu ziehen? Vorerst scheint sich die Tendenz einer grossen Verbreitung und eines früheren Beginns des Cannabiskonsums zu bestätigen, denn mit 15 Jahren haben 40% der Mädchen und 50% der Jungen bereits einmal Cannabis konsumiert. Man muss also mit Präventions- und Sensibilisierungsmassnahmen früher ansetzen. Immerhin bleibt es bei einem grossen Teil der Betroffenen bei einem Experimentier- oder Gelegenheitskonsum, das heisst wahrscheinlich auch ohne negative Folgen für die psychosoziale Gesundheit. Daneben konsumiert ein wachsender Anteil der Jugendlichen täglich bis mehrmals täglich Cannabis, bei ungefähr 10% der Jugendlichen mit entsprechenden schulischen oder beruflichen Problemen im Zusammenhang mit ihrem Konsum. Hier muss man sich Vorgehensweisen überlegen, die es diesen Jugendlichen ermöglichen, ein Konsumverhalten aufzugeben, welches ihre psychosoziale Entwicklung ebenso stört wie ihr schulisches und berufliches Lernen. Die aktuelle Diskussion konzentriert sich leider stark auf die Risiken von Cannabis im Allgemeinen. Dabei wäre es entscheidender das Verhältnis zu erfassen, das gewisse Jugendliche zu dieser Substanz haben und zwar indem nicht nur Häufigkeit und Menge des Konsums, sondern auch Persönlichkeit der Konsumierenden und Kontext, in dem konsumiert wird, in Betracht gezogen würden.

3.4.5 Konsum anderer Drogen

Dieses Kapitel ist vor allem dem Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis gewidmet. Dabei handelt es sich vor allem um synthetische Drogen und Kokain. Wir haben hier auch den Konsum von einfach erhältlichen Substanzen hinzugenommen, wie Leim und Lösungsmittel oder psychotrope Medikamente. Während es sich erübrigt auf die schädlichen Wirkungen von Substanzen wie Heroin oder Kokain hinzuweisen, ist es nötig zu betonen, dass verschiedene Forschungsarbeiten auch die Risiken im Zusammenhang mit dem Konsum synthetischer Drogen aufgezeigt haben (INSERM, 2001). Insbesondere hat man zeigen können, dass Ecstasy Hirnläsionen verursachen kann. In den vergangenen 10 bis 20 Jahren hat sich der Konsum synthetischer Drogen stark verbreitet. Im Übrigen bleiben auch der Heroin- und Kokainkonsum weiterhin ein Besorgnis erregendes Problem in unserem Land. Die SMASH-Studie erfasst die Prozentanteile der Jugendlichen beider Geschlechter, welche den Konsum einer solchen Substanz mindestens einmal im Laufe des Lebens bzw. im Laufe der 30 Tage vor der Befragung angaben. Zieht man den Prozentanteil der Jugendlichen, die im Monat vor der Befragung ein solches Produkt konsumiert haben, von demjenigen der Jugendlichen, die einmal im Leben ein solches Produkt konsumiert haben ab, erhält man angenähert den Anteil der Experimentier- und Gelegenheitskonsumierenden. Man kann natürlich die Zuverlässigkeit von Antworten auf solche Fragen bezweifeln, aber die Literatur zeigt, dass die so erhaltenen Prozentanteile ziemlich zuverlässig sind, vorausgesetzt die Fragebogen wurden in einem strukturierten Rahmen abgegeben, welcher die völlige Anonymität der Befragten sicherstellt, wie das in der vorliegenden Befragung ja der Fall war (Bjarnason, 1995).

Abbildung 3.4-20 zeigt den Anteil der Jugendlichen, die angaben mindestens einmal im Leben eine der erwähnten Drogen konsumiert zu haben. Eines von zwanzig Mädchen und einer von zehn Jungen gaben an, schon eine oder mehrere synthetische Drogen mindestens einmal in ihrem Leben konsumiert zu haben. Die höchsten Prozentanteile ergaben sich für Ecstasy und LSD. Tatsächlich – und das ist ein nicht zu unterschätzendes Problem im Zusammenhang mit dem Konsum von synthetischen Drogen – können sich die Konsumierenden nicht immer sicher sein, welche Substanz sie genau konsumieren. Auch der Anteil der Befragten, die angaben, Leim geschnüffelt zu haben, ist recht hoch; dabei ist zu erwähnen, dass diese Kategorie verschiedene Substanzen gruppiert, die inhaliert werden : Leim, Lösungsmittel, Benzin, Äther, Helium etc.

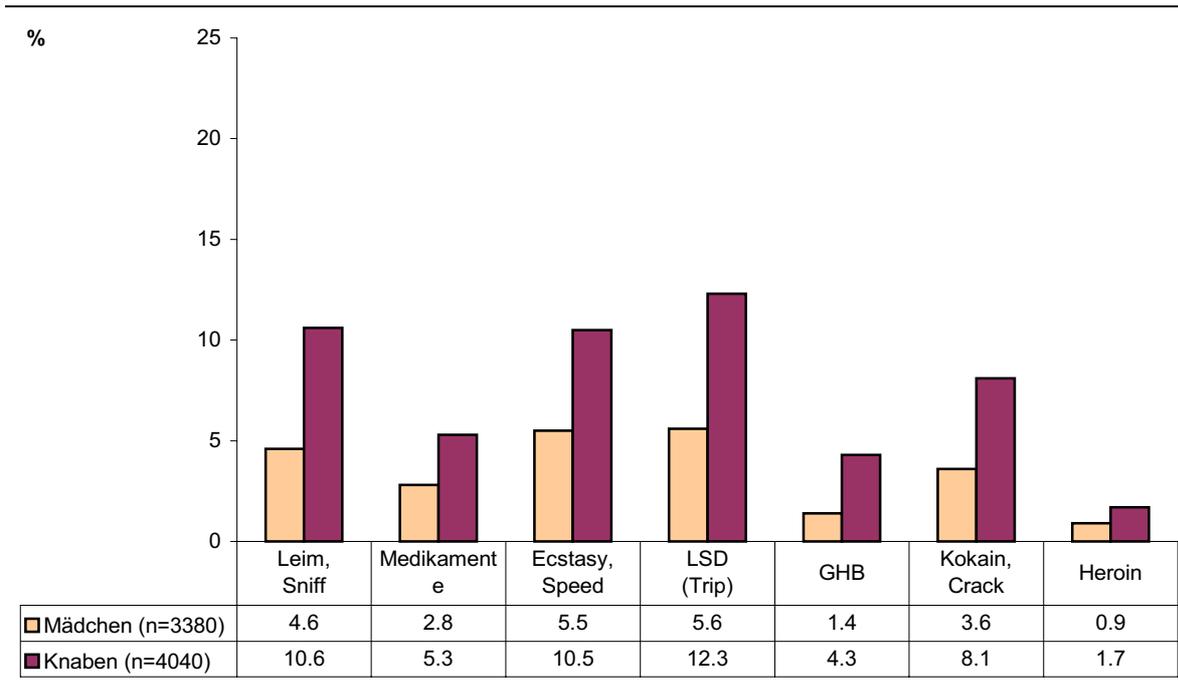


Abbildung 3.4-20 Prozentanteile der Jugendlichen, die zugeben, mindestens einmal in ihrem Leben verschiedene Drogen konsumiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F80)

Eines der erstaunlichsten Resultate betrifft den Kokainkonsum, welcher in Anbetracht der damit verbundenen Risiken doch von einem erheblichen Teil der Jugendlichen (vor allem Jungen) konsumiert wird. Dieser hohe Anteil bestätigt Zahlen, die kürzlich von der SFA bei 15-jährigen Jugendlichen gefunden wurden (Schmid, 2003). Immerhin wird aus Abbildung 3.4-21 ersichtlich, dass nur eine Minderheit diese Substanz auch im letzten Monat vor der Befragung konsumiert hatte. Und wenn ungefähr 4% der Mädchen und 9% der Jungen zugaben, schon einmal harte Drogen konsumiert zu haben, so haben sich nur wenige diese Drogen auch injiziert.

Abbildung 3.4-21 stellt die Prozentanteile der Jugendlichen dar, die im Monat vor der Befragung verschiedene Substanzen konsumiert haben. Man sieht, dass diese Prozentanteile deutlich geringer sind als beim mindestens einmaligen Konsum im Verlaufe des bisherigen Lebens : nur noch die Hälfte bis ein Drittel dieser Jugendlichen berichtete (auch) im Monat vor der Befragung synthetische Drogen konsumiert zu haben. Mit anderen Worten scheint ein Teil der Jugendlichen, die angaben, schon einmal sogenannte harte Drogen konsumiert zu haben, lediglich einen Gelegenheits- oder reinen Experimentierkonsum zu betreiben.

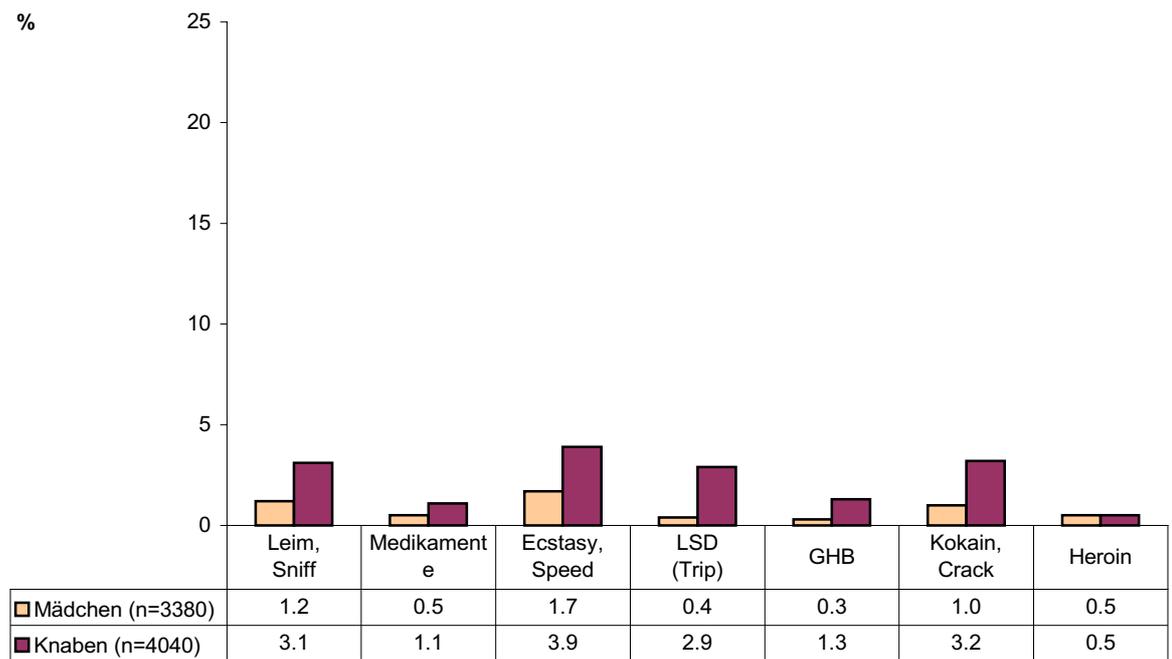


Abbildung 3.4-21 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Monat vor der Befragung verschiedene Drogen konsumiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F81)

Abbildung 3.4-22 und Abbildung 3.4-23 erlauben, sich ein Bild von der Bedeutung des Konsums synthetischer Drogen und von Kokain je nach Alter, Geschlecht und Ausbildungstyp zu machen. Die klarste Schlussfolgerung aus diesen zwei Abbildungen ist, dass die Jugendlichen vor allem zwischen 16 und 20 Jahren (also nach dem 15. Lebensjahr) den ersten Kontakt mit anderen psychoaktiven, illegalen Substanzen als Cannabis haben. Dies gilt sowohl für die synthetischen Drogen als auch für Kokain. Die doch beträchtlich höheren Kosten dieser Produkte und ihre auf gewisse Gelegenheiten (« raves ») beschränkte Verfügbarkeit erklären wohl dieses Phänomen. Eine andere erstaunliche Feststellung ist der deutliche Unterschied des Anteils der Konsumierenden bei Schüler/innen und Lehrlingen, insbesondere bei den Jungen. Die Gründe eines derart grossen Unterschieds hinsichtlich Ausbildungstyp müssen unbedingt näher untersucht werden. Gewisse Hypothesen, wie diejenige des schnelleren Eintritts in die Arbeitswelt und der höheren Kaufkraft der Lehrlinge oder auch der beträchtlichen Belastung (Stress) in bestimmten Berufen, die hier einen Einfluss haben könnten, scheinen nahe zu liegen.

3.4 Gesundheitsverhalten

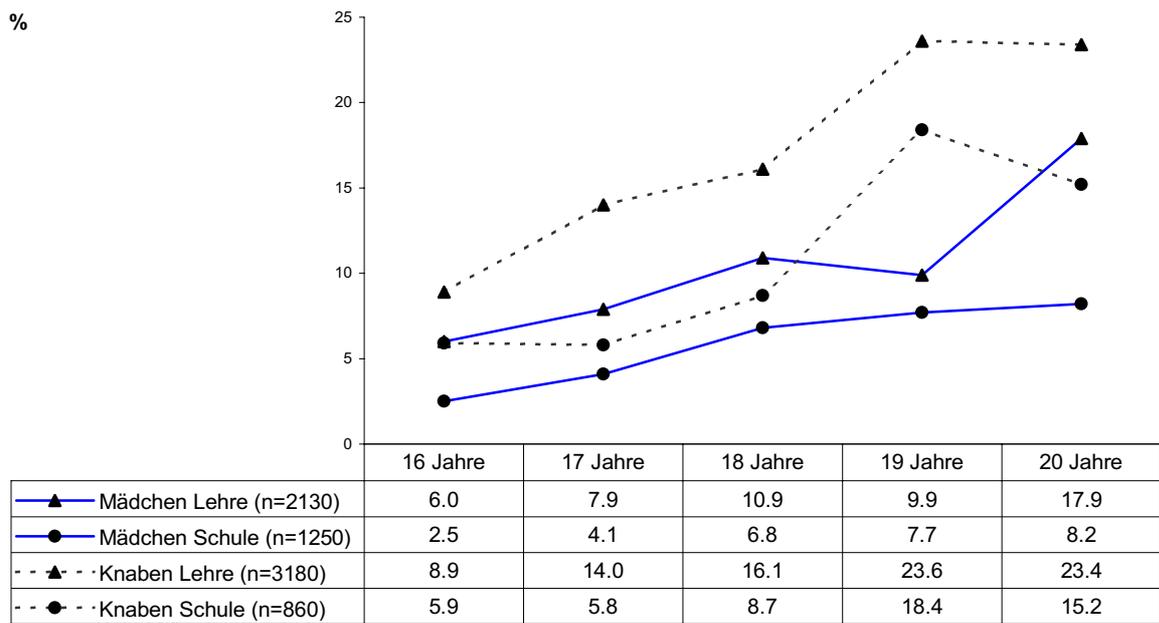


Abbildung 3.4-22 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal im Leben eine synthetische Droge konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F80)

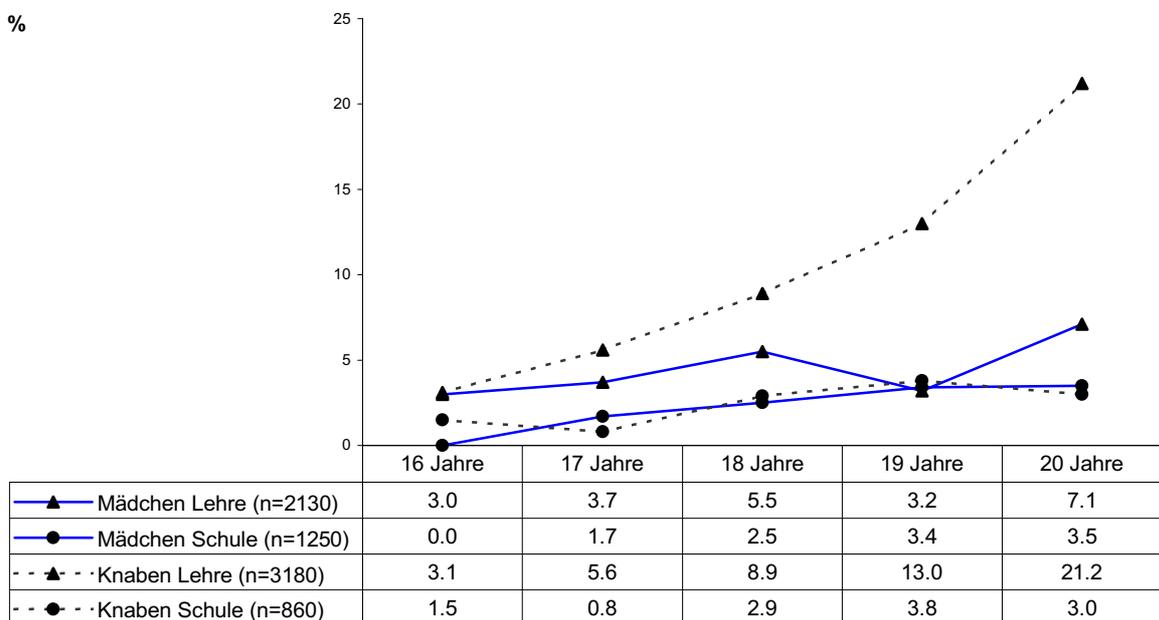


Abbildung 3.4-23 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F80)

Zum Schluss gibt Abbildung 3.4-24 das Bild der Entwicklung des Konsums verschiedener Drogen während der letzten zehn Jahre wieder. Auch hier sei erneut einschränkend erwähnt, dass die beiden SMASH-Stichproben von 1993 und 2002 leicht unterschiedlich zusammengesetzt sind. Die Vergleiche

können darum nur erste Anhaltspunkte zur Entwicklung darstellen. Da der Heroinkonsum stabil geblieben zu sein scheint, erstaunt die Zunahme des Konsums synthetischer Drogen und insbesondere des Kokains umso mehr, der sich offenbar mehr als verdoppelt hat. Dieser Befund wird jedoch durch Beobachtungen von spezialisierten Zentren für Suchtprobleme bestätigt, welche zwar seit einigen Jahren eine Stabilisierung des Heroinkonsums, jedoch eine deutliche Zunahme der schwer Kokain abhängigen Erwachsenen feststellen, die Kokain entweder schnupfen oder injizieren.

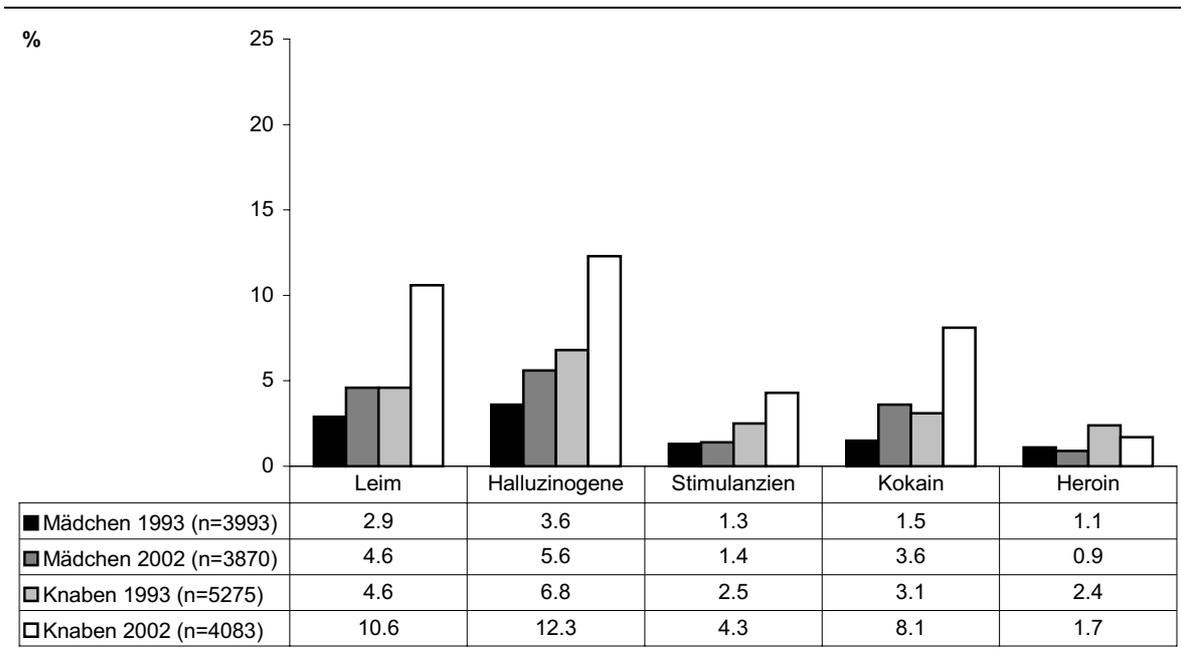


Abbildung 3.4-24 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal im Leben verschiedene illegale Drogen konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F80)

Der in diesem Kapitel vorgestellte Überblick erlaubt verschiedene Feststellungen :

- Auf der positiven Seite muss man darauf hinweisen, dass die Mehrheit der Jugendlichen, welche psychotrope Substanzen konsumieren, diesen Konsum im Griff zu haben scheinen. Sie bleiben grundsätzlich Gelegenheitskonsumierende. Bei ihnen muss sich die Prävention vor allem auf die Risikominderung in besonderen Situationen beziehen, beispielsweise im Strassenverkehr. Eine weitere gute Neuigkeit ist die Stabilisierung des Heroinkonsums, obschon befürchtet werden musste, dass die generelle Zunahme des Konsums psychoaktiver Substanzen den Zugang zum Konsum von Opiaten erleichtern könnte.
- Auf der weniger erfreulichen Seite sieht man sich gezwungen, trotz der leicht unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichproben von 1993 und 2002, einen deutlich früheren Zugang zum Cannabiskonsum sowie einen bedeutenden Anstieg des Anteils der Jugendlichen, die verschiedene psychoaktive Substanzen konsumieren, festzustellen, unabhängig davon, ob man Alkohol, Cannabis oder synthetische Drogen betrachtet. Weiter konsumieren etwa 10% der Befragten diese Substanzen in einer problematischen Art und Weise, wie die berichteten Folgeprobleme in Schule, Arbeit und Beziehungsnetz zeigen (Lynskey & Hall, 2000). Die Aussagekraft dieser Feststellungen wird bestärkt durch die Tatsache, dass die HBSC-Studie (Schmid, 2003) zu den gleichen Schlüssen kommt. Schliesslich ist davon auszugehen, dass die SMASH 2002-Studie wahrscheinlich das Problem bei den Jugendlichen in der Schweiz unterschätzt, da die vom Bildungssystem ausgeschlossenen Jugendlichen nicht mit erfasst

3.4 Gesundheitsverhalten

wurden. Von diesen Jugendlichen weiss man, dass ihr Konsum noch deutlich höher liegt (Delbos-Piot, Narring, & Michaud, 1995).

Es ist nicht Ziel dieses Berichts, detailliert zu beschreiben, welche Massnahmen zu treffen sind. Die Vier-Säulen-Politik des Bundes (Zobel et al., 2003) trägt in gewissen Bereichen ihre Früchte (Heroinkonsum zum Beispiel) und sollte nicht in Frage gestellt werden. Es ist hier vor allem wichtig, dass sie von den Kantonen und Gemeinden konsequent aufgenommen wird und dass die öffentliche Diskussion im Bereich der psychoaktiven Substanzen (inklusive Alkohol) sich künftig pragmatischer auf die Probleme im Zusammenhang mit gewissen Konsummustern und auf den Kontext des Konsums konzentriert als ausschliesslich auf die Substanzen selbst. Es gibt primäre Präventionsansätze, die in Gemeinden und Schulen ihre Wirksamkeit bewiesen haben (Patton, Bond, Butler, & Glover, 2003; Tobler, 2000; White & Pitts, 1998), wie die Umsetzung einer konsequenten Politik der Konsumfreiheit an bestimmten Orten (z.B. Schulen) oder die Ausarbeitung von Programmen, welche auf den Erwerb von Lebenskompetenzen abzielen (Umgang mit Medienbotschaften, Umgang mit Gruppendruck etc.). Ausserdem ist es möglich, sekundäre und tertiäre Präventionsprogramme umzusetzen, z.B. für besonders gefährdete Jugendliche oder spezifische Therapien für Jugendliche mit grossen Schwierigkeiten (Borsari & Carey, 2000; Deas & Thomas, 2001; Fisher & Bentley, 1996; Jainchill, 2000; Savoy et al., 1999). Diese Interventionen zielen nicht ausschliesslich auf den Substanzmissbrauch ab, sondern auch auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen und auf die Wiederherstellung eines stimulierenden Umfelds, welches ihnen neue Zukunftsperspektiven ermöglicht.

3.4.6 Schutzverhalten (Gebrauch von Helm und Sicherheitsgurt)

Das Konzept des Schutzverhaltens bezieht sich – ausgehend vom salutogenetischen Ansatz, der vor einigen Jahren von Antonovski entwickelt wurde – für gewöhnlich auf Verhaltensweisen, die dazu beitragen die Gesundheit zu verbessern (Antonovski, 1986). Unter den am häufigsten zitierten Verhaltensweisen finden sich Ratschläge wie jeden Morgen zu frühstücken, auf eine ausgewogene Ernährung zu achten, Helme und Sicherheitsgurte zu tragen oder sich regelmässig sportlich zu betätigen. Man sollte diese Verhaltensweisen also von den sogenannten Schutzfaktoren (protektive Faktoren) differenzieren, welche ebenso individuelle und umgebungsbedingte Eigenschaften sind, die gesundheitsförderndes oder schützendes Verhalten bedingen und damit der Entwicklung von Risikoverhalten entgegenwirken (Hetherington, Blechman et al., 1996). In diesem Kapitel werden wir ausschliesslich Ergebnisse vorstellen, die in Zusammenhang mit der Verkehrsunfallprävention stehen.

Todesfälle in Folge von Verkehrsunfällen und von Unfallverletzungen sind in den meisten Industrieländern die häufigste Todesursache bei Jugendlichen (Klein & Martos Auerbach, 2002) und eines der Hauptprobleme der öffentlichen Gesundheit (vgl. Kapitel 3.6.1). In den USA (Irwin et al, 2002) waren 37% der Todesfälle bei Jugendlichen zwischen 15 bis 19 Jahren Folgen von Verkehrsunfällen und 12% Folgen von Unfallverletzungen. In der EU war die Hälfte der Todesfälle unter Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 24 in den Jahren 1984 bis 1993 Folgen von Unfällen, wobei es sich in der Mehrheit wiederum um Verkehrsunfälle handelte (84%) (Morrison et al., 2000). Mit andern Worten sind die Hälfte der Todesfälle im Jugendalter potentiell zu verhindern. Das Gleiche gilt auch für die Schweiz (vgl. Kapitel 3.6.1).

Die Prävention von Verkehrsunfällen ist damit sehr wichtig. Es wurde sehr gut belegt, dass die Verwendung von Sicherheitsgurten im Auto oder das Tragen von Helmen auf Motorfahrrädern oder Motorrrädern die effizienteste Methode ist, um die Häufigkeit von Krankheiten / Störungen im Zusammenhang mit Unfällen zu reduzieren (Steptoe et al., 2002) und dass der Gebrauch von Sicherheitsgurten und Helmen die Wahrscheinlichkeit in Folge eines Unfalls zu sterben signifikant reduziert (Petridou et al., 1998). In ähnlicher Weise scheint auch das Tragen von Fahrradhelmen zwischen 60% und 80% der Kopfverletzungen vorzubeugen (AAP, 2001; Svanström et al., 2002).

Wie ist nun die Situation in der Schweiz? Die Abbildung 3.4-25 zeigt, dass signifikant mehr Jungen als Mädchen in den letzten 30 Tagen mit einem Fahrrad, einem Motorfahrrad, einem Motorrad oder mit einem Auto fahren. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen nimmt die

Verwendungshäufigkeit von Fahrrädern und Mofas mit zunehmendem Alter ab, während die Verwendung von Motorrädern / Rollern und von Autos zunimmt. Allgemein ist der Gebrauch von Fahrrädern bei Schülern beider Geschlechter häufiger, während es mehr Lehrlinge gibt, die Zugang zu Motorfahrzeugen haben. Dieser Unterschied zwischen Schülern und Lehrlingen (beider Geschlechter) könnte durch die Tatsache erklärt werden, dass Lehrlinge bereits in einem Arbeitsverhältnis stehen und damit eine grössere Kaufkraft haben.

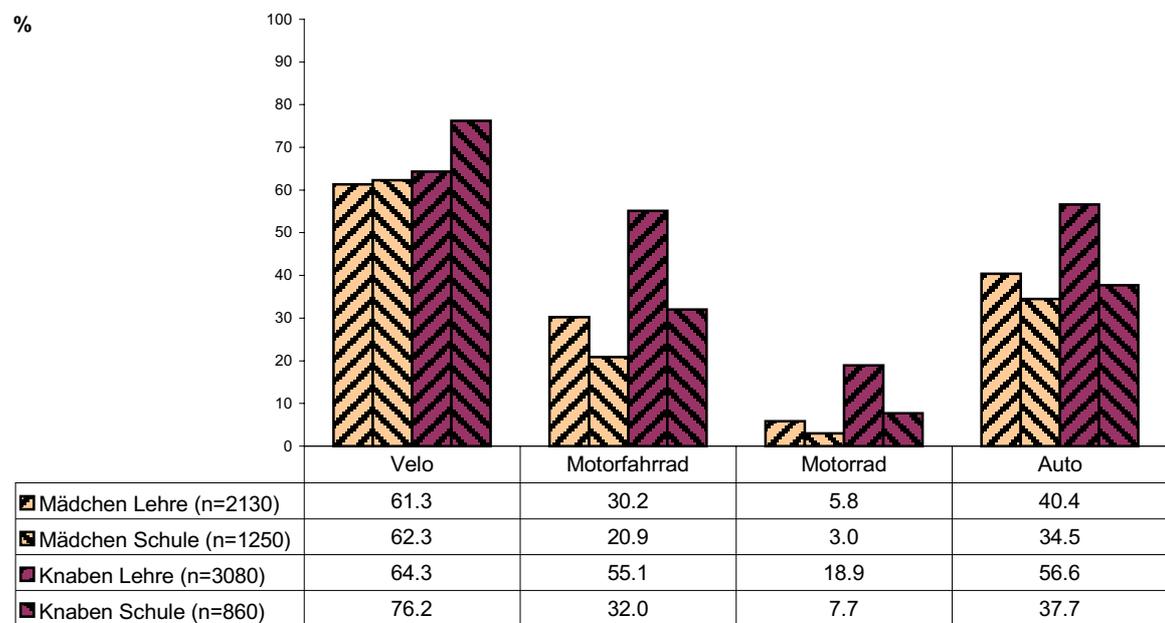


Abbildung 3.4-25 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Laufe der letzten 30 Tage mit verschiedenen Fahrzeugen gefahren zu sein, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F25, F26, F27, F28, F29)

3.4 Gesundheitsverhalten

Die Abbildung 3.4-26 veranschaulicht den Gebrauch von Schutzmassnahmen bei denjenigen Jugendlichen, die angaben, entsprechendes Schutzverhalten zu zeigen. Es wird deutlich, dass Mädchen häufiger Schutzmassnahmen einsetzten als Jungen; ausserdem scheint es unter Schülern ebenfalls üblicher zu sein, sich im Strassenverkehr zu schützen als dies bei Lehrlingen der Fall ist.

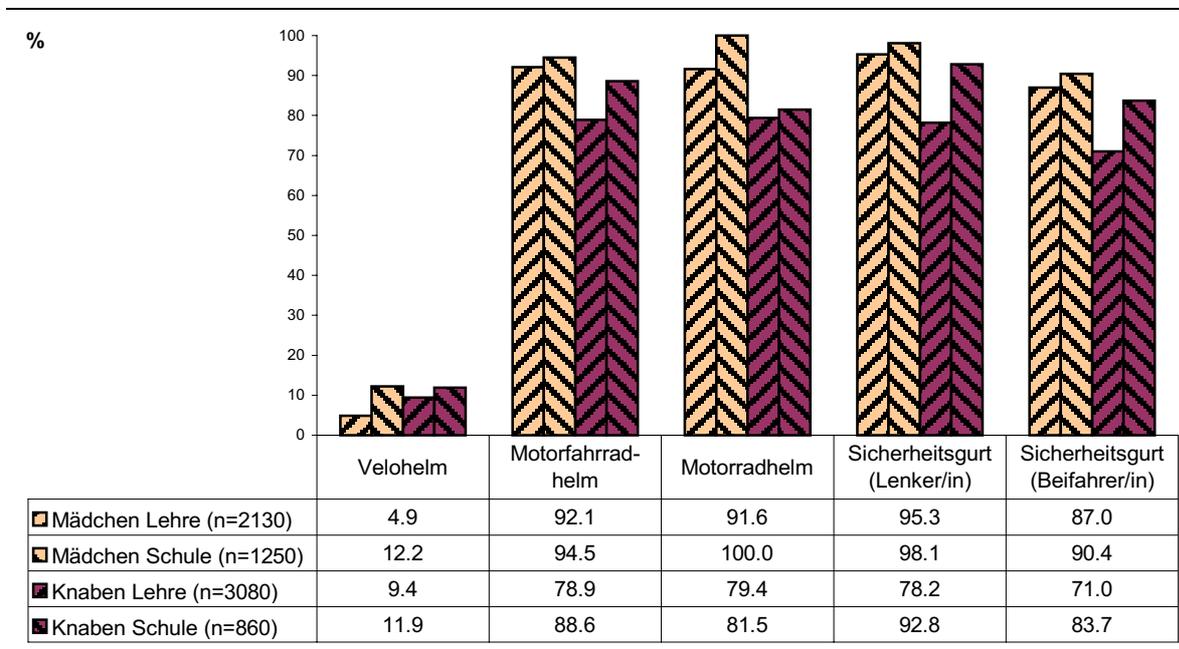


Abbildung 3.4-26 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mit verschiedenen Fahrzeugen gefahren zu sein und dabei Schutzmassnahmen getroffen zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F 25, F26, F27, F28, F29)

Jugendliche, die Fahrrad fahren, tragen nur selten einen Helm (so trägt zum Beispiel nur jeder zwanzigste Lehrling einen Fahrradhelm!). Obwohl Jugendliche, gemäss verschiedener weltweit durchgeführter Studien, der Altersgruppe angehören, die am seltensten Fahrradhelme trägt (Finnoff et al., 2001 ; Nykolynshyn et al., 2003 ; Rodgers, 2003 ; Harlos et al., 1999), sind die Prozentangaben der Schweizer Jugendlichen wesentlich geringer als beispielsweise in Kanada (Nykolynshyn et al., 2003) oder in den USA (Finnoff et al., 2001) (jeweils 29% und 31%). Diese Unterschiede sind zweifellos die Folge einer strikteren Gesetzgebung in Nordamerika. Eine in Kanada durchgeführte Studie zeigte eine deutliche Zunahme bezüglich der Verwendung von Fahrradhelmen nach dem In-Kraft-Treten eines Gesetzes, welches zum Tragen von Fahrradhelmen verpflichtete und dieses zum Thema einer Erziehungskampagne machte. Unter den kanadischen Jugendlichen (welche im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weiterhin die Gruppe mit der niedrigsten Verwendungsrate blieben), stieg der prozentuale Anteil jener, die Helme trugen um 29% bis 70% (LeBlanc et al., 2002).

Dem gegenüber gaben mehr als 90% der Mädchen und 80% der Jungen an, beim Motorfahrad- oder Motorradfahren immer oder meistens einen Helm zu tragen. Diese Prozentanteile fielen bei den Mädchen wiederum höher aus als bei den Jungen. Lehrlinge männlichen Geschlechts trugen beim Motorfahradfahren seltener Helme als Schüler, während es zwischen diesen beiden Gruppen hinsichtlich des Helmtragens beim Motorradfahren keine Unterschiede gab. Im Vergleich zu Gleichaltrigen scheint der Anteil der Helmtragenden Schweizer Jugendlichen etwas höher zu sein als jener in Spanien (80%) (Suris & Parera, 2002) und wesentlich höher als jener in Griechenland (20.2%) (Skalkidou et al., 1999), in Italien (wo nur ein Viertel der Jugendlichen angab, bei ihrer letzten Motorradfahrt einen Helm getragen zu haben) (Anonymous, 1996) oder in den USA (45%) (Everett et al., 2001).

Unter den jugendlichen Autofahrern scheinen die Mädchen bereitwilliger zu sein, Sicherheitsgurte zu tragen als Jungen. Auch hier findet man wieder dieselben Unterschiede zwischen Lehrlingen und Schülern, wie sie bereits beim Tragen von Motorradhelmen aufgezeigt wurden. Der Prozentanteil der Jugendlichen, die als Beifahrer immer oder meistens einen Sicherheitsgurt anlegen, ist etwas niedriger, aber fiel auch hier bei den Mädchen höher aus als bei den Jungen und war auch bei den Schülern wiederum höher als bei Lehrlingen. Es ist gut möglich, dass diese niedrigere Rate, sich als Beifahrer(in) anzuschnallen, auf die allgemein geringere Bereitschaft (nicht nur bei Jugendlichen!) sich anzuschnallen, wenn man hinten im Auto sitzt, zurückzuführen ist (Mellbring et al., 1981). Die vor 10 Jahren durchgeführte Studie zeigte bereits, dass 70% der Jugendlichen immer oder meistens den Sicherheitsgurt anlegten, wenn sie auf dem Beifahrersitz sassen, aber nur 16% dies taten, wenn sie hinten im Auto sassen (Narring et al., 1994).

Tatsächlich benutzt jedoch die Mehrheit der Schweizer Jugendlichen Sicherheitsgurte, vor allem wenn sie selbst fahren. Diese Raten sind höher als jene, die aus Spanien berichtet werden (Suris & Parera, 2002), wo es rund 70% sind oder als jene aus den USA wo nur ein Drittel der Jugendlichen den Sicherheitsgurt anlegt, wenn jemand anders fährt (Everett et al., 2001).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass selbst wenn es wünschenswert wäre, dass alle Jugendlichen immer (und nicht nur meistens) Helme tragen und immer, sowohl als Fahrer wie auch als Beifahrer von Motorfahrzeugen, Sicherheitsgurte anlegen würden, sind die Prozentraten, die die Schweizer Schüler und Schülerinnen in dieser Hinsicht angaben, befriedigend. Zu denken gibt einzig die äusserst geringe Bereitschaft, Fahrradhelme zu tragen. Es bräuchte eine zweifache Anstrengung, sowohl in erzieherischer als auch in gesetzgebender Hinsicht, um hier den Prozentsatz zu erhöhen. Denn wenn ein Gesetz zusätzlich von einer Erziehungskampagne begleitet wird, sind seine Auswirkungen viel grösser. Andererseits sollten Bemühungen um Präventionsmassnahmen vor allem für die Gruppe der Lehrlinge getroffen werden, die prozentual bedeutend niedrigere Angaben hinsichtlich der Verwendung von präventiven Massnahmen im Strassenverkehr machten. Wenn Länder Gesetze hinsichtlich des Tragens von Helmen und Sicherheitsgurten einführen, steigt die Verwendungshäufigkeit in einem bedeutenden Mass (Steptoe et al., 2002). Dennoch reicht die Einführung von Gesetzen bezüglich solcher Schutzmassnahmen allein nicht aus, wenn diese nicht auch umgesetzt werden, wie dies in Griechenland (Skalkidou et al., 1999) oder in Italien (Anonymous, 1996) der Fall ist. Es ist wichtig, den Jugendlichen zu vermitteln, dass das Tragen von Helmen und Sicherheitsgurten nicht einfach eine Busse verhindert, sondern dass sie damit einen bedeutenden Beitrag zur Aufrechterhaltung ihrer eigenen Gesundheit leisten. Es konnte gezeigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit einen Sicherheitsgurt zu tragen bei Jugendlichen, die an dessen Wichtigkeit glaubten, neunmal höher war als bei jenen, die nicht daran glaubten. In diese Richtung sollte also die Förderung des Gebrauchs der hier besprochenen Schutzmassnahmen gehen.

3.4.7 Die Nutzung des Internets

Im Bereich der Gesundheit wie in anderen Bereichen kann der Zugriff aufs Internet eine wertvolle Ressource darstellen. So kann das Netz Informationen und Ratschläge liefern oder es kann die Jugendlichen zum Nachdenken anregen (Foren), wie die Internetseite «ciao»^f es in der Westschweiz bewiesen hat (Bernhardt & Hubley, 2001; Michaud, 2000; Michaud & Colom, 2003; Sout, Villegas, & Kim, 2001). Allerdings kann eine übermässige Nutzung des Internets – genau wie das Fernsehen – gewisse Aktivitäten verdrängen, die für die Gesundheit nützlich wären, zum Beispiel Sport und körperliche Aktivität. Eine solche Nutzung kann zu noch mehr Bewegungsmangel und bei gewissen Jugendlichen auch zur sozialen Isolation führen. Zudem konfrontiert das Internet jugendliche Benutzerinnen und Benutzer auch mit Bildern oder Texten, die nicht für sie bestimmt sind, oder/und die sie nicht gesucht haben (Pornographie, Gewalt, Rassismus, s. Kapitel 3.6.2.3). Auf diesem Hintergrund wurden einige Fragen zum Thema in die SMASH 2002-Studie aufgenommen.

Abbildung 3.4-27 zeigt den Prozentanteil der Befragten, welche das Internet benutzen (linke Spalte), dies mit unterschiedlicher Häufigkeit (rechte Spalte). Man sieht, dass Jungen durchschnittlich das Netz intensiver nutzen als Mädchen. Schülerinnen und Schüler surfen häufiger als Lehrlinge. Allgemein ist der Anteil der Internet-Benutzenden sehr hoch, vor allem bei den Schülerinnen und Schülern. Zum Beispiel sagte ein Drittel der Schüler, dass sie täglich ans Netz gehen. Zu beachten ist einmal mehr, dass diese Zahlen nicht einer Angabe zur Internet-Benutzung *aller* Jugendlichen entsprechen, weil ja nur die Jugendlichen in Ausbildung in die Studie eingeschlossen werden konnten. Man kann die Hypothese aufstellen, dass aus sozioökonomischen Gründen der Anteil der Jugendlichen mit Zugang zum Internet kleiner ist bei denjenigen, die keine Ausbildung machen können. Der Anteil der Internet-Benutzerinnen und Benutzer ist in den unterschiedlichen Altersgruppen sehr ähnlich.

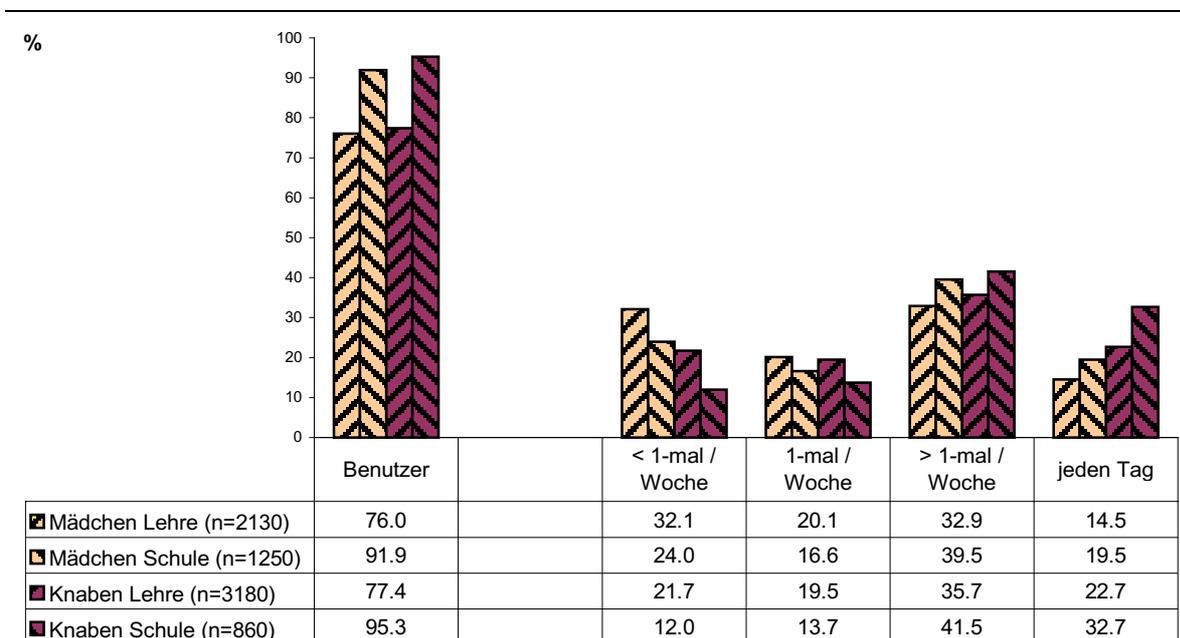


Abbildung 3.4-27 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, dass sie unterschiedlich häufig ins Internet gehen, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F87)

^f Eine entsprechende Internetseite steht in der Deutschschweiz unter www.tschau.ch zur Verfügung.

In Abbildung 3.4-28 ist der durchschnittliche zeitliche Umfang dargestellt, den die Befragten täglich im Netz verbringen. Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bleiben bestehen, aber schwächen sich etwas ab. Mit Erstaunen ist festzustellen, dass 10% bis 15% der Mädchen und 20% bis 25% der Jungen angaben, sie würden zwei und mehr Stunden pro Tag am Computer bzw. im Internet verbringen. Diese Prozentanteile sind in den verschiedenen Altersgruppen sehr ähnlich.

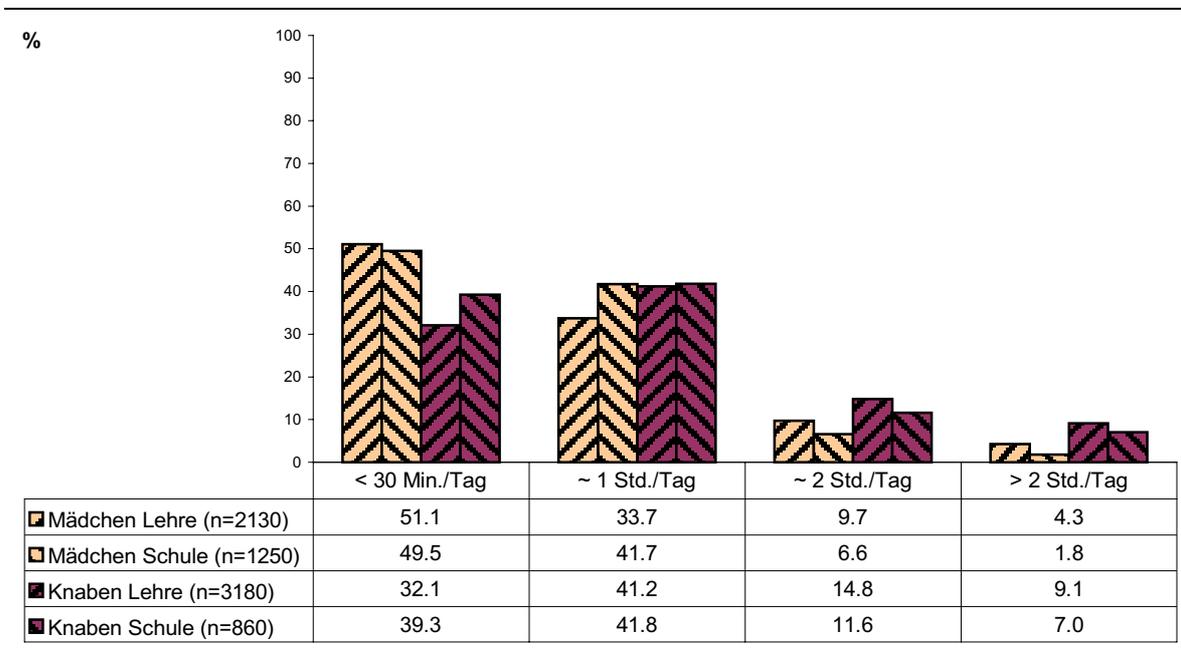


Abbildung 3.4-28 Durchschnittliche Zeit, die die Jugendlichen im Internet verbringen, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F87)

Wozu benutzen die Jugendlichen das Internet? Man sieht in Abbildung 3.4-29 sehr ausgeprägte Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Einerseits ist das Internet ein wichtiges Freizeitangebot (Informationen über Freizeitangebote, Herunterladen von Musik, E-mail-Verkehr, Chatten etc.), andererseits stellt es für viele Jugendliche auch ein nicht unwesentliches Arbeitsinstrument dar, weil einer/eine von zwei Befragten angab, dass sie aufs Internet zurückgreifen, um ihre Schularbeiten zu erledigen; darunter ein höherer Anteil bei den Mädchen als bei den Jungen. Das Thema Sport interessierte vor allem die Jungen, während Themen wie Gesundheit, Sexualität oder Medizin von Mädchen und Jungen etwa gleich häufig auf dem Netz gesucht wurden. Ungefähr ein Drittel der Jungen ging aufs Netz um pornografische Szenen anzuschauen. Hier sind die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen am grössten.

3.4 Gesundheitsverhalten

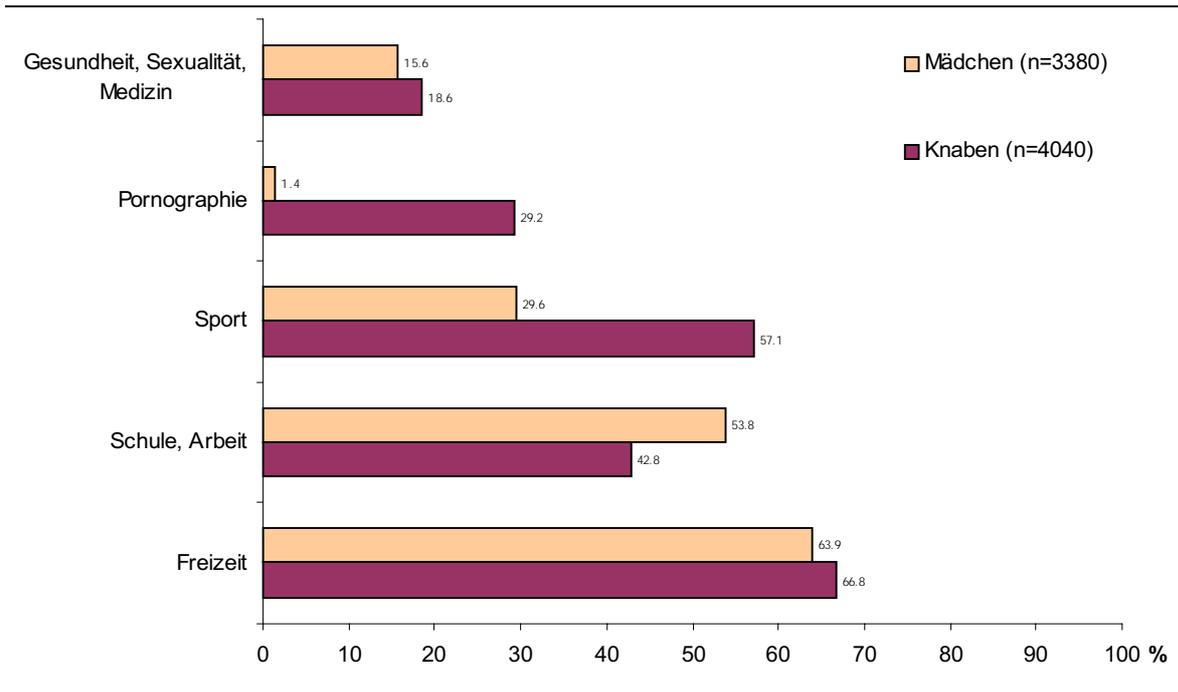


Abbildung 3.4-29 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Internet verschiedene Themen zu suchen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F88)

Eine letzte Frage betraf die unfreiwillige Konfrontation mit verletzenden Inhalten (Mitchell, Finkelhor, & Wolak, 2001) (Tabelle 3.4-5). Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen stehen vermutlich vor allem im Zusammenhang mit der häufigeren Nutzung des Internets durch die Jungen. Man sieht die Bedeutung der Verbreitung von pornografischen Bildern oder Texten und etwas weniger von Informationen mit rassistischem Inhalt oder Aufrufen zu Hass und Gewalt (s. Kapitel 3.6.2.3)).

Sind Sie im Internet, ohne es zu wollen, schon konfrontiert worden mit ...	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040
Pornographie ?	30.6	58.1
rassistischen Inhalten ?	13.8	20.6
Inhalten, die zu Hass und Gewalt aufriefen ?	12.0	20.9

Tabelle 3.4-5 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Internet unfreiwillig auf Informationen oder Bilder zu Gewalt, Rassismus oder Pornografie gestossen zu sein, nach Geschlecht (SMASH 2002, F89)

Diese Resultate bestätigen, dass sich die Nutzung des Internets durch die Jugendlichen stark verbreitet hat (Jeremy, 1997). Es stellen sich daher einige weiterführende Fragen (Bernhardt & Hubley, 2001; Biocca, 2000) :

- Auf welche Art könnte man den Inhalt der Informationen, welche den Jugendlichen geliefert werden, kontrollieren? Obschon ein gewisser Konsens bezüglich ethischer Anforderungen besteht, welche an Informationen mit medizinischem oder wissenschaftlichem Inhalt gerichtet sind, die ins Internet gestellt werden sollten (wie zum Beispiel die Charta HON « Health On the

Net», welche kürzlich erarbeitet wurde und auf dem Internet abrufbar ist), muss man feststellen, dass beim grössten Teil der verfügbaren Seiten keine Transparenz bezüglich Quelle und Qualität der angegebenen Informationen besteht.

- Soll man Internetseiten fördern, welche sich spezifisch an Jugendliche oder an ein bestimmtes Zielpublikum richten und welche Informationen zu Gesundheitsthemen beinhalten (Smith, Gertz, Alvarez, & Lurie, 2000; Sorensen, 2001; Sout et al., 2001; Woodruff, Edwards, Conway, & Elliott, 2001)? Wenn ja, kann man die positiven Wirkungen (Verfügbarkeit nützlicher Informationen), aber auch die negativen Wirkungen (Verursachung von Beunruhigung) dieser Seiten messen, insbesondere, wenn sie täuschende Informationen enthalten (Boyer, Shannon, & Hibberd, 2001)?
- Wenn das Internet für die Jugendlichen in der Schule zum Arbeitsinstrument wird, müssen die Schulen dann auch Unterstützung und Beratung zu einer optimalen Nutzung der verfügbaren Daten zur Verfügung stellen? Solche Ideen fassen langsam Fuss, wie die aktuelle Gründung einer Stiftung Erziehung und Entwicklung (Fondation Education et Développement) zeigt. Diese wird von verschiedenen NGOs unterstützt und es ist deren Ziel, Schülerinnen und Schülern zwischen 13 und 18 Jahren virtuelle Dossiers zur Verfügung zu stellen, anhand derer kritisches Denken und die Bildung einer eigenen, unabhängigen Meinung geübt werden kann^g.
- Das Internet setzt viele Jugendliche, oft unfreiwillig, Informationen mit gewaltverherrlichendem, rassistischem oder pornografischem Inhalt aus: Welche Auswirkungen hat diese Verbreitung auf die Einstellungen und das Verhalten der Jugendlichen? Wie kann man negative Folgen verhindern (s. Kapitel 3.6.2.3)?
- Eines von sechs bis sieben Mädchen und einer von vier Jungen erklärten, dass sie im Durchschnitt jeden Tag mindestens zwei Stunden im Internet surfen: Was sind die langfristigen Folgen dieser neuen Mode? Ist sie eine bedeutende Ursache für die Abnahme der körperlichen Aktivität, welche über die letzten 10 Jahre bei den Jugendlichen zu beobachten ist (s. Kapitel 3.4.1)? Was soll man über die Jugendlichen denken, welche anstatt hinaus zu gehen und Kolleginnen und Kollegen zu treffen, mit Hilfe von "Chat" und/oder der "Webcam" virtuell kommunizieren?

Man sieht, hier öffnet sich für die nächsten Jahre ein breites Feld zur Reflexion (Grem & Jacquinet, 2002; Michaud & Colom, 2003; Montgomery, 2000).

Literaturverzeichnis

Abel T, Broer M, Siegrist J. Gesundheitsverhalten bei jungen Erwachsenen: Empirische Analysen komplexer Verhaltensmuster und ihrer Determinanten. *Sozial und Präventivmedizin* 1992;37:293-300.

Allison K, Adlaf E. Age and sex differences in physical inactivity among Ontario teenagers. *Canadian Journal of Public Health* 1997;88:177-180.

American Academy of Pediatrics. Bicycle helmets. *Pediatrics* 2001;108 (4):1030-1032.

Anonymous. Helmet use among adolescent motorcycle and moped riders – Rome, Italy 1994. *MMWR* 1996;45(15):311-3.

Antonovsky A. The salutogenic model as theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1986;1:1-18.

Arènes J, Janvrin M, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Comité Français d'éducation pour la santé; 1998.

^g <http://www.geofri.ch/final/tm.html>

3.4 Gesundheitsverhalten

- Augustyn M, Simons-Morton B. Adolescent drinking and driving: etiology and interpretation. *Journal of Drug Education* 1995;25:41-59.
- Baranovski T, Bouchard C, Bar-Or O. Assessment, prevalence and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth. *Medicine and Science in Sport and Exercise* 1992;24:237-247.
- Bergman A, Rivara F. Sweden's Experience in Reducing Childhood Injuries. *Pediatrics* 1991;88:69-74.
- Bernhardt J, Hubley J. Health education and the Internet: the beginning of a revolution. *Health Education Research* 2001;16(6):643-645.
- Binyet S, de Haller R. Effet de la prévention du tabagisme chez les jeunes : Revue critique de la littérature. *Soz und Präventivmed* 1993;38:366-378.
- Biocca F. New media technology and youth : Trends in the evolution of new media. *Journal of Adolescent Health* 2000;27:22-29.
- Bjarnason T. Administration mode bias in a school survey on alcohol, tobacco and illicit drug use. *Addiction* 1995;90:555-560.
- Bonard L, Janin-Jacquat B, Michaud P. Who are the adolescents who stop smoking? *European Journal of Pediatrics* 2001;160:430-435.
- Borsari B, Carey K. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68 :728-733.
- Bouchard C. Physical inactivity. *Canadian Journal of Cardiology* 1999;Dec 15 Suppl:89G-92G.
- Boyer E, Shannon M, Hibberd P. Web sites with Misinformation about Illicit Drugs. *New England Journal of Medicine* 2001;345:469-471.
- Brown J, Lawton M. Stress and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. *J Human Stress* 1986;12:125-131.
- Bruvold W. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health* 1993;83:872-880.
- Calmonte R, Kooler C, Weiss W. Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse en 1997. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2000.
- Chaloupka F. Contextual factors and youth tobacco use: policy linkages. *Addiction* 2003; May;98 Suppl 1:147-149.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health and Health Behavior among Young People. Copenhagen: World Health Organization; 2000.
- Deas D, Thomas S. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *American Journal of Addiction* 2001;10:178-189.
- Delbos-Piot I, Narring F, Michaud P. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entres jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande. *Santé publique* 1995;1 :59-72.
- Donovan K. Smoking cessation programs for adolescents. *The Journal of School Nursing* 2000;16:36-43.
- Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 1999;13:2571-2582.
- Ellickson P, Tucker J, Klein D. Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics* 2003;111 :949-955.
- Everett SA, Shults RA, Barrios LC et al. Trends and subgroup differences in transportation-related injury risk and safety behaviors among high school students, 1991-97. *Journal of Adolescent Health* 2001;28:228-34.

- Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray C, and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet* 2002;9343:1347-1360.
- Ferron C, Michaud P, Narring F, Cauderay M. L'activité sportive des jeunes en Suisse: pratiques, motivations et liens avec la santé. *Archives Françaises de Pédiatrie* 1997;4:568-576.
- Ferron C, Narring F, Cauderay M, Michaud P. Sports activity in adolescence : association with health perceptions and experimental behaviours. *Health Education Research* 1999;14:225-223.
- Finnoff JT, Laskowski ER, Altman KL, Diehl NN. Barriers to bicycle use. *Pediatrics* 2001;108 (1):E4.
- Fisher M, Bentley K. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatric Services* 1996;47:1244-1250.
- Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997;92(5):531-537.
- Gordon-Larsen P, McMurray R, Popkin B. Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics* 2000;105 :E83.
- GRREM, Jacquinet J (sous la dir). Les jeunes et les médias: perspectives de la recherche dans le monde. Paris: L'Harmattan; 2002.
- Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *The Lancet* 1998;352:1611-1616.
- Harlos S, Warda L, Buchan N et al. Urban and rural patterns of bicycle helmet use: factors predicting usage. *Injury Prevention* 1999;5:183-8.
- Hetherington EM, Blechman EA. Stress, coping, and resiliency in children and adolescents. Lawrence Erlbaum Association Publication, New-Jersey, 1996; 245.
- INSERM. Ecstasy. Paris: Ecstasy. Des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage; 2001.
- Irwin CE, Burg SJ, Uhler Cart C. America's adolescents : where have we been, where are we going ? *Journal of Adolescent Health* 2002;31:91-121.
- Jainchill N. Substance dependency treatment for adolescents: practice and research. *Substance Use & Misuse* 2000;35:2031-2060.
- Janin Jacquat B, François Y. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les écoliers suisses âgés de 11 à 16 ans. *Schweizerische Arztezeitung* 1997;45:1672-1677.
- Jeremy C. Commentary : measuring quality and impact of the world wide web. *British Medical Journal* 1997;314:1879.
- Kimm S, Glynn N, Kriska A. Longitudinal changes in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2000;32:1445-1454.
- Kimm S, Glynn N, Kriska A, Barton B, Kronsberg S, Daniels SA. Decline in physical activity in black girls and white girls during adolescence. *New England Journal of Medicine* 2002;347:709-715.
- Klein JD, Matos Auerbach M. Improving adolescent health outcomes. *Minerva Pediatr* 2002;54 (1):25-9.
- Klein J, Levine L, Allan M. Delivery of smoking prevention and cessation services to adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2001;155:597-602.
- Kumpfer K. Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents. *Pediatrics* 1999;103:1128-1144.
- Le Breton D. Passions du risque. Paris: Métailié; 1991.

3.4 Gesundheitsverhalten

- LeBlanc JC, Beattie TL, Culligan C. Effect of legislation on the use of bicycle helmets. *Journal de l'Association Médicale Canadienne* 2002; 166 (5): 592-5.
- Ledoux S, Sizaret A, Hasler C, Choquet M. Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. *Revue des études de cohorte. Alcoologie et addictologie* 2000;22:19-40.
- Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction* 2000;95:1621-1630.
- Marti B. Health benefits and risks in sports: the other side of the coin. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis* 1989;78:290-294.
- Mellbring G, Dahlin S, Lindblad B. The hospital experience of seat belt legislation in the county of Skaraborg, Sweden. *Injury* 1981;12(6):506-9.
- Michaud P. CIAO : Un outil interactif d'information et de prévention pour les jeunes en Suisse Romande. *Archives de Pédiatrie* 2000;7(Suppl 2):171-173.
- Michaud P, Colom P. Implementation and evaluation of an Internet site for adolescents in Switzerland. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:287-290.
- Michaud P, Cauderay M, Narring F, Schutz Y. Assessment of physical activity with a pedometer and its relationship with VO2 max among adolescents in Switzerland. *Soziale & Präventive Medizin* 2002;47:107-115.
- Michaud P, Narring F, Cauderay M, Cavadini C. Sports activity, physical activity and fitness of 9-to-19 year-old teenagers in the canton of Vaud (Switzerland). *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1999;129:691-699.
- Michaud P, Renaud A, Narring F. Are sports activities related to injuries? A survey among 9-19 year olds in Switzerland. *Injury Prevention* 2001;7:41-45.
- Mitchell K, Finkelhor D, Wolak J. Risk factors for and impact of online sexual solicitation of youth. *Journal of American Medical Association* 2001;285:3011-3014.
- Montgomery K. Youth and digital media : a policy research agenda. *Journal of Adolescent Health* 2000;27 (Suppl):61-68.
- Morrison A, Stone DH, The EURORISC Working Group. Trends in injury mortality among young people in the European Union: a report from the EURORISC Working Group. *J Adolesc Health* 2000;27:130-5.
- Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H. La santé des adolescents en Suisse. Rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne, Switzerland: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994.
- Narring F, Wydler H, Michaud P. First sexual intercourse and contraception : across-sectional survey of the sexuality of 16-20 year-olds in Switzerland. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 2000;130:1389-1398.
- Nykolynshyn K, Petruk JA, Wiebe N et al. The use of bicycle helmet in a western Canadian province without legislation. *Canadian Journal of Public Health* 2003;94(2):144-8.
- Patton G, Bond L, Butler H, Glover S. Changing schools, changing health? design and implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:231-239.
- Patton L. Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Pediatric Clinics North America* 1995;42:283-293.
- Peto R, Lopez A, Boreham J, Thun M, Health, C. Mortality from smoking in developing countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics. Oxford: Oxford University Press; 1994.
- Petridou E, Skalkidou A, Ioannou N, Trichopoulos D. Fatalities from non-use of seat belts and helmets in Greece: a nationwide appraisal. *Accid Anal Prev* 1998;30 (1):87-91.

- Rodgers GB. Effects of state helmet laws on bicycle helmet use by children and adolescents. *Injury Prevention* 2002;8:42-6.
- Röthlisberger C. Sport, Alltagsbewältigung und Seelische Gesundheit von Adoleszenten. Magglingen: Sportwissenschaftliches Institut; 1994.
- Rowland T. The role of physical activity and fitness in children in the prevention of adult cardiovascular disease. *Progress in Pediatric Cardiology* 2001;12:199-203.
- Rowland T, Freedson P. Physical activity, fitness and health in children: a close look. *Pediatrics* 1994;93:669-672.
- Sallis J. Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Critical Reviews in Food Science & Nutrition* 1993;33:403-408.
- Saris W. The assessment and evaluation of daily physical activity in children: a review. *Acta Paediatrica* 1985 (Suppl); 318:37-48.
- Savoy J, Laget J, Charpentier P, Sanchez-Mazas P, Besson J, Halfon O. Prise en charge des adolescents dépendants des opiacés dans le canton de Vaud. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1999;119(11):943-950.
- Schmid HA. Evolution de la consommation de substances psychotropes chez les écolières et les écoliers en Suisse. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 2003.
- Skalkidou A, Petridou E, Papadopoulos FC, Dessypris N, Trichopoulos D. Factors affecting motorcycle helmet use in the population of Greater Athens, Greece. *Injury Prevention* 1999;5:264-7.
- Smith M, Gertz E, Alvarez S, Lurie P. The content and accessibility of sex education information on the Internet. *Health Education Behavior* 2000;27(6):684-694.
- Sorensen A. Promoting public health through electronic media : a challenge for schools of public health. *American Journal of Public Health* 2001;91:1183-1185.
- Sout P, Villegas J, Kim H. Enhancing learning through use of interactive tools on health-related websites. *Health Education Research* 2001;16(6):721-733.
- Stead L, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors, a review (CD001497): *Cochrane Database System Review*; 2002.
- Stephoe A, Wrdle J, Fuller R et al. Seatbelt use, attitudes and changes in legislation. An international study. *American Journal of Preventive Medicine* 2002;23(4):254-9.
- Surís JC, Parera N. Catalonia Adolescent Health Survey - 2001. Barcelona : Fundació Santiago Dexeus Font; 2002.
- Svanström L, Welander G, Ekman R, Schelp L. Development of a Swedish bicycle helmet promotion programme – one decade of experiences. *Health Promotion International* 2002;17(2):161-9.
- Tobler N. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 2000;20(4):275-336.
- Troiano R. Physical inactivity among young people. *New England Journal of Medicine* 2002;347:706-707.
- Vitale S. Le coût social de la consommation de tabac en Suisse.: IRER, Université de Neuchâtel; 1998.
- Wechsler H, Davenport A, Dowdall G, Moeykens B, Castillo S. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association* 1994;272:1672-1677.
- White D, Pitts M. Education young people about drugs: A systematic review. *Addiction* 1998;93(10):1475-1487.

3.4 Gesundheitsverhalten

Windle M. An alcohol involvement typology for adolescents: convergent validity and longitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol* 1996;57:627-637.

Woodruff S, Edwards C, Conway T, Elliott S. Pilot test of an Internet virtual world chat room for rural teen smokers. *Journal of Adolescent Health* 2001;29:258-266.

Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: quatrième rapport de synthèse 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.

3.5 SEXUALITÄT

3.5.1 Pubertät

Das Auftreten der ersten Merkmale der Pubertät sind zugleich der Beginn der Adoleszenz und initiieren über die körperlichen Veränderungen einen Prozess der Entwicklung, der die Identität einer Person und ihre Beziehungen zu ihrem Umfeld umstrukturiert und zu mehr Autonomie führt. Beim weiblichen Geschlecht ist die erste Monatsblutung ein einfaches Kennzeichen, welches erlaubt, den Beginn der Pubertät eindeutig festzulegen, während es beim männlichen Geschlecht kein solches Kriterium gibt, welches ermöglicht, den Eintritt in die Pubertät exakt zu bestimmen. Die zu berücksichtigenden Veränderungen des Körpers und der Sexualorgane werden von psychologischen und sozialen Veränderungen begleitet. Jungen und Mädchen reagieren in unterschiedlicher Weise auf diese Veränderungen und eine pubertäre Frühreife vereinfacht die Akzeptanz des Körpers – vor allem bei den Mädchen – nicht (Brooks-Gunn, 1984; Litt, 1995). Mädchen, bei welchen die Pubertät vorzeitig einsetzt, sind häufig unzufrieden mit ihrem Körper und weisen mehr somatische und psychische Probleme auf als andere. Um das Alter der pubertären Entwicklung festzustellen, wurden im Fragebogen folgende zwei Fragen gestellt: „Wenn Sie ans Alter denken, in dem Ihre Pubertät angefangen hat: waren Sie im Vergleich zu den Jugendlichen Ihres Alters sehr früh, eher früh, wie die anderen, eher spät, sehr spät?“ und zusätzlich nur für die Mädchen: „In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?“.

Alter der ersten Monatsblutung	Alter der befragten Mädchen (zum Zeitpunkt der Befragung)				
	16 Jahre (%) n = 362	17 Jahre (%) n = 1010	18 Jahre (%) n = 1095	19 Jahre (%) n = 609	20 Jahre (%) n = 310
Keine Antwort	1.1	1.5	1.6	1.0	.6
7-9 Jahre	.0	.6	.5	1.0	.6
10	1.9	2.0	1.5	1.3	1.0
11	11.0	11.9	14.7	11.5	11.9
12	29.0	28.6	25.7	20.9	26.1
13	30.1	25.5	27.1	27.6	22.6
14	17.7	16.4	15.4	16.6	23.5
15	8.3	10.8	11.0	15.8	9.0
16 Jahre oder älter	.8	2.7	2.6	4.4	4.5

Tabelle 3.5-1 Prozentuale Verteilung des Alters der ersten Monatsblutung gemäss dem jetzigen Alter der befragten Mädchen zum Zeitpunkt der Befragung (SMASH 2002, F63)

Im Durchschnitt lag das Alter der ersten Monatsblutung bei 12.9 Jahren und variierte – wie erwartet – nicht in Abhängigkeit des Alters oder des Ausbildungstyps der Jugendlichen. Ungefähr die Hälfte der Mädchen hatte ihre erste Menstruation mit 12 oder 13 Jahren. Diese Resultate sind vergleichbar mit den Ergebnissen der Untersuchung zur Sexualität der Jugendlichen in der Schweiz und bestätigen

3.5 Sexualität

einen pubertären Zeitplan (Timing), welcher mit jenem in den europäischen Nachbarländern der Schweiz übereinstimmt (Narring, 1997; De Muinck, 2001; Parent, 2003).

	Mädchen (%)		Jungen (%)	
	Lehrlinge n = 2130	Schülerinnen n = 1250	Lehrlinge n = 3180	Schüler n = 860
Keine Antwort	1	0	1	1
Sehr früh	9	7	8	4
Eher früh	24	21	17	21
Wie die anderen	52	48	60	53
Eher spät	12	22	13	19
Sehr spät	2	2	1	2

Tabelle 3.5-2 Beschreibung der wahrgenommenen Pubertätsunterschiede, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F62)

Die Tabelle 3.5-2 zeigt, dass die Hälfte der Mädchen und etwas mehr als die Hälfte der Jungen sich daran erinnerten, dass ihre pubertäre Entwicklung zur gleichen Zeit wie die ihrer gleichaltrigen Kolleginnen und Kollegen begonnen hatte. Es gab ausserdem etwas mehr Mädchen (im Vergleich zu den Jungen), die sich daran erinnerten, den anderen Mädchen bzw. Jungen etwas voraus gewesen zu sein.

3.5.2 Sexuelle Aktivität

Die sexuelle Aktivität im Jugendalter entwickelt sich schrittweise, von der Selbstentdeckung hin zur Entdeckung des anderen. Die Liebesabenteuer, die Leidenschaft und die Suche nach Verliebtheit ist für Jugendliche oft erstrangig. Ihre ersten sexuellen Erfahrungen gehen nicht immer mit einer Penetration einher, dennoch stellen die Risiken einer ungewollten Schwangerschaft oder einer Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit immer noch die Hauptsorge der öffentlichen Gesundheit dar.

Unter den befragten 16- bis 20-jährigen Jugendlichen hatte bereits jeder zweite Jugendliche schon mal einen Geschlechtsverkehr gehabt. Dieser Anteil variiert in Abhängigkeit des Ausbildungstyps und in geringem Ausmass hinsichtlich des Geschlechts (Abbildung 3.5-1). Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen haben in den letzten dreissig Jahren abgenommen, stattdessen sind die Unterschiede zwischen Schüler/innen und Lehrlingen grösser geworden. Letztere befinden sich bereits in der Arbeitswelt, welche ihnen einen Lebensrhythmus und erwachsene Vorbilder vermittelt, an welche sie sich schnell anzunähern versuchen. Die Angaben der Schülerinnen und Schüler zeigten, dass mehr Mädchen vor dem 20. Lebensjahr sexuell aktiv werden als dies bei den Jungen der Fall ist. Dies lässt vermuten, dass mehr Mädchen frühreif sind als Jungen. Im Vergleich zu der 1993 durchgeführten Studie scheint der Anteil der sexuell aktiven Jugendlichen in allen Kategorien und in allen Altersabschnitten gestiegen zu sein (Narring, 1994). Dieser mässige Anstieg des Anteils der sexuell aktiven Jugendlichen einer bestimmten Altersgruppe muss jedoch relativiert werden, da diese Zahlen auch durch die veränderten Normen und durch die gesellschaftliche Akzeptanz beeinflusst sein könnte, welche dazu geführt haben mag, dass Jugendliche eher dazu neigen, von sexuellen Aktivitäten zu berichten, weil diese heute von ihrer Umwelt eher akzeptiert werden (Abnahme der Antwortverzerrung).

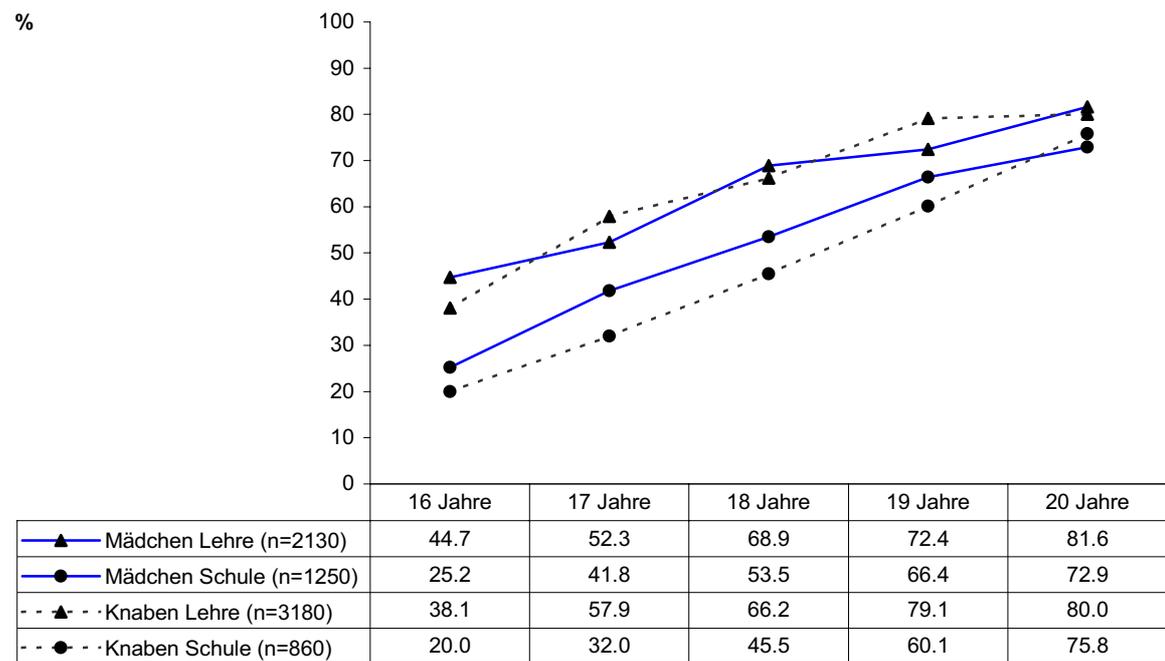
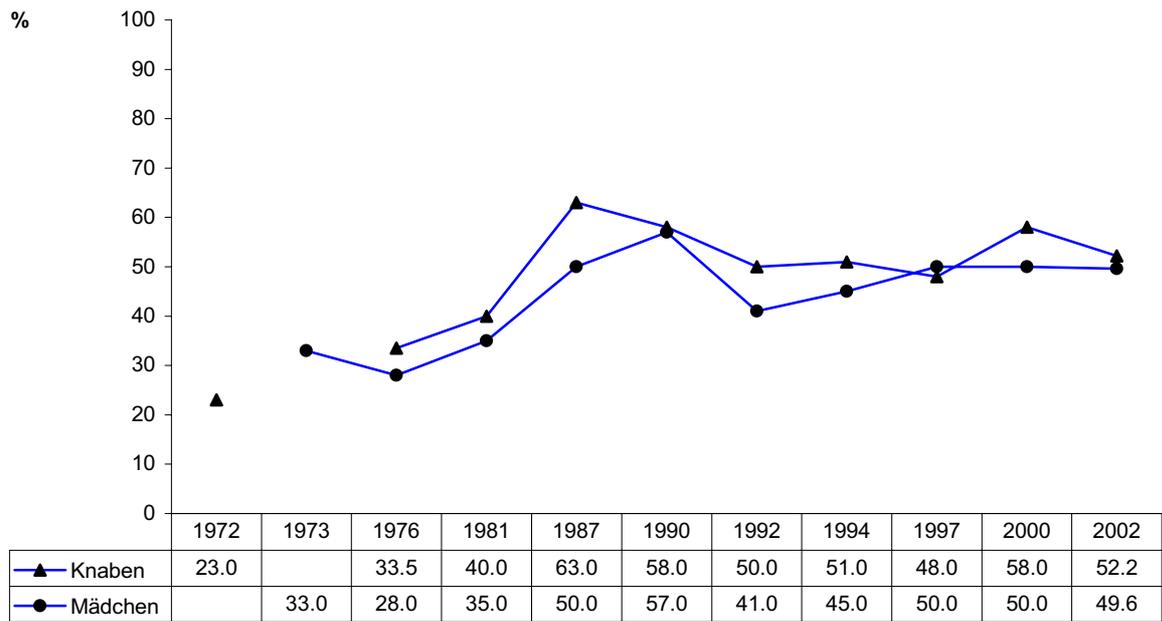


Abbildung 3.5-1 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, bereits Geschlechtsverkehrt gehabt zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F65)

Die Aufforderung zum Gebrauch von Präservativen im Rahmen der „STOP AIDS“-Präventionskampagne liess Befürchtungen aufkommen, dass das Alter des ersten sexuellen Kontakts abnehmen würde und die Kampagne als Aufforderung oder zumindest als Legitimation früher sexueller Aktivität verstanden werden könnte. Die Abnahme des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr, welche in den 70er-Jahren begann, setzte sich jedoch nicht fort, wie die Abbildung 3.5-2 zeigt, welche die Entwicklung der Prozentanteile der sexuell aktiven 17-Jährigen veranschaulicht. Aus dieser Abbildung wird ersichtlich, dass der Prozentanteil der mit 17 Jahren sexuell aktiven Jugendlichen bis in die 80er-Jahre anstieg, jedoch Ende der 80er-Jahre ins Gegenteil kippte und sich schliesslich nach dem Beginn der Aids-Prävention in grossem Ausmass stabilisierte. Die Kurven schwanken nun sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen zwischen 48% und 58%. Die Resultate anderer Studien in Frankreich, England oder Holland und die französische ACSF-Studie bestätigen das Ausbleiben einer Entwicklung hin zu einer verfrühten Sexualität in den letzten 20 Jahren (Spira, 1993; Koffi-Blanchard, 1994; Welling, 1994).

3.5 Sexualität



IUMSP/UEPP

* Die Zahlen von 2002 stammen von der SMASH-02-Studie; jene von 1987 bis 2000 stammen von Jugendlichen im Alter von 17 bis 20 Jahren, die in regelmässigen Abständen, im Rahmen einer Evaluation der AIDS-Prävention bei der Allgemeinbevölkerung (Alter : 17 bis 45 Jahre) in der Schweiz (EPSS), telefonisch interviewt wurden; jene aus den vorangehenden Jahren stammen aus verschiedenen anderen Quellen mit vergleichbaren Altersklassen (Koffi-Blanchard, 1994).

Abbildung 3.5-2 **Prozentanteile der mit 17 Jahren sexuell aktiven Jugendlichen, nach Geschlecht, Schweiz 1972-2002**

Das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs ist eine der wichtigen Variablen, um das Risikoverhalten beim ersten Geschlechtsverkehr und im Laufe des beginnenden Sexuallebens vorhersagen zu können. Die Resultate dieser Studie zeigen, dass 4.5% der weiblichen Lehrlinge, 6.1% der Schülerinnen, 15.9% der männlichen Lehrlinge und 10.7% der Schülerangaben, ihren ersten Geschlechtsverkehr vor dem 15. Lebensjahr gehabt zu haben.

3.5.3 Anzahl der Partner/innen

Verständlicherweise variieren die Angaben der Jugendlichen bezüglich der Anzahl ihrer Partner oder Partnerinnen in Abhängigkeit des Alters. Mädchen gaben weniger Partner/innen an als gleichaltrige Jungen (Abbildung 3.5-3). Lehrlinge gaben im Vergleich zu Schülern des selben Geschlechts an, bereits mit einer grösseren Anzahl von Partner/innen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Andere Studien zum Sexualverhalten von Jugendlichen bestätigen, dass Jungen häufiger zufällige Sexualpartner/innen haben als Mädchen (Narring, 1997; Lagrange, 1997; Arène, 1999).

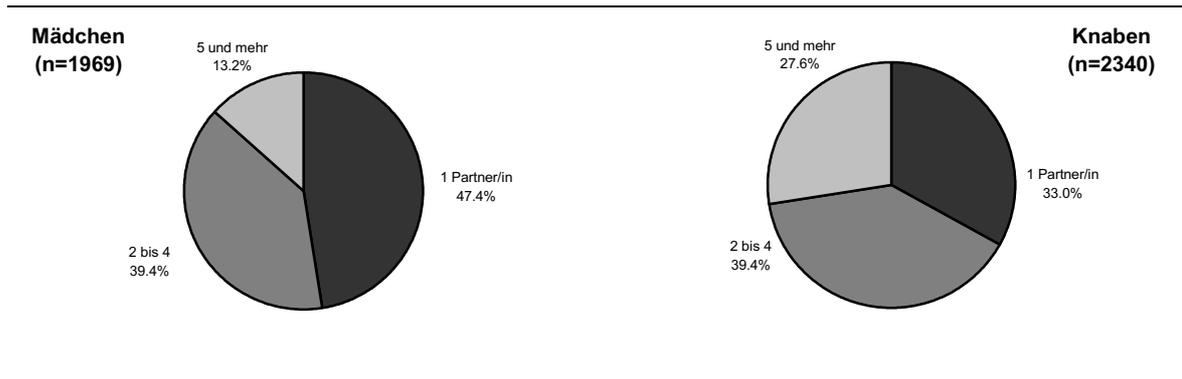


Abbildung 3.5-3 Prozentuale Verteilung der gesamten Anzahl Partner/innen bei den sexuell aktiven Jugendlichen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F67)

3.5.4 Benutzung von Verhütungsmitteln

In dieser Studie entschied man sich – in Anbetracht der verschiedenen Studien, die in den letzten Jahren in der Schweiz durchgeführt wurden – dafür, nach der Verwendung der Verhütungsmittel zu fragen, welche beim letzten Geschlechtsverkehr verwendet wurden, um mögliche Verzerrungen, welche sich aufgrund von Erinnerungsfehlern ergeben können, auf ein Minimum zu reduzieren.

	Beim ersten Geschlechtsverkehr		Beim letzten Geschlechtsverkehr	
	Angaben der		Angaben der	
	Mädchen (%) n = 1983	Jungen (%) n = 2457	Mädchen (%) n = 1983	Jungen (%) n = 2457
Präservativ für Männer (« Pariser »)	77.3	74.6	36.1	45.8
Pille	32.5	24.5	64.0	40.9
« Pille danach »	6.8	4.6	3.1	3.1
Rückzieher (« Aufpassen », Coitus interruptus)	5.8	2.7	4.9	2.4
Berechnung der günstigen Tage	2.2	2.1	2.3	2.0
Spritze oder Implantate	1.0	1.1	2.0	1.4
Chemische Mittel (Cremen, Zäpfchen, Schwämmchen, etc.)	.6	.8	.2	.5
Präservativ für Frauen	.2	.3	.0	.4
Spirale	.2	.6	.6	.5
Diaphragma	.1	.2	.1	.2
Andere	.4	.4	.6	.3
Keine Verhütungsmittel	2.9	2.4	1.8	2.5

* Total der Antworten über 100% (mehrere Angaben waren möglich).

Tabelle 3.5-3 Benutzungshäufigkeit (%) der verschiedenen Verhütungsmittel beim ersten und letzten Geschlechtsverkehr mit dem/der aktuellen Partner/in, nach Geschlecht (SMASH 2002, F68)

Die Benutzungsrates des Präservativs beim ersten Geschlechtsverkehr mit einem neuen Partner ist sehr hoch und blieb seit dem Beginn der AIDS-Präventionskampagnen in diesem Alter sehr hoch, sowohl in der Schweiz wie auch in anderen westeuropäischen Ländern (Narring, 1997; Lagrange, 1997; Arène, 1999; Bardeleben, 1995). Nur 2.9% der Mädchen und 2.4% der Jungen gaben an, keine Verhütungsmittel verwendet zu haben. Diese Zahlen nehmen aber zu – und zwar um 8.1% bei den Mädchen und um 11.1% bei den Jungen -, wenn man die unwirksamen oder wenig wirksamen Verhütungsmethoden hinzu rechnet^h. Die Tabelle 3.5-3 zeigt, dass ein Teil derjenigen, die den Einsatz von Verhütungsmitteln vergassen, dies mit der „Pille danach“ kompensierten.

Die Pille wurde häufiger beim letzten Geschlechtsverkehr verwendet als beim ersten, während es für den Einsatz von Präservativen umgekehrt war : 64% der Mädchen und 40.9% der Jungen gaben an,

^h Keine Verhütung oder eine andere als die Pille, Präservativ oder beide.

beim letzten Geschlechtsverkehr mit ihren derzeitigen Partnern die Pille verwendet zu haben; 36.1% der Mädchen und 45.8% der Jungen verwendeten einen Präservativ beim letzten Geschlechtsverkehr. Tatsächlich stellen viele Jugendliche im Laufe einer stabilen Liebesbeziehung den Gebrauch von Präservativen nach einer gewissen Zeit ein – manchmal auch nachdem sie einen HIV-Test zur Absicherung durchführten. Das Mädchen nimmt dann die Pille, die verschreibungspflichtig ist und eine Konsultation bei einem Arzt oder einer Familienberatung voraussetzt.

Die „Pille danach“ wird häufiger beim ersten als beim letzten Geschlechtsverkehr verwendet (Tabelle 3.5-3). Die Frage nach der „Pille danach“ wurde in der vor zehn Jahren durchgeführten Befragung nicht gestellt. Die Informationen und die Zugangsmöglichkeiten zu diesem Verhütungsmittel haben sich im Verlauf der letzten zehn Jahre jedoch bedeutend verbessert und die Resultate dieser Studie zeigten, dass die Bemühungen nicht umsonst waren. Die „Pille danach“ kommt als präventives Mittel dann zum Einsatz, wenn die Notwendigkeit eines Verhütungsmittels nicht vorhergesehen werden konnte oder wenn die Umstände des Geschlechtsverkehrs die Anschaffung oder die Verwendung eines Präservativs nicht ermöglichten. Die Bemühungen zu Gunsten der Notfallverhütung („Pille danach“) sollten weitergeführt werden, um eine bessere Abdeckung der „vergessenen“ Verhütungsmassnahmen zu gewährleisten, indem man sicher ist, dass die Jugendlichen diese Möglichkeit kennen, über die Anwendungsbedingungen informiert sind und wissen, wie sie sich dieses Verhütungsmittel beschaffen können. Die Verhinderung einer ungewollten Schwangerschaft ist in der Tat in diesem Zusammenhang eine der Hauptsorgen der Jugendlichen und die Existenz einer verfügbaren Verhütungsmethode nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr scheint ihren Bedürfnissen zu entsprechen (Ottesen, 2002).

Mädchen geben etwas seltener als Jungen an, keine Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner verwendet zu haben (Mädchen : 1.8% ; Jungen : 2.5%). Dies könnte durch die Tatsache erklärt werden, dass die Einnahme der Pille der Verantwortung der Mädchen unterliegt und von ihrem Partner ignoriert oder vernachlässigt werden kann. Diese Zahlen scheinen sich im Laufe der letzten zehn Jahre nicht verändert zu haben (Narring Wydler, 2000).

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass 5.5% der befragten Jugendlichen, die ihren ersten Geschlechtsverkehr vor dem 15. Lebensjahr hatten (zwischen 9 und 14 Jahren), angaben, beim ersten Geschlechtsverkehr keine Verhütungsmittel verwendet zu haben, während es nur noch 2.4% bis 1.6% bei älteren Jugendlichen (15 Jahre und älter) waren. Diesen Befund hat man bereits im Rahmen der Befragung zur Sexualität der Jugendlichen in der Schweiz und in anderen Studien erhalten (Narring Wydler, 2000; Kraft, 1991).

3.5.5 Benutzung von Präservativen beim letzten Geschlechtsverkehr

Bei der Beantwortung des Fragebogens gaben 40,8% der Mädchen und 61,2% der Jungen an, bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr einen Präservativ verwendet zu haben. Diese Zahlen variierten in Abhängigkeit des Ausbildungstyps bei den Mädchen und in Abhängigkeit des Alters bei beiden Geschlechtern (Abbildung 3.5-4). Dies ist nicht weiter erstaunlich, da die Benutzung eines Präservativs beim ersten Geschlechtsverkehr wichtiger ist als danach, wenn dessen Verwendung im Laufe einer stabilen Liebesbeziehung abnimmt. Diese Ergebnisse sind mit jenen von 1993 vergleichbar und die Jugendlichen scheinen auf die an sie gerichteten Präventionskampagnen in gleicher Weise zu reagieren wie die Jugendlichen vor zehn Jahren (Narring, 1994).

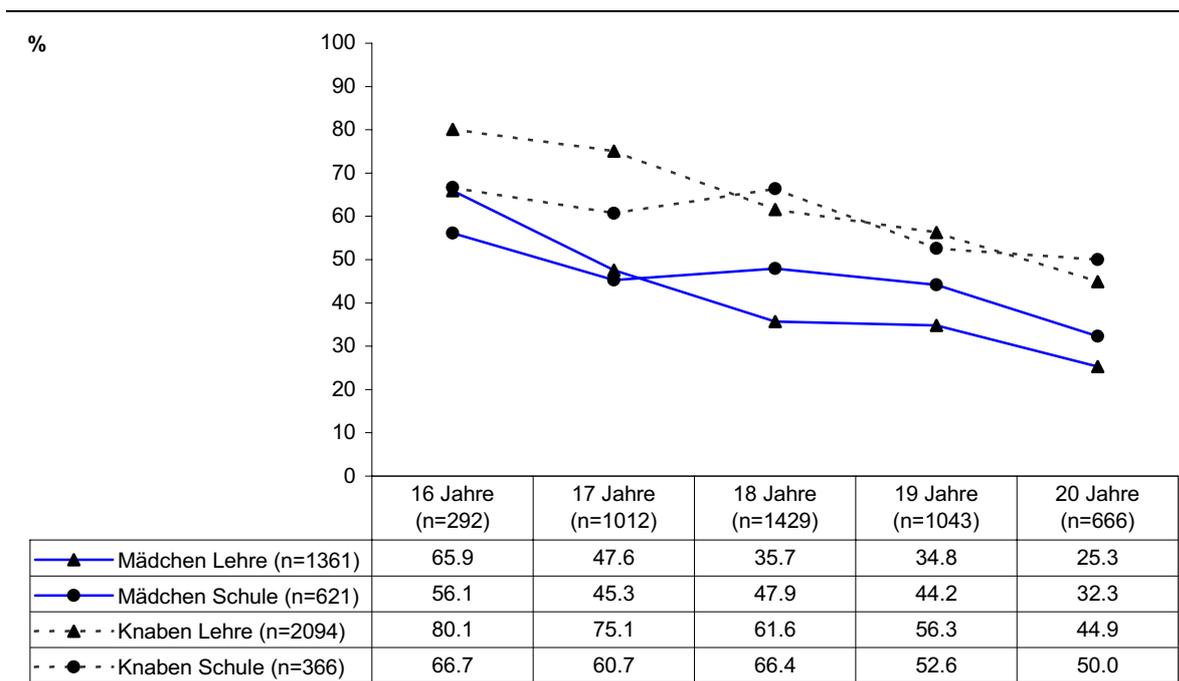


Abbildung 3.5-4 Prozentanteile der sexuell aktiven Jugendlichen, die angeben, bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr einen Präservativ verwendet zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F69)

3.5.6 Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch

Eine geringe Anzahl der Mädchen (3,7%) hat bereits die Erfahrung einer Schwangerschaft gemacht : 4,9% der Lehrlinge und 1,5% der Schülerinnen. Von den 76 Mädchen, die von einer Schwangerschaft berichteten, haben 54 (71%) einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen, 14 (18,4%) hatten eine Fehlgeburt (Spontanabort) und 7 (9,2%) haben das Kind ausgetragen. Die Angaben der Jungen scheinen sich mit jenen der Mädchen zu decken : 3,9% gaben an, dass eine ihrer Partnerinnen einmal schwanger war (4,1% der Lehrlinge und 4,2% der Schüler), 62,6% der Jungen gaben an, dass die Schwangerschaft abgebrochen wurde, 21,2% sagten, dass eine Fehlgeburt auftrat und 13,1% gaben an, dass das Kind ausgetragen wurde (n=2570 Jungen). Diese Prävalenzen der angegebenen Schwangerschaften durch die Teilnehmenden der Befragung scheinen sich 2002 im Vergleich zu den Zahlen von 1993 verringert zu haben (Narring, 1996).

Zusammenfassung :

- Die Verwendung von Präservativen hat in den letzten zehn Jahren nicht abgenommen, was darauf schliessen lässt, dass die Botschaft der Präventionsmassnahmen bei den Jugendlichen immer noch gut ankommt. Diese Befunde sollten jene beruhigen, die befürchteten, dass die Existenz von Medikamenten zur Aidstherapie diese Krankheit banalisieren und eine Verringerung der Schutzmassnahmen in der Bevölkerung zur Folge haben könnte. Dies ist bei Jugendlichen offensichtlich nicht der Fall; sie verwendeten nicht nur beim ersten Geschlechtsverkehr immer noch sehr häufig Präservative, sondern taten dies auch beim letzten Geschlechtsverkehr, den sie mit einer Partnerin oder einem Partner hatten.
- Die Informationsvermittlung bezüglich der „Pille danach“ und die bessere Zugänglichkeit hat ihr im Laufe der letzten Jahre einen wichtigen Stellenwert beim Umgang mit dem „vergessenen“ Einsatz von Verhütungsmitteln eingeräumt. Sie scheint eine wichtige Rolle für Jugendliche zu spielen, die die Notwendigkeit von Verhütungsmitteln nicht vorhersehen konnten oder einfach keine Verhütungsmittel verwendet haben. Die Bemühungen, besonders gefährdete Jugendliche zu informieren und ihnen den Zugang zu dieser Möglichkeit zu gewährleisten, sollten sicherlich fortgesetzt werden.
- Das Alter des ersten Geschlechtsverkehrs beeinflusst das Risikoverhalten: es wäre von Vorteil, die Umstände von sexuellen Beziehungen vor dem 15. Lebensjahr, sowie die Situation der betreffenden Jugendlichen genauer zu untersuchen um gezielte Präventionsprogramme für diese Gruppe von Jugendlichen entwickeln zu können. Die Verantwortlichen der Sexualpädagogik sollten diese Risikofaktoren berücksichtigen und Strategien für die am meisten gefährdeten Jugendlichen entwickeln.
- Die Entwicklung der Schwangerschaftsraten unter Jugendlichen und die gewollten Schwangerschaftsabbrüche lassen sich im Rahmen dieser Fragebogenerhebung nicht aufzeigen, sollten aber für alle Kantone untersucht werden (Narring Roulet, 2002). Die Anzahl der von den 16- bis 20-Jährigen angegebenen Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen scheint über die Zeit hinweg stabil zu bleiben. Die Anzahl der Mädchen, die von einer ungewollten Schwangerschaft berichteten, verdeutlicht die Notwendigkeit sowohl einer epidemiologischen Überwachung dieses Problems der öffentlichen Gesundheit wie auch der Qualitätssicherung jener Stellen, welche die Betroffenen beraten und begleiten, vor allem, indem sie spezielle Programme, welche für Jugendliche beider Geschlechter angepasst sind, anbieten.

Literaturverzeichnis

- Arènes J, Janvrin M-P, Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. Paris: Éditions CFES; 1999.
- Bardeleben H, Fieberg R, Reimann BW. Abschied von der sexuellen Revolution. Liebe und sexualität der "Nach-68-Generation" in Zeiten von Aids. Berlin: Edition Sigma; 1995.
- De Muinck Keiser-Schrama SMPF, Mul D. Trends in pubertal development in Europe. Human Reproduction Update 2001;7:287-291.
- Koffi-Blanchard M, Dubois-Arber F, Michaud P, Narring F, Paccaud F. Hat sich der Beginn der Sexualität bei Jugendlichen in der Zeit von Aids verändert? Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1994;124:1047-55.
- Kraft P. Age at first experience of intercourse among norwegian adolescents: a lifestyle perspective. Social Science and Medicine 1991;33 :207-213.
- Lagrange H, Lhomond B. (Eds). L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La Découverte; 1997.

3.5 Sexualität

Narring F, Michaud P, Sharma V. Demographic and behavioral factors associated with adolescent pregnancy in Switzerland. *Family Planning Perspectives* 1996;28:232-6.

Narring F, Michaud P, Wydler H, Davatz F, Villaret M. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive. (Raisons de santé 4); 1997.

Narring F, Roulet N, Addor V, Michaud P. Abortion requests among adolescents in comparison with young adults in a Swiss region (1990-1998). *Acta Paediatrica* 2002;91 :965-970.

Narring F, Tschumper A, Michaud P, Vanetta F, Meyer R, Wydler H, Vuille J-C, Paccaud F, Gutzwiller F. La santé des adolescents en Suisse : rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. (Cahier de recherche n° 113a); 1994.

Narring F, Wydler H, Michaud P. First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20-year-olds in Switzerland. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 2000;130:1389-98.

Ottesen S, Narring F, Renteria SC, Michaud P. Emergency contraception among teenagers in Switzerland: across-sectional survey on the sexuality of 16- to 20-year-olds. *Journal of Adolescent Health* 2002;31:101-10.

Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. Timing of puberty around the world. (in submission)

Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: La Documentation Française; 1993.

Welling K. Sexual behaviour in Britain: the national survey of sexual attitudes and lifestyles, Harmondsworth: Penguin; 1994.

3.6 BEABSICHTIGTE UND NICHT BEABSICHTIGTE GEWALT

Das Thema «Jugend und Gewalt» ist ein viel diskutiertes und erforschtes Thema, allein im deutschsprachigen Raum waren in den vergangenen zehn Jahren, zwischen 1993 und 2002, insgesamt 730 psychologische Publikationen zu verzeichnen (Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation, 2002). Gewalt unter Jugendlichen ist weder ein neues noch ein akutes Problem, jedoch ein Problem von beträchtlicher Aktualität. Obwohl die Gründe, warum latent existierende Probleme in bestimmten Phasen und Abständen thematisiert werden, gemäss Schäfer und Frey (1999) von gesamtgesellschaftlichen oder ökonomischen Faktoren über politische Kalküle bis hin zu ökonomischen Interessen einer Medienlandschaft reichen, kann nicht abgestritten werden, dass dieses Thema für die Entwicklung im Jugendalter von zentraler Bedeutung ist.

Gewalt unter, an und von Jugendlichen beinhaltet sehr verschiedene Phänomene; in der vorliegenden Studie wurden die wichtigsten untersucht :

- erlebte Unfälle
- erlebte Gewalt
- sexueller Missbrauch
- Gewalt im Internet
- Suizidverhalten
- abweichendes / delinquentes Verhalten

3.6.1 Unfälle

Wir neigen dazu zu vergessen, dass Unfälle in den meisten Ländern die häufigste Todesursache bei Jugendlichen – vor allem ab dem 15. Lebensjahr – darstellen. Unfälle sind darüber hinaus eine nicht zu vernachlässigende Ursache für Krankheiten und Behinderungen, sowie für Krankenhausaufenthalte, Folgeerscheinungen von Hirnverletzungen oder auch Lähmungen der Beine (Assailly, 2001; Blum, 1991; Heuveline & Slap 2002; Krug et al., 2000; Schlueter et al., 2003). Die meistens dieser Verletzungen sind Folgen von Verkehrsunfällen (Durkin et al., 1999; Heuveline & Slap, 2002; Narring & Pawlak, 2001; Salvisberg, 2002; Schlueter et al., 2003; Zucker-Rouvillois, 1993), dennoch sollte man den Einfluss von Sportunfällen nicht unterschätzen, auch wenn diese in der Regel weniger dramatische Folgen nach sich ziehen als Unfälle, die sich im Strassenverkehr ereignen (Vittoz, 2001). Selbst wenn die erhöhte Häufigkeit solcher Unfälle ohne Zweifel teilweise mit dem Experimentierverhalten und der Unerfahrenheit der Jugendlichen mit bestimmten Situationen zusammenhängt (Narring & Pawlak, 2001, Tursz, 1997, Zucker-Rouvillois, 1993), stellen umweltbezogene Massnahmen – Tempolimiten, Konstruktion von Fahrradwegen, Förderung und Sensibilisierung bzgl. Tragen von Helmen und Sicherheitsgurten bzgl. Aufwärmen vor sportlichen Aktivitäten und Verbesserung der Ausrüstung – weiterhin einen wichtigen potentiellen Einfluss dar (Bergman & Rivara 1991; Christ et al., 1999; Evans, 1987; Siegrist, 1999; Vittoz, 2001). Der Bericht von 1993 widmete diesem wichtigen Thema nur wenige Zeilen; die Studie von 2002 behandelt diesen Bereich etwas ausführlicher, indem sowohl die verschiedenen Schutzmassnahmen, die von den Jugendlichen angewendet werden (Kapitel 3.4.6), als auch die – von den Jugendlichen berichteten – Folgen der Unfälle dokumentiert werden.

Insgesamt gaben 21.6% der Mädchen und 32.4% der Jungen an, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung einen Unfall gehabt zu haben, in dessen Folge sie entweder die Behandlung einer Krankenschwester/ eines Pfleger, eines Arztes/ einer Ärztin benötigten oder sogar ins Krankenhaus mussten. Darüber hinaus gab von den 10% der Jugendlichen, die während der Studie

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

vorangegangenen Jahres aus irgendeinem Grund einen Krankenhausaufenthalt hatten, nahezu die Hälfte an, dass es auf Grund eines Unfalls dazu kam (Mädchen : 41.1% ; Jungen : 68.3%).

Die Abbildung 3.6-1 zeigt die Prävalenzen – nach Geschlecht und Ausbildungstyp getrennt – der verschiedenen Arten von Unfällen für die letzten 12 Monate vor der Erhebung. Die Prozentangaben wurden für die unterschiedlichen Altersgruppen nicht getrennt aufgeführt, weil sie zwischen 16 und 20 Jahren stabil bleiben; bis auf den Prozentsatz der Unfälle von Fahrzeuglenkern/innen, die sich erst auf Jugendliche ab dem 18. Lebensjahr beziehen. Wie bereits vor 10 Jahren gibt es unter den Lehrlingen – plausiblerweise – eine höhere Rate von Unfällen, was mit der Auftretenshäufigkeit von Arbeitsunfälle zusammenhängt. Wie aus Abbildung 3.3-1 ersichtlich wird, berichteten die Lehrlinge ausserdem auch häufiger von Verkehrsunfällen. Dies hat mit grosser Wahrscheinlichkeit damit zu tun, dass ihnen ihre finanzielle Situation die Anschaffung von Motorfahrzeugen eher ermöglicht. Die Rate der Sportunfälle unterscheidet sich hinsichtlich des Ausbildungstyps, insbesondere bei den Mädchen : Schüler/innen berichteten häufiger von Sportunfällen als dies Lehrlinge taten. Diese Tendenz widerspiegelt vor allem die, bereits in anderen Studien belegten (Narring et al., 1998), Unterschiede hinsichtlich des Ausmasses der sportlichen Betätigung. Bei den Lehrlingen weiblichen und männlichen Geschlechts nimmt das sportliche Engagement – im Vergleich zu den gleichaltrigen Schülern und Schülerinnen – ab dem 16. – 17. Lebensjahr ab. Möglicherweise könnte diese Abnahme (bei den Lehrlingen) mit ihren umfangreicheren und unregelmässigeren Arbeitszeiten zusammenhängen (Kapitel 3.4.1).

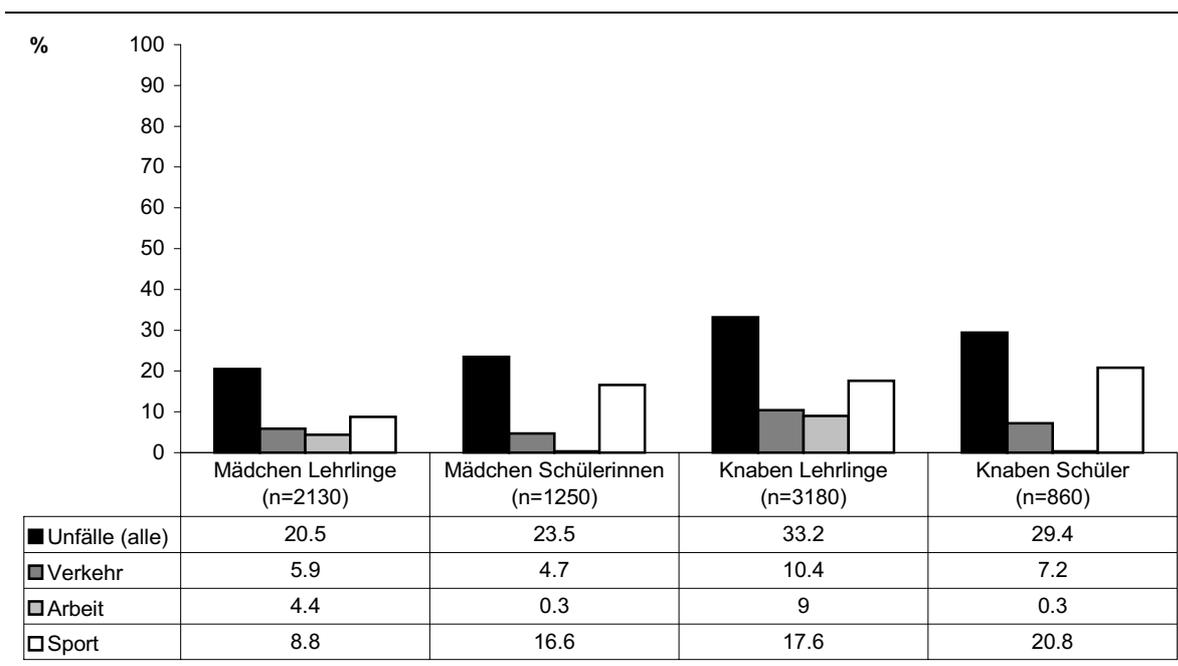


Abbildung 3.6-1 Prävalenz der verschiedenen Unfalltypen, welche die Jugendlichen angeben, in den vergangenen 12 Monaten erlebt zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F24)

Die Tabelle 3.6-1 verdeutlicht die Bedeutung von Verkehrsunfällen. Diese machen einen Viertel bzw. bei den männlichen Lehrlingen sogar einen Drittel aller Unfälle aus. Die häufigsten Verkehrsunfälle passieren beim Lenken eines Motorfahrzeugs : Scooter, Motorräder, Autos. Unfälle als Fussgänger sind bei Jugendlichen relativ selten.

	Mädchen		Jungen	
	Lehrlinge (%) n = 2130	Schülerinnen (%) n = 1250	Lehrlinge (%) n = 3180	Schüler (%) n = 860
Alle Unfälle	20.5	23.5	33.2	29.4
Verkehrsunfälle	5.9	4.7	10.4	7.2
als Fussgänger(in)	1.2	.7	1.4	1.0
als Velofahrer(in)	1.2	1.1	2.7	3.3
mit Scooter / Auto : als Beifahrer(in)	1.7	1.0	1.5	.7
mit Scooter / Auto : als Lenker(in)	2.3	1.6	6.1	2.3

Tabelle 3.6-1 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten Opfer eines (Verkehrs-)Unfalls geworden zu sein, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F24)**

Die Konsequenzen der Unfälle sind nicht unerheblich : 9.4% der Mädchen und 6.2% der Jungen gaben an, unter physischen Folgen zu leiden („Sie können alltägliche Dinge nicht mehr ohne Hilfe verrichten“) und 11.5% bzw. 6.2% gaben psychische Folgen („Veränderung ihres Verhaltens, Ängste, Konzentrationsstörungen, etc.“) an (Abbildung 3.6-2). Es ist erstaunlich, dass Mädchen häufiger Konsequenzen angaben als Jungen, obwohl letztere häufiger Opfer von Unfällen wurden. Eine Hypothese dazu wäre, dass Mädchen eher dazu neigen, von den Unfallfolgen zu sprechen oder das Leiden, das sie in Folge der Unfälle ertragen, stärker bewerten. Eine andere Hypothese wäre, dass Jungen zwar häufiger Unfälle haben, diese jedoch weniger schwere Folgen nach sich ziehen als die Unfälle, die die Mädchen betreffen. Schliesslich könnte man auch annehmen, dass das Unfallerleben per se unterschiedlich ist. So könnte es sein, dass dieses von Jungen eher als Teil des Experimentierverhaltens oder als mutige Tat empfunden, wohingegen es von Mädchen möglicherweise vielmehr als etwas „Erlittenes“ bewertet wird. Die Resultate von SMASH 2002 erlauben es jedoch nicht, eine Antwort auf diese Hypothesen zu liefern.

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

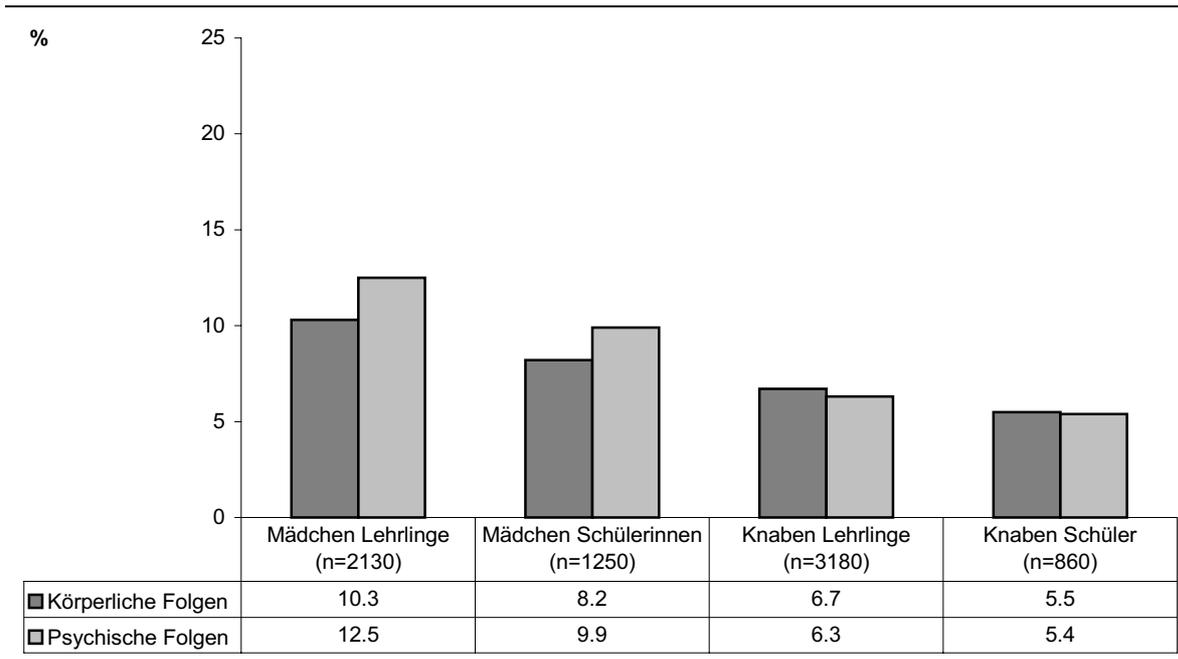


Abbildung 3.6-2 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, (körperliche oder psychische) Unfallfolgen erlebt zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F24)

	Mädchen				Jungen			
	Lehrlinge (%) n = 2130		Schülerinnen (%) n = 1250		Lehrlinge (%) n = 2130		Schülerinnen (%) n = 1250	
Arbeitsunfall	6.1	5.9	1.2	1.1	14.8	8.9	2.1	1.2
Verkehrsunfall	6.3	5.9	3.4	4.7	8.9	10.4	3.8	7.2
Sportunfall	16.9	8.8	25.3	16.6	33.2	17.6	33.6	20.8

* Die Zahlen von 1993 sind jeweils links, diejenigen von 2002 rechts und kursiv dargestellt.

Tabelle 3.6-2 Prozentanteile der Jugendlichen, die berichten, in den der Studie vorangegangenen 12 Monaten einen Unfall gehabt zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F24)

Die Vergleiche mit den Resultaten von 1993 sind in Tabelle 3.6-2 dargestellt. Es wird deutlich, dass der Prozentsatz der Jugendlichen, die angaben, in den vergangenen 12 Monaten einen Sportunfall gehabt zu haben, scheinbar in allen befragten Gruppen stark zurückgegangen ist. Die Rate der Arbeitsunfälle bei den Lehrlingen scheint sich ebenfalls verringert zu haben. Der Prozentsatz der berichteten Verkehrsunfälle blieb hingegen mehr oder weniger unverändert.

Abgesehen von den genannten Rückgängen, stellen die Unfälle, mit einem globalen Anteil von 10%, ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit dar, welches nachdrücklichere Massnahmen erfordert als diese, die in der Schweiz bisher ergriffen wurden. In Bezug auf Verkehrsunfälle zeigten verschiedene gesetzliche und umweltbezogene Massnahmen in anderen Ländern bereits seit langer Zeit ihre Wirkung. So beispielsweise in Schweden (Bergman & Rivara 1991), wo der Anteil von Verkehrsunfällen bei Jugendlichen ca. 50% niedriger ist als jener in der Schweiz. Die angesprochenen Massnahmen betreffen vor allem den Alkoholkonsum, die Einhaltung von Verkehrsregeln, die

Fahrausbildung, Massnahmen zur Steigerung der Fahrzeugsicherheit sowie der Sicherheit von Sportausrüstungen (Helme, Sicherheitsgurten, vgl. Kapitel 3.4.6). Schliesslich ist eine Verbesserung des Arbeitsumfeldes ebenso eine jener Interventionsmöglichkeiten, deren Umsetzung und Ausbau lohnenswert wären (Michaud 1992).

3.6.2 Erlebte Gewalt

Jugendliche sind nicht nur «Täter» von Gewalthandlungen, sondern werden auch Opfer von Gewalttaten. Opfererfahrungen können für Jugendliche zu kritischen Lebensereignissen werden, sich in ihrem Wohlbefinden niederschlagen und für gesundheitliche Beeinträchtigungen mitverantwortlich sein (Mansel, 2001). Aus diesem Grund wurden die Jugendlichen der vorliegenden Studie befragt, ob und in welchem Ausmass sie Opfer von verschiedenen Gewalttaten wurden.

Aus nachfolgender Tabelle 3.6-3 wird ersichtlich, wie viele der befragten Jugendlichen in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal Opfer eines Diebstahls, einer Erpressung bzw. Opfer von körperlicher Gewalt wurden. Die grosse Mehrheit der 13.4% der Jugendlichen, die angaben, im vergangenen Jahr Opfer eines Diebstahls geworden zu sein, berichten, dieser Erfahrung einmalig ausgesetzt gewesen zu sein. Opfer einer Erpressung wurden bedeutend weniger Jugendliche (2.3%), darunter waren ungefähr gleich viele Mädchen wie Jungen. In knapp zwei Drittel der Fälle handelte es sich um eine einmalige Erpressung, bei einem Drittel wurden die Opfer „manchmal“ erpresst und in ganz wenigen Fällen sogar „oft“

	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Opfer eines Diebstahls	12.5	14.3	13.4
Opfer einer Erpressung	1.9	2.5	2.3
Opfer von körperlicher Gewalt	6.3	12.0	9.4

Tabelle 3.6-3 **Prozentanteile der Jugendlichen, die über verschiedene Gewalterfahrungen in den vergangenen 12 Monaten (mindestens einmal) berichten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F31)**

Bei den körperlichen Übergriffen zeigt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied, der sich tendenziell auch bei den anderen Formen erlebter Gewalt sichtbar macht: Jungen sind öfter Opfer von körperlicher Gewalt als Mädchen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied lässt sich in Delinquenz-Statistiken ganz allgemein finden (vgl. Flammer, & Alsaker, 2002).

Weiterführende Analysen zeigen (Abbildung 3.6-3), dass nebst dem Geschlechtsunterschied auch ein Unterschied hinsichtlich Ausbildungstyp (Lehre / Schule) zu verzeichnen ist. Es sind nicht nur Jungen öfter von körperlichen Übergriffen betroffen als Mädchen, sondern sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen leiden Lehrlinge öfter unter körperlicher Gewalt als Schüler/innen.

Die Prozentzahlen der Jugendlichen, die Opfer eines Diebstahls waren, sind etwas tiefer als diejenigen aus der SMASH-Studie von 1993 (damals waren 14% der Mädchen und 22% der Jungen davon betroffen). Die Prozentanteile von Mädchen, die Opfer von physischer Gewalt sind, haben sich nicht geändert, und sind bei den Jungen in 2002 nur gering höher (1993 waren es 9% und heute 12%). Erpressungen sind auf dem gleichen Niveau geblieben. Zusammenfassend muss man sagen, dass sich das Umfeld der heutigen Jugendlichen nicht durch mehr Gewalt auszeichnet als vor zehn Jahren.

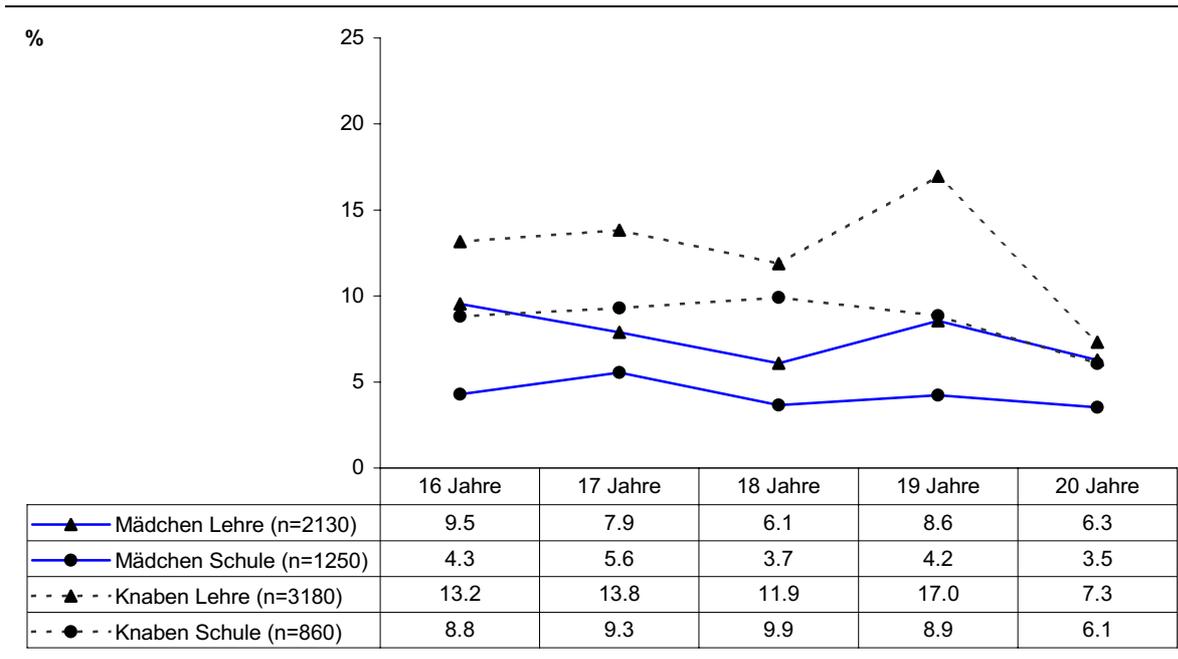


Abbildung 3.6-3 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal Opfer von körperlicher Gewalt gewesen zu sein, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F31)**

In diesem Zusammenhang ist es wichtig daran zu erinnern, dass ca. 5% der Mädchen und 18% der Jungen angaben, wegen dem Gebrauch von Alkohol in Konflikte und Schlägereien geraten zu sein (siehe Kap. 3.4.3).

Zu diesem Zeitpunkt können wir über die Gründe für den Unterschied zwischen Jugendlichen in der Schule und in der Lehre nur spekulieren. Andere Ergebnisse zu ihrer Gesundheit (vgl. Kap. 3.3) haben bereits gezeigt, dass die Lehrlinge mehrerer Stressoren und Risiken ausgesetzt zu sein scheinen. Durch den früheren Einstieg ins Berufsleben werden sie auch früher in die Erwachsenenwelt und damit in ein Umfeld, das weniger Schutzfaktoren bietet, versetzt.

3.6.2.1 Systematische Belästigungen

In der internationalen Forschung zum Thema „Mobbing“ bzw. „Viktimisierung“ unter Kindern und Jugendlichen wird seit einigen Jahren vermehrt auch verbalen und indirekten Formen von Aggression und Gewalt, Beachtung geschenkt (Alsaker, 2003; Jugert, Scheithauer, Notz, & Petermann, 2000; Olweus, 1996). Von indirekter, sozialer oder relationaler Aggression spricht man, wenn einer Person über ihre sozialen Beziehungen Schaden zugefügt wird. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn sich mehrere Personen über eine Person lustig machen oder eine Person bewusst ausgeschlossen oder daran gehindert wird, an etwas teilzunehmen. Diese oft subtilen und versteckten Formen von Gewalt sind typisch für Mobbing und haben einen verheerenden Effekt auf den Selbstwert der Opfer (z.B. Alsaker, & Olweus, 2001). Solche Erlebnisse und Erlebnisse grober Belästigungen (verbal oder körperlich) werden erst als Mobbing betrachtet, wenn sie systematisch und wiederholt vorkommen (Olweus, 1996). Normalerweise benutzt man dabei das Kriterium der wöchentlichen Wiederholung.

Neue Forschungsarbeiten zum Phänomen des Mobbings haben gezeigt, dass 5 bis 10% der Schüler und Schülerinnen mit Gleichaltrigen wiederholt derartige schlechte Erfahrungen machen, dass man sie als Opfer von Mobbing bezeichnen muss (z.B. Alsaker & Brunner, 1999; Jugert et al., 2000; Olweus, 1996; Smith et al., 1999). In dieser Studie wurde nicht das Phänomen Mobbing als solches erhoben, womit einzelne Jugendliche als Opfer und / oder Täter gekennzeichnet werden könnten (dazu fehlen Angaben zur eigenen Rolle als Mobbende/r), sondern lediglich Fragen betreffend der eigenen

Viktimisierung, die in dieser Art in Instrumenten zur Erfassung von Mobbing verwendet werden (Alsaker, 2003). In Tabelle 3.6-4 werden die Antworten bezüglich systematischen verbalen und körperlichen Angriffen und Erfahrungen des Ausschlusses aus der Gruppe präsentiert. Dies sind alles Formen der Viktimisierung, die zum Phänomen Mobbing gehören.

	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Andere haben sich über mich lustig gemacht oder mich beleidigt	10.8	14.3	12.7
Andere haben mich körperlich angegriffen oder grob behandelt	1.6	2.7	2.2
Andere haben mich ausgeschlossen oder daran gehindert, an etwas teilzunehmen	1.9	1.4	1.6

Tabelle 3.6-4 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal pro Woche Opfer von verbalen Belästigungen und Ausgrenzungen gewesen zu sein, nach Geschlecht (SMASH 2002, F32)

Auf die Frage, ob man sich in den vergangenen 12 Monaten (mindestens) einmal über sie lustig gemacht oder sie beleidigt hat, antworteten 59.2% der befragten Jugendlichen mit « ja ». Darunter waren drei Viertel ein- oder zweimal Zielscheibe verbaler Viktimisierung und gut je 10% sogar einmal pro Woche oder häufiger (Tabelle 3.6-4).

Eine bedeutend geringere Anzahl Personen gab an (14.4%), im vergangenen Jahr mindestens einmal von einer Gruppe anderer ausgeschlossen oder daran gehindert worden zu sein, an etwas teilzunehmen. Dies scheint bei den meisten Betroffenen « lediglich » ein- oder zweimal stattgefunden zu haben. Der systematische soziale Ausschluss (mindestens einmal pro Woche) betrifft eine kleinere Anzahl Jugendlicher (knapp 2%).

Diese Zahlen zeigen, dass es wichtig ist, zwischen groben, unangenehmen Erfahrungen zu differenzieren, die gelegentlich geschehen und solchen, die systematisch passieren, welche man als Viktimisierung oder Mobbing bezeichnet. Die gelegentlichen Erfahrungen mit negativen, aggressiven Handlungen anderer, entstehen nicht selten in Verbindung mit Konflikten und sind meist (für den / die Geschädigte/n) bewältigbar. Die systematische Viktimisierung durch andere ist qualitativ jedoch nicht mit Konflikten vergleichbar und hat destruktive Folgen für das Opfer (Übersicht siehe z.B. in Alsaker, 2003).

Unsere Ergebnisse zeigen eindeutig, dass ungefähr ein Zehntel der Jugendlichen in den vergangenen 12 Monaten Opfer von körperlicher Gewalt waren (Tabelle 3.6-3) und dass beinahe 15% von ihnen regelmässig von ihren Kollegen und Kolleginnen auf verschiedene Art und Weise belästigt wurden (Tabelle 3.6-4). Letztere Zahlen entsprechen den Befunden bei Kindern und Jugendlichen sowohl in der Schweiz (in den französisch- und deutschsprachigen Teilen), darunter auch den Ergebnissen der ch-x-Jugend- und Rekrutenbefragung (Haas, 2001), als auch den Befunden in anderen Ländern (Alsaker, 2003; Alsaker & Brunner, 1999; Smith et al., 1999). Sie zeigen, dass die Problematik der systematischen Belästigungen (Mobbing) in allen Altersgruppen ernst zu nehmen ist. Das heisst, dass man nicht nur auf dramatische und offenbare Formen der körperlichen Gewalt fokussieren darf, und dass ein recht grosser Anteil der älteren Jugendlichen wahrscheinlich Hilfe bräuchte, um aus diesen Mustern herauszukommen. Da das Phänomen des Mobbing ein Gruppenphänomen ist, wird in der Schule mit der ganzen Klasse gearbeitet, um das Problem zu lösen. Allerdings leiden Jugendliche häufig darunter, dass Erwachsene sich von der Problematik distanzieren und Mobbing als Konflikt

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

bezeichnen, welche die Jugendlichen selbst lösen sollten (Alsaker, 2003). Mobbing unter Jugendlichen kann aber nur in den seltensten Fällen von den Jugendlichen alleine aufgelöst werden. Mobbing unter Jugendlichen stellt deshalb eine grosse Herausforderung für die Erwachsenen dar. Mobbing darf nicht als Schicksal interpretiert werden, sondern als Problemsituation, die aufgelöst werden kann und auch soll. Seit einigen Jahren werden auf der ganzen Welt verschiedene Programme durchgeführt, welche gute Erfolge erzielen und alle ermuntern sollten, nicht wegzuschauen, sondern hinzuschauen und zu handeln (Alsaker, 2003; Olweus, 1996; Smith, Pepler, & Rigby, 2003). Unterschiedliche Organisationen und Beratungsstellen bieten ausserdem Hilfe, wenn Ausbildungsverantwortliche das Gefühl haben, das Problem nicht selbst mit den Jugendlichen lösen zu können. In diesem Zusammenhang soll besonders auf die Situation der Lehrlinge aufmerksam gemacht werden. Obwohl gemäss den vorliegenden Ergebnissen Lehrlinge nicht häufiger viktimisiert werden als die Schülerinnen und Schüler, dürfte die Situation im Falle von Mobbing aus verschiedenen Gründen bedeutend schwieriger aufzulösen sein. Einerseits dürfte es für die Ausbildenden noch schwieriger sein, Mobbing überhaupt aufzudecken (da geteilte Verantwortung für die Ausbildung der Lehrlinge), andererseits dürfte die Einstellung, dass die Lehrlinge ihre sozialen Probleme selbst zu lösen haben, am Arbeitsplatz stärker verbreitet sein als in der Schule. Deshalb sollte man Lehrmeister und andere Ausbildungsverantwortliche unbedingt auf diese Problematik sensibilisieren und ihnen Hilfsmittel bereit stellen, auf welche sie in solchen Fällen zurückgreifen können.

3.6.2.2 Sexuelle Übergriffe

Opfer eines sexuellen Übergriffs zu sein, kann für die Betroffenen langfristige gesundheitliche Folgen haben. Betroffene Mädchen in der SMASH-Erhebung von 1993 berichteten häufiger als nicht betroffene über Nervosität, Depressivität, suizidale Gedanken, ein negatives Körperbild, familiäre Probleme, Schulschwierigkeiten und Suchtmittelkonsum (Tschumper, Narring, Meier, & Michaud, 1998). Diese Befunde entsprechen den Resultaten ähnlicher Studien in anderen Ländern (Chandy, Blum, & Resnick, 1996; Edgardh & Ormstad, 2000; Garnefski & Arends, 1998).

In der SMASH-Studie wurde folgende Definition des sexuellen Übergriffs verwendet : « Ein sexueller Übergriff oder ein sexueller Missbrauch liegt vor, wenn jemand aus Ihrer Familie oder jemand anderes Sie an einer Körperstelle berührt, an der Sie nicht berührt werden wollen, oder wenn jemand etwas Sexuelles mit Ihnen tut, das sie aber nicht wollen. » Diese Definition stammt aus dem Minnesota Youth Health Survey (Chandy et al., 1996). Sie ist eher offen und kann Übergriffsformen mit und ohne körperlichen Kontakt beinhalten. Weil Übergriffe ohne Körperkontakt (z.B. verbale Übergriffe, Exhibitionismus) nicht explizit erwähnt sind, ist aber damit zu rechnen, dass solche Formen unvollständig erfasst werden. Diese Vermutung wird bestätigt durch Vergleiche mit Studien, die explizit nach beiden Formen fragten (Halperin et al., 1996).

Insgesamt 14.4% der Mädchen und 1.7% der Jungen gaben in der vorliegenden Untersuchung an, einen sexuellen Übergriff erlebt zu haben. Die Verteilung nach Alter und Geschlecht ist in Abbildung 3.6-4 dargestellt.

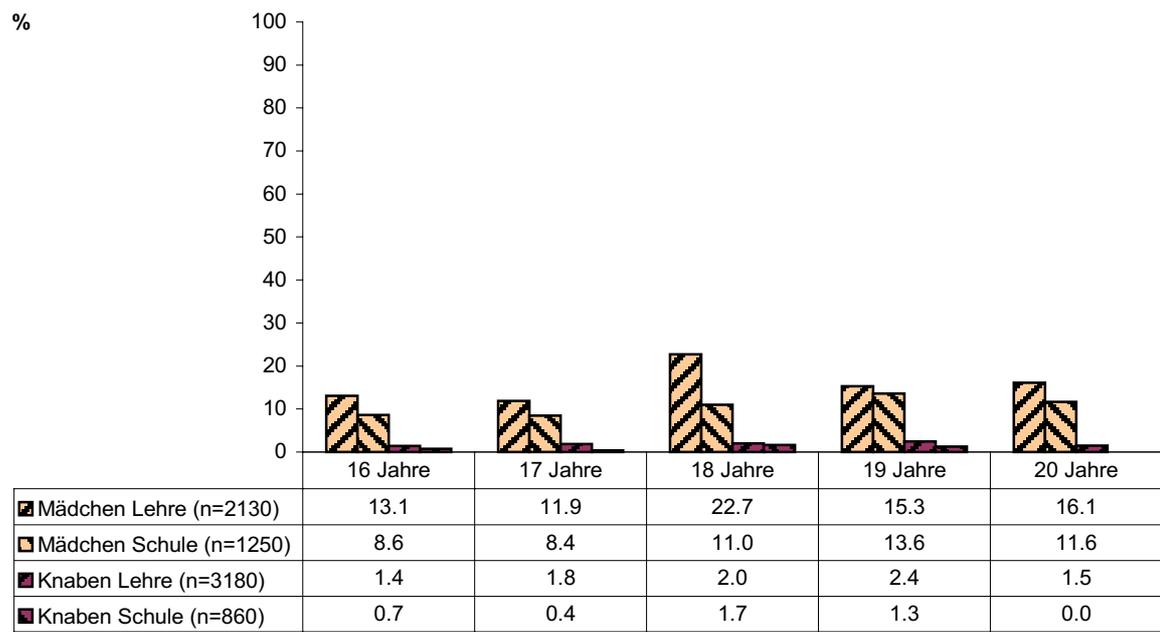


Abbildung 3.6-4 Prozentanteile der Jugendlichen, die angaben, Opfer eines sexuellen Übergriffs gewesen zu sein, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F74)

Die Zahlen und der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen liegen im Bereich der Resultate anderer Studien (Finkelhor, 1994; Edgardh, & Ormstad, 2000). Es ist jedoch grundsätzlich davon auszugehen, dass die tatsächliche Häufigkeit sexueller Übergriffe in einer Befragung eher unterschätzt wird. Zum einen erleben viele Opfer Lebensphasen, wo sie sich nicht mehr an das Ereignis erinnern (Epstein, & Bottoms, 1998). Zum anderen kann es für Betroffene schwierig sein, auf dem Fragebogen eine solche Erfahrung anzugeben. Das zeigen unter anderem einzelne Rückmeldungen von betroffenen Jugendliche zur SMASH 2002-Befragung: sie schilderten, wie viel Überwindung es sie gekostet hat, den erlebten sexuellen Übergriff tatsächlich anzugeben.

Gegenüber der letzten SMASH-Studie von 1993 gaben etwas weniger Jugendliche an, schon einmal einen sexuellen Übergriff erlebt zu haben. Damals waren es 18.6% der Mädchen und 3.9% der Jungen. Auch in einer Genfer Studie bei Jugendlichen im 9. Schuljahr 1994-95 lagen die Anteile der Betroffenen höher und eher im Bereich der Resultate von SMASH 1993. 19% der Mädchen und 3.5% der Jungen gaben dort einen Übergriff mit Körperkontakt an (Halperin et al., 1996). Ob der vorliegende Befund einer tatsächlichen Abnahme der sexuellen Übergriffe an Kindern und Jugendlichen entspricht, muss im Augenblick offen bleiben. Erst wenn weitere Studien eine Abnahme bestätigen würden, gäbe es Anlass zu Hoffnung. Bisher liegt ein entsprechender Befund zur Entwicklung über die Jahre 1990-1999 lediglich aus den USA vor. Dort nahmen die Fälle von sexueller Gewalt, die an Kinderschutzbehörden gemeldet wurden, in dieser Zeitspanne erheblich ab (Jones, Finkelhor, & Kopiec, 2001). Aber auch dieser Befund könnte durch andere Faktoren beeinflusst sein und erfordert erst noch Bestätigung durch andere Datenerhebungen.

71.8% der betroffenen Mädchen und 58% der betroffenen Jungen konnten mit jemandem über ihr Erlebnis sprechen. Dies entspricht den Zahlen von SMASH 1993. Jungen scheinen es schwerer zu haben, mit jemandem über ein solches Erlebnis zu sprechen. Dafür können verschiedene Gründe eine Rolle spielen. Unter anderem ist aber die Frage zu stellen, ob die Beratungsangebote für betroffene Jungen genügen und genügend bekannt sind.

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

Bezüglich Alter beim ersten Übergriff zeigt sich bei den Mädchen die Verteilung in Abbildung 3.6-5.

Mädchen (n=488)

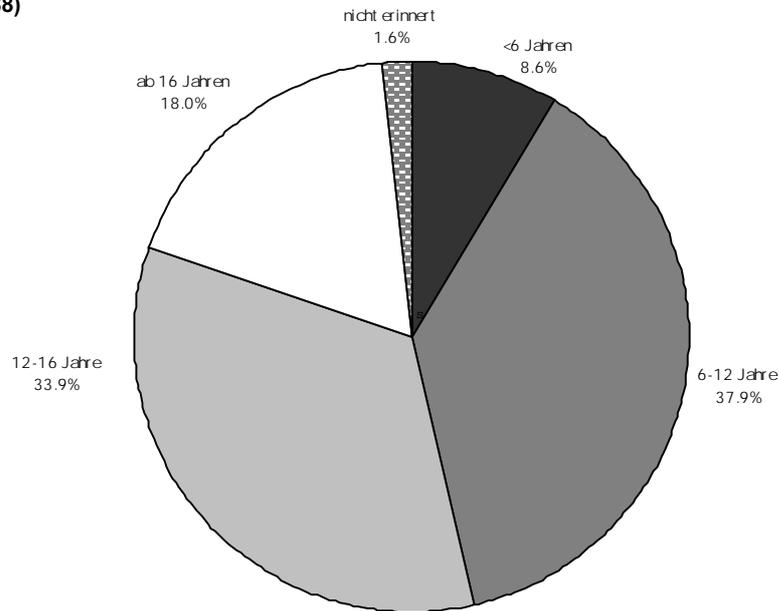


Abbildung 3.6-5 Prozentanteile der betroffenen Mädchen, die den ersten sexuellen Übergriff nach eigenen Angaben in den verschiedenen Altersstufen erlebt haben (SMASH 2002, F74)

Bei den Jungen sind die Zahlen zu klein, um eine zuverlässige Aussage zur Verteilung des Alters beim ersten Übergriff machen zu können. Wichtig aus Sicht der Prävention ist, dass ein erheblicher Teil der betroffenen Mädchen den ersten sexuellen Übergriff in der Adoleszenz erlebt hat. Es ist damit zu rechnen, dass in dieser Gruppe von Betroffenen Übergriffe durch gleichaltrige Jungen im Rahmen von Liebesbeziehungen eine grosse Rolle spielen (Pedersen & Aas, 1995; Ackard & Neumark-Sztainer, 2002).

Angesichts der Tatsache, dass immerhin eines von sieben Mädchen angab, Opfer eines sexuellen Übergriffs gewesen zu sein und im Hinblick auf die potentiell schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen einer solchen Erfahrung ist es dringend, weiter nach Verbesserungen bei der fachlichen Begleitung und Betreuung von Opfern zu suchen. Andererseits gilt es, die in den 90er-Jahren intensivierten Präventionsanstrengungen unbedingt weiterzuführen. In der Sexualerziehung sollte zudem vermehrt auch die Problematik von sexuellen Übergriffen im Rahmen von Liebesbeziehungen thematisiert werden.

3.6.2.3 Gewalt im Internet

Mit der zunehmenden Popularität und Verwendung des Internets bei Kindern und Jugendlichen sind diese auch mit den Gefahren dieses Mediums konfrontiert. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Jugendlichen dazu befragt, welchen Formen von Gewalt sie im Internet schon einmal begegnet sind (Tabelle 3.6-5).

<i>Sind Sie im Internet ohne es zu wollen, schon konfrontiert worden ...</i>	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
... mit Pornographie	30.6	58.1	45.6
... mit rassistischen Inhalten	13.8	20.6	17.5
... mit Inhalten, die zu Hass und Gewalt aufriefen	12.0	20.9	16.9

Tabelle 3.6-5 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Internet mindestens einmal verschiedenen Formen von Gewalt begegnet zu sein, nach Geschlecht (SMASH 2002, F89)**

Nicht ganz die Hälfte der befragten Jugendlichen sagen, dass sie beim Surfen im Internet ohne es zu wollen, schon einmal mit Pornographie konfrontiert worden sind. Zu einem geringeren Anteil sind die 16- bis 20-Jährigen auch schon rassistischen Inhalten (17.5%) oder / und solchen, die zu Hass und Gewalt (16.9%) aufriefen begegnet. Der Prozentanteil Jugendlicher, die nach eigenen Aussagen, unbeabsichtigt mit Pornographie konfrontiert wurden, ist also sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen deutlich höher als der Anteil der Jugendlichen, die Pornographie bewusst gesucht haben, ca. ein Drittel der Jungen und wenige Procente der Mädchen (s. Kap. 3.4.7). Möglicherweise werden Jugendliche auch auf der Suche nach Informationen über Sexualität eher mit pornographischen Darstellungen konfrontiert. Dies ist bedauernd, aber kaum zu vermeiden. Hier hilft nur das frühe Lernen eines kritischen Gebrauchs des Internets.

In Tabelle 3.6-5 ist ersichtlich, dass mehr Jungen im Internet mit Gewalt konfrontiert wurden. Obwohl Mädchen und Jungen zu gleichen Anteilen (je mehr als 80%) angaben, im vergangenen Monat im Internet gewesen zu sein, zeigen sich doch geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Frequenz und Umfang der Internetbesuche (vgl. dazu Kap. 3.4.7). Männliche Jugendliche benutzten das Internet nicht nur öfter, sondern häufiger auch länger.

Diese Tatsache dürfte mitunter ein Grund sein, warum Jungen signifikant öfter im Internet mit unerwünschten Inhalten konfrontiert waren (Abbildung 3.6-6). Ausserdem ist es denkbar, dass Jungen im Internet explorativer surfen als Mädchen und somit auf viele Seiten gelangen, die sie nicht absichtlich gesucht hatten.

Dies könnte auch den ebenfalls verzeichneten Ausbildungstyp bezogenen Unterschied erklären: Schüler und Schülerinnen waren je häufiger mit Pornographie konfrontiert als ihre Geschlechtsgenossen in der Lehre. Tatsächlich sind Schüler/innen im Vergleich zu den Lehrlingen auch länger im Netz (vgl. Kap. 3.4.7).

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

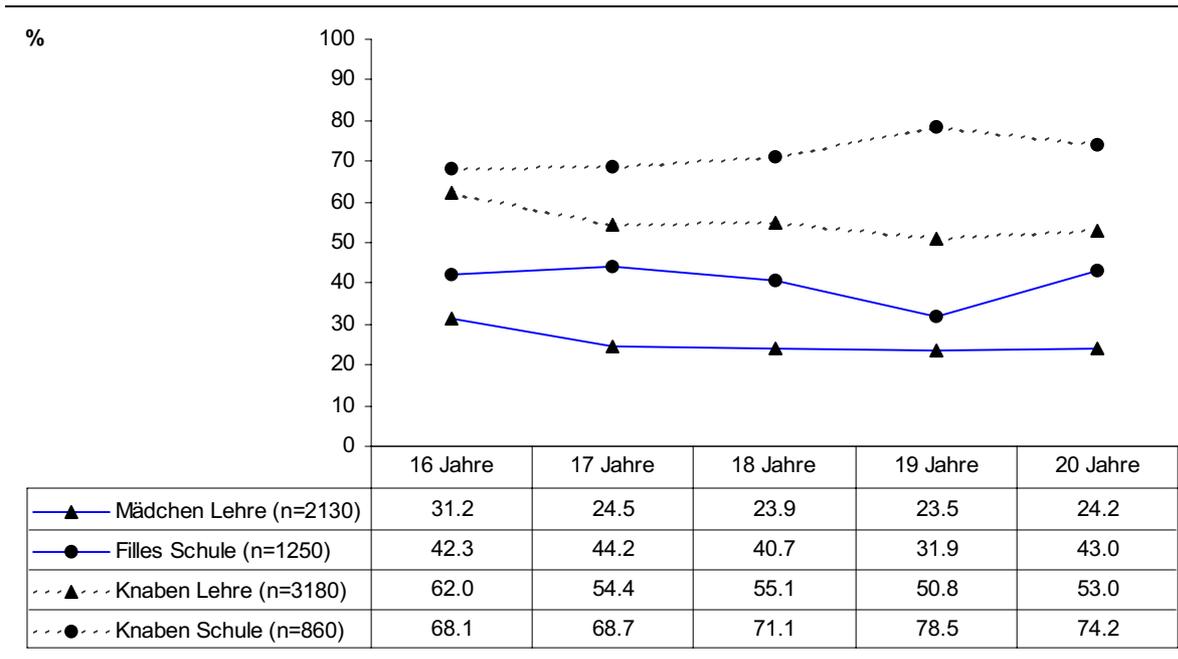


Abbildung 3.6-6 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens schon einmal im Internet mit Pornographie konfrontiert worden zu sein, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F89)

3.6.3 Suizidverhalten

Unter dem Ausdruck „Suizidverhalten“ werden alle Gedanken, Absichten und Verhaltensweisen verstanden, die im Zusammenhang mit Selbstmordversuchen und mit vollzogenem Selbstmord stehen (Tabelle 3.6-6). Sie stellen sowohl in Europa wie auch in der Schweiz ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit dar (Bille-Brahe, 1995; Rey, Michaud, & Ferron, 1997; Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998). Abgesehen von der Tatsache, dass der Suizid die zweit häufigste Todesursache bei Jugendlichen darstellt und dass die Suizidrate in unserem Land seit 30 Jahren nicht abgenommen hat (Schlueter, Narring, Münch, & Michaud, 2003), bedeuten die Selbstmordversuche eine Quelle des Leidens und stellen sowohl Grund zur Hospitalisierung als auch intensiver psychiatrischer Pflege dar (Hawton et al., 1998; Séguin, 1999; Shaffer & Piacentini, 1994; Spirito, 1989). Verschiedene Studien zeigen, dass nur eine begrenzte Anzahl der Selbstmordversuche durch das Gesundheitssystem erkannt werden (Ladame, Ottino, & Pawlak, 1995; Rey Gex et al., 1998), dies obwohl es scheint, dass eine der besten Suizidpräventionen die Erkennung und die Betreuung der Jugendlichen ist, die schwerwiegende Selbstmordabsichten haben oder bereits einen Selbstmordversuch begangen haben (Shaffer & Craft, 1999). Um sich der Arbeit, die es noch zu erfüllen gilt, bewusst zu werden, ist es von Nutzen – in einer repräsentativen Stichprobe von Jugendlichen – die Prävalenz der Selbstmordabsichten und von suizidalem Verhalten zu evaluieren.

Die Tabelle 3.6-6 gibt Antworten auf die Frage bezüglich aller suizidalen Verhaltensweisen. Das Auftreten von Suizidgedanken im Verlauf des Jugendalters ist relativ häufig und erfordert nicht zwangsläufig die Einführung bestimmter Massnahmen. Im Gegensatz dazu ist eine Absicht, die bis zur Erarbeitung eines Plans oder einer Methode führt, bereits ein schwerwiegendes Zeichen, welches alle Erwachsenen, die mit einer solchen Situation konfrontiert sind, alarmieren sollte : es ist erschreckend festzustellen, dass sich nahezu jedes fünfte Mädchen und jeder fünfte Junge bereits einmal in einer solchen Situation befand. Ausserdem gab ein bedeutsamer Anteil der Jugendlichen an, dass sie sich umgebracht hätten, „wenn sie die Möglichkeit dazu gehabt hätten“. Der prozentuale Anteil der Befragten, die zugaben, einen Selbstmordversuch, entweder im Laufe ihres Lebens oder während des

letzten Jahres begangen zu haben, ist beträchtlich und eher höher als in andern Ländern (Garrison, Jackson, Addy, McKeown, & Waller, 1991 ; Kienhorst et al., 1990).

	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040
In den vergangenen 12 Monaten : Haben Sie an Selbstmord gedacht ?	21.4	15.4
Gab es Momente, in denen Sie Selbstmord begehen wollten ?	16.7	9.8
Hätten Sie Selbstmord begangen, wenn sich die Gelegenheit dazu geboten hätte ?	4.9	3.2
Haben Sie darüber nachgedacht, mit welcher Methode Sie sich hätten umbringen können ?	22.4	17.9
Haben Sie einen Suizidversuch gemacht ?	3.4	1.6
Im Laufe Ihres Lebens : Haben Sie einen Selbstmordversuch gemacht ?	8.2	3.2

Tabelle 3.6-6 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten an Suizid gedacht oder gar einen Suizidversuch gemacht zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F46, F47)**

Die Abbildung 3.6-7 zeigt - nach Geschlecht und Berufstyp getrennt – den prozentualen Anteil der Jugendlichen, die angaben mindestens einen Selbstmordversuch im Laufe ihres Lebens begangen zu haben. Diese Prozentangaben unterscheiden sich nicht von jenen von 1993. Lehrlinge weiblichen Geschlechts weisen eine höhere Rate an Selbstmordversuchen auf als Schülerinnen und Jungen im Allgemeinen. Es sollte daran erinnert werden, dass eine Studie, welche vor einigen Jahren mit Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren, die ihre Ausbildung abgebrochen hatten, durchgeführt wurde, zeigte, dass der Anteil der Selbstmordversuche bedeutend höher lag. Bei jener Untersuchung gaben 34% der Mädchen und 17% der befragten Jungen zu, einen Selbstmordversuch im Jahre vor der Studie begangen zu haben (Delbos-Piot, Narring, & Michaud, 1995). Es sollte deshalb bedacht werden, dass die prozentualen Anteile, die aus der SMASH-Studie hervorgehen (wie dies auch für andere Problembereiche der Fall ist) das Ausmass des Phänomens in bestimmten Populationen gefährdeter Jugendlicher unterschätzen.

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

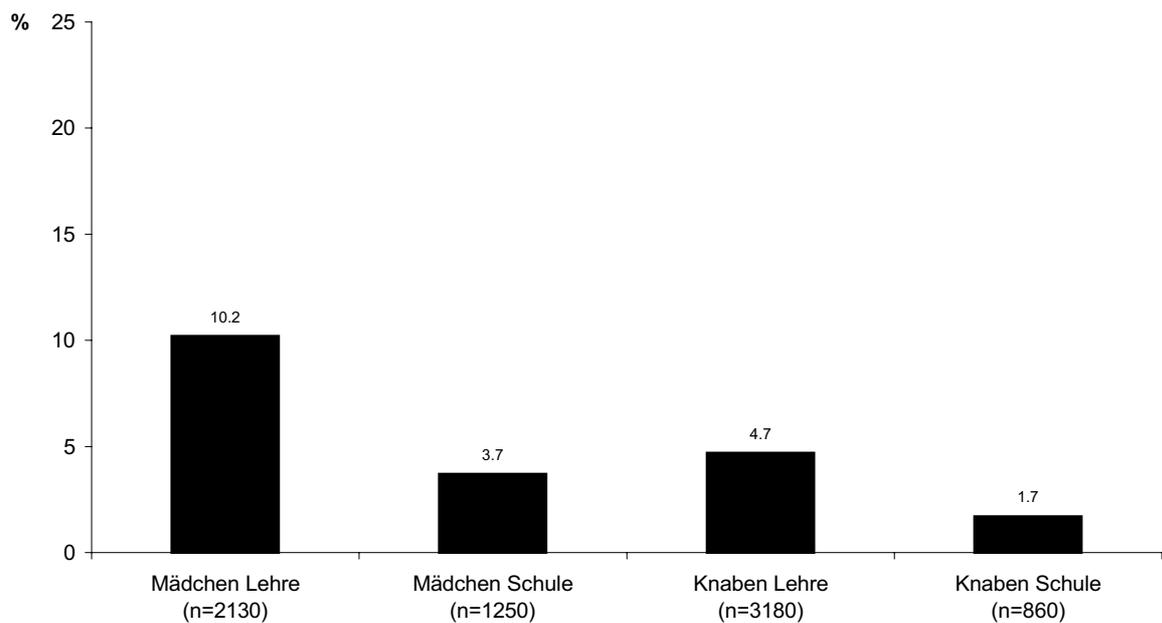


Abbildung 3.6-7 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Verlauf ihres Lebens mindestens einen Suizidversuch begangen zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F47)

Einige der Jugendlichen begingen bereits mehrere Selbstmordversuche im Laufe ihres Lebens: der Anteil derjenigen, die angaben, mindestens einen Selbstmordversuch im Laufe ihres Lebens begangen zu haben, ist bei den Lehrlingen besonders hoch (Mädchen: 42%; Jungen: 45%) und bei Schülern bedeutend niedriger, vor allem bei Schülern männlichen Geschlechts (jeweils 38% und 20%). Im Wissen, dass die Wiederholung suizidaler Handlungen einer der wichtigsten Prädiktoren zur Vorhersage eines (vollzogenen) Selbstmordes ist (Granboulan, Roudot-Thoraval, Lemerle, & Alvin, 2001; Hulten et al., 2001), sind die hohen Prozentanteile bei den Jugendlichen in der SMASH 2002-Studie erschreckend.

	Mädchen (%) n = 280	Jungen (%) n = 148
Kollege(n), Kollegin(nen)	63.0	54.7
Freund/in (Partner/in)	54.5	52.2
Eltern	49.7	39.2
Brüde / Schwestern	36.9	30.4
Heimerzieher/in	3.9	9.2
Lehrkräfte	9.3	12.2

Tabelle 3.6-7 Prozentanteile der Jugendlichen, die berichten, welche Personen ihrer Umgebung von ihrem im vergangenen Jahr begangenen Suizidversuch Kenntnis genommen haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F47)

Der Tabelle 3.6-7 sind die verschiedenen Personen zu entnehmen, denen die Jugendlichen von ihren suizidalen Handlungen berichteten. Zunächst ist zu erwähnen, dass nur 34% der Mädchen und 29% der Jungen überhaupt jemandem etwas über ihre Selbstmordversuche berichteten. Mit andern Worten bleibt die Mehrzahl der von Jugendlichen durchgeführten Selbstmordversuche vor deren Kollegen/Kolleginnen, vor ihren Eltern und vor anderen Erwachsenen in ihrer Umgebung verborgen. Etwas mehr als die Hälfte der Jugendlichen hat sich jemandem aus ihrem sozialen Umfeld anvertraut. Von jenen Jugendlichen, die mit jemandem über ihren Selbstmordversuch sprechen konnten, nannte nur eine Minderheit ihre Eltern als Ansprechpartner. Diese Tatsache kann vielleicht damit erklärt werden, dass die familiären Beziehungen der suizidalen Jugendlichen eher schlecht sind oder dass sich die Jugendlichen für ihre Handlungen vor ihren Eltern schämen.

Wie hoch ist der Anteil der suizidalen Jugendlichen, die medizinische oder psychologische Hilfe erhalten? Von den 10% der Jugendlichen, die im letzten Jahr aus verschiedensten Gründen hospitalisiert wurden, gaben 0.6% der Mädchen und 0.2% der Jungen aller befragten Jugendlichen an, wegen eines Selbstmordversuches ins Spital gekommen zu sein (Abbildung 3.7-3). Mit anderen Worten gaben 16.4% der Mädchen und 6.2% der Jungen, die über einen Suizidversuch in den letzten 12 Monaten berichtet hatten, an, sie seien deswegen hospitalisiert worden. Obwohl viele Spezialisten eine systematische Krankenhauseinweisung für alle Selbstmordversuche fordern, zeigt sich hier ein bedeutender Unterschied zwischen dem prozentualen Anteil der Selbstmordversuche der Jugendlichen und dem Anteil jener, die in der Folge in ein Krankenhaus überwiesen wurden. Der Anteil der Jugendlichen, die dieses Thema mit einem Arzt / einer Ärztin (Mädchen : 7.8% ; Jungen : 3%) oder mit einem Psychologen/ einer Psychologin (Mädchen : 27% ; Jungen : 4.5%) besprechen konnten, ist auf dem Hintergrund der hohen Zahl der Betroffenen ebenfalls sehr niedrig (Tabelle 3.7-4). Es wäre wünschenswert, diese Zahl zu erhöhen, weil man weiss, dass bereits eine systematische Befragung hinsichtlich der mentalen Gesundheit und der Suizidideen der Jugendlichen durch professionelles Personal, eine mögliche und nicht zu unterschätzende präventive Massnahme darstellen kann (Hamilton, 2000; Shaffer & Craft, 1999).

Zusammenfassend zeigt sich, dass Suizid – vor allem in der Schweiz – ein Thema höchster Priorität der öffentlichen Gesundheit bleibt. In einigen Ländern wurden bereits Präventionsprojekte in diesem Bereich lanciert, die sich entweder direkt an die Jugendlichen oder an die gesamte Bevölkerung richten (Cotgrove, Zirinsky, Black, & Weston, 1995; HRSA., 2002; Taylor, Kingdom, & Jenkins, 1997). Ausser einigen vereinzelt Initiativen, vor allem in den Kantonen Genf und Tessin (Ferron & Michaud, 1998; Michaud, 2000) gibt es bei uns noch keine Projekte zur Suizidprävention und es ist daher dringend notwendig, dass Verantwortliche des Gesundheitswesens und der Politik das Ausmass dieses Phänomens erkennen und adäquate Lösungen, vor allem bezüglich einer effizienteren Erkennung und einer systematischeren Betreuung Jugendlicher mit schwerwiegenden Selbstmordabsichten oder mit bereits durchgeführten Selbstmordversuchen, ermöglichen. In diesem Sinne begrüssen wir die in unserem Land kürzlich erfolgte Gründung eines Vereins zur Prävention von Suizid (Ipsilon, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz, www.ipsilon.ch).

3.6.4 Abweichendes / delinquentes Verhalten

Die Häufigkeit illegalen Verhaltens ist während der Adoleszenz im Vergleich zu anderen Lebensphasen so hoch, dass es von einigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als normaler Bestandteil des Jugendalters betrachtet wird (Elliott, Ageton, Huizinga, Knowles, & Canter, 1983). Allerdings ziehen Flammer und Alsaker (2002) aufgrund des heutigen Stands der Forschung die Schlussfolgerung, dass antisoziales Verhalten von der Kindheit zur Adoleszenz (intraindividuell) zwar zunimmt, jedoch nicht normativ geworden ist.

Moffitt (1993) unterscheidet zwischen Jugendlichen, die seit der Kindheit antisoziales Verhalten gezeigt haben und Jugendlichen, die solches Verhalten nur in der Adoleszenz (sog. « Adoleszenz begrenzte Delinquenz ») aufweisen. Gemäss Moffitt (ebd.) versuchen sich Adoleszente durch normbrechendes oder sogar delinquentes Verhalten den Erwachsenenstatus zu verschaffen. « Adoleszenz begrenzte Delinquenz » zeichnet sich als ein vorübergehendes Phänomen aus, welches in der frühen Adoleszenz beginnt und sich zu Beginn des jungen Erwachsenenalters wieder verliert. Weitere Untersuchungen weisen aber darauf hin, dass dieser Typ der Delinquenz vielleicht doch nicht auf die Adoleszenz begrenzt ist und Spuren in späteren Lebensabschnitten hinterlässt (Nagin, Farrington, & Moffitt, 1995).

Verbotenes reizt viele Menschen und speziell Jugendliche in Zeiten, in denen sie sich von Autoritäten abzugrenzen versuchen. Silbereisen und Noack (1988) betrachten solches Verhalten als ein möglicher Versuch, den Übergang zum Erwachsenenalter demonstrativ zu beschleunigen, wenn keine anderen Möglichkeiten bestehen, zu Privilegien der Erwachsenen zu kommen.

Die Jugendlichen wurden gebeten, anzugeben, ob und wie häufig sie in den vergangenen 12 Monaten eine Reihe von Normbrüchen bzw. delinquenten Handlungen begangen hatten. Der Selbstbericht von delinquenten Taten ist eine bewährte Methode, die allgemein gute Validität aufzeigt (Aebi, 1999; Haas, 2001; Klein, 1989; Loeber, Stouthamer-Loeber, & van Kammen, 1989). Wie weit delinquentes Verhalten bei den in der vorliegenden Studie befragten Jugendlichen verbreitet ist, dokumentiert nachfolgende Tabelle 3.6-8.

Was haben Sie selbst in den letzten 12 Monaten getan ?	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040	Total (%) n = 7420
Absichtlich etwas zerstört, das nicht Ihnen gehört (Telefonkabine, Strassenlaterne, Auto, Abschränkung, Kinossessel, etc.)	4.9	23.8	15.2
Etwas gestohlen oder einfach mitgenommen	15.0	26.6	21.3
Einen Erwachsenen angegriffen	2.2	9.5	6.2
Etwas angezündet	1.4	10.3	6.3
Jemandem die Tasche, das Portemonnaie oder das Natel entrissen oder entwendet	.5	2.3	1.5
Eine Waffe getragen	6.0	18.7	12.9
Bei einer Schlägerei eine Waffe gebraucht	.8	5.7	3.4
Drogen verkauft (inkl. Cannabis)	6.9	20.7	14.4

Tabelle 3.6-8 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal verschiedene Delikte begangen zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F33)**

Aus der Tabelle 3.6-8 wird ersichtlich, dass die befragten männlichen Jugendlichen offenbar nicht nur häufiger Opfer von Gewalthandlungen sind (Kap. 3.6.2), sondern auch häufiger als die weiblichen Jugendlichen delinquentes Verhalten zeigen. Letzteres entspricht Befunden aus allen zugänglichen Studien in diesem Bereich.

Schaut man, wie viele verbotene Handlungen die Jugendlichen angaben, in den vergangenen 12 Monaten gemacht zu haben (Abbildung 3.6-8), so sieht man, dass 60% der Jugendlichen berichteten, keine, 29% ein oder zwei und 11% drei oder mehr Delikte begangen zu haben.

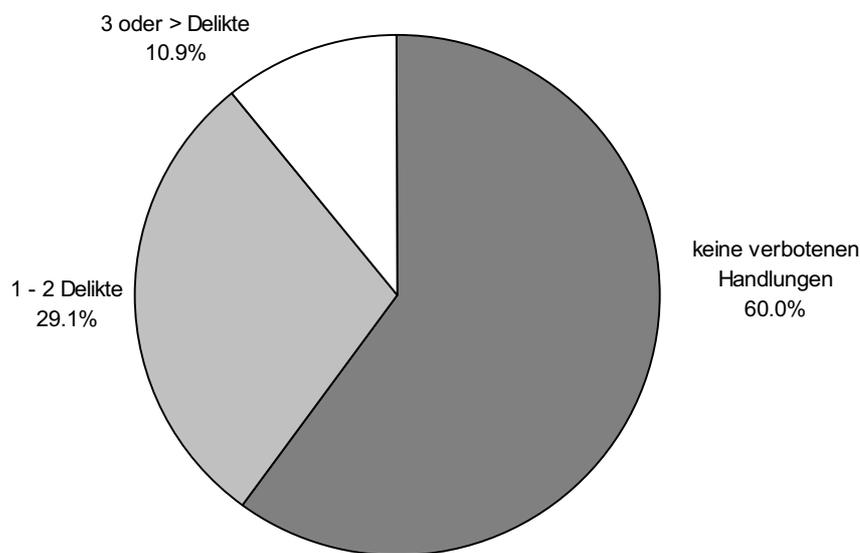


Abbildung 3.6-8 Prozentanteile der Jugendlichen (n=7420), die angeben, in den vergangenen 12 Monaten keine oder mehrere verbotene Handlungen begangen zu haben (SMASH 2002, F33)

Diese Ergebnisse zeigen eindeutig, dass delinquente Akte nicht die Norm sind, und dass ein geringer Anteil der Jugendlichen für viele der delinquenten Handlungen verantwortlich ist. Es sind diese 11%, die in den Medien leider zu oft als Repräsentanten der Jugendlichen im Allgemeinen vorgeführt werden. Allerdings zeigt der Anteil von 29% der Jugendlichen, welche ein oder zwei Delikte begangen haben, dass die Schwelle zur verbotenen Handlung für viele dennoch etwas tief ist. Unter den 29% der Jugendlichen können auch viele sein, die es als Mutprobe oder Experiment getan haben und es auch dabei lassen werden.

Nur zwei Fragen sind mit der SMASH-Befragung von 1993 vergleichbar: Vandalismusakte und Diebstähle. Da die beiden Stichproben jedoch nicht hundertprozentig vergleichbar sind, dürfen geringe Zu- oder Abnahmen in den Prozentanteilen nicht überinterpretiert werden.

Knapp ein Viertel der männlichen Jugendlichen haben in den vergangenen 12 Monaten mindestens ein- oder zweimal etwas absichtlich zerstört. Diese Prozentzahl entspricht in etwa derjenigen aus dem Jahr 1993 (damals waren es 20%). Die Prozentzahl bei den Mädchen ist dafür gering tiefer als 1993 (damals waren es 7%).

Betrachtet man genauer, in welchem Ausmass die befragten Jugendlichen etwas absichtlich beschädigt haben, das ihnen nicht gehört, so sieht man, dass sich die Befragten nicht nur hinsichtlich ihres

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

Geschlechts, sondern auch hinsichtlich ihres Alters und des Ausbildungstyps (Lehre / Schule) bedeutsam unterscheiden (Abbildung 3.6-9).

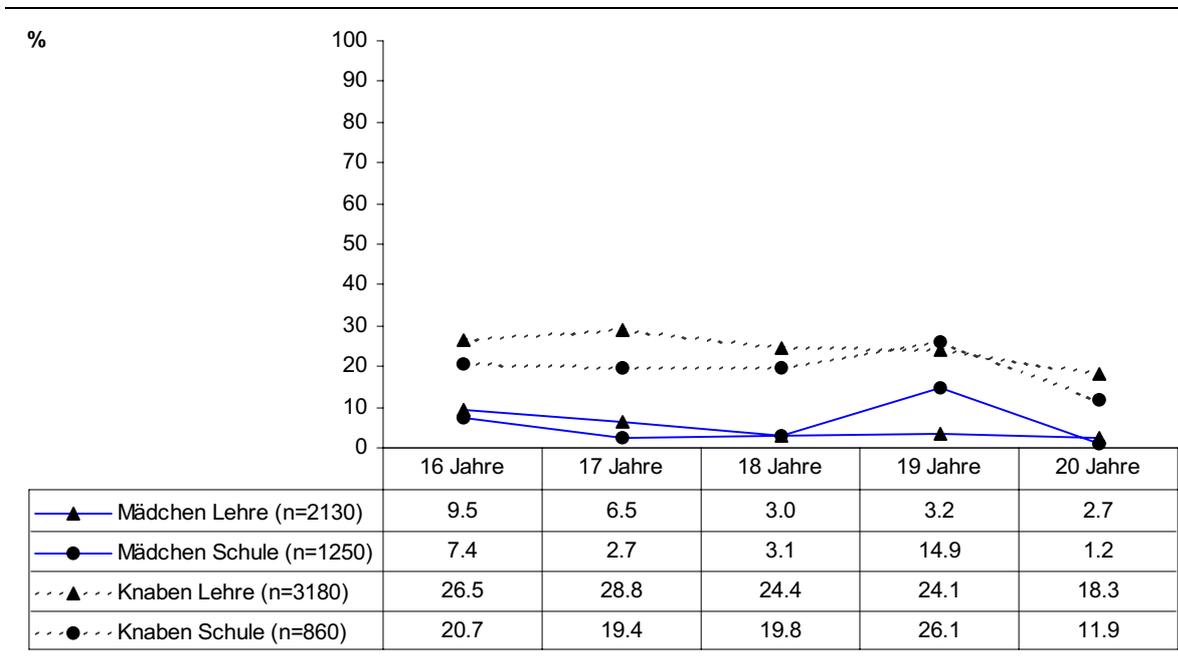


Abbildung 3.6-9 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im vergangenen Jahr (mindestens 1-2x) etwas absichtlich beschädigt zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F33)

Die 16-, 17-, 18- und 19-Jährigen unterscheiden sich signifikant von den 20-Jährigen und zwar so, dass die ältesten Jugendlichen insgesamt weniger angeben, etwas absichtlich zerstört zu haben als dies die übrigen Altersgruppen taten. Die jüngeren Altersgruppen unterscheiden sich diesbezüglich jedoch nicht. Ausserdem haben die Lehrlinge insgesamt häufiger berichtet, etwas willentlich kaputt gemacht zu haben als dies die Schüler/innen taten.

Hinsichtlich des berichteten Diebstahls, so sieht man deutlich in Abbildung 3.6-10, kann man lediglich einen bedeutsamen Unterschied zwischen den Geschlechtern ausmachen: männliche Jugendliche gaben häufiger an, im vergangenen Jahr etwas gestohlen oder mitlaufen gelassen zu haben als dies weibliche Jugendliche angaben. Hinsichtlich Alter und Ausbildungstyp unterschieden sich die Jugendlichen nicht voneinander.

Vergleicht man die SMASH-Studie von 1993 mit derjenigen von heute, so sieht man, dass Diebstähle deutlich zugenommen haben: 1993 gaben 9% der Mädchen und 16% der Jungen an, etwas gestohlen zu haben, während dies heute 15% resp. 26.6% sind.

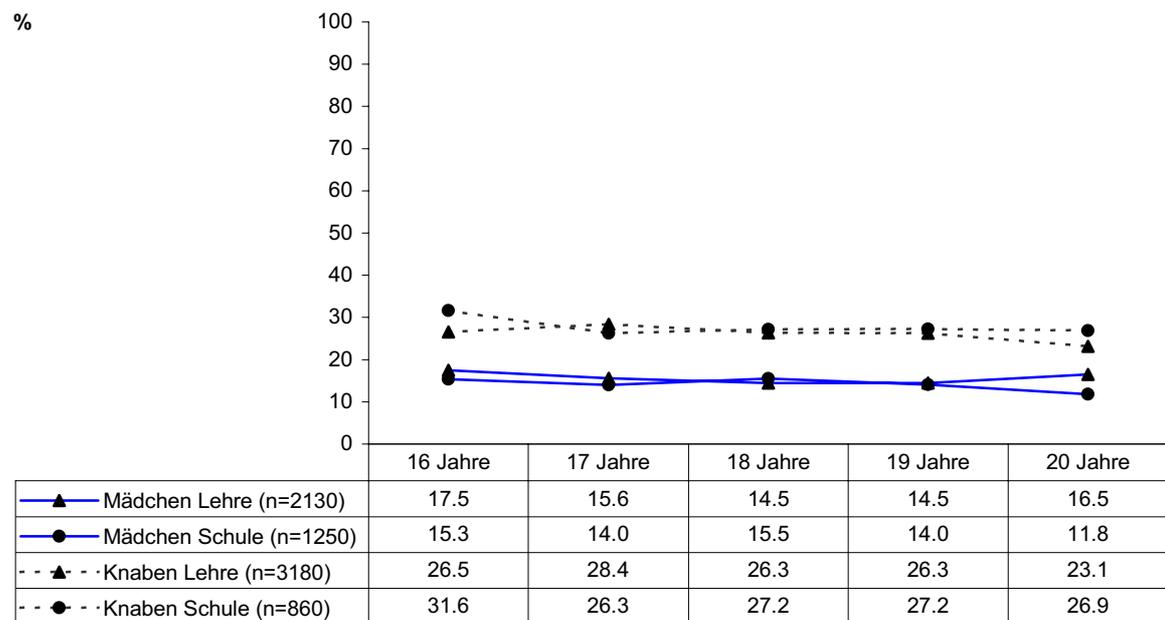


Abbildung 3.6-10 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im vergangenen Jahr (mindestens 1-2x) etwas gestohlen zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F33)

Die Antworten der Jugendlichen zeigen weiter, dass ungefähr jeder fünfte Jugendliche eine Waffe bei sich gehabt hat. Dies ist an sich eine hohe Zahl, denn eine Waffe birgt immer ein sehr grosses Risiko für schwerwiegende kriminelle – wenn möglicherweise auch nicht als solche beabsichtigte – Handlungen. Beinahe 6% der männlichen Jugendlichen gaben ausserdem an, bei einer Schlägerei eine Waffe bereits verwendet zu haben. Dass solche Handlungen, sowohl ein anderes Leben als auch ihr eigenes drastisch verändern könnten, ist möglicherweise den meisten dieser Jugendlichen nicht so eindeutig bewusst, wie es zu wünschen wäre. Interessanterweise scheinen Waffen weder als Kompensation für eine schwächere Körperkonstitution getragen zu werden, noch scheinen sie einen wirksamen Schutz gegen Gewalttaten zu bieten. Bewaffnete Jugendliche sind oft die kräftigsten Jugendlichen und scheinen öfter auch als nicht-bewaffnete Jugendliche Opfer von Gewalttaten zu werden (Killias & Rabasa, 1997).

Ein Fünftel der männlichen Jugendlichen haben im vergangenen Jahr mindestens ein- bis zweimal Drogen (inkl. Cannabis) verkauft (Tabelle 3.6-8), bei den Mädchen waren es im Vergleich lediglich 6.9%. Nebst diesem signifikanten Geschlechtseffekt ist auch ein Ausbildungstyp bezogener Unterschied zu verzeichnen (Abbildung 3.6-11): Lehrlinge gaben insgesamt öfter an, Drogen verkauft zu haben als dies die Schüler/innen taten. Hinsichtlich Alter unterschieden sich die Personen, die berichteten, Drogen verkauft zu haben, nicht.

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

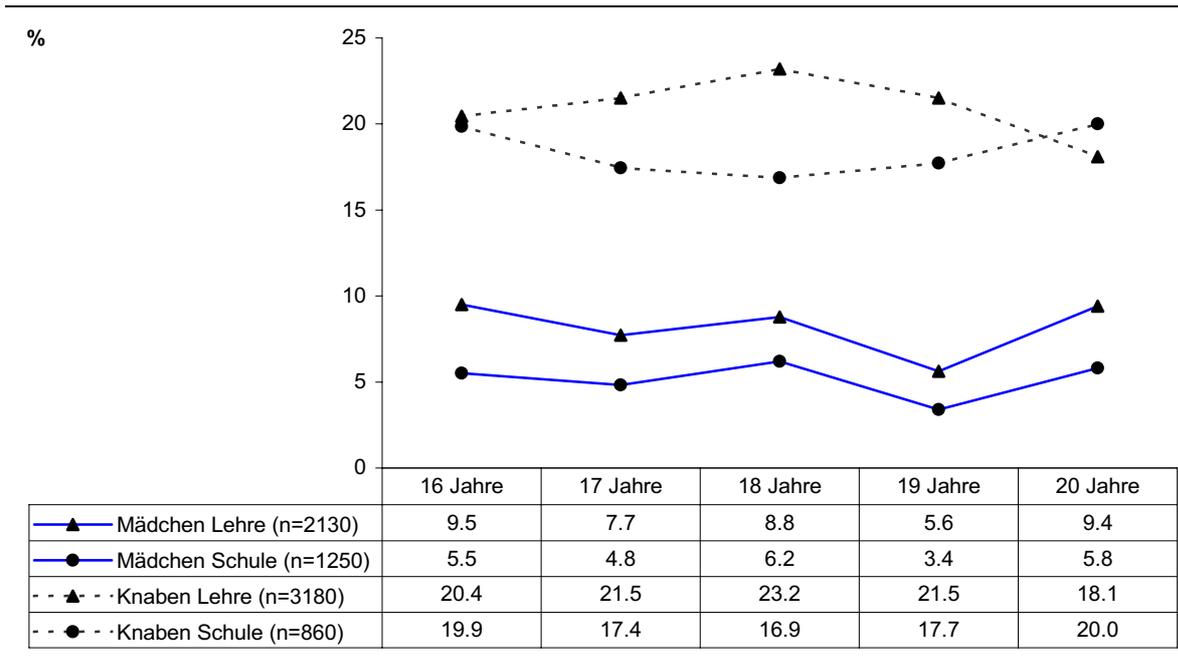


Abbildung 3.6-11 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im vergangenen Jahr (mindestens 1-2x) Drogen (inkl. Cannabis) verkauft zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F33)

Die hohe Zahl von Jugendlichen, die angibt, einen gelegentlich, moderaten Cannabis-Konsum zu pflegen (Kap. 3.4.4), lässt vermuten, dass es sich bei dem Drogenverkauf fast ausschliesslich um den Weiterverkauf von Cannabis handelt. Das heisst, es ist anzunehmen, dass ein Bruchteil der Jugendlichen, die selbst Cannabis konsumieren, einen Teil der für sich selbst erstandenen Drogen, an Kollegen und Kolleginnen weiter verkauft. In dem Sinne dürfte es sich nicht um ein „Dealen“ handeln, wie das im Zusammenhang mit harten Drogen bekannt ist.

Aus unseren Ergebnissen können wir zuerst einmal die gute Nachricht lesen : Delinquenz ist nicht normativ. Die Mehrzahl der Jugendlichen hat in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung keine einzige delinquente Tat begangen. Dennoch sind gewisse Prozentzahlen ernst zu nehmen. Dies sind insbesondere die Häufigkeiten der Diebstähle und des Tragens einer Waffe. Wie bereits aus der Literatur bekannt, ist eine geringe Anzahl Jugendlicher (hier 11%) für einen grossen Anteil der delinquenten Handlungen verantwortlich. In weiteren Analysen muss geklärt werden, inwiefern dieselben Jugendlichen für solche delinquente Akte und Gewaltakte verantwortlich sind, ob sie selbst z.B. auch viktimisiert sind etc. Der heutige Stand der Forschung ist aber eindeutig : die Grundlage für eine gravierende und dauerhafte delinquente Laufbahn wird meistens in der Kindheit gelegt. Die Interaktion zwischen biologischen Faktoren (bestimmte Störungen) und dem sozialen Umfeld ist dabei zentral (Flammer & Alsaker, 2002; Haas, 2001, Loeber & Hay, 1997). Das antisoziale Verhalten wirkt meistens selbstverstärkend, deshalb muss die Prävention so früh wie möglich anfangen, das heisst für einige in der Kindheit und für andere in der frühen Adoleszenz.

Literaturverzeichnis

- Ackard D, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect* 2002;26:455-473.
- Aebi MF. La validité des indicateurs de la criminalité. Thèse de doctorat, Université de Lausanne ; 1999.
- Alsaker FD. Quälgeister und ihre Opfer. Mobbing unter Kindern – und wie man damit umgeht. Bern: Huber Verlag; 2003.
- Alsaker FD, Brunner A. Switzerland. In PK Smith, K Morita, J Junger-Tas, D Olweus, R Catalano, P Slee (Eds). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London: Routledge; 1999:250-263.
- Alsaker FD, Olweus D. Stability and change in global self-esteem and self-related affect. In TM Brinthaup, RP Lipka (Eds). *Understanding early adolescent self and identity: Applications and interventions*. Albany, NY: State University of New York Press; 2002: 193-223.
- Assailly JP. La mortalité des jeunes. Paris: Presses Universitaires de France; 2001.
- Bergman A, Rivara F. Sweden's experience in reducing childhood injuries. *Pediatrics* 1991;88:69-74.
- Bille-Brahe U, Schmidtke A. Conduites suicidaires des adolescents, la situation en Europe. In FO Ladame, J Pawlak (Eds). *Adolescence et suicide*. Paris: Masson; 1995:18-38.
- Blum RW. Global trends in adolescent health. *Journal of American Medical Association* 1991;265:2711-2719.
- Chandy C, Blum RW, Resnick MD. Gender-specific outcomes of sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect* 1996;20:1219-1231.
- Christ R, Delhomme P, Kaba A, Mäkinen T, Sagberg F et al. GADGET - Guarding Automobile Drivers through Guidance Education and Technology. Final Report. Investigations on Influences upon Driver Behaviour -Safety Approaches in Comparison and Combination. Vienna; 1999.
- Cotgrove A, Zirinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence* 1995;18 :569-577.
- Delbos-Piot I, Narring F, Michaud P. La santé des jeunes hors du système de formation: comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande. *Santé publique* 1995;1 :59-72.
- Durkin MS, Laraque D, Lubman I, Barlow B. Epidemiology and prevention of traffic injuries to urban children and adolescents. *Pediatrics* 1999;103:e74.
- Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica* 2000;89:310-319.
- Elliott DS, Ageton SS, Huizinga D, Knowles BA, Canter RJ. *The prevalence and incidence of delinquent behavior: 1976-1980 (The National Youth Survey Report No. 26)*. Bolder, CO: Behavioral Research Institute; 1983.
- Epstein MA, Bottoms BL. Memories of childhood sexual abuse: a survey of young adults. *Child Abuse & Neglect* 1998;22:1217-1238.
- Evans L. Fatality risk reduction from safety belt use. *Journal of Trauma* 1987;27:746-9
- Ferron C, Michaud P. L'Unité de crise pour adolescents des HUG: évaluation de son fonctionnement après une année. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998.

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 1994;18:409-417.

Flammer A, Alsaker FD. *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz*. Bern: Huber; 2001.

Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence* 1998;21:99-107.

Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, McKeown RE, Waller JL. Suicidal behaviors in young adolescents. *American Journal of Epidemiology* 1991;133.

Granboulan V, Roudot-Thoraval F, Lemerle S, Alvin P. Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;104 :31-36.

Haas H. *Agressions et victimisations: une enquête sur les délinquants violents et sexuels non détectés. Enquêtes fédérales auprès de la jeunesse et des recrues ch-x. Série scientifique, volume 15*. Aarau: Verlag Sauerländer; 2001.

Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, Mounoud R-L, Pawlak CH, Laederach J, Rey Wicky H, Astie F. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *British Medical Journal* 1996;312:1326-1329.

Hamilton NG. Suicide prevention in primary care. Careful questioning, prompt treatment can save lives. *Postgrad Medicine* 2000;108(6):81-84, 87.

Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofsky I, Traskman-Bendz L. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal* 1998;317(7156):441-447.

Heuveline P, Slap GB. Adolescent and young adult mortality by cause: age, gender, and country, 1955 to 1994. *Journal of Adolescent Health* 2002;30:29-34.

HRSA, SCN. National strategy for suicide prevention (www.mentalhealth.org). The Center for Mental Health Services; 2002.

Hulten A, Jiang G, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D. et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2001;10, 161-169.

Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse & Neglect* 2001;25:1139-1158.

Jugert G, Scheithauer H, Notz P, Petermann F. Geschlechtsunterschiede im Bullying: Indirekt- / relational- und offen-aggressives Verhalten unter Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 2000;9(4):231-240.

Kienhorst C, De Wilde E, Van den Bout J, Broese Van Groenoumi I, Diekstra RF, Wolters W. Self-Reported Suicidal Behavior in Dutch Secondary Education Students. *Suicide and Life-Threat Behavior* 1990;20:101-112.

Killias M, Rabasa J. Weapons and athletic constitution as factors linked to violence among male juveniles. *The British Journal of Criminology, Delinquency and Deviant Social Behaviour* 1997;37:446-457.

Klein MW (Ed). *Cross-national research in self-reported crime and delinquency*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer; 1989.

Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The Global Burden of Injuries. *American Journal of Public Health* 2000;90:523-526.

Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide*. Paris: Masson; 1995.

- Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology* 1997;48:371-410.
- Loeber R, Stouthamer-Loeber M, van Kammen WB. Development of a new measure of self-reported antisocial behavior for young children: Prevalence and reliability. *Cross-National Research in Self-Reported Crime and Delinquency*; 1989:203-225.
- Mansel J. Familiäre Erziehung und Gewalterfahrungen. Hintergründe und Folgen der Viktimisierung. *Zeitschrift für Familienforschung* 2001;13(3):26-51.
- Michaud P. Les accidents sont-ils accidentels ? Prévention des traumatismes chez les enfants et les adolescents. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique* 1992;40:391-409.
- Michaud P. Prévention du suicide des adolescents dans le canton du tessin. Rapport d'évaluation. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.
- Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P. Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud, Lausanne : IUMSP; 1998.
- Narring F, Pawlak C. Prévention des conduites à risque à l'adolescence. *Revue Médicale de Suisse Romande* 2001;121:247-249.
- Olweus D. Gewalt in der Schule: was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können. Bern: Huber; 1996.
- Pedersen W, Aas H. Sexual victimization in Norwegian children and adolescents: victims, offenders, assaults. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1995;23.
- Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98 :28-33.
- Rey C, Michaud P, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Archives Pédiatriques* 1997;4 :784-792.
- Salvisberg U. Tués selon l'âge et le type de trafic, 1980, 1990, 2000. Office Fédéral de la Statistique; 2002.
- Schäfer M, Frey D. (Eds). Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe; 1999.
- Schlueter V, Narring F, Münch U, Michaud P. Trends in violent deaths among young people 10-24years old in Switzerland 1969-1997. *European Journal of Epidemiology*, 2004 (sous presse).
- Séguin M, Huon P. Le suicide. Comment prévenir, comment intervenir. Outremont (Québec): Logiques; 1999.
- Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60(Suppl. 2) :70-74; discussion :75-76, 113-116.
- Shaffer D, Piacentini J. Suicide and suicide attempts. In HL Rutter M, Taylor E (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry*. London: Blackwell Scientific Publications; 1994: 407-424(3d edition).
- Siegrist S. Driver Training, Testing and Licensing-towards theory based management of young drivers' injury risk in road traffic. Bern: bpa; 1999.
- Silbereisen RK, Noack P. On the constructive role of problem behavior in adolescence. In G Downey, A Caspi, N Bolger (Eds). *Interacting systems in human development*. New York: Cambridge University Press; 1988: 152-180.
- Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee PT. (Eds). *The nature of school bullying: A cross-national perspective*. London: Routledge; 1999.

3.6 Beabsichtigte und nicht Beabsichtigte Gewalt

Smith PK, Pepler D, Rigby K. (Eds). *Bullying in schools: How successful can interventions be?* Cambridge: Cambridge University Press; 2003.

Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clinical Psychological Review* 1989;9 :335-363.

Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95(6) :457-463.

Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud P. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatrica* 1998; 87.

Tursz A. Problems in Conceptualizing Adolescent Risk Behaviors: International Comparisons. *Journal of Adolescent Health* 1997;21:116-127.

Vittoz L. *La prévention des accidents dans les activités physiques scolaires. Mémoire de licence en Sciences du Sport et de l'Education Physique.* Lausanne: UNIL; 2001.

Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation. *Jugend und Gewalt 1993 – 2002 (Bibliografien zur Psychologie No. 125).* Trier: Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation; 2002.

Zucker-Rouvillois E. *La mortalité liée au risque à l'adolescence.* In A Tursz, Y Souteyrand, R Salmi (Eds). *Adolescence et risque.* Paris: Syros; 1993:89-102.

3.7 BEHANDLUNG UND NUTZUNG DER GESUNDHEITSDIENSTE

3.7.1 Medikamentenkonsum (nicht verschrieben und verschrieben)

Abgesehen von einigen Artikeln bezüglich der Selbstmedikation, ist der Medikamentenkonsum unter Jugendlichen ein relativ wenig erforschtes Thema (Chambers, Reid, McGrath, & Finley, 1997; Dengler & Roberts, 1996; Jaquier, Buclin, & Diezi, 1998; Ledoux, Choquet, & Manfredi, 1994; Pedersen & Lavik, 1991; Stoelben, Krappweis, Roessler, & Kirch, 2000). Trotzdem entwickeln Menschen vermutlich bereits während der Jugendzeit ihre Gewohnheiten im Umgang mit Medikamenten und dies unabhängig davon, ob es sich dabei um rezeptpflichtige Substanzen handelt oder nicht. Abgesehen von Medikamenten, die gelegentlich bei Infektionserkrankungen oder anderen kleineren vorübergehenden Befindlichkeitsstörungen eingenommen werden, ist es vor allem die Einnahme von Schmerzmitteln und Psychopharmaka, die, in Anbetracht der von ihnen potentiell ausgehenden Suchtgefahr, besonderer Beachtung bedürfen (Ledoux et al., 1994; Pedersen & Lavik, 1991). Es ist aber auch interessant, den Gebrauch von anderen Substanzen, wie zum Beispiel Abführmitteln oder Appetitzüglern zu erfassen, die von Jugendlichen, die unter Essstörungen leiden ebenfalls in übermässiger Form eingenommen werden können. Und schliesslich gibt der Zugriff auf Vitamine, pflanzliche Mittel, (Kräuter-) Tees oder bestimmte homöopathische Produkte, eine Vorstellung der Präferenz von Jugendlichen für Produkte, welche ihnen bei der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen und Stress helfen sollen.

Es bezogen sich zwei Fragen auf die Einnahme von Medikamenten, eine bezüglich ärztlich verschriebener Medikamente, die andere bezüglich der Einnahme von Medikamenten ohne ärztliche Verordnung (Selbstmedikation). Tabelle 3.7-1 zeigt die Resultate, getrennt nach Geschlecht, für die Einnahme von ärztlich verschriebenen Medikamenten. Es zeigt sich, abgesehen von der adjuvanten Medikation (Kräutertees, Vitamine, homöopathische Produkte), dass vor allem Beruhigungsmittel in erheblichem Mass eingenommen werden: jedes fünfte Mädchen und jeder zehnte Junge gaben an, wenigstens zwei- bis dreimal pro Monat solche Produkte eingenommen zu haben. Es ist indes möglich, dass der übermässige Rückgriff auf Beruhigungsmittel der Mädchen im Vergleich zu den Jungen im Zusammenhang mit Menstruationsbeschwerden (Kapitel 3.3.3) steht. Abgesehen von Cremes und Produkten gegen Akne, die von Mädchen und Jungen im selben Ausmass verwendet werden, zeichnen sich bedeutende Verhaltensunterschiede zwischen Jungen und Mädchen ab, wobei letztere systematischer auf Medikamente gegen Müdigkeit, Schlafmittel und vor allem gegen Nervosität und Angst zurückgegriffen haben. Besonders die Tatsache, dass 5% der befragten Mädchen angaben, ärztlich verschriebene Medikamente gegen Nervosität und Angst einzunehmen, sollte einem zu denken geben. Eingehendere Analysen zeigten keine Unterschiede in Abhängigkeit des Alters oder des Ausbildungstyps der Jugendlichen.

3.7 Behandlung und Nutzung der Gesundheitsdienste

	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040
Medikamente gegen Müdigkeit	3.5	2.0
Schlafmittel	2.0	1.2
Medikamente gegen Nervosität und Angst	5.6	1.6
Schmerzmittel	21.7	11.0
Medikamente gegen Verstopfungen	2.4	.8
Appetitzügler	1.0	.5
Medikamente gegen Akne	8.9	10.5
Andere Medikamente (Homöopathie, Tee, pflanzliche Mittel, Vitamine, etc.)	26.9	16.2

Tabelle 3.7-1 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben im Laufe der letzten 12 Monate wenigstens zwei- bis dreimal pro Monat verschiedene *ärztlich verschriebene* Medikamente eingenommen zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F51)**

Die folgende Tabelle gibt, auf gleiche Weise die prozentualen Anteile der Jugendlichen wieder, die angaben nicht ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen zu haben. Abgesehen von Produkten gegen Akne, die normalerweise verschrieben werden, zeigte sich eine auffallende Ähnlichkeit bei den prozentualen Anteilen der Jugendlichen die von diversen Kategorien sowohl verschriebener als auch nicht verschriebener Medikamente Gebrauch machen; es bleibt noch zu untersuchen, in welchem Mass es sich hierbei um die selben Jugendlichen handelt, die die verschriebenen und die nicht verschriebenen Medikamente einnehmen. Man könnte die Vermutung aufstellen, dass die Verordnung von bestimmten Substanzen (Produkten) in einem bestimmten Mass deren unkontrollierte oder sogar missbräuchliche Einnahme zur Folge hat.

	Mädchen (%) n = 3380	Jungen (%) n = 4040
Medikamente gegen Müdigkeit	2.1	1.6
Schlafmittel	1.4	1.0
Medikamente gegen Nervosität und Angst	7.7	1.0
Schmerzmittel	17.3	5.8
Medikamente gegen Verstopfungen	2.0	.3
Appetitzügler	1.7	.4
Medikamente gegen Akne	2.5	3.8
Andere Medikamente (Homöopathie, Tee, pflanzliche Mittel, Vitamine, etc.)	28.9	17.3

Tabelle 3.7-2 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben im Laufe der letzten 12 Monate wenigstens zwei- bis dreimal pro Monat verschiedene *nicht ärztlich verschriebene* Medikamente eingenommen zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F51)**

Die hohen Ziffern in unserer Studie bestätigen die Resultate einer Untersuchung, die vor einigen Jahren im Kanton Waadt durchgeführt wurde (Jaquier et al., 1998) und bei der nahezu 7% der befragten Personen angaben, aus verschiedenen Gründen häufig auf Psychopharmaka zurückzugreifen, unter anderem spielten schulischer Stress, Schlafstörungen und depressive Verstimmungen die wichtigste Rolle. In einer ähnlichen vor ungefähr zehn Jahren in Oslo durchgeführten Studie lag die Verwendungshäufigkeit von Benzodiazepinen bei 10% der Jugendlichen zwischen 13 bis 18 Jahren (Pedersen & Lavik, 1991). Schliesslich fanden französische Autoren im Rahmen einer ebenfalls vor rund zehn Jahren durchgeführten Studie (Ledoux et al., 1994) eine Anwendungshäufigkeit von 20% während des der Studie vorausgegangenen Jahres, mit einem – alle Anwendungshäufigkeiten zusammengefasst – beachtlichen Unterschied zwischen Mädchen und Jungen (jeweils 27.5% und 13.8%).

Diese Resultate, die Ähnlichkeiten mit Befunden aus anderen Studien aufweisen, verlangen ein verstärktes Nachdenken hinsichtlich der Informationsvermittlung und Aufklärung der Jugendlichen, ihrer Eltern und schliesslich auch der Fachpersonen im Gesundheitswesen. Es ist äusserst wichtig, sich besonders darüber bewusst zu werden, ob die jugendlichen Konsumenten, sich der potentiellen Risiken der verschiedenen Medikamente bewusst sind. Tatsächlich zeigte eine erst kürzlich in Deutschland durchgeführte Studie, dass das Wissen vieler Jugendlicher über die Beschaffenheit, die Auswirkungen und über die Risiken der Medikamente, welche sie einnahmen, sehr lückenhaft war (Stoelben et al., 2000).

3.7.2 Konsultationen

Sowohl Studien aus der Schweiz als auch aus dem Ausland (Alvin, Marcelli, Fortin, Collinet, & Rosen, 2000 ; Deschamps, 1987 ; Lapointe & Michaud, 2002; Michaud, Narring, Tschumper, & Wydler, 1995; Narring & Michaud, 2000) belegen, dass ein substantieller Anteil der Jugendlichen mit ernsthaften Gesundheitsstörungen nicht adäquat betreut wird. Das kann entweder der Fall sein, weil die Jugendlichen Mühe haben, den Weg zu einem Arzt oder einer Ärztin zu finden, oder weil praktizierende Ärztinnen und Ärzte oft Schwierigkeiten haben, die einer vordergründig banalen Konsultation zugrunde liegende Problematik zu erkennen; dies gilt insbesondere für die Konsumierenden illegaler Drogen (Konings, Dubois-Arber, Narring, & Michaud, 1995). Man kann sich also fragen, ob die Jugendlichen ungenügend Gelegenheit haben, ihre Probleme zu lösen, weil sie das Gesundheitssystem zu wenig nutzen, oder weil die Arbeitsweise der praktizierenden Ärzteschaft ihren spezifischen Bedürfnissen zu wenig entgegenkommt. Weiter muss man bei den steigenden Gesundheitskosten im ambulanten Bereich die Frage stellen, in welchem Mass allenfalls auch Jugendliche häufiger Ärztinnen und Ärzte konsultieren, und welchen Anteil sie somit an diesem Kostenanstieg haben. Aus diesen Fragestellungen heraus sind im folgenden Kapitel die Resultate zu Frequenz der Konsultationen bei verschiedenen Fachpersonen im Gesundheitsbereich und Beweggründe der Befragten, diese Beratungen in Anspruch zu nehmen, dargestellt. Diese Analyse wird durch ein Kapitel ergänzt, welches sich speziell dem Medikamentenkonsum widmet.

Tabelle 3.7-3 zeigt die Prozentanteile der Jugendlichen, welche im Jahr vor der Befragung verschiedene Fachpersonen des Gesundheitswesens ein-, zwei- oder mehrmals konsultiert haben. Zwischen Mädchen und Jungen gibt es hier grosse Unterschiede. Mädchen konsultierten zu einem viel grösseren Anteil als ihre männlichen Kollegen. Wie bereits gezeigt (Kapitel 3.3.1), berichteten Mädchen häufiger über gesundheitliche Probleme und Beschwerden als Jungen. Dies erklärt wohl teilweise diesen Unterschied in der Inanspruchnahme verschiedener Konsultationen. Es könnte auch sein, dass es Mädchen leichter fällt, Hilfe zu beanspruchen als Jungen. Die einzige Fachgruppe, die von beiden Geschlechtern zu gleichen Anteilen frequentiert wird, sind die Sozialarbeitenden. Die weiblichen Lehrlinge konsultierten zu einem grösseren Prozentanteil Gynäkologinnen und Gynäkologen als Schülerinnen, sie sind auch zu einem grösseren Anteil sexuell aktiv. Im Gegensatz dazu wurden Konsultationen bei allen anderen Fachgruppen häufiger von Schülerinnen und Schülern beansprucht als von Lehrlingen und dies sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen. Schliesslich konsultierte ein etwas höherer Anteil der Schüler im Vergleich zu den männlichen Lehrlingen einen Psychologen oder einen Psychiater, während bei den Mädchen hier kein wesentlicher Unterschied bestand. Dieser

3.7 Behandlung und Nutzung der Gesundheitsdienste

Unterschied zwischen Schülern und Lehrlingen ist vermutlich eher auf einen leichteren Zugang zu diesen Therapien für Schüler aufgrund sozioökonomischer Gegebenheiten zurückzuführen als auf Unterschiede hinsichtlich psychischer Probleme. Es könnte auch sein, dass Schüler eher als Lehrlinge dazu neigen, ihr Leiden in einer Therapie zu verbalisieren, während Lehrlinge dieses eher in Verhaltensweisen oder funktionellen Beschwerden zum Ausdruck bringen.

	1- bis 2-mal		Öfter (als 2-mal)		Total	
	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)
Eine Allgemein- oder Hausärztin (Hausarzt)	55.0	58.1	22.5	16.5	77.5	74.6
Eine Frauenärztin (Frauenarzt)	47.3	nc	3.9	nc	51.2	nc
Eine andere Spezialärztin (Spezialarzt)	27.4	25.3	9.1	6.3	36.5	31.6
Eine Schulkrankenschwester	5.5	4.9	.4	.3	5.9	5.2
Familienberatungsstelle	5.3	1.7	1.2	.2	6.5	1.9
Eine Sozialarbeiterin (Sozialarbeiter)	2.1	1.6	1.1	.8	3.2	2.4
Eine Psychologin (Psychologe) oder eine Psychiaterin (Psychiater)	4.0	2.6	4.2	2.1	8.2	4.7

nc : not concerned

**Mädchen : n = 3380 ; Jungen : n = 4040

Tabelle 3.7-3 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Jahr vor der Befragung unterschiedlich häufig eine Fachpersonen konsultiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F48)

Die Zahlen zu den ambulanten Konsultationen haben sich seit 1993 mit zwei Ausnahmen wenig verändert: 1) Eine mässige Zunahme des Anteils der Mädchen, welche mindestens einmal einen Gynäkologen oder eine Gynäkologin konsultiert hatten; dieser stieg von 39% auf ungefähr 50%. 2) Fast eine Verdoppelung des Prozentanteils derjenigen, die einen Psychologen oder eine Psychiaterin konsultiert hatten; bei den Mädchen stieg der Anteil von 5% auf 8%, bei den Jungen von 2.5% auf 5%. Diese Feststellung muss allerdings, aufgrund der etwas unterschiedlichen Stichprobenszusammensetzung (1993 im Vergleich zu 2002), wiederum mit Vorsicht interpretiert werden.

Eine weitere Frage (Tabelle 3.7-4) befasst sich mit den Beweggründen, die die Jugendlichen gehabt haben, als sie die entsprechenden Konsultationen im Jahr vor der Befragung in Anspruch genommen haben. Auf den ersten Blick scheinen die Prozentanteile der Jugendlichen, die einen Arzt, einen Psychologen, eine andere Fachpersonen oder nur eine telefonische Beratung beanspruchten, verschwindend klein. Es muss aber im Auge behalten werden, dass angesichts der grossen Zahl der Befragten dies doch einer grösseren Anzahl Konsultationen entspricht, als es auf den ersten Blick scheint. Wenn beispielsweise einige Prozente der Jugendlichen wegen eines psychischen Problems eine telefonische Beratung beanspruchten (Suizidversuch, Nervosität, Müdigkeit, Schlaflosigkeit), sind das in einer Stichprobe von 8000 Jugendlichen doch schnell ein paar Hundert Jugendliche.

	Ärztin / Arzt		Psychologin / Psychologe		Andere Fachperson		Telefonische Beratung	
	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)	Mädchen (%)	Jungen (%)
Müdigkeit	6.0	2.2	.9	.4	1.3	.5	.2	0
Schlafprobleme	2.7	1.2	.7	.3	.7	.4	.1	0
Essstörungen (Magersucht, Ess-Brechsucht)	2.7	.6	1.4	.2	.7	.3	.1	.1
Gynäkologische Probleme	17.5	0	.3	0	3.8	0	.3	.3
Sexuell übertragbare Krank- heiten (inkl. HIV-Test / AIDS)	4.9	1.8	.1	0	1.1	.7	.2	.1
Empfängnisverhütung	17.8	.3	.1	.1	4.0	.4	.3	0
Selbstmordversuch	.4	.2	1.4	.2	.1	.1	0	.1
Probleme mit dem Rauchen / Tabakkonsum	.6	.9	.1	.4	.3	.7	0	.2
Probleme mit Alkohol- oder Drogenkonsum	.3	.6	.1	.6	.4	.8	.1	.1
Nervosität, Depressivität	3.2	1.0	3.3	1.3	1.5	.5	.1	.1
Chronische Krankheit oder Behinderung	4.6	2.6	.2	.1	1.4	.6	.1	.1

* Mädchen n = 3380 ; Jungen : n = 4040

Tabelle 3.7-4 **Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den der Studie vorangegangenen 12 Monaten – aus verschiedenen Gründen – Fachpersonen konsultiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F50)**

Abbildung 3.7-1 zeigt die Resultate zu den Arztkonsultationen. Man sieht die grosse Bedeutung der gynäkologischen Konsultationen bei den Mädchen (nicht nur für die Verhütung, sondern auch für Menstruationsbeschwerden oder Probleme im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft). Der hohe Anteil Konsultationen wegen sexuell übertragbarer Krankheiten ist sicher auf die HIV-Tests zurückzuführen. Der nicht unerhebliche Anteil der Jugendlichen, die wegen einer chronischen Erkrankung eine Beratung in Anspruch nahmen, bestätigt die Daten, die im Kapitel 3.3.2 vorgestellt wurden. Die Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen sind – abgesehen von den gynäkologischen Konsultationen – deutlich, insbesondere was Schlafstörungen, Nervosität und, wie zu erwarten, Essstörungen anbelangt (Kapitel 3.3.4). Es gibt dagegen kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen, mit Ausnahme der gynäkologischen Konsultationen und der Verhütung (mehr Konsultationen bei älteren Mädchen).

3.7 Behandlung und Nutzung der Gesundheitsdienste

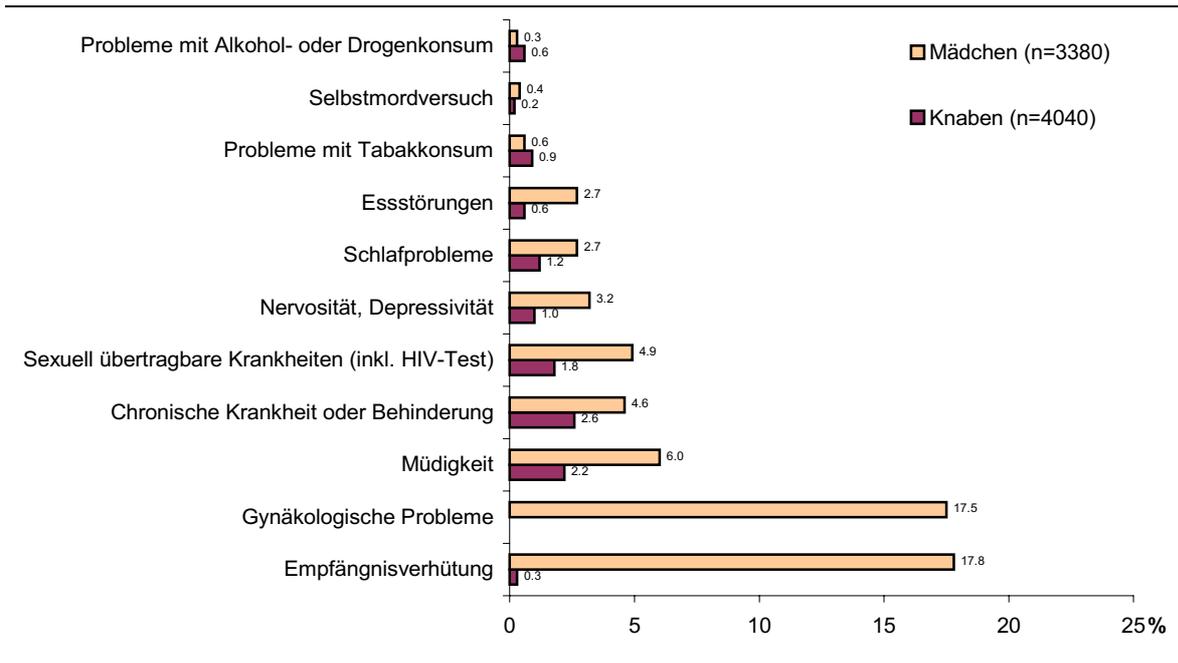


Abbildung 3.7-1 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten – aus verschiedenen Gründen – einen Arzt / eine Ärztin konsultiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F50)

Die Resultate zeigen, dass entgegen anders lautender Vorstellungen, der Anteil der Jugendlichen, die das Gesundheitssystem beanspruchen, doch bedeutend ist (Narring & Michaud, 2000). Im Jahr vor der Befragung sahen drei Viertel der Jungen und Mädchen ihren Hausarzt mindestens einmal, 50% der Mädchen hatten eine gynäkologische Konsultation und fast ein Drittel der Befragten war mindestens einmal bei einer Spezialärztin oder einem Spezialarzt. Ungefähr 5% der Jungen und 8% der Mädchen wurden mindestens einmal von Psychologinnen, Psychologen, Psychiaterinnen oder Psychiatern gesehen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung scheint in unserem Land also relativ gut zu sein, mindestens für die Jugendlichen, die eine Ausbildung absolvieren. Wenn man die Gesundheitsversorgung verbessern will, so muss man künftig eher bei qualitativen Aspekten der Begegnungen zwischen Ärztinnen, Ärzten und Jugendlichen den Akzent setzen. Untersuchungen zu den Daten von SMASH 1993 zeigten bereits, dass Jugendliche mit wesentlichen Problemen wie dem Konsum harter Drogen oder einem verübten Selbstmordversuch, zu einem grossen Teil nicht die Möglichkeit hatten, diese Probleme mit ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin anzugehen (Konings et al., 1995; Rey, Michaud, & Ferron, 1997; Rey Gex, Narring, Ferron, & Michaud, 1998). Es gibt zahlreiche Beispiele (Lapointe & Michaud, 2002; Neinstein, 1996; Stronski, Bühlmann, Rutishauser, Michaud, & Cafilich, 1998) wie man dieser Herausforderung begegnen könnte. Zu erwähnen ist hier das seit einigen Jahren bestehende Konzept der «Youth friendly services», was mit «Dienste, welche den Jugendlichen angepasst sind» oder «Dienste, in denen sich Jugendliche wohl fühlen» übersetzt werden kann (McIntyre, 2001). Es sollte auch darüber nachgedacht werden, wie Ärztinnen, Ärzte und andere Fachpersonen besser ausgebildet werden könnten, damit sie die Jugendlichen mit ihren für diese Lebensphase typischen Problemen besser erfassen, verstehen, behandeln und begleiten können (Kraus, Stronski, & Michaud, 2003; Stronski, Bühlmann, Rutishauser, Michaud, & Cafilich, 1999).

3.7.3 Hospitalisationen

Ein Spitalaufenthalt stellt im Leben eines Jugendlichen immer einen psychologischen Einbruch und eine nicht zu unterschätzende Unterbrechung des alltäglichen Lebensrhythmus dar. Ob es sich dabei um eine Verletzung, eine akute Infektion, eine psychiatrische Hospitalisation oder eine delikate gynäkologische Problematik (sexuell übertragbare Krankheit, Schwangerschaftsabbruch) handelt, die Bedeutung einer solchen Krise ist meist gross (Alvin, Jeammet, & Pommereau, 1997; Caflisch & Alvin, 2000; Viner & Keane, 1998). Auf der anderen Seite beinhaltet eine Hospitalisation immer auch präventive Möglichkeiten, da sich damit die Gelegenheit bietet, eine umfassende gesundheitliche Untersuchung durchzuführen, welche vielleicht in den vorangegangenen Jahren nicht gemacht wurde. Zwei Fragen im SAMSH 2002-Fragebogen erlauben es, sich eine Vorstellung von der Häufigkeit der Hospitalisationen zu machen.

Abbildung 3.7-2 illustriert die Prozentanteile der Befragten, die angaben, sie seien im Laufe der 12 Monate vor der Befragung ein- oder mehrmals hospitalisiert worden. Eine Hospitalisation war im Fragebogen definiert als «mindestens eine Nacht im Spital oder auf der Notfallstation» gewesen zu sein. Etwas mehr als 10% der Mädchen und Jungen berichteten über einen Spitalaufenthalt von mindestens einer Nacht im Jahr vor der Befragung. Dieser hohe Anteil schliesst vermutlich ein breites Spektrum von Situationen ein, die von der einfachen Überwachung bei akuten Bauchschmerzen, alkoholbedingter Bewusstlosigkeit oder Hirnerschütterung bis zu längeren Spitalaufenthalten wegen einer schweren Mehrfachverletzung oder einer ernsthaften chronischen Erkrankung reichten. Unter den Jugendlichen, die mehrfach hospitalisiert waren, finden sich zweifellos mehrheitlich Jugendliche mit chronischen Krankheiten.

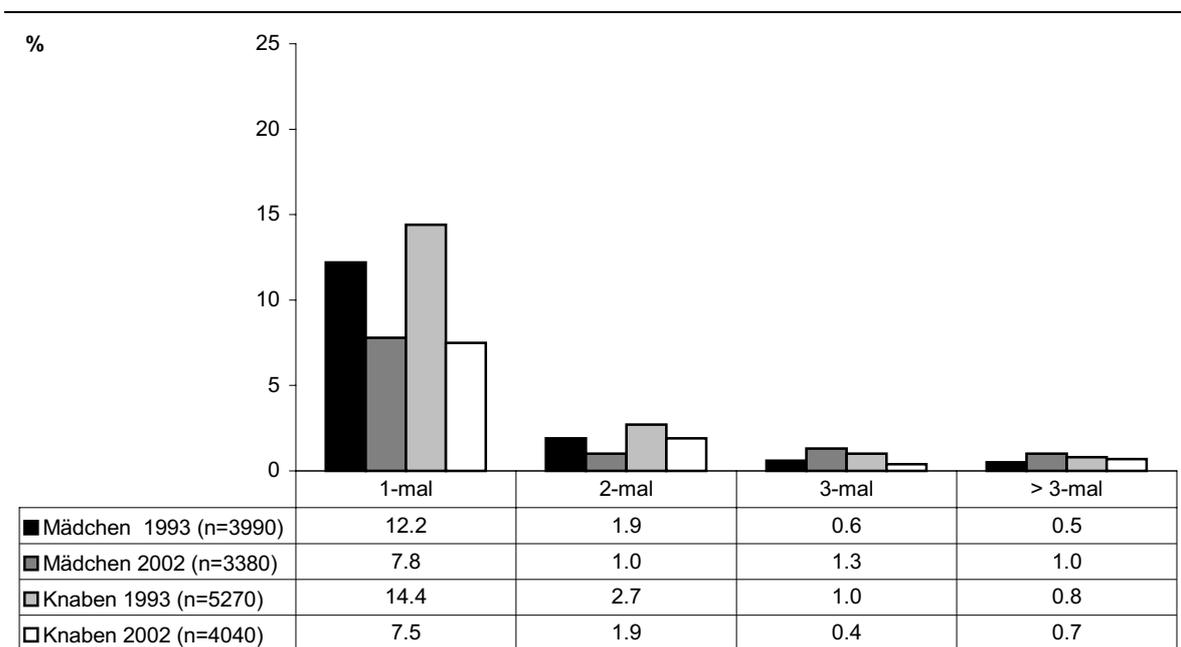


Abbildung 3.7-2 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den der Studie vorangegangenen 12 Monaten einmal oder mehrmals hospitalisiert gewesen zu sein, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F49)

Die SMASH-Daten zeigen eine interessante Tendenz auf: der Prozentanteil der Jungen und Mädchen, die hospitalisiert wurden, hat in den letzten 10 Jahren abgenommen. Dabei war der Wortlaut der Fragen zu den Hospitalisationen in beiden Studien absolut identisch. Diese Abnahme kann einerseits

3.7 Behandlung und Nutzung der Gesundheitsdienste

im Zusammenhang stehen mit der vermehrt ambulanten und tagesstationären (ohne Übernachtung) Durchführung von Eingriffen und Behandlungen, welche früher einen längeren Spitalaufenthalt nötig machten. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass der Anteil der Verletzungen abgenommen hat, die eine Hospitalisation erfordern, insbesondere bei den Jungen. Bei den Mädchen müsste die Abnahme entsprechend einer Abnahme gynäkologischer Beschwerden und verletzungsbedingter Hospitalisationen zugeschrieben werden; die Daten erlauben jedoch keine Überprüfung dieser Hypothesen.

In einer ergänzenden Frage wurden einige der wichtigsten Hospitalisationsgründe in dieser Altersgruppe erfasst (Abbildung 3.7-3). Man stellt ohne Überraschung fest, dass unfallbedingte Verletzungen weit an erster Stelle stehen, besonders bei den Jungen. Auch bei den Mädchen sind Unfälle häufiger als gynäkologische Probleme Grund für eine Hospitalisation. Die Zahlen zu den chronischen Krankheiten bestätigen die Feststellungen aus dem Kapitel 3.3.2. Die Hospitalisationen aufgrund eines Suizidversuchs sind ungefähr dreimal häufiger bei den Mädchen als bei den Jungen. Wie im Kapitel 3.6.3 zum suizidalen Verhalten gezeigt wurde, beruht dieser Unterschied nicht so sehr auf der unterschiedlichen Prävalenz der Suizidversuche zwischen Mädchen und Jungen als vielmehr auf der Tatsache, dass Jungen, welche einen Suizidversuch unternommen haben, nicht im gleichen Umfang Zugang zu Beratung und Therapie finden wie Mädchen.

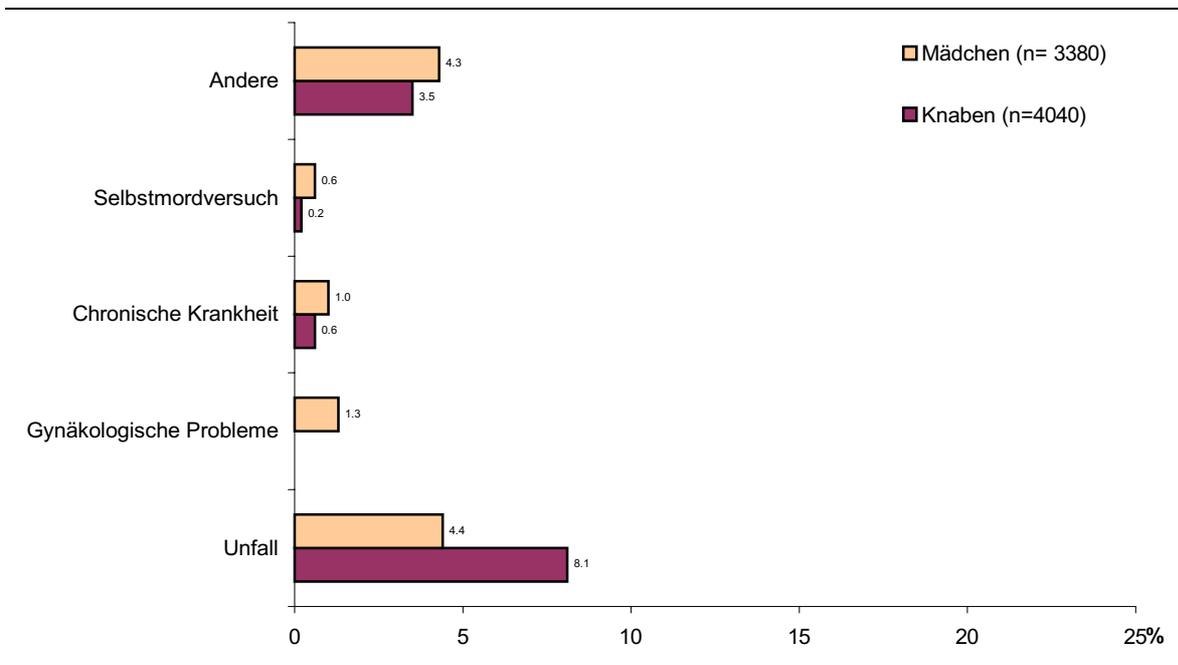


Abbildung 3.7-3 Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Verlaufe des der Studie vorangegangenen Jahres – aus verschiedenen Gründen – hospitalisiert gewesen zu sein, nach Geschlecht (SMASH 2002, F49)

Abschliessend kann man festhalten, dass einerseits Hospitalisationen einen wesentlichen Teil der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen darstellen, da in einem Jahr ein/eine von zehn Jugendlichen hospitalisiert wurde. Andererseits scheint aber glücklicherweise der Prozentanteil der in einem Jahr hospitalisierten Jugendlichen seit zehn Jahren abgenommen zu haben, mindestens soweit man dies trotz gewisser Unterschiede in der Zusammensetzung der Stichproben von 1993 und 2002 sagen darf. Wahrscheinlich wird dieser Anteil in Zukunft noch etwas sinken, aber er riskiert doch, auf einem recht hohen Niveau zu bleiben: zum einen spielen die psychischen Störungen in dieser Lebensphase doch eine erheblich Rolle und zum anderen werden mehr Kinder mit früher tödlichen chronischen Erkrankungen überleben und immer wieder Spitalpflege benötigen (American Academy

of Pediatrics & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993; Blum, 1991; World Health Organization, 1993). Wenn allgemein angestrebt wird, die Anzahl und Dauer der Hospitalisationen zu vermindern, so ist es umso wichtiger, die Qualität der ambulanten Behandlungen zu verbessern. Die Problemstellungen haben eine Tendenz, immer verworrener und komplexer zu werden, und häufig gesellen sich zu körperlichen Erkrankungen nicht zu vernachlässigende psychosoziale Problematiken. Man muss daher Überlegungen sowohl zu einer optimalen Anpassung der Kliniken an die entwicklungspsychologischen und psychosozialen Bedürfnisse der Adoleszenten als auch zu einer besseren Ausbildung des Klinikpersonals anstellen (Alvin et al., 1997; Berg-Kelly, 2000; Kraus, Stronski, & Michaud, 2003; Lapointe & Michaud, 2002; Narring & Michaud, 2000; Oppong-Odiseng & Heycock, 1997; Viner & Keane, 1998).

Literaturverzeichnis

- Alvin P, Jeammet P, Pommereau X. L'hospitalisation des adolescents. Paris: Fondation de France; 1997.
- Alvin P, Marcelli D, Fortin J, Collinet C, Rosen H. La relations de soins avec l'adolescent. In P. Alvin & D. Marcelli (Eds). Médecine de l'adolescent. Paris: Masson; 2000: 41-53.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Pediatrician and the "New Morbidity". Pediatrics 1993;92(5):731-733.
- Berg-Kelly K. EU-Teach: a network for developing the teaching of adolescent medicine in Europe. Acta Paediatrica Scandinavica 2000;89(10):1270.
- Blum R. Global trends in adolescent health. Journal of the American Medical Association 1991;265(20)(May 22-29):2711-2719.
- Caflich M, Alvin P. La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière. Une enquête nationale. Management of adolescents in pediatric hospitals. A national survey. Archives de Pédiatrie 2000;7(7):732-737.
- Chambers C, Reid G, McGrath P, Finley G. Self-administration of over-the-counter medication for pain among adolescents. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1997;151:449-455.
- Dengler R, Roberts H. Adolescents' use of prescribed drugs and over-the-counter preparation. Journal of Public Health Medicine 1996;18:437-442.
- Deschamps J. Ces jeunes sont sans besoins. Revue Française des Affaires Sociales 1987;(41):43-57.
- Jaquier F, Buclin T, Diezi J. Automedication chez l'adolescent. Swiss Medical Weekly 1998;128:203-207.
- Konings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud P. Identifying adolescent drug users results of a national survey on adolescent health in Switzerland. Journal of Adolescent Health 1995;16:240-247.
- Kraus B, Stronski S, Michaud P. Training needs in adolescent medicine of practising doctors: a Swiss national survey of six disciplines. Medical Education 2003;37 :709-714.
- Lapointe A, Michaud P. Ces jeunes qui ne consultent pas... Comment améliorer l'accès aux soins des adolescents ? Revue Médicale de Suisse Romande 2002;122 :585-588.
- Ledoux S, Choquet M, Manfredi R. Self-reported use of drugs for sleep and distress among French adolescents. Journal of Adolescent Health 1994;15:495-502.
- McIntyre P. Adolescent friendly health services (draft report). Geneva: World Health Organisation, Child and Adolescent Health; 2001.

3.7 Behandlung und Nutzung der Gesundheitsdienste

Michaud P, Narring F, Tschumper A, Wydler H. Les médecins et les problèmes de santé des adolescents: un défi? *Bulletin des Médecins Suisses* 1995;3:105-111.

Narring F, Michaud P. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. *Archives Françaises de Pédiatrie* 2000;7:25-33.

Neinstein L. The office visit, interview techniques, and recommendations to parents. In L Neinstein (Ed). *Adolescent health care. A practical guide*. Baltimore, ML: Williams & Wilkins; 1996: 46-60.

Oppong-Odiseng A, Heycock E. Adolescent health services-through their eyes. *Archives of Disease in Childhood* 1997;77:115-119.

Pedersen W, Lavik N. Adolescents and benzodiazepines: prescribed use, self-medication and intoxication. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;84 :94-98.

Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud P. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;98:28-33.

Rey C, Michaud P, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le rôle des médecins. *Archives de Pédiatrie* 1997;4:784-792.

Stoelben S, Krappweis J, Roessler G, Kirch W. Adolescents' drug use and drug knowledge. *European Journal of Pediatrics* 2000;159 :608-614.

Stronski S, Bühlmann U, Rutishauser C, Michaud P, Caflisch M. Adoleszentenmedizin in der pädiatrischen Praxis. *Paediatrica* 1998;9(3):35-36.

Stronski S, Bühlmann U, Rutishauser C, Michaud P, Caflisch M. Adoleszentenmedizin in der pädiatrischen Praxis-erste Resultate einer gesamtschweizerischen Umfrage. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1999;129(Suppl 108):10.

Viner R, Keane M. *Youth Matters: Evidence-based best practice for the care of young people in hospital*. London: Caring for Children in Health services; 1998.

World Health Organization. *The health of young people*. Geneva: World Health Organization; 1993.

4 ILLUSTRATIONSVERZEICHNISSE

4.1 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1.3-1	Illustration des ökologischen Modells von Bronfenbrenner mit vier Analyseebenen (Bronfenbrenner, 1979)	27
Abbildung 1.3-2	Ein erklärendes Gesundheitsmodell (Bronfenbrenner, 1979).....	28
Abbildung 3.2-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, dass ihre Eltern zusammen leben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F21).....	40
Abbildung 3.2-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, dass sie Gesundheitsprobleme mit ihren Eltern besprechen, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F38)	42
Abbildung 3.2-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschiedene Probleme mit ihren Freundinnen und Freunden zu besprechen, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F38)	43
Abbildung 3.2-4	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, Probleme in Schule und Arbeit mit ihren Freundinnen und Freunden zu besprechen, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F38)	44
Abbildung 3.2-5	Mittelwerte der Summenscores der von den Lehrlingen angegebenen Belastung in sechs gefragten Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz, nach Geschlecht und Alter (SMASH 2002, F10).....	48
Abbildung 3.3-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die ihre Gesundheit als gut oder schlecht einschätzen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F1).....	51
Abbildung 3.3-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, häufig oder sehr häufig verschiedene Gesundheitsprobleme zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F36, F37)	52
Abbildung 3.3-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, für sich persönlich Hilfe zur Bewältigung verschiedener Gesundheitsprobleme zu benötigen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F45).....	53
Abbildung 3.3-4	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, für sich persönlich Hilfe zur Bewältigung verschiedener Gesundheitsprobleme zu benötigen, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F45)	55
Abbildung 3.3-5	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben sich an verschiedene Bezugspersonen zu wenden, um von ihnen Unterstützung/Hilfe für die Bewältigung ihrer Gesundheits- bzw. psychische Probleme zu erhalten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F38).....	56
Abbildung 3.3-6	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, eine körperliche Behinderung und / oder eine chronische Krankheit zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F39, F40)	58
Abbildung 3.3-7	Prozentanteile der betroffenen Jugendlichen, die Einschränkungen in Folge ihrer körperlichen Behinderung oder ihrer chronischen Krankheit angeben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F39, F40)	59
Abbildung 3.3-8	Prozentanteile der Jugendlichen mit einer chronischen Krankheit oder einer körperlichen Behinderung, die ihre Gesundheit unterschiedlich einschätzten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F1).....	60
Abbildung 3.3-9	Prozentanteile der Jugendlichen, die sich entweder zu dünn, passend oder zu dick fühlen, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F56)	64
Abbildung 3.3-10	Prozentanteile der Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der Befragung angeben, sie hätten Probleme mit der Ernährung und hätten Hilfe nötig, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F45)	67
Abbildung 3.3-11	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, oft oder sehr oft Schlafstörungen zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F37)	69

Abbildung 3.3-12	Prozentanteile der Jugendlichen, die sich über verschiedene Schlafstörungen oder über Müdigkeit tagsüber beklagten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F41)	70
Abbildung 3.3-13	Prozentanteile der Jugendlichen mit einem Lärmtrauma (Taubheitsgefühl oder Ohrgeräusche nach Lärmexposition) in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F86).....	71
Abbildung 3.3-14	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in verschiedenen Kontexten ein Lärmtrauma erlitten zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F86)	72
Abbildung 3.3-15	Prozentanteile der Jugendlichen, welche Depressivitätswerte zwischen 3 und 4 aufweisen, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F35)	75
Abbildung 3.3-16	Durchschnittliches Ausmass der Erlebnissuche und des Risikoverhaltens der Jugendlichen nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F85)	77
Abbildung 3.4-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben während der Woche vor der Befragung unterschiedlich häufig körperlich mindestens 20 Minuten am Stück so aktiv gewesen zu sein, dass sie ins Schwitzen kamen oder schneller atmen mussten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F2)	84
Abbildung 3.4-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, körperlich mindestens 3-mal pro Woche 20 Minuten am Stück so aktiv gewesen zu sein, dass sie ins Schwitzen kamen oder schneller atmen mussten (dies wird als Minimalanforderung zur Sicherstellung einer adäquaten körperlichen Fitness betrachtet), nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F2)	84
Abbildung 3.4-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, während der Woche ausserhalb der Schule Sport zu treiben, strukturiert oder nicht strukturiert, nach Geschlecht (SMASH 2002, F4).....	85
Abbildung 3.4-4	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens 2- bis 3-mal pro Woche Sport zu treiben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F4)	86
Abbildung 3.4-5	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, eine Einzelsportart zu betreiben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F3).....	87
Abbildung 3.4-6	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, eine Mannschaftssportart zu betreiben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F3).....	88
Abbildung 3.4-7	Entwicklung der Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschieden häufig Sport zu treiben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F4)	88
Abbildung 3.4-8	Prozentanteile der Jugendlichen, die sich als regelmässige Raucher bezeichnen, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F75).....	90
Abbildung 3.4-9	Prozentanteile der jugendlichen Raucher/innen, nach Ausbildungstyp und Alter, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F75)	91
Abbildung 3.4-10	Konsummuster der jugendlichen Raucherinnen und Raucher, je nach Zeitintervall zwischen dem morgendlichen Erwachen und der ersten Zigarette, nach Geschlecht (SMASH 2002, F75)	92
Abbildung 3.4-11	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschiedene alkoholische Getränke unterschiedlich oft konsumiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F76)	93
Abbildung 3.4-12	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschiedene alkoholische Getränke unterschiedlich häufig konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F76)	94
Abbildung 3.4-13	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu konsumieren, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F76)	95
Abbildung 3.4-14	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, bereits einmal betrunken gewesen zu sein, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F78)	96
Abbildung 3.4-15	Prozentanteile der alkoholkonsumierenden Jugendlichen, die angeben, in den letzten 12 Monaten und/oder in den letzten 30 Tagen vor der Befragung	

	mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F78)	97
Abbildung 3.4-16	Prozentanteile der Jugendlichen, die zugeben, betrunken ein Fahrzeug (Fahrrad, Mofa, Motorrad oder Auto) gelenkt zu haben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F30)	98
Abbildung 3.4-17	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F80)	101
Abbildung 3.4-18	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F80)	102
Abbildung 3.4-19	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 30 Tagen unterschiedlich häufig Cannabis konsumiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F81)	102
Abbildung 3.4-20	Prozentanteile der Jugendlichen, die zugeben, mindestens einmal in ihrem Leben verschiedene Drogen konsumiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F80)	106
Abbildung 3.4-21	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Monat vor der Befragung verschiedene Drogen konsumiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F81)	107
Abbildung 3.4-22	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal im Leben eine synthetische Droge konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F80)	108
Abbildung 3.4-23	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F80)	108
Abbildung 3.4-24	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal im Leben verschiedene illegale Drogen konsumiert zu haben, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F80)	109
Abbildung 3.4-25	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Laufe der letzten 30 Tage mit verschiedenen Fahrzeugen gefahren zu sein, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F25, F26, F27, F28, F29)	111
Abbildung 3.4-26	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mit verschiedenen Fahrzeugen gefahren zu sein und dabei Schutzmassnahmen getroffen zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F 25, F26, F27, F28, F29).....	112
Abbildung 3.4-27	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, dass sie unterschiedlich häufig ins Internet gehen, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F87) ..	114
Abbildung 3.4-28	Durchschnittliche Zeit, die die Jugendlichen im Internet verbringen, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F87)	115
Abbildung 3.4-29	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Internet verschiedene Themen zu suchen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F88)	116
Abbildung 3.5-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F65)	125
Abbildung 3.5-2	Prozentanteile der mit 17 Jahren sexuell aktiven Jugendlichen, nach Geschlecht, Schweiz 1972-2002	126
Abbildung 3.5-3	Prozentuale Verteilung der gesamten Anzahl Partner/innen bei den sexuell aktiven Jugendlichen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F67)	127
Abbildung 3.5-4	Prozentanteile der sexuell aktiven Jugendlichen, die angeben, bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr einen Präservativ verwendet zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F69)	130
Abbildung 3.6-1	Prävalenz der verschiedenen Unfalltypen, welche die Jugendlichen angeben, in den vergangenen 12 Monaten erlebt zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F24)	134
Abbildung 3.6-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, (körperliche oder psychische) Unfallfolgen erlebt zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F24)	136

Abbildung 3.6-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal Opfer von körperlicher Gewalt gewesen zu sein, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F31)	138
Abbildung 3.6-4	Prozentanteile der Jugendlichen, die angaben, Opfer eines sexuellen Übergriffs gewesen zu sein, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F74).....	141
Abbildung 3.6-5	Prozentanteile der betroffenen Mädchen, die den ersten sexuellen Übergriff nach eigenen Angaben in den verschiedenen Altersstufen erlebt haben (SMASH 2002, F74).....	142
Abbildung 3.6-6	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, mindestens schon einmal im Internet mit Pornographie konfrontiert worden zu sein, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F89).....	144
Abbildung 3.6-7	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Verlauf ihres Lebens mindestens einen Suizidversuch begangen zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F47)	146
Abbildung 3.6-8	Prozentanteile der Jugendlichen (n=7420), die angeben, in den vergangenen 12 Monaten keine oder mehrere verbotene Handlungen begangen zu haben (SMASH 2002, F33).....	149
Abbildung 3.6-9	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im vergangenen Jahr (mindestens 1-2x) etwas absichtlich beschädigt zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F33).....	150
Abbildung 3.6-10	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im vergangenen Jahr (mindestens 1-2x) etwas gestohlen zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F33).....	151
Abbildung 3.6-11	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im vergangenen Jahr (mindestens 1-2x) Drogen (inkl. Cannabis) verkauft zu haben, nach Geschlecht, Ausbildungstyp und Alter (SMASH 2002, F33).....	152
Abbildung 3.7-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten – aus verschiedenen Gründen – einen Arzt / eine Ärztin konsultiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F50).....	162
Abbildung 3.7-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den der Studie vorangegangenen 12 Monaten einmal oder mehrmals hospitalisiert gewesen zu sein, nach Geschlecht, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F49).....	163
Abbildung 3.7-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Verlaufe des der Studie vorangegangenen Jahres – aus verschiedenen Gründen – hospitalisiert gewesen zu sein, nach Geschlecht (SMASH 2002, F49).....	164

4.2 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 3.1-1	Analysierte (und gewichtete) Stichprobe der Studie SMASH 2002.....	38
Tabelle 3.2-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die über verschiedene Wohnsituationen während der Woche berichteten (mehrere Antworten möglich), nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F19).....	40
Tabelle 3.2-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die mit verschiedenen Aussagen zur Beziehung mit ihren Eltern einverstanden sind, nach Geschlecht (SMASH 2002, F84).....	41
Tabelle 3.2-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die mit verschiedenen Aussagen zum Klima in der Schule einverstanden sind, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F8).....	45
Tabelle 3.2-4	Prozentanteile der Lehrlinge, die verschiedene Aussagen zum Klima am Arbeitsplatz bejahen, nach Geschlecht (SMASH 2002, F9).....	46
Tabelle 3.2-5	Prozentanteile der Lehrlinge, die verschiedene Belastungen als bedeutend erleben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F10).....	47
Tabelle 3.3-1	Prozentanteile der Mädchen, die über verschiedene Menstruationsbeschwerden während den letzten 12 Monaten vor der Studie berichteten, nach Ausbildungstyp (SMASH 2002, F64).....	61
Tabelle 3.3-2	Prozentanteile der Mädchen, die angeben, in den 12 Monaten vor der Studie in Folge ihrer Menstruationsbeschwerden verschiedene Einschränkungen auf ihre täglichen Aktivitäten erlebt zu haben, nach Ausbildungstyp (SMASH 2002, F64).....	62
Tabelle 3.3-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die ihr Gewicht ändern, resp. nicht ändern möchten, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F57).....	65
Tabelle 3.3-4	Prozentanteile der Jugendlichen, die Items der Depressivitätsskala als für sich eher oder ganz zutreffend angeben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F35).....	74
Tabelle 3.3-5	Prozentanteile der Jugendlichen, die Items der Erlebnissuche und Risikomotivation als für sich eher oder völlig zutreffend angeben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F85).....	77
Tabelle 3.4-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die verschiedene Gründe aufführen, warum sie keinen Sport treiben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F4).....	86
Tabelle 3.4-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, Episoden von Betrunkenheit unterschiedlich häufig erlebt zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F78).....	96
Tabelle 3.4-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die zugeben, dass sie infolge Alkoholkonsums verschiedene Probleme erlebt haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F79).....	99
Tabelle 3.4-4	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, verschiedene Probleme im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum erlebt zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F83).....	104
Tabelle 3.4-5	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Internet unfreiwillig auf Informationen oder Bilder zu Gewalt, Rassismus oder Pornografie gestossen zu sein, nach Geschlecht (SMASH 2002, F89).....	116
Tabelle 3.5-1	Prozentuale Verteilung des Alters der ersten Monatsblutung gemäss dem jetzigen Alter der befragten Mädchen zum Zeitpunkt der Befragung (SMASH 2002, F63).....	123
Tabelle 3.5-2	Beschreibung der wahrgenommenen Pubertätsunterschiede, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F62).....	124
Tabelle 3.5-3	Benutzungshäufigkeit (%) der verschiedenen Verhütungsmittel beim ersten und letzten Geschlechtsverkehr mit dem/der aktuellen Partner/in, nach Geschlecht (SMASH 2002, F68).....	128

Tabelle 3.6-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten Opfer eines (Verkehrs-)Unfalls geworden zu sein, nach Geschlecht und Ausbildungstyp (SMASH 2002, F24) 135	135
Tabelle 3.6-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die berichten, in den der Studie vorangegangenen 12 Monaten einen Unfall gehabt zu haben, nach Geschlecht und Ausbildungstyp, Vergleich 1993-2002 (SMASH 2002, F24) 136	136
Tabelle 3.6-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die über verschiedene Gewalterfahrungen in den vergangenen 12 Monaten (mindestens einmal) berichten, nach Geschlecht (SMASH 2002, F31) 137	137
Tabelle 3.6-4	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal pro Woche Opfer von verbalen Belästigungen und Ausgrenzungen gewesen zu sein, nach Geschlecht (SMASH 2002, F32) 139	139
Tabelle 3.6-5	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Internet mindestens einmal verschiedenen Formen von Gewalt begegnet zu sein, nach Geschlecht (SMASH 2002, F89) 143	143
Tabelle 3.6-6	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten an Suizid gedacht oder gar einen Suizidversuch gemacht zu haben, nach Geschlecht(SMASH 2002, F46, F47) 145	145
Tabelle 3.6-7	Prozentanteile der Jugendlichen, die berichten, welche Personen ihrer Umgebung von ihrem im vergangenen Jahr begangenen Suizidversuch Kenntnis genommen haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F47)..... 146	146
Tabelle 3.6-8	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal verschiedene Delikte begangen zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F33) 148	148
Tabelle 3.7-1	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben im Laufe der letzten 12 Monate wenigstens zwei- bis dreimal pro Monat verschiedene ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F51) ... 158	158
Tabelle 3.7-2	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben im Laufe der letzten 12 Monate wenigstens zwei- bis dreimal pro Monat verschiedene nicht ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F51) 158	158
Tabelle 3.7-3	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, im Jahr vor der Befragung unterschiedlich häufig eine Fachpersonen konsultiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F48) 160	160
Tabelle 3.7-4	Prozentanteile der Jugendlichen, die angeben, in den der Studie vorangegangenen 12 Monaten – aus verschiedenen Gründen – Fachpersonen konsultiert zu haben, nach Geschlecht (SMASH 2002, F50) 161	161

5 INDEX

- Abhängigkeit, 10, 24, 26, 27, 69, 92, 123, 124, 127, 130, 157
- Alkohol, 5, 7, 10, 11, 14, 18, 20, 23, 53, 54, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 103, 109, 110, 136, 138, 161
- Alkopops, 11, 18, 94, 95, 99, 100
- Altersgruppen, 9, 10, 26, 35, 42, 47, 54, 75, 83, 90, 95, 114, 115, 134, 139, 150, 161
- andere Drogen, 5, 20, 26
- Arbeit, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 21, 25, 26, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 61, 62, 63, 67, 71, 86, 87, 89, 99, 104, 107, 109, 124, 136, 137, 144, 159
- Arzt, 14, 15, 16, 20, 59, 62, 75, 129, 133, 147, 159, 161, 162
- Behandlung, 53, 57, 133, 157, 164, 165
- Behinderung, 7, 34, 57, 58, 59, 60, 86, 133, 161
- Belästigung, 138, 139
- Betrunkenheit, 11, 95, 96, 97, 99
- Beziehung, 5, 6, 7, 13, 17, 18, 19, 24, 27, 28, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 54, 56, 57, 99, 104, 109, 123, 129, 130, 131, 138, 142, 147
- Bier, 94
- BMI, 63
- Cannabis, 10, 11, 12, 16, 93, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 148, 151, 152
- chronisch, 7, 51, 59, 66, 68
- chronisches Leiden, 7, 16, 34, 57, 58, 59, 60, 161, 163, 164
- Delikt, 15, 148, 149
- Delinquenz, 137, 148, 152
- Depressivität, 17, 19, 43, 73, 74, 75, 76, 140, 161
- Diät, 10, 58, 65, 66, 67
- Diebstahl, 15, 76, 137, 150
- Ecstasy, 105
- Eltern, 6, 11, 16, 17, 18, 19, 25, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 48, 54, 73, 74, 76, 92, 99, 100, 104, 146, 147, 159
- Erbrechen, 10
- Erlebnissuche, 34, 76, 77, 78
- Ernährung, 7, 10, 23, 24, 26, 45, 53, 63, 66, 67, 68, 110
- Erpressung, 15, 137
- Fahrzeuge, 9, 14, 111, 112, 113
- Familie, 5, 6, 13, 15, 17, 18, 19, 26, 27, 28, 39, 41, 42, 43, 44, 48, 55, 140
- Familienstruktur, 39, 41
- Feststellung, 9, 17, 18, 20, 103, 107, 109, 160, 164
- Fragebogen, 5, 6, 9, 10, 16, 21, 23, 29, 33, 34, 35, 37, 43, 51, 57, 66, 83, 93, 97, 98, 105, 123, 130, 131, 141, 163, 177
- Freunde, 6, 27, 43, 44, 48, 86, 99, 104
- Gefühle, 19, 36, 39, 63, 73
- Gehör, 71, 72
- Geschlechtunterschiede, 8, 9, 12, 17, 35, 42, 44, 48, 51, 53, 56, 75, 77, 78, 83, 90, 94, 95, 115, 116, 123, 124, 137, 141, 150, 159, 161
- Gesellschaft, 11, 15, 18, 19, 76, 95, 100
- Gesundheit, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 39, 47, 48, 49, 51, 52, 56, 57, 59, 60, 69, 83, 92, 104, 110, 113, 114, 115, 124, 131, 136, 138, 144, 147, 159
- Gesundheitsbedürfnis, 5, 7, 23, 26, 51, 53, 56, 70
- Gesundheitsdienst, 23, 157
- Gesundheitsfachleute, 10
- Gesundheitsförderung, 5, 19, 20, 23, 25, 26, 48, 49
- Gesundheitsprobleme, 6, 11, 16, 17, 18, 24, 42, 44, 52, 53, 55, 57, 90, 93, 159
- Gewalt, 9, 13, 15, 18, 19, 39, 42, 43, 48, 98, 103, 114, 116, 133, 137, 138, 139, 141, 143, 149, 151, 152
- Gewicht, 8, 10, 54, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 73
- Gynäkologie, 7, 16, 52, 159, 160, 161, 162, 163, 164
- Häufigkeit, 9, 12, 14, 15, 61, 73, 83, 89, 93, 94, 95, 97, 99, 102, 104, 110, 114, 133, 141, 148, 152, 163
- Helm, 14, 24, 110, 112, 113, 133, 137
- Heroin, 12, 105, 109, 110
- Hospitalisation, 15, 16, 163, 164, 165
- Implantat, 128
- Information, 6, 13, 17, 21, 25, 26, 28, 35, 37, 62, 68, 76, 114, 115, 116, 117, 129, 131, 133, 143, 159
- Internet, 23, 34, 76, 114, 115, 116, 117, 133, 143, 144
- Kanton, 5, 6, 15, 23, 33, 34, 110, 131, 147, 159
- Klub, 86
- Kokain, 12, 105, 106, 107, 108, 109
- Kollegen, 7, 8, 45, 60, 72, 95, 99, 104, 124, 139, 146, 147, 152, 159
- Konsultation, 16, 61, 129, 159, 160, 161, 162
- Konsum, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 24, 34, 45, 54, 76, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 136, 152, 157, 159, 161, 162
- Konzept, 17, 26, 27, 28, 110, 162
- Körperbild, 8, 10, 18, 63, 67, 75, 140
- körperliche Gesundheit, 51
- Krankenschwester, 14, 61, 133, 160
- Krankheit, 7, 24, 28, 56, 57, 58, 59, 60, 110, 131, 133, 161, 163
- Lehre, 9, 19, 21, 28, 44, 45, 48, 49, 60, 83, 103, 138, 143
- Lehrer, 45, 46
- Medikamente, 105, 131, 157, 158, 159

Menstruation, 123
Menstruationsbeschwerden, 7, 34, 35, 61, 62, 157, 161
Missbrauch, 10, 11, 12, 19, 53, 99, 103, 110
Mortalität, 24
Müdigkeit, 17, 61, 70, 157, 158, 160, 161
Partner, 13, 40, 55, 127, 128, 129, 130, 131, 146
Pille, 13, 91, 128, 129, 131
Präservativ, 12, 13, 100, 125, 128, 129, 130, 131
Prävalenz, 5, 15, 26, 57, 62, 65, 73, 130, 134, 144, 164
Prävention, 5, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 25, 26, 33, 48, 57, 67, 68, 72, 78, 91, 92, 104, 109, 110, 113, 125, 126, 128, 130, 131, 142, 144, 147, 152
Probleme, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 34, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 61, 62, 66, 67, 69, 70, 89, 95, 99, 100, 103, 104, 110, 133, 140, 159, 160, 161, 162, 164
Psychiater, 16, 60, 159, 160, 162
psychische Gesundheit, 8, 9, 12, 18, 23, 28, 51, 56, 83, 100, 110
Psychologe/Psychologin, 15, 16, 75, 147, 159, 160, 161, 162
psychologische Probleme, 6, 8, 42, 55, 56, 100, 123
Pubertät, 64, 75, 123, 124
Raucher/Raucherinnen, 10, 11, 90, 91, 92
Rücken, 7, 52, 61
Rückzieher, 13, 128
Scheidung, 42
Schlaf, 8, 17, 62, 69, 70, 71, 73, 157, 158, 159, 160, 161
Schlägerei, 15, 98, 99, 104, 138, 148, 151
Schlussfolgerung, 17, 19, 20, 64, 99, 104, 107, 148
Schmerz, 7, 13, 16, 17, 36, 52, 61, 62, 157, 158, 163
Schule, 6, 7, 9, 11, 12, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 71, 73, 83, 85, 89, 92, 99, 103, 104, 109, 110, 117, 137, 138, 139, 150
Schutzverhalten, 24, 26, 34, 110, 112
Schwangerschaft, 13, 124, 129, 130, 131, 161
Schwangerschaftsabbruch, 130, 163
Schwierigkeiten, 6, 9, 16, 17, 20, 41, 44, 49, 54, 62, 103, 110, 159
Sexualität, 9, 12, 13, 19, 23, 24, 26, 34, 36, 99, 103, 104, 115, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 143
sexueller Uebergreif, 133, 140
Sicherheitsgurte, 14, 26, 110, 113, 133, 137
Sorgen, 6, 7, 10, 14, 19, 42, 51, 54, 55, 63, 65, 66, 90, 129
Sozialarbeitende, 159, 160
Spezialist, 19, 60, 147
Spirale, 128
Sport, 9, 10, 14, 23, 24, 26, 34, 62, 65, 68, 77, 83, 85, 86, 88, 89, 114, 115, 133, 134, 136, 137
Spritze, 128
Stichprobe, 6, 9, 10, 18, 21, 33, 34, 35, 37, 38, 63, 73, 88, 91, 95, 97, 108, 109, 144, 149, 160, 164
Stress, 7, 8, 19, 45, 53, 54, 73, 75, 107, 157, 159
Suizid, 13, 14, 15, 144, 145, 146, 147, 160, 164
Suizidgedanken, 15, 36, 73, 144
Suizidverhalten, 133, 144
Tabak, 10, 11, 18, 53, 54, 90, 91, 92, 100, 161
Tendenzen, 5, 18, 54
Umwelt, 19, 124
Unfälle, 14, 18, 58, 83, 110, 133, 134, 135, 136, 164
Unterschiede nach Ausbildungstyp, 45, 48, 52, 54, 61, 62, 67, 70, 75, 90, 100, 111, 124, 137, 138, 151, 160
Unwohlsein, 61
Vergleich 1993-2002, 55, 88, 91, 94, 97, 98, 102, 109, 136, 163
Verhütung, 13, 18, 24, 91, 128, 129, 131, 161
Verletzung, 13, 16, 86, 99, 104, 133, 163, 164
Waffen, 15, 148, 151, 152
Wahrnehmung der Gesundheit, 8, 28, 57
web, 117
Wein, 94
Ziel, 25, 26, 27, 33, 34, 36, 76, 99, 110, 117
Zukunft, 5, 6, 12, 13, 17, 18, 24, 47, 54, 89, 110, 164

6 ANHANG

FRAGEBOGEN SMASH 2002



Studie zu Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher in der Schweiz (2002)

Ausbildungs-Code:

(nur für Lehrlinge)



Guten Tag!

Dieser Fragebogen über die Gesundheit und das Wohlbefinden wurde von Jugendlichen Ihres Alters und von Fachpersonen ausgearbeitet. Er wird dazu dienen, die Bedürfnisse der Jugendlichen in der Ausbildung nach der obligatorischen Schulzeit besser zu verstehen. Damit können die Präventionsprogramme, Gesundheitsdienste und Beratungsstellen für Jugendliche (Sprechstunden, Familienplanung, Sozialdienste, Freizeitangebote, etc.) weiter verbessert werden.

Ungefähr 10'000 Jugendliche aus der ganzen Schweiz sind eingeladen, an dieser Befragung teilzunehmen. Da Sie nicht alle die gleiche Meinung und die gleichen Erfahrungen haben, interessieren uns die Antworten jedes und jeder einzelnen von Ihnen. Wir werden die verschiedensten Themen anschnitten, darunter auch sehr persönliche. Entsprechend garantieren wir Ihnen auch die vollständige Anonymität, d.h. wir werden Ihren Namen nie kennen, und niemand wird Ihre Antworten erkennen; auch nicht die Person, die Ihnen den Fragebogen abgegeben hat und in der Klasse anwesend ist. Selbstverständlich steht es Ihnen frei, einzelne oder auch alle Fragen nicht zu beantworten.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung, Ihre Mitarbeit und Ihr Vertrauen !

Prof. Pierre-André Michaud
 Chefarzt UMSA

Dr. med. Françoise Narring
 Leitende Ärztin UMSA

Véronique Addor, MPH
 Projektleiterin der Studie

Laura Inderwildi Bonivento,
 Lic. Soc.; Koordinatorin für die
 italienische Schweiz

Prof. Françoise D. Alsaker
 Institut für Psychologie
 Universität Bern

Dr. med. Annemarie Tschumper
 Institut für Psychologie
 Universität Bern

Wie soll man antworten?

- Nehmen Sie sich Zeit, die Frage gut zu lesen, aber überlegen Sie auch nicht zu lange, bevor Sie antworten.
- Machen Sie ein Kreuz in das Feld, welches der für Sie passendsten Antwort entspricht. In der Regel gibt es nur eine Antwort pro Frage, ausser wenn eine andere Anleitung bei der Frage steht. Wenn Sie eine Antwort korrigieren wollen, streichen Sie diese zweimal durch und machen Sie ein neues Kreuz, das der neuen Antwort entspricht.
- Wenn eine Frage Sie nicht betrifft, gehen Sie, ohne zu antworten, direkt zur nächsten Frage.
- Schreiben Sie Zahlen bitte sehr leserlich wie unten vorgegeben (optische Dateneinlesung) !

Korrekturen:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Bitte Zahlen so schreiben

~~16~~ Jahre

Fehler zweimal streichen

17

Neu schreiben

ja
~~☒~~

Fehler zweimal streichen

nein
 ☒

Neu markieren

IHR WOHLBEFINDEN UND IHRE AKTIVITÄTEN ...

1 Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit im allgemeinen ein?

ausgezeichnet sehr gut gut mittelmässig schlecht
 1 2 3 4 5

2 An wievielen Tagen haben Sie in der letzten Woche während mindestens 20 Minuten am Stück eine körperliche Aktivität betrieben, die Sie zum Schwitzen oder zum schnelleren Atmen gebracht hat?

Unter körperlicher Aktivität versteht man z.B. Sport treiben, mit dem Fahrrad zur Schule fahren, einer körperlich anstrengenden Arbeit nachgehen, etc.

(mit 0-7 Tagen antworten) Tage pro Woche

3 Haben Sie in den letzten 30 Tagen ausserhalb der Schule in einem Verein, einer Gruppe oder einem Club mitgemacht?

(nur eine Antwort pro Zeile)

	ja	nein
▪ Sportclub in einer Einzelsportart	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Sportclub in einer Mannschaftssportart	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Kurs oder Gruppe für Ballett, Tanz oder Theater	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Musikgruppe (Band, Chor, Jugendorchester, Blasmusik, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Pfadi, Kadetten	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Jugendgruppe	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Pfarreigruppe	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Hilfswerk (Hilfsaktionen, Rotes Kreuz, Samariter, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Politische Gruppierung, Jugendparlament	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ andere Aktivität, welche? _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

4 Treiben Sie ausserhalb der Schule Sport?

ja, jeden Tag oder fast ja, 2- bis 3-mal pro Woche ja, ungefähr 1-mal pro Woche **nein**
 1 2 3 4

Wenn nein, aus welchen Gründen? ←

(mehrere Antworten möglich)

- 1 ich leide an einer Verletzung oder an einer körperlichen Behinderung
- 2 ich fühle mich nicht wohl in meinem Körper
- 3 ich bin nicht begabt
- 4 ich mag Sport nicht
- 5 wegen unregelmässiger Arbeitszeit kann ich mich nicht in einem Club/Kurs einschreiben
- 6 ich habe bereits eine körperlich harte Arbeit
- 7 ich habe zu viel zu tun, ich habe keine Zeit
- 8 ich habe keine Gelegenheit, es gibt keinen Club oder keine Sportanlage für diejenige Sportart, die mir gefallen würde
- 9 ich habe keine Lust, ich bin zu faul
- 10 ich mache lieber etwas anderes
- 11 meine Freundinnen und Freunde machen auch keinen Sport
- 12 aus anderen Gründen

IHRE AUSBILDUNG ...

5 Welches ist Ihre schulische oder berufliche Situation?

- ₁ in der Lehre oder einer Berufsschule
- ₂ Schule: welche? ₁ Gymnasium, Kantonsschule, Seminar
₂ technische Schule
₃ Diplommittelschule, Handelsschule
- ₃ andere, welche? _____

6 In welchem Ausbildungsjahr sind Sie (nach der obligatorischen Schulzeit)?

- ₁ 1. Jahr
- ₂ 2. Jahr
- ₃ 3. Jahr
- ₄ 4. Jahr oder weiter

7 Wie oft mussten Sie im Laufe Ihrer Schulzeit eine Klasse wiederholen?

(wenn keine Wiederholung: 0 angeben) mal

8 Wie finden Sie Ihre Klasse im allgemeinen?

(nur eine Antwort pro Zeile)

	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ die meisten fühlen sich wohl in unserer Klasse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ die Lehrpersonen kümmern sich um die Probleme der Schülerinnen und Schüler	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ wenn jemand etwas Falsches sagt, spotten alle über ihn oder sie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ die Lehrerinnen und Lehrer haben Vertrauen zu mir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ ich erhalte von den Lehrern und Lehrerinnen die Anerkennung, die ich verdiene	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

9 FÜR LEHRLINGE

Wie finden Sie im allgemeinen die Stimmung an Ihrer Lehrstelle?

(nur eine Antwort pro Zeile)

	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ die meisten fühlen sich wohl in unserem Betrieb/Team	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ mein Lehrmeister (Lehrmeisterin) ist sehr streng	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ mein Lehrmeister (Lehrmeisterin) kümmert sich um die Probleme der Lehrlinge	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ wenn jemand in unserem Betrieb/Team einen Fehler macht, spotten alle über ihn oder sie	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ mein Lehrmeister (Lehrmeisterin) hat Vertrauen zu mir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
▪ ich erhalte von meinem Lehrmeister (Lehrmeisterin) die Anerkennung, die ich verdiene	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10 FÜR LEHRLINGE

Bezüglich Anstrengung und Stress an der Arbeit

Überlegen Sie sich zu den einzelnen Aussagen zuerst, ob Sie für Sie zutreffen. Falls ja, geben Sie an, wie stark Sie das belastet.

		das belastet mich gar nicht	das belastet mich ein wenig	das belastet mich mässig	das belastet mich sehr stark
▪ aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens stehe ich häufig unter grossem Zeitdruck	trifft nicht zu				
	trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört	trifft nicht zu				
	trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen	trifft nicht zu				
	trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen	trifft nicht zu				
	trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ meine Arbeit ist körperlich anstrengend	trifft nicht zu				
	trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ im Verlauf meiner Lehrzeit ist meine Arbeit immer anspruchsvoller geworden	trifft nicht zu				
	trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IHRE PERSÖNLICHE SITUATION ...

11 Was denken Sie über diese Aussagen?

(nur eine Antwort pro Zeile)

	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich habe gute Noten in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ich bin sicher, dass ich eine Ausbildung abschliessen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ ich bin sicher, dass ich später eine Stelle finden werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Sie sind?

weiblich
männlich

13 Wie alt sind Sie ?

Jahre

14 Von welchem Land/Region besitzen Sie Ihre Nationalität(en)?

(mehrere Antworten sind möglich)

- 1 Schweiz
- 2 Italien
- 3 Deutschland
- 4 Frankreich
- 5 Österreich
- 6 Portugal
- 7 Spanien
- 8 Türkei
- 9 Republik Jugoslawien
- 10 Kroatien
- 11 Republik Mazedonien
- 12 anderer Staat in Westeuropa
- 13 anderer Staat in Osteuropa
- 14 Naher Osten, Maghreb, Mittlerer Osten
- 15 anderer Staat in Afrika
- 16 Asien
- 17 Süd- und Mittelamerika
- 18 Nordamerika, Australien

15 Sind Sie in der Schweiz geboren?

ja

nein

1 0

Wenn nein, seit wievielen Jahren leben Sie in der Schweiz? Seit Jahren Monaten

16 Aus welchem Land oder welcher Region stammen Ihre Eltern?

(eine Antwort pro Kolonne)

	Mutter	Vater
▪ Schweiz	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Italien	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
▪ Deutschland	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Frankreich	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Österreich	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Portugal	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ Spanien	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
▪ Türkei	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
▪ Republik Jugoslawien	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
▪ Kroatien	10 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
▪ Republik Mazedonien	11 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
▪ anderer Staat in Westeuropa	12 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
▪ anderer Staat in Osteuropa	13 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>
▪ Naher Osten, Maghreb, Mittlerer Osten	14 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
▪ anderer Staat in Afrika	15 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
▪ Asien	16 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
▪ Süd- und Zentralamerika	17 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>
▪ Nordamerika, Australien	18 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
▪ Sie wissen es nicht	19 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>

17 Wo wohnen Sie (Sie selbst)?

in den Bergen, auf dem
Land, in einem Dorf

1

in einer Stadt oder in einem
städtischen Vorort

2

18 In welchem Kanton wohnen Sie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Appenzell AR | <input type="checkbox"/> 15 Obwalden |
| <input type="checkbox"/> 2 Appenzell AI | <input type="checkbox"/> 16 Schaffhausen |
| <input type="checkbox"/> 3 Aargau | <input type="checkbox"/> 17 Schwyz |
| <input type="checkbox"/> 4 Basel-Land | <input type="checkbox"/> 18 Solothurn |
| <input type="checkbox"/> 5 Basel-Stadt | <input type="checkbox"/> 19 St. Gallen |
| <input type="checkbox"/> 6 Bern | <input type="checkbox"/> 20 Tessin |
| <input type="checkbox"/> 7 Freiburg | <input type="checkbox"/> 21 Thurgau |
| <input type="checkbox"/> 8 Genf | <input type="checkbox"/> 22 Uri |
| <input type="checkbox"/> 9 Glarus | <input type="checkbox"/> 23 Wallis |
| <input type="checkbox"/> 10 Graubünden | <input type="checkbox"/> 24 Waadt |
| <input type="checkbox"/> 11 Jura | <input type="checkbox"/> 25 Zug |
| <input type="checkbox"/> 12 Luzern | <input type="checkbox"/> 26 Zürich |
| <input type="checkbox"/> 13 Neuenburg | <input type="checkbox"/> 27 Sie wohnen im Ausland |
| <input type="checkbox"/> 14 Nidwalden | |

19 Bitte bezeichnen Sie in dieser Liste alle Personen, mit denen Sie die meiste Zeit wohnen:

(mehrere Antworten sind möglich)



Wenn es die gleichen Personen sind wie während der Woche, überspringen Sie die 2. Kolonne!

während der Woche

- 1 Mutter
- 2 Stiefmutter oder Freundin/
Lebenspartnerin Ihres Vaters
- 3 Pflegemutter
- 4 Vater
- 5 Stiefvater oder Freund/
Lebenspartner Ihrer Mutter
- 6 Pflegevater
- 7 Brüder, Schwestern, Anzahl:
(auch Halbbrüder/Halbschwestern,
mit denen Sie zusammen wohnen)
- 8 andere Verwandte
(Grosseltern, Onkel, Tanten,
andere Kinder, etc.)
- 9 Sie leben allein
- 10 Sie teilen eine Wohnung mit anderen
(WG) oder leben im Internat
- 11 Sie leben mit Ihrem Partner/Partnerin
- 12 Sie leben in einem Heim
- 13 andere Wohnsituation

während des Wochenendes

- 1 Mutter
- 2 Stiefmutter oder Freundin/
Lebenspartnerin Ihres Vaters
- 3 Pflegemutter
- 4 Vater
- 5 Stiefvater oder Freund/
Lebenspartner Ihrer Mutter
- 6 Pflegevater
- 7 Brüder, Schwestern, Anzahl:
(auch Halbbrüder/Halbschwestern,
mit denen Sie zusammen wohnen)
- 8 andere Verwandte
(Grosseltern, Onkel, Tanten,
andere Kinder, etc.)
- 9 Sie leben allein
- 10 Sie teilen eine Wohnung mit anderen
(WG) oder leben im Internat
- 11 Sie leben mit Ihrem Partner/Partnerin
- 12 Sie leben in einem Heim
- 13 andere Wohnsituation

20 Wurden Sie adoptiert?

durch Ihre Mutter ja nein
 durch Ihren Vater

Falls Sie adoptiert wurden, in welchem Alter ca.? mit Jahren Monaten

Falls Sie adoptiert wurden, welches ist Ihre Herkunftsregion?

- 1 Schweiz oder Westeuropa
 2 Osteuropa
 3 Türkei, Balkan
 4 Naher Osten, Maghreb
 5 übriges Afrika
 6 Süd- oder Mittelamerika
 7 Asien
 8 anderes Land

21 Wie ist die Situation Ihrer Eltern?

- 1 Sie leben zusammen
 2 Sie sind getrennt oder geschieden
 3 Ihr Vater ist gestorben
 4 Ihre Mutter ist gestorben
 5 Ihr Vater und Ihre Mutter sind gestorben
 6 andere Situation; genauer _____

22 Welche Ausbildung haben Ihre Eltern (oder Stiefeltern, oder Freundin/Freund des Elternteils, mit denen Sie die meiste Zeit leben) als letztes abgeschlossen?

(eine Antwort pro Kolonne)

	Mutter	Vater
▪ ging nie zur Schule (weder in der Schweiz noch im Ausland)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ die obligatorische Schule (oder einige Schuljahre)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
▪ Berufslehre, Berufsschule	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
▪ Handelsschule oder technische Schule	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
▪ Universität, Hochschule oder Fachhochschule	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
▪ Sie wissen es nicht	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

23 Manchmal befürchtet man, dass gewisse Ereignisse eintreten könnten. Haben Sie manchmal Angst, dass ...

(nur eine Antwort pro Zeile)

	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
▪ sich Ihre Eltern scheiden lassen oder sich trennen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
▪ Sie von einem Elternteil geschlagen werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

UNFÄLLE UND VERLETZUNGEN ...

24 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Unfall, nach welchem Sie behandelt werden mussten (durch Krankenschwester, Arzt, Ärztin, etc.)?

ja nein

Wenn ja, geben Sie für jede Art von Unfall die Anzahl an:

1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verkehrsunfall/-unfälle (Fussgänger, Velo, Scooter, Rollbrett, Auto, etc.)	als Fussgänger(in) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> als Velofahrer(in) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> als Beifahrer/-in eines Motorfahrzeugs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> als Lenker/-in eines Motorfahrzeugs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Unfall/Unfälle in der Schule (nicht Sportunfall)	
3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arbeitsunfall/-unfälle	
4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sportunfall/-unfälle	
5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Unfall/Unfälle zu Hause	
6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Freizeitunfall/-unfälle (nicht beim Sport)	
7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	andere	

Wenn Sie in den letzten 12 Monaten einen oder mehrere Unfälle hatten, hatten diese schwerwiegende Konsequenzen?

	ja	nein
▪ körperliche Folgen (Sie können alltägliche Dinge nicht mehr ohne Hilfe verrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ psychische Folgen (Veränderung Ihres Verhaltens, Ängste, Konzentrationsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 Sind Sie in den letzten 30 Tagen Velo gefahren?

	ja	nein												
↓	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Wenn ja, haben Sie einen Helm getragen?</td> <td style="text-align: center;">immer</td> <td style="text-align: center;">meistens</td> <td style="text-align: center;">manchmal</td> <td style="text-align: center;">nie</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Wenn ja , haben Sie einen Helm getragen?	immer	meistens	manchmal	nie		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Wenn ja , haben Sie einen Helm getragen?	immer	meistens	manchmal	nie										
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>										

26 Sind Sie in den letzten 30 Tagen Motorfahrrad ("Töffli") oder Scooter gefahren?

	ja	nein												
↓	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Wenn ja, haben Sie einen Helm getragen?</td> <td style="text-align: center;">immer</td> <td style="text-align: center;">meistens</td> <td style="text-align: center;">manchmal</td> <td style="text-align: center;">nie</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Wenn ja , haben Sie einen Helm getragen?	immer	meistens	manchmal	nie		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Wenn ja , haben Sie einen Helm getragen?	immer	meistens	manchmal	nie										
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>										

27 Sind Sie in den letzten 30 Tagen ein Motorrad mit mindestens 125 cm³ gefahren?

	ja	nein												
↓	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Wenn ja, haben Sie einen Helm getragen?</td> <td style="text-align: center;">immer</td> <td style="text-align: center;">meistens</td> <td style="text-align: center;">manchmal</td> <td style="text-align: center;">nie</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Wenn ja , haben Sie einen Helm getragen?	immer	meistens	manchmal	nie		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Wenn ja , haben Sie einen Helm getragen?	immer	meistens	manchmal	nie										
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>										

28 Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen einen Sicherheitsgurt getragen, wenn Sie als Beifahrer/-in (Beifahrersitz oder Rücksitz) im Auto unterwegs waren?

immer	meistens	manchmal	nie
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

29 Haben Sie in den letzten 30 Tagen ein Auto gesteuert?

	ja	nein												
↓	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Wenn ja, haben Sie einen Sicherheitsgurt getragen?</td> <td style="text-align: center;">immer</td> <td style="text-align: center;">meistens</td> <td style="text-align: center;">manchmal</td> <td style="text-align: center;">nie</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Wenn ja , haben Sie einen Sicherheitsgurt getragen?	immer	meistens	manchmal	nie		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Wenn ja , haben Sie einen Sicherheitsgurt getragen?	immer	meistens	manchmal	nie										
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>										

30 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Fahrzeug gelenkt (Velo, Mofa, Motorrad, Auto), nachdem Sie reichlich Alkohol getrunken hatten (etwas betrunken waren)?

nie	1 oder 2-mal	mehrmals	sehr oft
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

GEWALT ...

31 Waren Sie in den letzten 12 Monaten

(nur eine Antwort pro Zeile)

	nie	einmal	manchmal	oft
▪ Opfer eines Diebstahls?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Opfer einer Erpressung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Opfer von körperlicher Gewalt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

32 Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	1-2-mal	ca. 1-mal pro Woche	öfter
▪ sich andere über Sie lustig machten oder Sie beleidigten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ andere Sie körperlich angriffen oder grob behandelten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ andere Sie ausschlossen oder daran hinderten, an etwas teilzunehmen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

33 Hier ist eine Liste von Dingen, die verboten sind, die aber trotzdem manchmal vorkommen. Was davon haben Sie selbst in den letzten 12 Monaten getan?

(nur eine Antwort pro Zeile)	nie	1- bis 2-mal	3-mal oder mehr
▪ absichtlich etwas zerstört, das Ihnen nicht gehört (Telefonkabine, Strassenlaterne, Auto, Abschränkung, Kinosessel, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ etwas gestohlen oder einfach mitgenommen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ einen Erwachsenen angegriffen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ etwas angezündet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ jemandem die Tasche, das Portemonnaie oder das Natel entrissen oder entwendet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ eine Waffe getragen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche Waffe(n)?

- 1 Spring- oder Stelmesser
 2 Schläger/Stock
 3 Schlagring
 4 Pistole oder andere Schusswaffe
 5 Spray (Pfefferspray oder anderer)
 6 andere, genauer _____

	nie	1 bis 2 -mal	3-mal oder mehr
▪ bei einer Schlägerei eine Waffe gebraucht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche Waffe(n)?

- 1 Spring- oder Stelmesser
 2 Schläger/Stock
 3 Schlagring
 4 Pistole oder andere Schusswaffe
 5 Spray (Pfefferspray oder anderer)
 6 andere, genauer _____

	nie	1 bis 2- mal	3-mal oder mehr
▪ Drogen verkauft (inkl. Cannabis)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

GESUNDHEITSPROBLEME ...

34 Ist es in den letzten 12 Monaten in der Schule oder auf der Arbeit vorgekommen, dass Sie

(nur eine Antwort pro Zeile)

	nie oder fast nie	ca. 1-mal pro Monat	ca. 1-mal pro Woche	jeden Tag oder fast
▪ nicht zur Schule oder zur Arbeit gingen (schwänzten) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ wegen Krankheit oder vorübergehender Unpässlichkeit fehlten ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ aus einem anderen Grund fehlten ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

35 Im Leben kommt es vor, dass man schwierige Zeiten durchlebt. Trifft das für Sie im Moment zu?

(nur eine Antwort pro Zeile)

	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich bin häufig deprimiert, ohne zu wissen warum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ab und zu denke ich, dass alles derartig hoffnungslos ist, dass ich auf nichts Lust habe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ab und zu denke ich, dass ich nichts habe, was mir Freude macht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ab und zu bin ich dermassen deprimiert, dass ich den ganzen Tag im Bett bleiben möchte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich bin häufig traurig, ohne zu wissen warum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich finde mein Leben ziemlich traurig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ in letzter Zeit habe ich oft an den Tod gedacht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ab und zu denke ich, dass mein Leben nicht lebenswert ist	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

36 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Probleme mit

(nur eine Antwort pro Zeile)

	nie	selten	ziemlich oft	sehr oft
▪ den Augen	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ dem Gehör	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Akne ("Bibeli")	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Ekzemen (Hautallergien)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ den Atemwegen (Asthma, Heuschnupfen und anderes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Knochen- Muskel- oder Gelenkschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

37 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Probleme mit

(nur eine Antwort pro Zeile)

	nie	selten	ziemlich oft	sehr oft
▪ dem Rücken	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ dem Gewicht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Kopfschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Bauchschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Beinschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ dem Schlaf	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Frauenbeschwerden (Menstruationsbeschwerden, Scheideninfekte, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Schwindel, Ohnmacht (tiefer Blutdruck, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

38 Wenn Sie Probleme haben, sprechen Sie im allgemeinen mit Ihrer Familie, Ihren Freundinnen und Freunden oder anderen Erwachsenen (z.B. Lehrpersonen) darüber?

	Sie sprechen mit					
	Ihrer Familie	anderen nahestehenden Erwachsenen	Ihren Freunden	Ihrem Partner, Ihrer Partnerin	anderen Erwachsenen in der Schule oder der Lehre	Sie sprechen nicht darüber
<i>(mehrere Antworten pro Zeile sind möglich)</i>						
▪ Gesundheitsprobleme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ Probleme in der Schule und/oder Lehre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ psychische Probleme (z.B. Depressivität, Ängste)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

39 Haben Sie eine Körperbehinderung, d.h. eine Schädigung, welche die Unversehrtheit oder die Funktionsfähigkeit Ihres Körpers in irgend einer Weise einschränkt?

ja nein

↓

Wenn ja, ist Ihre Behinderung verursacht durch	Krankheit	Unfall	Seit Geburt
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
			ja nein
▪ Verunmöglicht Ihnen diese Behinderung, den gleichen Aktivitäten (in Art und Ausmass) nachgehen zu können wie andere Jugendliche?			1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
▪ Benötigen Sie aufgrund dieser Behinderung eine Diät, technische Hilfsmittel oder die Hilfe von anderen Menschen, um die alltäglichen Aktivitäten verrichten zu können?			1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
▪ Erfordert diese Behinderung andere oder häufigere pflegerische oder therapeutische Massnahmen als sie Jugendliche sonst benötigen?			1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

40 Leiden Sie an einer chronischen Krankheit, d.h. einer Krankheit, die lange dauert (mind. 6 Monate) und die eine regelmässige Behandlung erfordern kann (z.B. Diabetes, Skoliose, etc.)?

ja nein

↓

Wenn ja		
▪ Verunmöglicht Ihnen diese Krankheit, den gleichen Aktivitäten (in Art und Ausmass) nachgehen zu können wie andere Jugendliche?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Benötigen Sie aufgrund dieser Krankheit eine Diät, technische Hilfsmittel oder die Hilfe von anderen Menschen, um die alltäglichen Aktivitäten verrichten zu können?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Erfordert diese Krankheit andere oder häufigere pflegerische oder therapeutische Massnahmen als sie Jugendliche sonst benötigen?	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

41 Zum Thema Müdigkeit und Schlaf, wie steht es bei Ihnen zur Zeit?

<i>(nur eine Antwort pro Zeile)</i>	nie	selten	oft	sehr oft
▪ Sie fühlen sich müde oder verspüren den Wunsch, während des Tages zu schlafen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Sie haben Schwierigkeiten, abends einzuschlafen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Sie erwachen in der Nacht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ Sie haben einen unruhigen Schlaf (inkl. Alpträume)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

42 Um welche Zeit gehen Sie von Montag bis Freitag gewöhnlich zu Bett?

gegen Uhr Minuten

43 Um welche Zeit stehen Sie von Montag bis Freitag gewöhnlich auf?

gegen Uhr Minuten

44 Wie schätzen Sie Ihre Schlafdauer in den letzten 30 Tagen ein?

ungenügend genügend zu lange
₁ ₂ ₃

45 Nachstehend eine Liste der Probleme, die bei Jugendlichen Ihres Alters gefunden werden. Können Sie angeben, für welche Sie in diesem Moment eine Hilfe für sich selber nötig hätten?

	ja	nein
▪ Probleme mit der Ernährung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Probleme mit der Schule oder der Arbeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Nervosität, Gespanntheit, Stress	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Traurigkeit, Deprimiertheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Schlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Probleme mit dem Tabakkonsum	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Probleme mit dem Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Probleme mit dem Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Probleme mit dem Gefühlsleben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Probleme mit der Sexualität oder der Verhütung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ mit dem Sport verbundene Probleme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Schwierigkeiten Freunde/Freundinnen zu finden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Schwierigkeiten mit den Eltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ Schwierigkeiten mit der beruflichen Zukunft	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

46 In den letzten 12 Monaten

	ja	nein
▪ haben Sie an Selbstmord gedacht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ gab es Momente, in denen Sie Selbstmord begehen wollten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ hätten Sie Selbstmord begangen, wenn sich die Gelegenheit dazu geboten hätte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ haben Sie darüber nachgedacht, mit welcher Methode Sie sich hätten umbringen können	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
▪ haben Sie einen Selbstmordversuch gemacht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

47 Haben Sie im Laufe Ihres Lebens einen Selbstmordversuch gemacht?

ja nein
 ₁ ₀

Wenn ja, wieviele Male? mal

Falls Sie in den letzten 12 Monaten einen Selbstmordversuch gemacht haben, hat Ihre Umgebung davon Kenntnis?

Falls Sie mehrere Selbstmordversuche gemacht haben, antworten Sie für den letzten.

ja nein
 ₁ ₀

Wenn ja, wer?
(mehrere Antworten sind möglich)

₁ Eltern
 ₂ Kollege(n), Kollegin(nen)
 ₃ Freund, Freundin (Partner/-in)
 ₄ Brüder, Schwestern
 ₅ Heimerzieher(in)
 ₆ Lehrkräfte
 ₇ andere Personen; genauer

ARZTBESUCHE, BERATUNGEN, SPITALAUFENTHALTE ...

48 **In den letzten 12 Monaten besuchten Sie**

(nur eine Antwort pro Zeile)

	nie	1 bis 2-mal	öfter
▪ eine Allgemein- oder Hausärztin (Hausarzt)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ eine Frauenärztin (Frauenarzt)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ eine andere Spezialärztin (Spezialarzt)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ eine Schulkrankenschwester	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ eine Familienberatungsstelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ eine Sozialarbeiterin (Sozialarbeiter)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
▪ eine Psychologin (Psychologe) oder Psychiater	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

49 **Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Spital (d.h. mindestens 1 Nacht im Spital oder auf der Notfallstation)?**

	ja	nein
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<p>Wenn ja, wie oft? <input type="text"/> mal</p>		
<p>Wenn ja, aus welchem Grund (aus welchen Gründen) waren Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> im Spital?</p>		
<i>(mehrere Antworten möglich)</i>		
	ja	nein
▪ Unfall (Unfälle) oder Unfallfolgen	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ gynäkologische Probleme (z.B. Schwangerschaft, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ chronische Krankheit (Krankheit, die mindestens 6 Monate dauert und die eine regelmässige Behandlung erfordern kann, z.B. Diabetes, Skoliose, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Selbstmordversuch	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ andere, welche? _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

50 **Wen haben Sie in den letzten 12 Monaten für eines oder mehrere der unten stehenden Probleme konsultiert?**

<i>(mehrere Antworten pro Zeile möglich)</i>	Ärztin/ Arzt	Psychologe/-in	andere Fachperson	telefonische Beratung	niemanden
▪ Müdigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Schlafprobleme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Essstörungen (Magersucht, Ess-Brechsucht)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ gynäkologische Probleme (Menstruationsbeschwerden, Scheideninfekte, etc.) oder Schwangerschaft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ sexuell übertragbare Krankheiten (inkl. HIV-Test/AIDS)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Empfängnisverhütung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Selbstmordversuch oder Folgen davon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Probleme mit dem Rauchen/Tabakkonsum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Probleme mit Alkohol- oder Drogenkonsum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Nervosität, Depressivität	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ chronische Krankheit oder Behinderung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Sie haben keine solchen Probleme gehabt

51 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen?

Ich habe ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen:

<i>(nur eine Antwort pro Zeile)</i>	nie	selten	2 bis 3-mal pro Monat	2 bis 3-mal pro Woche	jeden Tag
▪ Medikamente gegen Müdigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Schlafmittel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Medikamente gegen Nervosität und Angst	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Schmerzmittel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Medikamente gegen Verstopfung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Appetitzügler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Medikamente gegen Akne ("Bibeli")	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ andere Medikamente (Homöopathie, Tee, pflanzliche Mittel, Vitamine, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Ich habe Medikamente eingenommen, die nicht ärztlich verschrieben sind
(auf meine eigene Initiative hin):

<i>(nur eine Antwort pro Zeile)</i>	nie	selten	2 bis 3-mal pro Monat	2 bis 3-mal pro Woche	jeden Tag
▪ Medikamente gegen Müdigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Schlafmittel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Medikamente gegen Nervosität und Angst	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Schmerzmittel	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Medikamente gegen Verstopfung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Appetitzügler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Medikamente gegen Akne ("Bibeli")	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ andere Medikamente (Homöopathie, Tee, pflanzliche Mittel, Vitamine, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

IHR KÖRPER ...

52 Was denken Sie zur Zeit über Ihren Körper?

	trifft ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich bin zufrieden mit meiner Erscheinung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich möchte ein oder zwei Dinge an meinem Körper verändern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich möchte vieles an meinem Körper verändern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

53 Gewisse Jugendliche verschönern ihren Körper mit verschiedenen Mitteln. Haben Sie

	keine(s)	ja, eine(s)	ja, mehrere
▪ ein Piercing (Ohringe zählen nicht)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ eine bleibende Tätowierung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

54 Wie gross sind Sie?

 cm

55 Wie schwer sind Sie?

 ,  kg

56 Zur Zeit, fühlen Sie sich

zu dünn	etwas dünn	gerade richtig	etwas zu dick	zu dick
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

57 Möchten Sie Ihr Gewicht verändern?

(eine Antwort möglich)

- 1 ja, ich möchte abnehmen, aber dies ist nicht meine grösste Sorge
- 2 ja, ich möchte abnehmen, und ich denke ständig daran
- 3 ja, ich möchte zunehmen, aber dies ist nicht meine grösste Sorge
- 4 ja, ich möchte zunehmen, und ich denke ständig daran
- 5 nein

➔ **Wenn ja**, was tun Sie, um Ihr Gewicht zu verändern?

(mehrere Antworten möglich)

- 1 Sie unternehmen nichts (sie können sich nicht entscheiden)
- 2 Sie treiben Sport oder ein körperliches Training
- 3 Sie machen eine Diät
- 4 Sie nehmen Kräutertee, homöopathische oder pflanzliche Mittel
- 5 Sie nehmen Medikamente

58 Kommt es seit einigen Monaten vor, dass Sie

(nur eine Antwort pro Zeile)

	nie	einmal pro Woche	ein bis zweimal pro Woche	jeden Tag
▪ Angst haben, dass Sie zunehmen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ sich unattraktiv finden, wenn Sie zuviel gegessen haben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ oft ans Essen denken	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ das Gefühl lieben, einen leeren Magen zu haben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ sehr viel essen und Mühe haben, damit aufzuhören	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ sich zum Erbrechen bringen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

59 Haben Sie schon eine oder mehrere Diäten zum Abnehmen gemacht?

ja nein
 ₁ ₂

↓

Wenn ja, wann haben Sie ihre erste Diät gemacht? ungefähr mit Jahren

LIEBE UND SEXUALITÄT ...

60 Haben Sie zur Zeit eine Freundin (Partnerin)/einen Freund (Partner)?

ja nein
 ₁ ₀

↓

Wenn ja, wie alt ist sie/er? Jahre alt

Seit wann sind Sie mit ihr/ihm zusammen ?

weniger als 1 Monat	1-3 Monate	4-6 Monate	6-12 Monate	mehr als ein Jahr
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Wie finden Sie Ihre Beziehung?

sehr gut	gut	mittelmässig	schlecht
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

61 Haben Sie in der Schule Sexualunterricht (sexuelle Aufklärung) gehabt?

ja nein
 ₁ ₀

62 Wenn Sie ans Alter denken, in dem Ihre Pubertät angefangen hat: Waren Sie im Vergleich zu den Jugendlichen Ihres Alters ...

sehr früh	eher früh	wie die anderen	eher spät	sehr spät
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

63 FÜR DIE FRAUEN

In welchem Alter hatten Sie Ihre ersten Monatsblutungen?

mit Jahren

Ich habe noch keine Monatsblutungen

64 FÜR DIE FRAUEN

Wie fühlten Sie sich in den letzten 12 Monaten während Ihren Monatsblutungen?

(nur eine Antwort pro Zeile)

	nie	manchmal	fast immer
▪ Sie fühlen sich gut und sind aktiv wie sonst auch	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie haben Bauch- oder Rückenschmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Ihre Brüste schmerzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie erbrechen und haben Darmprobleme	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie fühlen sich schwach und müde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie werden ohnmächtig	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie sind schlecht gelaunt oder haben grosse Stimmungsschwankungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie fühlen sich deprimiert	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie müssen zu Hause bleiben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie schränken Ihre sportlichen Aktivitäten ein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie fühlen sich in Ihren sozialen Aktivitäten eingeschränkt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie fühlen sich in Ihren schulischen und/oder beruflichen Aktivitäten eingeschränkt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie nehmen Medikamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie gehen zum Arzt/zur Ärztin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
▪ Sie haben andere Probleme. Welche?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

65 FÜR ALLE

Haben Sie schon Geschlechtsverkehr gehabt?

- 1 ja, einmal
 2 ja, mehrmals
 3 **nein**, nie

→ **Wenn nein**, gehen Sie zu Frage 72

66 In welchem Alter hatten Sie das erste Mal Geschlechtsverkehr?

mit Jahren

67 Mit wievielen Partnerinnen/Partnern hatten Sie bis jetzt insgesamt Geschlechtsverkehr?

Partner/Partnerinnen

68 Welches Verhütungsmittel oder Mittel zur Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten haben Sie und Ihre derzeitige Partnerin/Ihr derzeitiger Partner benutzt?

(Wenn Sie bisher nur einmal Geschlechtsverkehr hatten, antworten Sie bitte nur in der ersten Kolonne)

	bei Ihrem <u>ersten</u> Geschlechtsverkehr		bei Ihrem <u>letzten</u> Geschlechtsverkehr	
	ja	nein	ja	nein
▪ Pille	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ "Pille danach"	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Präservativ für Männer ("Pariser")	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ chemische Mittel (Cremen, Zäpfchen, Schwämmchen, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Diaphragma, Portiokappe	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Rückzieher ("Aufpassen", Coitus interruptus)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Berechnung der günstigen Tage	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Präservativ für Frauen (Femidom)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Spirale	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Spritze oder Implantat	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ andere, welche? _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ keine Verhütungsmittel	1 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>	

Sie haben zur Zeit keine Freundin/keinen Freund (Partner)

69 Haben Sie bei Ihrem letzten Geschlechtsverkehr ein Präservativ ("Pariser") benutzt?

ja nein
1 0

70 FÜR DIE FRAUEN

Waren Sie schon einmal schwanger?

ja nein
1 0

Wenn ja:

- 1 haben Sie Ihr Kind ausgetragen?
2 hatten Sie eine Fehlgeburt (Spontanabort)?
3 haben Sie die Schwangerschaft abbrechen lassen?

71 FÜR DIE MÄNNER

War eine Ihrer Freundinnen je schwanger von Ihnen?

ja nein Sie wissen es nicht
1 0 2

Wenn ja:

- 1 hat sie das Kind ausgetragen?
2 hatte sie eine Fehlgeburt (Spontanabort)?
3 hat sie die Schwangerschaft abbrechen lassen?
4 Sie wissen es nicht

72 FÜR ALLE

Welche der folgenden Aussagen beschreibt am besten, was Sie fühlen?

- ₁ mich ziehen nur Personen des anderen Geschlechts an, und ich stelle mir vor, dass ich sexuelle Erfahrungen nur mit Personen des anderen Geschlechts haben werde
- ₂ mich ziehen Personen des anderen Geschlechts sehr stark an, und ich stelle mir vor, dass ich die meisten sexuellen Erfahrungen mit Personen des anderen Geschlechts haben werde
- ₃ mich ziehen Frauen und Männer gleich an, und ich möchte mit beiden Geschlechtern sexuelle Erfahrungen haben
- ₄ mich ziehen Personen des gleichen Geschlechts sehr stark an, und ich stelle mir vor, dass ich die meisten sexuellen Erfahrungen mit Personen des gleichen Geschlechts haben werde
- ₅ mich ziehen nur Personen des gleichen Geschlechts an, und ich stelle mir vor, dass ich sexuelle Erfahrungen nur mit Personen des gleichen Geschlechts haben werde

73 Hatten Sie schon sexuelle Kontakte im Austausch gegen Geld oder Drogen?

ja nein
₁ ₀

74 Wurden Sie schon sexuell belästigt (oder sexuell missbraucht)?

Ein *sexueller Übergriff* oder ein *sexueller Missbrauch* liegt vor, wenn jemand aus Ihrer Familie oder jemand anderes Sie an einer Körperstelle berührt, an der Sie nicht berührt werden wollen, oder wenn jemand etwas Sexuelles mit Ihnen tut, das Sie aber nicht wollen.

↓ **ja** nein
₁ ₀

Wenn ja:

Haben Sie mit jemandem darüber gesprochen? ja nein
₁ ₀

In welchem Alter ist Ihnen das zum ersten Mal geschehen?

- ₁ vor dem Alter von 6 Jahren
- ₂ zwischen 6 und 8 Jahren
- ₃ zwischen 8 und 12 Jahren
- ₄ zwischen 12 und 14 Jahren
- ₅ zwischen 14 und 16 Jahren
- ₆ zwischen 16 und 20 Jahren
- ₇ ich erinnere mich nicht

TABAK UND ALKOHOL ...

75 Rauchen Sie zur Zeit Zigaretten?

- 1 nie
- 2 ich habe aufgehört zu rauchen seit Monaten
- 3 unregelmässig Zigaretten pro Woche
- 4 **regelmässig** Zigaretten pro Tag

➔ **WENN SIE REGELMÄSSIG RAUCHEN**
 In welchem Alter haben Sie angefangen, regelmässig zu rauchen? mit Jahren

Nach dem morgendlichen Erwachen, nach wieviel Zeit rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
 nach Stunden Minuten

76 Trinken Sie alkoholische Getränke?

	nie	von Zeit zu Zeit	1-mal pro Woche	mehrmals pro Woche	jeden Tag	mehrmals pro Tag
▪ Wein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ Bier	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ stark alkoholische Getränke (Schnaps, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ alkoholische Cocktailgetränke	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
▪ Alkopops (Limonaden oder Soda mit Alkohol; z.B. Hooch, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

77 Wie oft ist es Ihnen in den letzten 12 Monaten passiert, dass Sie bei einem Anlass mehr als 5 Standardgetränke getrunken haben?

Definition eines Standardgetränks:

z.B. ein Bier, 1 Glas Wein oder 0.2 dl starken Alkohol (pur oder gemixt), 1 Aperitif

- nie
1
- weniger als einmal pro Monat
2
- ein- oder mehrmals pro Monat
3
- einmal pro Woche
4
- jeden Tag oder fast
5

78 Waren Sie schon einmal richtig betrunken?

-
- ja**
1
- nein
0

Wenn ja
(nur eine Antwort pro Zeile)

	nie	1 bis 2-mal	3 bis 9-mal	10-mal oder mehr
▪ im Laufe Ihres Lebens	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ im Laufe der letzten 12 Monate	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ im Laufe der letzten 30 Tage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

79 Hatten Sie schon einmal ein Problem im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum?

	ja	nein
Persönliche Probleme		
▪ Verschlechterung der Leistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz oder Fehlen in der Schule oder am Arbeitsplatz	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ kaputte Kleider oder Gegenstände	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ verlorene Wertgegenstände (Geld, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Unfälle, Verletzungen	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Beziehungsprobleme		
▪ Streit, Schlägerei	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Beziehungsprobleme mit Freundinnen oder Freunden	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Beziehungsprobleme mit Ihren Eltern	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Beziehungsprobleme mit Lehrkräften	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Beziehungsprobleme mit Kolleginnen und Kollegen	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Sexualität		
▪ ungewollter Geschlechtsverkehr	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ ungeschützter Geschlechtsverkehr	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Erektionsprobleme ("den Penis nicht mehr hoch kriegen")	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

DROGEN ...

80 Haben Sie im Laufe Ihres Lebens schon einmal eine der unten erwähnten Substanzen konsumiert?

Wenn ja, geben Sie an, in welchem Alter Sie diese zum ersten Mal konsumiert haben

	nein	ja	zum ersten Mal mit
▪ Cannabis (oder Marijuana, Haschisch, Gras), „Kiffen“	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ Produkt zum Inhalieren (Leim, Sniff)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ Medikament mit Drogeneffekt	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ Mop	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ Ecstasy, Thai Pillen, Speed, Designer-Drogen, andere Stimulantien	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ LSD (Trip), halluzinogene Pilze	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ GHB (salty water, liquid ecstasy)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ Kokain oder Crack	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ Heroin	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ Beruhigungsmittel ohne ärztliches Rezept	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ Methadon	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
▪ andere, welche? _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren

81 Haben Sie in den letzten 30 Tagen eine der folgenden Substanzen konsumiert?

	nie	1 oder 2-mal	3 bis 9-mal	öfter	jeden Tag
▪ Cannabis (oder Marijuana, Haschisch, Gras) "Kiffen"	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Produkt zum Inhalieren (Leim, Sniff)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Medikament mit Drogeneffekt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Mop	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Ecstasy, Thai Pillen, Speed, Designer-Drogen, andere Stimulantien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ LSD (Trip), halluzinogene Pilze	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ GHB (salty water, liquid ecstasy)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Kokain oder Crack	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Heroin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Beruhigungsmittel ohne ärztliches Rezept	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ Methadon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
▪ andere, welche? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

82 Haben Sie sich einmal Drogen gespritzt?

ja nein
1 0

83 Haben Sie schon einmal ein Problem im Zusammenhang mit Ihrem Drogenkonsum gehabt?

	ja	nein
Persönliche Probleme		
▪ Verschlechterung der Leistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz oder Fehlen in der Schule oder am Arbeitsplatz	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ kaputte Kleider oder Gegenstände	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ verlorene Wertgegenstände (Geld, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Unfälle, Verletzungen	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Beziehungsprobleme		
▪ Streit, Schlägerei	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Beziehungsprobleme mit Freundinnen oder Freunden	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Beziehungsprobleme mit Ihren Eltern	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Beziehungsprobleme mit Lehrkräften	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Beziehungsprobleme mit Kolleginnen und Kollegen	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Sexualität		
▪ ungewollter Geschlechtsverkehr	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ ungeschützter Geschlechtsverkehr	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

...

84 Hier sind die Meinungen von Jugendlichen über Ihre Eltern. Wie ist es für Sie?

<i>(nur eine Antwort pro Zeile)</i>	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ meine Eltern akzeptieren mich so, wie ich bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich erzähle meinen Eltern oft meine Probleme und Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ meine Eltern verstehen mich	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich vertraue meinen Eltern	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ meine Eltern merken, wenn ich traurig bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ meine Eltern vertrauen mir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

85 An Grenzen gehen und körperliche Risiken ...

<i>(nur eine Antwort pro Zeile)</i>	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich brauche die Möglichkeit, mich von Zeit zu Zeit wild und ungehemmt ausleben zu können	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich suche häufig Situationen auf, in denen ich mich voll verausgaben kann	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich gehe häufig an die Grenzen meiner physischen und psychischen Belastbarkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich habe grossen Spass an risikoreichen Sportarten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ gefährvolle Situationen üben auf mich einen starken Reiz aus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

LÄRM ...

- 86 Haben Sie in den letzten 12 Monaten an unangenehmen Ohrgeräuschen gelitten? z.B. Pfeiffen, Brummen, Sausen oder Taubheitsgefühl (wie Watte in den Ohren), nachdem Sie sich an einem sehr lärmigen Ort aufgehalten haben (z.B. Konzert, Diskothek, Lärm am Arbeitsplatz, Walkman, etc.)?

ja nein
 1 0

Wenn ja, nach welcher Zeit sind diese Ohrgeräusche oder das Taubheitsgefühl wieder verschwunden?

nach 24 Std. oder weniger nach einer Woche sie sind immer noch da
 1 2 3

Wenn ja, in welchem Zusammenhang hatten Sie das letzte Mal ein solches Problem?

(mehrere Antworten sind möglich)

- 1 Pop- oder Rockkonzert
 2 Rave Party
 3 Diskothek oder Bar
 4 Sportanlass (z.B. Schiessen, Go-Kart)
 5 Walkman hören
 6 Feuerwerk, Knallkörper
 7 am Arbeitsplatz
 8 andere, welche? _____

INTERNET ...

- 87 Waren Sie in den letzten 30 Tagen im Internet?

ja nein
 1 0

Wenn ja, wie oft waren Sie in den letzten 30 Tagen im Internet?

(nur eine Antwort pro Zeile)

- 1 jeden Tag
 2 mehrere Tage pro Woche
 3 einen Tag pro Woche
 4 weniger als einen Tag pro Woche

Wie viel Zeit verbringen Sie an den Tagen, an denen Sie ins Internet gehen, durchschnittlich im Internet?

- 1 weniger als 30 Minuten
 2 ungefähr 1 Stunde
 3 ungefähr 2 Stunden
 4 mehr als 2 Stunden

88 Zu welchen Themen haben Sie sich in den letzten 30 Tagen im Internet informiert?

(mehrere Antworten sind möglich)

	ja	nein
▪ Gesundheit, Sexualität, Medizin	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Sport	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Freizeit	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Filmstars oder andere bekannte Persönlichkeiten	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Pornographie	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Informationen in Bezug auf schulische Aufgaben	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ andere, welche? _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

89 Sind Sie im Internet, ohne es zu wollen, schon konfrontiert worden ...

	ja	nein
▪ mit Pornographie	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ mit rassistischen Inhalten	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ mit Inhalten, die zu Hass und Gewalt aufriefen	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ andere, welche? _____	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

IHRE PLÄNE UND IHRE FREUNDE/FREUNDINNEN ...

90 Wissen Sie, welchen Beruf Sie später ausüben wollen?

	ja	nein, noch nicht
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Wenn ja, welchen? _____ </div>		

91 Haben Sie eine Freundin oder einen Freund, mit welcher/welchem Sie von Zeit zu Zeit diskutieren können?

ja
1 nein
0

92 Hier sind die Meinungen von Jugendlichen über ihre Freundinnen/Freunde. Wie ist es für Sie?

<i>(nur eine Antwort pro Zeile)</i>	trifft völlig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
▪ ich vertraue meinen Freundinnen und Freunden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ meine Freundinnen/Freunde akzeptieren mich so, wie ich bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ ich erzähle meinen Freundinnen/Freunden von meinen Problemen und Schwierigkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
▪ meine Freundinnen/Freunde merken, wenn ich traurig bin	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Neuste Publikationen

Verfügbar auf www.hospvd.ch/iumsp/

- N° 92 *Bovet P, Gustafsson S, Ortegren J, Madeleine G, Viswanathan B.* Prevalence of self-reported risk behaviors related to non-communicable diseases among Seychellois aged 15 years and relationships with personal and other characteristics. Lausanne: IUMSP, 2003.
- N° 93 *Samitca S, Huissoud T, Dubois-Arber F.* Evaluation du projet de l'OMSV 'Prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées'. Lausanne : IUMSP, 2003.
- N° 94 *Balthasar H, Jeannin A, Benninghoff F, Spencer B.* Demandes d'interruption volontaire de grossesse dans le canton de Vaud : Analyse des données 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95a *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95b *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 95c *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.

**Service d'édition et de diffusion - SED
Hospices / CHUV**

Département universitaire de médecine
et santé communautaires DUMSC
44, rue du Bugnon, CH - 1011 Lausanne
Téléphone ■ ■ 41 21 314 70 07
Téléfax ■ ■ 41 21 314 48 87
e-mail claudemuhlemann@hospvd.ch



Bulletin de commande à

Service d'édition et de diffusion - SED

Hospices cantonaux

Département universitaire de médecine et santé communautaire

DUMSC

21, rue du Bugnon, CH - 1005 Lausanne

Téléphone 0041 21 314 70 07

Fax 0041 21 314 70 11

E-mail claude.muhlemann@hospvd.ch

Je désire recevoir

	n° _____
Auteurs	_____

Titre	_____

	Nombre d'exemplaires _____
	n° _____
Auteurs	_____

Titre	_____

	Nombre d'exemplaires _____
	n° _____
Auteurs	_____

Titre	_____

	Nombre d'exemplaires _____

A l'adresse suivante

Nom et prénom _____

Institution _____

Rue _____

NPA/Ville _____

Téléphone/téléfax _____

