



Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

JUGEND- GESUNDHEIT

Gesundheitsberichterstattung für die
Landeshauptstadt München

STADT-GESUNDHEIT

JUGENDGESUNDHEIT

Schwerpunktbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung
der Landeshauptstadt München

Bearbeitung:

Ralf Karhausen-Beermann, Gabriele Spies, Dr. Gabriele Wiedenmayer, Andrea Mager, Dr. Babette Schneider, Diana Eichengrün,
Christoph Fritsch, Doris Wohlrab

Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt
München

Bayerstr. 28a, 80335 München

Tel.: 089-233 – 47708 oder 233 – 47707; Fax: 089-233 - 47705

E-Mail: gbe.rgu@muenchen.de

München, Mai 1997 (2. Auflage 2006)

GLIEDERUNG

Zusammenfassung

A Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse	III
B Vorrangige Handlungsfelder	XIX

1 Einleitung	1
---------------------------	----------

I Allgemeiner Teil

2 Gesundheitliche Lage	7
2.1 Zufriedenheit und Gesundheit	7
2.2 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes	10
2.3 Gesundheitliche Beschwerden	10
2.4 Psychische Gesundheit	13
2.5 Morbidität	19
2.5.1 Subjektiver Krankheitsstatus	19
2.5.2 Diagnosen bei stationären Aufenthalten	20
2.5.3 Meldepflichtige Erkrankungen	22
2.5.4 Krebserkrankungen	23
2.5.5 Zahngesundheit	24
2.5.6 Behinderungen	25
2.6 Mortalität und Todesursachen	27
3 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Risiken	31
3.1 Einstellungen zur Gesundheit	31
3.2 Ernährung und Körpergewicht	33
3.2.1 Ernährung und Essverhalten	33
3.2.2 Körpergewicht	35
3.3 Bewegung	36
3.4 Freizeitverhalten	38
3.4.1 Aktivitäten zu Hause - Medienkonsum/Fernsehen	38
3.4.2 Aktivitäten außer Haus - Besuch von Gaststätten/Diskotheiken/Freizeitheimen ..	40
3.4.3 Soziale Kontakte in der Freizeit	42
3.5 Suchtmittelgebrauch	42
3.5.1 Rauchen	43
3.5.2 Alkohol	46
3.5.3 Medikamentenkonsum	50
3.5.4 Konsum illegaler Drogen	51
3.5.5 Gesundheitliche Beeinträchtigung durch Suchtmittelkonsum	56

3.6	Sexualverhalten und AIDS	58
	3.6.1 Sexualverhalten.....	58
	3.6.2 AIDS	59
3.7	Belastungen	60
	3.7.1 Belastungen in Schule und Beruf	60
	3.7.2 Lebensereignisse (Life Events).....	62
3.8	Risikobereitschaft	63
	3.8.1 Gesundheitsverhalten und Erlebensorientierung.....	63
	3.8.2 Gesundheitsverhalten und Risikobereitschaft.....	64
	3.8.3 Verkehrsunfälle.....	66
3.9	Soziale Risiken	67
	3.9.1 Institutionsauffällige Jugendliche.....	67
	3.9.2 Arbeitslosigkeit.....	71
	3.9.3 Armut.....	72
	3.9.4 Kriminalität und Gewalt	73
4	Versorgungslandschaft und Inanspruchnahme.....	79
4.1	Stationärer Bereich	79
4.2	Ambulanter Bereich.....	80
4.3	Beratungsstellen/komplementäre Einrichtungen	82
	4.3.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst	82
	4.3.2 Komplementäre Einrichtungen	84
4.4	Zugang zu Gesundheitsinformationen und Präventionsangeboten	85

II Spezielle Auswertungen

5	Nicht-deutsche Jugendliche	89
5.1	Einleitung	89
5.2	Gesundheitliche Lage	90
	5.2.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes.....	90
	5.2.2 Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigung.....	90
	5.2.3 Gesundheitliche Beschwerden.....	91
	5.2.4 Psychische Gesundheit und psychosoziale Situation	94
5.3	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Risiken und Gefährdungen	97
	5.3.1 Einstellungen zur Gesundheit	97
	5.3.2 Körpergewicht	97
	5.3.3 Zahngesundheit und Prävention	97
	5.3.4 Freizeitverhalten	98
	5.3.5 Suchtmittelgebrauch	100
	5.3.6 Sexualverhalten und AIDS	102
	5.3.7 Belastungen.....	105
	5.3.8 Soziale Problemlagen	107
5.4	Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung und spezifische Versorgungsangebote	110

6	Mädchen - zur Notwendigkeit geschlechterdifferenzierender Ansätze in Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlicher Versorgung	114
6.1	Körperakzeptanz.....	114
6.2	Gesundheitliche Belastungen	117
III	Grundlagen des Berichts	
7	Soziodemographie: Jugendliche in München	127
7.1	Bevölkerungsbestand.....	127
7.2	Bevölkerungsentwicklung	131
7.2.1	Mobilität	131
7.2.2	Entwicklung des Bevölkerungsbestandes (Jugendanteile, Nationalität)	131
7.2.3	Bevölkerungsprognose	132
7.3	Bildung und Ausbildung.....	132
8	Daten und Methoden	135
8.1	Stichprobenbeschreibung	135
8.1.1	Erhebungsinstrument	135
8.1.2	Grundgesamtheit und Stichprobenziehung.....	135
8.1.3	Erhebungsmethodik	136
8.1.4	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	136
8.2	Variablenbildung und Bildung von Indizes.....	142
8.2.1	Risikogruppen.....	142
8.2.2	Indizes zur gesundheitlichen Belastung oder Lebensweise.....	144
8.2.3	Sonstige Indizes	147

ZUSAMMENFASSUNG

A	Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse.....	III
B	Vorrangige Handlungsfelder	XIX

ZUSAMMENFASSUNG

Der Jugendgesundheitsbericht gehört zur Reihe „Stadt-Gesundheit“ des Gesundheitsreferats der Landeshauptstadt München. In ihr erscheinen die Basisgesundheitsberichte (letztmalig 1996) sowie Schwerpunktberichte zu bestimmten Zielgruppen. Hier sind bereits erschienen: Gesundheit im Alter (1995) und der Bericht zur gesundheitlichen Lage, zu Risiken und Gefährdungen von Kindern (1997).

Welchen Themen wendet sich dieser Jugendgesundheitsbericht zu? Im allgemeinen Teil I werden die gesundheitliche Lage deutscher Jugendlicher und junger Erwachsener in München, ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Risiken sowie die zugehörige Versorgungsinfrastruktur behandelt. Hieran schließt sich Teil II mit speziellen Auswertungen über nicht-deutsche Jugendliche sowie Mädchen an.

Im Bericht wird auf die Altersgruppe der 13 bis 25-Jährigen eingegangen. Dies geht über den alltagssprachlichen Begriff von „Jugend“ als dem Alter etwa zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr (Volljährigkeit) hinaus. Dafür waren mehrere Gründe ausschlaggebend:

- Zum Verständnis vieler Phänomene ist der Blick über die engen Altergrenzen hinaus hilfreich; die Einbeziehung der 18-25-Jährigen erlaubt Rückschlüsse darüber, ob die beobachteten Ereignisse nur in der Jugendphase Gültigkeit haben oder darüber hinausreichen.
- Wichtige Eingriffsinstrumente der Jugendpolitik wie das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) gehen über die Altersgrenze von 18 Jahren, teilweise auch 21 Jahren hinaus.
- Für die Bewertung von Zahlen ist der Vergleich mit anderen Untersuchungen hilfreich; besonders sind Zeitvergleiche wichtig, um Trends erkennen zu können. Da die hierzu verfügbaren Jugendstudien (s.u.) ein ähnlich breites Altersspektrum erfaßt haben, wurde zur Sicherung der Vergleichbarkeit ebenso verfahren.

Im Bericht wird die Gesamtgruppe zwischen 13 und 25 Jahren in der Regel als Jugendliche und junge Erwachsene (Mädchen und junge Frauen bzw. Buben und junge Männer) bezeichnet. Werden Aussagen über spezifische Altersgruppen gemacht, wurde das Alter in der Regel hinzugefügt.

Im Bericht konnte neben den üblichen amtlichen Statistiken auf Daten von vier Untersuchungen über Jugendliche und junge Erwachsene in München zurückgegriffen werden: Die Münchener Jugendgesundheitsbefragung 1995 (Infratest, Public-Health Forschungsverbund München, gefördert durch den Bundesminister für Bildung und Wissenschaft, Forschung und Technologie BMBF), die Jugendgesundheitsbefragung in Bayern 1994/95 im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, die Studie zur Gesundheit von sozial auffälligen („institutionsauffälligen“) Jugendlichen (Prof. Dr. H. Keupp und Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP)) und die Studie des Max Planck Instituts für Psychiatrie, Prof. Dr. H.-U. Wittchen (1994-1999) zu den Themen Suchtgefährdung und psychische Gesundheit.

Den Verantwortlichen für diese Studien und den dort tätigen Personen, die uns mit Daten, Berichten und wertvollen Hinweisen unterstützten, schulden wir Dank. Ebenso möchten wir

allen danken, die uns bei der Berichterstellung unterstützt haben. Dies gilt insbesondere für die Mitglieder der Arbeitsgruppen zum Bericht.

Dieser Bericht stellt eine Auswahl der vorliegenden Daten dar. Ihre vollständige Darstellung ist schon aus Platzgründen nicht machbar. Es wurde notwendigerweise eine Akzentsetzung bei der Auswahl von Zahlen und Fakten gemacht.

Die vorliegenden Daten beinhalten im wesentlichen verhaltens- und einstellungsbezogene Informationen. Zu den Auswirkungen struktureller Sachverhalte auf die Gesundheit in München (Verkehr, Umwelt, Versorgungsinfrastruktur, Freizeitangebote usw.) gibt es leider erheblich weniger Fakten. Bei der Interpretation der Befunde ist zu beachten, daß statistische Beziehungen in Querschnitterhebungen keine kausalen Bezüge zulassen; d.h. wir können Zusammenhänge ermitteln, wissen dabei aber nicht, welcher Fakt Ursache und welcher Wirkung ist.

Die berichteten Ergebnisse gehen überwiegend auf repräsentative Untersuchungen zurück. Repräsentative Studien geben einen guten Überblick über die momentane Situation der Bevölkerung. Aus methodischen Gründen (zahlenmäßig geringe Erreichbarkeit; geringe Bereitschaft zur Teilnahme) sind sie für die Erfassung von Extremgruppen allerdings wenig geeignet. Insbesondere ist zu beachten, daß manche Bevölkerungsgruppen für Stichproben aus dem Einwohnermelderegister kaum erreichbar sind. Hierzu gehören z.B. Obdachlose oder Personen mit illegalem Verhalten (z.B. Abhängige von illegalen Suchtmitteln). Aus diesen Gründen ist zu vermuten, daß die Ergebnisse diese Gesundheitsgefährdungen etwas unterschätzen. Bei der Planung von Maßnahmen ist dies angemessen zu berücksichtigen.

Bei zwei dieser Studien wurde auf Drängen des Gesundheitsreferats die Gruppe der nicht-deutschen Jugendlichen mit erfaßt. Damit können erstmals für München gesundheitsbezogene Befragungsdaten dieser Bevölkerungsgruppe berichtet werden. Wenn die erfaßte Stichprobe auch keine Repräsentativität im streng wissenschaftlichen Sinne gewährleistet, so liefert sie dennoch wertvolle Hinweise und Anregungen.

Die vorgelegten Handlungsempfehlungen sind als Vorschlag an die Fachbasis zu verstehen. Keinesfalls wird hier der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Auf eine Priorisierung wurde verzichtet. Diese Aufgabe ist einer Fachkonferenz vorbehalten, auf der am 3. und 4. Juli 1997 die Ergebnisse des Jugendgesundheitsberichts diskutiert und bewertet werden sollen. Die Ergebnisse dieser Veranstaltung werden in einer eigenen Dokumentation festgehalten. Auf dieser Grundlage werden sich dann die gesundheitspolitischen Gremien in München mit der Konzeption der zukünftigen Jugendgesundheitspolitik befassen.

A Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse

Wenn man die Häufigkeit und Schwere von Erkrankungen, die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems und die Häufigkeit von Sterbefällen zugrunde legt, dann sind Jugendliche die gesündeste Gruppe in der Bevölkerung. Von daher ist man geneigt, Jugendliche in der Gesundheitsdiskussion zu vernachlässigen.

Allerdings haben Berichte über die Zunahme bestimmter Gesundheitsrisiken in Form illegaler Suchtmittel, AIDS, psychischer und psychosomatischer Störungen und das riskante Freizeitverhalten sowie Unfallgeschehen im Straßenverkehr zu einer verstärkten öffentlichen Diskussion geführt. Auch wegen gesteigerter Gewaltbereitschaft bei Kindern und Jugendlichen sowie sexuellem Mißbrauch wird Handlungsbedarf gesehen.

Darüber hinaus hat in letzter Zeit die Lage nicht-deutscher Kinder und Jugendlicher, insbesondere wegen vermehrter psychischer Belastungen bei Flüchtlingen oder wegen nicht erfolgreicher Integration in unsere Gesellschaft, die Öffentlichkeit beschäftigt.

Die Bewertung der Daten über das Verhalten Jugendlicher ist schwierig. Gerade in dieser Lebensphase befinden sich junge Menschen im Umbruch, suchen ihre Grenzen, probieren Verbotenes usw. Nicht jedes Handeln wird verfestigt, nicht jede Risikobereitschaft bleibt bestehen. Wenn man sich die Ergebnisse des Berichts genauer anschaut, dann lassen sich drei generelle Beobachtungen machen:

1. Schwere Erkrankungen oder erhebliche Beeinträchtigungen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten sind relativ selten. Gesundheitliche Probleme beziehen sich vor allem auf Beschwerden und Verhaltensweisen, die vermehrt in späteren Lebensphasen zu Erkrankungen führen können. Erwartungsgemäß nehmen diese gesundheitlichen Risiken mit dem Alter zu.
2. Eine Reihe von problematischen Befunden - insbesondere zu Gesundheitseinstellungen und -verhalten lassen sich eindeutig den Gruppen: „weibliche Jugendliche im Alter von 15-17 Jahren“ und „männliche Jugendliche im Alter von 18-20 Jahren“ zuordnen. Danach reduziert sich das Ausmaß dieser Probleme deutlich.
3. Zwischen dem Alter von 13-14 Jahren und dem Alter von 15-17 Jahren erfolgt ein sprunghaftes Ansteigen gesundheitsriskanter Verhaltensweisen. Es gibt Hinweise darauf, daß in dieser Phase gesundheitsrelevante Verhaltensmuster ausgebildet werden, die nicht selten lebenslang Gültigkeit besitzen.

Diese Beobachtungen müssen bei der Bewertung der folgenden Übersicht zu Einzelbefunden immer berücksichtigt werden, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Gesundheitszufriedenheit

Acht von zehn Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind mit ihrer aktuellen Lebenssituation insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden. Unter 9% sind unzufrieden oder sehr unzufrieden; dies sind vor allem junge Erwachsene (21-25 Jahre). Zufrieden mit ihrer Beziehung zu Freunden/Freundinnen waren 89%, mit der familiären Situation 76%, mit dem Wohnen 75%, mit ihrer Freizeit 74%, mit ihrer Schul- und Arbeitssituation 70% und mit ihrer

finanziellen Lage 56%. Mit Ausnahme der finanziellen Lage (26% Unzufriedene) lag der Anteil der Unzufriedenen jeweils unter 15%.

Die gesundheitliche Lage und die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes korrespondieren eng mit den eigenen Lebensumständen. Je weniger gesundheitliche Beschwerden vorliegen und je geringer die psychischen Belastungen sind, desto höher ist die Zufriedenheit mit den Lebensumständen. Zwischen der Häufigkeit des Auftretens von Suchtverhalten und der Lebenszufriedenheit gibt es keinen eindeutigen Zusammenhang.

Überwiegend wird der eigene Gesundheitszustand als sehr gut oder gut eingeschätzt (79%). In allen Altersgruppen stufen Mädchen und junge Frauen ihren Gesundheitszustand etwas schlechter ein als die männlichen Jugendlichen und jungen Männer. Mit zunehmendem Alter verringern sich aber die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die Bewertungen gleichen sich an.

Beschwerden

Etwa ein Drittel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen war in den letzten 12 Monaten frei von gesundheitlichen Beschwerden. Etwas mehr als ein Viertel gab *mehrere* Beschwerden an. Bei den männlichen Befragten bleibt die Beschwerdebhäufigkeit in allen Altersklassen auf dem gleichen (niedrigen) Niveau, bei weiblichen steigt sie mit dem Alter an. Weibliche Befragte nennen im Durchschnitt fast doppelt so viele Beschwerden wie männliche.

Die Beschwerdegruppen wurden aus einer Liste von Einzelbeschwerden zusammengefaßt *. Die häufigsten Beschwerdegruppen waren bei weiblichen Befragten Verspannungen mit 35%, nervöse Störungen mit 29% und (psycho)somatische Störungen mit 24%. Bei männlichen Befragten dominierten ebenfalls Verspannungen mit 20% und nervöse Störungen mit 19%. Hinzu kommen als dritthäufigste Beschwerdegruppe Haut- und Atembeschwerden mit 12%.

Krankheit

Wenn man die Behandlungsbedürftigkeit wegen Erkrankung der Jugendlichen betrachtet und zur Bewertung des Gesundheitszustandes mit dem anderer Altersklassen vergleicht, so sind die Jugendlichen als „gesündeste“ Altersgruppe anzusehen. Insgesamt berichten männliche Jugendliche seltener über Erkrankungen als weibliche.

Dementsprechend sind in allen Statistiken Krankheitsraten verglichen mit anderen Altersgruppen gering. So sind z.B. gemäß den Daten des Münchener Tumoregisters Krebserkrankungen in den Altersklassen zwischen 13 und 25 Jahren, verglichen mit allen anderen Altersklassen, kaum festzustellen. Relativ am häufigsten ist die Leukämie.

Die stationären Aufenthalte in städtischen Krankenhäusern geben Aufschluß über besonders gravierende oder behandlungsintensive Erkrankungen. Die Gruppe der Jugendlichen wird, verglichen mit allen anderen Altersgruppen, ebenfalls relativ selten in eine Klinik aufgenommen.

* Zur Bildung der Beschwerdegruppen s. Kap. 8.2

Mädchen und junge Frauen machen ca. 55% der Behandlungsfälle in städtischen Krankenhäusern aus. Dabei ist zu bedenken, daß der wichtigste Anlaß für stationäre Aufenthalte weiblicher Jugendlicher und junger Frauen bis 25 Jahren Entbindungen und Komplikationen der Schwangerschaft mit etwas über 23% sind. Es folgen Krankheiten der Verdauungsorgane und Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Wenn man die stationären Aufenthalte wegen Entbindung/Komplikationen der Schwangerschaft herausrechnet, sind Mädchen und junge Frauen seltener in einem städtischen Krankenhaus als ihre männlichen Altersgenossen.

Verletzungen und Vergiftungen sind die häufigsten Gründe für stationäre Aufenthalte bei Buben und jungen Männern mit knapp 30%. Es folgen Tumore und suchtbetogene Diagnosen als häufigste stationäre Behandlungsanlässe. Damit ergibt sich - unbeachtet der biologisch bedingten Diagnosen - ein erheblich anderer Behandlungsbedarf für weibliche und männliche Patienten in Krankenhäusern.

Unterschiede zeigen sich auch in anderen Krankheitsstatistiken, insbesondere, wenn sie mit riskantem Gesundheitsverhalten einhergehen. Von den insgesamt 137 im Jahr 1995 gemeldeten Personen mit ansteckenden Geschlechtskrankheiten fallen 34 in die Altersgruppe der 15-25-Jährigen. Der Anteil der männlichen Personen ist dabei etwa zweieinhalb mal so hoch, wie der der weiblichen. Unter den nach dem Bundesseuchengesetz meldepflichtigen Infektionsfällen befinden sich relativ wenig Jugendliche (ca. 11% im Alter von 15-25 Jahren). Dem Gesundheitsreferat wurden 1996 16 Fälle Tuberkulosefälle in dieser Altersgruppe gemeldet, darunter 4 Fälle im Alter zwischen 10 und 18 Jahren.

Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit stellt ein zentrales Gesundheitsproblem bei Jugendlichen dar. Es wird vermutet, daß die Probleme zukünftig noch anwachsen werden. Ein Hinweis hierauf könnten die hohen Raten an Verspannungen, nervösen Störungen, (psycho)vegetativen und (psycho)somatischen Beschwerden sein; allerdings fehlen uns Vergleichszahlen aus früheren Jahren, um Trends erkennen zu können. Auch der Suizid als häufigste Todesursache bei Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vgl. Kap. 2.6) steht in diesem Zusammenhang.

Bei den Ergebnissen zur psychischen Gesundheit geht es nicht um eine Unterscheidung von „psychisch Kranken“ und „psychisch Gesunden“, sondern um eine Einschätzung, wie stark die Bedingungen des Aufwachsens von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst als psychisch belastend empfunden werden. Ob die in der Jugendzeit ablaufenden Veränderungen zu 'produktivem' oder zu 'negativem' Streß werden, hängt wesentlich von den (Bewältigungs-) Ressourcen bzw. den Handlungskompetenzen, aber auch von den sozialen Bedingungen ab.

Unter Demoralisierung * werden dabei Gefühle des Versagens, der Sinn- und Hoffnungslosigkeit, der permanenten Angespanntheit und des völligen Alleingelassenseins sowie zukunftsbezogene Angstgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten verstanden. In allen Einzelaspekten weisen Mädchen/junge Frauen deutlich höhere Anteile auf als die männlichen Befragten. So ist jede fünfte weibliche Untersuchungsperson häufig niedergeschlagen, jede zehnte hat eine negative Selbsteinschätzung und/oder leidet unter Zukunftssorgen. Von Gefühlen der Hoffnungs- und Hilfslosigkeit sind noch 8% betroffen,

* Zum Begriff und zur Indexbildung siehe Kap. 8.2.2

von mentalem Dauerstress (wie Konzentrationstörungen) 7%. Insgesamt muß davon ausgegangen werden, daß in München bis zu einem Drittel der Mädchen und jungen Frauen sowie einem Viertel der Buben und jungen Männer so demoralisiert sind, daß unterstützende Hilfen (soziale Unterstützung, Beratung, pädagogische Förderung) gebraucht werden.

Bezüglich Demoralisierung konnten darüber hinaus für alle Gruppen signifikante positive Zusammenhänge mit gesundheitlichen Beschwerden gefunden werden. D. h., je höher der Grad der Demoralisierung, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, unter einer oder mehreren Beschwerden zu leiden.

Die Untersuchung von Wittchen et al. zeigt ebenfalls deutlich, daß die erfaßten psychischen Störungen (affektive Störungen, Angststörungen und Eßstörungen) in viel stärkerem Maße Mädchen bzw. junge Frauen betreffen als ihre männlichen Altersgenossen. So gibt jede vierte weibliche Befragte für den Zeitraum der letzten 12 Monate eine Angststörung, jede achte eine affektive Störung (vor allem Störungen mit einzelnen depressiven Episoden) an. Eßstörungen kommen in der Befragung mit 2% relativ selten vor.

Rechnet man die Befragungsergebnisse auf München hoch, wären dies ca 14.000 Mädchen und junge Frauen sowie ca. 6.000 Buben und junge Männer mit Angststörungen. Hinzu kommen ca. 8.000 bzw. 3.000 mit affektiven sowie 1.300 bzw. 400 mit Eßstörungen.

Geschlechtsunterschiede in gegenläufiger Richtung zeigen sich bei psychischen Störungen im Zusammenhang mit Substanzgebrauch (außer bei Nikotin). Hiervon sind die männlichen Untersuchungspersonen stärker als die weiblichen betroffen.

Zusammenfassend läßt sich die psychische Gesundheit Jugendlicher und junger Erwachsener in München folgendermaßen skizzieren:

- affektive und Angststörungen sind „weibliche“ Diagnosen
- Sucht und Anhängigkeit sind „männliche“.

Dies steht in Einklang mit den oben genannten Beschwerdebhäufigkeiten und Behandlungsanlässen, dem unterschiedlichen Risikoverhalten bei männlichen und weiblichen Befragten (s. Kap. 3.8) sowie den Zahlen zur Mortalität.

Insgesamt sind die Zahlen ein deutlicher Anhaltspunkt dafür, daß ein Teil der Jugendlichen unter großem emotionalen Streß steht. Bei ihnen haben die zur Verfügung stehenden Ressourcen (individuelle Kompetenzen, soziale Unterstützung sowie gesundheitsförderliche Lebenswelten) offensichtlich nicht ausgereicht, um mit den Anforderungen und Belastungen des Aufwachsens produktiv umgehen zu können. Dabei ist zu bedenken, daß Jugendliche auch nach Geschlechtern verschiedenen Qualitäten von Belastung und Anforderungen während ihres Aufwachsens ausgesetzt sind, die in verschiedener Weise emotional belasten.

Erste Anzeichen einer Gesundheitsgefährdung durch Schul- oder Berufsbelastungen liegen dann vor, wenn die Belastungen nach der Schule oder der Arbeit ständig nachwirken. 32% fühlen sich nach Beendigung von Schul- und Arbeitszeit in der Regel müde und erschöpft, knapp 14% geht die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf und etwas über 7% fühlen sich häufig unbefriedigt und bedrückt. Wenn solche negativen Befindlichkeiten zur Regel werden, so prognostiziert die Arbeits- und Sozialmedizin erhöhte Arbeitsunfähigkeitsraten, vermehrte Beschwerden und Erkrankungen psychischer Genese bis hin zur Chronifizierung. Durchwegs

sind es überproportional häufig weibliche Jugendliche, die fortdauernd unter den Belastungen leiden.

Behinderungen

Die tatsächliche Zahl der Behinderten in München ist nicht bekannt. Einen Anhaltspunkt liefert die Statistik des Landesversorgungsamtes. Danach gibt es in München im Alter von 15-25 Jahren ca. 1.600 Behinderte, davon knapp 1.400 Schwerbehinderte (Behinderungsgrad 50%-100%). Die hauptsächlichsten Behinderungen betreffen zu ca. 40% das Gehirn und die Psyche. Den Bewegungsapparat, die Sinnesorgane, die inneren Organe betreffen jeweils etwa 15%. Die Hauptursachen für die Behinderung sind fast zur Hälfte Krankheiten; weitere 45% sind angeborene Behinderungen. Unfälle und sonstige Ursachen sind demgegenüber mit ca. 5% relativ selten.

Diese Personengruppe ist in besonderem Maße gesundheitlich beeinträchtigt - sowohl, weil sie überproportional häufig Behandlungen benötigt als auch weil sie psychisch und sozial besonderen Problemen ausgesetzt ist. Behinderte leben zudem häufig sozial isoliert.

Sterbefälle

1995 verstarben in München insgesamt 70 Jugendliche im Alter von 10-25 Jahren: 52 männliche und 18 weibliche. Damit lag die Zahl der Todesfälle bei Buben und jungen Männern etwa dreimal so hoch wie bei ihren weiblichen Altersgenossinnen. Gut zwei Drittel der Todesfälle fielen in die Altersgruppe 20-25 Jahre. Mit 27% war 1995 Suizid die häufigste Todesursache. 12 der insgesamt 19 jugendlichen Selbstmorde 1995 wurden von jungen Männern begangen. Die zweithäufigste Todesursache 1995 war mit 23% Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Mit 11% folgen Unfälle an dritter Stelle. Nimmt man noch die Todesfälle aufgrund von Mord/Totschlag hinzu, so betrug 1995 der Anteil der nicht-natürlichen Todesursachen insgesamt 70%. Bei den Krankheiten stehen Tumore mit 8 Sterbefällen (11%) eindeutig an erster Stelle der Todesursachen.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung ist das Gesundheitsverständnis der Zielgruppe von großer Bedeutung, insbesondere, ob sie Gesundheit als von sich selbst beeinflussbar ansieht oder nicht. Um einen geeigneten Zugang zu finden, ist es wichtig zu wissen, welche Jugendliche und jungen Erwachsenen sich überhaupt für das Thema Gesundheit interessieren und welche speziellen Aspekte größtmögliche Aufmerksamkeit erzielen.

Angesichts ihrer geringen Krankheitsraten geben die Befragten im Alter von 13-25 Jahren einen beachtlich hohen Grad an Gesundheitsbeachtung an (46%). Bei den meisten Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt ein differenziertes Gesundheitsverständnis vor, nach dem es keine monokausalen Erklärungen von Krankheit und Gesundheit gibt. Ebenso wird die eigene Einflußnahme auf die persönliche Gesundheit differenziert gesehen: Es gibt keine Mehrheitsmeinung dafür, daß Gesundheit/Krankheit vor allem angeboren ist, vor allem vom eigenen Verhalten abhängt oder vor allem durch äußere Umstände bestimmt wird.

Ernährung - Körpergewicht - Bewegung

Mädchen und junge Frauen bevorzugen deutlich häufiger als Buben und junge Männer eine gesundheitsgerechte Ernährungsweise: sie wählen öfter ernährungsphysiologisch „günstige“ Lebensmittel, haben häufiger eine Vorliebe für vegetarische Gerichte und bevorzugen eher fettarme Speisen.

Insgesamt zeigt sich, daß die Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (64%) mit dem eigenen Körpergewicht zufrieden ist. Nur etwa 8% wollen an Gewicht zunehmen und 28% wollen abnehmen.

Etwa 11% der Jugendlichen sind nach den Grenzwerten des Body Mass Index (BMI) als übergewichtig oder adipös einzustufen. Bei Untergewichtigkeit ist der Anteil weiblicher Jugendlicher gemäß BMI deutlich höher als der männlicher (14% zu 9%). Dieses Verhältnis bleibt auch bestehen, wenn man nur die über 20 Jahre betrachtet. Es sind deutlich mehr junge Frauen untergewichtig (knapp 13%) als junge Männer im gleichen Alter (4%).

Der regelmäßigen Bewegung kommt aus vielerlei Gründen eine hohe gesundheitsförderliche Bedeutung zu. Etwa vier von zehn Jugendlichen geben an, mehrmals in der Woche Rad zu fahren, zu joggen, zu wandern usw. Mehrmals im Monat tun dies weitere vier von zehn. Durchschnittlich treiben die befragten Jugendlichen etwa 5 Stunden Sport in der Woche (männliche Jugendliche 6,3 Stunden; weibliche 4,2 Stunden).

Problematischer als die bloße Reduktion des Stundenumfanges ist aus gesundheitlicher Sicht der mit zunehmendem Alter einhergehende Anstieg des Anteils der Befragten, die überhaupt nicht oder nicht regelmäßig Sport treiben. Weniger als eine Stunde pro Woche oder gar keinen Sport betreiben fast 16%; dies sind mit 18% gegenüber 12% vor allem weibliche Befragte. Bei den über 20Jährigen wächst der Anteil sogar auf 23%; auch hier überwiegen die jungen Frauen. Es ist zu vermuten, daß diese Reduktion der sportlichen Aktivität mit der Beendigung des Schullebens einhergeht. Schon jüngere Befragte in der Lehre/Berufsausbildung weisen signifikant niedrigere Sporthäufigkeiten auf als Schüler/innen, gleich welcher Schulart. Dies weist auf die hohe gesundheitspolitische Bedeutung des Sportunterrichts hin. Insbesondere ist auf vermehrte Bewegungsangebote für Berufstätige schon in der Lehre/ Berufsausbildung hinzuwirken.

Freizeit zu Hause und außer Haus

Etwa 90% aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbringen ihre Freizeit in der Regel mit anderen und nicht allein. Sie sind überwiegend mit dem Freund/der Freundin bzw. mit der Clique zusammen. Musikhören ist die häufigste aller häuslichen Freizeittätigkeiten, gefolgt von täglichem Fernsehen und Lesen. Alle übrigen Freizeitaktivitäten finden erheblich seltener statt. Mit Ausnahme des Musikhörens ist der Medienkonsum signifikant alters-, bildungs- und geschlechtsabhängig. Weibliche Jugendliche, Jugendliche mit höherem Bildungsabschluß und ältere Jugendliche lesen häufiger, sehen seltener fern und spielen seltener Computerspiele.

Als gesundheitsgefährdend müssen besonders lautes Musikhören, ständiges Fernsehen und häufiges elektronisches Spielen angesehen werden.

21% aller Jugendlichen hören oft „irrsinnig laut“ Musik. Besonders häufig sind dies Mädchen im Alter von 13-14 Jahren (29%) und männliche Jugendliche im Alter von 15-17 Jahren (34%) sowie 18-20 Jahren (38%). Da zusätzlich etwas mehr als die Hälfte aller Jugendlichen (54%) angibt, zumindest manchmal „irrsinnig laut“ Musik zu hören, muß davon ausgegangen werden, daß mehr als drei Viertel aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen wegen extrem lauter Musik stark gefährdet sind, eine Schädigung des Gehörs zu erleiden.

Ein Hörschaden droht auch beim Besuch von Diskotheken. Erwartungsgemäß nimmt die Besuchshäufigkeit mit wachsendem Alter bei beiden Geschlechtern deutlich zu. Über 18jährige junge Männer gehen zu über 40% in eine Diskothek oder in ein Pop- bzw. Rockkonzert - deutlich häufiger als junge Frauen.

Extrem häufiges und langes Fernsehen und Computerspielen geht sowohl mit der Gefahr von Bewegungsmangel, Haltungsschwächen, einseitiger körperlicher Belastung und Sehstörungen als auch einem Mangel an sozialer Kommunikation einher. Durchschnittlich sehen die Befragten zwar „nur“ etwa 11 Stunden wöchentlich fern und spielen knapp 2 Stunden am Computer. Die Raten von männlichen Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren liegen aber erheblich darüber. Da viele dieser Jugendlichen neben Computerspielen auch häufig fernsehen, läßt sich in dieser Altersklasse bei ca. 15% eine Beschäftigung mit visuellen elektronischen Medien in einem Zeitraum von mehr als 30 Stunden in der Woche ermitteln (vgl. Tab. 3.4.1.1). Bei nicht-deutschen Jugendlichen liegt der Fernsehkonsum noch etwas höher als bei den deutschen.

Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention stellen Freizeiteinrichtungen für Jugendliche dar. Freizeitheime/Jugendtreffs werden vor allem von Jugendlichen bis zum 17. Lebensjahr besucht (15%) und zwar in etwa gleich häufig von Mädchen und Buben. Eine genauere Analyse zeigt, daß Hauptschüler/innen (29%) und Realschüler/innen (17%) die Jugendtreffs vergleichsweise häufig aufsuchen, erheblich seltener tun dies Gymnasiasten/innen (7%) und noch seltener Lehrlinge/Auszubildende (2%). Ebenso ist der Besuch von Jugendtreffs typisch für nicht-deutsche Jugendliche, insbesondere männliche im Alter von 13-17 Jahren (25%). Vereine weisen demgegenüber hohe Inanspruchnahmeraten über alle Bildungsgruppen und beide Geschlechter auf. Die Häufigkeit der regelmäßigen Betätigung in Vereinen (mindestens einmal pro Woche) nimmt allerdings mit zunehmendem Alter ab.

Rauchen

Insgesamt raucht etwa ein Drittel der deutschen Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Das sind etwa 40.000 Personen zwischen 13 und 25 Jahren (Geschlechtsunterschiede: 36% Raucher und 29% Raucherinnen). Bereits knapp 2.000 der 13.000 deutschen Jugendlichen im Alter von 13-14 Jahren rauchen (15%). Fast alle Münchener Befragten halten Rauchen für gesundheitsschädlich, unabhängig davon, ob sie rauchen oder nicht.

Die Raucherraten sind seit 1973 in Bayern rückläufig. Hat 1973 noch fast die Hälfte der Jugendlichen und jungen Erwachsenen geraucht, so ist dies 1995 ein Drittel. Dieser Trend ist konsistent für männliche und weibliche Jugendliche verschiedenen Alters. Da die Anteile der Raucher/innen in Bayern und in München 1995 sehr ähnlich sind - sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Alters- bzw. Geschlechtsgruppen - läßt sich plausibel ableiten, daß in München der Trend zur Abnahme des Rauchens ähnlich verlaufen ist.

Mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres hat sich weitgehend entschieden, ob jemand zum Raucher bzw. zur Raucherin wird oder nicht. Die höchsten Raucheranteile werden bei Hauptschüler/innen bzw. Jugendlichen mit Hauptschulabschluß beobachtet (41%). Ein früher Rauchbeginn ist insbesondere bei Mädchen festzustellen, ein Drittel der raucherfahrenen 15-17jährigen Mädchen hatte mit 13 Jahren oder früher angefangen zu rauchen. Das Rauchen der Eltern, vor allem das der Mütter, ist von Bedeutung für das eigene Rauchverhalten.

Gründe für das Rauchen bei Rauchern/innen sind insbesondere Attribute wie „Gemütlichkeit“ (79%), „Ablenkung“ (61%), „Abbau von Nervosität und Streß“ (65%), „Sucht“ (79%) und „Geschmack“ (77%). Die wichtigsten Gründe für das Nichtrauchen sind bei über 90% der Nichtraucher/innen, daß im Rauchen kein Sinn gesehen wird. Das Raucherimage und der Preis der Zigaretten könnten wichtige Ansatzpunkte für Prävention sein: Etwa zwei von drei nichtrauchenden Jugendlichen geben an, daß es ihnen zu teuer sei, daß es nicht schmeckt oder nicht zu ihnen paßt. So wird auch von ehemals rauchenden Jugendlichen der hohe Preis der Zigaretten als Hauptgrund für das Aufhören genannt (60%).

Alkohol

Von den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen trinken ein Drittel gelegentlich und ein Viertel regelmäßig Alkohol. Auch beim Alkoholkonsum ist wegen der fast identischen Anteilswerte in Bayern und München 1995 davon auszugehen, daß die rückläufige Entwicklung in Bayern seit 1973 in München ebenfalls stattgefunden hat. Allerdings zeigt sich in Bayern seit Ende der 80er Jahre, daß der Anteil gefährdeter Jugendlicher unter 18 Jahren leicht zunimmt.

Alkoholkonsum ist erwartungsgemäß stark altersabhängig. Er steigt in großen Sprüngen von Altersklasse zu Altersklasse an. Legt man die bei Wittchen et al. verwandten Kriterien und Ergebnisse zugrunde, dann kommt man für München zu folgenden Zahlen: Bei den 32.000 deutschen Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren läge bei etwa 1.600 ein Alkoholmißbrauch und bei etwa 800 bereits eine Alkoholabhängigkeit vor. Bei den über 18jährigen wäre diese Zahl weitaus höher: Unter den knapp 87.000 jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren knapp 11.000 Fälle von Alkoholmißbrauch und ca. 6.500 Fälle von Abhängigkeit.

Befragt man die Jugendlichen, die nur selten Alkohol trinken, nach ihren Gründen hierfür, so stehen ähnlich wie beim Rauchen Imagegründe im Vordergrund. Neun von zehn Jugendlichen, die nur selten Alkohol trinken, sehen keinen Sinn im Trinken größerer Mengen Alkohol, sieben von zehn sagen, daß es nicht zu ihnen passe, und acht von zehn finden das Trinken größerer Mengen Alkohol abstoßend. Andere Gründe sind von geringerer Bedeutung. Von den nur gelegentlich Trinkenden geben 33% an, Alkohol sei ihnen zu teuer.

Medikamentenkonsum

Allgemein ist festzuhalten, daß von den Befragten durchschnittlich ein eher geringer Medikamentenkonsum angegeben wird. Hierbei zeigen sich deutliche geschlechts- und altersspezifische Unterschiede: Weibliche Befragte nehmen signifikant häufiger Medikamente ein als männliche und ältere häufiger als jüngere. Unterschiede werden dabei auch bei der Art der Präparate erkennbar. Mädchen/junge Frauen konsumieren häufiger Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Abführmittel, Appetitzügler und Medikamente zur Behandlung einzelner Krank

heiten als Buben/junge Männer. Es muß aber festgehalten werden, daß sich diese Angaben auf einen durchweg niedrigen Arzneimittelkonsum beziehen.

Es ist möglich, daß ein erhebliches Dunkelfeld nicht erfaßten Medikamentenkonsums vorliegt. Sowohl verdeckter Konsum als auch unbewußtes Verhalten spielen hierbei eine Rolle. Darüberhinaus ist Medikamentenkonsum bei Akuterkrankungen in der Regel auf eine kurze Episode begrenzt, so daß für einen Berichtszeitraum von 12 Monaten leichter Lücken auftreten als beim eher kontinuierlich konsumierten Alkohol oder beim Rauchen.

Konsum illegaler Drogen

Es ist davon auszugehen, daß mindestens ein Drittel der Jugendlichen bereits einmal eine illegale Droge probiert hat, und daß etwa jeder/jede Sechste derzeit illegale Drogen konsumiert. Für München heißt das, daß von den rund 32.000 deutschen Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren bereits ca. 6.800 irgendwann einmal eine illegale Droge probiert haben. Und von den etwa 87.000 jungen deutschen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren sind es rund 32.000 Personen. Diese Zahlen beziehen sich zum weitaus überwiegenden Teil auf Cannabis.

Zugang zu den illegalen Drogen bekommen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem durch ihre Freunde/innen und Bekannten. Erste Drogenerfahrungen werden vor allem bis zum 17. Lebensjahr gesammelt. Ab dem 18. Lebensjahr verändern sich die Zahlen nur wenig, es kommen kaum neue Probierer hinzu. Der Anteil der drogenerfahrenen Mädchen und Frauen liegt bei 28% gegenüber 39% der männlichen Befragten. Das Probieren richtet sich vor allem auf Cannabis (29%) und Designerdrogen (10%). Höhere Anteile von drogenerfahrenen Jugendlichen werden beobachtet, wenn die Eltern geschieden sind (46%) oder getrennt leben (41%). Es gibt mehr Drogenerfahrene unter Jugendlichen, die schon einmal von zu Hause ausgerissen sind (68%) oder bei denen Alkohol- bzw. Drogenprobleme in der Familie bestehen (52%).

Nach Wittchen et al. lag in 2,5% aller Fälle bereits ein Mißbrauch und in 2% aller Fälle eine Abhängigkeit vor. Bezogen auf München läge demnach bei ca. 500 der 32.000 deutschen Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren ein Mißbrauch und bei ca. 400 eine Abhängigkeit vor. Für die 87.000 jungen deutschen Erwachsenen im Alter von 18-25 Jahren lassen sich für 2.500 Personen ein Mißbrauch und für 2.100 eine Abhängigkeit hochrechnen. Etwa ein Drittel aller Fälle sind Frauen. Auch hier ist festzuhalten, daß es sich überwiegend um sogenannte „weiche“ illegale Drogen wie Cannabis und nicht um „harte“ illegale Drogen wie Heroin oder Kokain handelt.

Neugier (58%), der Wunsch, Aufregendes erleben zu wollen (28%) sowie Geselligkeit (20%) waren die wichtigsten Gründe für den Einstieg. Die Motive für die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums unterscheiden sich erheblich von den Einstiegsmotiven. Hier dominieren Glücksgefühle. Der häufigste Grund für den „Ausstieg“ war, daß der Drogenkonsum „nichts gebracht“ habe (81%). Verbote, Angst vor Strafe, Geldprobleme spielten erheblich seltener eine Rolle.

In Bayern hat der Anteil der Drogenerfahrenen zwischen 1973 und 1986 abgenommen. Seit 1986 steigt der Anteil wieder an und erreicht 1995 einen bisherigen Höchststand. Es ist davon auszugehen, daß ein ähnlicher Trend für München - allerdings auf höherem Niveau der Häu-

figkeiten - stattgefunden hat. Es ist auch zu vermuten, daß Trendänderungen oder neue Drogen in der Regel in München früher zu beobachten sind als im übrigen Bayern.

Gesundheitliche Beeinträchtigung durch Suchtmittelkonsum

Es kann bereits bei den Jugendlichen ein Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und gesundheitlicher Beeinträchtigung nachgewiesen werden. Aktuelle und ehemalige Konsumenten/innen illegaler Drogen geben signifikant häufiger Beschwerden im Bereich *nervöser Störungen* (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten, Unruhe, Abgespanntheit, Schlafstörungen) sowie *(psycho)-vegetativer Störungen* an (z. B. Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Zittern der Hände). Raucher/innen und ehemalige Raucher/innen klagen verstärkt über *nervöse Störungen* (s.o.), *(psycho)-somatische Störungen* (z. B. Appetitlosigkeit, Benommenheit, Kopf- und Magenschmerzen) sowie *Verspannungen* (Kreuz-, Rücken-, Nacken-, Schulterschmerzen).

Konsumenten/innen illegaler Drogen, Raucher/innen und Personen, die überproportional häufig Medikamente mit Suchtpotential nehmen, weisen gegenüber solchen ohne Suchtmittelkonsum häufiger mehrere gesundheitliche Beschwerden gleichzeitig auf. Dies gilt für Frauen wie Männer. Nur beim Alkoholkonsum konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Personen, die eines der genannten Suchtmittel zu sich nehmen, konsumieren auch häufiger andere Suchtmittel. Mit Mehrfachkonsum geht eine Potenzierung der Gesundheitsgefährdung einher. Dabei ist zu bedenken, daß in der Befragung Personen mit weitgehend moderatem Konsum erfaßt wurden, es sich also um Konsument/innen sowie Suchtgefährdete und weniger um Süchtige handelt. Bei diesen dürften die gesundheitlichen Beeinträchtigungen weitaus höher sein.

Risikobereitschaft

Zu den derzeitigen jugendspezifischen Lebensstilen gehören auch riskante Verhaltensweisen. Diese können eine unmittelbare Gesundheitsgefährdung beinhalten. Es kann sich dabei aber auch um Verhalten handeln, mit dem gesellschaftliche Grenzen überschritten werden, eine Ausgrenzung aus der Normalität mit gravierenden Sanktionen riskiert wird. Dabei kann es zu mittelbaren Gesundheitsgefährdungen kommen.

Die Untersuchung zeigt einen deutlichen Rückgang riskanter Verhaltensweisen nach dem 20. Lebensjahr. Damit können diese zumindest teilweise mit dem Bedürfnis erklärt werden, Grenzen in einer stark normierten Erwachsenenwelt zu überschreiten, einer meist befristeten Auflehnung Jugendlicher gegen ihre Eltern und deren Welt. Aus den vorliegenden Studienergebnissen läßt sich festhalten, daß es sich bei der Risikobereitschaft - teilweise unter Inkaufnahme, sich selbst oder andere zu verletzen - um ein meist primär männliches Phänomen im Zusammenhang mit Rollenerwartungen an männliches Verhalten handelt.

Auch in Phasen des Ausprobierens, des „Einstiegs“ in riskantes Verhalten, sind Gesundheitsgefahren präsent. Sie sind aber dem hohen „Nutzen“ des riskanten Verhaltens nachrangig: nämlich, Anerkennung in der peer-group zu erreichen und verstärktes Selbstwertgefühl zu gewinnen. Ein gewisses Gesundheitsrisiko wird hierfür eingegangen.

Zum „Nutzen“ des riskanten Verhaltens in der peer-group tritt dessen besondere Attraktivität durch hohe Erlebnisqualität hinzu (thrill, Bewältigung von Langeweile usw.).

Der Stellenwert von „Nutzen“ und Erlebnisorientierung hat erhebliche Bedeutung für den Erfolg von Präventions- und Gesundheitsförderungsansätzen für Jugendliche. Damit wird erklärbar, warum reine Wissensvermittlung und der Hinweis auf Gesundheitsgefährdung sowie Verbote meist nur wenig Wirkung zeigen.

Im Bereich Sexualität lassen sich ebenfalls riskante Verhaltensweisen identifizieren. So ist ein relativ hoher Anteil an ungeschütztem Geschlechtsverkehr - auch bei mehreren Sexualpartnern/innen - festzustellen. Hier handelt es sich wahrscheinlich weniger um eine jugendkulturbezogene Risikobereitschaft als um Sorglosigkeit oder ein gering ausgeprägtes Verantwortungsbewußtsein, das auch bei Älteren - insbesondere Männern - ausgeprägt ist.

Soziale Problemlagen

Soziale Problemlagen Jugendlicher hängen eng mit denen ihrer Herkunftsfamilie zusammen. In verschiedenen Stellungnahmen hat das Sozialreferat festgestellt, daß sich die ökonomische und soziale Lage von Familien in den letzten Jahren erheblich verschlechtert hat. Mit sozialen Problemen gehen überproportional häufig gesundheitliche Probleme einher. Der Bericht geht auf den Zusammenhang von Gesundheitsgefährdung und sozialen Problemlagen wie soziale Auffälligkeit, Armut, Arbeitslosigkeit und Gewalt ein. Am Beispiel der sozial auffälligen („institutionsauffälligen“) Jugendlichen konnte nachgewiesen werden, daß soziale Benachteiligung mit deutlich höherer Gesundheitsbeeinträchtigung einhergeht. In allen dargestellten Bereichen läßt sich in den letzten Jahren ein erhebliches Anwachsen der Zahl betroffener Personen, einschließlich Jugendlicher, feststellen.

Armut

In München erhöhte sich die HLU-Dichte (Hilfe zum Lebensunterhalt) bei Jugendlichen (15-24 Jahre) von 1980 auf 1993 um insgesamt 170%. Bekamen 1980 nur 20 von 1.000 Jugendlichen Sozialhilfe, so waren es 1993 bereits 54. Im wesentlichen Unterschied zu früher ist die HLU-Dichte über die verschiedenen Altersgruppen der Jugendlichen relativ gleich verteilt, während sie 1980 mit zunehmendem Alter deutlich abnahm. Dementsprechend verdreifachte sich in diesem Zeitraum der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen zwischen 18 und 24 Jahren.

Arbeitslosigkeit

Im Bericht liegen nur Zahlen zur Häufigkeit der Arbeitslosigkeit vor. Danach sind in München nur relativ wenig Jugendliche länger als drei Monate arbeitslos. Über deren gesundheitliche Lage wissen wir nichts, da Arbeitslose in der Jugendgesundheitsuntersuchung nur selten vorkamen (2 Fälle). Ein weiteres Anwachsen der Arbeitslosigkeit dürfte neben sozialen auch gravierende gesundheitliche Probleme mit sich bringen. So wurde kürzlich auf die erhöhten psychischen Belastungen und hohen Krankheitsraten infolge längerer Arbeitslosigkeit hingewiesen.* Internationalen Studien zufolge haben 58% aller arbeitslosen

* vgl Süddeutsche Zeitung vom 12./13.4.1997: Bericht zur Tagung „Gesunder Standort - kranke Menschen“ der Medizinischen Hochschule Hannover.

Jugendlichen behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankungen; familiäre und Alkoholprobleme verschärfen sich.

Gewalt

Zunehmend wird das Anwachsen der Gewalt unter und gegen Jugendliche diskutiert. Die in diesem Zusammenhang angesprochenen Fragen betreffen sowohl den öffentlichen wie den häuslichen/familiären Bereich, so z. B. die Zunahme der aktiven Kriminalität durch jugendliche Täter, der passiven als Opfer von Gewalt und sexuellem Mißbrauch (vor allem von jungen Frauen) sowie generell die Zunahme von Gewalterfahrungen im Alltag.

Dem Allgemeinen Sozialdienst (ASD) sind vermehrt Fälle von Vernachlässigung, Mißhandlung und sexuellem Mißbrauch im häuslichen Umfeld bekannt geworden. Die Zahlen müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da die Zunahme gemeldeter Fälle sowohl auf eine Zunahme von Gewalt als auch z.B. eine gestiegene Sensibilität gegenüber dem Thema zurückgehen kann.

Die Gesamtzahl der Opfer zwischen 14 und 17 Jahren stieg laut Bayerischen Landeskriminalamt von 1994 auf 1995 um 51% an.

1995 wurden im Bereich der Landeshauptstadt München insgesamt 14.399 tatverdächtige Jugendliche im Alter zwischen 14 und 25 Jahren festgenommen. Davon waren 8.110 (57%) noch minderjährig. Der Ausländeranteil betrug insgesamt 51% (zum Vergleich: der entsprechende Anteil in der Gesamtbevölkerung beträgt 35%). Besonders stark vertreten ist dabei die Altersgruppe der 21-25 Jährigen mit 57% aller Tatverdächtigen dieser Altersgruppe, die Gruppe der 14-18 Jährigen ist mit 42%, die der 18-21 Jährigen mit 50% vertreten.

Gesundheit nicht-deutscher Jugendlicher

Die 64.000 nicht-deutschen Jugendlichen stellen mit 35% aller Personen im Alter zwischen 13 und 25 Jahren eine umfangreiche Gruppe in der jugendlichen Bevölkerung Münchens dar. In Hauptschulen sind sie mit mehr als 50% überproportional vertreten.

Zwar sind die Daten der Münchener Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 nicht repräsentativ für die Gruppe der Nicht-Deutschen, sie liefern aber erste Anhaltspunkte für die Bewertung ihrer gesundheitlichen Lage. Dabei zeigen sich zum Teil erheblich verschärfte gesundheitliche Beeinträchtigungen - vor allem in psychischer Hinsicht - die einen erhöhten Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung begründen.

So läßt sich bei den nicht-deutschen Jugendlichen ein höherer Grad an „Demoralisierung“ feststellen. Hinsichtlich ihrer Einstellung zeigen nicht-deutsche Jugendliche eine höhere Angepaßtheit, ein geringeres Kontrollbewußtsein und eine geringere Lebenszufriedenheit. Die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit geht mit einer höheren Belastung an gesundheitlichen Beschwerden einher.

- Ein Viertel aller nicht-deutschen Jugendlichen leidet unter einem Gefühl der Niedergeschlagenheit.
- Zukunftssorgen machen sich 19% der nicht-deutschen Jugendlichen.
- Unter mentalem Dauerstreß leiden 12,5% der nicht-deutschen Jugendlichen.
- 11% weisen eine negative Selbsteinschätzung auf.
- Schließlich sind rund 8% von einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit geprägt.

Beim Suchtverhalten zeigt sich in unserer Stichprobe im Vergleich zu deutschen Jugendlichen ein insgesamt geringerer Konsum illegaler Drogen. Die nicht-deutschen Jugendlichen trinken auch weniger Alkohol.

Fast immer zeigen sich ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede wie bei den deutschen Jugendlichen. So haben nicht-deutsche Mädchen und junge Frauen signifikant häufiger gesundheitliche Beschwerden als nicht-deutsche Buben und junge Männer. Dabei erweisen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede als größer und stabiler als die zwischen den deutschen und nicht-deutschen Jugendlichen.

Mädchen

Mädchen und junge Frauen fühlen sich weniger gesund und nennen mehr Beschwerden, psychische Probleme und Befindlichkeitsstörungen als Buben und jungen Männer. Sie gehen weniger gesundheitliche Risiken ein und auch ihr Unfall-, Verletzungs- und Sterblichkeitsrisiko ist geringer. Sie gehen häufiger zum Arzt, sind aber seltener (außer im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft bzw. Entbindung) im Krankenhaus. Sie sind insgesamt gesundheitsbewußter, sie achten mehr auf ihre Gesundheit und sind auch interessierter an gesundheitsbezogenen Informationen und Angeboten als Buben und junge Männer. Diese Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit geschlechterdifferenzierender Ansätze in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung.

Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die Körper- und Selbstakzeptanz von Mädchen und jungen Frauen: nur etwa jede Zweite ist mit ihrem Körper und mit ihrem Aussehen zufrieden. Bemerkenswert ist die Diskrepanz zwischen dem subjektiven Gefühl zu dick zu sein und der objektiven Häufigkeit eines Übergewichts. Es muß vermutet werden, daß etwa die Hälfte der Mädchen und jungen Frauen, die darunter leiden, zu dick zu sein, objektiv nicht übergewichtig ist. Die Entwicklung der körperlichen Identität von Mädchen und jungen Frauen ist stark geprägt von geschlechtsspezifischen Normen und Fremdzuschreibungen. In der Gesundheitsförderung müssen Mädchen darin unterstützt werden, zu einer selbstbestimmten Körperidentität zu finden.

Von den Mädchen und jungen Frauen, die mit ihrem Körper und/oder Aussehen nicht zufrieden sind, ist etwa jede Zweite gesundheitlich belastet. Die Auswertungen lassen den Schluß zu, daß Körperakzeptanz ein gesundheitlicher Schutzfaktor sein kann. Umgekehrt müssen bei gesundheitlichen Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen auch die möglichen Auswirkungen auf Körperakzeptanz und Selbstwertprobleme gesehen werden: Fast zwei Drittel aller Mädchen (64%) und jungen Frauen (60%) mit gesundheitlichen Belastungen sind mit ihrem Körper unzufrieden.

Insgesamt sind 37% der Mädchen und 42% der jungen Frauen durch Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen gesundheitlich belastet; häufig in Verbindung mit psychischen Problemen.

Von den jungen Frauen mit Hauptschulabschluß ist jede Zweite gesundheitlich belastet.

Gesundheitliche Belastungen sind in Zusammenhang mit kritischen Lebensumständen von Mädchen und jungen Frauen zu sehen. Ein kritischer Bereich ist vor allem die finanzielle Situation, mit der insgesamt 20% der Mädchen und 28% der jungen Frauen unzufrieden sind. 12% der Mädchen und 15% der jungen Frauen äußern sich außerdem unzufrieden über ihre Situation in der Schule oder im Beruf; von ihnen sind fast alle (83%) gesundheitlich belastet. Einen deutlichen Einfluß haben (passive) Gewalterfahrungen, darunter wurden in der Befragung Erlebnisse körperlicher und seelischer Gewalt im Zeitraum eines Jahres erfaßt (Beschädigung, Zerstörung oder Wegnahme von Sachen durch Gewalt, körperlich oder seelisch unter Druck gesetzt oder bedroht werden). In der Gruppe mit gesundheitlichen Belastungen hat fast jedes zweite Mädchen (46%) und fast jede dritte junge Frau (32%) Gewalterfahrungen dieser Art gemacht. Sexueller Gewalt kann in einer derartigen Befragung nicht erfaßt werden.

Ein Bedarf an psychosozialer Unterstützung zeigt sich vor allem in den folgenden Dimensionen: Bei gesundheitlichen Belastungen wünschen sich 49% der Mädchen und 41% der jungen Frauen mehr Verständnis und Zuwendung; 40% der Mädchen und 37% der jungen Frauen wünschen sich außerdem mehr Geborgenheit und Nähe.

In diesen Ergebnissen spiegeln sich die Krisen und Probleme der Mädchen im Prozeß der Entwicklung einer Identität als Frau. In die Abklärung gesundheitlicher Probleme müssen auch die Lebensumstände von Mädchen und jungen Frauen einbezogen werden. Dem Bedarf an psychosozialer Unterstützung und ggf. auch psychotherapeutischer Hilfe muß Rechnung getragen werden.

Versorgungslandschaft und Inanspruchnahme

Im Gegensatz zu Kindern gibt es für Jugendliche nur wenig spezifische gesundheitliche Versorgungseinrichtungen. Dies gilt für den ambulanten wie den stationären Bereich gleichermaßen. So gehen Jugendliche nur noch im jungen Alter zu Pädiatern. Kinderabteilungen der Krankenhäuser werden von ihnen auch nur noch selten belegt. Im medizinischen Versorgungssystem sind sie meist den Erwachsenen gleichgestellt.

Den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kommt eine bedeutende Rolle bei der medizinischen Versorgung Jugendlicher und junger Erwachsener zu. Am häufigsten wurden Zahnärzte/ärztinnen und Kieferorthopäden aufgesucht: Über die Hälfte der Jugendlichen (56%) war im letzten Jahr ein- bis zweimal dort, ein weiteres Viertel (26%) sogar drei- und mehrmals. Dieser hohe Prozentanteil ist auf die kieferorthopädische Behandlung in den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen. An zweiter Stelle der Häufigkeit stand der Besuch beim Praktischem Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin, bei dem 51% ein- bis zweimal und 20% drei- und mehrmals in Behandlung waren.

Hinsichtlich des Belastungsgrades (zum Begriff s. Kap. 2.3) ergab sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Häufigkeit des Besuchs beim Allgemeinmediziner/praktischen Arzt/Internisten. Gesundheitlich mehrfach belastete Mädchen/junge Frauen konsultieren häufiger

einen Allgemeinmediziner als unbelastete (88% vs. 77%), bei belasteten Männern zeigt sich - wenn auch schwächer - derselbe Zusammenhang (81% vs. 72%).

Unter den Patienten und Patientinnen der Städtischen Krankenhäuser München machen die 13-25-Jährigen einen Anteil von 8% aus. 1994 waren dies insgesamt 9.765 jugendliche Behandlungsfälle mit einem Altersmittelwert von 20 Jahren. Das Geschlechterverhältnis betrug 45% Patienten (Altersmittelwert 19,8 Jahre) zu 55% Patientinnen (Altersmittelwert 20,3 Jahre). Die Hauptdiagnosen sind bei den männlichen Patienten Verletzungen und Vergiftungen (30%), bei weiblichen Entbindung und Komplikationen während der Schwangerschaft (23%; s. Kap. 2.5).

Mehrere Sachgebiete des öffentlichen Gesundheitsdienstes befassen sich sowohl direkt wie indirekt mit der Gesundheit von Jugendlichen. Dies sind insbesondere der Jugendgesundheitsdienst, die Kinder- und jugenpsychiatrische Beratungsstelle sowie die Beratungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtabhängige. Hinzu kommen allgemeine Beratungsstellen, die auch für die gesundheitlichen Probleme jugendlicher Personen zuständig sind. Ihre Erfahrungen und Daten sind in den vorliegenden Bericht eingegangen.

Neben der stationären bzw. der ambulanten ärztlichen Versorgung und den Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes existieren noch zahlreiche ergänzende, ambulante und teilstationäre/stationäre Einrichtungen für ein breit gefächertes Spektrum an gesundheitlichen Problemlagen. Nicht immer sind ihre Angebote an bestimmte Altersgruppen gerichtet. So werden jüngere Jugendliche häufig in Einrichtungen zusammen mit Kindern betreut, ältere zusammen mit Erwachsenen; teilweise stehen die Einrichtungen allen Altersgruppen offen.

Ein wichtiger Faktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen sind Kenntnisse über deren Vorhandensein und Zweck sowie den Zugang zu ihnen.

Eine Grundlage für Gesundheitsaufklärungen sollte in der Schule gelegt werden. Mehr als die Hälfte der befragten Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind bereits in der Schule mit einigen wichtigen Gesundheitsthemen konfrontiert worden (Umweltverschmutzung 86%, Rauchen 80%, Straßenverkehr/Unfälle 79%, Alkohol 71%, AIDS 67% illegale Drogen 63%). Andere Themen wurden eher defizitär behandelt (Ernährung, Über- und Untergewicht, Lärm, Streß, Entspannung). Gerade für diese Themen wird ein starkes Interesse geäußert.

Durchschnittlich etwa jedem/jeder Zweiten sind Gesundheitskurse außerhalb der Schule bekannt. Durchweg sind Mädchen und junge Frauen an Gesundheitsthemen in der Schule und an Gesundheitskursen außerhalb von Schulen mehr interessiert als ihre männlichen Altersgenossen.

Ausblick

Die Gesundheitspolitik sollte sich verstärkt dem Erhalt und der Förderung der Gesundheit Jugendlicher widmen. Der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung fokussiert den Blick auf die Faktoren, die die Menschen dazu befähigen, gesund zu bleiben. Dies beinhaltet einmal die Frage danach, welche persönlichen Voraussetzungen und sozial-ökologischen Bedingungen die Menschen davor bewahren, gesundheitlich riskante Verhaltensmuster zu übernehmen und gesundheitliche Störungen zu entwickeln. Zum anderen stellt sich die Frage, welche Fähigkeiten und Ressourcen es den Menschen ermöglichen, erworbene

Gesundheitsrisiken oder riskante Lebensstile zu verändern und mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurecht zu kommen.

Zur Gesunderhaltung bzw. Verbesserung der gesundheitlichen Lage müssen neben gesundheitspolitischen Maßnahmen auch sozialpolitische und ökologische Anstrengungen verstärkt in Angriff genommen werden, um die sozialen und materiellen Grundbedürfnisse wie Wohnen, Ausbildung und Arbeit sicherzustellen. Nur dann können gesundheitspolitische Programme ihren größten Nutzen entfalten.

Welches sind nun die Schutzmechanismen, die Jugendliche davor bewahren, trotz gleicher oder ähnlicher Alltagsbelastungen gesünder und weniger belastet zu sein, trotz Gefährdung nicht süchtig zu werden oder den Streß in Schule und Beruf erfolgreich zu bewältigen? Und was kann die Gesundheitsförderung dazu beitragen, damit Jugendliche solche Fähigkeiten entwickeln?

Eine wichtige Ressource ist die soziale Unterstützung der Jugendlichen. Diese wird umso wirksamer im Sinne einer gesunden Lebensführung sein, je kompetenter Eltern, Lehrer/innen usw. auf die Jugendlichen reagieren. Dies erfordert ein gewisses Verständnis für das Bedürfnis Jugendlicher nach Grenzüberschreitungen gegenüber der Erwachsenenwelt. Überzogene Ansprüche an das Verhalten und Können der Jugendlichen und das Entziehen von Vertrauen sowie Unterstützung bei Fehlern sind belastend und gesundheitsgefährdend. Gesundheitsförderung bei Jugendlichen ist von daher eine Bildungsaufgabe für die Erwachsenen.

In der Jugendphase wird die Lebenssouveränität zusammen mit der Entwicklung einer eigenen Identität und dem Aufbau eigenständiger sozialer Beziehungen entscheidend geprägt. Je nachdem, ob die Vorstellung und Erfahrung eigener Machtlosigkeit, Selbst-Entfremdung, Isolation und Sinnlosigkeit dominiert oder nicht, kann eine solche Souveränität mehr oder weniger entwickelt werden. So gesehen ist Gesundheitsförderung eine Bildungsaufgabe für die Jugendlichen selber. Diese muß unterstützt werden durch die reale Chance für die Jugendlichen, ihre Lebenswelt selbst zu bestimmen und an der Gestaltung der Rahmenbedingungen mitzuwirken.

B Vorrangige Handlungsfelder

Die Gesundheit Jugendlicher hängt, wie im Bericht deutlich wird, von einer Vielzahl von Faktoren ab. Diese reichen von persönlichen Voraussetzungen über (Versorgungs-)Infrastrukturen bis hin zu sozialen und ökologischen Bedingungen in unserer Gesellschaft. Auf viele der relevanten Einflußgrößen können Jugendliche nicht oder nur wenig Einfluß nehmen. Der kommunalen Politik kommt eine bedeutsame Aufgabe bei der Abwehr von Gesundheitsgefahren sowie beim Erhalt und der Wiedererlangung der Gesundheit zu. Dies verlangt Anstrengungen, die über den Gesundheitssektor hinausreichen. Gesundheitsförderung für Jugendliche ist damit eine intersektorale kommunalpolitische Aufgabe.

Was kann die kommunale Gesundheitspolitik für die Gesundheit Jugendlicher und junger Erwachsener leisten? Gesundheitsförderung sollte an vier Punkten ansetzen:

- Neuorientierung der Gesundheitsbildung
- Gesundheitsförderung im Rahmen jugendspezifischer Lebensstile
- Gesundheitsförderung als gemeindeorientierter Ansatz - Lebensweltorientierung
- Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe - Kooperation der Fachdienste

Geschlechtsdifferenzierte und interkulturelle Aspekte müssen bei Planung und Durchführung all dieser Schwerpunkte berücksichtigt werden.

Gesundheitsbildung darf nicht bei Wissensvermittlung stehenbleiben. Die Orientierung an isolierten Risiken ist unzureichend. Gesundheitsbildung hat vermehrt die Lebensbedingungen, Probleme sowie die Interessen und Nutzenvorstellungen von Jugendlichen miteinzubeziehen. Gesundheitsfragen können auch über den Umweg anderer Themen angesprochen werden. Alternativen zu risikoreichem Verhalten werden dann am ehesten übernommen, wenn sie auf der Präferenzskala von Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen hohen Nutzen versprechen und sinnvoll und realisierbar erscheinen. Es gilt die Kompetenzen zu fördern, „Nein“ sagen zu können und mit Überzeugung positive Entscheidungen für sich zu treffen. Dabei ist Raum zu schaffen für eine angemessene Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten, die Jugendliche daran hindern - sei es, weil „Nein sagen“ erst erlernt werden muß, sei es, weil „Nein sagen“ nur als Verlust und Erlebniseinbuße erlebt wird. Darüberhinaus sind solche Erlebnisformen zu ermöglichen, in denen Alternativen zu gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen eingeübt und verfügbar gemacht werden.

Die Übernahme gesundheitsförderlicher Lebensstile ist abhängig von der Erfahrung eigener Fähigkeiten und Grenzen. Dazu muß es in gewissem Maße möglich sein, gesundheitliche Risiken und den Nutzen gesundheitsförderlichen Handelns selbst zu erfahren und zu begreifen. Gewisse Räume des Ausprobierens hat es zu allen Zeiten und in allen Gesellschaften gegeben. Allerdings ist die Grenzziehung zwischen Gewähren und Beschränken schwierig; sie muß ständig neu bestimmt werden, weil sich Gesellschaften verändern. Auch sollte die Chance zur Orientierung an den Lebensweisen anderer gegeben sein. Das unverantwortliche Gesundheitsverhalten vieler Erwachsener z. B. dürfte die Jugendlichen kaum zur Übernahme gesundheitsgerechter Lebensstile anregen.

Gesundheitsförderung muß über die Befähigung zur Entwicklung eigener Kompetenzen hinausgehend für ein gesundheitsförderliches Klima in der Lebenswelt der Jugendlichen sorgen: Familie, Freizeit, Schule, Ausbildung, Wohnumgebung, Stadtviertel. Ein wichtiger

Faktor hierfür ist die Integration sozialer Gruppen. Ein gesundheitsförderliches Klima wird hergestellt, indem eine passende Infrastruktur für die Belange von Jugendlichen geschaffen wird. Alle Ansätze, die auf die Veränderung der Lebenswelt von Jugendlichen abzielen, sollten die Chance zu echter Mitbestimmung und Partizipation einräumen. Erst dann kann von diesen wirkliche Lebenssouveränität entwickelt werden. Hierzu gehören Einrichtungen für Sport, Freizeit, Jugendkultur, die die Neugier und das Bedürfnis nach Aufregendem wirklich befriedigen. Stadt-(viertel)planung darf keine Verdrängungsstrategie darstellen, sondern soll effektive Beteiligungsmöglichkeiten bereitstellen.

Für die Gesundheitsbildung, die Ausformung von gesundheitsgerechten Lebensstilen und das gesundheitsförderliche Klima sind Schule und soziale Einrichtungen von herausragender Bedeutung. Hieraus ist leicht erkennbar, daß Gesundheitsförderung keine alleinige Aufgabe von Gesundheitseinrichtungen sein kann, sondern viele kommunale Bereiche betrifft. Wichtig ist, daß die verschiedenen Einrichtungen Gesundheit als eine ihrer Aufgaben begreifen und hierzu untereinander kooperieren. Ein isoliertes Nebeneinander ist weder effektiv noch zukünftig finanzierbar. Derartige Kooperationen werden im Suchtbereich bereits praktiziert; z.B. in der Vernetzung von Gesundheitsdiensten mit Jugendhilfe und Allgemeinem Sozialdienst (ASD) sowie mit Schule und Polizei. Dabei gilt es, die Kompetenz der gesundheitsbezogenen Konzepte (z.B. der Suchtprävention) auf die anderen Stellen, die mit Jugendlichen arbeiten, zu übertragen (Lehrer/innen, Sozialarbeiter/innen, Freizeit- und Sportpädagog/innen usw.).

Handlungsbedarf

Die Ergebnisse des Berichts zeigen bei zentralen Indikatoren der gesundheitlichen Lage Unterschiede zwischen Mädchen und jungen Frauen einerseits und Buben und jungen Männern andererseits. Bei der Planung von Angeboten und Projekten sollten daher generell geschlechtsspezifische Aspekte reflektiert und in der Konsequenz gegebenenfalls geschlechtsbezogene Ansätze und Strategien entwickelt werden.

Alle Jugendliche betreffender Handlungsbedarf in der Gesundheitsförderung besteht in folgenden Bereichen:

Maßnahmen, Projekte und Gesundheitserziehung

- zur Stärkung des Selbstwertgefühls, des Selbstbildes und der (Gesundheits-) Kompetenzen
- zum Aggressionsabbau und zur Gewaltprävention
- zur Erlebnispädagogik bei Gefährdeten und Jugendlichen in besonderen Lebenslagen
- zur Bewältigung von Belastungen in Lebenskrisen
- zur Integration von Kompetenztraining in Schulen und Berufsschulen
- zur Bewegung und Entspannung im Alltag
- zu speziellen Gesundheitsthemen: Suchtgefährdung, Impfbereitschaft (Hepatitis B), Sexualität und AIDS sowie zur Vermeidung von Hörschäden durch Lärm
- zur Beteiligung von Jugendlichen an Entscheidungsprozessen, die die eigene Lebenswelt und -gestaltung direkt und indirekt betreffen (z.B. Stadtentwicklung).

Hinzu kommt die jugendspezifische Ausgestaltung von Gesundheitseinrichtungen wie z.B.

- Ausweitung der jugend- und kulturspezifischen Kenntnisse von Ärzten/Ärztinnen
- Jugendsprechstunden von Ärzten/Ärztinnen mit Kompetenz in der Jugendmedizin

- interdisziplinäre Personalergänzung in Gesundheitseinrichtungen
- Vernetzung und Bekanntgabe der bestehenden Einrichtungen der Gesundheitsbildung,- förderung und -versorgung unter Jugendlichen
- Gruppen- und Selbsthilfeangebote für Mädchen und Buben.

Darüberhinaus stellen die sozialen Bedingungen (insbesondere Integration, Bildung und Beruf) und die jugendgerechte Gestaltung der Stadtgesellschaft die Basis für den Erfolg von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung dar. Erst deren Sicherstellung gewährleistet eine erfolgreiche Gesundheitspolitik.

Für die themenspezifische Suchtprävention und Suchthilfe gibt es seit einiger Zeit Konzepte (vgl. Präventionsverbund München), deren Dringlichkeit durch die Ergebnisse dieses Jugendberichtes unterstrichen werden kann:

- Verlagerung der Suchtprävention von der Stoffkunde hin zur Vermittlung von Lebenskompetenzen unter Einbeziehung der Rolle des Suchtmittelkonsum im Rahmen von Lebensstilen
- verstärkte Multiplikatorenschulung für die Zwecke der Suchtprävention und -hilfe
- Ausweitung der Suchtprävention in Haupt- und Berufsschulen insbesondere für nicht-deutsche Jugendliche
- verstärkter Know-how Transfer von der Suchthilfe zur Jugendhilfe
- vermehrt jugend- und geschlechtsspezifische Therapieangebote sowie jugendgemäße Entgiftung
- mehr Arbeits- und Wohnprojekte für Suchtabhängige bzw. ehemalige Süchtige
- verstärkter Einsatz stadtteilbezogener Streetwork.

Spezifischer Unterstützungsbedarf für Mädchen besteht darüberhinaus bei der Herausbildung ihres Körperbildes in Abgrenzung zu Fremdzuschreibungen, der Aneignung ihrer weiblichen Identität und der Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Maßnahmen in folgenden Handlungsfeldern sind vordringlich:

- Bei gesundheitlichen Beschwerden müssen ggf. auch psychosoziale oder psychotherapeutische Hilfen gewährleistet werden.
- Die Gewaltprävention hat einen hohen Stellenwert.
- Die Problemlagen der Mädchen müssen vor allem in Haupt-, Real- und Berufsschulen sowie Ausbildungsstätten stärker Berücksichtigung finden durch Fortbildung der Lehrkräfte, Mädchenbeauftragte und geeignete Unterrichtsangebote.
- In der gesundheitlichen Versorgung sind ganzheitliche Konzepte gefordert. D.h. Fortbildung von Kinder-, Frauen- und Hausärzten/innen, Vernetzung von Mädchenprojekten und spezielle Beratungsangebote, auch für nicht-deutsche Mädchen und deren Eltern.

Für nicht-deutsche Jugendliche sind gesonderte Anstrengungen erforderlich, um ihnen eine eigene Identitätsentwicklung unter Beibehaltung der kulturellen Wurzeln bei gleichzeitiger Integration in die Stadt München zu ermöglichen. Es gibt Hinweise, daß die Loslösung von den Bindungen des Herkunftslandes und die Integration in die neue Heimat oft nicht erfolgreich verlaufen. Damit geht ein Anwachsen der Suchtgefährdung und

Gewaltbereitschaft, aber auch psychischer und sozialer Probleme einher. Für Flüchtlingskinder mit ihren speziellen gesundheitlichen Notlagen sind eigene Maßnahmen erforderlich. Auf dieser Grundlage halten wir folgende Bereiche für vordringlich, wobei kulturell bedingte Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitsverständnisses und des Inanspruchnahmeverhaltens berücksichtigt werden sollten:

- Prävention und Gesundheitsförderungsprojekte unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der nicht-deutschen Jugendlichen in Haupt- und Berufsschulen
- spezifische Angebote und Projekte für nicht-deutsche Mädchen
- Ausweitung der Suchtpräventionsangebote für nicht-deutsche Jugendliche
- Projekte zur Integration für deutsche und nicht-deutsche Jugendliche gemeinsam
- verstärkte Aufklärung über Vorsorgemaßnahmen und Versorgungseinrichtungen und den Zugang zu ihnen
- sensible geschlechtsdifferenzierte Sexualpädagogik, die auf spezielle kulturelle Bedingungen eingeht
- Dolmetscherdienste, interkulturelles Training des deutschen Personals, Integration von nicht-deutschem Fachpersonal in Gesundheitseinrichtungen, um zu einer besseren Qualität der Regeldienste für die Gesundheitsbelange Nicht-Deutscher zu kommen.

1 EINLEITUNG

1 EINLEITUNG

Wenn man die Häufigkeit und Schwere von Erkrankungen, die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems und die Häufigkeit von Sterbefällen zugrunde legt, dann sind Jugendliche die gesündeste Gruppe in der Bevölkerung. Daher ist man geneigt, Jugendliche in der Gesundheitsdiskussion zu vernachlässigen. Allerdings haben Berichte über die Zunahme psychischer und psychosomatischer Störungen, bestimmte Gesundheitsrisiken wie Konsum illegaler Suchtmittel, AIDS, riskantes Freizeitverhalten und das Unfallgeschehen im Straßenverkehr zu einer verstärkten öffentlichen Diskussion geführt. Auch wegen gestiegener Gewaltbereitschaft bei Kindern und Jugendlichen sowie sexuellem Mißbrauch wird Handlungsbedarf gesehen.

Darüber hinaus hat in letzter Zeit die Lage nicht-deutscher Kinder- und Jugendlicher die Öffentlichkeit beschäftigt, insbesondere wegen nicht erfolgreicher Integration in unsere Gesellschaft oder vermehrten psychischen Belastungen bei Flüchtlingen.

Nicht immer liegen dieser Problemsicht verlässliche Zahlen über die Häufigkeiten der aktuellen Gefährdungen und Belastungen zugrunde. Dementsprechend sind Prognosen über zukünftige Entwicklungen unzureichend. Und für die Planung von Maßnahmen vor allem auf regionaler Ebene fehlen wichtige Eckdaten.

Der Blick auf die vielen Einzelgefährdungen kann dazu führen, daß die gesundheitliche Gesamtlage verzerrt wahrgenommen wird. Es besteht die Gefahr, einzelne Verhaltensauffälligkeiten überzubewerten. Gerade in dieser Lebensphase befinden sich junge Menschen, wie an anderer Stelle näher beschrieben, im Umbruch, sie rebellieren gegen die Erwachsenenwelt, suchen ihre Grenzen, probieren Verbotenes, ignorieren Erfahrungen usw.. Nicht jedes Handeln verfestigt sich, nicht jede Risikobereitschaft bleibt bestehen. Die im Bericht aufgeführten Häufigkeitszahlen in bestimmten Altersgruppen dürfen daher nicht überinterpretiert werden.

Allerdings ist solchen Verhaltensmustern verstärkt Augenmerk zuzuwenden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit beibehalten werden und gesundheitliche Schäden mit sich bringen. Um erfolgreich Einfluß nehmen zu können, sind einerseits die Faktoren zu bekämpfen, die zu gefährdenden Verhaltensweisen geführt haben bzw. zu deren Beibehaltung beitragen. Andererseits sind solche Faktoren zu fördern, die verhindern, daß es zu Gesundheitsgefährdungen kommt bzw. den kompetenten Umgang mit Gesundheitsrisiken und deren Bewältigung ermöglichen.

Ein wichtiger Bereich für die zukünftige gesundheitliche Entwicklung ist der Umgang mit psychischen Belastungen in Familie, Schule und Beruf. Gerade die psychischen und sozialen Belastungen wegen bestehender oder drohender Arbeitslosigkeit von Jugendlichen sind in letzter Zeit öffentlich diskutiert worden. Insbesondere hohe Belastungen zusammen mit einer pessimistischen Zukunftserwartung und unzureichender sozialer Unterstützung bergen gesundheitliche Risiken, die zu einer Manifestation und späteren Chronifizierung von Leiden führen können.

Salutogenes Konzept

Über Defizite der gesundheitlichen Versorgung hinausgehend muß sich die Gesundheitspolitik verstärkt dem Erhalt und der Förderung der Gesundheit Jugendlicher widmen.

Als gesundheitsförderlich im Sinne der salutogenetischen Perspektive wird die Fähigkeit angesehen, „mit biologischen, psychologischen und sozialökologischen Spannungen und Belastungen konstruktiv zurechtzukommen“.* Je besser die Erfahrungen Jugendlicher mit den eigenen Widerstandsressourcen ausfallen, desto leichter fällt es ihnen, ein positives, aktives Selbstbild der eigenen Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit zu entwickeln, das einhergeht mit der Gewißheit, sich selbst und die eigenen Lebensbedingungen steuern und gestalten zu können (Kohärenzsinn). Hieraus ergibt sich die zentrale Relevanz der aktiven Teilnahme an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen, die die eigenen Lebensbedingungen betreffen (Partizipation).

Der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung fokussiert den Blick auf die Faktoren, die die Menschen dazu befähigen, gesund zu bleiben. Dies beinhaltet einmal die Frage danach, welche persönlichen Voraussetzungen und sozial-ökologischen Bedingungen die Menschen davor bewahren, gesundheitlich riskante Verhaltensmuster zu übernehmen und gesundheitliche Störungen zu entwickeln. Zum anderen stellt sich die Frage, welche Fähigkeiten und Einflüsse es den Menschen ermöglichen, erworbene Gesundheitsrisiken oder riskante Lebensstile zu verändern und die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu bewältigen. Welches sind nun die Schutzmechanismen, die Jugendliche davor bewahren, trotz gleicher oder ähnlicher Alltagsbelastungen gesünder und weniger belastet zu sein, trotz Gefährdung nicht süchtig zu werden oder den Streß in Schule und Beruf erfolgreich zu bewältigen? Und was kann die Gesundheitsförderung dazu beitragen, damit Jugendliche solche Fähigkeiten entwickeln?

Zu diesen Faktoren gehören individuelle Dispositionen, psychische und soziale Kompetenzen. Hinzu kommen Rahmenbedingungen des persönlichen Lebensumfeldes, auf die der Jugendliche selbst nicht oder kaum Einfluß nehmen kann: z.B. plötzliche Lebensereignisse, Einkommen der Eltern, Scheidung, Erziehungskompetenz von Eltern und Lehrern usw. Außerdem sind die strukturellen Bedingungen des gesellschaftlichen Umfeldes bedeutsam, wie soziale Sicherheit, Arbeitsplätze, gesunde Umwelt, niedrige Kriminalitätsrate, ausreichende Versorgungsinfrastruktur, Bildungsangebote.

Viele Einflußfaktoren entziehen sich nicht nur der individuellen, sondern auch weitgehend der kommunalen Einflußnahme: Armut, Arbeitslosigkeit, demographische Entwicklungen usw. Allenfalls können negative Folgen abgefedert werden. Auf der anderen Seite können die Umwelt, der Verkehr, die Versorgungsinfrastruktur, die Wohnsituation und die soziale Sicherheit durch kommunalpolitische Entscheidungen erheblich beeinflußt werden. Eine solche Politik bedeutet strukturelle Gesundheitsförderung.

Es gibt auch eine Reihe von Faktoren, die mit gesundheitsrelevanten Einstellungen und Präferenzen zusammenhängen und sich auf die Entscheidungen und Verhaltensweisen der Jugendlichen auswirken. Eine solche wichtige Ressource ist die soziale Unterstützung der Jugendlichen. Diese wird umso wirksamer im Sinne der Förderung einer gesunden

* P. Franzkowiak: Salutogenetische Perspektive. in: BZgA (Hg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 1996

Lebensführung sein, je kompetenter Eltern, Lehrer/innen usw. auf die Jugendlichen reagieren. Dies erfordert unter anderem ein gewisses Verständnis für das Bedürfnis Jugendlicher nach Grenzüberschreitungen gegenüber der Erwachsenenwelt. Überzogene Ansprüche an das Verhalten und Können der Jugendlichen und das Entziehen von Vertrauen sowie unzureichende Unterstützung nach Fehlern sind belastend und gesundheitsgefährdend. Gesundheitsförderung bei Jugendlichen ist von daher eine Bildungsaufgabe für die Erwachsenen.

In der Jugendphase werden die Lebenskompetenzen zusammen mit der Entwicklung einer eigenen Identität und dem Aufbau eigenständiger sozialer Beziehungen entscheidend geprägt. Je nachdem, ob die Vorstellung und Erfahrung eigener Machtlosigkeit, Selbst-Entfremdung, Isolation, Sinnlosigkeit dominiert oder nicht, kann eine solche Souveränität mehr oder weniger entwickelt werden. So gesehen ist Gesundheitsförderung eine Bildungsaufgabe für die Jugendlichen selbst im Rahmen des Erwachsenwerdens. Diese muß aber unterstützt werden durch die reale Chance für die Jugendlichen, ihre Lebenswelt selbst bestimmen und an der Gestaltung der Rahmenbedingungen mitwirken zu können.

Gesundheitliche Problemlagen

Bei der Konzeption des Berichts wurde von folgendem gesicherten Kenntnisstand in der Literatur ausgegangen, nach dem vor allem folgende Gesundheitsprobleme bei Jugendlichen benannt werden:*

- Zigarettenrauchen
- Alkoholkonsum
- illegale Drogen
- psychogene Störungen, insbesondere Eßstörungen
- ungewollte Schwangerschaften
- AIDS/HIV-Infektion
- Zahnerkrankungen (Zahnregulierungen)
- unfallbedingte Verletzungen
- Suizide und Suizidversuche.

Hinzu kommen Gefährdungen, die zum Teil bereits aus der Kindheit stammen

- Fehlernährung und Übergewicht
- Bewegungsmangel und Haltungsschäden
- psychische Störungen verschiedener Genese
- allergische Erkrankungen.

Auf der Basis von 22.000 Untersuchungsbögen zur 1994 eingeführten ärztlichen Jugendgesundheitsuntersuchung J1 wurden vom Ausschuß „Prävention und Frühtherapie“ des Bundesverbandes der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin folgende Befunde konstatiert: Viele Jugendliche leiden unter Allergien; sie sind deutlich übergewichtig, oft auch untergewichtig. Vermehrt können krankhafte Befunde des Skelettsystems und der Schilddrüse

* vgl. Weber et al.: Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen - Fakten - Perspektiven. 1990.

festgestellt werden; häufig mangelt es an notwendigen Impfungen. Insgesamt wurde eine steigende Zahl an Fehlentwicklungen und psychosomatischen Beschwerden ermittelt. Bei diesen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, daß es sich nicht um repräsentativ erhobene Daten handelt, sondern um Befunde im Rahmen selektiv in Anspruch genommener Beratungen und Untersuchungen. Unbekannt ist, welche Jugendlichen das Beratungsangebot in Anspruch nahmen, gesundheitlich eher Belastete oder Unbelastete.

In einer kürzlich veröffentlichten Befragung von 2.500 Schulleiterinnen und Schulleitern durch das Bayerische Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung (ISB) wurden bei 40% der Hauptschulen und einem Drittel der Berufsschulen in Bayern Gewaltvorkommnisse ermittelt. Die Schulen waren mit rechtsradikalem und ausländerfeindlichem Gewaltpotential konfrontiert (verbale und/oder handgreifliche Gewalt). Dies wird vermehrt auch außerhalb der Großstädte festgestellt. Inwieweit diese Ergebnisse steigende Trends beinhalten oder nicht, ist nicht bekannt, da keine Daten aus früheren Zeiten vorliegen.

Datenlage

Ausgehend vom gesundheitspolitischen Bedarf an fundierten Planungsdaten hat sich das Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München entschlossen, einen Jugendgesundheitsbericht herauszugeben. Er fußt auf den Basisgesundheitsberichten (letztmalig 1996) und reiht sich ein in die Schwerpunktberichte zu bestimmten Zielgruppen. Bereits erschienen sind Gesundheit im Alter (1995) und der Bericht zur Kindergesundheit (1997).

Das Gesundheitsreferat konnte bei der Berichtserstellung auf den günstigen Umstand zurückgreifen, daß derzeit eine relativ gute Datenbasis für die Münchener Jugendlichen vorliegt. So konnte 1995 von Infratest im Rahmen des Public-Health Forschungsverbundes München und gefördert durch den Bundesminister für Bildung und Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) und in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsreferat eine Jugendgesundheitsbefragung in München durchgeführt werden. Damit stehen erstmals für München repräsentative Daten zur Verfügung. Die Daten und Berichte für den Forschungsverbund wurden dem Gesundheitsreferat zur Verfügung gestellt.

Parallel hierzu wurde im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit eine Jugendgesundheitsbefragung in Bayern durchgeführt. Dadurch wird gewährleistet, daß für München aus dieser und aus früheren Erhebungen seit 1973 Vergleichsdaten zur Verfügung stehen, die eine differenzierte Betrachtung von Veränderungen im Konsumverhalten und in der Lebensführung junger Menschen ermöglichen.

Im Rahmen der Beteiligung des Gesundheitsreferats am Public-Health Forschungsverbund München wurde auch die Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe „Jugendgesundheit“ (Prof. Dr. Keupp) gepflegt. Diese Forschungsgruppe des Instituts für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) widmete sich in einer eigenen Erhebung der Gesundheit von sozial auffälligen Jugendlichen. Bei dieser „Institutionsauffälligkeit“ handelt es sich um Jugendliche, die mit der Erziehungsberatung und -beistandschaften, Jugendgerichtshilfe, Schulsozialarbeit und Jugendberufshilfe in Berührung gekommen sind. Daten sowie Berichte zu dieser Untersuchung wurden dem Gesundheitsreferat überlassen und in den Kapiteln zur

psychischen Gesundheit, zu nicht-deutschen sowie zu Jugendlichen mit sozialen Problemlagen berücksichtigt.

Weiterhin konnte der Bericht auf Zwischenberichte der von Dezember 1994 bis März 1999 laufenden EDSP Studie des Max Planck Instituts für Psychiatrie, Prof. Dr. Wittchen zu den Themen Suchtgefährdung und psychische Gesundheit zurückgreifen. Damit ergab sich die günstige Gelegenheit, anhand zweier voneinander unabhängiger Stichproben in München, die zudem mit verschiedenen Methoden ins Feld gingen (zum einen schriftliche zum anderen mündliche Befragung), die Häufigkeiten für psychische Befunde und den Konsum von Suchtstoffen zu präzisieren.

Darüberhinaus wurden viele sonstige Informationsquellen zur Jugendgesundheit in München herangezogen. Hierzu gehören die statistischen Jahrbücher der Stadt München und des Freistaats Bayern, die Verwaltungsberichte der städtischen Referate, die Patientenstatistik der städtischen Krankenhäuser, die Dokumentationen von Beratungs- und Versorgungseinrichtungen, Veröffentlichungen des Münchener Tumorregisters u.a.m.

Den Verantwortlichen für diese Studien und den dort tätigen Personen, die uns mit Daten, Berichten und wertvollen Hinweisen unterstützten, schulden wir Dank.

Ein grundsätzlicher Vorbehalt gegenüber den Daten des Berichts muß an dieser Stelle geäußert werden: Solche repräsentativen Studien geben einen Überblick über die momentane Situation der Bevölkerung, hier der Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sie eignen sich nicht für die Prüfung von Entwicklungen und zeitlichen Verläufen. Extremgruppen können mit repräsentativen Stichproben nur eingeschränkt erfaßt werden. Insbesondere Personen mit abweichendem Verhalten, die unter 5% Anteil in der jeweiligen Altersgruppe bleiben, haben eine „schlechte statistische Chance“, durch derartige Befragungen erfaßt zu werden. Daher können nicht alle interessierenden Einzelfragen mit Daten belegt werden. Zu diesen Gruppen gehören z.B. solche, die von harten Drogen abhängig sind, Personen mit Eßstörungen oder Arbeitslose. Für diese Personengruppen müssen Sonderuntersuchungen durchgeführt werden.

Bedauerlicherweise war die Datenerfassung bei den nicht-deutschen Jugendlichen als einer umfangreichen Gruppe nicht wie erwünscht erfolgreich. Das Gesundheitsreferat hatte beim Public-Health Forschungsverbund durchgesetzt, daß auch nicht-deutsche Jugendliche in die Erhebung einbezogen wurden. Es konnte aber nur ein Rücklauf von knapp 25% erreicht werden. Diese Datenbasis läßt keine gesicherten Rückschlüsse auf die Gesundheit der nicht-deutschen Jugendlichen in München zu. Sie ist allerdings eine der wenigen Untersuchungen, die etwas Derartiges überhaupt versucht haben. Die vorliegenden Ergebnisse erbringen erste Hinweise auf die gesundheitliche Lage dieser Bevölkerungsgruppe.

Berichtsthemen

In den folgenden Kapiteln werden Daten und Fakten zur gesundheitlichen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 13 und 25 Jahren vorgestellt. Welchen Themen wendet sich dieser Jugendgesundheitsbericht zu?

Der Berichterstattung zu einzelnen Themen vorangestellt ist eine Zusammenfassung. Ausgehend von einer summarischen Darstellung der zentralen Ergebnisse des Berichts sind die vorrangigen Handlungsfelder aufgeführt, wie sie sich aus dem Bericht ergeben. Dabei

werden grobe Umsetzungsstrategien skizziert, aber keine differenzierten Maßnahmenkonzepte entwickelt. Dies würde über den Rahmen eines solchen Berichts hinausgehen. Seine Aufgabe ist es, eine fundierte Basis für die Programme der Gesundheitspolitik zu liefern.

Im allgemeinen Teil I werden die gesundheitliche Lage, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsrisiken von sowie die Versorgungsinfrastruktur behandelt.

- Im Kapitel 2 zur gesundheitlichen Lage wird ein Überblick über die Zufriedenheit Jugendlicher und junger Erwachsener mit ihren Lebensumständen und mit der eigenen Gesundheit gegeben. Weiterhin wird das Ausmaß gesundheitlicher Beschwerden, die psychische Gesundheit, die Häufigkeit von Erkrankungen und Behinderungen sowie die Sterblichkeit und Todesursachen behandelt.
- Das Kapitel 3 widmet sich gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Risiken. Ausgehend von den Einstellungen Jugendlicher und junger Erwachsener zur Gesundheit werden Ernährung und Körpergewicht, die Bewegung, das Freizeitverhalten, der Suchtmittelgebrauch, das Sexualverhalten und AIDS, die gesundheitliche Belastung durch Schule und Beruf sowie der Einfluß sozialer Problemlagen auf die Gesundheit dargestellt. Dabei geht es vor allem um Jugendliche, die in irgendeiner Form sozial auffällig geworden sind. Der Bericht will darlegen, daß derartige soziale Problemlagen mit erheblichen gesundheitlichen Gefährdungen und Belastungen einhergehen.
- Die Darstellung der gesundheitsbezogenen Versorgungslandschaft ist Thema des 4. Kapitels. Es wird die Inanspruchnahme der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung durch Jugendliche und junge Erwachsene dargestellt. Hinzu kommen die für die Prävention und Gesundheitsberatung wichtigen Einrichtungen. Für die Planung der Versorgung und Beratung sind Kenntnisse über den Wissenstand und die Erfahrungen mit Präventionsangeboten wichtig. Ebenso interessieren die Präferenzen Jugendlicher für bestimmte Gesundheitsthemen, um Anhaltspunkte für die Umgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen..

Hieran schließt sich Teil II mit speziellen Auswertungen der vorliegenden Münchener Untersuchungen über Jugendliche und junge Erwachsene an.

- Das Kapitel 5 widmet sich den Nicht-Deutschen. Auf einer leider unzureichenden Datenbasis werden die gesundheitliche Lage, das Gesundheitsverhalten und die Risiken dieser Gruppe mit den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen verglichen. Es wird verdeutlicht, daß spezifische Ansätze zu Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung notwendig sind.
- Das Kapitel 6 greift die Notwendigkeit der geschlechtsdifferenzierten Ansätze in der Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Versorgung für Mädchen auf.

Teil III des Berichts enthält die methodischen Grundlagen des Bericht.

- Kapitel 7 beschreibt die soziodemographische Ausgangslage und im Kapitel 8 werden dem Bericht zugrundeliegenden Daten und Methoden erläutert.

I ALLGEMEINER TEIL

2 GESUNDHEITLICHE LAGE

2.1	Zufriedenheit und Gesundheit.....	7
2.2	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes.....	10
2.3	Gesundheitliche Beschwerden	10
2.4	Psychische Gesundheit	13
2.5	Morbidität.....	19
2.5.1	Subjektiver Krankheitsstatus.....	19
2.5.2	Diagnosen bei stationären Aufenthalten.....	20
2.5.3	Meldepflichtige Erkrankungen	22
2.5.4	Krebserkrankungen	23
2.5.5	Zahngesundheit.....	24
2.5.6	Behinderungen	25
2.6	Mortalität und Todesursachen	27

2 GESUNDHEITLICHE LAGE

Für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage Jugendlicher und junger Erwachsener werden im folgenden die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, die Häufigkeit der gesundheitlichen Beschwerden, Ergebnisse zur psychischen Gesundheit, Erkrankungsraten sowie die Sterblichkeit und Todesursachen dargestellt. Die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems wird an anderer Stelle behandelt (siehe Kap. 4).

2.1 Zufriedenheit und Gesundheit

Dem salutogenen Ansatz zufolge, hängt die Gesundheit auch von der Zufriedenheit mit den eigenen Lebensumständen ab. Dies wurde an für die Gesundheit zentralen Lebensbereichen überprüft: Schule und Arbeit, Wohnen, Freizeit, Gesundheit, Familie, Freunde, finanzielle Lage und Zufriedenheit mit sich selbst. Summarisch wurde auch nach der Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt gefragt. Aus der Zufriedenheit mit unserer Gesellschaftsordnung ganz allgemein läßt sich darüberhinaus auf die generelle Integrationsbereitschaft schließen.

Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation

81% äußern sich eher zufrieden mit ihrer aktuellen Lebenssituation (Werte von 5-7 auf der 7-stufigen Einstellungsskala). Hierbei unterscheiden sich weibliche von männlichen Befragten insgesamt nur unwesentlich (81% zu 82%). Allerdings sind vor allem weibliche Jugendliche im Alter von 15-17 Jahren (73 %) und männliche Jugendliche im Alter von 18-20 Jahren (75%) etwas seltener zufrieden. Alle übrigen Gruppen weisen Zufriedenheitswerte von z. T. weit über 80% auf. Bei Jugendlichen im Alter von 13-14 Jahren liegt der Anteil bei 88%.

Welches sind nun die Lebensbereiche mit relativ hoher Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit?

Überproportional zufrieden sind die Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen insbesondere hinsichtlich ihrer Beziehungen zu Freunden/Freundinnen (89%). Etwas weniger zufrieden sind sie mit der Schul- und Arbeitssituation (71%), der Wohnsituation (75%), der Freizeit (74%), der familiären Situation (76%) und insbesondere der finanziellen Lage (56%). Der Anteil der „mit sich selbst“ bzw. „mit ihrer Gesundheit“ Zufriedenen entspricht etwa dem Anteil derer, die mit ihrer allgemeinen Lebenssituation zufrieden sind (81% bzw. 79%).

Vergleichsweise kritisch äußern sich männliche Jugendliche im Alter von 18-20 Jahren und weibliche Jugendliche im Alter von 15-17 Jahren. Beide geben eine relativ hohe Unzufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation und mit mehreren spezifischen Bereichen an. Den größten Zufriedenheitsgrad weisen demgegenüber 13-14 Jährige beiderlei Geschlechts auf; dies gilt aber nicht für ihr Schulleben. Eine Besonderheit ergibt sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der familiären Situation. Während der Anteil Unzufriedener bei den weiblichen Befragten mit zunehmendem Alter kontinuierlich abnimmt, steigt die relative Unzufriedenheit bei den männlichen bis zum Alter von 18-20 Jahren sehr stark an, nimmt dann aber bei den 21-25 jährigen jungen Männern wieder deutlich ab. (Danach scheinen zeitlich unterschiedliche Abnabelungsprozesse von der Herkunftsfamilie zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen stattzufinden.)

Inwieweit korrespondiert Zufriedenheit mit Gesundheit bzw. gesundheitlich riskanter Lebensweise?

Der Vergleich der subjektiven Zufriedenheit mit Suchtverhalten, gesundheitlichen Beschwerden und psychischen Belastungen ergibt folgendes Bild:

- Je weniger gesundheitliche Beschwerden vorliegen und je geringer die psychischen Belastungen sind, desto höher ist die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, der eigenen Gesundheit und mit sich selbst. Aber auch die Zufriedenheit mit spezifischen Lebensbereichen, wie Schul- und Arbeitssituation, finanzielle Lage, Beziehung zu Freunden/Freundinnen und (mit Abstrichen) Freizeit sowie familiäre Situation, hängt signifikant mit der Häufigkeit gesundheitlicher Beschwerden und psychischer Belastungen zusammen. Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation spielt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in diesem Zusammenhang nur eine untergeordnete Rolle.
- Hinsichtlich der Häufigkeit von Alkoholkonsum, Gebrauch illegaler Drogen und dem Rauchen, ist diese Beziehung nicht ebenso eindeutig: Nur bei Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt und der Gesundheit zeigt sich auch durchgängig ein geringer Konsum dieser Suchtmittel. Etwas weniger stark ist der Zusammenhang zur Zufriedenheit mit der finanziellen Situation und mit sich selbst. Befriedigende Verfügung über Geld korrespondiert stark mit Nichtrauchen und Nichtgebrauch illegaler Drogen, aber nicht mit dem Alkoholkonsum. Selbstzufriedenheit hängt stark mit geringem Alkohol- und geringem Konsum illegaler Drogen, aber nicht mit dem Nichtrauchen zusammen. Keine oder nur geringe Zusammenhänge ließen sich zwischen Suchtmittelkonsum und der Schul- und Arbeitszufriedenheit oder der Zufriedenheit mit der familiären Situation, der Wohn- und Freizeitsituation und der Beziehung zu Freunden/Freundinnen nachweisen.

Zufriedenheit mit der Wohngegend

Drei Viertel aller Befragten (76%) fühlen sich in der jetzigen Wohngegend wohl. Überproportional häufig sind dies die 13-14 Jährigen; mit zunehmendem Alter nimmt die Zufriedenheit mit der Wohngegend ab. Den geringsten Anteil Zufriedener weisen die 18-20jährigen männlichen Jugendlichen auf (69%). Richtige Ablehnungen sind allerdings selten. Häufigste Gruppe sind dabei junge Frauen zwischen 21 und 25 Jahren (5%).

Das Wohlbefinden in der Wohngegend wird durch deren baulich-technische Ausstattung, die vorhandene Infrastruktur, das Ambiente und die sozialen Möglichkeiten beeinflusst. Mit der baulich-technischen Ausstattung und Versorgungsinfrastruktur sind die Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen überwiegend zufrieden: Grünanlagen (94%), gute öffentliche Verkehrsmittel (91%), Spielplätze (87%), gute Einkaufsmöglichkeiten (80%). Zwei Drittel fanden die Sportmöglichkeiten in der Nähe gut (68%).

Demgegenüber sind Jugendliche und junge Erwachsene mit solchen Bereichen, die typisch für Jugendfreizeit sind, weniger häufig zufrieden: Treffs für Gleichaltrige (41%), Möglichkeit Musik zu machen/zu hören (52%), Möglichkeit zu Malen/Töpfern/Werken (33%), Freizeitheime in der Nähe (46%).

Als negative Faktoren der Wohnumgebung wird insbesondere auf Autoverkehr (54%), Lärm (39%) und Hochhäuser/Betonklötze (32%) hingewiesen sowie auf Gestank (25%). Autoverkehr und Lärmbelästigung werden mit zunehmendem Alter beklagt; empfindlich gegenüber Gestank reagieren mit zunehmendem Alter insbesondere weibliche Befragte. Industrieanlagen in der Nähe (8%) werden relativ selten bemängelt.

Uneinheitlich ist die Bewertung sozialer Kontakt- und Informationschancen: Möglichkeiten, sich in der Wohngegend informieren zu können, nennen 41% und mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dort interessante Menschen treffen oder Hilfe bekommen zu können (55% bzw. 63%).

Diese Einschätzungen werden nicht gleichermaßen von allen Gruppen geteilt. Der baulich-technischen und Versorgungsinfrastruktur stehen Personen ab 18 Jahren etwas kritischer gegenüber als die Jüngeren; dennoch äußern auch diese eine relativ hohe Ausstattungszufriedenheit.

Im Bereich der Infrastruktur für Jugendkultur sieht dies anders aus. Jüngere Altersklassen geben relativ häufig an, daß Freizeitheime bzw. Treffs für Gleichaltrige in der Nähe sind (13-14 Jährige: 52%, 15-17 Jährige: 45%). Diese Einrichtungen sind vornehmlich für die Zielgruppe der unter 18 Jährigen gedacht. So mag die Tatsache, daß die Älteren von solchen Treffs in der Nähe relativ wenig wissen, auf deren geringere Sichtbarkeit und Attraktivität für höhere Altersklassen zurückzuführen sein. Allerdings soll hier vermerkt werden, daß insbesondere 18-20jährige junge Männer einen Mangel an Treffs mit Gleichaltrigen vermerken (nur 26% Verfügbarkeit gegenüber 41% im Durchschnitt). Ebenso fehlt den männlichen Befragten ab 18 Jahren und den weiblichen ab 21 Jahren in ihrer Nähe die Möglichkeit, Musik zu machen/zu hören häufiger als jüngerer. Es besteht also ein Bedarf nach Einrichtungen, die dies auch jungen Erwachsenen ermöglichen.

Einstellung zur Gesellschaftsordnung

Im großen und ganzen stehen die deutschen Münchener Jugendlichen und junge Erwachsenen der derzeitigen Gesellschaftsordnung positiv gegenüber. 65% der Befragten halten sie für gut bzw. bis auf einige Punkte für gut. Dementsprechend halten etwa 27% sie in den meisten Punkten für reformbedürftig und nur 4% für so schlecht, daß sie total verändert werden müßte. Weitere 4% interessieren sich nicht für die Gesellschaftsordnung. Mit zunehmendem Alter wächst der Anteil der Personen kontinuierlich an, die eine Reformbedürftigkeit in den meisten Punkten oder die Notwendigkeit einer generellen Veränderung äußern. Eine kritische Haltung nehmen insbesondere junge Frauen über 18 Jahren ein.

Diese Daten lassen den Schluß zu, daß keine generelle Unzufriedenheit der Münchener Jugend besteht. Es gibt keine kritik- und gedankenlose Hinnahme der gegebenen gesellschaftlichen Umstände. Generell scheint die Münchener Jugend über ein differenziertes Einstellungs- und Meinungsspektrum zu verfügen und nicht einseitigen Extrempositionen anzuhängen.

2.2 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Den Angaben zur subjektiven Einschätzung der Gesundheit liegen ebenfalls die Daten der Jugendgesundheitsuntersuchung aus dem Jahr 1995 zugrunde. Überwiegend wird der persönliche Gesundheitszustand als sehr gut oder gut eingeschätzt (79%). Am günstigsten bewerten Jugendliche im Alter von 13-14 Jahren ihre Gesundheit (88%). Bis zum Alter der 18-20 Jährigen nimmt die positive Einschätzung auf 71% ab, bei jungen Erwachsenen ab 21 Jahren steigt sie wieder auf 80% an.

In allen Altersgruppen stufen Frauen und Mädchen ihren Gesundheitszustand etwas schlechter ein als die männlichen Befragten. Mit zunehmendem Alter verringern sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die Bewertungen gleichen sich ziemlich an. Vergleichsweise kritisch beurteilen sowohl weibliche als auch männliche Jugendliche im Alter von 18-20 Jahren ihren Gesundheitszustand (nur noch 72% der männlichen bzw. 70% der weiblichen Befragten werten ihn als sehr gut oder gut); am günstigsten sehen ihre Gesundheit männliche und weibliche Jugendliche im Alter von 13-14 Jahren an (94% bzw. 83% sehr gut oder gut).

Im Vergleich zu Gleichaltrigen wird die eigene Gesundheit mehrheitlich als etwa gleich gut eingestuft (55%); 32% halten sich für gesünder als andere. Durchgängig etwas positiver im Vergleich zu Gleichaltrigen sehen vor allem männliche Jugendliche im Alter von 12-17 Jahren ihre Gesundheit.

2.3 Gesundheitliche Beschwerden

Die Häufigkeit von Beschwerden ist ein Indikator für das Ausmaß gesundheitlicher Beeinträchtigung. In der Münchener Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 wurde das Auftreten von 28 Einzelbeschwerden für den Zeitraum der letzten 12 Monate erfragt. In die folgenden Berechnungen und Tabellen wurden Beschwerden dann aufgenommen, wenn sie als „häufig auftretend“ angegeben wurden. Der jeweilige Schweregrad wurde in der Frage nicht berücksichtigt.

Tabelle 2.3.1: Relative Häufigkeit des Auftretens irgendeiner Beschwerde in den letzten 12 Monaten (Häufigkeitsangaben in Prozent, n=809)

Anzahl der genannten Beschwerden	Häufigkeit (alle Befragten)
keine	36,2%
1-2	28,7%
3-6	26,0%
7-10	6,4%
11 und mehr	2,7%
insgesamt	100,0%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Etwa ein Drittel der Befragten nannte keine Beschwerden in den letzten 12 Monaten. Je etwas mehr als ein Viertel gaben 1-2 oder 3-4 Beschwerden an. Mehr als 7 Beschwerden hatten knapp 10%. Weibliche Befragte nennen im Durchschnitt fast doppelt so viele Beschwerden wie männliche. Das Alter der Befragten hat nur bei Mädchen bzw. jungen Frauen Einfluß auf

die Beschwerdebhäufigkeit: bei jüngeren treten sie etwas seltener und bei älteren etwas häufiger auf. Bei männlichen Jugendlichen bleibt die Beschwerdebhäufigkeit in allen Altersklassen auf dem gleichen (niedrigen) Niveau. (Zur differenzierten Darstellung von Geschlechtsunterschieden siehe auch Kap. 6.)

Die häufigst genannten Beschwerden der letzten 12 Monate sind (Mehrfachnennungen):

Tabelle 2.3.2: Relative Häufigkeit von Einzelbeschwerden in den letzten 12 Monaten in Prozent (n=809; Mehrfachnennungen)

Beschwerdearten	Häufigkeit (in %)
- Erschöpfungs-/Ermüdungszustände	24,5%
- Infekte/Erkältungen	22,4%
- Halsschmerzen	22,2%
- Kopfschmerzen	20,0%
- Schulter-/Nackenschmerzen	18,3%
- Atembeschwerden	17,0%
- Traurige Verstimmung	13,9%
- Benommenheit, Schwindel, Kreislauf	13,7%
- Hautjucken, Ausschläge usw.	12,0%
- Magenschmerzen	10,7%
- Brustkorbschmerzen	10,5%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Durchgängig werden diese Beschwerden von weiblichen Jugendlichen häufiger genannt. Nur Kreuz-, Schulter-, Nacken- und Brustkorbschmerzen sowie Erschöpfungs- und Ermüdungszustände finden sich gehäuft bei männlichen Jugendlichen im Alter von 18-20 Jahren.

Eine Beschreibung der Art und des Ausmaßes gesundheitlicher Beeinträchtigung anhand einzelner Beschwerden ist wenig aussagekräftig, da Einzelausprägungen von individuellen Dispositionen abhängen. Daher werden die Einzelbefunde zu Beschwerdekplexen zusammengefaßt. Dies ermöglicht einen Vergleich von Gruppen, bei denen Beschwerdemuster erkennbar werden, also typische Häufungen von ähnlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen.

Mit Hilfe des statistischen Verfahrens der Faktorenanalyse konnten sechs solcher Beschwerdegruppen identifiziert werden, deren Einzelbeschwerden einen hohen statistischen Zusammenhang untereinander aufweisen und die weitgehend unabhängig vom Auftreten der übrigen Beschwerden sind. Anhand der enthaltenen wichtigsten Einzelbeschwerden wurden die Beschwerdegruppen benannt. Es wurde dabei versucht, Oberbegriffe zu finden, die auf möglichst viele der jeweiligen Einzelbeschwerden zutreffen. Diese Oberbegriffe sind deskriptiv und nicht mit Diagnosen gleichzusetzen. Die ermittelten Beschwerdegruppen enthalten folgende Einzelbeschwerden und treten mit unterschiedlicher Häufigkeit auf:

Tabelle 2.3.3: Relative Häufigkeit von Beschwerdegruppen und deren Kennzeichnung durch die enthaltenen Einzelbeschwerden (n=809)

Beschwerdegruppen	relative Häufigkeit des Auftretens (in%)
1. „ <u>nervöse Störungen</u> “: (*) Konzentrationsschwierigkeiten, Vergeßlichkeit, Unruhe, Erregbarkeit, Nervosität, traurige Verstimmung, Alpträume, Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, Abgespanntheit, Schlafstörungen, Schlaflosigkeit	23,7%
2. „ <u>(psycho)vegetative Störungen</u> “: Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Herzjagen, starkes Herzklopfen, Zittern der Hände	10,4%
3. „ <u>(psycho)somatische Störungen</u> “: (*) Appetitlosigkeit, Benommenheit, Schwindelgefühl, Kreislaufstörungen, Kopfschmerzen, Migräne, Magenschmerzen, Sodbrennen, Frösteln, Frieren ohne erkennbaren Grund	15,3%
4. „ <u>Verspannungen</u> “: Kreuz- oder Rückenschmerzen, Nacken- oder Schulterschmerzen	27,9%
5. „ <u>Haut- und Atembeschwerden</u> “: Hautjucken, Ausschläge, Allergien (nicht Akne), Atembeschwerden	14,6%
6. „ <u>Verdauungsbeschwerden</u> “: Durchfall, Verstopfung	9,1%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

(*) Zu diesen Gruppen wurden wegen der vielen enthaltenen Einzelbeschwerden nur solche Personen gezählt, die mindestens 2 Einzelbeschwerden genannt hatten. Bei allen übrigen Gruppen reichte eine Nennung aus.

Diese Beschwerdegruppierungen stimmen weitgehend mit den Ergebnissen anderer Jugendgesundheitsuntersuchungen überein*.

Mit Ausnahme der (psycho-)vegetativen Beschwerden läßt sich bei weiblichen Jugendlichen eine signifikant höhere Beschwerdehäufigkeit in den erfaßten Bereichen nachweisen, wie die folgende Tabelle zeigt:

* z.B.P. Kolip, K. Hurrelmann, P. E. Schnabel: Jugend und Gesundheit 1995

Tabelle 2.3.4 : Geschlechtsunterschiedliche Gesundheitsbelastung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch verschiedene Beschwerdegruppen (in %) (n=809)

Beschwerdegruppen	männlich	weiblich
- nervöse Störungen	18,6%	28,5%
- (psycho)vegetative Störungen	9,9%	10,9%
- (psycho)somatische Störungen	6,1%	23,8%
- Verspannungen	19,9%	35,3%
- Haut- und Atembeschwerden	11,5%	17,5%
- Verdauungsbeschwerden	5,0%	12,9%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Dieser Zusammenhang konnte aber nicht für alle Altersstufen gesichert werden; bei Jüngeren bis zum 18. Lebensjahr bestehen nur bei Verspannungen signifikante Unterschiede.

Anders ist dies bei jungen Erwachsenen: Hier bestehen mit Ausnahme der (psycho)vegetativen Störungen überall signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Junge Frauen geben durchweg höhere Beschwerderaten an.

Die geschlechtsunterschiedliche Gesundheitsbelastung durch Beschwerden wird besonders deutlich, wenn überprüft wird, ob Jugendliche an einer oder mehrerer Beschwerdegruppen zugleich leiden. Danach sind weibliche Jugendliche erheblich häufiger mehrfach belastet als männliche (vgl. auch Kap. 6).

Tabelle 2.3.5 : Geschlechtsunterschiedliche Mehrfachbelastung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch Beschwerdegruppen (in %) (n=809)

genannte Beschwerdegruppen	männliche	weibliche
keine Beschwerdegruppe	60,7%	39,5%
1 Beschwerdegruppe	21,0%	23,4%
2 und mehr Beschwerdegruppen	22,3%	37,1%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

2.4 Psychische Gesundheit

Wenn wir uns mit der psychischen Gesundheit bzw. dem Grad der psychischen Belastung bei den Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen befassen, dann nicht, um hier eine bestimmte Gruppe zu psychiatrisieren oder gar die „psychisch Kranken“ von den „psychisch Gesunden“ zu trennen.

Es geht vielmehr um eine Einschätzung, wie stark die Bedingungen des Aufwachsens von den Jugendlichen selbst als psychisch belastend empfunden werden. Ob die in der Jugendzeit ablaufenden Veränderungen zu 'produktivem' oder zu 'negativem' Streß werden, hängt wesentlich von den (Bewältigungs-) Ressourcen bzw. den Handlungskompetenzen, sowie den sozialen Bedingungen der Jugendlichen ab.

Im folgenden gehen wir auf psychische Belastungen und ihre Auswirkungen auf gesundheitliche Beschwerden direkt ein. Psychische Belastung wird dabei zum einen anhand des psychologischen Konstrukts der „Demoralisierung“ sowie einzelner Einstellungsdimensionen auf der Grundlage der Daten aus der Jugendgesundheitsstudie dargestellt, zum anderen liegen uns zur Frage psychischer Störungen Ergebnisse aus einer weiteren repräsentativen Erhebung in der Stadt und im Landkreis München von Wittchen et al.* vor.

„Demoralisierung“

Unter dem Begriff der „Demoralisierung“ werden Gefühle des Versagens, der Sinn- und Hoffnungslosigkeit, der permanenten Angespanntheit und des völligen Alleingelassenseins sowie zukunftsbezogene Angstgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten verstanden. Eine Ursache für solche Gefühle der „Demoralisierung“ ist das subjektiv erfahrene Ungleichgewicht zwischen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten einerseits und Anforderungen der Umwelt andererseits, das dann zu dem Gefühl führt, alltägliche Probleme nicht bzw. nicht ausreichend lösen zu können.

Um dieses subjektiv empfundene Ungleichgewicht zwischen Bewältigungsmöglichkeiten und Anforderungen quantifizierbar zu machen und damit auch eine Einschätzung der psychischen Belastung zu ermöglichen, entwickelten Dohrenwendt et. al. die „Demoralisierungsskala“** . Die insgesamt 20 Items lassen sich folgenden fünf Bereichen zuordnen (vgl. auch Kap.8.2):

- negative Selbsteinschätzung
- Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit
- Zukunftssorgen
- Gefühl der Niedergeschlagenheit
- mentaler Dauerstress.

Für die Münchner Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigten sich folgende Ergebnisse:

* vgl. Wittchen, H.J., Lachner, G. & Perkonig, A.: 2. Bericht (Zeitraum 1/1995 - 4/1996) zur Zwischenbegutachtung des Forschungsvorhabens „Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit“. Förderkennzeichen: BMFT 01 EB 9405

** Dohrenwendt/Levav/Shrout (1980) entwickelten die Demoralisierungsskala als Teil des PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview). Sie zielt auf die Erfassung von psychischen Beeinträchtigungen im Alltag, also auf eine allgemeine und nicht auf eine klinische Population ab. Damit ist Demoralisation kein psychopathologisches Konzept, mit dem explizit psychiatrisch definierte Störungsformen (wie Depression oder Schizophrenie) einhergehen. Rehm et al. (1988), umschreiben Demoralisation in Analogie zum Fieber, das ein allgemeiner Krankheitsindikator ist, aber keiner spezifischen Krankheit zugeordnet werden kann, als unspezifischen Indikator für psychische Probleme

Tabelle 2.4.1: „Demoralisierung“* (Häufigkeitsangaben in Prozent; n = 809)

„Demoralisierungsbereiche“	gesamt	männlich	weiblich
negative Selbsteinschätzung	8,8%	7,9%	9,6%
Gefühle der Hoffnungs- u. Hilflosigkeit	5,1%	2,0%	7,9%
Zukunftssorgen	6,8%	4,3%	9,1%
Gefühl der Niedergeschlagenheit	16,4%	12,8%	19,9%
mentaler Dauerstress	6,1%	5,4%	6,7%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Die häufigsten Nennungen entfallen auf den Bereich 'Niedergeschlagenheit', von der insgesamt 16% betroffen sind. Von diesen waren 87% sehr häufig traurig, 67% hatten sehr häufig das Gefühl, alles sei sinnlos.

Die 89% mit negativer Selbsteinschätzung waren zu 50% nie bzw. fast nie stolz auf sich, dagegen sehr häufig mit sich unzufrieden (58%). Sie fühlten sich sehr häufig zurückgesetzt (42%), hatten das Gefühl, versagt zu haben (45%) und fühlten sich nutzlos (44%).

Die Befragten mit Zukunftssorgen (7%) grübelten sehr häufig (85%), hatten das Gefühl, daß nichts so wird, wie sie es sich wünschen (71%) bzw. ihnen etwas Schreckliches zustoßen könnte (50%) und fühlten sich zu 27% nie oder fast nie zuversichtlich.

Unter mentalem Dauerstress zu leiden, (6%) bedeutet für 78% häufige Konzentrations-schwierigkeiten und für 55% die Befürchtung, verrückt zu werden.

Der „Demoralisierungsbereich“ mit den niedrigsten Anteilswerten (Hoffnungs- und Hilflosigkeit; 5%) beinhaltet häufige Gefühle, völlig alleingelassen zu werden (74%), Angstgefühle (60%) sowie Gefühle der Hilflosig- (57%) und Hoffnungslosigkeit (48%). 86% der betreffenden Personen waren sehr häufig nervös, unruhig, gespannt.

In allen Dimensionen weisen Mädchen/junge Frauen deutlich höhere Anteile auf als die männlichen Befragten. Dieser Geschlechtsunterschied zeigt sich auch, wenn alle Dimensionen der „Demoralisierung“ in einem (Mittel-)Wert zusammengefaßt werden (zur Berechnung siehe Kap. 8.2). Die deutlich höheren Demoralisierungsmittelwerte der Mädchen und jungen Frauen (26,4 vs. 23,4) sind altersunabhängig und bleiben bestehen, obwohl die Mittelwerte insgesamt mit zunehmendem Alter abnehmen (weiblich: von 27,6 auf 25,9; männlich: von 24,5 auf 22,9). Hinsichtlich ihrer Bildung unterscheiden sich die Jugendlichen nicht im Ausmaß der „Demoralisierung“.

Zur Beurteilung des Ausmaßes an „Demoralisierung“ und als (möglichen) Anhaltspunkt für die „Behandlungsbedürftigkeit“ haben wir die bayernweite Untersuchung von Fichter et al. (1990) herangezogen. Diese konnten in einer repräsentativen Untersuchung feststellen, daß die Gesamtwerte der „Demoralisierung“ signifikant mit dem Schweregrad von

* Gewertet wurden alle Extremangaben (sehr/ziemlich häufig oder fast nie/nie) unter der Voraussetzung, daß von der Gruppe der Variablen kein Item als sehr positiv bewertet wurde. Beispiel: Ein Jugendlicher zählt zur Gruppe jener mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, wenn er bei einem der Items einen Extremwert angab (also sich sehr häufig oder ziemlich häufig hilflos fühlte) und wenn er zugleich bei keinem der Items einen positiven Extremwert aufwies (Ausschlußwert wäre beispielsweise, wenn er zugleich geantwortet hätte, überhaupt nie - Angstgefühle zu haben).

psychiatrischen Diagnosen korrelierten*. Unsere Vergleichsberechnungen haben dabei ergeben, daß bis zu einem Drittel der Mädchen und einem Viertel der Jungen in München so demoralisiert sind, daß unterstützende Hilfen (soziale Unterstützung, pädagogische Förderung, Beratung) gebraucht werden. Auch wenn diese Zahlen aufgrund der vorgenommenen Vergleiche lediglich Näherungswerte an das Problems darstellen, geben sie dennoch einen deutlichen Anhaltspunkt dafür, daß ein Teil der Jugendlichen unter großem emotionalen Streß steht. Die den Jugendlichen zur Verfügung stehenden Ressourcen haben offensichtlich bei einem Teil nicht ausgereicht, um mit den Anforderungen und Belastungen des Aufwachsens produktiv umgehen zu können.

Einstellungen

Mit der „Demoralisierung“ in Zusammenhang stehen einige Einstellungsdimensionen. Die Einstellungen wurden zu vier Dimensionen gruppiert (siehe Kap. 8.2):

Lebenszufriedenheit: Darunter fallen Fragen, wie: „ich bin mit mir und meinem Leben zufrieden“, „ich habe schon viele Dinge erreicht, die mir wichtig sind“ und „Vieles ist so, wie ich es mir wünsche.“ Der Zusammenhang mit der „Demoralisierung“ ist erwartungsgemäß negativ, d. h., je höher die Lebenszufriedenheit, desto niedriger die „Demoralisierung“.

Kontrollbewußtsein beinhaltet die Fähigkeit, sein Leben selbst bestimmen zu können, es ganz gut im Griff zu haben und etwas erreichen zu können, wenn man es sich in den Kopf gesetzt hat. Auch hier besteht ein negativer Zusammenhang zur „Demoralisierung“.

Selbstbezogenheit drückt sich in der Zustimmung zu folgenden Aussagen aus: „ich will das tun, was mir Spaß macht“, „ich kümmere mich wenig um Dinge außerhalb meiner Welt“ und „ich möchte versuchen, aus dem Zwang der Gesellschaft auszubrechen“. Diese Dimension steht in positivem Zusammenhang zur „Demoralisierung“, was bedeutet, daß eine hohe „Demoralisierung“ mit einer starken Selbstbezogenheit einhergeht.

Angepaßtheit meint „die Menschen müssen mit dem zufrieden sein, was sie haben“, „Unterordnung und Anpassung muß man im Leben können“ und (im umgekehrten Sinn) „man muß sich die Möglichkeiten nehmen, die sich einem bieten.“ Der Zusammenhang zur „Demoralisierung“ ist positiv.

Geschlechtsunterschiede zeigen sich hinsichtlich dieser Einstellungsdimensionen nicht.

Die Relevanz des Konstrukts der „Demoralisierung“ sowie der Einstellungsdimensionen für die Gesundheit zeigt sich in einem deutlichen Zusammenhang zu den angegebenen Beschwerden (s. Kap. 2.2). So konnten bezüglich der „Demoralisierung“ für alle Beschwerdegruppen signifikante positive Zusammenhänge gefunden werden, ebenso zur Mehrfachbelastung. D. h., je höher der Grad der „Demoralisierung“, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, unter einer oder mehreren der genannten Beschwerdegruppen zu leiden. Die Zusammenhänge mit den Einstellungsdimensionen stellen sich folgendermaßen dar: Kontrollbewußtsein und Lebenszufriedenheit hängen mit allen Beschwerdebereichen sowie mit der Mehrfachbelastung negativ zusammen, d.h. je höher die Werte in diesen

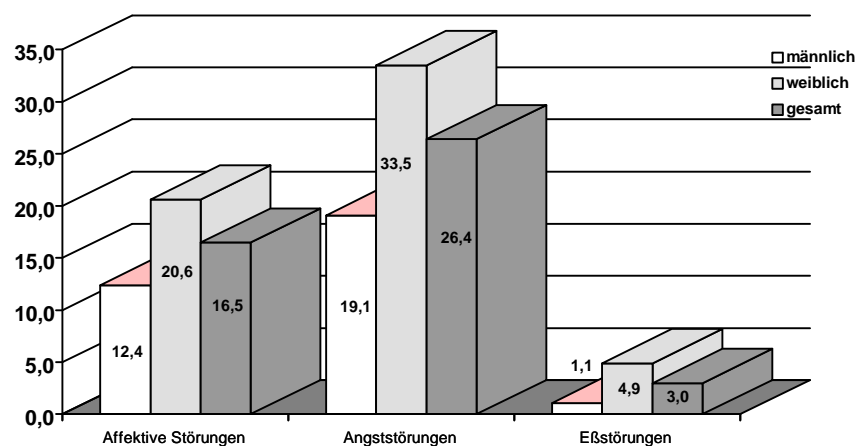
*Zum Vergleich, der nur eine Annäherung sein kann, da Fichter et al. andere Altersgruppen untersuchten und eine 27-Item-Skala benutzten, bildeten wir vier Gruppen, deren Gesamtmittelwerte in etwa denen von Fichter et. al entsprachen. Diese korrelierten die psychiatrischen Schweregrade mit den Gesamtmittelwerten.

Dimensionen, desto weniger Beschwerden. Selbstbezogenheit dagegen steht in eindeutig positivem Zusammenhang zu den angegebenen Beschwerden. Nur die Dimension 'Angepaßtheit' weist nicht zu allen Beschwerdebereichen signifikante Unterschiede auf, jedoch positive zu den nervösen und (psycho)vegetativen Störungen.

Repräsentativerhebung von Wittchen et al.

Neben den dargestellten Ergebnissen von Infratest zur psychischen Gesundheit der Jugendlichen liegen zu dieser Frage weitere Ergebnisse aus einer von Wittchen et al.* durchgeführten repräsentativen Untersuchung für im Raum München (Stadt und Landkreis) wohnhafte 14 - 24 Jährige vor. Für die insgesamt 3.021 befragten Personen der Stichprobe (Datenerhebung 1995) wurden die in der Grafik abgebildeten Lebenszeitprävalenzen (wieviel Prozent der Befragten hatten bisher in ihrem Leben die genannte Störung) wichtiger psychischer Störungen ermittelt.

Abbildung 2.4.1: Lebenszeitprävalenz von wichtigen psychischen Störungen nach DSM-IV bei 14-25Jährigen in Stadt und Landkreis München 1995 (Angaben in %; n=3.021))



Quelle: Wittchen u.a.: 2. Bericht zur Zwischenbegutachtung des Forschungsvorhabens 'Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit'

Deutlich zeigt sich dabei, daß die erfaßten psychischen Störungen in viel stärkerem Maße Mädchen bzw. junge Frauen betreffen als ihre männlichen Altersgenossen. Bei den affektiven und Angststörungen betragen die Prozentwerte der weiblichen Befragten jeweils ca. das 1,7-Fache der entsprechenden Werte der männlichen, bei den Eßstörungen sogar das 4,5-Fache.

Innerhalb der Gruppe der affektiven Störungen treten die Störungen mit einzelnen depressiven Episoden am häufigsten auf (9%). Bei den Angststörungen sind die spezifischen (16%) und

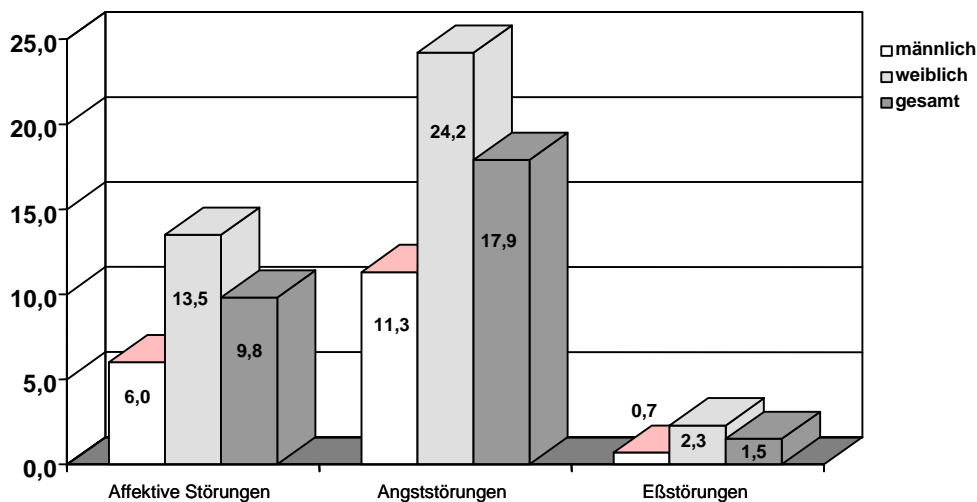
* vgl. Wittchen, H.J., Lachner, G. & Perkonigg, A.: 2. Bericht (Zeitraum 1/1995 - 4/1996) zur Zwischenbegutachtung des Forschungsvorhabens „Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit“. Förderkennzeichen: BMFT 01 EB 9405

sozialen (7%) Phobien die bedeutendsten Formen. Auffällig bezüglich der Eßstörungen ist der überraschend hohe Prozentsatz atypischer Eßstörungen bei den männlichen Untersuchungspersonen, da diese psychische Störung zumindest in der Vergangenheit als „frauentypisch“ betrachtet wurde.

Insgesamt betrachtet war knapp jede 6. Untersuchungsperson zumindest einmal im Leben von einer affektiven Störung betroffen und mehr als jede 4. Untersuchungsperson von einer Angststörung. Die Eßstörungen spielen bei den psychischen Störungen eine eher untergeordnete Rolle, trotzdem kann für fast jede 20. weibliche Untersuchungsperson eine derartige Diagnose gestellt werden. Bei der Interpretation dieser Daten muß jedoch berücksichtigt werden, daß keine Angaben über Intensität und Dauer der jeweiligen Störung miteingehen.

Die für gesundheitsplanerische Belange vielleicht interessanteren Werte der 12-Monats-Prävalenzen (bei wieviel Prozent der Befragten trat in den letzten 12 Monaten die genannte Störung auf) liegen erwartungsgemäß unter den entsprechenden Lebenszeitprävalenzen. Auch hier können keine Angaben zur Intensität und Dauer der betreffenden Störungen gemacht werden.

Abbildung 2.4.2: 12-Monatsprävalenz von wichtigen psychischen Störungen nach DSM-IV bei 14-24 Jährigen in Stadt und Landkreis München 1995 (Angaben in %; n=3.021)



Quelle: Wittchen u.a.: 2. Bericht zur Zwischenbegutachtung des Forschungsvorhabens ‘Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit’

Geschlechtsunterschiede in gegenläufiger Richtung zeigen sich bei psychischen Störungen im Zusammenhang mit Substanzmittelgebrauch (außer bei Nikotin, siehe Kap. 3.5). Von diesen sind die männlichen Untersuchungspersonen stärker betroffen.

Welche Schlußfolgerungen bezüglich der psychischen Gesundheit Jugendlicher und junger Erwachsener in München, zur psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen

Behandlungsbedürftigkeit sowie zu Ansatzpunkten für die Prävention lassen sich aus den dargestellten Ergebnissen ziehen?

Ein erheblicher Teil der Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist mit psychischen Problemen belastet, wobei sich deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Art und Häufigkeit der Störungen zeigen. Mädchen und junge Frauen fühlen sich eher niedergeschlagen, hoffnungs- und hilflos, besitzen eine negativere Selbsteinschätzung und sind deutlich stärker von affektiven Störungen sowie von Angst- und Essstörungen betroffen als ihre männlichen Altersgenossen. Deren Probleme äußern sich eher in Suchtgefährdung und gesundheitlichem Risikoverhalten (vgl. Kap. 3.5 und 3.8). Diese Ergebnisse zur psychischen Gesundheit stehen in Einklang mit den oben genannten Häufigkeiten gesundheitlicher Beschwerden und Behandlungsanlässen (s. Kap. 2.3 und 5.2) sowie den Mortalitätsraten (s. Kap. 2.6).

Für Gesundheitsförderung und Prävention ergibt sich daraus zum einen die Notwendigkeit, verstärkt Maßnahmen zur Kompetenzförderung (Problembewältigung, Selbstsicherheit, Selbstbild, Umgang mit Gefühlen u. ä.) anzubieten und zwar möglichst früh im Rahmen des Schulunterrichts, mit dem alle Jugendlichen erreicht werden können. Darüberhinaus betonen die Ergebnisse die Wichtigkeit geschlechtsdifferenzierender Vorgehensweisen, um adäquater auf die unterschiedlichen Bedingungen und Belastungen, aber auch Kompetenzen und Ressourcen von Mädchen/jungen Frauen und Buben/jungen Männern eingehen zu können (vgl. Kap. 6).

2.5 Morbidität

Zur Beschreibung der Erkrankungshäufigkeit und -form wurden folgende Informationsquellen ausgewertet: Befragungsdaten (Jugendgesundheitsstudie 1995), die amtlichen Zahlen zu meldepflichtigen Krankheiten, das Münchener Krebsregister, die Diagnosestatistik der städtischen Münchener Krankenhäuser. Dabei ergibt sich folgendes Bild: Wenn man die Behandlungsbedürftigkeit wegen Erkrankung zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Jugendlichen heranzieht und ihn dabei mit dem anderer Altersklassen vergleicht, so sind die Jugendlichen als „gesündeste“ Altersgruppe anzusehen.

2.5.1 Subjektiver Krankheitsstatus

79% der Befragten beschreiben ihren derzeitigen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, weitere 18% als zufriedenstellend. 3% geben einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an. Weder nach Alter noch nach Geschlecht gibt es nennenswerte Unterschiede. Insgesamt berichten männliche Jugendliche etwas seltener über Erkrankungen als weibliche. Ebenso sind Jüngere etwas seltener krank als Ältere. Allerdings sind die vorliegenden Befragungsdaten hinsichtlich der Prävalenz von Krankheiten wenig aussagekräftig. Während Beschwerden in abgrenzbarer Form erfaßt wurden (vgl. Kap. 2.3.), wurden Krankheiten nur vermischt mit unspezifischen Beschwerdesymptomen erfragt. Daher wird an dieser Stelle auf eine Darstellung von Prävalenzen verzichtet.

Allerdings läßt sich - unter Vorbehalt - aus der Zahl der Nennungen auf eine Rangfolge in der Häufigkeit des Auftretens bestimmter Krankheiten schließen. Danach ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 2.5.1.1 : Rangfolge der Häufigkeit von Erkrankungen in den letzten 3 Jahren (n=809)

1.	Magen-/Darmerkrankungen
2.	Hauterkrankungen
3.	Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
4.	Atemwegserkrankungen
5.	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
6.	Blasen-/Nierenerkrankungen

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Diese Krankheitsgruppen traten mit Ausnahme der Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates überproportional häufig bei weiblichen Befragten auf, in der Regel mit zunehmendem Alter ansteigend.

Sehr selten (unter 1%) wurden folgende Krankheiten genannt: Diabetes, Krebserkrankungen sowie Hepatitis A/B. Im Bereich möglicherweise verhaltensabhängiger Befunde sind der Bluthochdruck mit 6%, der überproportional häufig bei jungen Männern ab 18 Jahren (10%) auftritt, und Probleme mit Übergewicht (10%) sowie mit Untergewicht (5%) zu nennen. Probleme mit dem Übergewicht sind besonders für weibliche Befragte ab dem Alter von 15 Jahren relevant und Untergewichtsprobleme nennen vor allem männliche Jugendliche der Altersklasse 15-17 Jahre.

2.5.2 Diagnosen bei stationären Aufenthalten

Patientendaten aus den städtischen Krankenhäusern können nur als Näherungswert zur Bestimmung der Prävalenz von Erkrankungen herangezogen werden. Zum einen verursachen nicht alle relevanten Erkrankungen einen stationären Aufenthalt, zum anderen gehen in die Statistik nur die Hauptdiagnosen ein. Auch die Patientenselektion läßt keine eindeutigen Schlüsse auf die Erkrankungshäufigkeiten der Münchener Bevölkerung zu. Wegen der Zentralitätsfunktion der Münchener Krankenhäuser für das Umland werden auch Nichtmünchener/innen in städtischen Kliniken behandelt und Münchener Einwohner und Einwohnerinnen gehen auch in andere Kliniken.

Allerdings handelt es sich bei stationären Behandlungen in der Regel um gravierende Erkrankungen. Daher geben die stationären Diagnosen einen gewissen Aufschluß über das Profil der schweren Erkrankungen in der Münchener Jugend. Unter den 9.765 Behandlungsfällen in städtischen Krankenhäusern im Alter von 13-25 Jahren waren weibliche mit 55% häufiger vertreten als männliche (vgl. Inanspruchnahme Kap. 4.1.). Rechnet man die 1.246 Behandlungsfälle wegen Entbindung oder Komplikationen in der Schwangerschaft heraus, dann wurden in dieser Altersgruppe etwas weniger Patientinnen behandelt als Patienten (4.139 zu 4.380). Tabelle 2.5.2.1 zeigt die Hauptdiagnosen getrennt nach Geschlecht.

Aus der Statistik der Hauptdiagnosen ergibt sich folgende Rangreihe: Verletzungen und Vergiftungen sind mit durchschnittlich über 20% die häufigsten Gründe für stationäre Aufenthalte. - bei Patienten sind dies knapp 30%, bei Patientinnen 17%. Dies entspricht dem für die Gruppe männlicher Jugendlicher und junger Erwachsener typischen Risikoverhalten, wie es auch in Kap. 3.8 deutlich wird. Der wichtigste Anlaß für stationäre Aufenthalte weiblicher Jugendlicher und junger Frauen bis 25 Jahren sind Entbindung und Komplikationen der Schwangerschaft mit etwas über 23%. Auf diese beiden

Diagnosegruppen gehen zusammen mit vier weiteren Diagnosegruppen, nämlich Erkrankungen der Verdauungsorgane, Neubildungen, Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane sowie psychiatrische Krankheiten etwa zwei Drittel aller Aufenthalte zurück.

Tabelle 2.5.2.1 : Relative Häufigkeit von Hauptdiagnosen bei stationären Aufenthalten in Münchener Krankenhäusern (ohne Entbindung/Schwangerschaftskomplikationen) für Personen im Alter von 13-25 Jahren, getrennt nach Geschlecht (Angaben in %; n= 8.519)

Hauptdiagnosen für stationären Aufenthalt	männlich (n=4.380)	weiblich (n=4.139)
– infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,6	6,6
– Neubildungen	9,2	7,7
* <i>darunter lymphatische Leukämie</i>	(3,1)	(2,0)
– Endokrinopathien, Stoffwechselerkrankungen, Störungen des Immunsystems	3,5	4,5
* <i>darunter Diabetes</i>	(2,9)	(3,6)
– Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	1,5	1,3
– psychiatrische Krankheiten	9,5	9,3
* <i>darunter Drogen- und Medikamenten- mißbrauch ohne Abhängigkeit</i>	(3,6)	(1,8)
* <i>darunter Drogen- oder Medikamenten- abhängigkeit</i>	(3,1)	(2,0)
– Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	5,1	5,9
* <i>darunter Epilepsie</i>	(3,0)	(2,7)
– Krankheiten des Kreislaufsystems	3,1	2,7
– Krankheiten der Atmungsorgane	4,2	4,8
– Krankheiten der Verdauungsorgane	9,5	12,3
* <i>darunter Blinddarmentzündung</i>	(3,2)	(4,5)
– Krankheiten der Harn- und Geschlechts- organe	7,0	11,4
* <i>darunter Nierenversagen</i>	(3,8)	(1,2)
– Krankheiten der Haut	4,9	6,5
– Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	3,1	3,4
– Verletzungen und Vergiftungen	29,8	17,3
* <i>darunter Verbrennungen</i>	(0,7)	(0,3)
* <i>darunter Vergiftungen</i>	(4,5)	(3,4)
– sonstige Krankheiten (ohne Gynäkologie)	4,0	5,6
	100,0	100,0

Quelle: Patientenstatistik der städtischen Krankenhäuser 1994 - eigene Berechnungen

Bei der Hauptdiagnosegruppe psychiatrischer Krankheiten ist zu beachten, daß der größte Teil der Fälle wegen Drogen- und Medikamentenmißbrauch bzw. -abhängigkeit behandelt wird. Bei männlichen Patienten sind über zwei Drittel aller psychiatrischen Hauptdiagnosen diesem Bereich zuzurechnen.

Es ergeben sich folgende Rangreihen der Hauptdiagnosen (ohne Entbindung/Komplikationen der Schwangerschaft):

männliche Jugendliche:

1. Verletzungen/Vergiftungen
2. Neubildungen
3. suchtbezogene Diagnosen

weibliche Jugendliche:

1. Krankheiten der Verdauungsorgane
2. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

2.5.3 Meldepflichtige Erkrankungen

Von den nach dem Bundesseuchengesetz meldepflichtigen Erkrankungen (ohne Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten) gab es 1996 4.037 Erkrankungsfälle in der Münchener Bevölkerung. Davon waren 47% weibliche und 53% männliche. Unterschiede zwischen den Geschlechtern betreffen in erster Linie die 'übrigen Formen der enteritis infectiosa' und alle Formen der Hepatitis. Hierbei sind Männer durchweg häufiger betroffen. Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß die meldepflichtigen Infektionsfälle vor allem kleine Kinder bis 4 Jahre und Erwachsene über 24 Jahre betreffen; es dürften dabei Häufungen in Familien mit kleinen Kindern vorliegen. Jugendliche sind demgegenüber relativ selten betroffen. Die oben angeführte geschlechtsspezifische Häufung von Infektionen bei jungen Männern trifft auch bei männlichen Jugendlichen zu.

Tabelle 2.5.3.1: Absolute Häufigkeiten der meldepflichtigen Erkrankungen in München 1996 (ohne Tuberkulose und ohne ansteckende Geschlechtskrankheiten)

meldepflichtige Erkrankungen ohne Tuberkulose	Infektionsfälle im Alter von				Infektions- fälle insgesamt
	0 - 4 Jahre	5 - 14 Jahre	15 - 24 Jahre	über 24 Jahre	
Enteritis infeciosa: Salmonellose	365	198	166	725	1454
Enteritis infeciosa: übrige Formen	585	143	113	914	1755
Virushepatitis A	8	25	15	46	94
Virushepatitis B	6	7	52	199	264
Sonst. Virushepatitis	1	-	65	193	259
Sonst. Erkrankungen (außer TBC)	27	21	29	134	211
insgesamt	992	394	440	2211	4037

Quelle: Statistik des Gesundheitsreferats

16 Tuberkulosefälle bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wurden dem Gesundheitsreferat 1996 gemeldet. Davon waren vier zwischen 10 und 18 Jahre alt. Die 16 Fälle betrafen 6 Jungen und 10 Mädchen. Davon waren 3 deutsche und 13 nicht-deutsche Kinder; 8 der Nichtdeutschen stammten aus dem Staatengebiet des ehemaligen Jugoslawien.

Von den insgesamt 137 im Jahr 1995 gemeldeten Personen mit ansteckenden Geschlechtskrankheiten fallen 34 in die Altersgruppe der unter 25-Jährigen. Unter 15 Jahre alt war keine gemeldete Person.

Tabelle 2.5.3.2: Absolute Anzahl gemeldeter Personen mit ansteckenden Geschlechtskrankheiten 1995, getrennt nach Alter und Geschlecht

Alter	insgesamt	männlich	weiblich
15 - 19 Jahre.	6	5	1
20 - 24 Jahre	28	20	8

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt München 1996

Tabelle 2.5.3.3 zeigt die Raten gemeldeter ansteckungsfähiger Geschlechtskrankheiten je 10.000 Einwohner gleichen Geschlechts und Alters für 1995.

Tabelle 2.5.3.3: Rate gemeldeter ansteckungsfähiger Geschlechtskrankheiten für Personen im Alter von 15 bis 25 Jahre je 10.000 Einwohner in München, getrennt nach Geschlecht

Geschlecht	15-19Jahre	20-25Jahre
Männer	2,0	4,9
Frauen	0,4	1,9

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt München 1996

1996 ist die Gesamtzahl der gemeldeten Fälle um ca. 10% auf 118 gesunken. Eine altersspezifische Aufstellung der gemeldeten Neuerkrankungen von ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten liegt für das Jahr 1996 noch nicht vor.

2.5.4 Krebserkrankungen

Gemäß den Daten des Münchener Tumorregisters sind die Krebserkrankungen in den Altersklassen zwischen 13 und 25 Jahren, verglichen mit anderen Altersklassen, relativ selten. Die meisten der spezifischen Neubildungen kommen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gar nicht oder nur vereinzelt vor. Folgende Krebsarten kommen bei ihnen häufiger vor:

Tabelle 2.5.4.1 : Absolute Häufigkeit ausgewählter Tumorarten für alle vom Tumorregister München erfassten Erkrankungsfälle und getrennt nach Alter

Tumorart	Patienten/innen im Alter von ... bis ...			Patienten/innen insgesamt
	10 - 15 Jahre.	15 - 20 Jahre.	20 - 25 Jahre.	
- Nasen-Rachenraum	2	6	5	223
- Knochentumor *	32	45	17	201
- Malignes Melanom	-	6	22	714
- Hodentumor	-	3	13	190
- Gehirntumor ZNS *	16	14	19	617
- Morbus Hodgkin	1	9	8	67
- Leukämie *	60	51	57	1039

Quelle: D. Hölzel et. al: Krebs. 1996

* Patientenzahlen für das gesamte Einzugsgebiet des Tumorregisters: Stadt München, umliegende Landkreise und weiteres Umland; der Anteil für München beträgt etwa 25% bis zu 50%. Alle übrigen Daten beziehen sich auf das Stadtgebiet München.

Als typisch für jüngere Menschen gelten folgende Tumore, unabhängig von der Häufigkeit ihres Auftretens:

- Leukämie	mit einem Altersgipfel von unter 5 Jahren;
- Knochentumor	mit einem Altersgipfel von 15 - 20 Jahren.
- Morbus Hodgkin	mit einem Altersgipfel von 20 - 25 Jahren;
- Hodentumor	mit einem Altersgipfel von ca. 30 Jahren;

2.5.5 Zahngesundheit

Über die Zahngesundheit Jugendlicher liegen derzeit keine Zahlen vor. Nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns sowie der Bayerischen Landes Zahnärztekammer werden die Behandlungsfälle nicht nach Altersgruppen differenziert erfaßt. Eine epidemiologische Untersuchung im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit hat Zahlen ermittelt, aber nur für Kinder bis zum Alter von 12 Jahren.

In der Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 wurden folgende Informationen zur Zahngesundheit in München ermittelt: Der größte Teil der Jugendlichen hatte in den letzten 12 Monaten Kontakt zu einem Zahnarzt (82%). Vor allem Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr wurden häufiger als ältere Jugendliche mehr als 3 mal in diesem Zeitraum von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin behandelt (männliche Jugendliche zu 39% und weibliche zu 36%). Besonders häufig geschah dies bei weiblichen Jugendlichen im Alter von 13 bis 14 Jahren (58%). Vermutlich handelte es sich hierbei überwiegend um Zahnregulierungen.

Bei 64% wurde eine Vorsorgeuntersuchung zu Zahn-/Zahnfleischerkrankungen durchgeführt. Der Anteil von Mädchen/jungen Frauen lag mit 70% erheblich höher als der der männlichen Befragten (58%). Sowohl bei männlichen wie bei weiblichen Jugendlichen/jungen Erwachsenen steigt die Häufigkeit der Vorsorgeuntersuchungen mit dem Alter an (weibliche Befragte von 59% bei den 13-14jährigen bis auf 76% bei den über 20jährigen; männliche Befragte von 49% auf 61%). 13% der Befragten (15% der männlichen und 11% der weiblichen) gaben in den letzten zwölf Monaten weder einen Zahnarztbesuch noch eine Zahnvorsorgeuntersuchung

an. Junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) waren dabei mit 15% häufiger überhaupt nicht in zahnärztlicher Behandlung als Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren (8%).

Fast alle Befragten (98%) gaben an, sich mindestens einmal täglich die Zähne zu putzen, davon knapp 75% mehrmals. Es liegen erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede vor. Weibliche Jugendliche putzen sich häufiger mehrmals am Tag die Zähne als männliche (84% zu 65%). Während bei Mädchen und jungen Frauen der hohe Grad an Zahnpflege über alle Altersklassen hinweg etwa gleich bleibt, nimmt er bei den männlichen Befragten bis zum 20. Lebensjahr ab (von 80% auf 54% mehrmals tägliche Zahnpflege). Erst die über 20 Jährigen kümmern sich wieder vermehrt um ihre Zahnpflege.

2.5.6 Behinderungen

Über die genaue Zahl Behinderter in München liegen keine eindeutigen Informationen vor. Auch die Jugendgesundheitsuntersuchung liefert hierzu keine Daten. Lediglich 1% der Befragten gibt Körperbehinderungen und Amputationen (durch Unfall) an, weitere Angaben wurden nicht erfragt.

Das Landesversorgungsamt Bayern führt eine Statistik über Behinderte, die auch für München vorliegt. Die folgenden Daten entstammen dieser Quelle und beziehen sich auf den Stand vom 31.12.1996.

Insgesamt gibt es nach dieser Statistik in München 132.247 Behinderte, davon sind 108.299 Schwerstbehinderte (Behinderungsgrad 50-100%). Der Anteil der unter 25 Jährigen (3.105 Personen) an allen Behinderten beträgt 2,3%, der an den Schwerbehinderten (2.776) 2,6%. Diese niedrigen Anteilswerte sind auf die große Zahl von Altersbehinderungen zurückzuführen.

Tabelle 2.5.6.1 : Alters- und Geschlechtsverteilung der Behinderten in München im Alter unter 25 Jahren (n=3.105)

Alter in Jahren	Anzahl		Geschlecht der Behinderten		Anteil nicht-deutscher Behinderter
	Behinderte	darunter Schwerbeh.	weiblich	männlich	
0 bis unter 6 Jahre	389	358	165	224	19,8%
6 bis unter 15 Jahre	1.153	1.045	497	656	25,2%
15 bis unter 18 Jahre	400	375	158	242	27,0%
18 bis unter 25 Jahre	1.163	998	494	669	25,0%

Quelle: Landesversorgungsamt Bayern

In München gibt es 1.563 Behinderte im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, 1.373 davon weisen einen Behinderungsgrad über 50% auf. 42% der Behinderten sind weiblich, insgesamt 26% (399) sind nicht-deutsch.

Gemäß den Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis beträgt der Anteil derer, die eine Begleitung benötigen, in der Altersgruppe 15-18 Jahre 64%, in der Altersgruppe 18-25 Jahre

52%. Etwas darüber liegen die Anteile der Gehbehinderungen: 69% und 63%. Die entsprechenden Anteile für den Vermerk 'Hilflosigkeit' im Ausweis liegen bei 69% bzw. 48%.

Tabelle 2.5.6.2: Art der Hauptbehinderung bei Münchner Schwerbehinderten im Alter von 15-24 Jahren (n=1.373)

Art der Hauptbehinderung	Alter der Behinderten			
	15-17 Jahre		18-24 Jahre	
	abs.	%	abs.	%
Bewegungsapparat (Glieder, WS, Rumpf)	46	12%	137	14%
Sinnesorgane (Augen, Ohren, Sprache)	49	13%	165	16%
Innere Organe	65	17%	162	16%
Gehirn, Psyche	154	41%	388	39%
Sonstige Behinderungen	61	16%	146	15%

Quelle: Landesversorgungsamt Bayern

Die meisten Behinderungen der insgesamt 1.373 schwerbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen im Bereich „Gehirn, Psyche“ (40%), die restlichen Behinderungen fallen ziemlich gleichverteilt auf den Bewegungsapparat, Innere- sowie Sinnesorgane und sonstige Behinderungen.

Die Hauptursachen für die Behinderungen sind fast je zur der Hälfte auf Krankheiten (50%) zurückzuführen, bzw. sind angeboren (44%). Unfälle machen nur einen unbedeutenden Anteil aus.

Tabelle 2.5.6.3: Ursachen der Scherbehinderung Jugendlicher und junger Erachsener im Alter von 15-24 Jahren (n=1.373)

Ursache der Hauptbehinderung	Alter der Behinderten			
	15-17 Jahre		18-24 Jahre	
	abs.	%	abs.	%
Krankheiten	181	48%	516	52%
angeboren	177	47%	430	43%
Unfälle (Verkehrs-, Arbeits-, häusl. Unfälle)	7	2%	32	3%
Sonstige Ursachen	10	3%	20	2%

Quelle: Landesversorgungsamt Bayern

Auch wenn die Jugendgesundheitsstudie aufgrund der geringen Fallzahlen keine Aussagen über die gesundheitliche Lage, Beschwerden und psychischen Probleme Behinderter in München zuläßt, liegen hierzu aus den Erfahrungen von Fachleuten und Betroffenen qualitative Informationen vor.

Zusätzliche psychische Belastungen aufgrund der Behinderung treten vermehrt auf:

- Eltern von behinderten Jugendlichen werden nicht selten von Therapeuten und Therapeutinnen entweder als überbehütend oder unterversorgend eingeschätzt. Dies hat

Auswirkungen auf die gesamte familiäre Situation ebenso wie auf die psychische Entwicklung und Befindlichkeit der behinderten Jugendlichen.

- Die Beurteilung behinderter Menschen durch andere beruht vornehmlich auf ihren Schwächen und Defiziten; positive Vorbilder Behinderter in den Medien gibt es so gut wie nicht. Dies hat einen negativen Einfluß auf das Selbstbild des behinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen.
- Die Sozialkontakte behinderter zu nicht behinderten Jugendlichen sind meist stark eingeschränkt. Vielfach fühlen sie sich ausgegrenzt. Freizeitaktivitäten stehen ihnen nur begrenzt zur Verfügung. Erschwerend kommen häufig äußere Barrieren wie fehlende behindertengerechte Ausstattung hinzu.
- Ab etwa dem 12. Lebensjahr wird behinderten Kindern ihre eigene Behinderung so richtig bewußt, so daß dann erst eine oft schmerzhaft Auseinandersetzung erfolgt.
- Eine „normale“ Lebensplanung wie bei Nichtbehinderten ist nicht möglich. Aufgrund der jeweiligen Behinderung bleibt ihnen z. B. selbständiges Wohnen verwehrt und die Palette an Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten steht ihnen nicht zur Verfügung. Hinzu kommt häufig die Sorge, ständig auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen zu sein.
- Das Selbstbild wird oft schon in früher Kindheit negativ geprägt: frühe Erfahrungen mit Krankenhäusern, Schmerzen, Trennung und Angst. Behinderte stehen in der Öffentlichkeit meist „negativ“ im Mittelpunkt; sie werden von fremden Menschen zwar angeschaut, es wird aber kein Kontakt zu ihnen aufgenommen.
- Bei manchen Behinderungsformen ist Vertrauenswürdigkeit gegenüber fremden Personen und Unfähigkeit in der Einschätzung von Gefahren ein Problem. Für diese Personen ist ständige Aufsicht nötig, sie sind auch stark von Mißbrauch gefährdet.
- Nicht immer ist es einfach, bei Erkrankungen und Beschwerden Fachpersonal zu finden, das Geduld und Einfühlungsvermögen in ausreichendem Umfang besitzt. Oft verstehen Ärzte/innen die „Sprache“ des Behinderten nicht.

Darüberhinaus ergeben sich bei vielen Jugendlichen mit Behinderungen gesundheitliche Problemlagen allein schon aus der Behinderung selbst. So schädigen notwendige Medikamente oft wiederum gesunde Organe. Übergewicht, das häufig mit Bewegungsmangel einhergeht, ist bei bestimmten Behinderungsformen nicht selten.

2.6 Mortalität und Todesursachen

Sterblichkeit von Jugendlichen

1995 verstarben in München insgesamt 70 Personen im Alter von 10 bis 25 Jahren*, 52 männliche und 18 weibliche. Damit lag die Zahl der Todesfälle bei Jungen und jungen Männern in etwa dreimal so hoch wie bei ihren weiblichen Altersgenossinnen. Gut zwei Drittel (67%) der Todesfälle fielen in die Altersgruppe 20 bis 25 Jahre, ein Viertel (26%) in die Altersgruppe 15 bis 20. Lediglich 7% betrafen Jüngere. Das gleiche Bild zeigt sich in den alters- und geschlechtsspezifischen Mortalitätsraten, die bei männlichen Jugendlichen generell deutlich höher liegen als bei den weiblichen, am höchsten in der Altersgruppe 20 bis 25 Jahre. Die niedrigste Mortalitätsrate weisen Mädchen im Alter von 10 bis 15 Jahren auf, die höchste junge Männer zwischen 20 und 25 Jahren.

* Aufgrund der in der amtlich geführten Todesursachenstatistik angegebenen Altersgruppen läßt sich die genaue Zahl für die 13 - 25 Jährigen nicht angeben. Da jedoch in der Gruppe der 10 bis 15 Jährigen lediglich 5 Todesfälle vorkamen, ergeben sich hieraus keine großen Verzerrungen.

Tabelle 2.6.1 : Mortalitätsraten 1995 in München (bezogen auf je 100.000 Einwohner gleichen Alters und gleichen Geschlechts)

Altersgruppe	gesamt	männlich	weiblich
10 - 14 Jahre	11,0	12,8	9,0
15 - 19 Jahre	35,1	38,6	31,6
20 - unter 25 Jahre	52,7	88,7	17,7
gesamt	37,6	55,8	19,4

Quelle: Statistisches Amt der LHM; eigene Berechnungen

Im Vergleich zu 1993 ist die Sterblichkeitsrate der Jugendlichen in München von 43,2 auf 37,6 im Jahr 1995 gesunken und liegt damit gegenwärtig unter den betreffenden Raten der Bundesrepublik Deutschland (45,8) und Bayerns (47,3). Die Schwankungen dürfen aufgrund der kleinen Fallzahlen jedoch nicht überinterpretiert werden. Die deutlichen Unterschiede im Geschlechtsverhältnis von Frauen und Männern betragen 1 : 2,9 in München, 1 : 2,6 bayernweit und 1 : 2,4 bundesweit.

Todesursachen

Die mit 27% häufigste Todesursache bei Jugendlichen war 1995 der Suizid. Die insgesamt 19 jugendlichen Selbstmorde 1995 wurden in 12 Fällen (63%) von jungen Männern begangen. Zwei Selbstmorde in der Altersgruppe unter 15 Jahren wurden von Mädchen verübt, vier im Alter von 15 bis 19 Jahren (1 Junge, 3 Mädchen), die restlichen 13 (davon 11 junge Männer, 2 junge Frauen) im Alter von 20 bis unter 25 Jahren. Während in den jüngeren Altersgruppen der Anteil der Mädchen überwiegt, begingen ab dem Alter von 20 Jahren eindeutig mehr junge Männer Selbstmord. Seit 1993 ist ein kontinuierlicher Anstieg des prozentualen Anteils von Suizid an den Todesursachen dieser Altersgruppe zu verzeichnen (von 19% auf 27%).

In diesem Zusammenhang interessant sind die Aussagen der Jugendlichen der Jugendgesundheitsuntersuchung zur Frage, ob sie bereits ernsthafte Selbstmordgedanken hatten. 16% aller Befragten (männlich: 12%, weiblich 19%) haben schon einmal ernsthaft an Selbstmord gedacht, 7% sogar öfter. Häufigere Selbstmordgedanken hatten 8% der weiblichen gegenüber 6% der männlichen Befragten. Es zeigen sich starke Schwankungen im Altersverlauf. So erfolgt ein deutlicher Anstieg vom Alter 13 -14 Jahre zum Alter 15 - 17 Jahre: Bei den Mädchen beträgt er 5% auf 11%, bei den Buben 2% auf 7%. Der Altersschwerpunkt liegt bei den weiblichen Befragten in der Gruppe 15 bis 17 Jahre (11%), bei den männlichen in der Gruppe 18 bis 20 Jahre (9%). Danach gehen die Nennungen stark zurück. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf entwicklungsbedingte Krisen der Jugendlichen, die sich jedoch, wie die obigen Zahlen belegen, nicht unmittelbar auf das konkrete Verhalten auswirken müssen.

Die zweithäufigste Todesursache 1995 war mit 23% Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. (Zum Vergleich: 1993 betrug der Anteil 37%, 1994 19%). Von den 16 Fällen betreffen vier die Altersgruppe 15 - 19 Jahre und 12 die Altersgruppe 20 - bis unter 25 Jahre. Das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt 3:1. Mit 11% folgen Unfälle an dritter Stelle. Deren Zahl ging seit 1993 sowohl absolut wie auch anteilmäßig deutlich zurück. So starben 1993 noch 17 Jugendliche (20%) an Unfällen, 1994 waren es 11 (16%). 1995 waren von tödlichen Unfällen ausschließlich junge Männer betroffen, bis auf eine Ausnahme alle im Alter von 20 bis unter 25 Jahren. Nimmt man noch die Todesfälle aufgrund von Mord/Totschlag hinzu (einem Verbrechen fielen 1995 fünf junge Männer und eine junge Frau

im Alter von 15 bis unter 25 Jahren zum Opfer), so betrug 1995 der **Anteil der nicht-natürlichen Todesursachen insgesamt 70%**.

Bei den Krankheiten stehen Neubildungen mit 8 Fällen (11%) eindeutig an erster Stelle der Todesursachen, wobei sich keine Häufungen einzelner Krebserkrankungen zeigen, sondern verschiedene Einzelnennungen.

*Tabelle 2.6.2 : Todesursachen 1995 Münchner Jugendlicher und junger Erwachsener
(n=70)*

Todesursachen	gesamt		männlich		weiblich	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Suizid	19	27,1%	12	23,1%	7	38,9%
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	16	22,9%	12	23,1%	4	22,2%
Unfälle	8	11,4%	8	15,4%	--	--
Neubildungen	8	11,4%	5	9,6%	3	16,7%
Mord/Totschlag	6	8,6%	5	9,6%	1	5,6%
schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits- und Todesursachen	5	7,1%	4	7,7%	1	5,6%
Krankh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	2	2,9%	2	3,8%	--	--
Krankh. des Kreislaufsystems	2	2,9%	2	3,8%	--	--
Krankh. der Atmungsorgane	1	1,4%	1	1,9%	--	--
Krankh. der Verdauungsorgane	1	1,4%	--	--	1	5,6%
infektiöse und parasitäre Erkrankung (AIDS)	1	1,4%	1	1,9%	--	--
kongenitale Anomalien	1	1,4%	--	--	1	5,6%
Todesfälle insgesamt	70	100%	52	100%	18	100%

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung

3 GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN UND RISIKEN

3.1	Einstellungen zur Gesundheit.....	31
3.2	Ernährung und Körpergewicht.....	33
3.2.1	Ernährung und Essverhalten	33
3.2.2	Körpergewicht	35
3.3	Bewegung.....	36
3.4	Freizeitverhalten	38
3.4.1	Aktivitäten zu Hause - Medienkonsum/Fernsehen.....	38
3.4.2	Aktivitäten außer Haus - Besuch von Gaststätten/Diskotheiken/ Freizeitheimen.....	40
3.4.3	Soziale Kontakte in der Freizeit	42
3.5	Suchtmittelgebrauch.....	42
3.5.1	Rauchen	43
3.5.2	Alkohol.....	46
3.5.3	Medikamentenkonsum.....	50
3.5.4	Konsum illegaler Drogen	51
3.5.5	Gesundheitliche Beeinträchtigung durch Suchtmittelkonsum.....	56
3.6	Sexualverhalten und AIDS.....	58
3.6.1	Sexualverhalten.....	58
3.6.2	AIDS.....	59
3.7	Belastungen.....	60
3.7.1	Belastungen in Schule und Beruf	60
3.7.2	Lebensereignisse (Life Events)	62
3.8	Risikobereitschaft	63
3.8.1	Gesundheitsverhalten und Erlebnisorientierung	63
3.8.2	Gesundheitsverhalten und Risikobereitschaft	64
3.8.3	Verkehrsunfälle	66
3.9	Soziale Risiken.....	67
3.9.1	Institutionsauffällige Jugendliche	67
3.9.2	Arbeitslosigkeit	71
3.9.3	Armut.....	72
3.9.4	Kriminalität und Gewalt.....	73

3 GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN UND RISIKEN

3.1 Einstellungen zur Gesundheit

Die Einstellung zur Gesundheit kann eine Schlüsselstelle für eine gesunde Lebensweise bzw. für riskantes Verhalten darstellen. Für die Zwecke der Gesundheitsförderung ist daher von großer Bedeutung, welches Gesundheitsbild bei Jugendlichen vorherrscht, ob Gesundheit als von ihnen selbst beeinflussbar angesehen wird oder nicht. Ebenso ist wichtig zu wissen, bei welchen Jugendlichen überhaupt ein Interesse an dem Thema Gesundheit besteht und welche speziellen Aspekte größtmögliche Aufmerksamkeit erzielen.

Neben der Beachtung der eigenen Gesundheit wurde in der Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 nach dem Ursprung von Gesundheit und Krankheit sowie wichtigen Einflußfaktoren auf das gesundheitliche Wohlbefinden gefragt.

Allgemein geben Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13-25 Jahren einen relativ hohen Grad an Gesundheitsbeachtung an: 16% achten sehr auf ihre Gesundheit, weitere 40% beachten ihre Gesundheit, wenn auch nicht ganz so stark wie die erste Gruppe. Dabei besteht kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Es kann auch kein systematischer Unterschied zwischen den verschiedenen Altersstufen festgestellt werden: nur bei den ganz Jungen (13-14 Jährigen) ist die Gesundheitsbeachtung etwas höher und bei den 18-20 Jährigen etwas niedriger als beim Durchschnitt.

Hinsichtlich des Ursprungs von Krankheit und Gesundheit wird von den meisten Befragten ein monokausales Erklärungsmodell abgelehnt und ein differenziertes Gesundheitsverständnis geäußert. Den Meinungen, daß Krankheit und Gesundheit vor allem angeboren sind oder daß sie vor allem von der Umweltzerstörung abhängen, wird überwiegend weder zugestimmt noch werden sie abgelehnt (jeweils über 70%). Stattdessen wird beiden Ursachen ein gewisser Einfluß zugeschrieben.

Ebenso wird der Einstellung, daß man persönlich nur wenig Einfluß auf Gesundheit und Krankheit habe, nicht zugestimmt: 38% lehnen diese Meinung ganz und weitere 54% teilweise ab. Andererseits wird auch der Vorstellung, daß die eigene Gesundheit vor allem vom eigenen Verhalten abhängt, eine Absage erteilt. Der Frage, „wenn ich mich richtig verhalte, bleibe ich auch gesund“, stimmen fast 69% nur teilweise zu.

Diese Grundhaltung ist bei beiden Geschlechtern und bei allen Altersklassen ähnlich. Nur die Buben bis zum 17. Lebensjahr neigen etwas häufiger der „radikalen“ Position zu, nach der die Umweltverschmutzung an den meisten Krankheiten schuld sei (27% zu 17% im Durchschnitt aller Befragten). Sie sind entsprechend etwas fatalistischer hinsichtlich der eigenen Einwirkungsmöglichkeiten auf die Gesundheit (16% zu 7% im Durchschnitt aller Befragten). Allerdings erstaunt vor diesem Hintergrund der relativ hohe Anteil der Buben bis 17 Jahre, die meinen, daß man bei richtigem Verhalten auch gesund bleibt (33% zu 24% volle Zustimmung im Durchschnitt).

Der Arzt wird in der Regel nicht als „allmächtig“ angesehen. Der Aussage, daß man nur gesund bleibt, wenn man einen guten Arzt/eine gute Ärztin hat, stimmen fast 80% nicht zu.

Als sehr wichtig oder wichtig für die eigene Gesundheit werden folgende Bereiche des eigenen Gesundheitsverhaltens sowie der Umwelt angesehen:

- Körperliche Bewegung (92%)
- Ausreichend Ruhe/Schlaf (89%)
- Eigene Widerstandskraft (88%)
- Abwechslungsreiche Ernährung (87%)
- Hygienische Lebensverhältnisse (85%)
- Sicherer Geschlechtsverkehr (85%)
- Saubere Luft/wenig Abgase (84%)
- Naturbelassene Lebensmittel (60%).

Dem sozialen Leben wird ebenfalls ein hoher Einfluß auf die Gesundheit eingeräumt:

- Freundeskreis, auf den man sich verlassen kann (78%)
- Schutz/Geborgenheit der Familie (75%)
- Gute Zweierbeziehung/gute Partnerschaft (66%)
- sicherer Arbeitsplatz/ausreichendes Einkommen (56%)

Auch dem Sektor ärztliche Versorgung und medizinische Vorsorge wird von bis zu zwei Drittel der Befragten ein hoher Rang zugewiesen:

- wirksame Medikamente (69%)
- gute Ärzte/gute Kliniken (67%)
- regelmäßige Impfungen (61%)

Nicht zu Rauchen und keinen Alkohol zu Trinken wird von der Mehrheit als bedeutsam für die Gesunderhaltung angesehen (64% bzw. 52%). Das Nichtrauchen wird insbesondere von den Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr als gesundheitsrelevant angesehen. Bei der Alkoholabstinenz sind es vor allem die weiblichen Befragten (56% zu 48% bei den männlichen). Bemerkenswerterweise ist bei den Buben im Alter von 13-14 Jahren mit 74% der Nennungen „wichtig/sehr wichtig“ (noch) eine relativ große „Anti-Alkohol Fraktion“ festzustellen.

Verhalten im Krankheitsfalle

Das tatsächliche Verhalten im Krankheitsfall läßt sich nur sehr eingeschränkt in Befragungen erfassen. In der Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 wurde versucht, eine grobe Orientierung bei der Bewältigung von Erkrankungen zu ermitteln. Zu diesem Zweck wurde zum einen die wahrscheinliche Reaktion auf eine Erkältung erfaßt - also eine tendenziell weniger gravierende Gesundheitseinbuße, die sich häufig ohne medizinische Versorgung überwinden läßt. Zum anderen wurde das wahrscheinliche Verhalten bei Schmerzen unbekannter Herkunft erfragt - also einer Symptomatik, die sinnvollerweise ärztlich abgeklärt werden sollte.

Gefragt wurde in beiden Fällen, ob (a) das Aufsuchen eines Arztes/einer Ärztin mit Verschreibung eines Medikaments, (b) die Eigenbehandlung mit traditionellen Hausmitteln, (c) Selbstmedikation aus der Hausapotheke, (d) Kauf eines Medikaments in der Apotheke ohne Arztrezept vorgezogen wird oder ob (e) einfach abgewartet wird, bis die Beschwerden

vergehen. Bei Erkältungen greifen die Befragten eher zu Hausmitteln (74%), suchen nach einem Medikament in der Hausapotheke (58%); weniger als die Hälfte wartet lediglich ab, bis die Erkältung wieder vergeht (39%). Wegen einer Erkältung wird überwiegend kein Arzt wegen einer Medikamentenverschreibung aufgesucht (92%) und meist kein Medikament in der Apotheke ohne Rezept gekauft (69%). Zu traditionellen Hausmitteln greifen eher Mädchen und junge Frauen ab 15 Jahren (über 80%). Medikamente ohne Rezept sind etwas häufiger für Frauen über 20 Jahren das Mittel der Wahl (43% zu 30% im Durchschnitt). Abwarten ist eher die Devise von männlichen Befragten (45% gegenüber 34% bei weiblichen).

Bei Schmerzen unbekannter Herkunft sieht dies ganz anders aus. Hier steht der Arztbesuch durchweg an erster Stelle (57%). Traditionelle Mittel (30 %) oder Medikamente aus der Hausapotheke (31%) kommen nur für knapp ein Drittel in Frage. Noch seltener bei Schmerzen unbekannter Herkunft ist der Kauf von Medikamenten ohne Rezept (10%). Immerhin 27% wollen abwarten, bis die Schmerzen von selbst vergehen.

Hierbei gibt es nur wenige Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen den verschiedenen Altersklassen. Nur beim Einsatz traditioneller Hausmittel und beim Abwarten zeigen sich geschlechtsspezifische Differenzen: Männliche Befragte warten eher ab (32% zu 22%) und weibliche greifen eher zu traditionellen Mitteln (33% zu 26%).

Die Bereitschaft bei unbekanntem Schmerzen zum Arzt zu gehen und sich ein Medikament verschreiben zu lassen, nimmt bei männlichen Befragten mit zunehmendem Alter von 69% (bei 13-14 Jährigen) auf 50% (bei den über 20 Jährigen) kontinuierlich ab. Das gleiche gilt für diese Gruppe bei den Medikamenten aus der Hausapotheke (Abnahme von 43% auf 27%). Umgekehrt steigt die Häufigkeit des Abwartens bei männlichen Befragten mit dem Alter kontinuierlich an (von 18% auf 39%).

Insgesamt läßt sich festhalten, daß der überwiegende Teil der Jugendlichen eine vernünftige Präferenz zur Bewältigung exemplarischer Krankheitssymptome hat: Bei Erkältung Hausmittel anwenden und bei unbekanntem Schmerzen zum Arzt zu gehen.

3.2 Ernährung und Körpergewicht

3.2.1 Ernährung und Eßverhalten

Lebensmittelpräferenzen

In der Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 wurde auch das Ernährungsverhalten über die Auswahl und Verzehrhäufigkeit ausgewählter Lebensmittel erfaßt. Die Lebensmittel wurden nach ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten in die Kategorien gesundheitlich „positiv“ und „negativ“ eingeteilt. Aus der Summe der Verzehrhäufigkeiten aller mit positivem oder negativem Vorzeichen versehenen Lebensmittelgruppen wurde darauf geschlossen, ob die Jugendlichen und jungen Erwachsenen bevorzugt ernährungsphysiologisch günstige oder ungünstige Lebensmittel verzehren.

Insgesamt geben die Jugendlichen und jungen Erwachsenen an, häufiger Lebensmittel aus den für die Gesundheit günstigen Gruppen (Fisch, Salat, Frischgemüse, frisches Obst, Kartoffeln, Reis, Nudeln, Haferflocken, Müsli, Comflakes, Käse, Quark, Joghurt und Voll-, Schwarz- und Mehrkornbrot) als aus den ungünstigen Gruppen (Wurstwaren, Schinken, Fleisch, Eier,

Pudding, Eis, Süßspeisen, Kuchen, Gebäck, Kekse, Pommes Frites, Fast-Food-Gerichte, Süßigkeiten) auszuwählen. Weibliche Befragte greifen signifikant häufiger zu gesunden Lebensmitteln als männliche.

Besonders deutlich wird dieser Unterschied, wenn man Extremgruppen vergleicht. Wir haben hierzu alle Lebensmittelpräferenzen auf einem Kontinuum von „sehr ungünstige“ bis „sehr günstige“ Nahrungsmittel in vier gleiche Teile (4 Quartile = je 25% der Nennungen) unterteilt und dann ermittelt, welche Gruppen sich eher „günstig“ (= überproportional im 4. Quartil vertreten) oder eher „ungünstig“ (= überproportional im 1. Quartil vertreten) ernähren.

Tab.3.2.1.1: *Relative Häufigkeit einer ernährungsphysiologisch günstigen oder ungünstigen Ernährungsweise getrennt nach Geschlecht (n=809)*

Ernährungsweise	alle Befragten (13-25 Jahre)	
	männlich	weiblich
ungünstig (1. Quartil)	35,4%	15,0%
günstig (4. Quartil)	14,2%	34,6%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Ernährungsstil

In der Untersuchung wurde auch nach den Präferenzen für bestimmte Ernährungsstile gefragt. Hierzu wurden den Befragten in einer Liste Nahrungsmittel in Form von gegensätzlichen Produktpaaren zur Auswahl gestellt, die jeweils typisch für das Image „fleischhaltig/vegetarisch“, „fetthaltig/mager“, oder „modern/traditionell“ sind.

Ob Jugendliche und junge Erwachsene eine Vorliebe für vegetarische oder fleischhaltige Lebensmittel und Gerichte haben, ist aufgrund der Ergebnisse stark geschlechtsabhängig. Weibliche Befragte bevorzugen signifikant häufiger vegetarische Lebensmittel und Gerichte, während männliche fleischhaltige Produkte präferieren. Die Jüngeren entscheiden sich häufiger für fleischhaltige Lebensmittel und Gerichte als die 18 bis 25 Jährigen, die zunehmend vegetarische Kost bevorzugen.

Weibliche Befragte bevorzugen ebenfalls signifikant häufiger fettarme statt fetter Gerichte, verglichen mit männlichen. Ebenso gibt es einen signifikanten Einfluß des Alters; mit steigendem Alter werden vermehrt magere Lebensmittel und Gerichte präferiert.

Präferenzen für traditionelle oder moderne Lebensmittel und Gerichte: Als „traditionell“ werden solche Speisen verstanden, die häufig von der deutschen Bevölkerung verzehrt werden und somit im weitesten Sinne als „typisch deutsch“ gelten. Dazu gehören gekochte Eier, Schnitzel, Kirschen, Kartoffelauflauf. und inzwischen auch Spaghetti. Als „modern“ wurden fremdländische und exotische Lebensmittel und Gerichte bezeichnet (Gyros, Papaya, Hirse usw.).

Zwar bevorzugen die weiblichen Befragten in geringerem Maße die traditionell „deutschen“ Produkte als ihre männlichen Altersgenossen, es ist aber kein signifikanter geschlechtsspezifischer Einfluß auf die Präferenz bzgl. traditioneller oder moderner Lebensmittel und Gerichte feststellbar. Je nach Zugehörigkeit zu einer der drei Altersklassen werden die traditionellen oder modernen Lebensmittel und Gerichte unterschiedlich stark

präferiert. Die Jugendlichen im Alter von 13 bis 15 Jahren entscheiden sich signifikant häufiger für die „traditionellen“ Lebensmittel. Je älter die Befragten sind, um so öfter geben sie den „modernen“ Speisen den Vorzug.

3.2.2 Körpergewicht

Da das absolute Körpergewicht nur von begrenzter Aussagekraft ist, wird es in Relation zur Körpergröße gesetzt. Hierfür hat sich der Body-Mass-Index bewährt*. Zur Bewertung des Gewichts in unter-, normal- oder übergewichtig werden in der Regel folgende Grenzwerte des BMI zugrunde gelegt.

Body Mass Index (BMI)	
bis unter 19	= untergewichtig
19 bis unter 25	= normalgewichtig
25 bis unter 30	= übergewichtig
30 und darüber	= adipös

Diese Grenzwerte können aber für Jugendliche insbesondere die ganz jungen nicht ohne weiteres herangezogen werden, da diese sich noch in der Wachstumsphase befinden. Es besteht die Gefahr, daß sie als untergewichtig eingestuft werden, obwohl sie sich normal entwickeln. Umgekehrt kann bereits ein Übergewicht vorliegen, wenn der Wert noch im „Normalbereich“ für Erwachsene liegt. Die Häufigkeit der Untergewichtigkeit wird also eher überschätzt und die Übergewichtigkeit eher unterschätzt, wenn bei Jugendlichen die o. g. Grenzen zugrunde gelegt werden.

Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen. Von den nach Erwachsenen-Grenzwerten knapp 21% „Untergewichtigen“ ist der weitaus größte Teil in den jüngeren Altersklassen zu finden; bei den über 20 Jährigen sind nur 4% zu finden, die einen BMI-Wert über 25 aufweisen.

Etwa 11% wären nach den genannten BMI-Kriterien übergewichtig oder adipös. Wir gehen aus den o.g. Gründen von einem höheren Anteil wirklich Übergewichtiger aus. Bei den über 20jährigen sind dies knapp 16%, darunter 2,5% Adipöse.

Bei weiblichen Befragten ist der Anteil „Untergewichtiger“ gemäß den Erwachsenenkriterien deutlich höher als bei männlichen (14% zu 9%) und der Anteil „Übergewichtiger“ deutlich geringer (8% zu 14%). Dieses Verhältnis bleibt auch bestehen, wenn man nur die jungen Frauen über 20 Jahren betrachtet. Es sind deutlich mehr junge Frauen untergewichtig (knapp 13%) als junge Männer im gleichen Alter (4%). Übergewichtig (oder adipös) sind junge Frauen etwas seltener (12%) als junge Männer (14%).

* Dabei wird das Gewicht durch die quadrierte Körperlänge in Metern dividiert.

Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht

Insgesamt zeigt sich, daß die Mehrheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (64%) mit dem eigenen Körpergewicht einverstanden ist. Nur etwa 8% wollen an Gewicht zunehmen und 28% wollen abnehmen. Dabei zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede. So wollen überproportional häufig männliche Befragte zunehmen (13% vs. weibliche 4%) und überproportional häufig weibliche Befragte abnehmen (14% vs. männliche 7%)

Dem entsprechen die Antworten zu Fragen nach der Zufriedenheit mit dem Aussehen und dem Körper: 65% sind zufrieden mit ihrem Körper, 9% finden sich zu dünn und 13% leiden darunter, daß sie zu dick sind. Zufrieden mit ihrem Körper sind zu zwei Dritteln vermehrt die Buben und jungen Männer (67% vs. Mädchen und jungen Frauen 60%). Zu dünn findet sich jeder fünfte männliche Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren (21%) und unter „Dickheit“ leiden vor allem junge Frauen aller Altersklassen mit durchschnittlich 19% (vs. männliche Befragte 7%). Von den mit dem Körpergewicht Zufriedenen wird signifikant seltener eine Gewichtsreduktion gewünscht.

Ca. ein Drittel gibt an, bereits einmal oder mehrfach eine Diät gemacht zu haben, wobei auch hier die weiblichen Befragten überwiegen. So haben bereits 49% der Mädchen und jungen Frauen mindestens einmal eine Reduktionsdiät durchgeführt. Bei den männlichen Altersgenossen geben 17% an, bereits eine Diät gemacht zu haben. Der mittlere BMI der diäterfahrenen Befragten liegt über dem der diätunerfahrenen Personen, so daß die bisherigen Versuche zur Gewichtsreduktion in der Regel zu keiner Angleichung der Gruppen geführt haben.

Der Anteil diäterfahrener männlicher Befragter, die mindestens eine Diät gemacht haben, bleibt über alle Altersklassen hinweg etwa gleich hoch (durchschnittlich 17%). Bei den weiblichen dagegen steigt der Anteil der Diäterfahrenen von 36% im Alter von 13-17 Jahren auf 54% bei den über 18 Jährigen.

Insgesamt betrachtet ist der Verbrauch von Appetitzüglern bei den Befragten sehr selten. 96% nehmen „nie“ Appetitzügler zu sich. Nur 0,3% nehmen mehrmals im Monat oder häufiger solche Medikamente ein, wobei dies - wenn überhaupt - fast nur bei den über 20jährigen jungen Frauen vorkommt (1%). Ein Zusammenhang mit Unter- bzw. Übergewicht, Körperzufriedenheit oder Diäterfahrung ist mit diesen Daten nicht prüfbar.

3.3 Bewegung

Der regelmäßigen Bewegung kommt aus vielerlei Gründen eine hohe gesundheitsförderliche Bedeutung zu. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit und Abwehr von Haltungsschwächen sowie Beschwerden und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, sondern auch für sensomotorische Fähigkeiten im Bewegungsablauf. Der günstige Einfluß von motorischer Schulung auf die Häufigkeit und Schwere von Unfällen wurde mehrfach nachgewiesen. Umgekehrt steht Bewegungsmangel in engem Zusammenhang u.a. mit der Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, von Übergewicht und von Stoffwechselstörungen. Ein positiver Einfluß auf die Immunabwehr wurde ebenfalls nachgewiesen. Aus all diesen Gründen ist die Bewegung neben ihrer Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention ein häufig angewandtes Therapeutikum in der medizinischen Behandlung und Rehabilitation.

Bewegung hat einen positiven Einfluß auf das Wohlbefinden und die seelische Ausgeglichenheit, die Konzentrationsfähigkeit und den gesundheitlichen Allgemeinzustand. Darüber hinaus ist Bewegung eine häufige und wichtige Erlebniswelt sowie des Ausdruck von Lebensstil und -qualität. Das natürliche Bewegungsbedürfnis, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, ist aus gesundheitlichen Gründen zu fördern und sollte nicht beeinträchtigt werden.

In der Münchener Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 konnten folgende Zahlen ermittelt werden:

84% der Befragten geben mehr als 1 Stunde Sport pro Woche an; d.h. immerhin 16% betätigen sich weniger als eine Stunde pro Woche sportlich. Durchschnittlich wird etwa 5 Stunden Sport in der Woche getrieben (männlichen Befragte 6,3 Stunden; weibliche 4,2 Stunden). Sportbetätigung nimmt mit dem Alter ab. 13-14 Jährige sind fast doppelt so lange sportlich aktiv wie 21-25 Jährige (7 ½ Stunden zu 4 Stunden). Insbesondere männliche Jugendliche unter 18 Jahren treiben mit 9 Stunden/Woche überdurchschnittlich viel Sport.

Knapp 40% der Jugendlichen geben an, mehrmals in der Woche mit dem Rad zu fahren, zu joggen, zu wandern usw. Mehrmals im Monat tun dies weitere 40%. Typische Mannschaftssportarten betreibt etwa ein Viertel (27%) und Gymnastik, Turnen und sonstige Sportarten üben 42% mindestens einmal pro Woche aus.

Problematischer als die bloße Reduktion des Stundenumfanges ist aus gesundheitlicher Sicht eine Verringerung des Anteils der Jugendlichen, die überhaupt regelmäßig mehrfach pro Woche Sport treiben. Der oben genannte Anteil von 16% selten Sport Treibender ist bedenklich. Bei fast bei allen erfragten Sportarten (Radfahren/Joggen, Mannschaftsspiele, Gymnastik/Turnen/sonstiger Sport) zeigen sich mit zunehmendem Alter abnehmende Raten.

Tab.3.3.1: Relative Häufigkeit ausgewählter Sportarten; getrennt nach Alter und Geschlecht (Angaben in %; n=809)

Häufigkeit mehr als einmal pro Woche	männlich			weiblich		
	15-17 J.	18-20 J.	21-25 J.	15-17 J.	18-20 J.	21-25 J.
Radfahren/Joggen.usw.	54,6%	38,3%	37,5%	42,9%	31,6%	32,3%
Gymnastik/sonst. Sport	22,5%	20,5%	16,1%	18,2%	14,2%	22,0%
Mannschaftsspiele	36,4%	16,8%	13,7%	13,5%	2,4%	1,7%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Mannschaftssport wird häufiger von männlichen Befragten und dabei eher von solchen mit niedrigerem Bildungsniveau betrieben, während Gymnastik, Turnen usw. häufiger von Frauen und von Befragten mit eher höherem Bildungsniveau betrieben werden. Daher kann zwar von einer Bildungsdifferenzierung bei der Wahl der Sportarten, nicht aber bei der Sporthäufigkeit gesprochen werden.

Es muß bezweifelt werden, ob mit Beendigung der Schule die körperliche Aktivität aufrechterhalten bleibt. Schon Jugendliche unter 18 Jahren in der Lehre/Berufsausbildung weisen signifikant niedrigere Sporthäufigkeiten auf als Schülerinnen, gleich welcher Schulart. Dies gilt für alle erfaßten Sport- und Bewegungsarten. Dies weist auf die Bedeutung von mehr Bewegungsangeboten für Berufstätige bereits in der Lehre/Berufsausbildung hin.

Die wichtigste Strategie, die sportliche Betätigung in späteren Lebensphasen beizubehalten, ist die Weckung der Bewegungsfreude in der Kindheit und bei jüngeren Jugendlichen. Hierbei ist unseres Erachtens besonders wichtig, Bewegung nicht nur als Teil des Sportunterrichts oder im Rahmen spezieller Sportarten zu fördern, sondern schon bei Kindern und Jugendlichen eine Bewegungskultur im Alltag anzuregen. Bewegung als selbstverständlicher Teil des Lebens außerhalb der Sportstunde hat die größte Chance, auch später beibehalten zu werden. Alltagstaugliche Bewegungsformen und Sport, der nicht unbedingt in größeren Gruppen betrieben werden muß, haben die größte Chance, lebenslang betrieben zu werden.

Hierzu gehört unter anderem die Integration von Bewegung in den normalen Unterricht (z. B. Bewegungspausen) sowie die vermehrte Vermittlung von Spiel- und Bewegungsformen über die klassischen Sportarten hinaus. Auch die Pausengestaltung durch Musik und Tanz könnte dies fördern.

Bewegung muß so attraktiv werden, daß sie ein echter Konkurrent für Fernsehen und virtuelle Medien in der Freizeit wird. Hierbei darf die Vorbildfunktion von Eltern und Lehrern/innen nicht vergessen werden. Auch bei diesen ist Bewegung zu fördern, damit Passivität bei Kindern und Jugendlichen nicht überhandnimmt.(Vgl. Kap 3.4.1.)

3.4 Freizeitverhalten

Das Freizeitverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener interessiert in diesem Bericht aus folgenden Gründen: Es soll festgehalten werden

- wie häufig und durch wen gesundheitsförderliches Freizeitverhalten ausgeübt wird (z. B. Entspannung; Bewegung siehe Kap. 3.3)
- wer wie häufig Gesundheitsgefahren in der Freizeit ausgesetzt ist (z. B. Suchtgefährdung und Lärmexposition bei Diskothekenbesuchen, Inaktivität und Bewegungsarmut durch zuviel Fernsehen)
- an welchen (sozialen) Orten sich Jugendliche wie häufig aufhalten, um die Einwirkungschancen gesundheitsförderlicher Jugendprojekte realistisch abschätzen zu können.

3.4.1 Aktivitäten zu Hause - Medienkonsum/Fernsehen

Zu den häuslichen Freizeitaktivitäten gehören Lesen, Musikhören, Fernsehen, Nichts-tun, Computerspiele, Basteln/Werken/Gartenarbeit usw. Musikhören ist die häufigste aller Freizeittätigkeiten (täglich 69%), gefolgt von täglichem Fernsehen (38%) und Lesen (22,6%). Alle übrigen Freizeitaktivitäten finden erheblich seltener statt.

Es lassen sich deutliche Unterschiede feststellen, je nachdem, wie alt die Jugendlichen sind, welches Geschlecht und welchen Bildungsgrad sie haben. Mit Ausnahme des Musikhörens ist der Medienkonsum signifikant alters-, bildungs- und geschlechtsabhängig. Weibliche Befragte, solche mit höherem Bildungsabschluß und junge Erwachsene lesen häufiger täglich, sehen seltener täglich fern und spielen seltener Computerspiele. Nach diesen Häufigkeitszahlen sind Jugendliche stärker gefährdet als junge Erwachsene, sich im Alltag dem ständigen Einfluß elektronischer Medien auszusetzen; ob dies so bleibt, ist davon abhängig, ob sie sich

ähnlich oder anders als die jetzt Älteren entwickeln, wozu wir aber wegen des Querschnittscharakters der Erhebung keine Aussagen machen können.

Als gesundheitsgefährdend müssen besonders lautes Musikhören, ständiges Fernsehen und häufiges elektronisches Spielen angesehen werden.

So geben 21% aller Jugendlicher an, oft „irrsinnig laut“ Musik zu hören. Besonders häufig sind dies Mädchen im Alter von 13-14 Jahren (29%) und männliche Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren (15-17 Jahre: 34%, 18-20 Jahre: 38%). Zusätzlich gibt etwas mehr als die Hälfte aller Befragten (54%) an, zumindest manchmal „irrsinnig laut“ Musik zu hören. Dies ist in beiden Geschlechtern und allen Altersklassen ähnlich häufig. Auf dieser Datenbasis muß davon ausgegangen werden, daß ca. ein Fünftel der 13-25 Jährigen wegen extrem lauter Musik stark gefährdet ist, einen Hörschaden zu erleiden. Hinzu kommt ein nicht abschätzbarer Anteil von den 50% der Befragten mit gelegentlichem extrem lauten Musikhören. Deren Gefährdung dürfte davon abhängen, ob sie eine besondere Sensibilität des Hörorgans aufweisen und/oder ihr Gehör zwar relativ selten, dann aber extrem belasten.

Das extrem häufige und lange Fernsehen und Computerspielen geht mit der Gefahr von Sehstörungen, Bewegungsmangel, Haltungsschwächen und einseitiger körperlicher Belastung, Mangel an sozialer Kommunikation sowie vermehrten Übermüdungen einher. Inwieweit die Gewaltbereitschaft Jugendlicher durch gewaltverherrlichende Sendungen, Videos sowie Computerspiele begünstigt wird, kann hier nicht geprüft werden, da keine Informationen zu Inhalten des Medienkonsums erfragt wurden.

Durchschnittlich werden etwa 11 Stunden wöchentlich ferngesehen und knapp 2 Stunden am Computer gespielt. Die Raten männlicher Jugendlicher insbesondere im Alter von 13-17 Jahren liegen aber erheblich darüber: 13-14 Stunden wöchentlich Fernsehen und 4-7 Stunden Computerspiele. Bei einem erheblichen Teil der Jugendlichen kann von einem vielfach höherem Zeitverbrauch ausgegangen werden. Für diese Gruppe wurde daher gesondert geprüft, wie sich der Konsum elektronischer Medien aufsummiert (s. Tab. 3.4.1.1).

Knapp ein Drittel (29%) der männlichen Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren erreichen durchschnittliche Fernsehzeiten von über 15 Stunden pro Woche. Spitzenwerte liegen erheblich darüber; bei knapp 20% sind dies mehr als 20 Stunden. Mit dem Computer spielen 14% über 10 Stunden pro Woche.

Da viele Jugendliche, außer Computerspielen auch häufig fernsehen, läßt sich bei 15% für den Konsum visueller elektronischer Medien ein Zeitumfang von über 30 Stunden ermitteln. Bei nicht-deutschen Jugendlichen ist der Fernsehkonsum noch etwas höher als bei den deutschen (vgl. Kap. 5.3.4).

Tab.3.4.1.1: *Relative Häufigkeit des Zeitverbrauchs für elektronische Medien bei 13-17jährigen männlichen Jugendlichen (n=123)*

Zeitverbrauch pro Woche für visuelle elektronische Medien	männliche Jugendliche 13-17 Jahre (%)
Fernsehen	
bis zu 10 Stunden	47,1%
11 - 15 Stunden	24,0%
16 - 20 Stunden	10,7%
21 Stunden und mehr	18,2%
Computerspiele	
bis zu 10 Stunden	85,9%
11 - 15 Stunden	6,6%
16 - 20 Stunden	5,0%
21 Stunden und mehr	2,5%
Fernsehen und Computerspiele zusammen	
bis zu 10 Stunden	29,7%
11 - 20 Stunden	36,4%
21 - 30 Stunden	18,6%
31 - 40 Stunden	7,6%
41 Stunden und mehr	7,6%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

3.4.2 Aktivitäten außer Haus

- Besuch von Gaststätten/ Diskotheken/Vereinen/Freizeitheimen -

Der Besuch von Kneipen und Diskotheken nimmt erwartungsgemäß mit wachsendem Alter bei beiden Geschlechtern deutlich zu. Über 18jährige männliche Befragte besuchen zu über 50% mindestens einmal pro Woche eine Kneipe und zu über 40% eine Diskothek oder ein Pop- bzw. Rockkonzert. Bei jungen Männern ist das häufiger als bei jungen Frauen der Fall (Männer: 57% Kneipenbesuch bzw. 42% Besuch von Diskotheken, Frauen: 38% bzw. 21%).

Freizeitheime/Jugendtreffs werden vor allem von Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr besucht (15%) und zwar in etwa gleich häufig von Mädchen und Buben. Ab dem 18. Lebensjahr bricht die Häufigkeit erwartungsgemäß wegen der Altersrestriktionen im Zugang auf 4% bzw. 6% ab. Eine genauere Analyse zeigt, daß unter 18jährige Hauptschüler/innen (29%) und Realschüler/innen (17%) die Jugendtreffs vergleichsweise häufig aufsuchen, erheblich seltener tun dies Gymnasiasten/innen (7%) und noch seltener Lehrlinge/Auszubildende (2%) dieser Altersgruppe. Ebenso ist der Besuch von Jugendtreffs typisch für nicht-deutsche Jugendliche, insbesondere männliche im Alter von 13-17 Jahren (25%).

Vereine weisen demgegenüber hohe Inanspruchnahmeraten über alle Bildungsgruppen und beide Geschlechter auf. Zwar nimmt die Häufigkeit der regelmäßigen Betätigung in Vereinen (mindestens einmal pro Woche) bei den über 20 Jährigen deutlich ab, sie ist dort aber immer noch höher als das Aufsuchen von Jugendtreffs durch deren Hauptzielgruppen 13-14 Jährige (22%) und 15-17 Jährige (15%).

Erreichbarkeit von unter 18-Jährigen in der Freizeit außer Haus

Es wird an dieser Stelle versucht, die Erreichbarkeit von Jugendlichen an ausgewählten „sozialen“ Orten zu schätzen. Damit soll neben inhaltlichen Kriterien wie der Notwendigkeit, an solchen Orten tätig zu werden, an denen Gesundheitsgefährdungen vermehrt auftreten, sowie der Auswahl nach Akzeptanz und Wirksamkeit der Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze eine zusätzliche Entscheidungsgrundlage für die Planung gesundheitsförderlicher Maßnahmen geschaffen werden. Dabei interessieren an dieser Stelle vorrangig Jugendliche unter 18 Jahren, weil für diese die Öffentlichkeit eine besondere Verantwortung trägt. Den vorliegenden Zahlen zufolge sind Jugendliche unter 18 Jahren in ihrer Freizeit außer Haus vermehrt an folgenden Orten vorzufinden:

Tab.3.4.2.1: *Relative Häufigkeit des Besuchs von Vereinen, Kneipen, Diskotheken/ Rockkonzerten und Jugendtreffs bei 13-17 Jährigen (n=247)*

Mindestens 1x pro Woche	13-14 Jährige	15-17 Jährige
- im Verein:	49,4%	39,5%
- in der Kneipe:	1,9%	27,3%
- in der Diskothek/ Rockkonzert:	3,7%	20,9%
- im Jugendtreff:	15,0%	15,5%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Während Kneipen und Diskotheken verständlicherweise für eine umfassende Gesundheitsförderung ausfallen und allenfalls Einsatzort für Unfall-, Sucht- sowie Lärmprävention sein können, sind der Jugendtreff und der Verein wegen ihrer Infrastruktur und Kompetenz des Personals für Gesundheitsförderungsprogramme in Betracht zu ziehen. Bisher haben sich Maßnahmen in diesem Bereich auf die offene Jugendarbeit in Jugendtreffs konzentriert.

Die Jugendtreffs eignen sich wegen ihrer Besucherstruktur für Gesundheitsförderungsthemen und -ansätze, die Jüngere ansprechen. Beide Geschlechter sind etwa gleich häufig vertreten. Auch dürften solche Maßnahmen in Jugendtreffs die größte Erfolgschance haben, die sich auf Hauptschüler/innen und nicht-deutsche Jugendliche richten. In Vereinen treffen sich gleichermaßen weibliche wie männliche Jugendliche und junge Erwachsene; daher wäre in Vereinen ein Gesundheitsförderungskonzept machbar, das nicht abrupt mit dem Übergang in das Erwachsenenalter abbricht, wie bei den Jugendtreffs. Die hohe Erreichbarkeit Jugendlicher und junger Erwachsener in Vereinen wurde - über die Bewegung hinausgehend - für das Thema Gesundheit bisher zu wenig genutzt.

3.4.3 Soziale Kontakte in der Freizeit

Etwa 90% aller Jugendlicher verbringen ihre Freizeit in der Regel mit anderen und etwa 10% überwiegend allein. Dies gilt gleichermaßen für beide Geschlechter und über alle Altersklassen. Demgegenüber unterscheiden sich die Personengruppen, mit denen die Freizeit in der Regel verbracht wird. Der Kontakt mit der eigenen Familie, insbesondere mit den Eltern, wird mit zunehmendem Alter seltener. Ab dem 15. Lebensjahr sinkt der Anteil häufigen Freizeitkontakts mit den Eltern von 45% auf knapp 25%, wobei weibliche Befragte häufiger mit ihren Eltern in der Freizeit zusammen sind als männliche.

Die Freizeit wird mit dem Freund/der Freundin bzw. in der Clique verlebt. Durchschnittlich über zwei Drittel aller Befragten geben an, oft oder immer ihre Freizeit mit diesen zu verbringen. Dies ist für beide Geschlechter und über alle Altersklassen etwa gleich häufig der Fall.

Gesundheitsförderungsansätze in der Freizeit haben demzufolge grundsätzlich zu berücksichtigen, daß sie Jugendliche vorwiegend in Gruppen etwa Gleichaltriger antreffen. Dies gilt vor allem für die Freizeit außer Haus. Der Kontakt zu Eltern ist in diesem Zusammenhang weitgehend zu vernachlässigen.

Kritisch muß gefragt werden, ob und welche Freizeitorte sich für (öffentlich veranlaßte) Gesundheitsförderungsprogramme eignet. Erfolgversprechend scheint es zu sein, Jugendliche hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention vor allem an Orten anzusprechen, zu denen sie regelmäßig gehen (Vereine und Treffs).

Bei all dem sind aber die Gesundheitsaktivitäten von Schule und Berufsschule einzubeziehen ggf. abzustimmen. Wenn Maßnahmen über den engeren Schulzusammenhang hinausgehen und auch in der Freizeit wirksam werden sollen, so sollten die Ansätze eine interessante und attraktive Freizeitbeschäftigung für die Gruppe darstellen (Erlebnisqualität).

3.5 Suchtmittelgebrauch

Den folgenden Ausführungen zur Suchtgefährdung durch Nikotin, Alkohol, illegale Drogen und Medikamente liegen Daten zweier Studien zugrunde:

1. die Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 des Public-Health-Forschungsverbundes, durchgeführt von Infratest und
2. die Studie zu „Vulnerabilitäts- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmißbrauch und -abhängigkeit“ (1994 - 1999) des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München, Prof. Dr. H.-U. Wittchen.

Beide Studien haben in München ähnliche Bevölkerungsgruppen untersucht. Während die erste Studie eine Querschnittsuntersuchung der 13-25 jährigen Münchener darstellt, ist die zweite eine Längsschnitt-Untersuchung zur Entwicklung bei 14-24 jährigen Münchenern bis 1999. Durch den Vergleich beider Studien lassen sich die Genauigkeit und Verlässlichkeit der Einzelergebnisse überprüfen. Darüberhinaus läßt sich die Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 in Beziehung setzen zu den sieben bayernweiten Biogramm-Studien über Jugendliche, die erstmals 1973 und letztmalig 1994 durchgeführt wurden. So kann die Momentaufnahme in München für das Jahr 1995 im Zusammenhang mit langfristigen bayerischen Trends analysiert werden.

Wichtige Anhaltspunkte für die Beschreibung der Suchtgefährdung sind im folgenden:

- Lebenszeitprävalenz (ob jemals Suchtmittel genommen wurden)
- aktueller Konsum
- ehemaliger Konsum
- Art und Menge der konsumierten Rauschmittel
- Störungen durch Rauschmittelkonsum: Mißbrauch und Abhängigkeit.

3.5.1 Rauchen

Die Gesundheitschädigung durch das Rauchen ist unumstritten. Insgesamt etwa ein Drittel der Münchener Befragten gibt an, Raucher/in zu sein. Das sind auf die Münchener Bevölkerung bezogen etwa 40.000 Jugendliche/junge Erwachsene zwischen 13 und 25 Jahren (36% männliche und 29% weibliche). Weitere 10% haben früher bereits geraucht und damit wieder aufgehört, so daß etwa 42% über Erfahrungen als Raucher/in verfügen. Bereits 15% der 13-14 Jährigen rauchen. Das sind hochgerechnet knapp 2.000 der 13.000 Jugendlichen im Alter von 13-14 Jahren. Der stärkste Anstieg erfolgt zwischen dieser und der Altersklasse der 15-17 Jährigen, so daß sich mit dem Erreichen des 18. Lebensjahres weitgehend entschieden hat, ob jemand zum Raucher/zur Raucherin wird oder nicht. So hatten fast 70% der aktuellen oder ehemaligen Raucher/innen im Alter über 20 Jahren bereits vor dem 18. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen.

Besonders häufig rauchen männliche Befragte im Alter von 18-20 Jahren mit 45% und weibliche im Alter von 15 bis 20 Jahren mit 35%. Die über 20 Jährigen rauchen etwas seltener (bei jungen Männern nimmt der Anteil auf 38%, bei jungen Frauen auf 28% ab).

Die höchsten Anteile werden unter Hauptschülern/innen bzw. Befragten mit Hauptschulabschluß beobachtet (41%). Dabei hängt die Wichtigkeit schulischer Leistungsorientierung eng mit dem Rauchverhalten zusammen: Je wichtiger die schulischen Leistungen für die Befragten sind, um so geringer ist der Anteil von Rauchern/innen.

Durchschnittlich wird mit 15 Jahren begonnen zu rauchen; vor dem 13. Lebensjahr sind es jeder/jede Fünfte. Ein früher Rauchbeginn ist insbesondere bei Mädchen festzustellen, ein Drittel der raucherfahrenen 15-17jährigen Mädchen hatte mit 13 Jahren oder früher angefangen zu rauchen.

Die Beachtung bzw. Nichtbeachtung der eigenen Gesundheit ist eng mit dem Rauchverhalten verbunden. Je weniger die eigene Gesundheit beachtet wird, desto höher ist der Anteil an Rauchern/innen.

Soziale Einflußfaktoren

Das Rauchen der Eltern ist von Bedeutung für das eigene Rauchverhalten. Allerdings hat das Rauchen des Vaters weniger Einfluß als das der Mutter. Bei etwa jedem/jeder dritten Raucher/in wie Nichtraucher/in raucht auch der Vater. Die Mutter raucht ebenfalls bei jedem/jeder dritten Raucher/in, bei den jugendlichen Nichtrauchern/innen beobachtet man jedoch einen deutlich niedrigeren Anteil, nur bei etwa jedem/jeder sechsten Nichtraucher/in raucht auch die Mutter.

Rauchende Jugendliche und junge Erwachsene sind gerne mit anderen Rauchern/innen zusammen. Die Hälfte der Rauchenden sagt, daß die meisten der engeren Freunde und Bekannten ebenfalls rauchen. Bei den Nichtrauchernden ist das nur bei etwa jeder/jedem fünften Bekannten der Fall.

Der Raucheranteil hängt eng mit abweichendem Verhalten zusammen. So rauchen neun von zehn Befragten, die schon einmal von zu Hause ausgerissen sind (89%) und sieben von zehn, die Schwierigkeiten mit Behörden oder der Polizei hatten (73%).

Lebensschwierigkeiten stehen ebenfalls in Zusammenhang mit dem Rauchverhalten. Etwas erhöhte Raten finden sich bei Personen mit „Schwierigkeiten in Beruf/Ausbildung“ (39%). Auch hier kann ein Alterseffekt ausgeschlossen werden. Erhöhte Anteile von Rauchern/innen werden in München und in Bayern bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geschiedenen sowie getrennt lebenden Eltern beobachtet (39% bzw. 41%).

Häufig werden von Rauchern/innen auch andere Suchtmittel konsumiert. 58% der aktuellen Raucher/innen und 73% der aktuellen Drogenkonsumenten trinken regelmäßig Alkohol. Alkoholabstinente und Nicht-Drogenkonsumenten/innen rauchen demgegenüber erheblich seltener (siehe Kap. 3.5.5). Raucher/innen weisen verglichen mit Nichtrauchern/innen ein zweieinhalb mal höheres Risiko auf, ein weiteres Suchtmittel zu konsumieren (suchtgefährdende Medikamente, Alkohol, illegale Drogen).

Präventive Ansätze

Befragt nach ihren Einstellungen zur Tabakwerbung, zu Rauchverboten und zur Gesundheitsgefährdung durch Rauchen werden interessante Unterschiede je nach Konsumentenstatus beobachtet: mehr Raucher/innen (58%) als Nichtraucher/innen (48%) geben an, daß zuviel Verbote das Rauchen fördern.

Erwartungsgemäß geben etwa 70% der Nichtraucherinnen an, daß Zigaretten teurer werden sollten (Raucher/innen: nur etwa 15%). Überraschend sind jedoch die Einstellungen zu den Rauchverboten. Es gibt auch bei Rauchern/innen eine relativ hohe Zustimmung gegenüber Verboten. Immerhin würden etwa 63% der Raucher/innen Nichtraucherzonen in Gaststätten akzeptieren und etwa 37% der Raucher/innen einem Rauchverbot auf dem Schulgelände zustimmen. Die Akzeptanz eines Rauchverbotes läßt jedoch nach, wenn es um den Arbeitsplatz (32%) oder öffentliche Gebäude (31%) geht. Einem generellen Rauchverbot in der Öffentlichkeit würden erwartungsgemäß nur wenige Raucher/innen (1%) zustimmen, erstaunlicherweise aber auch nur 23% der Nichtraucher/innen.

Die Zigarettenwerbung wird von mehr als der Hälfte der Jugendlichen als mitentscheidend für das Rauchen angesehen, und zwar unabhängig davon, ob sie rauchen oder nicht. Die Werbung sollte nach Meinung von mehr als der Hälfte der Raucher/innen und Nichtraucher/innen eingeschränkt werden.

Fast alle Befragten halten Rauchen für gesundheitsschädlich, unabhängig davon, ob sie rauchen oder nicht. Entsprechende Antirauchkampagnen waren damit sehr erfolgreich; der Hinweis auf Gesundheitsgefährdung bietet jedoch kein weiteres Potential für Veränderungen.

Befragt nach den Attributen des Rauchens, geben Raucher/innen häufig „Gemütlichkeit“ (79%), „Ablenkung“ (61%), „Abbau von Nervosität und Streß“ (65%) und „Geschmack“ (77%) an. Attribute wie „sieht cool aus“ oder „macht sicher“ sind von nachgeordneter Bedeutung. Dies belegt die Bedeutung der Kompensationsmechanismen und geschmacklichen Komponenten des Rauchens, was gleichzeitig die Änderungsbereitschaft und Interventionsmöglichkeiten sehr erschwert.

Welches sind die wichtigsten Gründe für das Nichtrauchen? Hauptargument bei über 90% der Nichtraucher/innen ist, daß im Rauchen kein Sinn gesehen wird. Und etwa zwei von drei Nichtrauchenden geben an, daß es nicht schmeckt oder nicht zu ihnen paßt.

Der Preis der Zigaretten scheint ein wichtiger Ansatzpunkt für die Rauchprävention zu sein: Etwa zwei von drei Nichtrauchenden geben an, daß es ihnen zu teuer sei. So wird auch von ehemals Rauchenden als Hauptgrund für das Einstellen des Rauchens der hohe Preis der Zigaretten genannt (60%).

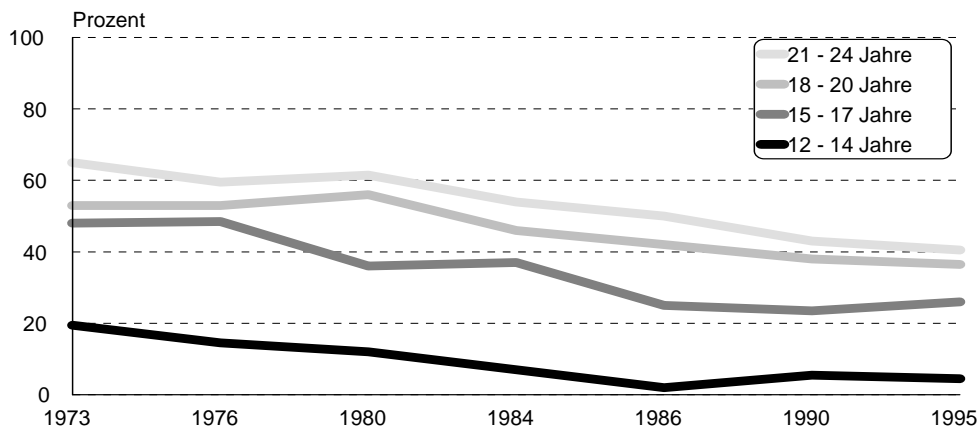
Demgegenüber scheint der Einfluß der Schule sowie der von Antirauchkampagnen wenig bewußt zu werden; nur 25% der nichtrauchenden Jugendlichen in München geben an, daß eine Unterrichtseinheit sie überzeugt habe, und nur für 12% der nichtrauchenden Jugendlichen war eine Antirauchkampagne überzeugend.

Die Beschaffung erfolgt überwiegend über Automaten (49%). Jugendliche im Alter von 13-14 Jahren beschaffen sich Zigaretten außer beim Automaten vor allem bei Bekannten und Freunden/innen (häufig 40%, gelegentlich 56%). Andere Zugänge (z.B. Kiosk, Supermarkt) sind von geringerer Bedeutung (jeweils etwa 20%).

Zeittrends von 1973 - 1995 in Bayern

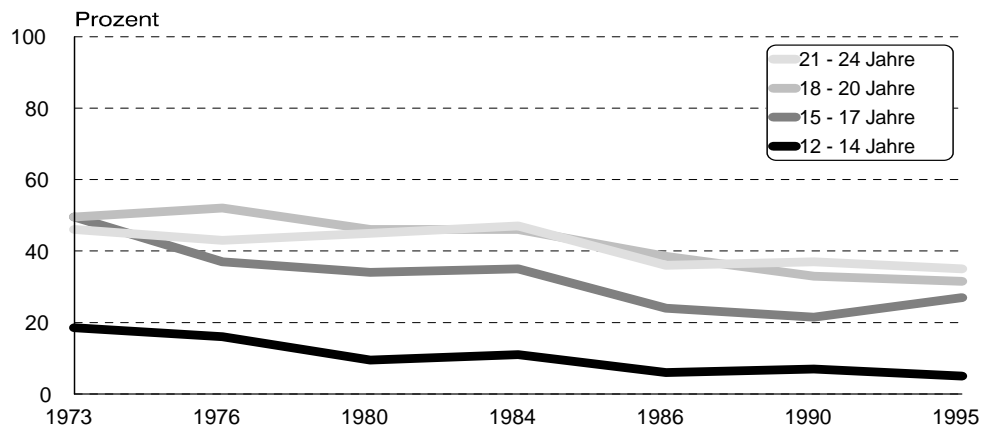
Aus den regelmäßig seit 1973 durchgeführten Untersuchungen in Bayern (Biogramm Studien im Auftrag der Bayerischen Staatsregierung) lassen sich Trends im Rauchverhalten abbilden.

Abb.3.5.1.1: Entwicklung des Rauchens 1973-1995 in Bayern - männlich 12-24 Jahre



Quelle: Infratest (IEG) und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit: Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern. 1997.

Abb.3.5.1.2: Entwicklung des Rauchens 1973-1995 in Bayern - weiblich 12-24 Jahre



Quelle: Infratest (IEG) und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit: Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern. 1997.

Die Raucherraten sind seit 1973 in Bayern rückläufig. Hat 1973 noch fast jeder/jede Zweite geraucht, so ist es 1995 nicht einmal jeder/jede Dritte. Der Trend zur Abnahme ist konsistent für die 13-25 Jährigen konsistent - gleich ob männlich oder weiblich (vgl. Abb. 3.5.1.1 und 3.5.1.2). Aus der Ähnlichkeit der aktuellen Häufigkeitsraten (1995) in Bayern und in München - sowohl insgesamt als auch in einzelnen Alters- bzw. Geschlechtsgruppen - läßt sich plausibel ableiten, daß auch in München ähnlich wie in Bayern ein Trend zur Abnahme des Rauchens erfolgte.

3.5.2 Alkohol

Der Einfluß des Alkohols auf die Gesundheit ist uneinheitlich zu bewerten. Einerseits schädigt häufiger und exzessiver Alkoholgenuß Leber, Gehirn und Keimzellen und

psychische Befunde treten vermehrt auf. Grundsätzlich erhöht sich mit Alkoholgenuß der Blutdruck; regelmäßiger (hoher) Alkoholkonsum kann daher zu Bluthochdruck führen. Andererseits wurde für Erwachsene nachgewiesen, daß ein mäßiger Alkoholkonsum schützend auf Herz-Kreislauf wirkt. Die geringere Alkoholverträglichkeit von Frauen ist erwiesen. Manche Menschen haben eine Alkoholunverträglichkeit selbst bei geringen Mengen. Bei übermäßigem Alkoholkonsum besteht die Gefahr der Gewöhnung bis hin zur Sucht. Als gesundheitsschädlich ist auf jeden Fall jeder Alkoholkonsum von Kindern und jüngeren Jugendlichen zu bewerten.

Vor der Darstellung der uns vorliegenden Daten ist darauf hinzuweisen, daß die folgenden Angaben zum Alkoholkonsum maßgeblich durch das Trinken von Bier bestimmt werden. Wein und harte Alkoholika werden erheblich seltener getrunken.

Nach der Jugendgesundheitsuntersuchung trinkt in München ein Viertel aller Personen im Alter zwischen 13 und 25 Jahren regelmäßig und jede/r Dritte gelegentlich Alkohol. Von den Mädchen/jungen Frauen trinken nur etwa halb so viele regelmäßig Alkohol wie die männlichen Altergenossen. Hinsichtlich der Prävalenzschätzung des Mißbrauchs und der Abhängigkeit kommen die Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 und die Studie der Max Planck Gesellschaft für Psychiatrie (Wittchen) zu vergleichbaren Ergebnissen.

Tab.3.5.2.1: Relative Häufigkeit der Alkoholgefährdung im Alter zwischen 14 und 24 Jahren, getrennt nach Alter und Geschlecht (n=3.021)

Alkohol- gefährdung durch:	Befragte insgesamt (n=3.021)	Geschlecht		Altersklassen			
		männlich (n=1.439)	weiblich (n=1.528)	14-15 Jahre (n=475)	16-17 Jahre (n=445)	18-19 Jahre (n=445)	20-24 Jahre (n=.655)
Mißbrauch	9,7%	15,1%	4,5%	1,2%	8,9%	11,0%	12,0%
Abhängigkeit	6,2%	10,0%	2,5%	1,2%	3,9%	6,3%	8,2%

Quelle: Wittchen et al. 1996

Wittchen et al. kamen aufgrund der von ihnen verwandten Kriterien zu dem Ergebnis, daß bei knapp 10% der Münchener Jugendlichen/jungen Erwachsenen ein Alkoholmißbrauch und bei knapp 7% eine Abhängigkeit vorliegt. Bei der Jugendgesundheitsstudie wurden ähnliche Ergebnisse ermittelt. Bezogen auf die Trinkmenge haben 9% einen hohen und knapp 2% einen übermäßigen * Konsum alkoholischer Getränke, sodaß auch in dieser Studie bei etwa jedem/jeder zehnten Münchener/in im Alter von 13-24 Jahren von Alkoholmißbrauch gesprochen wird.

Alkoholkonsum ist stark geschlechts- und altersabhängig. Mißbrauch ist bei männlichen Befragten dreimal und Abhängigkeit viermal so hoch wie bei weiblichen. Der Anteil regelmäßiger Alkoholkonsumenten/innen steigt in großen Sprüngen über die verschiedenen Altersklassen bei weiblichen und bei männlichen Befragten an. Legt man die von Wittchen et al. verwendeten Kriterien und Werte zugrunde, dann kommt man zu folgenden Schätzungen für München: Bei den 32.000 Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren läge bei etwa 1.600 ein

*Zur Bildung der Indizes vergleiche Kap. 8.2.2

Alkoholmißbrauch und bei etwa 800 bereits eine Alkoholabhängigkeit vor. Bei den über 18 Jährigen wäre diese Zahl weitaus höher. Hier läge bei den knapp 87.000 jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren bei knapp 11.000 ein Alkoholmißbrauch und bei ca. 6.500 eine Abhängigkeit vor.

Im Gegensatz zum Rauchverhalten und zur Drogenerfahrung wird nur ein geringer Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und dem Alkoholkonsum beobachtet. Allenfalls Schwierigkeiten mit Behörden oder der Polizei sind mit höheren Anteilen regelmäßiger Alkoholkonsumenten/innen verbunden.

Alkohol wird häufig in Kombination mit anderen Suchtmitteln konsumiert. 44% der aktuellen Raucher/innen und 51% der aktuellen Drogenkonsumenten/innen trinken regelmäßig. Nichtraucher/innen trinken demgegenüber nur zu 13% und Nicht-Drogenkonsumenten/innen nur zu 15% regelmäßig Alkohol (s. Kap. 3.5.5).

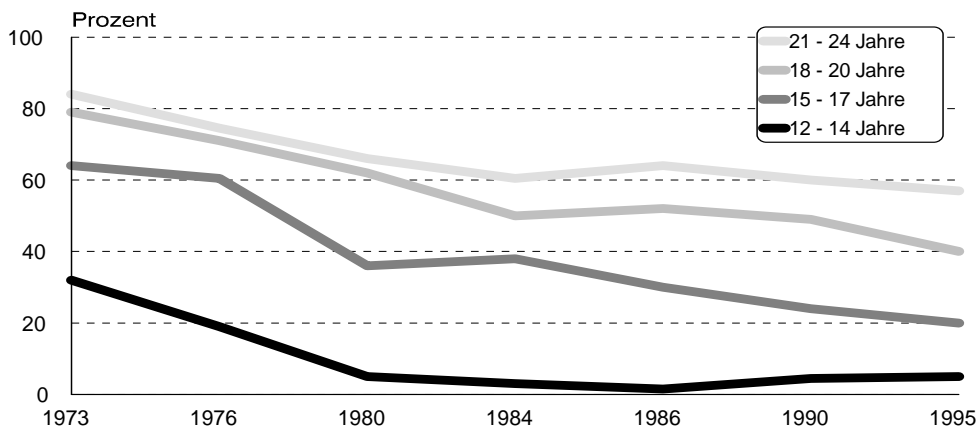
Motive für Alkoholabstinenz

Für Befragte, die nur selten Alkohol trinken, sind dafür - ähnlich wie beim Rauchen - Imagegründe ausschlaggebend. Neun von zehn sehen keinen Sinn im Trinken größerer Mengen Alkohol, sieben von zehn sagen, daß es nicht zu ihnen passe, und acht von zehn finden das Trinken größerer Mengen Alkohol abstoßend. Andere Gründe sind von geringerer Bedeutung. So geben 33% an, es sei zu teuer, und 9% meinen, es würde von Freund/Freundin nicht akzeptiert. Anti-Alkoholkampagnen im Fernsehen oder auf Plakaten (8%), Unterrichtseinheiten in der Schule (19%) oder Verbote der Eltern (14%) werden relativ selten als Gründe angegeben.

Zeittrends in Bayern von 1973 - 1995

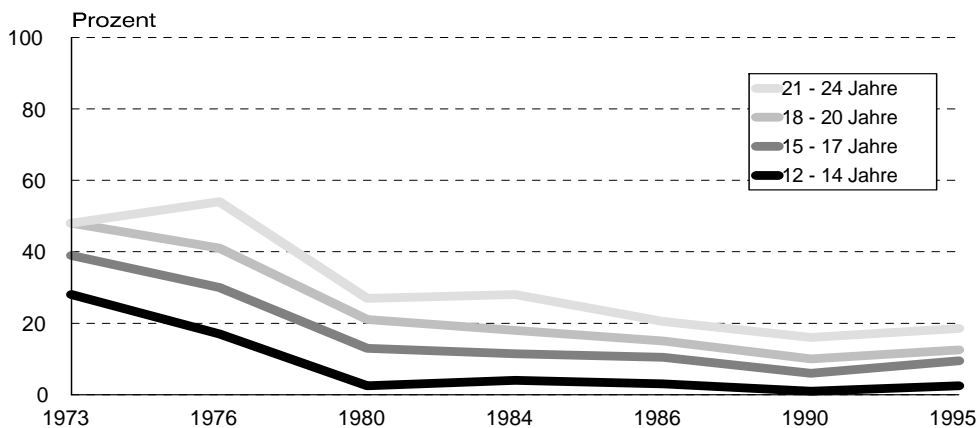
Da die aktuellen Werte für Bayern fast identisch mit denen für München sind, kann mit Recht davon ausgegangen werden, daß die bayernweite Entwicklung seit 1973 auch in München stattgefunden hat.

Abb.3.5.2.1: Entwicklung der Anteile von regelmäßigem Alkoholkonsum 1976-1995 in Bayern - männlich 12-24 Jahre



Quelle: Infratest (IEG) und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit: Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern. 1997.

Abb.3.5.2.2: Entwicklung der Anteile von regelmäßigem Alkoholkonsum 1976-1995 in Bayern - weiblich 12-24 Jahre



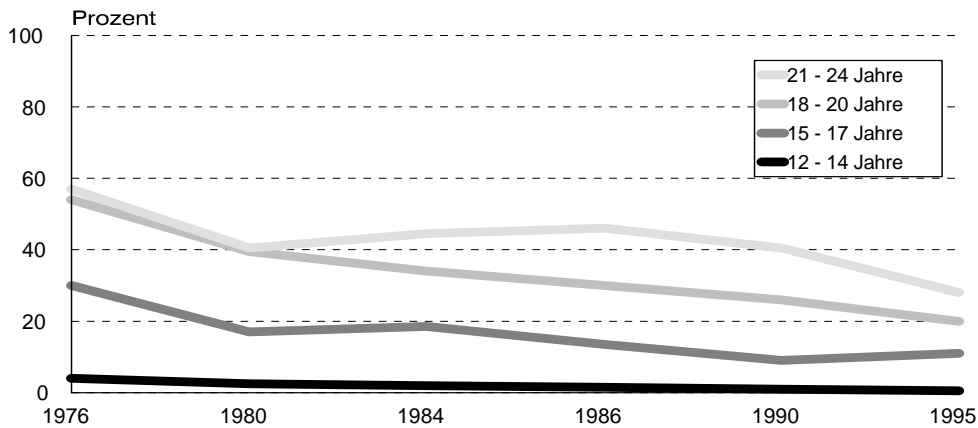
Quelle: Infratest (IEG) und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit: Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern. 1997.

Der Anteil hoher und übermäßiger Alkoholkonsumenten/innen hat sich in Bayern seit Mitte der 70er Jahre rückläufig entwickelt. Waren es 1976 noch über 20% mit hohem Alkoholkonsum (meist Bier), so sind es 1995 weniger als 10%. Demgegenüber zeigt sich für Bayern seit Mitte/Ende der 80er Jahre, daß der Anteil gefährdeter Jugendlicher tendenziell zunimmt.

Der Anteil regelmäßiger Alkoholkonsumenten/innen hat vor allem bei Frauen während der 70er Jahre stark abgenommen. Bei den Männern fällt die rückläufige Tendenz beim regelmäßigen Alkoholkonsum schwächer aus. Der stärkste Rückgang kann auch hier während

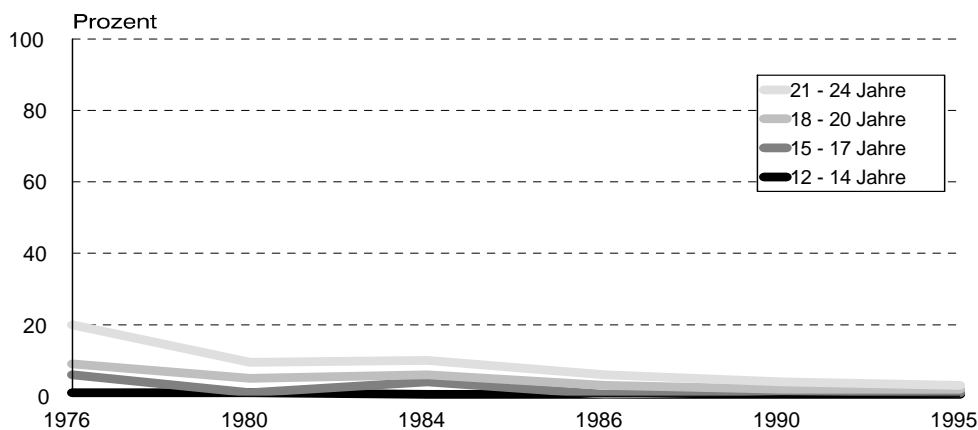
der 70er Jahre beobachtet werden. Seit Beginn der 90er Jahre erfolgt in allen Altersklassen wieder ein leichter Anstieg, jedoch auf niedrigem Niveau.

Abb.3.5.2.3: Entwicklung der Anteile von hohem und übermäßigem Alkoholkonsum 1976-1995 in Bayern männlich 12-24 Jahre



Quelle: Infratest (IEG) und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit: Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern. 1997.

Abb.3.5.2.4: Entwicklung der Anteile von hohem und übermäßigem Alkoholkonsum 1976-1995 in Bayern - weiblich 12-24 Jahre



Quelle: Infratest (IEG) und Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit: Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern. 1997.

3.5.3 Medikamentenkonsum

Allgemein ist festzuhalten, daß durchschnittlich eher geringe Mengen an Medikamenten eingenommen werden. Bei der Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 finden sich nennenswerte Häufigkeiten (Einnahme mehrmals im Monat) nur bei Vitamin- und Mineralstoffpräparaten (44% bzw. 23%), Schmerzmitteln (14%), Mittel gegen Allergien

(12%) und Mittel zur Behandlung einzelner Krankheiten (6%). Für alle übrigen Präparate liegt die Einnahme unter 1% der Nennung „mehrmals im Monat“.

Bei den Befragten zeigen sich deutliche geschlechts- und altersspezifische Unterschiede im Medikamentenkonsum: Mädchen und junge Frauen nehmen signifikant häufiger Medikamente ein als männliche und ältere Befragte häufiger als jüngere. Unterschiede werden dabei auch bei der Art der Präparate erkennbar. Mädchen/junge Frauen konsumieren häufiger Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Abführmittel, Appetitzügler und Medikamente zur Behandlung einzelner Krankheiten als Buben/junge Männer. Ältere nehmen häufiger Schmerzmittel ein als Jüngere. Resümierend muß darauf hingewiesen werden, daß sich diese Angaben auf einen durchweg niedrigen Arzneimittelkonsum beziehen. Insgesamt nehmen männliche Befragte häufiger überhaupt keine Medikamente zu sich als weibliche (26% vs. 13%).

Die Ergebnisse zeigen, daß der Medikamentenkonsum zusammenhängt mit der Anzahl der Arztbesuche pro Jahr. In der Gruppe mit höherem Medikamentenkonsum sind Arztbesuche häufiger als in der Gruppe mit geringerer Medikamenteneinnahme. Junge Frauen, die häufiger ausgewählte Medikamente (Schmerzmittel, Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Psychopharmaka, Anregungsmittel, Medikamente zur Behandlung einzelner Krankheiten oder Allergiemittel) einnehmen, haben signifikant öfter während der letzten 12 Monate einen Arzt aufgesucht, vor allem Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin, innere Medizin und Frauenärzte/innen.

Der überwiegende Teil der Befragten (64%) bezieht die regelmäßig oder gelegentlich eingenommenen Medikamente ausschließlich über ein ärztliches Rezept. Dabei ist der Anteil der weiblichen Befragten mit 72% höher als der der männlichen (56%). 14% holen ihre Medikamente im allgemeinen vom Apotheker ohne ärztliches Rezept.

3.5.4 Konsum illegaler Drogen

Für den Konsum illegaler Drogen bei der Altersgruppen der 13 - 25Jährigen wurden folgende Häufigkeiten ermittelt:

Tab.3.5.4.1 Konsumerfahrungen von Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 13-25 Jahren bei illegalen Drogen (n=809)

Konsumerfahrungen	Jugendgesundheitsuntersuchung 1995
mehrmals illegale Drogen probiert	33,3 %
aktuelle Drogenkonsumenten	16,6 %
ehemalige Drogenkonsumenten	14,3 %

Quellen: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 und Wittchen et.al 1996

Danach ist davon auszugehen, daß mindestens ein Drittel der Jugendlichen bereits einmal eine illegale Droge probiert hat, und daß etwa jeder/jede Sechste derzeit illegale Drogen zu sich nimmt (überwiegend Cannabis). Dabei gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern und in allen Altersklassen.

Tab.3.5.4.2: *Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler bei Jugendlichen im Alter von 13-25 Jahren (n=809)*

jemals Rauschmittel probiert	13 - 14 J.	15 - 17 J.	18 - 20 J.	21 - 25 J.	insgesamt
ja	07,0 %	31,2 %	37,8 %	38,7 %	33,3 %
nein	93,0 %	68,8 %	62,2 %	60,9 %	66,7 %

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Damit haben von den rund 32.000 Münchener Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren bereits ca. 6.800 irgendwann einmal eine illegale Droge probiert. Und von etwa 87.000 jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren waren dies rund 32.000 Personen. Diese Zahlen beziehen sich zum weitaus überwiegenden Teil auf Cannabis.

Erste Drogenerfahrungen werden vor allem bis zum 17. Lebensjahr gesammelt. Ab dem 18. Lebensjahr verändern sich die Zahlen nur wenig, es kommen kaum neue Probierer hinzu. Der Anteil der drogenerfahrenen Mädchen und Frauen liegt bei 28% gegenüber 39% bei männlichen Befragten.

Tab.3.5.4.3: *Drogenerfahrung im Alter von 13-17 Jahren nach Geschlecht (n=247)*

Anteil der Drogenerfahrenen	13 - 14 Jahre	15 - 17 Jahre
Buben	8,1%	35,8%
Mädchen	5,9%	26,6%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Bei jungen Frauen steigt der Anteil der Erfahrenen bis auf 32% bei der Altersgruppe 21 - 25 Jahre und bei Männern bis auf 46% der gleichen Altersklasse. Fast jede dritte junge Frau und fast jeder zweite junge Mann haben schon einmal illegale Drogen probiert. Dieses Probieren richtet sich vor allem auf Cannabis und Designerdrogen, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tab.3.5.4.4: *Erfahrung mit verschiedenen Substanzen illegaler Drogen (n=809)
(Mehrfachnennungen)*

Substanzen	Anteil (in %)
Cannabis	29,1%
Halluzinogene (LSD, Mescaline)	3,2%
Kokain	4,3%
Aufputzmittel	3,0%
Heroin	0,8%
Methadon	0,2%
andere Opiate	1,1%
Crack	0,3%
Schnüffelstoffe	3,3%
Ecstasy/Designerdrogen	10,4%
Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel	3,4%
andere Substanzen	0,8%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Der Anteil der Mädchen und jungen Frauen ist durchweg etwas geringer als der von männlichen Befragten. Hinsichtlich des Einstiegsalters ist für fast alle Stoffe die Altersklasse 15 - 17 Jahre ausschlaggebend: Nur bei Kokain erfolgt der größte Sprung in der Altersklasse 18 - 20 Jahren.

Höhere Anteile von drogenerfahrenen Jugendlichen werden beobachtet, wenn die Eltern geschieden sind (46%) oder getrennt leben (41%). Dieser Zusammenhang besteht unabhängig vom Alter. Ein enger Zusammenhang wird auch zwischen bestimmten und der Drogenerfahrung beobachtet. So gibt es mehr Drogenerfahrene unter Jugendlichen, die schon einmal von zu Hause ausgerissen waren (68%) oder bei denen Alkohol- bzw. Drogenprobleme in der Familie bestehen (52%).

Mißbrauch und Abhängigkeit

Ein gutes Viertel der Drogenerfahrenen in München (28%) kann als häufige Konsumenten eingestuft werden. In der Längsschnittstudie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie wurden anhand anerkannter Kriterien (DSM-IV Kriterien) die Häufigkeiten des Mißbrauchs und der Abhängigkeit von Suchtmitteln abgeschätzt.

In 2,5% aller Fälle kam irgendwann einmal ein Mißbrauch und in 2% aller Fälle eine Abhängigkeit bezüglich irgendeiner illegalen Substanz vor. Der Anteil der Männer liegt mit 3,7% Mißbrauch und 2,5% Abhängigkeit etwa doppelt so hoch wie der der Frauen (1,4% Mißbrauch, 1,6% Abhängigkeit). Für die einzelnen Altersstufen zeigte sich folgende Lebenszeitprävalenz von Störungen für alle illegalen Substanzen:

Tab.3.5.4.5: Mißbrauch und Abhängigkeit bei Münchener Jugendlichen und jungen Erwachsenen, getrennt nach Alter (n=3.021)

Störungen	14-15 J.	16-17 J.	18-21 J.	22-24 J.
Mißbrauch	1,1%	2,0%	3,2%	2,8%
Abhängigkeit	0,6%	1,6%	2,6%	2,4%

Quelle: Wittchen et al.

Damit läge bei etwa 500 der 32.000 Münchener Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren ein Mißbrauch und bei ca. 400 eine Abhängigkeit vor. Für die 87.000 jungen Erwachsenen im Alter von 18-25 Jahren lassen sich für 2.500 Personen ein Mißbrauch und für 2.100 eine Abhängigkeit hochrechnen. Auch hier ist festzuhalten, daß es sich dabei überwiegend um sogenannte „weiche“ illegale Drogen wie Cannabis und nicht um „harte“ illegale Drogen wie Heroin oder Kokain handelt.

Motive für Einstieg und Ausstieg

Von den Drogenerfahrenen wurden folgende Gründe für den Einstieg in den Drogenkonsum angegeben: Neugier, Aufregendes erleben zu wollen sowie Geselligkeit sind die wichtigsten Gründe für den Einstieg. Psychodelische Motive (Glücksgefühle, erweiterte Wahrnehmungsfähigkeit) sind weniger ausschlaggebend. Andere Studien haben gezeigt, daß Langeweile häufig der Hintergrund für Neugier und das Bedürfnis nach Aufregendem ist. Dies ist für präventive Zwecke eine wichtige Information.

Tab.3.5.4.6: Gründe für den Gebrauch illegaler Drogen (Einstieg; n=269)

Gründe für den <u>früheren</u> Gebrauch illegaler Drogen (Mehrfachnennungen)	alle Drogen-erfahrenen (%)
- Neugier	57,7%
- Aufregendes/Neues erleben wollen	27,6%
- Geselligkeit	20,1%
- Wahrnehmungsfähigkeit	11,9%
- Alltag vergessen	11,8%
- Glücksgefühle	10,2%
- Gemeinschafts-/Gruppengefühl	9,4%
- gutes körperliches Feeling	7,6%
- großes Verlangen	4,5%
- sonstige Gründe	unter 4,0%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Die Motive für die Aufrechterhaltung des Drogenkonsums unterscheiden sich erheblich von den Einstiegsmotiven, man kann von einem gänzlich anderen Motivationsprofil sprechen. Es dominieren die psychodelischen Motive sowie körperliche Glücksgefühle. Etwa jeder vierte bis fünfte „starke User“ gibt Gründe an, die mit den „angenehmen Begleitwirkungen“ der Substanzen zusammenhängen wie z.B. „Ich kann dann mal den Alltag vergessen und total abschalten“ (14%), „Ich höre Musik ganz anders und nehme die Dinge anders wahr“ (24%), „Ich habe dann ein gutes körperliches Feeling“ (20%). Andere Motive z.B. „Gemeinschaftsgefühl in der Gruppe“ (9%;), „Naturverbundenheit“ (10%) oder „Problembewältigung“ (2%) sind von untergeordneter Bedeutung. Neugier spielt keine Rolle mehr.

Über die Hälfte der „starken User“ meint, bestimmt mit dem Konsum illegaler Drogen aufhören zu können. Etwa jede/jeder Fünfte stellt sich vor, vielleicht aufzuhören.

Der häufigste Grund für den „Ausstieg“ war, daß der Drogenkonsum „nichts gebracht“ habe. Verbote, Angst vor Strafe, Geldprobleme spielten erheblich seltener eine Rolle. Für die „Probierer“ sind damit Aufklärungskampagnen nicht unwichtig. Für „starke User“ dürfte allge-meine Aufklärung relativ unwirksam sein, hier müssen spezielle Aufklärungs- und Beratungskonzepte verfolgt werden, die auf die Vermittlung lebenspraktischer Kompetenzen abzielen.

Tab.3.5.4.7: Gründe für die Beendigung des Rauschmittelkonsums bei ehemaligen Konsumenten illegaler Drogen (n=116)

Gründe für die Beendigung des Rauschmittelkonsums	ehemalige Konsumenten illegaler Drogen (%)
- hat mir nichts gebracht	80,8 %
- Angst vor gesundheitlichen Schäden	35,9 %
- Angst, süchtig zu werden	29,3 %
- Drogenwirkung war unangenehm	23,2 %
- Angst vor Leistungseinbußen	18,3 %

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Zugang zu illegalen Drogen

Zugang zu illegalen Drogen bekommen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem durch ihre Freunde/innen und Bekannten.

Tab.3.5.4.8: Zugang zu illegalen Drogen bei Drogenerfahrenen (n=269)

An das illegale Suchtmittel gekommen durch	beim ersten Mal	später	beim ersten Mal und später
Freunde/Freundinnen	27,5 %	7,2 %	19,3 %
Clique/Gruppe	14,3 %	10,4 %	12,9 %
Bekannte	7,7 %	12,0 %	10,2 %
Dealer	3,0 %	7,2 %	0,4 %

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Zeittrends in Bayern von 1973 - 1995

In Bayern hat der Anteil der Drogenerfahrenen zwischen 1973 und 1986 abgenommen. Er sank von etwa 14% in den 70er Jahren auf etwa 10% in den 80er Jahren. Seit 1986 steigt der Anteil wieder an und erreicht 1995 einen bisherigen Höchststand von über 20%. Dies bedeutet, daß jeder/jede Fünfte im Alter zwischen 12 und 24 Jahren in Bayern illegale Drogen probiert hat. Dieser Anteil liegt aber erheblich unter dem aktuellen Stand von München mit etwa 33%.

Unter den Drogenerfahrenen in Bayern nahm der Anteil der aktuellen Drogenkonsumenten seit 1980 kontinuierlich zu; 1995 wurde der bisherige Höchststand erreicht. Über die Hälfte der Drogenerfahrenen konsumieren zum Zeitpunkt der Untersuchung illegale Drogen (vor allem Cannabis). Diese Relation entspricht der in München.

Auch die Intensität des Drogenkonsums nimmt in Bayern seit 1986 wieder zu, nachdem zwischen 1976 und 1986 ein leichter Rückgang zu beobachten war. Wurden in Bayern 1986 „nur“ etwa 8% der Drogenerfahrenen als „starke User“ bezeichnet, so sind es 1995 etwa 18%, also mehr als doppelt so viele wie früher. Der Anteil „schwacher User“ stieg in Bayern zwischen 1976 (ca. 21%) und 1995 (ca. 30%) kontinuierlich an. In München gehören von den Drogenerfahrenen ca. 28% zu den sogenannten „starken Usern“ und zu den „schwachen Usern“ ca. 23%. Dies sind etwas mehr „starke User“ und etwas weniger „schwache User“ als in Bayern.

Im Vordergrund der Einnahme illegaler Drogen steht auch in Bayern der Konsum von Marihuana / Haschisch.

Ältere konsumieren erwartungsgemäß mehr als Jüngere. Der stärkste Anstieg ist in Bayern wie in München zwischen den Altersklassen 12-14 Jahren und 15-17 Jahren zu beobachten. Dies deutet darauf hin, daß vor allem 12-17jährige Jugendliche einer besonderen Gefährdung ausgesetzt sind. Im Vergleich der Jahre zeigt sich, daß der Anstieg zu Mitte der 90er Jahre in allen Altersklassen erfolgte. Ein besonders hoher Anstieg wird in den Altersklassen 12-14 Jahre und 15-17 Jahre beobachtet. Dies deutet darauf hin, daß sich das Einstiegsalter nach unten verschoben hat.

3.5.5 Gesundheitliche Beeinträchtigung durch Suchtmittelkonsum

Bei den 13-17 Jährigen konnte ein Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und der Einstellung zur Gesundheit nachgewiesen werden. Jugendliche, die rauchen und illegale Drogen zu sich nehmen, achten signifikant weniger auf ihre Gesundheit als solche, die nicht rauchen und keine illegalen Suchtstoffe konsumieren. Dies gilt unabhängig davon, ob die Nichtraucher/innen früher geraucht haben oder nicht bzw. die Nichtkonsumenten/innen illegaler Suchtstoffe schon einmal Drogen probiert haben oder nicht. Bei regelmäßigem Alkoholgenuß läßt sich in den Befragungsdaten zwar ein Unterschied zeigen, dieser ist aber nicht statistisch signifikant.

Mehrfachgefährdung

Bei jedem der vorgenannten Suchtmittel kann ein Zusammenhang mit Gesundheitsgefährdung und gesundheitlicher Beeinträchtigung bereits bei Jugendlichen nachgewiesen werden. Wie bei Alkohol bereits dargestellt, ist bei Personen, die eins der genannten Suchtmittel regelmäßig zu sich nehmen die Wahrscheinlichkeit, daß auch die übrigen Mittel konsumiert werden, höher als bei den jeweiligen Nichtkonsumenten. Mit Mehrfachkonsum dürfte eine Potenzierung der Gesundheitsgefährdung einhergehen, die wir aber über die unten angeführten signifikanten Zusammenhänge hinausgehend nicht weiter prüfen. Für die Zwecke der Gesundheitsberichterstattung genügt die Darstellung der Anteile solcher Mehrfachkonsumenten. Berücksichtigt wurde das Rauchen, der regelmäßige Konsum von Alkohol, der Medikamentenkonsum und der aktuelle Gebrauch illegaler Drogen.

Tab.3.5.5.1 *Relative Häufigkeit der Mehrfachgefährdung* durch Medikamentenkonsum, Gebrauch illegaler Drogen, Rauchen und Alkohol (n=809)*

Mehrfachgefährdungsindex	Anteile in %
keine Gefährdung	53,4%
1 Gefährdung	24,2%
2 Gefährdungen	14,8%
3 und 4 Gefährdungen	7,7%
insgesamt	100,0%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Über 22% der Jugendlichen weisen eine Mehrfachgefährdung auf, konsumieren mehr als eines der genannten Suchtmittel. In der folgenden Tabelle ist dargestellt, in welchen Häufigkeitskombinationen diese Suchtgefährdungen vorkommen. Dabei wurde wegen geringer Fallzahlen der Medikamentenkonsum nicht berücksichtigt.

*Zur Indexbildung siehe Kap. 8.2

Tab.3.5.5.2 *Relative Häufigkeit der Mehrfachgefährdungskombinationen zwischen Rauchen, Alkohol und dem Gebrauch illegaler Drogen (n=809)*

Suchtbelastung	Raucher	regelmäßiger Alkoholkonsum	Konsum illegaler Drogen
Raucher	-	44,6%	37,4%
regelmäßiger Alkoholkonsum	57,6%	-	33,5%
Konsum illegaler Drogen	73,2%	50,6%	-
Anzahl Jugendliche	(n=261)	(n=202)	(n=134)

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Psychische Lage

Die Jugendlichen, die rauchen, Alkohol trinken oder illegale Drogen zu sich nehmen, weisen keine extrem andere psychische Disposition als die übrigen Jugendlichen auf. Konsumenten von Illegalen Drogen oder von Alkohol zeigen etwas geringere *Angepaßtheitswerte* (d.h. sie sind etwas weniger zufrieden mit dem, was sie haben, wollen sich weniger anpassen und unterordnen bzw. wollen nicht nur die bestehenden Möglichkeiten ausschöpfen). Außerdem haben Raucher und Konsumenten illegaler Drogen einen deutlich höheren *Selbstbezug* (d.h. sie wollen sich eher an dem orientieren, was Spaß macht und sich weniger um Dinge außerhalb der eigenen Welt kümmern; tendenziell gehört hierzu auch der Wunsch, aus den Zwängen der Gesellschaft auszubrechen). Keine Unterschiede konnten aber hinsichtlich des *Demoralisierungsgrades* sowie des *Kontrollbewußtseins* gefunden werden (also der Vorstellung das eigene Leben bestimmen zu können und im Griff zu haben).

Gesundheitliche Auswirkungen

Weitaus stärker sind die Zusammenhänge zwischen Konsum von Suchtmitteln und dem Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden. Allerdings konnte dies nur für Rauchen und für illegalen Drogen statistisch nachgewiesen werden, nicht für Alkoholkonsum.

Aktuelle und ehemalige Konsumenten illegaler Drogen geben signifikant häufiger Beschwerden im Bereich *nervöser Störungen* (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten, Unruhe, Abgespanntheit, Schlafstörungen) sowie *(psycho-)vegetativer Störungen* an (z. B. Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Zittern der Hände). Raucher und ehemalige Raucher klagen verstärkt über *nervöse Störungen* (s.o.), *(psycho-)somatische Störungen* (z. B. Appetitlosigkeit, Benommenheit, Kopf- und Magenschmerzen) sowie *Verspannungen* (Kreuz-, Rücken-, Nacken-, Schulterschmerzen).

Konsumenten illegaler Drogen, Raucher und Personen, die überproportional häufig Medikamente mit Suchtpotential nehmen, weisen gegenüber solchen ohne Suchtmittelkonsum häufiger mehrere gesundheitliche Beschwerden gleichzeitig auf. Dies gilt für Frauen und Männer. Nur beim Alkoholkonsum konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Es ist zu bedenken, daß in der Befragung Personen mit weitgehend moderatem Konsum erfaßt wurden, es sich also eher um Suchtgefährdete und weniger um Süchtige handelt. Extreme User bei Alkohol und illegalen Drogen dürften in der Studie unterrepräsentiert sein,

wie an anderer Stelle eingehend begründet wurde. Daher kann mit den vorliegenden Daten keinesfalls ein vermehrtes Auftreten psychischer Probleme bei stark Süchtigen ausgeschlossen werden.

Bemerkenswert ist, daß bereits bei Rauchern und bei illegalem Drogengenuß in dieser Altersstufe eine erhebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Lage in Form von Beschwerden vorliegt, von denen einige bereits mit einer verstärkten Behandlungsbedürftigkeit und Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehen dürften.

3.6 Sexualverhalten und AIDS

3.6.1 Sexualverhalten

Die in der Jugendgesundheitsuntersuchung Befragten gaben an, zu 39% keinen Sexualpartner, 42,5% einen und 17,7% zwei und mehr Sexualpartner in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben. Der Anteil derer mit Sexualkontakten ist wie erwartet stark altersabhängig. Während 13-14Jährige zu 95,9% und 15-17Jährige zu 70,5% keine Sexualpartner hatten, war die bei 18-20Jährigen nur noch zu 28,9% und bei über 20Jährigen zu 17,4% der Fall.

Die Geschlechter unterscheiden sich bis zum 18. Lebensjahr relativ wenig; erst ab dem 18. Lebensjahr nimmt bei Frauen der Anteil von Personen mit mindestens einem Sexualpartner stärker zu als bei den Männern. Zwar ist der Anteil der Personen ohne Sexualpartner in den letzten 12 Monaten bei Männern über 20 Jahre mit 24,0% höher als der von gleichaltrigen Frauen (20,2%). Der Anteil der Männer mehr als 2 Sexualpartnern ist aber in dieser Altersgruppe mit 27% ebenfalls höher als bei Frauen (20,2%). Riskant für die eigene Gesundheit und die der Partner(innen) durch wechselnde Sexualpartner verhalten sich demzufolge vermehrt die Männer.

Von den Personen mit mindestens einem Sexualpartner schützen sich 21% immer, 36% manchmal und 43% nie mit einem Kondom. Der Anteil dauernd ungeschützten Geschlechtsverkehrs war bei weiblichen Befragten mit 48,0% höher als bei männlichen (33,4%). Entsprechend war die ständige Verwendung von Kondomen bei weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen deutlich geringer (14,1% zu 30%). Hierbei muß berücksichtigt werden, daß Frauen erheblich häufiger als Männer nur einen Sexualpartner haben.

Besonders wichtig ist der Schutz durch Kondome bei wechselnden Geschlechtspartnern. Frauen mit 2 und mehr Sexualpartnern in den letzten 12 Monaten schützen sich seltener als Männer. Sie geben an, daß zu 22% immer, zu 55% manchmal und zu 23% nie Kondome verwendet wurden (Männer: 38% immer, 50% manchmal, 12% nie). Zu bedenken ist hier, daß der Schutz mit Kondomen für Männer im eigenen Verhalten liegt. Für Frauen ist der Schutz durch Kondome nur durch Ansprechen beim Partner zu erreichen. Dies ansprechen zu können, sollte eine Aufgabe der Sexualaufklärung sein.

3.6.2 AIDS

Die Jugendlichen wurden nach ihrer Einstellung zum AIDS-Test befragt. Etwa 25% der Jugendlichen haben einen Test durchführen lassen (mehr junge Männer als junge Frauen und mehr ältere als jüngere Jugendliche) und weitere 38% haben schon daran gedacht, den Test durchführen zu lassen (mehr Frauen als Männer und vor allem Jugendliche der Altersklassen 15-20 Jahre). Etwa 30% halten einen Test für sich für überflüssig.

Die Beachtung bzw. Nichtbeachtung der eigenen Gesundheit steht in keinem Zusammenhang mit der Einstellung von Jugendlichen, einen AIDS-Test für überflüssig zu halten. Dies ist ein unerwartetes Ergebnis, da vermutet wurde, daß sich eine geringe Beachtung der eigenen Gesundheit auch darin äußert, einen Test für überflüssig zu halten.

Die Jugendlichen wurden gefragt, wie sie gegenüber Informationen zu AIDS eingestellt sind und worüber sie im Zusammenhang mit AIDS mehr wissen wollen. Etwa 65% aller Jugendlichen (mehr Männer als Frauen, mehr ältere als jüngere Jugendliche) geben an, daß sie ausreichend informiert seien. Etwa 26% aller Jugendlichen (mehr Frauen als Männer und mehr jüngere als ältere Jugendliche) wünschen ganz allgemein mehr Informationen und etwa 40% spezifischere Informationen zum Thema AIDS. Nur etwa 4% (mehr Männer als Frauen, mehr jüngere als ältere Jugendliche) stehen der öffentlichen Thematisierung skeptisch gegenüber; sie geben an, daß man zu viel über AIDS hört.

Die Jugendlichen wurden danach gefragt, zu welchen Themen im Zusammenhang mit AIDS sie mehr Informationen wünschen. An erster Stelle möchte fast jeder zweite Jugendliche in München mehr darüber wissen, wie man eine Infektion erkennt. Mehr als jeder dritte Jugendliche wünscht Informationen darüber, wie man sich gegenüber Infizierten verhält und wo man einen Test durchführen kann. Fast jeder vierte Jugendliche ist daran interessiert zu wissen, wie man sich infiziert und wie man sich davor schützt.

In einer spezifischen Auswertung bei den Jugendlichen, die bei sich selbst ein Informationsdefizit feststellen, stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- „Woran erkennt man, ob man mit dem Aids-Virus infiziert ist?“ (76%)
- „Wie soll man sich gegenüber Aids-Kranken verhalten?“ (68%).

Informationen zum Schutz vor AIDS (45%), zur Art der Infektionsübertragung (48%) oder zu Stellen/Institutionen, bei denen man sich über AIDS informieren kann (55%) werden von etwa der Hälfte der Jugendlichen genannt.

Der Informationsbedarf zum Thema AIDS hat auch bei der Frage nach mehr und besseren Informationen in der Schule eine große Bedeutung. Etwa 60% der befragten Jugendlichen in München wünschen sich in der Schule mehr bzw. bessere Informationen zum Thema AIDS. Damit nimmt dieses Thema nach den Krebsrisiken den zweiten Platz ein.

Personen, die den Test für überflüssig halten, haben in der Regel einen niedrigeren spezifischen Informationsbedarf als die Gesamtgruppe; dies gilt auch für die Personen, die bereits einen Test durchgeführt haben. Nur wer bereits daran gedacht hat, einen Test durchführen zu lassen, interessiert sich für spezifische Informationen.

Zwar steht die Gruppe mit wechselnden Sexualpartnern (2 und mehr Sexualpartnern den letzten 12 Monaten) einem Test zum großenteils positiv gegenüber, allerdings hält von ihnen immer noch jeder Zehnte einen Test trotz wechselnder Sexualpartner für sich für überflüssig.

3.7 Belastungen

3.7.1 Belastungen in Schule und Beruf

Das Befinden in Schule und Beruf ist wesentlich davon abhängig, ob (selbstgesetzte) Ziele erreicht werden, ob jemand von Lehrern, Vorgesetzten, Kollegen und Mitschülern anerkannt wird und ob eine Überforderung stattfindet. Dauernder Mißerfolg, ständige Ablehnung und Überforderung können zu psychischen Beeinträchtigungen führen, langfristig sogar zu gesundheitlichen Beschwerden und Krankheit.

Schule

Dem überwiegenden Teil der Befragten der Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 ist oder (bei ehemaligen Schülern/Studenten) war es wichtig oder sehr wichtig, gute Leistungen zu zeigen (71%). Weiteren 23% waren die schulischen/universitären Leistungen zumindest teilweise wichtig. Generell dürfte also eine relativ hohe Leistungsorientierung vorliegen. Besonders ausgeprägt ist die Leistungsbereitschaft bei jüngeren Jugendlichen beiderlei Geschlechts.

Hinsichtlich des formellen Schulerfolgs waren in der Vergangenheit bei etwa jedem/jeder dritten Befragten die Versetzung in die nächste Klasse schon mindestens einmal gefährdet und knapp 28% der männlichen sowie 17% der weiblichen Befragten mußten bereits eine Klasse wiederholen. Bei knapp 15% der männlichen und knapp 5% der weiblichen Befragten führten schlechte Schulnoten sogar zum Wechsel der Schule oder Abbruch der Schulausbildung. Von daher kann angenommen werden, daß über evtl. Belastung durch tägliche Schulanforderungen hinausgehend eine erhebliche Streßerfahrung bei vielen Jugendlichen und jungen Erwachsenen wegen des fehlenden oder gefährdeten Schulerfolgs vorliegen.

Damit muß aber nicht zwangsläufig auch eine gravierende Einbuße an Anerkennung oder gar eine Ausgrenzung aus der Schul- oder Arbeitsgemeinschaft einhergehen. Bei den derzeitigen Schülerinnen und Schülern lassen sich nur sehr wenige finden, die sich in der Klasse überhaupt nicht anerkannt oder schlecht behandelt fühlen (0,5% bzw. 0,3%), die ihre Lehrerinnen/Lehrer ungerecht finden (2,4%) und die sich als totale Außenseiter/-innen fühlen (2,9%).

Generelle Konflikte mit Lehrern/Lehrerinnen und Mitschüler/-innen betreffen vor allem 13-14jährige Buben (8,5% bzw. 8,0%). Grundsätzlich fehlender Spaß in der Schule bemängeln ebenfalls überproportional häufig die männlichen Jugendlichen, und zwar vor allem im Alter von 13 - 14 Jahren (18,6%) sowie im Alter von 18 - 20 Jahren (15,2%). Demotivation, Konflikte und mögliche Außenseiterrollen betreffen vorwiegend männliche Jugendliche.

Beruf

Über die Hälfte der Berufstätigen fühlt sich weitgehend ins Berufsleben integriert und erhält ausreichende Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen/-innen. Etwa ein Drittel macht aber deutliche Abstriche daran, daß man in der Arbeit viel Neues und Interessantes lernt, Vorgesetzte einem etwas zutrauen, die Arbeit geschätzt wird, man anerkannt wird und sozial integriert ist. Bei über 50% bestehen starke Vorbehalte beim Verdienst und dem Ausmaß eigener Verantwortung.

Belastungsempfinden

Als Belastung in der Schule bzw. im Beruf werden vor allem die Arbeitsmenge und das Arbeitstempo empfunden, was etwa jeder/jede Vierte bemängelt (insbesondere die 13-14jährigen männlichen und 13-17jährigen weiblichen Jugendlichen). Außerdem wird das Zusammensein mit unfreundlichen Personen von jeder/jedem Fünften beklagt. Überfordert fühlen sich insbesondere die 13-17Jährigen (10,7% bzw. 13,8%) im Vergleich zu allen Befragten (6,4%).

Gesundheitliche Auswirkungen solcher Belastungsgefühle konnten statistisch nicht nachwiesen werden. Dies mag mit den fehlenden Informationen über die Dauer des Belastungsgefühls zusammenhängen, denn es ist anzunehmen, daß es erst bei länger anhaltenden Belastungen dieser Art auch zu einer erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigung kommt.

Erste Anzeichen einer solchen Gesundheitsgefährdung liegen aber dann vor, wenn die Belastungen nach der Schule oder der Arbeit ständig nachwirken. Um diese Auswirkungen zu erfassen, wurde danach gefragt, wie das persönlichen Befinden nach Beendigung von Schul- oder Arbeitszeit normalerweise wäre. 32% fühlen sich in der Regel müde und erschöpft, knapp 14% geht die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf und etwas über 7% fühlen sich häufig unbefriedigt und bedrückt. Wenn solche negativen Befindlichkeiten zur Regel werden, so prognostiziert die Arbeits- und Sozialmedizin erhöhte Arbeitsunfähigkeitsraten, vermehrte Beschwerden und Erkrankungen psychischer Genese bis hin zur Chronifizierung.

Tab.3.7.1.1: Relative Häufigkeit der Nachwirkungen von Schul- oder Berufsbelastung (n=809)

Schul-/Berufs-Nachwirkungen	Häufig	manchmal/selten	nie
• am Feierabend müde und erschöpft	32,0 %	61,5 %	3,7 %
• die Tagesarbeit geht stundenlang nicht aus dem Kopf	13,9 %	70,9 %	11,9 %
• fühle mich am Feierabend müde und bedrückt	7,3 %	66,1 %	23,2 %

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Durchwegs sind es überproportional weibliche Jugendliche, die unter den Belastungen fortdauernd leiden. Allerdings betrifft dies vermehrt die Altersstufen ab 18 Jahren. Insbesondere die über 20jährigen klagen darüber, daß die Tagesarbeit ihnen häufig nicht aus dem Kopf geht (18,1%) bzw. sie sich müde und bedrückt fühlen (10,5%). Im Alter von 13-14

Jahren, z. T. noch bis zum 17. Lebensjahr, sind Jugendliche, die solche extremen Belastungsfolgen aufweisen, noch relativ selten. Das Abschalten nach der Arbeit klappt bei den Jüngeren (noch) am besten (nur 5,1% geht die Arbeit nicht aus dem Kopf) und es „gelingt“ ihnen, weniger unbefriedigt oder bedrückt zu sein. (1,8%). Aber schon bei den 15 - 17Jährigen nehmen die Nennungen deutlich zu.

Es wurde auch geprüft, ob volle Berufstätigkeit oder die Belastung durch Schule bzw. Studium gleichzeitig mit umfangreicher Berufstätigkeit (mindestens 15 Stunden pro Woche) vermehrt zu negativen Nachwirkungen führen. Sowohl für Nur-Berufstätige als auch für die gleichzeitig mit Schulbesuch/Studium und Berufstätigkeit Belasteten konnten etwas erhöhte Werte festgestellt werden, die aber nicht erheblich vom Durchschnitt abwichen. Bei diesen konnte nur hinsichtlich des nicht Abschaltens Könnens (daß die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht) eine deutlich erhöhte Belastung gegenüber dem Durchschnitt aller Befragten festgestellt werden (23,5%) (Ein Alterseinfluß kann nicht ausgeschlossen werden, weil Berufstätige vermehrt in höheren Altersklassen zu finden sind.)

3.7.2 Lebensereignisse (life events)

80% der Jugendlichen berichten über Lebensereignisse im letzten Jahr, die möglicherweise mit gesundheitlichen Belastungen einhergehen können. Die häufigsten Ereignisse waren:

- Ausbildungs- oder Berufswechsel sowie Examen/Prüfungen (36,9%)
- Probleme mit den Eltern (29,8%)
- Schwierigkeit im Beruf/in der Ausbildung (20,6%)
- Umzug (18,5%)
- Todesfall in der Familie (18,1%)
- Probleme mit dem (Ehe-)Partner (16,5%)
- ernste Krankheiten, Behinderung eines Familienmitgliedes, Unfall (16,2%).

Diese Ereignisse konzentrieren sich mit Ausnahme der Todesfälle und ernsthaften Erkrankungen auf bestimmte Gruppen: Ausbildungsprobleme/Prüfungsstreß und Partnerprobleme auf die über 18Jährigen, Probleme mit den Eltern auf die 15-20 Jährigen.

Relativ selten werden Alkohol- oder Drogenprobleme in der Familie (5,6%), sexuelle Probleme (7%), belastende Rechtsstreitigkeiten (7,2%), finanzielle Schwierigkeiten (6,5%), Schwierigkeiten mit Behörden (7,3%) oder mit der Polizei (4,6%) sowie Trennungen in Form von Auszug eines Familienmitglieds oder Partners aus der Wohnung (4,0%) genannt.

Bei den 15 - 17Jährigen sind Schwierigkeiten wegen der Konzentration von Alkohol- und Drogenproblemen in der Familie und wegen des Außerrißens von zu Hause beachtlich hoch. Ärger mit der Polizei haben vor allem 15-17Jährige männliche Jugendliche.

Rechtsstreitigkeiten, Zahlungsschwierigkeiten und Ärger mit Behörden haben erwartungsgemäß über 18jährige Personen; aus unserer Sicht typische Probleme junger Erwachsener, die den Schutz der Familie vor kurzem verlassen haben und sich in einer „feindlichen“ Welt möglicherweise erst noch zurecht finden müssen.

Eine mit dem Auftreten von Lebensereignissen zusammenhängende Gesundheitsbelastung oder -gefährdung (z.B. Beschwerdebhäufigkeit), die über einzelne Sachverhalte hinausgeht (z.B. Ausreißen und Suchtgefährdung), konnte in den Daten nicht gefunden werden. Wegen

der ambivalenten Bedeutung von Lebensereignissen für den Einzelnen ist ein derartiger Einfluß auch umstritten.

3.8 Risikobereitschaft

3.8.1 Gesundheitsverhalten und Erlebnisorientierung

Gesundheitsgerechtes Verhalten wird häufig als Forderung von der Erwachsenenwelt an Jugendliche herangetragen, als vernünftiges Handeln, das für das Erreichen eines hohen Alters sinnvoll ist. So wie Medizin, die bitter schmecken muß, wenn sie wirken soll, macht gesundheitsgerechtes Verhalten eher wenig Spaß macht und trägt wenig zur aktuellen Lebensqualität Jugendlicher bei. Nicht selten wird von Jugendlichen das Erreichen eines hohen Alters gar nicht als erstrebenswert angesehen - vor allem dann nicht, wenn die Beispiele in der eigenen Familie wenig überzeugend ausfallen. Gegenüber den befürchteten Lebensqualitätseinbußen bis dahin ist der möglicherweise ungedeckte Scheck auf einen späteren Gewinn an Gesundheit nachrangig.

Spaß haben und nicht nach Vorschrift und Plan leben ist für Jugendliche, insbesondere die jüngeren von großer Bedeutung. Fast 40% aller Jugendlichen geben an, daß dies genau auf sie zutrifft, für weitere 53% trifft das wenigstens teilweise zu. Männliche Jugendliche sind etwas häufiger daran interessiert, Spaß zu haben als weibliche; dies gilt jeweils für alle Altersklassen. Durchgängig nimmt diese Orientierung ab dem 18. Lebensjahr kontinuierlich ab: bei männlichen Jugendlichen von über 50% der 13-17Jährigen auf 47% bei den 18-20jährigen und 35% bei den über 20jährigen. Und bei weiblichen Jugendlichen von knapp 50% der 13-17Jährigen auf 41% bei 18-20jährigen und 29% bei über 20jährigen.

Dies darf allerdings nicht als zunehmender Pessimismus oder Demotivation mißverstanden werden, sondern ist eher Ausdruck einer abnehmenden Bedeutung von Spaß im Zusammenhang einer komplexer werdenden Motivationslage bei älter werdenden Jugendlichen. Eine hohe Spaßorientierung ist gerade in solchen Gruppen ausgeprägt, die der Meinung sind, daß Unterordnung und Anpassung zu den Dingen gehören, die man im Leben können muß.

Tab.3.8.1.1: *Relative Häufigkeit von Unterordnungs- und Anpassungsorientierung, getrennt nach Alter und Geschlecht (n=809)*

trifft genau auf mich zu:	männlich				weiblich			
	13-14 J	15-17 J	18-20 J	21-25 J	13-14 J	15-17 J	18-20 J	21-25 J
- muß lernen, mit dem zufrieden zu sein, was ich habe	33,3%	25,8%	20,7%	17,6%	35,8%	30,0%	16,7%	18,3%
- Unterordnung und Anpassung gehören zu den Dingen, die ich im Leben können muß	36,0%	28,8%	26,5%	23,8%	42,5%	27,5%	23,8%	17,8%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Umgekehrt ist die Vorstellung, daß man das eigene Leben im Griff habe, das man auch das erreichen kann, was man sich vornimmt und vieles so wie gewünscht ist, bei Jüngeren

erheblich seltener als bei den Älteren. Es ist zu vermuten, das dieser stärker empfundene Druck zur Anpassung bei Jüngeren mit den zunehmenden Erfahrungen beim Älter werden abnehmen, und zwar in dem Maße, wie die eigenen Gestaltungsfähigkeiten als real erkannt werden.

Tab.3.8.1.2: Relative Häufigkeit der „Kontrollbewußtseins“, getrennt nach Alter und Geschlecht (n=809)

trifft genau auf mich zu:	männlich				weiblich			
	13-14 J.	15-17 J.	18-20 J.	21-25 J.	13-14 J.	15-17 J.	18-20 J.	21-25 J.
- vieles ist so, wie ich mir wünsche	40,4%	37,2%	44,9%	54,9%	35,4%	35,9%	43,9%	54,5%
- im Vergleich zu anderen habe ich mein Leben ganz gut im Griff	45,1%	50,0%	44,8%	63,1%	44,4%	46,9%	49,5%	59,5%
- wenn ich mir etwas in den Kopf gesetzt habe, kann ich es auch erreichen	49,1%	44,7%	48,9%	60,9%	41,7%	44,2%	53,6%	54,8%

Quelle Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Für die Gruppe der 13-17Jährigen wurde gesondert überprüft, ob die erhöhte Erlebnisorientierung auch mit einem höheren Desinteresse oder dar einer riskanteren Einstellung zur eigenen Gesundheit verbunden ist. Weder die Bereitschaft zur Beachtung der eigenen Gesundheit noch die Einstellung zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit (Genetische Bedingtheit, Umwelteinflüsse, Auswirkung des eigenen verhaltens, Wichtigkeit der medizinischen Versorgung) haben einen systematischen Einfluß auf das Bedürfnis nach Spaß einerseits oder der Anpassungsbereitschaft andererseits. Ebenso konnten keine Zusammenhänge mit der Bewertung relevanter Einflußfaktoren auf die eigene Gesundheit festgestellt werden (Ernährung, Körpergewicht, Bewegung, Entspannung, saubere Umwelt, Einkommen, Freunde, Geborgenheit in der Familie Risikoverhalten). Von der Einstellung her hat Erlebnisorientierung keinen negativen Einfluß auf Gesundheitsorientierung.

3.8.2 Gesundheitsverhalten und Risikobereitschaft

Zur derzeitigen Jugendkultur gehören auch riskante Verhaltensweisen. Dieses Eingehen von Risiken kann eine unmittelbare Gesundheitsgefährdung beinhalten. Es kann ein Verhalten sein, mit dem gesellschaftliche Grenzen überschritten werden, eine Ausgrenzung aus der Normalität mit gravierenden Sanktionen riskiert wird. Bei institutionsauffälligen Jugendlichen, die diese Ausgrenzung befürchten müssen oder bereits erfahren haben (vgl. Kap.3.9.1.), kann gezeigt werden, daß hiermit auch häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen einhergehen, also eine mittelbare Gesundheitsgefahr besteht. Daher ist ist auch dieses Verhalten in einem Gesundheitsbericht von Belang.

Häufige Grenzüberschreitungen mit relevanten rechtlichen Folgen wären z. B. Fahren ohne Führerschein, Schwarzfahren in öffentlichen Verkehrsmitteln oder Ladendiebstahl. Hierzu wurden die Jugendlichen befragt. Über Kriminalitätsraten Jugendlicher liegen uns amtliche

Statistiken vor, auf die an anderer Stelle des Berichts eingegangen wird (vgl. Kap.3.9.2.). Hinsichtlich der Bereitschaft zur Grenzüberschreitung lassen sich einige Zahlen für München anführen:

- Gut 10% geben an, oft oder manchmal ohne Führerschein zu fahren, 15-17jährige männliche Jugendliche zu 23%; weibliche Jugendliche zwischen 18-20 Jahren zu 13%.
- Etwas über 8% lassen oft oder manchmal kleinere Sachen im Laden mitgehen, ohne zu bezahlen: dies sind insbesondere 15-17Jährige (männliche 23%, weibliche 10%)
- ohne Fahrkarte fahren 54% manchmal oder oft; dies sind insbesondere männliche Jugendliche im Alter von 15-20 Jahren (über 60%) und weibliche im Alter von 13-20 Jahren (ebenfalls über 60%).

Wie der altersbedingte Rückgang nach dem 20.Lebensjahr zeigt, kann dieses Verhalten in der Regel mit dem Bedürfnis an Grenzüberschreitungen in einer stark normierten Erwachsenenwelt, einer meist befristeten Auflehnung Jugendlicher gegen Eltern und Erwachsenenwelt erklärt werden. Toleranzgrenzen sind insbesondere dann erreicht, wenn der Einstieg in eine kriminelle Karriere droht oder Gefahren für die Gesundheit der Jugendlichen oder anderer Personen bestehen.

Zu häufigem Risikoverhalten mit direkten gesundheitlichen Gefahren gehören Sportarten mit hoher Verletzungsgefahr (Radfahren im Gebirge, Wildwasser-Kanu, Paragliding, Inline-Skating usw.), riskantes Verhalten im Straßenverkehr (Skaten auf der Straße, Motorradfahren), sogenannte Mutproben (wie Bungeespringen, S-Bahn-Surfen), aber auch das Probieren nicht gestatteter Suchtmittel.

Daten zu Risikosportarten über die hier interessierenden Altersklassen liegen für München nicht vor. Die vermutete Zunahme riskanter Sportarten läßt sich allerdings an Umsatzzahlen des Sportartikelhandels ableiten. Ebenso fehlen uns verlässliche Zahlen zu den sogenannten Mutproben. (Das in der Jugendstudie erhobene Bungeespringen wird selten genannt, so daß die Zahlen nicht differenziert auswertbar sind.)

Als weiteres gesundheitsriskantes Verhalten ist der häufige Genuß von Alkohol, Rauchen und die Einnahme illegaler Drogen anzusehen. An anderer Stelle wurde dargelegt, daß nahezu alle Jugendlichen die Gesundheitsgefährdung / das Krankheitsrisiko kennen, dem aber eher eine geringe Bedeutung für die Entscheidung nicht zu rauchen zuweisen. Häufiger werden Nutzenargumente und Attraktivitätseinbußen genannt. (hat keinen Sinn, schmeckt nicht, paßt nicht zu mir usw.). Ebenso sind Nutzenerwägungen die wichtigen Motive für die Raucher (Rauchen schmeckt, ist Freiheit, macht sicher, ist Befriedigung) (vgl. Kap.3.5).

Motiv für das Probieren illegaler Suchtmittel ist nicht zuletzt der zu erwartende Spaß durch den „thrill“ des Verbotenen. Unter den Gründen für den früheren Gebrauch illegaler Drogen durch Jugendliche (Einstieg) ist neben der Neugier (57,5%) das Bedürfnis „mal was Neues, Aufregendes“ zu erleben (27,6%) der zweitwichtigste Grund. Dies zeigt ein starkes Bedürfnis nach Abwechslung, nach Risiko zum Zweck der Erlebnissteigerung. Alle weiteren häufig genannten Motive sind ebenfalls weitgehend nutzenorientiert (besseres Musikerleben, gutes körperliches Feeling, Glücksgefühl und Gemeinschaftsgefühl erleben wollen usw.). Wichtig ist für den Einstieg in illegale Drogen auch der Geselligkeitszusammenhang mit 20%.

Für die Risikobereitschaft der 13-17Jährigen wurde gesondert überprüft, ob ein Zusammenhang zur Gesundheitsorientierung besteht. Wegen der geringen Fallzahlen bei riskanten Verhaltensweisen außer extrem lautem Musik hören sowie Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln ohne Fahrschein konnte dies nur bei den genannten Verhaltensweisen geschehen. Dabei zeigt sich, daß Jugendliche mit erhöhter Risikobereitschaft die eigene Gesundheit signifikant weniger beachten und dem Alkohol sowie dem Rauchen einen geringeren Einfluß auf die eigene Gesundheit beimessen, als Jugendliche mit geringer Risikobereitschaft in dieser Altersklasse.

Wenn die - hier nicht prüfbare - Präferenz für riskante Sportarten ebenfalls mit der Nichtbeachtung der eigenen Gesundheit einhergeht, wäre unseres Erachtens der Schluß zu ziehen, daß in Phasen des Ausprobierens, des „Einstiegs“ in riskantes Verhalten, für Jugendliche eine Gesundheitsgefahr zwar im Widerspruch zur eigenen Bereitschaft steht, sich gesundheitsgerecht zu verhalten und Gesundheitsgefahren durchaus präsent sind. Sie sind aber dem hohen „Nutzen“ des riskanten Verhaltens nachrangig: nämlich Anerkennung in der peer-group zu erreichen und verstärktes Selbstwertgefühl zu gewinnen. Ein gewisses Gesundheitsrisiko wird hierfür eingegangen - nicht aber die Selbstschädigung gewollt. Zum „Nutzen“ des riskanten Verhaltens in der peer-group tritt dessen besondere Attraktivität durch hohe Erlebnisqualität hinzu. Wie an anderer Stelle gezeigt werden konnte, ist gerade für die oben genannten Gruppen dies überproportional häufig der Fall. (vgl. Kap.3.8.1.).

Der Stellenwert von „Nutzen“ und Erlebnisorientierung hat erhebliche Bedeutung für die Bewertung von Präventions- und Gesundheitsförderungsansätzen für Jugendliche. Damit wäre erklärbar, warum reine Wissensvermittlung und der Hinweis auf Gesundheitsgefährdung sowie Verbote oft nur wenig Wirkung zeigen. Die präventive Bedeutung der Gefährlichkeit muß zudem differenziert bewertet werden. Hierbei sind persönliche Beobachtungen oder Erfahrungsberichte in der peer group vom (scheinbaren) Gegenteil wichtig. Negative Gesundheitsfolgen treten beim Rauchen erst mit Verzögerung von Jahren/Jahrzehnten ein. Beim Alkohol werden motorische Ausfälle, Bewußtseinseinbußen und Befindlichkeitsstörungen nur teilweise mit Gesundheit und Gefährlichkeit in Zusammenhang gebracht. Vor allem aber leben die Erwachsenen ständig das Gegenteil vor. Das Argument der Gefährlichkeit ist dann wenig überzeugend.

3.8.3 Verkehrsunfälle

Der jährlich vom Polizeipräsidium München herausgegebene Verkehrsbericht enthält neben den neuesten Zahlen zu Verkehrsunfällen auch Trends und Entwicklungen. Als neue Tendenz wird dabei im Bericht 1996 auf das Inline-Skating hingewiesen, eine Freizeitbeschäftigung, die verstärkt von Jugendlichen wahrgenommen wird. Konflikte und Unfälle insbesondere mit Fußgängern und Radfahrern scheinen in Zukunft vorprogrammiert. Zahlen hierzu liegen jedoch (noch) nicht vor.

Verkehrsunfallverletzte

Während die Zahl der Unfallverletzten 1996 im Bereich der Landeshauptstadt München gegenüber 1995 um 3,9% zurückging, stieg sie bei den Jugendlichen im gleichen Zeitraum um 4% an. Damit betrug der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtzahl der Unfallverletzten 1996 21% (1995: 17,6%).

Über die Hälfte (53,9) der 1.450 jugendlichen Unfallverletzten war im Alter zwischen 21 und 25 Jahren, ein Drittel (32,2%) zwischen 18 und 21 Jahren und lediglich 14% waren jünger. Die meisten Jugendlichen erlitten ihre Verletzungen in einem PKW (65,2%). Auf Radfahrer entfielen 17%, auf motorisierte Zweiräder 12% und auf Fußgänger lediglich 6% der Fälle. Im Vergleich zu allen Unfallverletzten insgesamt sind in der Gruppe der Jugendlichen die Unfälle mit PKW und motorisiertem Zweirad anteilmäßig stärker, die als Fußgänger bzw. Radfahrer schwächer vertreten¹

Verkehrsunfalltote

1996 kam es im Bereich der Landeshauptstadt München zu einem Unfall mit tödlichen Folgen für einen Jugendlichen. Der 15-18 Jährige erlitt den Unfall als Radfahrer. 1995 waren noch 3 Jugendliche unter 25 Jahren einem Verkehrsunfall zum Opfer gefallen, einmal mit dem Fahrrad, zweimal mit dem PKW.

3.9 Soziale Risiken

3.9.1 Institutionsauffällige Jugendliche

In einem Forschungsprojekt des Public-Health-Forschungsverbands München wurden in einer eigenen Erhebung sozial auffällige Jugendliche („institutionsauffällige Jugendliche“) untersucht*.

Die befragten Jugendlichen wurden zum Befragungszeitpunkt von einer Einrichtung der öffentlichen Jugendhilfe betreut. Der Grund für ihre Betreuung ist in ihren sogenannten „risikoreichen“ Alltagszusammenhängen zu sehen. Sie waren vielfach den Leistungsanforderungen in Schule und Beruf nicht gewachsen, sie haben Konflikte mit den Eltern, ein Teil ist arbeitslos, etliche haben Probleme mit dem Gericht. In ihren Elternhäusern erleben sie oft Streit und Gewalt, in fast der Hälfte der Fälle haben sich ihre Eltern scheiden lassen.

Im vorliegenden Kapitel werden einige gesundheitliche Konsequenzen, die aus diesen Belastungen erwachsen können, aufgezeigt. Nach Möglichkeit werden Bezüge zur Jugendgesundheitsstudie hergestellt. Nicht-deutsche Jugendliche wurden über die Befragung ebenfalls erreicht. Die Ergebnisse werden in Kap. 5.3.8 gesondert diskutiert. Die an dieser Stelle dargestellten Ergebnisse betreffen nur die deutschen Jugendlichen der Jugendhilfe.

Stichprobe

Von Mitte November 1994 bis Mitte Februar 1995 wurden alle Jugendliche angesprochen, die in diesem Zeitraum von Einrichtungen der öffentlichen Jugendhilfe betreut wurden

¹ Zum Vergleich: Insgesamt entfielen 59% aller Unfälle mit Verletzten auf PKW, 22,5% auf Radfahrer, 11,2% auf Fußgänger und 7% auf motorisierte Zweiräder.

* Das Projekt „Institutionsauffällige Jugendliche“ wurde vom Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) zwischen 1994 und 1996 durchgeführt. Die hier vorgestellten Ergebnisse sind einem Forschungsbericht entnommen, der im Rahmen eines Werkvertrags für das Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München vom IPP erstellt wurde.

(N=1.053). Von 740 Jugendlichen (Rücklauf: 70,3%) liegen verwertbare Fragebögen vor, darunter 461 von deutschen Jugendlichen.

Die befragten deutschen Jugendlichen verteilen sich auf die Einrichtungen der Jugendhilfe wie folgt:

- Erziehungsberatung: 22,8%
- Erziehungsbeistandschaften: 17,6%
- Jugendgerichtshilfe: 14,5%
- Schulsozialarbeit: 13,7%
- Berufsbezogene Jugendhilfe: 31,5%

Jungen sind in Einrichtungen der Jugendhilfe im Vergleich zur jugendlichen Gesamtbevölkerung mit rund 60% überrepräsentiert. Im Vergleich zu den befragten Jugendlichen der Jugendgesundheitsstudie 1995 sind die Jugendlichen aus der Jugendhilfe jünger; die meisten sind im Alter zwischen 14 und 18 Jahren.** Überwiegend handelt es sich bei den Jugendlichen um Schülerinnen und Schüler (60%), 23% sind Auszubildende, 9% erwerbstätig und 8% arbeitslos.

Gesundheitliche Lage

Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands ist im Vergleich zu den in der Jugendgesundheitsstudie 1995 befragten Jugendlichen bei den Jugendlichen der Jugendhilfeuntersuchung deutlich schlechter, insbesondere bei den Mädchen.

Tabelle 3.9.1.1 : Subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands (in %)

Einschätzung des Gesundheitszustandes	Jugendhilfeuntersuchung		Jugendgesundheitsstudie	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
sehr gut/gut	56,7	70,1	77,0	81,6
zufriedenstellend	31,3	23,1	18,3	15,3
weniger gut/schlecht	12,0	6,9	4,7	3,2
Fallzahlen	208	247		

Quellen: Jugendhilfeuntersuchung IPP, Jugendgesundheitsstudie 1995

Was die Beschwerdegruppen* angeht, sind institutionsauffällige Jugendliche in einigen Bereichen stärker belastet. Erhöhte Belastungen zeigen sich bei nervösen Störungen, psychosomatischen Störungen und psychovegetativen Störungen. Insbesondere institutionsauffällige Mädchen müssen als stark belastet eingestuft werden.

**Zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse hat das IPP die Jugendgesundheitsstudie 1995 entsprechend der Alters- und Geschlechtsverteilung der Jugendhilfeuntersuchung gewichtet. Deshalb weichen die Vergleichsdaten der Jugendgesundheitsstudie 1995 im vorliegenden Kapitel etwas von den Ergebnissen in den anderen Berichtskapiteln ab.

* Zur Bildung der Beschwerdegruppen s. Kap. 8.2.

Tabelle 3.9.1.2 : Beschwerdegruppen nach Geschlecht (in %)

Beschwerdegruppen	Jugendhilfeuntersuchung		Jugendgesundheitsstudie	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Nervöse Störungen ¹⁾	30,5	19,1	14,1	12,7
Nacken-Schulter-, Rückenschmerzen	21,0	15,6	28,0	18,3
Psychosomatische Störungen ¹⁾	31,1	11,8	22,1	7,2
Psychovegetative Störungen	19,6	13,0	12,5	10,3
Haut- und Atembeschwerden	16,5	8,0	17,6	11,0
Verdauungsbeschwerden	7,2	2,7	9,0	4,6

Quellen: Jugendhilfeuntersuchung IPP, Jugendgesundheitsstudie 1995

1) Mindestens zwei häufige Einzelbeschwerden genannt.

Auch hinsichtlich der psychischen Situation, gemessen in den verschiedenen Bereichen der Demoralisierung,** sind institutionsauffällige Jugendliche, und wiederum insbesondere die Mädchen, durchgängig wesentlich stärker belastet. Bei beiden Untersuchungsgruppen stehen Zukunftssorgen und Gefühle der Niedergeschlagenheit an erster Stelle, gefolgt von einer negativen Selbsteinschätzung, Gefühlen der Hilflosigkeit und mentalem Dauerstress.

Tabelle 3.9.1.3 : Demoralisierungsbereiche nach Geschlecht (in %)

Demoralisierungsbereiche	Jugendhilfeuntersuchung			Jugendgesundheitsstudie		
	Mädche n	Jungen	Gesamt	Mädche n	Jungen	Gesamt
Zukunftssorgen	35,6	32,1	33,9	23,6	17,4	20,1
Gefühl der Niedergeschlagenheit	38,9	26,0	31,2	26,4	16,0	20,1
Negative Selbsteinschätzung	30,5	23,7	26,5	21,7	15,8	18,5
Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit	25,8	14,7	19,2	18,0	8,0	12,5
Mentaler Dauerstress	18,8	15,8	17,0	12,2	7,6	9,5

Quellen: Jugendhilfeuntersuchung IPP, Jugendgesundheitsstudie 1995

Insgesamt zeigen sich erhebliche gesundheitliche Belastungen der institutionsauffälligen Jugendlichen im psychischen Bereich und in den Beschwerdegruppen. Diese Ergebnisse verweisen auf die Notwendigkeit einer stärkeren Beachtung gesundheitlicher Belange von Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen.

Gesundheitliche Risiken

Erstaunlich viele der befragten institutionsauffälligen Jugendlichen (40%) geben an, daß sie auf ihre Gesundheit achten, sich um diese kümmern. Offensichtlich schätzen Jugendliche ebenso wie Erwachsene Gesundheit als wichtigen Wert. Dabei gibt es erstaunlicherweise

**Zur Bildung der Bereiche der Demoralisierung s. Kap. 8.2.

kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern und auch nur geringe zu den befragten Jugendlichen der Jugendgesundheitsstudie 1995.

Diese hohe Wertschätzung von Gesundheit und das hohe Gesundheitsbewußtsein, das sich darin ausdrückt, steht eigentlich in Widerspruch zu den beobachtbaren Verhaltensweisen. Das zeigt sich auch in den Ergebnissen: Zwischen dem geäußerten Selbstverständnis von Gesundheit und Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum und illegalen Drogenkonsum besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Über die Hälfte der Jugendlichen aus der Jugendhilfe rauchten zur Zeit der Befragung, junge Frauen fast ebenso häufig (54%) wie junge Männer (58%). Im Vergleich dazu rauchen die Jugendlichen aus der Repräsentativerhebung deutlich weniger. Nur knapp ein Drittel der jungen Frauen (30,5%) und ein Drittel (34,3%) der jungen Männer rauchten zur Zeit der Befragung.

Es zeigen sich einige Unterschiede im Alkoholkonsum, wenngleich auf niedrigem Niveau: 5% der weiblichen und 16% der männlichen institutionsauffälligen Jugendlichen trinken täglich oder fast täglich Alkohol. In der Jugendgesundheitsstudie 1995 sind es 3% der Mädchen und 7% der Jungen.

Auch der Umgang mit Medikamenten ist bei den institutionsauffälligen Jugendlichen risikoreicher. Jedes sechste Mädchen (17%) gibt an, daß es regelmäßig (täglich bzw. ein bis zweimal wöchentlich) Schmerz-/Beruhigungs- oder Anregungsmittel nimmt. Bei den Jungen ist dies jeder Zehnte (11,3%). Damit liegen die Werte der Mädchen aus der Jugendhilfe viermal, die der Jungen fünfmal so hoch wie bei denen der Jugendgesundheitsstudie 1995.

Zur Zeit der Befragung nahmen 14,6% der Mädchen und 33,5% der Jungen aus der Jugendhilfe aktuell illegale Drogen, knapp ein Drittel (36,6%) relativ häufig (täglich, mehrmals bzw. einmal pro Woche). Ein Viertel (25,6%) konsumiert einmal bzw. mehrmals im Monat illegale Drogen und 38% nehmen sie noch seltener.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit denen der Jugendgesundheitsstudie 1995, zeigt sich ein fast gleich hoher Anteil aktueller Konsumentinnen bei den Mädchen (13%). Bei den Jungen gibt es deutlichere Unterschiede (22%).

Tabelle 3.9.1.4 : Illegale Drogenerfahrung im Vergleich (in %)

Drogenerfahrung	Jugendhilfeuntersuchung		Jugendgesundheitsstudie	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
ausprobiert	32,8	54,4	24,0	33,6
noch nie probiert	67,2	45,6	76,0	66,4
wieder aufgehört	18,2	20,8		
aktueller Konsum	14,6	33,6	13,3	21,6

Quellen: Jugendhilfeuntersuchung IPP, Jugendgesundheitsstudie 1995

In beiden Untersuchungsgruppen bezieht sich der Drogenkonsum überwiegend auf Cannabisprodukte. Deutliche Unterschiede zeigen sich in bezug auf harte Drogen: Institutionsauffällige Jungen haben wesentlich häufiger Erfahrungen mit Kokain, Heroin, Aufputschmitteln und anderen Opiaten gemacht (Anteile zwischen 10% und 18%; alle Jugendliche mit Drogenerfahrungen). Auch die Mädchen aus der Jugendhilfe haben häufiger harte Drogen genommen, allerdings auf niedrigerem Niveau.

Insgesamt sind innerhalb der Jugendhilfe vor allem jene Jugendlichen als „Problemgruppe“ zu begreifen, die versuchen, ihre Probleme, sei es mit Schule, mit Eltern oder Selbstwertprobleme mit dem Konsum von (illegalen) Drogen zu lösen. Die Ergebnisse legen nahe, daß Jugendhilfe auch Drogenhilfe sein muß. Dabei sind vor allem männliche Jugendliche, betrachtet man den Grad der Erfahrung und den Anteil derer, die „harte“ Drogen konsumieren, nochmals als besondere Risikogruppe zu betrachten.

Zusammenfassend kann man sagen, daß für die Gruppe der institutionsauffälligen Jugendlichen die Ergebnisse insgesamt auf eine breitgefächerte und stärkere (Selbst-) Gefährdung durch deren Risikoverhalten hinweisen. Dies gilt vor allem für Rauchen sowie den Konsum von Medikamenten und illegalen Drogen.

Hinsichtlich aktiver Gewaltanwendung zeigt sich ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied. 47% der Mädchen geben an, daß sie (oft bzw. manchmal) auf andere Gewalt ausgeübt haben. Bei den Jungen sind es 74%. Wesentlich geringer sind diese Werte bei den Jugendlichen der Jugendgesundheitsstudie 1995: 10,6% der Mädchen und 22,9% der Jungen haben auf andere schon „mal“ Gewalt ausgeübt.

Die häufigsten Gewalthandlungen der Jugendlichen aus der Jugendhilfe sind:

	<u>Mädchen</u>	<u>Jungen</u>
„andere schlagen“	30%	47%
„Sachen von anderen zerstören“	17%	38%
„jemand anderem Dinge mit Gewalt wegnehmen“	18%	31%

Mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind 9,6% der Mädchen und 40,4% der Jungen.

Der Rückgang aktiver Gewalthandlungen mit zunehmendem Alter, sowohl bei den Jugendlichen aus der Jugendhilfe als auch aus der Jugendgesundheitsstudie 1995, verweist auf übergangsspezifische jugendliche Verhaltensweisen. Allerdings bleibt dabei der Unterschied gewaltförmigen Verhaltens zwischen den beiden Gruppen durchgängig bestehen.

3.9.2 Arbeitslosigkeit

Nach Berichten über Untersuchungen einer universitären Forschergruppe in Hannover sind Arbeitslose signifikant häufiger physisch und psychisch krank; man rechnet mit 20% bis 60% Kranken. Fast alle Arbeitslose leiden diesen Studien zufolge unter depressiven Störungen; bei Jugendlichen soll dies fast die Hälfte betreffen. Latente Alkoholprobleme verschärfen sich, sogar die Immunabwehr wird durch die Streßsituation geschwächt.

1994 gab es in München 814 arbeitslos gemeldete Jugendliche unter 20 Jahren. Davon waren 60% Deutsche und 40% Nichtdeutsche. Der Anteil der unter 1 Monat Arbeitslosen betrug etwas über 300 Personen und lag bei knapp 38%. Weitere 303 Personen (= 38%) waren 1 - 3 Monate arbeitslos. 86 Jugendliche (= 10%) hatten länger als 6 Monate und weitere 8 (= 1%) länger als ein Jahr keine Arbeit. Bei den ausländischen Jugendlichen waren die Quoten zur Dauer der Arbeitslosigkeit ähnlich.

Auf der Datenbasis der vorliegenden Erhebungen konnten die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit nicht überprüft werden, da nur wenige Fälle erfaßt wurden.*

3.9.3 Armut

Sicherlich relevant für den Erhalt bzw. die Wiedererlangung der Gesundheit ebenso wie für die Inanspruchnahme medizinischer Systeme und Vorsorgemaßnahmen ist die Höhe des Familieneinkommens. Im folgenden werden deshalb einige Daten des neuesten Armutsberichts des Sozialreferats zur Frage der Sozialhilfebedürftigkeit sowie anderen sozialen Leistungen dargestellt.

Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)

1993 erhielten in München pro 1.000 Einwohner/innen 54 Jugendliche im Alter von 15 bis unter 25 Jahren Hilfe zum Lebensunterhalt. Weibliche Jugendliche wiesen dabei eine HLU-Dichte von 50 pro 1.000 aus, männliche lagen mit 58 pro 1.000 deutlich darüber. Damit liegt die HLU-Dichte bei Jugendlichen über der für die Münchner Gesamtbevölkerung von 45 pro 1.000.

Tab. 3.9.3.1: Entwicklung der Sozialhilfebedürftigkeit bei jungen Menschen in München (HLU-Dichte auf 1.000 Einwohner/innen der entsprechenden Altersgruppe)

Jahr	Altersgruppe			
	gesamt	15-17 Jahre	18-20 Jahre	21-24 Jahre
1980	20	26	19	17
1985	31	35	31	29
1990	36	46	41	31
1992	56	57	58	55
1993	54	57	57	52

Quelle: Münchner Armutsbericht 1995

Wie die Tabelle zeigt, erhöhte sich in München die HLU-Dichte bei Jugendlichen (15-24 Jahre) von 1980 auf 1993 um insgesamt 170%. Bekamen 1980 nur 20 von 1.000 Jugendlichen Sozialhilfe, so waren es 1993 bereits 54. Im wesentlichen Unterschied zu früher ist die HLU-Dichte über die verschiedenen Altersgruppen der Jugendlichen relativ gleich verteilt, während sie 1980 mit zunehmendem Alter deutlich abnahm. Dementsprechend verdreifachte sich in diesem Zeitraum der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen zwischen 18 und 24 Jahren. Ein

* Für die Jugendgesundheitsstudie (1995) konnten bei der Stichprobenziehung im Jahr 1994 bei 403 erfaßten deutschen Jugendlichen unter 20 Jahren bei der oben dargestellten Häufigkeit arbeitsloser Jugendlicher nur 3 Fälle von Arbeitslosigkeit erwartet werden. 2 Arbeitslose sind in der Stichprobe enthalten. Diese Anzahl läßt keine statistischen Prüfungen zu. Generell ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, daß Personengruppen, die unter 10% Anteil in der Bevölkerung liegen, zwar in ihrer allgemeinen Häufigkeit erfaßt, dann meist aber nicht nach wichtigen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand statistisch differenziert überprüft werden können. Bei Bevölkerungsanteilen unter 5% ist sogar die Erfassung der relativen Häufigkeit problematisch. Für solche Gruppen müssen spezielle Erhebungen durchgeführt werden.

leichter Rückgang von 1992 auf 1993 ist auf die rückläufige Zahl der Asylbewerber/innen zurück zu führen.

Vergleicht man die HLU-Dichten der deutschen und nicht-deutschen Bevölkerung, so ist festzustellen, daß Ausländer/innen (hier *ohne* Asylbewerber/innen) deutlich öfter auf den Bezug von HLU angewiesen sind. So beträgt die Dichte für deutsche Jugendliche 29, für nicht-deutsche 52 pro 1.000 Einwohner/innen der jeweiligen Gruppe.

Unterbringung in Städtischen Unterkünften

Eine besonders (auch gesundheitlich) benachteiligte Gruppe ist die der in städtischen Unterkünften und Pensionen Untergebrachten. Nach Angaben des Sozialreferats (Quelle: Soziale Leistungen in Zahlen 1995) ist im Vergleich 1982 mit 1995 bei allen Bewohnergruppen der Unterkünfte - mit Ausnahme der nicht-deutschen - ein Rückgang zu verzeichnen. So ging die absolute Zahl der unter 18Jährigen in städtischen Unterkünften von 1.651 Personen dieser Altersgruppe im Jahr 1982 auf 1.305 im Jahre 1995 zurück. Der prozentuale Anteil der Jugendlichen an allen Untergebrachten blieb dabei mit 35% konstant.

Zahlen zur Obdachlosigkeit Jugendlicher außerhalb städtischer Unterkünfte, d.h. Wohnsitzloser, die auf der Straße leben, liegen uns nicht vor. Wie eine Untersuchung im Herbst 1995 ergab, leben in München circa 600 Menschen auf der Straße, 13% davon Frauen, eine Altersaufschlüsselung liegt nicht vor.

Schuldnerberatung

Die Klientel der städtischen Schuldnerberatungsstelle umfaßte 1990 547 Haushalte, 1995 waren es bereits 925. Darüberhinaus wurden noch in circa 3.000 Fällen telefonische Beratungen durchgeführt. Der Anteil der jungen Erwachsenen im Alter zwischen 21 und 30 Jahren betrug 1995 23%. Nach den Erfahrungen der Beraterinnen und Berater entstehen die Schulden in der Regel in dieser Altersspanne, die Hilfestellung wird dagegen in der Mehrzahl der Fälle erstzwischen dem 31. und 40. Lebensjahr in Anspruch genommen. In der Gesamttendenz wird weiterhin eine zunehmende Nachfrage nach dem Angebot der Schuldnerberatung konstatiert (Quelle: Soziale Leistungen in Zahlen 1995).

Die tatsächliche Zahl verschuldeter Personen in München liegt erheblich höher. Zum einen betreffen die vorliegenden Zahlen nur die städtische Schuldnerberatungsstelle; Angaben aus den anderen Schuldnerberatungsstellen in München waren nicht verfügbar. Zum anderen muß von einer nicht unbedeutenden Zahl verschuldeter Personen ausgegangen werden, die keine Beratungsstelle aufsuchen.

3.9.4 Kriminalität und Gewalt

In den letzten Jahren wird verstärkt die - angenommene - Zunahme von Gewalt unter und gegen Jugendliche diskutiert. Die in diesem Zusammenhang angesprochenen Fragen betreffen sowohl den öffentlichen wie den häuslichen/familiären Bereich, so z. B. die Zunahme der aktiven Kriminalität durch jugendliche Täter, der passiven als Opfer von Gewalt und sexuellem Mißbrauch vor allem von jungen Frauen sowie generell der Zunahme von Gewalterfahrungen im Alltag. Im folgenden werden die uns zu diesem Themenkomplex vorliegenden Zahlen zu-

sammengestellt, wobei zu beachten ist, daß sich die aus sehr unterschiedlichen und teilweise unvollständigen Quellen stammenden Daten nicht immer auf dieselbe Grundgesamtheit beziehen, was eine übergreifende Interpretation oft erschwert.

Gewalt und Mißbrauch im familiären Umfeld

Vom Allgemeinen Sozialdienst (ASD) werden für München in einer dort geführten Haushaltsstatistik soziale Problemlagen erfaßt, u.a. zu Vernachlässigung, Mißhandlung und sexuellem Mißbrauch. Dabei werden die Betroffenen in die zwei Hauptgruppen Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren und Erwachsene über 18 Jahre unterteilt. Für die uns hier interessierende Altersgruppe der Jugendlichen liegen dementsprechend nur wenige oder aber nicht für alle Fragen aufgeschlüsselte Daten vor. Im folgenden werden einige für unsere Gruppe relevanten Daten herausgezogen und dargestellt. Ansonsten wird auf den Basisgesundheitsbericht 1995 und den Kindergesundheitsbericht 1996 verwiesen.

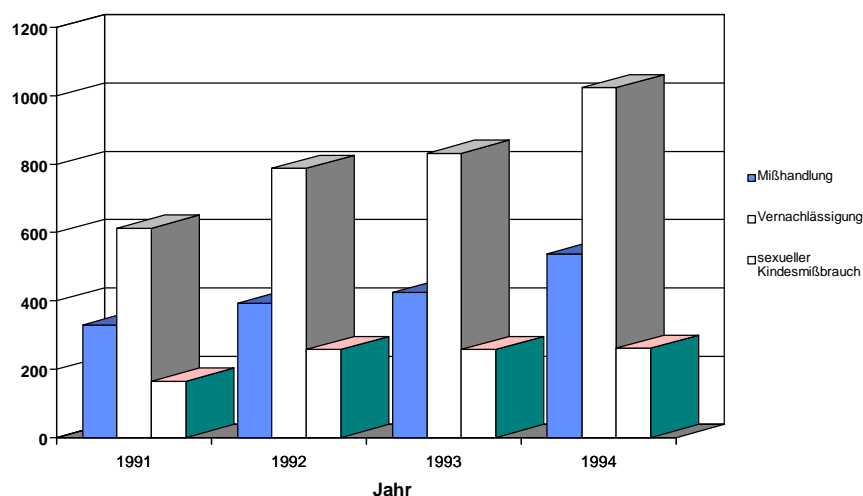
Insgesamt wurden 1994 vom ASD 13.454 Haushalte mit Kindern/Jugendlichen unter 18 Jahren betreut, davon 1.581 (11,8%) Haushalte mit Kindern/Jugendlichen, die von Gewalt betroffen waren. In diesen Haushalten wurden 1.824 Problemlagen von Gewalt gegen Kinder/Jugendliche registriert, d.h. in einigen Haushalten lag mehr als eine Problemlage vor. 1.024 (56,1%) dieser Problemlagen betrafen Fälle von Vernachlässigung, 538 (29,5%) Fälle von Mißhandlung und 262 (14,4%) Fälle sexuellem Mißbrauch. Diese Verteilung zeigt sich auch bei der Untergruppe der insgesamt 428 von Gewalt betroffenen 14 - unter 18 Jährigen (ein Fünftel aller von Gewalt betroffenen Kinder/Jugendlichen): Vernachlässigung/Mißhandlung machte den Großteil aus (84,3%, 361 Fälle), sexueller Mißbrauch betraf 15,7% (67).

Betrachtet man die Entwicklung der Jahre 1991 bis 1994, so zeigt sich in all diesen Bereichen der Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen ein deutlicher und kontinuierlicher Anstieg der vom ASD dokumentierten Fallzahlen. So nahmen Vernachlässigungen in diesem Zeitraum um 67% zu, Mißhandlungen um 63% und sexueller Kindesmißbrauch um 59%. Leider liegen diese Daten nicht aufgeschlüsselt für die einzelnen Altersgruppen vor.

Die Zahlen müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da sie sich ausschließlich auf dem ASD bekanntgewordene Fälle von Gewalt beziehen. D. h., ein Anstieg kann sowohl eine echte Zunahme von Gewalt bedeuten, als auch z. B. eine gestiegene Sensibilität der Bevölkerung und der Mitarbeiter/innen gegenüber dem Thema.

Stadtweit kontaktierten 17.462 Erwachsenenhaushalte den ASD, 4,3% davon waren von Gewalt, Vernachlässigung und sexuellem Mißbrauch betroffen. Innerhalb der Hauptgruppe der Erwachsenen wurden vom ASD insgesamt 517 Fälle von Gewalt gegen 18 - 29 Jährige registriert. Im Gegensatz zu den Jüngeren betraf hier gut die Hälfte (51,8%) Gewaltfälle in Verbindung mit sexuellem Mißbrauch, 48,2% in Verbindung mit Vernachlässigung. Frauen waren mit 71% bzw. 69% von beiden Arten von Gewalt deutlich stärker betroffen als Männer.

Vom Allgemeinen Sozialdienst erfaßte Fälle von Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt München in den Jahren 1991 - 1994



Quelle: Sozialreferat der LH München

Opferstatistik

Vom Bayerischen Landeskriminalamt liegen Angaben zur Zahl der Opfer in München sowie Bayern für die Jahre 1994 und 1995 sowie zu Vergleichszwecken für 1983 vor. Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, daß Mehrfachnennungen möglich und Prozentangaben aufgrund wechselnder Bezugsgrößen schwierig sind. Im folgenden werden deshalb Absolutzahlen dargestellt. Die Altersgruppen decken sich leider nur teilweise mit den sonst im Bericht für die Jugendlichen verwendeten.

Tab. 3.9.4.2: Zahl jugendlicher Opfer in München

Jahr	Zahl der Opfer gesamt		davon männlich		davon weiblich	
	14 - 17 J.	18 - 29 J.	14 - 17 J.	18 - 29 J.	14 - 17 J.	18 - 29 J.
1995	444	1.556	300	1.087	144	469
1994	294	1.548	189	1.095	105	453
1983	257	1.110	183	738	74	372
Entwicklung von 1994 auf 1995	↑ 51%	↑ 0,5%	↑58,7%	↓ 0,7%	↑37,8%	↑11,9%

Quelle: Bayerisches Landeskriminalamt 1996

Wie die Tabelle zeigt, nahm die Gesamtzahl der Opfer zwischen 14 und 17 Jahren von 1994 auf 1995 um 51% zu. Diese Zunahme betraf in erster Linie die männlichen Jugendlichen, bei denen die Zahl der Opfer am stärksten stieg. Bei den 18-29 Jährigen zeigt sich ein gegenläufiges Bild: Zunahme bei den Frauen um 11,9%, gegenüber einer Abnahme von 0,7% bei ihren männlichen Altersgenossen.

In Bayern zeigte sich im Vergleich dazu eine etwas andere Entwicklung. Dort nahm die Gesamtzahl der Opfer von 1994 auf 1995 um 18% zu, wobei sich die Zuwächse

ausschließlich auf die Gruppe der 14-17 Jährigen beschränken. Deutliche Geschlechtsunterschiede zeigten sich hierbei nicht.

Tatverdächtige*

1995 wurden im Bereich der Landeshauptstadt München insgesamt 14.399 tatverdächtige Jugendliche im Alter zwischen 14 und 25 Jahren festgenommen. Davon waren 8.110 (57%) noch minderjährig. Der Ausländeranteil betrug insgesamt 51% (zum Vergleich: der entsprechende Anteil in der Gesamtbevölkerung beträgt 35%). Besonders stark vertreten ist dabei die Altersgruppe der 21-25 Jährigen mit 57% aller Tatverdächtigen dieser Altersgruppe, die Gruppe der 14-18 Jährigen ist mit 42%, die der 18-21 Jährigen mit 50% vertreten.

Tab. 3.9.4.1: Tatverdächtige Jugendliche und junge Erwachsene (14-25 Jahre) im Bereich der LH München

1995 Alter der TV	Gesamtzahl TV		davon deutsch		davon nicht-deutsch	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
14 - 18 Jahre	3.695	25,7%	2.144	30,4%	1.551	21,1%
18 - 21 Jahre	4.415	30,7%	2.203	31,2%	2.212	30,1%
21 - 25 Jahre	6.289	43,7%	2.714	38,4%	3.575	48,7%
gesamt	14.399	100%	7.061	100%	7.338	100%

Quelle: Bayerisches Landeskriminalamt 1996

Während die Zahl der deutschen Tatverdächtigen im Vergleich zu 1994 um 6,4% anstieg, waren es bei den nicht-deutschen Tatverdächtigen nur 1,2%. Bei beiden Gruppen war dabei der stärkste Anstieg in der jüngsten Altersgruppe von 14 - 18 Jahre zu verzeichnen: 12,6% Zunahme bei den deutschen und 5,8% bei den nicht-deutschen Tatverdächtigen. Bei den älteren zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen zwischen den deutschen und den nicht-deutschen Jugendlichen: Während bei den deutschen Jugendlichen die Tatverdächtigenzahl in allen Altersgruppen anstieg (18 - 21 Jahre um 7%, 21 - 25 Jahre um 1,5%), nahm sie bei den nicht-deutschen Tatverdächtigen in diesen Altersgruppen ab (18 - 21 Jahre um 4,2%, 21 - 25 Jahre um 2,2%). Entsprechend stieg der Anteil der Jugendlichen an allen Straftaten insgesamt bei den deutschen von 25,4% auf 26,8%, bei den nicht-deutschen sank er leicht von 36,4% auf 36,1%.

Betrachtet man nur die Fälle von Gewaltkriminalität, so ergibt sich folgendes Bild: Insgesamt nahmen diese Delikte bei Jugendlichen von 1994 auf 1995 im Bereich der Landeshauptstadt München um 19% zu (von 1.062 auf 1.264 Fälle), bayernweit um 22,3%. Dabei betrug in München die Zunahme bei den deutschen Tatverdächtigen 24,7% gegenüber 15% bei den nicht-deutschen. Auch hier waren die größten Zuwächse bei der Altersgruppe der 14 - 18 Jährigen zu verzeichnen: 88,6% bei den deutschen und 44,8% bei den nicht-deutschen. Insgesamt sank der Ausländeranteil an den Gewaltdelikten bei den Jugendlichen von 58,5% auf 56,5%.

* Bei diesen Zahlen muß berücksichtigt werden, daß es sich um in München aufgegriffene Tatverdächtige und nicht um Verurteilte handelt. Über deren Zahl liegen keine Angaben vor.

Aktive und passive Gewalterfahrung Jugendlicher in München

Bei der Repräsentativerhebung von Infratest 1995 wurden die Jugendlichen auch nach den von ihnen selbst gemachten Erfahrungen mit sowohl aktiver als auch passiver Gewalt gefragt.

Insgesamt hatten die Jugendlichen bereits häufiger mit passiver als mit aktiver Gewalt zu tun, Jungen und junge Männer öfter als Mädchen und junge Frauen. Im einzelnen zeigte sich folgendes Bild:

Aktive Gewalterfahrung*: Lediglich 3,6% gaben an, in mehreren Fällen bereits selbst einmal aktiv Gewalt ausgeübt zu haben. Dieser Anteil liegt bei den jungen Männern doppelt so hoch wie bei den jungen Frauen (4,8% vs. 2,4%). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind statistisch signifikant, ebenso die Unterschiede zwischen den Altersgruppen. So geht die aktive Gewalterfahrung mit zunehmendem Alter von 7,3% (13 - 17 Jahre) auf 1,8% (18 - 25 Jahre) deutlich zurück. Die höchsten Werte weisen die Buben unter 17 Jahren mit 10,6% auf, was wahrscheinlich auf jugendliche Rängeleien in der Schule zurückzuführen ist. Die meisten Einzelnennungen entfielen bei ihnen dementsprechend auf die Kategorie „jemanden absichtlich geschlagen/verprügelt haben“ (16%), gefolgt von „Sachen von anderen absichtlich zerstört/beschädigt haben“ (10,4%).

Passive Gewalterfahrung*: Erfahrungen mit passiver Gewalt hatten insgesamt bereits 9,3% der Jugendlichen, deutlich mehr als mit aktiver. Ein weiteres Fünftel gibt eine geringe Erfahrung mit Gewalt gegen die eigene Person oder den eigenen Besitz an. Am häufigsten kam es dabei vor, daß eigene Sachen von anderen absichtlich zerstört oder beschädigt wurden (16,6%), 10,4% wurden bereits einmal seelisch so unter Druck gesetzt, daß sie Dinge getan haben, die sie nicht tun wollten. Wie die aktive Gewalt betrifft auch die passive verstärkt Jungen und junge Männer und hier vor allem die unteren Altersgruppen, die Unterschiede sind jedoch nicht so ausgeprägt. Den höchsten Anteil mit 16,9% weisen die unter 17 jährigen Buben auf. Grund hierfür scheint zu sein, daß aktive und passive Gewalt eng miteinander verbunden sind, vor allem, wenn sich die Gewalt im normalen Alltag der Betroffenen, wie z. B. in der Schule bei den Jungen, ereignet.

*Zur Bildung der Scores 'aktive' und 'passive Gewalterfahrung' s. Kap.8.2

4 VERSORGUNGSLANDSCHAFT UND INANSPRUCHNAHME

4.1	Stationärer Bereich.....	79
4.2	Ambulanter Bereich	80
4.3	Beratungsstellen/komplementäre Einrichtungen	82
4.3.1	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	82
4.3.2	Komplementäre Einrichtungen.....	84
4.4	Zugang zu Gesundheitsinformationen und Präventionsangeboten	85

4 VERSORGUNGSLANDSCHAFT UND INANSPRUCHNAHME

Im Gegensatz zu Kindern gibt es für Jugendliche wenige spezifische gesundheitliche Versorgungseinrichtungen. Dies gilt für den ambulanten wie den stationären Bereich gleichermaßen. So gehen Jugendliche nur noch im jungen Alter zu Pädiatern. Kinderabteilungen der Krankenhäuser werden von ihnen auch nur noch selten belegt. Im medizinischen Versorgungssystem sind sie meist den Erwachsenen gleichgestellt. Eine Ausnahme hiervon stellte die Einführung der Jugendgesundheitsberatung J1 dar, nämlich eine Ausdehnung der Kindervorsorgeuntersuchungen auf den Jugendbereich. Mit Inkrafttreten des 2. Neuordnungsgesetzes (NOG) am 12.06.1997 wird die J1 zukünftig als reguläre Vorsorgeuntersuchung für Kinder ab 10 Jahren in den kassenärztlichen Leistungskatalog aufgenommen.

Die fehlende Spezifizierung der Versorgungseinrichtungen für Jugendliche und junge Erwachsene spiegelt sich auch in der Datenlage. So liegen Daten häufig nicht aufgeschlüsselt für die Altersgruppe der 13-25 Jährigen vor. Im folgenden werden einige Zahlen zum Bereich der medizinischen Versorgung für Jugendliche und junge Erwachsene und zur Inanspruchnahme dargestellt. Dabei wird sowohl auf Befragungsergebnisse der Infratest-Studie wie auch auf Quellen des Gesundheitsreferates wie z. B. Krankenhausstatistiken zurückgegriffen.

4.1 Stationärer Bereich

Von den Befragten der Jugendgesundheitsuntersuchung waren insgesamt 9% (männlich: 8%, weiblich: 9,0%) in den letzten zwölf Monaten ein- (oder mehrmals) für mehrere Tage/Wochen in stationärer Behandlung. Besonders häufig waren dies die 18-20 Jährigen beiderlei Geschlechts mit insgesamt 12% (männlich: 14%, weiblich: 10,5%).

Während sich bei den Männern eine Mehrfachbelastung (zum Begriff s. Kap. 2.3) nicht auf die Häufigkeit stationärer Aufenthalte auswirkte, begaben sich mehrfachbelastete Frauen häufiger in stationäre Behandlung als nicht belastete (25% vs. 10%).

Unter den Patienten und Patientinnen der Städtischen Krankenhäuser München machen die 13-25 Jährigen einen Anteil von 8% aus. 1994 waren dies insgesamt 9.765 Fälle mit einem Altersmittelwert von 20 Jahren. Das Geschlechterverhältnis betrug 45% Patienten (Altersmittelwert 19,8 Jahre) zu 55% Patientinnen (Altersmittelwert 20,3 Jahre). Bei den Patientinnen war über die Hälfte 21 Jahre und älter.

Tabelle 4.1.1: Altersstruktur jugendlicher Patienten/innen (13-25 Jahre) in städtischen Krankenhäusern (n=9.765)

Altersstruktur	gesamt	männlich	weiblich
13 - 14 Jahre	11,7%	14,5%	9,3%
15 - 17 Jahre	16,4%	17,4%	15,6%
18 - 20 Jahre	20,4%	18,9%	21,4%
21 - 25 Jahre	51,6%	49,2%	53,6%
Gesamtzahl der Fälle	9.765	4.380	5.385

Quelle: Patientenstatistik der Städtischen Krankenhäuser 1994

Die durchschnittliche Verweildauer betrug 6,7 Tage, für Frauen mit 7,0 Tagen etwas länger als für Männer mit 6,25 Tagen. Damit liegt die Verweildauer der Jugendlichen und jungen Erwachsenen wie zu erwarten deutlich unter dem Vergleichswert aller Patienten und Patientinnen der Städtischen Krankenhäuser von 9,6 Tagen und dem Durchschnitt für Gesamt - München von 10,1 Tagen.

Tabelle 4.1.2: Verweildauer von Patienten/innen im Alter von 13-25 Jahren in Städtischen Krankenhäusern (n=9.765)

Verweildauer in Tagen	Gesamt	männlich	weiblich
0 Tage	19,9%	24,5%	16,1%
1 bis 3 Tage	28,0%	28,1%	28,0%
4 bis 7 Tage	25,5%	21,8%	28,5%
8 bis 14Tage	16,7%	15,7%	17,5%
15 bis 21 Tage	4,7%	5,1%	4,4%
22 bis 28 Tage	1,8%	1,8%	1,8%
29 Tage und länger	3,4%	3,0%	3,6%

Quelle: Patientenstatistik der Städtischen Krankenhäuser 1994

Knapp drei Viertel aller Patienten und Patientinnen werden innerhalb einer Woche wieder entlassen, jeder vierte Patient und jede sechste Patientin sogar schon am ersten Tag. Lediglich 3% blieben länger als einen Monat in einem städtischen Krankenhaus.

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden in folgenden Fachabteilungen behandelt:

Bei den Mädchen und jungen Frauen steht die Frauenheilkunde/Gynäkologie mit 28% an erster Stelle, gefolgt von der Inneren Medizin (25%), der Chirurgie (19%) und der Kinderheilkunde (12%). Bei den Buben und jungen Männern macht die Innere Medizin 36% aus, die Chirurgie 28% und die Kinderheilkunde 15%.

Die Hauptdiagnosen sind bei männlichen Jugendlichen Verletzungen und Vergiftungen (30%), bei weiblichen Entbindungen sowie Komplikationen der Schwangerschaft (23%; siehe auch Kap. 2.5).

4.2 Ambulanter Bereich

In der Jugendgesundheitsstudie wurden die Jugendlichen nach Art und Häufigkeit ihrer Arztbesuche in den letzten 12 Monaten gefragt. Die folgende Tabelle zeigt die prozentualen Häufigkeiten der Angaben über mindestens einen Arztbesuch in diesem Zeitraum.

Tabelle 4.2.1: Arztinanspruchnahme in den letzten 12 Monaten (n=809)

Inanspruchnahme von	gesamt	männlich	weiblich
Zahnarzt/ärztin, Kieferorthopäde/orthopädin	82,0%	77,7%	85,9%
Praktischer Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	70,5%	67,4%	73,5%
Augenarzt/Augenärztin	36,0%	32,3%	39,3%
Hals-Nasen-Ohrenarzt/ärztin	27,7%	26,1%	29,3%
Hautarzt/ärztin	27,6%	22,5%	32,2%
Orthopäde/Orthopädin	25,0%	25,6%	24,6%
Internist/Internistin	20,9%	19,5%	22,1%
sonstige/r Facharzt/ärztin (z. B. Chirurg/in)	12,9%	13,8%	11,1%
Pädiater/in, Kinderarzt/ärztin	7,7%	6,9%	8,3%
Nervenarzt/ärztin, Psychiater/in, Neurologe/Neurologin	5,0%	5,6%	4,5%
Frauenarzt/Frauenärztin			68,8%

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Am häufigsten wurden im letzten Jahr Zahnärzte/ärztinnen und Kieferorthopäden/innen aufgesucht: Über die Hälfte der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (56%) war im letzten Jahr ein- bis zweimal dort, ein weiteres Viertel (26%) sogar drei- und mehrmals. Dieser hohe Prozentanteil ist auf die kieferorthopädische Behandlung in den jüngeren Altersgruppen zurückzuführen. An zweiter Stelle stand der Besuch beim Praktischen Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin, bei dem 51% ein- bis zweimal und 20% drei- und mehrmals in Behandlung waren. Am seltensten war hier die Gruppe der 13-14 Jährigen vertreten, da diese noch recht häufig (28% ein- bis zweimal und 5% drei- und mehrmals) Kinderärzte/ärztinnen konsultierte, die bei den älteren Jugendlichen keine Rolle mehr spielen.

Fast jede zweite junge Frau (48%) war letztes Jahr ein- bis zweimal beim Frauenarzt/ärztin, weitere 21% öfter. Es zeigt sich ein kontinuierlicher Altersanstieg bis auf 86% in der Altersgruppe 21 bis 25 Jahre, die mindestens einmal in den letzten 12 Monaten dort waren.

Bis auf wenige Facharzttrichtungen, in denen sich die jungen Männer etwas öfter in Behandlung begaben (Orthopädie, Psychiatrie/Neurologie und sonstige), suchten Mädchen und junge Frauen generell häufiger einen Arzt/eine Ärztin auf als ihre Altersgenossen. Lediglich 4,3% von ihnen waren im letzten Jahr überhaupt bei keinem Arzt/keiner Ärztin in Behandlung; die männlichen Befragten gaben alle mindestens einen Arztbesuch im letzten Jahr an (Zahnärzte/ärztinnen sowie Kieferorthopäden/orthopädinnen wurden hierbei nicht berücksichtigt).

Hinsichtlich des Belastungsgrades (zum Begriff siehe Kap. 2.3) ergab sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Häufigkeit des Besuchs beim Praktischen Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin. Mehrfach belastete Mädchen/junge Frauen konsultieren häufiger einen Allgemeinmediziner als unbelastete (88% vs. 77%), bei belasteten Männern ergab sich - wenn auch schwächer- derselbe Zusammenhang (81% vs. 72%). Auch für die Gruppe der mehrfach Belasteten zeigt sich eine hohe Arztinanspruchnahme: alle männlichen Befragten dieser Gruppe waren beim Arzt/Ärztin, von den weiblichen nur 3% nicht (ohne Zahnärzte/ärztinnen und Kieferorthopäden/orthopädinnen). Damit liegt die Arztinanspruchnahme bei den Münchner Jugendlichen und jungen Erwachsenen insgesamt sehr hoch, was deren Bedeutung für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit auch für diese Altersgruppe belegt.

Vorsorgemaßnahmen in den letzten 12 Monaten haben über 90% der Befragten in Anspruch genommen. Am häufigsten war dies eine Untersuchung der Zähne (64%). Bei Vorsorgeuntersuchungen überwiegen generell die jungen Erwachsenen und dabei die Frauen. Nur die ärztliche Jugendvorsorgeuntersuchung, die für Jugendliche bis 18 Jahre gedacht war, wurde hauptsächlich von den Jüngeren, vor allem den Mädchen, aufgesucht. Ebenso wurden bei vielen Jugendlichen anlässlich der Arztbesuche in den letzten 12 Monaten wichtige medizinische Parameter wie z.B. der Blutdruck gemessen. Dies war vermehrt bei älteren Jugendlichen und vor allem bei Frauen der Fall.

Einen Notarzt/eine Notärztin mußten im letzten Jahr insgesamt 7% der Jugendlichen holen, die weiblichen mit 9% öfter als die männlichen mit 6%. Auch hier zeigt sich für beide Geschlechter ein positiver Zusammenhang zwischen dem Grad der Belastung und der Häufigkeit des Notarzteinsatzes. Ambulante Behandlungen im Krankenhaus innerhalb der letzten zwölf Monate geben insgesamt 16% der Befragten der Infratest-Studie (Jungen: 18%, Mädchen: 13%) an.

Insgesamt zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahmehäufigkeit ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung: so sind Buben und junge Männer verstärkt in stationärer Behandlung zu finden, Mädchen und junge Frauen öfter in ambulanter.

4.3 Beratungsstellen/komplementäre Einrichtungen

Stationäre bzw. ambulante medizinische Einrichtungen decken den Hauptteil der Versorgung Jugendlicher und junger Erwachsener ab. Daneben gibt es noch zahlreiche ergänzende, ambulante und teilstationäre Angebote für ein breit gefächertes Spektrum an gesundheitlichen Problemlagen.

4.3.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Mehrere Sachgebiete des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) befassen sich sowohl direkt wie indirekt mit der Gesundheit von Jugendlichen. Ihre Erfahrungen und Daten sind in den vorliegenden Bericht eingegangen. Im folgenden werden einige der Einrichtungen, die sich (unter anderem) an Jugendliche wenden, kurz dargestellt.

Der schulärztliche Dienst des Jugendgesundheitsdienstes richtet sich in erster Linie an Kinder (Schuleingangsuntersuchungen als Pflichtuntersuchungen, Untersuchungen der 5. Klassen als freiwillige Leistungen des ÖGD sowie Impfungen in den Schulen). Eine verstärkte Ausweitung der Aktivitäten auf Jugendliche ist geplant. Ein wichtiger Baustein, der in letzter Zeit intensiviert wurde und wird, ist Gesundheitsförderung in der Schule. Dieser Bereich umfaßt sowohl generalpräventive Aktivitäten (Unterstützung und Beratung der Lehrkräfte in der Gesundheitsförderung), als auch Individualprävention in Form gesundheitlicher Beratung (z. B. in den regelmäßig stattfindenden Sprechstunden des schulärztlichen Dienstes), Koordination und Vernetzung unterschiedlicher Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie „Verhältnisprävention“ in dem Sinne, daß der Schularzt/die Schularztin Ansprechpartner für die Schule z. B. in Fragen der Hygiene sein kann. Zur Vermeidung von Hörschäden bei Kindern wurde vom schulärztlichen Dienst ein Präventionsprojekt in allen 5. Klassen an Münchner Hauptschulen begonnen. Es wird u.a. eine Projektunterrichtseinheit mit praktischer Demonstration und Hörtests durchgeführt.

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstelle arbeitet ein multidisziplinäres Team der Fachrichtungen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Kinderheilkunde, Psychologie, Sozialpädagogik und der Verwaltung. An diese Stelle können sich sowohl betroffene Eltern, als auch Kindergärten, Schulen, Ärzte/Ärztinnen, Therapeuten/innen, Sozialdienste und andere (therapeutische) Einrichtungen wenden. Es wird bezüglich notwendiger Hilfsmaßnahmen beraten, bei der Vermittlung entsprechender Behandlungsmöglichkeiten geholfen sowie ggf. Gutachten für Kostenträger erstellt. Zielgruppen sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre mit Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Leistungs- oder Anpassungsstörungen in der Schule, psychischer Erkrankung sowie seelischer/geistiger/körperlicher oder Mehrfachbehinderung.

Die Gesundheitsberatung Hasenberg arbeitet interdisziplinär mit Arbeitsschwerpunkt Prävention, Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Familien. Durch die ausgeprägte Vernetzung mit den sozialen Diensten, Institutionen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vor Ort kann die Familie in ihrem Gesamtbezug angesprochen und betreut werden. Neben Beratungsangeboten gibt es auch die Möglichkeit zur ärztlichen Betreuung im Rahmen von Sprechstunden.

Ziel des seit 1995 betriebenen Präventionszentrums ist es, Multiplikatoren/innen, die mit (Kindern) Jugendlichen und jungen Erwachsenen arbeiten, in die Lage zu versetzen, Suchtprävention an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz durchzuführen. Dazu werden mehrtägige Schulungen, Supervision und Begleitung bei Planung und Durchführung von suchtpreventiven Maßnahmen angeboten.

Die Beratungsstelle für Drogengefährdete ist offen für alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Fragen zu Drogen haben - aus Interesse oder aus ersten Erfahrungen. Jugendliche, die abhängig zu werden drohen, werden psychosozial betreut. Falls nötig, wird eine zusätzliche Therapie vermittelt.

Das Angebot der Beratungsstelle für Drogenabhängige, das sich an alle Drogenabhängigen richtet, erstreckt sich von einmaligen Beratungs- und Informationsgesprächen, Hilfen in Krisensituationen bis hin zu langfristigen intensiven Betreuungen. Das multidisziplinäre Team mit Fachkräften aus den Bereichen Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin hilft darüberhinaus bei allen Fragen der Entgiftung, Therapie und Nachsorge. Für Bezugspersonen (Eltern, Partner) werden Einzel- und Familienberatung angeboten.

Im folgenden wird auf die Inanspruchnahme der Drogenberatungsstellen näher eingegangen.

Im Jahr 1995 wurden in der städtischen Beratungsstelle für Drogengefährdete 403 Drogengefährdete betreut, 74% davon kamen aus München. 78% waren deutscher und 22% nicht-deutscher Nationalität (darunter 7% türkischer Herkunft und 6% aus dem ehemaligen jugoslawischen Staatsgebiet).

Bei 394 Drogengefährdeten (von neun Personen liegen keine Angaben vor) war der hauptsächliche Grund für die Inanspruchnahme der Beratungsstelle der Mißbrauch von Cannabis (65%).

Über zwei Drittel der betreuten Drogengefährdeten sind im Alter zwischen 15 und 20 Jahren. Damit trifft das Angebot der Beratungsstelle recht gut die in der Jugendgesundheitsstudie und der Repräsentativerhebung von Wittchen et al. als besonders gefährdet eingestuften Alters

gruppe. Auch die Geschlechterverteilung entspricht in etwa den Ergebnissen der beiden herangezogenen Studien (s. Kap. 3.5).

Tabelle 4.3.1.1: Alters- und Geschlechtsverteilung der betreuten Drogengefährdeten 1995 (n=394)

Geschlecht	Altersgruppen					
	bis 14 J.	15-17 J.	18-19 J.	20-24 J.	ab 25 J.	gesamt
männlich	1,5%	22,8%	23,8%	15,9%	7,3%	51,3%
weiblich	1,2%	11,4%	10,4%	2,5%	3,0%	28,7%
gesamt	2,7%	34,2%	34,2%	18,2%	10,4%	394

Quelle: Gesundheitsreferat

Demgegenüber wurde von der städtischen Suchtberatungsstelle eine weitaus ältere Klientel betreut: Unter 18 Jahre waren 6%, 18-20 Jahre 11%, 20 bis 25 Jahre 27% und über 25 waren 56%. 33% waren weiblich. Betreuungsgrund war überwiegend eine Opiatabhängigkeit (80%). Dies verdeutlicht einmal mehr, daß sich die Symptome einer Abhängigkeit und damit die Motivation zu einer Behandlung meist erst im Lauf der Jahre entwickeln.

4.3.2 Weitere komplementäre Einrichtungen

Neben der stationären bzw. der ambulanten ärztlichen Versorgung und den Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes existieren noch zahlreiche ergänzende, ambulante und teilstationäre/stationäre Einrichtungen für ein breit gefächertes Spektrum an gesundheitlichen Problemlagen. Nicht immer sind ihre Angebote an bestimmte Altersgruppen gerichtet. So werden jüngere Jugendliche häufig in Einrichtungen zusammen mit Kindern betreut, ältere zusammen mit Erwachsenen; teilweise stehen die Einrichtungen allen Altersgruppen offen. Eine strikte Trennung nach dem Alter der Zielgruppen ist demnach nicht möglich.

Neben öffentlichen Trägern (Stadt, Bezirk, Freistaat) werden die Angebote vor allem von freigemeinnützigen Trägern (konfessionelle Träger, Wohlfahrtsverbände) vorgehalten. Darüberhinaus treten auch gemeinnützige Vereine und Selbsthilfegruppen als Anbieter auf.

In der (noch) nicht vollständigen Einrichtungsdatei des Gesundheitsreferates, die ein erster Versuch ist, alle in diesem Bereich arbeitenden, gesundheitsrelevanten Einrichtungen zu erfassen, sind insgesamt 280 Einrichtungen aufgeführt. Davon sehen 121 Einrichtungen ihr Klientel in den 6-18 Jährigen, sechs Einrichtungen sehen sich als Anlaufstellen für 0-18 Jährige und weitere 18 Einrichtungen wenden sich an Jugendliche/Erwachsene. Faßt man diese drei Gruppen zusammen, so summiert sich die Anzahl der Einrichtungen auf 145, die sich (auch) an Kinder/Jugendliche und Jugendliche/junge Erwachsene richten und angeben, (u.a.) gesundheitsbezogene Angebote zu machen. Den größten Anteil daran machen Sondervolksschulen (45) und heilpädagogische Tagesstätten (41) für körperlich, geistig und Lernbehinderte aus. Beratungsstellen (19) und Selbsthilfegruppen (14) sind ebenfalls häufig vertreten.

Dementsprechend liegen die Arbeitsschwerpunkte der Einrichtungen für Kinder/Jugendliche und junge Erwachsene in München in den Bereichen Heilpädagogik (30%), Ausbildung (25%), Beratung (15%), Bildung und Selbsthilfe (je 10%). Daneben arbeiten Einrichtungen in den Bereichen Therapie, Frühförderung und Betreuung. Rund 60% der Angebote richten sich an Behinderte, insbesondere an Lern- und Geistigbehinderte.

Knapp ein Drittel (30%) aller Einrichtungen ist für psychisch Kranke und für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen konzipiert. Weitere Einrichtungen arbeiten auf den Gebieten Sucht/Drogen, HIV/AIDS, Eßstörungen, Frauengesundheit, Krebs, psychosomatische Probleme. Dabei handelt es sich überwiegend um ambulante Angebote.

Speziell für die nicht-deutsche Bevölkerung Münchens gibt es einige wenige Beratungsstellen, die insbesondere Angebote im psychosozialen Bereich machen (s. auch Kap. 5.4).

4.4 Zugang zu Gesundheitsinformationen und Präventionsangeboten

Neben einer kontinuierlichen Gesundheitserziehung im Sinne eines allgemeinen Kompetenzerwerbs in allen Altersklassen ist ein themenspezifischer Zugang in dem Alter sinnvoll, in dem sich spezielles Risikoverhalten ausbildet, wenn möglich sogar schon früher. Reine Wissensvermittlung ist dabei nicht angemessen, sie muß sinnliche Erfahrungen ermöglichen, mit Strategien zur Motivierung der Jugendlichen verknüpft werden und in ihre Alltagswelt integrierbar sein.

Gesundheitsaufklärung in der Schule

In der Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 wurden die Interessen und Erfahrungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Prävention erfaßt. Über folgende Gesundheitsthemen haben Jugendliche in der Schule bereits Informationen erhalten: Umweltverschmutzung (86%), Rauchen (81%), Straßenverkehr und Unfälle (79%), Alkohol (71%), AIDS und Sexualität/Liebe/Freundschaft (je 67%) sowie illegale Drogen (63%).

Über die Hälfte hatte von folgenden Themen in der Schule noch nichts gehört: Ernährung (51%) Gesundheitsverhalten insgesamt (58%), Tod/Behinderung (58%), Medikamente (66%), Krebsrisiken und Lärm (je 72%) sowie Streß und Entspannung (76%). Schlußlicht in der Gesundheitsaufklärung der Schule sind Untergewicht und Übergewicht (je 80% konnten sich an diese Themen nicht erinnern).

Bei den stark defizitären Themen Lärm und Streß/Entspannung geben weibliche Jugendliche häufiger eine fehlende Information durch die Schule an als männliche (28% zu 22% bei Lärm; 25% zu 17% bei Streß/Entspannung). Inwieweit dieser Einschätzung tatsächlich eine unterschiedliche Behandlung der Themen im Unterricht zugrunde liegt, oder aber eine differentielle Wahrnehmung desselben Angebots durch Mädchen und Jungen, läßt sich nicht sagen.

Im Bereich der Suchtaufklärung ist ein durchweg hoher Kenntnisstand erreicht. Dabei gibt es die relativ häufigsten Nennungen bei weiblichen wie männlichen Jugendlichen in der Altersklasse 15-17 Jahre, also dem Alter, in dem sich Suchtformen teilweise bereits ausprägen. Für das Thema Alkohol und illegale Drogen ist dieser Alterszeitraum wohl als angemessen anzusehen, weil ab dem 18. Lebensjahr der Konsum sprunghaft ansteigt.

Sexualität/Liebe/Freundschaft wurde bereits im Alter von 13-14 Jahren zu 62% im Rahmen des Schulunterrichts thematisiert, AIDS nur zu 37%. Bei den 15-17 Jährigen steigt das Unterrichtsthema AIDS dann sprunghaft auf 76% an.

Ernährungsthemen wurden von den Jüngeren relativ häufig genannt (von 72% der 13-14 Jährigen und 60% der 15-17 Jährigen); doch bei den Älteren scheinen sie im Unterricht eher selten behandelt worden zu sein (ca. 40%). Die Themen Medikamente, Über- bzw. Untergewicht waren in allen Altersklassen und bei beiden Geschlechtern seltener Unterrichtsgegenstand. Das Gleiche gilt für das Thema Streß und Entspannung (hier gibt es etwas höhere Nennungen bei den ganz jungen Befragten mit 32%). Unserer Ansicht nach liegt hier ein besonderes Defizit des Gesundheitsunterrichts in Schulen, angesichts der erheblichen Streßbelastungen bereits bei jungen Schülerinnen und Schülern (vgl. Kap. 2.3 und 2.4 zu Beschwerden und psychischer Gesundheit; Kap. 3.7.1 zu Belastungen in Schule und Beruf).

Interesse an Gesundheitsthemen

Insgesamt besteht bei weiblichen Befragten ein höheres Interesse an Gesundheitsthemen, und zwar auf allen Altersstufen. Die Gruppe der 15-17 Jährigen äußert in der Regel das geringste Informationsbedürfnis, verglichen mit den übrigen Altersgruppen. Demgegenüber sind die ganz Jungen und die Älteren besonders an Gesundheitsthemen interessiert.

Ungeachtet der in der Schule bereits erhaltenen Informationen wünscht sich mehr als die Hälfte der Befragten mehr Informationen über Krebsrisiken (66%), AIDS (62%), Umweltverschmutzung (60%), Medikamente (58%), Gesundheitsverhalten (57%), illegale Drogen (56%), Ernährung (56%), Streß/Entspannung (58%), Tod/Behinderung (54%) und Sexualität/ Liebe/ Freundschaft (51%). Jeweils etwa ein Drittel der Befragten wünschte sich zusätzliche Informationen zu den Themen Rauchen, Alkohol, Straßenverkehr, Über- und Untergewicht sowie Lärm.

Mit zunehmendem Alter wächst das Informationsbedürfnis besonders bei folgenden Themen an:

- | | |
|-------------------------|-----------|
| – Gesundheitsverhalten: | 33% → 68% |
| – Ernährung: | 24% → 68% |
| – Medikamente: | 45% → 65% |
| – Übergewicht: | 21% → 38% |
| – Untergewicht: | 18% → 37% |
| – Straßenverkehr: | 17% → 36% |
| – Lärm: | 11% → 32% |

Inanspruchnahme von Gesundheitskursen

Nach Beendigung des Schulunterrichts erfolgt Gesundheitsaufklärung vorwiegend über Volkshochschulen, Krankenkassen, Gesundheitsämter u.ä. Über 50% der Befragten der Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 wußten, daß diese Institutionen die folgenden Gesundheitskurse anbieten: Entspannungstechniken (62%), Rückenschule (54%), Kurse zum Abnehmen (59%), Kochkurse/Vollwerternährung (58% bzw. 60%), Nichtrauchertraining (56%) sowie Kurse zu Atem und Bewegung (51%). Nur etwas weniger waren über andere Angebote wie „gesund alt werden“ (49%), Selbsterfahrung (50%) und Fitnesstraining (41%) informiert.

Durchweg wußten Mädchen und junge Frauen besser über Kursangebote Bescheid als ihre männlichen Altersgenossen. Jüngere männliche Jugendliche im Alter von 13-14 Jahren waren in der Regel besser informiert als ältere; bei den weiblichen Befragten gab es zwischen den Altersgruppen wenig Unterschiede im Informiertheitsgrad.

Tabelle 4.4.1: Teilnahme an Gesundheitskursen nach Geschlecht (n=809)

Gesundheitskurse	würde gerne teilnehmen		habe bereits teilgenommen	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Entspannungstechniken	26%	12%	12%	9%
Fitnesstraining	26%	14%	39%	28%
Rückenschule	24%	14%	17%	8%
Selbsterfahrung	14%	7%	3%	--
Gewichtsreduktionskurse	12%	3%	2%	1%
Vollwerternährung	12%	7%	4%	1%
Atem und Bewegung	12%	7%	3%	2%
gesund alt werden	7%	6%	1%	--
Nichtrauchertraining	1%	3%	--	--

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995

Geschlechtsunterschiede zeigen sich auch beim (zukünftigen) Interesse an Gesundheitskursen sowie bei der (bisherigen) Teilnahmehäufigkeit: Bei beidem liegen die Anteilswerte der weiblichen Befragten deutlich über denen der männlichen. Fitnesstrainings, mit einigem Abstand Rückenschulen sowie Kurse zu Entspannungstechniken haben beide Geschlechter relativ häufig besucht, insbesondere Frauen über 18 Jahren. Diese äußern auch überproportional häufig Interesse an einem zukünftigen Besuch.

Ein erwähnenswertes Interesse besteht noch an Kursen zu Vollwerternährung, Gewichtsreduktion, Atem und Bewegung sowie Selbsterfahrung. Auch hier sind es wieder die über 18jährigen Frauen, die überproportional häufig ihr Interesse bekunden.

Generell läßt sich sagen, daß zwar alle Befragtengruppen etwa gleich häufig über Gesundheitskurse Bescheid wissen, daß aber Erfahrungen in nennenswertem Umfang sowie ein zukünftiges Teilnahmeinteresse vorwiegend bei Frauen vorliegen.

II SPEZIELLE AUSWERTUNGEN

5 NICHT-DEUTSCHE JUGENDLICHE

5.1	Einleitung.....	89
5.2	Gesundheitliche Lage	90
5.2.1	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes.....	90
5.2.2	Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen.....	90
5.2.3	Gesundheitliche Beschwerden	91
5.2.4	Psychische Gesundheit und psychosoziale Situation.....	94
5.3	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Risiken und Gefährdungen	97
5.3.1	Einstellungen zur Gesundheit.....	97
5.3.2	Körpergewicht	97
5.3.3	Zahngesundheit und Prävention	97
5.3.4	Freizeitverhalten	98
5.3.5	Suchtmittelgebrauch	100
5.3.6	Sexualverhalten und AIDS	102
5.3.7	Belastungen	105
5.3.8	Soziale Problemlagen	107
5.4	Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung und spezifische Versorgungsangebote	110

5 NICHT-DEUTSCHE JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE

5.1 Einleitung

In München sind mehr als ein Drittel der 13-25jährigen Bevölkerung Ausländerinnen und Ausländer. Über die spezifischen Lebensbedingungen, gesundheitliche Lage und gesundheitliche Risiken der überwiegend hier geborenen und aufgewachsenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist noch relativ wenig bekannt.

Eine wesentliche Ursache für den geringen Informationsstand ist nach wie vor die unzureichende Datenlage: In vielen Bevölkerungsbefragungen wird die nicht-deutsche Bevölkerung nicht erfaßt. Ein weiterer Problembereich sind mangelnde Sprachkenntnisse, insbesondere bei Älteren oder erst kürzlich Zugezogenen, die für die Teilnahme an mündlichen wie auch schriftlichen Befragungen nicht ausreichen. Spezielle Erhebungen mit muttersprachlichen Fragebögen für mehrere Nationalitäten sind sehr aufwendig und mit hohen Kosten verbunden.

Gesundheitliche Belange der nicht-deutschen Bevölkerung finden in der städtischen Planung wie auch Politik zunehmend Aufmerksamkeit: 1994 fand eine Gesundheitskonferenz zur Stadtgesundheit und Migration statt. 1996 wurde der Arbeitskreis Migration und Gesundheit des Gesundheitsbeirats eingerichtet. Weitere Erkenntnisse wird das Gesundheitsreferat aus der Studie Lebenssituation ausländischer Bürgerinnen und Bürger in München des Planungsreferats ziehen, die am 18.06.1997 dem Ausschuß für Stadtplanung und Bauordnung bekanntgegeben wurde. Probleme von nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Gesundheitsbezug werden auch in der „Stadtratskommission zur Integrationsförderung von Ausländerinnen und Ausländern“ unter dem Vorsitz von Frau Stadträtin Fouki-Friedl beraten, sowie im „Fachforum Migrationsarbeit“ unter dem Vorsitz der AusländerInnenbeauftragten Frau Dr. Kang. Des weiteren ist eine Untersuchung des Instituts für Praxisforschung und Projektberatung IPP zur gesundheitlichen Lage nicht-deutscher Berufsschülerinnen und -schüler geplant.

Die Jugendgesundheitsstudie 1995 ist im vorliegenden Kapitel die Hauptdatenquelle zur Beschreibung des Gesundheitszustands und gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Risiken von nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.* Allerdings ist wegen dem geringen Rücklauf (25%, 216 Befragte; s. Kap. 8.1) eine Repräsentativität nicht gewährleistet. Dabei ist anzunehmen, daß überwiegend solche Jugendliche und junge Erwachsene erreicht wurden, die über sehr gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen und gesellschaftlich und kulturell gut integriert sind. Die Ergebnisse aus der Jugendgesundheitsstudie 1995 können deshalb nur unter Vorbehalt verwendet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist berücksichtigen, daß der Fragebogen für deutsche Jugendliche und junge Erwachsene konstruiert wurde. Das Gesundheitsverständnis wie auch Einstellungen und Werthaltungen sind jedoch kulturgebunden. Das bedeutet z.B., daß kulturspezifisch bedingte, unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen können, was als „gesund“ und „krank“ gilt.

Folgende weitere Datenquellen werden zum Vergleich herangezogen:

* Sämtliche Auswertungen mit den Daten der Jugendgesundheitsstudie 1995 erfolgten nach Geschlecht, Nationalität (deutsch und nicht-deutsch sowie nach türkischer, ex-jugoslawischer und sonstiger Staatsangehörigkeit) und Altersgruppen (getrennt nach unter 18 Jahre und 18 Jahre und älter). Nicht-signifikante Unterschiede sind nicht jedesmal explizit erwähnt.

- Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen in den Übergangsklassen zu Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen
- Ergebnisse der Untersuchung von Jugendlichen in der Jugendhilfe, in der auch nicht-deutsche Jugendliche befragt wurden, zu gesundheitlichen Beschwerden, zur psychischen Gesundheit und psychosozialen Situation und zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Risiken.

5.2 Gesundheitliche Lage

5.2.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Auf die Frage „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ antworteten 70% der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sehr gut oder gut; 25% bezeichneten ihren Gesundheitszustand als zufriedenstellend und 5%, das sind 10 Befragte, als weniger gut oder schlecht. Im Vergleich dazu gaben deutsche Jugendliche und junge Erwachsene häufiger einen (sehr) guten Gesundheitszustand an (79%). Türkinnen und Türken stufen ihren Gesundheitszustand häufiger als die anderen nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestenfalls als zufriedenstellend ein (45%). Es zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Buben und junge Männer (78%) bewerteten ihren Gesundheitszustand signifikant häufiger als gut oder sehr gut als Mädchen und junge Frauen (63%).

5.2.2 Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen

In der Jugendgesundheitsstudie 1995 wurden Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen während der letzten drei Jahre erfragt. 24% der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nannten keine der aufgeführten Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, 28% nannten eine und 48% zwei bis maximal acht.* Weder nach Nationalität, Geschlecht oder Alter zeigen sich wesentliche Unterschiede. Deutsche Jugendliche und junge Erwachsene waren vergleichsweise gesundheitlich stärker beeinträchtigt: 60% nannten zwei bis acht Krankheiten und gesundheitliche Beeinträchtigungen.**

Am häufigsten wurden von den nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen genannt:

1. Magen-/Darmkrankheiten und -beschwerden
2. allergischer Hautausschlag
3. Akne
4. Erkrankungen/Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates
5. Atemwegserkrankungen
6. Krankheiten/Beschwerden des Herz-/Kreislaufsystems.

Bei einigen Krankheiten gesundheitliche Beeinträchtigungen zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Mädchen und junge Frauen gaben häufiger als Buben und junge Männer an, an

* Erkältung/Schnupfen/Grippe und Probleme mit Unter- bzw. Übergewicht sind dabei nicht berücksichtigt.

** Die in Kap. 2.5 geäußerten Bedenken hinsichtlich der Abgrenzbarkeit zwischen Krankheiten und Beschwerden gelten auch hier. Deshalb wird ebenfalls auf die Angabe von Prävalenzzahlen verzichtet.

- allergischem Hautausschlag (Mädchen/junge Frauen 37%; Buben/ junge Männer: 22%)
- Akne (Mädchen/junge Frauen 27%; Buben/junge Männer: 22%)
- Herz-/Kreislaufkrankungen bzw. -beschwerden (Mädchen/junge Frauen 21%; Buben/junge Männer: 11%)
- Blasen-/Nierenerkrankungen bzw. -beschwerden (Mädchen/junge Frauen 20%; Buben/junge Männer: 4%) zu leiden.

Bei allen anderen Angaben sind die Unterschiede gering, wobei tendenziell mehr Nennungen von den Buben und jungen Männern vorliegen.

Bei all diesen Angaben ist zu berücksichtigen, daß über den Schweregrad, die Dauer und den Verlauf der Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen nichts bekannt ist. Ebenso wenig ist bekannt, ob es sich dabei um einmalig auftretende oder bereits chronifizierte Erkrankungen handelt. Zudem ist die erfaßte Zeitspanne von drei Jahren relativ lang. Aus den Ergebnissen darf deshalb *nicht* auf eine kranke oder gar multimorbide Jugend geschlossen werden. Vielmehr sind sie als Hinweise aufzufassen, in welchen Bereichen im Laufe von drei Jahren gesundheitliche Probleme oder Erkrankungen aufgetreten sind.

Ergebnisse des schulärztlichen Diensts

Als Referenzdatenquelle zum Gesundheitszustand nicht-deutscher Jugendlicher stehen die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen der 6. - 9. Übergangsklassen im Schuljahr 1995/96 zur Verfügung.* Insgesamt wurden 622 Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren untersucht; 46% waren Mädchen und 54% Buben.

Da Vergleichszahlen von gleichaltrigen nicht-deutschen Jugendlichen aus den Regelklassen fehlen, bleibt offen, inwieweit die Ergebnisse dieser Population aufgrund deren besonderen sozialen Lage (meist erst seit kurzem in Deutschland) generalisiert werden dürfen. Ebenso wenig läßt sich der Gesundheitszustand von deutschen und nicht-deutschen Schülerinnen und Schülern vergleichen.

Bei 34% der untersuchten Jugendlichen wurden keine Befunde festgestellt. Häufigster Befund war Karies (27%). Erkrankungen des Bewegungsapparates stehen an zweiter Stelle: darunter Haltungsschwäche (14%), Veränderungen der Füße (8,5%) und Wirbelsäulenveränderungen (9%). Weitere relativ häufige Befunde waren Übergewicht (10,5%), Sehstörungen (9%) und infektiöse Hautkrankheiten (6%). Die Unterschiede zwischen Mädchen und Buben sind gering. Bei allen Befunden wurden, soweit nicht schon erfolgt - Behandlungsmaßnahmen empfohlen.

5.2.3 Gesundheitliche Beschwerden

Deutsche und nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene unterscheiden sich kaum in der Zahl der genannten häufig auftretenden gesundheitlichen Beschwerden während der letz

* Übergangsklassen in Hauptschulen werden von den nicht-deutschen Jugendlichen besucht, die meist erst seit kurzem in Deutschland sind und aufgrund ihrer mangelnden deutschen Sprachkenntnisse dem Unterricht in einer deutschen Regelklasse nicht folgen können.

ten 12 Monate: 36% gaben keinerlei Beschwerden an, weitere 30% ein bis zwei Beschwerden, ein Drittel nannte drei und mehr Beschwerden.

Von nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden vor allem folgende häufig auftretende Einzelbeschwerden genannt:

- Kopfschmerzen (24%)
- Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, Abgespanntheit (21%)
- Unruhe, Erregbarkeit, Nervosität (19%)
- Traurige Verstimmung (18%)
- Kreuz- oder Rückenschmerzen (18%)
- Nacken- oder Schulterschmerzen (18%)

Darüber hinaus geben 24% der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen an, häufig unter Husten oder Heiserkeit zu leiden, 18% unter Halsschmerzen. Die Unterschiede zu deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind eher gering.

Auch hinsichtlich der von uns gebildeten Beschwerdegruppen sind die Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen insgesamt eher gering.* Nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene leiden signifikant häufiger unter psychovegetativen Störungen (16%), etwas häufiger unter nervösen Störungen (27%) und psychosomatischen Störungen (19%). Andererseits treten Haut- und Atembeschwerden (11%), Verdauungsbeschwerden (6%) und Rücken- oder Nackenschmerzen (23%) etwas seltener auf als bei den Deutschen. Was die Anzahl der genannten Beschwerdegruppen angeht, gibt es keine Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen: jeweils die Hälfte war von keiner einzigen Beschwerdegruppe betroffen, je 28% von zwei und mehr Beschwerdegruppen.

Wie bei den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen sich erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Insgesamt sind die weiblichen Befragten signifikant stärker belastet als die männlichen: 48% der Buben und jungen Männer hatten laut Selbstauskunft überhaupt keine häufig auftretenden Einzelbeschwerden, bei den Mädchen und jungen Frauen waren das 26%. Umgekehrt gaben 43% der Mädchen und jungen Frauen und 23% der Buben und jungen Männer drei und mehr häufige Beschwerden an.

Tabelle 5.2.3.1: Beschwerdegruppen nicht-deutscher Jugendlicher und junger Erwachsener nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Beschwerdegruppen	Mädchen/ junge Frauen	Buben/junge Männer	Gesamt
Nervöse Störungen ¹⁾	35,7	17,3	26,8
Nacken-, Schulter-, Rückenschmerzen	29,5	15,4	22,7
Psychosomatische Störungen ¹⁾	25,0	13,5	19,4
Psychovegetative Störungen	19,6	12,5	16,2
Haut- und Atembeschwerden	13,4	7,7	11,1
Verdauungsbeschwerden	8,0	2,9	5,6
Mehrfachbelastungen ²⁾	36,6	18,3	22,7
Fallzahlen	112	104	216

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Mehrfachnennungen.

1) Mindestens zwei häufige Einzelbeschwerden genannt.

2) Mindestens zwei Beschwerdegruppen.

* Zur Bildung der Beschwerdegruppen siehe Kap. 8.2.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich auch in den einzelnen Beschwerdegruppen (s. Tab. 5.2.3.1). Durchgängig sind Mädchen und junge Frauen stärker belastet, wenngleich die Unterschiede nicht immer statistisch signifikant sind. Dementsprechend treten bei Mädchen und jungen Frauen signifikant häufiger Mehrfachbelastungen auf: 37% der Mädchen gegenüber 18% der Buben und jungen Männer nannten Einzelbeschwerden aus mindestens zwei Beschwerdegruppen zugleich.

Getrennte Auswertungen nach Geschlecht zeigen nur geringe Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen. Unabhängig von der Nationalität sind Mädchen und junge Frauen stärker belastet als Buben und junge Männer.

- Während nicht-deutsche Mädchen und junge Frauen häufiger als deutsche an psychovegetativen Störungen (nicht-deutsch: 20%; deutsch: 11%) oder nervösen Störungen (nicht-deutsch: 36%; deutsch: 28%) litten, waren deutsche Mädchen und junge Frauen etwas häufiger von Schmerzen im Nacken-, Schulter-, Rückenbereich betroffen, ebenso wie von Haut- und Atembeschwerden.
- Deutsche Buben und junge Männer waren ebenfalls etwas häufiger von Haut- und Atembeschwerden (deutsch: 11%; nicht-deutsch: 8%) und von Schmerzen im Nacken-, Schulter-, Rückenbereich (deutsch: 19%; nicht-deutsch: 15%) betroffen, nicht-deutsche Buben und junge Männer dagegen vermehrt von psychosomatischen Störungen (deutsch: 6%; nicht-deutsch: 14%).

Wesentliche Altersunterschiede zeigen sich nicht. Tendenziell nehmen Haut- und Atembeschwerden mit dem Alter ab, Verdauungsbeschwerden und Schmerzen im Nacken-, Schulter-, Rückenbereich zu.

Auswertungen nach Nationalität zeigen insgesamt höhere Belastungen von ex-jugoslawischen und türkischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen: je ein Drittel hatte Beschwerden aus mindestens zwei Beschwerdegruppen, unter den Befragten anderer Nationalität waren das 22%. Die Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Von ex-jugoslawischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden am häufigsten nervöse Störungen genannt, von türkischen psychosomatische Störungen. An zweiter Stelle stehen bei beiden Nationalitäten Nacken-, Schulter- oder Rückenschmerzen.

Tabelle 5.2.3.2: Beschwerdegruppen nicht-deutscher Jugendlicher und junger Erwachsener nach Nationalität (Angaben in Prozent)

Beschwerdegruppen	Nationalität		
	ex-jugoslawisch	türkisch	sonstige
Nervöse Störungen ¹⁾	31,7	25,0	24,8
Nacken-, Schulter-, Rückenschmerzen	28,6	27,1	17,1
Psychosomatische Störungen ¹⁾	22,2	29,2	13,3
Psychovegetative Störungen	22,2	16,7	12,4
Haut- und Atembeschwerden	11,1	14,6	8,6
Verdauungsbeschwerden	3,2	4,2	7,6
Mehrfachbelastungen ²⁾	33,3	33,3	21,9
Fallzahlen	63	48	105

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Mehrfachnennungen.

1) Mindestens zwei häufige Einzelbeschwerden genannt. 2) Mindestens zwei Beschwerdegruppen.

Zwischen den Beschwerdegruppen, ausgenommen der Haut- und Atembeschwerden und der Verdauungsbeschwerden, und der Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen bestehen teilweise enge Zusammenhänge.

- Jugendliche und junge Erwachsene, die an nervösen Störungen, psychosomatischen Störungen, psychovegetativen Störungen oder an häufigen Schmerzen im Schulter-, Nacken- oder Rückenbereich leiden, äußern eine signifikant geringere Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation, familiären Situation und ihrer Gesundheit wie mit ihrem Leben überhaupt.
- Eine Unzufriedenheit mit der Schule bzw. Arbeit geht mit nervösen oder psychosomatischen Störungen einher.
- Eine erhöhte Unzufriedenheit mit sich selbst, mit den Beziehungen zu Freunden und mit der Freizeit zeigt sich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die unter psychovegetativen Störungen leiden.

5.2.4 Psychische Gesundheit und psychosoziale Situation

Im Vergleich zu den Deutschen zeigen sich bei den Nicht-Deutschen erhebliche Belastungen ihrer psychischen und psychosozialen Situation. Nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene erreichen signifikant höhere Werte auf der Demoralisierungsskala und signifikant niedrigere Werte auf der Sozialen Unterstützungsskala.* Wie auch bei den Deutschen sind Mädchen und junge Frauen stärker „demoralisiert“ als Buben und junge Männer. Ebenso sind Türkinnen und Türken im Vergleich zu den anderen nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen stärker „demoralisiert“.

Untersucht man die verschiedenen Bereiche der „Demoralisierung“, zeigt sich, daß nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene durchgängig stärker belastet sind als deutsche.

- Ein Viertel aller nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen leidet unter einem Gefühl der Niedergeschlagenheit. Von diesen gaben 83% sehr häufige oder ziemlich häufige

* Zur Skalenbildung s. Kap. 8.2.

fige Gefühle der Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit an. Ebenso häufig hatten 59% das Gefühl, daß alles sinnlos sei.**

- Zukunftssorgen machen sich 19% der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Davon machten sich 78% sehr oder ziemlich häufig viele Sorgen oder grübelten über etwas nach. 54% hatten das Gefühl, daß ihnen etwas Schreckliches zustossen könnte und 51%, daß nichts so wird, wie sie es sich wünschen. 34% hatten sich (fast) nie zuversichtlich gefühlt.
- Unter mentalem Dauerstreß leiden fast 13% der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Darunter gaben 89% Schwierigkeiten sich zu konzentrieren an. 67% hatten die Befürchtung verrückt zu werden.
- 11% weisen eine negative Selbsteinschätzung auf. Davon hatten 54% das Gefühl versagt zu haben, jeweils die Hälfte hatte sich nutzlos gefühlt oder war mit sich selbst unzufrieden. Ein Drittel hatte sich zurückgesetzt gefühlt.
- Schließlich sind rund 8% von einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit geprägt. Davon waren 83% nervös, unruhig oder gespannt, jeweils 78% hatten generell Angstgefühle oder Angst, völlig alleine gelassen zu werden. 72% fühlten sich völlig hoffnungslos und 50% völlig hilflos.

Deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich beim Gefühl der Niedergeschlagenheit (Mädchen/junge Frauen: 33%, Buben/junge Männer: 16%), bei den Sorgen über die Zukunft (Mädchen/junge Frauen: 23%; Buben/junge Männer: 14%) und beim Gefühl der Hoffnungslosigkeit (Mädchen/junge Frauen: 12%; Buben/junge Männer: 5%). Eine negative Selbsteinschätzung zeigt sich ebenfalls bei den Mädchen und jungen Frauen (13%) etwas häufiger als bei den Buben und jungen Männern (9%).

Türkische Jugendliche und junge Erwachsene leiden überdurchschnittlich häufig an mentalem Dauerstreß (19%) und einem Gefühl der Niedergeschlagenheit (33%), (ex-)jugoslawische Jugendliche und junge Erwachsene leiden ebenfalls überdurchschnittlich an einem Gefühl der Niedergeschlagenheit (27%) wie auch an einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit (11%). Ansonsten zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede nach Nationalitäten.

Hinsichtlich der Einstellungsdimensionen* zeigt sich bei nicht-deutschen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine höhere Angepaßtheit, ein geringeres Kontrollbewußtsein und eine geringere Lebenszufriedenheit. Lediglich bei der Selbstbezogenheit sind die Unterschiede gering. Weder nach Geschlecht, noch nach Nationalität treten unter den nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nennenswerte Unterschiede auf. Die Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen bleiben auch bei getrennten Auswertungen nach Geschlecht erhalten.

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Einstellungsdimensionen mit bestimmten kulturellen Werthaltungen verbunden sind. In der deutschen Kultur, in der heutzutage individualistische Werthaltungen einen hohen Stellenwert besitzen, hat eine hohe Angepaßtheit einen eher negativen und ein hohes Kontrollbewußtsein einen eher positiven Beiklang. In anderen kulturellen Bezügen, in denen eher kollektivistische Werthaltungen im Vordergrund stehen, z.B. eine starke Familienbindung, kann die Bewertung dieser Einstellungen jedoch anders sein.

** Sämtliche folgende Angaben zu den Einzelitems der Demoralisierung beziehen sich, soweit nicht anderes erwähnt, auf die Angaben „sehr häufig“ oder „ziemlich häufig“.

* Zur Skalenbildung s. Kap. 8.2.

Zwischen den verschiedenen Dimensionen der psychischen und psychosozialen Situation zeigen sich zum Teil recht enge Zusammenhänge:

- Jugendliche und junge Erwachsene, die den Grad ihrer sozialen Unterstützung als hoch einschätzen, fühlen sich in einem erheblich geringeren Maße „demoralisiert“. Gleichzeitig sind ihr Kontrollbewußtsein und ihre Lebenszufriedenheit hoch.
- Eine starke „Demoralisierung“ geht mit einem geringeren Kontrollbewußtsein und einer geringeren Lebenszufriedenheit einher.
- Ein starker positiver Zusammenhang besteht schließlich zwischen dem Kontrollbewußtsein und der Lebenszufriedenheit.

Darüber hinaus bestehen durchgängig enge Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit in allen erfragten Lebensbereichen und dem Grad der „Demoralisierung“.

Dasselbe Muster an Zusammenhängen findet sich auch bei den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Zusammenhänge mit den Beschwerdegruppen

Bei den nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen durchgängig signifikant positive Zusammenhänge zwischen den Beschwerdegruppen und dem Grad der „Demoralisierung“. Gleichzeitig schlägt sich das in einer geringeren Lebenszufriedenheit nieder. Die soziale Unterstützung sowie die anderen Einstellungsdimensionen spielen keine Rolle.

Bei den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen auch durchgängig signifikant positive Zusammenhänge zwischen den Beschwerdegruppen und der „Demoralisierung“. Anders als bei den Nicht-Deutschen bestehen darüber hinaus durchgängig signifikant positive Zusammenhänge mit der Selbstbezogenheit und durchgängig signifikant negative Zusammenhänge mit der sozialen Unterstützung, dem Kontrollbewußtsein und der Lebenszufriedenheit. Eine signifikant höhere Angepaßtheit tritt bei nervösen und psychovegetativen Störungen auf.

Diese unterschiedlichen Muster der Zusammenhänge bei Deutschen und Nicht-Deutschen können auf kulturell bedingte Unterschiede hinweisen, die aber auf der Basis der vorhandenen Daten nicht nachgeprüft werden können.

Nach den einzelnen Bereichen der „Demoralisierung“ ergeben sich bei den nicht-deutschen Befragten folgende signifikante Zusammenhänge mit den Beschwerdegruppen:

- Jugendliche und junge Erwachsene, die von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit oder Nieder geschlagenheit betroffen sind, leiden gleichzeitig häufiger an nervösen Störungen (67% bzw. 66%), psychosomatischen Störungen (je 44%), psychovegetativen Störungen (39% bzw. 42%) oder an Verspannungen.
- Bei mentalem Dauerstress treten gleichzeitig häufiger nervöse Störungen (54%) oder psychovegetative Störungen (42%) auf.
- Zukunftssorgen gehen häufiger mit nervösen Störungen (49%) oder Verspannungen (38%) einher. Tendenziell mehr Jugendliche und junge Erwachsene leiden an psychovegetativen Störungen (27%).
- Schließlich schlägt sich eine negative Selbsteinschätzung in einem häufigeren Auftreten von nervösen Störungen (54%) nieder sowie in einer tendenziell größeren Betroffenheit von psychovegetativen Störungen (29%) oder Verspannungen (39%).

5.3 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Risiken und Gefährdungen

5.3.1 Einstellungen zur Gesundheit

Die Beachtung der eigenen Gesundheit ist auch bei nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen relativ hoch: 54% gaben an, auf ihre Gesundheit zu achten, darunter 24% sogar sehr. Weder nach Geschlecht, Nationalität und Altersgruppen gibt es nennenswerte Unterschiede.

Die Aussage „ich lebe, ohne mich besonders um meine Gesundheit zu kümmern“ wird - wie bei den Deutschen - von der Hälfte der Jugendlichen und jungen Erwachsenen abgelehnt; 14% stimmen dieser Aussage zu. Auffallend ist die deutlich höhere Zustimmung der türkischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (29%) bei einem gleichzeitig geringeren Anteil an Ablehnung (36%).

Hinsichtlich der Einflußmöglichkeiten auf die Gesundheit neigt der Großteil der nicht-deutschen Befragten wie auch die deutschen nicht zu Extrempositionen: mindestens die Hälfte bis fast zwei Drittel stimmen diesen Aussagen nur teilweise zu. Es zeigen sich aber einige Unterschiede zu den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen:

- Einerseits herrscht eine „fatalistischere“ Einstellung bei den Nicht-Deutschen vor. Ein höherer Anteil stimmt folgenden Aussagen voll zu: „Gesundheit und Krankheit sind angeboren“ (nicht-deutsch: 9%; deutsch: 3%), „Umweltverschmutzung/-zerstörung ist schuld an den meisten Krankheiten“ (nicht-deutsch: 30%; deutsch: 17%), oder „meine Gesundheit hängt von Dingen ab, auf die ich selbst keinen Einfluß habe“ (nicht-deutsch: 11%; deutsch: 7%).
- Andererseits bejahen Nicht-Deutsche häufiger voll die Aussage, daß Gesundheit in erster Linie vom eigenen Verhalten abhängt (nicht-deutsch: 37%; deutsch: 27%).

Eine „fatalistische“ Haltung findet sich häufiger bei Türiinnen und Türken und weniger bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen anderer Nationalität. Weder nach Geschlecht, noch nach Altersgruppen zeigen sich Unterschiede.

5.3.2 Körpergewicht

Nach den in Kap. 3.2.2 genannten Kriterien liegt das Körpergewicht, gemessen mit dem Body-Mass-Index (BMI), überwiegend im Normalbereich (61%), rund 11% der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen wären demnach übergewichtig oder adipös, 22% dagegen eher bis sehr stark untergewichtig. Auch hier gelten die in Kap. 3.2.2 geäußerten Vorbehalte bei der Anwendung der „Erwachsenengrenzen“ für Jugendliche, insbesondere was den Untergewichtsbereich angeht. Übergewicht findet sich etwas häufiger bei den Buben und jungen Männern (13%) als bei den Mädchen und jungen Frauen (10%), ebenso häufiger bei den 18-25jährigen (14%) im Vergleich zu den 13-17jährigen (7%).

5.3.3 Zahngesundheit und Prävention

Angaben zur Zahngesundheit liegen nur für die Übergangsklassen vor (s. Kap. 5.2.2): bei mehr als einem Viertel der untersuchten Schülerinnen und Schüler wurde Karies festgestellt.

Bezüglich der Zahnhygiene zeigen sich - wenn auch eher geringe - Unterschiede zu den Deutschen: Nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene putzen sich etwas seltener mindestens zweimal täglich die Zähne (69%); 26% tun dies wenigstens einmal täglich. Eine schlechtere Zahnhygiene, d.h. sich weniger als mindestens zweimal täglich die Zähne zu putzen, haben etwas häufiger männliche Befragte, Türkinnen und Türken und Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren.

Rund 75% waren mindestens einmal im letzten Jahr beim Zahnarzt; bei 53% wurde im Laufe der letzten 12 Monate eine Vorsorgeuntersuchung zu Zahn-/Zahnfleischerkrankungen durchgeführt. Das waren jeweils deutlich weniger als bei den Deutschen (Zahnarztbesuch: 82%; Vorsorgeuntersuchung: 64%; s. Kap. 2.4.5). 16% der Nicht-Deutschen waren im Laufe des vergangenen Jahres weder beim Zahnarzt, noch bei einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung (Deutsche: 11%). Zahnarztkontakte wie auch die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen waren bei männlichen Befragten, türkischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen und Jugendlichen unter 18 Jahren unterdurchschnittlich.

5.3.4 Freizeitverhalten

Bewegung

Nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene treiben im Durchschnitt fast 6 Stunden Sport pro Woche, Buben und junge Männer (7 Stunden) deutlich mehr als Mädchen und junge Frauen (4 Stunden). Die Unterschiede zu den Deutschen sind gering, ebenso nach Nationalität. Im Unterschied zu den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen reduziert sich die durchschnittliche wöchentliche Stundenzahl mit zunehmendem Alter nur wenig. 14% gaben an, überhaupt nicht oder höchstens eine Stunde pro Woche Sport zu treiben, Mädchen und junge Frauen (22%) in stärkerem Maße als Buben und junge Männer (12%), ebenso die 18-25jährigen (24%) im Vergleich zu den 13-17jährigen (8%).

Mindestens mehrmals pro Woche betreiben

38% Radfahren, Joggen, Wandern, Leichtathletik etc.,

20% Mannschaftsspiele,

23% Gymnastik, Turnen und sonstige Sportarten.

Alle Sportarten werden von den männlichen Befragten erheblich häufiger betrieben. Mannschaftsspiele werden von deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen seltener genannt (15%), ansonsten sind die Unterschiede zwischen Nicht-Deutschen und Deutschen gering.

Bei den Nennungen gibt es etliche Überschneidungen. Betrachtet man nämlich den Anteil derjenigen, die die o.g. Sportarten selten oder nie betreiben, liegt dieser bei 60%. Es zeigen sich starke Geschlechts- und Alterseinflüsse: bei Buben und jungen Männern beträgt der Anteil 53%, bei Mädchen und jungen Frauen 68%; bei Jugendlichen unter 18 Jahren bei 45%, bei den 18-25jährigen 73%.

Zusammenhänge mit dem Körpergewicht zeigen sich nicht: Übergewichtige betreiben im Durchschnitt nicht weniger Sport als Normal- und Untergewichtige.

Medienkonsum

Knapp die Hälfte aller nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gibt an, täglich Fernsehsendungen oder Videos anzuschauen. Der durchschnittliche wöchentliche Fernsehkonsum (einschließlich Videos) ist mit 14,5 Stunden bei den Nicht-Deutschen deutlich höher als bei den Deutschen (11 Stunden). Aus den Angaben geht jedoch nicht hervor, ob tatsächlich die gesamte Zeit vor dem Fernsehgerät verbracht wurde oder ob das Fernsehgerät im Hintergrund lief. Rund 10% geben 30 Stunden und mehr an, nur 15% sehen weniger als 5 Stunden pro Woche fern. Männliche Befragte (16 Stunden) sehen im Durchschnitt häufiger fern als weibliche (13 Stunden). Einen erhöhten Fernsehkonsum haben mit 17 Stunden vor allem ex-jugoslawische Jugendliche und junge Erwachsene.

Das Spielen mit elektronischen Spielen unterscheidet sich hinsichtlich der Häufigkeit mit durchschnittlich 2 Stunden pro Woche nicht von den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Jugendliche unter 18 Jahren tun dies etwas häufiger (2,6 Stunden), ebenso die Buben und jungen Männer (2,5 Stunden; Mädchen/junge Frauen: 1 Stunde). Fast alle hören täglich oder mehrfach wöchentlich Musik (93%). Ein Viertel gibt an, oft „irrsinnig laut“ Musik zu hören. Bei dieser Gruppe besteht die Gefahr einer dauerhaften Schädigung des Gehörs.

Freizeitkontakte

Die meisten der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, über 90%, verbringen ihre Freizeit mit anderen, nur ca. 8% überwiegend alleine. Darin unterscheiden sie sich nicht von den Deutschen.

Im Unterschied zu den Deutschen sind Familien- und Verwandtschaftskontakte von größerer Bedeutung: je ein knappes Drittel verbringt die Freizeit immer oder meistens mit den Eltern bzw. mit den Geschwistern, 12% mit sonstigen Verwandten.

Zur Clique (45%) oder zur Freundin/zum Freund (59%) bestehen auch bei den Nicht-Deutschen die häufigsten Freizeitkontakte, wenngleich diese nicht so oft genannt werden wie bei den Deutschen. Mit der Partnerin/dem Partner verbringen 22% überwiegend ihre Freizeit.

Unterschiede gibt es nach Alter und Geschlecht: Sowohl Jugendliche unter 18 Jahren als auch Mädchen und junge Frauen verbringen mehr Zeit mit ihrer Familie. Eine größere Familienbindung zeigt sich bei ex-jugoslawischen und türkischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Freizeitaktivitäten außer Haus

Die Orte, an denen sich Jugendliche und junge Erwachsene in ihrer Freizeit aufhalten, sind, neben der (Berufs-) Schule, potentielle Gelegenheiten für gesundheitsfördernde Prävention. Während Kneipen und Diskotheken nur sehr begrenzt geeignet sind, bieten Jugendtreffs und Vereine bessere Möglichkeiten für Gesundheitsförderungsprogramme (s. Kap. 3.4.2).

Folgende Orte werden mindestens einmal wöchentlich aufgesucht

- 28% Ausgehen (z.B. ins Kino, Theater, Konzert)
- 25% Kneipe
- 22% Verein
- 20% Discos, Rock-/Popkonzerte
- 11% Jugendtreff.

Fast alle Orte werden von Buben und jungen Männern erheblich häufiger aufgesucht. Insgesamt gehen nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene etwas seltener aus als die Deutschen.

5.3.5 Suchtmittelgebrauch

Rauchen

Der Anteil aktiver Raucherinnen und Raucher zum Befragungszeitpunkt lag bei 34%, rund 12% hatten das Rauchen bereits wieder aufgegeben. Die Unterschiede nach Geschlecht, zu den Deutschen wie auch zwischen den Nationalitäten sind gering. Erwartungsgemäß ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher bei den 13-17jährigen (19%) deutlich niedriger als bei den 18-25jährigen (45%).

Alkohol

Im Vergleich zu den Deutschen konsumieren nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene in erheblich geringerem Maße Alkohol:

- 11% gelten als regelmäßige Konsumenten,
- 20% trinken Alkohol gelegentlich,
- 30% trinken Alkohol selten oder fast nie,
- 40% trinken nie Alkohol.

Regelmäßig Alkohol getrunken wird vor allem von Buben und jungen Männern (16%), 18-25jährigen (17%) und nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sonstiger Nationalität (15%). Bei Türkinnen und Türken scheinen nach wie vor religiöse/kulturelle Einflüsse wirksam zu sein: 52% trinken nie, weitere 33% selten oder fast nie Alkohol.

Illegale Drogen

26% der nicht-deutschen Befragten gaben an, Erfahrungen mit illegalen Drogen zu haben. Das sind weniger als bei den Deutschen (33%). 10% waren zum Befragungszeitpunkt aktuelle Drogenkonsumenten. Überwiegend handelte es sich dabei um Cannabisprodukte.

Drogenerfahrungen hatten mehr männliche Jugendliche und junge Erwachsene (33%) und 18-25jährige (34%). Das spiegelt sich auch im aktuellen Drogenkonsum wider:

- | | | | | |
|-----|--------------------------|-----------|----|---------------------------|
| 14% | der Buben/jungen Männern | gegenüber | 7% | der Mädchen/jungen Frauen |
| 13% | der 18-25jährigen | gegenüber | 6% | der 13-17jährigen. |

Im Vergleich zu türkischen (6%) und ex-jugoslawischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (8%) waren mehr Jugendliche und junge Erwachsene anderer Nationalität (13%) aktuelle Drogenkonsumenten.

Medikamente

Medikamente mit Suchtpotential wurden von 5% der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen regelmäßig eingenommen (Deutsche: 3%). Überwiegend handelt es sich dabei um Mädchen und junge Frauen (9 der 11 Konsumentinnen/Konsumenten); 8% der Mädchen und jungen Frauen können als regelmäßige Medikamentenkonsumentinnen bezeichnet werden.

Medikamente mit Suchtpotential wurden eher von den Jüngeren eingenommen (7%; 7 Befragte), ebenso von türkischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (13%; 6 Befragte).

Suchtgefährdungspotential

23% der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumieren entweder regelmäßig Alkohol, sind aktuelle Drogenkonsumenten oder nehmen regelmäßig Medikamente ein; 3% (6 Befragte) nehmen zwei der Substanzen ein. Das sind deutlich weniger als bei den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (35% mindestens ein Suchtmittel; Einnahme von 2 und mehr Substanzen: 10%).

Ein höheres Gefährdungspotential unter den Nicht-Deutschen haben Buben und junge Männer (28%), 18-25jährige (29%) und Jugendliche und junge Erwachsene mit sonstiger Nationalität (28%). Darin spiegeln sich die Befunde zu den Einzelsubstanzen wider.

Zusammenhänge mit gesundheitlichen Beschwerden und der psychischen Situation

Wie bei den Deutschen zeigen sich keine Zusammenhänge zwischen regelmäßigem Alkoholkonsum und dem Vorhandensein der verschiedenen gesundheitlichen Beschwerdegruppen.

Anders sieht es bei aktuellen Drogenkonsumenten aus: diese leiden in erhöhtem Maße an nervösen Störungen (46%), psychosomatischen Störungen (36%) und psychovegetativen Störungen (36%). Die zugrundeliegenden Fallzahlen sind aber jeweils recht gering.

Tabelle 5.3.5.1 : Beschwerdegruppen nach Drogenkonsumstatus (in %)

Es leiden an	Drogenkonsumstatus		
	aktueller Konsum	ehemaliger Konsum	kein Konsum
Nervöse Störungen	46%	33%	23%
Psychosomatische Störungen	36%	15%	18%
Psychovegetative Störungen	36%	19%	13%
Fallzahl	22	27	150

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Mehrfachnennungen.

Raucherinnen und Raucher weisen ebenfalls erhöhte Anteilswerte bei diesen Beschwerdegruppen auf:

Tabelle 5.3.5.2 : Beschwerdegruppen nach Raucherstatus (in %)

Es leiden an	Raucherstatus		
	aktuelle Raucher	ehemalige Raucher	Nicht-/Nieraucher
Nervöse Störungen	36%	24%	24%
Psychosomatische Störungen	29%	21%	16%
Psychovegetative Störungen	28%	17%	10%
Fallzahl	71	24	111

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Mehrfachnennungen.

Zusammenhänge zwischen regelmäßigem Alkoholkonsum oder aktuellem Drogenkonsum und der psychischen Situation, gemessen über die verschiedenen Bereiche der „Demoralisierung“, zeigen sich nicht. Dabei ist - wie auch bei den Deutschen - anzunehmen, daß es sich bei den nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Suchtmittelgebrauch, die über die Befragung erreicht wurden, (noch) nicht um stark Abhängige handelt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Faßt man die Ergebnisse kurz zusammen, zeigt sich im Vergleich zu den Deutschen ein geringerer Suchtmittelgebrauch bei nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Höhere Konsumentenanteile zeigen sich fast durchweg bei den männlichen Befragten und bei den 18-25jährigen. Im Vergleich zu türkischen oder ex-jugoslawischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Suchtmittelgebrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen anderer Nationalität höher. Medikamente mit Suchtpotential werden vor allem von Mädchen und jungen Frauen regelmäßig eingenommen, allerdings sind die zugrundeliegenden Fallzahlen gering.

Bei diesen Ergebnissen ist zu berücksichtigen, daß in der Jugendgesundheitsstudie 1995, wie auch bei den Deutschen, mit hoher Wahrscheinlichkeit Jugendliche und junge Erwachsene mit ausgesprochenen Problemlagen nicht erreicht wurden. Auf eine erheblich größere Drogenproblematik weisen die Ergebnisse der Untersuchung nicht-deutscher „institutionsauffälliger“ Jugendlicher hin (s. Kap. 5.3.8). Auch ist in Drogenberatungskreisen bekannt, daß der Suchtmittelgebrauch stark cliquen- und szenabhängig ist und sich im Stadtgebiet lokal unterschiedlich verteilt.

5.3.6 Sexualverhalten und AIDS

Sexualverhalten und AIDS-Prävention

Fast die Hälfte der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen hatte im Laufe der letzten zwölf Monate keine Sexualpartnerin bzw. keinen Sexualpartner, ein Drittel hatte eine/n Partnerin bzw. Partner, rund 15% zwei und mehr. Hier zeigen sich deutliche

Unterschiede zu den deutschen Befragten, von denen knapp 40% keine Partnerin bzw. keinen Partner hatten. Erwartungsgemäß ist die Häufigkeit von Sexualkontakten stark altersabhängig. Bis zum 18. Lebensjahr unterscheiden sich die Geschlechter wenig. Fast 90% der unter 18jährigen Mädchen und Buben hatten keinen Geschlechtsverkehr.

Bei den 18-25jährigen Frauen und Männern zeigen sich deutliche Geschlechtsdisparitäten:*

	<u>Männer</u>	<u>Frauen</u>
Keinen Sexualpartner/in hatten	19%	27%
Eine/n Sexualpartner/in hatten	46%	64%
Zwei und mehr Partner/innen hatten	35%	9%

Unterschiede treten nach Nationalitäten auf: Vor allem Türkinnen und Türken gaben an, im letzten Jahr keine Sexualkontakte gehabt zu haben (63%), ähnlich ist es bei den ex-jugoslawischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (56%). Jugendliche und jungen Erwachsenen anderer Nationalität unterscheiden sich in ihren Sexualkontakten dagegen kaum von den deutschen; von diesen hatten 42% keine Partnerin bzw. keinen Partner.

Tabelle 5.3.6.1 : Gebrauch von Kondomen bei mindestens einem Sexualkontakt während der letzten 12 Monate (in %)

Gebrauch von Kondomen	Mädchen/junge Frauen			Buben/junge Männer		
	Zahl der Partner			Zahl der Partnerinnen		
	einer	2 u. mehr	gesamt	einer	2 u. mehr	gesamt
Immer	17%	50%	21%	27%	38,5%	32%
Manchmal	19%	33%	21%	30%	50%	39%
Nie	64%	17%	58%	43%	11,5%	29%
Fallzahl	42	6	48	30	26	56

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen.

Von den Befragten mit mindestens einem Sexualkontakt schützen sich mit einem Kondom 27% immer, 31% manchmal und 42% nie. Wie bei den Deutschen sind weibliche Befragte bei Sexualkontakten seltener geschützt als männliche.

Wie die obenstehende Tabelle zeigt, hatten die meisten Frauen nur einen Sexualpartner während der letzten 12 Monate. Dabei wird häufig auf die Verwendung von Kondomen verzichtet. Ein deutlich höherer Anteil der Männer hatte Sexualkontakte mit wechselnden Partnerinnen. Im Gebrauch von Kondomen unterscheiden sie sich nicht von den deutschen Männern. Es bleibt ein Anteil von über 60%, die sich nur manchmal oder nie schützen. Daher sollte bei nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Frauen und Männern die Verwendung von Kondomen im Rahmen einer geschlechtsspezifischen Sexualpädagogik stärker propagiert werden.

* Bei den Angaben ist zu berücksichtigen, insbesondere was den hohen Anteil der Männer mit zwei und mehr Partnerinnen angeht, daß es sich zum einen um Selbstauskünfte der Befragten handelt, zum anderen die zugrundeliegenden Fallzahlen relativ gering sind.

Die Einstellung zum AIDS-Test hängt stark von der Zahl der Sexualpartnerinnen/-partner ab, die tatsächliche Durchführung eines Tests dagegen nur bedingt.

- 51% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ohne Sexualkontakte im letzten Jahr halten eine Testdurchführung für sich für überflüssig, 40% haben schon daran gedacht und 9% haben bereits schon mindestens einen Test durchführen lassen.
- Bei einer/einem Sexualpartnerin/-partner hält schon ein deutlich geringerer Anteil eine Testdurchführung für sich für überflüssig (37%), 38% haben daran gedacht und bereits 25% haben einen Test durchführen lassen.
- Schließlich halten Jugendliche und junge Erwachsene mit mindestens zwei Geschlechtspartnerinnen bzw. -partnern zu 19% einen Test für sich für überflüssig. Überwiegend wird an eine Testdurchführung gedacht (55%). Der Anteil derjenigen mit „Testerfahrung“ ist mit 26% kaum höher als bei denen mit einer Partnerin bzw. einem Partner.

Betrachtet man die besonders „Gefährdeten“, d.h. die Personen mit mindestens zwei Partnerinnen bzw. Partnern, die nur manchmal oder nie Kondome benutzen (19 Befragte), zeigt sich, daß zwar mehr als die Hälfte an die Durchführung eines AIDS-Test gedacht hatte (11 Befragte), einen Test tatsächlich durchführen lassen hatten 5 Befragte.

Informationsbedarf über AIDS

Bei der Frage nach dem Informationsbedarf über AIDS zeigt sich, daß sich nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene (55%) weniger häufig für ausreichend informiert halten als die deutschen (65%), dementsprechend häufiger gerne mehr darüber wissen wollen (nicht-deutsch: 37,5%; deutsch: 26%) und zu bestimmten Fragen gerne mehr Informationen hätten (nicht-deutsch: 47%; deutsch: 40%). Gleichzeitig wird aber häufiger als bei den Deutschen die Meinung vertreten, daß man über AIDS zuviel hört (nicht-deutsch: 15%; deutsch: 4%).

Was den speziellen Informationsbedarf über AIDS angeht, stehen - wie bei den Deutschen - folgende Fragen im Vordergrund:

- „Woran erkennt man, ob man mit dem AIDS-Virus infiziert ist?“ 51%
- „Wie soll man sich gegenüber AIDS-Kranken verhalten?“ 51%

Das Informationsbedürfnis über Fragen, wie man sich mit AIDS infizieren kann (30%), wo man einen AIDS-Test durchführen kann (30%), wo man sich über AIDS informieren kann (27%) und wie man sich vor AIDS schützen kann (26%), ist erheblich geringer. Insgesamt ist das Informationsbedürfnis geringer als bei den Deutschen. Gegebenfalls können kulturell bedingte größere Hemmungen bestehen, sich über solche Themen zu informieren.

5.3.7 Belastungen

Schule

Die Leistungsorientierung nicht-deutscher Jugendlicher ist insgesamt noch etwas höher als bei den Deutschen: 75% (gegenüber 71% bei den Deutschen) ist oder (bei ehemaligen Schülern/Studenten) war es (sehr) wichtig, gute schulische oder universitäre Leistungen zu zeigen, weiteren 19% ist oder war es zumindest teilweise wichtig. Eine höhere Leistungsorientierung haben Jüngere (13 - 17jährige) und (ex-)jugoslawische Jugendliche (jeweils 82%). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nicht.

Hinsichtlich des formellen Schulerfolgs unterscheiden sich Nicht-Deutsche und Deutsche kaum. Insgesamt nennen nicht-deutsche Jugendliche etwas weniger häufig schulische Probleme. 22% der nicht-deutschen Jugendlichen mußten eine Klasse wiederholen, bei 20% war die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet und 6% mußten wegen schlechter Noten die Schule wechseln. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nur beim Schulwechsel (Buben: 10%; Mädchen: 3%). Die hohe Leistungsmotivation der (ex-)jugoslawischen Jugendlichen schlägt sich auch im schulischen Erfolg nieder: diese mußten seltener eine Klasse wiederholen (18%) oder waren in der Versetzung gefährdet (15%).

Was die soziale Anerkennung in der Klasse und durch die Lehrerinnen und Lehrer angeht, treten ebenfalls kaum Unterschiede zwischen deutschen und nicht-deutschen Schülerinnen und Schülern auf. Auch nicht-deutsche Schülerinnen und Schüler sind insgesamt gut im Klassenverband integriert und nennen nur selten Streit oder Konflikte mit Mitschülerinnen und Mitschülern oder mit den Lehrkräften.

Beruf

Auch die berufstätigen bzw. in der Ausbildung sich befindenden nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen fühlen sich insgesamt gut ins Berufsleben integriert. Probleme mit der Anerkennung durch Kolleginnen/Kollegen oder Vorgesetzten treten eher nur selten auf.

Belastungen durch Schule und Beruf

Die Anforderungen in der Schule und am Arbeitsplatz werden häufig als belastend empfunden. Schülerinnen und Schüler beklagen sich insbesondere über

- das Arbeitstempo und Gehetze 36%
- zu viel Arbeit 34%
- zu starke geistige Anspannung 25%
- Eintönigkeit 24%
- das Zusammensein mit unfreundlichen, rücksichtslosen Menschen 22%
- zu viele Personen auf engem Raum 22%

Bei Berufstätigen werden folgende Anforderungen als besonders belastend empfunden:

- Eintönigkeit 32%
- geringe Verdienstmöglichkeiten 32%
- zu viel Arbeit 30%
- Arbeitstempo, Gehetze 29%
- geringe Aufstiegsmöglichkeiten 29%
- Überstunden, lange Arbeitszeit 28%
- das Zusammensein mit unfreundlichen, rücksichtslosen Menschen 22%

Im Unterschied zu deutschen sind nicht-deutsche Berufstätige, die häufiger im gewerblichen Bereich tätig sind, vermehrt Belastungen durch Staub und Schmutz (24%), körperlich schwere Arbeit (19%) und Lärm (16%) ausgesetzt. 16% sehen sich einer hohen Unfallgefahr am Arbeitsplatz ausgesetzt.

Nachwirkungen der Tagesarbeit (Schule und Beruf) am Feierabend zeigen sich bei nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht häufiger als bei deutschen. 29% fühlen sich am Feierabend häufig müde und erschöpft, 10% geben an, daß ihnen häufig stundenlang nicht die Tagesarbeit aus dem Kopf geht und 7% fühlen sich am Feierabend häufig unbefriedigt und bedrückt. Mädchen und junge Frauen (37%) fühlen sich häufiger als Buben und junge Männer (25%) müde und erschöpft oder geben an, daß ihnen die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht (Mädchen/junge Frauen: 15%; Buben/junge Männer: 7%). Ansonsten sind die Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Nationalität eher gering.

Belastende Ereignisse

Fast drei Viertel der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nennen Ereignisse im letzten Jahr, die sich möglicherweise auch auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirken können. Die häufigsten Ereignisse waren:

- Ausbildungs-/Berufswechsel sowie Examen/Prüfungen 29%
- Probleme mit den Eltern 28%
- Todesfall in der Familie 21%
- ernste Krankheit/Behinderung eines Familienmitglieds, Unfall 18%
- Schwierigkeiten im Beruf/in der Ausbildung 18%
- Probleme mit der/dem (Ehe-)Partnerin/Partner 16%
- Umzug 16%

Die Unterschiede zu den Deutschen, sowohl hinsichtlich der Reihenfolge als auch der Anteilswerte, sind eher gering.

Relativ selten sind Alkohol- und Drogenprobleme in der Familie (5%), sexuelle Probleme mit der Partnerin/dem Partner (8%), Rechtsstreitigkeiten (7%), Schwierigkeiten mit Behörden (9%) und Schwierigkeiten bzw. Ärger mit der Polizei (5%). Auch hierin unterscheiden sich Nicht-Deutsche und Deutsche kaum. Alle anderen erfragten Probleme werden nur in Einzelfällen genannt (Anteile unter 5%).

5.3.8 Soziale Problemlagen

Im vorliegenden Kapitel werden auf der Grundlage der Jugendgesundheitsstudie 1995 passive und aktive Gewalterfahrungen der nicht-deutschen Befragten untersucht. Ein weiterer Schwerpunkt in diesem Kapitel sind „institutionsauffällige“, nicht-deutsche Jugendliche. Weitere soziale Problemlagen nicht-deutscher Jugendlicher und junger Erwachsener wurden auch, soweit Daten vorhanden sind, in Kap. 3.9 behandelt.

Gewalterfahrungen

Nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene unterscheiden sich in ihren Gewalterfahrungen kaum von den deutschen. Aktive wie passive Gewalterfahrungen nennen ebenfalls männliche Befragte und 13-17jährige häufiger.

Aktiv Gewalt ausgeübt wurde während der letzten 12 Monate von insgesamt knapp 20%: 23% der Buben und jungen Männern und 16% der Mädchen und jungen Frauen, 28% der 13-17jährigen und 14% der 18-25jährigen. 4% nennen Gewalthandlungen aus zwei und mehr der abgefragten Bereiche. Am häufigsten wurden „jemanden absichtlich geschlagen oder verprügelt zu haben“ (9%) und „jemanden seelisch unter Druck setzen“ (8%) genannt.

Von passiven Gewalterfahrungen während der letzten 12 Monate waren 30% betroffen, darunter 11% mit mindestens zwei unterschiedlichen Gewalterfahrungen. 33% der Buben und jungen Männer und 28% der Mädchen und jungen Frauen wie 35% der 13-17jährigen und 28% der 18-25jährigen nennen Gewalterfahrungen aus mindestens einem Bereich. Am häufigsten ging es darum, daß „Sachen von anderen absichtlich zerstört oder beschädigt wurden“ (18%) oder daß sie „von anderen seelisch unter Druck gesetzt wurden, daß sie Dinge getan haben, die sie nicht wollten“ (16%).

Hinsichtlich der Nationalitäten zeigt sich, daß türkische und (ex-)jugoslawische Jugendliche und junge Erwachsene (je ca. 25%) häufiger aktive Gewalt ausgeübt haben als Jugendliche und junge Erwachsene anderer Nationalität (13%). Passive Gewalterfahrungen haben mehr türkische (40%) als (ex-) jugoslawische oder Jugendliche und junge Erwachsene anderer Nationalität (jeweils knapp 20%) gemacht.

„Institutionsauffällige“ nicht-deutsche Jugendliche *

In der Studie „Gesundheitsrisiken und Gesundheitsbewußtsein bei „institutionsauffälligen“ Jugendlichen“ ** wurden neben deutschen Jugendlichen auch nicht-deutsche Jugendliche befragt. Jugendliche in der Jugendhilfe gelten als besonders anfällig für gesundheitliche Belastungen und Beschwerden und für gesundheitliche wie soziale Risiken. Hier werden einige Ergebnisse der Jugendhilfeuntersuchung für die nicht-deutschen Jugendlichen vorgestellt, um die Spannweite zwischen den vermutlich relativ gut integrierten Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit der Jugendgesundheitsstudie 1995 erreicht wurden, und Jugendlichen mit Schwierigkeiten in ihrer sozialen Integration aufzuzeigen.

* Die Auswertungen der Daten wurden - wie in Kap. 3.9.1 - vom Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) geleistet.

** „Jugendhilfeuntersuchung“ des IPP; s. Kap. 3.9.1

Stichprobe: Von den insgesamt 740 befragten „institutionsauffälligen“ Jugendlichen sind 276 nicht-deutscher Nationalität. Ihr Anteil von rund 37% entspricht in etwa ihrem Anteil (35%) in der Münchner Gesamtbevölkerung zwischen 13 und 25 Jahren. Überwiegend handelt es sich um türkische (49%) und (ex-)jugoslawische Jugendliche (14%). Im Vergleich zu den nicht-deutschen Befragten der Jugendgesundheitsstudie 1995 (JGS) zeigen sich einige Abweichungen:

- Der Anteil der Buben ist mit 67% deutlich überhöht (JGS: 48%).
- Die Jugendlichen sind im Durchschnitt jünger. Der Großteil der Jugendlichen ist zwischen 15 und 17 Jahre (46%; JGS: 27%) und zwischen 18 und 20 Jahre (28%; JGS: 20%) alt.

Die nicht-deutschen Jugendlichen verteilen sich auf die Bereiche der öffentlichen Jugendhilfe wie folgt:

32%	Schulsozialarbeit
30%	berufsbezogene Jugendhilfe
20%	Jugendgerichtshilfe
13%	Erziehungsbeistandsschaften
5%	Erziehungsberatung

Die Erziehungsberatung spielt im Unterschied zu den deutschen „institutionsauffälligen“ Jugendlichen (23%) nur eine untergeordnete Rolle. Umgekehrt kommen gerade 14% der Deutschen aus dem Bereich der Schulsozialarbeit.

Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands fällt bei den „institutionsauffälligen“ Jugendlichen deutlich schlechter aus: Zwar bezeichnete die überwiegende Mehrheit (61%) ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, weitere 27% als zufriedenstellend, 12% (gegenüber 5% in der JGS) aber schätzten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind noch augenfälliger: nur 49% der Mädchen gegenüber 67% der Buben bewerteten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, 19% der Mädchen und 8% der Buben als weniger gut oder schlecht.

Insgesamt sind „institutionsauffällige“ Jugendliche von den verschiedenen Beschwerdegruppen* tendenziell weniger betroffen als die nicht-deutschen Befragten in der Jugendgesundheitsstudie 1995 (s. Tab. 5.3.8.1). Eine Ausnahme bilden psychovegetative Störungen. Während die Unterschiede bei den Buben gering sind („institutionsauffällige“ Jugendliche leiden häufiger an psychovegetativen Störungen, ansonsten sind sie meist etwas geringer belastet), sind „institutionsauffällige“ Mädchen trotz ihres geringeren Durchschnittsalters teilweise erheblich stärker belastet als die Mädchen und jungen Frauen aus der Jugendgesundheitsstudie 1995.

* Zur Bildung der Beschwerdegruppen s. Kap. 8.2.

Tabelle 5.3.8.1 : Beschwerdegruppen nicht-deutscher Befragter der Jugendhilfeuntersuchung und der Jugendgesundheitsstudie 1995 (in %)

Beschwerdegruppen	Jugendhilfeuntersuchung			Jugendgesundheitsstudie 1995		
	Mädchen	Buben	Gesamt	Mädchen	Buben	Gesamt
Nervöse Störungen	33,4	16,4	22,0	35,7	17,3	26,8
Nacken-, Schulter-, Rückenschmerzen	25,0	16,7	19,4	29,5	15,4	22,7
Psychosomatische Störungen	32,5	11,2	18,3	25,0	13,5	19,4
Psychovegetative Störungen	29,6	17,2	21,3	19,6	12,5	16,2
Haut- und Atembeschwerden	19,0	6,5	10,7	13,4	7,7	11,1
Verdauungsbeschwerden	8,3	5,3	6,3	8,0	2,9	5,6
Fallzahl	84	169	253	112	104	216

Quellen: Jugendhilfeuntersuchung, IPP; Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Mehrfachnennungen.

Bei nicht-deutschen „institutionsauffälligen“ Jugendlichen, insbesondere bei den Buben, zeigt sich eine erhebliche Gewaltbereitschaft. Diese übertrifft bei weitem die Gewaltbereitschaft der nicht-deutschen Befragten der Jugendgesundheitsstudie 1995 und übersteigt auch die bereits hohe Gewaltbereitschaft der deutschen „institutionsauffälligen“ Jugendlichen. Inwieweit die aktive mit passiver Gewalterfahrung einhergeht, läßt sich nicht nachprüfen.*

An erster Stelle steht das absichtliche Schlagen oder Verprügeln von jemand anderem (insgesamt: 47%; Buben: 54%; Mädchen: 34%), gefolgt von absichtlichem Zerstören oder Beschädigen von Sachen (insgesamt: 37%; Buben: 39%; Mädchen: 33%). Über ein Drittel (Buben: 44%; Mädchen: 14%) ist bereits mit dem Gesetz in Konflikt gekommen. Jeweils ca. ein Viertel hat jemandem gewaltsam Sachen weggenommen (Buben: 32%; Mädchen: 15%) oder jemand anderen körperlich bedroht (Buben: 33%; Mädchen: 7%).

Beim Gebrauch von Suchtmitteln treten ebenfalls teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den nicht-deutschen Befragten der Jugendhilfeuntersuchung und der Jugendgesundheitsstudie 1995 auf. Jugendliche aus der Jugendhilfeuntersuchung

- rauchen häufiger (Mädchen: 54%; Buben: 56%)
- nehmen häufiger illegale Drogen (aktueller Konsum: Mädchen: 11%; Buben: 27%)
- nehmen häufiger regelmäßig Medikamente (Mädchen: 25%; Buben: 18%)

Lediglich beim Alkoholkonsum gibt es kaum Unterschiede. Tendenziell trinken Jugendliche aus der Jugendhilfeuntersuchung zu einem etwas geringeren Anteil regelmäßig Alkohol (Mädchen: 3,5%; Buben: 13%).

Insgesamt zeigt sich bei dieser Population eine erhebliche Suchtproblematik, insbesondere was den Konsum von illegalen Drogen und Medikamenten angeht.

* Angaben zur passiven Gewalterfahrung liegen für die Jugendhilfeuntersuchung nicht vor.

5.4 Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung und spezifische Versorgungsangebote

Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung

In der Jugendgesundheitsstudie 1995 wurde gefragt, welche Ärztinnen und Ärzte im Laufe der letzten 12 Monate mindestens einmal aufgesucht wurden; ebenso wurden stationäre Krankenhausaufenthalte erfaßt. Tabelle 5.4.1 zeigt die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung nach Fachrichtungen.*

Tabelle 5.4.1: Arztinanspruchnahme in den letzten 12 Monaten (in %)

Inanspruchnahme von	Mädchen/junge Frauen	Buben/junge Männer	Gesamt
Praktischer Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin	67,0	68,3	67,6
Hautarzt/ärztin	34,8	30,8	32,9
Hals-Nasen-Ohrenarzt/ärztin	27,7	34,6	31,0
Augenarzt/Augenärztin	33,0	25,0	29,2
Orthopäde/Orthopädin	24,0	29,8	26,9
Internist/Internistin	17,9	17,3	17,6
Pädiater/in, Kinderarzt/ärztin	18,8	14,4	16,7
sonstiger Facharzt/ärztin (z. B. Chirurg/in)	10,7	14,4	12,5
Nervenarzt/ärztin, Psychiater/in, Neurologe/Neurologin	8,0	7,7	7,9
Frauenarzt/Frauenärztin	47,3	-	-
Fallzahl	112	104	216

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Mehrfachnennungen.

Nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene unterscheiden sich in ihrer Facharztinanspruchnahme nicht wesentlich von den deutschen. Nicht-deutsche Jugendliche waren (noch) etwas häufiger bei einer Kinderärztin bzw. beim Kinderarzt als deutsche (8%), deutsche Mädchen und junge Frauen (69%) suchten häufiger als nicht-deutsche eine Frauenärztin bzw. Frauenarzt auf.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind insgesamt gering. Erwartungsgemäß waren 13-17jährige ihrem Alter entsprechend noch häufiger bei einer Kinderärztin bzw. beim Kinderarzt, 18-25jährige Frauen häufiger bei einer Frauenärztin bzw. bei einem Frauenarzt. Nach Nationalitäten zeigen sich keine auffallenden Unterschiede; tendenziell ist die Inanspruchnahme bei Türkinnen und Türken höher.

10% haben eine Notärztin bzw. Notarzt in Anspruch genommen, bei den Deutschen waren es 7%. Bei den männlichen Befragten zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen: 13% der nicht-deutschen Buben bzw. jungen Männer gegenüber 6% der deutschen waren bei einer Notärztin bzw. beim Notarzt. Bei den weiblichen Befragten zeigen sich diese Unterschiede zwischen nicht-deutschen (8%) und deutschen Mädchen und jungen Frauen (9%) nicht.

* Zur Zahnarztinanspruchnahme s. Kap. 5.3.3.

Zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus waren 13%, Buben und junge Männer (16%) etwas häufiger als Mädchen und junge Frauen (11%) und 18-25jährige (19%) häufiger als 13-17jährige (9%). Ein stationären Krankenhausaufenthalt hatten 11% der Nicht-Deutschen. Deutsche waren etwas häufiger zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus (16%) und wurden zu einem etwas geringeren Anteil stationär behandelt (9%).

Spezifische Versorgungsangebote

In München gibt es zahlreiche Versorgungsangebote für die nicht-deutsche Bevölkerung. In erster Linie sind das soziale Beratungsstellen in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände. Bei den - eher wenigen - Angeboten mit einem ausgesprochenen Gesundheitsbezug handelt es sich überwiegend um psychologische Dienste und Beratungsstellen.*

Seitens der Landeshauptstadt München wurden in der Folge der Gesundheitskonferenz „Stadt Gesundheit und Migration“ im November 1994 verschiedene Aktivitäten speziell für die Belange der nicht-deutschen Bevölkerung intensiviert, die auch Jugendlichen und jungen Erwachsenen zugute kommen:

Das Krankenhaus München-Schwabing hat einen qualifizierten und differenzierten hausinternen Dolmetscherdienst aufgebaut, der weiter entwickelt wird. Das Gesundheitsreferat ist bestrebt, solche Dienste auch in den anderen städtischen Krankenhäusern zu implementieren. Auch im Rahmen der Patientenrechte (Stadtratsbeschuß vom 04.05.1995) ist für Patientinnen und Patienten, die die deutsche Sprache nicht beherrschen, das Recht verankert, ihre Anliegen mittels Dolmetscher vorzubringen. Neben dem klinikinternen Dolmetscherdienst ist ein zentraler Dolmetscherservice für die Bereiche Psychiatrie und seltene Sprachen geplant, den das Bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin anbietet.

Über die sprachliche Verständigung hinaus, die nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene nur teilweise betrifft, gilt es interkulturelle Mißverständnisse abzubauen. Im Gesundheitsreferat wurden dementsprechend interkulturelle Trainings für deutsche und nicht-deutsche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten und gut aufgenommen. Maßnahmen zur Verfestigung des hier Geleisteten im Sinne einer Qualitätssicherung sind noch zu erarbeiten.

Die Integration nicht-deutschen Fachpersonals in Regeldienste korrespondiert mit der Öffnung dieser Dienste für die nicht-deutsche Klientel und entspricht den Erfordernissen einer multikulturellen Gesellschaft. In diesem Sinne bemüht sich das Gesundheitsreferat mehr nicht-deutsche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzustellen, und seinen Einfluß geltend zu machen, daß dieses auch in den von der Stadt bezuschußten Einrichtungen umgesetzt wird.

* Siehe ausführlicher Kap. 4.3.

**6 MÄDCHEN - ZUR NOTWENDIGKEIT GESCHLECHTER-
DIFFERENZIERENDER ANSÄTZE IN GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND
PRÄVENTION**

6.1 Körperakzeptanz	114
6.2 Gesundheitliche Belastungen.....	117

6 MÄDCHEN

Die Daten in den vorangegangenen Abschnitten des Berichts zeigen zusammenfassend folgende geschlechtsspezifische Unterschiede:

- ⇒ Mädchen und junge Frauen fühlen sich weniger gesund und nennen mehr Beschwerden, psychische Probleme und Befindlichkeitsstörungen als die Buben und jungen Männer.
- ⇒ Mädchen und junge Frauen gehen weniger gesundheitliche Risiken ein als Buben und junge Männer; auch ihr Unfall-, Verletzungs- und Sterblichkeitsrisiko ist geringer.
- ⇒ Mädchen und junge Frauen gehen häufiger zum Arzt und sind - abgesehen von Entbindungen und Komplikationen in der Schwangerschaft - seltener im Krankenhaus als Buben und junge Männer.
- ⇒ Mädchen und junge Frauen nehmen häufiger Medikamente ein, Buben und junge Männer konsumieren häufiger Tabak, Alkohol und/oder illegale Drogen.
- ⇒ Mädchen und junge Frauen sind gesundheitsbewußter, sie achten mehr auf ihre Gesundheit und sind auch interessierter an gesundheitsbezogenen Informationen und Angeboten als Buben und junge Männer.

In zentralen Indikatoren der gesundheitlichen Lage kann also von einer Angleichung der Geschlechter nicht die Rede sein.

Unter dem Blickwinkel „Mädchen“ haben wir uns in einer Arbeitsgruppe* mit diesen Ergebnissen eingehender befaßt. Wir gingen dabei von folgenden Überlegungen aus:

Im Jugendalter haben Mädchen und Buben erhebliche körperliche, psychische und soziale Entwicklungsaufgaben zu bewältigen: Die Veränderung der körperlichen Gestalt, die Herausbildung einer eigenständigen, von den Eltern abgelösten Persönlichkeit, die Entwicklung einer sexuellen Identität und die Gestaltung qualitativ neuer sozialer Beziehungen außerhalb der Familie. Diese Lebensphase ist notwendigerweise ein krisenhafter Prozeß, in den Mädchen und Buben mit je unterschiedlichen Voraussetzungen und gesellschaftlichen Zuschreibungen hineingehen und der sich auch in unterschiedlicher Weise darstellt.** Gesundheitliche Beeinträchtigungen von Mädchen und jungen Frauen sind demnach in engem Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben von Mädchen in der Adoleszenz zu sehen.

* Die Teilnehmerinnen in der Arbeitsgruppe waren:

Gesundheitsreferat	Andrea Mager, Dr. Babette Schneider
Frauengleichstellungsstelle	Cornelia Lohmeier
Projekt für Mädchen und junge Frauen	Helga Dilcher
Mädchenbeauftragte des Jugendamtes	Gudrun Scheringer

** Zur differenzierten Darstellung dieser Zusammenhänge und Prozesse vgl. Anzieu, Annie (1993): *Beunruhigende Weiblichkeit*. In: Bohleber, Werner (Hg) *Adoleszenz und Identität*, Stuttgart (1996). Zum Thema Adoleszenz vgl. Helfferich, Cornelia: *Ansätze geschlechtsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen*. In: Kolip, Petra, Hurrelmann, Klaus, Schnabel, Peter-Ernst (Hg): *Jugend und Gesundheit*. Weinheim, Basel (1995).

Für die Diskussion der Daten des Jugendberichts ergaben sich aus diesen Überlegungen folgende Thesen:

1. Eine wichtige Aufgabe in der Pubertät ist die Entwicklung des eigenen Körperbildes. Diese Entwicklung ist stark von Fremdzuschreibungen geprägt. Eine gelungene Entwicklung der körperlichen Identität findet ihren Ausdruck in der Akzeptanz des eigenen Körpers.
2. Die Pubertät ist ein notwendiger Prozeß, der krisenhaft verläuft. In dieser Phase besteht die Gefahr, daß Probleme somatisiert und pathologisiert werden
3. Einen wichtigen Einfluß hat die Furcht vor Gewalt.
4. Mädchen und junge Frauen finden nicht das bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebot an Unterstützung und Hilfe.

Die Daten, die diesem Bericht zugrundeliegen, sind für eine fundierte Überprüfung dieser Thesen nur zum Teil geeignet. Die Befragung war nicht auf Mädchenspezifische Fragestellungen hin angelegt. Auch die Art und Sprache der Fragen und Antwortvorgaben sind zum Teil an eher männlichen Mustern orientiert: (So werden z.B. bei der Frage nach den Freizeittätigkeiten unter den angegebenen Sportarten Radfahren, Joggen, Wandern, Mannschaftsspiele, Gymnastik, Turnen aufgezählt, es fehlen aber die bei Mädchen beliebten Sportarten wie z. B. Tanzen und Reiten. Auch das Treffen mit der Freundin kommt explizit als mögliche Freizeitaktivität nicht vor.) Aus der Beschreibung von Aspekten der gesundheitlichen Lage von Mädchen und jungen Frauen ergeben sich jedoch wichtige Hinweise auf notwendige Interventionen.

***Schlußfolgerung:** Mädchen- und frauenspezifische Problemlagen und Orientierungen müssen nicht nur in den Auswertungen, sondern auch in der Konzeption von Erhebungen zur Gesundheitsberichterstattung explizit Berücksichtigung finden.*

6.1 Körperakzeptanz

Wie oben festgestellt, gehen wir davon aus, daß sich eine gelungene Bewältigung der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz in einer weitgehenden Körper- und Selbstakzeptanz darstellt. Wir sehen es darüberhinaus als wichtige Unterstützung bei der Aneignung eines neuen, geschlechtsdifferenzierten Körperbildes und der Bewältigung der Pubertätskrise an, wenn Jugendliche die Adoleszenz als Phase der psychischen und körperlichen Veränderung annehmen können.

Im folgenden wird die Körperakzeptanz, mit Hilfe der Variable „Körperzufriedenheit“ beschrieben, mit weiteren Körpermerkmalen in Beziehung gesetzt und auf Zusammenhänge mit verschiedenen Lebensumständen hin überprüft.*

* In den folgenden Auswertungen sprechen wir von Mädchen bzw. Buben, wenn es sich um die 13 - 17 Jahre alten Befragten handelt, und von jungen Frauen bzw. jungen Männern, wenn es sich um die Befragten im jungen Erwachsenenalter (ab 18 Jahren) handelt.

Zustimmung zu Veränderung

94% der befragten Mädchen im Alter von 13 und 14 Jahren sowie 89% der 15 bis 17 - jährigen Mädchen verneinen eine Angst vor der Veränderung ihres Körpers. Die Akzeptanz von körperlicher Veränderung scheint mit dem Alter eher abzunehmen: Bei den 21 bis 25 - jährigen Frauen haben bereits 18% der Befragten Angst vor Veränderung.

Körperzufriedenheit

Rund die Hälfte der Mädchen waren sowohl mit ihrem Körper wie mit ihrem Aussehen zufrieden, 46% waren mit dem einen und/oder dem anderen unzufrieden und 4% hatten sich dazu nicht geäußert. Mit zunehmendem Alter steigt die Zufriedenheit leicht an: Junge Frauen sind zu 57% mit ihrem Körper und ihrem Aussehen zufrieden, 43% unzufrieden. Zusammenfassend ist damit nur jedes zweite Mädchen bzw. jede zweite Frau mit ihrem Körper zufrieden.

Im weiteren wird die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und dem Aussehen zusammenfassend „Körperzufriedenheit“ genannt, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und /oder dem eigenen Aussehen kurz „Körperunzufriedenheit“.

Zwischen der „Körperzufriedenheit“ und der „Zufriedenheit mit sich selbst“ sowie „insgesamt mit dem Leben derzeit“ besteht ein enger und signifikanter Zusammenhang. 72% derjenigen Mädchen, die mit sich selbst derzeit sehr zufrieden sind, bejahten gleichzeitig die „Körperzufriedenheit“, bei den jungen Frauen sogar 92%. Ein ähnlicher Zusammenhang gilt für beide Altersgruppen auch für das Verhältnis von „Körperzufriedenheit“ und hoher Zufriedenheit „insgesamt mit dem Leben derzeit“.

Der Einfluß einzelner Körpermerkmale

Zu dünn zu sein, führt weder bei den Mädchen, noch bei den jungen Frauen zur „Körperunzufriedenheit“. Die Größe spielt bei den Mädchen auch keine Rolle, wohingegen sich bei den „körperunzufriedenen“ jungen Frauen deutlich mehr als bei den „körperzufriedenen“ durch ein Zu-Groß- oder Zu-Klein-Sein gestört fühlen. Offenbar wird die Größe erst dann relevant, wenn das Größenwachstum als abgeschlossen anzusehen ist. Pickel werden von den 13-17 -jährigen Mädchen offenbar als Begleiterscheinung der Pubertät akzeptiert, sie werden von den „körperunzufriedenen“ Mädchen nicht signifikant häufiger genannt als von den „Zufriedenen“. Die 18-25-jährigen „körperunzufriedenen“ Frauen schämen sich allerdings signifikant häufiger wegen Pickel als die „Körperzufriedenen“ in dieser Altersgruppe (16% zu 5%).

Den stärksten Einfluß in Richtung Unzufriedenheit mit dem Körper und/oder dem Aussehen hat das Gefühl, dick zu sein. Von den „unzufriedenen“ Mädchen leiden 38% unter ihrem Dick-Sein, von den „zufriedenen“ Mädchen nur 3.6%. Bei den jungen Frauen ist der Unterschied noch ausgeprägter (44% gegenüber 0.4%). Umgekehrt: Von den Mädchen, die angeben, unter Dick-Sein zu leiden, haben gleichzeitig 91% das Merkmal „Körperunzufriedenheit“, bei den jungen Frauen 98%. Die Unzufriedenen äußern sehr viel häufiger als die Zufriedenen den Wunsch abnehmen zu wollen und haben schon häufiger mindestens eine Diät

gemacht. Diejenigen Mädchen, die unter Dick-Sein leiden, äußern mehr als doppelt so oft den Wunsch nach Informationen zu diesem Thema als die Mädchen ohne Gewichtsprobleme (67% gegenüber 28%).

Bemerkenswert ist die Diskrepanz zwischen subjektivem Dicksein und der objektiven Häufigkeit von Übergewicht: Trotz eingeschränkter Verwertbarkeit der Ergebnisse zum Body-mass-Index (vgl. Kapitel 3.2.2) muß vermutet werden, daß etwa die Hälfte der Mädchen und jungen Frauen, die darunter leiden, zu dick zu sein, objektiv nicht übergewichtig sind. Andererseits scheint Untergewicht nicht die „Körperzufriedenheit“ zu beeinträchtigen. Die Mädchen und jungen Frauen orientieren sich somit offenbar eher an vorgegebenen Schlankheitsnormen und -idealen als selbstbestimmt ihre Form zu finden. Diese Ergebnisse sind insbesondere in der Zusammenschau mit den häufig negativen Auswirkungen von Reduktionsdiäten, der bekannten Zunahme von Eßstörungen (vgl. auch Kapitel 2.4) und den psychischen und sozialen Folgen der Unzufriedenheit mit sich selbst von großer Bedeutung.

***Schlußfolgerung:** Die Ergebnisse bestätigen die These, daß die subjektiv erwünschte körperliche Erscheinung von Mädchen und jungen Frauen stark geprägt wird von gesellschaftlichen Normen. Diese müssen im Rahmen der Gesundheitsförderung reflektiert und in Frage gestellt werden. Weiterhin müssen Mädchen darin unterstützt werden, in diesem Spannungsfeld selbstbestimmt ihre körperliche Identität zu finden.*

Zusammenhang mit körperlicher Aktivität

Zwischen dem Merkmal „sportliche Aktivität“^{*} und der „Körperzufriedenheit“ zeigt sich in der Befragung kein Zusammenhang, gleichzeitig korreliert die „Körperzufriedenheit“ eng mit der Feststellung „Ich will fit und durchtrainiert sein“. Möglicherweise ist dieses widersprüchliche Ergebnis Folge der Antwortvorgaben, bei denen mädchenstypische Sportarten wie z.B. Tanzen oder Reiten nicht angeboten wurden. In Anbetracht der grundsätzlichen Bedeutung von Bewegung für Gesundheit und Wohlbefinden (Vgl. Kapitel 3.3) sollten Mädchenspezifische Sportarten stärker ins Blickfeld gerückt und auch in der Stadtplanung, z.B. in der Ausgestaltung von Freizeitflächen und -räumen, angemessen berücksichtigt werden.

Zusammenhang mit sozialen Beziehungen und Lebensumständen

Die folgende Tabelle beschreibt die Bedeutung der familiären Situation, der Beziehung zu Freunden und der Qualität der Freizeit für die Zufriedenheit mit Körper und Aussehen.

Die Tabelle bezieht sich auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie derzeit in folgenden Bereichen“, die auf einer 7-stufigen Skala beantwortet wurde. In der Tabelle wurden, anders als in Kapitel 2.1, nur die extrem positiven Antworten (Skalenwert 7 entsprechend „sehr zufrieden“) berücksichtigt. Das Merkmal „körperzufrieden“ umfaßt Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und dem Aussehen. Das Merkmal ‘körperunzufrieden’ beinhaltet Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und/oder mit dem Aussehen.

* Als sportlich aktiv gilt, wer mindestens 2 mal wöchentlich Sport treibt.

Tabelle 6.1.1: Zusammenhang der Körperzufriedenheit mit zufriedenstellenden Lebensumständen und sozialen Beziehungen

Anteile der Mädchen und jungen Frauen, die derzeit sehr zufrieden sind ...	Anzahl der Nennungen (%) von ...			
	Mädchen		jungen Frauen	
	„körper-zufrieden“	„körper-unzufrieden“	„körper-zufrieden“	„körper-unzufrieden“
mit sich selbst	34,4	14,0	27,9	3,3
mit familiärer Situation	46,7	22,8	41,5*	32,0*
mit Beziehung zu Freunden	54,8*	37,5*	45,1	29,6
mit der Freizeit	31,1	14,5	25,0	8,0
mit der finanz. Situation	26,7	13,0	12,1	8,1
insgesamt mit dem Leben	31,1	10,7	15,2	4,8
Anteil an der Altersgruppe (%)	50,4	45,7	56	42,9
Anzahl der Fälle (100 %)	62	56	165	126

* Diese Zusammenhänge sind statistisch nicht signifikant

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995, eigene Berechnungen, Mehrfachnennungen.

Die Auswertung zeigt die engen Zusammenhänge zwischen Körperzufriedenheit und Zufriedenheit „insgesamt mit dem Leben“ sowie der Zufriedenheit mit sich selbst. Für die Körperzufriedenheit der Mädchen spielt außerdem die familiäre Situation eine wichtige Rolle; für die Körperzufriedenheit der jungen Frauen -anders als bei den Mädchen - die Beziehungen zu Freunden. Der signifikante Zusammenhang zwischen Körperzufriedenheit und der finanziellen Situation mag ein Hinweis darauf sein, daß finanzielle Möglichkeiten einen Gestaltungsspielraum eröffnen, der die Chancen für Körperzufriedenheit erhöht. Andererseits kann der unfreiwillige Verzicht auf diese Möglichkeiten mit einer Spannung einhergehen, die sich negativ auswirkt.

Schlußfolgerung: Die Lebensumstände und sozialen Beziehungen, die für die Entwicklung einer weiblichen Körperidentität von Bedeutung sind, müssen in der Gesundheitsförderung mit Mädchen und jungen Frauen als Ansatzpunkte genutzt werden.

6.2 Gesundheitliche Belastungen

Auf die Frage *Wie oft sind in den letzten zwölf Monaten folgende Beschwerden aufgetreten?* geben fast zwei Drittel (61%) der weiblichen Befragten häufige Beschwerden an; von den männlichen Befragten sind es weniger als die Hälfte (40%).

Wird die durchschnittliche Zahl der insgesamt genannten häufigen Beschwerden^{*}, so ergibt sich folgendes Bild: Mädchen nennen im Durchschnitt 2,4 häufige Beschwerden, junge Frauen 3,2. Bei den männlichen Befragten liegt der Durchschnittswert deutlich darunter und ist unabhängig vom Alter. Er beträgt bei Buben wie bei jungen Männern 1,7. Der ge-

^{*} Der Fragebogen enthielt eine Beschwerdeliste mit insgesamt 31 Vorgaben. In die genannten Durchschnittswerte gehen alle Nennungen ein, außer: Husten/Heiserkeit, Halsschmerzen sowie Menstruations- und sonstige Beschwerden.

schlechtsspezifische Unterschied ist aber erst bei den jungen Erwachsenen statistisch signifikant.*

Die erste und einfachste Erklärung für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede ist: Mädchen und jungen Frauen geht es schlechter als Buben und jungen Männern.

Diese Aussage wird relativiert, wenn die höhere Beschwerdehäufigkeit bei Mädchen und jungen Frauen auf eine größere „Empfindsamkeit“ der Frauen zurückgeführt wird. Demnach nehmen Frauen ihren Körper bewußter wahr, also auch ihre Beschwerden und es verletzt auch die gängigen Rollenklischees nicht, diese Beschwerden beim Arzt oder in einer Befragung anzugeben. Dieser These wurde versucht, in den Daten nachzugehen: Mangels geeigneterer Fragen wurde untersucht, ob es bei den Mädchen und jungen Frauen einen Zusammenhang gibt zwischen der Aussage „Ich beobachte meinen Körper genau“ und der Angabe von mehrfachen Beschwerden aus dem Bereich der psychosomatischen, psychovegetativen oder der nervösen Störungen. Es fand sich keinerlei Zusammenhang.

Nicht der Relativierung, sondern einer Differenzierung dient ein Erklärungsansatz, der die höhere Beschwerdehäufigkeit der Mädchen und jungen Frauen auf geschlechtsspezifische Bewältigungsmuster zurückführt (Helfferich, 1995)** : Mädchen und junge Frauen agieren ihre Probleme weniger aus als Buben und junge Männer (aggressive Bewältigung), sondern reagieren eher regressiv, ziehen sich auf sich selbst zurück; dies kann zu psychischen und somatischen Beschwerden führen. Das Beschwerdeprofil von Mädchen und jungen Frauen ist somit wesentlich Ausdruck der Krisen und Problemen in der Entwicklung ihrer weiblichen Identität unter den herrschenden Bedingungen.

Tabelle 6.2.1: Angaben der Mädchen und jungen Frauen über häufige Beschwerden in den verschiedenen Altersgruppen

Beschwerdegruppen	Anzahl der Nennungen (%) nach Altersgruppen			
	13-14 J.	15-17 J.	18-20 J.	21-24 J.
nervöse Störungen	20	24	26	24
psychosomatische Störungen	11	15	21	14
psychovegetative Störungen	7	15	12	9
Verdauungsstörungen	3	5	11	12
Verspannungen	17	18	30	33
Menstruationsbeschwerden	16	43	41	31

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995, eigene Berechnung, Mehrfachnennungen .

Obenstehende Tabelle zeigt, daß sich die Beschwerden in den höheren Altersgruppen in Art und Umfang verändern. Im Alter zwischen 15 und 20 Jahren geben vier von zehn Mädchen

* Die statistische Signifikanz eines untersuchten Zusammenhangs sagt aus, daß mit größter Wahrscheinlichkeit die Unterschiede zwischen Gruppen hinsichtlich eines beobachteten Merkmals nicht zufällig sind sondern ein systematischer Zusammenhang besteht. Dies hängt wesentlich von der Zahl der Befragten ab: Je höher die Zahl der Befragten, um so eher ist die statistische Signifikanz eines Zusammenhangs zu erreichen. Bei kleineren Fallzahlen kann ein Ergebnis deshalb auch dann von Bedeutung sein, wenn es statistisch nicht signifikant ist.

** Helfferich, Cornelia 1995 in: Jugend und Gesundheit, Kolip, Petra, Hurrelmann, Klaus, und Schnabel, Peter-Ernst (Hg.). Weinheim und München 1995

und jungen Frauen häufige Menstruationsbeschwerden an. Im Zusammenhang mit der körperlichen Umstellung dürfte der Anstieg der „psychovegetativen Beschwerden“ in der Altersgruppe der 15-17jährigen Mädchen zu sehen sein. Während diese Beschwerden bei den jungen Frauen zwischen 18 und 20 Jahren wieder zurückgehen, werden die „psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen“ in dieser Altersgruppe am häufigsten genannt. Es kommt immer häufiger zu somatischen Manifestationen: Etwa ein Drittel der jungen Frauen gibt häufige Kreuz-/Rücken- oder Nacken-/Schulterbeschwerden an. Jede Zehnte leidet an häufigen Verdauungsproblemen. Der Anstieg der Prävalenzen in den letztgenannten Beschwerdegruppen ab 18 Jahren ist auch statistisch signifikant.

Der Vergleich der Beschwerdeprävalenzen von weiblichen Befragten und männlichen Befragten ergibt: Die Prävalenz der Verspannungen im Rücken-/Nackebereich ist bei den weiblichen Befragten aller Altersgruppen signifikant höher bei den männlichen Befragten. Dasselbe gilt für nervöse und für psychosomatische Beschwerden, ebenso für Verdauungsprobleme; allerdings sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Daten erst bei den jungen Erwachsenen statistisch signifikant.

Auch die Prävalenzen manifester Erkrankungen sind bei den weiblichen Befragten durchgängig höher als bei den männlichen Befragten. Eine wesentliche Ausnahme bildet der Risikofaktor Bluthochdruck. Von den jungen Männern geben 10%, von den jungen Frauen nur 2% an, in den letzten drei Jahren einen zu hohen Blutdruck gehabt zu haben.*

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, daß sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Art und Umfang der Beschwerden in der Pubertät ausdifferenzieren und verfestigen.

***Schlußfolgerung:** Im Verlauf der Pubertät verändern sich die Beschwerdebilder der Mädchen in Art und Umfang. Somatische Manifestationen gewinnen an Bedeutung. Um dieser Tendenz zur Somatisierung zu begegnen, müssen auch die diffusen Befindlichkeitsstörungen und Beschwerden im jüngeren Alter als Hinweise auf Krisen in der Entwicklung ernstgenommen und adäquate Unterstützungsangebote gemacht werden.*

Zusammenhang mit psychischen Problemen

Für diese und die folgenden Auswertungen wurde eine Gruppe von Mädchen und jungen Frauen mit „gesundheitlichen Belastungen“ gebildet. Darin sind diejenigen zusammengefaßt, die mindestens zwei Angaben über häufige Beschwerden aus den folgenden Beschwerdegruppen gemacht haben: „psychosomatische Störungen“, „nervöse Störungen“ und/oder „psychovegetative Störungen“. Für die Auswertung unterscheiden wir die Gruppe der gesundheitlich belasteten Mädchen (37%) und jungen Frauen (42%) von den Mädchen und Frauen ohne diese Beschwerdebilder. Erwartungsgemäß bestehen sehr enge und statistisch hoch signifikante Zusammenhänge zwischen einer gesundheitlichen Belastung durch die o.g. Beschwerdebilder und dem psychischen Befinden:

* In Hinblick auf die höhere Sterblichkeit der Männer an Herz-Kreislaufkrankungen ist dieses Ergebnis ein wichtiger Hinweis auf notwendige Präventionsmaßnahmen zum Thema Bluthochdruck schon im jungen Erwachsenenalter.

Mädchen

Unter den untersuchten Dimensionen des psychischen Befindens* sind Mädchen am häufigsten (25%) von *Niedergeschlagenheit* betroffen. Mädchen mit gesundheitlicher Belastung sind wesentlich häufiger (44%) betroffen, als die anderen ohne diese häufigen Beschwerden (14%).

Eine *negative Selbsteinschätzung* äußern 11% der Mädchen. Von den Mädchen mit gesundheitlicher Belastung haben 22% eine negative Selbsteinschätzung, von allen anderen nur 4%.

Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit äußern insgesamt 8% der Mädchen. Mädchen mit gesundheitlicher Belastung hatten dieses Gefühl wesentlich häufiger (18%) als die anderen Mädchen (3%).

Ebenfalls insgesamt 8% der Mädchen gaben *mentale Streßsymptome* (dazu gehört u.a. die Angst verrückt zu werden) an; in der Gruppe mit gesundheitlicher Belastung sind es 18%, bei den anderen Mädchen nur 3%.

Anders als bei den jungen Frauen (siehe unten) zeigt sich nur ein tendenzieller Zusammenhang zwischen *Zukunftssorgen* (11% aller Mädchen) und gesundheitlicher Belastung bei den Mädchen. Zukunftssorgen machen sich 17% der belasteten Mädchen gegenüber 6% der nicht belasteten Mädchen.

Junge Frauen

Auch von den jungen Frauen werden am häufigsten Gefühle der *Niedergeschlagenheit* genannt (18%). Von den jungen Frauen mit gesundheitlicher Belastung wesentlich häufiger (36%) als von allen anderen (5%).

Der Anteil aller jungen Frauen mit einer *negativen Selbsteinschätzung* liegt bei 9%. Gesundheitlich belastete Frauen leiden daran zwanzigmal häufiger (20%) als alle anderen (1%).

Gefühle der *Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit* bedrücken insgesamt 8% der jungen Frauen. Belastete Frauen haben dieses Gefühl achtmal häufiger (17%) als die nicht belasteten Frauen (2%).

Unter *mentalem Streß* leiden insgesamt 6% der jungen Frauen. Wenn gesundheitliche Belastungen vorliegen, werden die Streßsymptome von 13% der jungen Frauen genannt, ansonsten von 1%.

Zwar geben die jungen Frauen insgesamt etwas seltener als Mädchen Zukunftssorgen an (9%), aber der Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen ist hoch signifikant: 19% der jungen Frauen mit einer Belastung haben Zukunftssorgen, von den anderen nur 2%.

** Als Dimensionen des psychischen Befindens beziehen wir uns auf die in Kap 2.4 und 8.2 beschriebenen Aspekte der „Demoralisierung“

Insgesamt zeigt sich, daß die Zusammenhänge zwischen einer gesundheitlichen Belastung und psychischen Problemen bei den Mädchen stärker ausgeprägt sind, als bei den jungen Frauen. Dies stützt die These, daß die Pubertät ein krisenhafter Prozeß ist. In dieser Lebensphase müssen Krisen gelöst werden oder es kann zu einer Verfestigung problematischer Bewältigungsmuster kommen.

Schlußfolgerung: *Psychosomatische Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen können Hinweise auf tieferliegende psychische Probleme sein. Treten häufige gesundheitliche Beschwerden auf, so muß auch ein spezifischer psychosozialer oder therapeutischer Unterstützungsbedarf abgeklärt werden. Das gilt für Mädchen und insbesondere auch für junge Frauen.*

Zusammenhang mit Körperakzeptanz

Wir gingen davon aus, daß die Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen von Mädchen und jungen Frauen eng verknüpft sind mit der Einstellung zu ihrem Körper. In den Daten zeigt sich dieser Zusammenhang wie folgt:

Mädchen und junge Frauen, die mit ihrem Körper und ihrem Aussehen zufrieden sind, sind deutlich seltener gesundheitlich belastet als Mädchen und junge Frauen, die mit ihrem Körper und/oder ihrem Aussehen unzufrieden sind (Gruppe der „Körperzufriedenen“: 26% der Mädchen und 31% der jungen Frauen gesundheitlich belastet; Gruppe der „Körperunzufriedenen“: 51% der Mädchen und 58% der jungen Frauen belastet). Körperakzeptanz wäre demnach als ein gesundheitlicher Schutzfaktor zu verstehen.

Da die statistischen Analysen nur Auskunft über die Stärke eines Zusammenhangs geben, nicht aber über dessen Richtung (Ursache-Wirkung), ist auch der mögliche Einfluß der gesundheitlichen Beschwerden auf die Körperakzeptanz zu berücksichtigen: Von den durch Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen gesundheitlich Belasteten ist die Mehrzahl mit ihrem Körper und/oder ihrem Aussehen unzufrieden (64% der Mädchen und 60% der jungen Frauen).

Auch der Zusammenhang der Körperzufriedenheit mit psychischen Problemen und Selbstwertproblemen kann in den Daten nachvollzogen werden: Es zeigen sich enge Zusammenhänge einer Körperunzufriedenheit mit „Niedergeschlagenheit“ und „Zukunftssorgen“. Der Zusammenhang mit einer „negativen Selbsteinschätzung“ ist nur bei den jungen Frauen statistisch signifikant.

In diesen Ergebnissen spiegelt sich der komplexe Charakter der Identitätsentwicklung von Mädchen. Gleichzeitig wird auch der Zusammenhang zwischen kritischer Identitätsentwicklung und Beeinträchtigungen auf psychischer und körperlicher Ebene deutlich.

Schlußfolgerung: *Die Körperakzeptanz von Mädchen und Frauen sollte als möglicher gesundheitlicher Schutzfaktor unterstützt und gefördert werden. Bei gesundheitlichen Belastungen muß auf die möglichen Zusammenhänge mit Körperakzeptanz und Selbstwertproblemen eingegangen werden.*

Zusammenhang mit subjektiven Einstellungen

Der Zusammenhang der Einstellungsdimensionen mit den gesundheitlichen Beschwerden wurde auch in Kap. 2.4 untersucht.

Eine dieser Einstellungsdimensionen ist das Bewußtsein von Selbstbestimmung („*Kontrollbewußtsein*“). Ein Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Belastung besteht nur bei den Mädchen. Von den Mädchen mit einem nur sehr gering ausgeprägten *Kontrollbewußtsein* sind drei Viertel gesundheitlich belastet. Junge Frauen haben tendenziell ein stärkeres Bewußtsein von Selbstbestimmung. Ein Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen ist aus den Ergebnissen der Befragung aber nicht abzulesen.

Eine weitere Einstellungsdimension ist *Selbstbezogenheit*. Für Mädchen und junge Frauen gilt tendenziell: Je höher das Maß an Selbstbezogenheit, um so höher der Anteil der Gruppe mit gesundheitlichen Belastungen. Festzuhalten ist: Von den Mädchen und jungen Frauen, die sich *nicht selbstbezogen* äußern (höchstens eine Nennung) ist die große Mehrheit (83% der Mädchen bzw. 71% der jungen Frauen) auch nicht gesundheitlich belastet.

Entgegen unseren Erwartungen wurde kein Zusammenhang zwischen der Einstellungsdimension *Angepaßtheit* und gesundheitlicher Belastung gefunden, weder bei den Mädchen, noch bei den jungen Frauen.*

Schlußfolgerung: *Selbstbestimmung und soziale Orientierung sind Schutzfaktoren, die in der gesundheitlichen Förderung unterstützt, gefördert und wertgeschätzt werden müssen.*

Zusammenhang mit den Lebensumständen

Von den Mädchen, die noch eine Schule besuchen, ist etwa jede Dritte (36%) gesundheitlich belastet; von den Mädchen, die eine Ausbildung machen ist das jede Zweite (50%).

Bei den Mädchen ist dieser Zusammenhang (noch) nicht statistisch signifikant, aber bei den jungen Frauen ist das der Fall: Die jungen Frauen, die noch eine Schule besuchen, sind signifikant seltener gesundheitlich belastet (30%), als die jungen Frauen, die eine Ausbildung machen (62%).

Was den Bildungsstatus angeht, zeigt sich (jedoch statistisch nicht signifikant), daß Mädchen mit einem Realschulabschluß überdurchschnittlich hoch belastet (43%) sind; in den höheren Altersgruppen sind es die jungen Frauen mit einem Hauptschulabschluß (51%).

Insgesamt 12% der Mädchen und 15% der jungen Frauen äußern sich unzufrieden über ihre Situation in der Schule oder im Beruf. Bei den Mädchen besteht ein enger Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen. Fast alle Mädchen (83%), die in diesem Bereich Unzufriedenheit äußern, sind gesundheitlich belastet.

* In Kap. 2.4 wurde ein Zusammenhang jeweils mit den nervösen und psychovegetativen Beschwerden festgestellt; Bei den hier untersuchten gesundheitlichen Belastungen (häufige nervöse, psychosomatische und/oder psychovegetative Störungen) kommt dieser Zusammenhang evtl. nicht zum Tragen.

Wir gehen davon aus, daß Unzufriedenheit ein Hinweis auf belastende Lebensumstände sein kann und haben deshalb die Antworten auf die Frage *Wie zufrieden sind Sie derzeit mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?* ausgewertet. Die kritischen Bereiche für eine Unzufriedenheit* sind v.a.:

die finanzielle Situation:	20% der Mädchen und 28% der jungen Frauen
die Situation in Schule und Beruf:	12% der Mädchen und 15% der jungen Frauen
die familiäre Situation	14% der Mädchen und 15% der jungen Frauen

Von den jungen Frauen äußern sich außerdem 17% unzufrieden über ihre Wohnsituation. In allen anderen Bereichen liegen die Anteilswerte bei etwa 10% oder darunter (vgl. Kap. 2.1).

Die folgende Tabelle zeigt die Anteilswerte derjenigen, die sich über ihre äußeren Lebensumstände unzufrieden geäußert haben, getrennt für die Gruppen der Mädchen und jungen Frauen ohne bzw. mit gesundheitlichen Belastungen. Die Mädchen und jungen Frauen mit einer gesundheitlichen Belastung äußern sich über ihre Lebensumstände fast durchgängig unzufriedener als die unbelastete Gruppe. Bei den Mädchen ist der Zusammenhang mit der Situation in Schule bzw. Beruf und mit dem Freizeitbereich am stärksten. Bei den jungen Frauen ist der Zusammenhang mit der finanziellen Situation sehr stark und hochsignifikant, fast ebenso ausgeprägt ist der Zusammenhang mit dem Freizeitbereich. Ein Zusammenhang mit einer nicht zufriedenstellenden familiären Situation zeigt sich in den Daten nur bei den Mädchen und dies eher schwach.

Tabelle 6.2.2 : Unzufriedenheit mit den äußeren Lebensumständen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen

Unzufriedenheit in den Bereichen ...	Anzahl der Nennungen (%) von			
	Mädchen		jungen Frauen	
	ohne gesundheitlichen Belastungen	mit Belastungen	ohne gesundheitlichen Belastungen	mit Belastungen
Schule und Beruf	6	21	12	20
Finanzielle Situation	17	26	22	36
Familie	10	20	15	16
Wohnen	5	17	19	16
Freizeit	4	24	8	16
Beziehung zu Freunden	5	11	6	8
Insgesamt mit dem Leben	6	15	8	13
Anzahl der Fälle (100%)	78	47	165	122

Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995, eigene Berechnungen, Mehrfachnennungen.

* In Umfragen tendieren die Befragten in aller Regel eher zur „Zufriedenheit“. Umso deutlicher sind die (eher) unzufriedenen Antworten als Hinweise auf Problembereiche zu verstehen. Im folgenden sind die Skalenwerte 1-3 der siebenstufigen Skala berücksichtigt.

Schlußfolgerung: Gesundheitsförderung und Prävention müssen sich auf die Lebensumstände der Mädchen und jungen Frauen richten. Zentrale Bereiche sind die Schulen und Ausbildungsstätten. Auch im Freizeitbereich müssen die Angebote Unterstützung für Mädchen mit gesundheitlichen Belastungen beinhalten. Insbesondere müssen Mädchen und junge Frauen in schwierigen finanziellen Verhältnissen erreicht werden.

Einfluß von Gewalterfahrungen

Selbstverständlich kann gerade dieser Problembereich in einer Bevölkerungsbefragung nicht befriedigend erfaßt werden. Die Fragestellungen waren aber geeignet, zumindest Hinweise auf Gewalterfahrungen zu geben.*

Von insgesamt 30% der Mädchen und 24% der jungen Frauen werden Gewalterfahrungen genannt. In der Gruppe mit gesundheitlichen Belastungen ist es fast jedes zweite Mädchen (46%) und jede dritte (32%) junge Frau. Die Zusammenhänge sind statistisch signifikant. Wird die Gruppe der Mädchen und jungen Frauen mit Gewalterfahrungen gesondert betrachtet, so ergibt sich, daß jede Zweite (57% bzw. 56%) gesundheitlich belastet ist, häufig in Verbindung mit psychischen Problemen.

Von den Mädchen mit Gewalterfahrungen äußern

- 40% Gefühle der Niedergeschlagenheit (andere 19%),
- 20% Gefühle der Hoffnungslosigkeit oder Hilflosigkeit (andere 3%),
- 20% eine negative Selbsteinschätzung (andere 7%).

Von den jungen Frauen mit Gewalterfahrungen äußern

- 27% Gefühle der Niedergeschlagenheit (andere 15%),
- 17% Gefühle der Hoffnungslosigkeit oder Hilflosigkeit (andere 5%),
- 19% eine negative Selbsteinschätzung (andere 6%).

Schlußfolgerung: Für Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung hat die Gewaltprävention wichtige Bedeutung. Wenn Mädchen und junge Frauen Gewalt erfahren, brauchen sie adäquate Unterstützung und es muß auch abgeklärt werden, ob sie therapeutische Hilfe benötigen. Dementsprechend muß geprüft werden, ob die Kapazität vorhandener Angebote dem Bedarf entspricht und der Zugang gewährleistet ist.

* Gefragt wurde nach Erlebnissen körperlicher oder seelischer Gewalt im Zeitraum eines Jahres: Beschädigung, Zerstörung oder Wegnahme von Sachen durch Gewalt sowie körperlich oder seelisch bedroht oder unter Druck gesetzt werden. Nach sexueller Gewalt wurde nicht explizit gefragt, dieser Bereich muß in einer schriftlichen Befragung wie dieser ausgeklammert bleiben (vgl. auch Kap. 3.9.4 und 8.2).

Psychosoziale Unterstützung bei gesundheitlichen Belastungen

Wir gingen davon aus, daß psychosomatische und nervöse Störungen eventuell auf einen Mangel an psychosozialer Unterstützung zurückzuführen sind. Dies läßt sich durch die Daten nicht eindeutig belegen. Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Faktor sozialer Unterstützung.* In einzelnen Dimensionen der sozialen Unterstützung ergeben sich aber deutliche Anhaltspunkte dafür, daß Mädchen und junge Frauen mit gesundheitlichen Belastungen nicht die psychosoziale Unterstützung haben, die sie benötigen.

Mädchen mit gesundheitlichen Belastungen:

- 49% wünschen sich mehr Verständnis und Zuwendung (andere 21%),
- 40% wünschen sich mehr Geborgenheit und Nähe (andere 17%),
- 15% wissen nicht genau, zu wem sie gehen sollen, wenn sie bedrückt sind (andere 5%),
- 13% meinen nicht, daß es genug Menschen gibt, die wirklich helfen, wenn sie mal nicht weiter wissen (andere 5%),
- 13% fühlen sich als Außenseiterin (andere 1%).

Auch junge Frauen mit gesundheitlichen Belastungen nennen vor allem den Wunsch nach Verständnis und Zuwendung (41%) und nach Geborgenheit und Nähe (37%). In allen anderen Dimensionen der sozialen Unterstützung unterscheiden sie sich aber nicht von den jungen Frauen ohne gesundheitliche Belastung.

***Schlußfolgerung:** Mädchen und junge Frauen mit gesundheitlichen Beschwerden benötigen psychosoziale Unterstützung: Der Wunsch nach Zuwendung, Verständnis und Geborgenheit muß ernstgenommen werden. Dem muß in der gesundheitlichen Versorgung mit entsprechenden Konzepten und Angeboten Rechnung getragen werden.*

Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung

In Kap. 4.2 wurde bereits gezeigt, daß die Arztinanspruchnahme der weiblichen Befragten insgesamt etwas höher ist als die der männlichen Befragten. Auch wurde ein Zusammenhang mit der gesundheitlichen Belastung festgestellt.

Bei den Mädchen zeigt sich dieser Zusammenhang v. a. in der Inanspruchnahme von Frauenärzten/innen: In der Gruppe der Mädchen mit gesundheitlicher Belastung waren doppelt so viele (44%) bei einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin wie in der anderen Gruppe (22%).

Die jungen Frauen gehen insgesamt häufiger zum Arzt bzw. zu einer Ärztin als Mädchen, aber die Inanspruchnahme von Frauenärzten/innen oder Allgemeinärzten/innen (jeweils 85%) ist in den Gruppen mit bzw. ohne gesundheitliche Belastung gleich hoch. In dieser Altersgruppe zeigt sich aber ein eindeutiger Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Psychiatern/innen und einer gesundheitlichen Belastung (12% vs 1%).

* Das hängt u. a. damit zusammen, daß die Fragestellungen hierzu von den Befragten überwiegend positiv beantwortet wurden. Um so höheres Gewicht muß den Negativ-Antworten beigemessen werden. Die Dimensionen, die in diesen Faktor Eingang finden, sind in Kap. 8.2 erläutert.

Die Arztpraxis ist damit wichtige Anlaufstelle und Ort für die Abklärung gesundheitlicher Belastungen sowie der möglicherweise zugrundeliegenden sozialen, psychosozialen und psychischen Probleme.

***Schlußfolgerung:** In der Arztpraxis müssen die Beschwerdebilder von Mädchen und jungen Frauen adäquat Berücksichtigung finden. Gefordert ist v.a. die Fortbildung in Psychosomatik. Die Praxen von Kinder-, Haus- und Frauenärzten und -ärztinnen sollten außerdem mit Mädchenprojekten und Beratungsstellen vernetzt sein, damit besser auf die sozialen, psychosozialen und psychischen Probleme der Mädchen reagiert werden kann.*

Die Daten zur gesundheitlichen Lage und zum Gesundheitsverhalten haben Unterschiede zwischen Mädchen und jungen Frauen einerseits und Buben und jungen Männern andererseits gezeigt, die auf die Notwendigkeit einer geschlechterdifferenzierenden Herangehensweise in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung hinweisen. Die vertiefende Auseinandersetzung mit den Daten unter dem Blickwinkel Mädchen konnte prioritäre Themen und Ansatzpunkte aufzeigen, die in Planung und Praxis aufgegriffen werden sollten. Auch für Buben und junge Männer ist zu wünschen, daß ihre gesundheitliche Lage auf dem Hintergrund ihrer spezifischen Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsformen reflektiert und entsprechende Ansätze und Strategien für eine adäquate Gesundheitsförderung und -versorgung entwickelt werden.

III GRUNDLAGEN DES BERICHTS

7 SOZIODEMOGRAPHIE: JUGENDLICHE IN MÜNCHEN

7.1	Bevölkerungsbestand.....	127
7.2	Bevölkerungsentwicklung	131
7.2.1	Mobilität	131
7.2.2	Entwicklung des Bevölkerungsbestandes (Jugendanteile, Nationalität).	131
7.2.3	Bevölkerungsprognose	132
7.3	Bildung und Ausbildung	132

7 SOZIODEMOGRAPHIE: JUGENDLICHE UND JUNGE ERWACHSENE IN MÜNCHEN

7.1 Bevölkerungsbestand*

München ist in der Bundesrepublik Deutschland nach Berlin (3,47 Mio) und Hamburg (1,7 Mio) die Stadt mit der dritthöchsten Einwohnerzahl. Als wohnberechtigte Bevölkerung waren am 31.12.1995 1.324.208 Menschen in München gemeldet, davon waren 51% Frauen und 49% Männer.

Davon sind 302.520 nicht-deutsche Einwohnerinnen und Einwohner, das entspricht einem Anteil von 22,8% an der Gesamtbevölkerung. Die größten Anteile unter den Nicht-Deutschen stellen folgende Nationalitäten: ehemaliges Jugoslawien (30,3%)** , Türkei (16,3%), Österreich (8,1%), Griechenland (8,0%) und Italien (7,4%).

Der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 13 und 25 Jahren liegt, auf die ganze Münchener Wohnbevölkerung bezogen, bei 13,8% (182.921 Personen). Davon sind 35,0% nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene (64.080 Personen). Insgesamt ist das Geschlechterverhältnis ausgewogen. Bei den Deutschen ist ein Überhang an Mädchen und jungen Frauen zu verzeichnen, bei den Nicht-Deutschen ein Überhang an Buben und jungen Männern.

Von den 64.080 nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 13-25 Jahren in München waren 1995 32,5% dem ehemaligen Jugoslawien zuzurechnen, 18,5% hatten die türkische Nationalität und 9% die griechische. Der Anteil der Buben und jungen Männer liegt dabei jeweils knapp über dem der Mädchen und jungen Frauen. Dieses Verhältnis ist damit ausgeglichener als bei der gesamten nicht-deutschen Bevölkerung Münchens; hier beträgt der Anteil der Männer ca. 56%.

Tabelle 7.1.1: Deutsche Jugendliche und junge Erwachsene von 13-25 Jahren nach Alter und Geschlecht

Altersgruppen	Mädchen/junge Frauen	Buben/junge Männer	Gesamt
13 - 14 Jahre	10,5% (6.466)	11,4% (6.554)	10,9% (13.020)
15 - 17 Jahre	15,5% (9.511)	16,7% (9.563)	16,1% (19.074)
18 - 20 Jahre	19,7% (12147)	18,9% (10797)	19,3% (22944)
21 - 25 Jahre	54,3% (33.436)	53,0% (30.367)	53,7% (63.803)
Gesamt	61.560 (51,8%)	57.281 (48,2%)	118.841 (100%)

Quelle: Statistisches Amt der LH München; Stand: 31.12.1995. Eigene Berechnungen.

* Wenn nicht anders vermerkt, sind die Daten dem Statistischen Jahrbuch der Stadt München 1996 entnommen und beziehen sich auf den 31.12.1995.

** Daten überhöht wegen Mehrfachzählung aufgrund nicht angezeigter Nationalitätsänderung.

Tabelle 7.1.2: Nicht-deutsche Jugendliche und junge Erwachsene von 13-25 Jahren nach Alter und Geschlecht

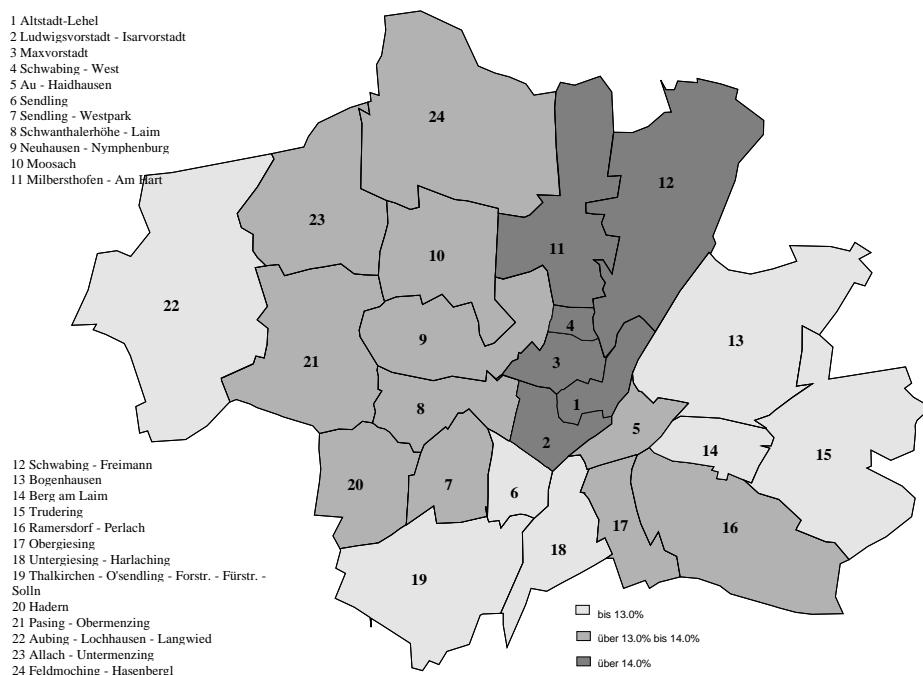
Altersgruppen	Mädchen/junge Frauen	Buben/junge Männer	Gesamt	Anteil der Nicht-Deutschen in der jeweiligen Altersgruppe
13 - 14 Jahre	9,1% (2.691)	8,6% (2.963)	8,8% (5.654)	30,3%
15 - 17 Jahre	15,2% (4.531)	14,9% (5.115)	15,1% (9.646)	33,6%
18 - 20 Jahre	20,7% (6.171)	20,3% (6.964)	20,5% (13.135)	36,4%
21 - 25 Jahre	55,0% (16.354)	56,2% (19.291)	55,6% (35.645)	35,8%
Gesamt	29.747 (46,4%)	34.333 (53,6%)	64.080 (100%)	35,0%

Quelle: Statistisches Amt der LH München; Stand: 31.12.1995. Eigene Berechnungen.

Verteilung nach Stadtbezirken

Die folgende Grafik stellt den Anteil junger Menschen zwischen 13 und 25 Jahren in den einzelnen Stadtbezirken dar.

Abbildung 7.1.1: Anteile der 13-25jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen an der Gesamtbevölkerung in den Stadtbezirken in Prozent

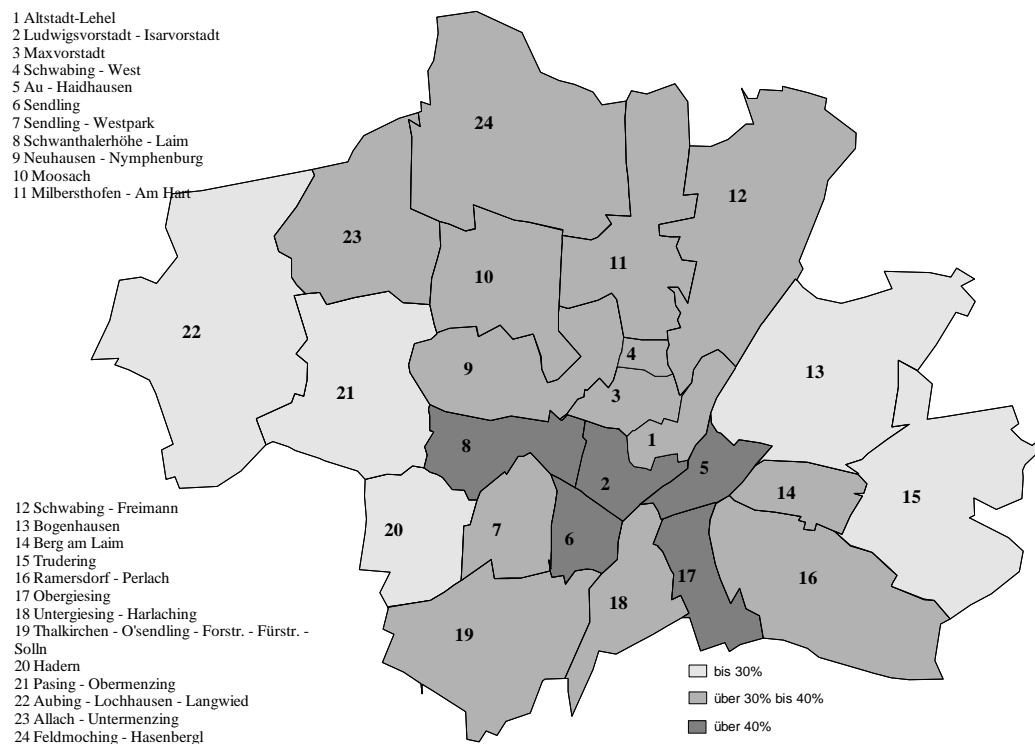


Quelle: Statistisches Amt der LH München; Stand: 31.12.1995. Eigene Berechnungen.

Die höchsten Anteile sind in den Bezirken Schwabing-Freimann (16,7%), Maxvorstadt (16,6%) und Ludwigsvorstadt-Isarvorstadt (15,9%) zu beobachten. Die geringsten Anteile sind in den Bezirken Untergiesing-Harlaching (11,8%), Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-Fürstenried-Solln (12,2%) und Sendling (12,8%) zu verzeichnen.

Die folgende Grafik zeigt, wieviele der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den jeweiligen Stadtbezirken nicht-deutscher Nationalität sind.

Abbildung 7.1.2: Anteile nicht-deutscher Jugendlicher und junger Erwachsener an allen 13-25jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Stadtbezirken in Prozent



Quelle: Statistisches Amt der LH München; Stand: 31.12.1995. Eigene Berechnungen.

Die relative Häufigkeit der Nicht-Deutschen an allen Jugendlichen und jungen Erwachsenen variiert in den Stadtbezirken deutlich: von Ludwigsvorstadt-Isarvorstadt (49,4%), Obergiesing (43,9%) und Sendling (43,2%) mit den höchsten Anteilen bis hin zu Trudering (25,5%), Aubing-Lochhausen-Langwied (25,1%) und Bogenhausen (23,8%) mit den niedrigsten Anteilen.

Die folgende Tabelle zeigt die absoluten Zahlen für die jeweiligen Stadtteile.

Tabelle 7.1.3: Absolute Anzahl und relativer Anteil der 13-25jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach Stadtbezirken

Stadtbezirk	Anzahl aller Jugendlichen und jungen Erwachsenen	%-Anteil an der Gesamtbevölkerung	Anzahl nicht-deutscher Jugendlicher/junger Erwachsener	%-Anteil Nicht-Deutscher an allen Jugendlichen und jungen Erwachsenen
1 Altstadt-Lehel	3.292	15,6	1.145	34,8
2 Ludwigstadt-Isarvorstadt	8.111	15,9	4.009	49,4
3 Maxvorstadt	8.037	16,6	2.842	35,4
4 Schwabing-West	4.537	14,2	1.487	32,8
5 Au-Haidhausen	7.728	13,9	3.317	42,9
6 Sendling	4.610	12,8	1.993	43,2
7 Sendling-Westpark	6.479	13,2	2.197	33,9
8 Schwanthalerhöhe-Laim	10.147	13,2	4.339	42,8
9 Neuhausen-Nymphenburg	8.887	13,5	2.911	32,8
10 Moosach	9.347	13,2	3.291	35,2
11 Milbertshofen-Am Hart	14.917	15,6	5.847	39,2
12 Schwabing-Freimann	10.846	16,7	3.661	33,8
13 Bogenhausen	9.784	12,9	2.328	23,8
14 Berg am Laim	4.725	12,9	1.756	37,2
15 Trudering	5.262	13,0	1.341	25,5
16 Ramersdorf-Perlach	14.109	13,8	5.055	35,8
17 Obergiesing	7.017	13,9	3.081	43,9
18 Untergiesing-Harlaching	5.815	11,8	1.947	33,5
19 Thalkirchen-Obersendling-Forstenried-Fürstenried-Solln	9.931	12,2	3.007	30,3
20 Hadern	6.051	13,7	1.656	27,4
21 Pasing-Obermenzing	8.304	13,3	2.257	27,2
22 Aubing-Lochhausen-Langwied	4.794	13,0	1.202	25,1
23 Allach-Untermenzing	3.583	13,4	1.109	31,0
24 Feldmoching-Hasenbergl	6.608	13,2	2.302	34,8
Summe gesamt	182.921	13,8	64.080	35,1

Quelle: Statistisches Amt der LH München. Stand: 31.12.1995. Eigene Berechnungen.

Die meisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen wohnen in den Bezirken Milbertshofen-Am Hart (14.917) und Rammersdorf-Perlach (14.109). Dies gilt auch für die nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (5.847 bzw. 5.055).

7.2 Bevölkerungsentwicklung

Seit Anfang der 70er Jahre ist der Bevölkerungsbestand Münchens annähernd konstant geblieben. Allerdings gab es erhebliche Zu- und Abwanderungen in dieser Zeit.

7.2.1 Mobilität

Nach München sind in den letzten 15 Jahren in etwa gleich viele Deutsche zugezogen wie weggezogen. Die Zahlen lagen zwischen je 45.000 und 60.000 Zu- oder Wegzüge pro Jahr. 1995 gab es 46.600 Zuzüge gegenüber 51.384 Wegzügen.

Bis 1989 zeigt sich bei der nicht-deutschen Bevölkerung ein ähnliches Bild: Es lag ein relativ ausgeglichener Wanderungssaldo vor, wobei sich die Zahl der Zu- und Wegzüge etwa zwischen 30.000 und 40.000 pro Jahr bewegte. Zwischen 1990 und 1993 stiegen sowohl die Zu- als auch die Wegzüge nicht-deutscher Personen sprunghaft an (Maximum 1993 mit über 90.000 Zuzügen und 70.000 Wegzügen). Seit 1994 ist die Entwicklung wieder stark rückläufig (1995: Zuzüge 45.550; Wegzüge 41.106).

Bei den 13-25jährigen gab es 1995 in absoluten Zahlen mehr Wanderungen bei den Nicht-Deutschen als bei den Deutschen. Waren es bei den Deutschen dieser Altersgruppe 14.488 Zuzüge und 8.512 Wegzüge, so gab es bei den Nicht-Deutschen 15.766 Zuzüge und 11.088 Wegzüge. Somit ist die Mobilitätsrate* der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 13 und 25 Jahren mit 419 Zu- und Wegzügen pro Tausend Personen dieser Gruppe mehr als doppelt so hoch wie die der entsprechenden Gruppe deutscher Jugendlicher und junger Erwachsener mit einer Rate von 193.

7.2.2 Entwicklung des Bevölkerungsbestandes (Jugendanteile, Nationalitäten)

In den letzten fünf Jahren ist die Anzahl der Lebendgeborenen in München leicht gesunken, wobei dies vor allem auf den Rückgang bei den Geburten von deutschen Kindern zurückzuführen ist, wohingegen bei den nicht-deutschen Kindern ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist. Der annähernd konstante Bevölkerungsbestand in München ist auf einen leicht positiven Wanderungssaldo in den letzten zehn Jahren zurückzuführen.

Die Anteile der Kinder und Jugendlichen von 0 bis 25 Jahren an der Gesamtbevölkerung in München sind rückläufig. 1985 waren in München 333.029 Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppe in München registriert, was einen Bevölkerungsanteil von 25,2% entspricht. 1990 sank der Anteil auf 22,9% ab und reduzierte sich bis 1995 nochmals auf den Wert von 19,6%. Das Verhältnis zwischen Buben und Mädchen in dieser Altersgruppe ist über die Jahre hinweg ausgeglichen.

In der nicht-deutschen Bevölkerung ging der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren in München seit 1990 von 18,9% auf 17,2% (1995) leicht zurück. Da aber in diesem

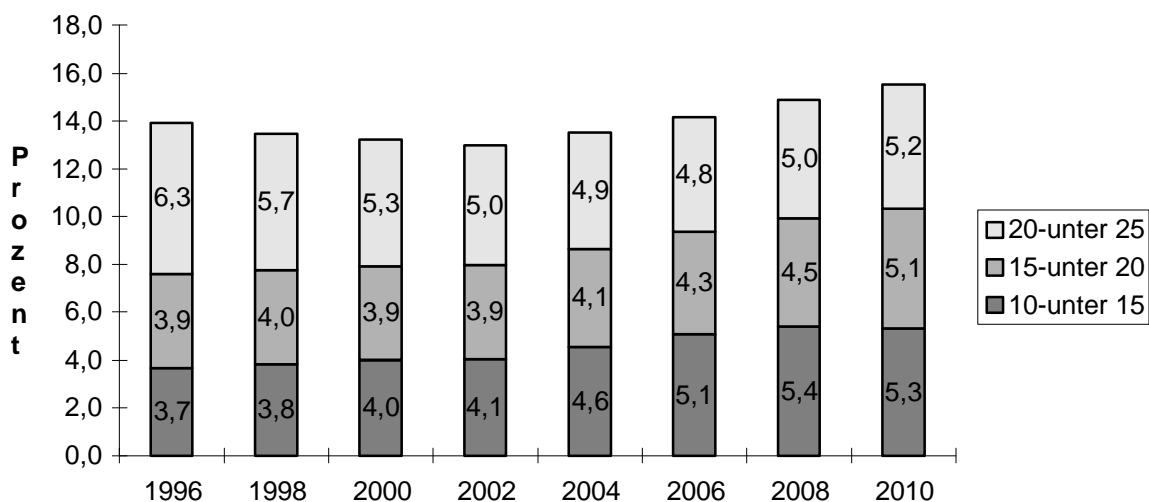
* Diese Rate wird folgendermaßen berechnet: Die Summe aus der Anzahl der Zu- und Wegzüge der jeweiligen Gruppe wird durch den Bevölkerungsbestand dieser Gruppe (in Tausend) geteilt. Die Rate bezieht sich auf jeweils tausend Personen.

Zeitraum die Gesamtzahl der nicht-deutschen Bevölkerung gewachsen ist, sind die Absolutzahlen von 43.478 auf 52.116 gestiegen.

7.2.3 Bevölkerungsprognose

Nach der regionalen Bevölkerungsvorausberechnung* 1996-2010 des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung wird sich die Einwohnerzahl in München von 1.258.600 im Jahr 1996 auf 1.236.300 im Jahr 2010 verringern. Die Entwicklung bei den 10 bis unter 15jährigen, den 15 bis unter 20jährigen und der 20 bis unter 25jährigen stellt folgende Graphik dar.

Abbildung 7.2.3.1: Bevölkerungsprognose für München: Anteile der Jugendlichen an der Münchner Bevölkerung



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 1996. Eigene Berechnungen.

Aus der Darstellung ist ersichtlich, daß sich der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 10 bis unter 25 Jahren bis zum Jahr 2010 insgesamt erhöht. Während sich der Anteil der 10 bis unter 20jährigen erhöht, geht der Anteil der 20 bis unter 25jährigen an der Münchner Bevölkerung zurück.

7.3 Bildung und Ausbildung**

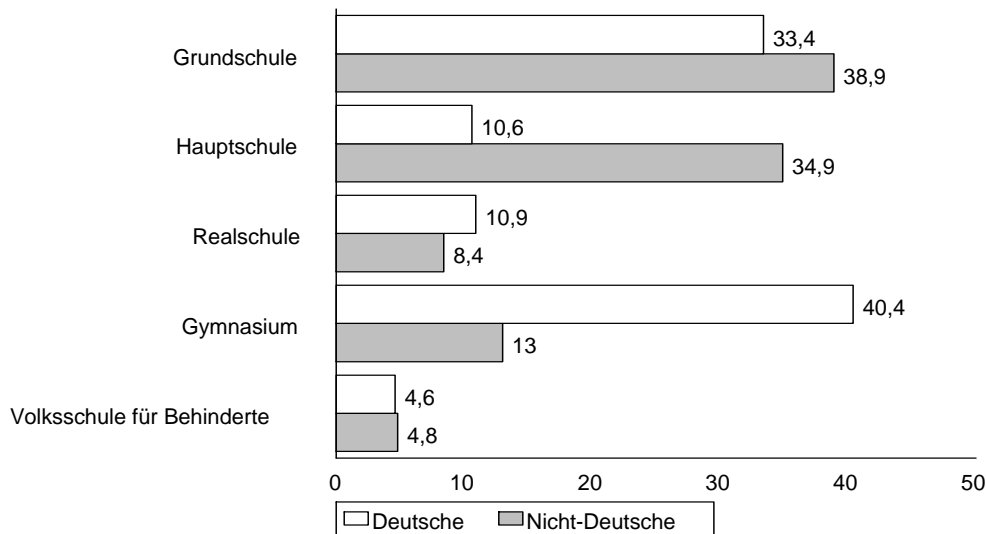
Im Schuljahr 94/95 besuchten in München 105.626 Schülerinnen und Schüler allgemeinbildende Schulen.

Die folgende Grafik zeigt, wie sich deutsche und nicht-deutsche Schülerinnen und Schüler auf die einzelnen Schultypen verteilen.

* Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (1996): Regionale Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern 1996-2010.

** Weitere Angaben zur sozialen Lage Jugendlicher und junger Erwachsener finden sich in Kap. 3.9.

Abbildung 7.3.1: Deutsche und nicht-deutsche Schülerinnen und Schüler an allgemeinbildenden Schulen (in Prozent)



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Schuljahr 1994/1995.

Die größten Unterschiede bestehen bei Hauptschulen und Gymnasien. Während 35% der nicht-deutschen Schülerinnen und Schüler auf eine Hauptschule gehen, sind dies bei den Deutschen lediglich 11%. Umgekehrt ist es bei den Gymnasien. Diese werden von 40% der deutschen Schülerinnen und Schüler besucht und nur von 13% der nicht-deutschen.

Bezogen auf die Schüler- und Schülerinnenzahlen in den einzelnen Schultypen heißt dies: 52% aller Schülerinnen und Schüler in Hauptschulen sind nicht-deutsch gegenüber lediglich 10% in Gymnasien.

98.752 Studentinnen und Studenten waren im Wintersemester 1995/96 an Münchener Universitäten oder Fachhochschulen eingeschrieben. Der Frauenanteil lag bei gut 42% (41.626 Personen). Nicht-deutsche Studenten waren mit einem Anteil von 8% an den Münchener Universitäten und Fachhochschulen vertreten (7.926 Personen), wobei jedoch keine Aussage darüber getroffen werden kann, ob diese Personen bereits längere Zeit oder sogar immer in Deutschland lebten oder nur zum Studium nach Deutschland kamen.

Die am häufigsten gewählten Ausbildungsberufe im Arbeitsamtbezirk München verteilen sich folgendermaßen: * bei den männlichen Auszubildenden liegt Kraftfahrzeugmechaniker an der Spitze, gefolgt von Bankkaufmann, Kaufmann im Groß- und Außenhandel, Elektroinstallateur und Einzelhandelskaufmann, bei den weiblichen Jugendlichen Bankkauffrau, Bürokauffrau, Arzthelferin, Zahnarzthelferin und Rechtsanwaltsgehilfin.

* Quelle: Agas Arbeitsgemeinschaft für angewandte Sozialforschung GmbH. Studie im Auftrag des Planungsreferates der Landeshauptstadt München. Bekanntgabe in der gemeinsamen Sitzung des Ausschusses für Stadtplanung und Bauordnung, des Ausschusses für Arbeit und Wirtschaft, des Gesundheits- und Krankenhausausschusses, des Kulturausschusses, des Schulausschusses, des Sozialausschusses und des Umweltausschusses vom 26.04.1995

Nicht-deutsche Jugendliche

Nicht-deutsche Jugendliche sind, wie bereits ausgeführt, in Hauptschulen überrepräsentiert, in weiterführenden Schulen jedoch unterrepräsentiert. Schätzungsweise 20% der nicht-deutschen Jugendlichen verlassen die Schule ohne Abschluß. Von den übrigen haben 67% einen Hauptschulabschluß, 22% einen Realschulabschluß und 11% das Abitur.

Die meisten nicht-deutschen Jugendlichen finden einen Ausbildungsplatz im Bereich Handwerk, sie stellen dort 31% der Auszubildenden.* Die am häufigsten gewählten Ausbildungsberufe der nicht-deutschen Jugendlichen im Bereich Handwerk, Industrie und Handel sind Kaufmann/-frau im Einzelhandel, Industriemechaniker/-in, Bürokaufmann/-frau. In den anderen Ausbildungsbereichen haben vor allem die gesundheitsbezogenen Ausbildungsberufe Arzt/-Zahnarzt- und Apothekenhelfer/-in einen hohen Anteil nicht-deutscher Auszubildender.

Der Anteil nicht-deutscher Jugendlicher ohne Berufsausbildung in München ist unbekannt. Von den 1.063 Schülerinnen und Schülern an der Berufsschule für Jungarbeiter/-innen haben 80% keine deutsche Nationalität und sind damit in der Gruppe der ungelerten Arbeiter und Arbeiterinnen deutlich überrepräsentiert.

Die Studie des Planungsreferats zur „Lebenssituation ausländischer Bürgerinnen und Bürger in München“ kommt bezüglich der Bildungssituation nicht-deutscher Jugendlicher zu folgenden Schlüssen:**

- „Obwohl sich ausländische Jugendliche in den letzten Jahren stärker auf die Realschule und das Gymnasium orientieren als dies etwa in den achtziger Jahren der Fall war, bleibt ihre Beteiligung an diesen Schulformen immer noch deutlich hinter der deutscher Jugendlicher zurück.“
- Auf der anderen Seite „ist zu erkennen, daß der Anteil von ausländischen Jugendlichen mit Bildungsabschlüssen der Realschule und des Gymnasiums seit dem Jahr 1983 deutlich gestiegen ist und zwar in wesentlich höherem Anteil als dies bei deutschen Schulabgängern der Fall war.“
- „Eine Bildungsbenachteiligung von ausländischen Frauen im allgemeinbildenden Schulsystem ist nicht festzustellen. Sowohl deutsche als auch ausländische Mädchen sind in den weiterführenden Schulen in tendenziell höherem Maß vertreten als die männlichen Jugendlichen. Ausländische Mädchen besuchen sowohl die Realschule als auch das Gymnasium häufiger als die männlichen Jugendlichen.“

* Quelle: Agas Arbeitsgemeinschaft für angewandte Sozialforschung GmbH. Studie im Auftrag des Planungsreferates der Landeshauptstadt München. Bekanntgabe in der gemeinsamen Sitzung des Ausschusses für Stadtplanung und Bauordnung, des Ausschusses für Arbeit und Wirtschaft, des Gesundheits- und Krankenhausausschusses, des Kulturausschusses, des Schulausschusses, des Sozialausschusses und des Umweltausschusses vom 26.04.1995

** Bekanntgabe im Ausschuß für Stadtplanung und Bauordnung am 18.06.1997.

8 DATEN UND METHODEN

8.1	Stichprobenbeschreibung.....	135
8.1.1	Erhebungsinstrument.....	135
8.1.2	Grundgesamtheit und Stichprobenziehung	135
8.1.3	Erhebungsmethodik	136
8.1.4	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe.....	136
8.2	Variablenbildung und Bildung von Indizes.....	142
8.2.1	Risikogruppen.....	142
8.2.2	Indizes zur gesundheitlichen Belastung oder Lebensweise.....	144
8.2.3	Sonstige Indizes.....	147

8 DATEN UND METHODEN

Für die Jugendgesundheitsuntersuchung wurden zahlreiche Fragenformulierungen sowie die Erhebungs- und Auswertungsmethodik aus früheren Studien, u.a. von Infratest, übernommen. Hierdurch wird eine weitgehende Vergleichbarkeit dieser Studie mit Studien früherer Erhebungszeitpunkte, insbesondere die Vergleichbarkeit mit Studien des Bayerischen Staatsministeriums des Inneren, gewährleistet. Ergänzt wurden diese durch Erhebungsinstrumente, die zusammen mit dem Bayerischen Forschungsverbund Public Health - Öffentliche Gesundheit erarbeitet wurden.

8.1 Stichprobenbeschreibung

8.1.1 Erhebungsinstrument

Die Erhebung fand als schriftliche Befragung statt.* Folgende Themenbereiche wurden im Fragebogen behandelt:

- Wohnsituation, Kindheit, Familie
- Erfolg und Zufriedenheit in Schule und Beruf
- Freizeitverhalten/Sport/Soziale Bindungen
- Ernährungs- und Trinkgewohnheiten
- Tabakwarenkonsum
- Gesundheitszustand/Beschwerden/Medikamente
- Rauschmittelkonsum
- Einstellungen/Wünsche
- Statistik, Geschlecht und Alter.

8.1.2 Grundgesamtheit und Stichprobenziehung

Grundgesamtheit der Untersuchung waren alle zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung (Januar 1995) in Privathaushalten lebende junge Menschen in München, die zwischen 12 und 24 Jahre alt und beim Einwohnermeldeamt registriert waren.

Aus dieser Grundgesamtheit wurde für die Befragung aus den Adressenkarteien des Einwohnermeldeamtes eine Zufallsstichprobe im Umfang von 2.406 Personen gezogen. Durch eine Verzögerung in der Finanzierung der Studie konnte die Erhebung erst in den Monaten Oktober 1995 bis Januar 1996 abgeschlossen werden. Die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer waren daher zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 13 und 25 Jahre alt.

* Der Erhebungsbogen ist ein Selbstausfüllbogen mit dem Namen „Biogramm“. Es bezeichnet ein Forschungsprogramm der Infratest Gesundheitsforschung, mit dem systematisch Daten zum Zusammenhang von Risikofaktoren aus der Lebenssituation und gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfaßt werden.

8.1.3 Erhebungsmethodik

Die Datenerhebung vollzog sich in mehreren Schritten: dem Ankündigungsschreiben folgten der Versand des Fragebogens sowie schriftliche und telefonische Erinnerungen. Alle Versandaktionen enthielten Hinweise zum Datenschutz. Personen unter 18 Jahren erhielten zusätzliche Elternanschreiben.

An der Studie beteiligten sich insgesamt 1.033 Personen mit einem vollständig ausgefüllten Fragebogen. Acht Personen der Bruttostichprobe, die zwischen der Stichprobenziehung und dem Zeitpunkt der Untersuchung noch 12 Jahre alt waren, sind in den Auswertungen nicht berücksichtigt, so daß die Anzahl der in die Auswertung eingegangenen Personen 1.025 beträgt.

Etwa 80% der teilnehmenden Personen haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Dies entspricht - nach Gewichtung und nach Abzug der acht 12jährigen - einer Fallzahl von 809 Personen deutscher Staatsangehörigkeit. Die Gewichtung erfolgte entsprechend der Alters- und Geschlechtsverteilung der Grundgesamtheit. Damit ist die Untersuchung nach Alter und Geschlecht repräsentativ für die deutsche 13 - 25jährige Bevölkerung Münchens.*

Die Ausschöpfung, bezogen auf die deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, beträgt nach Abzug der qualitätsneutralen Ausfälle 62,3%. Die Ausschöpfung ist am höchsten in der Altersklasse 13 bis 15 Jahre und am niedrigsten in der Altersklasse 20 bis 25 Jahre.

Die Stichprobe der Nicht-Deutschen wurde nicht gewichtet. Die Fallzahl beträgt 216 mit einer Ausschöpfung nach Abzug der qualitätsneutralen Ausfälle von 24,8%. Wegen dieser geringen Ausschöpfung ist eine Repräsentativität der nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht gewährleistet.

8.1.4 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Die folgenden Angaben beruhen für die deutschen Befragten auf der gewichteten Stichprobe, für die nicht-deutschen Befragten auf der ungewichteten. Für die deutschen Jugendlichen beträgt die absolute Zahl 809 Befragte, für die nicht-deutschen Jugendlichen 216 Befragte.

Von den nicht-deutschen Befragten waren 29% (ex-)jugoslawischer, 22% türkischer, und 12% griechischer Nationalität. 42% lebten seit ihrer Geburt in Deutschland. Von den anderen lebten 18% seit mehr als 10 Jahren in Deutschland, 29% seit 5 bis 9 Jahren und 52% seit weniger als 5 Jahren.

* Differenzierte Aussagen über Extremgruppen (z.B. Drogenabhängige, Arbeitslose) lassen sich auf der Basis von Repräsentativerhebungen nicht treffen. Generell ist darauf hinzuweisen, daß Personengruppen, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung 10% nicht übersteigt, zwar in ihrer allgemeinen Häufigkeit erfaßt werden. Jedoch ist eine statistisch differenzierte Überprüfung von Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand meist nicht möglich. Bei Bevölkerungsanteilen unter 5% ist eine repräsentative Erfassung mit einer Stichprobe äußerst unwahrscheinlich.

Geschlechtsverteilung

Bei den deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind 51,5% der Befragten weiblich, 48,5% männlich. Für die nicht-deutschen Jugendlichen ergibt sich ein ähnliches Bild: hier sind 51,9% weiblichen Geschlechts.

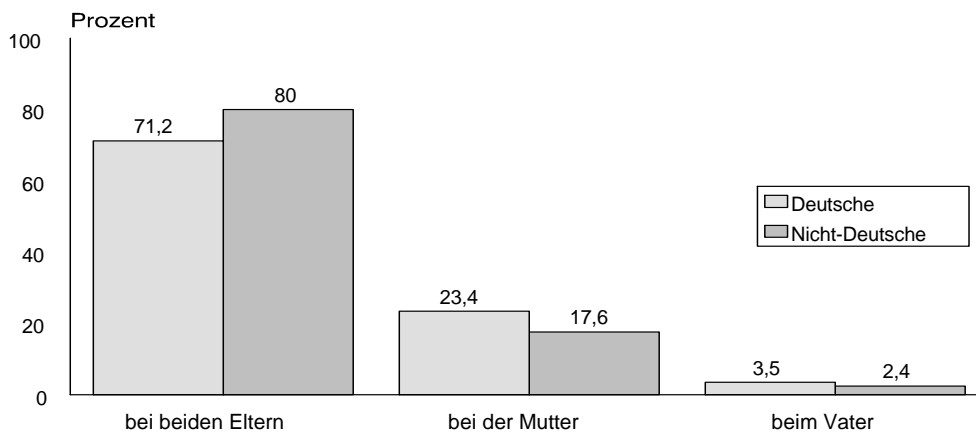
Altersverteilung

Von den deutschen Befragten waren 30,4% 13-17 Jahre alt und 69,6% 18-25 Jahre. Bei den nicht-deutschen Befragten liegen die Anteile bei 43,5% bzw. 56,5%. Die jüngere Altersgruppe ist somit bei den Nicht-Deutschen im Vergleich zur gesamten nicht-deutschen Bevölkerung zwischen 13 und 25 Jahren überrepräsentiert.

Aktuelle Wohnsituation

13-17jährige Jugendliche lebten zum Befragungszeitpunkt noch fast ausschließlich bei beiden leiblichen Eltern oder bei der Mutter oder beim Vater (ggf. mit einem Stiefelternteil). Deutsche Jugendliche lebten häufiger nur mit einem leiblichen Elternteil zusammen.

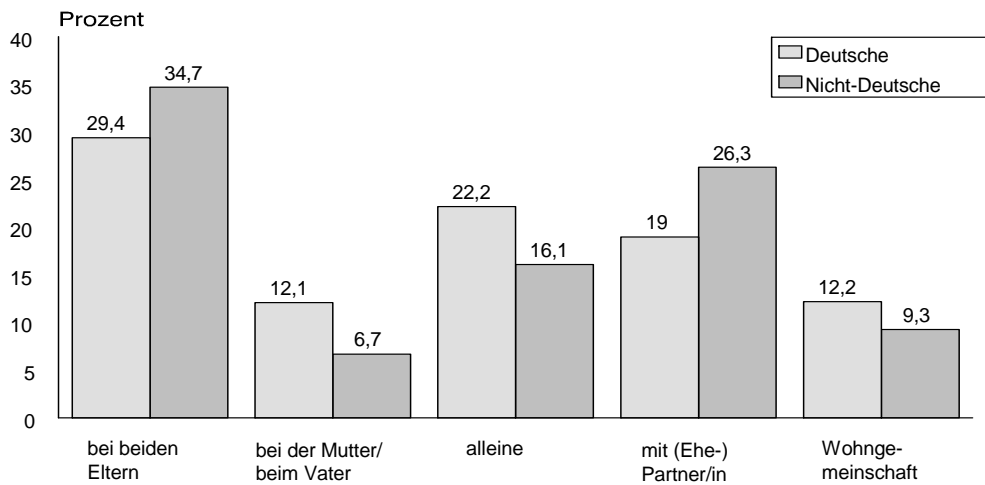
Abbildung 8.1.4.1: Aktuelle Wohnsituation deutscher und nicht-deutscher Jugendlicher im Alter von 13 - 17 Jahren (Angaben in Prozent)



Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Geringer besetzte Kategorien sind nicht dargestellt.

18-25jährige junge Erwachsene lebten ebenfalls noch häufig bei beiden leiblichen Eltern oder bei einem Elternteil (s. Abb. 8.1.4.2). Andere Wohnformen gewinnen aber an Bedeutung. Ein knappes Fünftel der Deutschen und mehr als ein Viertel der Nicht-Deutschen lebten bereits mit der/dem (Ehe-)Partner/in zusammen.

Abbildung 8.1.4.2: Aktuelle Wohnsituation deutscher und nicht-deutscher junger Erwachsener im Alter von 18 - 25 Jahren (Angaben in Prozent)

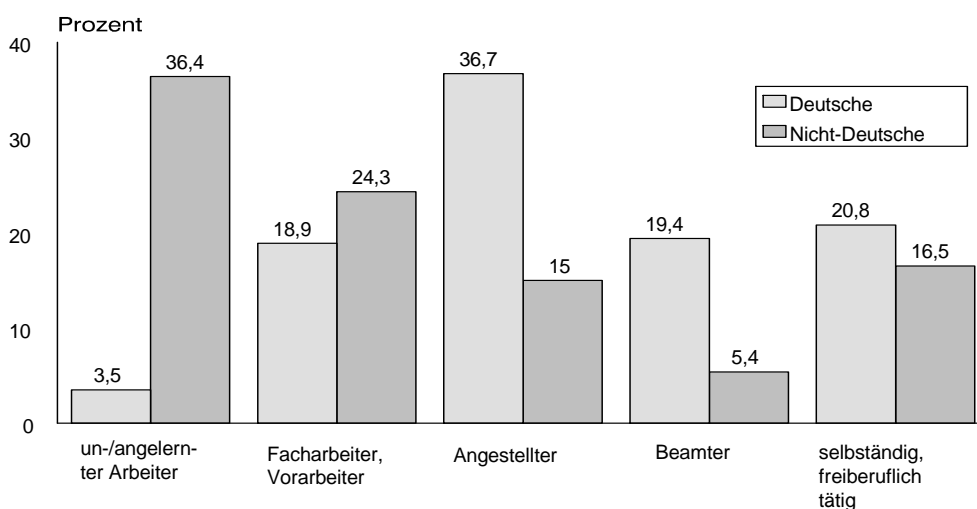


Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Geringer besetzte Kategorien sind nicht dargestellt.

Berufliche Stellung der Eltern

Bei der Frage nach der beruflichen Stellung der Eltern ergibt sich folgendes Bild: Die Väter der deutschen Befragten waren größtenteils in einer Angestelltenposition mit überwiegend qualifizierter oder hoch qualifizierter Tätigkeit beschäftigt, die Väter der nicht-deutschen als un- oder angelernte Arbeiter oder Facharbeiter/Vorarbeiter (s. Abb. 8.1.4.3). 3% der deutschen und 10% der nicht-deutschen Väter waren zum Befragungszeitpunkt arbeitslos.

Abbildung 8.1.4.3: Berufliche Stellung der Väter der deutschen und nicht-deutschen Befragten (Angaben in Prozent)

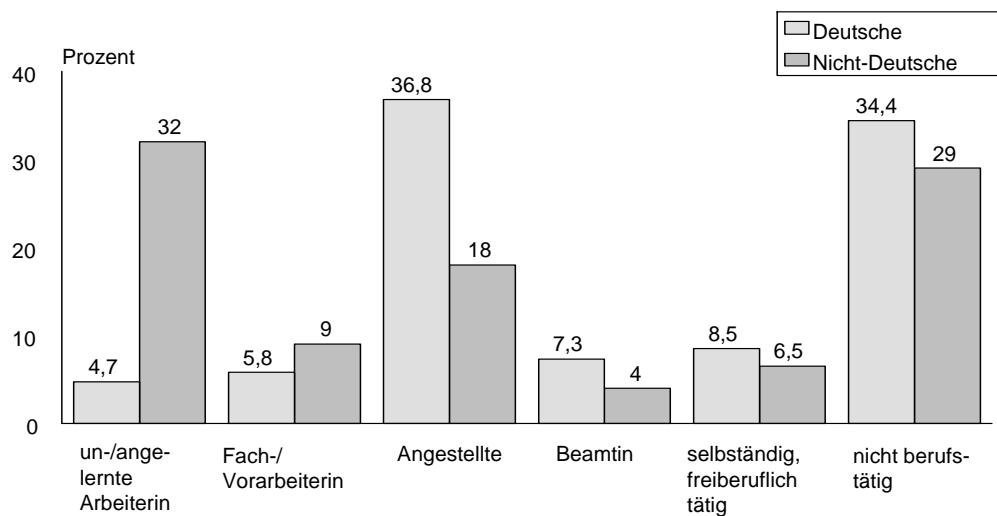


Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Geringer besetzte Kategorien sind nicht dargestellt.

34% der Mütter deutscher Befragter waren zum Befragungszeitpunkt nicht berufstätig, weitere 37% waren als Angestellte überwiegend mit qualifizierter Tätigkeit beschäftigt (s. Abb.).

8.1.4.4). Die Mütter nicht-deutscher Befragter waren zu 29% nicht berufstätig, 32% waren als un- oder angelernte Arbeiterinnen beschäftigt. Arbeitslos waren fast 2% der Mütter deutscher und 5% der Mütter nicht-deutscher Befragter.

Abbildung 8.1.4.4: Berufliche Stellung der Mütter der deutschen und nicht-deutschen Befragten (Angaben in Prozent)

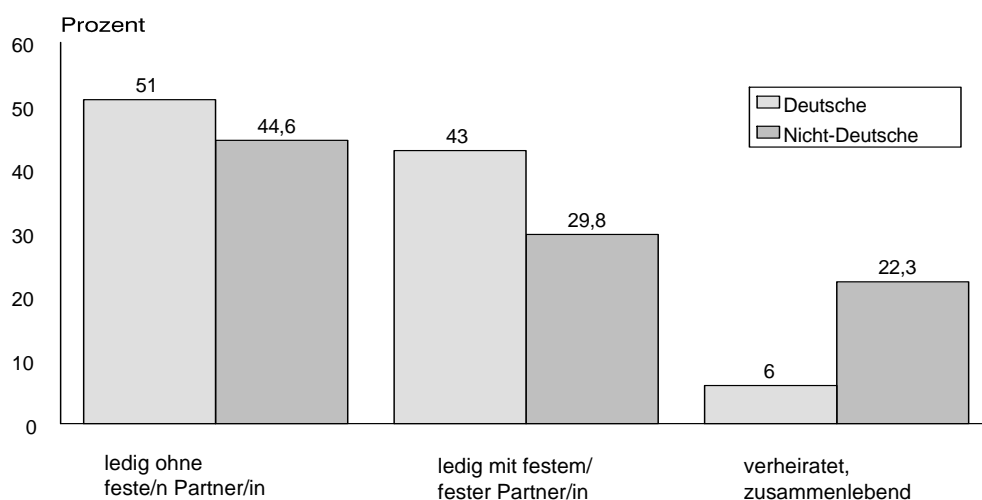


Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Geringer besetzte Kategorien sind nicht dargestellt.

Familienstand

Jeweils über 90% der deutschen und nicht-deutschen 13-17jährigen Jugendlichen waren zum Befragungszeitpunkt ledig und ohne feste/n Partner/-in, die restlichen knapp 10% waren ledig mit festem/r Partner/-in. Eine nicht-deutsche Befragte war bereits verheiratet.

Abbildung 8.1.4.5: Familienstand der 18-25jährigen deutschen und nicht-deutschen Befragten (Angaben in Prozent)



Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Geringer besetzte Kategorien sind nicht dargestellt.

Während sich bei den 13-17jährigen kaum Unterschiede im Familienstand zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen zeigen, ergibt sich für die 18-25jährigen ein anderes Bild (s. Abb. 8.1.4.5). So liegt der Anteil der verheirateten Nicht-Deutschen gut viermal so hoch wie bei den Deutschen. Entsprechend niedriger liegen die Anteile bei den Ledigen (mit und ohne feste Partnerschaft).

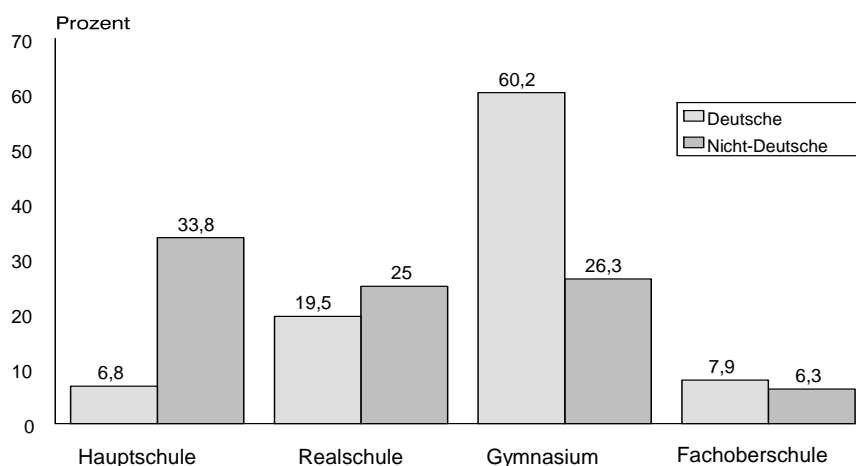
Schul-, Erwerbs- und Bildungsstatus

90% der deutschen Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren und 14% der 18-25jährigen besuchten zum Zeitpunkt der Befragung eine Schule. Bei den nicht-deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind dies 79% bzw. 5%.

Zwischen deutschen und nicht-deutschen Schülerinnen und Schülern zeigen sich erhebliche Unterschiede in der besuchten Schule (s. Abb. 8.1.4.6). Die meisten Deutschen besuchten ein Gymnasium. Die nicht-deutschen Schülerinnen und Schüler waren überwiegend an einer Hauptschule. Im Vergleich zur jugendlichen Gesamtbevölkerung* waren sowohl mehr Deutsche wie auch Nicht-Deutsche, die an der Jugendgesundheitsstudie teilgenommen hatten, an einer weiterführenden Schule.

* Siehe Kap. 7.3.

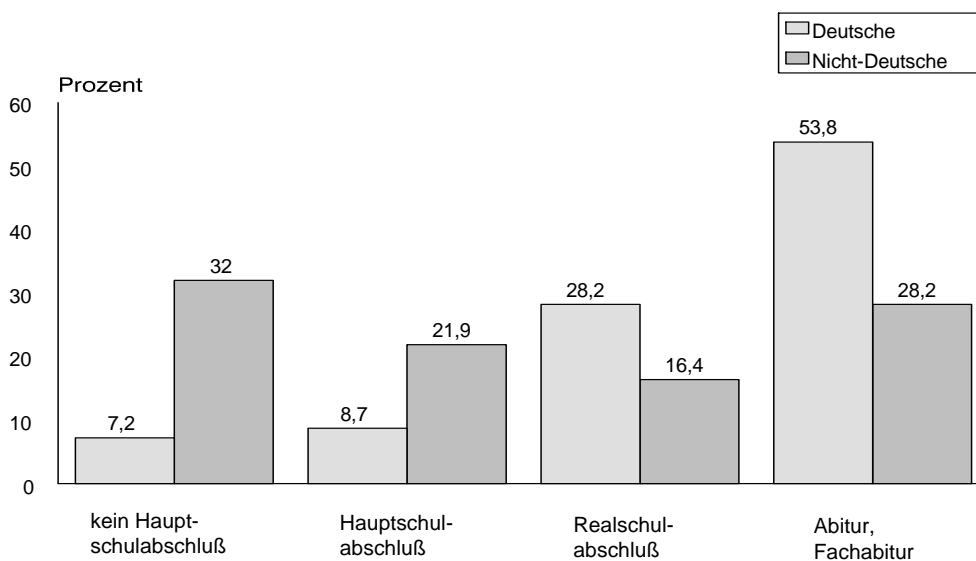
Abbildung 8.1.4.6: Besuchte Schule der deutschen und nicht-deutschen Schülerinnen und Schüler (Angaben in Prozent)



Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Geringer besetzte Kategorien sind nicht dargestellt.

Von denjenigen, die nicht mehr die Schule besuchten, hatte mehr als die Hälfte der deutschen Befragten das Abitur oder die Fachhochschulreife, bei den nicht-deutschen Befragten waren es 28% (s. Abb. 8.1.4.7). 7% der Deutschen, aber 32% der Nicht-Deutschen hatten keinen Hauptschulabschluß erreicht.

Abbildung 8.1.4.7: Höchster erreichter Schulabschluß der Befragten, die nicht mehr die Schule besuchten (Angaben in Prozent)



Quelle: Jugendgesundheitsuntersuchung 1995. Eigene Berechnungen. Geringer besetzte Kategorien sind nicht dargestellt.

Im Studium befinden sich von den 18-25jährigen 33% der Deutschen, dagegen nur 17% der Nicht-Deutschen.

In Berufsausbildung sind 10% der 13-17jährigen und 14% der 18-25jährigen Deutschen gegenüber 19% bzw. 24% der nicht-deutschen Befragten.

8.2 Variablenbildung und Bildung von Indizes

8.2.1 Risikogruppen

Aufgrund der Angaben zum Konsumverhalten wurden spezielle Risikogruppen junger Menschen definiert. Die Bildung der Risikogruppen und Gefährdungsindizes erfolgte gemäß den Vorgaben von Infratest.

Raucherstatus

- Nichtraucher/-innen bzw. Nie-Raucher/-innen:
Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht rauchen und auch früher nie geraucht haben.
- Ehemalige Raucher/-innen bzw. Ex-Raucher/-innen:
Personen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung nicht als Raucherin bzw. Raucher bezeichnen, aber angeben, früher geraucht zu haben.
- Raucher/-innen bzw. heutige Raucher/-innen:
Personen, die angeben, zum Zeitpunkt der Befragung Zigaretten oder andere Tabakwaren zu rauchen.

Alkoholkonsum-Index

Der Alkoholkonsum-Index wird als kombiniertes Maß aus Trinkfrequenz und -menge gebildet.

Er ist in fünf Stufen eingeteilt:

- Abstinenz
- geringer Konsum
- mittlerer Konsum
- hoher Konsum
- übermäßiger Konsum

„Hoher Konsum“ beispielsweise ist gleichbedeutend mit einem regelmäßigen Konsum von fünf bis 19 Gläsern Bier oder Wein pro Woche. „Übermäßiger Konsum“ entspricht einem regelmäßigen Konsum von 20 bis 30 Gläsern Bier oder Wein wöchentlich.

Drogenkonsumenten/Drogenerfahrene

Es werden unterschieden:

- Nicht-Drogenkonsumenten:
Personen, die nie Rauschmittel probiert haben.

- Aktuelle Drogenkonsumenten:
Personen, die innerhalb der letzten fünf Monate Rauschmittel konsumiert haben.
- Ehemalige Drogenkonsumenten:
Personen, deren letzter Drogenkonsum sechs Monate oder länger zurückliegt.

Die Aktualität bezieht sich auf das Rauschmittel, das als letztes konsumiert wurde.

Eine weitere Unterteilung der Drogenkonsumenten wird nach der Konsumfrequenz vorgenommen:

- Probierer:
ein- bis fünfmaliger Konsum von Rauschmitteln.
- Schwache User:
sechs- bis unter fünfzigmaliger Konsum von Rauschmitteln.
- Starke User:
fünfzigmaliger und häufigerer Konsum von Rauschmitteln.

Zur Berechnung der Konsumfrequenz wurden die Häufigkeitsangaben zu den einzelnen Drogenarten aufsummiert.

Medikamentenkonsum

Berücksichtigt wird der Konsum folgender Medikamente mit Suchtpotential:

- Schmerzmittel
- Schlafmittel
- Beruhigungsmittel
- stimmungsbeeinflussende Mittel
- Anregungsmittel

Die Konsumfrequenz wird in drei Stufen erfaßt:

- regelmäßig täglich oder 1 - bis 2mal wöchentlich
- gelegentlich seltener als 1 - bis 2mal wöchentlich
- nie nie

Für die Gesamtbewertung des Medikamentenkonsums ist die höchste Frequenz eines Einzelmedikaments maßgebend.

Mehrfachgefährdungs-Index

In den Mehrfachgefährdungs-Index gehen die spezifischen Gefährdungen durch Suchtmittel ein. Dazu werden die Risiken „regelmäßiger Alkoholkonsum“, „derzeitiges Rauchen“, „aktueller Drogenkonsum“ und „regelmäßiger Medikamentenkonsum“ mit jeweils einem Punkt aufaddiert, so daß beispielsweise ein Jugendlicher mit dem Wert 2 im Mehrfachgefährdungs-Index zwei der vier Risiken aufweist.

8.2.2 Indizes zur gesundheitlichen Belastung oder Lebensweise

Body-Mass-Index

Es wird der Quotient aus Körpergewicht (in kg) und quadrierter Körpergröße (in m) gebildet.

Ernährungsindizes*

Ernährungsphysiologisch günstige vs. ungünstige Ernährungsweise:

Hierzu wird die Häufigkeit des Verzehrs verschiedener Nahrungsmittel gewichtet und aufsummiert. Für die Gewichtung der Häufigkeit wurde ein Standardmonat von 28 Tagen zugrundegelegt. Daraus ergeben sich folgende Gewichtungen: mehrmals täglich (2), fast täglich (1), mehrmals wöchentlich (16/28), 1 x Woche (4/28), mehrmals im Monat (2/28), 1 x im Monat (1/28), nie (0).

Jedes der 17 abgefragten Nahrungsmittel wird mit jeweils einem positiven oder negativen Vorzeichen bewertet.

- Positiv sind: Fisch, Salat, Frischgemüse, Obst, Kartoffeln, Haferflocken, Käse, Quark, Vollkornbrot.
- Negativ sind: Wurst, Fleisch, Eier, Pudding, Kuchen, Pommes, Fast Food, Süßigkeiten. Positive Werte entsprechen damit eher gesunder Ernährung.

Ernährungsweisen:

Für je zwei „gegensätzliche“ Nahrungsmittel werden die Präferenzen der Jugendlichen erhoben. Davon werden folgende Ernährungsweisen abgeleitet:

Für die Beurteilung traditionell vs. modern sehen die Gegensatzpaare folgendermaßen aus (das Vorzeichen steht jeweils dahinter): Eier + vs. Avocados -, Gyros - vs. Schnitzel + , Pesto - vs. Spaghetti + , Kirschen + vs. Papaya - , Hirse - vs. Kartoffel + . Negative Werte entsprechen einer eher modernen Ernährung.

Bei der Einteilung fett vs. mager: Salzkartoffeln - vs. Pommes + , Käsebrot mit mehr Butter + vs. mit weniger Butter - , Wurstsalat + vs. Kopfsalat - , Gemüsepfanne - vs. Geschnetzeltes, + Wurstbrot mit weniger Butter - vs. mit mehr Butter + , Sahnejoghurt + vs. Magerjoghurt - . Negative Werte entsprechen einer eher mageren Ernährung.

Für die Einteilung Fleisch vs. vegetarisch: Kartoffeln mit Quark - vs. Kartoffeln mit Gulasch + , Wurstsalat + vs. Kopfsalat - , Gemüsepfanne - vs. Geschnetzeltes + . Negative Werte entsprechen einer eher vegetarischen Ernährung.

* Indexbildung nach Vorgaben von Infratest

Soziale Unterstützung*

In die Skala geht die Beantwortung von folgenden 11 Items ein:

- „Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung.“
- „Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann.“
- „Bei Bedarf kann ich mir CDs, Bücher oder Werkzeug ausleihen.“
- „Ich kenne fast niemanden, mit dem ich gerne zusammen bin.“
- „Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich zu wem ich gehen kann.“
- „Ich fühle mich als Außenseiter/Außenseiterin.“
- „Bei manchen Freunden/Freundinnen und Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.“
- „Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß.“
- „Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.“
- „Ich wünsche mir mehr Geborgenheit und Nähe.“
- „Ich fühle mich von meinen Freunden/Freundinnen anerkannt.“

Die Antworten müssen auf einer 5stufigen Skala von „trifft genau zu“ bis „trifft nicht zu“ eingetragen werden.

Aus den z. T. umkodierten Werten wurde eine Punktsumme errechnet. Je höher diese Summe, desto größer ist die soziale Unterstützung.

„Demoralisierung“

Unter dem Begriff der „Demoralisierung“ werden Gefühle des Versagens, der Sinn- und Hoffnungslosigkeit, der permanenten Angespanntheit und des völligen Alleingelassenseins sowie zukunftsbezogene Angstgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten verstanden. Ursache für solche Gefühle der „Demoralisierung“ ist das subjektiv erfahrene Ungleichgewicht zwischen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten einerseits und Anforderungen der Umwelt andererseits, das dann zu dem Gefühl führt, alltägliche Probleme nicht bzw. nicht ausreichend lösen zu können. Um dieses subjektiv empfundene Ungleichgewicht zwischen Bewältigungsmöglichkeiten und Anforderungen quantifizierbar zu machen und damit auch eine Einschätzung der psychischen Belastung zu ermöglichen, entwickelten Dohrenwendt et. al. die „Demoralisierungsskala“.*

Auf einer 5-stufigen Skala wurden Häufigkeitsangaben („sehr häufig“ bis „nie“) für die letzten vier Wochen erfragt. Die Werte werden aufsummiert, wobei hohe Werte einen hohen Grad an Demoralisierung entsprechen.

* Skalenbildung nach Vorgaben des Instituts für Praxisforschung und Projektberatung (IPP).

* Dohrenwendt/Levav/Shrout (1980) entwickelten die Demoralisierungsskala als Teil des PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview). Sie zielt auf die Erfassung von psychischen Beeinträchtigungen im Alltag, also auf eine allgemeine und nicht auf eine klinische Population ab. Damit ist Demoralisation kein psychopathologisches Konzept, mit dem explizit psychiatrisch definierte Störungsformen (wie Depression oder Schizophrenie) einhergehen. Rehm et al. (1988) umschreiben Demoralisation in Analogie zum Fieber, das ein allgemeiner Krankheitsindikator ist, aber keiner spezifischen Krankheit zugeordnet werden kann, als unspezifischen Indikator für psychische Probleme.

Die insgesamt 20 Items lassen sich folgenden fünf Bereichen zuordnen:**

- Niedergeschlagenheit:

Gefühle der Traurigkeit und Niedergeschlagenheit; Gefühl, alles sei sinnlos.

- Zukunftssorgen:

Sich viel Sorgen machen, häufig grübeln; Gefühl, daß einem etwas Schreckliches zustoßen könnte; Gefühl, daß nichts so wird, wie man es sich wünscht; sich nicht zuversichtlich fühlen.

- Mentaler Dauerstreß:

Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren; Befürchtung, verrückt zu werden.

- Negative Selbsteinschätzung:

Gefühl, versagt zu haben; sich nutzlos fühlen; mit sich unzufrieden sein; sich minderwertig und zurückgesetzt fühlen.

- Hoffnungslosigkeit:

Angst, völlig allein gelassen zu werden; generelle Angstgefühle; sich völlig hoffnungslos fühlen; sich völlig hilflos fühlen; sich nervös, unruhig und gespannt fühlen.

Beschwerdegruppen

Mit einer Itemliste von 30 vorgegebenen gesundheitlichen Beschwerden wurde deren Häufigkeit während der letzten 12 Monate auf einer 3-stufigen Skala (häufig, selten, nie) erfragt. Mittels Faktorenanalyse konnten sechs additive Faktoren ermittelt werden.

Die Namen dieser Faktoren sind deskriptive Versuche, die in den zusammengefaßten Beschwerden Faktoren inhaltlich in einen Oberbegriff zu fassen und sind nicht mit medizinischen Diagnosen gleichzusetzen.

- „Nervöse Störungen“:

Dazu zählen Konzentrationsschwierigkeiten, Vergeßlichkeit, Unruhe/Erregbarkeit/Nervosität, traurige Verstimmung, Alpträume, Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, Abgespanntheit, Schlafstörungen/Schlaflosigkeit.

Als durch „nervöse Störungen“ belastet gelten diejenigen mit mindestens zwei „häufig“-Nennungen.

- „(Psycho-)somatische Störungen“:

Dazu zählen Appetitlosigkeit, Benommenheit/Schwindelgefühle/Kreislaufstörungen, Kopfschmerzen/Migräne, Magenschmerzen/Sodbrennen, Frösteln/Frieren ohne erkennbaren Grund.

Als belastet gelten diejenigen mit mindestens zwei „häufig“-Nennungen.

- „Psychovegetative Störungen“:

Dazu zählen Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Herzjagen/starkes Herzklopfen, Zittern der Hände.

Als belastet gelten diejenigen mit mindestens einer „häufig“-Nennung.

** Bildung der Bereiche nach Vorgaben des Instituts für Praxisforschung und Projektberatung (IPP).

- „Verspannungen“:

Dazu zählen Kreuz- oder Rückenschmerzen, Nacken- oder Schulterschmerzen.

Als belastet gelten diejenigen mit mindestens einer „häufig“-Nennung.

- „Haut- und Atembeschwerden“:

Dazu zählen Hautjucken/Ausschläge/Allergien (nicht Akne) oder Atembeschwerden.

Als belastet gelten diejenigen mit mindestens einer „häufig“-Nennung.

- „Verdauungsbeschwerden“:

Dazu zählen Durchfall oder Verstopfung.

Als belastet gelten diejenigen mit mindestens einer „häufig“-Nennung.

- „Mehrfachbelastungen“

Als mehrfachbelastet gelten all diejenigen, die in mindestens zwei der o. g. 6
Beschwerdegruppen belastet sind.

8.2.3 Sonstige Indizes

Gewalterfahrung

Die Gewalterfahrung in den letzten 12 Monaten wurde durch folgende Fragen zu passiver und aktiver Gewalt erfaßt:

- Passive Gewalterfahrung:

„Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, daß ...

- Sachen, die Ihnen gehören, von anderen absichtlich zerstört oder beschädigt wurden?
- Sie von anderen durch Schläge oder körperliche Gewalt verletzt wurden?
- Sie von anderen körperlich bedroht wurden, damit Sie Dinge tun, die Sie nicht wollten?
- Sie seelisch so sehr unter Druck gesetzt worden sind, daß Sie Dinge getan haben, die Sie nicht wollten?
- Ihnen Sachen mit Gewalt weggenommen wurden?“

- Aktive Gewaltausübung:

„Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, daß ...

- Sie Sachen von anderen absichtlich zerstört oder beschädigt haben?
- Sie jemand anderen absichtlich geschlagen oder verprügelt haben?
- Sie jemand anderen körperlich bedroht haben, damit er/sie tut, was Sie wollen?
- Sie jemand anderen seelisch unter Druck gesetzt haben, damit er/sie tut, was Sie wollen?
- Sie jemand anderem eine Sache mit Gewalt weggenommen haben?

Die Indizes für aktive und passive Gewalterfahrung werden durch Aufsummierung der jeweiligen Zustimmungen zu den o.g. Aussagen berechnet. Die Summe gibt die Zahl der Bereiche an, in denen Gewalt erfahren bzw. ausgeübt wurde.

Einstellungsindizes*

Folgende Einstellungsdimensionen werden durch additive Verknüpfung der Antworten auf 12 items gebildet, wobei als Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren „trifft für mich genau zu“, „trifft für mich teilweise zu“, „trifft für mich nicht zu“:

- Lebenszufriedenheit:
 - „Ich bin mit mir und meinem Leben zufrieden.“
 - „Ich habe schon viele Dinge erreicht, die mir wichtig sind.“
 - „Vieles ist so, wie ich es mir wünsche.“

- Kontrollbewußtsein:
 - „Ich habe die Fähigkeit, mein Leben zu bestimmen.“
 - „Im Vergleich zu anderen habe ich mein Leben ganz gut im Griff.“
 - „Wenn ich mir etwas in den Kopf gesetzt habe, kann ich es auch erreichen.“

- Selbstbezogenheit:
 - „Ich will nicht nach Vorschrift und Plan leben, sondern tun, was mir gerade Spaß macht.“
 - „Ich kümmere mich nur wenig um Dinge außerhalb meiner privaten Welt.“
 - „Ich möchte versuchen, aus dem Zwang dieser Gesellschaft auszubrechen.“

- Angepaßtheit:
 - „Ich muß lernen, mit dem zufrieden zu sein, was ich habe.“
 - „Unterordnung und Anpassung gehören manchmal zu den Dingen, die ich im Leben können muß.“
 - „In der heutigen Zeit darf ich nicht wählerisch sein, sondern muß die Möglichkeiten nehmen, die sich mir bieten.“

Je höher die Werte in den einzelnen Bereichen sind, desto stärker sind die einzelnen Einstellungen ausgeprägt.

* Bildung der Indizes nach Vorgaben des Instituts für Praxisforschung und Projektberatung (IPP).