
JUGEND UND GESUNDHEIT

**Eine empirische Untersuchung über Gesundheit und Gesundheitsbewusstsein von
Jugendlichen
unter dem Paradigma der sozialpädagogischen Gesundheitsförderung**

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
einer Magistra der Philosophie
an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von
Bakk. phil. Roswitha Ulz

am Institut für
Erziehungs- und
Bildungswissenschaften
Arbeitsbereich Sozialpädagogik

Begutachter
a.o. Univ.-Prof. Mag. Dr. Arno Heimgartner

Ich, Roswitha Ulz, erkläre hiermit, an Eides statt, die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angeführten Quellen verfasst zu haben.

Ulz Roswitha

Der Dank gilt:

- **a.o. Univ.-Prof. Mag. Dr. Arno Heimgartner;**
- **Dr. Olaf Wonisch;**
- **den an der empirischen Untersuchung teilnehmenden Jugendlichen;**
- **den Teilnehmern des Masterseminars Sozialpädagogik;**
- **Landesschulrat für Steiermark;**
- **Landesregierung Steiermark;**

ZUSAMMENFASSUNG

Um das Ziel der Gesundheitsförderung, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, um sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986), zu verwirklichen, ist die Zusammenarbeit verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen nötig. In diesem interdisziplinären Prozess kann die Soziale Arbeit ihre routinierten Handlungsstrategien wie Empowerment, den Setting-Ansatz, das Case-Management, die Netzwerkarbeit, aber auch die Erschließung von sozialen Ressourcen und Partizipationschancen, einbringen. Um konkrete Handlungsstrategien für die Gesundheitsförderung erarbeiten zu können, bedarf es eines Ausgangspunktes. Demzufolge wurden repräsentative Daten zu **Jugend und Gesundheit** in der Steiermark erhoben. Im Besonderen wurde die subjektive Einschätzung des Gesundheitsbefindens, des Gesundheitsbewusstseins, sowie die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Jugendlichen untersucht, um diesbezüglich Daten für eine sozialpädagogische Gesundheitsförderung (mit interdisziplinärer Ausrichtung) zu liefern. Der Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung in der Lebensphase Jugend ist dahingehend begründet, da das Jugendalter als problematische Altersgruppe in Bezug auf die Gesundheit gilt, und gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen, die in dieser Lebensphase angeeignet werden, im weiteren Lebensverlauf beibehalten werden können.

Die steiermarkweit durchgeführte empirische Untersuchung unterliegt dem quantitativen Forschungsparadigma. Die Datenerhebung erfolgte in den Monaten März und April 2008. Als Messinstrument wurde ein Selbstausfüllerfragebogen eingesetzt. An der Untersuchung haben insgesamt 520 Jugendliche im Alter zwischen 14 bis 20 Jahren teilgenommen, welche eine Polytechnische Schule, eine Berufsschule oder ein Gymnasium besuchen.

Zentrale quantitative Ergebnisse der empirischen Untersuchung

GESUNDHEITSTATUS

- Der subjektive Gesundheitszustand wird von 80,5% der Jugendlichen mit ausgezeichnet oder gut bewertet (Jungen = 84,9%, Mädchen = 76,6%). 19,2% der Jugendlichen sind der Meinung, dass ihr Gesundheitszustand eher gut oder schlecht sei (Jungen = 15,1%, Mädchen = 22,4%).
- Die Lebenszufriedenheit wird von den Jugendlichen bei einer möglichen Wertung von 0-10 mit 7,2 bewertet.
- Rund jeder zweite Jugendliche (48,7%) leidet regelmäßig zumindest an einer psychosomatischen Beschwerde.
- 51% der Jugendlichen hatten innerhalb der letzten 12 Monate mindestens eine behandlungsbedürftige Verletzung.
- Eine chronische Erkrankung oder Behinderung haben 23,7% der Jugendlichen.
- Von Übergewicht sind (nach dem BMI-Referenzsystem von Cole et al. 2000) 17,3% der Jugendlichen betroffen (Jungen = 16,7%, Mädchen = 9,4%). Von den normalgewichtigen Jugendlichen möchten 39,2% ihr Gewicht reduzieren.

GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN

- Ein tägliches Frühstück wird von 41% der Jugendlichen konsumiert.
- Einmal oder mehrmals pro Tag wird Obst von 35,8% und Gemüse von 26,3% der Jugendlichen gegessen.
- Zuckerhaltige Limonade wird von 26% der Jugendlichen und Süßigkeiten und Schokolade von 26,6% der Jugendlichen täglich einmal oder mehrmals konsumiert.
- Zwei- bis drei Mal pro Woche oder öfter sind 58% der Jugendlichen in ihrer Freizeit körperlich aktiv, wobei das Stundenausmaß der körperlichen Aktivität zumeist bei zwei bis drei Stunden liegt.
- Täglich vier bis sechs Stunden und mehr vor dem PC oder TV-Gerät verbringen 17,3% der Jugendlichen.
- Jeder zweite Jugendliche (49,3%) raucht Tabakwaren, wobei ca. jeder dritte Jugendliche täglich zur Zigarette greift.
- 34% der Jugendlichen konsumieren regelmäßig Alkohol.
- Öfters als zehn Mal richtig betrunken waren bereits 28,6% der Jugendlichen.
- Drogenerfahrungswerte finden sich bei 21,5% der Jugendlichen.
- Fast jeder dritte Jugendliche (27,1%) konsumiert zwei oder mehr Substanzmitteln(Alkohol, Tabakwaren, illegale Drogen, Medikamente)..
- 22,2% der Jugendlichen haben sich schon einmal oder öfters absichtlich selbst verletzt.
- Von Gewalt waren bereits 27,8% der Jugendlichen öfters betroffen.

GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN

- Jeder dritte Jugendliche (33%) weiß nicht ausreichend über den Einfluss des eigenen Verhaltens auf die Gesundheit Bescheid.
- Für die eigene Gesundheit werden von den Jugendlichen unterschiedlichste Verhaltensweisen und Argumente für wichtig erachtet.
- Gesunde/ausgewogene Ernährung (82%), körperliche Bewegung/Sport (71%) und Nichtrauchen und Nichttrinken (je 48%) werden von den Jugendlichen als Verhaltensweisen genannt, welche für ihre Gesundheit am wichtigsten sind.
- Nur 10% der Jugendlichen verfügen über ein umfassendes Gesundheitsbewusstsein.

GESUNDHEITSRELEVANTE SETTINGS

- Drei Viertel der Jugendlichen (77,5%) erhalten immer Hilfe, wenn benötigt, von den Eltern.
- Die Probleme und Sorgen der Jugendlichen werden immer nur von jedem zweiten Elternpaar (47%) verstanden.
- Bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen lassen sich 27,2% der Jugendlichen immer von ihren Eltern beeinflussen.
- 73,6% der Jugendlichen fühlen sich zu einem Freundeskreis zugehörig. Ca. ein Drittel der Jugendlichen (34,2%) hätte gerne mehr Freunde.
- 81,3% der Jugendlichen erhalten immer, wenn benötigt, Hilfe aus ihrem Freundeskreis.
- 20,7% der Jugendlichen fühlen sich von den Anforderungen in der Schule belastet.
- Gelegentlich oder nie gerne zur Schule gehen 86,1% der Jugendlichen.

- 57,1% der Jugendlichen gehen immer gerne zur Arbeit (Lehre).
- Immer belastet von dem, was in der Arbeitsstelle (Lehre) verlangt wird, fühlen sich 13,5% der Jugendlichen. Gelegentliche Belastungen zeigen sich bei 32,4% der Jugendlichen.
- 15,7% der Jugendlichen lassen sich von Medienberichten zum Thema Gesundheit beeinflussen.
- Mit ihrem Wohnumfeld sind 85,1% der Jugendlichen zufrieden
- Verbesserungswünsche der Jugendlichen für ihr Wohnumfeld kreisen um den abstrakten Begriff „mehr Raum für Jugendliche“.

PROBLEME UND SORGEN

- Von Sorgen und Problemen belastet fühlt sich mehr als jeder dritte Jugendliche (38,8%).
- Die Probleme und Sorgen der Jugendliche betreffen zum überwiegenden Teil die Bereiche Schule/Ausbildung und Berufseinmündung. Probleme und Sorgen bereitet auch der familiäre Kontext sowie die Bereiche Liebe/Sexualität und Selbstfindung.
- Jeder fünfte Jugendliche bespricht seine Probleme und Sorgen mit niemandem.
- 41,2% der Jugendlichen sind oft oder immer um den Erhalt eines zukünftigen Arbeitsplatzes besorgt.

GESUNDHEIT DER JUGENDLICHEN IN ABHÄNGIGKEIT DES BILDUNGSSTANDES DER ELTERN

- Jugendliche, deren Eltern einen niederen Bildungsstand aufweisen, schätzen ihren subjektiven Gesundheitsstatus sowie ihre Lebenszufriedenheit schlechter ein als Jugendliche deren Eltern einen hohen Bildungsstand aufweisen. Auch zeigen Erstgenannte im Vergleich zu den Zweitgenannten in einigen bedeutenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen schlechtere Werte.

GESUNDHEIT DER JUGENDLICHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND

- Jugendliche mit Migrationshintergrund sind häufiger von Übergewicht betroffen und zeigen ein geringeres Gesundheitsbewusstsein. Sie erhalten jedoch öfters Hilfe aus dem Freundeskreis als Jugendliche mit österreichischer Staatsbürgerschaft.

Keywords:

- Jugend;
 - Gesundheit;
 - Gesundheitsbewusstsein;
 - sozialpädagogische Gesundheitsförderung;
-

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Thematische Hinführung	11
1.1 Die Gliederung der Arbeit.....	14
I Theoretische Basis.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
2 Gesundheit.....	17
2.1 Gesundheit, betrachtet unter der salutogenetischen Perspektive.....	19
2.1.1 Der Sense of Coherence.....	20
2.2 Soziale Determinanten der Gesundheit.....	21
2.3 Gesundheitliche Ungleichheit	22
2.3.1 Der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	23
2.3.1.1 Schichtspezifische Ressourcenausstattung	25
2.3.1.2 Zum Verhältnis von Bildungsstand und Gesundheit	26
2.3.2 Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter.....	28
2.4 Gesundheitsförderung	31
2.5 Soziale Arbeit und Gesundheit	34
3 Lebensphase Jugend.....	38
3.1 Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Jugend	39
3.1.1 Physische Entwicklung im Jugendalter.....	42
3.1.1.1 Kognitive Entwicklung im Jugendalter	45
3.1.2 Entwicklung der Identität und des Selbstkonzeptes im Jugendalter	46
3.2 Die Gesundheit der Jugendlichen.....	47
3.2.1 Exkurs: Das Projekt – Health Behaviour in School-aged Children.....	49
(HBSC)	49
3.2.2 Die Gesundheit der Jugendlichen nach der HBSC-Studie	49
4 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im.....	50
Jugendalter.....	50
4.1 Jugend und Ernährung	52
4.1.1 Störungen im Essverhalten.....	54
Anorexia Nervosa	54
Bulimia Nervosa	55
Orthorexia nervosa	56
Binge Eating Disorder.....	56
Adipositas	56
4.2 Jugend und körperliche Aktivität	57
4.3 Jugend und der Konsum psychoaktiver Substanzen.....	58
4.3.1 Jugend und Tabakkonsum.....	61
4.3.2 Jugend und Alkoholkonsum.....	62

4.4 Jugend und Selbstverletzendes Verhalten	62
4.5 Jugend und Suizid.....	64
5 Gesundheitsrelevante Settings der Jugendlichen	65
5.1 Setting - Peers.....	66
5.2 Setting - Familie	67
5.3 Setting - Schule und Bildung.....	69
5. 4 Setting - Arbeitsstätte	71
5.4.1 Problematik der Arbeitslosigkeit.....	72
II Empirische Untersuchung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
6. Zielsetzung und Fragestellung der empirischen	75
Untersuchung	75
Fragestellungen der empirischen Untersuchung	76
7 Methodische Vorgehensweise	77
7.1 Die an der Untersuchung teilnehmenden Schulen	78
7.2 Beschreibung des Datenerhebungsinstrumentes.....	80
7.3 Durchführung der Datenerhebung	82
7.4 UntersuchungsteilnehmerInnen	83
7.5 Grundgesamtheit der empirische Untersuchung	85
7.6 Repräsentativität der empirischen Untersuchung	86
8 Statistische Auswertung und Darstellung der	87
Ergebnisse	87
8.1 Gesundheitsstatus der Jugendlichen.....	88
8.1.1 Einschätzung der eigenen Gesundheit	88
8.1.2 Lebenszufriedenheit der Jugendlichen	90
8.1.3 Psychosomatische Beschwerden der Jugendlichen	92
8.1.4 Verletzungen der Jugendlichen	94
8.1.4.1 Ursachen der Verletzung bei den Jugendlichen	96
8.1.5 Chronische Erkrankungen oder Behinderungen der Jugendlichen.....	97
8.1.6 Körpergewicht der Jugendlichen.....	97
8.1.7 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Gesundheitsstatus der Jugendlichen	101
8.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.....	105
8.2.1 Ernährungsverhalten der Jugendlichen	105
8.2.1.1 Frühstücksverhalten	105
8.2.1.2 Ernährungsgewohnheiten	106
8.2.1.3 Qualitative und quantitative Kontrolle der Nahrungsaufnahme	108
8.2.2 Körperliche Aktivität der Jugendlichen	109
8.2.2.1 Häufigkeit der Körperlichen Aktivität	109
8.2.2.2 Stundenausmaß der körperlichen Aktivität	111
8.2.3 Sitzendes Verhalten der Jugendlichen	112
8.2.4 Tabakkonsum der Jugendlichen.....	114
8.2.5 Alkoholkonsum der Jugendlichen.....	117

8.2.5.1 Derzeitiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen	117
8.2.5.2 Alkoholbedingte Rauscherfahrungen	118
8.2.6 Konsum von illegalen Drogen	120
8.2.7 Medikamentenkonsum der Jugendlichen	121
8.2.8. Mehrfachkonsum von Suchtmittel	123
8.2.9 Schlaflänge der Jugendlichen	124
8.2.10 Zahnpflege der Jugendlichen	125
8.2.11 Selbstverletzungen der Jugendlichen	126
8.2.12 Sexualverhalten und Verhütung der Jugendlichen	128
8.2.13 Gewalterfahrungen der Jugendlichen	129
8.2.14 Faszination für riskantes Fahrverhalten der Jugendlichen	131
8.2.15 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: gesundheitsrelevantem Verhalten der Jugendlichen	133
8.3 Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen.....	138
8.3.1 Meinung über den Einfluss des eigenen Verhaltens auf die Gesundheit	139
8.3.2 Verhaltensweisen und Argumente, welche Jugendliche für ihre persönliche Gesundheit für wichtig erachten	140
8.3.3 Wissen der Jugendlichen über gesundheitsbewusste Verhaltensweisen	142
8.3.4 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen	145
8.4 Gesundheitsrelevante Settings der Jugendlichen.....	147
8.4.1 Setting - Familie.....	147
8.4.1.1 Wohnformen der Jugendlichen	149
8.4.2 Setting - Freundeskreis	150
8.4.3 Setting - Schule	153
8.4.4 Setting - Arbeitsstätte	156
8.4.5 Setting - Medienwelt	158
8.4.6 Setting - Wohnumfeld	159
8.4.6.1 Änderungswünsche für den Wohnort	161
8.4.7 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Einfluss einzelner Settings auf die Gesundheit des/der Jugendlichen	169
8.5 Probleme und/oder Sorgen der Jugendlichen	175
8.5.1 Probleme und Sorgen der Jugendlichen differenziert nach besuchter Schulform	176
8.5.2 Besprechen der Probleme und Sorgen	181
8.5.3 Sorgen um einen zukünftigen Arbeitsplatz	182
8.5.4 Auslangen mit dem zur Verfügung stehenden Geld	183
8.5.5 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Probleme und/oder Sorgen der Jugendlichen	185
8.6 Die Gesundheit der Jugendlichen betrachtet unter dem Aspekt des Bildungsstandes der Eltern	187
8.6.1. Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Die Gesundheit der Jugendlichen betrachtet unter dem Aspekt des Bildungsstandes der Eltern	190
8.7 Die Gesundheit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund	192
8.7.1 Zusammenfassung und Resümee zu :Gesundheit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund	193
9 Diskursive Schlussbetrachtung	195
10 Abbildungsverzeichnis	199
11 Tabellenverzeichnis	202
12 Literaturverzeichnis	203

13 Anhang.....	215
13.1 BMI – Tabellen für Kinder und Jugendliche	216
13.2 Fragebogen – Jugend und Gesundheit.....	218
13.3 Statistik zur empirischen Untersuchung	228

1 THEMATISCHE HINFÜHRUNG

„Gesundheit ist als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen (...)“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986). Im alltäglichen Leben wird die Gesundheit auch maßgeblich durch die individuelle Verhaltensweisen eines Menschen beeinflusst, „zumal die gegenwärtig dominierenden Zivilisationskrankheiten in starkem Maße vom Gesundheitsverhalten und dem von diesem Verhalten ausgehenden biomedizinischen Risiken bestimmt werden“ (Richter/Settertobulte 2003, S. 99). Aber nicht nur das eigene Verhalten eines Menschen, sprich der Lebensstil, nimmt Einfluss auf die Gesundheit, sondern diese wird auch von den Lebensbedingungen eines Menschen beeinflusst. Ein effizienter Umgang mit Gesundheit sollte für jeden Menschen eine elementare Basis der Lebensführung und -gestaltung darstellen. Zur selbstbestimmten gesunden Lebensführung bedarf es jedoch des Wissens über mögliche gesundheitliche Einflussgrößen. Denn Wissen ermöglicht, so betont Muntean (2000, S. 9), „das Erkennen von Zusammenhängen und damit die Planung einer gesunden Lebensführung als freie Entscheidung“. Die Vermittlung dieses gesundheitsrelevanten Wissens ist als Aufgabenfeld der Gesundheitsförderung zu betrachten, wobei diese angesichts der Tatsache, dass individuelle gesundheitsrelevante Einstellungs- und Verhaltensmuster schon in frühen Lebensjahren verfestigt werden, umso effizienter ist, je früher sie im Lebenslauf angesetzt wird. Denn die frühen Lebensjahre gelten als entscheidende Phase bei der Ausbildung von handlungsbedingten Lebensstilen, welche das gesundheitsrelevante Verhalten in den nachfolgenden Lebensjahren bestimmen (vgl. Lohaus 1993, S. 77 ff.). Demzufolge ist der Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung in der Lebensphase Jugend besonders zu befürworten, zumal das Jugendalter als problematische Altersgruppe in Bezug auf die Gesundheit gilt. Denn wurde das Jugendalter traditionell als Lebensabschnitt betrachtet, der mit optimaler Gesundheit und Abwesenheit von Krankheit gleichgesetzt wurde, so zeigt sich gegenwärtig, dass in diesem Altersabschnitt Gesundheitsprobleme wie beispielsweise psychosomatische Krankheiten, emotionale Befindlichkeitsstörungen sowie chronische Erkrankungen, zunehmend im Steigen begriffen sind (vgl. Langness et al. 2003, S. 301). Auch findet sich vielfach in der Lebensphase Jugend ein leichtsinniger bis risikobehafteter Umgang in Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Vor allem im exzessiven Substanzkonsum liegen Gesundheitsrisiken, welche prinzipiell vermieden werden könnten.

Jugendliche zeigen sich jedoch bisweilen wenig motiviert, sich um ihre Gesundheit zu kümmern, da andere Bereiche in der hierarchischen Bedeutung bzw. Wichtigkeit von Jugendlichen dominieren, und sich eine gesundheitsförderliche Lebensweise meist erst im späteren Lebensverlauf positiv auswirkt (vgl. Faltermaier 2005, S. 12 ff.). Als Erklärung für die gestiegene Gesundheitsbelastung in der Lebensphase Jugend werden in der Literatur (u.a. Homfeld/Sting 2006; Hurrelmann 2007) vielfach die gegenwärtigen Lebensbedingungen herangezogen. Denn „wer der kontinuierlichen Beschleunigung und der damit verbundenen Intensivierung unterschiedlichster Lebensbereiche nicht gewachsen ist, kann von den Vorteilen und Möglichkeiten der Moderne nicht profitieren“ (Kickbusch 2006, S. 15 f.). Vor allem Jugendliche aus unterprivilegierten Bevölkerungsschichten, welche ohnehin schon mit erhöhten Belastungen ihren Lebensalltag meistern müssen, können dadurch besonders überfordert sein und haben demzufolge einen besonderen Bedarf an spezifisch zugeschnittener Gesundheitsförderung.

Gesundheit ist nicht nur von individuellen Verhaltensweisen der Menschen abhängig, sondern der „größte Teil der gesundheitlichen Probleme lässt sich vielmehr auf die sozialen Bedingungen, in denen die Menschen arbeiten und leben, zurückführen“ (Raphael 2006, zit. n. Richter 2008, S. 11). Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, wird zwar von der WHO (Ottawa-Charta, 1986) als „eines der Grundrechte des Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“, genannt. In der Realität ist dieses Grundrecht, in Anbetracht der engen Korrelation zwischen einem niederen sozioökonomischen Status und einem schlechten Gesundheitszustand einer Person, jedoch wenig verankert. So zeigt sich für das Jugendalter, wie Mielck (vgl. 2002, S. 390) bezugnehmend auf diesbezügliche Untersuchungsergebnisse verweist, dass Jugendliche aus Familien der unteren Einkommensgruppe ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger mit schlecht bezeichnen als Jugendliche aus Familien der oberen Einkommensgruppe. Auch hier zeigt sich wiederum ein konkreter Ansatzpunkt für die Gesundheitsförderung.

Gesundheit stellt jedoch nicht nur individuell für den Einzelnen einen zentralen Wert dar, sondern sie ist auch unter der gesamtgesellschaftlichen Perspektive eine bedeutende Dimension. Denn die Erhaltung der Gesundheit, so auch die Wiedererlangung dieser, ist eines der wichtigsten Anliegen, aber auch Aufgaben der Gesellschaft. Zumal die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitssystem ein vehementes Wachstum zeigen und

mit der Problematik der sukzessiven Unfinanzierbarkeit konfrontiert sind (Sting 2000, S. 63). Diesbezüglich merkt Krech (vgl. 2002, S. 17) vom europäischen Regionalbüro der WHO, Bezug nehmend auf die Gesundheitssysteme, an, dass die Gesundheit der Bevölkerung am effizientesten durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen und gezielte Prävention verbessert werden könne. Dieser Erkenntnis zum Trotz würden europäischen Staaten jedoch dennoch die Ausgaben für das Gesundheitssysteme zu 98% auf die Tertiärmedizin und nur etwa zu 2% auf die Prävention und Gesundheitsförderung verteilen. Aber auch unter ökonomischer Perspektive stellt Gesundheit einen zentralen gesellschaftlichen Wert dar, denn so betont Kickbusch (2006, S. 65): „Staaten, die eine gut ausgebildete und ‚gesunde‘ Bevölkerung haben, haben im globalen wirtschaftlichen Wettkampf zwischen Nationalökonomien eine bessere Chance zu bestehen.“

Der kurze Umriss der Thematik zeigt die tiefe Verflochten- und Verbundenheit von Gesundheit mit den Bedingungen des Alltags und verweist auf ein dementsprechend breites Handlungs- und Herausforderungsfeld für die Gesundheitsförderung. Ahrens und Marzinzik (vgl. 2007, S. 144 ff.) betonen hierzu, dass es bei der Gegensteuerung von gesundheitlichen Problemlagen der Zusammenarbeit der verschiedensten Disziplinen bedarf, um nachhaltige Lösungen und Verbesserungen zu erzielen. Demnach ist das Ziel der Gesundheitsförderung, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, um sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986), nur mittels interdisziplinärer Zusammenarbeit auf der Basis gleichberechtigter Arbeit an einem gemeinsamen Erkenntnisfundus zu erlangen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die gegenseitige Ergänzung mittels disziplinspezifischen Arbeitsweisen und Basiskompetenzen ermöglicht auch einen effektiveren Arbeitsprozess im Rahmen der Gesundheitsförderung. Wobei unter dem Aspekt der Einbringung von Basiskompetenzen in den Prozess der Gesundheitsförderung die Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit ein hervorragendes Repertoire bieten (vgl. Ahrens/Marzinzik 2007, S. 150 ff.). So zählt Empowerment, der Setting-Ansatz, das Case-Management, die Netzwerkarbeit, aber auch die Erschließung von sozialen Ressourcen und Partizipationschancen, zu den routinierten Handlungselementen der Sozialen Arbeit. Diese Handlungselemente sind auch in der Gesundheitsförderung ein gefragter Bestandteil der Arbeitsweisen. Demzufolge ist es naheliegend, der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsförderung eine tragende Rolle beizumessen. Vor allem auch dahingehend, da

das Gesundheitsbefinden der Menschen eng mit sozialer Ungleichheit verbunden ist und die Soziale Arbeit um benachteiligte Bevölkerungsschichten besonderes bemüht ist.

Jegliche Form von Gesundheitsförderung bedarf eines Ausgangspunktes, auf dessen Basis konkrete Handlungsstrategien erarbeitet werden können. Vor allem um Gesundheitsförderung effektiv zu gestalten, ist ein zielgruppenspezifisches Vorgehen nötig. Wie bereits ausgeführt, ist Gesundheitsförderung in der Lebensphase Jugend besonders zu befürworten. Allerdings finden sich zur aktuellen gesundheitlichen Lage der Jugendlichen in der Steiermark keine umfassenden Daten. Dementsprechend widmet sich die vorliegende Arbeit der Aufgabe, repräsentative Daten zu *Jugend und Gesundheit* zu erheben. Im Besonderen sollen die subjektive Einschätzung des Gesundheitsbefindens, des Gesundheitsbewusstseins sowie die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Jugendlichen untersucht werden, um diesbezüglich in Folge, Ansatzpunkte für eine sozialpädagogische Gesundheitsförderung (mit interdisziplinärer Ausrichtung) zu liefern.

1.1 Die Gliederung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in eine „Theoretische Basis“ und eine „Empirische Untersuchung“. Dem erstgenannten Teil werden Kapitel 2 bis 5 unterstellt, die empirische Untersuchung umfasst die Kapitel 6 bis 8 sowie eine diskursive Schlussbetrachtung.

In den Kapiteln der theoretischen Basis unterliegt die Thematik Jugend und Gesundheit einer auf aktuelle Literatur gestützte theoretische Auseinandersetzung. Im Speziellen erfolgt die Betrachtung des Konstruktes Gesundheit, der Zusammenhänge von gesundheitlicher Ungleichheit und Sozialstatus sowie der Besonderheiten der sozialpädagogischen Gesundheitsförderung. Der Thematik der gesundheitlichen Ungleichheit, als Ansatzpunkt für die sozialpädagogische Gesundheitsförderung, wurde in der Arbeit besonders viel Raum für eine umfassende Betrachtung zuerkannt. Des Weiteren wird im theoretischen Teil der Arbeit auf die Lebensphase Jugend mit ihren entwicklungsbedingten Herausforderungen und den diesbezüglichen Zusammenhängen und Auswirkungen auf die Gesundheit der Jugendlichen eingegangen. Auch werden, um dem biopsychosozialen Gesundheits-Krankheitsparadigma in der Arbeit, Genüge zu

leisten, ausgewählte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und gesundheitsbeeinflussende Settings in der Lebensphase Jugend diskutiert.

Der zweite Teil der Arbeit, die empirische Untersuchung, ist dem Forschungsprozess der steiermarkweit durchgeführten Forschungsarbeit, Jugend und Gesundheit, gewidmet. Nach der Formulierung der Ziel- und Fragestellung für die empirische Untersuchung erfolgt die Vorstellung des Untersuchungssamples sowie eine Deskription der empirischen Feldarbeit. Der präzisen Ergebnisdarstellung folgt eine Beantwortung der Forschungsfragen mit gesetzten Verknüpfungspunkten zur theoretischen Basis.

In der diskursiven Schlussbetrachtung erfolgen eine kritische Analyse der Untersuchungsergebnisse sowie sozialpädagogische Interventionsempfehlungen.

I THEORETISCHE BASIS

2 GESUNDHEIT

Zur Frage was eigentlich Gesundheit sei, meint Grönemeyer (2004, S. 113), dass es hierauf „vermutlich so viele Antworten (gibt), wie es Kulturen, Religionen und Regierungen gibt“.

Beispielsweise ist Gesundheit für „die chinesische Medizin ein stetiger Balanceakt von Ying und Yang, welche letztlich nie eine konstante Harmonie ergibt“ (ebd.). Nietzsche formuliert zum Gesundheitsbegriff: „Eine Gesundheit an sich gibt es nicht, und alle Versuche, ein Ding derart zu definieren, sind kläglich gescheitert. Es kommt auf dein Ziel, deinen Horizont, deine Kräfte, deine Antriebe, deine Irrtümer und namentlich auf die Phantasmen deiner Seele an, um zu bestimmen, was selbst für deinen Leib Gesundheit zu bedeuten habe, somit gibt es unzählige Gesundheitsen des Lebens“ (Nietzsche, zit. n. Keil 2000, S. 61). Eine andere Gesundheitsperspektive findet sich bei Parson (1968, S. 344), diese sieht Gesundheit als den „Zustand der optimalen Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Aufgaben und Rollen, für die es sozialisiert wurde“.

Diese ausgewählten exemplarischen Gesundheitsdefinitionen verdeutlichen, dass es im wissenschaftlichen Diskurs bis dato keine einheitliche Definition von Gesundheit gibt. Vielmehr zeigt sich, dass die begriffliche Bestimmung, dessen was Gesundheit sei, von der jeweiligen wissenschaftlichen Perspektive und hier wiederum vom vorherrschenden Paradigma getragen wird (vgl. Erhart et al. 2006, S. 321).

Findet sich in der Wissenschaft eine Vielfalt an Definitionen für das Konstrukt Gesundheit, so zeigt sich im Laienverständnis eine noch viel breitere Palette an Gesundheitsdefinitionen. So meint beispielsweise ein junges Mädchen auf die Frage, was für sie Gesundheit sei: „Gesundheit ist, wenn ich nur abends ins Bett muß, nicht auch tagsüber“ (Schwartz et al. 2003, S. 25).

Als richtungweisende Definitionen für Gesundheit kann jene der Weltgesundheitsorganisation angesehen werden, welche besagt: „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948, zit. n. Kickbusch 2006, S. 36).

Wobei bei dieser Begriffsbestimmung von Gesundheit vielfach kritisiert wird, dass die Formulierung als ideal zu betrachten ist, in welcher Gesundheit als statischer Wert gesehen

wird (vgl. Homefeldt/Sting 2006, S. 69). Diese Gesundheitsdefinition wurde 1986 von der WHO in Ottawa überarbeitet und kann nun, wie es Kickbusch (2006, S. 37) formuliert, als „Gesundheitsbegriff für das 21. Jahrhundert“ betrachtet werden. In der überarbeiteten Definition heißt es: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986). Laut dieser Definition kann Gesundheit als dynamischer Prozess betrachtet werden, welcher von der aktiven Mitwirkung des Einzelnen ebenso wie von gesellschaftlichen Bedingungen bestimmt wird (vgl. Kickbusch 2006, S. 37).

Die Gesundheitsdefinition der WHO unterliegt dem biopsychosozialen Gesundheits-Krankheitsparadigma. Entgegen dem biomedizinischen Modell, bei welchem Störungen bzw. Defekte der Körperfunktionen durch biochemische und physikalische Vorgänge Erklärung finden, betrachtet das biopsychosoziale Modell Gesundheit und Krankheit in einer breiteren Dimension. Demnach lassen sich gesundheitliche Problemlagen physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen. Diese Systemebenen fungieren jedoch nicht einzeln oder nebeneinander, sondern sind miteinander untrennbar biopsychosozial verwoben (vgl. Ortmann 2008, S. 8 f.). Gesundheit ist somit kein passiv erlebter Zustand, sondern sie ist ein aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und physischen Aktionsfähigkeiten eines Menschen im gesamten Lebenslauf. Ergeben sich in einer oder mehreren der physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen Anforderungen, welche von der Person in der jeweiligen Situation und der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können, kann dies zu gesundheitlicher Beeinträchtigung führen. Diese Beeinträchtigungen können sich in Symptomen der sozialen, psychischen und physiologischen Auffälligkeit zeigen (vgl. Hurrelmann 1990, S. 62). Ob und in welchem Ausmaß belastende Faktoren zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit führen, wird maßgeblich von den qualitativ und quantitativ zur Verfügung stehenden Ressourcen bestimmt. Vor allem im Kontext von gesundheitlichen Ressourcen sei auf das Konzept der Salutogenese verwiesen, welches anschließend betrachtet wird.

2.1 Gesundheit, betrachtet unter der salutogenetischen Perspektive

Das Konzept der Salutogenese wurde vom amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aron Antonovsky (1923 – 1994) entwickelt und von ihm erstmalig in seinem Buch *Health, Stress and Coping* (1979) vorgestellt. Salutogenese basiert auf der Wortzusammenfügung von „Salus“ und „Genese“. Salus ist aus dem Lateinischen entlehnt und bedeutet Glück, Heil und Unverletztheit. Aus dem Griechischen kommt das Wort Genese, welches mit Entstehung übersetzt werden kann (vgl. Hurrelmann 2000, S. 55).

Die Grundlage von Antonovskys Forschung bildet die Leitfrage: Unter welchen Bedingungen findet man Gesundheit vor bzw. warum wird, oder vielmehr bleibt jemand trotz widriger Umstände gesund? Antonovsky vertritt die Ansicht, dass eine Orientierung am klassischen biomedizinischen Ansatz für die Erklärung von Gesundheit nicht ausreicht und setzt dem Terminus der Pathogenese den Terminus der Salutogenese gegenüber (vgl. Antonovsky 1987, S. 7). Denn, so formuliert Antonovsky metaphorisch; „Contemporary Western medicine is likened to a well-organized, heroic, and technologically sophisticated effort to pull drowning people out of a raging river. Devotedly engaged in this task, often quite well rewarded, the establishment members never raise their eyes or minds to inquire upstream, around the bend in the river, about who or what is pushing all these people in“ (ebd. S. 89).

Antonovsky plädiert jedoch nicht dafür, auf die pathogenetisch orientierte medizinische Forschung zu verzichten, sondern sieht in der Salutogenese eine wichtige und unverzichtbare Erweiterung, welche den Blick auf neue Perspektiven eröffnet. Im biomedizinischen Modell wird Krankheit als Abweichung von der Norm Gesundheit betrachtet. Für Antonovsky sind Gesundheit und Krankheit nicht als zwei voneinander abzugrenzende Zustände zu betrachten, sondern als zwei Pole eines Kontinuums innerhalb einer dynamischen Wechselbeziehung (vgl. Antonovsky 1997, S. 23 f.). Dabei legt „das salutogenetische Konzept den Fokus auf jene gesunderhaltenden Faktoren, die Menschen dazu verhelfen, so erfolgreich wie nur möglich mit den Bedrohungen im Verlauf ihres Lebens umzugehen“ (Antonovsky 1993, S. 10 f.). Diesbezüglich äußert sich Antonovsky (1997, S. 92) „...meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flußes sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt

ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“

Einen bedeutenden Einfluss im Sinne der salutogenetischen Theorie Antonovsky`s kommt bei der Lebensbewältigung im Allgemeinen als auch in der Gesunderhaltung im Besonderen dem Sense of Coherence zu. Dieser soll im Folgenden erläutert werden.

2.1.1 Der Sense of Coherence

Der Sense of Coherence (SOC) ist nach Antonovsky (1987, S. 19) „a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from ones internal and external environments in the course of living are structured, predictable and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement“.

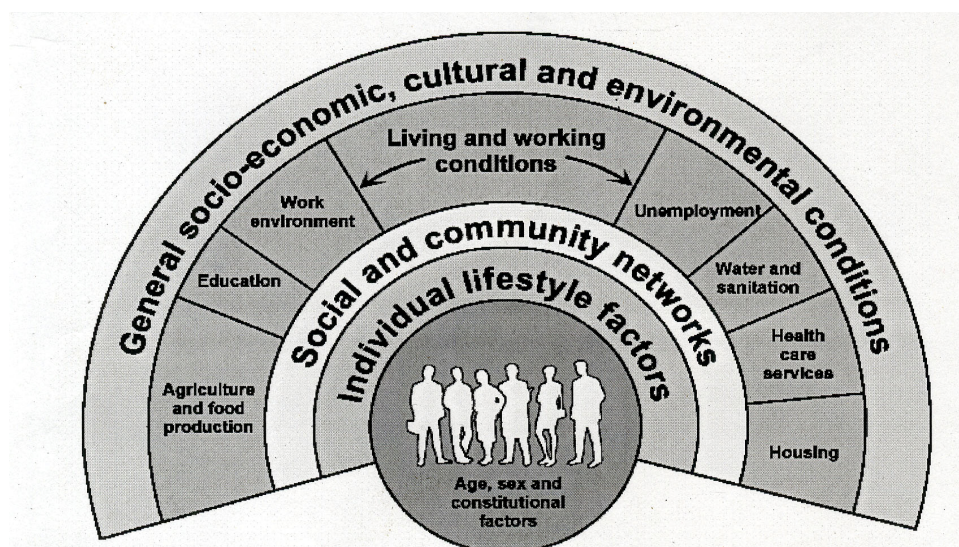
Das Kohärenzgefühl kann somit nach der Auffassung von Antonovsky als eine Lebenseinstellung - als eine innerpsychische Größe - betrachtet werden. Und zwar eine Lebenseinstellung, welche „von dem Gefühl der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen getragen ist“ (Keupp 2000, S. 28). Diese Lebenseinstellung befähigt Personen, Stressoren erfolgreich mittels bestimmtem Coping zu bewältigen und somit zur Erhaltung ihrer Gesundheit beizutragen. Antonovsky (1997, S. 33) ist davon überzeugt, „daß das Kohärenzgefühl eine Hauptdeterminante sowohl dafür ist, welche Position man auf dem Gesundheits – Krankheits – Kontinuum erhält, als auch dafür, daß man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt“. Das Kohärenzgefühl kann somit als Faktor betrachtet werden, der die Menschen dazu befähigt, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zu mobilisieren, und möglicherweise auch als Erklärung für den Umstand dienen, warum Menschen unter dem Einfluss von widrigsten Lebensumstände gesund bleiben.

Zum Sense of Coherence sei angeführt, dass das Konzept wissenschaftlich noch nicht ausreichend erforscht ist. Zusammenhänge zwischen dem Sense of Coherence und der Gesundheit sind bisher nur vereinzelt wissenschaftlich fundiert. Für eine diesbezüglich ausführlichere Darstellung sei u.a. auf die Publikation von Bengel (2001) verwiesen.

2.2 Soziale Determinanten der Gesundheit

Wird in der Gesundheitsdefinition der WHO von physiologischen, psychischen und sozialen Komponenten gesprochen, die in verwobener Form auf die Gesundheit eines Menschen einwirken, so zeigt sich in den Ausführungen von Dahlgren und Whitehead (1993) speziell die Bedeutung der sozialen Komponente. „Die Wege, über die sich soziale Determinanten auf die Gesundheit auswirken, sind unzweifelhaft komplex und vielschichtig“ (Ottova/Richter 2008, S. 255). Diese vielschichtigen Zusammenhänge versuchen Dahlgren und Whitehead (1993) in Form eines Regenbogens (siehe Abbildung: 1) darzustellen. Von zentraler Bedeutung ist das Modell auch im gegenwärtigen Diskurs der Gesundheitsförderung.

Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead (1993)



Quelle: Dahlgren und Whitehead (1993, zit. n. Richter 2008)

Dahlgren und Whitehead arrangieren die Determinanten für Gesundheit in fünf Bereichen, welche in enger Beziehung zueinander stehen. Die Bereiche, in übereinanderliegenden Kreisen angeordnet, sollen symbolisieren, dass jeder Kreis einen direkten Einfluss auf die Gesundheit besitzt, aber auch indirekt durch Beeinflussung des darunter liegenden Kreises, Einfluss auf die Gesundheit hat. Den Kern des Modells bilden biologische Determinanten wie Alter, Geschlecht und genetische Dispositionen. Der nächste Bereich umfasst das Gesundheitsverhalten und den Lebensstil, welcher wiederum indirekt von der nächsten Ebene der sozialen und gemeinwesenbezogenen Netzwerke beeinflusst wird. Verschiedene Lebens- und Arbeitsbedingungen wie etwa die Wohnsituation, hygienische Verhältnisse, Erziehung und Bildung bilden eine weitere Ebene. Der äußerste Kreis beinhaltet die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen. Diese äußere Ebene wird von Dahlgren und Whitehead als die Makro-Faktoren zur Bestimmung von Gesundheit bezeichnet, stellt somit die umfassendste Determinante der Gesundheit dar (vgl. Richter 2008, S. 13).

Da die sozialen Determinanten der Gesundheit sehr nahe mit der Thematik gesundheitliche Ungleichheit verbunden sind, wird auf diesen Bereich nachfolgend ausführlich eingegangen.

2.3 Gesundheitliche Ungleichheit

„Mit dem Begriff ‚gesundheitliche Ungleichheit‘ werden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Menschen bezeichnet, die aus sozial vermittelten Gesundheitsrisiken resultieren“ (Elvers 2005, S. 59). Der Unterschied zeigt sich dahingehend, dass Menschen aus sozioökonomisch niederen Schichten, eben mit niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder niedrigem Einkommen, zumeist einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (vgl. Mielck 2004, S. 27). Diese Zusammenhänge sind „für verschiedene europäische Länder in unterschiedlichem Ausmaß belegt und variiert z. B. in der Lebenserwartung zwischen der niedrigsten und der höchsten Sozialschicht zwischen drei und sieben Jahren“ (Janßen et al. 2006, S. 142).

Auch bedingt die Zugehörigkeit zu unteren Sozialschichten, dass der eigene Gesundheitszustand subjektiv schlechter eingeschätzt wird und die Menschen sich durch

den eigenen Gesundheitszustand stärker behindert fühlen, als wie vergleichsweise Menschen die der oberen Sozialschicht angehören (vgl. Mielck 2004, S. 27; Elvers 2005, S. 62).

Dabei wird bei der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen zwei grundlegenden Hypothesen unterschieden, nämlich: „Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (plakativ formuliert: Armut macht krank); der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status (plakativ formuliert: Krankheit macht arm)“ (Mielck 2004, S. 27.). Wobei im deutschsprachigen Raum der erste Erklärungsansatz von weit größerer Bedeutung ist als der zweitgenannte (vgl. ebd.).

2.3.1 Der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Von Homfeldt und Sting (2006, S. 103 ff.) werden als mögliche Erklärungsansätze für den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit folgende Komponenten angeführt:

- „Der Einfluss der sozioökonomischen Lebensbedingungen;
- Die Selektions- oder Drift-Hypothese;
- Der Einfluss des Gesundheitsverhaltens;
- Unterschiedliche Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung;
- Gesundheitliche Auswirkungen des sozial bedingten Kohärenzgefühls;
- Der Zusammenhang zwischen Einkommensverteilung und Gesundheitsstatus“.

Dass die materielle Lebenssituation für die Gesundheit eine wichtige Einflussvariable darstellt, wurde bereits oberhalb angeführt. Die Selektions- oder Drift-Hypothese meint, dass nicht Armut krank mache, sondern Krankheit mache arm. Gesundheitliche Defizite führen in Folge somit zu einer sozialen Abdriftung. Dieser Hypothese lässt sich entgegenhalten, dass die Schulbildung entgegen dem Beruf und dem Einkommen von gesundheitlichen Problemlagen weniger stark beeinflusst wird. Somit ist das Bildungsniveau, als möglicher Indikator der sozialen Schichtzugehörigkeit, als Kausalfaktor des Gesundheitszustandes zu betrachten und nicht umgekehrt (vgl. ebd. S. 104).

Das Gesundheitsbewusstsein ist in niederen Sozialschichten geringer ausgebildet. Dies impliziert, dass Verhaltensweisen, welche sich negativ auf die Gesundheit auswirken gepflegt werden. So sind in der Unterschicht beispielsweise etwa doppelt so viele RaucherInnen als in der Oberschicht zu finden. Wobei zu berücksichtigen ist, dass das negative Gesundheitsverhalten in niederen Sozialschichten möglicherweise als „Begleiterscheinung von sozioemotionalem Distresserleben“ zu interpretieren ist und als Kompensationsmöglichkeit betrachtet werden kann (vgl. ebd. S. 104; Jungbauer-Gans/Gross 2006, S. 75 f.).

Bei der medizinischen Versorgung steht prinzipiell jedem eine gleiche Angebotsvielfalt zur Verfügung. Dennoch wird die Varianz der Nutzung, bedingt durch die unterschiedliche Sozialschichtzugehörigkeit, auf 15% geschätzt. Als Gründe hierfür können möglicherweise die erschwerte Arzt-Patientenkommunikation bei Angehörigen der unteren Sozialschicht angeführt werden sowie der Umstand, dass die Angebote in der medizinischen Versorgung eine Mittelschichtorientierung aufweisen (vgl. Homfeldt und Sting S. 104f.).

Sozioökonomische Rahmenbedingung bewirken direkt, zu einem großen Teil jedoch auch indirekt, gesundheitliche Differenzen. Indirekt meint vor allem die individuelle Bezugnahme und Verarbeitungsleistungen der betreffenden Person und lässt sich mit dem Kohärenzgefühl (siehe Kapitel 2.1 in der vorliegenden Arbeit) in Verbindung bringen. Keupp (2000) setzt das Kohärenzgefühl mit Lebensqualität in Beziehung. Demnach ist die Herausbildung des Kohärenzgefühls abhängig von sozialen Rahmenbedingungen. Die Postmoderne, welche unter anderem durch eine radikale Enttraditionalisierung sowie dem Verlust von stabilen Normen und Werten gekennzeichnet ist, erfordert ein erhöhtes Maß an individueller Bewältigungsfähigkeit. Nicht ausreichend zur Verfügung stehende Bewältigungsressourcen sowie die Überforderung mit der individualisierten „Zuschreibung der Verantwortung für das eigene Leben“ überfordern oftmals Personen, sodass es in weiterer Folge zum Phänomen der Demoralisierung kommen kann (vgl. ebd. S. 105).

Von Demoralisierung sind, nach Keupp (2000), ca. 50% der Personen aus der unteren Sozialschicht betroffen. Demoralisierung bildet den Gegenpol des Kohärenzgefühls und kann mit geringem Selbstwertgefühl, Gefühl der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Macht- und Sinnlosigkeit, Ungerechtigkeit sowie unbestimmte Zukunftsängste umschrieben werden. Demoralisierte zeigen eine gedrückte Grundstimmung und erkennen generell wenig Gestaltungsmöglichkeit und Souveränität in ihrem Leben. Demoralisierung bedingt eine lähmende Passivität oder Apathie und bietet eine Erklärung dafür, warum Personen in sozial problematischen Situationen ihre Schwierigkeiten oft durch Passivität oder

unangemessenes, kontraproduktives Verhalten verdoppeln. Demoralisierte Personen nehmen ihren Gesundheitszustand nicht als aktiv selbst bestimmbar wahr, sondern nehmen diesen durch äußere Faktoren und Einwirkungen beeinflussbar wahr (vgl. ebd. S. 106).

Den Zusammenhang zwischen Einkommensverteilung und Gesundheitsstatus bestätigen die Forschungsergebnisse von Wilkinson (vgl. 2001, S. 129 ff. und S. 269 f.). Demzufolge weisen die beste Gesundheit nicht die reichsten Länder auf, sondern Länder mit sozialer Ausgewogenheit. Als Begründung für diese Erkenntnis führt Wilkinson an, dass sozial ausgewogene Länder einen stärkeren sozialen Zusammenhalt, ein ausgeprägteres Gemeinschaftsleben und ein höheres Maß an Sozialkapital aufweisen. Dies wiederum verstärkt das Kohärenzgefühl, welches auch als Eigenschaft von sozialen Gruppen betrachtet werden kann.

2.3.1.1 Schichtspezifische Ressourcenausstattung

Schichtspezifische Ressourcenausstattung bedingen unterschiedliche Lebensumstände und damit ungleiche Lebenschancen, denn „Normen, Werte und Verhaltensweisen werden durch strukturelle Bedingungen geprägt und beeinflusst und weisen daher klassen- bzw. schichtspezifische Muster auf“ (Giesecke/Müters (2006, S. 339). Unterschiede zeigen sich beispielsweise in Wohn- und Wohnumweltbedingungen, Arbeitsbedingungen, Bildungs- und Weiterbildungschancen, Freizeitbedingungen, Mobilitätschancen und Kontaktchancen. Viele dieser genannten Bereiche zeigen direkte oder indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit.

Auch Unterschiede in der Mentalität der Menschen stehen in Beziehung zur gesundheitlichen Ungleichheit. Wobei Hradil (2006, S. 42) mit Mentalität „weitgehend unbewusste, psychologisch ‚tief sitzende‘ Denk-, Wahrnehmungs- und Beurteilungsschemata“ bezeichnet. Das Aufwachsen in einer sozialen Schicht bedingt eine schichtspezifische Mentalität, welche von den jeweiligen Lebensbedingungen geprägt ist. Menschen der unteren Gesellschaftsschicht orientieren sich eher an der Gegenwart und der Einhaltung von Regeln, wohingegen die Mittelschicht eher an Planung und Leistung orientiert ist. Unterschiedliche Mentalität geht mit unterschiedlicher Definition von Gesundheit und Krankheit und einer diesbezüglichen unterschiedlichen Kontroll- und Bewältigungsüberzeugung einher. Viele Lebensbedingungen werden erst in Kombination mit einer bestimmten Mentalität des Menschen zu einem Faktor, welcher sich

möglicherweise negativ auf die Gesundheit auswirkt (vgl. ebd. S. 42 f.). So zeigt sich beispielsweise, „dass das häufigere Rauchen in Unterschichten nicht als Erkrankungsursache isoliert zu sehen ist, sondern u.a. erst im Zusammenhang mit bestimmten Arbeitsbedingungen und mit bestimmten mentalen Kontrollüberzeugungen erklärt werden kann“ (ebd. S. 43). Mit dem Rauchen aufzuhören, ist eine Handlung, dessen unmittelbarer gesundheitlicher Nutzen erst in der Zukunft liegt. Diese Zukunftsorientierung spricht jedoch mehr die Mittelschicht an, da die Eigenkontrolle bei der Mittelschicht ausgeprägter ist und sie überzeugter sind, den eigenen Lebensverlauf mitbestimmen zu können. Menschen mit niederem sozioökonomischen Status neigen hingegen weniger zu langfristigem Denken, möglicherweise lässt dies die Mühen der Alltagsbewältigung nicht zu. Auf die Gesundheit bezogen, bedeutet dies, dass diese Menschen eine eher fatalistische Einstellung zur Gesundheit zeigen, welche Gesundheit mehr als Sache des Schicksals betrachtet. Wobei diese Auffassung meist von Generation zu Generation weitergegeben wird (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 43).

2.3.1.2 Zum Verhältnis von Bildungsstand und Gesundheit

Bezüglich des Verhältnisses von Bildungsstand und Gesundheit verweisen Richter und Hurrelmann (vgl. 2006, S. 11) darauf, dass Personen mit einem niederen Bildungsstatus, welcher zumeist auch mit einer niederen beruflichen Stellung und einem niederen Einkommen einhergeht, eine höhere Morbiditäts- und Mortalitätsrate aufweisen als Personen aus höheren Bildungsschichten. Dass die Mortalität mit steigender Bildung abnimmt, bestätigt auch die Auswertungsergebnisse der österreichischen Sterbefalldaten 2001/2002. So wurde das 80. Lebensjahr von 63% der AkademikerInnen, jedoch nur von 42% der PflichtschulabsolventInnen erreicht (vgl. Buchinger 2008, S. 18).

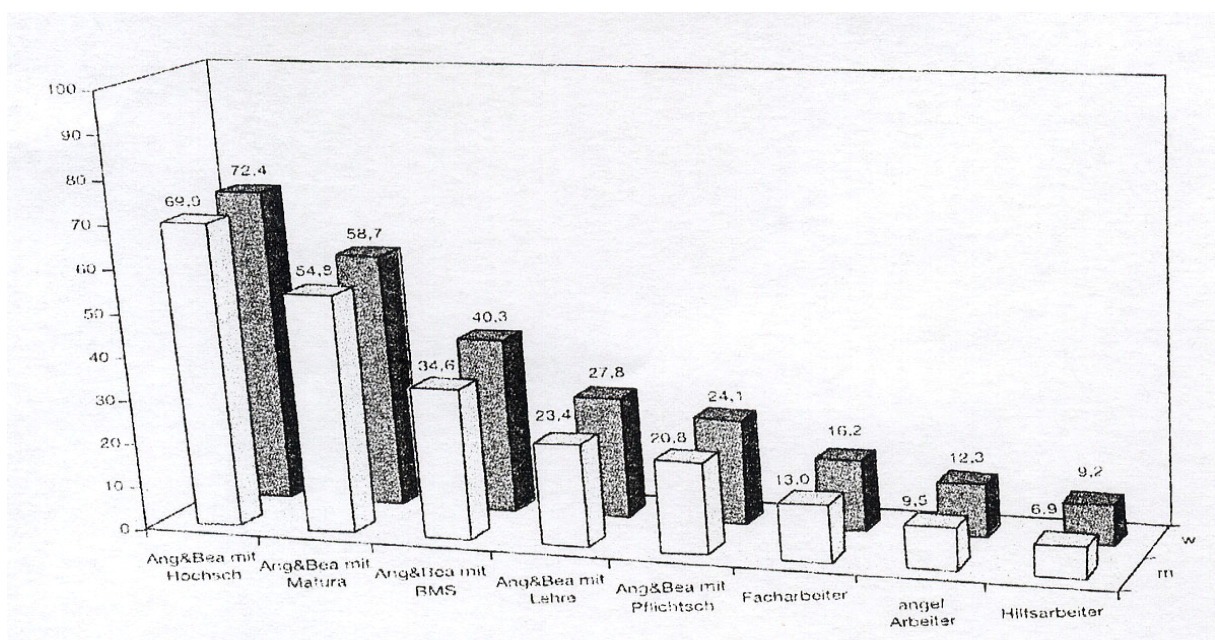
Als Erklärung für den Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Gesundheit werden von Winkleby et al. (1992, zit. n. Stolpe 2001, S. 23) folgende Faktoren angeführt:

- „das in unterschiedlichem Maß angeeignete Wissen über und die Bewertung von Gesundheit und präventivem Verhalten;
- die Ausprägung des Lebensstils bzw. des Gesundheitsverhaltens;
- die unterschiedlich ausgeprägte Fähigkeit, mit Problemen umzugehen und diese zu lösen (coping);

- die Erwerbung positiver sozialer, psychosozialer (sozialer Netzwerke) und ökonomischer Fähigkeiten“.

Unter der Betrachtung, dass gegenwärtig der erreichte Bildungsabschluss von Jugendlichen „immer noch durch den Sozialstatus der Eltern bestimmt“ wird (Geißler 1996, zit. n. Stolpe 2001, S. 17), erscheint der Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und der Gesundheit der Gesellschaft umso dramatischer. Dieser Zusammenhang wird in Abbildung 2 ersichtlich. So liegt dem Ausbildungsgrad der Eltern (Beruf differenziert nach Angestellte/r, Beamte/r, ArbeiterIn) und der Besuch eines Gymnasiums ihrer Kinder eine positive Korrelation zugrunde. Demzufolge steigt die Wahrscheinlichkeit von Jugendlichen, die Matura zu erlangen, mit der Höhe des Ausbildungsgrades der Eltern (vgl. Krall 2008, S. 505; Langness et al. 2006, S. 70).

Abbildung 2: Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Stellung der Eltern und des Besuches eines Gymnasiums nach der Volksschule ihrer 12-13-jährigen Kinder (Jugendlichen)

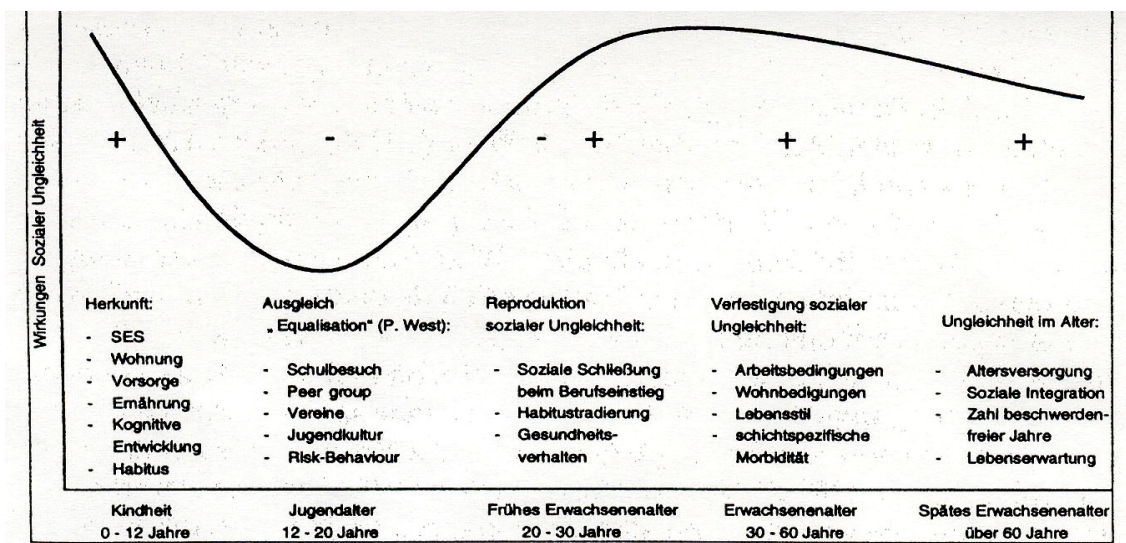


(Kast 2006, zit. n. Krall 2008, S. 505)

2.3.2 Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter

Geht im Erwachsenenalter ein niedriger sozialer Status meist mit einem schlechteren Gesundheitsstatus einher, so wird von Richter (2008, S. 18) Bezug nehmend auf den internationalen Forschungsstand betont, dass in der Adoleszenz, „im Vergleich zum Kindes- und Erwachsenenalter, kein konsistentes Muster gesundheitlicher Ungleichheit existiert. Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter ist in der Regel eher schwach ausgeprägt“. Als möglicher Erklärungsansatz für die vorübergehende Relativierung der Wirkung sozialer Ungleichheit im Jugendalter kann, wie in Abbildung 3 ersichtlich, der Einfluss bzw. die Einbindung in Schule, Vereinen und Jugendorganisationen, aber auch der Kontakt zu den Gleichaltrigen genannt werden (vgl. Klocke/Becker 2003, S. 198).

Abbildung 3: Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Lebenslauf



(Lynch 2002, zit. n. Klocke/Becker 2003, S. 198)

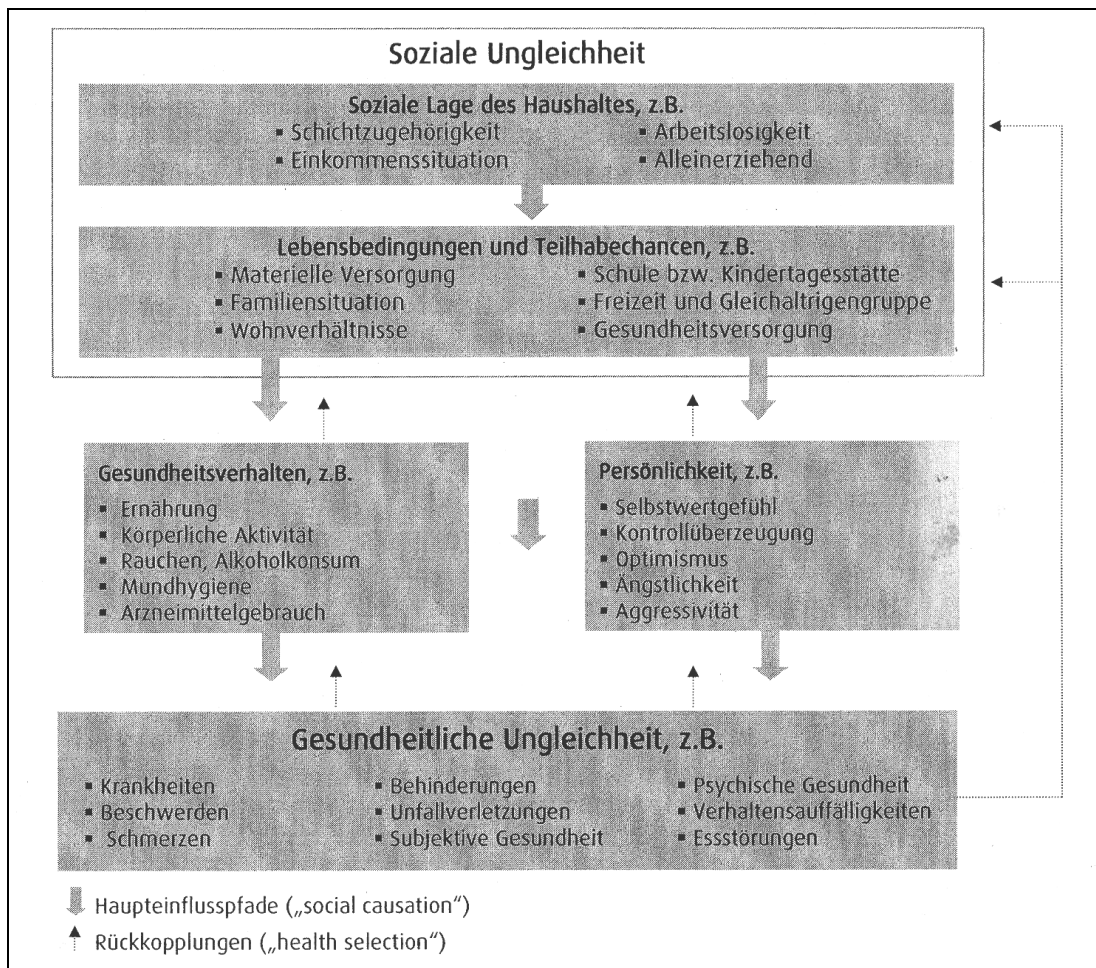
Da sich der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit der Jugendlichen äußerst komplex und vielschichtig zeigt, hängen Forschungsergebnisse zu dieser Thematik vielfach auch davon ab, welche Statusindikatoren für die Differenzierung in Sozialschichten herangezogen werden und welches Risikoverhalten der Jugendlichen untersucht wird. Wobei als Statusindikatoren meist Bedingungen fungieren, welche den

sozioökonomischen Status der Eltern festlegen. In aktuelleren Forschungsstudien zur gesundheitlichen Ungleichheit im Jugendalter findet sich auch zunehmend eine Differenzierung mittels persönlicher Statusindikatoren der Jugendlichen. Persönliche Statusindikatoren der Jugendlichen sind Schulbildung und Schulerfolg, denn diese determinieren meist bereits in diesem Alter die spätere soziale Position im Erwachsenenalter (vgl. Nickel et al. 2008, S. 64; Mielck 2005, S. 25). Nach Richter (vgl. 2008, S. 19) haben die persönlichen Statusindikatoren, gleichsam wie die subjektive Einschätzung der sozialen Lage der Familie durch die Jugendlichen, mehr Bedeutung für die Gesundheit der Jugendlichen als der tatsächliche soziale Status der Eltern.

Zeigt sich im Jugendalter kein konsistentes Muster an gesundheitlicher Ungleichheit, so kann dennoch auf einige Besonderheiten verwiesen werden. Deutliche soziale Gradienten zeigen sich für die unfallbedingte Mortalität, schwerwiegende chronische Erkrankungen und die Selbsteinschätzung der Gesundheit. Möglicherweise zeugen diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen von sozialer Benachteiligung im Kindheitsalter. Inkonsistente Zusammenhänge zum sozioökonomischen Status zeigen sich hingegen bei gesundheitlichen Störungen, welche meist im Jugendalter neu auftreten, wie psychosomatische Beschwerden, nicht-tödliche Unfälle und Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens. Inkonsistenz zeigt sich aber auch bei der Betrachtung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen im Jugendalter. Insbesondere für den regelmäßigen Konsum der Substanzen Alkohol und Tabak zeigen sich kaum sozioökonomische Unterschiede. Stärkere Zusammenhänge hingegen finden sich im Speziellen bei Mädchen im Bereich der Ernährung und körperlichen Aktivität (vgl. Richter 2008, S. 18 f.).

Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter müssen, wie Lampert und Richter (2006, S. 208) betonen, an verschiedenen Stellen angesetzt werden, „u.a. an der Einkommenssituation des Haushaltes, dem elterlichen Erziehungsstil, den Erfahrungen in der Gleichaltrigengruppe, den sozialen und personalen Ressourcen der Heranwachsenden und nicht zuletzt an ihren Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Deutungsschemata. (Wobei) eine umfassende empirische Analyse dieser Mechanismen und ihrer relativen Bedeutung (...) wegen der Komplexität der Zusammenhänge kaum möglich“ ist. Einen Vorschlag für eine Systematisierung von Erklärungsansätzen liefern Lampert und Schenk (2004, zit. n. Richter/Hurrelmann 2006, S. 209) mit ihrem Mehrebenenmodell, welches in Abbildung 4 dargestellt ist.

Abbildung 4: Mehrebenenmodell zur Systematisierung von Erklärungsätzen der gesundheitlichen Ungleichheit im Jugendalter



(Lampert/Schenk 2004, zit. n. Richter/Hurrelmann 2006, S. 209)

Das Mehrebenenmodell differenziert zwischen der Makroebene, welche soziale Strukturen und gesellschaftliche Probleme umfasst, der Mesoebene, welcher Lebenskontexte und Versorgungsbereiche zuzuordnen werden, sowie der Mikroebene, die Persönlichkeit sowie das individuelle Verhalten beinhaltet. Das Modell verdeutlicht, wie sich die soziale Herkunft der Jugendlichen auf ihre Lebensbedingungen und Teilhabechancen und in weiterer Folge auf ihre Persönlichkeitsentwicklung und ihr Gesundheitsverhalten auswirken. Gesundheitliche Ungleichheit in ihrer Mannigfaltigkeit ist somit als gesellschaftliches Problem auf der Makroebene zu verorten (vgl. Lampert und Richter 2006, S. 208).

2.4 Gesundheitsförderung

Unter Gesundheitsförderung sind nach Faltermaier (2005, S. 300) alle professionellen Strategien zu verstehen, „die mit dem Ziel der Förderung von Gesundheit sowohl den Umgang mit gesundheitlichen Risiken, als auch die Stärkung von gesundheitlichen Ressourcen umfassen“. Gesundheitsförderung setzt somit bei der Stärkung und dem Aufbau von Ressourcen und Lebensweisen an, um damit Gesundheit auch in ihrer positiven Ausprägung zu fördern. Hierdurch ist Gesundheitsförderung noch vor der Prävention zu Reihem, denn bei der Prävention geht es vorrangig darum, für die Gesundheit bereits bekannte Risiken zu vermeiden oder abzubauen, um dadurch bestimmte Krankheiten zu vermeiden. Lassen sich Gesundheitsförderung und Prävention auf theoretischer Basis noch schematisch differenzieren, so zeigt sich in der Praxis, dass die beiden Bereiche zusammengehören und oftmals fließen ineinander übergehen (vgl. ebd. S. 299 ff.).

Gesundheitsförderung lässt sich je nach Ansatz verhaltensorientiert oder verhältnisorientiert charakterisieren. Der verhaltensorientierte Ansatz setzt bei dem Gesundheitszustand der Menschen und ihrer unterschiedlichen Lebensweisen an. Betonung findet hier die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit. Der verhältnisorientierte Ansatz widmet sich den Zusammenhängen von Gesundheit und Lebensbedingungen. Auch die Gesundheitsförderung der WHO verschreibt sich diesem Ansatz (vgl. Naidoo/Willis 2003, S. 83). In ihrer Definition findet sich: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986).

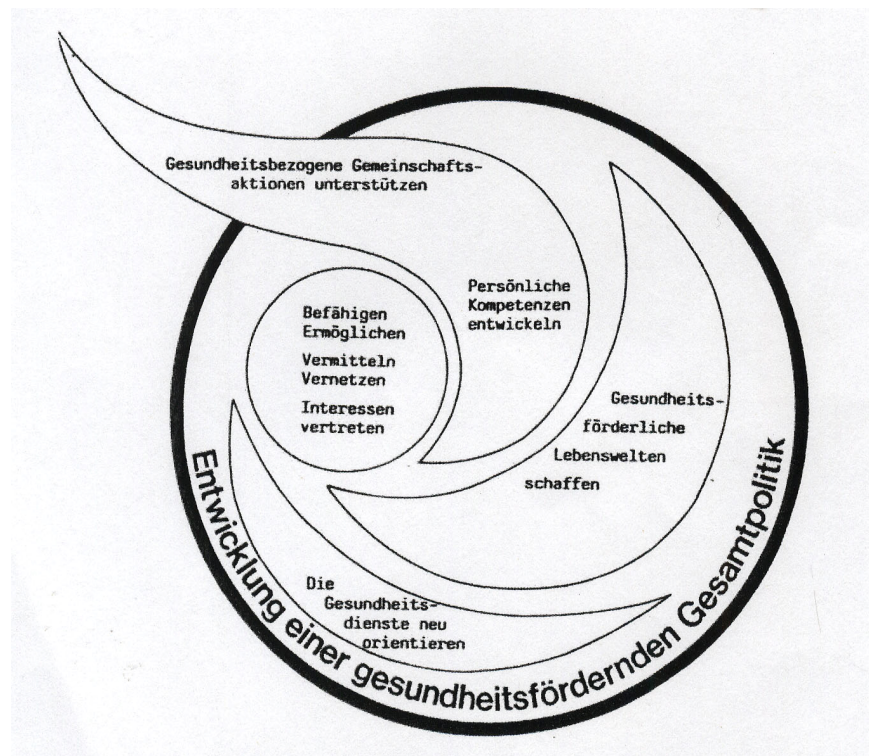
Naidoo und Wills (2003, S. 83) sprechen sich in der Gesundheitsförderung für die Verschränkung von beiden, also sowohl des verhaltensorientierten als auch des verhältnisorientierten Ansatzes aus. Denn „ein Teil der Gesundheitsförderung kann die Lobbyarbeit und die Durchsetzung gesundheitlicher Interessen sein. Ein anderer Teil kann genauso gut die Arbeit mit Individuen und sozialen Gruppen sein, um deren Wissen über die Faktoren, welche ihre Gesundheit beeinflussen, zu erweitern“. Bei der Verschränkung

von beiden Ansätzen, ergibt sich auch ein enormer Handlungsspielraum in welchem Gesundheitsförderung angesetzt werden kann. Als vorrangige Handlungsfelder für den Ansatz von Gesundheitsförderung werden von der WHO (Ottawa-Charta, 1986) folgende genannt:

- „Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.
- Die Schaffung unterstützender Umwelten für die Gesundheit.
- Die Entwicklung der Kompetenzen des Einzelnen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, wozu auch die Informations- und Bewältigungsstrategien gehören.
- Die Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, wozu auch die soziale Unterstützung und Netzwerkbildung gehören.
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus und Verbesserung des Zuganges zu den Gesundheitsdiensten“ (WHO 1986, zit. nach Naidoo/Wills 2003, S. 76 f.).

Dass die einzelnen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung nicht einzeln, sondern als ineinanderfließendes Ganzes betrachtet werden sollen, verdeutlicht das Regelkreismodell der WHO (1986) in Abbildung 5.

Abbildung 5: Regelkreismodell der Gesundheitsförderung, WHO (1986)



(WHO 1986, zit. n. Knörzer 1994, S. 109)

In Bezug auf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung soll die diesbezügliche Auffassung von Cribb und Dines (1993, zit. Naidoo/Wills 2003, S. 85) angeführt werden. Diese meinen, dass „die zentrale Frage nicht die ist, welches die Arbeitsbereiche der Gesundheitsförderung sind, sondern ob die Arbeit in diesen Bereichen in einer gesundheitsfördernden Art und Weise durchgeführt wird. Und dies ist eine Frage, die in jedem Arbeitsbereich gestellt werden kann und nicht nur in solchen, die bereits bewußt die Krankheitsprävention oder Gesundheitserziehung zum Ziel haben“. Die Arbeit in einer gesundheitsfördernden Art und Weise zu erledigen, wird auch von der WHO als Basis für gesundheitsfördernde Dienste gesehen. Dieser Arbeitsweise zugrundeliegende Werte und Grundsätze können mit Empowerment, sozialer Gerechtigkeit, multisektoraler Zusammenarbeit und die Beteiligung der BürgerInnen betitelt werden (vgl. Naidoo/Wills 2003, S. 84).

Beim verhaltensorientierten Ansatz in der Gesundheitsförderung geht es vorrangig darum das Wissen von Individuen über die Faktoren, welche ihre Gesundheit beeinflussen, zu erweitern, somit ein Gesundheitsbewusstsein für die eigene Gesundheit zu vermitteln. Wobei das Gesundheitsbewusstsein nach Faltermeier (1994, S. 163) dazu befähigt, „dass sich Menschen wissend um die eigene Gesundheit zurechtfinden und ihr Gesundheitshandeln entsprechend diesem Wissen ausrichten“. Dieses Gesundheitsbewusstsein umfasst nach Faltmaier (1994, S. 164) folgende Komponenten:

- „Die subjektive Bedeutung und der Stellenwert von Gesundheit im Leben eines Menschen;
- Das subjektive Konzept oder der Begriff von Gesundheit und von den Bedingungen, die sie beeinflussen;
- Die Wahrnehmung des Körpers und seiner Beschwerden, die wie der Körper im Verhältnis zur gesamten Person gesehen wird;
- Die Wahrnehmung von Risiken, Gefährdungen und Belastungen für die Gesundheit in der Umwelt und im eigenen Verhalten;
- Die Wahrnehmung von Ressourcen für die Gesundheit in der Umwelt und in der eigenen Person;
- Das subjektive Konzept von Krankheit, ihrer Ursachen und ihrer Beziehung zu Gesundheit;
- Die Art, wie Gesundheit im sozialen Kontext definiert und abgestimmt wird.“

2.5 Soziale Arbeit und Gesundheit

Wie bereits angeführt, werden von der WHO (Ottawa-Charta, 1986) in ihrem Konzept zur Gesundheitsförderung Empowerment, soziale Gerechtigkeit, multisektorale Zusammenarbeit und die Beteiligung der BürgerInnen als Werte und Grundsätze betrachtet, welche der Förderung einer positiven und umfassenden Gesundheit zugrunde liegen. In Anbetracht dieser strategischen Prinzipien und in Hinblick auf die Feld und gemeindebezogenen Handlungsvorgaben der Gesundheitsförderung wird von Franzkowiak und Wenzel (vgl. 2001 S. 720 f.), die Soziale Arbeit als Leihmutter für das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung betrachtet. Denn Gesundheitsförderung nach den Vorstellungen der WHO setzt genauso wie die Arbeitsweise der Sozialen Arbeit am Individuum als auch

an sozialen Gruppen und der Gesellschaft insgesamt an. Auch sind beide um die Erschließung von sozialen Ressourcen und Partizipationschancen, sowie um die Entfaltung von individuellen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten bemüht. Beiden gemeinsam ist auch der Anspruch, nicht erst beim Auftreten von Problemlagen aktiv zu werden, sondern nach Möglichkeit bereits im Vorfeld dieser zu agieren (vgl. Homefeldt/Sting 2006, S. 16)

Trotz dieser deckungsgleichen Arbeits- und Handlungsfeldern ist, wie Waller (2001, S. 302 f.) es ausdrückt, „die Soziale Arbeit erst im Anfangsstadium bei der Profilierung im Gesundheitsbereich“. Der Verweis auf die Zukunft liegt auch darin begründet, da, wie Homefeldt und Sting (vgl. 2006, S. 29) anführen, gegenwärtig nur an zwei österreichischen Universitäten die Gesundheitsförderung als eigene Studienrichtung im Bereich der Sozialen Arbeit angeboten wird. Die unterrepräsentierte Stellung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zeigt sich auch bei der Betrachtung der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005) herausgegebenen Übersicht über das Gesundheitswesen in Österreich, welche auch Angaben über Berufsgruppen enthält. Hierin wird die Soziale Arbeit nicht einmal erwähnt (vgl. Ortmann 2008, S. 8). Dies, obwohl Akteure der Sozialen Arbeit vielfach in gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern beschäftigt sind.

Beschäftigungsfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit lassen sich den drei folgenden Bereichen zuordnen:

- **„Soziale Arbeit im Gesundheitswesen:** Tätigkeitsfelder in den etablierten Gesundheitsdiensten wie z.B. Sozialdienst im Krankenhaus und in der Rehabilitation, Sozialarbeit in Gesundheitsämtern, in der Pflege, in gesundheitsbezogenen Beratungsstellen, in der Suchthilfe usw.
- **Gesundheitsarbeit im Sozialwesen:** Berücksichtigung der gesundheitlichen Aspekte etablierter Felder der Sozialen Arbeit wie Familienhilfe, Jugendarbeit, Gemeinwesenarbeit, psychosoziale Versorgung usw.
- **Sozialpädagogische Gesundheitsförderung:** Entwicklung neuer Strategien und Handlungskonzepte in der schulischen und außerschulischen Prävention, in Betrieben und Organisationen, in der Gemeinwesenarbeit (z.B. Netzwerkarbeit, Milieubildung, Empowerment) usw.“ (Homefeldt/Sting 2006, S. 16).

Wie die Ausführungen im Abschnitt Gesundheitliche Ungleichheit belegen, zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen der Gesundheit eines Menschen und seiner sozialer Benachteiligung. Demzufolge zeigt es sich nahe liegend, dass der Bereich der Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit eine festere Verankerung erfährt. Zumal diesbezügliche Zusammenhänge historisch betrachtet in einem andauernden Naheverhältnis standen. Oder wie es Franzkowiak (2006, S. 12) benennt: „Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung oder umschriebenen Gruppe galt der Sozialen Arbeit seit jeher als Indikator für soziale Probleme.“ So war Gesundheitserziehung bis zum Ende des 18. Jh. eine wesentliche elementare Aufgabe der Pädagogik. Soziale Interventionen, beispielsweise im Rahmen des Elberfelder Systems, sahen vor, zunächst für die Gesundheit der Armen zu sorgen (vgl. Schilling 2005, S. 131). Auch war soziale Ungleichheit und Benachteiligung „als Folge von Krankheit einer der Ausgangspunkte der Professionalisierung der Sozialarbeit“ (Waller 2001, S. 301). In ihrer klassischen Ausprägung ist Soziale Arbeit indirekt gleichsam ebenso auf die Thematik der Gesundheit bezogen. Zumal die Bearbeitung sozialer Problemlagen immer Überschneidungen zu anderen Bereichen enthält wie beispielsweise dem Bildungsbereich, dem Rechtsbereich oder eben dem Gesundheitsbereich. Auch die traditionellen Arbeitsbereiche der Sozialen Arbeit wie Familienhilfe, Jugendarbeit oder Gemeinwesenarbeit stehen indirekt in Beziehung zur Gesundheit. Denn jede gelungene Soziale Arbeit „ist und war immer schon ein Beitrag zur Gesundheitsförderung: jede vermittelte Wohnung, jeder erhaltene Arbeitsplatz, jede verhinderte Ausgrenzung, jede bewältigte Kränkung beinhaltet Chancen für mehr Gesundheit und weniger Krankheit“ (Zurhorst 2000, S. 262).

Bei der Gegensteuerung von gesundheitlichen Problemlagen bedarf es auch der Zusammenarbeit der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen um nachhaltige Lösungen und Verbesserungen zu erzielen und dementsprechende Gesundheitsförderungsprogramme zu entwickeln (vgl. Ahrens/Marzinzik 2007, S. 144 ff.). Vor allem ist das Ziel der Gesundheitsförderung, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, um sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986), nur mittels interdisziplinärer Zusammenarbeit zu erreichen. Und zwar eine Zusammenarbeit, bei welcher der Arbeitsprozess gegenseitig mittels disziplinärspezifischen Arbeitsweisen und Basiskompetenzen ergänzt wird. In diesen interdisziplinären Arbeitsprozess kann die Soziale Arbeit ein hervorragendes Repertoire an Basiskompetenzen einbringen (vgl. Ahrens/Marzinzik 2007, S. 150 ff.). Vor allem Empowerment gilt als Zauberformel, denn

dieses zielt im Kontext von Gesundheit darauf ab, „den Menschen die notwendigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu vermitteln, die ihnen erst die Macht und das Selbstvertrauen bzw. ‚Empowerment‘ geben, die für sie adäquaten gesundheitlichen Entscheidungen selbst zu treffen“ (Naidoo/Wills 2003, S. 80). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil eines selbstbestimmten Lebens gilt, erlangt Empowerment eine besondere Bedeutung.

Das Wirken der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsförderung rechtfertigt sich jedoch auch dahingehend, da gegenwärtig die meisten bestehenden Gesundheitsförderungsprogramme eine Orientierung an der Mittelschicht aufweisen, somit sozial benachteiligte Zielgruppen nur schwer oder gar nicht erreicht werden. Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten benötigt eine besondere Sensibilität für diese Bevölkerungsgruppe, um spezifisch zugeschnittene Angebote entwickeln zu können. Mit den Bedürfnissen und Problemlagen benachteiligter Bevölkerungsgruppen sind AkteurInnen der Sozialen Arbeit bestens vertraut (vgl. Sting 2008, S. 433).

Im Rahmen von Gesundheitsförderung kommt der Sozialen Arbeit aber auch eine anwaltschaftliche Rolle zu. Denn die Prinzipien bei der Neuausrichtung des Sozialstaates vom allumsorgenden hin zum aktivierenden Sozialstaat, welcher den BürgerInnen zunehmend mehr Eigenverantwortung für ihre Lebensbereiche einräumt (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2007, S. 71; Scheipl 2003, S. 158 ff.), finden sich auch im Gesundheitssektor. Schmidt (2007, S. 84) merkt diesbezüglich an: „Zielsetzung moderner Gesundheitspolitik ist nicht mehr Menschen gegen Krankheitsrisiken abzusichern, sondern sie zu verpflichten, diese Risiken einerseits auf das Minimum zu beschränken und andererseits ihre Selbstversorgungs-Kompetenz auf das Maximum auszudehnen“. Bei der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit sollte jedoch beachtet werden, dass hierfür Rahmenbedingungen und Ressourcen von Nöten sind, über die nicht alle Bevölkerungsschichten in gleichem Maße verfügen. Insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten können diesbezüglich möglicherweise überfordert sein (vgl. Freidl/Neuhold 2002, S. 28). Dementsprechend soll oder muss sich, wie Böllert et al. (2005, zit. n. Homfeldt/Steigleiter 2007, S. 163) betonen, Soziale Arbeit „stellvertretend zur Fürsprecherin von gesellschaftlichen Gruppen machen, die selbst nicht – oder nur eingeschränkt- das Vermögen haben, dies zu tun“.

Wobei Soziale Arbeit, im Rahmen ihres Eingebundenseins in staatliche Gewährungs- und Kontrollkontexte, stets darauf bedacht sein sollte, sich nicht von einer aktivierenden Sozialpolitik zur gesundheitlichen Disziplinierung instrumentalisieren zu lassen (vgl. Schröder/Sting 2006, S. 26 f.; Bauch 2004, S. 122; Hünersdorf/Huber 2008, S. 20).

3 LEBENSPHASE JUGEND

Die Idee der Jugend als qualitativ eigengesetzliche, vom Kindheits- und Erwachsenenalter abgegrenzte Phase, findet sich bis zur Antike hin. Eine gesellschaftliche und sozialpolitische Verankerung einer eigenständigen Lebensphase Jugend findet sich jedoch erst im späten 19. bzw. 20. Jahrhundert. Ausschlaggebend hierfür waren tief greifende Veränderungen der Produktions- und Sozialstrukturen in dieser Zeitspanne (vgl. Oerter/Dreher 2002, S. 258).

Gegenwärtig ist Jugend in den nach westlichen Standards geprägten Ländern zu definieren mitunter ein sehr diffiziles Unterfangen, zumal sich Vielfältigkeit und ein enormer Facettenreichtum in ihrer möglichen Ausgestaltungsform zeigt. Wird Jugend als Lebensabschnitt, welcher den Übergang vom Kindsein zum Erwachsensein umfasst bestimmt, so meint hierzu Ferchhoff (1999, S. 73), dass es zunehmend zu einer „Enritualisierung der Statusübergänge sowie zu einer Differenzierung der Jugendzäsuren“ komme, so dass die Lebensphasen Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter nicht strikt voneinander zu trennen sind, sondern sich möglicherweise vermengen. Die Trennung gestaltet sich dahingehend schwierig, so betont Böhnisch (1997, S. 139), da auch „die Konturen des Erwachsenen- und Erwerbalters verschwommen sind, so dass es für Jugendliche schwer ist, sich vorzustellen, auf welches Erwachsenenalter sie sich hinbewegen“.

Fließende Übergänge zeigen sich auch, will man den Lebensabschnitt Jugend in Zahlen fassen. Denn nach Grob und Jaschinski (vgl. 2003, S. 12) umfasst Jugend bzw. die synonyme Bezeichnung Adoleszenz den Lebensabschnitt zwischen dem zehnten und 20. Lebensjahr. Schäfers (1998, S. 29) hingegen definiert mit Jugend die „Altersgruppe der etwa 13-25-Jährigen“. Settertobulte (2002, S. 179) meint, „als Jugendalter gilt die Lebenszeit, die sich vom Einsetzen der Pubertät bis hin zur gesetzlichen Volljährigkeit mit

dem 18. Lebensjahr erstreckt“. Wobei es anzumerken gilt, dass sich der Beginn des Jugendalters mit dem Einsetzen der Pubertät, im Gegensatz zum Ende, noch relativ einfach definieren lässt. Zumal, da gegenwärtig der Anteil jener Personen, welche sich subjektiv als Jugendliche fühlen, sich im ständigen Wachsen befindet, da das Streben nach ewiger Jugend eine wesentliche Facette des aktuellen Gesellschaftscharakters darstellt.

Unabhängig von der altersmäßigen Eingrenzung des Jugendalters ist Jugend eine Phase innerhalb des Lebenszyklus, welche mit entwicklungsbedingten biologischen und psychologischen Veränderungsprozessen einhergeht. Von diesen Veränderungsprozessen werden nahezu alle Lebensbereiche der Heranwachsenden beeinflusst. Umgekehrt wird aber auch von allen Lebensbereichen die jugendliche Entwicklung beeinflusst. Diese entwicklungsbedingten Veränderungsprozesse bzw. das mehr oder weniger gute Gelingen jugendlicher Entwicklungsprozesse sind für die Gesundheit der Jugendlichen sehr relevant. Und zwar in Bezug auf die gesundheitliche Lage im Jugendalter selbst als auch auf die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf (vgl. Faltermaier 2005, S. 242 ff.).

Auf entwicklungsbedingten Veränderungsprozesse sowie deren Zusammenhänge zum gesundheitlichen Wohlbefinden der Jugendlichen wird auf den folgenden Seiten eingegangen. Wobei der physischen Entwicklung und der Identitätsentwicklung im Jugendalter eine vertiefende Betrachtung einberäumt wird, zumal von Faltermaier (ebd. S. 243) betont wird, dass „die starke Sensibilisierung für körperliche Veränderungen und die Herausbildung einer eigenen Identität (...) das Jugendalter zu einer für die Gesundheit sehr bedeutungsvollen Lebensphase“ machen. Auch soll die gesundheitliche Lage der Jugendlichen thematisiert werden.

3.1 Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Jugend

Entwicklung ist nicht ein Prozess der von sich selbst aus passiert, sondern Jugendliche sollen bzw. müssen selbst aktiv bestimmte Entwicklungsaufgaben bewältigen (vgl. Rossmann 1996, S. 145). Havighurst (1972, S. 2) definiert eine Entwicklungsaufgabe folgendermaßen:

„A developmental task is a task which arises at or about a certain period in the life of individual, successful achievement (...) leads to happiness and to success with later tasks,

while failure leads to unhappiness in the individual, disapproval by the society and difficulty with later tasks.“

Havighurst (1972, Erstveröffentlichung 1952, zit. n. Rossmann, 1996, S. 146) formulierte für zwölf bis 18- jährige Jugendliche folgende Entwicklungsaufgaben:

- „Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers;
- Erwerb der männlichen bzw. weiblichen Rolle;
- Erwerb neuer und reiferer Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts;
- Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen;
- Vorbereitung auf die berufliche Karriere;
- Vorbereitung auf Heirat und Familienleben;
- Gewinnung sozial verantwortungsbewussten Verhaltens;
- Aufbau eines Wertesystems und ethischen Bewusstseins zur Orientierung für das Handeln“.

Entwicklungsaufgaben unterliegen gesellschaftlichen und historischen Wandlungsprozessen. Dies bestätigte auch die empirische Untersuchung von Dreher & Dreher 1985 an 14- bis 16- jährigen Jugendlichen in Deutschland. Die Untersuchungsergebnisse zeigten, dass einige der von Havighurst formulierten Entwicklungsaufgaben, wie beispielsweise jene der Ehevorbereitung und der ökonomischen Unabhängigkeit, an Wichtigkeit verloren haben.

Dafür zeigten sich in der Studie neue bzw. spezieller formulierte Entwicklungsaufgaben wie:

- Aufnahme und Aufbau intimer Beziehungen;
- Entwicklung einer Identität;
- Aufbau einer Zukunftsperspektive;
- Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, besonders Selbstständigkeit, Selbstsicherheit und Selbstkontrolle;

Mit geringer Häufigkeit wurden in der Studie auch genannt:

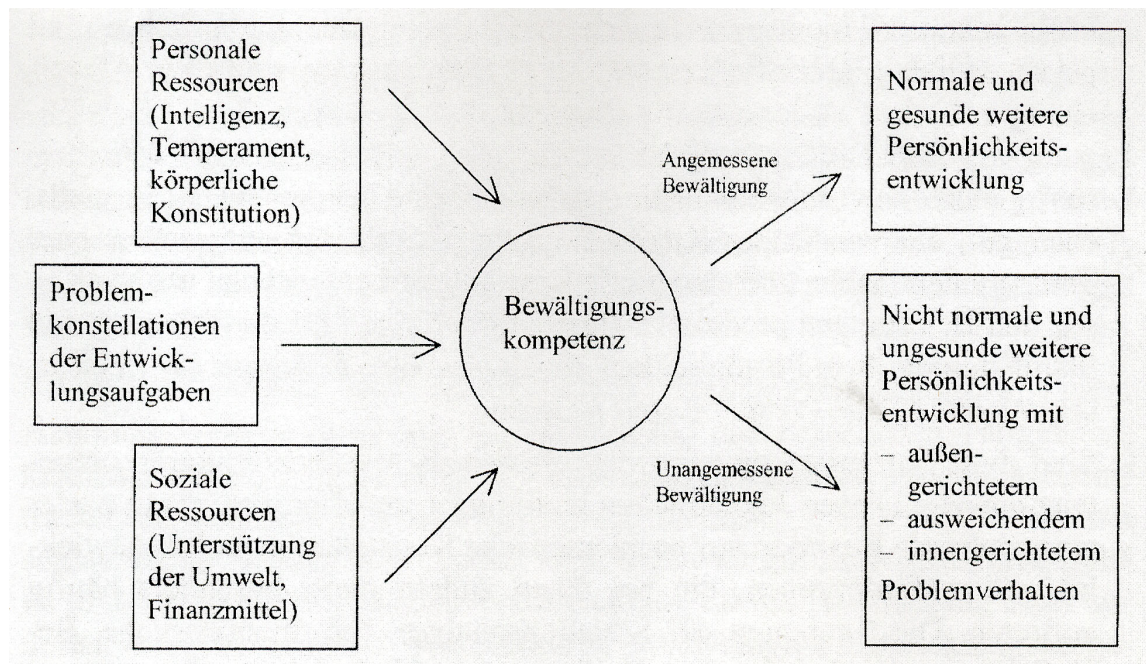
- Aufbau sozialer Kompetenzen, besonders Toleranz, Abbau von Vorurteilen, Konfliktlösungskompetenzen;
- Kritische Haltung gegenüber der Gesellschaft, besonders in den Bereichen Umweltschutz und Friedenssicherung;
- Verständnis für komplexe Zusammenhänge in Politik und Wirtschaft;

(vgl. Oerter/Dreher 2002, S. 268 ff.; Flammer/Alsaker 2002, S.57).

Die neuen Entwicklungsaufgaben von Dreher & Dreher setzen den Fokus „auf ein subjektiv glückliches Leben ohne präzise Vorgaben, auf Persönlichkeitsentwicklung, persönliche Identität und intime Beziehungen“. Sie implizieren auch „die Verantwortung für das globale und würdige Überleben der gesamten Menschheit (Umwelt, Friede) (...) (sowie) das Durchschauen der vorgegebenen gesellschaftlichen Struktur und das Distanznehmen von gesellschaftlichen Selbstverständlichkeiten“ (Flammer/Alsaker 2002, S.57).

Von der großen Mehrheit der Jugendlichen werden die Entwicklungsaufgaben mehr oder weniger zufrieden stellend bewältigt. Gleichsam ist jedoch der Anteil derjenigen Jugendlichen, welche mit der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben überfordert sind, zunehmend im Steigen begriffen. Wie in Abbildung 6 dargestellt, bedarf es zur angemessenen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ausreichende soziale und personale Ressourcen. Sind die personalen und sozialen Ressourcen unzureichend vorhanden, so kann dies dazu führen, dass Jugendliche die Problemkonstellationen der Entwicklungsaufgaben nicht effektiv bearbeiten können. Dies kann zu einer aktuellen oder dauerhaften Überforderung der Handlungskompetenz bei den Jugendlichen führen und in weiterer Folge eine nicht normale und ungesunde Entwicklung bedingen (vgl. Hurrelmann 2007, S. 159 ff.). „Abwehr-, Ausweich-, Rückzugs-, Konflikt- und Aggressionstendenzen sind die Mechanismen, die in solchen Situationen einsetzen und zur Störung und Beeinträchtigung bis hin zur psychischen und körperlichen Krankheit führen können“ (Hurrelmann 2000, S. 64). So sind auffällige Verhaltensweisen, wie riskantes oder abweichendes Verhalten bei Jugendlichen als Symptome, um nicht zu sagen Ventile, für eine misslingende Bewältigung von Anforderungen interpretierbar.

Abbildung 6: Problemkonstellationen der Entwicklungsaufgabe und ihre angemessene oder unangemessene Bewältigung (2007)



(Hurrelmann 2007, S. 160)

3.1.1 Physische Entwicklung im Jugendalter

Konkrete Indikatoren für den Beginn des Jugendalters sind biologische Veränderungen im menschlichen Körper. Die sichtbaren Erscheinungen der biologischen Entwicklung umfassen:

- „Wachstum wie Größe, Gewicht und Körperproportionen;
- Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale wie Brustentwicklung, Schambeharrung, Stimmveränderung, Bartwachstum, Körperbehaarung;
- Primäre Geschlechtsmerkmale (Entwicklung von Penis und Hoden bzw. der Gebärmutter) und sexueller Reifung im Sinne der Menarche und Spermatarche“

(Fend 2003, S. 102).

Der pubertäre Wachstumsschub beginnt etwa im Alter von zehn Jahren bei Mädchen und zwölf Jahren bei Jungen. Das Längenwachstum in der Pubertät kann dann über mehrere Jahre hinweg etwa acht bis 15 Zentimeter pro Jahr betragen und auch das Körpergewicht nimmt schnell zu. Das Pubertätswachstum ist ein asynchrones Wachstum, was meint, dass nicht alle Körperregionen gleichermaßen vom Wachstumsprozess betroffen sind. Zuerst wachsen Hände und Füße, gefolgt von Hüften, Brust und Schulter, und zum Schluss erfolgt das Rumpfwachstum. Der Kopf wächst am wenigsten, da sich Schädelwachstum und Gehirnentwicklung bereits großteils im Kindesalter vollzogen haben. Da die Gesichtsknochen im Vergleich zu den knöchernen Schädelknochen rascher wachsen, kommt es meist zu einer Streckung des Gesichts. Dadurch bedingt erscheint dann die Nase für einen bestimmten Zeitraum vergrößert, was bei vielen Jugendlichen zur Besorgnis über das eigene Erscheinungsbild führt. Ein bedeutsames Wachstum, vor allem beim männlichen Geschlecht, zeigt sich aber auch beim Muskelwachstum und eine damit einhergehende Zunahme der Muskelkraft. Die durch den pubertären Wachstumsschub bedingte Proportionsänderung des Körpers zeigt deutliche Geschlechtsunterschiede. So vergrößert sich bei Jungen das Verhältnis von Schulterbreite zu Hüftbreite, bei Mädchen hingegen verkleinert es sich (vgl. Zimbardo/Gerrig 2004, S. 449; Fend 2003, S. 104; Oerter/Dreher 2002, S. 276 f.).

Die Hauptveränderung der pubertären körperlichen Entwicklung liegt jedoch im Bereich der Geschlechtsreifung. Auch die Entwicklung von primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen erfolgt in einer ziemlich festgelegten Reihenfolge, wobei die korrespondierenden Entwicklungsabschnitte bei Mädchen um rund zwei Jahre früher erfolgen als bei Jungen (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Reifung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale

Jungen	Altersspanne	Mädchen
Beginnendes Wachstum der Hoden, des Skrotums und des Penis Pigmentierung, Veränderung der Brüste (verschwindet später)	12–13 J. 10–11 J.	Beginn der Rundung der Hüften, Fettablagerung, Brüste und Warzen wachsen
Schamhaare (glatt), früher Stimmbruch Rasches Wachstum des Penis, der Hoden, des Skrotums, der Vorsteherdrüse (Prostata) und der Samenblasen, erster Samenerguß (Ejakulation) Schamhaare werden gelockt Alter des größten Körperwachstums	13–16 J. 11–14 J.	Schamhaare (glatt), Stimme etwas tiefer Rasches Wachstum der Eierstöcke, der Vagina, der Gebärmutter und der Schamlippen Schamhaare werden gelockt Alter des größten Körperwachstums, Aufrichtung der Brustwarzen, Formung des „primären“ Bruststadiums, Menarche (Eireifung und Menstruation)
Wachsen der Achselhaare, Bartwuchs, Einbuchtung des Haaransatzes, Markanter Stimmwechsel	16–18 J. 14–16 J.	Wachsen der Achselhaare, Brüste erhalten ihre Erwachsenenform (sekundäres Bruststadium)

(Darstellung nach Rice 1975, zit. n. Oerter/Dreher 2002, S. 278)

Wird die körperliche Entwicklung, bezogen auf den Altersdurchschnitt der Jugendlichen betrachtet, so ergeben sich bestimmte Zeitabschnitte für einzelne Entwicklungsschritte. Sind Jugendliche in ihrer Entwicklung dem entsprechenden Altersdurchschnitt weit voran, wird von Akzeleration gesprochen. Im Falle von langsamerer Entwicklung, wiederum bezogen auf den Altersdurchschnitt, liegt Retardation vor. Akzeleration und Retardation im Jugendalter erweisen sich dahingehend als bedeutende Variablen, da hierdurch die Selbstwahrnehmung und in weiterer Folge auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Jugendlichen möglicherweise beeinflusst werden können. Spätentwickelte Jugendliche sind allgemein unausgeglichener und unzufriedener, sind weniger verantwortungsbewusst und auch weniger selbstsicher. Frühentwickelte Jugendliche wiederum suchen und finden auch leichten Anschluss an ältere Peergruppen und an devianten Gleichaltrigen, sind somit einem größeren Risiko für Drogenkonsum und Devianz ausgesetzt. Besonders bei frühentwickelten Mädchen kann es zu Beeinträchtigung des Selbstwertgefühles kommen, da sie von den kulturellen Normen von Schlankheit und Grazie, bedingt durch die früh

erreichten Werte von Körpergröße und Gewicht, abweichen (vgl Oerter/Dreher 2002, S. 280 ff.).

3.1.1.1 Kognitive Entwicklung im Jugendalter

Durch die kognitive Reifung, die sich beim Übergang von der Kindheit in das Jugendalter vollzieht werden neue innere Voraussetzungen für das Lernen und für die aktive Bewältigung von Entwicklungsaufgaben geschaffen. Die kognitiven Veränderungen zeigen sich in: „unmittelbarer Erweiterung der Denkopoperationen, qualitative Verbesserungen der Informationsverarbeitungskapazität und Veränderung bewusstseinsbildender Prozesse, die u.a. auf der Nutzung des Potenzials aus den beiden ersten Punkten beruht“ (ebd. S. 274).

Im Zuge dieser Veränderungsprozesse erlangt der/die Jugendliche die kognitiven Voraussetzungen um seine/ihre Umwelt und Persönlichkeitsbereiche auf höherem Niveau erschließen zu können.

Als Charakteristika der kognitiven Veränderung in der Jugendzeit gelten:

- Denken in Möglichkeiten; kontrafaktische sowie hypothetische Elemente werden in den Denkprozess einbezogen.
- Abstraktes Denken; Abstraktionen werden in unterschiedlichen Bedeutungszusammenhängen sowohl verstanden als auch generiert.
- Metakognitionen; die eigene Gedankenwelt wird zum Gegenstand des Denkens, dieser Vorgang ist Voraussetzung für eine Selbstreflexion.
- Multidimensionales Denken; die Einbeziehung mehrerer Aspekte in den eigenen Denkprozess.
- Relativität des Denkens; das Verstehen von Relativität nicht nur als Kontrast zum Absolutheitsbegriff, sondern auch unter dem Aspekt der Implikation einer Standpunktbeurteilung (vgl. ebd. S. 274).

Die kognitive Entwicklung befähigt den/die Jugendliche/n auch zu einer zunehmenden Differenziertheit in der Personenwahrnehmung und der Urteilsbildung, sowie der Fähigkeiten der Rollenübernahme und im Erkennen von Perspektivität, welche Veränderungen im moralischen Urteil begründen (vgl. ebd. S. 275 f.).

3.1.2 Entwicklung der Identität und des Selbstkonzeptes im Jugendalter

Über die Fähigkeit zur Selbstreflexion bauen Menschen ein Selbstkonzept und eine Identität auf. Sie entwickeln verschiedene Standards darüber, wie sie sein sollten bzw. was sie tun sollten. Die Art und Weise, wie eine Person sich selbst beschreibt, welches Selbstkonzept sie von sich selbst hat, bildet die subjektive Ansicht des Selbst. Aus der Bewertung der individuellen Selbstbilder ergibt sich das Selbstwertgefühl einer Person. Das Selbst bildet die zentrale Instanz, welche im wechselseitig verflochtenen Bedingungsgeflecht von Umwelt, inneren Personenvariablen (Denken, Fühlen, Wollen) und Verhalten eine zentrale Rolle spielt (vgl. Schachinger 2002, S. 173 ff.).

Die Identitätsfindung ist ein Prozess, welcher sich zwar über die gesamte Lebensspanne eines Menschen erstreckt. Diese ist jedoch in der Jugendphase besonders bedeutsam und bildet hier auch eine zentrale Entwicklungsaufgabe (vgl. Remschmidt 1992, S. 114). Burian (1995, S. 7) meint diesbezüglich, „Adoleszenz ist jener Abschnitt der psychischen Entwicklung, der die kindlichen Konflikte unter dem Triebdruck der körperlichen Entwicklung aktiviert und in dem die psychosoziale Realität das Selbst der Heranwachsenden neu definiert“. Auch Hagemann White (1998, S. 29) betont, dass die „Aufbrüche, Umbrüche und auch Einbrüche“ in der Adoleszenz in engem Zusammenhang mit der Klärung der elementaren Identitätsfrage steht. Dass die Beschäftigung mit dem Selbst und der eigenen Identität im Jugendalter Priorität hat, wird von Trautner (2002, S. 662) mit folgenden Argumenten begründet:

- „Die kognitive Entwicklung ist nun so weit fortgeschritten, dass der Jugendliche versteht, dass jeder zwar Eigenschaften und Interessen mit anderen gemeinsam hat, aber auch in mancher Hinsicht von anderen verschieden ist, und dass die gegebene Wirklichkeit nur eine unter verschiedenen möglichen ist.
- Zur gleichen Zeit wächst der Druck von außen, sich mit der eigenen Zukunft (Beruf und Familie) auseinander zu setzen.
- Außerdem tragen die raschen und auffälligen körperlichen Veränderungen dazu bei, die Aufmerksamkeit darauf zu richten, was man im Strom dieser Veränderungen an unveränderlicher Identität besitzt bzw. behalten will“.

Die jugendliche Identitäts- und Selbstkonzeptfindung stellt sich unter dem Aspekt der postmodernen Zeitgeistströmungen als besondere Herausforderung dar. Denn die Individualisierung und Pluralisierung, in der Postmoderne bieten zwar ein mehr an Handlungsalternativen, diese können jedoch sowohl als Chance als auch als Risiko wahrgenommen werden. Als Chance eben von diesen Akteuren, welche über die Kompetenz verfügen die zunehmende Komplexität des Lebens für sich zu nützen. Ist diese Kompetenz, aus welchen Gründen auch immer nicht vorhanden, kann Individualisierung zur sukzessiven Überforderung führen (vgl. Hitzler et al. 2005, S. 14). Ein mehr an Handlungsalternativen bedeutet ein mehr an Anforderungen, welche an jeden einzelnen Jugendlichen gestellt werden und bedingen ein hohes Ausmaß an persönlicher Selbstorganisation. Jugendliche müssen ohne vorgefertigte Verhaltensmuster einen individuellen Plan für die eigene Lebensgestaltung entwickeln. Sie müssen sich in der Phase der Selbstsuche und Selbstdefinition mit Widersprüchlichkeiten ihrer Lebensphase und ungewissen Zukunftsperspektiven auseinander setzen und finden sich hierdurch in einer Phase der Überforderung wieder. Diese Überforderung zeigt sich möglicherweise in Störungen des gesundheitlichen Wohlbefindens oder im Versuch die Überforderung mittels risikobehaftetem Gesundheitsverhalten zu kompensieren (vgl. Hurrelmann et al. 2006, S. 35 f.)

3.2 Die Gesundheit der Jugendlichen

Gesundheit im Jugendalter ist eng mit der sozialen Strukturkategorie Geschlecht verbunden. Sie ist schon bedeutend, wenn es um Aneignung, Darstellung und Inszenierung des eigenen Körpers oder um die sexuelle Identitätssuche im Jugendalter geht. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit zeigt sich, wenn es um gesundheitsrelevante Aspekte wie subjektives Wohlbefinden, Wahrnehmung von Beschwerden, risiko- und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen etc. geht (Hähne/Dümmler 2008, S. 96). So ist „die Aneignung des männlichen Körpers (...) an das Erleben und Aushalten von Schmerzen gekoppelt. Männliche Körpersozialisation impliziert einen instrumentellen Umgang, während weibliche Körpersozialisation auf ein empathisches und bewahrendes Körperverhältnis abzielt. Bei Jungen wird Belastbarkeit, Zähigkeit und Tapferkeit positiv betont, bei Mädchen dagegen Empfindsamkeit, Beweglichkeit und Geschmeidigkeit, was sich in geschlechtsspezifischen Selbsteinschätzungen, bezogen auf den Körper und das Wohlbefinden, widerspiegelt“ (Kolip 1997, zit. n. ebd). Diese unterschiedliche

Ausrichtung im Verhältnis zum eigenen Körper zeigen sich, Unkenrufen zum Trotz, dass solche stereotypen Zuschreibungen von Verhaltensweisen nicht mehr zeitgemäß wären, sehr stark. So neigen Mädchen im Vergleich zu Jungen vermehrt zu „sensibler und kritischer Selbstbeobachtung und (zeigen) eine größere Feinfühligkeit den eigenen Körpersignalen und dem seelischen Zustand gegenüber. Jungen neigen (hingegen) eher dazu, die Signale von Körper und Seele zu ignorieren, und registrieren mitunter erst spät – wenn überhaupt – dass sie sich in einer Überforderungssituation befinden“ (Hurrelmann 2007, S. 181). Auch soziale und psychische Belastungen werden unterschiedlich attribuiert. Mädchen reagieren mit rückzugsorientierten, depressivem Verhalten, zeigen somit nach innen gerichtete Reaktionen. Jungen hingegen zeigen ein konfliktorientiertes aggressives, also nach außen gerichtetes Verhalten. Der nach innen bzw. nach außen gerichtete Attributionsstil zeigt sich auch dahingehend, dass Mädchen häufiger über psychosomatische Beschwerden wie Nervosität, Schlaflosigkeit etc., also eher innengerichtete Formen, berichten, und Jungen stärker in außengerichteten Formen wie riskantes Verkehrsverhalten, gefährliche Sportausübung, verschiedenen Formen von Gewaltakten etc. verwickelt sind (vgl. ebd. S. 181 f.).

Jugendliche Gesundheit wird aber auch von gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen beeinflusst. So widerspricht das gesellschaftliche Ideal des überschlanken weiblichen Körpers - je dünner desto schöner -, der Entwicklung des realen Körpermaßes im Jugendalter. Die Angst dem gesellschaftlichen Schönheitsideal nicht zu entsprechen, führt mitunter auch bei an sich normalgewichtigen Jugendlichen zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild und bedingt schlimmstenfalls ein virulentes Essverhalten, welches möglicherweise in eine pathogene Essstörung mündet. Wobei weibliche Jugendliche bzw. Frauen generell dem Anpassungsdruck von körperlicher Normvorstellung stärker ausgesetzt sind als männliche Jugendliche. Begründung findet dies möglicherweise in den gegebenen gesellschaftlichen hierarchischen Macht und Herrschaftsverhältnissen (Hähne/Dümmler 2008, S. 94 f.).

Ausgewählte aktuelle Daten zur Gesundheit der Jugendlichen, welche folgend angeführt werden, basieren auf dem 7. österreichischen Health Behaviour in School-age Children Survey (HBSC). Die Datenerhebung erfolgte österreichweit und umfasst ein Sample von 4.096 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen elf und 15 Jahren.

3.2.1 Exkurs: Das Projekt – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Das HBSC-Projekt ist eine internationale sozialepidemiologische Studie. Gegenwärtig nehmen daran 42 Länder teil, diese decken sich überwiegend mit den Teilnehmerländern der PISA-Studie. Die Datenerhebung erfolgt seit 1986 im Vier-Jahres-Rhythmus. Das Spezifikum der HBSC-Studie besteht somit in der Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zwischen den beteiligten Ländern als auch in Bezug auf die Untersuchungswiederholung.

Die primäre Zielsetzung der Studie umfasst:

- „ein wissenschaftlich fundiertes Monitoring der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens junger Menschen,
- die Untersuchung der Determinanten und Einflussfaktoren für Gesundheit in den für diese Population relevanten Settings Familie, Schule, Freizeit sowie der sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen von Gesundheit,
- die wissenschaftliche Unterstützung der Entwicklung von Programmen und Politiken zur Förderung der Gesundheit dieser Population,
- die Entwicklung interdisziplinär ausgerichteter Modelle und Konzepte zur Erforschung der Gesundheitsförderung für junge Menschen im Rahmen eines Netzwerks“ (Dür/Griebler 2007, S. 12).

3.2.2 Die Gesundheit der Jugendlichen nach der HBSC-Studie

Die angeführten Gesundheitsdaten beziehen sich auf Jugendliche im Alter von 15 Jahren.

- Ihre subjektive Gesundheit schätzen mit 40,3% der Jungen und 23,6% der Mädchen mit ausgezeichnet ein.
- Die Lebensqualität wird bei einer möglichen Wertung von 0-10 bei den Jungen mit 7,56 und bei den Mädchen mit 7,01 bewertet.
- An mindestens zwei körperlichen und psychischen Beschwerden leiden regelmäßig 12,7% der Jungen und 30% der Mädchen.
- Eine chronische Erkrankung haben 17,2% der Jungen und 17,7% der Mädchen.

- Zwei und mehr behandlungsbedürftige Verletzungen in den letzten 12 Monaten haben 20,6% der Jungen und 13,8% der Mädchen erfahren.
- Übergewichtig und adipös sind 19,3% der Jungen und 8,6% der Mädchen.
- Obst wird einmal oder mehrmals täglich von 17,7% der Jungen und 32% der Mädchen konsumiert.
- Gemüse essen einmal oder mehrmals täglich 10,4% der Jungen und 15,9% der Mädchen.
- 22,5% der Jungen und 27,1% der Mädchen konsumieren einmal oder mehrmals täglich Süßigkeiten.
- Limonade trinken einmal oder mehrmals täglich 31,3% der Jungen und 23% der Mädchen.
- An vier und mehr Tagen sind 40,7% der Jungen und 18,1% der Mädchen in ihrer Freizeit körperlich aktiv.
- Wöchentlich bis täglich konsumieren 27% der Jungen und 28,6% der Mädchen Tabakwaren.
- Alkohol wird wöchentlich oder öfters von 41,2% der Jungen und 32,3% der Mädchen konsumiert.
- 68,1% der Jungen und 77,6% der Mädchen putzen mehrmals täglich ihre Zähne.
- An einer Rauferei waren innerhalb der letzten 12 Monate 20,5% der Jungen und 6,2% der Mädchen beteiligt.

(vgl. Dür/Griebler 2007. S. 17 ff.)

4 GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN IM JUGENDALTER

Sich für ein Verhalten zu entscheiden, welches der Gesundheit mehr oder weniger zuträglich ist, beispielsweise sich körperlich zu bewegen oder lieber vor dem Fernseher zu sitzen, ist grundsätzlich von jedem Menschen durch seine kognitiven und intentionalen Fähigkeiten kontrollierbar (vgl. Dür/Griebler 2007, S. 29). In der Regel wird das eigene Verhalten jedoch, wie in Punkt 2.2 in der vorliegenden Arbeit bereits angeführt, von vielen sozialen Determinanten beeinflusst. In Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

kommt der Lebensphase Jugend eine besondere Bedeutung zu. Denn in dieser Lebensphase werden teils bewusst und teils unbewusst vielfältige gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen erprobt, erlernt, verfestigt, aber auch wieder verworfen. So kommt es nicht selten vor, dass Jugendliche Verhaltensweisen, welche im familiären Kontext erworben werden, durch Verhaltensweisen, die in der Gleichaltrigengruppe gepflogen werden, ersetzen. Jedoch erfolgreich angenommene Verhaltensweisen in dieser Lebensphase werden dann auch zumeist im weiteren Lebensverlauf beibehalten (vgl. Richter/Settertobulte 2003, S. 100).

Auf die Zusammenhänge zwischen der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und risikobehafteten Verhaltensweisen im Jugendalter wurde bereits in Kapitel 3 eingegangen. Demzufolge können risikobehaftete Verhaltensweisen, somit der Gesundheit abträgliches Verhalten, in ihrer Funktionalität als Ersatz für fehlende personale und/oder soziale Ressourcen aufgefasst werden. So kann das Rauchen oder der Konsum von Drogen dazu instrumentalisiert werden, um Akzeptanz im Freundeskreis zu erreichen, oder um innerpersonelle Spannungszustände zu reduzieren (vgl. Groenemeyer 2001, S. 39). Aber auch so, wird von Raithel (2004, S. 62) postuliert, nützen „Jugendliche Risikoverhaltensweisen als greifbare und öffentlich zugängliche Requisiten der Identitätsbildung“.

Im Kontext von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden von Abel (2002, S. 36) die „Heiligen Vier“ genannt. Diese meinen die Verhaltensweisen, gesunde Ernährung, Nichtrauchen, mäßiger Alkoholkonsum und regelmäßige körperliche Bewegung, welche bei konsequenter Befolgung zur Erhaltung sowie auch zur Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden beitragen. Die „Heiligen Vier“ finden sich auch in den 10 Empfehlungen für gesundheitsbewusste Verhaltensweisen von Zimbardo und Gerring (vgl. 2004, S. 584), welche folgend angeführt werden:

1. Treibe regelmäßig Sport;
2. Ernähre dich bewusst und ausgewogen;
3. Halte ein für dich geeignetes Gewicht;
4. Schlafe sieben bis acht Stunden jede Nacht;
5. Lege den Sicherheitsgurt an beziehungsweise trage einen Helm, auch auf dem Fahrrad;
6. Rauche nicht und konsumiere keine Drogen;

7. Trinke Alkohol, wenn überhaupt, dann in Maßen;
8. Treffe beim Sex geeignete Sicherheitsmaßnahmen;
9. Lasse dich regelmäßig von Haus- und Zahnarzt untersuchen; befolge medizinische Anordnungen;
10. Entwickle eine optimistische Sichtweise und pflege Freundschaften.

Auf ausgewählte gesundheitsrelevante Bereiche in der Lebensphase Jugend soll im Weiteren vertiefend eingegangen werden.

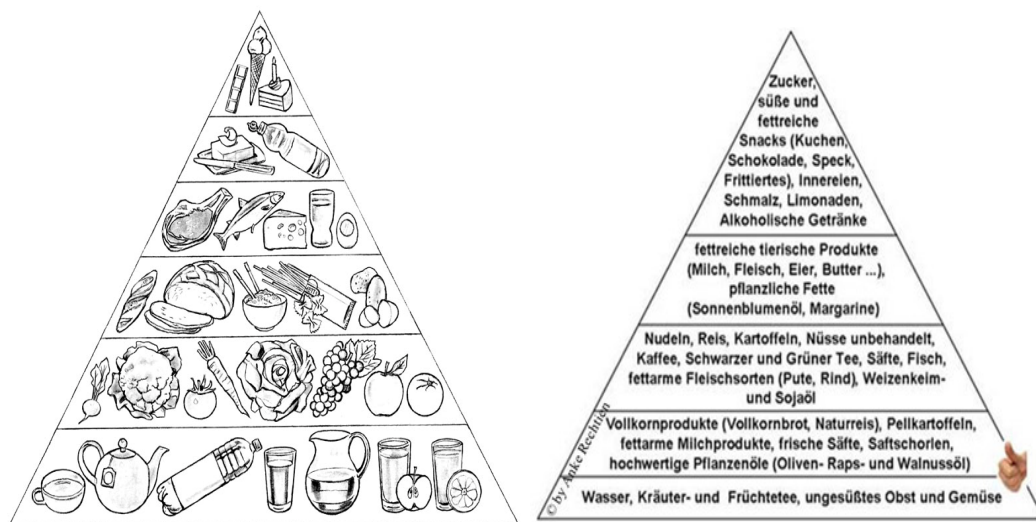
4.1 Jugend und Ernährung

Die Ernährung liefert die für das tägliche Leben notwendige Energie, Bau- und Wirkstoffe. Nur durch eine ausgewogene Ernährung werden dem menschlichen Organismus alle Nährstoffe zugeführt, die er für seine Funktionen benötigt und die Wachstum, Leistung und Entwicklung des Menschen ermöglichen. Als wesentlichster Energieträger in der menschlichen Ernährung fungieren Kohlenhydrate und Fette. Eiweiß ist der wichtigste Baustoff im menschlichen Organismus. Essenzielle Bestandteile der menschlichen Ernährung sind jedoch auch Vitamine und Mineralstoffe, Spurenelemente sowie Ballaststoffe und Wasser. Der Großteil der Lebensmittel besteht in ihrer Zusammensetzung aus mehreren Nährstoffen. Wobei keines der Lebensmittel für sich alleine genug Nährstoffe, in der richtigen Nährstoffzusammensetzung, beinhaltet, um den Bedarf des menschlichen Körpers längerfristig zu decken (vgl. Zwiauer 2000, S. 83 ff.). Demzufolge soll auf eine abwechslungsreiche und vielseitige Nahrungszufuhr geachtet werden, bei welcher keine Nahrungsmittel verboten sind. Denn kein Nahrungsmittel ist für sich alleine als „gesund“ oder „krank machend“ zu betrachten. Ob die Ernährung der Gesundheit zuträglich ist, entscheidet die Zusammensetzung dieser über einen längeren Zeitraum. Ernährung sollte auch stets der individuellen Situation angepasst werden, sowohl was die Energiezufuhr als auch die Nährstoffzusammensetzung betrifft (vgl. ebd. S. 97 ff.). Jugendliche gleichsam wie Kinder haben, bedingt durch die anabole Phase des Wachstums und die physiologischen Körperveränderungen, einen erhöhten Energie- und Nährstoffbedarf. Wird dieser nicht ausreichend gedeckt, kann dies mitunter zu Verzögerungen der sexuellen Reifung sowie zu Wachstumsstörungen führen. Mangelernährung im Jugendalter kann jedoch auch zu akut einsetzenden oder

längerfristigen Gesundheitsbeeinträchtigungen führen, welche sich möglicherweise in Form von Eisenmangelerscheinungen, Knochenerkrankungen, Karies, Mangel- und Unterernährung bis hin zu Essstörungen zeigen (vgl. Zubrägel/Settertobulte 2003, S. 161).

Eine ausgewogene Zusammensetzung der Ernährung wird in der Ernährungspyramide, siehe Abbildung 8, visualisiert. Die Ernährungspyramide zeigt auf, bei welchen Nahrungsmitteln großzügig zugelangt werden kann und bei welchen Sparsamkeit im Verzehr angebracht ist.

Abbildung 8: Die Ernährungspyramide



(Ernährungspyramiden entnommen aus www.fgoe.org; www.planetsenior.de)

Wie auch in der Ernährungspyramide ersichtlich, beinhaltet eine ausgewogene Ernährung den täglichen Verzehr von ausreichend Obst und Gemüse. Eine diesbezügliche Verzehrempfehlung liegt bei etwa 600g pro Tag. Dieser Verzehrempfehlung kann ohne genaues Wiegen von Obst und Gemüse nachgekommen werden, wenn „5x am Tag“ eine Hand voll Obst und Gemüse zu sich zu genommen wird. Wobei beim Verzehr von diesem zwischen frisch geerntet oder tiefgefroren, Trockenfrüchten und Nüssen oder auch frisch gepresstem Obst- und Gemüsesäfte gewählt werden kann (vgl. Agrarmarkt Austria Marketing Ges.m.b.H. 2007). Im Rahmen von Empfehlungen zu einer ausgewogene Ernährung kommt dem täglichen Frühstück eine zentrale Bedeutung zu. Denn ein

ausgewogenes Frühstück gilt insbesondere für Jugendliche und Kinder quasi als Energie-„Sprungbett“ für den ganzen Tag und liefert Energie für die Vormittagsstunden bis in den frühen Nachmittag (vgl. Zwieler 2000, S. 100).

Ernährungsphysiologisch zeigt sich in den westlich standardisierten Ländern unter dem Aspekt des Nahrungsmittelangebotes bei der Versorgung mit Nährstoffen nur in seltenen Fällen eine Problemlage. Jedoch isst und trinkt der Mensch nicht nur, wie Lisbach und Zacharopoulos (vgl. 2007, S. 161 ff.) betonen, um Energie und Nährstoffe zu sich zu nehmen, sondern auch, weil damit Aspekte wie Lebensstil, Lebenseinstellung, Schönheit, Fitness, Anerkennung, Selbstkontrolle, Kompensation von Frustration und oder Einsamkeit, verbunden werden. Vor allem durch die ständige Präsenz des gängigen Schlankheitsideals fühlen sich viele weibliche Jugendliche und zunehmend auch männliche Jugendliche genötigt diesem zu entsprechen und unterziehen sich hierfür strikten Gewichtsreduktionsdiäten. Wobei wiederholte Reduktionsdiäten und ein restriktives Essverhalten als Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung betrachtet werden können.

4.1.1 Störungen im Essverhalten

Trotz Unterschiedlichkeiten im Krankheitsbild und Krankheitsverlauf von Essstörungen haben von diesen betroffene Personen etwas gemeinsam, nämlich, aus der Lebensnotwendigkeit der Nahrungsaufnahme ist ihnen ein Problem mit erheblichen somatischen, psychischen und oft sozialen Konsequenzen erwachsen. Die Störungen werden als psychosomatische Erkrankungen diagnostiziert und gehen einher mit einem restriktiven Essverhalten, Störungen in der Körperwahrnehmung, einer gedanklichen Fixierung auf das Thema Essen sowie einem durchdringendem Gefühl eigener Unzulänglichkeit (vgl. Trapp/Neuhäuser-Berthold 2001, S. 162 f.). Folgend werden die Störungen Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Orhorexia Nervosa, Binge Eating und Adipositas kurz umrissen.

Anorexia Nervosa

Bei anorektischen Personen liegt das Körpergewicht mindestens 15% unter dem, dem Alter und der Körpergröße entsprechenden Normalgewicht bzw. bei Unterschreitung des für das

Alter und Geschlecht entsprechenden Body-Mass-Index-Referenzwertes (eine BMI-Referenzwert-Tabelle findet sich im Anhang). Der selbstverursachte Gewichtsverlust wird induziert durch eine selektive niederkalorische Nahrungsaufnahme, übertriebene sportliche Aktivitäten, Erbrechen, sowie Missbrauch von Laxanzien, Diuretika bzw. Schilddrüsenpräparaten. Anorektische Personen haben panische Angst, dick zu werden, sie nehmen sich selber auch weitaus dicker wahr, als dies ihrem realen Körpervolumen entspricht (vgl. Franke 2002, S. 361 f.). Die Prävalenzrate bei Anorexia nervosa liegt bei Jugendlichen im Altersbereich der 15-24-Jährigen in den westlichen Ländern bei 0,3 bis ein Prozent, wobei das Verhältnis von Mädchen zu Jungen bei ca. 1:10 bis 1:12 liegt (vgl. Bühren/Bordewin 2008, S. 243).

Bulimia Nervosa

Die Bulimia Nervosa kennzeichnen Heißhungeranfälle mit anschließenden gewichtsreduzierenden Maßnahmen wie Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika und Appetitzüglern, oder auch Fasten. Das Gewicht der an Bulimia Nervosa leidenden Personen ist meist unauffällig und im Normalbereich, wobei ein Großteil prämorbid ein erhöhtes Körpergewicht hatte (vgl. Habermas 2002, S. 849). Bei der Bulimia Nervosa liegt die Prävalenzrate bei den 15-24-jährigen Jugendlichen in den westlichen Ländern bei ein bis zwei Prozent bei den Mädchen und 0,3% bei den Jungen (vgl. Bühren/Bordewin 2008, S. 243).

Sowohl die Anorexia Nervosa als auch die Bulimia Nervosa gehen meist mit physischen Komplikationen und psychischen Begleiterkrankungen einher. Einige typische körperliche Veränderungen bei den beiden Essstörungen sind verlangsamte Herzfrequenz, Blutbildveränderungen, Mangelerscheinungen, brüchige Haare und Nägel, Haarausfall, Haarflaum am Körper, Akrozyanosen = Minderdurchblutung in den Fingern bzw. blaue Hände und Füße, Verdauungsbeschwerden, Wachstumsstillstand - vor allem bei PatientInnen vor der Pubertät -, Veränderungen im Hormonhaushalt, Reduzierung der Knochendichte sowie Zahnschäden. Mögliche psychische Begleiterkrankungen umfassen Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen. Vielfach zeigen sich bei den erkrankten Personen auch Stimmungsschwankungen, Lustlosigkeit, ein niederes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie eine fehlende altersentsprechende Autonomie (vgl. Bühren/Bordewin 2008, S. 245).

Orthorexia nervosa

Orthorexia nervosa ist eine Essstörung, bei der die Betroffenen einen Zwang für gesundheitsfördernde Ernährung entwickeln. Sie beginnt meist im Bestreben, sich von einer bestimmten Essstörung zu heilen oder aus einem exzessivem Verlangen nach einer gesunden Ernährung. Von Orthorexia nervosa Betroffene entwickeln ihre eigenen Essgewohnheiten mit selbst auferlegten Ernährungsvorschriften, wobei die Planung und Ausarbeitung dieser zunehmend mehr Zeit in Anspruch nimmt. Werden die selbstauferlegten Regeln zum „Gesundessen“ gebrochen, fühlen sich OrthorektikerInnen schuldig, und es wird darauf mit noch strikterer Regelsetzung für die Nahrungsaufnahme oder gar Abstinenz reagiert (vgl. de.wikipedia.org).

Binge Eating Disorder

Binge Eating ist eine Essstörung, bei welcher es zu periodisch wiederkehrenden Heißhungeranfällen (Essanfälle) mit dem Verlust der bewussten Kontrolle der Nahrungsaufnahme kommt, wobei meist Lebensmittel, die sehr fett oder sehr süß sind, somit meist sehr viele Kalorien enthalten, gegessen werden. Die aufgenommene Nahrung wird anschließend jedoch nicht erbrochen, auch werden keine anderen Maßnahmen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, eingesetzt, so dass es längerfristig bei den betroffenen Personen meist zu Übergewicht kommt. Angenommen wird, dass die Essanfälle ausschließlich psychisch bedingt sind und überwiegend durch negative Gefühle ausgelöst werden, diese unangenehmen Empfindungen werden während des Essvorgangs unterdrückt (vgl. de.wikipedia.org).

Adipositas

Adipositas definiert, dass die betreffende Person ein Zuviel an Körperfett aufweist. Die Klassifizierung von Adipositas erfolgt bei erwachsenen Personen ab einem BMI-Wert von 30, für das Jugendalter finden sich entsprechend transformierte Werte (siehe BMI-Referenztablelle Im Anhang). Bei adipösen Personen erfolgt eine unerwünschten Gewichtszunahme, die entsteht, wenn die Energieaufnahme den Energieverbrauch übersteigt. Durch einen erhöhten Körperfettanteil bei adipösen Personen steigt in Folge das Risiko für bestimmte weitere Erkrankungen. So impliziert Adipositas meist körperliche Folgeschäden wie beispielsweise Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes, vorzeitigen Gelenkverschleiß oder Bandscheibenvorfälle, um nur einige zu nennen. Adipositas im Kinder- und Jugendalter bedingt bereits ein erhöhtes Risiko für

metabolische und kardiovaskuläre Erkrankungen. Weiters bedingt Adipositas im Kinder- und Jugendalter eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter adipös zu sein (vgl. Franke 2002, S. 360 ff.). Neben den physiologischen Aspekten von Adipositas sind jedoch auch die sozialen und psychischen Auswirkungen nicht zu gering zu bewerten. So sind besonders Jugendliche, welche stark übergewichtig sind, durch ihr äußeres Erscheinungsbild oftmals einer Diskriminierung ausgesetzt, welche sich auf ihr meist noch nicht gefestigtes bzw. geringes Selbstwertgefühl sehr negativ auswirken kann (vgl. Trapp/Neuhäuser-Berthold 2001, S. 162).

4.2 Jugend und körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Bewegung ist in jedem Alter eine wichtige und wirkungsvolle Maßnahme zur Erhaltung von Gesundheit (vgl. Haber 2007, S. 11 f.). „Regelmäßige Bewegung reduziert das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Dickdarmkrebs, Diabetes Mellitus und Osteoporose. Günstige Effekte zeigen sich auch in Bezug auf Arthritis, Adipositas sowie bezüglich mentaler Probleme wie Angstzustände und Depression. Körperliche Aktivitäten führen außerdem zu einem gesteigerten Ausmaß an körperlicher Fitness und beeinflussen die Qualität des Schlafes in günstiger Weise“ (Dür/Griebler 2007, S. 17 ff.). Eine gesteigerte körperliche Leistungsfähigkeit geht auch einher mit der Fähigkeit sich rascher bzw. intensiver entspannen zu können (vgl. Schäfer et al. 2000, S. 354).

Für Jugendliche hat das Erleben eigener Bewegungsmöglichkeiten unmittelbare positive Auswirkungen auf das eigene Körperempfinden. So sind Jugendliche die sich sportlich betätigen mit ihrem Körper zufriedener und haben ein differenzierteres Körperbild als nichtsporttreibende Jugendliche. Angesichts der Tatsache, dass eine der wesentlichen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter, mit dem gelingenden Umgang der eigenen veränderten körperlichen Erscheinung und der Aneignung neuer körperlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten einhergeht, ein sehr wichtiger Aspekt. Auch ist körperliche Bewegung im Jugendalter mit Übergewicht entgegengesetzt gekoppelt. Dieser Zusammenhang ist jedoch nicht eindeutig belegbar, da sich körperlicher Bewegungsmangel und Übergewicht in gewissen Maße gegenseitig bedingen, somit beide als Ursache oder als Folge des jeweilig Anderen fungieren kann (vgl. ebd. S. 335 ff.). Eindeutig belegbar ist hingegen der Zusammenhang von körperlicher Bewegung im Jugendalter und der psychosozialen

Gesundheit und des Wohlbefindens in dieser Lebensphase. So findet sich bei Jugendlichen, welche wöchentlich mehrmals körperlich aktiv sind, im Vergleich zu Jugendlichen, welche sich nur höchstens einmal pro Woche körperlich betätigen, eine signifikant bessere Selbsteinschätzung der Gesundheit. Ebenso empirisch bestätigt ist die positive Auswirkung regelmäßiger körperlicher Aktivität auf kognitive Funktionen und schulische Leistungsfähigkeit (vgl. Bundesamt für Sport et al. 1999, S. 176 f.). Körperliche Aktivität im Jugendalter ist auch dahingehend relevant, da sich Bewegungsmuster und -fähigkeiten, die in dieser Lebensphase angeeignet werden, meist auch im weiteren Leben beibehalten werden. Als Maß für die Häufigkeit der Bewegung gelten von Experten ausgearbeitete Richtlinien, welche für Kinder und Jugendliche eine körperliche Aktivität, mit moderater oder erhöhter Intensität, von insgesamt 60 Minuten an den meisten Tagen der Woche, empfehlen (vgl. Richter/Settertobulte 2003, S. 124 f.).

Körperliche Aktivität, insbesondere die Ausübung von Sport bietet ebenso die Möglichkeit, sich Grenzsituationen zu nähern, welche möglicherweise im Falle einer positiven Bewältigung dieser, das Vertrauen des/der Jugendlichen in die eigenen Fähigkeiten hebt bzw. stabilisiert. Im Speziellen bei der Ausübung von Extremsportarten werden die Grenzen des Körpers und der Seele von Jugendlichen jedoch oftmals überschritten und bedingen dadurch ein erhöhtes Verletzungsrisiko (vgl. Wardetzki 2004, S. 102).

4.3 Jugend und der Konsum psychoaktiver Substanzen

Psychoaktive Substanzen, umgangssprachlich auch als Drogen bezeichnet haben eines gemeinsam, nämlich ihr Konsum bedingt, dass besondere Erlebenszustände erfahren werden. Wobei sich der Begriff Droge und die davon eingeschlossenen Substanzen von einer starken Kulturgebundenheit auszeichnen. Demzufolge werden nach mitteleuropäischer Kultur die Substanzen Haschisch, Heroin oder Kokain als Drogen bezeichnet. Für Alkohol, Tabak und Medikamente hingegen ist die Bezeichnung Droge nicht üblich (vgl. Petermann/Roth 2006 S. 11).

Eine Auflistung und Kategorisierung von psychoaktiven Substanzen entsprechend ihres Wirkspektrums wurde von Commer (2001) erstellt. Diese umfasst:

Zentral dämpfende Substanzen

Diese verlangsamen die Tätigkeit des Zentralnervensystems. Werden sie in ausreichender Menge konsumiert, wirken sie spannungslösend und enthemmend und beeinträchtigen das Urteilsvermögen, die motorische Aktivität sowie die Konzentrationsleistung.

Beispiele: Alkohol, Sedativa, Opiate

Stimulanzien

Stimulanzien sind Mittel, welche die Aktivität des Zentralnervensystems steigern. Sie erhöhen dadurch den Blutdruck und Pulsschlag und rufen ein aktives Verhalten, schnelle Denkprozesse und eine gesteigerte Wachheit hervor.

Beispiele: Kokain, Amphetamine, Koffein, Nikotin

Halluzinogene

Diese verändern die Sinneswahrnehmung. Ihre Wirkung reicht von leichten Wahrnehmungsveränderungen wie einer Intensivierung der Empfindungswahrnehmung bis hin zu Trugwahrnehmungen.

Beispiele: hierzu zählt die Gruppe der psychedelischen Drogen (LSD, Ecstasy, Meskalin, Psilocibin) sowie die Cannabinoide, deren verschiedenen Formen eine Mischung von halluzinogener, sedierender und stimulierender Wirkung in sich vereinen (vgl. Petermann/Roth 2006 S. 13).

Im Jugendalter schreitet die Progression des psychoaktiven Substanzkonsums, nach Thomasius (vgl. 2006, S. 16), bei rund 90% der Jugendlichen in einer konstanten Abfolge vor. Die Abfolge reiht sich von Alkohol, zu Nikotin, zu Cannabis, zu Amphetaminen, zu Ecstasy und endet mit Kokain, wobei die späten Stadien nur von einer Minderheit der Jugendlichen erreicht werden

Gründe für den Substanzkonsum finden sich anfangs im Neugierverhalten der Jugendlichen, dem Gruppendruck (etwa bei Integration in eine Substanzen konsumierende Jugendgruppe), oder auch in der Suche nach ungewöhnlichen und anregenden Reizen. Beim fortgesetzten Substanzkonsum treten diese Beweggründe zunehmend in den Hintergrund und werden beim Substanzmissbrauch vom Versuch der Beeinflussung negativer Emotionen und Affekten, dem starken inneren Verlangen nach bestimmten Substanzen (Craving) sowie der Vermeidung von Entzugssymptomen abgelöst (vgl. ebd. S. 15 ff.). Wobei der Konsum von legalen und illegalen Substanzen nicht unbedingt in die

Abhängigkeit führen muss. Denn das Risiko einer Substanzmittelabhängigkeit wird von mehreren Faktoren beeinflusst. So sind jene Jugendliche besonders gefährdet, die bereits in ihrer Kindheit vielfach mit spannungsbehafteten Situationen konfrontiert waren.

Als Risikofaktoren für das Auftreten von Substanzmittelmissbrauch bei Jugendlichen gelten:

- antisoziales Verhalten von Eltern oder Geschwister;
- kaum Einflussnahme und wenig Unterstützung durch die Eltern;
- Inkonsequenz im Verhalten der Eltern;
- Gleichgültigkeit und Verständnislosigkeit für emotionale und materielle Belangen der Jugendlichen;
- Überproduktive Erziehungsstile;
- Alkohol- und Drogenmissbrauch der Eltern und Geschwister;
- Trennung oder Scheidung der Eltern;
- Früher Verlust eines Elternteils;

(vgl. ebd. S. 24).

Vermehrter Substanzmissbrauch geht auch mit einer hohe Ausprägung in den Eigenschaften sensation seeking sowie mit aggressiv-expansiven Verhaltensmerkmalen bei Jugendlichen einher. Auch weisen Jugendliche, welche von sozialen Merkmalskonstellationen wie Schulverweigerung/Schulverweis, Kriminalität, Straffälligkeit sowie Wohnungslosigkeit, betroffen sind, einen vermehrten Substanzmissbrauch auf (vgl. ebd. S. 24 f.).

„Hinweise auf einen Substanzmissbrauch geben einige mehr oder weniger substanzunspezifische Verhaltensmerkmale und Umgebungsfaktoren: Leistungseinbußen in Schul- und Berufsausbildung, veränderte Muster in der Beziehungsaufnahme und -gestaltung; Rückzug aus sozialen Kontakten (auch im Elternhaus); Störungen des Sozialverhaltens mit Impulsdurchbrüchen, Aggressivität, Affektlabilität; Veränderung von Freizeitinteressen; Anschluss an Gleichaltrige mit einem Substanzmissbrauch; Auffinden bestimmter Zubereitungen von Tabakprodukten, alkoholischen Getränken, botanischen, halbsynthetischen und synthetischen Drogen (diverse Harze, Pflanzen, Pilze, Samen, Lösungen, Tabletten, Pulver, bedrucktes Löschpapier, Silberfolie, Kerze, Löffel,

Spritzenbesteck, Schlauch, Glaspfeife etc.); Auftreten von substanzinduzierten psychopathologischen Syndromen und körperlichen Folgeerkrankungen“ (ebd. S. 18).

Auf die, für das Jugendalter, sehr bedeutenden psychoaktiven Substanzmittel Tabak und Alkohol, wird folgend vertiefend eingegangen.

4.3.1 Jugend und Tabakkonsum

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht kommt dem Tabakkonsum eine überaus große Bedeutung zu, da der Konsum von Tabak als ein Risikoverhalten mit deutlichen Auswirkungen auf die Gesundheit gilt (vgl. Richter/Settertobulte 2003, S. 104). „Zu den Krankheiten, die bei Rauchern und Raucherinnen vermehrt auftreten, zählt Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, Bluthochdruck, chronische Bronchitis sowie bösartige Neubildungen der Lunge der Mundhöhle, des Kehlkopfes und der Verdauungsorgane“ (Klimont et al. 2007, S. 34).

Die Lebensphase Jugend stellt für den Beginn des Rauchens eine besonders sensible Zeit dar, zumal in dieser Zeitspanne meist die Basis für eine Abhängigkeit im weiteren Lebensverlauf gelegt wird. Auch ist Gefahr einer psychischen und körperlichen Abhängigkeit mit den entsprechenden Folgeerscheinungen umso größer, je früher im Lebenslauf eines Menschen mit dem Konsum von Tabakwaren begonnen wird (vgl. ebd.). Die im Tabakrauch enthaltenen ca. 3800 chemischen Bestandteile, von denen der Großteil mutagen und kanzerogen ist, bedingen jedoch nicht nur langfristige gesundheitliche Risiken, sondern zeigen bereits bei Jugendlichen kurzfristige Effekte in Form von eingeschränkter Lungenfunktion und körperlicher Fitness sowie vermehrtem chronischen Husten und asthmatischen Problemen (vgl. Stopper/Gertler 2002, S. 442; Richter/Settertobulte 2003, S. 104).

Als bedeutende Einflussgrößen für den jugendlichen Tabakkonsum fungieren eine diesbezügliche Vorbildfunktion der Eltern und der Einfluss der Gleichaltrigengruppe. Beispielsweise zeigen die Ergebnisse der Studie Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005 zum Risikoverhalten des Tabakkonsums bei Jugendlichen, dass bei Jugendlichen, deren Vater nie geraucht hat, der Prozentsatz an Rauchern bei 26% liegt. Raucht der Vater, liegt der Raucheranteil bei den Jugendlichen hingegen bei 45% (vgl.

Güther 2006, S. 21). Aber auch das Passivrauchen, die Aufnahme von Tabakrauch über die Atemluft, wenn man sich in der Umgebung von rauchenden Personen aufhält, hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit.

4.3.2 Jugend und Alkoholkonsum

Alkohol ist jedoch in unserer Kultur ein selbstverständlicher Bestandteil. „Jugendliche wachsen in diese akzeptierte Kultur des Genusses hinein und erlernen die sozialen Gelegenheiten und Bedeutungen des Trinkens“ (Settertobulte 2002, S. 187). In der Mehrzahl der europäischen Länder, so wird von Richter und Settertobulte (vgl. 2003, S. 112) betont, gilt der Konsum von Alkohol als Teil normaler Entwicklungserfahrungen für Jugendliche. Trotz oder gerade wegen der alltäglichen Normalität des Alkohols rangiert Alkohol in fast allen Ländern der Welt bei den Suchtmittel an erster Stelle und zeigt sich dadurch für enorme gesundheitliche, aber auch soziale und wirtschaftliche Schäden verantwortlich. Gleichsam wie beim Tabakkonsum gilt das Jugendalter für den Beginn eines gesundheitsgefährdenden Umganges mit Alkohol als kritisches Zeitfenster. Als zentrales Problem für das Jugendalter gilt Alkohol jedoch auch, da von diesem eine enthemmende begünstigende Wirkung auf akut gesundheitsgefährdendes Verhalten wie Gewalt, Unfälle, Selbstmord, ungeschützten Geschlechtsverkehr sowie illegalen Drogenkonsum, ausgeht (vgl. ebd. S. 111 f.).

4.4 Jugend und Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten ist bei Jugendlichen keine Seltenheit. In der Studie von Muehlenkamp und Gutierrez aus dem Jahre 2004, an welcher 390 Highschool-Schüler mit durchschnittlichem Alter von 16,3 Jahren teilnahmen, zeigte sich, dass 15,9% selbstverletzendes Verhalten aufweisen. Ein annähernd ähnliches Ergebnis, nämlich, dass sich elf Prozent der 14-jährigen SchülerInnen bereits einmal selbst verletzt haben, lieferte die Studie von Resch 2005, welche mit 5500 SchülerInnen aller Schultypen in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis durchgeführt wurde.

Selbstverletzendes Verhalten beginnt zumeist in der Adoleszenz mit durchschnittlichem Altersbeginn etwa um das 14. Lebensjahr, wobei beim weiblichen Geschlecht selbstverletzendes Verhalten weit häufiger verbreitet ist (vgl. Petermann/Winkel 2005, S.

50; Homfeldt/Sting 2006, S. 145). Als Auslöser des selbstverletzenden Verhaltens fungieren meist bestimmte Ereignisse wie beispielsweise Misserfolgs- und Versagenserlebnisse, Verlusterlebnisse, soziale Isolation oder Drucksituationen (vgl. Petermann/Winkel 2005, S. 50 ff.). Bei Jugendlichen zeigt sich selbstverletzendes Verhalten meist in Form von ritzen, aufschneiden oder aufkratzen der Haut, wobei dies zumeist an den Armen und Handgelenken erfolgt. Auch ist das Verbrennen der Haut, beispielsweise mit Zigaretten, eine weitverbreitete Methode der Selbstverletzung. Selbstverletzendes Verhalten nimmt meist rasch einen repetitiven Charakter an (vgl. Petermann/Winkel 2005, S. 50 ff.).

Als mögliche Erklärung für selbstverletzendes Verhalten, im Speziellen bei Mädchen, wird von Hopfner (vgl. 2008, S. 144) der medial inszenierte weibliche Körper, der immer und überall präsent ist, gesehen. Der weibliche Körper wird in den Medien als „stets bereit und willig, die sexuellen Bedürfnisse der Männer zu befriedigen“ (ebd.) dargestellt. Diese Sichtweise führt möglicherweise bei Mädchen zu Kränkungen und Selbstwertkrisen und in Folge zur Abwertung des eigenen Körpers und zur teilweisen Zerstörung dieses durch selbstverletzendes Hautritzen. Homfeldt und Sting (2006, S. 145) meinen, dass selbstverletzendes Verhalten auch als „narzisstisches Regulativ“ betrachtet werden kann, „welches der Person das Gefühl gibt, über ihren Körper verfügen zu können, eine höhere Schmerztoleranz als andere Menschen zu besitzen und den Körper auch wieder reparieren zu können“. Selbstverletzendes Verhalten werde jedoch auch als Mittel zur Regulierung von Nähe und Distanz eingesetzt, beispielsweise, um einem Beziehungsabbruch vorzubeugen, oder ganz einfach, um Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen (vgl. ebd.). Scheer et al. (2000, S. 245) assoziieren selbstverletzendes Verhalten mit dem gegenwärtigen vorherrschenden liberalen Zeitgeist. Sie meinen, beim Versuch, selbstverletzendes Verhalten „aus der Sicht der Jugendlichen zu verstehen, wird klar, dass in einer vordergründigen liberalen Zeit, wo alles möglich und nahezu alles toleriert wird, die Lust nach Grenzüberschreitungserlebnissen durch eben diese Liberalität stark gedehnt wird“.

4.5 Jugend und Suizid

Der Suizid gehört bei Jugendlichen, nach Unfällen, zu den zweithäufigsten Todesursachen (vgl. Bründel 2001, S. 249). Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Jugendlichen bei der Suizidausübung beträgt 3:2. Wobei weibliche Jugendliche häufiger Suizidversuche begehen, denn hier zeigt sich das Geschlechtsverhältnis mit 1,5:3. Die Ankündigung des „suizidalen Aktes“ erfolgt in 80% der Fälle. Ein vereitelter Selbsttötungsversuch wird von 25% der „SuizidentInnen“ innerhalb von zwei Jahren wiederholt. Als Motive, durch welche sich Jugendliche zu suizidalen Handlungen veranlasst fühlen, werden vorrangig Konflikte mit den Eltern, gefolgt von Liebeskummer und Partnerproblemen genannt (vgl. Oerter/Dreher 2002, S. 303; Seifge-Krenke 2002, S. 833). Jugendliche, die mittels Selbsttötung ihrem Leben ein Ende setzen, befinden sich meist schon länger in einer Krisensituation, welcher sie sich hilflos ausgeliefert fühlen. Diese Jugendliche haben *ihre klare Vorstellung* davon, wie ihr Leben weitergehen soll, und zwar *nicht so, wie bisher*. Damit es zu einer suizidalen Handlung als Reaktion auf eine Krisensituation kommt, müssen zeitgleich weitere Faktoren vorliegen. Diese werden als präsuizidales Syndrom beschrieben und umfassen die Stadien situative Einengung, dynamische Einengung und wertmäßige Einengung. Situative Einengung meint, es kommt zur Akkumulation von Situationen, welchen der Jugendliche ausgeliefert ist und mit welchen er auch nicht zu Rande kommt. In der nächsten Stufe der dynamischen Einengung zieht sich der Jugendliche mangels fehlender Bewältigungsstrategien in sich zurück bzw. flieht in eine virtuelle Welt. Im Stadium der wertmäßigen Einengung erachtet der Jugendliche weder sich noch Sonstiges in der Welt als wertvoll. Als mögliche Folgeerscheinung hierfür zeigen, sich Gewalt und Aggression gegen die Umwelt, aber auch gegen sich selbst gerichtet. Als letzter Ausweg erfolgt der Selbsttötungsakt (vgl. Krainz 2004, S. 86 f.).

Alarmzeichen, welche möglicherweise auf eine latente Suizidalität bei Jugendliche verweisen, sind: suizidale verbale Äußerungen, philosophisches Interesse am Tod, das Hören von no future music, extreme Mutproben oder möglicherweise Selbstverletzungsnarben. Diese sollten immer ernst genommen und hinterfragt werden. Keinesfalls sollten darüber abwertende Bemerkungen geäußert werden, die zeigen, „dass man mit dem auffälligen, nicht mit der Idealvorstellung entsprechendem Verhaltensmuster junger Menschen nichts anzufangen weiß, bzw. dieses ablehnt. Ist die Familie des/der Jugendlichen nicht in der Lage, auf die alarmierenden Zeichen mit entsprechender

Hilfestellung zu reagieren, sind andere Systeme wie beispielsweise Nachbarschaft oder Schule gefordert, entsprechende professionelle Hilfe zu organisieren“ (ebd. S. 89).

Nicht zu unterschätzen ist auch die Zahl der Todesfälle, welche unter dem Konstrukt des „Maskierten Suizides“ einzureihen sind. Hierzu reihen sich Drogentote, die sich den goldenen Schuss verpassten, oder vorsätzlich verursachte Verkehrsunfälle mit Todesfolge (vgl. Oerter/Dreher 2002, S. 304). Auch werden Suizide „in vielen Fällen aufgrund von Scham und Schuldgefühlen der Angehörigen als Unfälle dargestellt“ (Settertobulte 2002, S. 180).

5 GESUNDHEITSRELEVANTE SETTINGS DER JUGENDLICHEN

Unter einem Setting werden die einzelnen sozialen System (Familie, Schule, Arbeitsstätte) verstanden, in denen sich der Alltag von Menschen abspielt. In einem Setting wirken viele relevante Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe ein, welche auch möglicherweise einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit zeigen (vgl. Wulfhorst 2002, S. 68). Denn so betont Franzkowiak (2006, Klappentext): „Ob ein Mensch gesund oder krank ist, hängt in hohem Maße von den psychosozialen Einflüssen ab, die ihn umgeben.“ Wobei diesbezüglich wiederum dem Grad der Integration des Einzelnen in die sozialen Systemen sowie dem Vorhandensein unterstützender sozialer Netzwerke bedeutende Rollen zukommen (Naidoo/Wills 2003, S. 40). Mit sozialen Netzwerken ist die Struktur der sozialen Beziehungen, welche zwischen den einzelnen Individuen in sozialen System vorliegt und als Quelle für soziale Unterstützung fungiert, gemeint. Soziale Unterstützung in Beziehungen zwischen Menschen in ihren alltäglichen Netzwerkbezügen wirken sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden eines Menschen aus. Soziale Unterstützung trägt dazu bei, dass im Falle von psychischen und physischen Belastungen diese ohne Beeinträchtigung der Gesundheit überstanden werden, sowie, dass bereits aufgetretene Folgen von Krankheit besser bewältigt werden. Sozialen Netzwerkkontakten kommt aber auch eine entscheidende Bedeutung bei der Beeinflussung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu. So können gesundheitsförderliche Faktoren gleichsam wie der Gesundheit abträgliche Gepflogenheiten, von sozialen Netzwerkbeziehungen beeinflusst werden (vgl. Nestmann 1998, S.30 ff.).

Im Folgenden soll auf die für die Lebensphase Jugend sehr relevanten Settings der Peers, der Familie sowie der Schule und Bildung, näher eingegangen werden.

5.1 Setting - Peers

Der Kontakt zu den Gleichaltrigen, den Peers, bildet einen wichtigen Erfahrungsbereich für den/die Jugendliche/n. Die Gleichaltrigengruppe hat einen erheblichen Einfluss auf Einstellungen und Lebensweisen der Jugendlichen. Sie drängt in der Lebensphase Jugend meist den Einfluss der Eltern zurück, was möglicherweise zu Spannungen und Konkurrenzen zwischen diesen beiden Sozialisationsinstanzen führen kann (vgl. Hurrelmann 2007, S. 130). Die gleichaltrige Freundesgruppe fungiert für Jugendliche als wichtiges Setting, in welchem Entwicklungserfahrungen gemacht und reflektiert werden, aber auch Rückhalt und emotionale Unterstützung geboten werden. Das Solidaritätsgefühl mit der Gruppe wird gleichsam als wichtiger Aspekt in der eigenen Identitätsfindung der Jugendlichen angesehen. Vor allem nach der These von Eccles und Barber (1999), welche die Wahl der Freundesgruppe der Jugendlichen dahingehend interpretieren, dass sich diese in erster Linie aus den bisher entwickelten Vorstellungen des/der Jugendlichen, wie er/sie als junger Erwachsener gerne sein möchte, ergibt. Dieses Selbstschema ist nach Eccles und Barber (1999) auch die Grundbasis für die Ausbildung einer eigenen Identität. Demzufolge werden sich Jugendliche, welche sich für Konsum und Party interessieren, einer Gruppe mit diesbezüglich gleichen Interessen anschließen. Hochleistungsmotivierte oder sportbegeisterte Jugendliche hingegen suchen nach Ihresgleichen (vgl. Settertobulte 2008, S. 216).

„Der Einfluss der Gleichaltrigengruppe auf gesundheitsrelevantes Verhalten von Jugendlichen stellt sich als überaus komplexes Geschehen dar, das von einer Vielzahl von Faktoren graduell unterschiedlich stark beeinflusst wird“ (ebd. S. 222). Wie bereits angeführt finden sich Freundesgruppen aufgrund ähnlicher Interessen und Orientierungen. Jugendliche richten ihr individuelles Verhalten auf bzw. orientieren dieses entsprechend ihrer subjektiven Vorstellung, wie normales Verhalten in der entsprechenden Gruppe sei. Dieses Verhalten kann sowohl der Gesundheit der Jugendlichen zuträglich als auch abträglich sein. Wenn also Jugendliche der Meinung sind, dass Zigaretten rauchen und Alkohol trinken zur Gruppennorm gehört, werden sie diese Substanzen auch selber

konsumieren. Wobei die subjektive Vorstellung der Jugendlichen über „normales Verhalten“ innerhalb der Freundesgruppe nicht mit den realen Gruppentatsachen konform gehen muss. Die subjektive Vorstellung der Jugendlichen über Normverhalten ist also nicht explizit in der Gruppe vorhanden, sondern existiert nur in den Köpfen der Jugendlichen. Möglicherweise dient diese imaginäre Gruppennorm dem/der Jugendlichen als Rechtfertigung für ihr eigenes unerwünschtes Verhalten. Einfluss auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bei Jugendlichen hat ebenso die Häufigkeit der Treffen der Freundesgruppe. Denn je öfter sich die Jugendlichen treffen, desto öfter bietet sich die Gelegenheit zum Experimentieren mit Verhaltensweisen, wie beispielsweise besonderen Rauscherfahrten oder exzessivem Alkoholkonsum. Dieser Effekt kommt Besonders dann zum Tragen, wenn sich die Freundesgruppe sehr nahe steht (vgl. ebd. S. 228 ff.).

5.2 Setting - Familie

Die „Familie ist für Jugendliche einer der primären Sozialisationskontexte“ (Grob/Jaschinski 2003, S. 55). Dementsprechend kommt der Familie auch bei der Vermittlung von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen eine tragende Rolle zu. Auf dreierlei Weise beeinflussen Familien die Gesundheit ihre Mitglieder:

- Sie vermitteln ihnen grundlegende Dispositionen (genetische Veranlagung und auch soziale Kompetenzen;
- Sie entwickeln eigene Strategien zur Bewältigung von vorübergehenden oder dauerhaften Gesundheitsproblemen, wobei sie über eine gewisse Erfahrung beim Umgang mit Pflege und Krankheit verfügen;
- Sie leisten emotionale Unterstützung und vermitteln gleichzeitig ein Netzwerk von Beziehungen. Beides trägt zur Verringerung von Stresssituationen bei und hilft bei der Bewältigung von Situationen, in denen die Gesundheit eines Mitgliedes schwach ist oder durch Krankheit bedroht wird (Schnabel 2001, zit. n. Hoz de la 2004, S. 23).

Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der/des Jugendlichen wird durch die Familie direkt durch konkret gesetzte Anweisungen, aber auch indirekt durch das Vorleben des entsprechenden Modells beeinflusst.

Vorbildwirkung haben Eltern für Jugendliche gleichsam wie für Kinder, unter anderem in den Bereichen der Ernährung, der Bewegung, dem Umgang mit Medikamenten, der Handhabung von Gefühlen, Aggressionen und Stress sowie in Bewältigungsstrategien und sozialen Kompetenzen. Eltern üben aber auch einen maßgeblichen Einfluss auf gesundheitsrelevante Einstellungen des/der Jugendlichen aus. Sowohl in Bezug auf den eigenen Körper wie beispielsweise das Selbstwertgefühl, als auch auf Einstellungen, die den Attributionsstil in der Ursachenzuschreibung hinsichtlich verschiedenster Ereignisse kennzeichnet. Je nach Attributionsstil zeigen sich auch Unterschiede in der gesundheitlichen Kontrollüberzeugung, welche wiederum unterschiedliche Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten liefert (vgl. Settertobulte/Palentien 1996, S. 105). Sind diese gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen einmal herausgebildet, so stellen sie „stabile Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsdynamik im weiteren Lebensverlauf dar. Außerdem vermitteln und moderieren sie den Einfluss anderer gesundheitsrelevanter Aspekte auf Gesundheitsstatus und gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen“ (Erhart/Ravens-Sieberer 2008, S. 190).

Familie ist jedoch nicht nur ein Raum, in welchem sich emotionale Nähe, Liebe und Geborgenheit zeigen, sondern auch, wo Interessen und Probleme der einzelnen Familienmitglieder aufeinanderprallen. So kann sich die Partnerschafts- oder Trennungsproblematik der Eltern möglicherweise negativ auf die Gesundheit der Jugendlichen auswirken. Wobei meist nicht die Trennung oder Scheidung an sich problematisch ist, sondern die diesem Schritt vorausgehende partnerschaftliche Zerrüttung. Problematisch kann auch der durch die Scheidung bedingte Umzug in eine andere Wohnung oder einen anderen Wohnort sein, denn dadurch wird der/die Jugendliche aus ihrem/seinen bisherigen Wohnumfeld mit den dazugehörigen unterstützenden Netzwerken herausgerissen, was möglicherweise den Verlust der Netzwerke bedeuten kann. Auch sinkt nach einer Scheidung meist der familiäre Wohlstand (dieser korreliert mit dem Gesundheitsstatus), wie Studien über die finanzielle Lage Alleinerziehender belegen. Werden Jugendliche aus intakten Familien mit Jugendlichen, welchen nur bei ihrer alleinerziehenden Mutter oder in neuen „Patchworkfamilien“, leben verglichen, so zeigt

sich das Letztere ein um das 1,5-fach höhere Risiko für eine niedrigere Gesundheitseinschätzung aufweisen (vgl. Erhart/Ravens-Sieberer 2008, S. 190 ff.; Becker/Klocke 2003, S. 185 ff.).

Negative Folgen für die Gesundheit des/der Jugendlichen zeigen sich auch bei innerfamiliärer Vernachlässigung sowie bei Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene (vgl. Erhart/Ravens-Sieberer 2008, S. 190). Bei Vorfällen dieser Art schweigen Jugendliche und Kinder vielfach darüber aus Angst vor weiteren Verletzungen, aber auch, um nicht einen Zerfall der Familie zu riskieren.

5.3 Setting - Schule und Bildung

Schulen als Bildungs- und Qualifizierungseinrichtung fungieren einerseits als Schulungssystem für den gesellschaftlichen Nachwuchs, andererseits nehmen sie eine Sortierung nach einem gestuften Qualifikationssystem vor. Während der Schulzeit findet meist eine Weichenstellung für den jungen Menschen statt, die entscheidet, welche Position als Erwachsener im sozialstrukturellen Gefüge eingenommen wird. Schule fungiert somit als Selektionsinstrument, sie bestimmt, wer den Anforderungen der Lehrpläne genügt und wem in weiterer Folge welcher Bildungsweg offen steht (vgl. Hurrelmann 2007, S. 82 ff). Denn, „an die Stelle des ständisch geprägten sozialen Vererbungsprinzips (als Reproduktionsmodus des sozialen Status) ist die Auslese durch Bildungsinstitutionen und durch Bildungstitel getreten“ (Ditton 1992, zit. n. Büchner/Krah 2007, S. 125).

Auch ist das österreichische Schulsystem durch frühe und zahlreiche Schnittstellen gekennzeichnet. Die erste „Selektion“ findet bereits in der 4. Schulstufe statt, mit den Optionen des Besuches einer Hauptschule oder einer AHS-Unterstufe. Der nächste Selektionspunkt liegt im Zeitraum der 8. und 9. Schulstufe. Hier können die Jugendlichen, in Abhängigkeit ihrer schulischen Leistungen wohlgeleitet, zwischen den Schulformen der Polytechnischen Schule, der AHS-Oberstufe oder einer berufsbildenden Mittlerin oder Höheren Schule wählen. Schwierige und starre Übergänge innerhalb und zwischen den Ausbildungssystemen bedingen noch zusätzlich, dass viele Jugendliche in die Mühlen der Selektion geraten, sodass in Österreich ca. 80 000 Jugendliche in einem Schuljahr ohne eine über die Pflichtschule hinausgehende abgeschlossene Ausbildung die Schule verlassen (vgl. Knapp 2008a, S. 650 f.).

Für Jugendliche, welche die Pflichtschuljahre absolviert haben, ergibt sich auch die Möglichkeit einer Ausbildung in einem Lehrberuf. Ein geringer Prozentsatz der Jugendlichen schlägt diesen Ausbildungsweg nach Absolvierung der Matura ebenso ein wie Jugendliche, die meist bedingt „durch Selektionsprozessen“ eine weiterführende Schule abgebrochen haben. Die Ausbildung in einem Lehrberuf erfolgt im „Dualen System“, das meint, dass die berufliche Ausbildung in Doppelanbindung an das Bildungs- und das Beschäftigungssystem erfolgt. Die Jugendlichen werden sowohl in einem Lehrbetrieb als auch in einer Berufsschule ausgebildet (vgl. Hurrelmann 2007, S. 87).

Auf die Thematik der sozialschichtspezifischen Unterschiede in den Bildungschancen der Jugendlichen wurde bereits unter Punkt 2 der vorliegenden Arbeit Bezug genommen und soll hier nicht weiter ausgeführt werden.

Der Selektionsdruck der Schulen zeigt sich jedoch auch in einer Erfolgs- oder Misserfolgsbilanzen bei den Jugendlichen. Eine gegebene Misserfolgsbilanz kann sich wiederum auf die physische und psychische Gesundheit der Jugendlichen auswirken. So wird von Jugendlichen auf schwierige schulische Leistungssituationen verstärkt mit körperlichen und psychischen Auffälligkeits- und Belastungssymptomen, Drogenkonsum sowie delinquentem Verhalten reagiert. Schwierige schulische Leistungssituationen bedingen aber auch häufig das Auftreten von psychosomatischen Beschwerden wie Konzentrationsschwierigkeiten, Rückenschmerzen oder Schlaf- und Verdauungsstörungen (vgl. Bilz et al. 2003, S. 246. f.; Hurrelmann 2007, S. 98). Aber nicht nur das Erfahren von Leistungsdruck in der Schule kann als schulbezogener Risikofaktor betrachtet werden, sondern als solcher können auch konfliktbeladene Beziehungsstrukturen zwischen SchülerInnen und/oder SchülerInnen und LehrerInnen gelten. Wobei die Wahrnehmung von Belastungen im Kontext Schule immer davon abhängt, ob entsprechende Kompensationsmöglichkeiten, sprich Ansprechpersonen, die Unterstützung bieten, vorhanden sind. Unterstützung sollte sowohl bei der Bewältigung schulischer Leistungsanforderungen als auch beim Bestehen im sozialen Miteinander der MitschülerInnen, gegeben sein (vgl. Bilz/Melzer 2008, S. 163 ff.). Dür und Griebler (vgl. 2007, S. 549) führen hierzu an, dass Jugendliche bzw. SchülerInnen generell, welche ausreichend Unterstützung durch ihre MitschülerInnen und LehrerInnen erfahren, seltener von psychosomatischen Beschwerden betroffen sind und auch eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen.

Schule ist aber nicht nur in Anbetracht der Leistungs- und Beziehungsstruktur bedeutend für die Gesundheit der Jugendlichen, sondern Beachtung gebührt ebenso den ökologischen Bedingungen der Schule. Diesbezügliche gesundheitliche Risiken können möglicherweise aus einem schlechtem Raumklima, hohem Lärmpegel, biologischen Kontaminationen (z.B. Schimmel) resultieren. Aber auch ergonomisch problematische Sitz und Schreibeinrichtungen nehmen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Jugendlichen (vgl. Dür/Griebler 2007, S. 548). Als Standards für die schulische Raumgestaltung werden von Berry (2002, zit. n. ebd. S. 549) „gute hygienische Bedingungen, hohe Luftqualität, Lärmschutz, gute Lichtverhältnisse, beruhigende Farben und ein angenehmes Raumklima hinsichtlich Temperatur und Feuchtigkeit“ genannt.

5. 4 Setting - Arbeitsstätte

Erwerbs- bzw. Lohnarbeit schaffen für den überwiegenden Teil der Bevölkerung die Grundlage der materiellen Existenzsicherung. Arbeit bildet jedoch auch eine Schlüsselfunktion im Bereich der sozialen Positionierung und der gesellschaftlichen Teilhabe in unterschiedlichsten Lebensbereichen wie z.B. Wohnen, Bildung, Beteiligung am kulturellen und politischen Leben, Freizeitgestaltung, Gesundheit etc. Arbeit strukturiert auch den Alltag und gibt die Möglichkeit, soziale Beziehungen und Formen persönlicher Anerkennung zu erfahren. Vor allem für Jugendliche ist der gelingende Übergang von Bildungs- und Ausbildungsprozessen in die Arbeitswelt von zentraler Bedeutung, nicht zuletzt in Anbetracht der Entwicklungsaufgaben, die sich in dieser Lebensphase stellen (vgl. Knapp 2008b, S. 326). Im Zeitalter der „Risikogesellschaft“ ist jedoch für Jugendliche „keine sozial und zeitlich klar strukturierte und berechenbare Berufslaufbahn mehr zu erwarten, sondern unsichere und unvorhersehbare, manchmal zufällige und sprunghafte Beschäftigungsangebote, die ein hohes Ausmaß an Improvisation und Eigenorganisation voraussetzen“ (Hurrelmann 2007, S. 92). Der Übergang vom Schul- und Bildungssystem in den Beruf wird somit für immer mehr Jugendliche durch Erwerbslosigkeit, Zwischenbeschäftigungen sowie Warteschleifen geprägt (vgl. ebd. S. 328).

Nach einer gelungenen Einmündung in die Arbeitswelt kann auch diese als Belastungsfaktor für die Gesundheit fungieren. Gesundheitliche Belastungen, welche sich im Kontext der Arbeitswelt ergeben, können sich in Form von physischer Belastung, z.B. einseitige Muskelbelastung, sowie durch psychische Belastung, z.B. monotone

Arbeitstätigkeit, Zeitdruck, Über-Unterforderung mit der Arbeitssituation, Konflikte mit den Arbeitskollegen, ergeben. Als bedeutend erweisen sich auch Einflüsse am Arbeitsplatz wie z.B. Lärm-, Hitzeeinwirkung, Beleuchtung, Zugluft, welche sowohl auf das physische wie psychische Wohlbefinden während der Arbeitszeit wirken. Vor allem durch ökonomische Überlegungen bedingte betriebliche Rationalisierungsprozesse und die dadurch bedingte Arbeitsplatzunsicherheit stehen in Zusammenhang mit der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen. Denn die Arbeitsplatzunsicherheit fungiert möglicherweise als Auslöser von Stressreaktionen, welche wiederum an der Entstehung eine Reihe von Erkrankungen beteiligt sind (vgl. Marzinik 2007, S. 24). Die gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit zeigen sich sehr problematisch, wie folgende Ausführungen belegen.

5.4.1 Problematik der Arbeitslosigkeit

„Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit werden als kritisches Lebensereignis aufgefasst, das die Bewältigungsressourcen eines Individuums bei der Arbeitsplatzsuche in besonderer Weise beansprucht“ (Kieselbach/Beelmann 2006, S. 17 f.). Arbeitslosigkeit bedingt vielfach die Minderung des sozialen Status, führt möglicherweise zu einem Gefühl des persönlichen Versagens und zu gesundheitlicher Beeinträchtigung, welche umso deutlicher wird, je länger die Arbeitslosigkeit andauert. Länger anhaltende Arbeitslosigkeit führt auch zu einer Beeinträchtigung des Familienlebens, sodass es zu gestörten innerfamiliären Rollenverhältnissen kommt und infolge zu überproportional häufig auftretenden Familienkonflikten (vgl. Hoz de la 2004, S. 19). Vor allem die Arbeitslosigkeit des Vaters in Familien mit geringem Bildungsniveau bedingt innerfamiliäre Familienkonflikte und Gewalthandlungen. In weiterer Folge besteht bei Kindern und Jugendlichen, welche unter solchen familiären Verhältnissen aufwachsen, ein erhöhtes Risiko, dass sie selbst in der Schule gewalttätig werden (vgl. Knapp 2008b, S. 338).

Sind Jugendlichen selber von Arbeitslosigkeit betroffen, so werden ihnen die entwicklungsfördernden Funktionen von Arbeit, wie beispielsweise Sinnstiftung, Zeitstrukturierung, Identitätsbildung, soziale Kontaktmöglichkeiten, mit der Vorenthaltung von Arbeit genommen (ebd. S. 27). Der psychosoziale Stress in der Arbeitslosigkeit wiederum bedingt oftmals den Verlust an längerfristigen Perspektiven, welche ein

essenzielles Element einer gesunden Lebensführung darstellt. Perspektivenlosigkeit kann wiederum zu einem risikoreichen Gesundheitsverhalten führen. Diesbezügliche Ergebnisse zeigte die Untersuchung von Hammarström/Janlert (2002), die bei arbeitslosen Jugendlichen einen gesundheitsriskanteren Lebensstil bezüglich Rauchen, Alkoholkonsum, Schlafgewohnheiten und Mangel an sportlicher Aktivität nachwies. Die Autoren verweisen weiters darauf, dass gesundheitliche Folgeerscheinungen eines solchen riskanten Lebensstils möglicherweise erst deutlich später auftreten. Arbeitslose Jugendliche tragen somit ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Folgeschädigung im Erwachsenenalter (vgl. ebd. S. 20 ff.).

Wobei, wie Salzmann (2004, S. 93) betont, Arbeitslosigkeit „die Jugendlichen nicht erst bei ihrem Versuch, in die Berufswelt einzutreten bedroht, sondern (diese) ergreift sie bereits durch die Arbeitslosigkeit der Eltern bei ihren kindlichen sozialisations- und Bildungsprozessen, was wiederum dazu führen kann, dass sie für den Berufseintritt schlechtere Chancen vorfinden“.

Lödige-Röhrs und Lünser (1998, vgl. ebd. S. 22) zeigten diesbezüglich auf, dass Kinder und Jugendliche aus Familien, welche starke finanzielle Einbußen meist als Folgeerscheinung von Arbeitslosigkeit hinnehmen mussten, häufiger depressiv und misstrauisch waren, häufiger selbstabwertende Äußerungen tätigten, ein deutlich geringeres Selbstwertgefühl hatten und weniger in der Lage waren, Stress zu bewältigen.

Auch werden Ängste und depressive Verstimmungen der Eltern, bedingt durch die Arbeitslosigkeit, auf ihre Kinder und Jugendliche übertragen und wirken somit negativ auf deren Gesundheitsbefinden (vgl. Knapp 2004, S. 83 ff.).

Der Verlust des Arbeitsplatzes kann umso leichter bewältigt werden, je stärker ein stützendes soziales Umfeld gegeben ist. Dies gilt im Besonderen für arbeitslose Jugendliche, wie Beelmann (2003 zit. n. Kieselbach/Beelmann 2006, S. 19) betont, denn diese „haben eher dann eine positive, optimistische Zukunftsorientierung, wenn sie durch ihr Umfeld soziale Unterstützung erfahren“.

II EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

Wurde im theoretischen Teil der Arbeit die Komplexität von Gesundheit und das Spezifikum der Lebensphase Jugend, mit ihren Besonderheiten in Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und gesundheitsbeeinflussenden Settings dargelegt, so wird nun im empirischen Teil auf die Forschungsergebnisse der empirischen Untersuchung „Jugend und Gesundheit“ eingegangen.

6. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG

Das Ziel der empirischen Arbeit ist die Gewinnung von repräsentativen Daten zur Gesundheit der Jugendlichen in der Steiermark. Im Besonderen soll die subjektive Einschätzung des Gesundheitsbefindens und des Gesundheitsbewusstseins sowie die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Jugendlichen untersucht werden. Diesbezügliche Unterschiede bedingt durch das Geschlecht und das Alter der Jugendlichen stehen ebenso im Fokus der Untersuchung wie Unterschiede, welche auf den Sozialgradienten basieren.

Ziel der Ergebnisdarlegung:

- Gesundheitsberichterstattung: Diese soll besonders vehement umgesetzt werden, da Jugendliche durch die Auseinandersetzung oder Konfrontation mit den aktuellen Untersuchungsergebnissen möglicherweise zu einer reflexiven Betrachtung der eigenen Gesundheit angeregt werden;
- Schaffung neuer oder auch erstmaliger Referenzdaten für wichtige gesundheitsrelevante Messgrößen: so etwa im Bereich des Gesundheitsbewusstseins der Jugendlichen oder Daten zur Selbstverletzung bei Jugendlichen;
- Bezugsdaten für gesundheitspolitische Maßnahmenetzung: insbesondere für schulspezifische Interventionen;

- Ansatzpunkte für die Konzeptentwicklung im Rahmen der sozialpädagogischen Gesundheitsförderung;

Entsprechend der Zielsetzung der empirischen Untersuchung werden folgende Kernfragestellungen formuliert:

Fragestellungen der empirischen Untersuchung

1 Wie schätzen Jugendliche subjektiv ihren Gesundheitsstatus ein?

2 Welche Tendenzen zeigen Jugendliche in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen?

3 Über welches Gesundheitsbewusstsein verfügen Jugendliche?

4 Welchen Einfluss nehmen gesundheitsrelevante Settings auf die Gesundheit des/der Jugendlichen?

5 Welche Probleme und/oder Sorgen (als mögliche Stressoren für die Gesundheit) belasten Jugendliche?

6 Welche Unterschiede zeigen sich in den genannten Fragestellungen in Bezug auf das Geschlecht, das Alter und die besuchte Schulform der Jugendlichen?

7 Welche Unterschiede zeigen sich in den genannten Fragestellungen in Bezug auf die sozioökonomische Stellung der Jugendlichen?

Die Fragestellung Nummer 7 kann auch als bereits in Fragestellung Nummer 6 inkludiert betrachtet werden, da in der empirischen Untersuchung Jugendliche aus drei verschiedenen Schularten einbezogen wurden, welche, wie Nickel et al. (vgl. 2008, S. 64) anführen, auch als persönliche Statusindikatoren der Jugendlichen betrachtet werden können.

Im theoretischen Teil der Arbeit wurde unter anderem von Richter (vgl. 2008, S. 18) thematisiert, dass Jugend und Gesundheit eine sehr komplexe und von vielen Einflüssen bedingte Konstellation darstellt. Forschungsergebnisse zu dieser Thematik sind auch vielfach von den in Beziehung gesetzten Indikatoren und dem Untersuchungsschwerpunkt abhängig. Auf diesen Überlegungen basierend, wird in der Untersuchung auf die Generierung von gerichteten Hypothesen zur Überprüfung der sieben Fragestellungen verzichtet und lediglich die Annahme zu Grunde gelegt, dass es Unterschiede zwischen den einzelnen Jugendgruppen gibt. Auch untersteht die empirische Untersuchung dem *Prinzip der Offenheit*. „Dieses Prinzip besagt, dass er/sie (der/die ForscherIn) nicht mit vorgefassten Meinungen in die Datenerhebung eintreten darf; insbesondere dürfen nicht in Hypothesen vorab festgeschriebene Behauptungen und Definitionen zum Maßstab der Datensammlung gemacht werden. Die Aufmerksamkeit soll vielmehr offen sein für die Wahrnehmung der Situationsdefinitionen, wie sie für die im Untersuchungsfeld alltäglichen Handelnden gelten“ (Kromrey 2002, S. 30).

7 METHODISCHE VORGEHENSWEISE

Die empirischen Ergebnisse der Untersuchung basieren auf eine steiermarkweit durchgeführte Fragebogenerhebung von Jugendlichen.

Die Arbeit unterliegt vorrangig dem quantitativen Forschungsparadigma. Einige wenige Untersuchungsbereiche (Fragestellungen mit offener Antwortmöglichkeit) wurden zusätzlich mittels qualitativen Vorgehens ausgewertet.

Quantitative Forschung impliziert, dass die interessierenden Sachverhalte aus einem spezifischen Ausschnitt der Realität operationalisiert (= Verknüpfung von Begriffen mit Sachverhalten durch Korrespondenzregeln) werden, und durch deren Messung (= Zuordnung von Zahlen zu Objekten) darstellbar gemacht werden. Die Entscheidung die Methode der quantitativen Forschung in der vorliegenden Untersuchung primär einzusetzen findet ihre Begründung in der Standardisierung des Untersuchungsvorganges zum Zwecke der leichteren und zeitminimierenden Durchführung sowie einer effektiveren Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse. Als Messinstrument wurde in der Untersuchung der Fragebogen eingesetzt, da die Fragebogenerhebung Distanz zum/zur ForscherIn schafft und Anonymität gewährleistet. Dies erleichtert vor allem bei heiklen

Fragestellungen, wie sie in der Untersuchung gegeben sind, die Beantwortung, da nicht jede/r problemlos über subjektives Gesundheitsbefinden berichten kann oder möchte. Auch zeigt sich bei der Fragebogenerhebung vorteilhaft, dass diese im Vergleich zu anderen Erhebungsmethoden eine geringe Kostenintensität zeigt und auf steuernde Eingriffe im Zuge des Erhebungsverfahrens des/der UntersuchungsleiterIn verzichtet werden kann (vgl. Bortz/Döring 2002, S. 139 ff., Kromrey 2002, S. 183 f.).

Einwänden, dass der quantitative Forschungsansatz als „partikulär“ zu betrachten sei, oder entgegen dem holistischen qualitativen Ansatz als defizitär gelte, soll die Aussage von Bortz und Döring (2002, S. 298) entgegengehalten werden, welche meinen: „Statistiken sind aus dem Alltag nicht wegzudenken, sie prägen unsere Wahrnehmung der Wirklichkeit und legitimieren politische Entscheidungen“. Keinesfalls soll jedoch ausgeschlossen werden, dass evt. nachfolgende Untersuchungen zu der beforschten Thematik auf qualitativer Basis ergänzende Ergebnisse erzielen.

7.1 Die an der Untersuchung teilnehmenden Schulen

Die Stichprobenrekrutierung erfolgte aus den vier Schulformen (drei Schularten):

- Polytechnische Schulen,
- Berufsschulen,
- Gymnasien der 5. Schulklasse,
- Gymnasien der 8. Schulklasse.

Die Stichprobenziehung wurde mittels Zufallsauswahl aus den genannten Schulformen vorgenommen, wobei insgesamt 24 Schulen, von jeder Schulform sechs (geschichtete Stichprobenziehung), rekrutiert wurden. Die Schulklasse, in welcher die Untersuchung durchgeführt wurde, wurde von den jeweiligen DirektorInnen der ausgewählten Schule bestimmt. Die an der Untersuchung teilnehmenden Schulen sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Bei der Rekrutierung der teilnehmenden Schulen für die Untersuchung wurden von jedem Schultyp auch zwei Schulen als Ersatz für den Fall gewählt, dass eine Direktion gegen die Durchführung an ihrer Anstalt Einwände erhebt. Da von der Direktion des BG/BRG Graz,

Lichtenfelsgasse (Lichtenfelsgasse 3-5, 8010 Graz) keine Zustimmung für die Untersuchungsdurchführung erteilt wurde, wurden die beiden ersatznominierten Schulen BORG Bad Radkersburg (Neubaustraße 9, 8490 BG/BRG) und Mürzzuschlag (Roseggergasse 10, 8680 Mürzzuschlag) um eine Teilnahme bei der Untersuchung gebeten. Vom BG/BRG Mürzzuschlag gab es eine Ablehnung, somit wurde das BORG Bad Radkersburg in die Untersuchung einbezogen.

Tabelle 1: Schulen welche an der Untersuchung teilgenommen haben (2008)

	Schule	Adresse	Frageb.
Polytechnische Schulen:	Polyt. Schule Feldbach	Mozartweg 2, 8330 Feldbach	27
	Polyt.Schule Gratkorn	Dr. Karl-Rennerstraße 47, 8101 Gratkorn	19
	Polyt. Schule Hartberg	Edelseegasse 18, 8230 Hartberg	15
	Polyt. Schule Kapfenberg	Wienerstraße 23, 8605 Kapfenberg	23
	Polyt. Schule Leibnitz	Karl-Morre-Gasse 14, 8430 Leibnitz	21
	Polyt. Schule Murau	Bundesstraße 11, 8850 Murau	23
Berufs-Schulen:	LBS Bad Radkersburg	7-9, 8490 Bad Radkersburg	18
	LBS Fürstenfeld	Gürtelgasse 8, 8280 Fürstenfeld	18
	LBS Gleinstätten	Gleinstätten 180, 8443 Gleinstätten	16
	LBS 7 Graz	Hans-Brandstetter-Gasse 12, 8010 Graz	29
	LBS 9 Graz	Hans-Brandstetter-Gasse 12, 8010 Graz	24
	LBS Mureck	Hauptplatz 6, 8480 Mureck	26
Gymnasien, 5. Schulstufe:	BORG Deutschlandsberg	Lagergasse 11, 8530 Deutschlandsberg	25
	BG/BRG Gleisdorf	Dr. Hermann-Hornungg. 19, 8200 Gleisdorf	19
	BG/BRG Judenburg	Lindfeldgasse 10, 8750 Judenburg	22
	BG/BRG Knittelfeld	Kärntnerstraße 5, 8720 Knittelfeld	27
	Privatgym.Sacre Coeur	Petersgasse 1, 8010 Graz	21
	ORG Ursulinen, Graz	Leonhardstraße 62, 8010 Graz	19
Gymnasien, 8. Schulstufe:	BG/BRG Eisenerz	Hieflauerstraße 89, 8790 Eisenerz	21
	BORG Feldbach	Pfarrgasse 6, 8330 Feldbach	22
	BG/BRG Kapfenberg	Wienerstraße 123, 8605 Kapfenberg	16
	BRG Graz, Keplerstraße	Keplerstraße 1, 8020 Graz	17
	BG Graz, Marschallgasse	Marschallgasse 19-21 8020 Graz	9
	BORG Bad Radkersburg	Neubaustraße 9, 8490 Bad Radkersburg	28

7.2 Beschreibung des Datenerhebungsinstrumentes

Der in der vorliegenden Untersuchung verwendete Fragebogen wurde in Anlehnung an den in deutscher Fassung standardisierten Fragebogen der Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC-Studie - Deskription siehe Punkt 3.3.1.1), sowie unter Bezugnahme auf themenspezifische Fachliteratur konzipiert.

Der Fragebogen umfasst 10 Din_A-4 Seiten (siehe Anhang). Auf der ersten Seite des Fragebogens befindet sich eine Instruktion, welche die Thematik der Untersuchung sowie eine Unterweisung für die Ausfüllung des Fragebogens darlegt. Der Fragebogen kann somit ohne der Hilfe von dritten Personen ausgefüllt werden.

Der Fragebogen gliedert sich in folgende Kategorien mit den entsprechenden Unterbereichen:

- subjektive Gesundheitseinschätzung:

mit Items zu den Bereichen:

- Gesundheitszustand,
- Lebenszufriedenheit,
- psychosomatische Beschwerden,
- Verletzungen und chronische Erkrankung;

- gesundheitsrelevante Verhaltensweisen:

mit Items zu den Bereichen:

- Ernährungsverhalten,
- Körpergröße und -gewicht,
- körperliche Aktivität,
- Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Drogen),
- Medikamentenkonsum,
- Schlafdauer,
- Zahnpflege,
- Selbstverletzung,

- Verhütung;
- gesundheitsrelevante Faktoren:

mit Items zu den Bereichen:

- subjektive Einschätzung des Gesundheitsbewusstseins,
- erfahrene Gewalthandlungen,
- Unterstützung und Beeinflussung durch den Freundeskreis,
- Unterstützung und Beeinflussung durch die Familie,
- Belastung, Unterstützung und Beeinflussung durch den Kontext Schule,
- Belastung, Unterstützung und Beeinflussung durch den Kontext Arbeit,
- Beeinflussung und Konsum von Medien,
- Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld,
- belastende Probleme und Sorgen;

- Soziodemographische Daten:

mit Items zu den Bereichen:

- Alter,
- Geschlecht,
- Staatsbürgerschaft,
- Wohnort,
- besuchte Schulform,
- höchster Schulabschluss der Eltern;

Die Fragenformulierung erfolgte zum Großteil in geschlossener Form, also mit bereits vorgegebenen Antwortalternativen. Bei den Fragestellungen mit offener Antwortmöglichkeit war für die Antwortformulierung ein „offenes“ Textfeld vorgegeben. Im Fragebogen wurden die Fragestellungen in den Kategorien subjektive Gesundheitseinschätzung und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (außer Fragestellungen zu Ernährungsverhalten, Selbstverletzung und Heroin/Ecstasy/andere Drogen) direkt aus der HBSC-Studie übernommen. Bei den Fragestellungen in der Kategorie gesundheitsrelevante Faktoren findet sich ansatzweise eine Anlehnung an die HBSC-Studie.

Der Fragebogen wurde vorab mit Jugendlichen im befreundeten Umfeld pilotgetestet, wodurch einige kleine Änderungen angebracht wurden.

7.3 Durchführung der Datenerhebung

Die Durchführung der Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von März bis April 2008.

Für die Durchführung der Fragebogenuntersuchung wurde eine Genehmigung vom Landesschulrat für Steiermark (Körblergasse 23, 8011 Graz) eingeholt, welche nach genauer Prüfung des Vorhabens und des Untersuchungsinstrumentes erteilt wurde.

Nach der Auswahl der Schulen für die Teilnahme an der Untersuchung wurde von der Untersuchungsleiterin mit der Direktion der Schulen per Telefon Kontakt aufgenommen, das Ziel und das Prozedere der Untersuchung erklärt und um die Erlaubnis der Durchführung gebeten. Nach Möglichkeit wurde mit den DirektorInnen vereinbart, dass die Fragebögen und eine Durchführungsinstruktion den Schulen mittels Postweg oder persönlich von der Untersuchungsleiterin übermittelt werden und die Fragebogenuntersuchung die schuleigenen Lehrpersonen durchführen. Von den 24 an der Untersuchung teilnehmenden Schulen erklärten sich für diese Durchführungsart 12 Schulen bereit. Bei den restlichen Schulen wurde von der Direktion die Anwesenheit der Untersuchungsleiterin bei der Fragebogenerhebung gewünscht. Mit diesen 12 Schulen wurde nach telefonischer Terminvereinbarung die Untersuchung von der Untersuchungsleiterin durchgeführt. Die Befragung fand in 23 der 24 teilnehmenden Schulen als Gruppenbefragung im Klassenzimmer innerhalb einer Unterrichtsstunde statt. Für die Untersuchung wurde ca 45 Minuten an Zeit eingeräumt. Wobei sich zeigte, dass einige UntersuchungsteilnehmerInnen bereits nach ca. 15 Minuten mit der Ausfüllung des Fragebogens fertig waren und einige mehr als 30 Minuten daran arbeiteten. Die Fragebogenerhebung erfolgte in allen Schulen anonym und auf freiwilliger Basis. Die Rückgabe der Fragebögen erfolgte bei der Durchführung durch die Untersuchungsleiterin mittels Einwurf in einen Sammelkarton. Bei den Untersuchungen welche von den schuleigenen Lehrkörpern durchgeführt wurden, erfolgte die Sammlung der Fragebögen in einem Umschlag und die umgehende Retournierung dieser mittels Postweg an die Untersuchungsleiterin oder persönlicher Abholung durch die Untersuchungsleiterin. Beim

BG Graz-Marschallgasse wurden die Fragebögen an die Schüler der 8. Schulklasse ausgegeben, mit der Bitte, diese in ihrer Freizeit auszufüllen und an die Schule zu retournieren.

Insgesamt wurden für die empirische Untersuchung 550 Fragebögen, entsprechend der Schüleranzahl in den einzelnen Schulklassen der Schulen, ausgegeben. Hiervon erfolgte ein Rücklauf von 520 Fragebögen, dies entspricht einer Rücklaufquote von 94,5%.

7.4 UntersuchungsteilnehmerInnen

An der Untersuchung haben insgesamt 520 Jugendliche aus der gesamten Steiermark teilgenommen. Von den 520 erhobenen Fragebögen wurden 17 Fragebögen nicht in die Auswertungsdaten der Untersuchung aufgenommen. Begründung findet das Vorgehen dahingehend, dass die Untersuchungsergebnisse für Jugendliche aus der Steiermark gültig sein sollen. Somit wurden SchülerInnen ausgeschlossen, welche zwar in der Steiermark eine der berücksichtigten Schulformen besuchen, aber nicht ihren Wohnort in der Steiermark haben. Ebenso wurden einige Fragebögen aufgrund des Nichtentsprechens der Altersvorgabe ausgeschlossen. Auch wurden einige wenige Fragebögen, die im Sinne von „fakes“ offensichtlich falsch ausgefüllt worden waren, bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Somit wurden in die Auswertung der empirischen Untersuchung die Fragebögen von 503 Jugendlichen einbezogen.

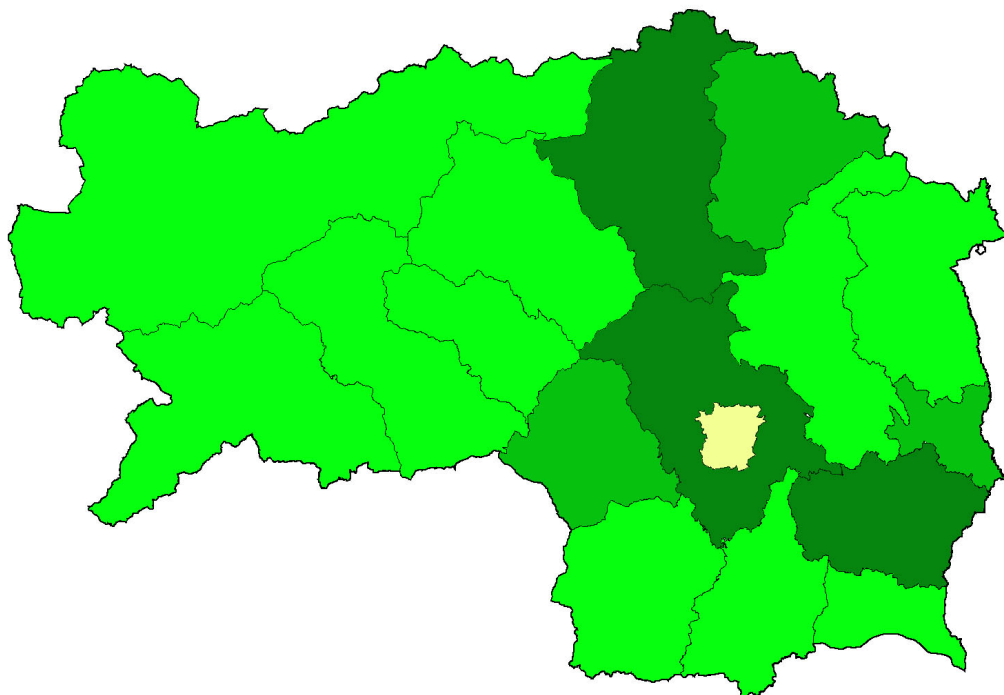
Dieses Sample verteilt sich auf 57,7% Mädchen und 42,3% Burschen. Der Anteil der Jugendlichen in der Untersuchung, welche keine österreichische Staatsbürgerschaft aufweisen, liegt bei 5,2%. Altersmäßig umfasst das Sample 14-20- jährige Jugendliche, die in zwei Gruppen eingeteilt wurden. Einmal in die Gruppe der 14-16- Jährigen und einmal in jene der 17-20- Jährigen. Dabei wird die Altersgruppe der 14-16- Jährigen (41,5% des Samples) von den Jugendlichen gebildet, die ein Gymnasium in der 5. Klasse oder eine polytechnische Schule besuchen. Die Altersgruppe der 17-20- Jährigen (48,5% des Samples) umfasst die Jugendlichen welche eine Berufsschule oder ein Gymnasium in der 8. Klasse besuchen. Die prozentmäßige Verteilung der Jugendlichen auf die vier Schulformen ist in Tabelle 2 dargestellt und umfasst ca. je ein Viertel aller Teilnehmer. Geographisch betrachtet, erstreckt sich das Sample über alle 17 Bezirke der Steiermark,

wie in Abbildung 9 ersichtlich ist. Bedingt durch die Zufallsauswahl der Schulen sind aber nicht alle Bezirke in der Untersuchung gleich stark repräsentiert.

Tabelle 2: Aufteilung des Samples nach Geschlecht und Schultyp (2008)

Geschlecht		Schultyp				Gesamt
		Polytechnische Schulen	Berufsschulen	Gymnasien 5. Klasse	Gymnasien 8. Klasse	
Jungen	n	79	49	42	43	213
	%	15,7	9,7	8,3	8,6	42,3
Mädchen	n	47	82	91	70	290
	%	9,3	16,3	18,1	13,9	57,7
Gesamt	n	126	131	133	113	503
	%	25	26	26,4	22,5	100

Abbildung 9: Aufteilung des Samples nach geografischer Herkunft (2008)



(Legende zur Steiermark-Karte findet sich im folgenden Absatz; Karte entnommen aus: www.gis.steiermark.at)

Abbildung 9 zeigt die prozentmäßige Verteilung des Samples auf die einzelnen Bezirke, differenziert mittels unterschiedlicher Farbgebung. Die Landeshauptstat Graz (grüngelb

eingefärbt) stellt mit 12,5% den größten Anteil an UntersuchungsteilnehmerInnen. Aus den dunkelgrün eingefärbten Bezirken kommt jeweils ein Anteil zwischen 9,1 und 11,7% des Samples. Bei den hellgrün eingefärbten Bezirken liegt dieser Anteil bei 3,8-7,2% und bei den mittelgrün eingefärbten zwischen 1%-1,2%. Die exakte Zuordnung der jeweiligen Prozentsätze zu den Bezirken findet sich in Tabelle 3.

Tabelle 3: Prozentmäßige Verteilung des Samples auf die einzelnen Bezirke (2008)

Bruck/Mur	9,1%	Leibnitz	6,6%	Murau	5,2%
Deutschlandsberg	5,4%	Leoben	4,2%	Mürzzuschlag	1%
Feldbach	11,7%	Liezen	4%	Radkersburg	3,8%
Fürstenfeld	1,2%	Hartberg	4,2%	Voitsberg	1,2%
Graz	12,5%	Judenburg	4,2%	Weiz	6%
Graz-Umgebung	10,5%	Knittelfeld	7,2%		

7.5 Grundgesamtheit der empirische Untersuchung

Die Grundgesamtheit für die empirische Untersuchung bilden alle Jugendlichen, welche in der Steiermark eine Polytechnische Schule, eine Berufsschule in der dritten Schulklasse, oder ein Gymnasium in der fünften oder achten Schulklasse besuchen. Das sind zum Zeitpunkt der Untersuchung **ca. 16.000 Jugendliche**, wobei die Gesamtzahl aller Jugendlichen, welche die genannten Schulformen (Einbezug aller Schulklassen) besuchen, bei 51.676 liegt.

Die Grundgesamtheit wird mit einer ca. gesetzten Zahl ausgedrückt, da es im Bereich der Berufsschulen keine differenzierten Zahlen für die einzelnen Jahrgänge gibt. Es stehen nur die Gesamtzahl der BerufsschülerInnen sowie die SchülerInnenanzahl der ersten Berufsschulklassen zu Verfügung. Die SchülerInnenzahl gesplittet nach dem Geschlecht liegt nur für das Gymnasium vor, bei den Polytechnischen Schulen und den Berufsschulen werden keine diesbezüglichen Daten ausgewiesen. Demzufolge kann keine Aufstellung der Grundgesamtheit in Bezug auf das Geschlecht erfolgen. Die Grundgesamtheit der empirische Untersuchung verteilt sich auf 48 Gymnasien, 51 Polytechnische Schulen (selbstständige und angeschlossene Schulen) und 21 Berufsschulen. Der Prozentsatz

bezogen auf die Gesamtschülerzahl, mit welchem die einzelnen Schulformen im Sample vertreten sind, ist in Tabelle 4 aufgelistet.

Tabelle 4: Prozentsatz von der Gesamtschülerzahl, mit welchem die einzelnen Schulformen im Sample vertreten sind (2008)

SCHULFORM	GESAMTSCHÜLER ZAHL	UNTERSUCHUNGS- TEILNAHME	PROZENTSATZ
Polytechnische Schulen	2715	126	4,6%
Berufsschulen	ca. 6943	132	ca. 1,9%
Gymnasium 5. Schulklasse	3321	133	4%
Gymnasium 8. Schulklasse	2945	113	3,8%
Schulen gesamt	ca. 16000	503	ca. 3,2 %

7.6 Repräsentativität der empirischen Untersuchung

Die gewählte Stichprobe kann als ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit aufgefasst werden, demzufolge können die empirischen Ergebnisse der Untersuchung auf die Population umgelegt werden.

8 STATISTISCHE AUSWERTUNG UND DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Die Auswertung der empirisch erhobenen Daten erfolgte mittels des SPSS-Softwareprogramms Version 14. Wie oben bereits erläutert wurde, wurden bei der Datenverarbeitung 17 Fragebögen ausgeschieden. Bei der Beantwortung der offenen Frageformulierungen in der Untersuchung spiegelte sich die Erkenntnis von Bortz und Döring (2005 S. 255) wieder. Diese meinen, dass „bei offenen Frageformulierungen (...) damit zu rechnen (ist), dass Befragte aus Angst vor Rechtschreibfehlern oder stilistischen Mängel nur kurze, unvollständige Antworten formulieren. Für die Auswertung ergibt sich zudem das Problem der Lesbarkeit von Handschriften“.

Die Auswertung der empirischen Untersuchungsdaten basiert auf deskriptiver Statistik und Inferenzstatistik. Für die Unterschieds- und Zusammenhangsberechnungen wurden, entsprechend den vorliegenden Voraussetzungen, parametrische und nicht-parametrische Testverfahren gewählt. Für die Unterschiedshypothesen wurden der Chi²-Test, der Mann-Whitney U-Test, der Kruskal-Wallis Test sowie der t-Test für unabhängige Messungen und die Univariate-Varianzanalyse herangezogen. Zur Überprüfung der Zusammenhangshypothesen wurde die bivariate Korrelation verwendet.

Bei den wenigen Erhebungsdaten, bei denen die Voraussetzungen für die Anwendung einer dreifaktorhellen Varianzanalyse gegeben waren, wurde auf den Einsatz dieser verzichtet und dafür eine zweifaktorielle und einfaktorielle Varianzanalyse gerechnet. Begründet wird dieses Vorgehen mit dem Umstand, dass die vier Schulformen als eingebetteter Faktor in der Altersstufe zu setzen sind und somit die Möglichkeit für eine mehrfache Wechselwirkung gegeben war. Diese hätte in der vorliegenden Untersuchung viel Raum für die Interpretation geliefert, ohne jedoch einen zusätzlichen Informationszuwachs über den Berechnungen mittels zweifaktorieller und einfaktorieller Varianzanalyse hinaus zu liefern.

Die Signifikanztestung erfolgte auf dem Niveau von 5%.

Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich an der Reihung der empirischen Fragestellungen in der Untersuchung. Abkürzungen, welche in der Ergebnisdarstellung verwendet wurden, bedeuten:

- sig. = es besteht **ein** Signifikanter Unterschied in den Untersuchungsergebnissen
- n.sig. = es besteht **kein** Signifikanter Unterschied in den Untersuchungsergebnissen
- WW. = Wechselwirkung
- \bar{x} = Mittelwert

Die Bezeichnung „jüngere Jugendliche“ meint Jugendliche im Altersbereich zwischen 14-16 Jahren. Mit „ältere Jugendliche“ ist die Altersgruppe der 17-20- Jährigen gemeint.

8.1 Gesundheitsstatus der Jugendlichen

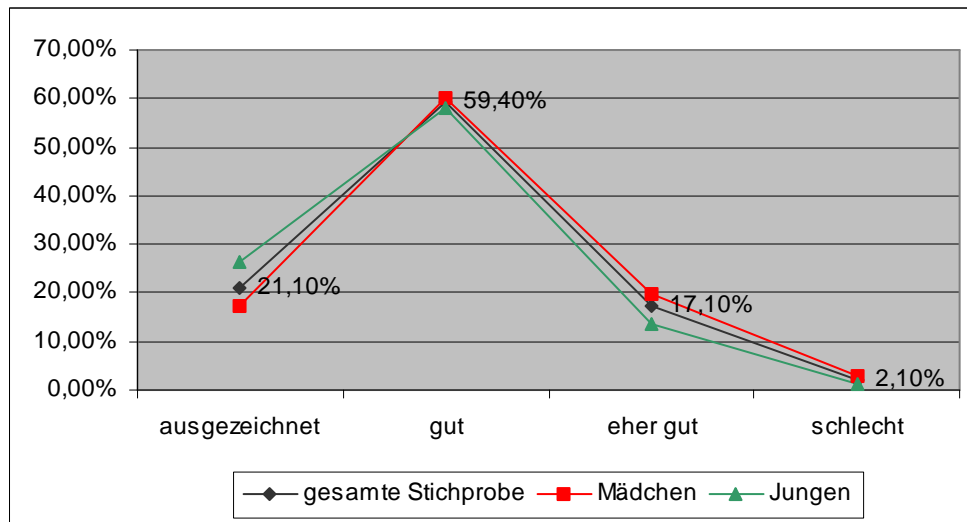
Bei der Untersuchung zum Gesundheitsstatus der Jugendlichen wurden die Bereiche Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit, psychosomatische Beschwerden, chronische Erkrankungen und Behinderungen sowie der Körpergewichtsstatus einbezogen.

8.1.1 Einschätzung der eigenen Gesundheit

Die Gesundheit der Jugendlichen wurde in der Untersuchung durch die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes mittels den vorgegebenen Kategorien: ausgezeichnet = 1, gut = 2, eher gut = 3, und schlecht = 4 erhoben. Gegensätzlich zu klinisch erhobenen Befunden zum Gesundheitszustand werden bei der subjektiven Bewertung sowohl physische, psychische als auch soziale Aspekte von Gesundheit implizit erfasst (vgl. Klimont et al. 2007, S. 13).

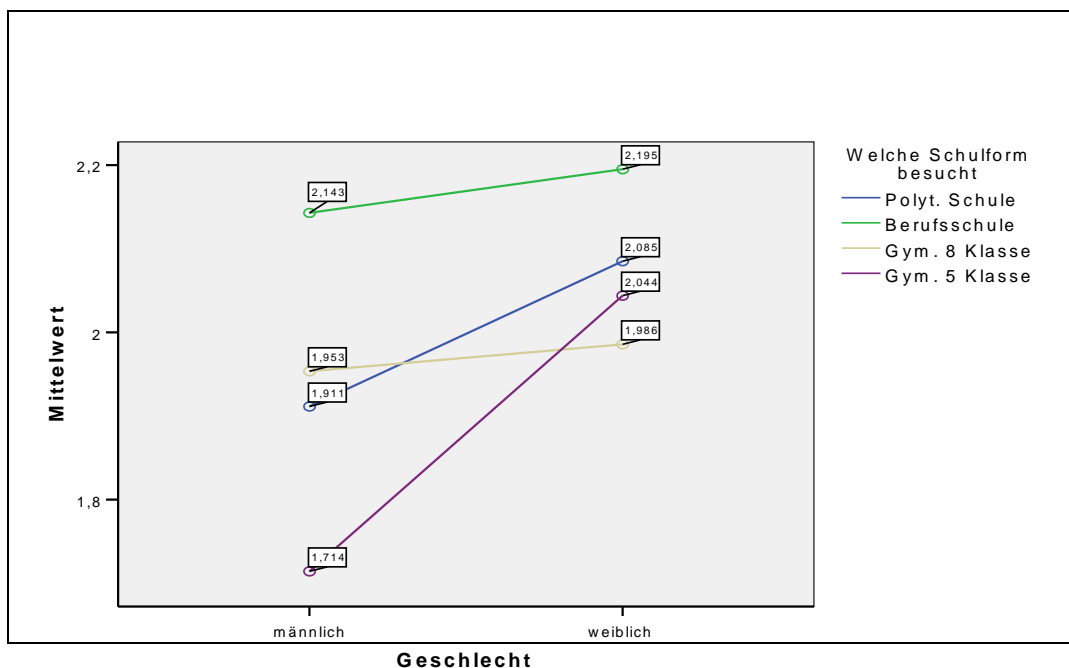
Gemittelt über die vier Kategorien wird der eigene Gesundheitsstatus von den Jugendlichen mit gut ($\bar{x} = 2,02$) bewertet (Jungen $\bar{x} = 1,93$, Mädchen $\bar{x} = 2,08$). Mit der subjektiven Bewertung von ausgezeichnet oder gut schätzen rund 80% der Jugendlichen ihren Gesundheitszustand ein (Jungen = 84,9%, Mädchen = 76,6%). 19,2% der Jugendlichen sind der Meinung, dass ihr Gesundheitszustand eher gut oder schlecht sei (Jungen = 15,1%, Mädchen = 22,4%), siehe Abbildung 10.

Abbildung 10: Subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes, differenziert nach dem Geschlecht (2008)



Insgesamt zeigt sich, dass weibliche Jugendliche ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter einschätzen. Auch bewerten ältere Jugendliche diesen weniger gut als jüngere Jugendliche. Innerhalb der besuchten Schulformen finden sich keine Unterschiede bei der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 26945,5, sig. / Alter: Mann-Whitney-U. = 28708,5, sig. / Schulform – Kruskal-W.₃ = 7,5, n.sig. / Mittelwerte finden sich in Abbildung 12).

Abbildung 11: Subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes, nach Geschlecht und Schulform (2008)



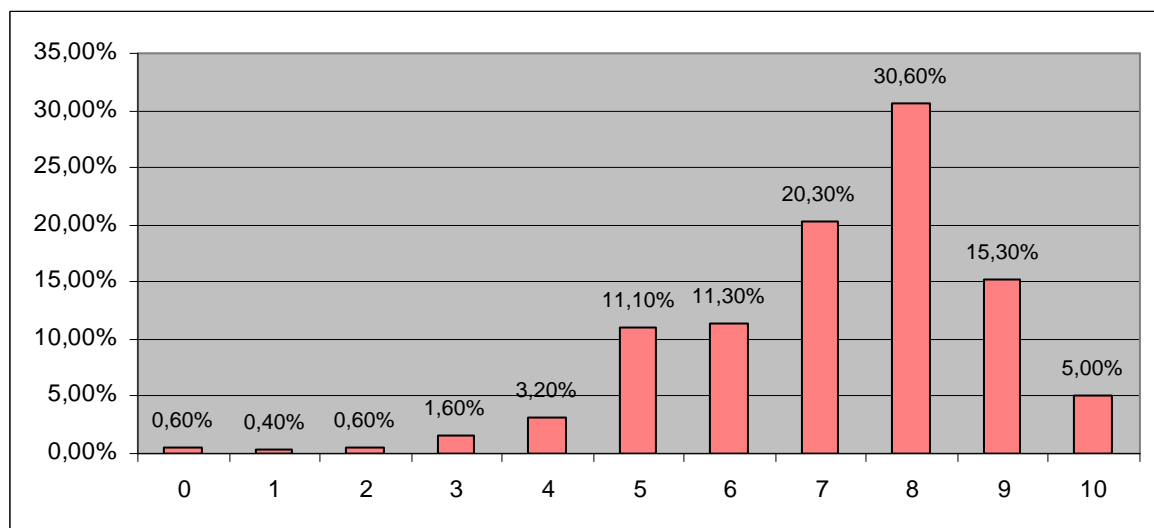
8.1.2 Lebenszufriedenheit der Jugendlichen

Die subjektive Bewertung der eigenen Lebenszufriedenheit „kann als Ergebnis eines Urteilsprozesses aufgefasst werden, in welchem die Bewertung der eigenen Person und des eigenen Lebens einfließen. Der Mechanismus ist dabei eine Art Ist-/Soll- Vergleich zwischen einem als angemessen wahrgenommenen, selbstkonstruierten Standard und der aktuellen Lage“ (Fering et al. 1997, zit. n. Ravens-Sieberer et al. 2003, S. 49).

In der Untersuchung wurde die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen mit der sogenannten Cantrill Leiter (Cantril, 1965) erhoben. Die Cantrill Leiter stellt grafisch eine Leiter mit 10 Sprossen dar, wobei die unterste Sprosse = 0 das schlechteste und die Sprosse 10 das bestmögliche Leben darstellt. Durch die somit gegebene Bewertungsmöglichkeit von 0 bis 10 soll die subjektive Lebenszufriedenheit bewertet werden (ebd. S. 50). Die Bewertungen von Stufe 0 bis 5 können zusammengefasst mit niedriger Lebenszufriedenheit und die oberen 6 Stufen als normale bis hohe Lebenszufriedenheit klassifiziert werden (vgl. Ravens-Sieberer/Erhart 2008 S. 47).

Die Lebenszufriedenheit wird von den Jugendlichen im Mittel mit 7,2 bewertet. Die Stufe 10, also, dass das gegenwärtige Leben das bestmögliche darstellt, wird von 5% der Jugendlichen vergeben (Jungen = 6,1%, Mädchen = 4,1%). Werden die prozentmäßigen Bewertungen der Stufen von 0-5 kumuliert, so ergibt sich, dass 17,5 % der Jugendlichen (Jungen = 16,4%, Mädchen = 18,1%) mit ihrer subjektiven Lebenszufriedenheitseinschätzung in diesem Bereich liegen und somit eine niedere Lebenszufriedenheit aufweisen (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: Subjektive Bewertung der Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen (2008)



Bei der subjektiven Bewertung der Lebenszufriedenheit zeigen sich keine, über zufällige Unterschiede hinausreichende Differenzen in Bezug auf das Geschlecht, das Alter sowie die besuchte Schulform der Jugendlichen (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 1,8$, n.sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 0,4$, n.sig. / Geschlecht*Schulform keine WW / Schulform: Varianzanalyse $F_{3/499} = 0,8$, n.sig. / Mittelwerte: Jungen $\bar{x} = 7,3$, Mädchen $\bar{x} = 7,1$, Polytechnische Schule $\bar{x} = 7,1$. Gymnasium 5 Schulklasse $\bar{x} = 7,5$ / Berufsschule $\bar{x} = 7,1$ / Gymnasium 8 Schulklasse $\bar{x} = 7,2$).

Die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen und die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes hängen eng miteinander zusammen. Denn je höher die Lebenszufriedenheit eingeschätzt wird, desto besser ist auch die Bewertung des Gesundheitszustandes (Korrelation: $r = -,46$, sig.).

8.1.3 Psychosomatische Beschwerden der Jugendlichen

„Mit dem Begriff psychosomatisch werden die komplexen Einwirkungen psychischer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen mit körperlichen Funktionsstörungen verstanden. Das heißt, dass bestimmte Körpersymptome durch seelische Ursachen mitbedingt bzw. mitgeformt werden können“ (Payk, 1998 zit. n. Ravens-Sieberer et al. 2003, S. 41).

Die psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden wurden in der Untersuchung durch die Angabe der Symptome Kopfschmerzen, Magen/Bauchschmerzen, Rücken/Kreuzschmerzen, allgemein schlecht fühlen, gereizt/schlecht gelaunt sein, nervös sein, schlecht einschlafen können, sowie benommen/schwindlig fühlen gemessen. Wobei sich die subjektiven Angaben der Jugendlichen auf die Auftretenshäufigkeit innerhalb der letzten 6 Monate beziehen. Die abgefragten Symptome „sind einerseits für sich genommen von Bedeutung und können mit unterschiedlichen Ursachen in Verbindung gebracht werden, andererseits bilden die Symptome zusammengenommen eine dahinter liegende Dimension ab, die als psychosomatische Reaktion auf die soziale Umwelt interpretierbar ist“ (Currie et al. 2005, zit. n. Dür/Griebler 2007, S. 19).

Die Auftretenshäufigkeit der einzelnen psychosomatischen Beschwerden ist in Tabelle 4, differenziert nach dem Geschlecht, dargestellt.

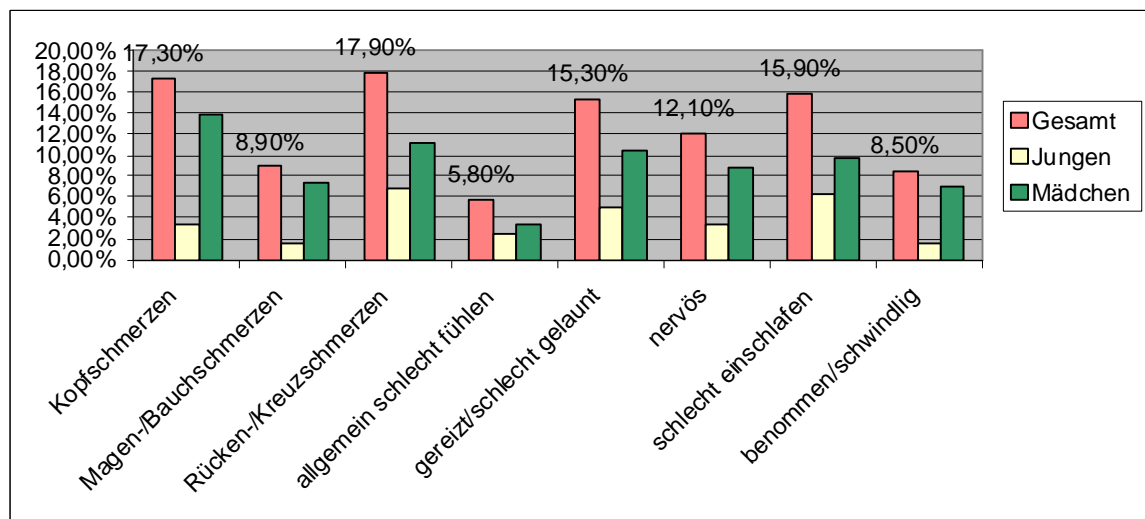
Tabelle 5: Auftretenshäufigkeit von psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden

	Geschlecht	fast jeden Tag	mehrmals pro Woche	fast jede Woche	fast jeden Monat	selten oder nie
Kopfschmerzen	Jungen	2,8%	5,2%	10,3%	23,5%	58,2%
	Mädchen	7,2%	16,9%	19,7%	19,3%	36,9%
Magen-/ Bauchschmerzen	Jungen	0,9%	2,8%	6,6%	18,8%	70,9%
	Mädchen	5,5%	7,2%	13,1%	31,1%	41,7%
Rücken-/Kreuz- schmerzen	Jungen	7,0%	8,9%	11,3%	18,8%	54,0%
	Mädchen	8,3%	11,0%	13,4%	17,2%	49,7%
fühle mich allgemein schlecht	Jungen	1,9%	3,8%	6,1%	18,8%	68,5%
	Mädchen	1,0%	4,8%	10,0%	22,4%	61,7%
bin gereizt oder schlecht gelaunt	Jungen	3,8%	8,0%	18,3%	28,2%	40,8%
	Mädchen	5,5%	12,4%	21,4%	31,4%	28,3%
fühle mich nervös	Jungen	3,8%	4,2%	12,2%	24,4%	55,4%
	Mädchen	5,5%	9,7%	14,1%	23,8%	46,2%
kann schlecht einschlafen	Jungen	6,1%	8,5%	8,0%	20,7%	56,8%
	Mädchen	7,9%	9,0%	12,4%	19,0%	51,0%
fühle mich benom- men/schwindlig	Jungen	1,9%	1,9%	8,9%	16,0%	71,4%
	Mädchen	4,8%	7,2%	10%	14,5%	62,8%

Werden die einzelnen psychosomatischen Symptome zusammengenommen betrachtet, so zeigt sich, dass 51,3% der Jugendlichen, innerhalb der letzten 6 Monate, wöchentlich oder öfters, an keiner der genannten Beschwerden gelitten haben. Dieser Prozentsatz schlägt sich mit 61,5% bei den Jungen und 43,2% bei den Mädchen nieder. An einer der genannten Beschwerden leiden wöchentlich oder öfters 23,7 % der Jugendlichen (Jungen 22,1%, Mädchen 24,8%). Von zwei oder mehr der genannten psychosomatischen Beschwerden werden wöchentlich oder öfters 25% der Jugendlichen geplagt (Jungen 16,4%, Mädchen 31,3%). Jeden Monat leiden an zwei oder mehr der Beschwerden 57,4% der Jugendlichen (Jungen 57,9%, Mädchen 56,8%).

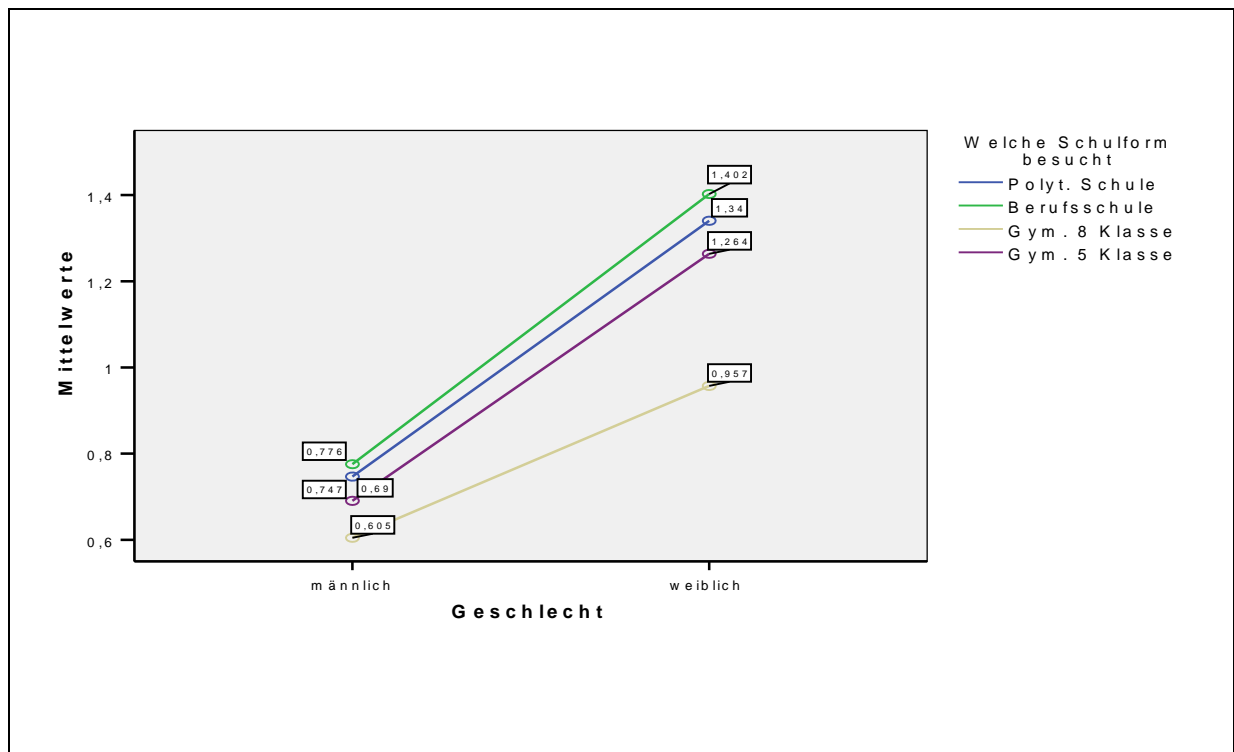
Am häufigsten sind die Jugendlichen, wie in Abbildung 13 ersichtlich, von den Beschwerden Rücken/Kreuzschmerzen und Kopfschmerzen mit je etwas mehr als 17%, gefolgt von Einschlafbeschwerden und schlecht gelaunt/gereizt sein mit etwas mehr als 15%, betroffen.

Abbildung 13: Psychosomatische Beschwerden wöchentlich oder öfters bei Jugendlichen (2008)



Bei den wöchentlich oder öfters auftretenden Beschwerden zeigt sich, dass Mädchen ($\bar{x} = 1,58$) weitaus häufiger als Jungen ($\bar{x} = 0,38$) betroffen sind. In Bezug auf das Alter sowie die besuchte Schulform der Jugendlichen finden sich keine Unterschiede (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 27118,5, sig. / Alter: Mann-Whitney-U = 30523,5, n. sig. / Schulform-Kruskal-W.₃ = 7,1, n.sig. / Mittelwerte finden sich in Abbildung 14).

Abbildung 14: Häufigkeit der psychosomatische Beschwerden wöchentlich oder öfters, differenziert nach Geschlecht und Schulform (2008)



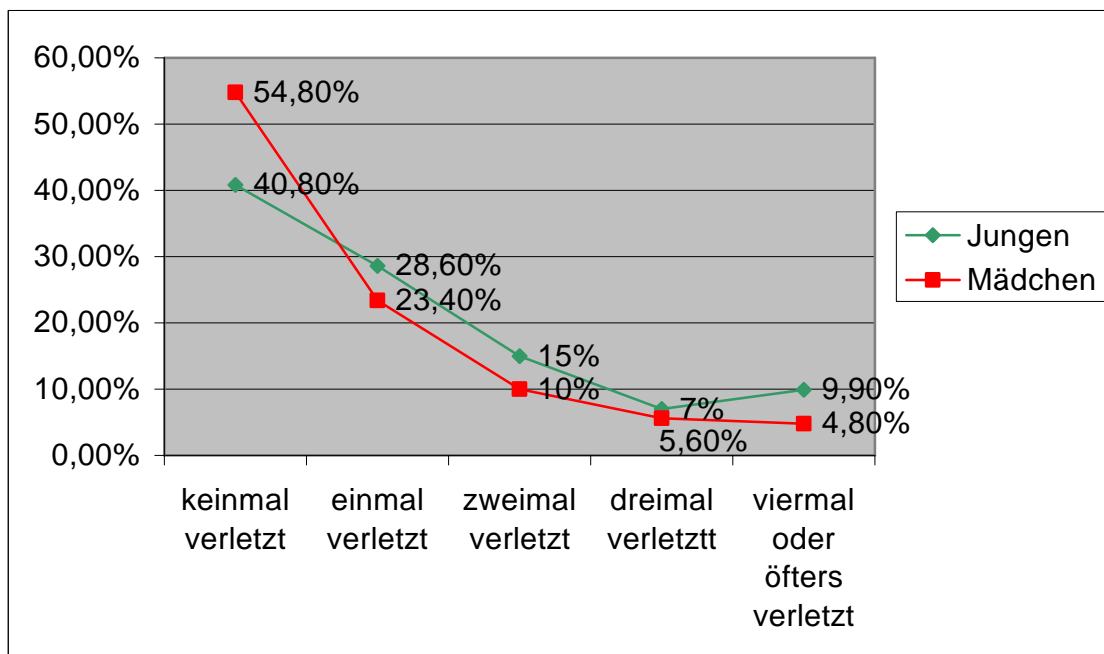
Auch zeigen die Ergebnisse, dass das Vorliegen von psychosomatischen Beschwerden mit der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes sowie der Lebenszufriedenheit eng verbunden ist. So schätzen Jugendliche ihren Gesundheitszustand und auch ihre Lebenszufriedenheit umso geringer ein, je häufiger sie von psychosomatischen Beschwerden betroffen sind (Gesundheitszustand - Korrelation: $r = 0,36$, sig.; Lebenszufriedenheit - Korrelation: $r = -0,43$, sig.).

8.1.4 Verletzungen der Jugendlichen

In der Untersuchung wurden die Verletzungen der Jugendlichen, in ihrer Auftretenshäufigkeit innerhalb der letzten 12 Monate, gemessen. Angegeben sollten nur die Verletzungen werden, welche von einem Arzt oder einer Ärztin und/oder einer KrankenpflegerIn behandelt werden mussten. Die Angabe der Verletzungshäufigkeit erfolgte von kein Mal bis vier Mal oder öfters. Zusätzlich wurden die Jugendlichen gebeten, die Ursache für die Verletzung anzuführen.

Von 48,9% der Jugendlichen wird angeführt, dass sie innerhalb der letzten 12 Monate niemals dermaßen verletzt waren, sodass sie von einem Arzt oder einer Ärztin und/oder einer KrankenpflegerIn behandelt werden hätten müssen. Umgekehrt hatten somit 51,1% der Jugendlichen mindestens eine behandlungsbedürftige Verletzung innerhalb der letzten 12 Monate. Dass sie sich einmal verletzt, wird von 25,6% der Jugendlichen angegeben. Von drei Verletzungen oder mehr sind 13,8% der Jugendlichen betroffen (siehe Abbildung 15).

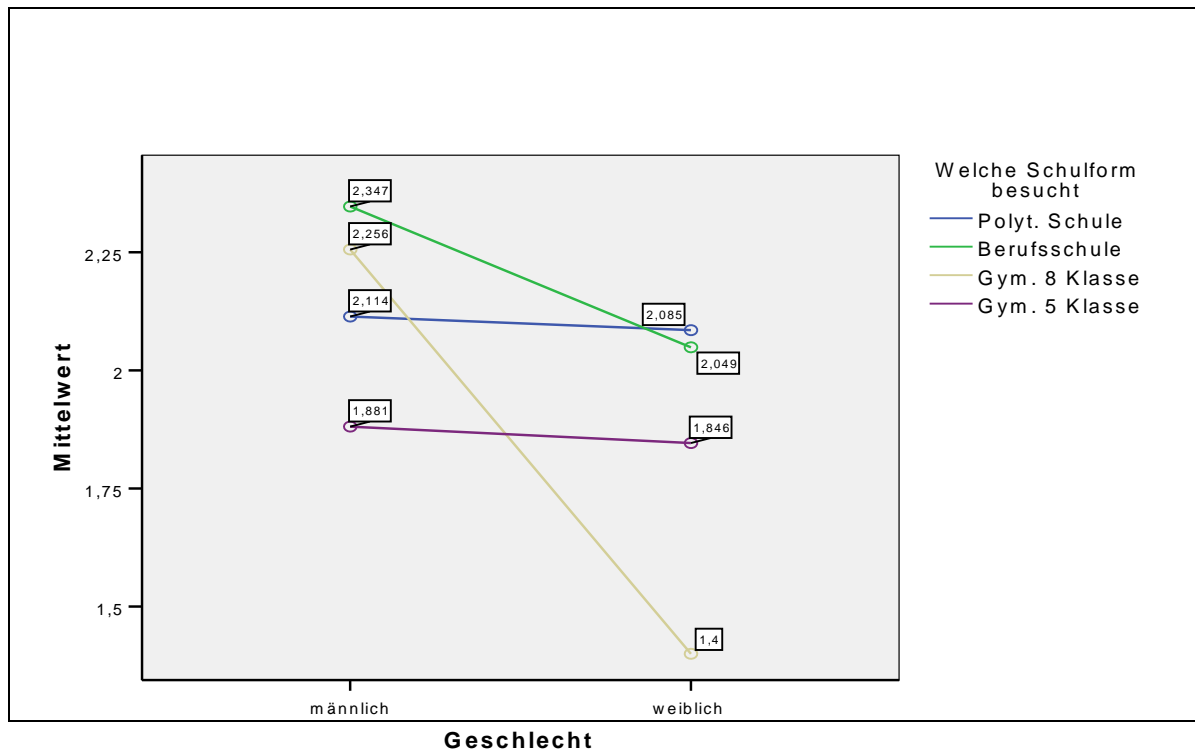
Abbildung 15: Verletzungshäufigkeit der Jugendlichen, differenziert nach Geschlecht(2008)



Wie die Untersuchungsergebnisse zeigen, weisen Mädchen eine weit geringere Verletzungshäufigkeit als Jungen auf. Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, verletzen sich im Mittel häufiger als Jugendliche, welche ein Gymnasium der 5. bzw. 8. Schulklasse besuchen. Im Gegensatz zur Polytechnischen Schule bzw. der Berufsschule, wo sich männliche und weibliche Jugendliche in etwa gleich häufig verletzen, zeigt sich bei den Gymnasiasten, dass sich die Mädchen deutlich weniger häufig als die Jungen verletzen. Besonders deutlich tritt dieser Effekt bei den Gymnasiasten in der 8. Schulklasse hervor (Geschlecht: Varianzanalyse- $f_{1/499} = 9$, sig. /

Alter: Varianzanalyse- $f_{1/499} = 0,2$, n.sig. / WW-Geschlecht*Alter- $f_{1/499} = 4,2$, sig. / Schulform-Kruskal-W.₃ = 13,3, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 16).

Abbildung 16: Verletzungshäufigkeit der Jugendlichen, differenziert nach Geschlecht und Schulform (2008)



8.1.4.1 Ursachen der Verletzung bei den Jugendlichen

Zumeist werden die Verletzungen der Jugendlichen durch Sport- und Verkehrsunfälle verursacht. Sportunfälle bei männlichen Jugendlichen ereignen sich hauptsächlich auf dem Fußballfeld. Verkehrsunfälle bei männlichen Jugendlichen sind meist durch Stürze beim Selber- oder Mitfahren mit dem Motorrad bedingt. Sportunfälle bei Mädchen beruhen vorrangig auf Verletzungen im Rahmen des schulischen Turnunterrichts sowie auf Verletzungen durch Stürze mit dem Fahrrad. Gymnasiastinnen geben auch häufig an, beim Sturz von einem Pferd verletzt zu werden. Jugendliche welche eine Berufsschule besuchen sind sehr häufig von Arbeitsunfällen betroffen. Einen solchen hat bereits jeder zweite bis dritte männliche Jugendliche erlitten. Von zwei Jugendlichen wird angeführt, dass ihre Verletzung von einem Suizidversuch stammt.

8.1.5 Chronische Erkrankungen oder Behinderungen der Jugendlichen

Mittels der dichotomen Antwortmöglichkeit „ja/nein“ wurde das Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung, welche ärztlich diagnostiziert wurde, bei den Jugendlichen erhoben.

Dass sie an einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung leiden, wird von 23,7% der Jugendlichen angegeben (Mädchen = 24,8%, Jungen = 21,6%). Dementsprechend ergibt sich, dass 76,3 % der Jugendlichen keine chronische Erkrankungen oder Behinderungen aufweisen. In Bezug auf das Vorhandensein einer chronischen Erkrankungen oder Behinderungen zeigen sich im untersuchten Sample keine Unterschiede (Geschlecht: $\chi^2_1 = 0,7$, n.sig. / Alter: $\chi^2_1 = 0,3$, n.sig; / Schulform: Kruskal-W.₃ = 0,8, n.sig).

Keinen Einfluss hat das Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung auf die Bewertung der subjektiven Lebenszufriedenheit der Jugendlichen (T-Test- $t_{501} = 2,4$, n.sig.). Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes wird jedoch von an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leidenden Jugendlichen schlechter eingeschätzt (T-Test $t_{501} = 2,6$, sig.).

8.1.6 Körpergewicht der Jugendlichen

Das Körpergewicht und die Körpergröße der Jugendlichen wurde in der Untersuchung mittels diesbezüglicher Selbstangabe erhoben. „Die subjektiven Angaben zur Körpergröße und zum Gewicht können dabei, wie Befunde einer amerikanischen Jugendstudie belegen, als zuverlässige Variablen angenommen werden“ (Strauss 1999, zit. n. Hähne/Dümmler 2008, S. 103). Auch wurde in der Untersuchung die subjektive Einschätzung des Gewichtsstatus erhoben.

Aus den Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht der Jugendlichen wurde der individuelle Body-Mass-Index ($BMI = \text{Körpergewicht}/\text{Körpergröße}^2$) berechnet und durch Vergleich mit einem BMI-Referenzsystem der Gewichtsstatus in Unter-, Normal- und Übergewicht klassifiziert. BMI-Referenzsysteme für das Jugendalter berücksichtigen alters- und geschlechtsspezifische Gewichtsunterschiede bei der Grenzwertsetzung

entsprechend den physiologischen Änderungen der prozentualen Körperfettmasse in dieser Lebensphase (vgl. Bachinger et al. 2005, S. 265). In Österreich gibt es bis dato zur Klassifizierung des Gewichtsstatus kein einheitliches BMI-Referenzsystem. In der vorliegenden Untersuchung wurde vorrangig das BMI-Referenzsystem von Kromeyer-Hausschild et al. (2001) verwendet, welches von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (AGA-Deutschland) empfohlen wird. Die Klassifizierung des Übergewichtes wurde zusätzlich nach dem System von Cole et al. (2000) vorgenommen (beide BMI-Referenzsystem befinden sich im Anhang). Der Einsatz beider Systeme wird damit begründet, da bei Kromeyer-Hausschild et al. (2001) die Klassifizierung des Übergewichtes eher liberal erfolgt. Dies bedeutet, dass die Grenzwerte für Übergewicht höher angesetzt sind, was wiederum bei der Klassifizierung des Gewichtsstatus einen geringeren Anteil an Übergewichtigen ausweist. Beim System von Cole et al. (2000) sind die Grenzwerte der BMI-Tabelle tiefer angesetzt. Demzufolge klassifiziert dieses System konservativer und weist somit einen höheren Anteil an Übergewichtigen aus (vgl. Bachinger et al. 2005, S. 265 f.).

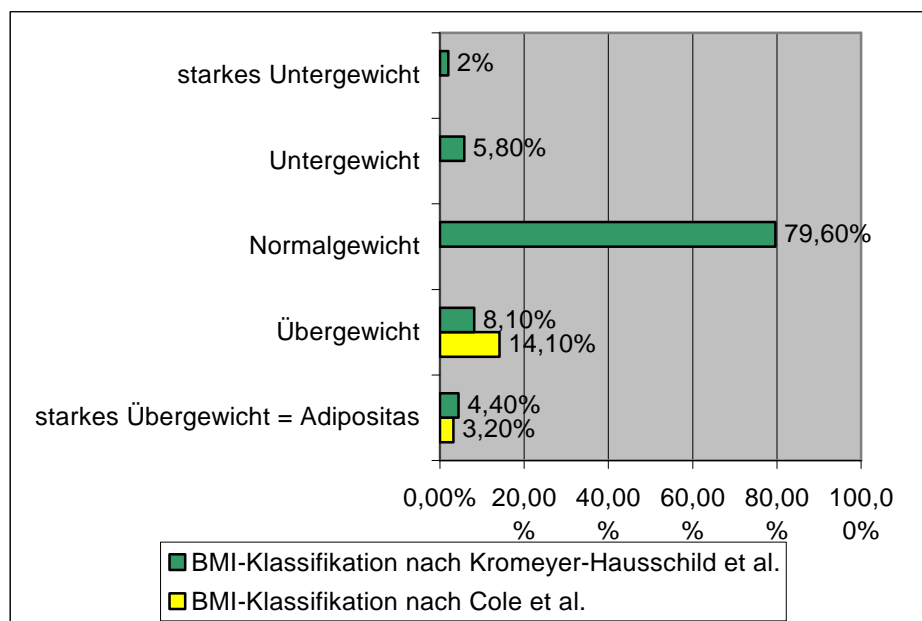
Körpergröße und Gewicht der Jugendlichen, gemittelt über das Geschlecht und die Schulform, finden sich in Tabelle 5. Auffällig zeigt sich der Größenunterschied von 3,75 cm, zugunsten der Gymnasiasten, bei den männlichen Jugendlichen in der Altersgruppe der 17-20- Jährigen.

Tabelle 6: Körpergröße und Gewicht der Jugendlichen, differenziert nach Geschlecht und Schulform

		GRÖßE IN CM		GEWICHT IN KG	
		Mittelwert	Standard-abweichung	Mittelwert	Standard-abweichung
Gymnasium 5 Klasse	Jungen	175,86	5,54	62,91	7,89
	Mädchen	166,42	5,11	54,85	7,75
Polytechnische Schule	Jungen	173,65	7,13	62,95	10,60
	Mädchen	166,40	4,94	55,66	8,11
Gymnasium 8 Klasse	Jungen	181,33	6,86	77,67	14,24
	Mädchen	166,27	6,01	55,78	8,06
Berufsschule	Jungen	177,58	10,13	73,35	13,42
	Mädchen	167,15	6,02	60,82	11,63

Bei der BMI-Klassifizierung nach dem Referenzsystem von Kromeyer-Hausschild et al. (2001) zeigt sich, dass das Körpergewicht von 79,6% der Jugendlichen im Normalbereich liegt, siehe Abbildung 17. 7,8% der Jugendlichen sind untergewichtig, wobei der Prozentsatz bei den Mädchen mit 11,5% etwa vier Mal so hoch liegt wie bei den Jungen mit 2,9%. Starkes Untergewicht zeigt sich laut den Untersuchungsergebnissen nur bei den Mädchen. Der Anteil an Jugendlichen, welche von Übergewicht betroffen sind, umfasst 12,5% (Jungen =16,7%, Mädchen = 9,4%), hiervon sind 4,4% als stark übergewichtig (= adipös) zu bezeichnen. Bei der Klassifizierung des Übergewichtes mittels des BMI-Referenzsystem nach Cole et al. (2000) werden 17,3% der Jugendlichen als übergewichtig ausgewiesen (Jungen =16,7%, Mädchen = 9,4%), hiervon fallen 3,2% in den adipösen Bereich.

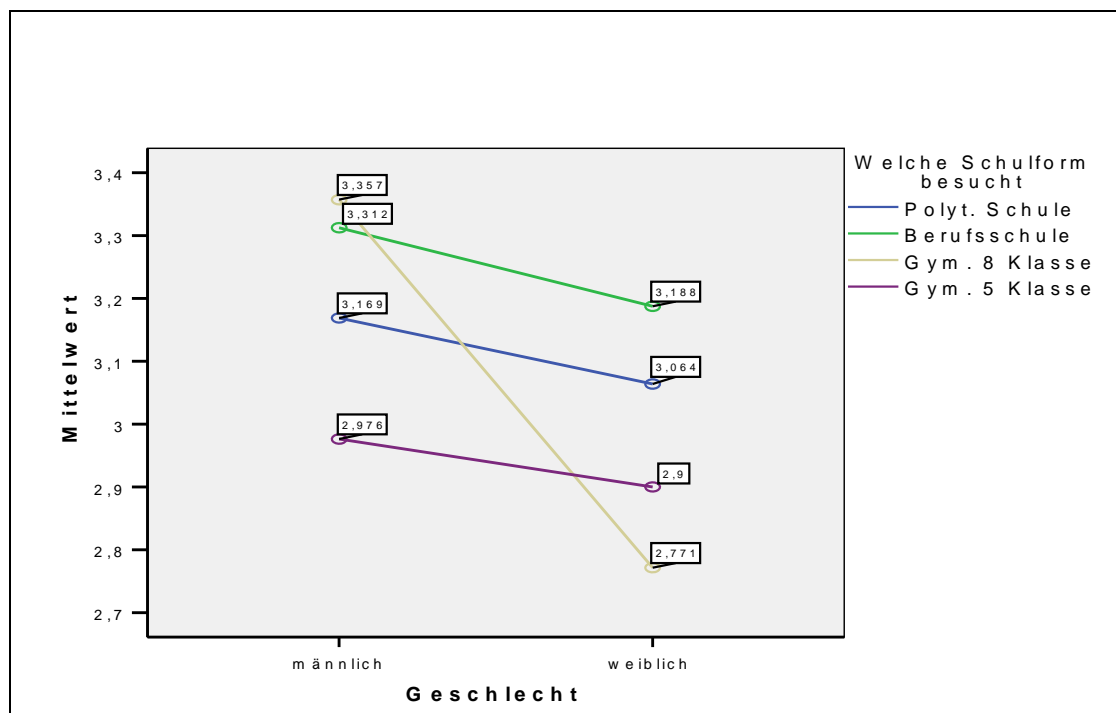
Abbildung 17: Gewichtsstatus der Jugendlichen (2008)



Bei der Betrachtung des Gewichtsstatus zeigt sich, dass männliche Jugendliche ($\bar{x} = 3,2$) generell stärker als weibliche Jugendliche ($\bar{x} = 3$), von Übergewicht betroffen sind. Bezogen auf die Schulformen tragen Jugendliche, welche eine Berufsschule besuchen, gefolgt von den Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule besuchen, vermehrt Übergewicht mit sich herum. Diese beiden Schulformen unterscheiden sich auch signifikant im Gewichtsstatus gegenüber den Gymnasiasten in der 5. und 8. Schulklasse. Wobei männliche Gymnasiasten der 8. Schulklasse, wie in Abbildung 18 ersichtlich, sehr

häufig von Übergewicht betroffen sind, ihre weibliche Kolleginnen hingegen vermehrt Untergewicht aufweisen (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 25651,5 sig. / Alter: Mann-Whitney-U. = 29039,5 n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 18,5, sig., Mittelwerte finden sich in Abbildung 18).

Abbildung 18: Gewichtsstatus der Jugendlichen, differenziert nach Geschlecht und Schulform (2008)



Dass die objektive Einschätzung und subjektive Bewertung des Körpergewichtes nicht immer konform geht, bestätigt sich in der Tatsache, dass von den Jugendlichen, welche mit ihrem Gewichtsstatus im Normalbereich liegen, nur etwa jeder zweite (53%) mit seinem Gewicht zufrieden ist. 39,2% der Jugendlichen möchten abnehmen oder haben sich bereits auf Diät gesetzt. Auch von den Jugendlichen welche sich bereits im Untergewichtsbereich befinden, meinen die Hälfte (51,3%), dass ihr Gewicht gerade richtig ist, weitere 18% machen gerade eine Diät oder wollen abnehmen. Bei den von Übergewicht betroffenen Jugendlichen meint etwa jede/r Fünfte (22,6%), dass sein/ihr Gewicht gerade richtig ist, der Rest (32,3%) möchte abnehmen oder unterzieht sich gerade einer Diät.

Keinen Einfluss hat, laut den Untersuchungsergebnissen, der Gewichtsstatus der Jugendlichen auf die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, der Lebenszufriedenheit sowie der wöchentlich auftretenden psychosomatischen Beschwerden. Untergewichtige, normalgewichtige und übergewichtige Jugendliche unterscheiden sich auch nicht im Essverhalten in Bezug auf den Verzehr von Obst, Gemüse, zuckerhaltiger Limonade und Süßigkeiten/ Schokolade. Auch wirkt sich laut den Untersuchungsergebnissen die Häufigkeit der sitzend verbrachten Zeit vor TV und PC nicht auf den Gewichtsstatus aus. Unterschiede zeigen sich jedoch, wird der Gewichtsstatus in Abhängigkeit des Ausmaßes an körperlicher Aktivität betrachtet und zwar dahingehend, dass übergewichtige Jugendliche weniger körperlich aktiv sind (Gesundheitsstatus: Kruskal-W._{.4} = 3,1, n.sig. / Lebenszufriedenheit: Kruskal-W._{.4} = 9,4, n.sig. / psychosomatische Beschwerden: Kruskal-W._{.4} = 1,3, n.sig. / Obstverzehr: Kruskal-W._{.4} = 4,2, n.sig., / Gemüseverzehr: Kruskal-W._{.4} = 4,5, n.sig. / Verzehr von zuckerhaltiger Limonade: Kruskal-W._{.4} = 2,2, n.sig. / Süßigkeiten-/Schokoladeverzehr: Kruskal-W._{.4} = 4,7, n.sig. / TV/PC-Konsum: Kruskal-W._{.4} = 0,3, n.sig. / körperliche Aktivität: Kruskal-W._{.2} = 11,7, sig.).

8.1.7 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Gesundheitsstatus der Jugendlichen

Der Gesundheitsstatus der Jugendlichen zeigt sich laut den Untersuchungsergebnissen folgendermaßen:

- **Gesundheitsstatus:**

Der Gesundheitszustand wird im Mittel mit gut bewertet. Mädchen schätzen ihre subjektive Gesundheit schlechter als Jungen ein. Auch zeigt sich mit dem Alter eine Verschlechterung der Einschätzung. Innerhalb der besuchten Schulformen finden sich keine Unterschiede bei der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes.

- **Lebenszufriedenheit:**

Die Lebenszufriedenheit wird bei einer möglichen Wertung von 0-10 mit 7,2 bewertet. Wobei 17,5% der Jugendlichen eine niedrigere Lebenszufriedenheit aufweisen. In Bezug auf die Lebenszufriedenheit finden sich keine Unterschiede im Sample.

- **psychosomatische Beschwerden:**

An zumindest einer psychosomatischen Beschwerde, welche wöchentlich oder öfters auftritt, leidet etwa jeder zweite Jugendliche (48,7%). Ein Viertel der Jugendlichen (25%) leidet wöchentlich an zwei oder mehr psychosomatischen Beschwerden, wobei Mädchen weitaus häufiger als Jungen von diesen Beschwerden betroffen sind. In Bezug auf das Alter sowie die besuchte Schulform der Jugendlichen finden sich keine Unterschiede in der Untersuchung.

Sowohl der Gesundheitszustand als auch die Lebenszufriedenheit wird von den Jugendlichen umso schlechter eingeschätzt, je häufiger sie von psychosomatischen Beschwerden betroffen sind.

- **Verletzungen:**

Jeder zweite Jugendliche (48,9%) war innerhalb der letzten 12 Monate zumindest einmal verletzt, sodass er/sie von einem Arzt oder einer Ärztin und/oder einer KrankenpflegerIn behandelt werden musste. Mädchen verletzen sich weniger als Jungen. Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, zeigen eine größere Verletzungshäufigkeit als Jugendliche, welche ein Gymnasium besuchen.

Sport- und Verkehrsunfälle stehen an erster Stelle der Verletzungsarten. Bei Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen, gesellen sich noch zusätzlich Arbeitsunfälle hinzu.

- **chronische Erkrankungen:**

Von einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung ist rund jeder vierte Jugendliche betroffen. Innerhalb des Samples zeigen sich in Bezug auf chronische Erkrankungen keine Unterschiede. Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes wird von an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leidenden Jugendlichen schlechter eingeschätzt.

- **Körpergewicht:**

Mit ihrem Körpergewicht liegen rund 80% der Jugendlichen im Normalbereich. 2% haben starkes Untergewicht, von Übergewicht sind je nach verwendetem BMI-Referenzsystem 12,5% - 17,3% der Jugendlichen betroffen. Insgesamt sind Jungen häufiger von Übergewicht als Mädchen betroffen. Jugendliche, welche eine Berufsschule besuchen, sowie männliche Gymnasiasten der 8. Schulstufe tragen am meisten Übergewicht mit sich herum.

Von den Jugendlichen, welche mit ihrem Gewichtsstatus im Normalbereich liegen, ist nur etwa jeder zweite (53%) mit seinem/ihrem Gewicht zufrieden.

Den Untersuchungsergebnissen zufolge, weisen Mädchen einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand auf und sind auch häufiger von psychosomatischen Beschwerden betroffen. Diese Ergebnisse bestätigen zwar die These von Hurrelmann (vgl. 2007, S. 181 f.), welcher die geschlechtsspezifische Körpersozialisation als Ursache sieht, führen aber dennoch vor Augen, wie viel es auf dem Gebiet des Gender-Mainstreaming noch zu arbeiten gibt.

Bei der Bewertung der subjektiven Lebenszufriedenheit gilt es, besonders jene Jugendlichen zu fokussieren, welche ihre Lebenszufriedenheit sehr niedrig eingeschätzt haben. So entspricht bei jedem fünften bis sechsten Jugendlichen seine gegenwärtige Lebenssituation nicht seinen Vorstellungen.

Die Verletzungshäufigkeit der Jugendlichen zeigt sich mit 48,9% sehr hoch. Bei einer diesbezüglichen Gegenmaßnahmensetzung wird von Dür und Griebler (vgl. 2007, S. 23) angeführt, dass hier sowohl der sicherheitstechnische Aspekt als auch der verhaltenspsychologische Ansatz Einbezug finden sollen. Und zwar so, dass einerseits Sicherheitsmaßnahmen im Verkehr in Freizeiteinrichtungen sowie im Lebensraum Schule und Arbeit verstärkt werden, andererseits aber auch, dass Jugendlichen der Umgang mit Risiken nähergebracht wird.

Der Gewichtsstatus der Jugendlichen zeigt sich nicht nur in Anbetracht des relativ großen Anteils an Jugendlichen, welche übergewichtig sind, problematisch, sondern auch, da ca. 40% der normalgewichtigen Jugendlichen mit ihrem Gewicht nicht zufrieden sind und

dieses reduzieren möchten. Hähne und Dümmler (vgl 2008, S. 94 ff.) führen hierzu an, dass die Angst, dem gesellschaftlichen Schönheitsideal, welches einen schlanken, um nicht zu sagen, dünnen Frauenkörper präferiert, nicht zu entsprechen, mitunter auch bei an sich normalgewichtigen Jugendlichen zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild führt. Beim Streben, das Körpergewicht zu reduzieren, besteht die Gefahr, vor allem, wenn schnelle Diäten und/oder Medikamente hierfür eingesetzt werden, dass es möglicherweise zu einer Essstörung wie Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa kommt. Diskrepanzen zwischen objektivem und subjektivem Körperbild bei Jugendlichen können aber auch auf nicht gelungene Bewältigung körperlicher Entwicklungsaufgaben hinweisen. Laut den Untersuchungsergebnissen sind 2% der Jugendlichen von starkem Untergewicht betroffen. Der Großteil dieser untergewichtigen Jugendlichen möchte abnehmen oder unterzieht sich bereits einer Diät, demzufolge lassen sich hier möglicherweise Verbindungen zu einer Essstörungen herstellen. Bei der Klassifizierung des Übergewichtes mittels des BMI-Referenzsystem nach Cole et al. (2000), werden 17,3% der Jugendlichen als übergewichtig ausgewiesen. Dieser Prozentsatz entspricht etwa den Angaben der Medizinischen Universität Graz, wonach in der Steiermark jeder fünfte Jugendliche von Übergewicht betroffen ist (vgl. Mangge/ März 2006).

8.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

In Bezug auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wurden in die Untersuchung folgende ausgewählte Bereiche einbezogen: • Ernährung, • Bewegung, • psychoaktive Substanzen, • Schlaflänge, • Zahnpflege, • Selbstverletzung, • Sexualverhalten • Gewalterfahrungen, • riskantes Fahren.

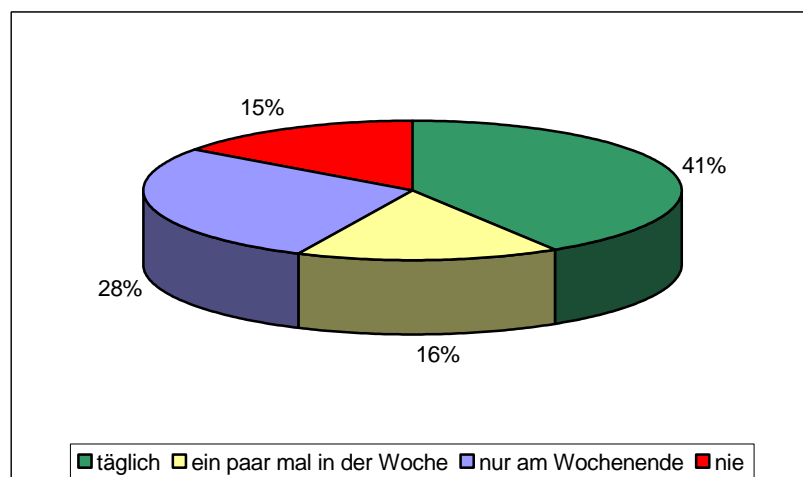
8.2.1 Ernährungsverhalten der Jugendlichen

Das Ernährungsverhalten wurde in der Untersuchung durch die Befragung zur Häufigkeit der Frühstückseinnahme, der Häufigkeit des Konsums von mehr oder weniger gesundheitszuträglichen Lebensmitteln, sowie der qualitativen und quantitativen Kontrolle der Nahrungsaufnahme, gemessen.

8.2.1.1 Frühstücksverhalten

Ein tägliches Frühstück nehmen 41% der Jugendlichen zu sich, wobei dies Jungen (44,1%) etwas häufiger als Mädchen (38,6%) tun. Auf das Frühstück gänzlich verzichteten 16% der Jugendlichen (Jungen 16%, Mädchen 13,4%), siehe Abbildung 19.

Abbildung 19: Häufigkeit der Frühstückseinnahme bei Jugendlichen (2008)



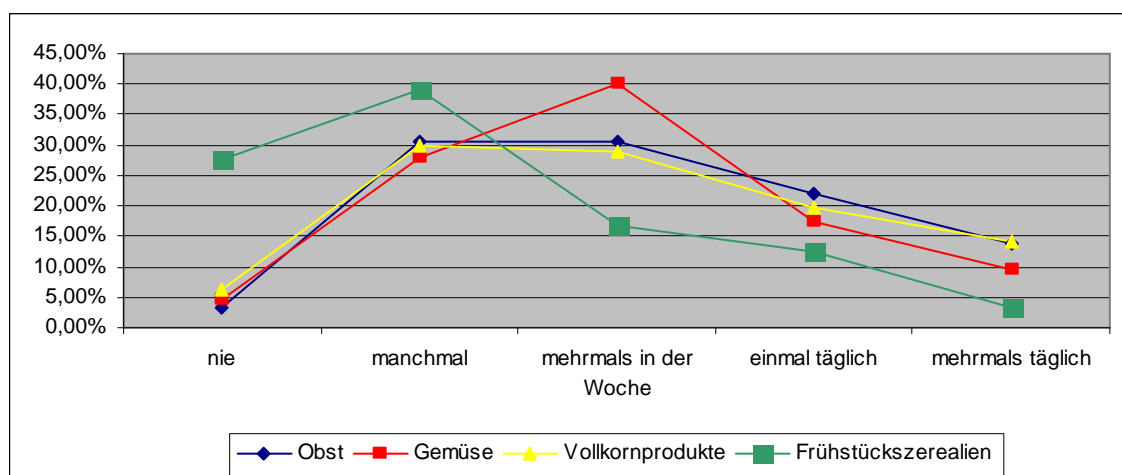
Keine Unterschiede zeigen sich bei der Häufigkeit der Frühstückseinnahme zwischen den Geschlechtern. Mit dem Anstieg des Alters der Jugendlichen wird auch häufiger ein Frühstück eingenommen. Bei der Betrachtung der vier Schulformen zeigt sich, dass Jugendliche, welche ein Gymnasium (5. Klasse $\bar{x} = 2,1$, 8. Klasse $\bar{x} = 1,9$) besuchen, im Allgemeinen häufiger frühstücken, als Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule ($\bar{x} = 2,4$) oder eine Berufsschule ($\bar{x} = 2,2$) besuchen (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 30573,5 n.sig. / Alter: Mann - Whitney-U = 28365, sig; / Schulform: Varianzanalyse $F_{3/499} = 4,6$, sig.).

8.2.1.2 Ernährungsgewohnheiten

Die Ernährungsgewohnheiten der Jugendlichen wurden mittels Angaben zu der Verzehrhäufigkeit von Obst, Gemüse, Vollkornbrot/Vollkornprodukte, Frühstückszerealien, zuckerhaltiger Limonade, Süßigkeiten/Schokolade, Fast-Food-Produkten, Kaffee sowie Energiegetränken erhoben.

Wie häufig die einzelnen Produktgruppen, bezogen auf die Gesamtheit der Jugendlichen, verzehrt werden, ist in den Abbildung 20 und 21 ersichtlich.

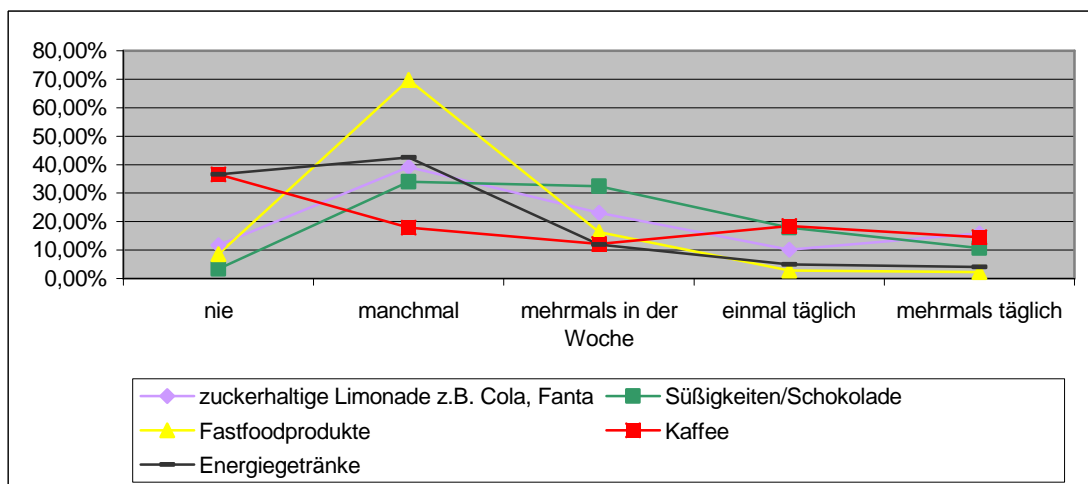
Abbildung 20: Häufigkeit des Verzehrs von Obst, Gemüse, Vollkornprodukten und Frühstückszerealien (2008)



Bei der differenzierten Betrachtung der Obst und Gemüsekonsumierung zeigt sich, dass Obst täglich einmal oder mehrmals von 35,8% der Jugendlichen gegessen wird, wobei dies bei weiblichen Jugendlichen mit 42,8 %, weitaus häufiger als bei männliche Jugendlichen mit 26,3%, verbreitet ist. Gemüse wird täglich einmal oder mehrmals von 27% der Jugendlichen verzehrt (Jungen = 23,3%, Mädchen = 29,7%).

21,1 % der Jugendlichen essen sowohl Obst als auch Gemüse täglich einmal oder mehrmals. Auch hier zeigt sich, dass Mädchen (24,1%) dieses häufiger essen als Jungen (16,9%). Unterschiedliche Vorlieben für Obst und Gemüse finden sich innerhalb der Altersgruppe der 17-20 jährigen Jugendlichen. Denn während Gymnasiasten häufig täglich Obst und Gemüse zu sich nehmen, weisen Jugendliche, welche eine Berufsschule besuchen, den niedrigsten Konsum auf (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 26195, sig. / Alter: Mann - Whitney-U. = 30261, n.sig. / Schulform: Kruskal-W₃ = 39.9, sig. / Mittelwerte: Jungen \bar{x} = 0,5, Mädchen \bar{x} = 0,7, Polytechnische Schule \bar{x} = 0,6, Gymnasium 5. Schulklasse \bar{x} = 0,7, Berufsschule \bar{x} = 0,3, Gymnasium 8. Schulklasse \bar{x} = 0,9).

Abbildung 21: Häufigkeit des Verzehrs von Limonade, Süßigkeiten/Schokolade, Fast-Food-Produkte, Energiegetränke, und Kaffee (2008)



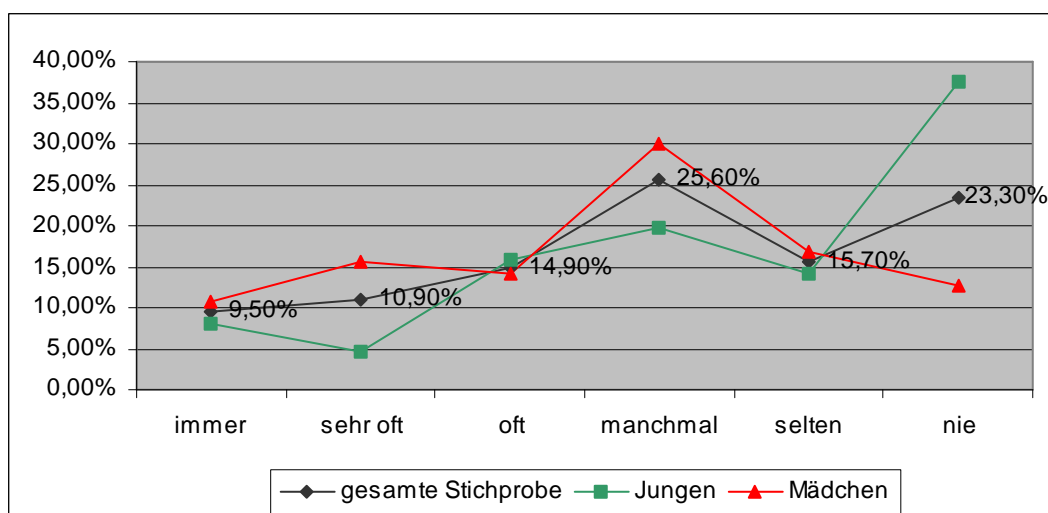
Zuckerhaltige Limonade wird täglich einmal oder mehrmals von 26% der Jugendlichen getrunken (Jungen = 30,5%, Mädchen = 22,8%). Ähnliche Konsumhäufigkeiten finden sich bei Süßigkeiten und Schokolade. An diesen naschen täglich einmal oder mehrmals 28,6% der Jugendlichen (Jungen = 24,3%, Mädchen = 30,3%).

Einmal oder mehrmals täglich sowohl zu zuckerhaltiger Limonade als auch zu Süßigkeiten und Schokolade greifen 12,3% der Jugendlichen (Jungen = 13,6%, Mädchen = 11,4%). Am häufigsten wird von Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule besuchen, süße Limonade getrunken und genascht, am wenigsten zeigen dieses Verhalten Jugendliche, welche ein Gymnasium der 8. Klasse besuchen. Insgesamt ist kein Geschlechtsunterschied feststellbar (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 0,1$ n.sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 12,1$, sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 29, sig. / Mittelwerte: Jungen $\bar{x} = 0,6$, Mädchen $\bar{x} = 0,5$, Polytechnische Schule $\bar{x} = 0,8$, Gymnasium 5 Klasse $\bar{x} = 0,5$, Berufsschule $\bar{x} = 0,6$, Gymnasium 8 Klasse $\bar{x} = 0,3$).

8.2.1.3 Qualitative und quantitative Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Bei der qualitativen und quantitativen Kontrolle der Nahrungsaufnahme, also bei der Kontrolle, was und wie viel gegessen wird, zeigen sich beachtliche Geschlechtsunterschiede. So achten nach eigener Einschätzung 37,5% der Jungen niemals darauf, welche Nahrungsmittel und wie viel sie essen. Hingegen wird dies von den Mädchen nur von 12,8% nicht beachtet. Immer oder sehr oft wird die Nahrungsaufnahme von jedem fünften Jugendlichen (20,4%) kontrolliert, siehe Abbildung 22.

Abbildung 22: Qualitative und quantitative Kontrolle der Nahrungsaufnahme (2008)



Wie bereits angesprochen, kontrollieren Mädchen ihre Nahrungsaufnahme häufiger als Jungen. Innerhalb der Schulformen erfolgt die Kontrolle der Nahrungsaufnahme zu allermeist von Gymnasiasten der 8. Schulklasse. Am wenigsten kümmern sich um Qualität und Quantität ihrer Ernährung Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, sowie männliche Jugendliche, welche ein Gymnasium in der 5. Schulklasse besuchen (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 25,7$, sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 3,3$, n.sig. / WW-Geschlecht*Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 5,7$, sig. / Schulform: Varianzanalyse $F_{3/499} = 6,03$, sig. / Mittelwerte: Jungen $\bar{x} = 4,4$, Mädchen $\bar{x} = 3,7$, Polytechnische Schule $\bar{x} = 4,3$, Gymnasium 5 Schulklasse $\bar{x} = 3,9$, Berufsschule $\bar{x} = 4,1$, Gymnasium 8. Schulklasse $\bar{x} = 3,5$).

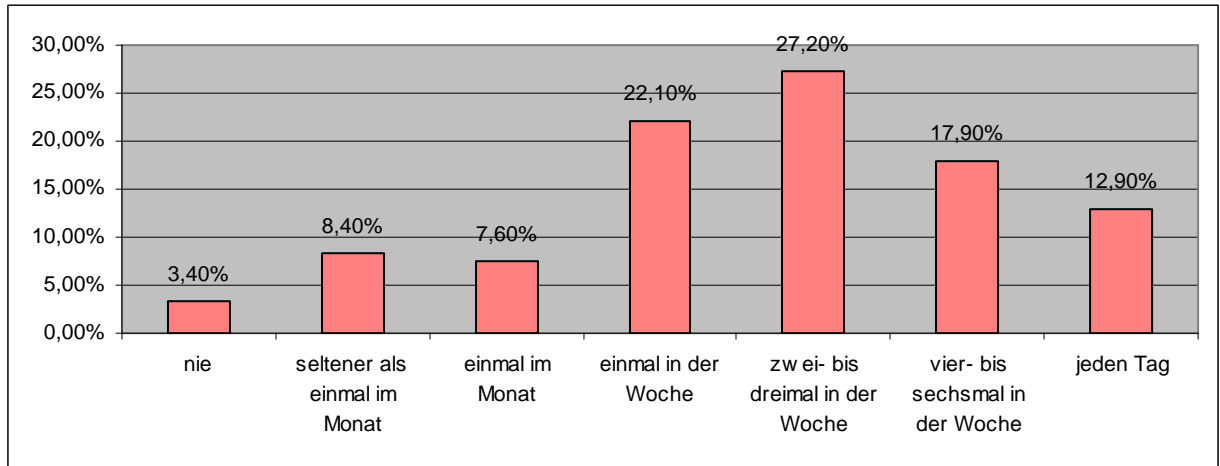
8.2.2 Körperliche Aktivität der Jugendlichen

Das Bewegungsverhalten wurde in der Untersuchung mittels der Fragestellung, an wie vielen Tagen pro Woche und wie viele Stunden pro Woche Jugendliche in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie dabei außer Atem kommen oder schwitzen, gemessen.

8.2.2.1 Häufigkeit der Körperlichen Aktivität

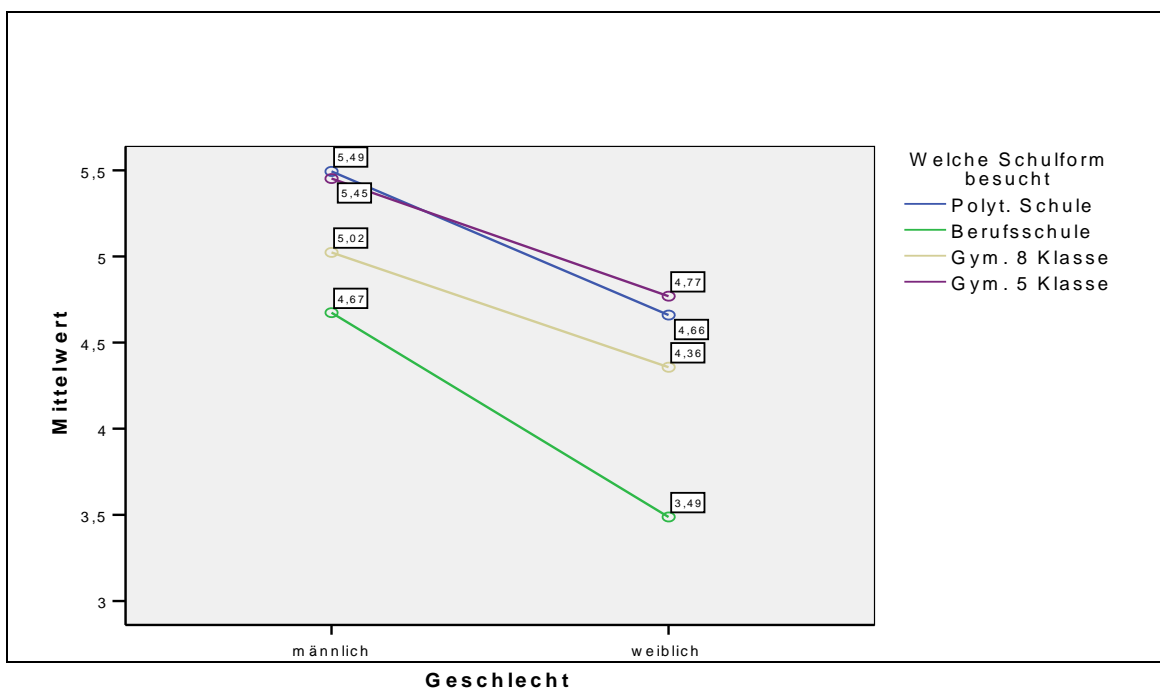
Zwei- bis drei Mal pro Woche oder öfter sind 58% der Jugendlichen in ihrer Freizeit körperliche aktiv (Jungen = 70,8%, Mädchen = 48,6%), wobei 12,9% der Jugendlichen (Jungen 8,9%, Mädchen 4%) sich täglich körperlich bewegen. Gänzlich auf körperliche Aktivität verzichten in ihrer Freizeit 3,4% der Jugendlichen (Jungen 0,6%, Mädchen 2,8%, siehe Abbildung 23).

Abbildung 23: Häufigkeit der körperlichen Aktivität bei Jugendlichen (2008)



Laut den Untersuchungsergebnissen sind jüngere Jugendliche häufiger körperlich aktiv als ältere Jugendliche, wobei sich Jungen generell mehr bewegen als Mädchen. Bezogen auf die Schulformen, findet sich bei Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen, die geringste Tendenz zu körperlicher Aktivität (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 40,8$, sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 31,3$, sig. / Geschlecht*Alter: keine WW. / Schulform: Varianzanalyse $F_{3/499} = 17,5$, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 24).

Abbildung 24: Häufigkeit der körperlichen Aktivität bei Jugendlichen, differenziert nach Alter und Geschlecht (2008)

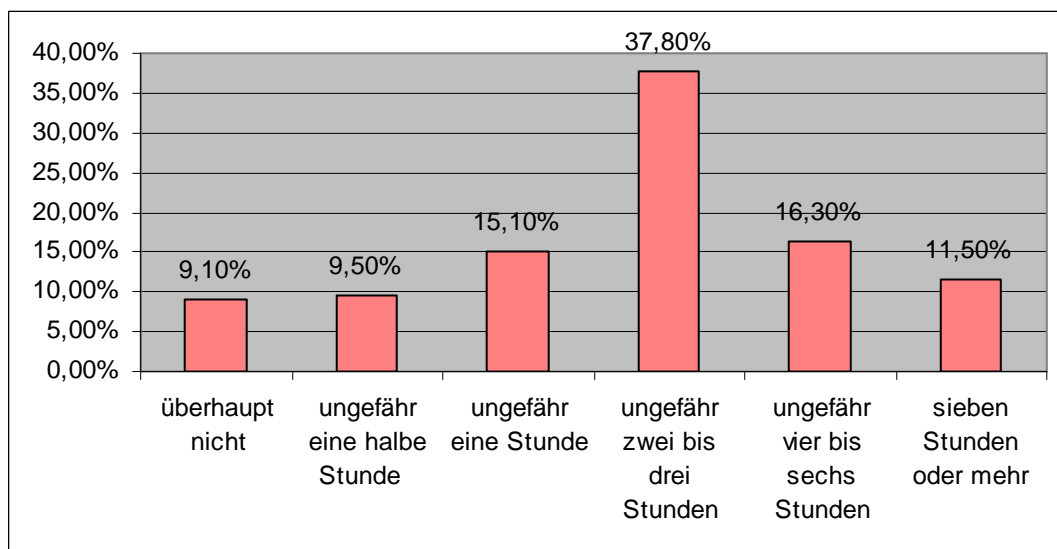


8.2.2.2 Stundenausmaß der körperlichen Aktivität

Bei der Betrachtung der Stunden, an welchen Jugendliche in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind, zeigt sich, dass sich etwa jeder dritte Jugendliche (33,7%) weniger als zwei Stunden pro Woche bewegt (Jungen 21,1%, Mädchen 43%). Wöchentlich sieben Stunden und mehr sind 11,5% der Jugendlichen aktiv (Jungen 19,2%, Mädchen 5,9%), siehe Abbildung 25.

Auch bei der Stundenanzahl der körperlichen Aktivität werden die Mädchen von den Jungen übertroffen. Dass jüngere Jugendliche mehr Stunden körperlich aktiv als ältere Jugendliche sind, trifft hier allerdings nur auf weibliche Jugendliche zu. Wiederum findet sich bei Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen, die geringste Häufigkeit (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 49,8$, sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 13$, sig. / WW-Geschlecht*Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 5$, sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 28,4, sig. / Mittelwerte: Jungen $\bar{x} = 4,3$, Mädchen $\bar{x} = 3,5$, Polytechnische Schule $\bar{x} = 4,1$, Gymnasium 5. Schulklasse $\bar{x} = 4,1$, Berufsschule $\bar{x} = 3,2$, Gymnasium 8. Schulklasse $\bar{x} = 3,9$).

Abbildung 25: Anzahl der Stunden pro Woche, an denen Jugendliche körperlich aktiv sind (2008)

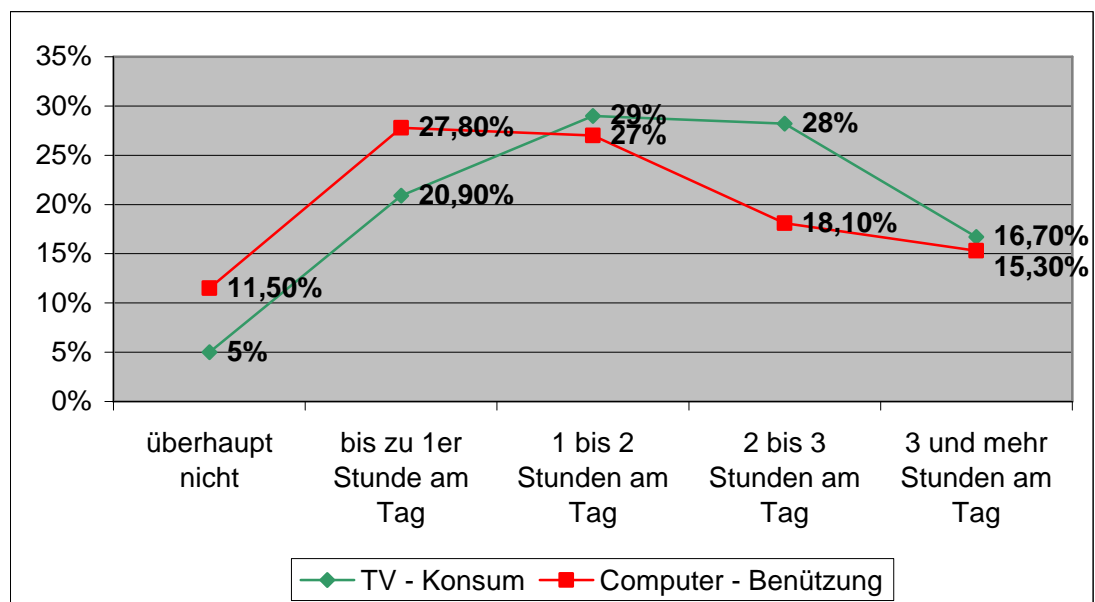


8.2.3 Sitzendes Verhalten der Jugendlichen

Sitzendes Verhalten wurde in der Untersuchung, durch die Angabe der Stunden pro Tag gemessen, welche Jugendliche normalerweise mit Fernsehen, einschließlich Videos und DVDs, sowie der Nutzung des Computers, inklusive der Erledigungen der Hausarbeiten mittels PC, verbringen.

Mit Fernsehen verbringen täglich zwei bis drei Stunden und mehr 44,75% der Jugendlichen ihre Zeit (Jungen = 46,5%, Mädchen = 43,8%), siehe Abbildung 26. Die gleiche Stundenanzahl, also zwei bis drei und mehr, wird von 33,4% der Jugendlichen mit der Nutzung eines Computers verbracht (Jungen = 36,2%, Mädchen = 31,3%). Wobei der Anteil der Jugendlichen, welche täglich sowohl vor dem PC als auch vor dem TV-Gerät zwei bis drei Stunden und mehr (also insgesamt vier bis sechs Stunden und mehr) verbringen, bei 17,3% liegt (Jungen 20,2%, Mädchen 15,2%).

Abbildung 26: Anzahl der Stunden, welche Jugendliche mittels TV und/oder PC verbringen (2008)

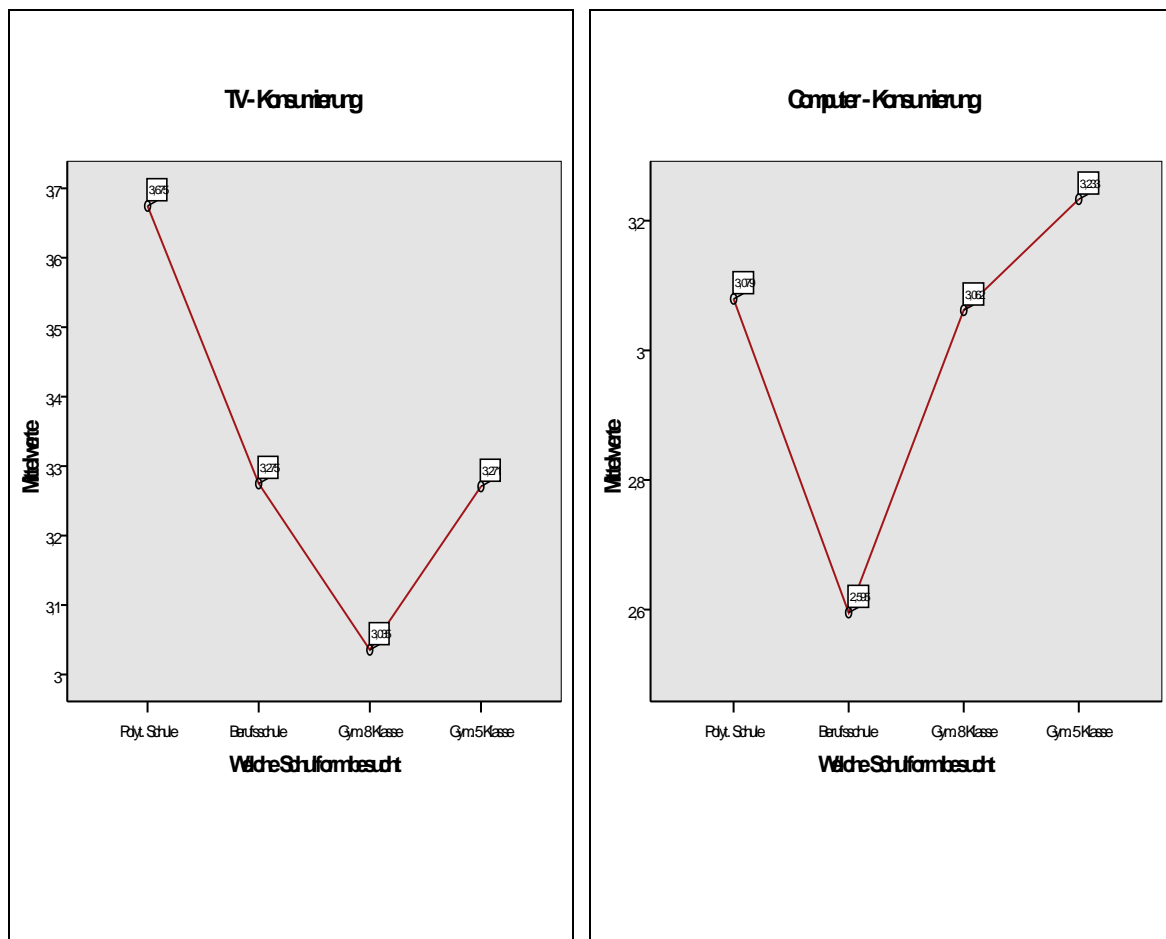


Bei der mittels TV und oder PC verbrachten Zeit unterscheiden sich Jungen und Mädchen nicht. Jüngere Jugendliche sitzen häufiger vor TV und/oder PC als ältere Jugendliche, wobei sich der häufigste Konsum bei Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule

besuchen, zeigt (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 29316 n.sig. / Alter: Mann - Whitney-U. = 26457, sig. / Schulform: Kruskal-W₃ = 14,8, sig. / Mittelwerte: jüngere Jugendliche \bar{x} = 0,9, ältere Jugendliche \bar{x} = 0,7, Polytechnische Schule \bar{x} = 1, Gymnasium 5. Klasse \bar{x} = 0,8, Berufsschule \bar{x} = 0,7, Gymnasium 8. Klasse \bar{x} = 0,7).

Die Häufigkeit des TV- und PC-Konsums bei den Jugendlichen findet sich in Abbildung 27. Demnach wird das TV-Gerät mit großem Abstand zu den anderen drei Schulformen, am häufigsten von Jugendlichen aus Polytechnischen Schulen genutzt. Bei der PC-Nutzung sind die Jugendlichen aus Gymnasien der 5 Schulklasse im Spitzenfeld.

Abbildung 27: Nutzung von TV und PC, differenziert nach Schulform(2008)



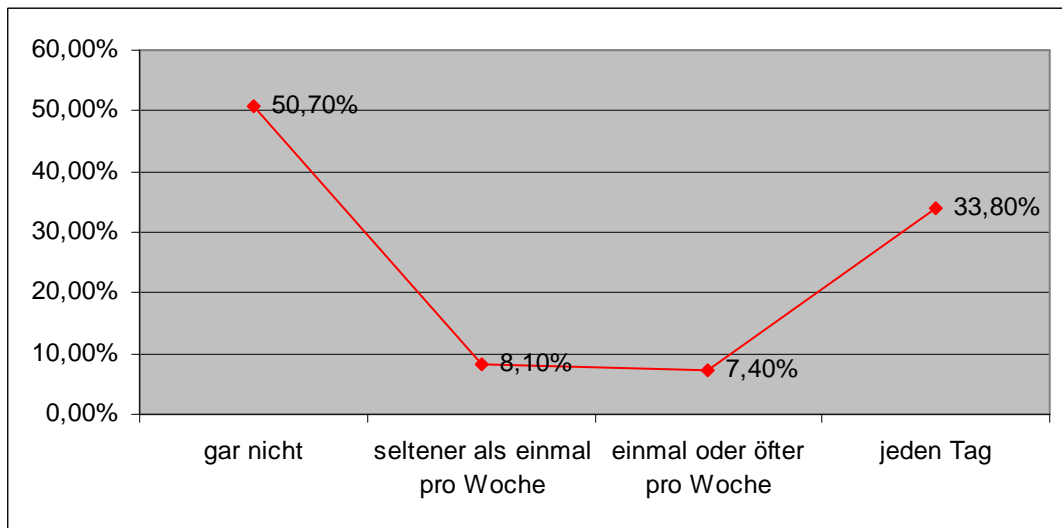
8.2.4 Tabakkonsum der Jugendlichen

Beim Konsum von Tabakwaren wurden bei der Untersuchung sowohl die Lebenszeitprävalenz, also ob jemals Tabak in Form einer Zigarette, Zigarre oder Pfeife von den Jugendlichen geraucht wurde, als auch der derzeitige Raucherstatus in Form der Häufigkeit des Tabakkonsums und der Anzahl der gerauchten Zigaretten, innerhalb der letzten 30 Tage, erhoben.

Die Lebenszeitprävalenz des Rauchens liegt bei den untersuchten Jugendlichen bei 79,5%. Ein Effekt des Geschlechts lässt sich hier nicht nachweisen (Jungen = 75,6%, Mädchen = 82,4%). Bei den älteren Jugendlichen (89,9%) zeigen sich mehr Erfahrungswerte mit Tabakwaren als bei den jüngeren Jugendlichen (69,9%). Innerhalb der Schulformen weisen Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, häufiger Raucherfahrungen auf als Jugendliche, welche ein Gymnasium besuchen (Geschlecht: $\chi^2_1 = 3,5$, n.sig. / Altersstufe: $\chi^2_1 = 30,5$, sig. / Schulform – Kruskal-W. $_3 = 42,4$, sig.).

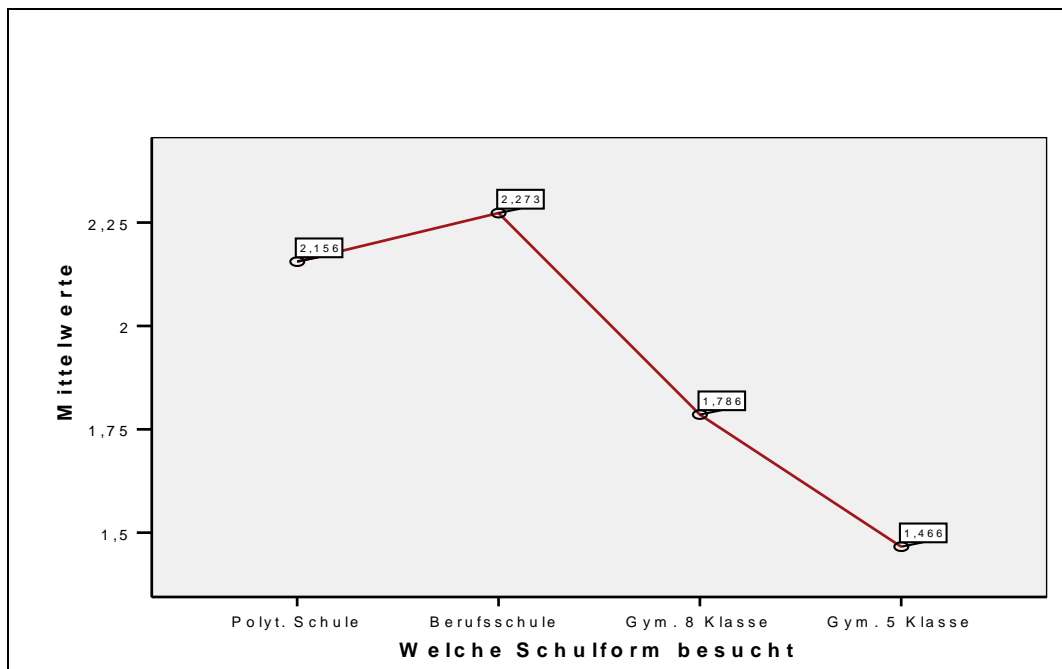
Bei der Betrachtung des aktuellen Tabakkonsums zeigt sich, dass gegenwärtig jeder zweite Jugendliche (49,3%) raucht (Jungen = 50,7, Mädchen = 48,3%). Der Anteil der Jugendlichen, welche täglich zur Zigarette greifen, liegt bei 33,8% (Jungen = 33,3%, Mädchen = 34,1%), siehe Abbildung 28. Nach Currie et al. (2001, zit. n. Richter/Settertobulte 2003, S. 107) wird als regelmäßiges Rauchverhalten eingestuft, wenn der Griff zur Zigarette mindestens einmal pro Woche oder jeden Tag erfolgt. Demzufolge zeigt sich, laut Untersuchungsergebnissen, dass 41,2% der Jugendlichen (Jungen = 40,8%, Mädchen = 41,3%) als regelmäßige RaucherInnen bezeichnet werden können, siehe Abbildung 28.

Abbildung 28: Häufigkeit des Rauchens bei Jugendlichen (2008)



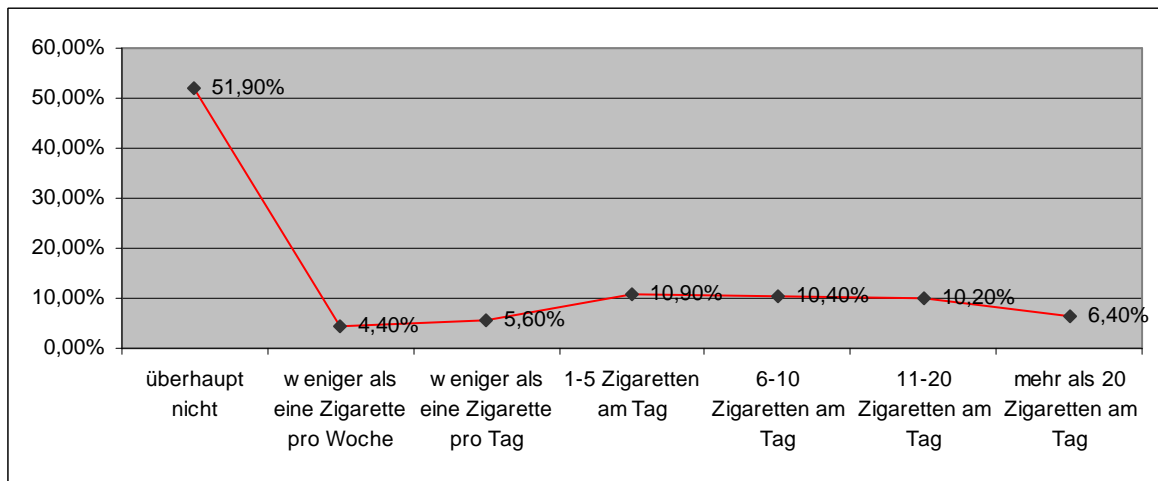
Bei der Betrachtung von Unterschieden im Raucherstatus der Jugendlichen findet sich dasselbe Bild wie in der Verteilung der Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums. Keine Unterschiede zeigen sich im Raucherstatus zwischen den Geschlechtern. Ältere Jugendliche rauchen mehr als jüngere Jugendliche. Wiederum zeigt sich, dass Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, mehr rauchen, als Gymnasiasten der 5. und 8. Schulklasse, siehe Abbildung 29 (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 30571,5, n.sig. / Altersstufe: Mann-Whitney-U. = 27719, sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 52,2, sig.).

Abbildung 29: Raucherstatus der Jugendlichen, differenziert nach Schulform



Die Anzahl der gerauchten Zigaretten bei den regelmäßig rauchenden Jugendlichen variiert von weniger als einer gerauchten Zigarette am Tag bei 5,6% der Jugendlichen bis zum täglichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten bei 6,4% der Jugendlichen, siehe Abbildung 30. Wiederum zeigt sich dieselbe Unterschiedskonstellation: kein Geschlechtseffekt, ältere rauchen mehr Zigaretten als jüngere Jugendlichen, sowie jene, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, rauchen mehr als Gymnasiasten (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1,499} = 0,1$, n. sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1,499} = 7,5$, sig. / WW Varianzanalyse $F_{1,499} = 1,8$, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 62,2, sig.).

Abbildung 30: Anzahl der gerauchten Zigaretten (2008)



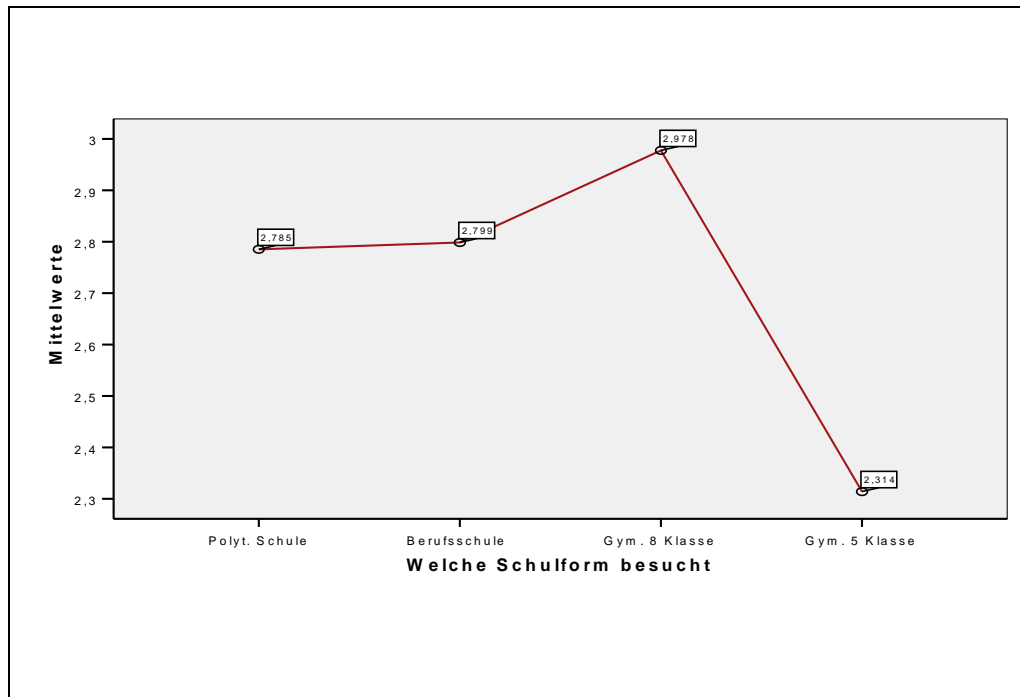
8.2.5 Alkoholkonsum der Jugendlichen

Der Alkoholkonsum wurde in der Untersuchung durch die Angabe der Jugendlichen, wie häufig sie derzeit alkoholische Getränke zu sich nehmen, mit einer fünffach gestuften Antwortkategorie von nie bis täglich sowie durch die Angabe, wie oft die Jugendlichen schon jemals so viel Alkohol getrunken haben, sodass sie dadurch richtig betrunken waren.

8.2.5.1 Derzeitiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Nach eigenen Angaben trinken 18,9% der Jugendlichen derzeit überhaupt keinen Alkohol (Jungen = 18,3%, Mädchen = 19,3%). Ein regelmäßiger Alkoholkonsum findet sich bei 34% der Jugendlichen (Jungen = 38,5%, Mädchen = 30,7%). Mädchen und Jungen weisen in ihrem derzeitigen Alkoholkonsum die gleiche Häufigkeit auf, dieser steigt mit dem Alter der Jugendlichen an. Bezogen auf die Schulformen unterscheiden sich Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule, eine Berufsschule oder ein Gymnasium in der 8. Schulklasse besuchen, nicht wesentlich im Alkoholkonsum. Jugendliche welche ein Gymnasium der 5. Klasse besuchen, weisen hingegen einen sehr geringen Alkoholkonsum auf (Geschlecht: Mann-Whithney-U. = 28712, n.sig. / Alter: Mann-Whithney-U. = 26909,5 sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 23,7, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 31).

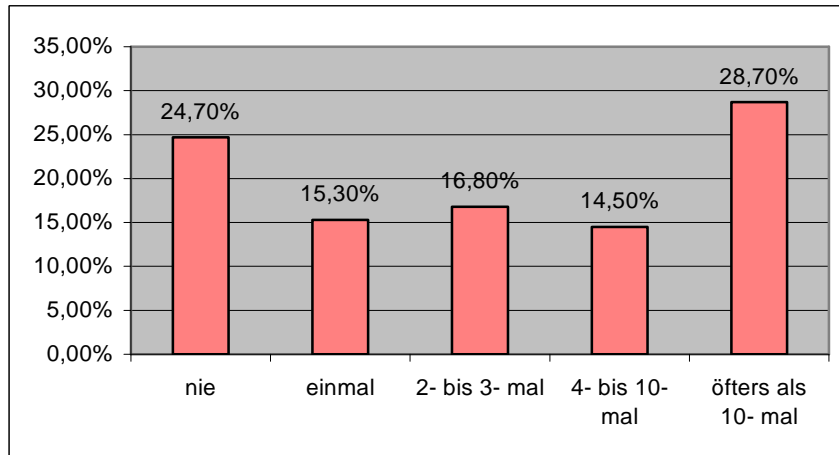
Abbildung 31: Gegenwärtiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen(2008)



8.2.5.2 Alkoholbedingte Rauscherfahrungen

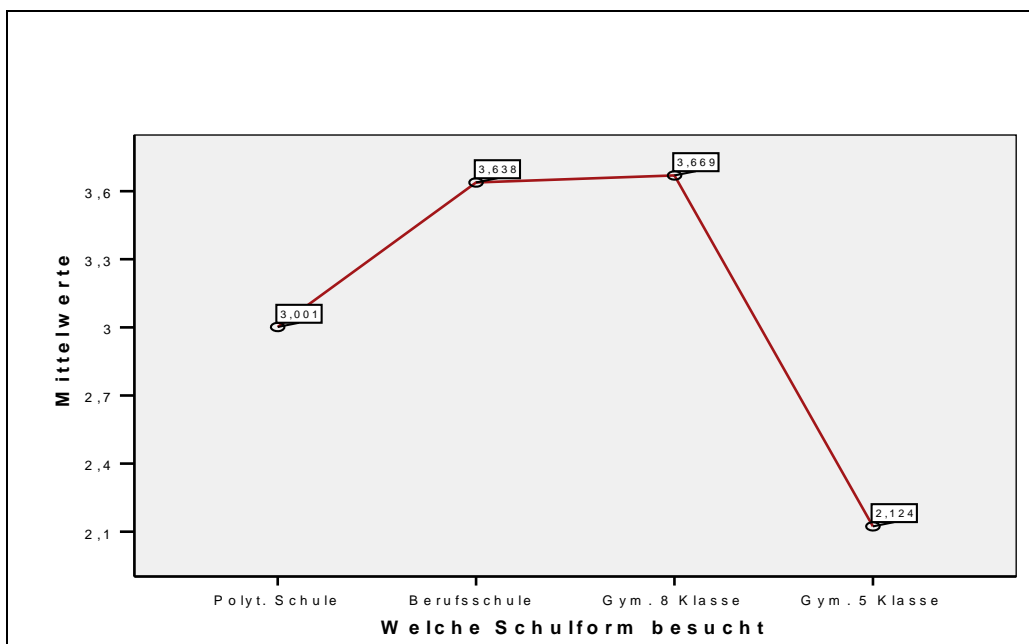
Bei der Häufigkeit der alkoholbedingten Rauscherfahrungen zeigt sich, wie in Abbildung 32 dargelegt, dass diesbezüglich Erfahrungswerte bei ca. drei Viertel der Jugendlichen vorliegen (Jungen = 75,6%, Mädchen = 75,2%). Alkoholbedingte Betrunkenheit im Ausmaß von öfters als zehn Mal, wurde schon von fast jedem dritten Jugendlichen (28,6%) erfahren (Jungen = 31,5%, Mädchen = 26,6%).

Abbildung 32: Häufigkeit der alkoholbedingten Rauscherfahrungen (2008)



Jungen ($\bar{x} = 3,3$) haben häufiger alkoholbedingten Rauscherfahrungenswerten als Mädchen ($\bar{x} = 3$), wobei diese mit dem Alter der Jugendlichen auch ansteigen. Die geringsten Erfahrungswerte mit Betrunketheit verzeichnen Jugendliche, welche ein Gymnasium der 5. Schulklasse besuchen (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 5,5$, sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 61,5$, sig. / Geschlecht*Schulform: keine WW / Schulform: Varianzanalyse $F_{3/499} = 29,5$, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 33).

Abbildung 33: Häufigkeit der alkoholbedingten Rauscherfahrungen, differenziert nach Schulform (2008)



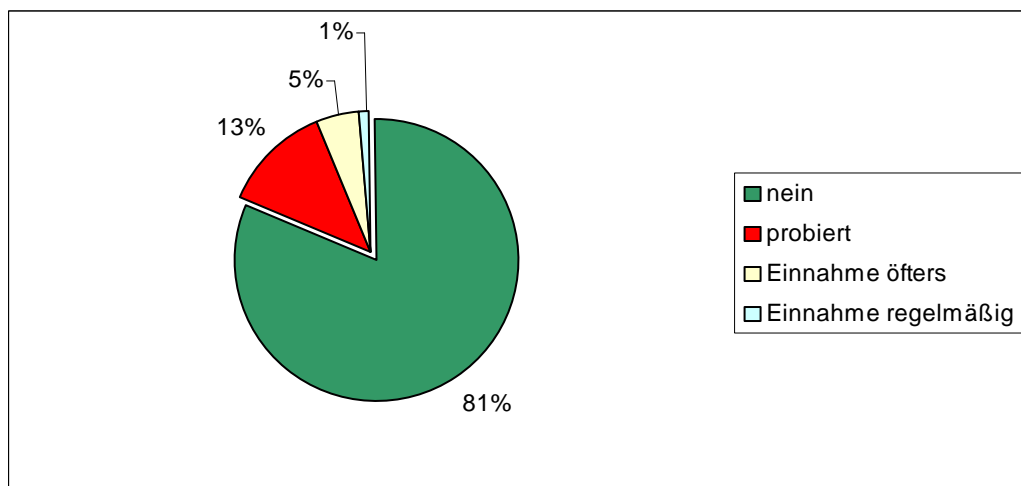
8.2.6 Konsum von illegalen Drogen

Der Drogenkonsum wurde in der Untersuchung mittels der Fragestellung erhoben, ob die Jugendlichen jemals in ihrem Leben die Drogen Cannabis, Heroin, Ecstasy oder andere Drogen genommen haben und gegebenenfalls wie häufig diese konsumiert werden.

Die Lebensprävalenz für die untersuchten Drogenarten liegt bezogen auf die Selbstangaben der Jugendlichen bei 21,5% (Jungen 22,5%, Mädchen 20,7%). Dabei beinhaltet dieser Prozentsatz, wie die Abbildung 34 zeigt, einen Cannabiserfahrungswert von 19% und einen Erfahrungswert von 8,2% mit den anderen genannten Drogenarten.

Dass sie Cannabis regelmäßig einnehmen, wurde von 1% der Jugendlichen angegeben, wobei dieser Prozentsatz nur männliche Jugendliche umfasst und etwa die Hälfte von diesem einen Prozentsatz noch zusätzlich andere Drogen regelmäßig konsumiert.

Abbildung 34: Häufigkeit des Cannabiskonsums bei Jugendlichen (2008)



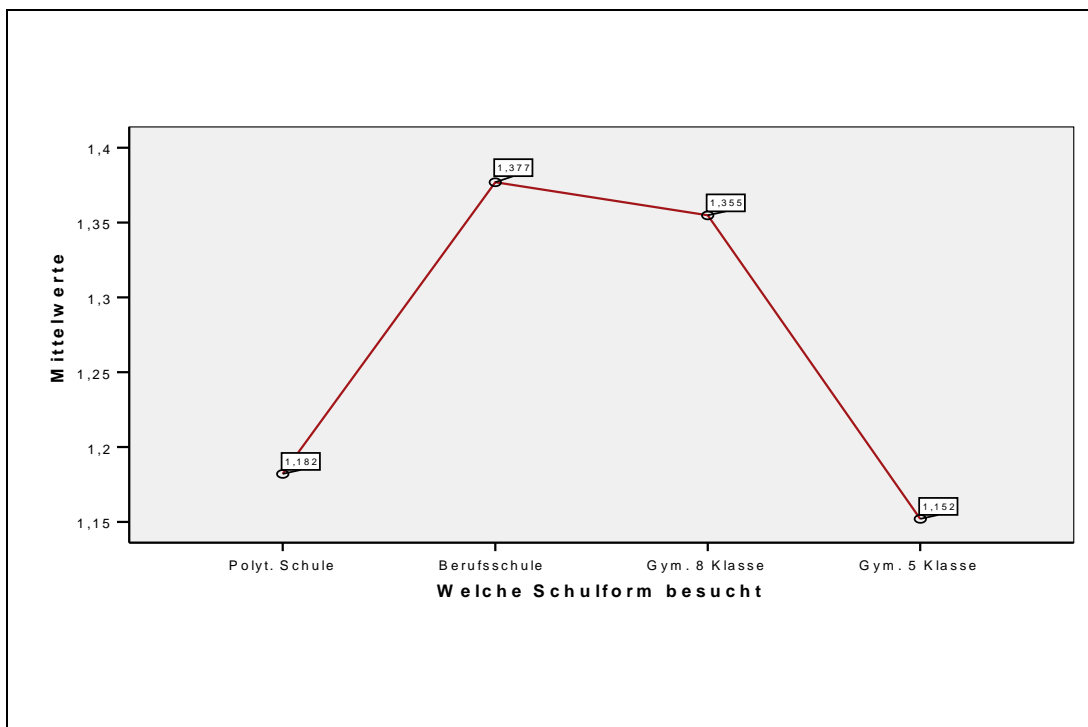
Heroin gleichsam wie Ecstasy werden von 0,2%, andere Drogen von 1,2% der Jugendlichen öfters genommen.

Da Cannabis, wie auch die Untersuchungsergebnisse belegen, die am häufigsten konsumierte illegale Droge im Jugendalter darstellt (vgl. Richter/Settertobulte 2003, S.

120), werden Unterschiede im Drogenkonsummuster nur in Bezug auf diese Substanz fokussiert.

Cannabis wird von weiblichen Jugendlichen gleich häufig wie von männlichen Jugendlichen konsumiert. Ältere Jugendliche greifen häufiger zu Cannabisprodukten als jüngere Jugendliche, dieser Effekt bedingt auch das signifikante Ergebnis beim Vergleich der Schulformen (Geschlecht: Mann-Whithney-U. = 30182,5, n.sig. / Altersstufe: Mann-Whithney-U. = 27916, sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 12,5, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 35).

Abbildung 35: Cannabiskonsum bei Jugendlichen, differenziert nach Schulform (2008)



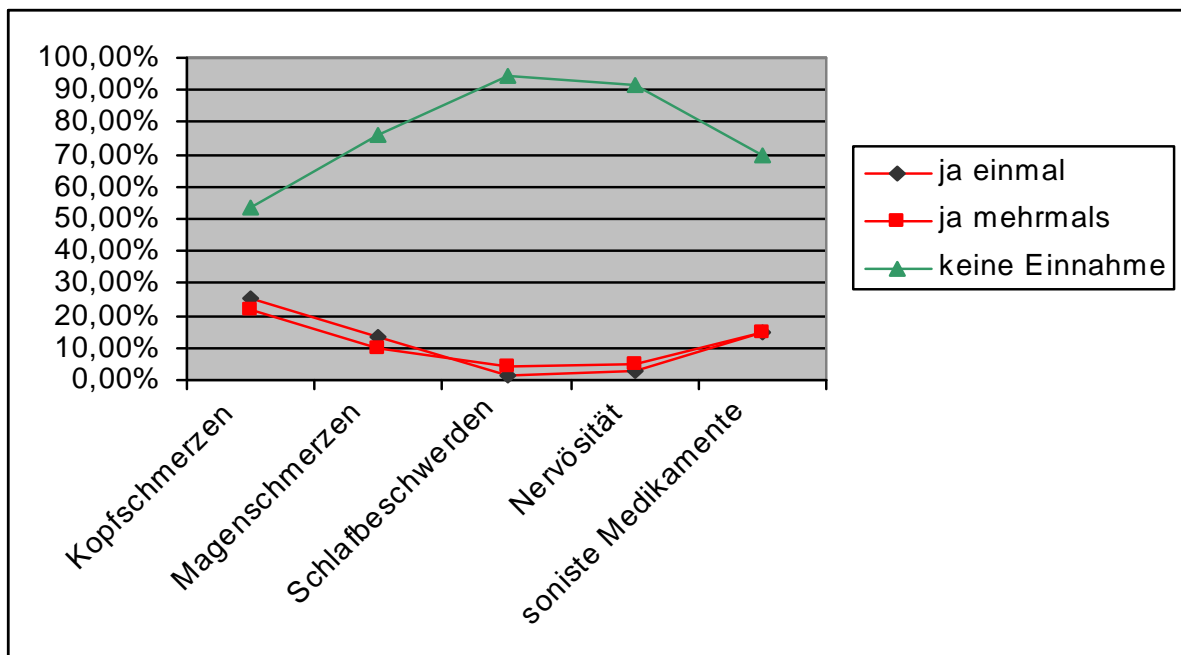
8.2.7 Medikamentenkonsum der Jugendlichen

Der Medikamentenkonsum wurde mittels der Fragestellung erhoben, ob die Jugendlichen einmal oder mehr als einmal Medikamente gegen Kopfschmerzen, Magen/Bauchschmerzen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Nervosität oder sonstige

Medikamente eingenommen haben. Dabei sollten sich die Angaben zur Medikamenteneinnahme auf das letzte Monat beziehen.

Keines der genannten Medikamente eingenommen haben 33,4% der Jugendlichen (Jungen = 47,4%, Mädchen = 23,1%). Demzufolge haben 76,6% der Jugendlichen bereits Erfahrung mit der Medikamenteneinnahme. Von 12,9% der Jugendlichen (Jungen = 7,5%, Mädchen = 16,9%) wurde angegeben, dass sie öfters als einmal zwei oder mehr der genannten Medikamente eingenommen haben. Am häufigsten werden von den Jugendlichen Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen, siehe Abbildung 36, diese haben bereits einmal oder mehrmals 46,7% der Jugendlichen eingenommen (Jungen = 45,5%, Mädchen = 54,5%).

Abbildung 36: Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten bei Jugendlichen (2008)



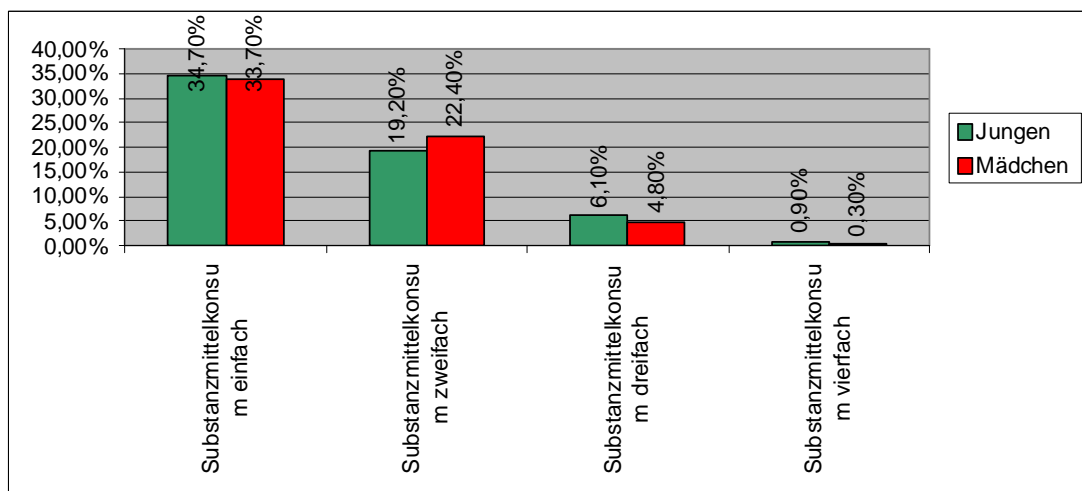
Die Medikamenteneinnahme ist bei den weiblichen Jugendlichen häufiger verbreitet als bei den männlichen Jugendlichen. Keine Unterschiede zeigen sich laut den Untersuchungsergebnissen bei den Jugendlichen in Bezug auf das Alter und der besuchten Schulform bei der Medikamenteneinnahme (Geschlecht: $\chi^2_5 = 5$, sig. / Altersstufe: $\chi^2_5 = 6,2$, n. sig. / Schulform: Kruskal-W₃ = 0,43. n.sig.).

8.2.8. Mehrfachkonsum von Suchtmittel

Unter Mehrfachgefährdung durch Suchtmittel wird der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen wie Alkohol, Tabakwaren, Drogen sowie Medikamente verstanden (vgl. Güther 2006, S. 21). Dementsprechend wurde in der Untersuchung erhoben, wie häufig der Konsum von mehreren der genannten Substanzen vorliegt. Betrachtet wurde der Konsum von Alkohol (jede Woche bis täglich), das Rauchen von Tabak (einmal oder öfters pro Woche bis jeden Tag), der Konsum von Drogen (nehme öfters bis regelmäßig) und die Medikamenteneinnahme (Einnahme von zwei bis fünf verschiedenen Medikamenten öfters).

Keinen Konsum von Alkohol, Tabakwaren, Drogen sowie Medikamenten zeigen nach eigenen Angaben 38,8% der Jugendlichen. Demzufolge wird zumindest eine der genannten Substanzen von 61,2% der Jugendlichen konsumiert (Jungen = 61%, Mädchen = 61,4%), wobei fast jeder dritte Jugendliche (27,1%) zu zwei oder mehr Substanzen greift, siehe Abbildung 37.

Abbildung 37: Mehrfachkonsum von Substanzmittel (2008)

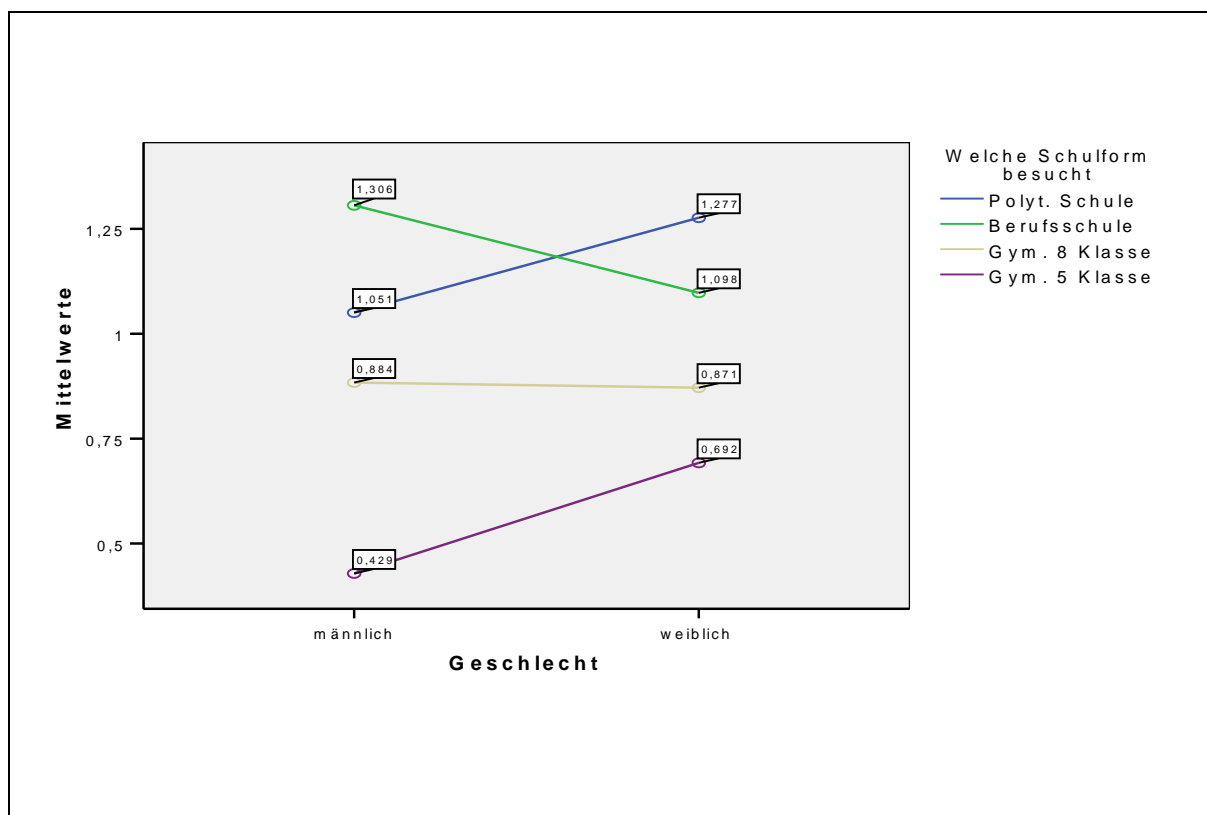


Der Mehrfachkonsum von Substanzmittel steigt mit zunehmendem Alter der Jugendlichen. Innerhalb der Schulformen findet sich bei Gymnasiasten ein geringerer Mehrfachkonsum von Substanzmittel als wie bei Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich insgesamt keine Unterschiede (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 30749,5, n.sig. / Alter: Mann-Whitney-U.

= 27391,5, sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 34,8, sig. / Mittelwerte finden sich in Abbildung 38).

Ein Mehrfachkonsum von Substanzmittel geht auch mit einer geringeren Einschätzung des eigenen Gesundheitsstatus sowie einer geringeren Bewertung der Lebenszufriedenheit einher (Gesundheitsstatus: $r = 0,18$, sig. / Lebenszufriedenheit: $r = -0,19$, sig.).

Abbildung 38: Mehrfachkonsum von Substanzmitteln, differenziert nach Geschlecht und Schulform (2008)

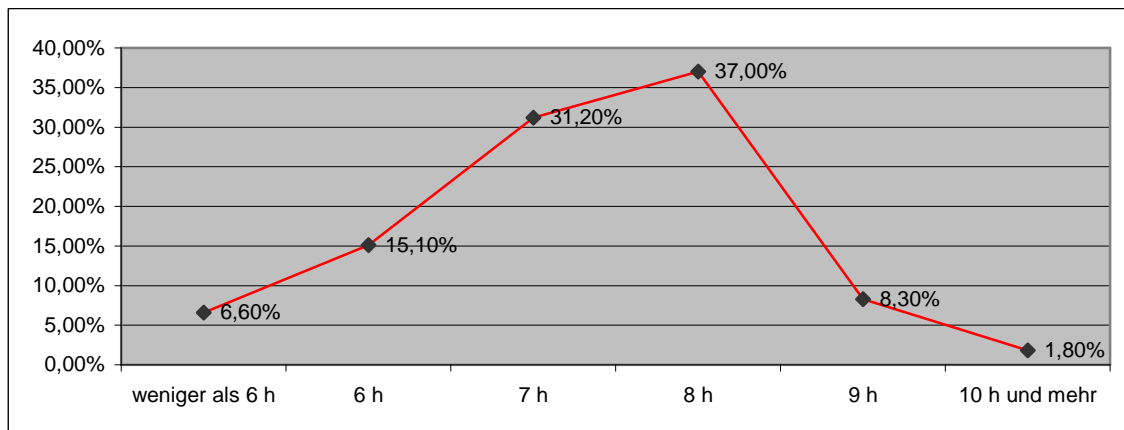


8.2.9 Schlaflänge der Jugendlichen

Die Schlaflänge der Jugendlichen wurde mittels der subjektiven Angabe, wie viele Stunden, gestuft von weniger als sechs bis zehn Stunden und mehr, durchschnittlich pro Nacht geschlafen wird, gemessen.

Eine tägliche Schlafdauer von durchschnittlich acht Stunden pflegen 37% der Jugendlichen (Jungen = 39%, Mädchen = 35,5%). Sieben Prozent der Jugendlichen schlafen täglich weniger als sechs Stunden, siehe Abbildung 39.

Abbildung 39: Durchschnittliche Schlaflänge der Jugendlichen (2008)



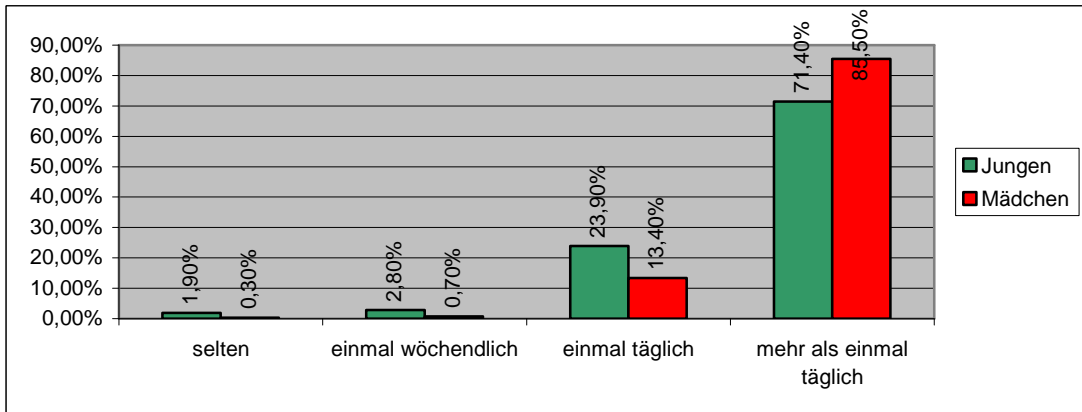
In Bezug auf die durchschnittliche Schlafdauer zeigen sich die Jugendlichen als homogene Gruppe, denn es sind keinerlei Unterschiede feststellbar (Geschlecht: Varianzanalyse – $F_{=1/495} = 2,5$, n.sig. / Altersstufe: Varianzanalyse – $F_{1/499} = 3,7$ n.sig. / Schulform: Varianzanalyse- $F_{3/499} = 1,5$, n.sig. / keine WW).

8.2.10 Zahnpflege der Jugendlichen

Bei der Gesunderhaltung der Zähne ist das regelmäßige Zähneputzen eine wichtige Determinante. Demzufolge wird in der Untersuchung die Häufigkeit des Zähneputzens erhoben.

Dass sie ihre Zähne täglich mehr als einmal putzen, wird von 79,5% der Jugendlichen angegeben. 2,6% der Jugendlichen putzen nur einmal pro Woche oder seltener ihre Zähne.

Abbildung 40: Zahnpflege der Jugendlichen(2008)



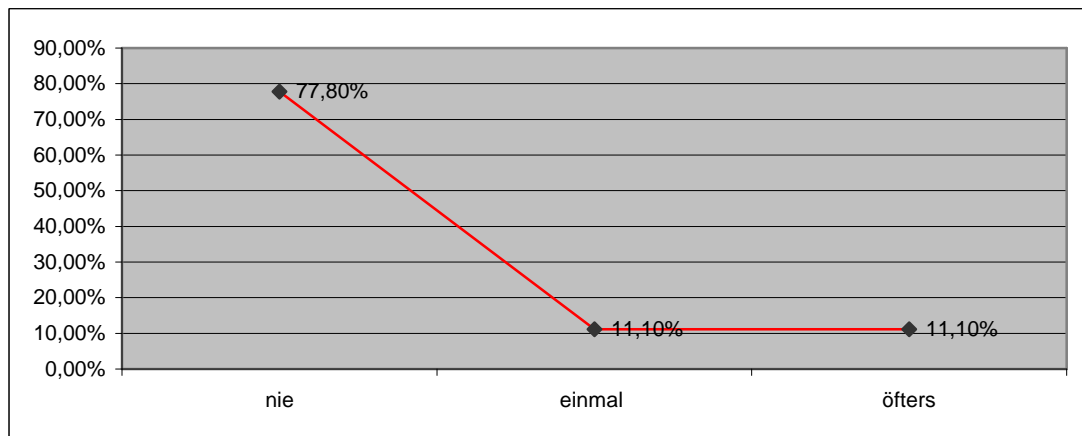
Wie aus Abbildung 40 ersichtlich, putzen weibliche Jugendliche ihre Zähne häufiger als männliche Jugendliche. Bezogen auf die Schulform, reinigen Jugendliche, welche ein Gymnasium in der 5. Klasse besuchen, ihre Zähne am fleißigsten, am nachlässigsten mit der Zahnpflege sind hingegen Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen. (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 26393,5, sig. / Altersstufe: Mann-Whitney-U. = 31484,5 n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 15,1, sig.).

8.2.11 Selbstverletzungen der Jugendlichen

Zur Thematik des selbstverletzenden Verhaltens wurde in der Untersuchung erhoben, ob sich die Jugendlichen schon einmal absichtlich mit einem Gegenstand selbst verletzt haben.

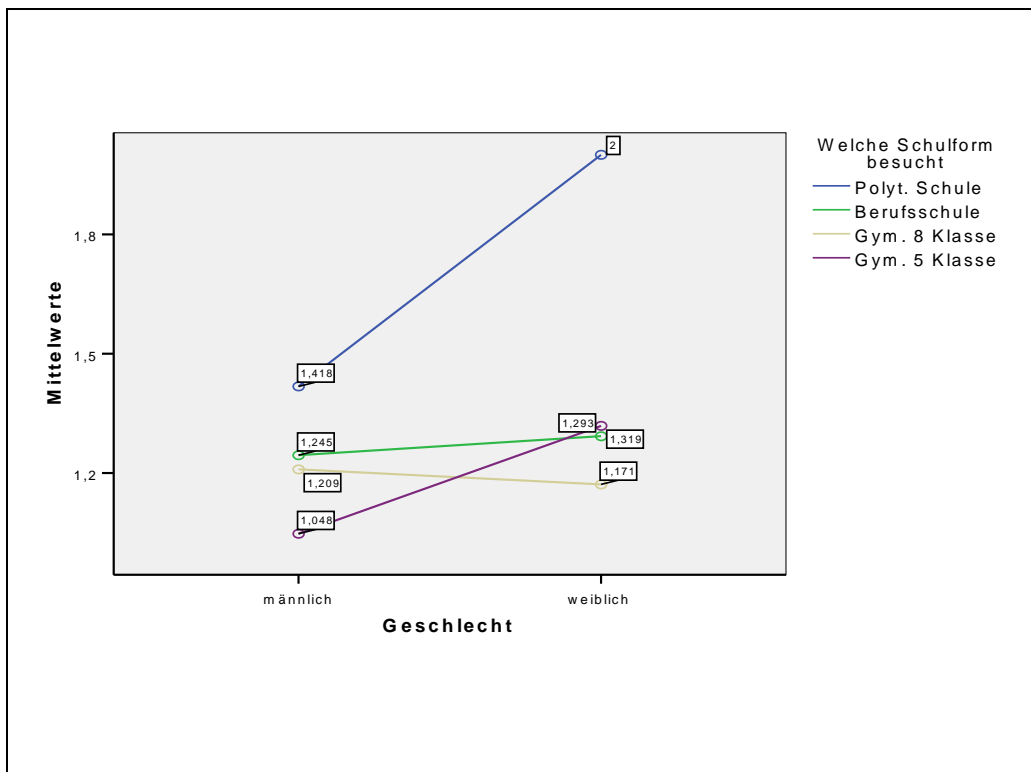
22,2% der Jugendlichen haben sich nach eigenen Angaben bereits einmal oder öfters absichtlich verletzt (Jungen= 18,8%, Mädchen = 24,8%, siehe Abbildung 41).

Abbildung 41: Häufigkeit der Selbstverletzung bei Jugendlichen(2008)



Wie aus Abbildung 42 ersichtlich, zeigt sich selbstverletzendes Verhalten sehr häufig bei Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule besuchen, und hier insbesondere bei weiblichen Jugendlichen. Die starke Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten bei den Jugendlichen aus den Polytechnischen Schulen begründet auch, dass sich laut Untersuchungsergebnis jüngere Jugendliche, im Vergleich zu ältern Jugendlichen, häufiger selbst verletzen. Insgesamt finden sich zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen keine Unterschiede (Geschlecht - $\chi^2_2 = 4,9$, n.sig. / Altersstufe - $\chi^2_2 = 11,1$, sig. / Schulform – Kruskal- $W_3 = 132,9$, sig.).

Abbildung 42: Häufigkeit der Selbstverletzung bei Jugendlichen, differenziert nach Geschlecht und Schulform (2008)



8.2.12 Sexualverhalten und Verhütung der Jugendlichen

Zur Sexualität der Jugendlichen wurde erhoben, ob die Jugendlichen schon einmal Geschlechtsverkehr hatten und gegebenenfalls welche Verhütungsmethode beim letzten Geschlechtsverkehr angewendet wurde.

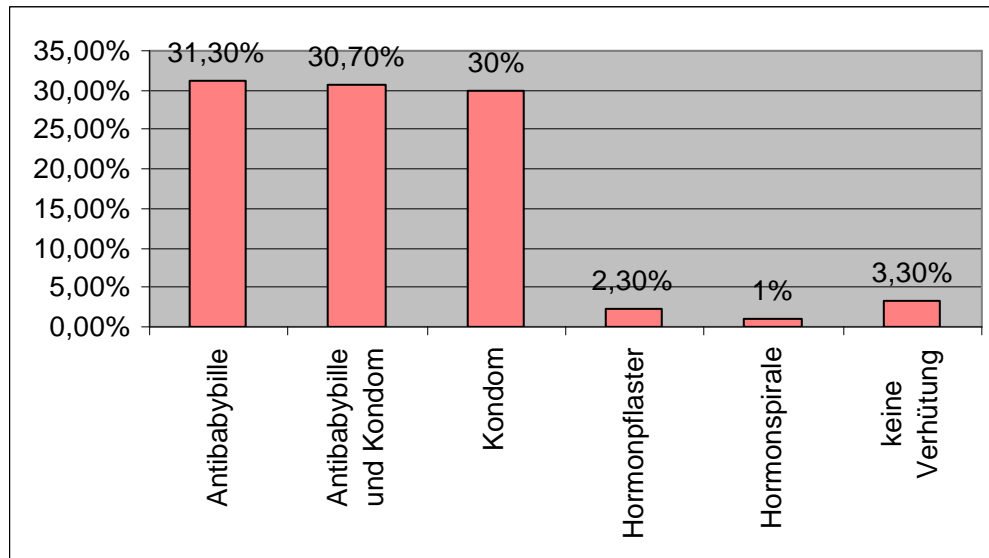
18,1% der 14-16 jährigen Jugendlichen berichten, dass sie bereits Geschlechtsverkehr hatten. Von den 17-20- jährigen Jugendlichen hatten bereits 40,4% Geschlechtsverkehr. Diese 58,4% an Jugendlichen, welche bereits Geschlechtsverkehr hatten, teilen sich in 22,3% Jungen und 36,2% Mädchen.

Bei der Art der Verhütungsmethode zeigt sich, dass 60,7% der Jugendlichen ein Kondom bzw. Kondom und Antibabypille benutzen, siehe Abbildung 43. Auf Verhütung mittels Antibabypille setzen 31,30% der Jugendlichen.

Von den Jugendlichen, welche nach eigenen Angaben beim letzten Geschlechtsverkehr keine Verhütungsmaßnahmen getroffen haben (3,3%), besuchen 90% eine Berufsschule

und 10% eine Polytechnische Schule. Weibliche Jugendliche welche auf orale Kontrazeption setzen (31,3% = 186 Mädchen), also die Antibabypille einnehmen, besuchen zu 47% (= 87 Mädchen) eine Berufsschule.

Abbildung 43: Verhütungsmethoden der Jugendlichen beim letzten Geschlechtsverkehr (2008)

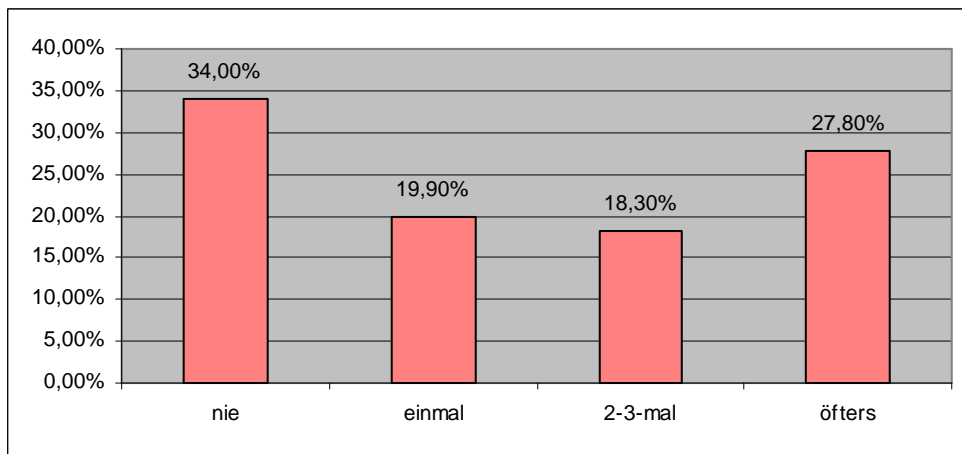


8.2.13 Gewalterfahrungen der Jugendlichen

Die Gewalterfahrungen der Jugendlichen wurde mittels der Fragestellung gemessen, ob sie schon einmal von Gewalthandlungen betroffen waren, mit den Antwortmöglichkeiten nein, einmal, zwei bis drei Mal sowie öfters.

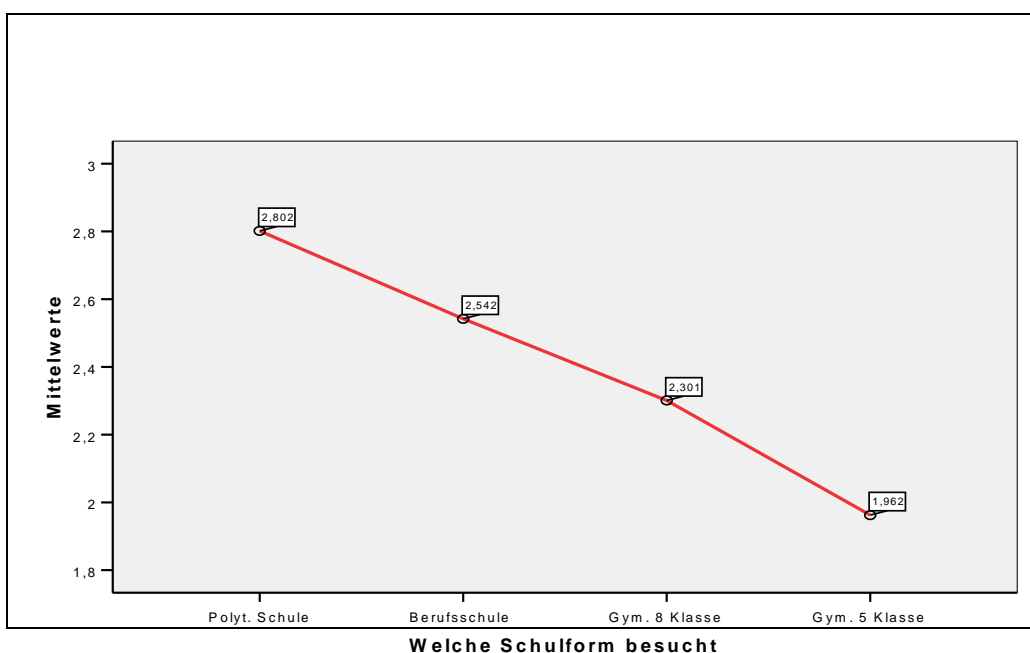
66% der Jugendlichen haben laut den Untersuchungsergebnissen Erfahrungswerte mit Gewalthandlungen (Jungen = 77,9%, Mädchen = 57,2%), wobei mehr als jeder dritte Jugendliche bereits öfters von Gewalt betroffen war (Jungen = 41,3%, Mädchen = 17,9%), siehe Abbildung 44.

Abbildung 44: Häufigkeit der erfahrenen Gewalthandlungen bei Jugendlichen (2008)



Gewalterfahrung ist verstärkt männlich (Jungen $\bar{x} = 2,8$, Mädchen $\bar{x} = 2,1$). Von ihr zumeist betroffen sind Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, gefolgt von den Jugendlichen aus den Berufsschulen (Geschlecht: Mann-Whithney-U. = 21254, sig. / Altersstufe: Mann-Whithney-U. = 30838,5, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 33,1, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 45).

Abbildung 45: Häufigkeit der erfahrenen Gewalthandlungen, differenziert nach Schulform (2008)



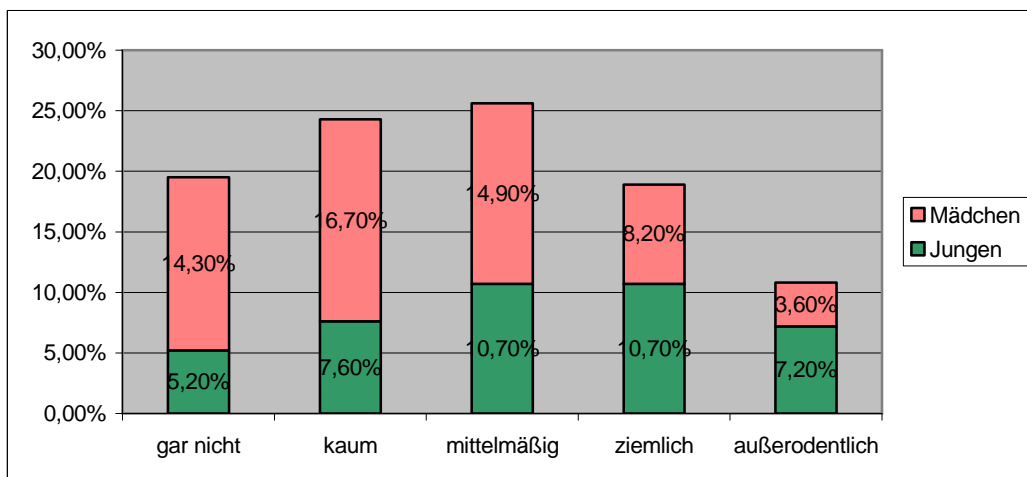
Werden die Gewalterfahrungen der Jugendlichen mit dem Alkoholkonsum in Beziehung gestellt, so findet sich mit dem Anstieg der Häufigkeit des Alkoholkonsums auch eine Zunahme bei der Gewalterfahrung (Korrelation: $r = 0,24$, sig.).

8.2.14 Faszination für riskantes Fahrverhalten der Jugendlichen

Mit der Fragestellung, ob schnelles bzw. riskantes Fahren mit dem Auto, Motorrad oder Moped fasziniert, wurde die Vorliebe der Jugendlichen für risikobehaftetes Fahrverhalten erhoben.

Mit ziemlich oder außerordentlich wurde von jedem dritten Jugendlichen die eigene Faszination für riskantes und schnelles Fahren eingeschätzt, siehe Abbildung 46. Dass sie gar nicht oder kaum an riskantem und schnellem Fahren interessiert seien, gaben 43,8% der Jugendlichen an, wobei dieser Prozentsatz zu 31% von den weiblichen Jugendlichen gestellt wird.

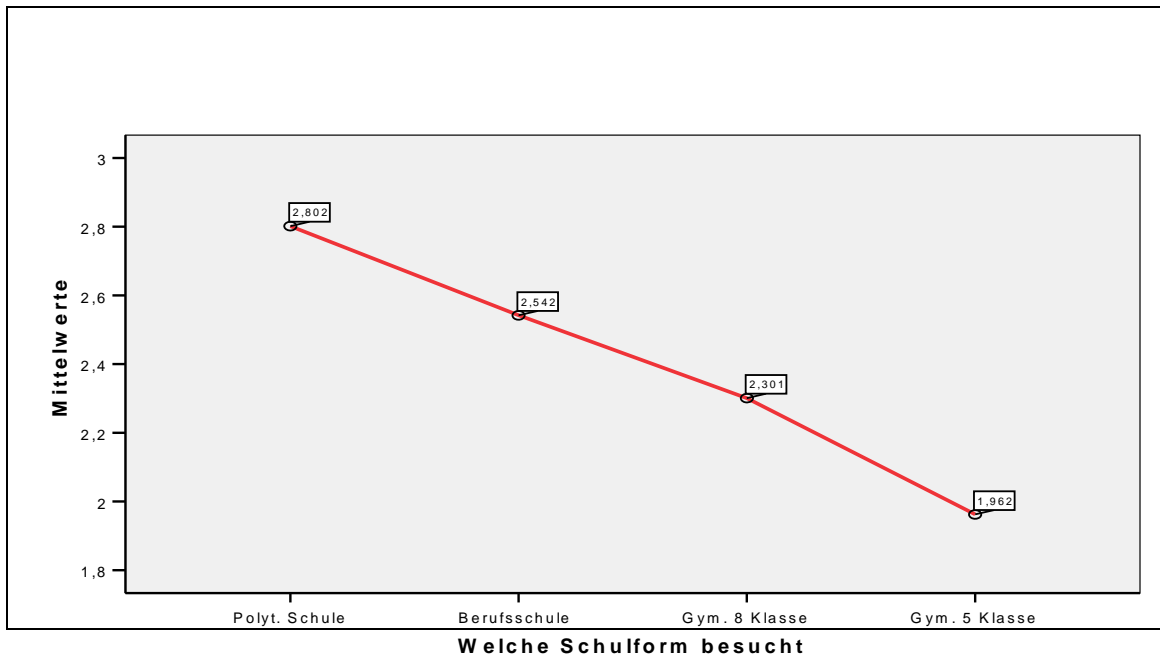
Abbildung 46: Faszination für riskantes und schnelles Fahren (2008)



Insgesamt zeigen männliche Jugendliche für riskantes und schnelles Fahren mehr Interesse. Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, faszinieren sich hierfür, im Gegensatz zu den anderen drei Schulformen, ganz besonders. Die starke Faszination für riskantes und schnelles Fahren bei den Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule besuchen, bedingt auch das signifikante Untersuchungsergebnis in

Bezug auf das Alter der Jugendlichen(Geschlecht: Mann-Whithney-U. = 20906, sig. / Altersstufe: Mann-Whithney-U. = 27121, sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 41,1, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 47).

Abbildung 47: Faszination für riskantes und schnelles Fahren, differenziert nach Geschlecht und Schulform (2008)



8.2.15 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: gesundheitsrelevantem Verhalten der Jugendlichen

Bei den untersuchten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zeigen sich folgende Tendenzen:

- **Ernährungsverhalten:**

41% der Jugendlichen frühstücken täglich. Von Gymnasiasten wird die regelmäßige Frühstückseinnahme häufiger gepflegt als von Jugendlichen, welche eine Berufsschule oder eine Polytechnische Schule besuchen.

Einmal oder mehrmals pro Tag wird Obst von 35,8% und Gemüse von 26,3% der Jugendlichen gegessen. Weibliche Jugendliche verzehren täglich mehr Obst und Gemüse als männliche Jugendliche. Jugendliche, welche eine Berufsschule besuchen, weisen den geringsten Obst- und Gemüsekonsum auf.

Zuckerhaltige Limonade wird von 26% der Jugendlichen und Süßigkeiten und Schokolade von 26,6% der Jugendlichen täglich einmal oder mehrmals konsumiert. Bei der Konsumhäufigkeit von Limonade und Süßigkeiten zeigen sich keine Unterschiede im Bezug auf das Geschlecht und das Alter der Jugendlichen. Bezogen auf die Schulformen, wird, am häufigsten von Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule besuchen, süße Limonade getrunken und genascht.

- **Körperliche Aktivität:**

Zwei bis drei Mal pro Woche oder öfter sind 58% der Jugendlichen in ihrer Freizeit körperlich aktiv, wobei das Stundenausmaß der körperlichen Aktivität zumeist bei zwei bis drei Stunden liegt. Gänzlich auf körperliche Aktivität verzichten 3,4% der Jugendlichen. Laut den Untersuchungsergebnissen sind jüngere häufiger körperlich aktiv als ältere Jugendliche, wobei sich Jungen generell mehr als Mädchen bewegen. Bezogen auf die Schulformen, findet sich bei Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen, die geringste Tendenz zu körperlicher Aktivität.

- **Sitzendes Verhalten:**

44,8% der Jugendlichen verbringen täglich zwei oder mehr Stunden vor dem TV-Gerät. Dasselbe Stundenausmaß widmen 33,4% der Jugendlichen täglich dem

Personal Computer.

Täglich vier bis sechs Stunden und mehr vor dem PC und dem TV-Gerät verbringen 17,3% der Jugendlichen. Bei der mittels TV und oder PC verbrachten Zeit unterscheiden sich Jungen und Mädchen nicht. Jüngere Jugendliche sitzen häufiger vor TV und/oder PC als ältere Jugendliche, wobei sich der häufigste Konsum bei Jugendlichen zeigt, welche eine Polytechnische Schule besuchen.

- **Tabakkonsum:**

Die Prävalenzrate für das Rauchen liegt bei den Jugendlichen bei 79,5%, wobei gegenwärtig jeder zweite Jugendliche (49,3%) raucht. Täglich zur Zigarette greift ca. jeder dritte Jugendliche (33,8%). Mädchen und Jungen rauchen gleich häufig. Allgemein rauchen ältere mehr als jüngere Jugendliche. Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, weisen häufiger Raucherfahrungen auf als Gymnasiasten.

- **Alkoholkonsum:**

Erfahrungswerte mit alkoholbedingter Betrunkenheit weisen drei Viertel der Jugendlichen auf. 28,6% der Jugendlichen waren bereits öfter als zehn Mal richtig betrunken. Bei Jungen zeigen sich höhere Erfahrungswerte mit alkoholbedingten Rauscherfahrungen, diese steigen mit dem Alter der Jugendlichen auch an. Gegenwärtig konsumieren 34% der Jugendlichen regelmäßig Alkohol. Beim regelmäßigen Konsum liegen Mädchen und Jungen gleich auf, wieder steigt die Konsumhäufigkeit mit dem Alter der Jugendlichen. Innerhalb der Schulformen zeigen Gymnasiasten der 5. Schulklasse sowohl beim gegenwärtigen Alkoholkonsum als auch bei den alkoholbedingten Rauscherfahrungen die geringsten Häufigkeiten. Die anderen drei Schulformen unterschieden sich in diesen Bereichen nicht wesentlich.

- **Konsum von illegalen Drogen:**

Drogenerfahrungswerte finden sich bei 21,5% der Jugendlichen, von diesem Prozentsatz entfallen 19% auf Erfahrungswerte mit Cannabisprodukten. Cannabis wird von weiblichen und männlichen Jugendlichen gleich häufig konsumiert, wobei ältere Jugendliche häufiger zu Cannabisprodukten greifen. Innerhalb der

untersuchten Schulformen zeigen sich keine Unterschiede bei der Häufigkeit des Konsums von Cannabis.

- **Medikamentenkonsument:**

Medikamente gegen Kopfschmerzen wurden bereits von ca. jedem zweiten Jugendlichen (46,7%) eingenommen. Öfters werden zwei oder mehr Medikamente von 12,9% der Jugendlichen eingenommen. Die Medikamenteneinnahme ist bei weiblichen Jugendlichen häufiger verbreitet als bei den männlichen Jugendlichen.

- **Mehrfachkonsum von Substanzmitteln:**

Fast jeder dritte Jugendliche (27,1%) konsumiert zwei oder mehr Substanzmitteln (Alkohol, Tabakwaren, illegale Drogen, Medikamente). Der Mehrfachkonsum von Substanzmitteln steigt mit zunehmendem Alter der Jugendlichen. Innerhalb der Schulformen findet sich bei Gymnasiasten ein geringerer Mehrfachkonsum von Substanzmitteln als wie bei Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich insgesamt keine Unterschiede.

- **Schlaflänge:**

Eine tägliche Schlafdauer von durchschnittlich acht Stunden pflegen 37% der Jugendlichen. Sieben Prozent der Jugendlichen schlafen täglich weniger als sechs Stunden. Im Sample finden sich keine überzufälligen Unterschiede.

- **Zahnpflege:**

Täglich mehr als einmal putzen 79,5% der Jugendlichen ihre Zähne. 2,6% der Jugendlichen putzen nur einmal pro Woche oder seltener ihre Zähne. Mädchen putzen ihre Zähne generell häufiger als Jungen. Bezogen auf die Schulform, reinigen Jugendliche, welche ein Gymnasium in der 5. Klasse besuchen, ihre Zähne am fleißigsten, am nachlässigsten mit der Zahnpflege sind hingegen Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen.

- **Selbstverletzung:**

22,2% der Jugendlichen haben sich schon einmal oder öfters absichtlich selbst

verletzt. Mädchen, welche eine Polytechnische Schule besuchen, zeigen hier die größte Rate. Insgesamt findet sich zwischen den Geschlechtern kein Unterschied im selbstverletzenden Verhalten.

- **Sexualität und Verhütung:**

58% der untersuchten Jugendlichen hatten bereits Geschlechtsverkehr. Als Verhütungsmethoden werden mit ca. je 30% die Antibabypille, das Kondom oder beides zusammen verwendet.

- **Gewalterfahrung:**

Etwa jeder dritte Jugendliche (27,8%) war bereits öfters von Gewalt betroffen. Gewalt erfahren verstärkt männliche Jugendliche. Am häufigsten von ihr betroffen sind Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen.

- **Faszination für riskantes Fahren:**

29,6% der Jugendlichen sind von riskantem und schnellem Fahren mit dem Auto, Motorrad oder Moped fasziniert. Insgesamt zeigen männliche Jugendliche für riskantes und schnelles Fahren mehr Interesse. Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, faszinieren sich hierfür, im Gegensatz zu den anderen drei Schulformen, ganz besonders.

Wie dargelegt, finden sich in den untersuchten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Jugendlichen vielfach hohe Prozentsätze im Verhalten, welches der Gesundheit weniger zuträglich ist. Angesichts der Tatsache, dass Verhaltensweisen, welche in der Lebensphase Jugend angeeignet werden, dann auch zumeist im weiteren Lebensverlauf beibehalten werden (vgl. Richter/Settertobulte 2003, S. 100), ist hier sicher Handlungsbedarf zur Gegensteuerung von Nöten.

Werden die einzelnen untersuchten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen im Gesamten betrachtet so kann gesagt werden, dass Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, bei diesen einen weit risikobehafteteren Umgang pflegen. Gleichauf bei der Konsumhäufigkeit finden sich die gesamten UntersuchungsteilnehmerInnen bei illegalen Drogen. Auch der Alkoholkonsum findet,

ausgenommen bei GymnasiastInnen der 5. Schulklasse, allgemeinen Zuspruch.

Mit diesem Substanzmittel haben laut Untersuchungsergebnissen 28,6% der Jugendlichen schon öfters als zehn Mal eine Rauscherfahrt erlebt. „Komasaufen“ das Unwort des Jahres 2007, scheint somit auch im Jahre 2008 nicht aus der Mode zu geraten. Regelmäßig sind 34% der Jugendlichen dem Alkohol zugetan, wobei die Häufigkeit von Rauscherfahrten nach Richter und Settertobulte (vgl. 2003, S. 112) als Indikator für einen gesundheitsgefährdenden Konsum von Alkohol bei den Jugendlichen betrachtet werden kann. Rauscherfahrten haben aber meist auch unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit der Jugendlichen, da Unfälle oder abweichendes Verhalten dadurch bedingt werden können, zumal starker Alkoholkonsum zum Verlust der motorischen Fähigkeiten und des Urteilsvermögens führt.

Scheint der Prozentsatz an Jugendlichen, welche dem Alkohol regelmäßig zugetan sind, laut den Untersuchungsergebnissen schon sehr hoch, so soll dennoch darauf hingewiesen werden, wie Klimont et al. (vgl. 2007, S.39) bezugnehmend auf Untersuchungsergebnisse von Uhl et al. (2004) anführen, dass die durch Befragungen erfassten Konsummengen meist nur ein Drittel des tatsächlich konsumierten Alkohols ausmachen. Somit werde die Problemlage Alkohol basierend auf Umfrageergebnissen systematisch unterschätzt.

Wie auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt wurde (fast jeder dritte Jugendliche konsumiert zwei oder mehr Substanzmittel), beschränkt sich das Risikoverhalten der Jugendlichen vielfach nicht nur auf eine Verhaltensweise sondern umfasst mehrere. Demzufolge betonen Richter und Settertobulte (2003, S. 150) die Notwendigkeit umfassender Gesundheitsförderungsprogramme, welche „sich nicht auf Einzelaspekte beschränken, sondern die unterschiedlichen Verhaltensweisen im Gesamtrepertoire gesundheitsbezogenen Verhaltens in den Mittelpunkt stellen“.

Durch den Sozialisationsprozess vermittelte geschlechtsspezifische Einstellungen und Verhaltensweisen, welche sich auch in Bezug auf die Gesundheit zeigen, spiegeln sich in den Untersuchungsergebnissen wieder. So seien Jungen, bedingt durch ihr „nach außen gerichtetes Verhalten“, stärker in riskantem Verkehrsverhalten, gefährliche Sportausübung, verschiedenen Formen von Gewaltakten, etc., verwickelt (vgl. Hurrelmann 2007, S. 181 f.). Laut den Untersuchungsergebnissen bestätigen sich diese theoretischen Annahmen, denn männliche Jugendliche zeigen für riskantes und schnelles Fahren weit mehr Interesse als Mädchen, auch weisen Jungen mehr Gewalterfahrten auf.

Kritisch ist auch das Ernährungsverhalten der Jugendlichen zu werten. Es nehmen fast 60% der Jugendlichen kein tägliches Frühstück zu sich, verzichten somit auf ein tägliches Energie-„Sprungbrett“ für den ganzen Tag (vgl. Zwibauer 2000, S. 100). Auch die Verzehrempfehlung „5x am Tag“ eine Hand voll Obst und Gemüse zu sich zu nehmen (vgl. Agrarmarkt Austria Marketing Ges.m.b.H. 2007), wird von den Jugendlichen nicht berücksichtigt. Hingegen konsumieren fast ein Drittel der Jugendlichen täglich einmal oder mehrmals zuckerhaltige Limonade und Süßigkeiten. Bezugnehmend auf den hohen Limonadenkonsum soll die Überlegung von Kickbusch (vgl. 2006, S. 19) angeführt werden. Sie meint, gesundes Essen hat seinen Preis und erfordert auch zeitliche Ressourcen, sowie Kompetenzen. Beispielsweise liegt ein Liter Orangensaft aus frisch gepressten Orangen vom Kosten- und auch Zeitaufwand für die Zubereitung weit höher als eine Literpackung Süßgetränk mit Orangengeschmack.

Den Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, im Ausmaß von 60 Minuten, an den meisten Tagen der Woche (vgl. Richter/Settortobulte 2003, S. 124 f.), leistet laut Untersuchungsergebnis, nur jeder zweite Jugendliche, Folge. Umgekehrt liegt jedoch der Prozentsatz an Jugendlichen, welche regelmäßig viel Zeit mit sitzender Aktivität verbringen, sehr hoch. So verbringen 17,3% der Jugendlichen täglich vier bis sechs Stunden und mehr vor dem TV- und PC-Gerät. Die positive Wirkung von körperlicher Aktivität für Gesundheit und Wohlbefinden den Jugendlichen näher zu bringen, kann sich mitunter schwierig gestalten, denn die meisten Jugendlichen fühlen sich gesund und Erkrankungen, welche möglicherweise durch körperliche Aktivität vorgebeugt werden könnten, wähen Jugendliche noch in weiter Ferne.

Sehr lobenswert zeigt sich laut den Untersuchungsergebnissen die Zahnpflege bei den Jugendlichen. Es putzen bis auf 2,9%, alle Jugendlichen ihre Zähne regelmäßig.

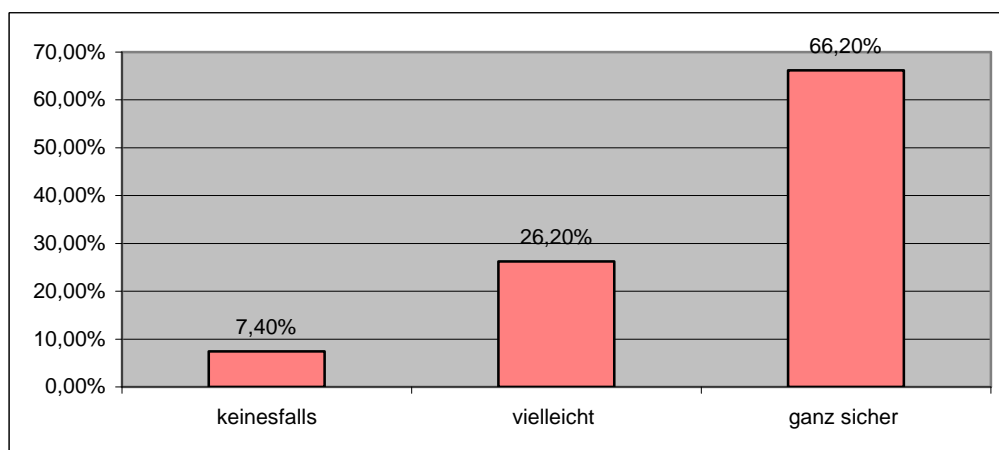
8.3 Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen

Zur Thematik des Gesundheitsbewusstseins der Jugendlichen wurde die Meinung der Jugendlichen bezüglich des Einflusses des eigenen Verhaltens auf die eigene Gesundheit sowie Argumente, welche Jugendliche für ihre persönliche Gesundheit für wichtig erachten, erhoben. Die Nennung von Argumenten erfolgte ohne Kategorienvorgabe. Auch wurde das Wissen der Jugendlichen über die Bedeutung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen für die Gesundheit gemessen.

8.3.1 Meinung über den Einfluss des eigenen Verhaltens auf die Gesundheit

66% der Jugendlichen sind der Meinung, dass ihre Gesundheit ganz sicher auch von ihrem eigenen Verhalten beeinflusst wird (Jungen = 25,9%, Mädchen = 40,4%). Keinesfalls, so meinen 7,4% der Jugendlichen, sei ihr eigenes Verhalten für ihre Gesundheit relevant (Jungen = 11,3%, Mädchen = 4,5%), siehe Abbildung 48.

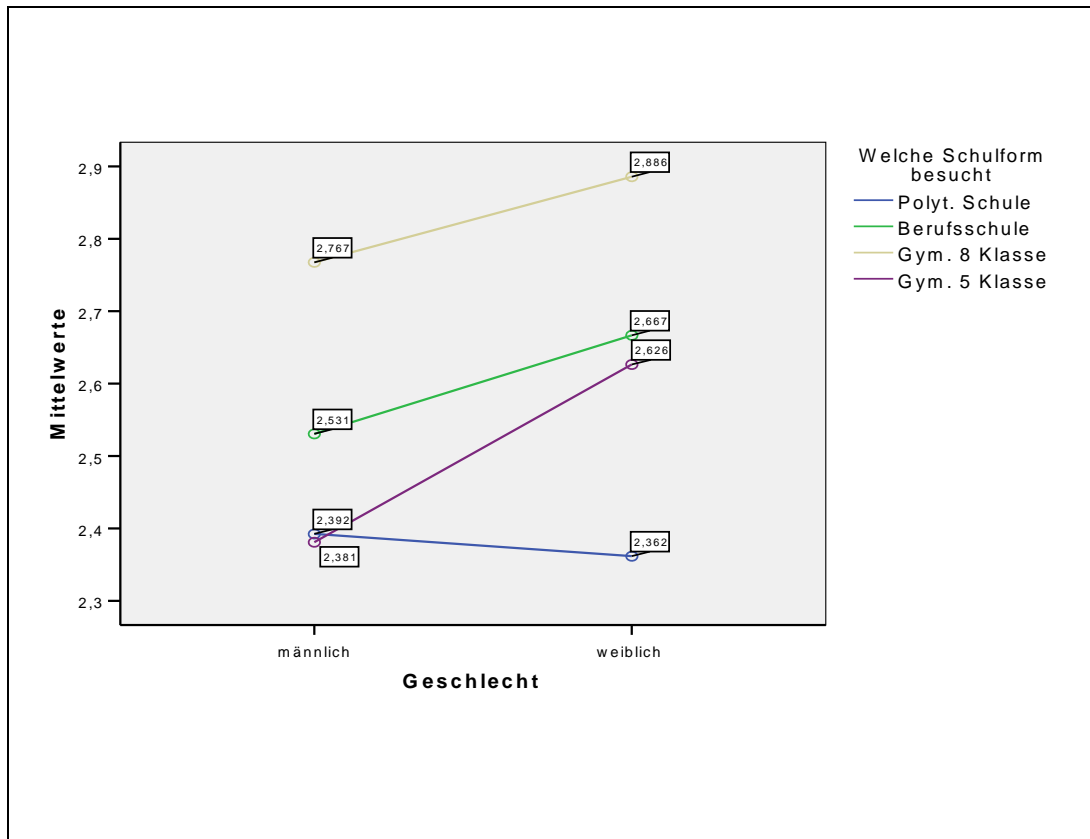
Abbildung 48: Meinung der Jugendlichen über den Einfluss des eigenen Verhaltens auf die Gesundheit (2008)



Generell meinen Mädchen häufiger als Jungen, dass das eigene Verhalten einen Einfluss auf die Gesundheit hat. Auch ältere sind davon mehr überzeugt als jüngere Jugendlichen. Jugendliche, welche ein Gymnasium in der 8. Schulklasse besuchen sind am häufigsten der Meinung, dass sie ihre Gesundheit durch ihr eigenes Verhalten beeinflussen können. Am wenigsten ist dies den Jugendlichen bewusst, welche eine Polytechnische Schule besuchen,

(Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 27451,5, sig. / Altersstufe: Mann-Whitney-U. = 25265, sig. / Schulform – Kruskal-W₃ = 33,08, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 49).

Abbildung 49: Meinung der Jugendlichen über den Einfluss des eigenen Verhaltens auf die Gesundheit, differenziert nach Geschlecht und Schulform(2008)



8.3.2 Verhaltensweisen und Argumente, welche Jugendliche für ihre persönliche Gesundheit für wichtig erachten

Von 73% der Jugendlichen werden Verhaltensweisen und Argumente, welche sie für ihre persönliche Gesundheit für wichtig erachten, angeführt. 2% der Jugendlichen meinen, dass für ihre persönliche Gesundheit nichts wichtig sei. 25% der Jugendlichen haben diese Fragestellung nicht beantwortet, von diesem Prozentsatz entfallen 9% auf Jugendliche aus Polytechnischen Schulen.

Das wichtigste für die Gesundheit ist nach Meinung der Jugendlichen die Ernährung. Von 82% der Jugendlichen wurde diese für ihre persönliche Gesundheit für wichtig erachtet. An zweiter Stelle im Ranking der drei wichtigsten gesundheitsrelevanten Bereiche erfolgt mit 71% die körperliche Bewegung/Sport. „Don't drinking and don't smoking“ (Mädchen 14 Jahre, Gymnasium 5 Schulklasse) liegt mit 48% auf Platz drei.

Des Weiteren werden von den Jugendlichen folgende Bereiche für ihre persönliche Gesundheit für wichtig erachtet:

- keine Drogen konsumieren 33%
- keinen Stress haben 21%
- sich in seinem Umfeld wohlfühlen 20%
- sich mit FreundInnen treffen 10%
- lachen/Spaß haben 9%
- sicheren Sex praktizieren 8%
- Helm tragen (Fahrrad/Moped) 8%

Die folgenden ausgewählten Aussagen verdeutlichen, dass für die persönliche Gesundheit unterschiedlichste Bereiche präferiert werden, machen aber auch die Gedanken- und Erlebenswelt der Befragten in Bezug auf ihre Gesundheit transparent.

„Viel schlafen, dann fühle ich mich besser.“

(Mädchen, 16 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Meine täglichen Vitamin/Mineralstoffkapseln.“

(Junge, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Sich von seinen Feinden distanzieren.“

(Junge, 14 Jahre, Polytechnische Schule);

„Keine doofen TV Filme sehen.“

(Mädchen, 14 Jahre, Polytechnische Schule);

„Sich so oft wie möglich hengstisch fühlen.“

(Junge, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

„Keinen Sex vor der Ehe.“

(Mädchen, 14, Jahre, Polytechnische Schule);

„Ab und zu Schule schwänzen, des brauch I und tuat mir guat.“

(Junge, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

„Ich trinke frische Ziegenmilch, die macht schöne Haare, das hat mir meine Oma gesagt“

(Mädchen, 15, Jahre, Polytechnische Schule);

„Mein tägliches autogenes Training.“

(Mädchen, 19 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Jeden Tag mindestens einmal mit meiner Katze kuscheln.“

(Mädchen, 18 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Viel, viel reines klares Wasser trinken.“

(Mädchen, 19 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Jeden Tag positiv denken.“

(Mädchen, 17 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Viel reisen, dass gibt mir spirituelle Lebensenergie.“

(Junge, 18 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Viel Geschlechtsverkehr zu haben um schlank zu bleiben.“

(Junge, 18 Jahre, Berufsschule);

„Wenn der Meister mit mir schreit, verschließe ich innerlich die Ohren.“

(Junge, 19 Jahre, Berufsschule);

„Mit meinem Kind zu spielen.“

(Mädchen, 20 Jahre, Berufsschule);

„Im Winter warm anziehen - nicht kurzärmelig gehen.“

(Junge, 17 Jahre, Berufsschule);

8.3.3 Wissen der Jugendlichen über gesundheitsbewusste Verhaltensweisen

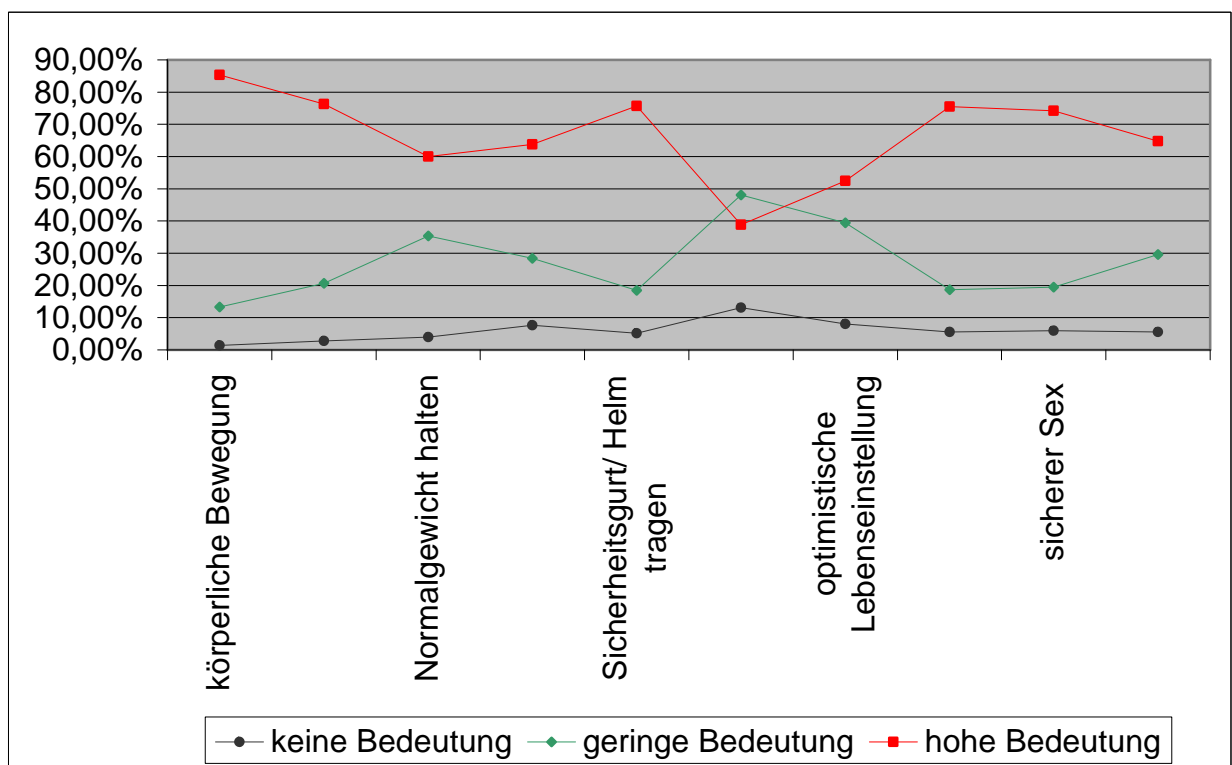
Das Wissen der Jugendlichen über die Bedeutung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wurde anhand folgender Kategorien erhoben: ● regelmäßige körperliche Bewegung, ● ausgewogene Ernährung, ● Halten des Normalgewichtes, ● täglich sieben bis acht Stunden schlafen, ● Sicherheitsgurt anlegen beim Autofahren, ● Helm tragen beim Moped- und Fahrradfahren, ● Zigaretten rauchen, ● Alkohol trinken, ● Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt, ● eine optimistische Lebenseinstellung, ● Freundschaften pflegen, ● sicherer Sex, z.B. Kondombenutzung, ● das Liegen in der

Sonne ohne Sonnenschutzcreme, • eine saubere und reine Umwelt. Die Bewertung der einzelnen Kategorien erfolgte mit keine, geringe, sowie hohe Bedeutung.

Die Kategorien • Zigaretten rauchen, • Alkohol trinken, sowie • das Liegen in der Sonne ohne Sonnenschutzcreme wurden in der Untersuchungsauswertung nicht miteinbezogen, da diese Fragestellungen im Sinne der Gesundheit zuträglich als auch abträglich aufgefasst werden können. Dieser Umstand hat sich auch im Antwortverhalten der Jugendlichen widerspiegelt, sodass die Ergebnisse ohne Aussagekraft sind.

Die Einschätzung der einzelnen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen findet sich in Abbildung 50. Am wenigsten ist den Jugendlichen bewusst, dass Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt (38%) oder eine optimistische Lebenseinstellung (52%) Einfluss auf die Gesundheit haben. Relativ nieder ist auch das Wissen über die Bedeutung für die Gesundheit in den Bereichen: Halten des Normalgewichtes (60%), täglich sieben bis acht Stunden Schlaf (63,8%) sowie eine saubere und reine Umwelt (64,2%). Dass regelmäßige körperliche Bewegung eine hohe Bedeutung für die Gesundheit hat, wissen 85% der Jugendlichen.

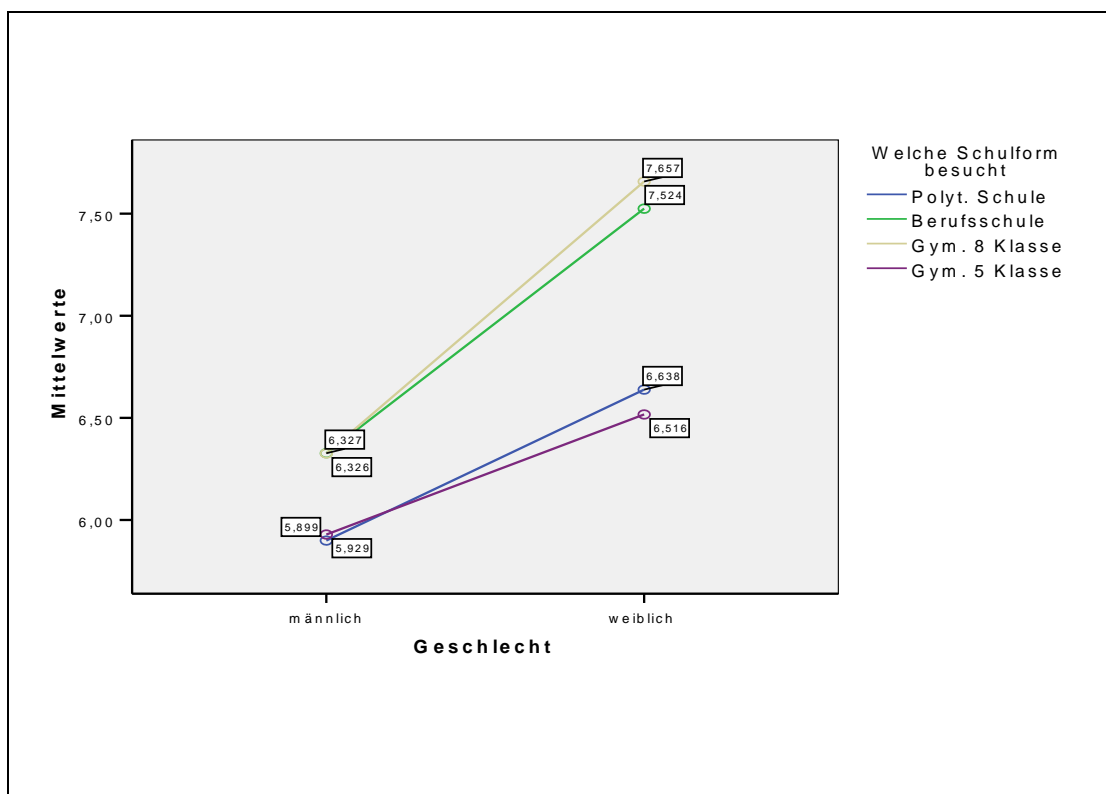
Abbildung 50: Bewertung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (2008)



Wird die Bewertung der zehn Einzelkategorien in Bezug auf ihre Bedeutung für die Gesundheit gemeinsam betrachtet, so kann diese mit dem Überbegriff Gesundheitsbewusstsein betitelt werden. Alle zehn Einzelkategorien wurden mit einer hohen Bedeutung für die Gesundheit von 10,1% der Jugendlichen bewertet (Jungen 4,2% Mädchen 14,5%). Die Bewertung von sieben Einzelkategorien und mehr, mit hoher Bedeutung, erfolgte von etwas mehr als der Hälfte der Jugendlichen (55,8%, Jungen), wobei sich dieser Prozentsatz mit 44,1% bei den männlichen Jugendlichen und mit 64,5% bei den weiblichen Jugendlichen niederschlägt.

Generell ist das Gesundheitsbewusstsein bei Mädchen ($\bar{x} = 7,0$) stärker als bei Jungen ($\bar{x} = 6,1$) ausgeprägt. Auch zeigen ältere Jugendliche mehr Gesundheitsbewusstsein als jüngere Jugendliche. Dieser Effekt bedingt auch das signifikante Ergebnis bei der Betrachtung des Gesundheitsbewusstseins in Bezug auf die Schulformen (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 25,5$, sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 14,6$, sig., / Geschlecht*Alter: keine WW, / Schulform: Varianzanalyse $F_{3/499} = 6,87$, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 51).

Abbildung 51: Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen, differenziert nach Geschlecht und Schulform (2008)



8.3.4 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen

Das Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen zeigt sich folgendermaßen:

Verhalten beeinflusst Gesundheit:

- 66% der Jugendlichen sind der Meinung, dass ihre Gesundheit ganz sicher auch von ihrem eigenen Verhalten beeinflusst wird. Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, wissen diesbezüglich am wenigsten Bescheid.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen:

- Die Verhaltensweisen richtige/ausgewogene Ernährung, körperliche Bewegung sowie nicht rauchen und trinken (keine Tabakwaren und Alkohol konsumieren) sind nach Ansicht der Jugendlichen am wichtigsten für ihre Gesundheit. Sehr breit gestreut zeigen sich die angeführten Argumente, welche nach Empfinden der Jugendlichen, für ihre subjektive Gesundheit wichtig sind.

Gesundheitsbewusstsein:

- Das Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen ist bei Mädchen stärker ausgeprägt. Auch steigt dieses mit dem Alter der Jugendlichen an. Am wenigsten ist den Jugendlichen bewusst, dass Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt oder eine optimistische Lebenseinstellung, Einfluss auf die Gesundheit haben. Die Bedeutung von körperlicher Bewegung ist hingegen dem Großteil der Jugendlichen bekannt. Bei der Einschätzung der einzelnen gesundheitsrelevanten Kategorien, haben nur 10% der Jugendlichen alle 10 Einzelkategorien, dem richtigen Antwortfeld (hohe Bedeutung) zugeordnet. Etwas mehr als die Hälfte der Jugendlichen (55,8%, Jungen), haben sieben Einzelkategorien und mehr eine hohe Bedeutung zugemessen.

In den Untersuchungsergebnissen zeigt sich, dass für den verhaltensorientierten Ansatz im Rahmen der Gesundheitsförderung auf jeden Fall Bedarf besteht. Denn beim verhaltensorientierten Ansatz in der Gesundheitsförderung geht es vorrangig darum, dass Wissen von Individuen über die Faktoren welche ihre Gesundheit beeinflussen, zu

erweitern, somit ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit zu vermitteln (vgl. Naidoo und Wills (2003, S. 83). So ist laut den Untersuchungsergebnissen jedem dritten Jugendlichen nicht bewusst, dass er/sie durch eigenes Verhalten zu ihrem/seinem guten oder schlechten Gesundheitszustand beitragen kann. Auch über das Ausmaß der Bedeutung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen weiß nur ein geringer Prozentsatz der Jugendlichen ausreichend Bescheid. Problematisch zeigt sich in den Untersuchungsergebnissen, dass von 25% der Jugendlichen zur Fragestellung, was für ihre/seine persönliche Gesundheit als wichtig erachtet werde, keine Angaben gemacht wurden. Dies lässt möglicherweise auf ein diesbezügliches fehlendes Reflexionsvermögen bei den Jugendlichen schließen. Erfreulich zeigt sich, dass bei der Beantwortung dieser Fragestellung, sehr viele positive Formulierungen gesetzt wurde. Dies entspricht ganz dem Konzept der Salutogenese, welches den Fokus „auf jene gesunderhaltenden Faktoren (legt), die Menschen dazu verhelfen, so erfolgreich wie nur möglich mit den Bedrohungen im Verlauf ihres Lebens umzugehen“ (Antonovsky 1993, S. 10).

Dass, das Laienverständnis für die Gesundheit sehr breit gefasst ist (vgl. Schwartz et al. 2003, S. 25), wird ebenso durch die Untersuchung bestätigt. So meint die/der eine Jugendliche, dass für seine/ihre Gesundheit die Einnahme von täglichen Vitaminen und Mineralstoffkapseln essenzielle sei, hingegen meint ein/eine andere Jugendliche/r, für seine/ihre Gesundheit seien die täglichen Kuschelstunden mit seiner/ihrer Katze nötig.

Insgesamt lässt sich für die Gesundheitsförderung herausnehmen, dass das Gesundheitsbewusstsein bei den Jugendlichen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist und auch mit unterschiedlichen Vor- bzw. Einstellungen einhergeht. Diesbezüglich sollte vor allem auf zielgruppenspezifische Ansätze und Bedingungen bei den Bestrebungen, das Gesundheitsbewusstsein zu fördern, eingegangen werden.

8.4 Gesundheitsrelevante Settings der Jugendlichen

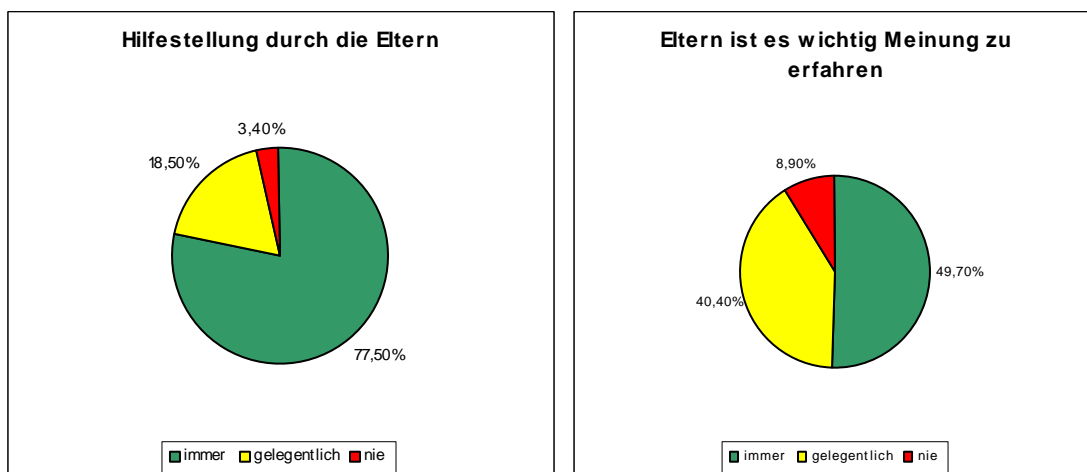
Von den Lebensbereichen die auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Jugendlichen Einfluss nehmen, wurden in der Untersuchung die Bereiche (Settings) Familie, Freundeskreis, Schule und Arbeitsstätte einbezogen.

8.4.1 Setting - Familie

Zum Bereich Familie wurde erhoben, ob Jugendliche Hilfestellungen durch die Eltern erfahren, ob Eltern und/oder Geschwister die Probleme und Sorgen der Jugendlichen verstehen, sowie ob Jugendliche in gesundheitsrelevanten Bereichen von den Eltern und/oder Geschwistern beeinflusst werden. Auch wurde in der Untersuchung erhoben, bei wem, oder mit wem, die Jugendlichen wohnen, da dies auch eine mögliche Einflussgröße für die Gesundheit darstellt.

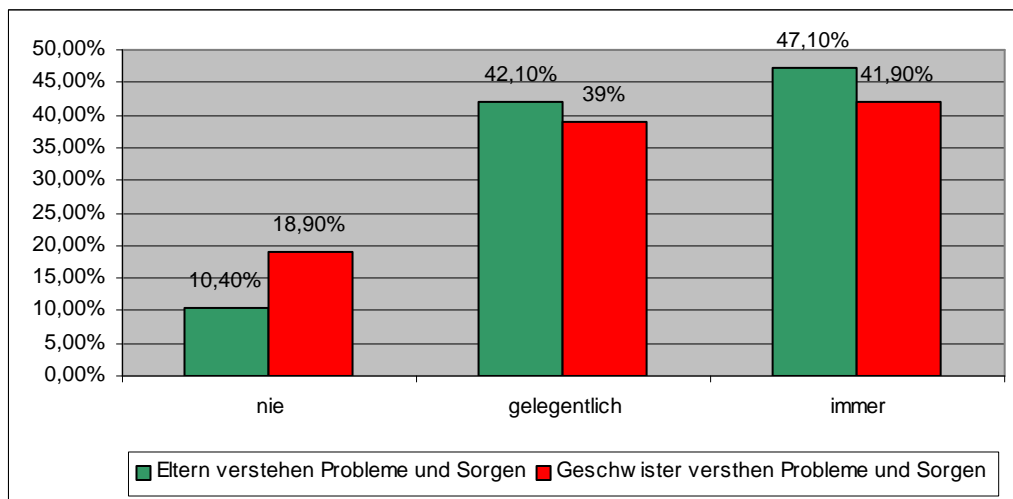
Wenn Hilfe gebraucht wird, so erhalten diese etwa drei Viertel der Jugendlichen (77,5%) immer von den Eltern (Jungen = 77%, Mädchen = 77,9%), siehe Abbildung 52. Die Meinung der Jugendlichen zu bestimmten Dingen, ist, nach subjektiver Einschätzung der Jugendlichen, nur jedem zweiten Elternpaar (49,8%) wichtig (Jungen = 50,2%, Mädchen = 49,5%).

Abbildung 52: Hilfestellung durch die Eltern und Interesse der Eltern an der Meinung der Jugendlichen (2008)



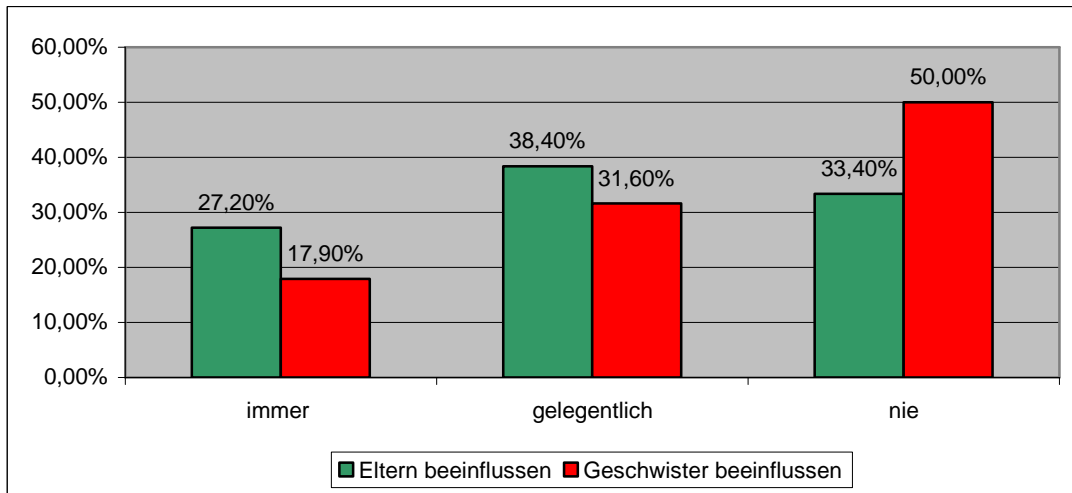
Auch wiederum nur von jedem zweiten Elternpaar (47%) werden die Probleme und Sorgen der Jugendlichen immer verstanden (Jungen = 44,6%, Mädchen = 49%). Von Geschwistern werden die Probleme und Sorgen bei 41,9% der Jugendlichen immer verstanden (Jungen = 38,7%, Mädchen = 44,2%), siehe Abbildung 53.

Abbildung 53: Verstehen der Probleme und Sorgen durch die Eltern und Geschwistern (2008)



In Bezug auf die Weitergabe von innerfamiliären gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zeigt sich, dass sich 65,6% der Jugendlichen immer oder gelegentlich von den Eltern beeinflussen lassen (Jungen = 63,4%, Mädchen = 67,2%). Von 50% der Jugendlichen wurde angeführt, dass Geschwister überhaupt keinen Einfluss auf ihre gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen tätigen (Jungen = 55,2%, Mädchen = 46,8%), siehe Abbildung 54.

Abbildung 54: Beeinflussung in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen durch die Eltern und Geschwistern (2008)

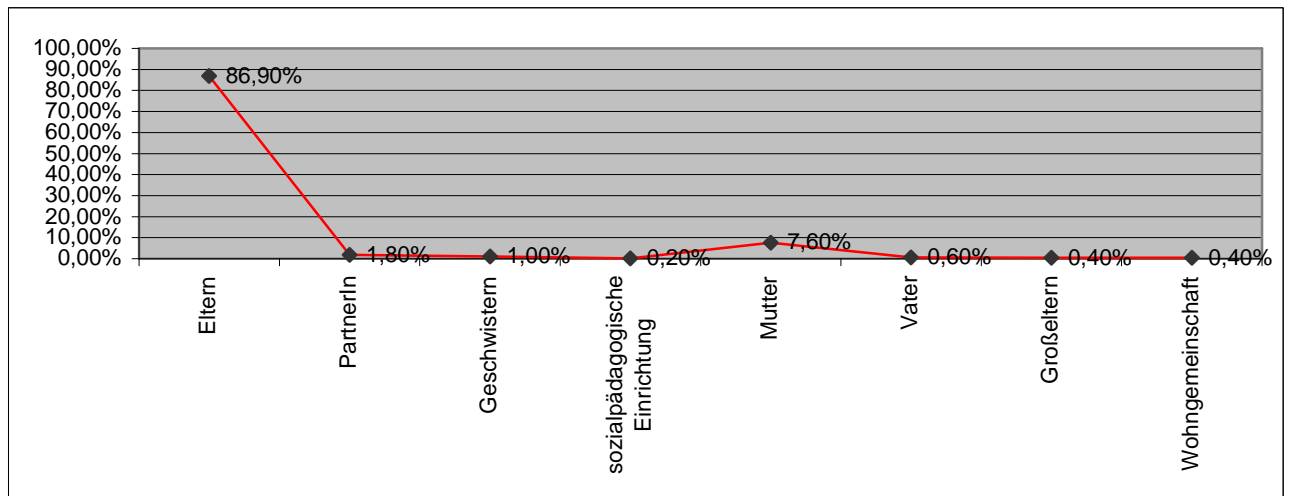


Unterschiede in den Untersuchungsergebnissen zur Lebenswelt Familie in Bezug auf das Geschlecht, das Alter und die besuchte Schulform der Jugendlichen finden sich nur vereinzelt. Konkret erfahren jüngere Jugendliche bei ihren Geschwistern weniger Verständnis für ihre Probleme und Sorgen als ältere Jugendliche, jedoch lassen sie sich in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen mehr von ihnen beeinflussen. Der Einfluss der Eltern bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen liegt bei Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen, im Gegensatz zu den Jugendlichen aus den anderen drei Schulformen, niedriger (Geschwister haben Verständnis für Probleme und Sorgen - Alter: Mann-Whitney-U. = 18662,5, sig. / Einfluss der Geschwister bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen - Alter: Mann-Whitney-U. = 19011, sig. / Einfluss der Eltern bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen - Schulform: Kruskal-W.₃ = 13,03, sig.). Die statistischen Daten zu den nicht signifikanten Untersuchungsergebnissen finden sich im Anhang.

8.4.1.1 Wohnformen der Jugendlichen

Mit Vater und Mutter zusammen, somit in einer Kernfamilie, wohnen 86,9% der Jugendlichen. 1,9% der Jugendlichen wohnen mit ihrer/ihrem Partner zusammen. Die weiteren Wohnkonstellationen finden sich in Abbildung 55.

Abbildung 55: Wohnformen der Jugendlichen (2008)



Werden die Jugendlichen, die in einer Kernfamilie wohnen, mit den Jugendlichen, welche in einer anderen Wohnform (exklusiv wohnen mit PartnerIn) leben, in Bezug auf die Einschätzung ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebenszufriedenheit gegenübergestellt, so zeigt sich, dass Jugendliche aus Kernfamilien ihre Lebenszufriedenheit besser einschätzen (Gesundheitszustand: T-Test - $t_{492} = -0,09$, n.sig. / Lebenszufriedenheit: T-Test - $t_{492} = -2,08$, sig. / Mittelwerte - Gesundheitszustand: Jugendliche in Kernfamilien $\bar{x} = 2,01$, Jugendliche - andere Wohnformen $\bar{x} = 2,02$, Mittelwerte - Lebenszufriedenheit: Jugendliche in Kernfamilien $\bar{x} = 7,24$, Jugendliche - andere Wohnformen $\bar{x} = 6,74$).

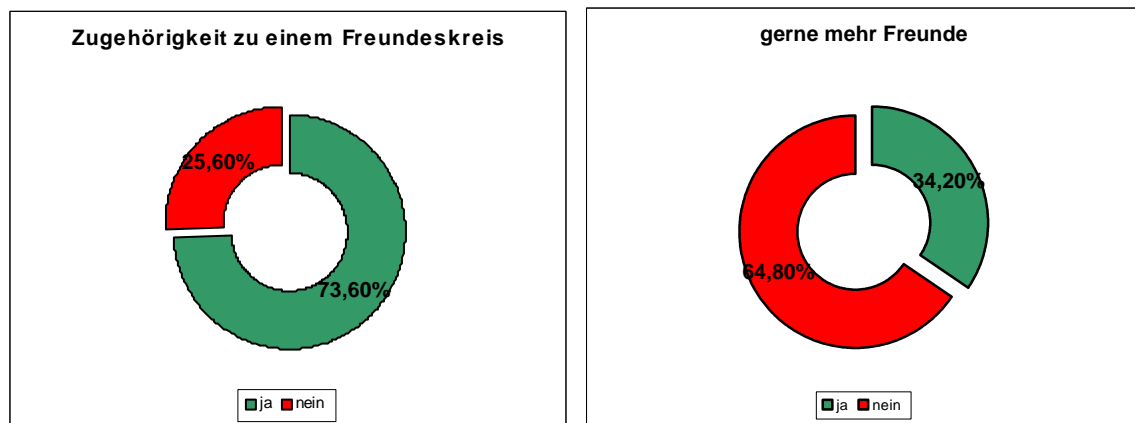
8.4.2 Setting - Freundeskreis

Zum Bereich Freundeskreis wurde in der Untersuchung erhoben, ob die Jugendlichen Teil eines Freundeskreises sind, sowie ob sie gerne mehr Freunde haben würden. Des Weiteren wurde erfragt, ob die Jugendlichen durch den Freundeskreis Hilfestellung und Unterstützung bei Problemen und Sorgen erfahren, sowie ob der Freundeskreis die Jugendlichen in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beeinflusst.

Wie in Abbildung 56 ersichtlich, zählen sich drei Viertel der Jugendlichen zu einem Freundeskreis zugehörig. Ca. ein Drittel der Jugendlichen hätte gerne mehr Freunde. Auffällig zeigt sich, dass von den 25,6% der Jugendlichen, welche angaben, keinen

Freundeskreis zu haben, 19,7% auch nicht gerne mehr Freunde hätten. Innerhalb der Stichprobe zeigen sich keine Unterschiede bei der Zugehörigkeit zu einem Freundeskreis bzw. dem Wunsch nach mehr Freundschaften (zugehörig zu einem Freundeskreis: Geschlecht - $\text{Chi}^2_1 = 2,9$, n.sig. / Alter - $\text{Chi}^2_1 = 3,9$, n.sig. / Schulform - $\text{Chi}^2_3 = 3$, n.sig. // gerne mehr Freunde: Geschlecht - $\text{Chi}^2_1 = 1,8$, n.sig. / Alter - $\text{Chi}^2_1 = 4,2$, n.sig. / Schulform - $\text{Chi}^2_3 = 4,7$, n.sig.).

Abbildung 56: Zugehörigkeit zu einem Freundeskreis (2008)

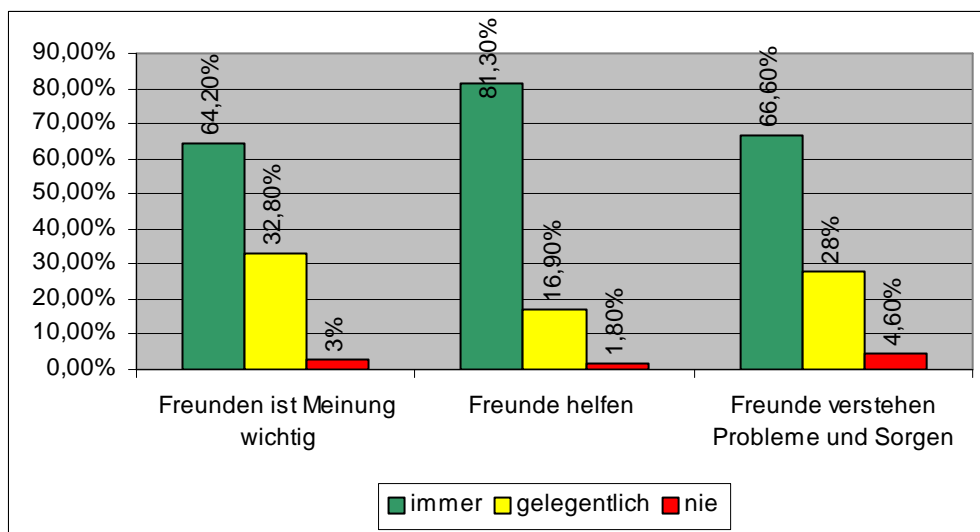


Dass sie von ihrem Freundeskreis immer Hilfe bekommen, wenn sie diese benötigen, wird von 78,4% der Jungen und 83,4% der Mädchen angegeben (vgl. Abbildung 57). Bei der erhaltenen Hilfestellung durch den Freundeskreis finden sich im Sample keinerlei Unterschiede (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 29252, n.sig. / Alter: Mann-Whitney-U. = 30198, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 1,7, n.sig.).

Die individuelle Meinung zu bestimmten Dingen möchte der Freundeskreis bei 64,2% der Jugendlichen immer erfahren (Jungen = 54,3%, Mädchen = 70%). Das Interesse an der Meinung liegt, bezogen auf das Geschlecht, beim Freundeskreis der weiblichen Jugendlichen und bezogen auf das Alter, beim Freundeskreis der älteren Jugendlichen, höher. Im Vergleich der Schulformen ist die Meinung der FreundInnen der Jugendlichen, welche ein Gymnasium in der 5. Schulklasse besuchen, besonders wichtig. Das diesbezügliche geringste Interesse zeigt der Freundeskreis der Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 26643, sig. / Alter: Mann-Whitney-U. = 26680, sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 14,3 sig.).

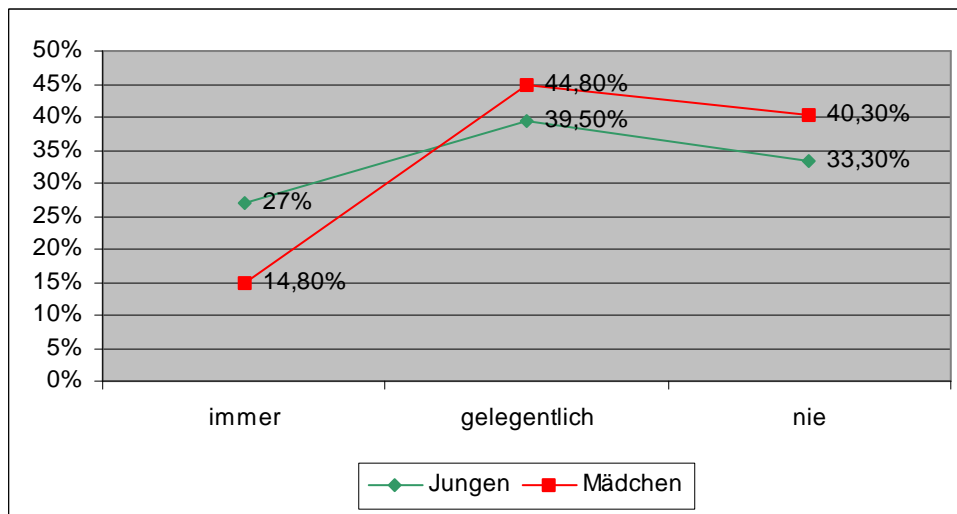
Immer ein offenes Ohr für Probleme und Sorgen zeigt der Freundeskreis bei 66,6% der Jugendlichen (Jungen = 58,2%, Mädchen = 72,8%), siehe Abbildung 57. Bei Mädchen zeigt der Freundeskreis mehr Verständnis für die Probleme und Sorgen. Ansonsten finden sich im Sample keine weiteren Unterschiede (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 26010, sig. / Alter: Mann-Whitney-U. = 29284, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 7,7, n.sig.).

Abbildung 57: Unterstützung durch den Freundeskreis



In gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen lassen sich nach eigenen Angaben 62,4% der Jugendlichen von ihrem Freundeskreis immer oder gelegentlich beeinflussen (Jungen = 66,2%, Mädchen = 59,6%). Die Beeinflussung zeigt sich bei den Jungen häufiger als bei den Mädchen. Vor allem, wie in Abbildung 58 ersichtlich, lassen sich immer in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Jungen doppelt so häufig beeinflussen wie Mädchen. Keine Unterschiede in Bezug auf die Einflussnahme des Freundeskreises findet sich in Abhängigkeit der Altersstufe der Jugendlichen und der besuchten Schulform (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 27024, sig. / Alter: Mann-Whitney-U. = 31545,5, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 3,4, n.sig.).

Abbildung 58: Beeinflussung in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen durch den Freundeskreis



8.4.3 Setting - Schule

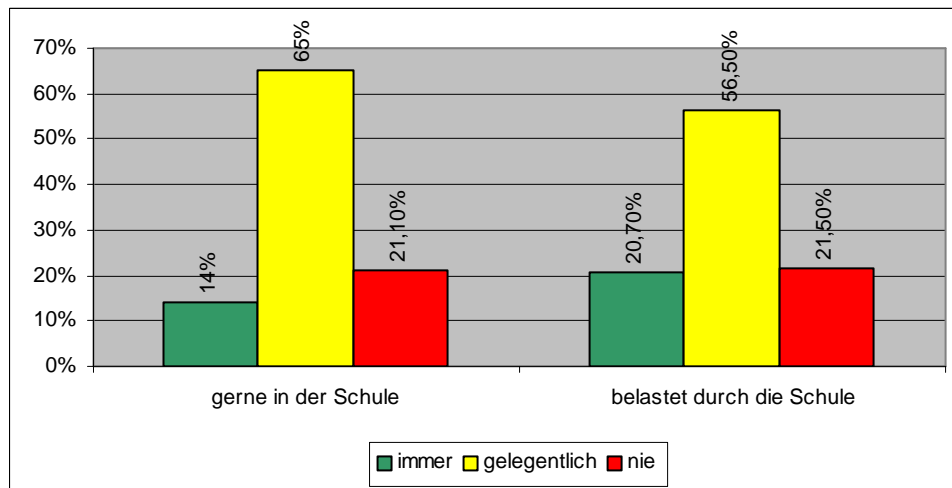
Zum Setting Schule wurden die Jugendlichen befragt, ob sie gerne in die Schule gehen, sich von den schulischen Anforderungen belastet fühlen, sowie ob es in der besuchten Schule eine Ansprechperson für ihre Probleme und Sorgen gibt. Des Weiteren wurde erfragt, ob die Jugendlichen gerne mit ihren SchulkollegInnen zusammen sind, sowie ob sie sich von diesen in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beeinflussen lassen.

Immer gerne zur Schule gehen nur 14% der Jugendlichen (Jungen = 14,1%, Mädchen = 13,8%), siehe Abbildung 59. Generell gehen die Jungen weniger gerne zur Schule als die Mädchen. Jugendliche, welche ein Gymnasium besuchen gehen lieber zur Schule als Jugendliche, welche eine Berufsschule oder eine Polytechnische Schule besuchen, wobei sich diesbezüglich Gymnasiasten der 5. Schulklasse von den Schülern der Berufsschule und der Polytechnischen Schule signifikant unterscheiden (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 27251, sig. / Alter: Mann-Whitney-U. = 30488,5, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 18,6, sig.).

Belastet von den Schulanforderungen fühlen sich immer oder gelegentlich 77,2% der Jugendlichen (Jungen = 69%, Mädchen = 83,1%), siehe Abbildung 59. Unterschiede im Belastungsempfinden, bedingt durch die Schulanforderungen, finden sich im Sample nur in

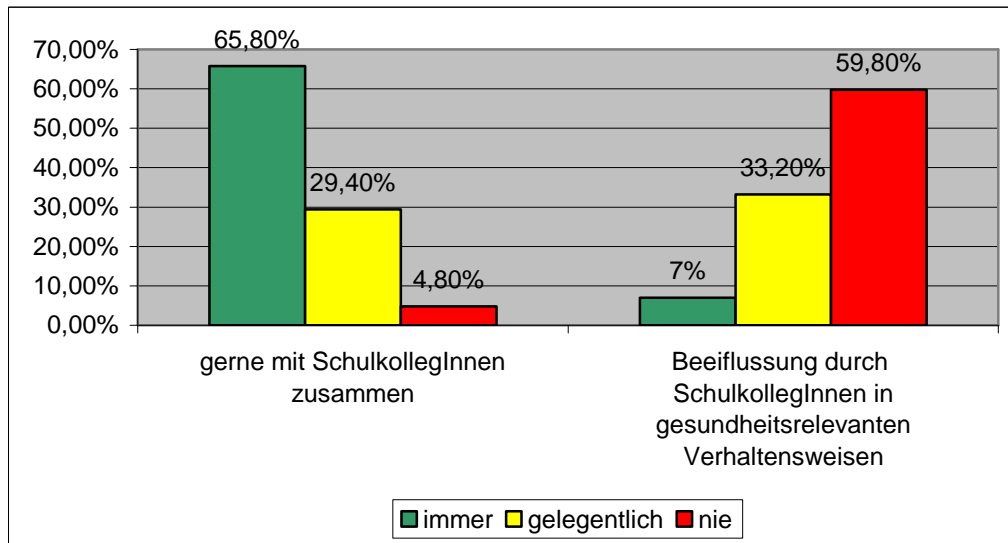
Bezug auf das Geschlecht, und zwar liegt dieses bei den Mädchen weit höher als wie bei den Jungen (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 27257,5, sig. / Alter: Mann-Whitney-U. =30400, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 4,7, n.sig.).

Abbildung 59: Belastung durch die Schule bei Jugendlichen (2008)



65,8% der Jugendlichen sind stets gerne mit ihren SchulkollegInnen zusammen (Jungen = 69%, Mädchen = 83,1%), siehe Abbildung 60. Diesbezügliche Unterschiede finden sich nur bei den Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen, denn diese sind, im Gegensatz zu den anderen drei Schulformen, weniger gerne mit ihren SchulkollegInnen zusammen. Dieses Untersuchungsergebnis bedingt auch, dass ältere im Vergleich zu jüngeren Jugendlichen, weniger gerne mit ihren SchulkollegInnen zusammen sind (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 30689,5, n.sig. / Alter: Mann-Whitney-U. =28300, sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 11,1, sig.).

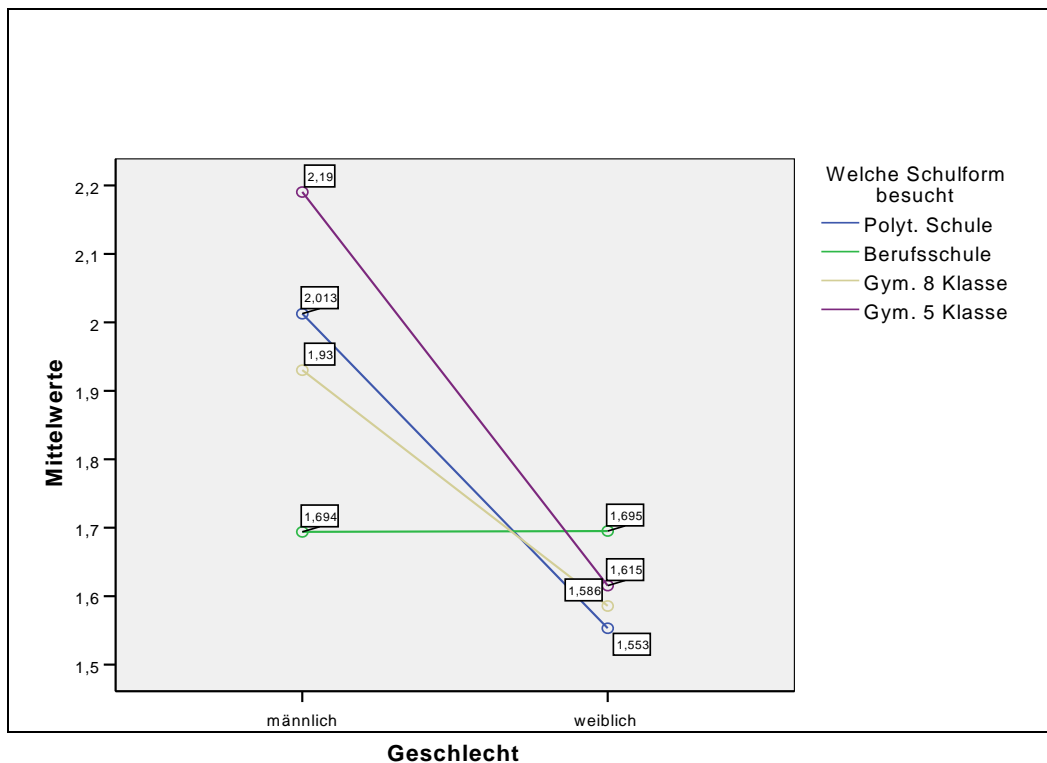
Abbildung 60: Einfluss der SchulkollegInnenen (2008)



Wie in Abbildung 60 ersichtlich, lassen sich immer oder gelegentlich 40,2% der Jugendlichen von ihren SchulkollegInnen in gesundheitsrelevanten Bereichen beeinflussen (Jungen = 44,6%, Mädchen = 36,9%). Bei den Jungen liegt die Beeinflussung höher als bei den Mädchen. Ansonsten zeigen sich keine weiteren Unterschiede im Sample (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 27845, sig. / Alter: Mann-Whitney-U. =30400, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 1,1, n.sig.).

Eine Ansprechperson für ihre Probleme und Sorgen in ihrer Schule haben 77,1% der Jugendlichen (Jungen = 70,4%, Mädchen = 82,1%), wobei diese Ansprechperson ständig, nur etwa für jeden zweiten Jugendlichen (47,7%), erreichbar ist. Wie in Abbildung 61 ersichtlich, findet sich, ausgenommen bei den Berufsschulen, für Mädchen weit häufiger eine Ansprechperson in den Schulen. Bezogen auf das Alter und die besuchte Schulform der Jugendlichen bestehen keine Unterschiede im Vorhandensein einer Ansprechperson für die Jugendlichen (Geschlecht: Mann-Whitney-U. = 24394, sig. / Alter: Mann-Whitney-U. =29478, n.sig. / Schulform: Kruskal-W.₃ = 2, n.sig.).

Abbildung 61: Vorhandensein einer Ansprechperson für Probleme und Sorgen der Jugendlichen (2008)



8.4.4 Setting - Arbeitsstätte

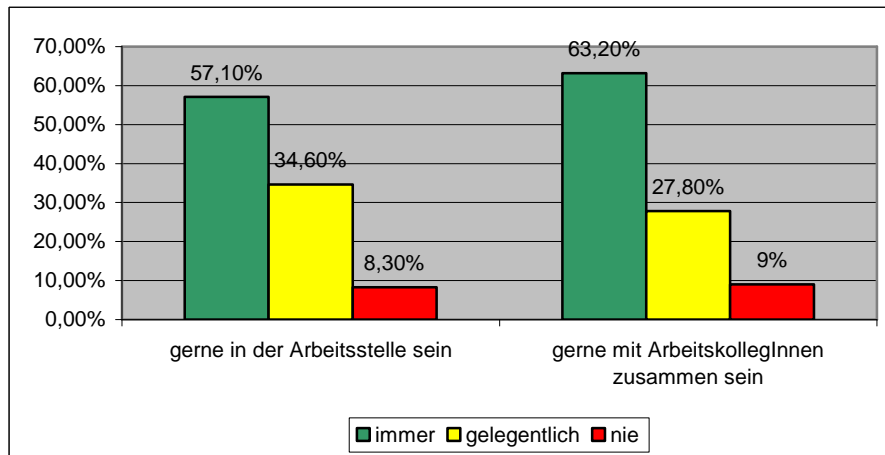
Die Untersuchungsergebnisse zur Lebenswelt Arbeitsplatz umfassen die Angaben von Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen, somit bei einem/einer ArbeitgeberIn in einem Lehrverhältnis stehen.

Zum Setting Arbeitsplatz wurde erhoben, ob die Jugendlichen gern an ihrem Arbeitsplatz arbeiten, dort eine Ansprechperson für ihre Probleme und Sorgen haben, sowie, ob sie durch ArbeitskollegInnen im gesundheitsrelevanten Verhalten beeinflusst werden.

Dass sie immer gerne in ihrer Arbeitsstelle sind, wurde von 57,1% der Jugendlichen angegeben (Jungen = 66%, Mädchen = 51,8%). Somit kann gesagt werden, dass fast jeder zweite Jugendliche, welche eine Lehre absolviert, gelegentlich oder nie gerne zur Arbeit geht, siehe Abbildung 62.

Immer gerne mit ihren ArbeitskollegInnen zusammen sind 63,2% der Jugendlichen (Jungen = 68%, Mädchen = 60,2%).

Abbildung 62: Einschätzung des Arbeitsplatzes durch die Jugendlichen (2008)



Immer belastet von dem, was in der Arbeitsstelle verlangt wird, fühlen sich 13,5% der Jugendlichen. Gelegentliche Belastungen zeigen sich bei 32,4% der Jugendlichen. Umgekehrt betrachtet, fühlt sich somit nur ein Viertel der Jugendlichen in ihrer Lehre nie von den Anforderungen belastet.

In gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden 8,3% der Jugendlichen immer und 33,8% der Jugendlichen gelegentlich von ihren ArbeitskollegInnen beeinflusst.

Eine Ansprechperson am Arbeitsplatz, an den/die sich Jugendliche mit ihren Problemen und Sorgen wenden können, haben 84,5% der Jugendlichen, wobei diese Ansprechperson für 57,9% der Jugendlichen immer zur Verfügung steht.

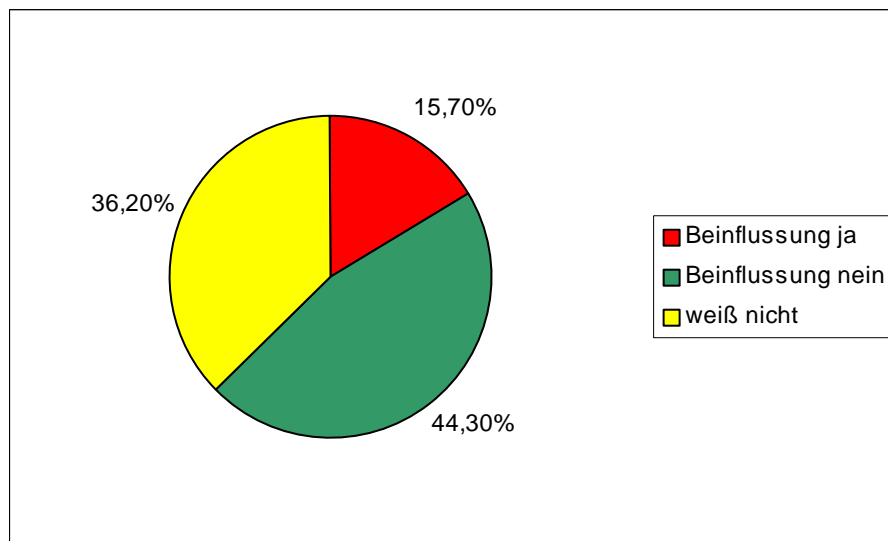
Bei allen genannten Untersuchungsergebnissen zum Setting Arbeitsplatz zeigen sich keine Unterschiede bezüglich männlichen und weiblichen Jugendlichen. Diesbezügliche Nachweise auf statistischer Basis finden sich im Anhang.

8.4.5 Setting - Medienwelt

Zur Lebenswelt Medien wurde in der Untersuchung erhoben, ob Jugendliche von TV-, Radio- sowie Internet-Berichten zum Thema gesunde Lebensführung beeinflusst werden. Der Umfang an Stunden, welche Jugendliche mit dem Konsum von TV und PC verbringen wurde bereits unter Punkt 8.2.3 „Sitzendes Verhalten“ der Jugendlichen bearbeitet.

Wie in Abbildung 63 ersichtlich, lassen sich 15,7% der Jugendlichen von Medienberichten zum Thema Gesundheit beeinflussen (Jungen = 11,3%, Mädchen = 19%). Mehr als jeder dritte Jugendliche (Jungen = 33,3%, Mädchen = 38,3%) gibt an, es nicht zu wissen ob er von gesundheitsbezogenen Medienberichten beeinflusst wird.

Abbildung 63: Beeinflussung durch Medien bei Jugendlichen (2008)



Weibliche Jugendliche lassen sich, nach eigener Einschätzung, mehr als männliche Jugendliche und jüngere Jugendliche mehr als ältere Jugendliche von Gesundheitsberichten in TV, Radio und Internet beeinflussen. Das signifikante Untersuchungsergebnis in Bezug auf die Schulformen ist wiederum durch den signifikanten Alterseffekt bedingt (Geschlecht - $\text{Chi}^2_2 = 9,9$, sig. / Alter - $\text{Chi}^2_2 = 3,9$, sig. / Schulform - $\text{Chi}^2_6 = 16,6$, sig.).

8.4.6 Setting - Wohnumfeld

Die Zufriedenheit der Jugendlichen mit ihrer Wohnumgebung wurde in der Untersuchung mittels der Fragestellung: *Fühlst du dich wohl an dem Ort an dem du wohnst?*, gemessen. Auch sollten Änderungswünsche für den Wohnort angeführt werden.

Mit ihrem Wohnumfeld sind 85,1% der Jugendlichen zufrieden (Jungen = 86,9%, Mädchen = 83,8%). 6,4% der Jugendlichen fühlen sich an dem Ort an dem sie wohnen nicht wohl. Von 8,3% der Jugendlichen wird ihr Wohlbefinden an ihrem Wohnort mit „Ich weiß nicht“ angegeben. In der Zufriedenheit mit ihrer Wohnumgebung bilden die untersuchten Jugendlichen eine homogene Gruppe, es zeigen sich keinerlei Unterschiede (Geschlecht - $\chi^2_2 = 1,8$, n.sig. / Alter - $\chi^2_2 = 4$, n.sig. / Schulform - $\chi^2_6 = 4,3$, n.sig.).

Die Zufriedenheit der Jugendlichen mit ihrer Wohnumgebung in den einzelnen Bezirk ist allgemein sehr groß, siehe Abbildung 64 und Abbildung 65. Am zufriedensten mit ihrem Wohnumfeld sind Jugendliche in den Bezirken Leoben, Liezen, Feldbach und Knittelfeld. Am wenigsten zufrieden mit ihrem Wohnort sind Jugendliche, welche im Bezirk Graz-Umgebung wohnhaft sind.

Abbildung 64: Zufriedenheit mit dem Wohnort, differenziert nach Wohnbezirke von B – J

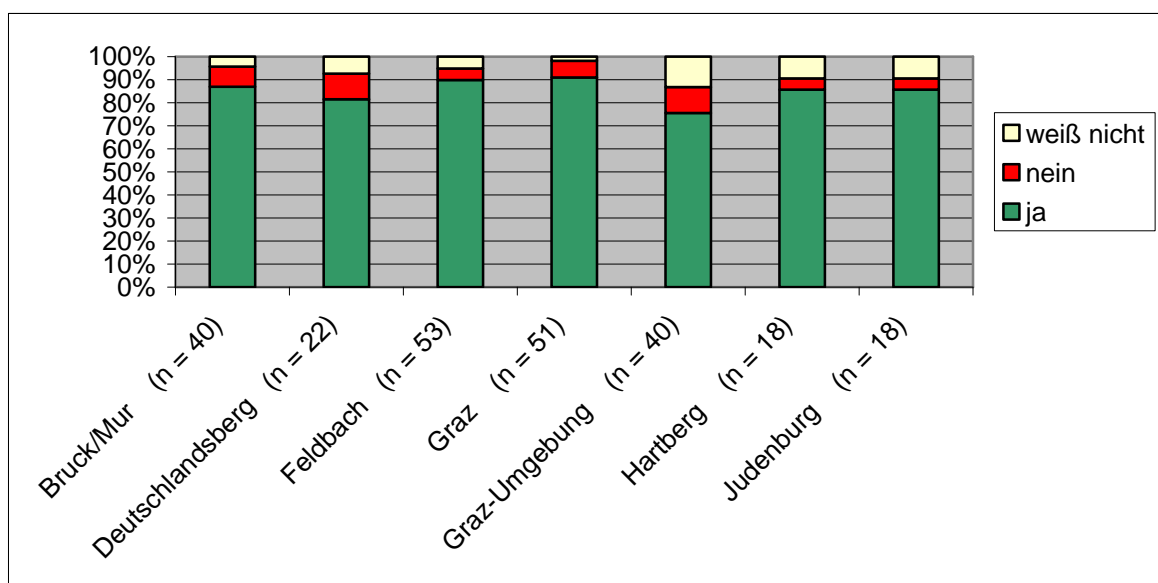
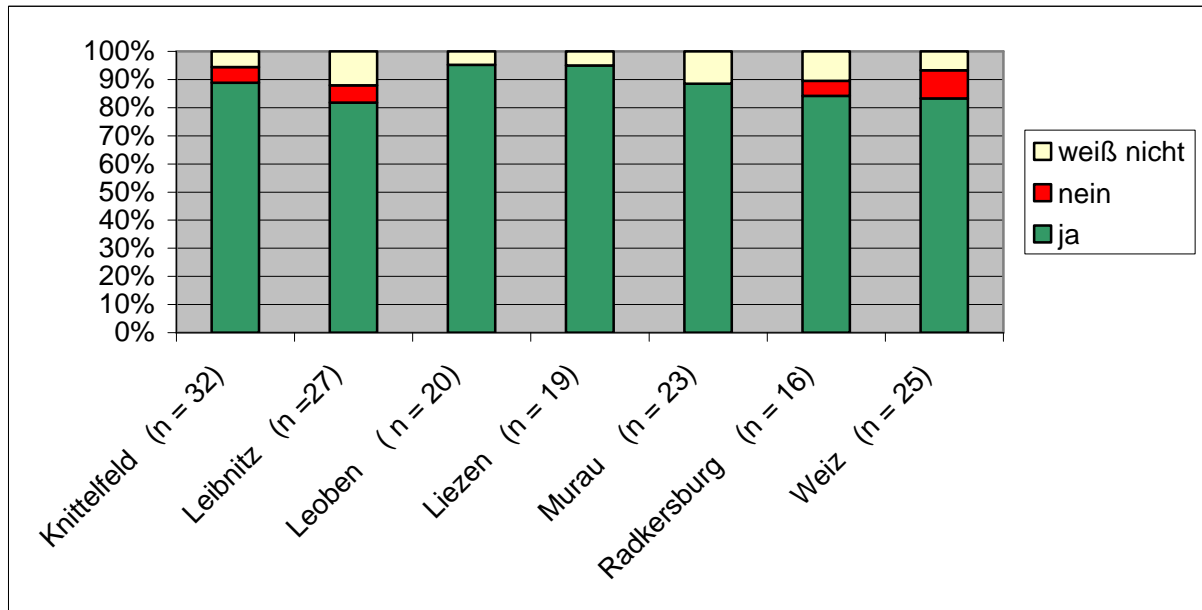
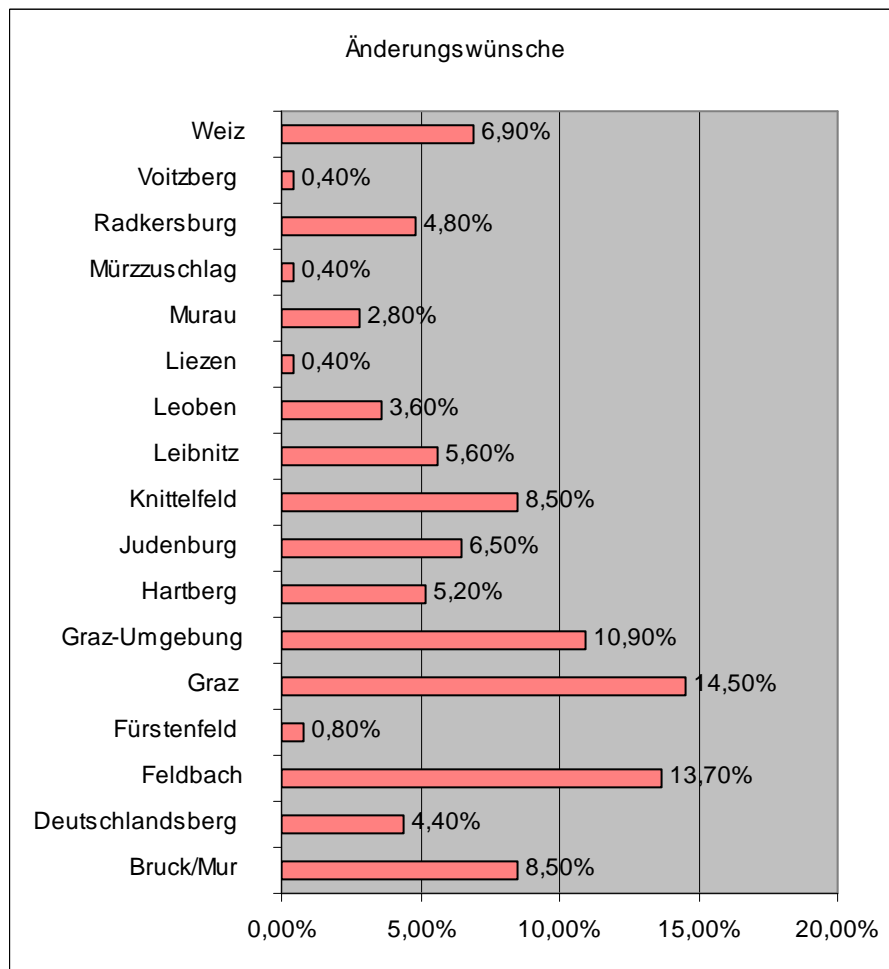


Abbildung 65: Zufriedenheit mit dem Wohnort, differenziert nach Wohnbezirken von K – W



Änderungswünsche für ihren Wohnort werden von ca. 50% der Jugendlichen angeführt (Jungen = 46,9%, Mädchen 51%). 26% der Jugendlichen meinen, dass sie an ihrem Wohnort keine Änderungen vornehmen würden, dass eben alles so passt wie es ist, und 24% der Jugendlichen haben hierzu keine Meinung geäußert. Dabei werden von den Jugendlichen aus den Bezirken Graz, Feldbach und Graz-Umgebung, die meisten Änderungswünsche angeführt, siehe Abbildung 66.

Abbildung 66: Häufigkeit der Änderungswünsche differenziert nach Bezirke (2008)



8.4.6.1 Änderungswünsche für den Wohnort

Die Änderungswünsche der Jugendlichen für ihren Wohnraum werden differenziert nach den Bezirken dargestellt. Allgemein sind die Verbesserungswünsche der Jugendlichen unter dem abstrakten Begriff „mehr Raum für Jugendliche“ zu summieren.

Bezirk: Bruck an der Mur

Im Bezirk Bruck an der Mur werden zumeist bessere Verkehrsverbindungen gefolgt von einer allgemein besseren Infrastruktur gewünscht. Drei Jugendliche führten an, dass die Leute einen freundlicheren Ton im Umgang miteinander pflegen sollten. Oder wie es von einer Jugendlichen ausgedrückt wurde:

„Dass die Leute net so grantig schauen und sich gegenseitig anschreien sollen.“

(Mädchen, 17 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

Bezirk: Feldbach

Von den Jugendlichen im Bezirk Feldbach wird zumeist der Wunsch geäußert, dass Räumlichkeiten und Einrichtungen für Jugendliche errichtet oder zur Verfügung gestellt werden sollen. Konkret wurde formuliert:

„Bürgermeister soll mehr für die Jugend machen, z.B. Jugendraum, Konzerte.“

(Junge, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

„Mehr Möglichkeiten, an denen man sich treffen und chillen kann.“

(Mädchen, 17 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Mehr Einsatz für uns Jugendliche.“

(Mädchen, 19 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

Aber auch der Ruf nach mehr Freizeitangeboten wie Beachvolleyballplatz, Skaterbahnen, Minigolfplatz, Tennisplatz wurde vermehrt getätigt.

Gewünscht wird auch, dass das öffentliche Verkehrssystem besser ausgebaut werden soll, vor allem die Busverbindungen zu den Schulen sollten besser werden. Auch wird weniger Straßenverkehr gefordert und das rechtzeitige Ausbessern von Schlaglöchern in den Straßen.

Bezirk: Deutschlandsberg

Auch im Bezirk Deutschlandsberg rangiert an der ersten Stelle der Verbesserungswünsche der Bau von Räumlichkeiten für die Jugend. Formuliert wurde:

„Bau eines Ortes, an dem Jugendliche unter sich sein können.“

(Junge, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Haus, wo sich Jugendliche treffen können.“

(Mädchen, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

Auch wird mehrfach der Bau von einem Schwimmbad und einem Kino gewünscht.

Beklagt wird, dass die Preise in den Cafés zu hoch wären, weshalb man diese für jugendliche Besucher reduzieren möge.

Bezirk: Fürstenfeld

Jugendliche aus dem Bezirk Fürstenfeld wünschen sich mehr Arbeitsplätze und einen freundlicheren zwischenmenschlichen Umgang.

Bezirk: Graz

In Graz beschäftigt die Jugendlichen vorrangig die Thematik von „zu viel Verkehr, zu viel Straßenfläche, zu wenig Grünfläche“ (Mädchen, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse). Gewünscht werden mehr Grünflächen, weniger Verpflasterung von Innenhöfen, bessere Verkehrsregelungen, „weniger oder gar keine Autos in der Innenstadt“ (Mädchen, 19 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse) und mehr Radwege. Auch wird ein besseres soziales Klima für die Stadt gewünscht, wie die folgenden Aussagen belegen:

„Die ganze Stadt ist grantig.“

(Junge, 18 Jahre, Berufsschule);

„Wünsche mehr nette Leute und keine falschen Kreuzl.“

(Mädchen, 18 Jahre, Berufsschule);

Kritisch spiegelt sich die Einstellung zu Migration, es finden sich Aussagen wie:

„Echt schlimm, dass es hier so viele Ausländer gibt.“

(Junge, 18 Jahre, Berufsschule);

„Es stört mich, dass die Türken weit bessere Wohnungen haben wie wir.“

(Mädchen, 18 Jahre, Berufsschule);

„Graz ist schön, aber es hat zu viel Ausländer.“

(Junge, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

Gewünscht werden auch mehr speziell auf die Jugend ausgerichtete Veranstaltungen wie:

„Tolle Events nur für Jugendliche.“

(Mädchen, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Rockkonzerte für Jugendliche, z.B. mit Madonna.“

(Mädchen, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

Bezirk: Graz-Umgebung

Die Jugendlichen aus diesem Bezirk sind vorrangig an mehr Einrichtungen für Jugendliche interessiert. Gefordert werden:

„Bau eines neuen Jugendzentrums, bei welchem wir mitgestalten können.“

(Mädchen, 19 Jahre, Berufsschule);

„Ein Ort, wo sich Jugendliche treffen können.“

(Junge, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

Gewünscht werden auch bessere Busverbindungen, mehr Radwege und Laufstrecken.

Bezirk: Hartberg

Für den Bezirk Hartberg werden ein Schwimmbad, ein Sportplätze und ein Freizeitpark von den Jugendlichen gewünscht.

Bezirk: Judenburg

Bei den Änderungswünschen für den Bezirk Judenburg rangiert an vorderster Stelle der Wunsch nach mehr sozialem Zusammenhalt. So wurde angeführt:

„Weniger Streit mit den Nachbarn.“

(Mädchen, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Im Ort sollten die Leute weniger gehässig sein.“

(Junge, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

Auch werden mehr Treffpunkte für Jugendliche gefordert, wobei diesbezüglich gar keine hohen Ansprüche vorliegen, wie der folgende Wunsch belegt:

„Ein Haus od. Wohnung. od. Hütte, die windundurchlässig ist - zum Zusammentreffen für Jugendliche.“ (Mädchen, 15 Jahre, Gymnasium 5 Schulklasse);

Weiters wird gewünscht, ein Schwimmbad zu bauen, mehr Sportvereine zu gründen sowie eine bessere Asphaltierung der Straßen.

Bezirk: Knittelfeld

„Mehr Action für Jugendliche“ (Junge, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse) werden im Bezirk Knittelfeld bei den Wünschen zur Ortsänderung zumeist angeführt. „Action“ in Form von Veranstaltungen speziell für Jugendliche, Errichtung von „besseren Sportplätzen, wo sich Jugendliche treffen können“ (Junge, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse), sowie der Bau eines Kinos. Auch werden gefordert:

„Mehr Einkaufszentren, in denen man so richtig chillen kann.“

(Mädchen, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

sowie

„Bessere Busverbindungen und weniger LKWs.“

(Mädchen, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse).

Bezirk: Leibnitz

Im Bezirk Leibnitz wird von den Jugendlichen vor allem eine Verbesserung des Straßenverkehrs gefordert. Es werden allgemein weniger Straßenverkehr sowie mehr Zebrastreifen und Radwege gewünscht, aber auch, dass:

„Die Straßen besser ausgebessert werden, denn so wie sie jetzt sind, muss man sich echt fürchten, dass man mit dem Fahrrad stürzt, wenn man drüberfährt.“

(Mädchen, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

Auch, so die Jugendlichen, sollte es im Bezirk mehr Lehrstellen geben.

Bezirk: Leoben

Mehr Angebote für die Freizeitgestaltung wünschen sich Jugendliche im Bezirk Leoben. Von einem Jugendlichen wurden diesbezüglich schon einige Vorschläge formuliert:

„Mehr Jugendangebote wie Sportevents, Konzerte, Veranstaltungen..... .“

(Junge, 20 Jahre, Berufsschule);

Gewünscht werden auch bessere Verkehrsbedingungen und mehr Arbeitsplätze, denn, so eine Jugendliche:

„Bei uns sollte es mehr Arbeitsplätze geben, ich mache mir echt Sorgen ob ich einen bekomme.“ (Mädchen, 18 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

Bezirk: Liezen

Im Bezirk Liezen werden die zu geringen Busverbindungen bemängelt. Auch wünschen sich die Jugendlichen mehr Arbeitsplätze.

Bezirk: Murau

Die Ortsveränderungsvorschläge für den Bezirk Murau bilden eine vielgefächerte Palette und umfassen: den Bau eines Einkaufszentrums, den Bau eines Hallenbades, Bau einer Skaterbahn, die Verlängerung einer Rodelbahn, mehr Fischteiche, einen Fluss zum Fliegenfischen, Gründung einer Hundeschule sowie mehr Gasthäuser und Clubs.

Bezirk: Mürzzuschlag

Für den Bezirk Mürzzuschlag gilt nach Meinung der Jugendlichen: „Viel müsste hier geändert werden, damit man hier besser leben kann“ (Mädchen, 17 Jahre, Berufsschule). Konkret werden mehr Einkaufsmöglichkeiten und mehr Sportplätze gewünscht.

Bezirk: Radkersburg

Jugendliche im Bezirk Radkersburg sind vorrangig an mehr Lokalen zum Ausgehen und an mehr Konzertveranstaltungen interessiert. Formuliert wurde:

„Mehr Lokale wo, was steigt.“

(Junge, 18 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Hätte so gerne mehr Ausgehmöglichkeiten, gibt echt wenig tolle Lokale, und auch Rockevents werden selten veranstaltet.“

(Junge, 17 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

Auch werden mehr Sportanlagen, im Speziellen Laufstrecken gefordert. Gewünscht werden auch weitere Treffpunkte für Jugendliche, nach Möglichkeit auch solche, wo ein grenzüberschreitender Austausch mit Jugendlichen aus Slowenien möglich ist. Bemängelt wurde schließlich noch, dass es im Bezirk zu wenig Shoppingmöglichkeiten gibt.

Bezirk: Voitsberg

Jugendliche aus dem Bezirk Voitsberg hätten gerne mehr Einkaufsmöglichkeiten und:

„Dass die Arbeitsplätze nicht so knapp sind.“

(Mädchen, 18 Jahre, Berufsschule);

Bezirk: Weiz

Für den Bezirk Weiz werden bessere Verkehrsverbindungen, weniger Straßenverkehr sowie mehr Fußgängerwege gewünscht. Aber auch „mehr und schönere Parkanlagen“ (Junge, 17 Jahre, Berufsschule), könnten sich die Jugendlichen vorstellen. Für die Setzung von Freizeitaktivitäten werden gewünscht:

„Mehr Fortgelmöglichkeiten generell, wo man andere Jugendliche kennen lernen kann.“

(Mädchen, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Mehr Freizeittreffpunkte für Jugendliche - wie tolle Sportplätze.“

(Mädchen 15 Jahre, Gymnasium 5 Schulklasse);

8.4.7 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Einfluss einzelner Settings auf die Gesundheit der Jugendlichen

Laut den Untersuchungsergebnissen zeigen sich der Einfluss und die Unterstützung aus den einzelnen Settings folgendermaßen:

Setting Familie:

- Drei Viertel der Jugendlichen (77,5%) erhalten immer Hilfe von den Eltern, wenn sie diese benötigen.
- Die Probleme und Sorgen der Jugendlichen werden nur von jedem zweiten Elternpaar (47%) immer verstanden.
- Auch wiederum nur jedes zweite Elternpaar (49,8%) interessiert sich stets für die Meinung der Jugendlichen.
- Von Geschwistern werden die Probleme und Sorgen bei 41,9% der Jugendlichen immer verstanden.
- 65,6% der Jugendlichen lassen sich in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen immer oder gelegentlich von den Eltern beeinflussen.
- In einer Kernfamilie wohnen 86,9% der Jugendlichen, diese schätzen ihre Lebenszufriedenheit besser ein als Jugendliche, die in anderen Wohnformen wohnen.
- Unterschiede in den Untersuchungsergebnissen zur Lebenswelt Familie in Bezug auf das Geschlecht, das Alter und die besuchte Schulform der Jugendlichen finden sich nur minimal.

Setting Freundeskreis:

- Zu einem Freundeskreis zugehörig zählen sich 73,6% der Jugendlichen. Ca. ein Drittel der Jugendlichen (34,2%) hätte gerne mehr Freunde. Innerhalb der Stichprobe zeigen sich keine Unterschiede bei der Zugehörigkeit zu einem Freundeskreis oder im Wunsch nach mehr Freundschaften.
- 81,3% der Jugendlichen erhalten immer, wenn benötigt, Hilfe aus ihrem Freundeskreis. Diesbezüglich finden sich im Sample keinerlei Unterschiede.
- Die individuelle Meinung zu bestimmten Dingen möchte der Freundeskreis bei 64,2% der Jugendlichen immer erfahren. Das Interesse an der Meinung liegt, bezogen

auf das Geschlecht, beim Freundeskreis der weiblichen Jugendlichen und bezogen auf das Alter, beim Freundeskreis der älteren Jugendlichen, höher. Im Vergleich der Schulformen ist die Meinung der FreundInnen der Jugendlichen, welche ein Gymnasium in der 5. Schulklasse besuchen, besonders wichtig. Das diesbezügliche geringste Interesse zeigt der Freundeskreis der Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen.

- Immer ein offenes Ohr für Probleme und Sorgen zeigt der Freundeskreis bei 66,6% der Jugendlichen. Bei Mädchen zeigt der Freundeskreis mehr Verständnis für die Probleme und Sorgen. Ansonsten finden sich im Sample keine weiteren Unterschiede.
- In gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen lassen sich 62,4% der Jugendlichen von ihrem Freundeskreis immer oder gelegentlich beeinflussen. Jungen lassen sich häufiger als Mädchen beeinflussen. Keine Unterschiede in Bezug auf die Einflussnahme des Freundeskreises finden sich in Abhängigkeit der Altersstufe und der besuchten Schulform der Jugendlichen.

Setting – Schule:

- Immer gerne zur Schule gehen nur 14% der Jugendlichen. Generell gehen die Jungen weniger gerne zur Schule als die Mädchen. Jugendliche, welche ein Gymnasium besuchen, gehen lieber zur Schule als Jugendliche, welche eine Berufsschule oder eine Polytechnische Schule besuchen.
- Belastet von den Schulanforderungen fühlen sich immer oder gelegentlich 77,2% der Jugendlichen. Unterschiede im Belastungsempfinden, bedingt durch die Schulanforderungen, finden sich im Sample nur in Bezug auf das Geschlecht, und zwar liegt dieses bei den Mädchen weit höher als wie bei den Jungen.
- 65,8% der Jugendlichen sind stets gerne mit ihren SchulkollegInnen zusammen. Diesbezügliche Unterschiede finden sich nur bei den Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen, denn diese sind, im Gegensatz zu den anderen drei Schulformen, weniger gerne mit ihren SchulkollegInnen zusammen.
- Immer oder gelegentlich lassen sich 40,2% der Jugendlichen von ihren SchulkollegInnen in gesundheitsrelevanten Bereichen beeinflussen. Bei den Jungen liegt die Beeinflussung höher als bei den Mädchen. Ansonsten zeigen sich keine weiteren Unterschiede im Sample.

- Eine Ansprechperson für ihre Probleme und Sorgen in der Schule haben 77,1% der Jugendlichen, wobei diese Ansprechperson ständig nur etwa für jeden zweiten Jugendlichen (47,7%) erreichbar ist. Laut den Untersuchungsergebnissen steht den Mädchen in den Schulen, außer bei den Berufsschulen, weit häufiger eine Ansprechperson zur Verfügung. Bezogen auf das Alter und die besuchte Schulformen der Jugendlichen bestehen keine Unterschiede im Vorhandensein einer Ansprechperson für die Jugendlichen.

Setting Arbeitsstätte:

- 57,1% der Jugendlichen gehen immer gerne zur Arbeit (Lehre).
- Immer gerne mit ihren Arbeitskollegen zusammen sind 63,2% der Jugendlichen.
- Belastet von dem, was in der Arbeitsstelle (Lehre) verlangt wird, fühlen sich immer oder gelegentlich 45,9% der Jugendlichen.
- In gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden 42,1% der Jugendlichen immer oder gelegentlich von ihren ArbeitskollegInnen beeinflusst.
- Eine Ansprechperson am Arbeitsplatz, an den/die sich Jugendliche mit ihren Problemen und Sorgen wenden können, haben 84,5% der Jugendlichen, wobei diese Ansprechperson bei 57,9% der Jugendlichen immer zur Verfügung steht.
- Bei allen genannten Untersuchungsergebnissen zum Setting Arbeitsplatz zeigen sich keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht der Jugendlichen.

Setting Medienwelt:

- 15,7% der Jugendlichen lassen sich von Medienberichten zum Thema Gesundheit beeinflussen. Mehr als jeder dritte Jugendliche gibt an, es nicht zu wissen ob er von gesundheitsbezogenen Medienberichten beeinflusst wird. Weibliche Jugendliche lassen sich, nach eigener Einschätzung, mehr als männliche Jugendliche und jüngere Jugendliche mehr als ältere Jugendliche von Gesundheitsberichten in TV, Radio und Internet beeinflussen.

Setting Wohnumfeld:

- Mit ihrem Wohnumfeld sind 85,1% der Jugendlichen zufrieden. In der Zufriedenheit

mit ihrer Wohnumgebung bilden die Jugendlichen eine homogene Gruppe, denn es zeigen sich keinerlei Unterschiede. Die Zufriedenheit ist in den Bezirken Voitsberg und Fürstenfeld am größten.

Änderungswünsche für ihren Wohnort wurden von ca. 50% der Jugendlichen angeführt. Verbesserungswünsche der Jugendlichen für ihr Wohnumfeld kreisen um den abstrakten Begriff „mehr Raum für Jugendliche“. Konkret werden vielfach die zur Verfügungstellung bzw. Errichtung von Räumlichkeiten und Einrichtungen für Jugendliche gefordert. Gewünscht werden aber auch bessere Verkehrsverbindungen sowie mehr Arbeitsplätze und ein freundlicherer zwischenmenschlicher Umgang im Wohnort.

In gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen lassen sich die Jugendlichen recht häufig von ihrem sozialen Umfeld beeinflussen. Den größten Einfluss diesbezüglich hat die Familie (65,6%) und der Freundeskreis (63,6%). Der Anteil der Einflussnahme der SchulkollegInnen (40,2%) auf die Jugendlichen, gleichsam wie der Einfluss der ArbeitskollegInnen bei den Jugendlichen, welche eine Berufsschule (42,1%) besuchen, zeigt sich ebenso in beachtlichem Ausmaß. Dass sie in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen durch die Medien beeinflusst werden, wurde nur von 15,7% der Jugendlichen angeführt. Allerdings meinten hierzu 36,2% der Jugendlichen es nicht zu wissen, ob sie beeinflusst werden. Demzufolge sollte der Medienbereich nicht unterschätzt werden, zumal Schweer und Lukaszewski (vgl 2003, S. 38) darauf verweisen, dass Jugendliche von medial vermittelten Inhalten in starkem Maße beeinflusst werden. Vor allem der medial inszenierten virtuellen Welt komme im Kontext von jugendlichen Erlebniswelten eine zentrale Rolle zu, da in diesen Gewalt eine zentrale Rolle spiele. Aber auch in den TV-Programmen ist Gewalt ständig präsent. Hierzu liefert Spitzer (vgl 2006, S.43) Untersuchungsergebnisse, welche auf Erhebungen aus den USA beruhen und somit Raum für die Hoffnung offen lassen, dass die Thematik hierzulande besser gestellt ist! Laut Spitzer konsumiert in den USA ein/e Achtzehnjährige/r etwa 25.000 TV-Stunden und hat hierbei 32.000 Morde und 200.000 Gewaltakte gesehen. Problematisch an dieser Thematik ist vor allem, dass im TV nur bei vier Prozent der gezeigten Gewalttaten eine hierzu gewaltfreie Konfliktlösungsmöglichkeit diskutiert wird. Mehr als fünfzig Prozent der Gewalttaten werden dargestellt, so als ob Gewalt nicht wehtue. Weiters zeigen sich in mehr als siebzig Prozent der Gewalttaten, dass sich für den Gewalttäter keinerlei Konsequenzen

ergeben. Dem Jugendlichen wird somit mittels TV ein Reglement für Gewalt, anhand von 200.00 Beispielen geliefert, welches sich im Gehirn des/der Jugendlichen manifestiert.

77,2% der Jugendlichen fühlen sich immer oder gelegentlich von den Schulanforderungen belastet. Von Bilz/Melzer (vgl. 2008, S. 163 ff.) wird hierzu angeführt, dass die Wahrnehmung von Belastungen im Kontext Schule immer auch davon abhängt, ob entsprechende Kompensationsmöglichkeiten, sprich Ansprechpersonen, die Unterstützung bieten, vorhanden sind oder nicht. Ansprechpersonen, an die sich die Jugendlichen wenden können, sind wiederum in den Schulen, laut Untersuchungsergebnissen, nur etwa für jeden zweiten Jugendlichen (47,7%) ständig erreichbar. Aber auch in der Familie werden die Probleme und Sorgen der Jugendlichen nur von jedem zweiten Elternpaar (47%) immer verstanden. Entsprechend diesen Daten ist möglicherweise der vermehrte Einsatz bzw. die verstärkte Etablierung von Schulsozialarbeit (mit Ausrichtung auf sozialpädagogische Gesundheitsförderung) in den Schulen angebracht. Denn „Schulsozialarbeit beschäftigt sich mit allen sozialen Themen, die für Jugendliche relevant sind. Das System Schule bildet dabei die Plattform, auf der sich Themen manifestieren, und es ist selbst Anlass für Anliegen und Schwierigkeiten“ (Heimgartner 2004, S. 581). Zu weiteren Ausführungen zum Thema Schulsozialarbeit sei auf Heimgartner (ebd.) verwiesen.

Aber nicht nur die Schulanforderungen setzen die Jugendlichen unter Druck, sondern auch von den Anforderungen am Arbeitsplatz (Lehre) fühlen sich immer oder gelegentlich 45,9% der Jugendlichen belastet. Eine Ansprechperson für die Probleme und Sorgen der Jugendlichen steht jedoch nur bei 57,9% der Jugendlichen immer zur Verfügung. Auch hier wäre sozialpädagogische Arbeit, im Kontext von sozialpädagogischer Gesundheitsförderung, angebracht. Möglicherweise in Form einer Begleitung einzelner Betriebe oder Betriebsgruppen, sodass speziell für Jugendliche eine Anlaufstelle gegeben ist, welche sowohl beim Umgang mit individuellen Belastungen der Jugendlichen, als auch im Falle von Spannungen mit dem Betrieb oder diversen Behörden und Institutionen Unterstützung bietet.

Die Zufriedenheit der Jugendlichen mit ihrem Wohnumfeld bildet mit 85,1% einen guten Wert. Änderungswünsche für den Wohnort wurden von den Jugendlichen recht zahlreich angeführt, werden aber dennoch in den einzelnen Bezirken verschieden artikuliert.

Allgemein kann an die Verantwortlichen in den einzelnen Bezirken der Appell gerichtet werden, wie auch von Scheu (vgl. 2006, S. 170) angeführt wird, dass den Jugendlichen die Möglichkeit der Partizipation, also der Mitbestimmung, der Teilnahme, sowie vor allem der Teilhabe und Mit-Gestaltung ihrer Lebensumwelt gegeben sein sollte. Als ein diesbezüglich gelungenes Beispiel der Mitarbeit von Jugendlichen an der Gestaltung öffentlicher Bereiche soll das Projekt „Schöne Plätze“ angeführt werden.

Das Projekt „Schöne Plätze“ wurde vom Studiengang Soziale Arbeit der FH-Technikum Kärnten in Kooperation mit dem Forschungsinstitut RISS umgesetzt. Im Rahmen dieses Projektes wurde ein öffentlicher Raum/Platz von Jugendlichen gestaltet, der sowohl den Wünschen als auch den Erwartungen der Jugendlichen entspricht, gleichsam jedoch auch ein Teil des Gemeinwesens bleibt. Konkret wurden bei dem Projekt zu Beginn im Rahmen einer Zukunftswerkstätte die Wünsche und Ideen sowie die Möglichkeit zur Umsetzung dieser bei den beteiligten Jugendlichen erhoben. Worauf sich die Beteiligten auf die Umgestaltung eines bis dahin unscheinbaren öffentlichen Platzes einigten. Gemeinsam wurde weiters ein Plan für die Gestaltung dieses Platzes erarbeitet und auch bei der Umsetzung haben die Jugendlichen selbst mitgearbeitet. Das Ergebnis des Partizipationsprojektes „Schöne Plätze“ zeigt sich im Freigelände zum Kulturzentrum Amthof in Feldkirchen. Es umfasst ein begehbare Schachbrett und eine Boccia-Bahn mit kleinen Nischen. Wobei besonders die kleinen Nischen von den Jugendlichen gerne als Kommunikationsraum und Treffpunkt genutzt werden. In den Wintermonaten wird auf dem Gelände ein Snowboard-Event veranstaltet (vgl. ebd. S. 175 f.). „Im Rahmen des Projektes ‚Schöne Plätze‘ konnten Jugendliche aktiv an der produktiven Gestaltung ihrer Lebensumwelt mitwirken. Sie haben ein Defizit ihrer Lebensumwelt festgestellt, dieses artikuliert und an der Veränderung selbst mitgearbeitet. Die Jugendlichen, die an diesem Projekt sich beteiligten, haben den Status der ‚Unzufriedenheit‘ verlassen und durch ihre Partizipation deutlich an der Erhöhung ihrer eigenen Lebensqualität mitgewirkt (...)“ (ebd. S. 176).

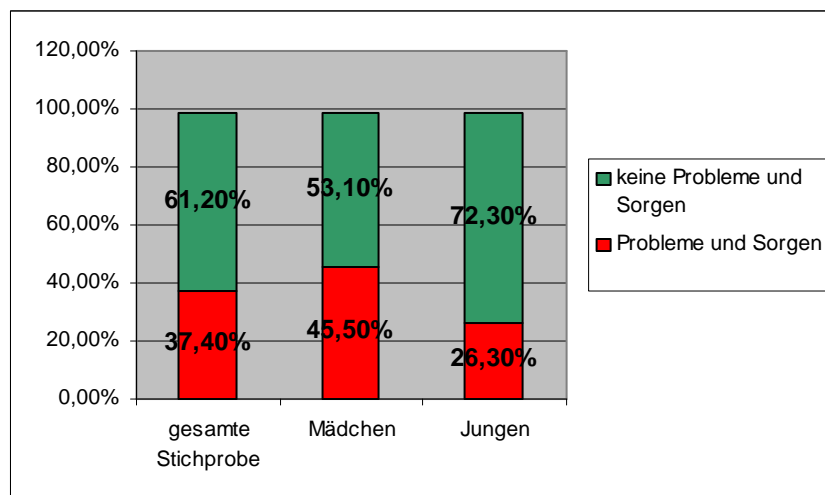
Um die Verbesserungsvorschläge, Anregungen, Wünsche sowie Forderungen der Jugendlichen in den einzelnen Bezirken konkret in die Realität umzusetzen, kann das Projekt „Schöne Plätze“ möglicherweise als Inspiration bzw. Vorbild fungieren.

8.5 Probleme und/oder Sorgen der Jugendlichen

In der Untersuchung wurden erhoben ob und welche Probleme und Sorgen die Jugendlichen belasten und auch mit wem Jugendliche diese besprechen. Wobei die Jugendlichen gebeten wurden, ihre Probleme und Sorgen in einem offenen Antwortfeld anzuführen.

Dass sie keine Probleme und Sorgen haben, wird von 61,2% der Jugendlichen angeführt. Somit zeigt sich, dass etwa jeder dritte Jugendliche mit Problemen und Sorgen belastet ist. Wie in Abbildung 67 ersichtlich, sind weibliche Jugendliche weit häufiger mit Problemen und Sorgen belastet als männliche Jugendliche. Im Vergleich der Jugendlichen in Bezug auf das Alter und die besuchte Schulform zeigen sich kein Unterschiede in der Belastung mit Problemen und Sorgen (Geschlecht - $\chi^2_1 = 19,5$, sig. / Alter - $\chi^2_1 = 1,9$, n.sig. / Schulform - $\chi^2_3 = 5,4$, n.sig.).

Abbildung 67: Häufigkeit der Probleme und Sorgen der Jugendlichen (2008)



Jugendliche, welche sich von Problemen und Sorgen belastet fühlen, schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein als Jugendliche, die ohne Probleme und Sorgen sind (T-Test: $t_{494} = -4,3$, sig. / Mittelwert: Jugend mit Probleme $\bar{x} = 2,2$ / Jugend ohne Probleme $\bar{x} = 1,9$)

8.5.1 Probleme und Sorgen der Jugendlichen differenziert nach besuchter Schulform

Die Problemen und Sorgen von denen sich Jugendliche belastet fühlen, sind zum überwiegenden Teil den Bereichen Schule/Ausbildung und der Ungewissheit bezüglich des beginnenden oder folgenden beruflichen Werdeganges. Vielfach finden sich auch Problemlagen im familiären Kontext sowie im Bereich der Liebe/Sexualität und Selbstfindung.

Die Auflistung der Problemen und Sorgen von Jugendliche wird differenziert nach der Schulform dargestellt:

Probleme und Sorgen der Gymnasiasten der 5. Schulklasse

Der Kontext Schule bereitet den Gymnasiasten der 5. Schulklasse Sorgen und zwar sind es weniger die Lernanforderungen, als Konflikte mit Schulkollegen und dem Lehrkörper. Angeführt wurde:

„Habe Sorgen rund um die Schule - Streit mit Schulkollegen“

(Mädchen, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Der ständige Streit in meiner Schulklasse.“

(Mädchen, 16 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Mein Klassenvorstand mag mich nicht.“

(Junge, 14 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Unsere Lehrer - sind echt nicht gerecht bei der Notenvergabe.“

(Junge, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

Die Sorgen und Probleme der Gymnasiasten zentrieren sich auch auf das familiäre Umfeld. So werden häufiger Streit mit den Eltern und Geschwistern, zu viele auferlegte Vorschriften durch die Eltern, oder Konflikte mit mehr oder weniger nahestehenden Verwandten angeführt.

Auch mit ihrer Selbsteinschätzung und/oder Selbstfindung zeigen sich Jugendliche verunsichert, wie die folgenden Aussagen verdeutlichen:

„BIN AUF DER SUCHE NACH MIR SELBST.“

(Junge, 14 Jahre, Gymnasium 5 Schulklasse);

„Meine Mama sagt oft, ich bin zu kindisch, frage mich, ob dass wirklich so ist.“

(Mädchen, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

„Manchmal bin ich nicht so offen wie andere Leute in meinem Alter, und meine Lehrer kritisieren das oft.“

(Mädchen, 15 Jahre, Gymnasium 5. Schulklasse);

Probleme und Sorgen der Jugendlichen welche eine Polytechnische Schule besuchen

„Ob ich eine Lehrstelle krieg“ (Mädchen, 15 Jahre, Polytechnische Schule) ist das vorrangige Problemszenario bei Jugendlichen, welche eine Polytechnische Schule besuchen.

Auch Geldsorgen plagen vielfach die Jugendlichen, wie folgende Aussagen verdeutlichen:

„Ständig zu wenig Geld.“

(Junge, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

„Weiß nicht woher ich das Geld für Zigaretten und Alk nehmen soll.“

(Junge, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

„Hätte gerne mehr Geld zum Klamotten kaufen.“

(Mädchen, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

Ebenso sind Jugendliche welche eine Polytechnische Schule besuchen mit Streit und Probleme innerhalb der Familie belastet. Angeführt wurde:

„Dass meine Schwester nicht so gut lernt und sie nicht weiß, was sie werden will und dass mein Vater fertig ist wegen dem Problem.“

(Junge, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

„Mein Probleme ist mein Vater – der streitet mit jedem.“

(Junge, 14 Jahre, Polytechnische Schule);

„Dass sich meine Eltern nicht scheiden lassen wollen, obwohl die eh nicht mehr miteinander können.“

(Mädchen, 14 Jahre, Polytechnische Schule);

Sorgenvoll gestaltet sich für einige Jugendliche auch ihr Liebesleben oder die Suche nach diesem. Einige Jugendliche fühlen sich von vielen Sorgen belastet, ohne diese speziell zu benennen.

„Mein Freund ist 22 und meine Mutter darf das nicht wissen.“

(Mädchen, 14 Jahre, Polytechnische Schule);

„Möchte mit meiner Freundin ins Bett, sie will aber nicht.“

(Junge, 14 Jahre, Polytechnische Schule);

„Suche ein geiles Mausi – find es ober ned.“

(Junge, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

„Habe sehr, sehr, sehr viele Sorgen.“

(Mädchen, 14 Jahre, Polytechnische Schule);

„Des hod ned Platz in die poa Zeilen. do kau i 10 Seiten schreiben, wenn ned mehr, also fang i gor ned au.“

(Mädchen, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

„Habe viele Probleme, vor allem fühle mich selten hengstisch.“

(Junge, 15 Jahre, Polytechnische Schule);

Probleme und Sorgen der Gymnasiasten der 8. Schulklasse

Gymnasiasten der 8. Schulklasse werden vorrangig vom „Maturastress“ geplagt. Ängste um ein Nichtbestehen der Matura bestehen sehr zahlreich, ebenso die Angst über das nicht genaue Wissen, wie ihr Lebensweg nach der Matura weitergeht. Formuliert wurde:

„Fürchte mich dass ich die Matura nicht schaffe, was soll ich dann machen?“

(Junge, 18 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Welcher Weg kommt nach der Matura?“

(Mädchen, 18 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Was kommt nach der Matura - weiß nicht, ob ich studieren soll oder mir eine Arbeit suchen soll, nur welche Arbeit?“

(Junge, 19 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Hab dann endlich die Matura, und weiß aber nicht, was ich weiter machen soll, das ist echt ein Problem für mich und auch meine Eltern.“

(Mädchen, 19 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

Familiäre Probleme bei den Gymnasiasten der 8. Schulklasse umfassen: Scheidung der Eltern, Krankheit von Geschwistern, Arbeitslosigkeit in der Familie sowie Streit mit den Großeltern.

Einige Jugendliche befinden sich in einer unglücklichen Liebesbeziehung, andere wiederum sorgen sich, ob sie „ihren Traumpartner jemals kennen lernen werden“ (Mädchen, 19 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse).

Besonders von weiblichen Gymnasiasten wird die Unzufriedenheit mit ihrem Körper angesprochen. Mehrfach wird geäußert, dass sie befürchten, zu dick und somit zu wenig attraktiv für das andere Geschlecht zu sein. Zu dieser Thematik wurde formuliert:

„Möchte abnehmen, denn meine Freund meint, dass mir ein paar Kilo weniger besser stehen würden.“

(Mädchen, 17 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Bin nur 1,60 m groß, habe aber 57 kg!“

(Mädchen, 18 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

„Meine Figur, bzw. mein Körper, liegt daran, dass ich Essprobleme habe“

(Mädchen, 17 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse);

Auch die Auseinandersetzung mit dem Sinn des Lebens - „Weiß nicht wozu ich auf der Welt bin, Leben ist Leid, Sinnlosigkeit des Ganzen“ (Junge, 19 Jahre, Gymnasium 8. Schulklasse) - findet sich bei den Gymnasiasten.

Probleme und Sorgen der Jugendlichen welche, eine Berufsschule besuchen

Der Lehrabschluss sowie die Sorge um einen Arbeitsplatz nach absolvierter Lehre stehen im Vordergrund der Besorgnisse von Jugendlichen, welche eine Berufsschule besuchen. Angst, die Lehrabschlussprüfung nicht oder diese nur mit einem schlechten Notendurchschnitt zu bestehen, wird sehr oft genannt. Angst zeigt sich auch, da einige Jugendliche nicht wissen, ob sie nach absolvierter Lehre in ihrem Lehrbetrieb weiter beschäftigt werden. Hierzu wurde angeführt:

„Weiß noch immer nicht, ob ich in meinem Lehrbetrieb weiterarbeiten darf nach meiner abgeschlossenen Lehre.“

(Mädchen, 18 Jahre, Berufsschule);

„Die Seniorchefin – die sagt, dass ich im Betrieb nur bleiben kann, wenn ich eine Auszeichnung beim Lehrabschluss bekomme.“

(Junge, 18 Jahre, Berufsschule);

„Wo ich nach meiner Lehre einen Arbeitsplatz bekomme.“

(Junge, 18 Jahre, Berufsschule);

Jugendliche aus Berufsschulen sind auch häufig von Gewalt am Arbeitsplatz betroffen, wie die folgenden Aussagen bestätigen:

„Wurde zusammengeschlagen, in der Arbeit mit einem Werkstück.“

(Junge, 19 Jahre, Berufsschule);

„Mein Chef – der gibt mir öfters eine Ohrfeige.“

(Junge, 18 Jahre, Berufsschule);

„In der Arbeit schauns mir ständig auf meine Oberweite.“

(Mädchen, 16 Jahre, Berufsschule);

„Ein Arbeitskollege will was von mir ! ! ! ! Aber ich nicht von ihm, das ist echt schon schlimm.“

(Mädchen, 16 Jahre, Berufsschule);

Problemlagen zentrieren sich auch um Freundschaften und Liebesbeziehungen. Von enttäuschten Freundschaften wird ebenso berichtet wie von Kummer und Leid in Intimbeziehungen. Aber auch Ansätze von zu wenig Anerkennung und Unzufriedenheit mit den eigenen Leistungen zeigen sich bei den Jugendlichen. Diesbezüglich wurde formuliert:

„Mich belastet, keinen Erfolg zu haben im Leben.“

(Mädchen, 19 Jahre, Berufsschule);

„Dass ich keine besseren Noten habe.“

(Mädchen, 18 Jahre, Berufsschule);

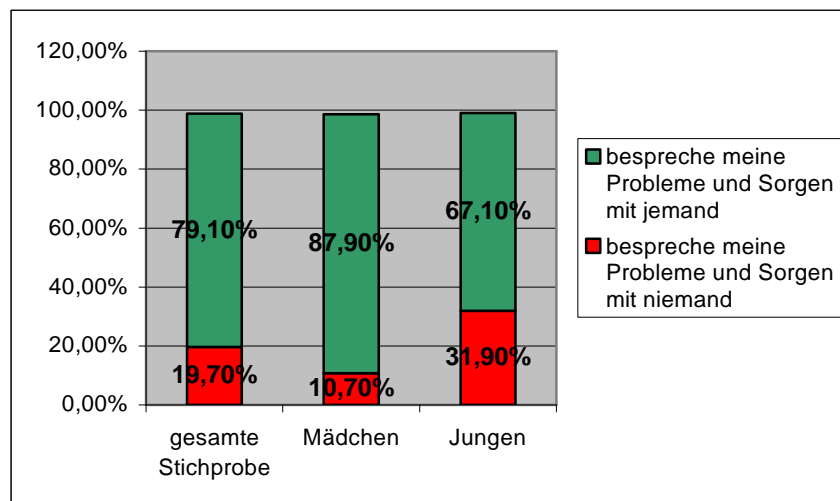
„Mein Chef sagt nie, dass ich etwas gut gemacht habe.“

(Junge, 18 Jahre, Berufsschule);

8.5.2 Besprechen der Probleme und Sorgen

Knapp 80% der Jugendlichen besprechen ihre Probleme und Sorgen mit einer anderen Person. Auch hier zeigt sich, dass dies bei Mädchen mit 87,9% weit häufiger gepflogen wird als bei den Jungen, siehe Abbildung 68. Immerhin jeder fünfte Jugendliche bespricht seine Probleme und Sorgen mit niemanden. Wobei weibliche Jugendliche häufiger als männliche Jugendliche mit jemand ihre Probleme und Sorgen besprechen und Jugendliche im Alter zwischen 17-20 Jahren dies auch häufiger als Jugendliche aus der Altersgruppe der 14-16 Jährigen, pflegen. Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, besprechen ihre Probleme und Sorgen am wenigsten mit einer anderen Person (Geschlecht: $\chi^2_1 = 38,8$, sig. / Alter: $\chi^2_1 = 8,3$, sig. / Schulform: $\chi^2_3 = 14,2$, sig.).

Abbildung 68: Besprechen von Probleme und Sorgen (2008)



Besprochen werden die Probleme und Sorgen der Jugendlichen zumeist mit FreundInnen und dem/der PartnerIn. An zweiter Stelle folgen die Eltern, drittgeriht sind die Geschwister und die Oma. Häufig werden Probleme auch mit dem/der KlassenlehrerIn und mit Cousine und Cousin besprochen.

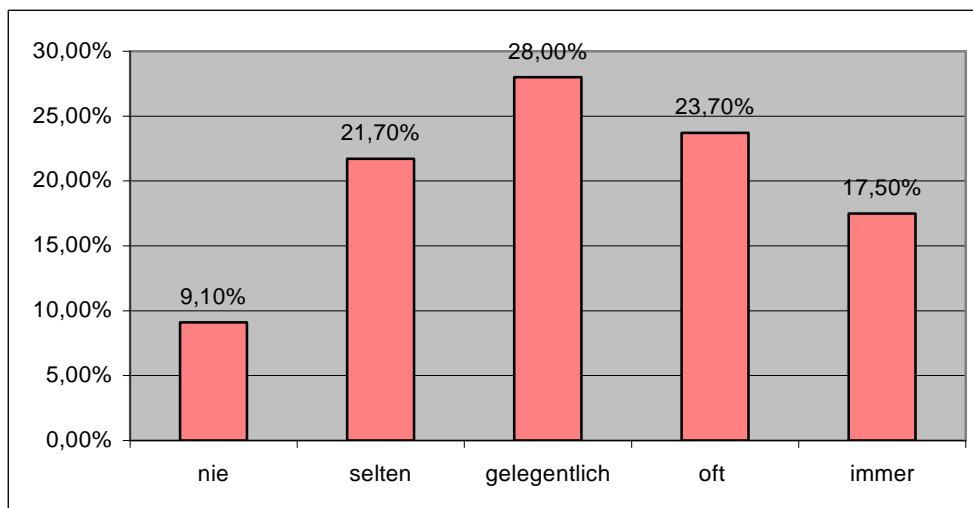
Vereinzelt finden Jugendliche mit ihren Problemen und Sorgen bei Tante und Onkel, dem Opa, NachbarIn, LehrmeisterIn, PsychologIn, Dorfpfarrer, JugendgruppengleiterIn Gehör.

8.5.3 Sorgen um einen zukünftigen Arbeitsplatz

Mögliche Besorgnis bei den Jugendlichen über die Erlangung eines zukünftigen Arbeitsplatzes wurde mit einer fünfstufigen Antwortmöglichkeit, von nie bis immer, gemessen.

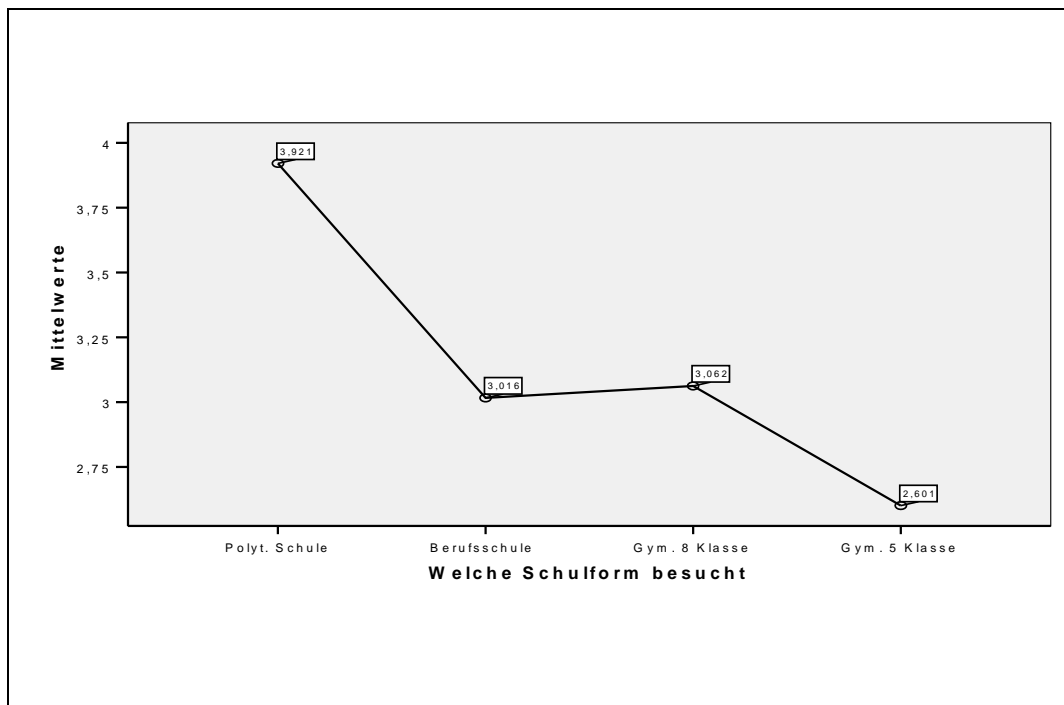
Der Anteil der Jugendlichen, bei welchen oft und immer Besorgnis bezüglich eines zukünftigen Arbeitsplatzes besteht, liegt bei 41,2% (Jungen = 35,7% , Mädchen = 45,2%), siehe Abbildung. Niemals machen sich 9,1% der Jugendlichen über die Erlangung eines zukünftigen Arbeitsplatzes Sorgen (Jungen = 11,7% , Mädchen = 7,2%).

Abbildung 69: Sorgen der Jugendlichen um einen zukünftigen Arbeitsplatz (2008)



Generell zeigen sich weibliche Jugendliche mehr um einen zukünftigen Arbeitsplatz besorgt als männliche Jugendliche. Wie in Abbildung 70 ersichtlich, sind Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, im Gegensatz zu den anderen drei Schulformen, am häufigsten von Sorgen um einen zukünftigen Arbeitsplatz betroffen (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 10,6$, sig. / Alter: Varianzanalyse $F_{1/499} = 4,6$, sig. / Geschlecht*Alter: keine WW / Schulform: Kruskal-W.₃ = 56,2, sig. / Mittelwerte siehe Abbildung 70).

Abbildung 70: Sorgen um einen zukünftigen Arbeitsplatz, differenziert nach Schulformen (2008)

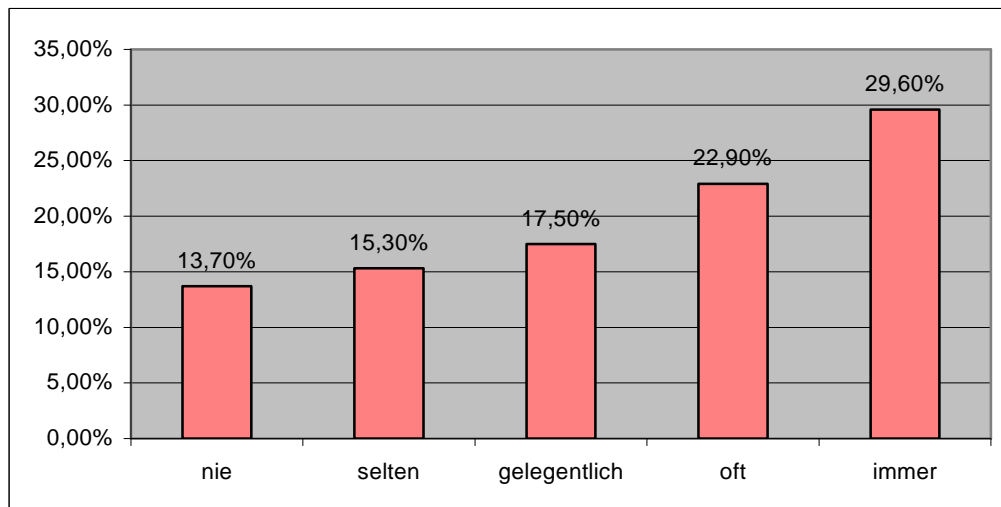


8.5.4 Auslangen mit dem zur Verfügung stehenden Geld

Die Einschätzung der Jugendlichen, ob sie mit dem ihnen pro Monat zur Verfügung stehenden Geld ausreichen, wurde mit einer fünffach gestuften Antwortmöglichkeit von gar nie bis immer erhoben.

Für jeden dritten Jugendlichen ist das pro Monat zur Verfügung stehende Geld immer ausreichend (Jungen = 29,6%, Mädchen = 29,7%). Aber auch fast wiederum jeder dritte Jugendliche (29%) kommt mit seinem monatlichen Geld selten oder nie zurande (Jungen = 27,7%, Mädchen = 30%), siehe Abbildung 71.

Abbildung 71: Auslangen mit dem zur Verfügung stehenden Geld (2008)



Das pro Monat zur Verfügung stehende Geld ist für weibliche als auch für männliche Jugendliche gleich häufig, mehr oder weniger ausreichend. Für Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule ($\bar{x}=3,0$) oder eine Berufsschule ($\bar{x}=3,3$) besuchen, reicht das monatliche Geld weniger als für Jugendliche, welche ein Gymnasium in der 5. Schulklasse ($\bar{x}=3,7$) oder ein Gymnasium in der 8. Schulklasse ($\bar{x}=3,7$) besuchen (Geschlecht: Varianzanalyse $F_{1/499} = 1$, n.sig. / Alter Varianzanalyse $F_{1/499} = 1$, n.sig. / keine WW / Schulform: Kruskal- $W_3 = 19,3$, sig.).

8.5.5 Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Probleme und/oder Sorgen der Jugendlichen

Die Problem und Sorgenlage der Jugendlichen zeigt sich laut den Untersuchungsergebnissen folgendermaßen:

Sorgen und Probleme:

- Mehr als jeder dritte Jugendliche (38,8%) ist von Sorgen und Problemen belastet, wobei Mädchen sich häufiger als Jungen sorgen. In Bezug auf das Alter und die besuchte Schulform zeigen sich keine Unterschiede in der Belastungshäufigkeit mit Problemen und Sorgen.

Jugendliche, welche sich von Problemen und Sorgen belastet fühlen, schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand schlechter ein als Jugendliche, die ohne Probleme und Sorgen sind.

Sorgen- und Problembereiche:

- Problemen und Sorgen, von denen sich Jugendliche belastet fühlen, liegen zum überwiegenden Teil in den Bereichen Schule/Ausbildung und in der Ungewissheit bezüglich des beginnenden oder folgenden beruflichen Werdeganges. Vielfach finden sich auch Problemlagen im familiären Kontext sowie im Bereich der Liebe/Sexualität und Selbstfindung.

Besprechen der Sorgen und Probleme:

- Jeder fünfte Jugendliche bespricht seine Probleme und Sorgen mit niemandem. Diese Gepflogenheit ist bei Jugendlichen, welche ein Polytechnische Schule besuchen, am häufigsten verbreitet. Generell werden die Probleme von Mädchen und älteren Jugendlichen häufiger mit einer zweiten Person besprochen. Als Ansprechpersonen für Problemen und Sorgen werden von den Jugendlichen in erster Linie FreunInnen/PartnerInnen, gefolgt von Eltern und Geschwistern gewählt.

Sorgen um einen Arbeitsplatz:

- 41,2 % der Jugendlichen sind oft oder immer um den Erhalt eines zukünftigen Arbeitsplatzes besorgt. Von dieser Sorgenlast sind Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, am meisten betroffen.

Geldsorgen:

- Jeder dritte Jugendliche (29%) kommt mit seinem monatlich zur Verfügung stehenden Geld selten oder nie zurande. Für Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, reicht das monatliche Geld weniger als wie für Gymnasiasten.

Sorgen und Probleme wirken unmittelbar auf das Gesundheitsbefinden, wie sich in den Untersuchungsergebnissen deutlich zeigt. Umso dramatischer erscheint, dass laut Untersuchungsergebnis 38,8% der Jugendlichen mit Sorgen und Probleme belastet sind und somit ein schlechteres Gesundheitsbefinden aufweisen. Angesichts der Tatsache, dass sich bis auf die Jugendlichen, welche ein Gymnasium in der 5. Schulklasse besuchen, alle Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Phase des baldigen Umbruchs in ihrer Lebensbiografie befinden, sind die primären Sorgen der Jugendlichen nachvollziehbar. Jedoch kreisen die Probleme und Sorgen der Jugendlichen vielfach in direkter oder indirekter Weise um den Erhalt eines zukünftigen Arbeitsplatzes. Demzufolge ist vor allem der verhältnisorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung gefragt, welcher, wie Naidoo und Wills (vgl. 2003, S.83) anführen, die Lobbyarbeit und die Durchsetzung gesundheitlicher Interessen fokussiert. Konkret geht es um das vehement Aufzeigen, dass staatspolitisch auf dem Gebiet des Arbeitsmarktes mehr getan werden muss! Ebenso ist auch der verhaltensorientierte Gesundheitsförderungsansatz, in Form von individueller Beratung und Unterstützung der Jugendlichen auf dem Weg in die Arbeitswelt, gefordert. Insbesondere Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule besuchen, sollten diesbezüglich vermehrt Unterstützung bekommen, zumal sie die Gruppe innerhalb der untersuchten Jugendlichen darstellen, welche am meisten von Sorgen um den Erhalt eines zukünftigen Arbeitsplatzes betroffen ist.

Auffällig zeigt sich im Untersuchungsergebnis, dass jeder fünfte Jugendliche seine Probleme und Sorgen mit niemandem bespricht. Diesbezüglich lässt sich mutmaßen, dass es diesen Jugendlichen möglicherweise an einer hierfür geeigneten Ansprechperson mangelt.

8.6 Die Gesundheit der Jugendlichen betrachtet unter dem Aspekt des Bildungsstandes der Eltern

Gesundheitliche Ungleichheit „lässt sich nicht nur bei der aggregierten Schichtzugehörigkeit, sondern auch auf der Ebene der einzelnen sozialen Determinanten wie Schulbildung, beruflicher Status, Erwerbsstatus und Haushaltsnettoeinkommen beobachten“ (Nickel et al. 2008, S. 63). Da in der Untersuchung nur der Bildungsgrad der Eltern erhoben wurde, wird, auf diesem basierend, auf die sozioökonomische Stellung der Jugendlichen geschlossen.

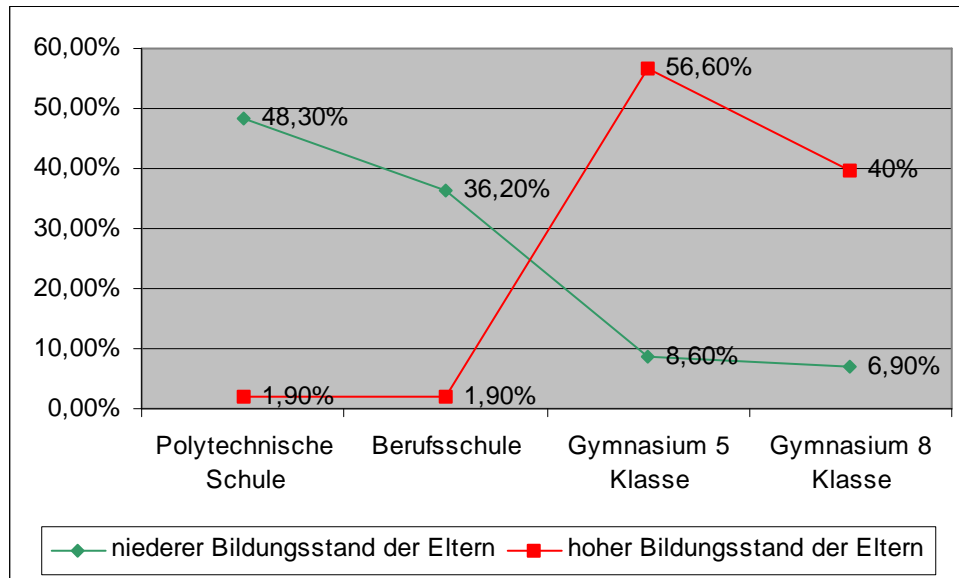
Demzufolge werden in der Untersuchung Unterschiede im Gesundheitsstatus, in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie im Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen unter Berücksichtigung des Bildungsgrades der Eltern fokussiert. Verglichen werden die Untersuchungsergebnisse von Jugendlichen deren Eltern einen niederen bzw. hohen Bildungsgrad aufweisen.

Der Bildungsgrad der Eltern (von Mutter und Vater) wurde in der Fragebogenerhebung mittels der sechs Kategorien • Pflichtschule, • abgeschlossen Lehre, • Fach- oder Handelsschule ohne Matura, • höhere Schule mit Matura, • andere Ausbildung nach der Matura sowie • Studium an Universität/Fachhochschule erhoben. In die Kategorie der hohen Bildung wurden Jugendliche, deren beide Elternteile ein Studium oder eine Fachhochschule abgeschlossen haben, sowie Jugendliche gereiht, von denen ein Elternteil ein Studium und der andere Elternteil eine Ausbildung nach der Matura absolviert hat. Niedere Bildung wird kategorisiert durch Jugendliche, deren Eltern beide die Pflichtschule absolviert haben, oder ein Elternteil die Pflichtschule und ein Elternteil eine Lehre abgeschlossen hat. Bei dieser Differenzierung in hohe und niedere Bildungskategorie sei ausdrücklich erwähnt, dass es sich hierbei um statistische Konstrukte handelt und keine Klassifizierung im Sinne von Arm oder Reich vorgenommen wurde.

Die erstellte Kategorie niedere Bildung der Eltern umfasst 58 Jugendliche, das sind 11,5% vom gesamten Sample, die Kategorie hohe Bildung umfasst 53 Jugendliche, das sind 10,5% vom Gesamtsample.

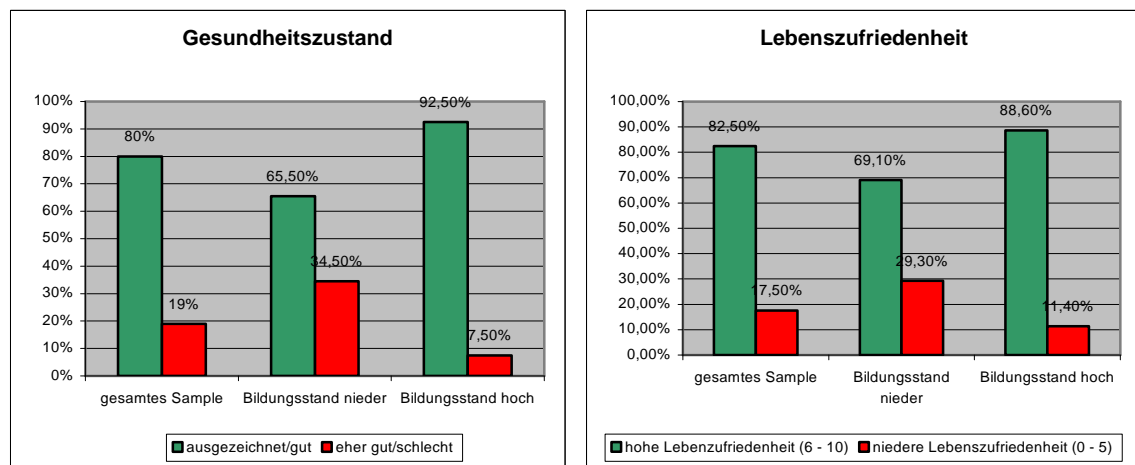
Wie in Abbildung 72 dargestellt, besuchen 96,6% der Jugendlichen, deren Eltern einen hohen Bildungsstand aufweisen, ein Gymnasium. Bei Jugendlichen, deren Eltern einen niederen Bildungsstand haben, sind dies nur 15,5%.

Abbildung 72: Besuchte Schulform der Jugendlichen in Abhängigkeit des Bildungsgrades der Jugendlichen (2008)



Bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitsstatus sowie der Lebenszufriedenheit zeigt sich, dass Jugendliche, deren Eltern einen niederen Bildungsstand aufweisen, beide Bereiche schlechter einschätzen als Jugendliche mit Eltern aus der hohen Bildungskategorie. Die Einschätzung von Gesundheitsstatus und Lebenszufriedenheit von den Jugendlichen deren Eltern der niederen Bildungskategorie angehören, ist auch schlechter ausgefallen als die Bewertung der beiden Bereiche vom Gesamtsample, siehe Abbildung 73 (Gesundheitszustand: T-Test- $t_{109} = 4,5$, sig., Mittelwerte: hohe Bildungskategorie $\bar{x} = 1,8$, niedere Bildungskategorie $\bar{x} = 2,3$ / Lebenszufriedenheit: T-Test- $t_{109} = -2,7$, sig., Mittelwerte: hohe Bildungskategorie $\bar{x} = 7,5$, niedere Bildungskategorie $\bar{x} = 6,5$).

Abbildung 73: Subjektive Einschätzung der Gesundheit und der Lebenszufriedenheit der Jugendlichen, differenziert nach hohem versus niederm Bildungsgrad der Eltern (2008)



Unterschiede im Gesundheitsstatus, in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie im Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen in Abhängigkeit eines niederen bzw. hohen Bildungsgrades der Eltern wurden für alle im Fragebogen angeführten Fragestellungen berechnet (siehe Anhang), die Ergebnisdarstellung beschränkt sich auf die Darlegung der signifikanten Ergebnisse.

Jugendliche, deren Eltern einen niederen Bildungsstand haben, zeigen im Vergleich zu Jugendlichen, deren Eltern einen hohen Bildungsstand aufweisen, folgende gesundheitsrelevante Verhaltensweisen:

- Sie zeigen mehr selbstverletzendes Verhalten ($\text{Chi}^2_2 = 9,22$, sig.);
- Sie sind weniger der Meinung, dass ihr eigenes Verhalten auf ihre Gesundheit einen Einfluss hat ($\text{Chi}^2_2 = 6,29$, sig.);
- Sie zeigen häufiger einen mehrfachen Substanzmittelkon. (T-Test- $t_{109} = 2,45$, sig.);
- Sie essen weniger Obst (T-Test- $t_{109} = 2,25$, sig.);
- Sie essen weniger Gemüse (T-Test- $t_{109} = -4$, sig.);
- Sie trinken mehr zuckerhaltige Limonade (T-Test- $t_{109} = 3,3$, sig.);
- Sie naschen mehr Süßigkeiten und Schokolade (T-Test- $t_{109} = 2,4$, sig.);
- Sie essen weniger Vollkornbrot (T-Test- $t_{109} = -3,1$, sig.);
- Sie ernähren sich häufiger von Fast-Food-Produkten (T-Test- $t_{109} = 2,6$, sig.);

- Sie konsumieren mehr Energiegetränke (T-Test- $t_{109} = 2$, sig.);
- Sie sind in ihrer Freizeit an weniger Tagen körperlich aktiv (T-Test- $t_{109} = 2,6$, sig.);
- Sie sind in ihrer Freizeit weniger Stunden pro Woche körperlich aktiv (T-Test- $t_{109} = 2,7$, sig.);
- Sie sind von riskantem und schnellem Fahren mit dem Auto, Motorrad oder Moped mehr fasziniert (T-Test- $t_{109} = 2,4$ sig.);
- Sie haben vermehrt Sorgen bezüglich eines Arbeitsplatzes in der Zukunft (T-Test- $t_{109} = 2,1$, sig.);

8.6.1. Beantwortung der Fragestellung und Resümee zu: Die Gesundheit der Jugendlichen betrachtet unter dem Aspekt des Bildungsstandes der Eltern

Unterschiede in der Gesundheit der Jugendlichen, betrachtet unter dem Aspekt des Bildungsstandes der Eltern, zeigen sich folgendermaßen:

- **Besuchte Schulformen:**

96,6% der Jugendlichen, deren Eltern einen hohen Bildungsstand aufweisen, besuchen ein Gymnasium. Bei Jugendlichen, deren Eltern einen niederen Bildungsstand haben, sind dies nur 15,5%. Demzufolge besuchen 84,5% der Jugendlichen, deren Eltern einen niederen Bildungsstand aufweisen eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule.

- **Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit:**

Jugendliche, deren Eltern einen niederen Bildungsstand aufweisen schätzen ihren subjektiven Gesundheitsstatus sowie ihre Lebenszufriedenheit schlechter ein, als Jugendliche mit Eltern aus der hohen Bildungskategorie. Auch haben Erstgenannte im Vergleich zu den Zweitgenannten vermehrt Sorgen bezüglich eines

Arbeitsplatzes in der Zukunft. Sind in ihrer Freizeit an weniger Tagen körperlich aktiv, zeigen mehr selbstverletzendes Verhalten, konsumieren häufiger mehrfach Substanzmittel, essen weniger Obst und Gemüse, trinken aber mehr zuckerhaltige Limonade und naschen mehr Süßigkeiten und Schokolade.

Die Untersuchungsergebnisse zur Gesundheit der Jugendlichen betrachtet unter dem Aspekt des Bildungsstandes der Eltern bestätigen, dass gegenwärtig der erreichte Bildungsabschluss von Jugendlichen „immer noch durch den Sozialstatus der Eltern bestimmt“ wird (Geißler 1996, zit. n. Stolpe 2001, S. 17).

Allgemein betrachtet, kann angeführt werden, dass Jugendliche, deren Eltern einen niederen Bildungsstand haben, im Vergleich zu Jugendlichen, deren Eltern einen hohen Bildungsstand aufweisen, in Bezug auf den Gesundheitsstatus sowie in einigen bedeutenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, wie Ernährung, Bewegung, mehrfacher Substanzmittelkonsum, deutlich schlechtere Werte zeigen. Auch sind Jugendliche, deren Eltern einen niederen Bildungsstand haben weniger der Meinung, dass ihr eigenes Verhalten auf ihre Gesundheit einen Einfluss hat.

Ganz klar wurde in der Untersuchung die These von Richter (vgl. 2008, S. 18 f.) bestätigt, dass sich bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit der soziale Gradient deutlich zeigt. Denn von Jugendlichen mit Eltern, welche der niederen Bildungsschicht angehören, wurde der Gesundheitsstatus nur von 65,5% mit ausgezeichnet oder gut bewertet. Von Jugendlichen hingegen, deren Eltern der hohen Bildungsschicht angehören, wurde der Gesundheitsstatus von 92,5% mit ausgezeichnet oder gut bezeichnet.

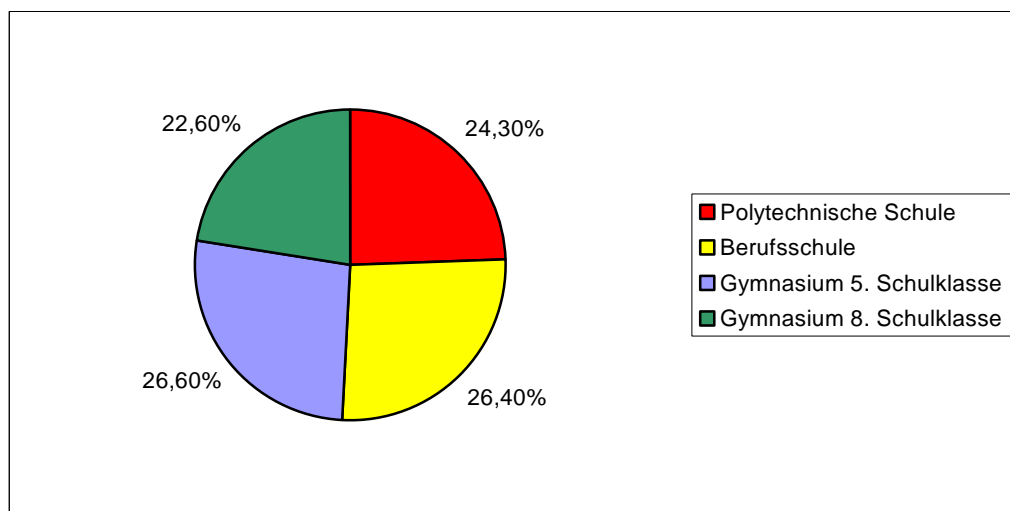
Da bei der Untersuchung nur aufgrund des Bildungsgrades der Eltern auf die sozioökonomische Stellung der Jugendlichen geschlossen wurde, soll bei der Betrachtung der Untersuchungsergebnisse auf die Aussage von Nickel et al. (vgl. 2008, S. 64) verwiesen werden. Diese meinen, da sich der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit der Jugendlichen äußerst komplex und vielschichtig zeigt, hängen Forschungsergebnisse zu dieser Thematik vielfach auch davon ab, welche Statusindikatoren für die Differenzierung in Sozialschichten herangezogen werden.

8.7 Die Gesundheit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Der Anteil der Jugendlichen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft, welche an der Untersuchung teilgenommen haben, beträgt 5,2%. Auch hier interessiert, ob sich Unterschiede im Gesundheitsstatus, in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie im Gesundheitsbewusstsein der Jugendlichen im Vergleich mit Jugendlichen zeigen, welche die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. Die Unterschiedsprüfung erstreckt sich wiederum über alle im Fragebogen angeführten Fragestellungen (siehe Anhang). Die Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Lebenszufriedenheit sowie weiterer signifikanter Ergebnisse.

Wie in Abbildung 74 ersichtlich, werden alle vier Schulformen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund etwa gleich stark frequentiert.

Abbildung 74: Besuchte Schulformen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund (2008)



Bei der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes und der Lebenszufriedenheit zeigen sich keine Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund (Gesundheitszustand: Mann-Whitney-U. = 5210 n.sig, Mittelwerte: Jugendliche mit Migrationshintergrund $\bar{x} = 2,3$, Jugendliche ohne Migrationshintergrund \bar{x}

= 2, / Lebenszufriedenheit: Mann-Whitney-U. = 5975, n.sig Mittelwerte: Jugendliche mit Migrationshintergrund $\bar{x} = 7,2$, Jugendliche ohne Migrationshintergrund $\bar{x} = 7,2$).

Bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigen sich im Vergleich zu Jugendlichen mit österreichischer Staatsbürgerschaft folgende Unterschiede in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen:

- Sie haben ein geringeres Gesundheitsbewusstsein (Mann-Whitney-U. = 4472 sig.);
- Sie sind stärker von Übergewicht betroffen (Mann-Whitney-U. = 4808 sig.);
- Sie trinken mehr zuckerhaltige Limonade (Mann-Whitney-U. = 4026 sig.);
- Sie ernähren sich häufiger von Fast-Food-P. (Mann-Whitney-U. = 4502 sig.);
- Sie konsumieren mehr Energiegetränke (Mann-Whitney-U. = 4587 sig.);

- Hilfe aus dem Freundeskreis erhalten, wenn benötigt, Jugendliche mit Migrationshintergrund öfters als Jugendliche mit österreichischer Staatsbürgerschaft (Mann-Whitney-U. = 4706, sig.).

8.7.1 Zusammenfassung und Resümee zu: Gesundheit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Die Gesundheit der Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigt sich, im Vergleich zu den Jugendlichen mit österreichischer Staatsbürgerschaft, folgendermaßen:

- **Besuchte Schulformen:**
Von Jugendlichen mit Migrationshintergrund werden alle vier Schulformen etwa gleich stark frequentiert.

- **Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit:**
Unterschiede im Gesundheitsstatus, in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie im Gesundheitsbewusstsein zwischen Jugendlichen mit Migrationshintergrund und Jugendlichen, welche die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, finden sich nur vereinzelt. Konkret sind Jugendliche mit Migrations-

hintergrund stärker von Übergewicht betroffen und konsumieren mehr zuckerhaltige Limonade, Fast-Food- Produkte und Energiegetränke. Auch zeigen sie ein geringeres Gesundheitsbewusstsein.

Jugendliche mit Migrationshintergrund erhalten öfters als Jugendliche mit österreichischer Staatsbürgerschaft Hilfe aus dem Freundeskreis.

Allgemein wird bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund, bedingt durch den Migrationsprozess, ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigung diskutiert. Wobei zu dieser Thematik wenige migrationssensible Untersuchungen vorliegen (vgl. Erhart et al. 2008, S. 142 f.). Auch in der vorliegenden Untersuchung wurde nur zwischen österreichischer und nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft differenziert, somit standen auch hier keine migrationssensiblen Daten für die Auswertung zur Verfügung.

Dass Jugendliche mit Migrationshintergrund, laut den Untersuchungsergebnissen, stärker von Übergewicht betroffen sind, geht mit den Forschungsergebnissen von Erhart et al. (ebd.) konform.

9 DISKURSIVE SCHLUSSBETRACHTUNG

„Kinder und Jugendliche sind gesundheitliche ‚Seismographen‘: Sie spiegeln in ihrer Befindlichkeit die sozialen, ökonomischen, ökologischen, kulturellen und politischen Befindlichkeiten der ganzen Gesellschaft wider. Sie zeigen uns spontan und unverstellt, wie ihre Lebenswelt und ihre Umwelt auf sie wirken und wo sie diese Umwelt herausfordert und überfordert“ (Kolip et al. 1995, zit. n. Freidl/Neuhold 2002, S.89).

Diesem Postulat zufolge liefern die Ergebnisse der vorliegenden empirischen Untersuchung zu Gesundheit und Gesundheitsbewusstsein von Jugendlichen in der Steiermark nicht nur umfassende Daten zur Gesundheit der Jugendlichen, sondern können mitunter auch als Spiegelung des gegenwärtigen gesellschaftlichen Zeitgeistes betrachtet werden. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich jedoch, dass sich das Untersuchungssample aus Jugendlichen, welche in die Schul- bzw. Arbeitswelt integriert sind, zusammensetzt. Die Stichprobe repräsentiert somit nicht den Gesundheitszustand von Jugendlichen, welche „abseits“ des gesellschaftlichen Systems stehen. Entsprechend den Ausführungen in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit kann angenommen werden, dass sich der Gesundheitszustand dieser Jugendlichen anders zeigt. Dementsprechend bietet die Untersuchung eine Teilspiegelung des gegenwärtigen gesellschaftlichen Zeitgeistes.

Die Ergebnisse der empirischen Studie zeigen, dass die einzelnen untersuchten gesundheitsrelevanten Bewertungen, Einstellungen, Verhaltensweisen, aber auch Beeinflussungen und Unterstützungen aus den einzelnen Lebensbereichen bei den untersuchten Jugendlichen sehr unterschiedlich gelagert sind. Zeigen sich in einigen Bereichen wie z.B. der Bewertung der Lebenszufriedenheit oder dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht, das Alter und die besuchte Schulform, so finden sich diesbezüglich in anderen untersuchten Bereichen sehr deutliche Differenzierungen. Besonders im Bereich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zeigt sich vielfach, dass Jugendliche, welche eine Polytechnische Schule oder eine Berufsschule besuchen, bei diesen einen weit risikobehafteteren Umgang pflegen. Schlechtere Werte in einigen bedeutenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, sowie in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitsstatus und der

Lebenszufriedenheit zeigen sich auch einheitlich bei Jugendlichen, deren Eltern einen niedrigen Bildungsstand aufweisen.

Zusammenhänge, entsprechend dem biopsychosozialen Gesundheits-Krankheitsparadigma, welches gesundheitliche Problemlagen physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnet, lassen sich aus den empirischen Daten ebenso ergründen. So fühlt sich mehr als jede/r dritte Jugendliche/r, welche/r an der Untersuchung teilgenommen hat, von Problemen und Sorgen belastet. Ein noch größerer Prozentsatz der Jugendlichen sorgt sich regelmäßig um den Erhalt eines zukünftigen Arbeitsplatzes, und auch die Anforderungen von Schule und Arbeit belasten die Jugendlichen vielfach. Die Sorgen und Probleme der Jugendlichen wirken sich unmittelbar auf die subjektive Gesundheitseinschätzung aus, denn diese wird von Jugendlichen, welche von Problemen und Sorgen belastet werden, schlechter eingeschätzt. Eine schlechtere subjektive Gesundheitseinschätzung geht wiederum mit einem erhöhten mehrfachen Substanzmittelkonsum, häufigeren psychosomatischen Beschwerden sowie einer schlechteren Einschätzung der subjektiven Lebenszufriedenheit einher.

Entsprechend den Untersuchungsergebnissen lässt sich für die Gestaltung effektiver Gesundheitsförderungsprogrammen festhalten, dass diese sowohl auf „universalistic policies‘ einerseits, als auch ‚targeted approaches‘ andererseits“ (Milck 2001, zit. n. Ottova und Richter 2008, S. 268) ausgerichtet sein sollten. Denn in einigen Bereichen wären Gesundheitsförderungsprogramme angebracht, welche die gesamten Jugendlichen erreichen, anderen Bereichen wiederum erfordern eine spezifische Ausrichtung auf einen Teilbereich der Jugendlichen, natürlich mit jeweiliger geschlechtssensibler Ausrichtung und partizipativer Teilhabe der Jugendlichen. Alle Strategien zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen sollten, so empfiehlt Hurrelmann (1994, zit. n. Langness et al. 2003, S. 332), „die Grundbedürfnisse der Jugendlichen beachten und ihnen dabei behilflich sein, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und mit Problemsituationen konstruktiv umzugehen. Sie sollten alternative Formen der Bedürfnisbefriedigung aufzeigen und Jugendlichen in ihrem Bemühen nach eigenen Lebensformen unterstützen. Dabei ist es für effektive Maßnahmen wichtig, das gesamte soziale Umfeld in die gesundheitsförderlichen Maßnahmen einzubeziehen, in dem Jugendliche im Kontext ihrer familiären, schulischen und freundschaftlichen Beziehungen angesprochen werden“. Beim Verweis Hurrelmanns auf die Wichtigkeit, das gesamte soziale Umfeld in die gesundheitsförderlichen

Maßnahmen einzubeziehen, zeigt sich wiederum ein unmittelbarer Ansatzpunkt für die sozialpädagogische Gesundheitsförderung.

Weitere Ansatzpunkte für die sozialpädagogische Gesundheitsförderung, bezogen auf die Ergebnisse der empirischen Untersuchung, finden sich in den Bereichen:

- Gesundheitsförderung in Schulen (im Rahmen der Schulsozialarbeit, als auch der eigenständigen Konzeptentwicklung);
- Gesundheitsförderung im Rahmen der Jugendsozialarbeit;
- Gesundheitsförderung im Rahmen der sozialpädagogischen Familienhilfe;
- Gesundheitsförderung im sozialen Wohnfeld;

Für die Gesundheitsförderung ist das Setting Schule besonders bedeutsam. Denn „neben dem unmittelbaren Zugang zu den Jugendlichen gestattet die Schule eine Beeinflussung von Gruppennormen in den jeweiligen Klassen, die für Verhaltensgewohnheiten und Lebensstile der Heranwachsenden prägend sind“ (Lampert und Richter 2006, S. 215).

Wobei die Gesundheitsförderung im Setting Schule nach Möglichkeit in den Prozess der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings mündet, in welchem die Schule ganzheitlich nach einem gesundheitsförderlichen Konzept ausgerichtet wird. Interventionstypen dieses ganzheitlich ausgerichteten Konzeptes umfassen nach Dür et al. (vgl. 2006, S. 413 f.) Einzelmaßnahmen, Projekte, Programme, aber auch die Organisationsentwicklung als Kultur- und Strukturentwicklung sowie die Organisationsentwicklung als Qualitätsentwicklung. „Dabei gehen die gesundheitsförderlichen Ansätze der Organisationsentwicklung von der Schule nicht nur als Ort des Lernens aus, sondern wollen der Schule insgesamt eine ‚neue Dimension‘ (Barkholz&Paulus 1998) verleihen, indem sie das Schulmanagement, die Öffnung der Schule nach außen, die Gestaltung des Unterrichts unter gesundheitsförderlichen Gesichtspunkten, die Gestaltung der ökologischen und psychosozialen Bedingungen der Schule miteinander verbinden“ (ebd. S. 414).

Jegliche Interventionssetzungen sollten auch einer Evaluation zugeführt werden, um einerseits die Wirksamkeit zu belegen aber auch um Qualitätssicherheit zu betreiben. Wobei bei der Wirksamkeitsbestimmung anzuführen ist, wie auch Rosenbrock und Kümpers (vgl 2006, S. 382) vermerken, dass der Wirksamkeitsnachweis im Rahmen der

Gesundheitsförderung umso schwieriger ist, je komplexer die Intervention, je länger die Zeitachse und je unspezifischer das Ziel der Gesundheitsförderung gesetzt werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass Jugend und Gesundheit, wie die Untersuchungsergebnisse zeigen, eine sehr komplexe Thematik ist, welche, nach Meinung der Autorin, eines ebenso komplexen Ansatzes bei der Gesundheitsförderung bedarf, um in Zukunft Realität werden zu lassen, dass

„alle Menschen (...) unabhängig von Ausbildung,
beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche
Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden“
(Mielck 2005, S. 11).

10 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1:	DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT NACH DAHLGREN UND WHITEHEAD (1993)	21
ABBILDUNG 2:	ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER SOZIOÖKONOMISCHEN STELLUNG DER ELTERN UND DES BESUCHES EINES GYMNASIUMS NACH DER VOLKSSCHULE IHRER 12-13- JÄHRIGEN KINDER (JUGENDLICHEN).....	27
ABBILDUNG 3:	SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT IM LEBENS LAUF.....	28
ABBILDUNG 4:	MEHREBENENMODELL ZUR SYSTEMATISIERUNG VON ERKLÄRUNGSÄTZEN DER GESUNDHEITLICHEN UNGLEICHHEIT IM JUGENDALTER	30
ABBILDUNG 5:	REGELKREISMODELL DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG, WHO (1986)...	33
ABBILDUNG 6:	PROBLEMKONSTELLATIONEN DER ENTWICKLUNGS AUFGABE UND IHRE ANGEMESSENE ODER UNANGEMESSENE BEWÄLTIGUNG (2007).....	42
ABBILDUNG 7:	REIFUNG DER PRIMÄREN UND SEKUNDÄREN GESCHLECHTSMERKMALE	44
ABBILDUNG 8:	DIE ERNÄHRUNGSPYRAMIDE.....	53
ABBILDUNG 9:	AUFTEILUNG DES SAMPLES NACH GEOGRAFISCHER HERKUNFT (2008)....	84
ABBILDUNG 10:	SUBJEKTIVE BEWERTUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES, DIFFERENZIERT NACH DEM GESCHLECHT (2008)	89
ABBILDUNG 11:	SUBJEKTIVE BEWERTUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES, NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM (2008)	90
ABBILDUNG 12:	SUBJEKTIVE BEWERTUNG DER LEBENSZUFRIEDENHEIT BEI JUGENDLICHEN (2008)	91
ABBILDUNG 13:	PSYCHOSOMATISCHE BESCHWERDEN WÖCHENTLICH ODER ÖFTERS BEI JUGENDLICHEN (2008)	93
ABBILDUNG 14:	HÄUFIGKEIT DER PSYCHOSOMATISCHE BESCHWERDEN WÖCHENTLICH ODER ÖFTERS, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM (2008).....	94
ABBILDUNG 15:	VERLETZUNGSHÄUFIGKEIT DER JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT(2008)	95
ABBILDUNG 16:	VERLETZUNGSHÄUFIGKEIT DER JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM (2008)	96
ABBILDUNG 17:	GEWICHTSSTATUS DER JUGENDLICHEN	99
ABBILDUNG 18:	GEWICHTSSTATUS DER JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM.....	100
ABBILDUNG 19:	HÄUFIGKEIT DER FRÜHSTÜCKSEINNAHME BEI JUGENDLICHEN (2008)	105
ABBILDUNG 20:	HÄUFIGKEIT DES VERZEHRS VON OBST, GEMÜSE, VOLLKORNPRODUKTEN UND FRÜHSTÜCKSZEREALIEN (2008).....	106
ABBILDUNG 21:	HÄUFIGKEIT DES VERZEHRS VON LIMONADE, SÜßIGKEITEN/SCHOKOLADE, FAST-FOOD-PRODUKTE, ENERGIEGETRÄNKE, UND KAFFEE (2008)	107
ABBILDUNG 22:	QUALITATIVE UND QUANTITATIVE KONTROLLE DER NAHRUNGS AUFN AHME (2008)	108
ABBILDUNG 23:	HÄUFIGKEIT DER KÖRPERLICHEN AKTIVITÄT BEI JUGENDLICHEN (2008)	110
ABBILDUNG 24:	HÄUFIGKEIT DER KÖRPERLICHEN AKTIVITÄT BEI JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH ALTER UND GESCHLECHT (2008).....	110
ABBILDUNG 25:	ANZAHL DER STUNDEN PRO WOCHE, AN DENEN JUGENDLICHE KÖRPERLICH AKTIV SIND (2008)	111

ABBILDUNG 26:	ANZAHL DER STUNDEN, WELCHE JUGENDLICHE MITTELS TV UND/ODER PC VERBRINGEN (2008).....	112
ABBILDUNG 27:	NUTZUNG VON TV UND PC, DIFFERENZIERT NACH SCHULFORM(2008) 113	
ABBILDUNG 28:	HÄUFIGKEIT DES RAUCHENS BEI JUGENDLICHEN (2008).....	115
ABBILDUNG 29:	RAUCHERSTATUS DER JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH SCHULFORM	116
ABBILDUNG 30:	ANZAHL DER GERAUCHTEN ZIGARETTEN (2008).....	117
ABBILDUNG 31:	GEGENWÄRTIGER ALKOHOLKONSUM BEI JUGENDLICHEN(2008)	118
ABBILDUNG 32:	HÄUFIGKEIT DER ALKOHOLBEDINGTEN RAUSCHERFAHRUNGEN (2008) 119	
ABBILDUNG 33:	HÄUFIGKEIT DER ALKOHOLBEDINGTEN RAUSCHERFAHRUNGEN, DIFFERENZIERT NACH SCHULFORM (2008)	119
ABBILDUNG 34:	HÄUFIGKEIT DES CANNABISKONSUMS BEI JUGENDLICHEN (2008)	120
ABBILDUNG 35:	CANNABISKONSUM BEI JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH SCHULFORM (2008).....	121
ABBILDUNG 36:	HÄUFIGKEIT DER EINNAHME VON MEDIKAMENTEN BEI JUGENDLICHEN (2008)	122
ABBILDUNG 37:	MEHRFACHKONSUM VON SUBSTANZMITTEL (2008).....	123
ABBILDUNG 38:	MEHRFACHKONSUM VON SUBSTANZMITTELN, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM (2008)	124
ABBILDUNG 39:	DURCHSCHNITTliche SCHLAFLÄNGE DER JUGENDLICHEN (2008)	125
ABBILDUNG 40:	ZAHNPFLEGE DER JUGENDLICHEN(2008)	126
ABBILDUNG 41:	HÄUFIGKEIT DER SELBSTVERLETZUNG BEI JUGENDLICHEN(2008)	127
ABBILDUNG 42:	HÄUFIGKEIT DER SELBSTVERLETZUNG BEI JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM (2008).....	128
ABBILDUNG 43:	VERHÜTUNGSMETHODEN DER JUGENDLICHEN BEIM LETZTEN GESCHLECHTSVERKEHR (2008).....	129
ABBILDUNG 44:	HÄUFIGKEIT DER ERFAHRENEN GEWALTHANDLUNGEN BEI JUGENDLICHEN (2008)	130
ABBILDUNG 45:	HÄUFIGKEIT DER ERFAHRENEN GEWALTHANDLUNGEN, DIFFERENZIERT NACH SCHULFORM (2008)	130
ABBILDUNG 46:	FASZINATION FÜR RISKANTES UND SCHNELLES FAHREN (2008).....	131
ABBILDUNG 47:	FASZINATION FÜR RISKANTES UND SCHNELLES FAHREN, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM (2008)	132
ABBILDUNG 48:	MEINUNG DER JUGENDLICHEN ÜBER DEN EINFLUSS DES EIGENEN VERHALTENS AUF DIE GESUNDHEIT (2008).....	139
ABBILDUNG 49:	MEINUNG DER JUGENDLICHEN ÜBER DEN EINFLUSS DES EIGENEN VERHALTENS AUF DIE GESUNDHEIT, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM(2008).....	140
ABBILDUNG 50:	BEWERTUNG GESUNDHEITSRELEVANTER VERHALTENSWEISEN (2008) 143	
ABBILDUNG 51:	GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN DER JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH GESCHLECHT UND SCHULFORM (2008)	144
ABBILDUNG 52:	HILFESTELLUNG DURCH DIE ELTERN UND INTERESSE DER ELTERN AN DER MEINUNG DER JUGENDLICHEN (2008).....	147
ABBILDUNG 53:	VERSTEHEN DER PROBLEME UND SORGEN DURCH DIE ELTERN UND GESCHWISTERN (2008).....	148
ABBILDUNG 54:	BEEINFLUSSUNG IN GESUNDHEITSRELEVANTEN VERHALTENSWEISEN DURCH DIE ELTERN UND GESCHWISTERN (2008).....	149
ABBILDUNG 55:	WOHNFORMEN DER JUGENDLICHEN (2008).....	150

ABBILDUNG 56: ZUGEHÖRIGKEIT ZU EINEM FREUNDESKREIS (2008).....	151
ABBILDUNG 57: UNTERSTÜTZUNG DURCH DEN FREUNDESKREIS	152
ABBILDUNG 58: BEEINFLUSSUNG IN GESUNDHEITSRELEVANTEN VERHALTENSWEISEN DURCH DEN FREUNDESKREIS	153
ABBILDUNG 59: BELASTUNG DURCH DIE SCHULE BEI JUGENDLICHEN (2008)	154
ABBILDUNG 60: EINFLUSS DER SCHULKOLLEGINNENEN (2008).....	155
ABBILDUNG 61: VORHANDENSEIN EINER ANSPRECHPERSON FÜR PROBLEME UND SORGEN DER JUGENDLICHEN (2008)	156
ABBILDUNG 62: EINSCHÄTZUNG DES ARBEITSPLATZES DURCH DIE JUGENDLICHEN (2008) 157	157
ABBILDUNG 63: BEEINFLUSSUNG DURCH MEDIEN BEI JUGENDLICHEN (2008).....	158
ABBILDUNG 64: ZUFRIEDENHEIT MIT DEM WOHNORT, DIFFERENZIERT NACH WOHNBEZIRKE VON B – J	159
ABBILDUNG 65: ZUFRIEDENHEIT MIT DEM WOHNORT, DIFFERENZIERT NACH WOHNBEZIRKEN VON K – W	160
ABBILDUNG 66: HÄUFIGKEIT DER ÄNDERUNGSWÜNSCHE DIFFERENZIERT NACH BEZIRKE	161
ABBILDUNG 67: HÄUFIGKEIT DER PROBLEME UND SORGEN DER JUGENDLICHEN (2008)...	175
ABBILDUNG 68: BESPRECHEN VON PROBLEME UND SORGEN (2008).....	181
ABBILDUNG 69: SORGEN DER JUGENDLICHEN UM EINEN ZUKÜNFTIGEN ARBEITSPLATZ (2008) 182	182
ABBILDUNG 70: SORGEN UM EINEN ZUKÜNFTIGEN ARBEITSPLATZ, DIFFERENZIERT NACH SCHULFORMEN (2008).....	183
ABBILDUNG 71: AUSLANGEN MIT DEM ZUR VERFÜGUNG STEHENDEN GELD (2008)....	184
ABBILDUNG 72: BESUCHTE SCHULFORM DER JUGENDLICHEN IN ABHÄNGIGKEIT DES BILDUNGSGRADES DER JUGENDLICHEN (2008)	188
ABBILDUNG 73: SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER GESUNDHEIT UND DER LEBENSZUFRIEDENHEIT DER JUGENDLICHEN, DIFFERENZIERT NACH HOHEM VERSUS NIEDEREM BILDUNGSGRAD DER ELTERN (2008)	189
ABBILDUNG 74: BESUCHTE SCHULFORMEN VON JUGENDLICHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND (2008)	192

11 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Schulen welche an der Untersuchung teilgenommen haben (2008).....	79
Tabelle 2:	Aufteilung des Samples nach Geschlecht und Schultyp (2008).....	83
Tabelle 3:	Prozentmäßige Verteilung des Samples auf die einzelnen Bezirke (2008)	85
Tabelle 4:	Prozentsatz von der Gesamtschülerzahl, mit welchem die einzelnen Schulformen im Sample vertreten sind (2008)	86
Tabelle 5:	Auftretenshäufigkeit von psychosomatisch Gesundheitsbeschwerden..(2008).....	92
Tabelle 6:	Körpergröße und Gewicht der Jugendlichen, differenziert nach Geschlecht und Schulform.(2008).....	98

12 LITERATURVERZEICHNIS

Abel, T. (2002): Individuelles Verhalten und soziale Verantwortung für Gesundheit: Von der Wissenschaft zur Praxis der Gesundheitsförderung. In: Heusser, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung – Eine neue Zeitforderung. Bern. S. 31-42.

Ahrens, D. / Marzinik, K. (2007): Stärkung der Gesundheitsförderung durch die Verschränkung von Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit. In: Schmidt, B. / Kolip P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München. S. 143-154.

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen.

Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A. / Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen. S. 3-14.

Bachinger, E. / Csitkovics, M. / Wais, K. (2005): Gesundheitsbericht Wien 2004. Hrsg. Stadt Wien. Wien.

Bauch, J. (2004): Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979-2003. Konstanz.

Becker, U. / Klocke, A. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation. Weinheim. S. 183-241.

Bengel, J. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Bengel, J. / Strittmacher, R. / Willmann, H. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln. Köln.

Bilz, L. / Hähne, C. / Melzer, W. (2003): Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 243-300.

Bilz, L. / Melzer, W. (2008): Schule, psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 160-189.

Böhnisch, L. (1997): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung Weinheim/München.

Bortz, J. / Döring, N. (2005): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg.

Bründl, H. (2001): Suizid im Jugendalter. In: Raithel, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen. S. 249-263.

Buchinger, E. (2008): Armut als Gesundheitsrisiko. In: SiO – Sozialarbeit in Österreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Ausgabe 02/08., S. 18-19.

Büchner, P. / Kraus, K. (2007): Der Lernort Familie und die Bildungsbedeutsamkeit der Familie im Kindes- und Jugendalter. In: Rauschenbach, T. Dux, W. / Sass, E. (Hrsg.): Informelles Lernen im Jugendalter. Vernachlässigte Dimensionen der Bildungsdebatte. Weinheim/München. S. 123-154.

Bühren, K. / Bordewin, S. (2008): Anorexie und Bulimie im Kindes- und Jugendalter. In: Unsere Jugend - Zeitschrift für Studium und Praxis der Sozialpädagogik. München/Basel. 60. Jahrgang, Heft 6. S. 242-249.

Burian, W. (1995): Die Psychodynamik der Adoleszenz und die Suchtentwicklung. In: Brosch, R./Juhnke, G. (Hrsg.): Jugend und Sucht. S. 7-14.

Cole, T.J. / Bellizzi, M.C. / Flegal, K.M. / Dietz, W.H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal. 320. S. 1-6.

Dahme, H. J. / Wohlfahrt, N. (2007): Gesundheitspolitik im aktivierenden Staat: zu einigen Aspekten der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. In: Schmidt, B. / Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 71-82.

Dür, W. / Fürth, K. / Griebler, R. (2006): Strategien der Schule zur Kompensation importierter und Reduktion intern erzeugter gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S. 405-422.

Dür, W. / Griebler, R. (2007): Gesundheit und Schule – Schule und Gesundheit. In: Knapp, G. / Lauerer, K. (Hrsg.): Schule und Soziale Arbeit. Zur Reform der öffentlichen Erziehung und Bildung in Österreich. Klagenfurt/Ljubljana/Wien. S. 546-567.

Elvers, H.-D. (2005): Lebenslage, Umwelt und Gesundheit. Der Einfluss sozialer Faktoren auf die Entstehung von Allergien. Wiesbaden.

Erhart, M. / Wille, N. / Ravens-Sieberer, U. (2006): Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S. 321-338.

Erhart, M. / Ravens-Sieberer, U. (2008): Die Rolle struktureller Aspekte von Familie, innerfamiliärer Kommunikation und Unterstützung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 190-213.

Erhart, M. / Schenk, L. / Ravens-Sieberer, U. (2008): Migration und gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 141-160.

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim.

Faltermaier, T. / Kühnlein, I. / Burda-Viering, M. (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim/München.

Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart.

Fend, H. (2003): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogisch und psychologische Berufe. Opladen.

Ferchhoff, W. (1999): Jugend an der Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert. Lebensformen und Lebensstile. Opladen.

Flammer, A. / Alsaker, F. (2002): Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter. Bern.

Franzkowiak, P. / Wenzel, E. (2001): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Otto, H. U., / Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied/Kriftel. S. 716-722.

Freidl, W. / Neuhold, Ch. (2002): Gesundheitssurveyforschung im regionalen Setting. Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Frankfurt/Main.

Franke, A. (2002): Essstörungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, K. / Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern. S. 359-374.

Franzkowiak, P. (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München.

Giesecke, J. / Müters, St. (2006): Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S. 339-352.

Grob, A. / Jaschinski, U. (2003): Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Weinheim/Basel/Berlin.

Groenemeyer, A. (2001): Risikosoziologie und gesundheitsbezogenes Risikoverhalten – Zwischen „Empowerment“ und „Lifestyle Correctness. In: Raithel, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen. S. 31-60.

Grönemeyer, D. (2004). Eine liebevolle Medizin ist keine Utopie. In: Kulturverein Schloss Goldegg (Hrsg.): 23. Goldegger Dialoge. Gesundheit ist lernbar. Wellness-Wahn und Maß. Goldegg.

Güther, B, (2006): Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Bayern 2005. Die Ergebnisse der aktuellen repräsentativen bayerischen Gesundheitsstudie – Gesundheitsberichterstattung für Bayern II. Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. München.

Habermas, T. (2002): Substanzenmissbrauch und Ess – Störungen. In: Oerter, R. / Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim/Basel/Berlin. S. 847-858.

Hagemann-White, C. (1998): Identität – Beruf – Geschlecht. In: Oechsle, M. / Geissler, B. (Hrsg.): Die ungleiche Gleichheit. Junge Frauen und der Wandel im Geschlechterverhältnis. Opladen. S. 27-42.

Hähne, C. / Dümmler, K. (2008): Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper im Jugendalter. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 93-115.

Havighurst, R.J. (1972): Development tasks and education. New York.

Heimgartner, A. (2004): Schulsozialarbeit in den Mittelpunkt. In: Knapp, G. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesellschaft. Entwicklungen und Perspektiven in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S.580-599.

Hitzler, R. / Bucher, T. / Niederbacher, A. (2005): Leben in Szenen. Formen jugendlicher Vergemeinschaftung heute: Wiesbaden.

Homfeldt, H. G. / Steigleder, S. (2007): Gesundheitspotenziale fördern – Gestaltungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit zwischen aktivierendem Sozialstaat und zivilgesellschaftlicher Entwicklung. In: Schmidt, B. / Kolip P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München. S. 155-166.

Homfeldt, H. G. / Sting, St. (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München.

Hopfner, J. (2008): Gelegentliche Gedanken über Erziehung. Frankfurt am Main.

Hoz de la, P. F. (2004): Familienleben und Gesundheit – aus der Perspektive der sozialen Inklusion. Wien.

Hradil, St. (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S. 33-52.

Hünersdorf, B. /Huber, S. (2008) Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Die Rolle der Sozialen Arbeit in Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Sozial Aktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit. Ausgabe 7/8. S. 16-20.

Hurrelman, K. (1990): Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß, Gesundheitsförderung für Kinder und Jugend. Weinheim.

Hurrelman, K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim/München.

Hurrelmann, K. (2007): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim/München.

Janßen, Ch. / Grosse Frie, K. / Ommen, O. (2006): Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S. 141-156.

Jungbauer-Gans, M. / Gross, Ch. (2006): Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S.73-90.

Keil, A. (2000): Leben gefährdet Gesundheit In: Dietrich, K. / Teichert, W. (Hrsg.): Gesundheit als Lebenskunst. Jesteburg. S.57-96.

Keupp, H. (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, St. / Zurhorst, G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim/München. S. 15-40.

Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg.

Kieselbach, T. / Beelmann, G. (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Holleder, A. / Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern. S. 13-31.

Klimont, J. / Kytir, J. / Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.

Klocke, A. / Becker, U. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 19-98.

Knapp, G. (2004): Armut im Sozialstaat Österreich. In: Knapp, G. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesellschaft. Entwicklungen und Perspektiven in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S. 66-92.

Knapp, G. (2008a): Bildungspolitische Aspekte zur Bekämpfung sozialer Ungleichheit, Armut und Ausgrenzung. In: Knapp, G. / Pichler, H. (Hrsg.): Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S. 646-668.

Knapp, G. (2008b): Arbeit, Erwerbslosigkeit und Armut. In: Knapp, G. / Pichler, H. (Hrsg.): Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S. 324-354.

Knörzer, W. (1994): Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis. Heidelberg.

Krall, H. (2004): Jugend und Gewalt. In: Knapp, G. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesellschaft. Entwicklungen und Perspektiven in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S. 114-143.

Krall, H. (2008): Armut bei Kindern und Jugendlichen – Sozialisationsrisiken und Bewältigungsperspektiven. In: Knapp, G. / Pichler, H. (Hrsg.): Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S. 490-514.

Krainz, S. (2004): Menschen in Krisensituationen. Ein Sozial-Psychiatischer Leitfaden. Graz.

Krech, R. (2002): Die WHO-Strategien zur Gesundheitsförderung. In: Heusser, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung – Eine neue Zeitforderung. Interdisziplinäre Grundlagen und Beitrag der Komplementärmedizin. Bern. S. 11-24.

Kromrey, H. (2002): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen.

Lampert, T. / Richter, M. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S. 199-220.

Langness, A. / Richter, M. / Hurrelmann, K. (2003): Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 19-98.

Langness, A. / Leven, I. / Hurrelmann, K. (2006): Jugendliche Lebenswelten: Familie, Schule, Freizeit. In: Shell Deutschland Holding (Hrsg.): 15. Shell Jugendstudie – Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck. S. 49-102.

Lisbach, B. / Zacharopoulos, M. (2007): Gesundheitsbewusstes Verhalten fördern. Psychologisches Basiswissen für Physio-, Sport- und Ergotherapeuten. München.

Lohaus, A. (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Marzinzik, K. (2007): Epidemiologische Datenlage zur Verbreitung von Gesundheit und Krankheit in Deutschland. In: Schmidt, B. / Kolip P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München. S. 21-32.

Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern.

Mielck, A. (2001): Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke, A. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang Auswirkungen und Konsequenzen. Wiesbaden. S. 230-252.

Mielck, A. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K. / Kolip, P. : Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern. S. 387-402.

Mielck, A. (2004): Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. In: Geene, R. / Halkow, A. (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt a. M..

Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern.

Muntean. W. (2000): Bedeutung einer Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. In: Muntean, W. (Hrsg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen. Wien. S.1-12.

Naidoo, J. / Willis, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Gamburg.

Nestmann, F. (1998): Soziale Netzwerke und Gesundheit. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Technischen Universität Dresden. Jg. 47, Heft 3.

Nickel, J. / Ravens-Sieberer, U. / Richter, M. / Settertobulte, W. (2008): Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen In: Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 63-92.

Oerter, R. / Dreher, E. (2002): Jugendalter. In: Oerter, R. / Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim/Basel/Berlin. S. 258-318.

Ortmann, K. (2008): Entwicklung und Potenziale der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit. In: SiO – Sozialarbeit in Österreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Ausgabe 02/08., S. 8 – 12.

Ottova, V. / Richter, M. (2008): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: ein Resümee. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 255-272.

Parson, T. (1968): Sozialstruktur und Persönlichkeit. Frankfurt/M.

Petermann, F. / Winkler, S. (2005): Selbstverletzendes Verhalten. Göttingen.

Petermann, H. / Roth, M. (2006): Suchtprävention im Jugendalter, Interventionstheoretische Grundlagen und entwicklungspsychologische Perspektiven. Weinheim/München.

Preglau, M. (2008): Kindheit und Jugend im Übergang von der „modernen Industriegesellschaft“ zur „postmodernen Risikogesellschaft“ In: SiO – Sozialarbeit in Österreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Ausgabe 01/08., S. 7-11.

Raithel, J. (2004): Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung. Wiesbaden.

Raithel, J. (2005): Stilisierung des Geschlechts. Jugendliche Lebensstile, Risikoverhalten und die Konstruktion von Geschlechtlichkeit. Weinheim.

Ravens-Sieberer, U. / Thomas, Ch. / Erhart, M. (2003): Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 19-98.

Remerschmidt, H. (1992): Adoleszenz. Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter Stuttgart/New York.

Richter, M. / Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S. 11-32.

Richter, M. / Settertobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 99-158.

Richter, M. (2008): Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: Der WHO-Jugendgesundheitsurvey. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 9-37.

Rittner, V. (2000): Risikoverhalten Jugendlicher im Sport. In: Raithel, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen. S. 217-236.

Rosenbrock, R. / Kümpers, S. (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden. S. 371-388.

Rosmann, P. (1996): Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

Salzmann, G. (2004): Kinderarmut in Österreich. In: Knapp, G. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesellschaft. Entwicklungen und Perspektiven in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S. 93-113.

Schachinger, H. (2002): Das Selbst, die Selbsterkenntnis und das Gefühl für den eigenen Wert. Bern.

Schäfer, H. / Döll, S. / Müller, D. (2000): Seminareinheit Bewegung und körperliches Training. In: Schliehe, F. / Schäfer, H. / Buschmann-Steinhage, R. / Döll, S. (Hrsg.): Aktiv Gesundheit fördern, Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation. Stuttgart. S. 329-412.

Schäfers, B. (1998): Soziologie des Jugendalters. Opladen.

Scheer, P. J. / Dunitz-Scheer, M. / Schein, A. / Azizi, A. (2000): Seelische Störungen, auffälliges Verhalten: Psychosomatik und Schule. In: Muntean, W. (Hrsg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen. Wien. S. 231-280.

Scheipl, J. (2003): Soziale Arbeit – Sozialpolitik: Verhältnisse, Anregungen und Spannungsmomente. In: Lauermaun, K./Knapp, G. (Hrsg.): Sozialpädagogik in Österreich. Perspektiven und Theorien. Klagenfurt/ Laibach/Wien: Verlag Mohorjeva/Hermagoras. S.138-169.

Scheipl, J. (2008): Armut – ihr Verständnis im Wechsel der Zeit. In: Knapp, G. / Pichler, H. (Hrsg.): Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S. 46-83.

Scheu, B. (2006): Soziale Arbeit und partizipative Kulturaneignung von Jugendlichen. In: Heimgartner, A./ Lauermaun K. (Hrsg.): Kultur in der Sozialen Arbeit. Festschrift für Univ.-Prof. Dr. Josef Scheipl. Klagenfurt/Ljubljana/Wien. S. 170-178.

Schilling, J. (2005): Soziale Arbeit. Geschichte. Theorien. Profession. München.

Schmidt, B. (2007): Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung. In: Schmidt, B. / Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München. S. 83-94.

Schröer, W. / Sting, St. (2006): Vergessene Themen der Disziplin – neue Perspektiven für die Sozialpädagogik? In: Schweppe, C. / Sting, St. (Hrsg.): Sozialpädagogik im Übergang.

Neue Herausforderungen für Disziplin, Profession und Ausbildung. Weinheim/München. S. 17-30.

Schwartz, F. W. / Siegrist, J. / Troschke von, J. / Schlaud, M. (2003): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: Schwartz, F.W. / Badura, B. / Busse, R. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J./ Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Jena. S. 23-47.

Schweer, M. / Lukaszewski, F. (2003): Jugend und Medien. In: Schweer, M. (Hrsg.): Das Jugendalter. Perspektiven pädagogisch-psychologischer Forschung. Frankfurt a.M. S. 27-42.

Seiffge-Krenke, I. (2002): Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. In: Oerter, R. / Montada, L. (Hrsg): Entwicklungspsychologie. Weinheim/Basel/Berlin. S. 833-846.

Settertobulte, W. / Palentien, Ch. (1996): Gesundheitserziehung in der Familie. Zusammenhänge und Folgen erzieherischer und sozialisatorischer Defizite. In: Mansel, J. (Hrsg): Glückliche Kindheit – Schwierige Zeit? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens. Opladen. S. 102-112.

Settertobulte, W. (2002): Gesundheit und Krankheit im Jugendalter. In: Hurrelmann, K. / Kolip, P.(Hrsg.) : Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern. S. 179-190.

Settertobulte, W. (2008): Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 214-230.

Spitzer, M. (2006): Lernen. Die Entdeckung des Selbstverständlichen. Hamburg.

Sting, St. (2000): Gesundheit als Aufgabenfeld sozialer Bildung. In: Sting, St. / Zurhorst, G. (Hrsg.) Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim/München. S. 55-70.

Sting, St. (2008): Gesundheitliche Ungleichheit. Zum Zusammenhang von Armutsgefährdung, sozialer Benachteiligung und Gesundheit. In: Knapp, G. / Pichler, H. (Hrsg.): Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Klagenfurt/Laibach/Wien. S. 419-441.

Stolpe, S. (2001): Schulbildung, berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: Mielck, A. / Bloomfield, K. (Hrsg.) Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München. S. 17-27.

Stopper, H. / Gertler, M. (2002): Physikalische Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann, K. / Kolip, P. : Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern. S. 439-459.

- Thomasius, R. (2006): Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Möller, Ch. (Hrsg.): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. Göttingen. S. 13-36.
- Trapp, U. / Neuhäuser-Berthold, M. (2001): Riskantes Ernährungsverhalten im Jugendalter. In: Raithel, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen. S. 155-170.
- Trautner, H. M. (2002): Entwicklung der Geschlechtsidentität. In: Oerter, R. / Montada, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Weinheim/Basel/Berlin. S. 648-664.
- Waller, H. (2001): Sozialepidemiologie und Sozialarbeit: Zur Bedeutung und zu den Umsetzungsmöglichkeiten sozialepidemiologischer Forschungsergebnisse in der Sozialen Arbeit. In: Mielck, A. / Bloomfield, K. (Hrsg.) Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München. S. 301-308.
- Wardetzki, B. (2004): Schein und Sein – Wie uns das Diktat von Gesundheit, Schönheit und Schlankheit bestimmt. In: Kulturverein Schloss Goldegg (Hrsg.): 23. Goldegger Dialoge. Gesundheit ist lernbar. Wellness-Wahn und Maß. Goldegg. S. 94-107.
- Wilkinson, R. G. (2001): Kranke Gesellschaften. Soziales Ungleichgewicht und Gesundheit. Wien/New York.
- World Health Organisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta for Health Promotion. Genf.
- Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim/München.
- Zimbardo, P. G. / Gerring, R. J. (2004): Psychologie. 16., aktualisierte Auflage. (Übersetzung: Graf, R. / Nagler, M. / Ricker, B.) München.
- Zubrögel S. / Settertobulte, W. (2003): Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München. S. 159-182.
- Zurhorst. G. (2000): Die Zukunft der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung als soziales Projekt? Bericht über ein Symposium. In Sting, St. / Zurhorst. G. (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim/München. S. 220-230.
- Zwiauer, K. (2000) Richtige und gesunde Ernährung. In: Muntean, W. (Hrsg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen. Wien. S.79-102.

Internetquellen:

Agrarmarkt Austria Marketing Ges.m.b.H. (2007): 5 gute Gründe für Obst und Gemüse. In: <http://www.5xamtag.at> [10.08.2008].

Bundesamt für Sport (BASPO) / Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) / Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) / Schweizerische Gesellschaft für Sportmedizin (SGSM) / Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz. (1999): Fakten zur gesundheitlichen Bedeutung von Bewegung und Sport im Jugendalter - Gemeinsame Stellungnahme aus wissenschaftlicher Sicht. In: <http://.sgsm-ssms.ch> [10.09.2008].

Landesschulrat für Steiermark (2008): Statistik zu allgemeinbildende und berufsbildende mittlere und höhere Schulen. Statistik zu allgemeinbildende Pflichtschulen. In: <http://www.lsr-stmk.gv.at> [10.09.2008].

Land Steiermark, Fachabteilung 6D Berufsschulwesen (2008): Die Steirischen Landesberufsschulen. Bericht über das Schuljahr 2007/08. In: <http://www.verwaltung.steiermark.at> [10.09.2008].

Mangge, H. / März, W. (2006): STYJOBS (STyrian Juvenile OBsety Study). In: <http://www.meduni-graz.at> [26.08.2008].

<http://de.wikipedia.org> [18.05.2008].

<http://www.gis.steiermark.at> [10.06.2008].

<http://www.fitatschool.com> [18.05.2008].

<http://www.planetsenior.de> [10.08.2008].

13 ANHANG

13.1	BMI –Tabelle für Kinder und Jugendliche	212
13.2	Fragebogen: Jugend und Gesundheit.....	218
13.3	Statistik zur empirischen Untersuchung.....	228

13.1 BMI – Tabellen für Kinder und Jugendliche

Die Referenzsysteme von Cole et al. (2000) und Kromeyer-Hauschild et al. (2001) gehen von der Annahme aus, dass die für Erwachsene gültigen BMI-Grenzwerte von 25kg/m^2 = Übergewicht und von 30kg/m^2 = Adipositas, auch für Menschen ab 18 Jahren gelten. Für die ersten 18 Lebensjahre werden die BMI-Verlaufskurven nach dem Alter mit einem statistischen Verfahren (LMS-Methode) so transformiert, dass sie bei 18 Jahren durch die Cut-off-Punkte 25 und 30 gehen. Daraus werden dann die BMI-Werte an den entsprechenden BMI-Perzentilen für die einzelnen Altersstufen und Geschlechtsgruppen ermittelt. Die Grenzwertsetzung erfolgt bei:

Übergewicht = am 90. BMI-Perzentil;

Adipositas = am 97. BMI-Perzentil;

schwere Adipositas = am 99. BMI-Perzentil (Differenzierung erfolgt nur bei Cole et al. 2000);

Für die Ermittlung der Referenzdaten wurde bei dem System von Cole et al. (2000) Daten aus sechs verschiedenen Ländern –Brasilien, Großbritannien, Hongkong, Niederlande, Singapur sowie der USA kombiniert und daraus BMI- Grenzwerte ermittelt. Das Referenzsystem von Cole et al. 2000 ist somit als internationales Vergleichssystem geeignet. Die Grenzwertdaten beim Referenzsystem von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) wurden aus 17 Stichproben aus Deutschland ermittelt. Die unterschiedlichen Referenzdaten bedingen bei den beiden Systemen auch die unterschiedliche Grenzwertsetzungen, wobei die Werte von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) weniger streng bei Übergewicht, jedoch strenger bei der Adipositas differenzieren (vgl. Bachinger et al. 2005, S. 265 f.; Klimont et al. 2007, S. 31 ff.).

BMI –Tabelle für Kinder und Jugendliche nach Cole et al. 2000
(entnommen aus: Cole et al. 2000, S. 3)

Age (years)	Body mass index 25 kg/m ²		Body mass index 30 kg/m ²	
	Males	Females	Males	Females
10	19.84	19.86	24.00	24.11
11	20.55	20.74	25.10	25.42
12	21.22	21.68	26.02	26.67
13	21.91	22.58	26.84	27.76
14	22.62	23.34	27.63	28.57
15	23.29	23.94	28.30	29.11
16	23.90	24.37	28.88	29.43
17	24.46	24.70	29.41	29.69
18	25	25	30	30

BMI –Tabelle für Kinder und Jugendliche nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001
(entnommen aus: www.fitatschool.com)

Alter / weiblich	Starkes Untergewicht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Starkes Übergewicht
7	unter 13,0	13,0-13,6	13,7-18,4	18,5-20,3	ab 20,4
8	unter 13,2	13,2-13,8	13,9-19,2	19,3-21,4	ab 21,5
9	unter 13,4	13,4-14,1	14,2-19,9	20,0-22,4	ab 22,5
10	unter 13,6	13,6-14,4	14,5-20,7	20,8-23,4	ab 23,5
11	unter 14,0	14,0-14,8	14,9-21,5	21,6-24,4	ab 24,5
12	unter 14,5	14,5-15,3	15,4-22,4	22,5-25,4	ab 25,5
13	unter 15,0	15,0-16,0	16,1-23,2	23,3-26,2	ab 26,3
14	unter 15,7	15,7-16,6	16,7-24,0	24,1-26,9	ab 27,0
15	unter 16,2	16,2-17,2	17,3-24,5	24,6-27,4	ab 27,5
16	unter 16,6	16,6-17,6	17,7-24,8	24,9-27,6	ab 27,7
17	unter 17,0	17,0-17,9	18,0-25,0	25,1-27,6	ab 27,7
18	unter 17,3	17,3-18,3	18,4-25,2	25,3-27,7	ab 27,8
Alter / männlich	Starkes Untergewicht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Starkes Übergewicht
7	unter 13,2	13,2-13,8	13,9-18,2	18,3-20,1	ab 20,2
8	unter 13,4	13,4-14,0	14,1-18,9	19,0-21,0	ab 21,1
9	unter 13,6	13,6-14,2	14,3-19,7	19,8-22,1	ab 22,2
10	unter 13,8	13,8-14,5	14,6 -20,5	20,6-23,3	ab 23,4
11	unter 14,1	14,1-14,9	15,0 -21,3	21,4-24,4	ab 24,5
12	unter 14,5	14,5-15,3	15,4 -22,2	22,3-25,3	ab 25,4
13	unter 15,0	15,0-15,8	15,9 -22,9	23,0-26,2	ab 26,3
14	unter 15,5	15,5-16,4	16,5 -23,6	23,7-26,9	ab 27,0
15	unter 16,0	16,0-16,9	17,0 -24,3	24,4-27,4	ab 27,5
16	unter 16,6	16,6-17,5	17,6 -24,8	24,9-27,9	ab 28,0
17	unter 17,1	17,1-18,0	18,1 -25,3	25,4-28,3	ab 28,4
18	unter 17,6	17,6-18,5	18,6-25,8	25,9-28,7	ab 28,8

13.2 Fragebogen – Jugend und Gesundheit



Liebe/r Jugendliche/r!

Hallo, ich beschäftige mich mit der Thematik „Jugend und Gesundheit“ im Rahmen meiner Masterarbeit, am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft, Arbeitsbereich Sozialpädagogik, der Karl-Franzens-Universität Graz. Hierfür führe ich eine Fragebogenerhebung in der Steiermark durch, bei welcher ich um deine Mithilfe ersuche.

Bitte lies dir alle Fragen genau durch und lass bei der Beantwortung möglichst keine aus. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Kreuze im Fragebogen bitte die Antwort an, welche deiner Meinung nach, am besten zu dir passt.

Zum Beispiel, wenn du täglich in der Nacht 8 Stunden schläfst, dann kreuze bitte bei der Frage:

Wie viele Stunden schläfst du durchschnittlich pro Nacht?

hier an

weniger als 6 Stunden	<input type="radio"/>
6 Stunden	<input type="radio"/>
7 Stunden	<input type="radio"/>
8 Stunden	<input type="radio"/>
9 Stunden	<input type="radio"/>
10 Stunden und mehr	<input type="radio"/>

Die Untersuchungsergebnisse dienen der Förderung der Jugendgesundheit. Der Datenschutz wird selbstverständlich gewährleistet – weder deine Freunde oder Freundinnen, noch deine Eltern und LehrerInnen erfahren, welche Antworten du gegeben hast.

Für deine Mithilfe bedanke ich mich sehr, sehr herzlich,

Danke, Ulz Roswitha

Für Rückfragen stehe ich gerne unter der E-Mailadresse 03ulzros@stud.uni-graz.at zur Verfügung.



Die folgenden Fragen beziehen sich auf deine aktuelle Gesundheit

1 Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?

ausgezeichnet gut eher gut schlecht

2 Hier siehst du das Bild einer Leiter.
 Die oberste Sprosse der Leiter, „10“, stellt das beste für dich mögliche Leben dar.
 Der Boden, auf dem die Leiter steht, ist „0“. Er stellt das schlechteste Leben dar, das für dich in deiner Situation möglich wäre.
 Insgesamt betrachtet, auf welcher Sprosse der Leiter findest du, dass du derzeit stehst?

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

3 Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden?

	fast jeden Tag	mehrmals pro Woche	fast jede Woche	fast jeden Monat	selten oder nie
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rücken-/Kreuzschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mich allgemein schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bin gereizt oder schlecht gelaunt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mich nervös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann schlecht einschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fühle mich benommen schwindlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 Wie oft warst du während der letzten 12 Monate verletzt, so dass du von einem Arzt/einer Ärztin oder einer Krankenschwester/einem Krankenpfleger behandelt werden musstest?

keinmal einmal zweimal dreimal viermal oder öfter

4.1 Wenn du verletzt warst - führe bitte an, woher bzw. wodurch du verletzt wurdest.

5 Hast du eine lang andauernde bzw. chronische Erkrankung oder Behinderung, die von einem Arzt/einer Ärztin diagnostiziert wurde (z.B. Diabetes, Allergien, zerebrale Lähmungen etc.)?

ja nein



Die folgenden Fragen beziehen sich auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen



6. Ernährung

6.1 Wie häufig frühstückst du normalerweise?

ich frühstücke täglich	<input type="radio"/>
ich frühstücke ein paar mal in der Woche	<input type="radio"/>
ich frühstücke nur am Wochenende	<input type="radio"/>
ich frühstücke nie	<input type="radio"/>

6.2 Wie oft in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge?

	nie	manchmal	mehrmals in der Woche	einmal täglich	mehrmals täglich
Obst/Früchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerhaltige Limonade, z.B. Cola, Fanta,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten/Schokolade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vollkornbrot/Vollkornprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühstückszerealien wie z.B. Cornflakes /Müsli /Haferflocken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastfoodprodukte, z.B. Hamburger, Hot Dog, Pizzaschnitte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaffee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energiegetränke (z.B. Red Bull)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.3 Kontrollierst du deine Nahrungsaufnahme, also achtest du darauf, was und wie viel du isst?

immer sehr oft oft manchmal selten nie



7 Körpergewicht

7.1 Wie viel wiegst du ca. (ohne Kleidung)? _____ kg

7.2 Wie groß bist du ca. (ohne Schuhe)? _____ cm

7.3 Machst du gerade eine Diät oder tust du etwas anderes, um Gewicht abzunehmen?

nein, mein Gewicht ist gerade richtig	<input type="radio"/>
nein, aber eigentlich sollte ich abnehmen	<input type="radio"/>
nein, denn ich sollte zunehmen	<input type="radio"/>
ja	<input type="radio"/>



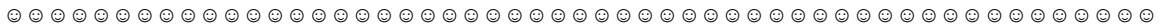
10 Alkohol

10.1 Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du richtig betrunken warst?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| nein, nie | <input type="radio"/> |
| ja, einmal | <input type="radio"/> |
| ja, 2 - bis 3- mal | <input type="radio"/> |
| ja, 4- bis 10-mal | <input type="radio"/> |
| ja, öfter als 10- mal | <input type="radio"/> |

10.2 Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein, Spirituosen, alkoholische Mixgetränke, Alkopops (z.B. Bacardi Breezer)?

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| täglich | <input type="radio"/> |
| jede Woche | <input type="radio"/> |
| jeden Monat | <input type="radio"/> |
| weniger als jeden Monat | <input type="radio"/> |
| nie | <input type="radio"/> |



11 Hast du jemals in deinem Leben folgende Drogen genommen?

	nein	ja, habe mal probiert	ja, nehme öfters	ja, nehme regelmäßig
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Drogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



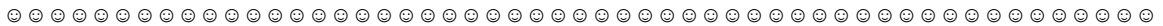
12 Wie viele Stunden schläfst du durchschnittlich pro Nacht?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| weniger als 6 Stunden | <input type="radio"/> |
| 6 Stunden | <input type="radio"/> |
| 7 Stunden | <input type="radio"/> |
| 8 Stunden | <input type="radio"/> |
| 9 Stunden | <input type="radio"/> |
| 10 Stunden und mehr | <input type="radio"/> |



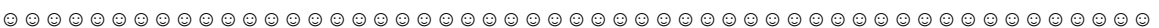
13 Wie oft putzt du dir die Zähne?

- | | |
|---|-----------------------|
| mehr als einmal täglich | <input type="radio"/> |
| einmal täglich | <input type="radio"/> |
| mindestens einmal pro Woche, aber nicht täglich | <input type="radio"/> |
| seltener als einmal pro Woche | <input type="radio"/> |
| nie | <input type="radio"/> |



14 Hast du im letzten Monat Medikamente gegen folgende Beschwerden eingenommen?

	ja, einmal	ja, mehr als einmal	Nein
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen/Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten beim Einschlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstige Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



15 Hast du dich schon einmal absichtlich selber mit einem Gegenstand, z.B. einem Messer, verletzt?

nein	<input type="radio"/>
ja, einmal	<input type="radio"/>
ja, öfters	<input type="radio"/>



16. Hast du schon einmal Geschlechtsverkehr gehabt (mit jemandem geschlafen)?

ja nein

16.1 Falls du schon einmal Geschlechtsverkehr hattest - welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung hast du oder dein Partner/ deine Partnerin, beim letzten Mal angewendet?

keine Verhütung	<input type="radio"/>
Antibabypille	<input type="radio"/>
Kondom	<input type="radio"/>
andere Verhütungsmethode, nämlich (bitte anführen)	

Die folgenden Fragen beziehen sich auf gesundheitsrelevante Faktoren

17 Gesundheitsbewusstsein

17.1 Bist du der Meinung, dass deine Gesundheit auch von deinem eigenen Verhalten abhängt (also davon, ob du z.B. rauchst, wie du dich ernährst, etc.)?

keinesfalls vielleicht ganz sicher

17.2 Führe bitte an, was du für deine persönliche Gesundheit für wichtig erachtest.

17.3 Bitte kreuze an, welche Bedeutung die folgenden Aussagen, deiner Meinung nach, für die Gesundheit des Menschen haben.

	keine Bedeutung	geringe Bedeutung	hohe Bedeutung
regelmäßige körperliche Bewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ausgewogene Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
halten des Normalgewichtes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
täglich 7 bis 8 Stunden schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sicherheitsgurt anlegen beim Autofahren, Helm tragen beim Moped- und Fahrradfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zigaretten rauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eine optimistische Lebenseinstellung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundschaften pflegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sicherer Sex, z.B. Kondombenützung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das Liegen in der Sonne ohne Sonnenschutzcreme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eine saubere und reine Umwelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



18. Soziales Umfeld

18.0 Warst du schon einmal von Gewalthandlungen betroffen (z.B. in eine Rauferei verwickelt, eine Ohrfeige von jemanden bekommen,...)

nein, nie	<input type="radio"/>
ja, einmal	<input type="radio"/>
ja, 2 - bis 3- mal	<input type="radio"/>
ja, öfters	<input type="radio"/>

18.1 Fragen zu deiner Familie

	immer	gelegentlich	nie
Hilft dir deine Mutter/ dein Vater wenn Du es brauchst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Versteht dein Vater/deine Mutter deine Probleme und Sorgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist es deinen Eltern wichtig, deine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinflussen dich deine Eltern in den Bereichen Ernährung, Bewegung, ob du Alkohol trinkst, ob du rauchst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die nächsten zwei Fragen bitte nur ausfüllen, wenn du Geschwister hast			
Verstehen deine Geschwister deine Probleme und Sorgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinflussen dich deine Geschwister in den Bereichen Ernährung, Bewegung, ob du Alkohol trinkst, ob du rauchst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.1.1 Lebst und wohnst du bei deinen Eltern (Vater und Mutter)?

ja, ich wohne bei meinen Eltern	<input type="radio"/>
nein, sondern ich wohne (bitte anführen)	<input type="radio"/>

18.2 Fragen zu deinem Freundeskreis

	immer	gelegentlich	nie
Ist es deinen FreundInnen wichtig, deine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helfen dir deine FreundInnen wenn du es brauchst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstehen deine FreundInnen deine Probleme und Sorgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinflussen dich deine FreundInnen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, ob du Alkohol trinkst, ob du rauchst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es einen Freundeskreis (Clique), zu dem du dich zugehörig fühlst?			
	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Hättest du gerne mehr Freunde und/oder Freundinnen?			
	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	

18.3 Fragen zu deiner Schule

	immer	gelegentlich	nie
Gehst du gerne in die Schule?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du gerne mit deinen Schulkollegen zusammen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich belastet von dem, was in der Schule von dir verlangt wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinflussen dich deine SchulkollegInnen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, ob du Alkohol trinkst, ob du rauchst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es in der Schule jemanden, an den du dich wenden kannst, wenn du Probleme oder Sorgen hast?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.4 (Diese Frage ist bitte nur für Berufsschüler.) Fragen zu deinem Arbeitsplatz

	immer	gelegentlich	nie
Arbeitest du gerne in deiner Arbeitsstelle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist du gerne mit deinen ArbeitskollegInnen zusammen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlst du dich belastet von dem, was in deiner Arbeitsstelle von dir verlangt wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinflussen dich deine ArbeitskollegInnen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, ob du Alkohol trinkst, ob du rauchst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es bei deiner Arbeitsstelle jemanden, an den du dich wenden kannst, wenn du Probleme oder Sorgen hast?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.5. Im Radio, im Fernseher oder im Internet gibt es viele Berichte zum Thema gesunde Lebensführung. Beeinflussen dich diese Berichte in deinem Verhalten?

ja nein weiß nicht

18.5.1 Fragen zu deinem Medienkonsum

	überhaupt keine	bis zu 1er Stunde am Tag	1 bis 2 Stunden am Tag	2 bis 3 Stunden am Tag	3 und mehr Stunden am Tag
Wie viele Stunden an einem Tag verbringst du normalerweise mit Fernsehen (einschließlich Videos und DVDs)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie viele Stunden an einem Tag nutzt du in deiner Freizeit normalerweise den Computer (z.B. Internet surfen, Hausübungen machen, usw.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.6 Fragen zu deiner Wohnumgebung

18.6.1 Fühlst du dich wohl an dem Ort, an dem du wohnst?

ja nein weiß nicht

18.6.2 Wenn du es dir aussuchen könntest – was würdest du ändern an dem Ort, an dem du wohnst (z. B. weniger Straßenverkehr, Bau eines Sportplatzes...)?

(bitte anführen)

18.7 Ist das Geld, das du pro Monat zur Verfügung hast, für dich ausreichend?

nie selten gelegentlich oft immer

18.8 Fasziniert dich schnelles bzw. riskantes Fahren mit dem Auto, Motorrad oder Moped?

gar nicht kaum mittelmäßig ziemlich außerordentlich

18.9. Welche Probleme oder Sorgen belasten dich?

ich habe keine Probleme oder Sorgen	<input type="radio"/>
mich belastet etwas (bitte anführen)	<input type="radio"/>

13.3 Statistik zur empirischen Untersuchung

Inhaltsverzeichnis: Statistikauswertung

1. GESUNDHEIT DER JUGENDLICHEN	3
1.1 Gesundheitszustand.....	3
1.2 Lebenszufriedenheit.....	5
1.3 Psychosomatische Beschwerden.....	10
1.4 Verletzungen.....	15
1.5 Chronische Erkrankungen.....	18
1.6 Körpergewicht und Körperwahrnehmung der Jugendlichen.....	22
2 GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN	33
2.1 Ernährung.....	33
2.1.1 Qualitative und Quantitative Kontrolle der Nahrungsaufnahme.....	45
2.2 Körperliche Aktivität.....	50
2.3 Sitzendes Verhalten der Jugendlichen.....	57
2.4 Tabakkonsum.....	60
2.5 Alkoholkonsum.....	68
2.6 Drogenkonsum.....	74
2.7 Medikamentenkonsum.....	78
2.8 Mehrfachkonsum von Suchtmittel.....	83
2.9 Schlaflänge.....	86
2.10 Zahnpflege.....	89
2.11 Selbstverletzung.....	90
2.12 Sexualität.....	93
2.13 Gewalterfahrung.....	94
2.14 Faszination – riskantes Fahren.....	97

3 GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN	100
3.1 Gemessenes Gesundheitsbewusstsein.....	105
4 GESUNDHEITSRELEVANTE SETTINGS	110
4.1 Setting - Familie.....	110
4.2 Setting - Freunde.....	125
4.3 Setting - Schule.....	139
4.4 Setting - Arbeit.....	149
4.5 Setting - Medien.....	152
4.6 Setting - Wohnumfeld.....	155
4.7 Der Einfluss der Settings auf die subjektive Gesundheitseinschätzung der Jugendlichen.....	158
5 PROBLEME UND SORGEN	161
5.1 Auslangen mit dem Geld.....	171
6 GESUNDHEIT DER JUGENDLICHEN – BETRACHTET UNTER DER BERÜCKSICHTIGUNG DES BILDUNGSSTANDES DER ELTERN	177
7 GESUNDHEIT VON JUGENDLICHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND	195

1. Gesundheit der Jugendlichen

1.1 Gesundheitszustand

Gesundheitszustand

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
ausgezeichnet	106	21,1	21,1	21,1
gut	299	59,4	59,4	80,5
eher gut	86	17,1	17,1	97,6
schlecht	11	2,2	2,2	99,8
fehlender Wert	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gesundheitszustand	männlich	213	233,50	49736,50
	weiblich	290	265,58	77019,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Gesundheitszustand
Mann-Whitney-U	26945,500
Wilcoxon-W	49736,500
Z	-2,777
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,005

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gesundheitszustand	14 bis 16 Jahre	259	240,84	62378,50
	17 bis 20 Jahre	244	263,84	64377,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Gesundheitszustand
Mann-Whitney-U	28708,500
Wilcoxon-W	62378,500
Z	-2,014
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,044

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Gesundheitszustand	Polyt. Schule	126	243,02
	Berufsschule	131	277,71
	Cym. 8 Klasse	113	247,76
	Cym. 5 Klasse	133	238,78
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Gesundheitszustand
Chi-Quadrat	7,449
df	3
Asymptotische Signifikanz	,059

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

2. Geschlecht

Abhängige Variable: Gesundheitszustand

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	1,921	,047	1,828	2,015
weiblich	2,078	,040	1,999	2,158

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: Gesundheitszustand

Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	1,950	,043	1,866	2,034
17 bis 20 Jahre	2,049	,045	1,960	2,138

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjekt faktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	1 männlich	213
	2 weiblich	290
Altersgruppen	1 14 bis 16 Jahre	259
	2 17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianz

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

F	df1	df2	Signifikanz
1,559	3	499	,198

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:

Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC *
ALTER_NE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

Quelle	Quadratsum me vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	18,259 ^a	3	6,086	2,023	,110
Intercept	24974,103	1	24974,103	8302,311	,000
GESCHLEC	5,367	1	5,367	1,784	,182
ALTER_NE	1,165	1	1,165	,387	,534
GESCHLEC * ALTER_NE	11,310	1	11,310	3,760	,053
Fehler	1501,037	499	3,008		
Gesamt	27385,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1519,296	502			

a. R-Quadrat = ,012 (korrigiertes R-Quadrat = ,006)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
7,173	,079	7,018	7,327

1.2 Lebenszufriedenheit

Lebenszufriedenheit

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	3	,6	,6	,6
1	2	,4	,4	1,0
2	3	,6	,6	1,6
3	8	1,6	1,6	3,2
4	16	3,2	3,2	6,4
5	56	11,1	11,1	17,5
6	57	11,3	11,3	28,8
7	102	20,3	20,3	49,1
8	154	30,6	30,6	79,7
9	77	15,3	15,3	95,0
10	25	5,0	5,0	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

2. Geschlecht

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	7,278	,120	7,042	7,513
weiblich	7,067	,102	6,867	7,268

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	7,222	,108	7,009	7,434
17 bis 20 Jahre	7,124	,115	6,899	7,349

4. Geschlecht * Altersgruppen

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

Geschlecht	Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	7,479	,158	7,170	7,789
	17 bis 20 Jahre	7,076	,181	6,721	7,431
weiblich	14 bis 16 Jahre	6,964	,148	6,674	7,254
	17 bis 20 Jahre	7,171	,141	6,895	7,447

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

Welche Schulform besucht	Wertelabel	N
1	Polyt. Schule	126
2	Berufsschule	131
3	Gym. 8 Klasse	113
30	Gym. 5 Klasse	133

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

F	df1	df2	Signifikanz
,622	3	499	,601

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+SCHULFOR

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

Quelle	Quadratsumme vom Typ III ^a	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	7,311 ^a	3	2,437	,804	,492
Intercept	25758,497	1	25758,497	8501,066	,000
SCHULFOR	7,311	3	2,437	,804	,492
Fehler	1511,986	499	3,030		
Gesamt	27385,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1519,296	502			

a. R-Quadrat = ,005 (korrigiertes R-Quadrat = -,001)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
7,171	,078	7,018	7,323

2. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Lebenszufriedenheit

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	7,056	,155	6,751	7,360
Berufsschule	7,069	,152	6,770	7,368
Gym. 8 Klasse	7,212	,164	6,891	7,534
Gym. 5 Klasse	7,346	,151	7,049	7,642

Lebenszufriedenheit

Scheffe^{a,b,c}

Welche Schulform besucht	N	Untergruppe 1
Polyt. Schule	126	7,06
Berufsschule	131	7,07
Gym. 8 Klasse	113	7,21
Gym. 5 Klasse	133	7,35
Signifikanz		,628

Die Mittelwerte für Gruppen in homogenen Untergruppen werden angezeigt.

Basiert auf Typ III Quadratsumme

Der Fehlerterm ist "Mittel der Quadrate (Fehler) = 3,030".

- a. Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 125,241
- b. Die Größen der Gruppen ist ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveaus für Typ I werden nicht garantiert.
- c. Alpha = ,05

Korrelationen

Korrelationen

		Gesundheitszustand	Lebenszufriedenheit
Gesundheitszustand	Korrelation nach Pearson	1	-,457**
	Signifikanz (2-seitig)	.	,000
	N	503	503
Lebenszufriedenheit	Korrelation nach Pearson	-,457**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	.
	N	503	503

**.: Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

1.3 Psychosomatische Beschwerden

Kopfschmerzen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	fast jeden Tag	27	5,4	5,4	5,4
	mehrmals pro Woche	60	11,9	11,9	17,3
	fast jede Woche	79	15,7	15,7	33,0
	fast jeden Monat	106	21,1	21,1	54,1
	selten oder nie	231	45,9	45,9	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Magenschmerzen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	fast jeden Tag	18	3,6	3,6	3,6
	mehrmals pro Woche	27	5,4	5,4	8,9
	fast jede Woche	52	10,3	10,3	19,3
	fast jeden Monat	133	26,4	26,4	45,7
	selten oder nie	272	54,1	54,1	99,8
	fehlender eintrag	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0		

Rückenschmerzen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	fast jeden Tag	39	7,8	7,8	7,8
	mehrmals pro Woche	51	10,1	10,1	17,9
	fast jede Woche	63	12,5	12,5	30,4
	fast jeden Monat	90	17,9	17,9	48,3
	selten oder nie	259	51,5	51,5	99,8
	fehlender eintrag	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0		

sich allgemein schlecht fühlen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig fast jeden Tag	7	1,4	1,4	1,4
mehrmals pro Woche	22	4,4	4,4	5,8
fast jede Woche	42	8,3	8,3	14,1
fast jeden Monat	105	20,9	20,9	35,0
selten oder nie	325	64,6	64,6	99,6
fehlender eintrag	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

schlecht einschlafen können

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig fast jeden Tag	36	7,2	7,2	7,2
mehrmals pro Woche	44	8,7	8,7	15,9
fast jede Woche	53	10,5	10,5	26,4
fast jeden Monat	99	19,7	19,7	46,1
selten oder nie	269	53,5	53,5	99,6
fehlender eintrag	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

gereizt sein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig fast jeden Tag	24	4,8	4,8	4,8
mehrmals pro Woche	53	10,5	10,5	15,3
fast jede Woche	101	20,1	20,1	35,4
fast jeden Monat	151	30,0	30,0	65,4
selten oder nie	169	33,6	33,6	99,0
fehlender eintrag	5	1,0	1,0	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

schwindlig sein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig fast jeden Tag	18	3,6	3,6	3,6
mehrmals pro Woche	25	5,0	5,0	8,5
fast jede Woche	48	9,5	9,5	18,1
fast jeden Monat	76	15,1	15,1	33,2
selten oder nie	333	66,2	66,2	99,4
6	1	,2	,2	99,6
fehlender eintrag	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

nervös sein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig fast jeden Tag	24	4,8	4,8	4,8
mehrmals pro Woche	37	7,4	7,4	12,1
fast jede Woche	67	13,3	13,3	25,4
fast jeden Monat	121	24,1	24,1	49,5
selten oder nie	252	50,1	50,1	99,6
fehlender eintrag	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

psychische Beschwerden wöchentlich oder öfter

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig keine psychischen Beschwerden	258	51,3	51,3	51,3
eine psychische Beschwerde	119	23,7	23,7	75,0
zwei psychische Beschwerden	56	11,1	11,1	86,1
3 psychische Beschwerden	33	6,6	6,6	92,6
4 psychische Beschwerden	19	3,8	3,8	96,4
5 psychische Beschwerden	11	2,2	2,2	98,6
6	1	,2	,2	98,8
7	3	,6	,6	99,4
8	3	,6	,6	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Nichtparametrische Tests

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters	503	,38	,822	0	7
Geschlecht	503	1,58	,495	1	2

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters	männlich	213	234,32	49909,50
	weiblich	290	264,99	76846,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters
Mann-Whitney-U	27118,500
Wilcoxon-W	49909,500
Z	-,103
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
psychische Beschwerden wöchentlich oder öfter	Polyt. Schule	126	245,31
	Berufsschule	131	274,21
	Gym. 8 Klasse	113	229,93
	Gym. 5 Klasse	133	255,21
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	psychische Beschwerden wöchentlich oder öfter
Chi-Quadrat	7,053
df	3
Asymptotische Signifikanz	,070

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Mann-Whitney-Test

Ränge

	„Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters	14 bis 16 Jahre	259	247,85	64193,50
	17 bis 20 Jahre	244	256,40	62562,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters
Mann-Whitney-U	30523,500
Wilcoxon-W	64193,500
Z	-,875
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,381

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen

Korrelationen

		Psychosomatische Beschwerden wöchentlich oder öfter	Lebenszufriedenheit
Psychosomatische Beschwerden wöchentlich oder öfter	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	1 . 503	-,433** ,000 503
Lebenszufriedenheit	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,433** ,000 503	1 . 503

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Korrelationen

		Gesundheitszustand	Psychosomatische Beschwerden wöchentlich oder öfter
Gesundheitszustand	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	1 . 503	,364** ,000 503
Psychosomatische Beschwerden wöchentlich oder öfter	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,364** ,000 503	1 . 503

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Geschlecht	1	männlich	213
	2	weiblich	290
Altersgruppen	1	14 bis 16 Jahre	259
	2	17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianz

Abhängige Variable: wie oft verletzt

F	df1	df2	Signifikanz
2,208	3	499	,086

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:

Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: wie oft verletzt

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	18,370 ^a	3	6,123	4,179	,006
Intercept	1949,046	1	1949,046	1330,250	,000
GESCHLEC	13,211	1	13,211	9,017	,003
ALTER_NE	,267	1	,267	,182	,670
GESCHLEC * ALTER_NE	6,112	1	6,112	4,171	,042
Fehler	731,121	499	1,465		
Gesamt	2698,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	749,491	502			

a. R-Quadrat = ,025 (korrigiertes R-Quadrat = ,019)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: wie oft verletzt

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
2,004	,055	1,896	2,112

1.4 Verletzungen

wie oft verletzt

Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
keinmal	246	48,9	48,9	48,9
einmal	129	25,6	25,6	74,6
zweimal	61	12,1	12,1	86,7
dreimal	32	6,4	6,4	93,0
viermal oder öfter	35	7,0	7,0	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

2. Geschlecht

Abhängige Variable: wie oft verletzt

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	2,169	,084	2,004	2,333
weiblich	1,839	,071	1,699	1,979

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: wie oft verletzt

Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	1,980	,075	1,832	2,128
17 bis 20 Jahre	2,027	,080	1,870	2,184

4. Geschlecht * Altersgruppen

Abhängige Variable: wie oft verletzt

Geschlecht	Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	2,033	,110	1,817	2,249
	17 bis 20 Jahre	2,304	,126	2,056	2,552
weiblich	14 bis 16 Jahre	1,928	,103	1,725	2,130
	17 bis 20 Jahre	1,750	,098	1,557	1,943

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

wie oft verletzt	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
	Polyt. Schule	126	267,36
	Berufsschule	131	278,45
	Gym. 8 Klasse	113	226,28
	Gym. 5 Klasse	133	233,25
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

Chi-Quadrat	wie oft verletzt
df	13,312
Asymptotische Signifikanz	3
	,004

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: wie oft verletzt

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	2,100	,110	1,883	2,317
Berufsschule	2,198	,108	1,985	2,411
Gym. 8 Klasse	1,828	,116	1,600	2,056
Gym. 5 Klasse	1,864	,112	1,644	2,083

1.5 Chronische Erkrankungen

chronische Erkrankung haben

Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
ja	118	23,5	23,5	23,5
nein	385	76,5	76,5	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle				Gesamt	
	Gültig		Fehlend			
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
chronische Erkrankung haben * Geschlecht	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

chronische Erkrankung haben * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
chronische Erkrankung haben	ja	46	72	118
	nein	167	218	385
Gesamt		213	290	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,714 ^a	1	,398		
Kontinuitätskorrektur ^a	,545	1	,460		
Likelihood-Quotient	,718	1	,397		
Exakter Test nach Fisher				,456	,231
Zusammenhang linear-mit-linear	,713	1	,399		
Anzahl der gültigen Fälle	503				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 49,97.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
chronische Erkrankung haben *, Altersgruppen	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

chronische Erkrankung haben *, Altersgruppen Kreuztabelle

Anzahl		,Altersgruppen		Gesamt
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
chronische Erkrankung haben	ja	58	60	118
	nein	201	184	385
Gesamt		259	244	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,338 ^b	1	,561		
Kontinuitätskorrektur ^a	,226	1	,634		
Likelihood-Quotient	,337	1	,561		
Exakter Test nach Fisher				,599	,317
Zusammenhang linear-mit-linear	,337	1	,562		
Anzahl der gültigen Fälle	503				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 57,24.

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
chronische Erkrankung haben	Polyt. Schule	126	259,10
	Berufsschule	131	249,56
	Gym. 8 Klasse	113	248,68
	Gym. 5 Klasse	133	250,49
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	chronische Erkrankung haben
Chi-Quadrat	,763
df	3
Asymptotische Signifikanz	,858

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

T-Test

Gruppenstatistiken

chronische Erkrankung haben	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
ja	118	6,94	1,941	,179
nein	385	7,24	1,670	,085

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz Untere	Obere
Lebenszufriedenheit	2,441	,119	-1,646	501	,100	-,301	,183	-,660	,058
Varianzen sind gleich			-1,521	173,400	,130	-,301	,198	-,691	,090

T-Test

Gruppenstatistiken

chronische Erkrankung haben	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
ja	118	2,19	,719	,066
nein	385	1,96	,756	,039

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz Untere	Obere
Gesundheitszustand	2,621	,106	2,940	501	,003	,23	,079	,077	,386
Varianzen sind gleich			3,019	202,596	,003	,23	,077	,080	,382

1.6 Körpergewicht und Körperwahrnehmung der Jugendlichen

Häufigkeiten

Statistiken

	BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.	BMI-Klassifizierung nach Cole et al.
N	496	87
Gültig		
Fehlend	7	416

BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig starkes Untergewicht	10	2,0	2,0	2,0
Untergewicht	29	5,8	5,8	7,9
Normalgewicht	395	78,5	79,6	87,5
Übergewicht	40	8,0	8,1	95,6
starkes Übergewicht = Adipositas	22	4,4	4,4	100,0
Gesamt	496	98,6	100,0	
Fehlend System	7	1,4		
Gesamt	503	100,0		

BMI-Klassifizierung nach Cole et al.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Übergewicht	71	14,1	81,6	81,6
starkes Übergewicht = Adipositas	16	3,2	18,4	100,0
Gesamt	87	17,3	100,0	
Fehlend System	416	82,7		
Gesamt	503	100,0		

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.	männlich	209	269,27	56276,50
	weiblich	287	233,38	66979,50
	Gesamt	496		

Statistik für Test^a

	BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.
Mann-Whitney-U	25651,500
Wilcoxon-W	66979,500
Z	-3,917
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.	14 bis 16 Jahre	256	241,94	61935,50
	17 bis 20 Jahre	240	255,50	61320,50
	Gesamt	496		

Statistik für Test^a

	BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.
Mann-Whitney-U	29039,500
Wilcoxon-W	61935,500
Z	-1,499
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,134

a. Gruppenvariable: ,Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.	Polyt. Schule	124	259,31
	Berufsschule	128	273,80
	Gym. 8 Klasse	112	234,59
	Gym. 5 Klasse	132	225,61
	Gesamt	496	

Statistik für Test^{a,b}

	BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.
Chi-Quadrat	18,446
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

2. Geschlecht

Abhängige Variable: BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

Geschlecht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	3,217	,043	3,133	3,301
weiblich	2,975	,036	2,903	3,046

3. ,Altersgruppen

Abhängige Variable: BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

,Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	3,029	,038	2,953	3,104
17 bis 20 Jahre	3,163	,041	3,083	3,244

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	3,116	,056	3,007	3,226
Berufsschule	3,250	,065	3,142	3,358
Gym. 8 Klasse	3,064	,059	2,949	3,180
Gym. 5 Klasse	2,938	,056	2,827	3,049

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al. * Welche Schulform besucht	496	98,6%	7	1,4%	503	100,0%

BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al. * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

Anzahl

		Welche Schulform besucht				Gesamt
		Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.	starkes Untergewicht	0	1	5	4	10
	Untergewicht	6	6	9	8	29
	Normalgewicht	100	94	86	115	395
	Übergewicht	14	16	6	4	40
	starkes Übergewicht = Adipositas	4	11	6	1	22
Gesamt		124	128	112	132	496

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Gewichtsstatus * Diät machen	496	98,6%	7	1,4%	503	100,0%

Gewichtsstatus * Diät machen Kreuztabelle

Anzahl

		Diät machen				Gesamt
		nein richtig	n ein eigentlich abnehmen	nein eigentlich zunehmen	ja	
Gewichtsstatus	Untergewicht	20	2	12	5	39
	Normalgewicht	209	81	30	74	395
	Übergewicht	14	27	0	20	62
Gesamt		243	110	42	99	496

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Gesundheitszustand	BMI-Klassifizierung nach	N	Mittlerer Rang
Gesundheitszustand	starkes Untergewicht	10	231,55
	Untergewicht	29	238,34
	Normalgewicht	395	245,93
	Übergewicht	40	279,54
	starkes Übergewicht = Adipositas	22	259,30
	Gesamt	496	

Statistik für Test^{a,b}

	Gesunde itzustand
Chi-Quadrat	3,105
df	4
Asymptotische Signifikanz	,540

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: BMI-Klassifizierung
nach Kromeyer-Hausschild et al.

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

	BMI-Klassifizierung nach	N	Mittlerer Rang
psychische Beschwerden wöchentlich oder öfter	starkes Untergewicht	10	224,40
	Untergewicht	29	267,50
	Normalgewicht	395	248,16
	Übergewicht	40	252,38
	starkes Übergewicht = Adipositas	22	233,55
	Gesamt	496	

Statistik für Test^{a,b}

	psychische Beschwerden wöchentlich oder öfter
Chi-Quadrat	1,254
df	4
Asymptotische Signifikanz	,869

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: BMI-Klassifizierung
nach Kromeyer-Hausschild et al.

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

	BMI-Klassifizierung nach	N	Mittlerer Rang
Lebenszufriedenheit	starkes Untergewicht	8	384,75
	Untergewicht	29	253,41
	Normalgewicht	395	243,88
	Übergewicht	40	265,26
	starkes Übergewicht = Adipositas	22	222,48
	Gesamt	494	

Statistik für Test^{a,b}

	Lebenszuf riedenheit
Chi-Quadrat	9,395
df	4
Asymptotische Signifikanz	,052

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: BMI-Klassifizierung
nach Kromeyer-Hausschild et al.

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

	BMI-Klassifizierung nach	N	Mittlerer Rang
täglich Frühstück	starkes Untergewicht	10	263,60
	Untergewicht	29	205,21
	Normalgewicht	395	248,69
	Übergewicht	40	273,80
	starkes Übergewicht = Adipositas	22	249,23
	Gesamt	496	

Statistik für Test^{a,b}

	täglich Frühstücken
Chi-Quadrat	4,449
df	4
Asymptotische Signifikanz	,349

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

BMI-Klassifizierung nach	N	Mittlerer Rang
Obst essen starkes Untergewicht	10	262,10
Untergewicht	29	291,05
Normalgewicht	395	247,98
Übergewicht	40	235,89
starkes Übergewicht = Adipositas	22	218,48
Gesamt	496	

Statistik für Test^{a,b}

	Obst essen
Chi-Quadrat	4,221
df	4
Asymptotische Signifikanz	,377

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

BMI-Klassifizierung nach	N	Mittlerer Rang
Gemüse essen starkes Untergewicht	10	300,75
Untergewicht	29	262,05
Normalgewicht	395	249,96
Übergewicht	40	235,51
starkes Übergewicht = Adipositas	22	204,23
Gesamt	496	

Statistik für Test^{a,b}

	Gemüse essen
Chi-Quadrat	4,471
df	4
Asymptotische Signifikanz	,346

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

BMI-Klassifizierung nach	N	Mittlerer Rang
zuckerhaltige Limo. trinken starkes Untergewicht	10	209,45
Untergewicht	29	231,31
Normalgewicht	395	248,15
Übergewicht	40	264,46
starkes Übergewicht = Adipositas	22	266,16
Gesamt	496	

Statistik für Test^{a,b}

	zuckerhaltige Limo. trinken
Chi-Quadrat	2,164
df	4
Asymptotische Signifikanz	,706

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

BMI-Klassifizierung nach Süßigkeiten essen	N	Mittlerer Rang
starkes Untergewicht	10	277,45
Untergewicht	29	251,95
Normalgewicht	395	252,72
Übergewicht	40	208,73
starkes Übergewicht = Adipositas	22	227,32
Gesamt	496	

Statistik für Test^{a,b}

Chi-Quadrat	4,706
df	4
Asymptotische Signifikanz	,319

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.	Freizeit - körperlich aktiv	N	Mittlerer Rang
nie	17	136,94	
selten	43	160,80	
einmal im Monat	38	200,87	
einmal Woche	108	171,25	
zwei dreimal woche	135	169,93	
Gesamt	341		

Statistik für Test^{a,b}

Chi-Quadrat	11,670
df	4
Asymptotische Signifikanz	,020

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Freizeit - körperlich aktiv

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.	Sitzendes Verhalten	N	Mittlerer Rang
geringer konsum	192	245,75	
2-3 h und mehr	219	250,97	
4-6 h und mehr	85	248,36	
Gesamt	496		

Statistik für Test^{a,b}

Chi-Quadrat	,275
df	2
Asymptotische Signifikanz	,872

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Sitzendes Verhalten

2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

2.1 Ernährung

täglich Frühstücken

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig frühstücke täglich	206	41,0	41,0	41,0
ein paar mal in der Woche	82	16,3	16,3	57,3
nur am Wochenende	142	28,2	28,2	85,5
nie	73	14,5	14,5	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Obst essen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig nie	16	3,2	3,2	3,2
manchmal	154	30,6	30,6	33,8
mehrmals in der Woche	153	30,4	30,4	64,2
einmal täglich	110	21,9	21,9	86,1
mehrmals täglich	70	13,9	13,9	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Gemüse essen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig nie	23	4,6	4,6	4,6
manchmal	140	27,8	27,8	32,4
mehrmals in der Woche	202	40,2	40,2	72,6
einmal täglich	88	17,5	17,5	90,1
mehrmals täglich	48	9,5	9,5	99,6
fehlender eintrag	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

zuckerhaltige Limo. trinken

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig nie	59	11,7	11,7	11,7
manchmal	197	39,2	39,2	50,9
mehrmals in der Woche	116	23,1	23,1	74,0
einmal täglich	51	10,1	10,1	84,1
mehrmals täglich	80	15,9	15,9	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Süßigkeiten essen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig nie	17	3,4	3,4	3,4
manchmal	171	34,0	34,0	37,4
mehrmals in der Woche	163	32,4	32,4	69,8
einmal täglich	90	17,9	17,9	87,7
mehrmals täglich	54	10,7	10,7	98,4
fehlender eintrag	8	1,6	1,6	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Vollkornprodukte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig nie	31	6,2	6,2	6,2
manchmal	150	29,8	29,8	36,0
mehrmals in der Woche	146	29,0	29,0	65,0
einmal täglich	99	19,7	19,7	84,7
mehrmals täglich	71	14,1	14,1	98,8
fehlender eintrag	6	1,2	1,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Frühstückscerealien

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig nie	139	27,6	27,6	27,6
manchmal	196	39,0	39,0	66,6
mehrmals in der Woche	84	16,7	16,7	83,3
einmal täglich	63	12,5	12,5	95,8
mehrmals täglich	17	3,4	3,4	99,2
fehlender eintrag	4	,8	,8	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Fastfood

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig nie	43	8,5	8,5	8,5
manchmal	351	69,8	69,8	78,3
mehrmals in der Woche	82	16,3	16,3	94,6
einmal täglich	14	2,8	2,8	97,4
mehrmals täglich	11	2,2	2,2	99,6
fehlender eintrag	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Kaffee

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig nie	184	36,6	36,6	36,6
manchmal	90	17,9	17,9	54,5
mehrmals in der Woche	61	12,1	12,1	66,6
einmal täglich	93	18,5	18,5	85,1
mehrmals täglich	73	14,5	14,5	99,6
fehlender eintrag	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Energiegetränke

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig nie	184	36,6	36,6	36,6
manchmal	214	42,5	42,5	79,1
mehrmals in der Woche	60	11,9	11,9	91,1
einmal täglich	25	5,0	5,0	96,0
mehrmals täglich	20	4,0	4,0	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Obst und Gemüse täglich einmal oder mehrmals essen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig ,00	293	58,3	58,3	58,3
1,00	104	20,7	20,7	78,9
2,00	106	21,1	21,1	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
täglich Frühstück	männlich	213	250,64	53364,50
	weiblich	290	253,07	73391,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	täglich Frühstück
Mann-Whitney-U	30573,500
Wilcoxon-W	53364,500
Z	-,204
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,839

a. Gruppenvariable: Geschlecht

2. Geschlecht

Abhängige Variable: täglich Frühstück

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	2,157	,077	2,006	2,309
weiblich	2,174	,065	2,045	2,302

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	„Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
täglich Frühstück	14 bis 16 Jahre	259	264,48	68501,00
	17 bis 20 Jahre	244	238,75	58255,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	täglich Frühstück
Mann-Whitney-U	28365,000
Wilcoxon-W	58255,000
Z	-2,090
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,037

^a. Gruppenvariable: „Altersgruppen

3. „Altersgruppen

Abhängige Variable: täglich Frühstück

„Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	2,261	,069	2,125	2,397
17 bis 20 Jahre	2,071	,073	1,926	2,215

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektoren

Welche Schulform besucht	1	Wertelabel	N
		Polyt. Schule	126
	2	Berufsschule	131
	3	Gym. 8 Klasse	113
	30	Gym. 5 Klasse	133

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: täglich Frühstück

F	df1	df2	Signifikanz
2,146	3	499	,094

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

^a. Design: Intercept+SCHULFOR

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: täglich Frühstück

Quelle	Quadratsumme vom Typ III ^a	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	17,011 ^a	3	5,670	4,641	,003
Intercept	2327,736	1	2327,736	1905,346	,000
SCHULFOR	17,011	3	5,670	4,641	,003
Fehler	609,622	499	1,222		
Gesamt	2980,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	626,632	502			

^a. R-Quadrat = ,027 (korrigiertes R-Quadrat = ,021)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtittelwert

Abhängige Variable: täglich Frühstück

Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
2,156	,049	2,059	2,253

2. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: täglich Frühstück

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	2,405	,098	2,211	2,598
Berufsschule	2,206	,097	2,016	2,396
Gym. 8 Klasse	1,876	,104	1,672	2,080
Gym. 5 Klasse	2,135	,096	1,947	2,324

Post-Hoc-Tests

Welche Schulform besucht

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: täglich Frühstück
Scheffé

(I) Welche Schulform besucht	(J) Welche Schulform besucht	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	Berufsschule	,20	,138	,558	-,19	,59
	Gym. 8 Klasse	,53*	,143	,004	,13	,93
	Gym. 5 Klasse	,27	,137	,280	-,12	,65
Berufsschule	Polyt. Schule	-,20	,138	,558	-,59	,19
	Gym. 8 Klasse	,33	,142	,146	-,07	,73
	Gym. 5 Klasse	,07	,136	,965	-,31	,45
Gym. 8 Klasse	Polyt. Schule	-,53*	,143	,004	-,93	-,13
	Berufsschule	-,33	,142	,146	-,73	,07
	Gym. 5 Klasse	-,26	,141	,340	-,66	,14
Gym. 5 Klasse	Polyt. Schule	-,27	,137	,280	-,65	,12
	Berufsschule	-,07	,136	,965	-,45	,31
	Gym. 8 Klasse	,26	,141	,340	-,14	,66

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Nichtparametrische Tests

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Obst und Gemüse täglich einmal oder mehrmals essen	männlich	213	229,98	48986,00
	weiblich	290	268,17	77770,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Obst und Gemüse täglich einmal oder mehrmals essen
Mann-Whitney-U	26195,000
Wilcoxon-W	48986,000
Z	-,3288
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Obst und Gemüse täglich einmal oder mehrmals essen	14 bis 16 Jahre	259	257,16	66605,00
	17 bis 20 Jahre	244	246,52	60151,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Obst und Gemüse täglich einmal oder mehrmals essen
Mann-Whitney-U	30261,000
Wilcoxon-W	60151,000
Z	-,927
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,354

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Obst und Gemüse täglich einmal oder mehrmals essen	126	241,04
Polyt. Schule	131	201,10
Berufsschule	113	299,18
Gym. 8 Klasse	133	272,43
Gym. 5 Klasse	503	
Gesamt		

Statistik für Test^{a,b}

	Obst und Gemüse täglich einmal oder mehrmals essen
Chi-Quadrat	39,934
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

2. Geschlecht

Abhängige Variable: Obst und Gemüke täglich einmal oder mehrmals essen

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	,511	,055	,403	,619
weiblich	,729	,047	,637	,821

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Obst und Gemüke täglich einmal oder mehrmals essen

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	,592	,071	,452	,732
Berufsschule	,283	,070	,146	,420
Gym. 8 Klasse	,902	,075	,755	1,050
Gym. 5 Klasse	,702	,072	,561	,844

täglicher verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl

		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
täglicher verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten	,00	121	169	290
	1,00	63	88	151
	2,00	29	33	62
Gesamt		213	290	503

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	1 männlich	213
	2 weiblich	290
,Altersgruppen	1 14 bis 16 Jahre	259
	2 17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: täglicher verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten

F	df1	df2	Signifikanz
1,953	3	499	,120

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:

Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: täglicher Verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	6,214 ^a	3	2,071	4,263	,005
Intercept	142,293	1	142,293	292,874	,000
GESCHLECH	,022	1	,022	,046	,830
ALTER_NE	5,880	1	5,880	12,102	,001
GESCHLECH * ALTER_NE	,628	1	,628	1,293	,256
Fehler	242,438	499	,486		
Gesamt	399,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	248,652	502			

^a. R-Quadrat = ,025 (korrigiertes R-Quadrat = ,019)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: täglicher Verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
,541	,032	,479	,604

2. Geschlecht

Abhängige Variable: täglicher Verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten

Geschlecht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	,548	,048	,453	,643
weiblich	,535	,041	,454	,615

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: täglicher Verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten

Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	,651	,043	,566	,737
17 bis 20 Jahre	,431	,046	,341	,522

4. Geschlecht * Altersgruppen

Abhängige Variable: täglicher Verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten

Geschlecht	Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	,694	,063	,570	,819
	17 bis 20 Jahre	,402	,073	,259	,545
weiblich	14 bis 16 Jahre	,609	,059	,492	,725
	17 bis 20 Jahre	,461	,057	,349	,572

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
täglicher Verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten	Polyt. Schule	126	295,23
	Berufsschule	131	252,65
	Gym. 8 Klasse	113	205,86
	Gym. 5 Klasse	133	249,61
	Gesamt	503	

Statistik für Tests^{a,b}

	täglicher Verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten
Chi-Quadrat	28,958
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: täglicher Verzehr einmal oder mehrmals von Limonade und Süßigkeiten

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	,799	,063	,675	,923
Berufsschule	,554	,062	,432	,676
Gym. 8 Klasse	,290	,066	,159	,420
Gym. 5 Klasse	,539	,064	,414	,665

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

F	df1	df2	Signifikanz
,883	3	499	,450

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:
Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	87,124 ^a	3	29,041	12,215	,000
Intercept	7784,235	1	7784,235	3274,142	,000
GESCHLEC	61,060	1	61,060	25,683	,000
ALTER_NE	7,755	1	7,755	3,262	,072
GESCHLEC * ALTER_NE	13,610	1	13,610	5,725	,017
Fehler	1186,367	499	2,377		
Gesamt	9194,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1273,491	502			

a. R-Quadrat = ,068 (korrigiertes R-Quadrat = ,063)

2.1.1 Qualitative und Quantitative Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
immer	48	9,5	9,5	9,5
sehr oft	55	10,9	10,9	20,5
oft	75	14,9	14,9	35,4
manchmal	129	25,6	25,6	61,0
selten	79	15,7	15,7	76,7
nie	117	23,3	23,3	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	1 männlich	213
	2 weiblich	290
,Altersgruppen	1 14 bis 16 Jahre	259
	2 17 bis 20 Jahre	244

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
4,004	,070	3,867	4,142

2. Geschlecht

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	4,359	,107	4,150	4,569
weiblich	3,650	,091	3,472	3,828

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	4,131	,096	3,942	4,319
17 bis 20 Jahre	3,878	,102	3,678	4,078

4. Geschlecht * ,Altersgruppen

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Geschlecht	,Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	4,653	,140	4,377	4,928
	17 bis 20 Jahre	4,065	,161	3,749	4,381
weiblich	14 bis 16 Jahre	3,609	,131	3,351	3,867
	17 bis 20 Jahre	3,691	,125	3,445	3,937

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektoren

	Wertelabel	N
Welche Schulform besucht	1 Polyt. Schule	126
	2 Berufsschule	131
3	Gym. 8 Klasse	113
	Gym. 5 Klasse	133

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianz^a

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

F	df1	df2	Signifikanz
1,436	3	499	,232

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+SCHULFOR

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	44,588 ^a	3	14,863	6,035	,000
Intercept	7838,453	1	7838,453	3182,828	,000
SCHULFOR	44,588	3	14,863	6,035	,000
Fehler	1228,903	499	2,463		
Gesamt	9194,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1273,491	502			

a. R-Quadrat = ,035 (korrigiertes R-Quadrat = ,029)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
3,956	,070	3,818	4,093

2. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	4,317	,140	4,043	4,592
Berufsschule	4,122	,137	3,853	4,392
Gym. 8 Klasse	3,496	,148	3,206	3,786
Gym. 5 Klasse	3,887	,136	3,620	4,155

Post-Hoc-Tests

Welche Schulform besucht

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: Kontrolle der Nahrungsaufnahmen
Scheffé

(I) Welche Schulform besucht	(J) Welche Schulform besucht	Mittlere Differenz (I-J)	Standardf ehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	Berufsschule	,20	,196	,802	-,35	,74
	Gym. 8 Klasse	,82*	,203	,001	,25	1,39
	Gym. 5 Klasse	,43	,195	,184	-,12	,98
Berufsschule	Polyt. Schule	-,20	,196	,802	-,74	,35
	Gym. 8 Klasse	,63*	,201	,022	,06	1,19
	Gym. 5 Klasse	,23	,193	,687	-,31	,78
Gym. 8 Klasse	Polyt. Schule	-,82*	,203	,001	-1,39	-,25
	Berufsschule	-,63*	,201	,022	-1,19	-,06
	Gym. 5 Klasse	-,39	,201	,285	-,95	,17
Gym. 5 Klasse	Polyt. Schule	-,43	,195	,184	-,98	,12
	Berufsschule	-,23	,193	,687	-,78	,31
	Gym. 8 Klasse	,39	,201	,285	-,17	,95

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Homogene Untergruppen

Kontrolle der Nahrungsaufnahmen

Scheffé^{a,b,c}

Welche Schulform besucht	N	Untergruppe	
		1	2
Gym. 8 Klasse	113	3,50	
Gym. 5 Klasse	133	3,89	3,89
Berufsschule	131		4,12
Polyt. Schule	126		4,32
Signifikanz		,274	,196

Die Mittelwerte für Gruppen in homogenen Untergruppen werden angezeigt.

Basiert auf Typ III Quadratsumme

Der Fehlerterm ist "Mittel der Quadrate (Fehler) = 2,463".

- Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 125,241
- Die Größen der Gruppen ist ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveaus für Typ I werden nicht garantiert.
- Alpha = ,05

2.2 Körperliche Aktivität

Freizeit - körperlich aktiv

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	17	3,4	3,4
	selten	44	8,7	8,7
	einmal im Monat	38	7,6	7,6
	einmal Woche	111	22,1	22,1
	zwei dreimal woche	137	27,2	27,2
	vierrmal bis sechsmal woche	90	17,9	17,9
	jeden Tag	65	12,9	12,9
	fehlender Wert	1	,2	,2
	Gesamt	503	100,0	100,0

wie viele Stunden körperlich aktiv

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	überhaupt nicht	46	9,1	9,1
	ungefähr eine halbe Stunde	48	9,5	9,5
	ungefähr eine stunde	76	15,1	15,1
	ungefähr zwei bis drei stunden	190	37,8	37,8
	ungefähr vier bis sechs stunden	82	16,3	16,3
	sieben stunden oder mehr	58	11,5	11,5
	fehlender Wert	3	,6	,6
	Gesamt	503	100,0	100,0

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Geschlecht	1	männlich	213
	2	weiblich	290
,Altersgruppen	1	14 bis 16 Jahre	259
	2	17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianz

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

F	df1	df2	Signifikanz
,563	3	499	,640

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:

Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	175,248 ^a	3	58,416	27,270	,000
Intercept	10879,609	1	10879,609	5078,835	,000
GESCHLEC	87,298	1	87,298	40,752	,000
ALTER_NE	67,007	1	67,007	31,280	,000
GESCHLEC * ALTER_NE	1,230	1	1,230	,574	,449
Fehler	1068,931	499	2,142		
Gesamt	12242,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1244,179	502			

a. R-Quadrat = ,141 (korrigiertes R-Quadrat = ,136)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
4,734	,066	4,604	4,865

2. Geschlecht

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

Geschlecht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	5,158	,101	4,959	5,357
weiblich	4,310	,086	4,141	4,479

3. ,Altersgruppen

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

,Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	5,106	,091	4,927	5,285
17 bis 20 Jahre	4,363	,097	4,173	4,552

4. Geschlecht * ,Altersgruppen

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

Geschlecht	,Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	5,479	,133	5,218	5,741
	17 bis 20 Jahre	4,837	,153	4,537	5,137
weiblich	14 bis 16 Jahre	4,732	,125	4,487	4,977
	17 bis 20 Jahre	3,888	,119	3,655	4,121

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Welche Schulform besucht	1	126
	2	131
	3	113
	30	133

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

F	df1	df2	Signifikanz
,778	3	499	,507

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+SCHULFOR

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	118,158 ^a	3	39,386	17,454	,000
Intercept	10959,905	1	10959,905	4856,921	,000
SCHULFOR	118,158	3	39,386	17,454	,000
Fehler	1126,020	499	2,257		
Gesamt	12242,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1244,179	502			

a. R-Quadrat = ,095 (korrigiertes R-Quadrat = ,090)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
4,677	,067	4,545	4,809

2. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	5,183	,134	4,920	5,445
Berufsschule	3,931	,131	3,673	4,189
Gym. 8 Klasse	4,611	,141	4,333	4,888
Gym. 5 Klasse	4,985	,130	4,729	5,241

Post-Hoc-Tests

Welche Schulform besucht

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: Freizeit - körperlich aktiv
Scheffé

(I) Welche Schulform besucht	(J) Welche Schulform besucht	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	Berufsschule	1,25*	,187	,000	,73	1,78
	Gym. 8 Klasse	,57*	,195	,036	,03	1,12
	Gym. 5 Klasse	,20	,187	,772	-,33	,72
Berufsschule	Polyt. Schule	-1,25*	,187	,000	-1,78	-,73
	Gym. 8 Klasse	-,68*	,193	,007	-1,22	-,14
	Gym. 5 Klasse	-1,05*	,185	,000	-1,57	-,53
Gym. 8 Klasse	Polyt. Schule	-,57*	,195	,036	-1,12	-,03
	Berufsschule	,68*	,193	,007	,14	1,22
	Gym. 5 Klasse	-,37	,192	,286	-,91	,16
Gym. 5 Klasse	Polyt. Schule	-,20	,187	,772	-,72	,33
	Berufsschule	1,05*	,185	,000	,53	1,57
	Gym. 8 Klasse	,37	,192	,286	-,16	,91

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Homogene Untergruppen

Freizeit - körperlich aktiv

Scheffé^{a,b,c}

Welche Schulform besucht	N	Untergruppe		
		1	2	3
Berufsschule	131	3,93		
Gym. 8 Klasse	113		4,61	
Gym. 5 Klasse	133		4,98	4,98
Polyt. Schule	126			5,18
Signifikanz		1,000	,275	,781

Die Mittelwerte für Gruppen in homogenen Untergruppen werden angezeigt.

Basiert auf Typ III Quadratsumme

Der Fehlerterm ist "Mittel der Quadrate (Fehler) = 2,257".

a. Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 125,241

b. Die Größen der Gruppen ist ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveau für Typ I werden nicht garantiert.

c. Alpha = ,05

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektffaktoren

		Wertelabel	N
Geschlecht	1	männlich	213
	2	weiblich	290
,Altersgruppen	1	14 bis 16 Jahre	259
	2	17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: wie viele Stunden körperlich aktiv

F	df1	df2	Signifikanz
1,332	3	499	,263

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:

Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjektffekte

Abhängige Variable: wie viele Stunden körperlich aktiv

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	137,523 ^a	3	45,841	25,006	,000
Intercept	7303,236	1	7303,236	3983,856	,000
GESCHLEC	91,340	1	91,340	49,825	,000
ALTER_NE	23,885	1	23,885	13,029	,000
GESCHLEC * ALTER_NE	9,191	1	9,191	5,014	,026
Fehler	914,771	499	1,833		
Gesamt	8343,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1052,294	502			

a. R-Quadrat = ,131 (korrigiertes R-Quadrat = ,125)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: wie viele Stunden körperlich aktiv

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
3,879	,061	3,758	3,999

2. Geschlecht

Abhängige Variable: wie viele Stunden körperlich aktiv

Geschlecht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	4,312	,094	4,128	4,496
weiblich	3,445	,080	3,289	3,601

3. ,Altersgruppen

Abhängige Variable: wie viele Stunden körperlich aktiv

,Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	4,101	,084	3,935	4,266
17 bis 20 Jahre	3,657	,089	3,481	3,833

4. Geschlecht * ,Altersgruppen

Abhängige Variable: wie viele Stunden körperlich aktiv

Geschlecht	,Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	4,397	,123	4,155	4,639
	17 bis 20 Jahre	4,228	,141	3,951	4,506
weiblich	14 bis 16 Jahre	3,804	,115	3,578	4,031
	17 bis 20 Jahre	3,086	,110	2,870	3,301

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
wie viele Stunden körperlich aktiv	Polyt. Schule	126	279,69
	Berufsschule	131	198,06
	Gym. 8 Klasse	113	254,22
	Gym. 5 Klasse	133	277,01
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	wie viele Stunden körperlich aktiv
Chi-Quadrat	28,424
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

2. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: wie viele Stunden körperlich aktiv

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	4,095	,125	3,849	4,342
Berufsschule	3,229	,123	2,987	3,471
Gym. 8 Klasse	3,850	,132	3,589	4,110
Gym. 5 Klasse	4,068	,122	3,828	4,307

2.3 Sitzendes Verhalten der Jugendlichen

TV - Konsumierung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig überhaupt keine	25	5,0	5,0	5,0
bis zu 1 stunde	105	20,9	20,9	25,8
1-2 stunden	146	29,0	29,0	54,9
2-3 stunden	142	28,2	28,2	83,1
3 und mehr	84	16,7	16,7	99,8
fehlender Wert	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Computer - Konsumierung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig überhaupt keine	58	11,5	11,5	11,5
bis zu 1 stunde	140	27,8	27,8	39,4
1-2 stunden	136	27,0	27,0	66,4
2-3 stunden	91	18,1	18,1	84,5
3 und mehr	77	15,3	15,3	99,8
fehlender Wert	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

sitzendes Verhalten * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
sitzendes Verhalten	0		
2-3 h und mehr	80	116	196
4-6 h und mehr	90	130	220
Gesamt	43	44	87
	213	290	503

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr	männlich	213	259,37	55245,00
	weiblich	290	246,59	71511,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr
Mann-Whitney-U	29316,000
Wilcoxon-W	71511,000
Z	-1,055
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,291

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr	14 bis 16 Jahre 17 bis 20 Jahre	259 244	271,85 230,93	70408,50 56347,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr
Mann-Whitney-U	26457,500
Wilcoxon-W	56347,500
Z	-3,418
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001

a. Gruppenvariable: ,Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr	Polyt. Schule Berufsschule Gym. 8 Klasse Gym. 5 Klasse	126 131 113 133	285,70 225,14 237,65 258,72
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr
Chi-Quadrat	14,829
df	3
Asymptotische Signifikanz	,002

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	,973	,065	,845	1,101
Berufsschule	,687	,064	,561	,812
Gym. 8 Klasse	,712	,069	,578	,847
Gym. 5 Klasse	,785	,066	,655	,914

3. ,Altersgruppen

Abhängige Variable: TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr

,Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	,885	,044	,799	,972
17 bis 20 Jahre	,698	,047	,606	,790

2.4 Tabakkonsum

jemals geraucht

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	400	79,5	79,5	79,5
nein	103	20,5	20,5	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

wie oft rauchen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig gar nicht	255	50,7	50,7	50,7
seltener als einmal woche	41	8,2	8,2	58,8
einmal öfter pro woche	37	7,4	7,4	66,2
jeden tag	170	33,8	33,8	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

wie häufig rauchen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig überhaupt nicht	261	51,9	51,9	51,9
weniger als eine zig woche	22	4,4	4,4	56,3
weniger als eine zig tag	30	6,0	6,0	62,2
1-5	55	10,9	10,9	73,2
6-10	52	10,3	10,3	83,5
11-20	51	10,1	10,1	93,6
mehr als 20	32	6,4	6,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
jemals geraucht * Geschlecht	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

jemals geraucht * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
jemals geraucht	ja	161	239	400
	nein	52	51	103
Gesamt		213	290	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,515 ^b	1	,061		
Kontinuitätskorrektur ^a	3,108	1	,078		
Likelihood-Quotient	3,484	1	,062		
Exakter Test nach Fisher				,073	,039
Zusammenhang linear-mit-linear	3,508	1	,061		
Anzahl der gültigen Fälle	503				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 43,62.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
jemals geraucht * Altersgruppen	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

jemals geraucht * Altersgruppen Kreuztabelle

Anzahl		Altersgruppen		Gesamt
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
jemals geraucht	ja	181	219	400
	nein	78	25	103
Gesamt		259	244	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	30,462 ^b	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^a	29,254	1	,000		
Likelihood-Quotient	31,793	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	30,401	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	503				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 49,96.

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
jemals geraucht	126	254,39
Polyt. Schule	131	231,22
Berufsschule	113	220,53
Gym. 8 Klasse	133	296,94
Gym. 5 Klasse	503	
Gesamt		

Statistik für Test^{a,b}

	jemals geraucht
Chi-Quadrat	42,421
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
wie oft rauchen	126	278,62
Polyt. Schule	131	304,10
Berufsschule	113	225,93
Gym. 8 Klasse	133	197,62
Gym. 5 Klasse	503	
Gesamt		

Statistik für Test^{a,b}

	wie oft rauchen
Chi-Quadrat	52,169
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft rauchen	259	237,02	61389,00
14 bis 16 Jahre	244	267,90	65367,00
17 bis 20 Jahre	503		
Gesamt			

Statistik für Test^a

	wie oft rauchen
Mann-Whitney-U	27719,000
Wilcoxon-W	61389,000
Z	-2,613
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,009

a. Gruppenvariable: ,Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft rauchen	männlich	213	253,47	53989,50
	weiblich	290	250,92	72766,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft rauchen
Mann-Whitney-U	30571,500
Wilcoxon-W	72766,500
Z	-,214
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,831

a. Gruppvariable: Geschlecht

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: wie oft rauchen

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	2,597	,119	2,363	2,830
Berufsschule	2,846	,116	2,617	3,074
Gym. 8 Klasse	1,957	,125	1,712	2,203
Gym. 5 Klasse	1,647	,120	1,411	1,884

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Geschlecht	1	männlich	213
	2	weiblich	290
,Altersgruppen	1	14 bis 16 Jahre	259
	2	17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: wie häufig rauchen

F	df1	df2	Signifikanz
1,604	3	499	,188

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:

Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: wie häufig rauchen

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	37,401 ^a	3	12,467	2,776	,041
Intercept	3851,504	1	3851,504	857,572	,000
GESCHLEC	,440	1	,440	,098	,754
ALTER_NE	33,671	1	33,671	7,497	,006
GESCHLEC * ALTER_NE	8,069	1	8,069	1,797	,181
Fehler	2241,096	499	4,491		
Gesamt	6203,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	2278,497	502			

a. R-Quadrat = ,016 (korrigiertes R-Quadrat = ,011)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: wie häufig rauchen

Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
2,817	,096	2,628	3,006

2. Geschlecht

Abhängige Variable: wie häufig rauchen

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	2,847	,147	2,559	3,135
weiblich	2,787	,125	2,542	3,031

3. „Altersgruppen

Abhängige Variable: wie häufig rauchen

Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	2,553	,132	2,294	2,813
17 bis 20 Jahre	3,080	,140	2,805	3,355

4. Geschlecht * „Altersgruppen

Abhängige Variable: wie häufig rauchen

Geschlecht	„Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	2,455	,193	2,076	2,833
	17 bis 20 Jahre	3,239	,221	2,805	3,673
weiblich	14 bis 16 Jahre	2,652	,180	2,298	3,007
	17 bis 20 Jahre	2,921	,172	2,583	3,259

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
wie häufig rauchen	Polyt. Schule	126	280,83
	Berufsschule	131	310,86
	Gym. 8 Klasse	113	220,37
	Gym. 5 Klasse	133	193,59
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	wie häufig rauchen
Chi-Quadrat	62,207
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

2.5 Alkoholkonsum

jemals Alk getrunken

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	124	24,7	24,7
	ja einmal	77	15,3	40,0
	2-3 mal	84	16,7	56,7
	4 - 10 mal	73	14,5	71,2
	öfter als 10 mal	144	28,6	99,8
	fehlender Wert	1	,2	100,0
Gesamt	503	100,0		

wie oft Alk getrunken

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	95	18,9	18,9
	weniger als jeden Monat	132	26,2	45,1
	jeden monat	105	20,9	66,0
	jede Woche	161	32,0	98,0
	täglich	9	1,8	99,8
	fehlender Wert	1	,2	100,0
Gesamt	503	100,0		

Nichtparametrische Tests

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft Alk getrunken	männlich	213	282,20	55849,00
	weiblich	290	244,51	70907,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft Alk getrunken
Mann-Whitney-U	28712,000
Wilcoxon-W	70907,000
Z	-1,396
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,163

a. Gruppenvariable: Geschlecht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	.Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft Alk getrunken	14 bis 16 Jahre	259	233,90	60579,50
	17 bis 20 Jahre	244	271,22	66176,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft Alk getrunken
Mann-Whitney-U	26909,500
Wilcoxon-W	60579,500
Z	-2,979
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,003

a. Gruppenvariable: .Altersgruppen

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
wie oft Alk getrunken	Polyt. Schule	126	265,73
	Berufsschule	131	258,92
	Gym. 8 Klasse	113	285,47
	Gym. 5 Klasse	133	203,74
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	wie oft Alk getrunken
Chi-Quadrat	23,650
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: wie oft Alk getrunken

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	2,785	,104	2,580	2,990
Berufsschule	2,799	,102	2,598	2,999
Gym. 8 Klasse	2,978	,110	2,762	3,193
Gym. 5 Klasse	2,314	,106	2,107	2,522

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjekt faktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	männlich	213
	weiblich	290
.Altersgruppen	14 bis 16 Jahre	259
	17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianz^a

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

F	df1	df2	Signifikanz
2,280	3	499	,079

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:

Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	148,650 ^a	3	49,550	22,359	,000
Intercept	4729,319	1	4729,319	2134,054	,000
GESCHLECH	12,193	1	12,193	5,502	,019
ALTER_NE	136,322	1	136,322	61,514	,000
GESCHLECH * ALTER_NE	,355	1	,355	,160	,689
Fehler	1105,844	499	2,216		
Gesamt	6037,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1254,493	502			

^a. R-Quadrat = ,118 (korrigiertes R-Quadrat = ,113)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
3,121	,068	2,989	3,254

2. Geschlecht

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Geschlecht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	3,280	,103	3,077	3,482
weiblich	2,963	,088	2,791	3,135

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	2,591	,093	2,409	2,773
17 bis 20 Jahre	3,651	,098	3,458	3,844

4. Geschlecht * Altersgruppen

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Geschlecht	Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	2,777	,135	2,511	3,043
	17 bis 20 Jahre	3,783	,155	3,478	4,088
weiblich	14 bis 16 Jahre	2,406	,127	2,157	2,655
	17 bis 20 Jahre	3,520	,121	3,283	3,757

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Welche Schulform besucht	1	Polyt. Schule	126
	2	Berufsschule	131
	3	Gym. 8 Klasse	113
	30	Gym. 5 Klasse	133

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

F	df1	df2	Signifikanz
2,327	3	499	,074

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

^a. Design: Intercept+SCHULFOR

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	188,926 ^a	3	62,975	29,491	,000
Intercept	4837,627	1	4837,627	2265,438	,000
SCHULFOR	188,926	3	62,975	29,491	,000
Fehler	1065,567	499	2,135		
Gesamt	6037,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1254,493	502			

^a. R-Quadrat = ,151 (korrigiertes R-Quadrat = ,145)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
3,108	,065	2,979	3,236

2. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	3,040	,130	2,784	3,295
Berufsschule	3,557	,128	3,306	3,808
Gym. 8 Klasse	3,690	,137	3,420	3,960
Gym. 5 Klasse	2,143	,127	1,894	2,392

Post-Hoc-Tests

Welche Schulform besucht

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: jemals Alk getrunken

Scheffé

(I) Welche Schulform besucht	(J) Welche Schulform besucht	Mittlere Differenz (I-J)	Standardf ehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	Berufsschule	-,52*	,182	,046	-1,03	-,01
	Gym. 8 Klasse	-,65*	,189	,009	-1,18	-,12
	Gym. 5 Klasse	,90*	,182	,000	,39	1,41
Berufsschule	Polyt. Schule	,52*	,182	,046	,01	1,03
	Gym. 8 Klasse	-,13	,188	,918	-,66	,39
	Gym. 5 Klasse	1,41*	,180	,000	,91	1,92
Gym. 8 Klasse	Polyt. Schule	,65*	,189	,009	,12	1,18
	Berufsschule	,13	,188	,918	-,39	,66
	Gym. 5 Klasse	1,55*	,187	,000	1,02	2,07
Gym. 5 Klasse	Polyt. Schule	-,90*	,182	,000	-1,41	-,39
	Berufsschule	-1,41*	,180	,000	-1,92	-,91
	Gym. 8 Klasse	-1,55*	,187	,000	-2,07	-1,02

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.

* Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Homogene Untergruppen

jemals Alk getrunken

Scheffé^{a,b,c}

Welche Schulform besucht	N	Untergruppe		
		1	2	3
Gym. 5 Klasse	133	2,14		
Polyt. Schule	126		3,04	
Berufsschule	131		3,56	3,56
Gym. 8 Klasse	113			3,69
Signifikanz		1,000	,050	,915

Die Mittelwerte für Gruppen in homogenen Untergruppen werden angezeigt.

Basiert auf Typ III Quadratsumme

Der Fehlerterm ist "Mittel der Quadrate (Fehler) = 2,135".

- Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 125,241
- Die Größen der Gruppen ist ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveau für Typ I werden nicht garantiert.
- Alpha = ,05

2.6 Drogenkonsum

Cannabis

Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
					nein
nein	410	81,5	81,5	81,5	
ja probiert	63	12,5	12,5	94,0	
ja öfters	25	5,0	5,0	99,0	
ja regelmäßig	4	,8	,8	99,8	
fehlender Wert	1	,2	,2	100,0	
Gesamt	503	100,0	100,0		

Heroin

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	498	99,0	99,0	99,0
nein	4	,8	,8	99,8
ja probiert	1	,2	,2	100,0
fehlender Wert				
Gesamt	503	100,0	100,0	

Ecstasy

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	491	97,6	97,6	97,6
nein	10	2,0	2,0	99,6
ja probiert	1	,2	,2	99,8
ja öfters	1	,2	,2	100,0
fehlender Wert				
Gesamt	503	100,0	100,0	

andere Drogen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	469	93,2	93,2	93,2
nein	25	5,0	5,0	98,2
ja probiert	6	1,2	1,2	99,4
ja öfters	2	,4	,4	99,8
ja regelmäßig	1	,2	,2	100,0
fehlender Wert				
Gesamt	503	100,0	100,0	

kein Drogenkonsum * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
kein	,00	3	4
Drogenkonsum	1,00	3	5
	2,00	9	14
	3,00	45	85
	4,00	165	395
Gesamt	213	290	503

regelmäßiger Drogenkonsum

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	498	99,0	99,0	99,0
,00	4	,8	,8	99,8
1,00	1	,2	,2	100,0
2,00				
Gesamt	503	100,0	100,0	

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Cannabis	259	237,78	61586,00
14 bis 16 Jahre			
17 bis 20 Jahre	244	267,09	65170,00
Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Cannabis
Mann-Whitney-U	27916,000
Wilcoxon-W	61586,000
Z	-3,346
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen“

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Cannabis	126	237,86
Polyt. Schule		
Berufsschule	131	260,32
Gym. 8 Klasse	113	274,94
Gym. 5 Klasse	133	237,71
Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Cannabis
Chi-Quadrat	12,537
df	3
Asymptotische Signifikanz	,006

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Cannabis	männlich	213	255,30	54378,50
	weiblich	290	249,58	72377,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Cannabis
Mann-Whitney-U	30182,500
Wilcoxon-W	72377,500
Z	-,646
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,519

a. Gruppenvariable: Geschlecht

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: Cannabis

Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	1,181	,042	1,099	1,263
17 bis 20 Jahre	1,367	,044	1,280	1,453

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Cannabis

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	1,182	,062	1,061	1,303
Berufsschule	1,377	,061	1,258	1,496
Gym. 8 Klasse	1,355	,065	1,227	1,483
Gym. 5 Klasse	1,152	,063	1,029	1,275

2.7 Medikamentenkonsum

Kopfschmerzen - Medikament

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja einmal	127	25,2	25,2	25,2
	ja mehrmals	108	21,5	21,5	46,7
	nein	268	53,3	53,3	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Magenschmerzen - Medikament

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja einmal	69	13,7	13,7	13,7
	ja mehrmals	50	9,9	9,9	23,7
	nein	383	76,1	76,1	99,8
	fehlender Wert	1	,2	,2	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Schlaf - Medikament

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig	ja einmal	6	1,2	1,2	1,2
	ja mehrmals	21	4,2	4,2	5,4
	nein	476	94,6	94,6	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Nervösität - Medikament

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig	ja einmal	15	3,0	3,0	3,0
	ja mehrmals	26	5,2	5,2	8,2
	nein	462	91,8	91,8	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

sonstige Medikamente

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig	ja einmal	73	14,5	14,5	14,5
	ja mehrmals	76	15,1	15,1	29,6
	nein	352	70,0	70,0	99,6
	fehlender Wert	2	,4	,4	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Kopfschmerzen - Medikament * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Kopfschmerzen - Medikament	ja einmal	Anzahl	42	85	127
		Korrigierte Residuen	-2,4	2,4	
	ja mehrmals	Anzahl	25	83	108
		Korrigierte Residuen	-4,6	4,6	
	nein	Anzahl	146	122	268
		Korrigierte Residuen	5,9	-5,9	
Gesamt		Anzahl	213	290	503

Medikamenteneinnahme zweimal * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Medikamenteneinnahme	0	138	151	289
zweimal	1	59	90	149
	2	12	45	57
	3	3	3	6
	4	0	1	1
	5	1	0	1
Gesamt		213	290	503

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Medikamenteneinnahme nie * Geschlecht	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Medikamenteneinnahme nie * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Medikamenteneinnahme	0	1	6	7
nie	1	2	5	7
	2	8	38	46
	3	27	71	98
	4	74	103	177
	5	101	67	168
Gesamt		213	290	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	45,079 ^a	5	,000
Likelihood-Quotient	46,900	5	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	40,509	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 4 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,96.

Medikamenteneinnahme * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl

		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Medikamenteneinnahme	0	1	6	7
	1	2	5	7
	2	8	38	46
	3	27	71	98
	4	74	103	177
	5	101	67	168
Gesamt		213	290	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	45,079 ^a	5	,000
Likelihood-Quotient	46,900	5	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	40,509	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 4 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,96.

Medikamenteneinnahme *, Altersgruppen Kreuztabelle

Anzahl

		Altersgruppen		Gesamt
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
Medikamenteneinnahme	0	4	3	7
	1	5	2	7
	2	24	22	46
	3	47	51	98
	4	82	95	177
	5	97	71	168
Gesamt		259	244	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	6,216 ^a	5	,286
Likelihood-Quotient	6,270	5	,281
Zusammenhang linear-mit-linear	,371	1	,542
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 4 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,40.

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Medikamenteneinnahme zweimal und öfters	Polyt. Schule	126	249,32
	Berufsschule	131	248,78
	Gym. 8 Klasse	113	251,58
	Gym. 5 Klasse	133	258,07
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Medikamente n einnahme zweimal und öfters
Chi-Quadrat	,434
df	3
Asymptotische Signifikanz	,933

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Korrelationen

		Medikamente n einnahme zweimal und öfters	psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters
Medikamenten einnahme zweimal und öfters	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	1 . 503	,077 ,085 503
psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	,077 ,085 503	1 . 503

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: mehrfacher Substanzmittelkonsum

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	1,164	,083	1,000	1,327
Berufsschule	1,202	,081	1,042	1,362
Gym. 8 Klasse	,878	,087	,706	1,049
Gym. 5 Klasse	,560	,084	,395	,726

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: mehrfacher Substanzmittelkonsum

Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	,863	,058	,749	,977
17 bis 20 Jahre	1,051	,061	,931	1,172

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
mehrfacher Substanzmittelkonsum	männlich	213	251,36	53540,50
	weiblich	290	252,47	73215,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	mehrfacher Substanzmi telkonsum
Mann-Whitney-U	30749,500
Wilcoxon-W	53540,500
Z	-,089
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,929

a. Gruppenvariable: Geschlecht

2.8 Mehrfachkonsum von Suchtmittel

mehrfacher Substanzmittelkonsum * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
mehrfacher	0	83	112	195
Substanzmittelkonsum	1	74	98	172
	2	41	65	106
	3	13	14	27
	4	2	1	3
Gesamt		213	290	503

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
mehrfacher Substanzmittelkonsum	14 bis 16 Jahre	259	235,76	61061,50
	17 bis 20 Jahre	244	269,24	65694,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	mehrfacher Substanzmittelkonsum
Mann-Whitney-U	27391,500
Wilcoxon-W	61061,500
Z	-2,733
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,006

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen“

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
mehrfacher Substanzmittelkonsum	Polyt. Schule	126	275,90
	Berufsschule	131	289,84
	Gym. 8 Klasse	113	245,36
	Gym. 5 Klasse	133	197,73
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	mehrfacher Substanzmittelkonsum
Chi-Quadrat	34,812
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Korrelationen

Korrelationen

		Gesundheitszustand	mehrfacher Substanzmittelkonsum
Gesundheitszustand	Korrelation nach Pearson	1	,177**
	Signifikanz (2-seitig)	.	,000
	N	503	503
mehrfacher Substanzmittelkonsum	Korrelation nach Pearson	,177**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	.
	N	503	503

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Korrelationen

Korrelationen

		mehrfacher Substanzmittelkonsum	Lebenszufriedenheit
mehrfacher Substanzmittelkonsum	Korrelation nach Pearson	1	-,189**
	Signifikanz (2-seitig)	.	,000
	N	503	503
Lebenszufriedenheit	Korrelation nach Pearson	-,189**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	.
	N	503	503

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

2.9 Schlaflänge

wie viele Stunden schlafen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger als 6	33	6,6	6,6	6,6
	6	76	15,1	15,1	21,7
	7	157	31,2	31,2	52,9
	8	186	37,0	37,0	89,9
	9	42	8,3	8,3	98,2
	10	9	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Geschlecht	1	männlich	213
	2	weiblich	290
,Altersgruppen	1	14 bis 16 Jahre	259
	2	17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: wie viele Stunden schlafen

F	df1	df2	Signifikanz
,229	3	499	,876

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

^a. Design:

Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: wie viele Stunden schlafen

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	8,067 ^a	3	2,689	2,285	,078
Intercept	5340,112	1	5340,112	4538,237	,000
GESCHLEC	2,952	1	2,952	2,509	,114
ALTER_NE	4,316	1	4,316	3,668	,056
GESCHLEC * ALTER_NE	,023	1	,023	,020	,889
Fehler	587,170	499	1,177		
Gesamt	6100,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	595,237	502			

^a. R-Quadrat = ,014 (korrigiertes R-Quadrat = ,008)

3. ,Altersgruppen

Abhängige Variable: wie viele Stunden schlafen

,Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	3,411	,068	3,278	3,544
17 bis 20 Jahre	3,222	,072	3,082	3,363

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

		Wertelabel	N
Welche Schulform besucht	1	Polyt. Schule	126
	2	Berufsschule	131
	3	Gym. 8 Klasse	113
	30	Gym. 5 Klasse	133

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: wie viele Stunden schlafen

F	df1	df2	Signifikanz
1,136	3	499	,334

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

^a. Design: Intercept+SCHULFOR

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: wie viele Stunden schlafen

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	5,436 ^a	3	1,812	1,533	,205
Intercept	5475,124	1	5475,124	4632,220	,000
SCHULFOR	5,436	3	1,812	1,533	,205
Fehler	589,801	499	1,182		
Gesamt	6100,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	595,237	502			

^a. R-Quadrat = ,009 (korrigiertes R-Quadrat = ,003)

2.10 Zahnpflege

wie oft Zähne putzen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig selten	5	1,0	1,0	1,0
einmal pro Woche	8	1,6	1,6	2,6
täglich	90	17,9	17,9	20,5
mehr als einmal täglich	400	79,5	79,5	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Nichtparametrische Tests

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft Zähne putzen	männlich	213	230,91	49184,50
	weiblich	290	267,49	77571,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft Zähne putzen
Mann-Whitney-U	26393,500
Wilcoxon-W	49184,500
Z	-3,978
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests

Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft Zähne putzen	14 bis 16 Jahre	259	251,56	65154,50
	17 bis 20 Jahre	244	252,47	61601,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft Zähne putzen
Mann-Whitney-U	31484,500
Wilcoxon-W	65154,500
Z	-,099
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,921

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
wie oft Zähne putzen	Polyt. Schule	126	228,29
	Berufsschule	131	243,28
	Gym. 8 Klasse	113	263,12
	Gym. 5 Klasse	133	273,61
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	wie oft Zähne putzen
Chi-Quadrat	15,111
df	3
Asymptotische Signifikanz	,002

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

2.11 Selbstverletzung

Selbstverletzung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	391	77,7	77,7	77,7
ja einmal	56	11,1	11,1	88,9
ja öfters	56	11,1	11,1	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Selbstverletzung * Geschlecht Kreuztabelle

		Geschlecht		Gesamt	
		männlich	weiblich		
Selbstverletzung	nein	Anzahl	173	218	391
		Korrigierte Residuen	1,6	-1,6	
	ja einmal	Anzahl	24	32	56
		Korrigierte Residuen	,1	-,1	
	ja öfters	Anzahl	16	40	56
		Korrigierte Residuen	-2,2	2,2	
Gesamt		Anzahl	213	290	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson ^a	4,936 ^a	2	,085
Likelihood-Quotient	5,130	2	,077
Zusammenhang linear-mit-linear	4,186	1	,041
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 23,71.

Selbstverletzung * Altersgruppen Kreuztabelle

		Altersgruppen		Gesamt	
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre		
Selbstverletzung	nein	Anzahl	188	203	391
		Korrigierte Residuen	-2,9	2,9	
	ja einmal	Anzahl	31	25	56
		Korrigierte Residuen	,6	-,6	
	ja öfters	Anzahl	40	16	56
		Korrigierte Residuen	3,2	-3,2	
Gesamt		Anzahl	259	244	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson ^a	11,067 ^a	2	,004
Likelihood-Quotient	11,399	2	,003
Zusammenhang linear-mit-linear	10,708	1	,001
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 27,17.

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Selbstverletzung	Polyt. Schule	126	298,02
	Berufsschule	131	243,35
	Gym. 8 Klasse	113	230,12
	Gym. 5 Klasse	133	235,50
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Selbstverletzung
Chi-Quadrat	32,928
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

^a. Kruskal-Wallis-Test

^b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Statistiken^a

Selbstverletzung		
N	Gültig	133
	Fehlend	0
Mittelwert		1,23

^a. Welche Schulform besucht = Gym. 5 Kl.

Statistiken^a

Selbstverletzung		
N	Gültig	113
	Fehlend	0
Mittelwert		1,19

^a. Welche Schulform besucht = Gym. 8 Klas

Statistikerf

Selbstverletzung		
N	Gültig	126
	Fehlend	0
Mittelwert		1,63

Statistikerf

Selbstverletzung		
N	Gültig	131
	Fehlend	0
Mittelwert		1,27

a. Welche Schulform besucht = Polyt. Sch

a. Welche Schulform besucht = Berufssch

2.12 Sexualität

Geschlechtsverkehr

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	294	58,4	58,4	58,4
nein	206	41,0	41,0	99,4
fehlender Wert	3	,6	,6	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Verhütungsmethode

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Verhütung	10	2,0	3,3	3,3
Antibabybille	186	37,0	62,0	65,3
Kondom	90	17,9	30,0	95,3
Hormonspirale	3	,6	1,0	96,3
Hormonpflaster	7	1,4	2,3	98,7
gleichgeschlechtlich	2	,4	,7	99,3
fehlender wert	2	,4	,7	100,0
Gesamt	300	59,6	100,0	
Fehlend System	203	40,4		
Gesamt	503	100,0		

Kondombenutzung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Kondom	92	18,3	100,0	100,0
Fehlend System	411	81,7		
Gesamt	503	100,0		

Verhütungsmethode * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

Anzahl	Verhütungsmethode	Welche Schulform besucht				Gesamt
		Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
	keine Verhütung	1	9	0	0	10
	Antibabybille	24	87	64	11	186
	Kondom	38	20	15	17	90
	Hormonspirale	0	0	2	1	3
	Hormonpflaster	1	2	4	0	7
	gleichgeschlechtlich	0	1	1	0	2
	fehlender wert	0	2	0	0	2
Gesamt		64	121	86	29	300

2.13 Gewalterfahrung

erfahrene Gewalthandlungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	171	34,0	34,0	34,0
ja einmal	100	19,9	19,9	53,9
2-3	92	18,3	18,3	72,2
ja öfters	140	27,8	27,8	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
erfahrene	männlich	213	297,22	63307,00
Gewalt handlungen	weiblich	290	218,79	63449,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	erfahrene Gewalthandlungen
Mann-Whitney-U	21254,000
Wilcoxon-W	63449,000
Z	-6,216
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Statistik für Test^{a,b}

	erfahrene Gewalthandlungen
Chi-Quadrat	33,083
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	„Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
erfahrene Gewalthandlungen	14 bis 16 Jahre	259	249,07	64508,50
	17 bis 20 Jahre	244	255,11	62247,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	erfahrene Gewalthandlungen
Mann-Whitney-U	30838,500
Wilcoxon-W	64508,500
Z	-,485
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,628

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
erfahrene Gewalthandlungen	Polyt. Schule	126	298,39
	Berufsschule	131	267,73
	Gym. 8 Klasse	113	240,48
	Gym. 5 Klasse	133	202,34
	Gesamt	503	

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: erfahrene Gewalthandlungen

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	2,756	,106	2,548	2,963
Berufsschule	2,610	,104	2,406	2,813
Gym. 8 Klasse	2,386	,111	2,168	2,605
Gym. 5 Klasse	2,101	,107	1,891	2,311

2. Geschlecht

Abhängige Variable: erfahrene Gewalthandlungen

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	2,796	,081	2,637	2,955
weiblich	2,106	,069	1,971	2,241

3. „Altersgruppen

Abhängige Variable: erfahrene Gewalthandlungen

„Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	2,396	,073	2,253	2,539
17 bis 20 Jahre	2,506	,077	2,354	2,658

Korrelationen

Korrelationen

		erfahrene Gewalthan- dungen	wie oft Alk getrunken
erfahrene Gewalthandlungen	Korrelation nach Pearson	1	,235**
	Signifikanz (2-seitig)	.	,000
	N	503	503
wie oft Alk getrunken	Korrelation nach Pearson	,235**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	.
	N	503	503

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

2.14 Faszination – riskantes Fahren

fasziniert schnelles Fahren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	98	19,5	19,5	19,5
	kaum	122	24,3	24,3	43,7
	mittelmäßig	129	25,6	25,6	69,4
	ziemlich	95	18,9	18,9	88,3
	außerordentlich	54	10,7	10,7	99,0
	fehlender Wert	5	1,0	1,0	100,0
Gesamt		503	100,0	100,0	

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

		Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fasziniert	männlich		213	298,85	63655,00
schnelles Fahren	weiblich		290	217,59	63101,00
		Gesamt	503		

Statistik für Tes^a

		fasziniert schnelles Fahren
Mann-Whitney-U		20906,000
Wilcoxon-W		63101,000
Z		-6,345
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

		Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fasziniert	14 bis 16 Jahre		259	269,29	69745,00
schnelles Fahren	17 bis 20 Jahre		244	233,65	57011,00
		Gesamt	503		

Statistik für Tes^a

		fasziniert schnelles Fahren
Mann-Whitney-U		27121,000
Wilcoxon-W		57011,000
Z		-2,814
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,005

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

		Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
fasziniert	Polyt. Schule		126	321,02
schnelles Fahren	Berufsschule		131	239,92
		Gym. 8 Klasse	113	226,39
		Gym. 5 Klasse	133	220,28
		Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	fasziniert schnelles Fahren
Chi-Quadrat	41,067
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

2. Geschlecht

Abhängige Variable: fasziniert schnelles Fahren

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	3,241	,093	3,057	3,424
weiblich	2,544	,080	2,387	2,701

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: fasziniert schnelles Fahren

Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	2,967	,084	2,802	3,131
17 bis 20 Jahre	2,823	,089	2,649	2,998

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: fasziniert schnelles Fahren

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	3,351	,122	3,112	3,589
Berufsschule	2,975	,119	2,741	3,209
Gym. 8 Klasse	2,650	,128	2,399	2,901
Gym. 5 Klasse	2,593	,123	2,352	2,835

3 Gesundheitsbewusstsein

Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keinesfalls	37	7,4	7,4
	vielleicht	132	26,2	26,3
	ganz sicher	333	66,2	66,3
	Gesamt	502	99,8	100,0
Fehlend	System	1	,2	
	Gesamt	503	100,0	

Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten	keinesfalls	Anzahl	24	13	37
		Korrigierte Residuen	2,9	-2,9	
	vielleicht	Anzahl	59	73	132
		Korrigierte Residuen	,6	-6	
	ganz sicher	Anzahl	130	203	333
		Korrigierte Residuen	-2,2	2,2	
Gesamt	Anzahl	213	289	502	

Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten	männlich	213	235,88	50242,50
	weiblich	289	263,01	76010,50
	Gesamt	502		

Statistik für Test^a

	Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten
Mann-Whitney-U	27451,500
Wilcoxon-W	50242,500
Z	-2,494
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,013

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Statistik für Test^{a,b}

	Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten
Chi-Quadrat	37,626
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten	14 bis 16 Jahre	259	227,55	58935,00
	17 bis 20 Jahre	243	277,03	67318,00
	Gesamt	502		

Statistik für Test^a

	Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten
Mann-Whitney-U	25265,000
Wilcoxon-W	58935,000
Z	-4,600
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten	Polyt. Schule	126	204,99
	Berufsschule	130	256,82
	Gym. 8 Klasse	113	300,27
	Gym. 5 Klasse	133	248,92
	Gesamt	502	

was ist für Gesundheit wichtig

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	369	73,4	73,4	73,4	
	angeführt				
	nichts ist wichtig	10	2,0	2,0	75,3
	fehlender Wert	124	24,7	24,7	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - körperliche Bewegung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	7	1,4	1,4	1,4	
	keine Bedeutung				
	geringe Bedeutung	67	13,3	13,3	14,7
	hohe Bedeutung	429	85,3	85,3	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Ernährung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	14	2,8	2,8	2,8	
	keine Bedeutung				
	geringe Bedeutung	104	20,7	20,7	23,5
	hohe Bedeutung	384	76,3	76,3	99,8
	fehlender eintrag	1	,2	,2	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Gewicht

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	20	4,0	4,0	4,0
geringe Bedeutung	178	35,4	35,4	39,4
hohe Bedeutung	302	60,0	60,0	99,4
fehlender eintrag	3	,6	,6	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Schlaf

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	38	7,6	7,6	7,6
geringe Bedeutung	143	28,4	28,4	36,0
hohe Bedeutung	321	63,8	63,8	99,8
fehlender eintrag	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Gurt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	26	5,2	5,2	5,2
geringe Bedeutung	93	18,5	18,5	23,7
hohe Bedeutung	381	75,7	75,7	99,4
fehlender eintrag	3	,6	,6	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Arzt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	66	13,1	13,1	13,1
geringe Bedeutung	242	48,1	48,1	61,2
hohe Bedeutung	195	38,8	38,8	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Lebenseinstellung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	40	8,0	8,0	8,0
geringe Bedeutung	198	39,4	39,4	47,3
hohe Bedeutung	264	52,5	52,5	99,8
fehlender eintrag	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Freunde

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	28	5,6	5,6	5,6
geringe Bedeutung	94	18,7	18,7	24,3
hohe Bedeutung	380	75,5	75,5	99,8
fehlender eintrag	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Sex

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	30	6,0	6,0	6,0
geringe Bedeutung	98	19,5	19,5	25,4
hohe Bedeutung	373	74,2	74,2	99,6
fehlender eintrag	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Sonne

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	141	28,0	28,0	28,0
geringe Bedeutung	209	41,6	41,6	69,6
hohe Bedeutung	150	29,8	29,8	99,4
fehlender eintrag	3	,6	,6	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung - Umwelt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Bedeutung	28	5,6	5,6	5,6
geringe Bedeutung	149	29,6	29,6	35,2
hohe Bedeutung	326	64,8	64,8	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

F	df1	df2	Signifikanz
,546	3	499	,651

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design:
Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC *
ALTER_NE

3.1 Gemessenes Gesundheitsbewusstsein

Gesundheitsbewußtsein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	3	,6	,6	,6
1,00	5	1,0	1,0	1,6
2,00	8	1,6	1,6	3,2
3,00	26	5,2	5,2	8,3
4,00	41	8,2	8,2	16,5
5,00	64	12,7	12,7	29,2
6,00	75	14,9	14,9	44,1
7,00	88	17,5	17,5	61,6
8,00	82	16,3	16,3	77,9
9,00	60	11,9	11,9	89,9
10,00	51	10,1	10,1	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	210,075 ^a	3	70,025	16,183	,000
Intercept	2111,899	1	2111,899	4879,178	,000
GESCHLEC	110,490	1	110,490	25,535	,000
ALTER_NE	63,312	1	63,312	14,632	,000
GESCHLEC * ALTER_NE	11,310	1	11,310	2,614	,107
Fehler	2159,142	499	4,327		
Gesamt	24747,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	2369,217	502			

a. R-Quadrat = ,089 (korrigiertes R-Quadrat = ,083)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
6,595	,094	6,409	6,780

2. Geschlecht

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

Geschlecht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	6,118	,144	5,835	6,400
weiblich	7,072	,122	6,831	7,312

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	männlich	213
	weiblich	290
Altersgruppen	14 bis 16 Jahre	259
	17 bis 20 Jahre	244

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	6,234	,130	5,979	6,488
17 bis 20 Jahre	6,956	,137	6,686	7,226

4. Geschlecht * ,Altersgruppen

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

Geschlecht	,Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	5,909	,189	5,538	6,281
	17 bis 20 Jahre	6,326	,217	5,900	6,752
weiblich	14 bis 16 Jahre	6,558	,177	6,210	6,906
	17 bis 20 Jahre	7,586	,169	7,254	7,917

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektoren

Welche Schulform besucht	Wertelabel	N
1	Polyt. Schule	126
2	Berufsschule	131
3	Gym. 8 Klasse	113
30	Gym. 5 Klasse	133

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

F	df1	df2	Signifikanz
,397	3	499	,755

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+SCHULFOR

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	93,935 ^a	3	31,312	6,867	,000
Intercept	22374,629	1	22374,629	4907,059	,000
SCHULFOR	93,935	3	31,312	6,867	,000
Fehler	2275,281	499	4,560		
Gesamt	24747,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	2369,217	502			

a. R-Quadrat = ,040 (korrigiertes R-Quadrat = ,034)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
6,683	,095	6,496	6,870

2. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	6,175	,190	5,801	6,548
Berufsschule	7,076	,187	6,710	7,443
Gym. 8 Klasse	7,150	,201	6,756	7,545
Gym. 5 Klasse	6,331	,185	5,967	6,695

Post-Hoc-Tests

Welche Schulform besucht

Mehrfachvergleiche

Abhängige Variable: Gesundheitsbewußtsein
Scheffé

(I) Welche Schulform besucht	(J) Welche Schulform besucht	Mittlere Differenz (I-J)	Standardf ehler	Signifikanz	95% Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	Berufsschule	-.90*	,266	,010	-1,65	-,15
	Gym. 8 Klasse	-.98*	,277	,006	-1,75	-,20
	Gym. 5 Klasse	-.16	,265	,951	-,90	,59
Berufsschule	Polyt. Schule	,90*	,266	,010	,15	1,65
	Gym. 8 Klasse	-.07	,274	,995	-,84	,69
	Gym. 5 Klasse	,75*	,263	,046	,01	1,48
Gym. 8 Klasse	Polyt. Schule	,98*	,277	,006	,20	1,75
	Berufsschule	,07	,274	,995	-,69	,84
	Gym. 5 Klasse	,82*	,273	,030	,05	1,59
Gym. 5 Klasse	Polyt. Schule	,16	,265	,951	-,59	,90
	Berufsschule	-.75*	,263	,046	-1,48	-,01
	Gym. 8 Klasse	-.82*	,273	,030	-1,59	-,05

Basiert auf beobachteten Mittelwerten.

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe ,05 signifikant.

Homogene Untergruppen

Gesundheitsbewußtsein

Scheffé^{a,b,c}

Welche Schulform besucht	N	Untergruppe		
		1	2	3
Polyt. Schule	126	6,17		
Gym. 5 Klasse	133	6,33	6,33	
Berufsschule	131		7,08	7,08
Gym. 8 Klasse	113			7,15
Signifikanz		,953	,055	,995

Die Mittelwerte für Gruppen in homogenen Untergruppen werden angezeigt.

Basiert auf Typ III Quadratsumme

Der Fehlerterm ist "Mittel der Quadrate (Fehler) = 4,560".

- Verwendet Stichprobengrößen des harmonischen Mittels = 125,241
- Die Größen der Gruppen ist ungleich. Es wird das harmonische Mittel der Größe der Gruppen verwendet. Fehlerniveaus für Typ I werden nicht garantiert.
- Alpha = ,05

4 Gesundheitsrelevante Settings

4.1 Setting - Familie

hilft Mutter Vater wenn gebraucht

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig immer	390	77,5	77,5	77,5
gelegentlich	93	18,5	18,5	96,0
nie	17	3,4	3,4	99,4
fehlender Wert	3	,6	,6	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

verstehen Eltern Sorgen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig immer	237	47,1	47,1	47,1
gelegentlich	212	42,1	42,1	89,3
nie	52	10,3	10,3	99,6
fehlender Wert	2	,4	,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Meinung Eltern wichtig

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig immer	250	49,7	49,8	49,8
gelegentlich	203	40,4	40,4	90,2
nie	45	8,9	9,0	99,2
fehlender Wert	4	,8	,8	100,0
Gesamt	502	99,8	100,0	
Fehlend System	1	,2		
Gesamt	503	100,0		

beeinflussen Eltern

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	137	27,2	27,2	27,2
	gelegentlich	193	38,4	38,4	65,6
	nie	168	33,4	33,4	99,0
	fehlender Wert	5	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Geschwister

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	415	82,5	82,5	82,5
	nein	88	17,5	17,5	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

verstehen Geschwister Probleme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	175	34,8	41,9	41,9
	gelegentlich	163	32,4	39,0	80,9
	nie	79	15,7	18,9	99,8
	fehlender Wert	1	,2	,2	100,0
	Gesamt	418	83,1	100,0	
Fehlend	System	85	16,9		
Gesamt		503	100,0		

beeinflussen Geschwister

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	75	14,9	17,9	17,9
	gelegentlich	132	26,2	31,6	49,5
	nie	209	41,6	50,0	99,5
	fehlender Wert	2	,4	,5	100,0
	Gesamt	418	83,1	100,0	
Fehlend	System	85	16,9		
Gesamt		503	100,0		

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

		Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
hilft Mutter Vater wenn gebraucht	männlich	213	253,47	53990,00	
	weiblich	290	250,92	72766,00	
	Gesamt	503			

Statistik für Test^a

		hilft Mutter Vater wenn gebraucht
Mann-Whitney-U		30571,000
Wilcoxon-W		72766,000
Z		-,268
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,788

a. Gruppenvariable: Geschlecht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

		Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
verstehen Eltern Sorgen	männlich	213	258,24	55006,00	
	weiblich	290	247,41	71750,00	
	Gesamt	503			

Statistik für Test^a

		verstehen Eltern Sorgen
Mann-Whitney-U		29555,000
Wilcoxon-W		71750,000
Z		-,912
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,362

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Meinung Eltern wichtig	männlich	213	254,05	54113,00
	weiblich	289	249,62	72140,00
	Gesamt	502		

Statistik für Test^a

	Meinung Eltern wichtig
Mann-Whitney-U	30235,000
Wilcoxon-W	72140,000
Z	-,376
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,707

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
beeinflussen Eltern	männlich	213	255,58	54437,50
	weiblich	290	249,37	72318,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	beeinflussen Eltern
Mann-Whitney-U	30123,500
Wilcoxon-W	72318,500
Z	-,502
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,615

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Geschwister	männlich	213	244,60	52100,50
	weiblich	290	257,43	74655,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Geschwister
Mann-Whitney-U	29309,500
Wilcoxon-W	52100,500
Z	-1,486
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,137

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
verstehen Geschwister Probleme	männlich	181	217,42	39353,50
	weiblich	231	197,94	45724,50
	Gesamt	412		

Statistik für Test^a

	verstehen Geschwister Probleme
Mann-Whitney-U	18928,500
Wilcoxon-W	45724,500
Z	-1,778
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,075

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
beeinflussen Geschwister	männlich	181	212,80	38517,50
	weiblich	231	201,56	46560,50
	Gesamt	412		

Statistik für Test^a

	beeinflussen Geschwister
Mann-Whitney-U	19764,500
Wilcoxon-W	46560,500
Z	-1,041
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,298

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
hilft Mutter Vater wenn gebraucht	14 bis 16 Jahre	259	260,42	67450,00
	17 bis 20 Jahre	244	243,06	59306,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	hilft Mutter Vater wenn gebraucht
Mann-Whitney-U	29416,000
Wilcoxon-W	59306,000
Z	-1,844
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,065

a. Gruppenvariable: ,Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
verstehen Eltern Sorgen	14 bis 16 Jahre	259	261,46	67717,00
	17 bis 20 Jahre	244	241,96	59039,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	verstehen Eltern Sorgen
Mann-Whitney-U	29149,000
Wilcoxon-W	59039,000
Z	-1,661
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,097

a. Gruppenvariable: ,Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Meinung Eltern wichtig	14 bis 16 Jahre	258	261,84	67553,50
	17 bis 20 Jahre	244	240,57	58699,50
Gesamt		502		

Statistik für Test^a

	Meinung Eltern wichtig
Mann-Whitney-U	28809,500
Wilcoxon-W	58699,500
Z	-1,824
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,068

a. Gruppenvariable: ,Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
beeinflussen Eltern	14 bis 16 Jahre	259	248,03	64240,50
	17 bis 20 Jahre	244	256,21	62515,50
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	beeinflussen Eltern
Mann-Whitney-U	30570,500
Wilcoxon-W	64240,500
Z	-,670
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,503

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen“

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Geschwister	14 bis 16 Jahre	259	252,67	65441,00
	17 bis 20 Jahre	244	251,29	61315,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Geschwister
Mann-Whitney-U	31425,000
Wilcoxon-W	61315,000
Z	-,161
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,872

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen“

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
verstehen Geschwister Probleme	14 bis 16 Jahre	213	218,38	46515,50
	17 bis 20 Jahre	199	193,78	38562,50
Gesamt		412		

Statistik für Test^a

	verstehen Geschwister Probleme
Mann-Whitney-U	18662,500
Wilcoxon-W	38562,500
Z	-,260
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,024

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen“

2. „Altersgruppen“

Abhängige Variable: verstehen Geschwister Probleme

Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	1,854	,051	1,755	1,954
17 bis 20 Jahre	1,683	,053	1,580	1,787

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
beeinflussen Geschwister	14 bis 16 Jahre	213	196,25	41802,00
	17 bis 20 Jahre	199	217,47	43276,00
Gesamt		412		

Statistik für Test^a

	beeinflussen Geschwister
Mann-Whitney-U	19011,000
Wilcoxon-W	41802,000
Z	-1,978
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,048

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

2. Altersgruppen

Abhängige Variable: beeinflussen Geschwister

Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	2,277	,057	2,166	2,388
17 bis 20 Jahre	2,417	,058	2,302	2,532

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
hilft Mutter Vater wenn gebraucht	Polyt. Schule	126	262,85
	Berufsschule	131	251,48
	Gym. 8 Klasse	113	233,29
	Gym. 5 Klasse	133	258,13
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	hilft Mutter Vater wenn gebraucht
Chi-Quadrat	5,331
df	3
Asymptotische Signifikanz	,149

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
verstehen Eltern Sorgen	Polyt. Schule	126	257,97
	Berufsschule	131	254,99
	Gym. 8 Klasse	113	226,86
	Gym. 5 Klasse	133	264,76
Gesamt	503		

Statistik für Test^{a,b}

	verstehen Eltern Sorgen
Chi-Quadrat	5,702
df	3
Asymptotische Signifikanz	,127

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wohnen bei Eltern	14 bis 16 Jahre	259	249,97	64741,50
	17 bis 20 Jahre	244	254,16	62014,50
Gesamt	503			

Statistik für Test^a

	wohnen bei Eltern
Mann-Whitney-U	31071,500
Wilcoxon-W	64741,500
Z	-,551
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,582

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Meinung Eltern wichtig	Polyt. Schule	125	262,32
	Berufsschule	131	240,62
	Gym. 8 Klasse	113	240,51
	Gym. 5 Klasse	133	261,38
	Gesamt	502	

Statistik für Test^{a,b}

	Meinung Eltern wichtig
Chi-Quadrat	3,332
df	3
Asymptotische Signifikanz	,343

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
beeinflussen Eltern	Polyt. Schule	126	254,31
	Berufsschule	131	284,47
	Gym. 8 Klasse	113	223,46
	Gym. 5 Klasse	133	242,09
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	beeinflussen Eltern
Chi-Quadrat	13,029
df	3
Asymptotische Signifikanz	,005

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: beeinflussen Eltern

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	2,067	,092	1,906	2,268
Berufsschule	2,305	,090	2,128	2,483
Gym. 8 Klasse	1,965	,097	1,773	2,156
Gym. 5 Klasse	2,143	,090	1,967	2,319

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
verstehen Geschwister Probleme	Polyt. Schule	113	237,65
	Berufsschule	111	195,81
	Gym. 8 Klasse	88	191,23
	Gym. 5 Klasse	100	196,61
	Gesamt	412	

Statistik für Test^{a,b}

	verstehen Geschwister Probleme
Chi-Quadrat	12,523
df	3
Asymptotische Signifikanz	,006

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: verstehen Geschwister Probleme

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	1,982	,069	1,846	2,119
Berufsschule	1,703	,070	1,565	1,840
Gym. 8 Klasse	1,659	,079	1,505	1,813
Gym. 5 Klasse	1,710	,074	1,565	1,855

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
beeinflussen Geschwister	Polyt. Schule	113	186,93
	Berufsschule	111	225,58
	Gym. 8 Klasse	88	207,24
	Gym. 5 Klasse	100	206,79
	Gesamt	412	

Statistik für Test^{a,b}

	beeinflussen Geschwister
Chi-Quadrat	7,076
df	3
Asymptotische Signifikanz	,070

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

4.1.1 Wohnformen der Jugendlichen

wohnen bei Eltern

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	437	86,9	86,9	86,9
Partner	9	1,8	1,8	88,7
Geschwister	5	1,0	1,0	89,7
Sp Einrichtung	1	,2	,2	89,9
Mutter	38	7,6	7,6	97,4
Großeltern	2	,4	,4	97,8
WG	2	,4	,4	98,2
Vater	3	,6	,6	98,8
eigene Wohnung	6	1,2	1,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

T-Test

Gruppenstatistiken

	Wohnsituation	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gesundheitszustand	Eltern	437	2,01	,694	,033
	andere Wohnform	57	2,02	,694	,092

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz Untere	Obere
Gesundheitszustand	,029	,864	-,086	492	,932	-,01	,098	-,200	,184
Varianzen sind gleich			-,086	71,397	,932	-,01	,098	-,203	,186

T-Test

Gruppenstatistiken

	Wohnsituation	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Lebenszufriedenheit	Eltern	437	7,24	1,679	,080
	andere Wohnform	57	6,74	1,941	,257

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz Untere	Obere
Lebenszufriedenheit	2,985	,085	2,080	492	,038	,50	,241	-,028	,975
Varianzen sind gleich			1,860	67,379	,067	,50	,269	-,037	1,039

4.2 Setting - Freunde

Freunde - Meinung wichtig

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	323	64,2	64,2	64,2
	gelegentlich	165	32,8	32,8	97,0
	nie	15	3,0	3,0	100,0
	fehlender Wert				
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Freunde - helfen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	409	81,3	81,3	81,3
	gelegentlich	85	16,9	16,9	98,2
	nie	9	1,8	1,8	100,0
	fehlender Wert				
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Freunde - Sorgen und Probleme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	335	66,6	66,6	66,6
	gelegentlich	141	28,0	28,0	94,6
	nie	23	4,6	4,6	99,2
	fehlender Wert	4	,8	,8	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Freunde - beeinflussen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	100	19,9	19,9	19,9
	gelegentlich	214	42,5	42,5	62,4
	nie	188	37,4	37,4	99,8
	fehlender Wert	1	,2	,2	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Zugehörigkeit zur Clique

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	370	73,6	73,6	73,6
	nein	129	25,6	25,6	99,2
	fehlender Wert	4	,8	,8	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

gerne mehr Freunde

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	172	34,2	34,2	34,2
	nein	326	64,8	64,8	99,0
	fehlender Wert	5	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

gerne mehr Freunde * Zugehörigkeit zur Clique Kreuztabelle

Anzahl		Zugehörigkeit zur Clique			Gesamt
		ja	nein	fehlender Wert	
gerne mehr Freunde	ja	142	30	0	172
	nein	227	99	0	326
	fehlender Wert	1	0	4	5
Gesamt		370	129	4	503

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

		Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - Meinung wichtig	männlich		213	271,92	57918,00
	weiblich		290	237,37	68838,00
	Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Freunde - Meinung wichtig
Mann-Whitney-U	26643,000
Wilcoxon-W	68838,000
Z	-3,148
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a. Gruppenvariable: Geschlecht

3. Geschlecht

Abhängige Variable: Freunde - Meinung wichtig

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	1,469	,038	1,395	1,543
weiblich	1,317	,032	1,253	1,380

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - helfen	männlich	213	259,67	55309,00
	weiblich	290	246,37	71447,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - helfen
Mann-Whitney-U	29252,000
Wilcoxon-W	71447,000
Z	-1,499
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,134

a. Gruppenvariable: Geschlecht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - Sorgen und Probleme	männlich	213	274,89	58551,00
	weiblich	290	235,19	68205,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - Sorgen und Probleme
Mann-Whitney-U	26010,000
Wilcoxon-W	68205,000
Z	-3,664
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable: Geschlecht

3. Geschlecht

Abhängige Variable: Freunde - Sorgen und Probleme

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	1,480	,040	1,401	1,559
weiblich	1,284	,034	1,217	1,351

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - beeinflussen	männlich	213	233,87	49815,00
	weiblich	290	265,31	76941,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - beeinflussen
Mann-Whitney-U	27024,000
Wilcoxon-W	49815,000
Z	-2,580
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,010

a. Gruppenvariable: Geschlecht

3. Geschlecht

Abhängige Variable: Freunde - beeinflussen

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	2,076	,052	1,974	2,178
weiblich	2,258	,044	2,171	2,345

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - Meinung wichtig	männlich	213	271,92	57918,00
	weiblich	290	237,37	68838,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - Meinung wichtig
Mann-Whitney-U	26643,000
Wilcoxon-W	68838,000
Z	-3,148
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a. Gruppenvariable: Geschlecht

3. Geschlecht

Abhängige Variable: Freunde - Meinung wichtig

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	1,469	,038	1,395	1,543
weiblich	1,317	,032	1,253	1,380

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - Meinung wichtig	14 bis 16 Jahre	259	270,98	70186,00
	17 bis 20 Jahre	244	231,84	56570,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - Meinung wichtig
Mann-Whitney-U	26680,000
Wilcoxon-W	56570,000
Z	-3,608
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable: ,Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	„Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - helfen	14 bis 16 Jahre	259	257,41	66668,00
	17 bis 20 Jahre	244	246,26	60088,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Freunde - helfen
Mann-Whitney-U	30198,000
Wilcoxon-W	60088,000
Z	-1,270
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,204

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	„Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - beeinflussen	14 bis 16 Jahre	259	252,20	65320,50
	17 bis 20 Jahre	244	251,78	61435,50
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Freunde - beeinflussen
Mann-Whitney-U	31545,500
Wilcoxon-W	61435,500
Z	-,035
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,972

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	„Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - Sorgen und Probleme	14 bis 16 Jahre	259	260,93	67582,00
	17 bis 20 Jahre	244	242,52	59174,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Freunde - Sorgen und Probleme
Mann-Whitney-U	29284,000
Wilcoxon-W	59174,000
Z	-1,719
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,086

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Freunde - Meinung wichtig	Polyt. Schule	126	267,49
	Berufsschule	131	224,36
	Gym. 8 Klasse	113	240,53
	Gym. 5 Klasse	133	274,30
Gesamt		503	

Statistik für Test^{a,b}

	Freunde - Meinung wichtig
Chi-Quadrat	14,297
df	3
Asymptotische Signifikanz	,003

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

1. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Freunde - Meinung wichtig

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	1,421	,049	1,325	1,518
Berufsschule	1,265	,048	1,170	1,359
Gym. 8 Klasse	1,350	,052	1,248	1,451
Gym. 5 Klasse	1,537	,050	1,439	1,634

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform		N	Mittlerer Rang
Freunde - helfen	Polyt. Schule	126	259,05
	Berufsschule	131	245,67
	Gym. 8 Klasse	113	246,95
	Gym. 5 Klasse	133	255,85
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Freunde - helfen
Chi-Quadrat	1,693
df	3
Asymptotische Signifikanz	,639

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform		N	Mittlerer Rang
Freunde - Sorgen und Probleme	Polyt. Schule	126	265,76
	Berufsschule	131	227,61
	Gym. 8 Klasse	113	259,79
	Gym. 5 Klasse	133	256,36
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Freunde - Sorgen und Probleme
Chi-Quadrat	7,709
df	3
Asymptotische Signifikanz	,052

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform		N	Mittlerer Rang
Freunde - beeinflussen	Polyt. Schule	126	244,20
	Berufsschule	131	264,66
	Gym. 8 Klasse	113	236,86
	Gym. 5 Klasse	133	259,79
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Freunde - beeinflussen
Chi-Quadrat	3,436
df	3
Asymptotische Signifikanz	,329

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
gerne mehr Freunde * Welche Schulform besucht	498	98,8%	6	1,2%	504	100,0%

gerne mehr Freunde * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

Anzahl		Welche Schulform besucht				Gesamt
		Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
gerne mehr	ja	52	43	32	45	172
Freunde	nein	73	88	80	85	326
Gesamt		125	131	112	130	498

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,691 ^a	3	,196
Likelihood-Quotient	4,672	3	,197
Zusammenhang linear-mit-linear	,009	1	,923
Anzahl der gültigen Fälle	498		

^a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 38,68.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Zugehörigkeit zur Clique * Welche Schulform besucht	499	99,0%	5	1,0%	504	100,0%

Zugehörigkeit zur Clique * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

Anzahl		Welche Schulform besucht				Gesamt
		Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
Zugehörigkeit	ja	94	90	88	98	370
zur Clique	nein	31	41	25	32	129
Gesamt		125	131	113	130	499

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,022 ^a	3	,388
Likelihood-Quotient	2,969	3	,396
Zusammenhang linear-mit-linear	,158	1	,691
Anzahl der gültigen Fälle	499		

^a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 29,21.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Zugehörigkeit zur Clique * Geschlecht	499	99,0%	5	1,0%	504	100,0%

Zugehörigkeit zur Clique * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Zugehörigkeit	ja	149	221	370
zur Clique	nein	63	66	129
Gesamt		212	287	499

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,873 ^b	1	,090		
Kontinuitätskorrektur ^a	2,533	1	,111		
Likelihood-Quotient	2,855	1	,091		
Exakter Test nach Fisher				,098	,056
Zusammenhang linear-mit-linear	2,867	1	,090		
Anzahl der gültigen Fälle	499				

^a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

^b. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 54,81.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
gerne mehr Freunde * Geschlecht	498	98,8%	6	1,2%	504	100,0%

gerne mehr Freunde * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
gerne mehr ja	80	92	172	
Freunde nein	131	195	326	
Gesamt	211	287	498	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,846 ^b	1	,174		
Kontinuitätskorrektur ^a	1,596	1	,206		
Likelihood-Quotient	1,840	1	,175		
Exakter Test nach Fisher				,183	,103
Zusammenhang linear-mit-linear	1,843	1	,175		
Anzahl der gültigen Fälle	498				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 72,88.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
gerne mehr Freunde * Altersgruppen	498	98,8%	6	1,2%	504	100,0%

gerne mehr Freunde * Altersgruppen Kreuztabelle

Anzahl		Altersgruppen		Gesamt
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
gerne mehr ja	97	75	172	
Freunde nein	158	168	326	
Gesamt	255	243	498	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,833 ^b	1	,092		
Kontinuitätskorrektur ^a	2,525	1	,112		
Likelihood-Quotient	2,839	1	,092		
Exakter Test nach Fisher				,109	,056
Zusammenhang linear-mit-linear	2,828	1	,093		
Anzahl der gültigen Fälle	498				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 83,93.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Zugehörigkeit zur Clique * Altersgruppen	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Zugehörigkeit zur Clique * Altersgruppen Kreuztabelle

Anzahl		Altersgruppen		Gesamt
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
Zugehörigkeit ja zur Clique	192	178	370	
nein	63	66	129	
fehlender Wert	4	0	4	
Gesamt	259	244	503	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,156 ^a	2	,125
Likelihood-Quotient	5,697	2	,058
Zusammenhang linear-mit-linear	1,754	1	,185
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,94.

4.3 Setting - Schule

gerne in Schule

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig immer	70	13,9	13,9	13,9
gelegentlich	327	65,0	65,0	78,9
nie	106	21,1	21,1	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

gerne mit Schulkollegen zusammen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig immer	331	65,8	65,8	65,8
gelegentlich	148	29,4	29,4	95,2
nie	24	4,8	4,8	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

belastet durch Schule

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig immer	104	20,7	20,7	20,7
gelegentlich	284	56,5	56,5	77,1
nie	108	21,5	21,5	98,6
fehlender Wert	7	1,4	1,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

beeinflusst Schule

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig immer	35	7,0	7,0	7,0
gelegentlich	167	33,2	33,2	40,2
nie	301	59,8	59,8	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Schule - hilfe bei Sorgen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig immer	240	47,7	47,7	47,7
gelegentlich	148	29,4	29,4	77,1
nie	114	22,7	22,7	99,8
fehlender Wert	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
gerne in Schule	männlich	213	269,06	57310,00
	weiblich	290	239,47	69446,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	gerne in Schule
Mann-Whitney-U	27251,000
Wilcoxon-W	69446,000
Z	-2,672
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,008

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Statistik für Test^a

	belastet durch Schule
Mann-Whitney-U	27257,500
Wilcoxon-W	68012,500
Z	-2,000
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,046

a. Gruppenvariable: Geschlecht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
gerne mit Schulkollegen zusammen	männlich	213	251,08	53480,50
	weiblich	290	252,67	73275,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	gerne mit Schulkollegen zusammen
Mann-Whitney-U	30689,500
Wilcoxon-W	53480,500
Z	-,146
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,884

a. Gruppenvariable: Geschlecht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
belastet durch Schule	männlich	211	261,82	55243,50
	weiblich	285	238,64	68012,50
	Gesamt	496		

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
beeinflusst Schule	männlich	213	237,73	50636,00
	weiblich	290	262,48	76120,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	beeinflusst Schule
Mann-Whitney-U	27845,000
Wilcoxon-W	50636,000
Z	-2,181
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,029

a. Gruppenvariable: Geschlecht

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Geschlecht	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Schule - hilfe bei Sorgen	männlich	213	282,47	60167,00
	weiblich	290	229,62	66589,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Schule - hilfe bei Sorgen
Mann-Whitney-U	24394,000
Wilcoxon-W	66589,000
Z	-4,360
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000

a. Gruppenvariable: Geschlecht

Statistik für Test^a

	gerne mit Schulkollegen zusammen
Mann-Whitney-U	28300,000
Wilcoxon-W	61970,000
Z	-2,438
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,015

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
gerne in Schule	14 bis 16 Jahre	259	247,72	64158,50
	17 bis 20 Jahre	244	256,55	62597,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	gerne in Schule
Mann-Whitney-U	30488,500
Wilcoxon-W	64158,500
Z	-,806
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,420

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
gerne mit Schulkollegen zusammen	14 bis 16 Jahre	259	239,27	61970,00
	17 bis 20 Jahre	244	265,52	64786,00
	Gesamt	503		

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
belastet durch Schule	14 bis 16 Jahre	259	256,63	66466,00
	17 bis 20 Jahre	244	247,09	60290,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	belastet durch Schule
Mann-Whitney-U	30400,000
Wilcoxon-W	60290,000
Z	-,821
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,411

a. Gruppenvariable: Altersgruppen

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
beeinflusst Schule	14 bis 16 Jahre	259	247,75	64167,00
	17 bis 20 Jahre	244	256,51	62589,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	beeinflusst Schule
Mann-Whitney-U	30497,000
Wilcoxon-W	64167,000
Z	-,781
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,435

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen“

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

Altersgruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Schule - hilfe bei Sorgen 14 bis 16 Jahre	259	260,19	67388,00
17 bis 20 Jahre	244	243,31	59368,00
Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Schule - hilfe bei Sorgen
Mann-Whitney-U	29478,000
Wilcoxon-W	59368,000
Z	-1,408
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,159

a. Gruppenvariable: „Altersgruppen“

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
gerne in Schule Polyt. Schule	126	274,37
Berufsschule	131	274,90
Gym. 8 Klasse	113	235,27
Gym. 5 Klasse	133	222,46
Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	gerne in Schule
Chi-Quadrat	18,546
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
gerne mit Schulkollegen zusammen Polyt. Schule	126	255,63
Berufsschule	131	271,29
Gym. 8 Klasse	113	258,82
Gym. 5 Klasse	133	223,76
Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	gerne mit Schulkollegen zusammen
Chi-Quadrat	11,102
df	3
Asymptotische Signifikanz	,011

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

**Nichtparametrische Tests
Kruskal-Wallis-Test**

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
belastet durch Schule Polyt. Schule	126	272,23
Berufsschule	131	241,91
Gym. 8 Klasse	113	253,09
Gym. 5 Klasse	133	241,85
Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	belastet durch Schule
Chi-Quadrat	4,651
df	3
Asymptotische Signifikanz	,199

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
beeinflusst Schule		
Polyt. Schule	126	244,95
Berufsschule	131	252,16
Gym. 8 Klasse	113	261,56
Gym. 5 Klasse	133	250,40
Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	beeinflusst Schule
Chi-Quadrat	1,070
df	3
Asymptotische Signifikanz	,784

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Nichtparametrische Tests Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Schule - hilfe bei Sorgen		
Polyt. Schule	126	260,42
Berufsschule	131	241,32
Gym. 8 Klasse	113	245,62
Gym. 5 Klasse	133	259,96
Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Schule - hilfe bei Sorgen
Chi-Quadrat	2,045
df	3
Asymptotische Signifikanz	,563

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

Korrelationen

[DatenSet1] Z:\Master SPSS.sav

Korrelationen

		Gesundheitszustand	belastet durch Schule
Gesundheitszustand	Korrelation nach Pearson	1	-,053
	Signifikanz (2-seitig)		,231
	N	503	503
belastet durch Schule	Korrelation nach Pearson	-,053	1
	Signifikanz (2-seitig)	,231	
	N	503	503

Korrelationen

[DatenSet1] Z:\Master SPSS.sav

Korrelationen

		belastet durch Schule	Lebenszufriedenheit
belastet durch Schule	Korrelation nach Pearson	1	,110*
	Signifikanz (2-seitig)		,013
	N	503	503
Lebenszufriedenheit	Korrelation nach Pearson	,110*	1
	Signifikanz (2-seitig)	,013	
	N	503	503

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

4.4 Setting - Arbeit

gerne in Arbeitsstelle sein

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	76	15,1	57,1	57,1
	gelegentlich	46	9,1	34,6	91,7
	nie	11	2,2	8,3	100,0
	Gesamt	133	26,4	100,0	
Fehlend	System	370	73,6		
Gesamt		503	100,0		

gerner mit Arbeitskollegen zusammen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	84	16,7	63,2	63,2
	gelegentlich	37	7,4	27,8	91,0
	nie	12	2,4	9,0	100,0
	Gesamt	133	26,4	100,0	
Fehlend	System	370	73,6		
Gesamt		503	100,0		

Arbeit - belastet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	18	3,6	13,5	13,5
	gelegentlich	83	16,5	62,4	75,9
	nie	31	6,2	23,3	99,2
	fehlender Wert	1	,2	,8	100,0
	Gesamt	133	26,4	100,0	
Fehlend	System	370	73,6		
Gesamt		503	100,0		

Arbeit - beeinflusst

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	11	2,2	8,3	8,3
	gelegentlich	45	8,9	33,8	42,1
	nie	76	15,1	57,1	99,2
	fehlender Wert	1	,2	,8	100,0
	Gesamt	133	26,4	100,0	
Fehlend	System	370	73,6		
Gesamt		503	100,0		

Arbeit - sorge

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	immer	77	15,3	57,9	57,9
	gelegentlich	34	6,8	25,6	83,5
	nie	22	4,4	16,5	100,0
	Gesamt	133	26,4	100,0	
Fehlend	System	370	73,6		
Gesamt		503	100,0		

Korrelationen

Korrelationen

		Lebenszufriedenheit	Arbeit - belastet
Lebenszufriedenheit	Korrelation nach Pearson	1	,116
	Signifikanz (2-seitig)		,184
	N	503	133
Arbeit - belastet	Korrelation nach Pearson	,116	1
	Signifikanz (2-seitig)	,184	
	N	133	133

Korrelationen

Korrelationen

		Lebenszufriedenheit	Arbeit - belastet
Lebenszufriedenheit	Korrelation nach Pearson	1	,116
	Signifikanz (2-seitig)		,184
Arbeit - belastet	N	503	133
	Korrelation nach Pearson	,116	1
	Signifikanz (2-seitig)	,184	
	N	133	133

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
gerne in Arbeitsstelle sein	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	,017	,908	-.988	131	,326	-.114	,118	-.343	-.115
				-.969	97,785	,335	-.114	,118	-.348	,120

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
gerner mit Arbeitskollegen zusammen	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	1,835	,178	.018	131	,985	,002	,118	-.231	,236
				.018	89,122	,986	,002	,124	-.243	,248

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Arbeit - belastet	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	4,748	,031	-1,598	131	,113	-.241	,151	-.540	-.058
				-1,803	130,959	,074	-.241	,134	-.505	,023

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Arbeit - beeinflusst	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	1,028	,313	-.848	131	,398	-.130	,154	-.434	-.174
				-.753	70,382	,454	-.130	,173	-.476	,215

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Arbeit - Sorge	Varianzen sind gleich Varianzen sind nicht gleich	1,148	,286	-.394	131	,694	,054	,137	-.216	,324
				-.385	96,136	,701	,054	,140	-.223	,331

4.5 Setting - Medien

Intern TV Radio beeinflusst

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	79	15,7	15,7	15,7
	nein	223	44,3	44,3	60,0
	weiß nicht	182	36,2	36,2	96,2
	fehlender Wert	19	3,8	3,8	100,0
	Gesamt	503	100,0	100,0	

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Intern TV Radio beeinflusst * Geschlecht	484	96,2%	19	3,8%	503	100,0%

Intern TV Radio beeinflusst * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Intern TV Radio beeinflusst	ja	Anzahl	24	55	79
		Korrigierte Residuen	-2,4	2,4	
	nein	Anzahl	110	113	223
		Korrigierte Residuen	2,9	-2,9	
	weiß nicht	Anzahl	71	111	182
		Korrigierte Residuen	-1,2	1,2	
Gesamt		Anzahl	205	279	484

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,914 ^a	2	,007
Likelihood-Quotient	10,043	2	,007
Zusammenhang linear-mit-linear	,195	1	,659
Anzahl der gültigen Fälle	484		

^a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 33,46.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

		Fälle					
		Gültig		Fehlend		Gesamt	
		N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Intern TV Radio beeinflusst * ,Altersgruppen		484	96,2%	19	3,8%	503	100,0%

Intern TV Radio beeinflusst * ,Altersgruppen Kreuztabelle

			,Altersgruppen		Gesamt
			14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
Intern TV Radio beeinflusst	ja	Anzahl	35	44	79
		Korrigierte Residuen	-1,6	1,6	
	nein	Anzahl	109	114	223
		Korrigierte Residuen	-1,5	1,5	
	weiß nicht	Anzahl	110	72	182
		Korrigierte Residuen	2,7	-2,7	
Gesamt		Anzahl	254	230	484

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7,901 ^a	2	,019
Likelihood-Quotient	7,942	2	,019
Zusammenhang linear-mit-linear	7,343	1	,007
Anzahl der gültigen Fälle	484		

^a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 37,54.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

		Fälle					
		Gültig		Fehlend		Gesamt	
		N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Intern TV Radio beeinflusst * Welche Schulform besucht		484	96,2%	19	3,8%	503	100,0%

Intern TV Radio beeinflusst * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

			Welche Schulform besucht				Gesamt
			Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
Intern TV Radio beeinflusst	ja	Anzahl	12	18	26	23	79
		Korrigierte Residuen	-2,2	-,8	2,8	-,4	
	nein	Anzahl	52	68	46	57	223
		Korrigierte Residuen	-,9	2,0	-,3	-,8	
	weiß nicht	Anzahl	58	41	31	52	182
		Korrigierte Residuen	2,6	-1,4	-1,8	-,5	
Gesamt		Anzahl	122	127	103	132	484

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	16,577 ^a	6	,011
Likelihood-Quotient	16,241	6	,013
Zusammenhang linear-mit-linear	,004	1	,953
Anzahl der gültigen Fälle	484		

a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 16,81.

4.6 Setting - Wohnumfeld

Wohlfühlen am Wohnort

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	428	85,1	85,1	85,1
nein	32	6,4	6,4	91,5
weiß nicht	42	8,3	8,3	99,8
fehlender Wert	1	,2	,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Wunsch der Änderung am Wohnort

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Angabe	248	49,3	49,3	49,3
keine Änderung	132	26,2	26,2	75,5
fehlender Eintrag	123	24,5	24,5	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wohlfühlen am Wohnort * Geschlecht	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Wohlfühlen am Wohnort * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Wohlfühlen am Wohnort	ja	185	243	428
	nein	14	18	32
	weiß nicht	14	29	43
Gesamt		213	290	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,848 ^a	2	,397
Likelihood-Quotient	1,896	2	,388
Zusammenhang linear-mit-linear	1,472	1	,225
Anzahl der gültigen Fälle	503		

a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13,55.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wohlfühlen am Wohnort *, Altersgruppen	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Wohlfühlen am Wohnort * ,Altersgruppen Kreuztabelle

Anzahl		„Altersgruppen		Gesamt
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
Wohlfühlen am Wohnort	ja	213	215	428
	nein	18	14	32
	weiß nicht	28	15	43
Gesamt		259	244	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,996 ^a	2	,136
Likelihood-Quotient	4,056	2	,132
Zusammenhang linear-mit-linear	3,973	1	,046
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 15,52.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Wohlfühlen am Wohnort * Welche Schulform besucht	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Wohlfühlen am Wohnort * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

			Welche Schulform besucht				Gesamt
			Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
Wohlfühlen am Wohnort	ja	Anzahl	105	115	100	108	428
		Korrigierte Residuen	-,6	1,0	1,2	-1,5	
	nein	Anzahl	8	8	6	10	32
		Korrigierte Residuen	,0	-,1	-,5	,6	
	weiß nicht	Anzahl	13	8	7	15	43
		Korrigierte Residuen	,8	-1,2	-1,0	1,3	
Gesamt		Anzahl	126	131	113	133	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,304 ^a	6	,636
Likelihood-Quotient	4,346	6	,630
Zusammenhang linear-mit-linear	2,046	1	,153
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,19.

4.7 Der Einfluss der Settings auf die subjektive Gesundheitseinschätzung der Jugendlichen

Regression

[DatenSet1] Z:\Master SPSS.sav

Aufgenommene/Entfernte Variable?

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	Schule - hilfe bei Sorgen, hilft Mutter Vater wenn gebraucht, Freunde - helfen		Eingeben

^a. Alle gewünschten Variablen wurden aufgenommen.
^b. Abhängige Variable: Gesundheitszustand

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,150 ^a	,022	,017	,686

a. Einflussvariablen : (Konstante), Schule - hilfe bei Sorgen, hilft Mutter Vater wenn gebraucht, Freunde - helfen

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression 5,379	3	1,793	3,814	,010 ^a
	Residuen 234,589	499	,470		
	Gesamt 239,968	502			

a. Einflussvariablen : (Konstante), Schule - hilfe bei Sorgen, hilft Mutter Vater wenn gebraucht, Freunde - helfen

b. Abhängige Variable: Gesundheitszustand

Koeffizienten^c

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
		B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	1,745	,113		15,473	,000
	hilft Mutter Vater wenn gebraucht	,065	,039	,074	1,661	,097
	Freunde - helfen	,198	,069	,127	2,852	,005
	Schule - hilfe bei Sorgen	-,034	,036	-,042	-,943	,346

a. Abhängige Variable: Gesundheitszustand

Regression

Aufgenommene/Entfernte Variable^d

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	Internt TV Radio beeinflusst, beeinflussen Eltern, Geschwister, beeinflusst Schule, Freunde - beeinflussen ^a		Eingeben

a. Alle gewünschten Variablen wurden aufgenommen.

b. Abhängige Variable: Gesundheitszustand

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,074 ^a	,006	-,004	,693

a. Einflussvariablen : (Konstante), Internt TV Radio beeinflusst, beeinflussen Eltern, Geschwister, beeinflusst Schule, Freunde - beeinflussen

ANOVA^b

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression 1,323	5	,265	,551	,738 ^a
	Residuen 238,646	497	,480		
	Gesamt 239,968	502			

a. Einflussvariablen : (Konstante), Internt TV Radio beeinflusst, beeinflussen Eltern, Geschwister, beeinflusst Schule, Freunde - beeinflussen

b. Abhängige Variable: Gesundheitszustand

Koeffizienten^a

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta			
1 (Konstante)	2,082	,173			12,025	,000
beeinflussen Eltern	,018	,030	,027		,588	,557
Geschwister	-,051	,081	-,028		-,622	,534
Freunde - beeinflussen	,042	,043	,049		,986	,324
beeinflusst Schule	-,068	,055	-,061		-,1235	,218
Internet TV Radio beeinflusst	,011	,021	,023		,513	,608

^a. Abhängige Variable: Gesundheitszustand

5 Probleme und Sorgen

welche Probleme und Sorgen belasten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keine Probleme	308	61,2	61,2	61,2
Probleme	188	37,4	37,4	98,6
fehlender Wert	7	1,4	1,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Probleme und Sorgen besprechen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig niemand	99	19,7	19,7	19,7
bespreche sie mit jemanden	398	79,1	79,1	98,8
fehlender Wert	6	1,2	1,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nie	46	9,1	9,1	9,1
selten	109	21,7	21,7	30,8
gelegentlich	141	28,0	28,0	58,8
oft	119	23,7	23,7	82,5
immer	88	17,5	17,5	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
welche Probleme und Sorgen belasten * Geschlecht	496	98,6%	7	1,4%	503	100,0%

welche Probleme und Sorgen belasten * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
welche Probleme und Sorgen belasten	keine Probleme	154	154	308
	Probleme	56	132	188
Gesamt		210	286	496

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	19,537 ^b	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^a	18,718	1	,000		
Likelihood-Quotient	19,929	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	19,498	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	496				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 79,60.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
welche Probleme und Sorgen belasten *, Altersgruppen	496	98,6%	7	1,4%	503	100,0%

welche Probleme und Sorgen belasten *, Altersgruppen Kreuztabelle

Anzahl		,Altersgruppen		Gesamt
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
welche Probleme und Sorgen belasten	keine Probleme Probleme	164 92	144 96	308 188
Gesamt		256	240	496

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,869 ^b	1	,351		
Kontinuitätskorrektur ^a	,705	1	,401		
Likelihood-Quotient	,869	1	,351		
Exakter Test nach Fisher				,356	,201
Zusammenhang linear-mit-linear	,867	1	,352		
Anzahl der gültigen Fälle	496				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 90,97.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Probleme und Sorgen besprechen *, Altersgruppen	497	98,8%	6	1,2%	503	100,0%

Probleme und Sorgen besprechen *, Altersgruppen Kreuztabelle

Anzahl		,Altersgruppen		Gesamt
		14 bis 16 Jahre	17 bis 20 Jahre	
Probleme und Sorgen besprechen	niemand bespreche sie mit jemanden	64 193	35 205	99 398
Gesamt		257	240	497

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	8,285 ^b	1	,004		
Kontinuitätskorrektur ^a	7,651	1	,006		
Likelihood-Quotient	8,401	1	,004		
Exakter Test nach Fisher				,005	,003
Zusammenhang linear-mit-linear	8,268	1	,004		
Anzahl der gültigen Fälle	497				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 47,81.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Probleme und Sorgen besprechen * Geschlecht	497	98,8%	6	1,2%	503	100,0%

Probleme und Sorgen besprechen * Geschlecht Kreuztabelle

Anzahl

		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Probleme und Sorgen besprechen	niemand	68	31	99
	bespreche sie mit jemanden	143	255	398
Gesamt		211	286	497

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	34,821 ^b	1	,000		
Kontinuitätskorrektur ^a	33,493	1	,000		
Likelihood-Quotient	34,756	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	34,751	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	497				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 42,03.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Probleme und Sorgen besprechen * Welche Schulform besucht	497	98,8%	6	1,2%	503	100,0%

Probleme und Sorgen besprechen * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

		Anzahl	Welche Schulform besucht				Gesamt
			Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
Probleme und Sorgen besprechen	niemand	Anzahl	39	17	18	25	99
		Korrigierte Residuen	3,6	-2,1	-1,2	-,3	
	bespreche sie mit jemanden	Anzahl	87	110	95	106	398
		Korrigierte Residuen	-3,6	2,1	1,2	,3	
Gesamt		Anzahl	126	127	113	131	497

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	14,199 ^a	3	,003
Likelihood-Quotient	13,575	3	,004
Zusammenhang linear-mit-linear	,198	1	,656
Anzahl der gültigen Fälle	497		

a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 22,51.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
welche Probleme und Sorgen belasten * Welche Schulform besucht	496	98,6%	7	1,4%	503	100,0%

welche Probleme und Sorgen belasten * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

		Anzahl	Welche Schulform besucht				Gesamt
			Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
welche Probleme und Sorgen belasten	keine Probleme	86	82	62	78	308	
	Korrigierte Residuen	1,6	,7	-1,8	-,6		
	Probleme	40	45	51	52	188	
	Korrigierte Residuen	-1,6	-,7	1,8	,6		
Gesamt	Anzahl	126	127	113	130	496	

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5,111 ^a	3	,164
Likelihood-Quotient	5,111	3	,164
Zusammenhang linear-mit-linear	,477	1	,490
Anzahl der gültigen Fälle	496		

a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 42,83.

Univariate Varianzanalyse

Zwischensubjektffaktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	1 männlich	213
	2 weiblich	290
,Altersgruppen	1 14 bis 16 Jahre	259
	2 17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen

Abhängige Variable: Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft

F	df1	df2	Signifikanz
2,244	3	499	,082

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+GESCHLEC+ALTER_NE+GESCHLEC * ALTER_NE

Tests der Zwischensubjektffekte

Abhängige Variable: Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	20,250 ^a	3	6,750	4,638	,003
Intercept	4829,877	1	4829,877	3318,870	,000
GESCHLEC	15,369	1	15,369	10,561	,001
ALTER_NE	6,686	1	6,686	4,594	,033
GESCHLEC * ALTER_NE	,235	1	,235	,162	,688
Fehler	726,184	499	1,455		
Gesamt	5855,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	746,433	502			

a. R-Quadrat = ,027 (korrigiertes R-Quadrat = ,021)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
3,154	,055	3,047	3,262

2. Geschlecht

Abhängige Variable: Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft

Geschlecht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	2,976	,083	2,812	3,140
weiblich	3,332	,071	3,193	3,472

3. Altersgruppen

Abhängige Variable: Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft

Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	3,272	,075	3,124	3,419
17 bis 20 Jahre	3,037	,080	2,880	3,193

4. Geschlecht * Altersgruppen

Abhängige Variable: Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft

Geschlecht	Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	3,116	,110	2,900	3,331
	17 bis 20 Jahre	2,837	,126	2,590	3,084
weiblich	14 bis 16 Jahre	3,428	,103	3,226	3,629
	17 bis 20 Jahre	3,237	,098	3,045	3,429

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

	Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft	Polyt. Schule	126	329,42
	Berufsschule	131	235,20
	Gym. 8 Klasse	113	243,36
	Gym. 5 Klasse	133	202,55
	Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft
Chi-Quadrat	56,194
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	3,921	,103	3,718	4,124
Berufsschule	3,016	,101	2,817	3,215
Gym. 8 Klasse	3,062	,109	2,849	3,276
Gym. 5 Klasse	2,601	,105	2,395	2,806

T-Test

Gruppenstatistiken

	welche Probleme und Sorgen belasten	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gesundheitszustand	keine Probleme	308	1,91	,676	,039
	Probleme	188	2,18	,691	,050

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit								
	F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	Untere	Obere	
Gesundheitszustand	,700	,403	-4,275	494	,000	-,27	,063	Untere	Obere	-,394	-,146
Varianzen sind gleich			-4,253	888,649	,000	-,27	,063			-,394	-,146

5.1 Auslangen mit dem Geld

Geld ausreichend

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nie	69	13,7	13,7
	selten	77	15,3	29,0
	gelegentlich	88	17,5	46,5
	oft	115	22,9	69,4
	immer	149	29,6	99,0
	fehlender Wert	5	1,0	100,0
	Gesamt	503	100,0	

Univariate Varianzanalyse

[DatenSet1] D:\Masterauswertung.sav

Zwischensubjektfaktoren

	Wertelabel	N
Geschlecht	1 männlich	213
	2 weiblich	290
„Altersgruppen	1 14 bis 16 Jahre	259
	2 17 bis 20 Jahre	244

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen^a

Abhängige Variable: Geld ausreichend

F	df1	df2	Signifikanz
2,362	3	499	,071

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

^a. Design: Intercept+geschlec+alter_neu+geschlec * alter_neu

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Geld ausreichend

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	5,704 ^a	3	1,901	,836	,475
Konstanter Term	5818,012	1	5818,012	2557,992	,000
geschlec	2,200	1	2,200	,967	,326
alter_neu	2,281	1	2,281	1,003	,317
geschlec * alter_neu	,916	1	,916	,403	,526
Fehler	1134,948	499	2,274		
Gesamt	7139,000	503			
Korrigierte Gesamtvariation	1140,652	502			

^a. R-Quadrat = ,005 (korrigiertes R-Quadrat = -,001)

Geschätzte Randmittel

1. Gesamtmittelwert

Abhängige Variable: Geld ausreichend

Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
		Untergrenze	Obergrenze
3,462	,068	3,327	3,596

2. Geschlecht

Abhängige Variable: Geld ausreichend

Geschlecht	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
männlich	3,529	,104	3,324	3,734
weiblich	3,395	,089	3,220	3,569

3. „Altersgruppen

Abhängige Variable: Geld ausreichend

„Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
14 bis 16 Jahre	3,383	,094	3,209	3,578
17 bis 20 Jahre	3,530	,100	3,335	3,726

4. Geschlecht * ,Altersgruppen

Abhängige Variable: Geld ausreichend

Geschlecht	Altersgruppen	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
männlich	14 bis 16 Jahre	3,504	,137	3,235	3,774
	17 bis 20 Jahre	3,554	,157	3,245	3,863
weiblich	14 bis 16 Jahre	3,283	,128	3,030	3,535
	17 bis 20 Jahre	3,507	,122	3,266	3,747

Kruskal-Wallis-Test

Ränge

Welche Schulform	N	Mittlerer Rang
Geld ausreichend		
Polyt. Schule	126	220,90
Berufsschule	131	229,27
Gym. 8 Klasse	113	284,91
Gym. 5 Klasse	133	275,89
Gesamt	503	

Statistik für Test^{a,b}

	Geld ausreichend
Chi-Quadrat	19,315
df	3
Asymptotische Signifikanz	,000

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Welche Schulform besucht

3. Welche Schulform besucht

Abhängige Variable: Geld ausreichend

Welche Schulform besucht	Mittelwert	Standardf ehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Polyt. Schule	3,039	,136	2,771	3,307
Berufsschule	3,365	,134	3,102	3,628
Gym. 8 Klasse	3,725	,143	3,443	4,007
Gym. 5 Klasse	3,679	,138	3,407	3,950

Demografische Daten

Alter

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
14	76	15,1	15,1	15,1
15	162	32,2	32,2	47,3
16	21	4,2	4,2	51,5
17	91	18,1	18,1	69,6
18	122	24,3	24,3	93,8
19	24	4,8	4,8	98,6
20	7	1,4	1,4	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Geschlecht

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
männlich	213	42,3	42,3	42,3
weiblich	290	57,7	57,7	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Staatszugehörigkeit

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Österreich	477	94,8	94,8	94,8
nicht Österreich	26	5,2	5,2	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Bezirk

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig	63	12,5	12,5	12,5
Graz	19	3,8	3,8	16,3
Bad Radkersburg	59	11,7	11,7	28,0
Feldbach	27	5,4	5,4	33,4
Deutschlandsberg	53	10,5	10,5	43,9
Gu	35	7,0	7,0	50,9
Knittelfeld	33	6,6	6,6	57,5
Leibnitz	25	5,0	5,0	62,4
Murau	17	3,4	3,4	65,8
fehlender Wert	46	9,1	9,1	75,0
Bruck an der Mur	21	4,2	4,2	79,1
Judenburg	21	4,2	4,2	83,3
Hartberg	4	,8	,8	84,1
Mürzzuschlag	21	4,2	4,2	88,3
Leoben	20	4,0	4,0	92,2
Liezen	5	1,0	1,0	93,2
Voitzberg	30	6,0	6,0	99,2
Weiz	4	,8	,8	100,0
Fürstenfeld	503	100,0	100,0	
Gesamt				

Welche Schulform besucht

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig	126	25,0	25,0	25,0
Poly	131	26,0	26,0	51,1
Berufsschule	113	22,5	22,5	73,6
gym 8 Klasse	133	26,4	26,4	100,0
gym 5 Klasse	503	100,0	100,0	
Gesamt				

Mutter Schulbildung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig	66	13,1	13,1	13,1
Pflichtschule	199	39,6	39,6	52,7
abgeschlossene Lehre	88	17,5	17,5	70,2
Schule ohne Matura	43	8,5	8,5	78,7
Matura	27	5,4	5,4	84,1
Ausbildung nach Matura	73	14,5	14,5	98,6
FH und Studium	1	,2	,2	98,8
weiß es nicht	5	1,0	1,0	99,8
fehlender wert	1	,2	,2	100,0
11	503	100,0	100,0	
Gesamt				

Vater Schulbildung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig	42	8,3	8,3	8,3
Pflichtschule	214	42,5	42,5	50,9
abgeschlossene Lehre	61	12,1	12,1	63,0
Schule ohne Matura	48	9,5	9,5	72,6
Matura	38	7,6	7,6	80,1
Ausbildung nach Matura	86	17,1	17,1	97,2
FH und Studium	3	,6	,6	97,8
weiß es nicht	7	1,4	1,4	99,2
fehlender wert	4	,8	,8	100,0
11	503	100,0	100,0	
Gesamt				

höhe des Bildungsgrades

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenzte	Kumulierte Prozenzte
Gültig	33	6,6	29,7	29,7
Pflichtschule	44	8,7	39,6	69,4
Universitätsstudium/ Fachhochschule	25	5,0	22,5	91,9
Pflichtschule/Lehre	9	1,8	8,1	100,0
Unjiversitätsst. /Ausbildung nach Matura	111	22,1	100,0	
Gesamt	392	77,9		
Fehlend	503	100,0		
Gesamt				

„Altersgruppen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 14 bis 16 Jahre	259	51,5	51,5	51,5
17 bis 20 Jahre	244	48,5	48,5	100,0
Gesamt	503	100,0	100,0	

Bildungsstand der Eltern * Welche Schulform besucht Kreuztabelle

Anzahl

		Welche Schulform besucht				Gesamt
		Polyt. Schule	Berufsschule	Gym. 8 Klasse	Gym. 5 Klasse	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand	28	21	4	5	58
	hoher Bildungsstand	1	1	21	30	53
Gesamt		29	22	25	35	111

6 Gesundheit der Jugendlichen – Betrachtet unter der Berücksichtigung des Bildungsstandes der Eltern

T-Test

Gruppenstatistiken

	Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gesundheitszustand	niederer Bildungsstand	58	2,33	,735	,096
	hoher Bildungsstand	53	1,75	,585	,080
Lebenszufriedenheit	niederer Bildungsstand	58	6,53	2,037	,267
	hoher Bildungsstand	53	7,53	1,846	,254

T-Test

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit							
	F	signifikant	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Untere	Obere	% Konfidenzintervall der Differenz
Gesundheitszustand	2,748	,100	4,515	109	,000	,57	,127	,321	,824	
Lebenszufriedenheit	2,211	,140	-2,685	109	,008	-,99	,370	-1,727	-,260	
			-2,697	08,994	,008	-,99	,369	-1,724	-,263	

Gruppenstatistiken

	Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr	niederer Bildungsstand	58	,81	,736	,097
	hoher Bildungsstand	53	,74	,738	,101
mehrfacher Substanzmittelkonsum	niederer Bildungsstand	58	1,09	,923	,121
	hoher Bildungsstand	53	,70	,723	,099
Gesundheitsbewußtsein	niederer Bildungsstand	58	6,40	2,286	,300
	hoher Bildungsstand	53	7,13	2,175	,299
häufigere Medikamenteneinnahme	niederer Bildungsstand	58	,86	1,176	,154
	hoher Bildungsstand	53	,51	,775	,106

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
TV und PC Konsu h und mehr	,110	,741	,532	109	,596	,07	,140	-,203	,352
Varianzen sind gleich			,532	08,070	,596	,07	,140	-,203	,352
mehrfacher Substanzmittelkon	1,425	,235	2,450	109	,016	,39	,158	,074	,702
Varianzen sind gleich			2,477	06,566	,015	,39	,157	,077	,699
Gesundheitsbewul Varianzen sind gleich	,201	,655	-1,733	109	,086	-,74	,425	-1,577	,106
Varianzen sind gleich			-1,737	08,814	,085	-,74	,424	-1,575	,104
öfters Medikamenteneinr Varianzen sind gleich	9,067	,003	1,846	109	,068	,35	,191	-,026	,731
Varianzen sind gleich			1,880	99,425	,063	,35	,188	-,020	,725

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	
								Untere	Obere
wie oft verletzt Varianzen sind gleich	2,129	,147	,212	109	,832	,05	,243	-,431	,534
Varianzen sind gleich			,211	02,446	,833	,05	,245	-,435	,538
täglich Frühstück Varianzen sind gleich	,168	,682	1,935	109	,056	,40	,207	-,010	,813
Varianzen sind gleich			1,936	08,420	,055	,40	,207	-,009	,812
Obst essen Varianzen sind gleich	,632	,428	-2,245	109	,027	-,47	,210	-,888	-,055
Varianzen sind gleich			-2,243	07,555	,027	-,47	,210	-,889	-,055
Gemüse esse Varianzen sind gleich	2,429	,122	-3,991	109	,000	-,75	,188	-1,121	-,377
Varianzen sind gleich			-3,956	00,800	,000	-,75	,189	-1,125	-,373
zuckerhaltige trinken	3,981	,049	3,307	109	,001	,76	,230	,305	1,219
Varianzen sind gleich			3,338	07,542	,001	,76	,228	,310	1,215

T-Test

Gruppenstatistiken

Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
wie oft verletzt				
niederer Bildungsstand	58	2,05	1,176	,154
hoher Bildungsstand	53	2,00	1,387	,190
täglich Frühstück				
niederer Bildungsstand	58	2,34	1,101	,145
hoher Bildungsstand	53	1,94	1,082	,149
Obst essen				
niederer Bildungsstand	58	3,00	1,092	,143
hoher Bildungsstand	53	3,47	1,120	,154
Gemüse essen				
niederer Bildungsstand	58	2,74	,890	,117
hoher Bildungsstand	53	3,49	1,085	,149
zuckerhaltige Limo. trinken				
niederer Bildungsstand	58	3,12	1,326	,174
hoher Bildungsstand	53	2,36	1,076	,148

T-Test

Gruppenstatistiken

Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Süßigkeiten essen				
niederer Bildungsstand	58	3,40	1,726	,227
hoher Bildungsstand	53	2,74	1,022	,140
Vollkornprodukte				
niederer Bildungsstand	58	2,83	1,157	,152
hoher Bildungsstand	53	3,58	1,447	,199
Frühstückscerealien				
niederer Bildungsstand	58	2,31	1,366	,179
hoher Bildungsstand	53	2,40	1,214	,167
Fastfood				
niederer Bildungsstand	58	2,48	1,158	,152
hoher Bildungsstand	53	1,98	,843	,116
Kaffee				
niederer Bildungsstand	58	2,64	1,754	,230
hoher Bildungsstand	53	2,83	1,553	,213

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikant	T	df	g. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardabweichung		Konfidenzintervall der Differenz
							Untere	Obere	
Süßigkeiten	5,892	,017	2,424	109	,017	,66	,273	,121	1,201
Varianzen sind gleich			2,478	93,951	,015	,66	,267	,131	1,190
Vollkornbrot	3,521	,063	-3,058	109	,003	-,76	,248	-1,248	-,266
Varianzen sind gleich			-3,027	99,513	,003	-,76	,250	-1,254	-,261
Frühstückske	,152	,697	-,349	109	,728	-,09	,246	-,574	,402
Varianzen sind gleich			-,351	98,921	,727	-,09	,245	-,571	,400
Fastfood	1,717	,193	2,587	109	,011	,50	,194	,117	,886
Varianzen sind gleich			2,624	93,961	,010	,50	,191	,122	,881
Kaffee	,358	,551	-,609	109	,544	-,19	,316	-,818	,433
Varianzen sind gleich			-,612	98,899	,542	-,19	,314	-,815	,430

Test bei unabhängigen Stichproben

	Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
	F	Signifikant	T	df	g. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardabweichung		Konfidenzintervall der Differenz
							Untere	Obere	
Energiegetränk	1,507	,222	2,994	109	,003	,59	,199	,201	,989
Varianzen sind gleich			3,026	96,789	,003	,59	,197	,205	,985
Kontrolle der Nahrungsaufnahme	4,898	,029	1,305	109	,195	,40	,309	-,209	1,017
Varianzen sind gleich			1,295	92,044	,198	,40	,312	-,215	1,022
Diät machen	3,961	,049	-,277	109	,782	-,07	,255	-,575	,434
Varianzen sind gleich			-,273	93,674	,785	-,07	,258	-,584	,443
Freizeit - körperlich aktiv	4,177	,043	-2,591	109	,011	-,72	,277	-1,266	-,169
Varianzen sind gleich			-2,616	97,233	,010	-,72	,274	-1,261	-,174
wie viele Stunden körperlich aktiv	1,976	,163	-2,724	109	,008	-,70	,258	-1,215	-,192
Varianzen sind gleich			-2,743	98,486	,007	-,70	,256	-1,211	-,195

T-Test

Gruppenstatistiken

	Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Energiegetränke	niederer Bildungsstand	58	2,29	1,155	,152
	hoher Bildungsstand	53	1,70	,911	,125
Kontrolle der Nahrungsaufnahme	niederer Bildungsstand	58	4,12	1,488	,195
	hoher Bildungsstand	53	3,72	1,769	,243
Diät machen	niederer Bildungsstand	58	1,95	1,115	,146
	hoher Bildungsstand	53	2,02	1,550	,213
Freizeit - körperlich aktiv	niederer Bildungsstand	58	4,60	1,600	,210
	hoher Bildungsstand	53	5,32	1,283	,176
wie viele Stunden körperlich aktiv	niederer Bildungsstand	58	3,66	1,458	,191
	hoher Bildungsstand	53	4,36	1,242	,171

Gruppenstatistiken

	Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
wie oft rauchen	niederer Bildungsstand	58	2,48	1,417	,186
	hoher Bildungsstand	53	1,85	1,199	,165
wie häufig rauchen	niederer Bildungsstand	58	3,28	2,360	,310
	hoher Bildungsstand	53	2,11	1,695	,233
jemals Alk getrunken	niederer Bildungsstand	58	3,29	1,522	,200
	hoher Bildungsstand	53	2,68	1,529	,210
wie oft Alk getrunken	niederer Bildungsstand	58	2,55	1,202	,158
	hoher Bildungsstand	53	2,64	1,178	,162
Cannabis	niederer Bildungsstand	58	1,12	,422	,055
	hoher Bildungsstand	53	1,28	,601	,082

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
wie oft rauchen	Varianzen sind gleich	13,285	,000	2,531	109	,013	,63	,250	,137	1,130
wie häufig rauch	Varianzen sind gleich	21,178	,000	2,956	109	,004	1,16	,393	,383	1,942
jemals Alk getru	Varianzen sind gleich	,052	,820	2,118	109	,036	,61	,290	,039	1,188
wie oft Alk getru	Varianzen sind gleich	,022	,882	-,397	109	,692	-,09	,226	-,538	,359
Cannabis	Varianzen sind gleich	8,951	,003	-1,659	109	,100	-,16	,098	-,356	,032

T-Test

Gruppenstatistiken

	Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
wie viele Stunden schlafen	niederer Bildungsstand	58	3,02	1,084	,142
	hoher Bildungsstand	53	3,38	1,023	,141
wie oft Zähne putzen	niederer Bildungsstand	58	4,78	,497	,065
	hoher Bildungsstand	53	4,87	,342	,047

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
wie viele Stunden schlafen	Varianzen sind gleich	,252	,617	-1,795	109	,075	-,36	,201	-,758	,037
wie oft Zähne putzen	Varianzen sind gleich	5,575	,020	-1,126	109	,262	-,09	,082	-,254	,070

T-Test

Gruppenstatistiken

	Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
wie viele Stunden schlafen	niederer Bildungsstand	58	3,02	1,084	,142
	hoher Bildungsstand	53	3,38	1,023	,141
wie oft Zähne putzen	niederer Bildungsstand	58	4,78	,497	,065
	hoher Bildungsstand	53	4,87	,342	,047
Selbstverletzung	niederer Bildungsstand	58	1,55	,820	,108
	hoher Bildungsstand	53	1,15	,456	,063
verstehen Eltern Sorgen	niederer Bildungsstand	58	1,69	,681	,089
	hoher Bildungsstand	53	1,45	,695	,095
Meinung Eltern wichtig	niederer Bildungsstand	58	1,84	1,211	,159
	hoher Bildungsstand	53	1,60	1,214	,167
beeinflussen Eltern	niederer Bildungsstand	58	2,12	,839	,110
	hoher Bildungsstand	53	2,13	1,557	,214
Geschwister	niederer Bildungsstand	58	1,12	,329	,043
	hoher Bildungsstand	53	1,17	,379	,052
verstehen Geschwister Probleme	niederer Bildungsstand	51	1,86	,749	,105
	hoher Bildungsstand	44	1,45	,697	,105
beeinflussen Geschwister	niederer Bildungsstand	51	2,33	,739	,104
	hoher Bildungsstand	44	2,52	1,267	,191

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
wie viele Stunden schlafen	Varianzen sind gleich	,252	,617	-1,795	109	,075	-,36	,201	-,758	,037
	Varianzen sind gleich			-1,800	08,879	,075	-,36	,200	-,757	,036
wie oft Zähne putzen	Varianzen sind gleich	5,575	,020	-1,126	109	,262	-,09	,082	-,254	,070
	Varianzen sind gleich			-1,145	01,467	,255	-,09	,080	-,252	,067
Selbstverletzung	Varianzen sind gleich	41,637	,000	3,141	109	,002	,40	,128	,148	,654
	Varianzen sind gleich			3,218	90,659	,002	,40	,125	,153	,648
verstehen Eltern	Varianzen sind gleich	,003	,955	1,812	109	,073	,24	,131	-,022	,496
	Varianzen sind gleich			1,811	07,650	,073	,24	,131	-,022	,496
Meinung Eltern	Varianzen sind gleich	,025	,876	1,046	109	,298	,24	,230	-,216	,698
	Varianzen sind gleich			1,046	08,052	,298	,24	,230	-,216	,698
beeinflussen Eltern	Varianzen sind gleich	,727	,396	-,049	109	,961	-,01	,235	-,476	,454
	Varianzen sind gleich			-,047	78,247	,962	-,01	,241	-,490	,468
Geschwister	Varianzen sind gleich	2,157	,145	-,731	109	,466	-,05	,067	-,182	,084
	Varianzen sind gleich			-,726	03,441	,469	-,05	,068	-,183	,085
verstehen Geschw. Probleme	Varianzen sind gleich	,015	,903	2,735	93	,007	,41	,149	,112	,705
	Varianzen sind gleich			2,749	92,437	,007	,41	,148	,113	,703
beeinflussen Geschw.	Varianzen sind gleich	1,265	,264	-,905	93	,368	-,19	,209	-,605	,226
	Varianzen sind gleich			-,872	67,020	,386	-,19	,217	-,623	,244

T-Test

Gruppenstatistiken

		Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Freunde - Meinung wichtig	niederer Bildungsstand	58	1,48	,599	,079	
	hoher Bildungsstand	53	1,32	,547	,075	
Freunde - helfen	niederer Bildungsstand	58	1,34	,608	,080	
	hoher Bildungsstand	53	1,15	,411	,056	
Freunde - Sorgen und Probleme	niederer Bildungsstand	58	1,55	1,172	,154	
	hoher Bildungsstand	53	1,30	,503	,069	
Freunde - beeinflussen	niederer Bildungsstand	58	2,24	,733	,096	
	hoher Bildungsstand	53	2,08	,756	,104	

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
Freunde - Meinu. wichtig	Varianzen sind gleich	3,298	,072	1,483	109	,141	,16	,109	-,055	,379
	Varianzen sind gleich			1,489	09,000	,139	,16	,109	-,054	,378
Freunde - helfen	Varianzen sind gleich	14,426	,000	1,948	109	,054	,19	,100	-,003	,391
	Varianzen sind gleich			1,982	00,654	,050	,19	,098	,000	,388
Freunde - Sorge Probleme	Varianzen sind gleich	4,196	,043	1,435	109	,154	,25	,174	-,095	,595
	Varianzen sind gleich			1,481	78,794	,143	,25	,169	-,086	,586
Freunde - beeinfl.	Varianzen sind gleich	,194	,661	1,174	109	,243	,17	,141	-,114	,446
	Varianzen sind gleich			1,172	07,413	,244	,17	,142	-,115	,447

T-Test

Gruppenstatistiken

		Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
gerne in Schule	niederer Bildungsstand	58	2,14	,634	,083	
	hoher Bildungsstand	53	1,92	,513	,071	
gerne mit Schulkollegen zusammen	niederer Bildungsstand	58	1,52	,569	,075	
	hoher Bildungsstand	53	1,32	,547	,075	
belastet durch Schule	niederer Bildungsstand	58	1,84	,644	,084	
	hoher Bildungsstand	53	2,19	1,144	,157	
beeinflusst Schule	niederer Bildungsstand	58	2,48	,655	,086	
	hoher Bildungsstand	53	2,43	,747	,103	
Schule - hilfe bei Sorgen	niederer Bildungsstand	58	1,55	,776	,102	
	hoher Bildungsstand	53	1,77	,847	,116	

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
gerne in Schule	Varianzen sind gleich	4,322	,040	1,938	109	,055	,21	,110	-,005	,432
	Varianzen sind nicht gleich	1,957	107,487	,053	,21	,109	-,003	,430		
gerne mit Schulkollegen zusammen	Varianzen sind gleich	2,743	,101	1,851	109	,067	,20	,106	-,014	,407
	Varianzen sind nicht gleich	1,854	108,724	,066	,20	,106	-,014	,407		
belastet durch Schule	Varianzen sind gleich	,886	,349	-1,973	109	,051	-,34	,174	-,689	,002
	Varianzen sind nicht gleich	-1,927	80,272	,058	-,34	,178	-,689	,011		
beeinflusst Schule	Varianzen sind gleich	1,607	,208	,367	109	,715	,05	,133	-,215	,313
	Varianzen sind nicht gleich	,364	103,956	,716	,05	,134	-,217	,314		
Schule - hilfe bei Sorgen	Varianzen sind gleich	1,193	,277	-1,440	109	,153	-,22	,154	-,527	,083
	Varianzen sind nicht gleich	-1,435	106,677	,154	-,22	,155	-,528	,085		

T-Test

Gruppenstatistiken

		Bildungsstand der Eltern	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
TV - Konsumierung	niederer Bildungsstand	58	3,40	1,270	,167	
	hoher Bildungsstand	53	3,11	1,031	,142	
Computer - Konsumierung	niederer Bildungsstand	58	2,86	1,344	,176	
	hoher Bildungsstand	53	3,04	1,091	,150	
Geld ausreichend	niederer Bildungsstand	58	3,34	1,371	,180	
	hoher Bildungsstand	53	3,68	1,341	,184	
fasziniert schnelles Fahren	niederer Bildungsstand	58	3,00	1,338	,176	
	hoher Bildungsstand	53	2,42	1,200	,165	
Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft	niederer Bildungsstand	58	3,36	1,238	,163	
	hoher Bildungsstand	53	2,83	1,397	,192	

Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Signifikanz	T	df	sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	% Konfidenzintervall der Differenz	
									Untere	Obere
TV - Konsumierung	Varianzen sind gleich	5,705	,019	1,283	109	,202	,28	,221	-,154	,721
	Varianzen sind nicht gleich	1,295	107,565	,198	,28	,219	-,150	,717		
Computer - Konsumierung	Varianzen sind gleich	3,469	,065	-,752	109	,454	-,18	,234	-,639	,287
	Varianzen sind nicht gleich	-,759	107,559	,450	-,18	,232	-,635	,283		
Geld ausreichend	Varianzen sind gleich	,181	,671	-1,297	109	,197	-,33	,258	-,845	,177
	Varianzen sind nicht gleich	-1,298	108,480	,197	-,33	,258	-,845	,176		
fasziniert schnelles Fahren	Varianzen sind gleich	,163	,687	2,416	109	,017	,58	,242	1,105	1,065
	Varianzen sind nicht gleich	2,428	108,966	,017	,58	,241	1,108	1,062		
Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft	Varianzen sind gleich	1,524	,220	2,126	109	,036	,53	,250	,036	1,028
	Varianzen sind nicht gleich	2,115	104,386	,037	,53	,252	,033	1,031		

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Bildungsstand der Eltern * chronische Erkrankung haben	111	22,1%	392	77,9%	503	100,0%

Bildungsstand der Eltern * chronische Erkrankung haben Kreuztabelle

Anzahl		chronische Erkrankung haben		Gesamt
		ja	nein	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand hoher Bildungsstand	12 15	46 38	58 53
Gesamt		27	84	111

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,872 ^b	1	,350		
Kontinuitätskorrektur ^a	,507	1	,476		
Likelihood-Quotient	,872	1	,350		
Exakter Test nach Fisher				,383	,238
Zusammenhang linear-mit-linear	,864	1	,353		
Anzahl der gültigen Fälle	111				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 12,89.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Bildungsstand der Eltern * jemals geraucht	111	22,1%	392	77,9%	503	100,0%

Bildungsstand der Eltern * jemals geraucht Kreuztabelle

Anzahl		jemals geraucht		Gesamt
		ja	nein	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand hoher Bildungsstand	39 50	8 14	58 53
Gesamt		89	22	111

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,776 ^b	1	,096		
Kontinuitätskorrektur ^a	2,039	1	,153		
Likelihood-Quotient	2,795	1	,095		
Exakter Test nach Fisher				,152	,076
Zusammenhang linear-mit-linear	2,751	1	,097		
Anzahl der gültigen Fälle	111				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 10,50.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Bildungsstand der Eltern * Selbstverletzung	111	22,1%	392	77,9%	503	100,0%

Bildungsstand der Eltern * Selbstverletzung Kreuztabelle

Anzahl		Selbstverletzung			Gesamt
		nein	ja einmal	ja öfters	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand hoher Bildungsstand	38 47	8 4	12 2	58 53
Gesamt		85	12	14	111

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,223 ^a	2	,010
Likelihood-Quotient	10,013	2	,007
Zusammenhang linear-mit-linear	9,131	1	,003
Anzahl der gültigen Fälle	111		

a. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,73.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Bildungsstand der Eltern * Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten	110	21,9%	393	78,1%	503	100,0%

Bildungsstand der Eltern * Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten Kreuztabelle

Anzahl

		Gesundheit abhängig von eigenem Verhalten			Gesamt
		keinesfalls	vielleicht	ganz sicher	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand	8	18	31	57
	hoher Bildungsstand	2	11	40	53
Gesamt		10	29	71	110

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	6,293 ^a	2	,043
Likelihood-Quotient	6,560	2	,038
Zusammenhang linear-mit-linear	6,236	1	,013
Anzahl der gültigen Fälle	110		

a. 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,82.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Bildungsstand der Eltern * Wohlfühlen am Wohnort	111	22,1%	392	77,9%	503	100,0%

Bildungsstand der Eltern * Wohlfühlen am Wohnort Kreuztabelle

Anzahl

		Wohlfühlen am Wohnort			Gesamt
		ja	nein	weiß nicht	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand	44	6	8	58
	hoher Bildungsstand	47	2	4	53
Gesamt		91	8	12	111

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,214 ^a	2	,201
Likelihood-Quotient	3,326	2	,190
Zusammenhang linear-mit-linear	2,367	1	,124
Anzahl der gültigen Fälle	111		

a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,82.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Bildungsstand der Eltern * wohnen bei Eltern	111	22,1%	392	77,9%	503	100,0%

Bildungsstand der Eltern * wohnen bei Eltern Kreuztabelle

Anzahl		wohnen bei Eltern					Gesamt
		ja	Mutter	Großeltern	WG	eigene Wohnung	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand	50	6	1	0	1	58
	hoher Bildungsstand	49	3	0	1	0	53
Gesamt		99	9	1	1	1	111

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,793 ^a	4	,435
Likelihood-Quotient	4,963	4	,291
Zusammenhang linear-mit-linear	1,177	1	,278
Anzahl der gültigen Fälle	111		

^a. 8 Zellen (80,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,48.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Bildungsstand der Eltern * Zugehörigkeit zur Clique	111	22,1%	392	77,9%	503	100,0%

Bildungsstand der Eltern * Zugehörigkeit zur Clique Kreuztabelle

Anzahl		Zugehörigkeit zur Clique			Gesamt
		ja	nein	fehlender Wert	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand	43	15	0	58
	hoher Bildungsstand	38	13	2	53
Gesamt		81	28	2	111

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,231 ^a	2	,328
Likelihood-Quotient	2,999	2	,223
Zusammenhang linear-mit-linear	1,831	1	,176
Anzahl der gültigen Fälle	111		

^a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,95.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Bildungsstand der Eltern * gerne mehr Freunde	111	22,1%	392	77,9%	503	100,0%

Bildungsstand der Eltern * gerne mehr Freunde Kreuztabelle

Anzahl		gerne mehr Freunde			Gesamt
		ja	nein	fehlender Wert	
Bildungsstand der Eltern	niederer Bildungsstand	24	34	0	58
	hoher Bildungsstand	14	36	3	53
Gesamt		38	70	3	111

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5,475 ^a	2	,065
Likelihood-Quotient	6,654	2	,036
Zusammenhang linear-mit-linear	4,977	1	,026
Anzahl der gültigen Fälle	111		

^a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,43.

7 Gesundheit von Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gesundheitszustand	Staatsbürger - Österreich	477	249,92	119213,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	290,12	7543,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Gesundheitszustand
Mann-Whitney-U	5210,000
Wilcoxon-W	119213,00
Z	-1,559
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,119

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Lebenszufriedenheit	Staatsbürger - Österreich	477	251,53	119978,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	260,69	6778,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Lebenszufriedenheit
Mann-Whitney-U	5975,000
Wilcoxon-W	119978,00
Z	-,320
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,749

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr	Staatsbürger - Österreich	477	252,10	120253,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	250,12	6503,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	TV und PC Konsum 4 - 6 h und mehr
Mann-Whitney-U	6152,000
Wilcoxon-W	6503,000
Z	-,074
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,941

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gesundheitsbewußtsein	Staatsbürger - Österreich	477	255,62	121933,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	185,50	4823,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Gesundheitsbewußtsein
Mann-Whitney-U	4472,000
Wilcoxon-W	4823,000
Z	-2,418
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,016

^a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Gruppenstatistiken

	Staatszugehörigkeit	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Gesundheitsbewußtsein	Staatsbürger - Österreich	477	6,72	2,165	,099
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	5,69	2,112	,414

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
öfters Medikamenteneinnahme	Staatsbürger - Österreich	477	253,25	120801,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	229,04	5955,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	öfters Medikamenteneinnahme
Mann-Whitney-U	5604,000
Wilcoxon-W	5955,000
Z	-,935
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,350

^a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
mehrfacher Substanzmittelkonsum	Staatsbürger - Österreich	477	252,89	120627,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	235,71	6128,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	mehrfacher Substanzmittelkonsum
Mann-Whitney-U	5777,500
Wilcoxon-W	6128,500
Z	-,621
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,534

^a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.	Staatsbürger - Österreich	471	246,21	115964,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	25	291,68	7292,00
	Gesamt	496		

Statistik für Test^a

	BMI-Klassifizierung nach Kromeyer-Hausschild et al.
Mann-Whitney-U	4808,000
Wilcoxon-W	115964,000
Z	-2,199
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,028

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters	Staatsbürger - Österreich	477	250,03	119265,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	288,12	7491,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	psychische Beschwerden wöchentlich oder öfters
Mann-Whitney-U	5262,000
Wilcoxon-W	119265,000
Z	-1,726
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,084

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft verletzt	Staatsbürger - Österreich	477	250,84	119652,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	273,23	7104,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft verletzt
Mann-Whitney-U	5649,000
Wilcoxon-W	119652,000
Z	-,823
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,411

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
täglich Frühstück	Staatsbürger - Österreich	477	250,18	119335,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	285,40	7420,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	täglich Frühstück
Mann-Whitney-U	5332,500
Wilcoxon-W	119335,500
Z	-1,267
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,205

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Obst essen	Staatsbürger - Österreich	477	251,96	120187,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	252,65	6569,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Obst essen
Mann-Whitney-U	6184,000
Wilcoxon-W	120187,000
Z	-,024
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,981

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gemüse essen	Staatsbürger - Österreich	477	252,19	120294,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	248,54	6462,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Gemüse essen
Mann-Whitney-U	6111,000
Wilcoxon-W	6462,000
Z	-,131
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,896

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
zuckerhaltige Limo. trinken	Staatsbürger - Österreich	477	247,44	118029,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	335,65	8727,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	zuckerhaltige Limo. trinken
Mann-Whitney-U	4026,000
Wilcoxon-W	118029,000
Z	-3,140
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Gruppenstatistiken

Staatszugehörigkeit		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
zuckerhaltige Limo. trinken	Staatsbürger - Österreich	477	2,75	1,242	,057
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	3,50	1,175	,230

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Süßigkeiten essen	Staatsbürger - Österreich	477	251,51	119971,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	260,96	6785,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Süßigkeiten essen
Mann-Whitney-U	5968,000
Wilcoxon-W	119971,000
Z	-,337
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,736

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Statistik für Test^a

	Frühstück scerealien
Mann-Whitney-U	6137,000
Wilcoxon-W	120140,00
Z	-,093
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,926

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Vollkornprodukte	Staatsbürger - Österreich	477	252,31	120352,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	246,31	6404,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Vollkorno produkte
Mann-Whitney-U	6053,000
Wilcoxon-W	6404,000
Z	-,212
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,832

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Fastfood	Staatsbürger - Österreich	477	248,44	118505,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	317,35	8251,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Fastfood
Mann-Whitney-U	4502,000
Wilcoxon-W	118505,0
Z	-2,908
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,004

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Frühstückscerealien	Staatsbürger - Österreich	477	251,87	120140,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	254,46	6616,00
	Gesamt	503		

Gruppenstatistiken

	Staatszugehörigkeit	N	Mittelwert	Standardab weichung	Standardfe hier des Mittelwertes
Fastfood	Staatsbürger - Österreich	477	2,20	,780	,036
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	2,77	1,478	,290

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Kaffee	Staatsbürger - Österreich	477	252,40	120397,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	244,58	6359,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Kaffee
Mann-Whitney-U	6008,000
Wilcoxon-W	6359,000
Z	-,277
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,782

^a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Energiegetränke	Staatsbürger - Österreich	477	248,62	118590,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	314,08	8166,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Energiegetränke
Mann-Whitney-U	4587,000
Wilcoxon-W	118590,0
Z	-2,395
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,017

^a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Gruppenstatistiken

Staatszugehörigkeit		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Energiegetränke	Staatsbürger - Österreich	477	1,95	1,021	,047
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	2,35	,977	,192

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Kontrolle der Nahrungsaufnahme	Staatsbürger - Österreich	477	251,77	120095,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	256,19	6661,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Kontrolle der Nahrungsaufnahme
Mann-Whitney-U	6092,000
Wilcoxon-W	120095,000
Z	-,154
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,878

^a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Diät machen	Staatsbürger - Österreich	477	251,55	119987,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	260,35	6769,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Diät machen
Mann-Whitney-U	5984,000
Wilcoxon-W	119987,000
Z	-,323
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,747

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freizeit - körperlich aktiv	Staatsbürger - Österreich	477	251,54	119982,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	260,52	6773,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freizeit - körperlich aktiv
Mann-Whitney-U	5979,500
Wilcoxon-W	119982,500
Z	-,313
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,754

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie viele Stunden körperlich aktiv	Staatsbürger - Österreich	477	252,17	120287,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	248,81	6469,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie viele Stunden körperlich aktiv
Mann-Whitney-U	6118,000
Wilcoxon-W	6469,000
Z	-,119
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,905

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft rauchen	Staatsbürger - Österreich	477	251,87	120143,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	254,33	6612,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft rauchen
Mann-Whitney-U	6140,500
Wilcoxon-W	120143,5
Z	-,092
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,927

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie häufig rauchen	Staatsbürger - Österreich	477	251,75	120082,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	256,67	6673,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie häufig rauchen
Mann-Whitney-U	6079,500
Wilcoxon-W	120082,500
Z	-,182
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,856

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Statistik für Test^a

	jemals Alk getrunken
Mann-Whitney-U	5837,000
Wilcoxon-W	6188,000
Z	-,517
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,605

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft Alk getrunken	Staatsbürger - Österreich	477	254,52	121406,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	205,75	5349,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft Alk getrunken
Mann-Whitney-U	4998,500
Wilcoxon-W	5349,500
Z	-1,725
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,085

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
jemals Alk getrunken	Staatsbürger - Österreich	477	252,76	120568,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	238,00	6188,00
	Gesamt	503		

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Cannabis	Staatsbürger - Österreich	477	251,28	119862,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	265,15	6894,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Cannabis
Mann-Whitney-U	5859,000
Wilcoxon-W	119862,0
Z	-,701
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,483

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie viele Stunden schlafen	Staatsbürger - Österreich	477	253,46	120901,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	225,17	5854,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie viele Stunden schlafen
Mann-Whitney-U	5503,500
Wilcoxon-W	5854,500
Z	-1,010
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,312

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
wie oft Zähne putzen	Staatsbürger - Österreich	477	254,05	121181,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	214,42	5575,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	wie oft Zähne putzen
Mann-Whitney-U	5224,000
Wilcoxon-W	5575,000
Z	-1,931
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,053

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
hilft Mutter Vater wenn gebraucht	Staatsbürger - Österreich	477	253,56	120948,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	223,37	5807,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	hilft Mutter Vater wenn gebraucht
Mann-Whitney-U	5456,500
Wilcoxon-W	5807,500
Z	-1,420
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,156

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
verstehen Eltern Sorgen	Staatsbürger - Österreich	477	252,38	120387,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	244,96	6369,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	verstehen Eltern Sorgen
Mann-Whitney-U	6018,000
Wilcoxon-W	6369,000
Z	-,280
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,779

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Meinung Eltern wichtig	Staatsbürger - Österreich	476	251,46	119695,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	252,23	6558,00
	Gesamt	502		

Statistik für Test^a

	Meinung Eltern wichtig
Mann-Whitney-U	6169,000
Wilcoxon-W	119695,000
Z	-,029
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,977

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Statistik für Test^a

	verstehen Geschwister Probleme
Mann-Whitney-U	3800,000
Wilcoxon-W	4053,000
Z	-,973
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,331

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
beeinflussen Eltern	Staatsbürger - Österreich	477	253,23	120791,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	229,40	5964,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	beeinflussen Eltern
Mann-Whitney-U	5613,500
Wilcoxon-W	5964,500
Z	-,865
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,387

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
verstehen Geschwister Probleme	Staatsbürger - Österreich	390	207,76	81025,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	22	184,23	4053,00
	Gesamt	412		

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - Meinung wichtig	Staatsbürger - Österreich	477	249,56	119038,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	296,85	7718,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - Meinung wichtig
Mann-Whitney-U	5035,000
Wilcoxon-W	119038,0
Z	-1,931
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,053

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

**Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test**

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - helfen	Staatsbürger - Österreich	477	248,87	118709,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	309,50	8047,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - helfen
Mann-Whitney-U	4706,000
Wilcoxon-W	118709,0
Z	-3,062
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Gruppenstatistiken

Staatszugehörigkeit		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Freunde - helfen	Staatsbürger - Österreich	477	1,19	,440	,020
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	1,42	,504	,099

Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - Sorgen und Probleme	Staatsbürger - Österreich	477	252,91	120640,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	235,23	6116,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - Sorgen und Probleme
Mann-Whitney-U	5765,000
Wilcoxon-W	6116,000
Z	-,731
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,465

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Freunde - beeinflussen	Staatsbürger - Österreich	477	252,28	120337,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	246,88	6419,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Freunde - beeinflussen
Mann-Whitney-U	6068,000
Wilcoxon-W	6419,000
Z	-,198
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,843

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests
Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
gerne in Schule	Staatsbürger - Österreich	477	252,79	120582,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	237,46	6174,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	gerne in Schule
Mann-Whitney-U	5823,000
Wilcoxon-W	6174,000
Z	-,620
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,535

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
gerne mit Schulkollegen zusammen	Staatsbürger - Österreich	477	250,48	119480,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	279,85	7276,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	gerne mit Schulkollegen zusammen
Mann-Whitney-U	5477,000
Wilcoxon-W	119480,000
Z	-1,208
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,227

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
belastet durch Schule	Staatsbürger - Österreich	477	254,32	121309,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	209,50	5447,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	belastet durch Schule
Mann-Whitney-U	5096,000
Wilcoxon-W	5447,000
Z	-1,710
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,087

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
beeinflusst Schule	Staatsbürger - Österreich	477	252,25	120322,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	247,46	6434,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	beeinflusst Schule
Mann-Whitney-U	6083,000
Wilcoxon-W	6434,000
Z	-,189
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,850

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Schule - hilfe bei Sorgen	Staatsbürger - Österreich	477	252,38	120383,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	245,12	6373,00
Gesamt		503		

Statistik für Test^a

	Schule - hilfe bei Sorgen
Mann-Whitney-U	6022,000
Wilcoxon-W	6373,000
Z	-,268
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,788

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
TV - Konsumierung	Staatsbürger - Österreich	477	252,05	120225,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	251,17	6530,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	TV - Konsumierung
Mann-Whitney-U	6179,500
Wilcoxon-W	6530,500
Z	-,031
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,975

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Computer - Konsumierung	Staatsbürger - Österreich	477	252,15	120276,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	249,23	6480,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Computer - Konsumierung
Mann-Whitney-U	6129,000
Wilcoxon-W	6480,000
Z	-,102
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,918

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Geld ausreichend	Staatsbürger - Österreich	477	252,07	120235,50
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	250,79	6520,50
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Geld ausreichend
Mann-Whitney-U	6169,500
Wilcoxon-W	6520,500
Z	-,045
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,964

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

	Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
fasziniert schnelles Fahren	Staatsbürger - Österreich	477	251,04	119747,00
	Staatsbürger - nicht Österreich	26	269,58	7009,00
	Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	fasziniert schnelles Fahren
Mann-Whitney-U	5744,000
Wilcoxon-W	119747,000
Z	-,648
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,517

a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Nichtparametrische Tests Mann-Whitney-Test

Ränge

Staatszugehörigkeit	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft	477	253,53	120933,50
Staatsbürger - Österreich	26	223,94	5822,50
Staatsbürger - nicht Österreich			
Gesamt	503		

Statistik für Test^a

	Sorgen über Arbeitsplatz in der Zukunft
Mann-Whitney-U	5471,500
Wilcoxon-W	5822,500
Z	-1,038
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,299

^a. Gruppenvariable: Staatszugehörigkeit

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Staatszugehörigkeit * gerne mehr Freunde	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Staatszugehörigkeit * gerne mehr Freunde Kreuztabelle

Anzahl		gerne mehr Freunde			Gesamt
		ja	nein	fehlender Wert	
Staatszugehörigkeit	Staatsbürger - Österreich	159	313	5	477
	Staatsbürger - nicht Österreich	13	13	0	26
Gesamt		172	326	5	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,203 ^a	2	,202
Likelihood-Quotient	3,299	2	,192
Zusammenhang linear-mit-linear	1,878	1	,171
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,26.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Staatszugehörigkeit * Zugehörigkeit zur Clique	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Staatszugehörigkeit * Zugehörigkeit zur Clique Kreuztabelle

Anzahl

Anzahl		Zugehörigkeit zur Clique			Gesamt
		ja	nein	fehlender Wert	
Staatszugehörigkeit	Staatsbürger - Österreich	350	123	4	477
	Staatsbürger - nicht Österreich	20	6	0	26
Gesamt		370	129	4	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,331 ^a	2	,848
Likelihood-Quotient	,539	2	,764
Zusammenhang linear-mit-linear	,329	1	,566
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,21.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Staatszugehörigkeit * Intern TV Radio beeinflusst	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Staatszugehörigkeit * Intern TV Radio beeinflusst Kreuztabelle

Anzahl

		Intern TV Radio beeinflusst				Gesamt
		ja	nein	weiß nicht	fehlender Wert	
Staatszugehörigkeit	Staatsbürger - Österreich	77	211	170	19	477
	Staatsbürger - nicht Österreich	2	12	12	0	26
Gesamt		79	223	182	19	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,930 ^a	3	,402
Likelihood-Quotient	4,102	3	,251
Zusammenhang linear-mit-linear	,091	1	,763
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,98.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Staatszugehörigkeit * Wohlfühlen am Wohnort	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Staatszugehörigkeit * Wohlfühlen am Wohnort Kreuztabelle

Anzahl

		Wohlfühlen am Wohnort			Gesamt
		ja	nein	weiß nicht	
Staatszugehörigkeit	Staatsbürger - Österreich	408	31	38	477
	Staatsbürger - nicht Österreich	20	1	5	26
Gesamt		428	32	43	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,147 ^a	2	,126
Likelihood-Quotient	3,284	2	,194
Zusammenhang linear-mit-linear	2,773	1	,096
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,65.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Staatszugehörigkeit * chronische Erkrankung haben	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Staatszugehörigkeit * chronische Erkrankung haben Kreuztabelle

Anzahl

		chronische Erkrankung haben		Gesamt
		ja	nein	
Staatszugehörigkeit	Staatsbürger - Österreich	112	365	477
	Staatsbürger - nicht Österreich	6	20	26
Gesamt		118	385	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,002 ^b	1	,962		
Kontinuitätskorrektur ^a	,000	1	1,000		
Likelihood-Quotient	,002	1	,962		
Exakter Test nach Fisher				1,000	,590
Zusammenhang linear-mit-linear	,002	1	,962		
Anzahl der gültigen Fälle	503				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,10.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Staatszugehörigkeit * jemals geraucht	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Staatszugehörigkeit * jemals geraucht Kreuztabelle

Anzahl		jemals geraucht		Gesamt
		ja	nein	
Staatszugehörigkeit	Staatsbürger - Österreich	378	99	477
	Staatsbürger - nicht Österreich	22	4	26
Gesamt		400	103	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,437 ^b	1	,509		
Kontinuitätskorrektur ^a	,169	1	,681		
Likelihood-Quotient	,466	1	,495		
Exakter Test nach Fisher				,624	,355
Zusammenhang linear-mit-linear	,436	1	,509		
Anzahl der gültigen Fälle	503				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,32.

Kreuztabellen

Verarbeitete Fälle

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Staatszugehörigkeit * Selbstverletzung	503	100,0%	0	,0%	503	100,0%

Staatszugehörigkeit * Selbstverletzung Kreuztabelle

Anzahl		Selbstverletzung			Gesamt
		nein	ja einmal	ja öfters	
Staatszugehörigkeit	Staatsbürger - Österreich	372	55	50	477
	Staatsbürger - nicht Österreich	19	1	6	26
Gesamt		391	56	56	503

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,897 ^a	2	,086
Likelihood-Quotient	4,530	2	,104
Zusammenhang linear-mit-linear	1,694	1	,193
Anzahl der gültigen Fälle	503		

^a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.
Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,89.