Zeitschrift: Schweizer Schule
Herausgeber: Christlicher Lehrer- und Erzieherverein der Schweiz
Band: 85 (1998)
Heft: 12: Gesundheitsförderung

Artikel: Wie gesund sind die Schülerinnen und Schüler in der Schweiz?
Autor: Wicki, Werner
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-532914

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Werner Wicki

Wie gesund sind die Schülerinnen und Schüler in der Schweiz?

Die Frage nach der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern kann, so Werner Wicki, mit Hilfe von Untersuchungsergebnissen fundiert beantwortet werden. Weshalb aber einige Kinder und Jugendliche beispielsweise dem Zigaretten- oder Alkoholkonsum widerstehen können, während andere den Verführungen erliegen, ist schwierig zu erklären. Fest steht jedoch für den Forscher, dass es in unserem Gemeinwesen Strukturen gibt, welche die Aufwachsbedingungen der Kinder beeinträchtigen.

Als ich die Anfrage der Redaktion der «schweizer schule», diesen Beitrag zu verfassen, akzeptierte, war ich in Bezug auf verfügbare Schweizer Daten noch etwas optimistischer als heute. Ich musste bald erkennen, dass die vorhandenen Schweizer Zahlen zur Gesundheit von Schülerinnen und Schülern noch kein umfassendes Bild hergeben können. Während über die Gesundheit Jugendlicher ab 11 Jahren noch einige brauchbare Studien vorliegen, ist das diesbezügliche Wissen über jüngere Kinder fast schon prekär. Hier muss man auf ausländische Studien ausweichen und hoffen, daß die Resultate auch für die Schweiz gelten. Für das angesprochene Manko möchte ich hier nur zwei Gründe erwähnen:

- Traditionelle Gesundheitsstatistiken haben bisher fast ausschliesslich aus Letalstatistiken (Sterbehäufigkeiten und -ursachen) bestanden. Repräsentative Erhebungen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten einzelner Bevölkerungsgruppen werden erst seit kurzem als sinnvoll betrachtet.
- Die Erfassung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von jüngeren Kindern stellt besondere methodische Probleme. Die Fragebogenmethode lässt sich nur schwerlich vor dem 11. Altersjahr einsetzen. Dies erklärt, weshalb in den meisten Studien Kinder unter 11 Jahren gar nicht berücksichtigt werden.

Traditionelle Gesundheitsstatistiken haben bisher fast ausschliesslich aus Letalstatistiken bestanden.

Der Wandel von der Letal- zur Gesundheitsstatistik hat natürlich etwas mit unserer *Vorstellung von Gesundheit und Krankheit* zu tun: Unter Gesundheit verstehen wir heute *mehr als die Abwesenheit einer ärztlich diagnostizierten Krankheit*. Wir fassen darunter auch die *subjektive* Befindlichkeit. Selbstverständlich sind diagnostizierte Leiden und Behinderungen massgebliche Bestandteile des Bildes, das uns interessiert. Dazu kommen aber jene Befindlichkeiten, die keine Krankheiten im engeren Sinne darstellen. Ich denke z. B. an Einschränkungen des Wohlbefindens durch Stressbelastungen in der Schule, etwa bedingt durch Prüfungsangst, Angst vor Mitschülern, Gefühle des Ausgeschlossenseins u.ä., aber auch an die (massiven) Einschränkungen des Wohlbefindens durch Kindesmisshandlung, sexuellen Missbrauch und/oder Vernachlässigung (vor allem) im Familienkontext.

In einem weiten Sinne kann man unter Gesundheit die Fähigkeit verstehen, sich autonom und wirksam mit den personinternen und umweltbezogenen Anforderungen auseinanderzusetzen. Diese Auseinandersetzung führt (im gelingenden Falle) zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von seelischem, körperlichem und sozialem Wohlbefinden und ist verbunden mit (weiterem) Kompetenzerwerb und sinnvoller Lebensgestaltung. Das mag ein wenig abstrakt daherkommen, wird aber konkreter, wenn man z. B. misshandelte Kinder, Schulanfänger mit gefährlichem Schulweg, Ausländerkinder mit mangelndem Anschluss an Gleichaltrige oder Kinder mit massiven schulischen Leistungsschwächen betrachtet: In jedem Fall ist die Bewältigung entwicklungsrelevanter Anforderungen erschwert, können wichtige soziale Erfahrungen nicht oder nur unter ungünstigen Vorzeichen gesammelt werden. Das Zusammentreffen mehrerer Belastungsfaktoren beim gleichen Kind führt nachweislich zu einer Reduktion des Wohlbefindens (vgl. z. B. Felder, 1997; Flammer, Grob, Alsaker, 1997; Grob, 1997).

Jüngere Schülerinnen und Schüler (7- bis 10-jährige)

Todesfälle und Verletzungen durch Unfälle

Trotz allem (s.o.) einige Worte zur Letalstatistik: Verglichen mit dem europäischen Ausland ist in der Schweiz die Sterblichlichkeit dieser Altersgruppe mit 0,2‰ sehr tief. Die häufigste Todesursache 5- bis 9-jähriger Kinder stellen mit 50% die Verletzungen durch Unfälle und andere Gewalteinwirkungen dar (De Landtsheer, 1993). Während Vorschulkinder meistens im Haushalt verunfallen, nehmen ab dem Schulalter die Verkehrsunfälle zu. Im Jahre 1994 *verunfallten* in der Schweiz 1,3‰ aller 5- bis 9-jährigen Kinder als Fussgänger im *Strassenverkehr* (Allenbach, Bigler, Reichardt, 1995). Betrachtet man die Gesamtheit der Verkehrsunfälle, so fällt auf, dass Kinder unter 10 Jahren relativ am häufigsten als *Fussgänger* verunfallen.[1] Das ist ein Mehrfaches der Rate, die in den anderen Altersgruppen festgestellt wurde, und muss, angesichts der schwachen Position des Fussgängers gegenüber den andern Verkehrsteilnehmern, zu denken geben.

Kinder unter 10 Jahren verunfallen relativ am häufigsten als Fussgänger.

Krebserkrankungen

Als zweithäufigste Todesursache dieser Altersgruppe gelten die bösartigen Tumore. Insgesamt erkranken in der Schweiz jährlich etwa 180 bis 200 Kinder an Krebs, wobei die Heilungsschancen je nach Krebsart unterschiedlich sind. Im Kindesalter sind Leukämien, Knochentumore und Tumore der Nervenzellen am häufigsten. Die Diagnose «Krebs» ist ohne Zweifel ein mächtiger Stressor für das betroffene Kind und seine Familie und führt mit dem Beginn der Behandlung, der Konfrontation mit Behandlungsnebenwirkungen, dem Hoffen auf einen positiven Verlauf, möglichen Rückfällen usw. zu einer längerfristigen Belastung und einer Vielzahl von psychischen Anpassungsprozessen. Seit geraumer Zeit sind diese Prozesse Gegenstand psychologischer Untersuchungen, wobei bisher fast ausschliesslich das betroffene Kind und seine Eltern im Mittelpunkt des Interesses gestanden haben. Neuerdings ist man aber auch der Frage nachgegangen, wie die *Geschwister* des erkrankten Kindes die neue Situation

bewältigen. Eine Schweizer Studie hat kürzlich gezeigt, dass diesen Kindern ebenfalls verschiedene Anpassungen abverlangt werden wie z. B. vermehrtes Zurückstellen eigener Ansprüche an die Eltern, Umgang mit Krankheit und Todesnähe und Neudefinition der Geschwisterbeziehung (Leibundgut, 1998).

Psychische Störungen

Steinhausen und Winkler Metzke (in print) kommen in ihrer grossen Zürcher Studie zum Ergebnis, dass rund 30% der 6- bis 9-jährigen und 25% der 10- bis 13-jährigen Schülerinnen und Schüler im Verlaufe eines Jahres an einer kurz oder länger dauernden psychischen Störung (alle Störungen zusammengenommen) leiden. Mit Abstand am häufigsten sind Angststörungen. Insgesamt werden psychische Störungen mit zunehmendem Alter seltener. Die psychisch gesündeste Gruppe waren also die 14- bis 17-jährigen Jugendlichen (mit psychischen Störungen bei 9% der Mädchen und 16% der Jungen) – ein Befund der im Widerspruch steht zum gängigen Vorurteil, Jugendliche seien besonders problembeladen.

Rund 30% der 6- bis 9-jährigen leiden im Verlaufe eines Jahres an einer psychischen Störung.

Asthma bronchiale

Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Eine grosse deutsch-österreichische Studie (Neupert, Ihorst, Karmaus et al., 1997) kommt zum Ergebnis, dass rund 5% der 6- bis 9-jährigen Kinder unter dieser Krankheit leiden (Lebenszeitprävalenz). Andere ausländische Studien kommen je nach Alter und Land auf noch grössere Häufigkeiten (10–18%). Man nimmt an, dass diese Krankheit im Verlaufe der letzten Jahrzehnte häufiger geworden ist (Bauer, 1996). Asthma wird heute als bronchiale Entzündung verstanden, die durch Virusinfekte, chemische Reize, physikalische Reize (z. B. Kälte) oder durch Allergene hervorgerufen wird. Epidemiologische Studien zeigen, dass dem Asthma häufig Ekzeme vorausgehen und dass Passivrauchen das Asthma fördert.

Schmerzsyndrome, funktionelle Beschwerden, Enuresis

Aufgrund ausländischer Studien muss man annehmen, dass etwa 38% der 7-jährigen Kinder regelmässig unter Kopfschmerzen leiden (vgl. Felder, 1997) und weitere 3% unter Migräne. Etwas weniger häufig als Kopfweh sind Bauchschmerzen in dieser Altersgruppe. Meistens handelt es sich um funktionelle Beschwerden, d.h. es liegen keine organischen Befunde vor (was aber abzuklären ist!). Trotzdem sollten auch diese Schmerzzustände als Beeinträchtigung des Befindens und der Leistungsfähigkeit – gerade auch in der Schule – ernst genommen werden. Ich meine, es ist falsch, die Schmerzzustände von Kindern als «psychosomatisch» in dem Sinne abzuwerten, als man a priori annimmt, die Kinder wollten damit «nur» etwas erreichen. Genau wie Erwachsene erleben die Kinder diese Schmerzen wirklich, und sie haben ein Anrecht auf adäquate Behandlung, Schonung und Erholung.

Das gleiche gilt auch für nächtliches Einnässen (Enuresis), von dem gemäss ausländischer Studien rund 10% der 7-jährigen betroffen sind. Auch hier gilt, dass einseitige (a priori-)Annahmen über die rein psychische Verursachung des Problems verfehlt sind.

Psychosoziale Einflussfaktoren
Selbstverständlich ist aber (trotz der vorhin geforderten Zurückhaltung) der oben schon kurz angesprochene Zusammenhang zwischen psychosozialen (Belastungs-)Faktoren und körperlich-seelischem Befinden auch bei jüngeren Kindern nachweisbar. Ihr Wohlbefinden ist beispielsweise von einem guten Familienklima (i.S. wertschätzender Kommunikation, unterstützender Beziehungen, wenig eskalierender Konflikte) abhängig. Die Scheidungsforschung der letzten 20 Jahre hat sehr deutlich gezeigt, dass eskalierende Elternkonflikte das Wohlbefinden der Kinder nachhaltig reduzieren können – und zwar sowohl in Scheidungsfamilien wie auch in Familien, die trotz eskalierender Konflikte zusammenbleiben (vgl. Übersicht in Wicki, 1997, S. 131ff.).
Vergleichbare Zusammenhänge sind auch zwischen schul- und freizeitbezogenen Belastungen und dem Wohlbefinden anzunehmen.

Adoleszente Schülerinnen und Schüler (ab 11)

Adoleszenz als Zeit massiver Veränderungen
In die Zeit der Adoleszenz fallen starke körperliche (Pubertät), psychische (Wissenszuwachs, Identität) und soziale Veränderungen (Freundschaften, Berufswahl). Gesundheitlich müssen diese Veränderungen überhaupt nicht relevant werden, gelegentlich werden sie es aber doch. Besonders augenfällig ist das z. B. bei der Akne, die das Befinden und das Selbstbild Jugendlicher massiv einschränken kann, aber auch bei den verbreiteten Gewichtsproblemen und den damit verbundenen Essstörungen sowie bei Verkehrsunfällen und Suiziden.

Unfälle und Suizide
Im Altersvergleich ist auch für die Gruppe der 10- bis 14-jährigen eine tiefe *Sterblichkeit* festzustellen, die jedoch bei den älteren Jugendlichen (15- bis 19-jährige) massiv auf fast 0,7 Promille ansteigt. Wesentlich dafür verantwortlich ist die Zunahme der *Verkehrsunfälle* und der *Suizide* (Michaud, 1993). Die Tatsache, dass diese beiden Todesarten bei den Jungen deutlich häufiger sind als bei den Mädchen, erklärt weitgehend, dass die Sterblichkeit der Jungen dieses Alters insgesamt wesentlich höher ist als diejenige der Mädchen (Verhältnis 4:1).

Verkehrsunfälle und Suizide sind bei den Jungen deutlich häufiger als bei den Mädchen.

Spitalaufenthalte
Während der ganzen Schulzeit schwankt die Zahl der *Spitalaufenthalte* nur gering. Sie beträgt im Jahr pro 1000 Jungen 60–100 und pro 1000 Mädchen 50–80, wobei die Tendenz bei den Jungen mit dem Alter leicht fallend ist, während sie sich bei den Mädchen ab der Adoleszenz immer mehr verstärkt. Wie schon aufgrund der Sterbeziffern vermutet werden kann, sind Verletzungen die häufigste Einweisungsursache. Es gilt aber zu beachten, dass die meisten nichttödlichen Unfälle auf das Konto des Sports gehen (Efionayi-Mäder, François, Fröchling, Le Gauffey, 1996).
Ab dem 15. Lebensjahr folgen Einweisungen wegen Gebrauch von Medikamenten und Drogen (Suizidversuche, Drogenüberdosis) auf dem zweiten Rang (Michaud, 1993).

Behinderungen und chronische Leiden
Der Anteil der Jugendlichen mit Behinderungen und chronischen Leiden wird in den westlichen Industrieländern auf ca. 10% geschätzt (Michaud, 1993). Eine in Deutschland durchgeführte Studie schätzt den Anteil der 3- bis 14-jährigen Kinder mit leichten chronischen körperlichen Erkrankungen sogar auf rund 26%, den Anteil mit schweren körperlichen chronischen Erkrankungen auf 3% (Weyerer et al., 1988, zit. in Felder, 1997). Für Behinderte und chronisch kranke Jugendliche stellt sich die Lösung von Entwicklungsaufgaben (Berufswahl, Ablösung, Freundschaften) oft als vergleichsweise schwieriger dar (Lange, 1996; Voll, 1996). Ungelöste Entwicklungsaufgaben können sekundär die psychische Gesundheit zusätzlich beeinträchtigen.

Subjektiv wahrgenommene Gesundheit und Gesundheitsprobleme
In der repräsentativen SFA-Schülerbefragung (vgl. z.B. Efionayi-Mäder et al., 1996a + b) bat man im Jahre 1994 insgesamt fast 17000 Jugendliche, ihre *Gesundheit* pauschal einzuschätzen («Wie schätzt Du Deine Gesundheit ein?»). Die 11- bis 16-Jährigen antworteten zu 48,1%, diese sei «sehr gut»; weitere 49,3% gaben an, sie sei «gut» und 2,6% beurteilten ihre Gesundheit als «nicht sehr gut». Trotz dieser insgesamt doch sehr positiven Pauschalurteile wurden einzelne körperliche und psychische *Gesundheitsprobleme* recht häufig angegeben:
- 10% der Befragten gaben an, unter «ziemlich schlimmen» Allergien zu leiden;
- 6% berichteten, unter Akneproblemen zu leiden;
- 23% klagten über Kopfschmerzen, die einmal wöchentlich oder häufiger auftreten;
- 18% klagten über Rückenschmerzen, die einmal wöchentlich oder häufiger auftreten;
- 27% gaben an, dass sie einmal pro Woche oder häufiger traurig sind;
- 9% gaben an, dass sie sich alleine fühlen.

In Bezug auf diese Probleme und Beschwerden gilt, dass sie vom 11. bis 15. Altersjahr stetig zunehmen (oben sind die Durchschnittswerte angegeben). Im Vergleich zu den Jungen geben Mädchen häufiger schlechte Gefühlslagen (Traurigkeit, Nervosität) und Kopfschmerzen an. Mädchen äussern auch häufiger als Jungen Selbstzweifel, dass sie nicht so sind, wie sie sein möchten (17% vs. 7%, Kanton Zürich). An vorderster Stelle (22%) steht jedoch die Sorge der Jugendlichen über schlechte Noten – ein Befund, der Lehrpersonen zu denken geben sollte.

Mädchen geben häufiger schlechte Gefühlslagen und Kopfschmerzen an.

Die erwähnten SFA-Befunde werden durch eine weitere, für die Schweiz ebenfalls repräsentative Schülerinnen- und Schülerbefragung, die in den Jahren 1994 bis 1995 vom Berner Institut für Psychologie durchgeführt wurde (Flammer et al., 1997), fast durchwegs bestätigt, ergänzt und z.T. differenziert. Eine der Differenzierungen betrifft die Unterscheidung von Kopfschmerzen und Migräne. Letztere wurde von 12% der Mädchen und von 9% der Jungen als zumindest «oft» auftretend berichtet (Felder, 1997).

Körperbild und Essverhalten
Eine interessante Ergänzung zu den oben erwähnten Selbstzweifeln stammt ebenfalls aus der Berner Studie: Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper hängt anscheinend recht eng mit der Unzufriedenheit mit dem Körpergewicht zusammen. Knapp 20% der Mädchen der 4. und 5. Klasse und rund 40% der Mädchen der 6. und 7.-Klasse geben an, sie würden sich «zu dick» fühlen (Alsaker, 1997). Vor dem Hintergrund der nachweislichen Zunahme von Essstörungen (Magersucht und Ess-/Brechsucht) unter Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten müssen diese Zahlen alarmieren und vermehrte präventive Anstrengungen anregen. Am Anfang der Magersucht stehen nämlich oftmals ein völlig verzerrtes Körperbild («zu dick») und extremes Fasten, das ausser Kontrolle gerät und sich unter Mitwirkung somatischer Prozesse zur Sucht entwickelt.

Alkohol und Zigaretten
Im Jahre 1994 hatten 34% der 11- bis 16-jährigen Jugendlichen noch nie Alkohol getrunken, 36% konsumierten mindestens einmal monatlich alkoholische Getränke, die übrigen seltener (Efionayi-Mäder et al., 1996b). 8% der Jugendlichen tranken mindestens einmal wöchentlich Bier, welches unter allen alkoholischen Getränken in allen Regionen das beliebteste war.[2] Exzessives Trinken wurde in der SFA-Studie erfasst, indem nach der Anzahl der Rauscherfahrungen gefragt wurde. 2,3% der befragten Jugendlichen berichteten, schon mehr als 10 Rauschzustände gehabt zu haben, weitere 2,5% hatten dies 4–10mal, 6.3% 2–3mal und 10,2% 1mal erlebt. Der Alkoholkonsum ist zwar weiterhin etwas häufiger bei den Jungen. Im Vergleich zu früheren Untersuchungen (1986 und 1990) ist allerdings zu beobachten, dass sich die Mädchen den Jungen annähern. Auch wurde festgestellt, dass zunehmend jüngere Kinder in den Konsum einsteigen (Efionayi-Mäder et al., 1996b). Bei der Zahl der Jugendlichen, die schon geraucht hat (1986: 41%; 1994: 44%) sowie bei denjenigen, die täglich rauchen (1986: 4,1%; 1994: 6,6%) ist ebenfalls ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Diese Resultate zeigen, dass die Präventionsbemühungen im Bereich legaler Drogen überdacht und verstärkt werden müssen.

Illegale Drogen
Der Konsum von Haschisch oder Marihuana hat unter den Schülerinnen und Schülern des 8. und 9. Schuljahres in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen (1986: 11%; 1994: 20%). Dagegen ist der Konsum von Kokain (1%) und Heroin (0,8%) auf dem Niveau von 1986 geblieben (Efionayi-Mäder et al., 1996b; Müller, Abbet, 1991). 1,5% der Jugendlichen der 8. und 9. Klasse hatten im Jahre 1994 einmal oder mehrmals Ecstasy genommen. Entgegen landläufiger Vorstellungen konsumieren die Jugendlichen des urbanen Kantons Zürich nicht häufiger illegale Drogen als zum Beispiel die Jugendlichen des Kantons Aargau. Eine Ausnahme bildet der Haschisch-Konsum, der unter den Zürcher Jugendlichen tatsächlich etwas häufiger ist als im schweizerischen Durchschnitt (25% vs. 20%).

Die Jugendlichen des urbanen Kantons Zürich konsumieren nicht häufiger illegale Drogen.

Was brauchen Kinder und Jugendliche für eine gesunde Entwicklung?

Diese Frage ist leider nicht ganz einfach zu beantworten, und ich kann im Rahmen dieses Aufsatzes nur auf einige Aspekte eingehen. Selbstverständlich gibt es basale Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, die befriedigt sein müssen. Ich denke an die ausreichende materielle Versorgung mit Kleidern, Nahrungsmitteln und Wohnraum, an hygienische Voraussetzungen (z. B. Wasser- und Luftqualität), an die medizinische Versorgung (z. B. Impfungen, Früherkennung von Krankheiten) und – last but not least – an die psychischen und sozialen Bedürfnisse wie liebevolle, akzeptierende und respektvolle Zuwendung und Aufmerksamkeit sowie dem Alter angepasste Kontrolle durch die wichtigsten Bezugspersonen (Eltern, Lehrpersonen), befriedigende Beziehungen in der Peergruppe; ich denke auch an Freundschaften und Zukunftsperspektiven und an das Gefühl ausreichender eigener Kontrolle über relevante Situationen und Vorhaben. Diese Grundlagen sind mächtige Ressourcen oder Schutzfaktoren, die das Kind vor vielerlei gesundheitlichen Einschränkungen (aber längst nicht allen!) schützen und ihm auch helfen können, mit einer chronischen Erkrankung besser umzugehen, selbst wenn diese nicht heilbar ist.

Die genannten Ressourcen (oder Schutzfaktoren) können aber im Einzelfall doch unzureichend sein, etwa wenn es um die Verhinderung eines schweren Verkehrsunfalls oder von übermässigem Alkohol- oder Zigarettenkonsum oder einer schweren Essstörung geht. Jedes dieser Beispiele ist geeignet, die Grenzen des Einflusses von Familie und Schule aufzuzeigen. So wissen wir, dass auch Kinder abstinenter Eltern einen problematischen Alkohol- und Zigarettenkonsum entwickeln können, auch wenn die Wahrscheinlichkeit dafür bei Kindern von Eltern mit hohem Zigaretten-/Alkoholkonsum erhöht ist (z. B. Steinhausen, Winkler Metzke, in print). Desgleichen können Kinder auch dann eine Magersucht entwickeln, wenn sich ihre Eltern vernünftig und lustvoll ernährt und kein extremes Fasten vorgelebt haben. Dem ist so, weil weitere Einflussfaktoren wirken, die weder von der Schule noch von den Eltern kontrolliert werden können. Im Falle des Zigaretten- und Alkoholkonsums sowie der Magersucht sind es die durch Kultur und Wirtschaft (im weitesten Sinne, also: Mode, Werbung, Film, Fernsehen, Musikidole) an die Kinder und Jugendlichen herangetragenen und in der Peergruppe weiterverbreiteten Vorbilder und Verhaltensmuster, die (neben vielen positiven) auch gefährliche Identitäten stiften. Eltern und Schule alleine stehen oft auch auf verlorenem Posten, wenn es um die Verhinderung von Strassenverkehrsunfällen der Kinder und Jugendlichen geht. Die Fahrzeuge der erwachsenen Verkehrsteilnehmer (Autos, Lastwagen) bleiben im Falle einer Kollision meistens die «Sieger», auch wenn sie im Fehler sind. Hier ist eine *Struktur* problematisch. Die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern hängt – und darauf will ich hinaus – nicht nur von den Bemühungen in Familie und Schule ab. Es ist *auch* eine Aufgabe des Gemeindewesens sowie der kantonalen und Bundesbehörden, vorhandene Strukturen und Angebote zu überdenken und gesundheitspolitische Massnahmen zum Wohle der Kinder zu ergreifen.

Auch Kinder abstinenter Eltern können einen problematischen Alkohol- und Zigarettenkonsum entwickeln.

Literaturhinweise

J.-P. Abbet, D. Efionayi-Mäder, Jugendliche und ihre Gesundheit. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne (SFA). Forschungsbericht Nr. 23, 1993.

F. Alsaker, Pubertät als Belastung, in: A. Grob (Hrsg.), Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet? (S. 129–148). Chur, Zürich: Rüegger 1997.

C.P. Bauer, Asthma bronchiale, in: G.M. Schmitt, E. Kammerer, E. Harms (Hrsg.). Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung (S. 450–459), Göttingen: Hogrefe 1996.

J.-P. De Landtsheer, Kindheit, in: W. Weiss (Hrsg.), Gesundheit in der Schweiz (S. 113–121), Zürich: Seismo 1993.

D. Efionayi-Mäder, Y. François, H. Fröchling, Y. Le Gauffey, Gesundheitsverhalten der Jugendlichen im Kanton Zürich. Ein Vergleich zur Gesamtschweiz, Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) 1996a.

D. Efionayi-Mäder, Y. François, H. Fröchling, Y. Le Gauffey, Gesundheitsverhalten der Jugendlichen im Kanton Aargau. Ein Vergleich zur Gesamtschweiz. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) 1996b.

W. Felder, Wie gesund sind unsere Jugendlichen?, in: A. Grob (Hrsg.), Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet? (S. 111–128). Chur, Zürich: Rüegger 1997.

A. Flammer, A. Grob, F. Alsaker, Belastung von Schülerinnen und Schülern: Das Zusammenwirken von Anforderungen, Ressourcen und Funktionsfähigkeit, in: A. Grob (Hrsg.), Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet? (S. 11–30). Chur, Zürich: Rüegger 1997.

A. Grob, Stressresistente Kinder und Jugendliche, in: A. Grob (Hrsg.), Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet? (S. 149–168). Chur, Zürich: Rüegger 1997.

J.-M. Lange, Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen in der Schule – grundsätzliche Überlegungen zum Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern, in: G.M. Schmitt, E. Kammerer, E. Harms (Hrsg.), Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung (S. 31–38), Göttingen: Hogrefe 1996.

T. Leibundgut, Wohlbefinden, Lebensveränderungen und Belastungsbewältigung bei Geschwistern krebskranker Kinder. Unveröffentl. Lizentiatsarbeit am Institut für Psychologie der Universität Bern 1998.

P.-A. Michaud, Jugendalter, in: W. Weiss (Hrsg.), Gesundheit in der Schweiz (S. 123–133), Zürich: Seismo 1993.

R. Müller, J.-P. Abbet, Veränderungen im Konsum legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen, Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) 1991.

T. Neupert, G. Ihorst, W. Karmaus et al., Asthma und asthmatypische Beschwerden bei Schulkindern. Vergleich von Gebieten in Deutschland und Österreich. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5, 63–75, 1997.

H.-C. Steinhausen, C. Winkler Metzke, Frequency and correlates of substance use among preadolescents and adolescents in a Swiss epidemiological study. J Child Psychol. Psychiat., 39, 387–397, 1998.

H.-C. Steinhausen, C. Winkler Metzke, M. Meier, R. Kannenberg, Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich epidemiological study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 96, in print.

R. Voll, Freundschaft, Partnerschaft und Sexualität bei chronisch kranken Jugendlichen, in: G.M. Schmitt, E. Kammerer, E. Harms (Hrsg.), Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung (S. 39–52), Göttingen: Hogrefe 1996.

W. Wicki, Übergänge im Leben der Familie, Bern: Huber 1997.

Anmerkungen

[1] Erwachsene waren relativ am häufigsten als Lenker oder Mitfahrende in Personenwagen, 10- bis 14-jährige Jugendliche relativ am häufigsten auf dem Fahrrad und 15- bis 17-jährige Jugendliche relativ am häufigsten auf dem Motorfahrrad von Verkehrsunfällen betroffen.

[2] Inzwischen könnten diese Zahlen wegen der alkoholhaltigen Limonaden («Alcopops»), die neu auf den Markt gekommen sind und jugendliche Konsumenten ansprechen, erneut gestiegen sein.