

## **Gerd Marstedt, Rainer Müller (1999): Zukunftssorgen, Gesundheit und Sport bei Jugendlichen**

Daß Jugendliche und teilweise sogar schon Kinder unter der anhaltenden Krise auf dem Arbeits- und Ausbildungsstellenmarkt leiden und mit großer Sorge in die Zukunft blicken, wurde schon durch mehrere Untersuchungen belegt, zuletzt durch die Shellstudie „Jugend – 97“<sup>1</sup>. Wenig bekannt war jedoch bislang darüber, welche gesundheitlichen Auswirkungen solche negativen Perspektiven bei Jugendlichen mit sich bringen und welche Einstellungen und Erfahrungen Jugendliche mit Sport in dieser Situation haben. Die Gmünder Ersatzkasse (GEK), eine bundesweit aktive Krankenkasse, hat 9.311 Jugendliche im Alter von 14 bis 25 Jahren, die bei ihr versichert sind, in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen im September/Okttober 1998 befragt. An der Befragung haben sich 70 % Mädchen/Frauen beteiligt, 26 % der Jugendlichen befanden sich in der Ausbildung, bereits 17 % waren berufstätig, 24 % besuchten eine Haupt-, Real- Fachschule, 28 % ein Gymnasium und 5 % eine Hochschule.

### **Hauptprobleme der Jugendlichen**

Wie schon in der 12. Shellstudie *Jugend 97* zeigt sich auch in der Befragung, daß die jüngeren Mitglieder unserer Gesellschaft sich entgegen vielen Vorstellungen der Erwachsenen mit schwierigen Fragen und Entscheidungen zu ihrer näheren Zukunft auseinandersetzen müssen und dieses auch tun. Ihre vermeintlich unbeschwerte Jugendzeit ist durchsetzt mit einer Vielzahl von Alltagsproblemen: die ständig wachsenden Anforderungen in der Schule, in der Ausbildung oder auch von seiten der Eltern; die tägliche Auseinandersetzung mit Problemen unserer Gesellschaft wie Politik und Arbeitsmarkt. Sie können sich gegen sie nicht verschließen, da diese Rahmenbedingungen ihre unmittelbare Zukunft betreffen.

Schaut man sich nur die Frage nach den Hauptproblemen der Jüngeren in unserer Gesellschaft an, so sieht man sehr eindeutig, daß das Thema Arbeitsmarkt absolut dominant ist: Den Lehrstellenmangel sahen 70,9% und die Arbeitslosigkeit allgemein 65,6% als Hauptprobleme.

---

<sup>1</sup> Jugendwerk der Deutschen Shell (Hg.): Jugend '97 – Zukunftsperspektiven, Gesellschaftliches Engagement, Politische Orientierungen, Opladen

Hauptprobleme der Jüngerer in unserer Gesellschaft (Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent)			
	insgesamt	männlich	weiblich
Lehrstellenmangel	70,9	65,1	72,7
Arbeitslosigkeit	65,6	67,8	64,9
Zukunftsangst, keine positive Perspektive	60,5	56,8	61,8
Gewalt, Banden, Kriminalität	53,3	53,1	53,5
Drogenprobleme	46,7	40,7	48,6
Probleme, Konflikte mit Freunden oder Eltern	43,1	35,6	46,1
Probleme in der Schule, Uni, Ausbildung	40,3	36,8	41,5
Geldprobleme	38,6	39,9	38,0
Umweltprobleme	13,5	13,0	13,8
Andere Probleme	7,6	9,7	6,8
Gesundheitsprobleme	4,8	5,0	4,4

Hinsichtlich der Geschlechter verändert sich die Rangfolge der Probleme nur bei den ersten beiden Angaben. Es wird deutlich, daß die Mädchen und jungen Frauen die Bedeutung einer Lehrstelle noch viel höher einschätzen als die Jungen und jungen Männer (weiblich: 72,7%; männlich: 65,1%). Die Ursache hierfür ist indirekt auch in der Arbeitsmarktstruktur zu suchen. Die jungen Frauen scheinen sich bewußt zu sein, daß ihr erfolgreicher Einstieg in den Arbeitsmarkt in einem sehr hohem Maß von dem Gelingen einer Berufsausbildung abhängt. Diese Einschätzung wird auch gestützt durch die Verteilung der Ergebnisse hinsichtlich der Probleme während der Schule oder Ausbildung. Insgesamt rangieren sie zwar nur auf Platz 7 (40,3%), aber auch hier antworteten die jungen Frauen überdurchschnittlich oft (weiblich: 41,5%; männlich: 36,8%).

Den jungen Männer erscheint im Gegensatz dazu die Arbeitslosigkeit etwas problematischer (weiblich: 64,9%; männlich: 67,8%), einhergehend mit finanziellen Problemen (weiblich: 38,0%; männlich: 39,9%). An dritter Stelle der Hauptprobleme stehen für die jungen Menschen Zukunftsängste und fehlende positive Perspektiven (60,5%). Auch hier antworteten die jungen Frauen häufiger als die jungen Männer. Die Höherbewertung der einzelnen Hauptprobleme durch die jungen Frauen zeigt sich mit Ausnahme der Geldprobleme auch in der nachfolgenden Rangliste. Insgesamt sahen über die Hälfte der Befragten Gewalt und Kriminalität an vierter Stelle der 11 Antwortvorgaben, und auch die Drogenprobleme mit fast 47% standen noch vor den Konflikten mit Eltern und Freunden (43,1%) oder in der Schule bzw. Ausbildung (40,3%).

Um unterschiedliche Schwerpunkte in den subjektiv vorrangigen Problemlagen besser erkennen zu können, wurden unterschiedliche Problemschwerpunkte genauer analysiert, und zwar:

- "materielle Sicherung": als Probleme genannt Arbeitslosigkeit, Lehrstellenmangel, Zukunftsangst

- "soziale Integration": als Probleme genannt Konflikte mit Eltern/Freunden, Konflikte in Schule/Uni/Ausbildung, Geldprobleme
- "gesellschaftliche Integration": als Probleme genannt: Drogenprobleme, Gewalt/Banden/Kriminalität

Daß "Geldprobleme" hier in den Aspekt "soziale Integration" einfließen, mag auf den ersten Blick überraschen. "Geldprobleme" bedeuten damit für Jugendliche wohl nicht in erster Linie mangelnde Konsumchancen oder Probleme der nackten Existenzsicherung, sondern haben vielmehr einen vorrangig sozialen und kulturellen Stellenwert. Es bedeutet, auf Freizeitaktivitäten im sozialen Zusammenhang (Kneipe, Kino, Diskothek usw.) teilweise verzichten zu müssen und damit auch Erschwernisse für eine Stabilisierung sozialer Bindungen (peer-groups, Cliques) bzw. für neue Kontakte und Chancen des Kennenlernens von Freunden, Freundinnen oder auch möglichen Partnern/innen für sexuelle Beziehungen.

Betrachtet man nun diese Problemschwerpunkte, so zeigen sich doch einige erhebliche Unterschiede, was deren Gewichtung in Abhängigkeit von Alter, Status und Bildungsniveau betrifft. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse dieser Analyse.

Dominante Problemschwerpunkte Jugendlicher nach Alter, Geschlecht, Status und Bildungsniveau			
	Befragte (in Prozent), die dem jeweiligen Problemschwerpunkt eine hohe Bedeutung zumessen		
	gesellschaftl. Integration	soziale Integration	materielle Sicherung
Altersgruppen:			
14-15	41	42	24
16-17	31	40	37
18-21	30	36	35
22-25	26	35	38
Geschlecht			
männlich	28	32	34
weiblich	32	35	39
Status			
Schüler	41	41	28
Gymnasiast	30	41	32
Azubi	31	38	37
Student	18	33	32
Erwerbstätige	26	31	37
Sonstige	30	34	38

Wie aus der Tabelle recht deutlich ersichtlich ist, gibt es erhebliche Akzentverlagerungen zwischen den Altersgruppen 14-15jähriger einerseits und allen Älteren andererseits. Bei den 14-15jährigen dominieren Fragen der sozialen und gesellschaftlichen Integration, Probleme der Existenzsicherung sind noch nicht in diesem Maß bedeutsam. Ab dem 17. Lebensjahr dann jedoch "kippt" diese Problemstruktur: Nun stehen Fragen der aktuellen und zukünftigen Existenzsicherung im Vordergrund, Integrationsaspekte verlieren teils deutlich, teils moderat an Gewicht.

Recht aufschlußreich ist, daß sich Männer und Frauen in allen drei Problemschwerpunkten nur recht geringfügig voneinander unterscheiden - andere Einflußgrößen wie Alter oder Status und Bildungsniveau sind hier weitaus bedeutsamer.

Ein bedeutsames Ergebnis dieser Gruppenanalyse ist u.E. schließlich auch, daß die Risiken gesellschaftlicher Desintegrationen und eines Abdriftens in Randgruppen (durch Drogen, Kriminalität) völlig ungleich gewichtet werden in Abhängigkeit vom Bildungsniveau. Dies wird als großes Problem nur von 18% der Abiturienten, aber von zweieinhalbmal bis dreimal soviel Volks- und Hauptschülern wahrgenommen.

### **Einschätzung der persönlichen Zukunft**

Hinsichtlich der Einschätzungen der persönlichen Zukunft der Jugendlichen zum Befragungszeitpunkt läßt sich ablesen, daß ein ganz geringer Teil (5,4%) seine Zukunft eher düster sieht. Zwar sehen ihr 42% zuversichtlich entgegen, doch für die Mehrheit überwiegen "eher gemischte Gefühle" (52,2%). Bei genauerer Beobachtung erkennen wir, daß die jungen Frauen der Zukunft etwas skeptischer gegenüberstehen als die jungen Männer (eher zuversichtlich: männlich=48,8%; weiblich=39,8%).

Betrachtet man die drei Altersgruppen, sehen wir mit zunehmenden Alter nicht nur eine Steigerung der Zuversichtlichkeit, sondern auch der Skepsis. Besonders bei den 18-21jährigen Befragten liegt der Anteil, der mit "eher düster" geantwortet hat, über dem Durchschnitt (gesamt: 5,4%; 18-21 Jahre: 6,0). Dies läßt sich wahrscheinlich wiederum mit der "Schwellenposition" dieser Altersgruppe begründen: Sie haben zum großen Teil gerade ihre Berufsausbildung beendet (insofern sie nicht ein Studium absolvieren) und sind nun dabei, sich Möglichkeiten zum Eintritt in das Berufsleben zu suchen oder haben schon die ersten Erfahrungen gesammelt. Dabei müssen sie sich mit den verschiedensten Problemen, Anforderungen oder auch Unsicherheiten auseinandersetzen.

Die folgende Tabelle zeigt, daß die Grundstimmung mit dem gegenwärtigen Status und dem Bildungsniveau systematisch variiert. Schüler haben die meisten Befürchtungen, Studenten die geringsten, Auszubildende und Erwerbstätige liegen im "Mittelfeld". Befragte mit Abitur sehen ihre Zukunft nur zu 46% eher kritisch (einschl. der Aussage "gemischt"), Befragte mit Volks- und Hauptschulabschluß hingegen zu 64% und Teilnehmer ohne Abschluß sogar zu 72%. Dieser Trend zeigt sich auch bereits für Schüler, wenn man nach der Schulart differenziert.

Grundstimmung gegenüber der eigenen Zukunft (Befragte, die ihrer Zukunft "düster" oder nur "gemischt", aber nicht "zuversichtlich" entgegensehen, in Prozent)			
Status		Bildungsniveau	
Schüler	66	noch in Ausbildung	63
Gymnasiasten	58	Abitur	46
Auszubildende	54	Fachhochschulreife	51
Erwerbstätige	51	Mittlere Reife	58
Studenten	44	Volks-/Hauptschule ohne Abschluß	64
			72
Schüler		Region/Bundesländer	
Hauptschule/Gesamtschule	66	Nord	56
Realschule	67	West	59
Gymnasium	58	Süd	54
		Ost	60

Führt man an dieser Stelle nun einen Vergleich zwischen ost- und westdeutschen Jugendlichen, so spiegelt sich die deutlich ungünstigere Arbeitssituation in den ostdeutschen Bundesländern nur sehr begrenzt wider – zwischen Befragten in Nordrhein-Westfalen etwa und ostdeutschen Ländern zeigen sich keinerlei signifikante Differenzen.

Für jemanden, der nur eine eher "düstere" oder "durchwachsene" Zukunftsperspektive für sich selbst erkennt, ist dies nicht nur eine vorübergehende und unbedeutende Tagesstimmung, die schnell wieder verfliegt. Vielmehr bedeutet dies, daß das Wohlbefinden und das gesamte Lebensgefühl dauerhaft getrübt sind. Sich häufig erschöpft, gestreßt, einsam oder mutlos fühlen – solche Empfindungen beeinträchtigen Pessimisten rund zwei- bis dreimal so häufig wie Optimisten.

Und nicht nur dies: Zukunftssorgen können sogar krankmachen. Vergleicht man wiederum die beiden Gruppen der Pessimisten und Optimisten miteinander, dann zeigen sich ganz erhebliche Unterschiede, was den Gesundheitszustand im allgemeinen und das Auftreten einzelner Beschwerden betrifft. Wer negativ in die eigene Zukunft sieht, dessen Gesundheitszustand ist auch nach eigener Aussage sehr viel häufiger beeinträchtigt. Die folgende Tabelle zeigt einige solcher Unterschiede in bezug auf Gesundheitsbeschwerden und Befindlichkeitsstörungen auf.

Zusammenhänge zwischen erlebter Zukunftsperspektive und gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie Befindlichkeitsstörungen		
"Optimisten": Zukunftsperspektive "zuversichtlich"		
"Pessimisten": Zukunftsperspektive "düster" oder "gemischt"		
	"Optimisten"	"Pessimisten"
Gesundheitszustand weniger gut	18%	35%
Gesundheitszustand sehr gut	24%	12%
häufiger Schlafstörungen	14%	26%
häufiger schnell müde	44%	57%
häufiger nervös	26%	41%
häufiger unkonzentriert	20%	34%
häufiger Rückenschmerzen	34%	42%
häufiger erschöpft	47%	67%
häufiger gestreßt	57%	69%
häufiger einsam	50%	61%
häufiger mutlos	12%	35%

## Gesundheitsbeschwerden und Erkrankungen

Eine in vielen epidemiologischen Studien gestellte Frage ist die nach der persönlichen Einschätzung des Gesundheitszustands. Diese Frage gilt – auch mit den in allen Studien identischen Antwortvorgaben: sehr gut, gut, zufriedenstellend, weniger gut, schlecht – als einer, wenn nicht **der** aussagekräftigste Indikator für die Gesundheit. So wurde beispielsweise in einer großen kanadischen Langzeitstudie über 7 Jahre mit 3500 Teilnehmern festgestellt, daß die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands ein deutlich besserer Indikator für die zukünftige Lebenserwartung ist als medizinische Risikofaktoren, auch bei Kontrolle von sozialer Schichtzugehörigkeit, Geschlecht usw. Wer aufgrund hoher medizinischer Risikofaktoren (Blutdruck, Cholesterin, Rauchen usw.) gleichwohl eine positive (optimistische) Gesundheits-Einschätzung hat, weist auch ein geringeres Sterbe-Risiko auf. Und umgekehrt: Wenn bei niedrigen medizinischen Risikofaktoren gleichwohl eine negative, also pessimistische Gesundheits-Einschätzung vorlag, so ist auch das Sterbe-Risiko höher.<sup>2</sup>

Die Selbsteinstufung des aktuellen Gesundheitszustands ist also nicht "nur" eine sehr subjektive persönliche Beurteilung (im Sinne von: medizinische Tatsachen und Befunde verkennend), die ärztlichen Untersuchungen und Diagnosen unterlegen ist, was eine Bewertung der eigenen körperlichen und psychischen Verfassung und von Erkrankungsrisiken betrifft. Wie bereits eingangs festgestellt, unterscheiden sich die GEK-Befragungs-Teilnehmer in dieser Hinsicht nicht signifikant von anderen Stichproben. Etwa 21% antworten auf diese Frage mit "sehr gut", über die Hälfte (55%) mit "gut", knapp ein Viertel (23%) mit "zufrieden stellend" und insgesamt nur 5% fällen kritische Urteile ("weniger gut", "schlecht").

Welche sozialstatistischen Variablen zeigen nun einen Einfluß auf diese Bewertung? Auffällig ist zunächst der Alterseinfluß. Obwohl die Teilnehmer an der Befragung sich um maximal 10 Lebensjahre unterscheiden, sind die Differenzen zwischen den

<sup>2</sup> vgl. zusammenfassend zu diesen Studien: Ernst, H.: Gesund ist, was Spaß macht, Stuttgart 1992

Jüngsten und den Ältesten unserer Stichprobe doch bemerkenswert. Betrachtet man zunächst Männer und Frauen gemeinsam, so sind es bei den 14-15jährigen nur 22%, bei den 22-25jährigen aber 30%, die hier nur zufriedenstellende oder noch ungünstigere Urteile abgeben. Ein separater Vergleich nach Geschlechtern zeigt dann: Bei Männern steigt der Anteil jener Befragten mit negativer Einschätzung kontinuierlich, bei Frauen steigt er im Alter von 16 Jahren recht deutlich nach oben, verändert sich danach aber nicht mehr gravierend.

Befragte mit eher negativer Einschätzung des Gesundheitszustands (nicht: "sehr gut" oder "gut"), Angaben in Prozent			
Altersgruppe	Männer	Frauen	insgesamt
14-15	17,5	23,1	21,8
16-17	21,6	32,1	29,2
18-21	26,0	30,8	29,3
22-25	28,4	29,4	29,0

Diese Differenzen sind nicht dramatisch, aber sie sind für eine, was des Lebensalter betrifft, recht homogene Gruppe doch auffällig, insbesondere was die Geschlechtsdifferenzen in jüngerem Alter betrifft. Die kritischere Wahrnehmung der eigenen Gesundheit durch Frauen ist im übrigen auch ein Befund anderer Studien. So fand Hurrelmann in der Jugendgesundheitsurvey (1992/93, 12-16jährige) bei Schülern, daß nur 15,8% der Frauen, aber 23,7% der Männer ihre Gesundheit mit sehr gut einstufen. Ähnliche Differenzen finden sich im SOEP: 22,8% der Männer (14-25jährige) und nur 18,1% der Frauen urteilen mit "sehr gut".

Es ist zu vermuten, daß diese geschlechtsspezifische Differenz zusammenhängt mit Männlichkeitsnormen, die eine Akzeptanz körperlicher Beschwerden durch männliche Jugendliche erschweren, diese sehr viel eher mit "Gebrechen" gleichsetzen und darin ein Risiko der Verweigerung sozialer Anerkennung in peer-groups wahrnehmen. Das Sprichwort "Ein Indianer kennt keinen Schmerz" dokumentiert diese sozialisationsvermittelte Verhaltensorientierung, die männlichen Kindern und Jugendlichen eine Verdrängung oder Bagatellisierung von Beschwerden und Beeinträchtigungen nahelegt.

Die folgende Tabelle belegt, daß sich auch für den sozio-ökonomischen Status und die Stellung im Beruf Einflüsse auf den Gesundheitszustand zeigen, die teilweise noch sehr viel deutlicher ausfallen als für die Variablen Alter und Geschlecht.

Befragte (in Prozent) mit eher negativer Einschätzung des Gesundheitszustands					
Status	Bildungsabschluß		nur Erwerbstätige		
Gymnasiasten	24	noch in Schulausbild.	24	selbständig	41
Studenten	26	Abitur	25	Einfache Ang.	35
Haupt-/Realschüler	27	Fachhochschule	30	qualifiz. Ang.	33
Auszubildende	29	Mittl. Reife	31	hochqualifiz. Ang.	30
Erwerbstätige	32	Haupt-Volksschule	34	angel. Arbeiter	37
Sonstige	32	ohne Abschluß	39	Facharbeiter	27

Betrachtet man nur den jeweiligen Status oder bei Erwerbstätigen die Stellung im Beruf, so fallen die Differenzen noch vergleichsweise moderat aus: Bei den Gymnasiasten/innen finden sich 24% mit eher negativem Urteil, bei den Erwerbstätigen und "Sonstigen" (Arbeitslose, Wehr- und Zivildienstleistende, Hausfrau/Hausmann) sind es 8% mehr. Auch zwischen hochqualifizierten Angestellten und angelernten Arbei-

tern ist die Differenz mit 7 Prozentpunkten nicht besonders hoch. Sehr viel deutlicher hingegen fallen die Unterschiede aus, betrachtet man den höchsten Bildungsabschluß. Hier zeigt sich, daß bei Befragten mit Abitur nur 25%, bei Befragten ohne Schulabschluß hingegen 39% ihren Gesundheitszustand eher negativ bewerten.

Der Status - allein oder auch unter Berücksichtigung von Altersgruppen und Geschlecht - hat also für 14-25jährige nur recht geringen Einfluß auf den subjektiv erlebten Gesundheitszustand. Schüler und Erwerbstätige, Auszubildende und Studenten unterscheiden sich hier nur geringfügig. Dasselbe Ergebnis zeigt sich auch, wenn man die Zahl der Arztbesuche und die Zahl ernsthafterer Erkrankungen im vergangenen Jahr untersucht. Die folgende Tabelle macht deutlich, daß die allermeisten sozialstatischen Variablen nur von recht geringer Aussagekraft sind.

Zwar finden sich beispielsweise für die Stellung im Beruf (bei Erwerbstätigen) oder die besuchte Schulart (bei Schülern) recht auffällige Differenzen hinsichtlich der analysierten Morbiditäts-Indikatoren. Doch sind diese nicht durchgängig und auch kaum sinnvoll interpretierbar.

Für zwei Variablen allerdings zeigen sich konsistente Morbiditäts-Unterschiede. Dies ist zum einen das Geschlecht. Zum andern sind für das Bildungsniveau doch über drei Indikatoren hinweg konsistente Differenzen erkennbar. Dabei zeigen Abiturienten die geringste Betroffenheit von Gesundheitsbeschwerden und Erkrankungen, Befragte ohne Schulabschluß die größte. Und dieser Trend zeigt sich nahezu linear zwischen allen Abstufungen des Bildungsniveaus. Und auch schon bei jenen Befragungsteilnehmern, die noch in der Schulausbildung sind (dabei handelt es sich zu 90 Prozent um 14-15jährige), zeigen sich ähnliche Unterschiede im Vergleich von Gymnasiasten und Hauptschülern, wenngleich quantitativ in etwas geringerem Umfang. Die abgebildete Grafik verdeutlicht diesen Einfluß des Bildungsniveaus auf die Morbiditäts-Indikatoren noch einmal.

Dieses Ergebnis ist ein allererster Hinweis auf soziale Ungleichheit in Bezug auf Erkrankungsrisiken und Gesundheitsbeeinträchtigungen, soziale Ungleichheit, die abhängig ist vom erreichten Bildungsniveau bzw. bei Schülern vom "Niveau" der besuchten Schule und damit dem zukünftigen Bildungsabschluß. Für eine detailliertere Interpretation dieses Sachverhalts ist es freilich noch zu früh, wir werden jedoch später wieder hierauf zurückkommen.



Unterschiedliche Morbiditäts-Indikatoren nach wesentlichen sozialstatistischen Merkmalen (alle Zahlenangaben in Prozent)			
Variable	Befragte in %, die im letzten Jahr 3mal oder öfter beim Arzt waren	Befragte in %, die im letzten Jahr 3mal oder öfter ernsthaft erkrankt waren	Befragte in %, die ihren Gesundheitszustand eher negativ einstufen
<b>Alter</b>			
14-15	41	17	22
16-17	42	19	29
18-21	41	16	29
22-25	41	15	30
<b>Status</b>			
Schüler	43	18	27
Gymnasiasten	41	18	24
Auszubildende	41	17	29
Studenten	40	15	26
Erwerbstätige	41	13	32
<b>Geschlecht</b>			
mannlich	34	13	24
weiblich	44	18	29
<b>höchster Bildungsabschluß</b>			
noch in Schulausbildung	42	18	24
ohne Abschluß	50	22	39
Volks-/Hauptschule	42	21	34
Mittlere Reife	41	17	31
Fachhochschulreife	42	15	30
Abitur	38	11	25

Die bislang untersuchten Fragen zur Selbsteinstufung des Gesundheitszustands, Arztbesuchen und Erkrankungen lassen noch darüber im Unklaren, welche Art von Beschwerden bei den befragten Jugendlichen vorherrschend sind. Die folgende Tabelle gibt hierüber näheren Aufschluß:

Vorherrschende Befindlichkeitsstörungen bei Jugendlichen (Angaben in Prozent, Befragte, die die jeweilige Beeinträchtigung fast täglich oder alle paar Tage erleben)			
	alle	Männer	Frauen
sich schnell müde fühlen	33	27	36
Nervosität	20	17	20
Rückenschmerzen	19	15	21
Nacken-/Schulterschmerzen	18	12	21
Kopfschmerzen	15	6	18
Schwindelgefühle	15	8	17
Konzentrationsstörungen	13	12	14
empfindlich reagierender Magen	10	6	10
Schlafstörungen	10	7	11
allergische Beschwerden	9	7	10
Schmerzen in der Herzgegend	3	3	3

Am häufigsten treten eher allgemeine und unspezifische Beeinträchtigungen auf, wie schnelle Müdigkeit und Nervosität. Nicht ohne weiteres zu erwarten ist dann jedoch, daß auch sehr massive Schmerzen wie Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen so

viele Befragte beeinträchtigen und in der Symptomliste so weit oben rangieren. Aus der Tabelle wird weiterhin deutlich, daß es für die konkret erlebten Symptome keine prinzipiellen geschlechtsspezifischen Differenzen gibt. Jedoch sind Frauen durchweg und für alle einzelnen Befindlichkeitsstörungen davon jeweils häufiger betroffen.

Um ein Gesamtmaß zu haben für die Reichweite dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen, haben wir einen Index gebildet über alle Einzelsymptome hinweg und jemanden dann einer Gruppe "große Befindlichkeitsbeeinträchtigungen" zugeordnet, wenn er bei drei oder mehr Einzelsymptomen angegeben hat, daß er davon zumindest alle paar Tage betroffen ist. Dies ist u.E. eine nicht eben "weiche" Operationalisierung. Von drei oder mehr Symptomen "alle paar Tage" betroffen zu sein, bedeutet zweifellos eine erhebliche körperliche und psychische Beeinträchtigung. Hier zeigt sich nun, daß insgesamt 30% der Stichprobe dieser gesundheitlich kritischen Gruppe zuzuordnen sind. Und es wird auch wiederum ein Geschlechtsunterschied deutlich: Nur 21% der Männer, aber 34% der Frauen gehören zur Gruppe mit großen Befindlichkeitsbeeinträchtigungen.

### **Sport und Gesundheitsverhalten**

Zum Aspekt Sport wurden zwei Fragen gestellt, die einerseits eher die Häufigkeit aktiven Sports, andererseits die Bewertung des eigenen Verhaltens in diesem Bereich ansprechen. Die Ergebnisse dazu sind jedoch recht ähnlich. 14 Prozent aller Befragten verhalten sich in dieser Hinsicht nach eigener Meinung "sehr ungesund" oder "eher ungesund". Und die Frage nach der Häufigkeit aktiven Sports ergibt, daß 19% "fast nie oder nie" dieser Beschäftigung nachgehen.

Vergleichsmöglichkeiten hinsichtlich dieses Aspekt des Gesundheitsverhaltens ergeben sich aus der Erhebung des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP, repräsentative Befragung in der BRD) von 1996. Die folgende Tabelle zeigt, daß hier die Teilnehmer an der GEK-Befragung sich nicht erheblich von den Befragten im SOEP unterscheiden. Allerdings ist der Anteil jener größer, die zumindest gelegentlich (jeden Monat) Sport betreiben. Die Tendenz zu eher gesundheitsbewußten Verhaltensweisen der GEK-Befragungsteilnehmer, die wir beim Rauchen sehr deutlich konstatiert hatten, setzt sich hier - wenngleich in abgeschwächter Form - fort.

Häufigkeit aktiven Sports in der Freizeit (Angaben in Prozent)		
	SOEP	GEK
jede Woche	45	40
jeden Monat	8	31
seltener	26	11
nie	21	19

Unterschiede im Hinblick auf das Ausmaß an Sport und körperlicher Bewegung finden sich recht deutlich, wenn man die Befragten nach Altersgruppen, Geschlecht und Status unterscheidet. Wie aus der Tabelle ersichtlich, zeigen sich völlig gleiche Trends in den beiden Stichproben (GEK, SOEP), wenn auch der Anteil eher gesundheitsriskanter Jugendlicher (im Hinblick auf Sport und Bewegung) in der GEK-Stichprobe durchweg niedriger ausfällt. Unabhängig davon zeigt sich jedoch, daß es einen deutlichen Alterstrend gibt: Mit zunehmendem Alter sinkt auch schon bei Jugendlichen die Neigung zu aktivem Sport in der Freizeit. Und auffällig sind auch die Unterschiede im Hinblick auf den Status: Bei Auszubildenden und Erwerbstätigen

finden sich in sehr viel höherem Umfang Teilnehmer, die keinerlei Sport betreiben. Dies ist wohl ein recht deutlicher Hinweis auf das größere Ausmaß zeitlicher Zwänge zum einen und auf die in der Arbeitswelt häufig bereits abverlangte körperliche Ver- ausgabung zum anderen.

Befragte (in Prozent), die nie oder höchstens einige Male im Jahr aktiv Sport betreiben nach sozialstatistischen Merkmalen		
	GEK	SOEP
Geschlecht:		
Männer	28	40
Frauen	30	53
Alter		
14-17	24	31
18-21	32	43
22-25	35	53
Status		
Schüler	23	35
Gymnasiast	19	19
Student	27	38
Azubi	36	50
erwerbstätig	40	54
sonstige	38	58
Bildungsniveau		
noch in Ausbildung	20	
ohne Abschluß	37	
Volks-/Hauptschule	41	
Mittlere Reife	37	
Fachhochschulreife	35	
Abitur	31	

Um das Gesundheitsverhalten insgesamt und nicht nur zergliedert in einzelne Aspekte einschätzen zu können, wurde ein Index gebildet, der alle fünf von uns erfaßten Verhaltensweisen berücksichtigt:

- Rauchen
- Sportliche Aktivitäten (selten oder nie)

sowie eher ungesundes Verhalten nach eigener Aussage in den Bereichen

- Alkoholkonsum
- Schlaf und Erholung
- Ernährung.

Dabei wurde für jeden Bereich nur unterschieden, ob hier ein eher "kritisches" Gesundheitsverhalten vorliegt oder nicht. Insgesamt fallen bei diesem Gesamtindex knapp 30% der Befragungsteilnehmer in die Gruppe mit "gesundheitsriskanter" Lebensweise. Die folgende Tabelle gibt nun Aufschluß über die prozentuale Verteilung dieser problematischen Teilgruppe bei Betrachtung der wesentlichen sozialstatistischen Variablen.

Befragte (in Prozent) mit eher gesundheitsriskanter Lebensweise (Rauchen, kein Sport, ungesunde Ernährung, Alkohol, wenig Schlaf/Erholung)	
<b>Alter</b>	
14-15	21
16-17	32
18-21	30
22-25	34
<b>Status</b>	
Schüler	29
Gymnasiasten	22
Studenten	25
Auszubildende	34
Erwerbstätige	33
<b>Geschlecht</b>	
mannlich	33
weiblich	29
<b>Schüler: Schulart</b>	
Hauptschule	37
Gesamtschule	24
Realschule	28
Gymnasium	23

Hier bestätigt sich im wesentlichen, was bereits als Ergebnis der speziellen Analysen zu Einzelaspekten des Gesundheitsverhaltens deutlich geworden ist. Es gibt einen deutlichen Alterstrend: Gesundheitsriskante Verhaltensweisen nehmen mit zunehmendem Alter der Jugendlichen zu. Und es gibt einen recht deutlichen Einfluß des sozio-ökonomischen Status: Dies wird zunächst deutlich im Vergleich von Gymnasiasten und Studenten auf der einen Seite sowie Auszubildenden und Erwerbstätigen auf der anderen Seite. Zwar mischt sich in diese Tendenz auch der Einfluß des Lebensalters ein (Befragte in Schul- und Berufsausbildung sind zwangsläufig jünger als Erwerbstätige), aber die altersgruppen-getrennte Betrachtung der Statusgruppen bestätigt gleichwohl dieses Ergebnis. Und hervorzuheben ist schließlich auch, daß Hauptschüler im Vergleich zu Schülern anderer Schularten sehr viel häufiger über gesundheitsriskantes Verhalten berichten. Da "Alkoholkonsum" nur zu 1/5 und gleichgewichtig zu den übrigen Aspekten in den Gesamt-Index des Gesundheitsverhaltens eingegangen ist, kann dies nicht allein auf den Einzelaspekt "Alkoholabusus" zurückgeführt werden.

Das Gesundheitsverhalten im Alltag und Einstellungen zur Prävention wie auch Meinungen über wesentliche Krankheitsursachen sind zweifellos komplementäre Aspekte: Wer raucht, viel Alkohol konsumiert und keinen Sport treibt, wird dazu neigen, die Risiken dieses Verhaltens zu relativieren. Umgekehrt wird derjenige, der eine gesunde Lebensweise realisiert, auch eher geneigt sein, dieses Verhaltens als persönlich lohnenswert (Wohlbefinden, Krankheitsanfälligkeit) zu definieren. Insofern sind Zusammenhänge zwischen diesen gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Einstellungsaspekten nur naheliegend und höhere statistische Zusammenhänge wären keine Überraschung.

Zum Sinn von Prävention im Bereich eigenen Gesundheitsverhaltens wurden vier Fragen gestellt, die eine Zustimmung oder Ablehnung (oder auch ein "teils/teils") zu verschiedenen Thesen verlangten. Abzuwägen war, ob nämlich eine gesunde Lebensweise Einfluß hat auf: die Lebenserwartung, die Erkrankungshäufigkeit, das körperliche Wohlbefinden, die Lebensfreude. Die Grundverteilung zeigt, daß die Zu-

stimmung und Akzeptanz der Botschaften der Risikofaktorenmedizin (und der gesundheitspädagogischen Argument für eine gesunde Lebensweise) doch sehr hoch ist. Gänzlich "ungläubige" Jugendliche in diesem Kontext sind sehr selten: Nur jeweils 4-12% verneinen ganz klar mögliche Einflüsse des Gesundheitsverhaltens. Aus den vier Einzelaspekten haben wir einen Gesamt-Index konstruiert. Es zeigt sich: Nur etwa 26% - im folgenden als kritische Gruppe definiert und näher betrachtet - verneint einen oder mehr der genannten Effekte individuell gesunder Lebensweise.

Die allgemeine Relevanz eines gesunden Alltagsverhaltens mit den Implikationen auch für körperliches Wohlbefinden und Lebensfreude zeigt vergleichsweise geringe Altersabweichungen. Deutlich höher fallen diese Differenzen jedoch im Hinblick auf die Aspekte Lebenserwartung und Krankheitsverursachung aus.

Mit zunehmendem Lebensalter verlieren fast alle Risikofaktoren im Bereich individuellen Gesundheitsverhaltens in der subjektiven Bewertung (für die Krankheitsentstehung, die Lebenserwartung) an Gewicht: Sport und Bewegung, Rauchen und auch Alkoholkonsum. Lediglich die Bedeutung einer gesunden Ernährung wird altersunabhängig eingeschätzt.

Insgesamt verlagern sich die Akzente mit zunehmendem Alter in gewissem Umfang hin zu eher sozialen Faktoren der Krankheitsverursachung (gute Freunde, befriedigende Partnerschaft etc.).

Einschätzung der Bedeutung einzelner Aspekte des Gesundheitsverhaltens für die Lebenserwartung (Angaben in Prozent)				
Befragte, die den jeweiligen Aspekt <b>nicht</b> als wesentlichen Faktor für eine hohe Lebenserwartung ankreuzen				
	Sport	Ernährung	Alkohol	Rauchen
<b>Alter</b>				
14-15	30	31	54	42
16-17	39	31	67	53
18-21	39	31	68	52
22-25	41	31	70	55

Die Ergebnisse der Befragung haben sehr eindeutig gezeigt, daß Problemdruck, Gesundheitsbeschwerden und sportliche Aktivitäten bei Jugendlichen höchst ungleich verteilt sind. Ängste, Zukunftssorgen und daraus resultierende Erkrankungen finden sich gehäuft in den unteren sozialen Schichten, bei Jugendlichen mit sehr niedrigen oder fehlenden Bildungsabschlüssen. Die anhaltende Arbeitslosigkeit auch unter Jugendlichen (April 1999: Arbeitslosigkeit insgesamt: 10,7 %; Jugendliche unter 25 Jahren: 10,2 %) und die angespannte Lehrstellensituation - im Mai 1999 waren 331.000 Jugendliche noch nicht vermittelt bei 169.000 offenen Ausbildungsstellen - hinterläßt besonders nachhaltige Spuren bei den Schwächeren und das sind in erster Linie Jugendliche ohne qualifizierte Schul- und Berufsausbildung.

Sportvereinen kommt bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen und auch Zukunftsängsten sowie für die Integration von gefährdeten Jugendlichengruppen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu, wird doch insgesamt Sport als ein Ausdruck von Lebensqualität und zur Möglichkeit der Selbsterfahrung wie auch der Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen, bei den Jugendlichen als sehr hoch eingeschätzt.

Allerdings setzt eine Vereinspolitik eine stärkere Auseinandersetzung mit den unterschiedlichsten Bedarfen und Interessen von Jugendlichen je nach den sozialen Milieus voraus. Die Vereinspolitik sollte also nicht nur dem Leistungsgedanken im Sinne sportlicher Höchstleistung frönen, sondern auf eine aktive Gestaltung der Integration von Jugendlichen in die Gesellschaft setzen.