



Impressum

Herausgeberin:

Direktion für Bildung, Soziales und Sport
Predigergasse 5, Postfach 3368
3000 Bern 7

Verfasst durch:

Annemarie Tschumper, Co-Leiterin Gesundheitsdienst der Stadt Bern

Mitwirkung:

Richard Jakob, Diana Fuhrer, Ruth Hürst, Michaela von Albertini, Stephanie Pürro, Susanna Anderegg, Beatrice Beyeler, Yvonne Bogni, Christine Fogal, Denise Gonzalo, Béatrice Kistler, Rosmarie Rolli, Jennifer Sterchi, Christian Albert, Reto Cavegn, Sancha Spörri, Gabrielle Haerberli, Franziska Zöllner, Mona Baumann, Sandra Geissler, alle Gesundheitsdienst der Stadt Bern, Carolin Demeny, Jugendamt der Stadt Bern, Susanne Stronski, Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin.

Mit Dank an die Schulleitungen und Schulsozialarbeitenden aus Bethlehem, die Schulleitungen und die Lehrperson der Sonderschulen und Sonderklasse sowie an die Jugendlichen, die am Workshop zur Gesundheit der 16- bis 18-Jährigen mitwirkten.

Bezugsadresse:

Gesundheitsdienst
Monbijoustrasse 11, Postfach
3001 Bern
gsd@bern.ch

Ausgabe:

2016

Link:

www.bern.ch/gesundheitsdienst

Bildquellen:

Pixabay.com, Gesundheitsdienst der Stadt Bern

Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser

Ich freue mich, Ihnen hiermit den Jugendgesundheitsbericht 2016 zu präsentieren. Ich bin sehr froh, dass der Gesundheitsdienst die Gesundheit der Berner Jugendlichen grundsätzlich positiv einschätzt. Es wird aber auch deutlich, wo Handlungsbedarf besteht: Die Gesundheits- und Bildungschancen sind ungleich verteilt und besonders belastete Jugendliche erhalten nicht immer die nötige Unterstützung. Ebenso erfordern kritische Entwicklungstrends bezüglich Schlafdefiziten und ungesundem Umgang mit digitalen Medien unsere Aufmerksamkeit.

Im Hinblick auf die heutige wie zukünftige Gesundheit der Jugendlichen ist es wichtig, dass die Schülerinnen und Schüler selbstbewusst und stark sind und sie möglichst Lebensgewohnheiten annehmen und pflegen, die ihrer Gesundheit zugutekommen.

Die Jugendlichen stehen in der Adoleszenz vor grossen Herausforderungen. Aufgrund ihrer Hirnentwicklung und der damit verbundenen Veränderungen sind sie darauf angewiesen, dass wir sie begleiten, sie unterstützen und ihnen einen Rahmen geben, in dem sie ihre Kreativität und Experimentierfreude angemessen ausleben können. Nehmen wir also diese schöne und spannende Verantwortung wahr!

Damit wir Veränderungen und Entwicklungen erkennen können, brauchen wir das Gespräch mit den Schülerinnen und Schülern. Wie der Bericht belegt, ist der Weg über die obligatorische schulärztliche Untersuchung der Jugendlichen in der 8. Klasse ein guter Weg. Fast 90% von ihnen wählen dafür den schulärztlichen Dienst des Gesundheitsdienstes, 10% suchen den Hausarzt oder die Hausärztin auf. Die Untersuchung findet unter ärztlicher Schweigepflicht statt, was den Austausch über sensible Themen erleichtert. So können mit den Jugendlichen Schritte zur Bewältigung eines Problems eingeleitet werden, bevor schwerwiegendere Folgen eingetreten sind. Besonders wirksam ist es, wenn Jugendliche ge-coacht und ermutigt von ihrer Schulärztin oder ihrem Schularzt selbst Lösungsschritte unternehmen und so erfahren, dass sie das können.

Der schulärztliche Dienst muss nebst den einzelnen Jugendlichen stets auch die kollektive Gesundheit eines Schülerjahrgangs im Blick haben. Die mit dem jeweiligen Jahrgang besprochenen Probleme und Befunde werden daher seit Jahren anonymisiert erfasst. Beobachtungen aus der Schulsozialarbeit, der Gesundheitsförderung und aus dem schulischen Umfeld sowie einem Gesundheits-Workshop mit 16- bis 18-Jährigen ergänzen diese Daten. So ergibt sich ein gutes Bild über die Gesundheit der 13- bis 18-Jährigen in der Stadt Bern.

Ich danke allen herzlich, die zu diesem Bericht beigetragen haben, und die sich engagiert für das Wohl der Jugendlichen einsetzen.

Franziska Teuscher, Gemeinderätin
Direktion für Bildung, Soziales und Sport

Zusammenfassung

Im schulärztlichen Dienst der Stadt Bern werden jedes Jahr fast 90% der Jugendlichen der 8. Klasse untersucht. Der vorliegende Bericht basiert auf Daten aus diesen Untersuchungen, ergänzt mit Daten der Schulsozialarbeit sowie der Programme „Du seisch wo düre“ und „zwäg“. Um mehr über die Gesundheit der 16- bis 18-Jährigen zu erfahren, hat das Jugendamt der Stadt Bern in einer Online-Befragung einige Fragen zur Gesundheit gestellt. Die Resultate dieser Befragung wurden anschliessend in einem Workshop mit Jugendlichen diskutiert.

Die soziale Lage beeinflusst die Gesundheits- und Bildungschancen stark

2015 lebten gut 5000 13- bis 18-Jährige in der Stadt Bern. Von ihnen hatten knapp drei Viertel einen Schweizer Pass. Der Anteil Sozialhilfe-Beziehender ist in den letzten fünf Jahren weiter angestiegen und lag 2015 bei 12% der 13- bis 15-Jährigen und 10% der 16- bis 18-Jährigen. Dieser Anteil ist in den Schulkreisen Bümpliz und Bethlehem am höchsten. Jede/-r sechste schulärztlich untersuchte Jugendliche hat einen Migrationshintergrund und Eltern ohne nachobligatorische Ausbildung („Ungelernte“). Insbesondere bei Übergewicht, Zugang zu Sportangeboten und Schullaufbahn kumulieren sich negative Auswirkungen der beiden Faktoren.

Den meisten Jugendlichen geht es gut - aber es gibt auch Grund zur Sorge

In der 8. Klasse beurteilten 88% der Mädchen und 91% der Jungen ihr Befinden als gut bis sehr gut. Bei den 16- bis 18-Jährigen waren es 80%. 71% der Mädchen und 78% der Jungen befanden, dass sie stark beeinflussen können, wie ihr Leben in fünf Jahren aussehen wird. Und die Jugendlichen zeigten ein hohes Bewusstsein für die Wichtigkeit von Ernährung, Bewegung und sozialen Beziehungen für ihre Gesundheit.

Allerdings leiden etliche Jugendliche an diversen Gesundheitsproblemen wie Allergien (25%), Kopfschmerzen (10%) oder Schlafstörungen (12%). Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Der Anteil Mädchen mit einer negativen ärztlichen Einschätzung ihres psychischen Befindens hat in den letzten 10 Jahren von 12% auf 16% zugenommen (Jungen 9%). In der Schulsozialarbeit und im Programm „Du seisch wo düre“ zeigt sich, dass die Jugendlichen mit Schule, Berufswahl und den sich rasch wandelnden Beziehungen zu Familie und Gleichaltrigen stark gefordert sind. Stress belastet vor allem die 16- bis 18-Jährigen: Fast die Hälfte gab an, wegen Nervosität, Gespanntheit oder Stress Hilfe zu benötigen. Ein gutes Viertel meldete zudem Hilfsbedarf wegen Traurigkeit sowie Problemen mit dem Gefühlsleben an.

Sehstörungen, Gewichtsprobleme und ein grosser Bedarf nach schulärztlichen Impfungen

Bei den Mädchen nimmt der Anteil Brillenträgerinnen seit zehn Jahren leicht zu, und sie tragen öfter eine Brille oder Kontaktlinsen als Jungen (25% vs. 16%). Nach neusten Erkenntnissen könnte dies mit ihren geringeren Aktivitäten draussen am Tageslicht zusammenhängen. 6% aller Untersuchten müssen wegen ungenügender Sehschärfe an einen Augenarzt überwiesen werden. Der Anteil übergewichtiger oder adipöser Jugendlicher hat über die letzten Jahre zugenommen und liegt bei 20%. Der Anteil variiert je nach Bildungsstand der Eltern um einen Faktor 3 (Eltern ungelernt 34%, mit Berufslehre 23%, mit höherer Ausbildung 11%). Die Durchimpfungsraten der Berner Jugendlichen liegen im schweizerischen Durchschnitt. Eine weitere Erhöhung der Durchimpfungsraten ist bei Masern, Keuchhusten und den Humanen Papilloma Viren (HPV) nötig, damit auch Menschen vor Ansteckung geschützt werden, die (noch) nicht geimpft werden dürfen (z.B. Säuglinge). Je nach Impfung lassen sich 3% bis 49% der Jugendlichen vom schulärztlichen Dienst fehlende Impfdosen verabreichen.

Das Gesundheitsverhalten ist stark von der Bildung der Eltern abhängig - mit Folgen

Der Anteil Jugendlicher, die regelmässig Sport treiben, variiert je nach Bildungsstand der Eltern zwischen 50% (Eltern ungelernt) und 80% (Eltern mit höherer Ausbildung). Dieser Gradient wird durch die soziale Belastung der Schulkreise akzentuiert: In Bethlehem treiben 44% der Jugendlichen der 8. Klasse regelmässig Sport, in den Schulkreisen Kirchenfeld-Schosshalde und Länggasse-Felsenau über 80%. Auch Velo fahren auf dem Schulweg ist bei Jugendlichen aus höher gebildeten Familien am meisten verbreitet (39% vs. 13% bei Kindern ungelernter Eltern). Am wenigsten Kinder ungelernter Eltern nehmen regelmässig ein Frühstück oder Znüni zu sich (67% vs. 92% Kinder höher gebildeter Eltern) und am meisten von ihnen (19% vs. 7%) nutzen digitalen Medien mehr als 25 Stunden pro Woche. Ein schlechteres psychisches Befinden, sowie mehr Übergewicht, Schlafprobleme oder Kopfschmerzen sind die Folge von Bewegungsmangel und übermässigem Medienkonsum. Wesentlich weniger Mädchen als Jungen treiben regelmässig Sport (52% vs. 80%) und dieser Anteil hat in den letzten Jahre nur bei den Mädchen abgenommen. Erfreulicherweise ist der Suchtmittelkonsum bei den Jugendlichen der 8. Klasse stark rückläufig, wobei hier kein relevanter Unterschied nach Geschlecht und Sozialschicht besteht.

Alarmierende Schlafdefizite

Nur $\frac{1}{4}$ der Jugendlichen in der Stadt Bern schlafen durchschnittlich neun Stunden pro Nacht und damit klar genügend. $\frac{1}{4}$ schlafen weniger als 8 Stunden pro Nacht und leiden häufiger an Müdigkeit, Kopfschmerzen und einem schlechten psychischen Befinden. Darüber hinaus ist mit weiteren Folgen des Schlafdefizits zu rechnen (mehr Unfälle und Übergewicht, schlechtere Schulleistungen etc.). In der Online-Befragung der 16- bis 18-Jährigen standen beim Bedarf nach Unterstützung Schlafschwierigkeiten an zweiter Stelle (knapp 30% der Antwortenden). Mit der Pubertät verschiebt sich die Produktion des schlaffördernden Hormons Melatonin nach hinten und verändert sich der Tag-Nacht-Rhythmus der Jugendlichen. Der Vergleich der durchschnittlichen Schlafdauer am Schulstandort Munzinger mit den übrigen Volksschulstandorten weist darauf hin, dass der international geforderte spätere morgendliche Schulbeginn auch in Bern das Problem der Schlafdefizite bei den Jugendlichen wesentlich reduzieren könnte.

Eltern bleiben wichtig, Gleichaltrige werden wichtiger, und viele engagieren sich

90% der Jugendlichen der 8. Klasse verbringen gerne Zeit mit den Eltern, und Eltern bleiben wichtigste Ansprechpersonen bei Problemen. Daher sind schwierige Familiensituationen (8% der Jungen und 11% der Mädchen), Gewalt in der Familie (je 2%) oder Konflikte mit den Eltern (6% der Mädchen und 3% der Jungen) besonders belastend. Über 90% der Jugendlichen berichteten über gute Beziehungen zu Freundinnen und Freunden, 2% bekundeten Mühe, Freundschaften zu schliessen und 3% klagten über Mobbing. Knapp 80% der Jugendlichen übernehmen zuhause „Ämtli“. Mädchen kümmern sich mehr als Jungen um jüngere Geschwister oder pflegebedürftige Angehörige, dafür haben mehr Jungen die Möglichkeit, sich in Vereinen und Clubs zu engagieren. 10% der Jugendlichen sind im Schülerinnen- und Schülerrat und 1.5% im Jugendparlament.

Schule und Berufswahl sind eine Herausforderung - Nachhilfe und Stress als Ausdruck

Für knapp 90% der Jugendlichen sind ein positives Klassenklima und die verdiente Anerkennung durch die Lehrpersonen eine wichtige Ressource. Gleichzeitig bereitet einem Drittel der Jugendlichen die berufliche Zukunft Sorgen und jedes fünfte Mädchen und jeder sechste Junge versuchen, mit Nachhilfeunterricht die Chancen auf einen Übertritt in die gewünschte nachobligatorische Bildung zu erhöhen. Die Bildungswege sind ungleich verteilt: Jungen sind seltener

als Mädchen im Sekundar-Niveau der Sekundarstufe I. Und ausländische Jugendliche besuchen deutlich seltener eine Maturitätsschule als junge Schweizerinnen und Schweizer. Sie gehen nach der 9. Klasse häufiger den Weg über ein berufsvorbereitendes Schuljahr (38% vs. 26% der Schweizer Jugendlichen). Durchschnittlich 15% der ausländischen Knaben und 11% der ausländischen Mädchen hatten in den letzten drei Jahren keine Anschlusslösung bei Schulaustritt (5% der Schweizerinnen/Schweizer).

Nicht alle Jugendlichen haben Zugang zu bedarfsgerechter Unterstützung

10% der Mädchen und 14% der Jungen in der 8. Klasse können mit niemandem über psychische Probleme sprechen, z.T. wohl auch aufgrund einer gewissen Tabuisierung des Themas. Das gilt auch für 12% der 16- bis 18-Jährigen, die an der Online-Befragung mitmachten. Zudem verfügen 1/4 der 16- bis 18-Jährigen über keine Hausärztin oder Hausarzt ihres Vertrauens. Und für Jugendliche mit Behinderungen und Beeinträchtigungen ist die Versorgung mit den heute verfügbaren Möglichkeiten (Nachteilsausgleich, technische Hilfsmittel) noch keine Selbstverständlichkeit.

In die Verbesserung der Gesundheitschancen unserer Jugend zu investieren lohnt sich

Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung, damit ein erfolgreicher Übergang in das Erwachsenenleben gelingt. Im Jugendalter werden langfristig wirksame, gesundheitsrelevante Gewohnheiten angenommen, die auch die Gesundheit der nächsten Generation beeinflussen werden. Aus diesen Gründen ist es besonders wichtig, Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitschancen aller Jugendlichen in der Stadt Bern zu ergreifen. Folgende Massnahmen, die vor allem auf Bestehendes zurückgreifen, werden vorgeschlagen (s. Tabelle 23 im Bericht):

Themenfeld	Massnahmen
1) Bildungs- und Gesundheitschancen für Benachteiligte verbessern	1A) Die Frühförderung primano als flächendeckendes Regelangebot der Stadt Bern sichern
	1B) Zugang zu auserschulischen Lernmöglichkeiten in Sport- und Freizeitangeboten sowie zum Velo als gesundheitsförderndes Verkehrsmittel bedarfsgerecht verbessern
	1C) Die Stärkung bestehender Angebote des Trägervereins für die offene Jugendarbeit der Stadt Bern TOJ als konstant verfügbare, bekannte und niederschwellig zugängliche Angebote prüfen
	1D) Jugendliche mit Behinderungen und Beeinträchtigungen bezüglich der Versorgung mit Unterstützungsmassnahmen – z.B. Nachteilsausgleich - gut beraten
2) Jugendliche mit psychosozialen Belastungen unterstützen	2A) Ressourcen der Schulsozialarbeit an erhöhte Schülerinnen und Schülerzahlen und Vorgaben des Kantons anpassen
	2B) Ressourcen des schulärztlichen Dienstes an die erhöhten Schülerinnen- und Schülerzahlen anpassen und so die erforderlichen Dienstleistungen für die Jugendlichen sicherstellen
	2C) Gesundheits- und Lebenskompetenzen durch in den Schulalltag integrierte Gesundheitsförderung stärken
	2D) Das Angebot „DuSeischWoDüre“ bedarfsgerecht ausbauen
3) Verbreitete Schlafdefizite reduzieren	3A) Für das Thema Schlaf und die Auswirkungen von Schlafdefiziten im schulärztlichen Dienst mit einer Kampagne sensibilisieren
	3B) An die Jugendlichen angepasste morgendliche Schulanfangszeiten prüfen und das Ergebnis dem Gemeinderat mit entsprechenden Anträgen zum Beschluss unterbreiten
4) Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe stärken	4A) In städtischen Dienststellen für Familien die Information über den Elternnotruf als niederschwellig zugängliche Beratungs- und Triagestelle optimieren
	4B) Elternanlässe als fester Bestandteil in die schulischen Gesundheits- und Lebenskompetenzförderung integrieren
	4C) Elternworkshops zu aktuellen Themen in Zusammenarbeit mit Schulen und Elternräten anbieten

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung in die Entwicklung in der Adoleszenz	10
1.1.	Körperliche Entwicklung.....	10
1.2.	Die Entwicklung des Gehirns – soziale Einflüsse	10
1.3.	Soziale und emotionale Entwicklung.....	11
2.	Bevölkerungsstatistik und soziale Lage der Jugendlichen	12
2.1.	Bevölkerungsstatistik	12
2.1.1.	<i>Anzahl Jugendliche in der Stadt Bern</i>	<i>12</i>
2.1.2.	<i>Der Anteil ausländischer Jugendlicher zwischen 1990 und 2015</i>	<i>12</i>
2.2.	Soziale Lage	13
2.2.1.	<i>Haushalte mit Jugendlichen in der Stadt Bern.....</i>	<i>13</i>
2.2.2.	<i>Sozialhilfequote der Jugendlichen von 13 bis 18 Jahren.....</i>	<i>13</i>
2.3.	Soziale Lage und Gesundheit.....	14
2.3.1.	<i>Sozio-ökonomische Benachteiligung konkret – das Beispiel Bethlehem.....</i>	<i>15</i>
3.	Gesundheit der 13- bis 15-Jährigen	16
3.1.	Datenquellen	16
3.1.1.	<i>Schulärztliche Daten und untersuchte Jugendliche</i>	<i>16</i>
3.1.2.	<i>Weitere Datenquellen</i>	<i>16</i>
3.2.	Gesundheitliches Befinden.....	17
3.2.1.	<i>Allgemeine Einschätzung der Jugendlichen</i>	<i>17</i>
3.2.2.	<i>Einflussmöglichkeit auf das eigene Leben in der Zukunft</i>	<i>18</i>
3.2.3.	<i>Psychisches Befinden und belastender Stress.....</i>	<i>19</i>
3.2.4.	<i>Befindlichkeitsstörungen</i>	<i>20</i>
3.2.5.	<i>Gesundheitsthemen, welche die Jugendlichen beschäftigen</i>	<i>21</i>
3.3.	Befunde aus den schulärztlichen Untersuchungen	24
3.3.1.	<i>Sehen und Hören.....</i>	<i>24</i>
3.3.2.	<i>Body Mass Index – Übergewicht und Untergewicht</i>	<i>25</i>
3.3.3.	<i>Erhöhter Blutdruck</i>	<i>27</i>
3.3.4.	<i>Impfstatus</i>	<i>27</i>
3.4.	Gewohnheiten, Lebensstil	28
3.4.1.	<i>Sport und Ernährung.....</i>	<i>28</i>
3.4.2.	<i>Schlaf.....</i>	<i>30</i>
3.4.3.	<i>Suchtmittelkonsum</i>	<i>32</i>
3.4.4.	<i>Umgang mit digitalen Medien</i>	<i>34</i>
3.5.	Ich und die anderen	35
3.5.1.	<i>Eltern und Familie bleiben wichtig</i>	<i>35</i>
3.5.2.	<i>Peers – Quelle für Gesundheit und manchmal Quelle von Problemen</i>	<i>36</i>
3.5.3.	<i>Ansprechpersonen für verschiedene Probleme</i>	<i>36</i>
3.5.4.	<i>Soziales Engagement</i>	<i>37</i>
3.5.5.	<i>Partizipationsmöglichkeiten.....</i>	<i>38</i>
3.6.	Schule und Berufswahl	39
3.6.1.	<i>Bildungschancen – Sekundarstufe I, Übertritt in die nachobligatorische Bildung ...</i>	<i>39</i>
3.6.2.	<i>Sorgen und Probleme in Schule und Berufswahl.....</i>	<i>40</i>
3.6.3.	<i>Das Setting Schule als gesundheitliche Ressource.....</i>	<i>43</i>
3.7.	Die Situation der Sonderschülerinnen und Sonderschüler	43

4.	Gesundheit und Wohlbefinden der 16- bis 18-Jährigen	46
4.1.	Die Sicht der Jugendlichen	46
4.2.	Schülerinnen und Schüler im Programm „zWäg!“	49
5.	Schlussfolgerungen	50
6.	Massnahmen	52
6.1.	Bildungs- und Gesundheitschancen für Benachteiligte verbessern	54
6.2.	Jugendliche mit psychosozialen Belastungen unterstützen	56
6.3.	Die verbreiteten Schlafdefizite reduzieren	58
6.4.	Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe stärken	58

1. Einführung in die Entwicklung in der Adoleszenz

Die Adoleszenz beginnt nach aktuellen Definitionen mit 10 Jahren mit den ersten hormonellen Veränderungen der Pubertät. Sie endet mit 24 Jahren, wenn die Hirnentwicklung der Adoleszenz abgeschlossen ist. Im vorliegenden Bericht wird auf die **13- bis 18-Jährigen** fokussiert.

In die Gesundheit der Jugendlichen zu investieren lohnt sich dreifach¹:

- 1) In der Gegenwart: Eine gute Gesundheit ist entscheidend für die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben und den gelingenden Übergang ins Erwachsenenleben.
- 2) In der Zukunft: Im Jugendalter werden Lebensstil und Gewohnheiten angenommen, welche langfristig für die Gesundheit im Erwachsenenalter entscheidend sind.
- 3) Für die künftige Generation: Jugendliche sind die künftigen Eltern, und ihre Gesundheit und Gewohnheiten werden die Gesundheit ihrer Kinder bereits während der Schwangerschaft stark beeinflussen.

Die aktuelle Forschung hat ein neues Verständnis dafür entstehen lassen, welche Entwicklungsprozesse in der zweiten Lebensdekade ablaufen, und wie sehr diese mit der Umwelt interagieren. Die gesundheitlichen Zusammenhänge müssen bei den Jugendlichen immer vor dem Hintergrund dieser Entwicklungsprozesse gesehen werden.

1.1. Körperliche Entwicklung

Zuerst finden mit der Pubertät die körperlichen Veränderungen statt. Die Geschlechtshormone beginnen zu wirken, die Geschlechtsorgane und –funktionen entwickeln sich. Neben dem ausgeprägten Wachstumsschub, während dem etwa ein Viertel der Erwachsenengrösse und etwa die Hälfte des Gewichts eines gesunden Erwachsenen zugelegt werden, ändern sich auch die Zusammensetzung der Körpermasse und die Körperformen. Wenn im Kindesalter Mädchen und Jungen die gleiche Körperform hatten, so wird das Geschlecht in der Pubertät zunehmend äusserlich sichtbar: Die Mädchen nehmen an Fettmasse zu, ihre Hüften werden breit, ihre Brüste wachsen. Die Jungen legen Muskelmasse zu, der Bartwuchs beginnt. Akne plagt in dieser Phase die meisten Jungen und Mädchen. Die Jugendlichen müssen sich mit diesen vielen Veränderungen auseinandersetzen und ein neues Körperbild entwickeln. Sie stehen ständig vor der Frage: „Bin ich normal?“ Die Mädchen stehen hier vor besonderen Herausforderungen, weil geltende Idealbilder bei ihnen mehr vom natürlichen Körper abweichen als bei Jungen².

1.2. Die Entwicklung des Gehirns – soziale Einflüsse

Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass im Gehirn mindestens so viele Veränderungen wie im restlichen Körper stattfinden. Dabei ist das sich rasant entwickelnde Gehirn mit seiner grossen Anpassungsfähigkeit oder „Neuroplastizität“ insgesamt hoch empfindlich auf Einflüsse von aussen: Faktoren wie Armut³, Fehlernährung oder toxische/psychoaktive Substanzen (z.B. Alkohol und Tabak) wirken besonders stark. Zuerst entwickelt sich der Hirnanteil (limbisches Sys-

¹ Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S. et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet 2016; 287:2423-2487. (Online verfügbar)

² Berg Kelly, K. Die Gesundheit Jugendlicher (Ungdomars hälsa). Studentlitteratur, Lund, 2014.

³ Hair, N.L., et al. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. JAMA Pediatr 2015; 169: 822-829.

tem), der für die Gefühle verantwortlich ist. Die Reifung des Stirnhirns, das für Planung, Prioritätensetzung, Abwägen von Konsequenzen und Impulskontrolle zuständig ist, erfolgt etwas verzögert und wird erst nach dem Alter von 20 Jahren abgeschlossen. Diese Entwicklungsabfolge erklärt viele Aspekte des jugendtypischen Verhaltens. Der Drang zum Experimentieren, die Suche nach starken Gefühlsreizen sowie das Gefühl der eigenen Unverletzlichkeit führen zum vermehrten Eingehen von Risiken. Das sich entwickelnde Gehirn ist ausgeprägt sozial ausgerichtet; d.h. es sucht soziale Informationen und integriert diese in Denkprozesse und Entscheidungsfindungen. Das Denken ist stark abhängig von Emotionen und Umgebungseinflüssen, und Jugendliche sind in ihren Entscheidungen hoch empfänglich für den Einfluss Gleichaltriger. Die Präsenz von Gleichaltrigen kann sogar schon erworbene „vernünftige“ Fähigkeiten wieder vorübergehend ausschalten⁴. Die digitale Technologie und die sozialen Medien kommen dem Bedürfnis nach sozialer Vernetzung und Sensationssuche sehr entgegen. Sie können aber aufgrund der hohen Empfänglichkeit und Vulnerabilität der Jugendlichen auch schädliche Einflüsse haben. Sie können z.B. zu Abhängigkeit führen oder von Extremistengruppen ausgenutzt werden⁵. Daher haben Eltern und Gesellschaft eine besondere Verantwortung, die Jugendlichen mit der Haltung eines „Autonomie unterstützenden Paternalismus“⁶ in ihren Entscheidungsfindungen entwicklungsgerecht zu unterstützen.

1.3. Soziale und emotionale Entwicklung

Jugendliche machen tiefgreifende emotionale und soziale Entwicklungen durch: Die körperlichen Veränderungen, das neu aufkommende sexuelle Interesse und starke Stimmungsschwankungen verunsichern; der Ablösungsprozess von den Eltern führt zu Streit; der Freundeskreis verändert sich rasch. Die Jugendlichen haben grosse Entwicklungsaufgaben^{7 8 9} zu bewältigen. Sie müssen eine eigene stabile und realistische Identität aufbauen, ihre Autonomie entwickeln, sich von den Eltern lösen, ihren Platz in der Gruppe Gleichaltriger finden und einen verantwortungsvollen Umgang mit der Sexualität finden. Auf diesem Weg müssen sie experimentieren können und gleichzeitig sind sie einem enormen Konformitätsdruck ausgesetzt. „Bin ich gut genug? Akzeptieren mich die anderen?“ sind ständige Fragen. Jugendliche sind stark auf die soziale Interaktion ausgerichtet und auf den Dialog sowohl mit Gleichaltrigen als auch mit erwachsenen Bezugs- und Fachpersonen angewiesen, um überlegte Entscheidungen zu treffen und ihr Selbstvertrauen aufzubauen.

Zusammenfassend finden in der Adoleszenz tiefgreifende bio-psycho-soziale Entwicklungen statt, die hochempfindlich für alle Arten von Umgebungseinflüssen sind. In dieser Lebensphase gewinnt das Individuum die physischen, emotionalen, sozialen und ökonomischen Ressourcen, welche die Grundlage für die Gesundheit und das Wohlergehen im späteren Leben bilden. Hier können ungünstige Entwicklungen beginnen, es besteht aber auch ein grosses Potential, die Gesundheit der späteren Erwachsenen positiv zu beeinflussen.

⁴ Spear, L.P. Adolescent neurodevelopment. *J Adolesc Health* 2013; 52: 7-13 (open access)

⁵ wie Zitat 1

⁶ „autonomy enhancing paternalism“ wie Zitat 1

⁷ Havinghurst, R. *Human development and education*. Longmans & Green, New York 1953 und

⁸ Hurrelmann, K.; Rosewitz B. *Lebensphase Jugend*. Juventa, Weinheim und München 1985.

⁹ Erikson, E. *The life cycle complete. A review*. Norton, New York 1982.

2. Bevölkerungsstatistik und soziale Lage der Jugendlichen

2.1. Bevölkerungsstatistik

2.1.1. Anzahl Jugendliche in der Stadt Bern

Die Anzahl Jugendliche nahm zwischen 1990 und 2000 deutlich ab und ist seither weitgehend stabil geblieben (Abbildung 1). 2015 waren 3.8% der Gesamtbevölkerung 13- bis 18-jährig.

Abbildung 1: Anzahl Jugendliche in der Stadt Bern, nach Altersgruppe und Jahr

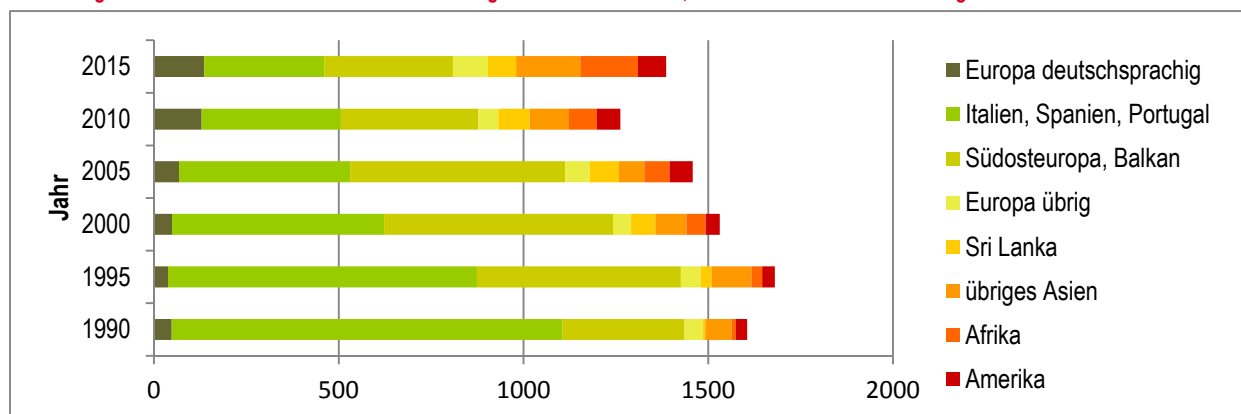


Quelle: Einwohnerdatenbank des Polizeinspektorats, Datenbearbeitung Statistik Bern

2.1.2. Der Anteil ausländischer Jugendlicher zwischen 1990 und 2015

Anzahl und Anteil ausländischer Jugendlicher stiegen seit 2010 erstmals seit den 1990er Jahren wieder an (Abb. 2): die Anzahl von 1262 auf 1386 und der Anteil bei den 13- bis 15-Jährigen von 25% auf 27% und bei den 16- bis 18-Jährigen von 22% auf 25%. Zugenommen hat der Anteil Jugendlicher aus Amerika, Afrika, Asien und dem übrigen Europa.

Abbildung 2: Anzahl ausländischer 13- bis 18-Jähriger in der Stadt Bern, nach Jahr und Herkunftsregion



Quelle: Einwohnerdatenbank des Polizeinspektorats, Datenbearbeitung Statistik Bern

Ist die Alltagssprache nicht Deutsch, bedeutet das zwei- oder mehrsprachige Aufwachsen für die Jugendlichen einerseits eine zusätzliche Herausforderung. Andererseits ist Zwei- oder Mehrsprachigkeit (resp. auch Bi- oder Multikulturalität) in der heute globalisierten Welt eine zunehmend gefragte Kompetenz. Der Anteil Jugendlicher, deren Alltagssprache in der Familie nicht Deutsch ist, variiert zwischen den Schulkreisen erheblich (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anteil Schülerinnen und Schüler (alle Stufen), deren Alltagssprache zuhause nicht Deutsch ist, nach Schulkreis (2015)

Schulkreis	Anteil	Schulkreis	Anteil
Kirchenfeld-Schosshalde	23%	Länggasse-Felsenau	20%
Mattenhof-Weissenbühl	34%	Bümpliz	60%
Breitenrain-Lorraine	34%	Bethlehem	73%

Datenquellen: Schulamt der Stadt Bern, Polizeiinspektorat der Stadt Bern, Eidgen. Departament für auswärtige Angelegenheiten;
 Datenbearbeitung: Statistik Stadt Bern

2.2. Soziale Lage

2.2.1. Haushalte mit Jugendlichen in der Stadt Bern

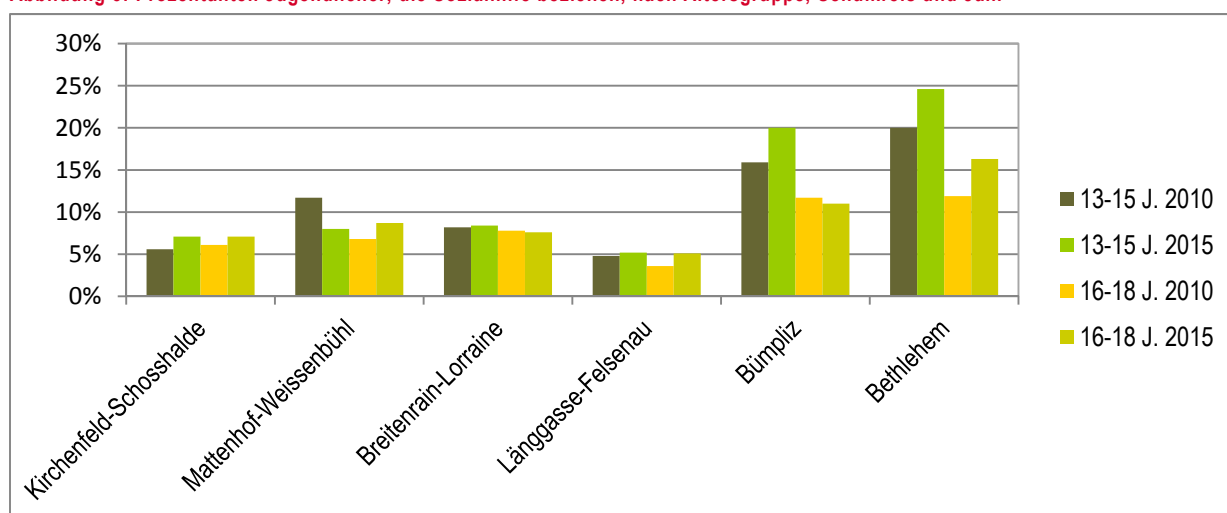
2015 lebten in der Stadt Bern in 3809¹⁰ Haushalten Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren:

- in 2195 Haushalten (57%) mit zwei Eltern
- in 1255 Haushalten (33%) mit der alleinerziehenden Mutter
- in 184 Haushalten (5%) mit dem alleinerziehenden Vater
- in 175 Haushalten (5%) in einem Mehrfamilienhaushalt

2.2.2. Sozialhilfequote¹¹ der Jugendlichen von 13 bis 18 Jahren

Gesamtstädtisch ist der Anteil jugendlicher Sozialhilfebeziehender¹² zwischen 2010 und 2015 von 9.6% auf 11.1% angestiegen. Bei den 13- bis 16-Jährigen betrug er 2015 12.3%, bei den 16- bis 18-Jährigen 9.8%. Nach einer neuen Untersuchung verzichteten 12% der Anspruchsberechtigten auf Sozialhilfe¹³.

Abbildung 3: Prozentanteil Jugendlicher, die Sozialhilfe beziehen, nach Altersgruppe, Schulkreis und Jahr



¹⁰ 2013 gab es in der Stadt Bern total 62'167 Haushalte; Quelle: Statistik Stadt Bern 2013

¹¹ Berechnung Sozialhilfequote: Anzahl Sozialhilfe-Beziehende während Kalenderjahr / zivilrechtliche Bevölkerung am Vorjahresende

¹² Sozialhilfebezug: Unterstützung durch Sozialdienst, inkl. Personen mit Betreuung durch Amt für Erwachsenen- und Kinderschutz sowie Jugendamt

¹³ Burri, A. Wenn Scham stärker ist als Armut. Der Bund, Bern, 16.8.2016

2.3. Soziale Lage und Gesundheit

Entwicklung und Gesundheit der Jugendlichen sind stark abhängig von ihren Lebensbedingungen. Besonders negativ wirkt sich **Armut** aus. Enge Wohnungen, instabile Arbeitsverhältnisse der Eltern und ständige materielle Sorgen bringen chronischen Stress, chaotische Tagesabläufe, Konflikte und Gewalt in die Familie. Das hat direkte Folgen auf das sich rasch entwickelnde Gehirn, seine Struktur und seine Leistungsfähigkeit. Wenig eigene Bildung und wenig erfahrene Wertschätzung beeinträchtigen die elterlichen Ressourcen für die Begleitung ihrer Jugendlichen. Armut schränkt auch die Teilhabe am Sozialleben und den Zugang zu Freizeitangeboten ein. Folgen von Armut sind eine schlechtere psychische Gesundheit, mehr Verhaltensauffälligkeiten, schlechtere schulische Leistungen, ungünstigere Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Rauchen) sowie häufigere Erkrankungen (z.B. Diabetes) und eine kürzere Lebenserwartung^{14 15}. Auch bei den Jugendlichen der Stadt Bern gibt es diverse entsprechende Befunde (s. Kapitel 3).

Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne **Migrationshintergrund** sind komplex und hängen vom Kontext der Migration ab. Die Situation im Herkunftsland, die Benachteiligung von Frauen oder die Migrationserfahrung (z.B. Flucht) spielen ebenso eine Rolle wie sozio-ökonomische Benachteiligungen, Unsicherheit des Aufenthaltsstatus oder Diskriminierung im Aufnahmeland¹⁶. Eine französische Untersuchung fand unter eingewanderten Jugendlichen vermehrt Schulschwierigkeiten sowie eine schlechtere körperliche und psychische Gesundheit. Andere Studien fanden in verschiedenen Bereichen dagegen eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität der eingewanderten Jugendlichen^{17 18 19}. Die schulärztlichen Daten aus Bern (Tabelle 2) zeigen, dass der Bildungsstand der Eltern *und* die Nationalität einen Einfluss auf Gesundheits- und Bildungschancen haben. Insbesondere bei Körpergewicht, Zugang zu Sportangeboten und Schullaufbahn kumulieren die Auswirkungen der beiden Faktoren.

Tabelle 2: Einzelne Bildungs- und Gesundheitsindikatoren, nach Nationalität (CH vs. Ausl.) und Bildungsstand der Eltern (SJ 2013/14-2015/16); (zu Datenquelle und Methode siehe Kapitel 3.1.1)

	Schweizerinnen/Schweizer			Ausländerinnen/Ausländer		
	Ungelernt N=170	Berufsbildung N=633	höhere Bildung N=711	Ungelernt N=318	Berufsbildung N=229	höhere Bildung N=80
<i>Bildungsstand der Eltern</i>						
belastete Familiensituation ^{a)}	13%	11%	8%	12%	8%	9%
älter als 15.25	21%	+**14%	10%	29%	+27%	13%
Sek-Niveau auf Sekundarstufe I	++**41%	++58%	**87%	24%	++32%	63%
psychisches Befinden gut	86%	87%	89%	85%	90%	90%
Übergewicht oder Adipositas ^{c)}	++48%	++**26%	15%	43%	+35%	21%
regelmässig Sport N=995 ^{b)}	++43%	+**71%	78%	54%	+54%	70%

^{a)} Armut, Erwerbslosigkeit, Alkoholismus, Gewalt in der Familien und/oder viele Konflikte mit den Eltern; ^{b)} Nur Schuljahre 2013/14, 2015/16

^{c)} Zahlensind im Gegensatz zu den in Kapitel 3 aufgeführten Zahlen aus dem Schuljahr 2015/16

CH vs. Ausländer pro Bildungsstand der Eltern (z.B. Ungelernte CH vs. Ungelernte Ausländer): ** p<0.001

Eltern ungelernt vs. Berufslehre und Eltern Berufslehre vs. Eltern höhere Ausbildung pro Nationalitätengruppe +p<0.05 **p<0.001

¹⁴ Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., Currie, C. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012; 379: 1641–52 (Online verfügbar).

¹⁵ Hair, N. L., et al. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA Pediatr* 2015; 169(9): 822-829.

¹⁶ wie Zitat 14

¹⁷ Chau, K., Baumann, M., Kabuth, B., Chau, N. School difficulties in immigrant adolescent students and roles of socioeconomic factors, unhealthy behaviours, and physical and mental health. *BMC Public Health* 2012;12:453.

¹⁸ Robert Koch Institut: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bericht im Auftrag der Bundesregierung. 2008 Berlin (Online verfügbar).

¹⁹ Molcho, M., Cristini, F. et al. Health and well-being among child immigrants in Europe. *Eurohealth* Vol. 16, No1: 20

2.3.1. Sozio-ökonomische Benachteiligung konkret – das Beispiel Bethlehem

Hier leben besonders viele Jugendliche in sozio-ökonomisch benachteiligten und zugewanderten Familien. Eine telefonische Befragung von Schulleitungen und Sozialarbeitenden des Schulkreises sowie schulärztliche Beobachtungen geben den statistischen Daten ein Gesicht²⁰:

Die berufliche Zukunft beschäftigt besonders stark: Etliche Jugendliche haben diesbezüglich auch Zukunftsängste. Wenn sie durch die Familie nicht optimal unterstützt werden können, sind Angebote des Beruflichen Informationszentrums (inkl. Case-Management) oder Motivationsseminare sehr hilfreich. Prekäre finanzielle Verhältnisse in ihrer Familie setzen viele Jugendliche unter Druck einen Weg zu wählen, der ihnen möglichst rasch einen möglichst guten Verdienst bietet, auch wenn die längerfristigen Aussichten damit bescheiden bleiben.

Leben in beengten Wohnverhältnissen: Viele Jugendliche müssen ihr Zimmer mit einem bis mehreren Geschwistern teilen und haben keine Rückzugsmöglichkeit. Das verursacht Stress und erschwert zudem, in Ruhe Hausaufgaben für die Schule erledigen zu können.

Sozial dazugehören - auch materiell: Das ist für Jugendliche und Familien aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen vielleicht daher besonders wichtig, weil es keine Selbstverständlichkeit ist: Trotz knapper finanzieller Verhältnisse streben viele Eltern eine besonders gute materielle Ausstattung ihrer Kinder an (Handys und Unterhaltungselektronik, Kleidung, Taschengeld etc.).

Leben zwischen zwei Kulturen: Etliche Jugendliche müssen sich ausser Haus eine andere Identität konstruieren. Jeden Morgen ziehen sie sich in der Schule um, schminken sich und laden Apps, die unter den Gleichaltrigen dazu gehören, von den Eltern jedoch nicht erlaubt sind. Zunehmend Sorgen bereitet eine gewisse religiöse Radikalisierungstendenz unter den Eltern.

Multikulturalität als Ressource: Unter den Jugendlichen funktioniert die Multikulturalität allgemein gut. Sie haben in Bern West ein gutes Zusammengehörigkeitsgefühl, auch wenn das manchmal in ein ungerechtfertigtes „Ghetto-Gefühl“ und das Nachahmen dazugehöriger Vorbilder umschlägt. Jugendliche aus zugewanderten Familien besuchen oft heimat Sprachlichen Unterricht und partizipieren in heimat Sprachlichen Organisationen. Dafür haben sie weniger Zugang zu Freizeitangeboten wie Musikunterricht, Sportclubs, Pfadi u.ä.m. Als besonders unterstützend für eine gelingende Entwicklung werden Eltern erlebt, die bezüglich Integration, Deutschkenntnissen und positiven Erwartungen an die Schule ein gutes Vorbild sind.

Gesundheitsförderliches Verhalten: Sozio-ökonomische Benachteiligung und eingeschränkte elterlichen Ressourcen zeigen Folgen im Verhaltensrepertoire der Jugendlichen. Und ein zunehmendes Problem sind der hohe Medienkonsum und damit verbundene Schlafdefizite. Hier ist die Schule besonders gefordert die nötige Sozial- und Medienkompetenz zu vermitteln.

Wichtig sind Angebote, bei welchen Jugendliche kreativ sein und Sozialkompetenz erwerben können: Besonders hilfreich sind Angebote, die langjährig bestehen und entsprechend auch vielen Eltern vertraut sind (TOJ, Midnight WEST, Jugendtreff Tscharni oder Sportclubs bspw.). Das erleichtert den Zugang. Vermehrt zu wünschen wären auch am Wochenende offene Orte, wo Jugendliche in der Umsetzung ihrer kreativen Ideen unterstützt werden, und jemand auf ihre Fragen mit einem Gesprächsangebot reagieren kann. In der Schule sind Angebote wichtig, in denen Jugendliche Sozialkompetenz erwerben und sich als kompetent erleben können (Schulsozialarbeit, „Du seisch wo düre“) oder Angebote, wo sie Sicherheit im Auftreten gewinnen und sich als wirksam in der Teamarbeit erfahren (SpielART Theaterprojekt, Znüni projekt, Junior Coach in Midnight Sport Angeboten u.a.m.).

²⁰ Mit Dank an die Schulärztin sowie die befragten Schulleitungen und die Schulsozialarbeitenden des Schulkreises Bethlehem.

3. Gesundheit der 13- bis 15-Jährigen

3.1. Datenquellen

3.1.1. Schulärztliche Daten und untersuchte Jugendliche

Die schulärztliche Untersuchung in der 8. Klasse besteht aus der Basisuntersuchung (Seh- und Hörscreening, Messung von Grösse, Gewicht und Blutdruck sowie Impfstatuskontrolle) und aus einem schulärztlichen Gespräch zur gesundheitlichen Situation. Die Jugendlichen haben für dieses Gespräch Anrecht auf die ärztliche Schweigepflicht. Das Gespräch dient dazu:

- Fragen der Jugendlichen zu Gesundheitsthemen zu beantworten;
- Problemlagen oder problematische Gewohnheiten zu besprechen und mit den Jugendlichen Verbesserungsmöglichkeiten zu suchen, welche sie selbst umsetzen können;
- die Jugendlichen in ihrem gesundheitsförderlichen Verhalten zu bestärken;
- bei Bedarf Massnahmen einzuleiten (weitere Abklärungen, Einbezug der Eltern etc.)

Die sozio-demografische Zusammensetzung der untersuchten Jugendlichen ist in Tabelle 3 ersichtlich. Die Jugendlichen und ihre Eltern können die obligatorische schulärztliche Untersuchung beim schulärztlichen Dienst oder bei ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin machen lassen. In den letzten drei Schuljahren wählten 88% der Jugendlichen den schulärztlichen Dienst.

Die Befunde und die *von den Jugendlichen thematisierten Probleme* werden von den Schülärztinnen und -ärzten gemäss Vorgaben des internen statistischen Manuals auf dem schulärztlichen Befundformular notiert. Das Formular wird anschliessend in anonymisierter Form elektronisch eingelesen und die Daten zur weiteren statistischen Bearbeitung ins Programm SPSS exportiert. Die resultierenden Häufigkeiten entsprechen damit *nicht* tatsächlichen Häufigkeiten eines Problems, sondern der Anzahl Jugendlicher, die ein Problem in der Untersuchung vorbrachten. Auch wenn nicht Stichproben im statistischen Sinne analysiert wurden, sind p-Werte zum Vergleich verschiedener Untergruppen angegeben. $p < 0.05$ bedeutet, dass die festgestellten Unterschiede mit 95% Wahrscheinlichkeit einem tatsächlichen Unterschied entsprechen und nicht auf zufälligen Schwankungen beruhen (bei $p < 0.001$ ist diese Wahrscheinlichkeit 99%).

Im Schuljahr 2015/16 wurden die Jugendlichen gebeten, einige Zusatzfragen schriftlich zu beantworten. Die Beantwortung war freiwillig und anonym. Die Jugendlichen warfen den beantworteten Fragebogen in eine verschlossene Sammelbox. Eine Verbindung zu den schulärztlichen Daten ist damit nicht möglich. Als sozio-demografische Merkmale wurden einzig das Geschlecht und der Schulkreis erfasst. 601 (91%) der untersuchten Jugendlichen beantworteten den Fragebogen vollständig oder teilweise. 581 machen eine Angabe zu ihrem Geschlecht (315 Mädchen, 266 Jungen). Damit ist die Geschlechtsverteilung gleich wie bei den Untersuchten.

3.1.2. Weitere Datenquellen

Die schulärztlichen Daten wurden durch weitere Quellen ergänzt:

- Die Daten der Schulsozialarbeit zu Konsultationsgründen geben einen Hinweis darauf, welche Probleme die Jugendlichen motivieren, die niederschwellig in der Schule angebotene Beratung der Schulsozialarbeitenden in Anspruch zu nehmen.
- Aus dem Programm „Du seisch wo düre“ gibt es Hinweise darauf, welche Fragen die Jugendlichen dieser Zielgruppe besonders beschäftigen.
- Rückmeldungen der Jugendlichen an die Schulärztlichen Teams zu den Fragen, was für ihre Gesundheit besonders wichtig sei, und was sie begeistert und motiviert.

Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale der untersuchten Jugendlichen, nach Schuljahr (SJ)

Schuljahr	2013/14	2014/15	2015/16
Total untersuchte Jugendliche	762	767	658
Durchschnittliches Alter bei der Untersuchung	14 9/12	14 9/12	14 9/12
<i>Geschlecht</i>			
Mädchen	367 (48%)	347 (45%)	356 (54%)
Jungen	395 (52%)	420 (55%)	302 (46%)
<i>Bildungsstand der Eltern</i>			
Ungelernte	152 (19.9%)	170 (22.2%)	166 (25.2%)
abgeschlossene Berufsbildung	330 (43.3%)	297 (38.7%)	235 (35.7%)
höhere Ausbildung	259 (34.0%)	286 (37.3%)	246 (37.4%)
Unklare Zuordnung	10 (1.3%)	2 (0.3%)	1 (0.2%)
keine Angaben	11 (1.4%)	12 (1.6%)	10 (1.5%)
<i>Nationalität</i>			
Schweiz, Deutschland, Österreich	547 (71.8%)	558 (72.7%)	439 (66.7%)
Südeuropa (Italien, Spanien, Portugal)	41 (5.4%)	57 (7.4%)	41 (6.2%)
Balkanländer	70 (9.2%)	56 (7.3%)	67 (10.2%)
andere	104 (13.6%)	96 (12.5%)	111 (16.9%)
<i>Schultyp</i>			
Real	286 (37.5%)	314 (40.9%)	253 (38.4%)
Sekundar	462 (60.5%)	434 (56.6%)	383 (58.2%)
Andere (v.a. Klassen für besondere Förderung)	14 (1.8%)	19 (0.3%)	22 (3.4%)

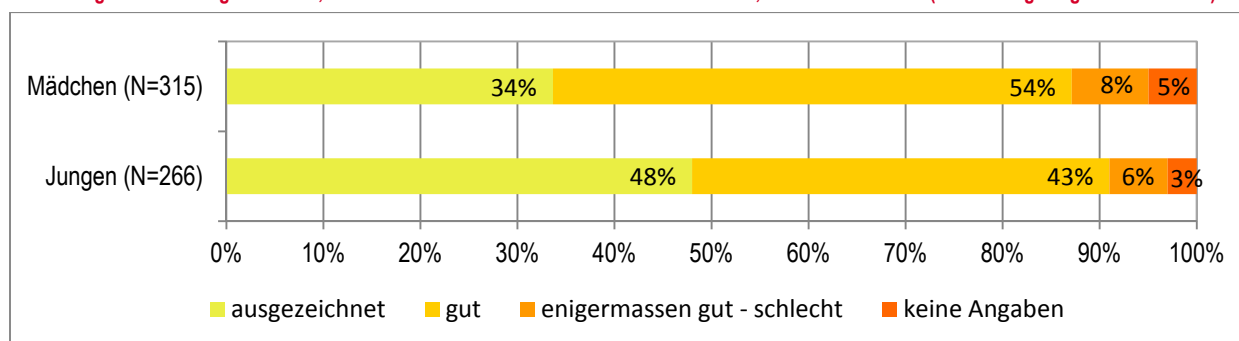
Insgesamt sind Jugendliche aus der Schweiz, Deutschland und Österreich etwas untervertreten. Im letzten Jahr suchten Jungen für die schulärztliche Untersuchung häufiger ihren Hausarzt auf als Mädchen.

3.2. Gesundheitliches Befinden

3.2.1. Allgemeine Einschätzung der Jugendlichen

Die globale und subjektive Einschätzung des eigenen Befindens sagt etwas dazu aus, wie die künftige Gesundheit sein wird (unabhängiger Prädiktor) und ist daher bedeutend²¹ (Abb. 4).

Abbildung 4: Anteil Jugendlicher, die ihr Befinden unterschiedlich einschätzten, nach Geschlecht (Zusatzfragebogen SJ 2015/16)



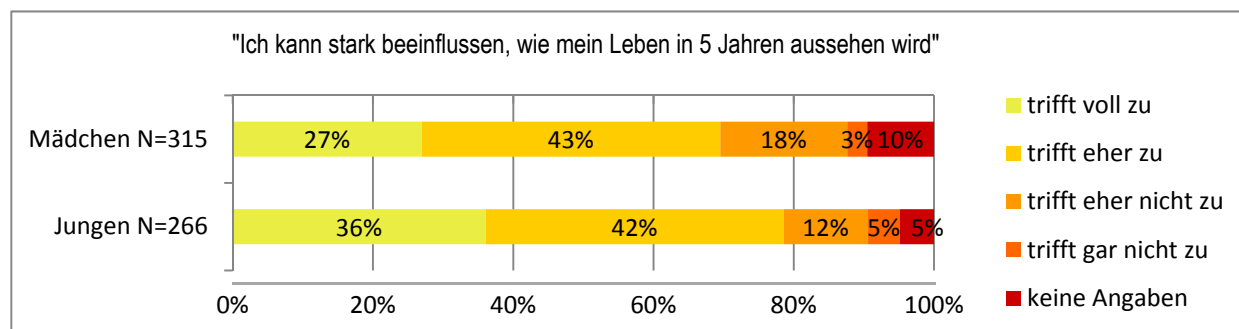
²¹ Inchely, J., Currie, D., Taryn, Y. et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study 2013/14. 2016 World Health Organisation WHO/Europa | Publikationen - HBSC 2016 Bericht

In der internationalen HBSC-Studie 2014 der WHO, in der alle vier Jahre 11-, 13- und 15-jährige Schülerinnen und Schüler zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten befragt werden²², schätzten in der Schweiz ähnlich wie in Bern 87% der 15-jährigen Mädchen und 92% der Jungen ihr Befinden als gut bis sehr gut ein; bei den 13-Jährigen waren es noch 90% und 93%. Etwas besser als in Bern schätzten die Zürcher Jugendlichen ihr Befinden ein (95% sehr gut bis gut)²³. Der in den meisten Studien beobachtete Geschlechtsunterschied scheint zu einem guten Teil durch das geringere Selbstvertrauen der Mädchen erklärbar²⁴. Für die Konstruktion der eigenen Identität müssen mit steigendem Alter Wunschvorstellungen, manchmal auch schmerzlicher, der Realität angepasst werden, weshalb der Anteil Jugendlicher mit negativer gesundheitlicher Selbsteinschätzung mit dem Alter etwas ansteigt²⁵.

3.2.2. Einflussmöglichkeit auf das eigene Leben in der Zukunft

Im Zusatzfragebogen beurteilten die Jugendlichen, wie die Aussage „Ich kann stark beeinflussen, wie mein Leben in 5 Jahren aussehen wird“ für sie zutrifft. Deutlich mehr Jungen als Mädchen fanden, dass die Aussage für sie zutrifft (Abbildung 5). Die Frage berührt wichtige gesundheitliche Ressourcen: einerseits eine Hoffnung für die Zukunft, die nicht nur ein Gefühl darstellt sondern von konkreten Überlegungen und Motivationen geprägt ist, und andererseits die Überzeugung, selbst Einfluss nehmen zu können. Letzteres kann in Verbindung mit wichtigen gesundheitlichen Ressourcen gebracht werden (interne Kontrollwahrnehmung, Selbstwirksamkeit oder das Gefühl der „Bewältigbarkeit“ von Herausforderungen). Sowohl die oben charakterisierte Zukunftshoffnung wie auch die eigenen Einflussmöglichkeiten sind mit einem positiven Selbstwert, wirksamen Bewältigungsstrategien, gesundheitsförderlichem Verhalten sowie weniger Depressivität assoziiert und mildern negative Einflüsse von Stress^{26 27 28}.

Abbildung 5: Anteil Jugendliche, die der Aussage, dass sie stark beeinflussen können, wie ihr Leben in 5 Jahren aussehen wird, unterschiedlich zustimmten (Zusatzfragebogen SJ 2015/16)



Mädchen vs. Jungen: $p < 0.05$

²² HBSC-Studie 2013/14, siehe Zitat 21

²³ Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich. Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung Schuljahr 2012/13. Schulgesundheitsdienste Zürich 2013 (Online erhältlich)

²⁴ Savoye, I., Moreau, N., Brault, M.C. et al. Well-being, gender, and psychological health in school-aged children. Archives of Public Health 2015; 73:52-59.

²⁵ Berg Kelly, K. Die Gesundheit Jugendlicher (Ungdomars hälsa). 2014, Studentlitteratur, Lund.

²⁶ Sun, R., Shek, D. Beliefs in the future as a positive youth development construct: A conceptual review. The Scientific World Journal Volume 2012, Article ID 527038, 8 pages doi:10.1100/2012/527038

²⁷ Bengel, J., Lyssenko, L. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2012, Schriftenreihe zu Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 43.

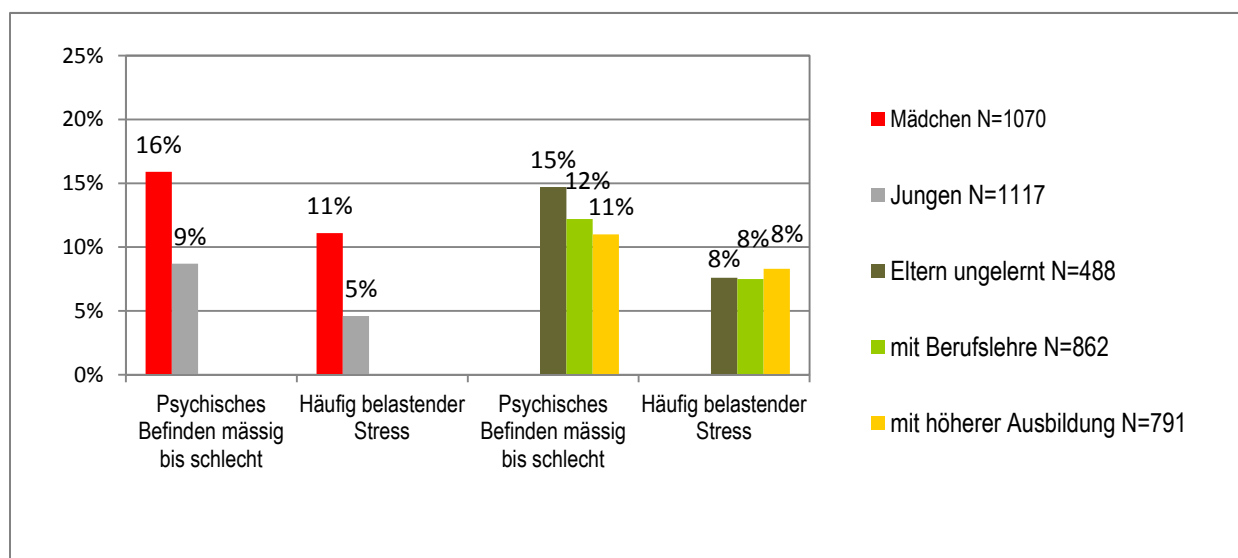
²⁸ Antonovsky, A. 1979: Health, stress and coping. New perspectives on physical and mental wellbeing. San Francisco.

Bezüglich Kontrollüberzeugung bietet die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 eine Vergleichsmöglichkeit. Von den 15- bis 34-Jährigen gaben dort 35% eine hohe und 42% eine mittlere Kontrollüberzeugung an. Von ihnen berichteten 94% über *keine* oder *höchstens eine geringe* psychische Belastung und 86% über keine starken körperlichen Beschwerden; unter Personen mit tiefer Kontrollüberzeugung waren es nur 61% und 41%²⁹.

3.2.3. Psychisches Befinden und belastender Stress

Das psychische Befinden wird von den Schulärztinnen und Schulärzten aufgrund des Gespräches beurteilt. Zum Stress wurde den Jugendlichen die Frage gestellt, ob sie häufig, ab und zu oder selten unter belastendem Stress leiden (Abb. 6). Sowohl bezüglich des psychischen Befindens als auch beim Stress zeigen Mädchen deutlich häufiger Probleme. Das psychische Befinden ist umso schlechter, je tiefer der Bildungsstand der Eltern ist.

Abbildung 6: Anteil Jugendlicher mit einem mässig bis schlechten Befinden und Anteil Jugendlicher mit häufigem belastendem Stress, nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (SJ 2013/14 bis 2015/16)



Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen $p < 0.001$;

Psych. Befinden: Eltern ohne nachobligatorische Ausbildung vs. Eltern mit höherer Ausbildung $p < 0.05$

Die unterschiedliche Balkenlänge ergibt sich aufgrund gerundeter Werte

²⁹ Schuler, D., Burla, L. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bericht 52.

Verlauf über die Zeit

In den Schuljahren 2003/04-2005/06 wurde das psychische Befinden bei 8% der Jungen (N=1373) und 12% der Mädchen (N=1242) als mässig bis schlecht beurteilt; in den Schuljahren 2008/09-2011/12 bei 10% der Jungen (N=1296) und 16% der Mädchen (N=1215). Der Anteil Mädchen mit einem mässig bis schlecht eingeschätzten psychischen Befinden nahm zwischen diesen Zeitperioden also um 4% zu, und der Geschlechtsunterschied akzentuierte sich.

3.2.4. Befindlichkeitsstörungen

In der schulärztlichen Untersuchung wurden aktuelle Befindlichkeitsstörungen und Beschwerden erfragt. Mädchen waren häufiger als Jungen von Kopf- und Bauchschmerzen sowie Schlafproblemen und Müdigkeit betroffen. Bei den Allergien waren Kinder höher gebildeter Eltern stärker betroffen, während Mädchen aus diesen Familien seltener über Kopfschmerzen klagten (Tab 4).

Tabelle 4: Anteil untersuchter Jugendlicher, die in der schulärztlichen Untersuchung von verschiedenen Beschwerden berichteten, nach Geschlecht und Bildungsstand der Eltern (SJ 2015/16)

			Mädchen			Jungen		
	Mädchen N=356	Jungen N=302	Eltern ungelernt N=85	Berufslehre N=122	höhere Ausbildung N=143	Eltern ungelernt N=81	Berufslehre N=113	höhere Ausbildung N=103
Keine	**30%	45%	39%	26%	27%	54%	49%	35%
Asthma	7%	8%	6%	4%	8%	6%	8%	11%
Allergien	24%	25%	14%	21%	*32%	16%	28%	27%
Bauchweh	*8%	2%	9%	7%	7%	3%	1%	4%
Kopfweh	**20%	8%	*24%	25%	14%	9%	6%	10%
Schlaf	*15%	8%	17%	17%	12%	1%	7%	5%
Müdigkeit	20%	12%	15%	24%	19%	10%	15%	12%
Medikamentenein- nahme	10%	9%	5%	11%	13%	5%	5%	15%
≥ 2 Beschwerden	**27%	20%	27%	28%	27%	22%	20%	18%

*p<0.05 ; **p<0.001

In der HBSC Studie³⁰ gaben bei den 13-Jährigen 39% der Mädchen und 23% der Jungen mindestens zwei Beschwerden an. Bei den 15-Jährigen waren es 41% und 22%. Allerdings wurden hier weitere Beschwerden wie Gereiztheit, Nervosität und Schwindel miteinbezogen. Im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern hatten Schweizer Jugendliche aus besser situierten Familien mehr Beschwerden als Jugendliche aus schlechter gestellten Familien. Eindrücklich sind die teilweise sehr grossen Geschlechtsunterschiede. Bei der schriftlichen Befragung der Zürcher Jugendlichen klagten ähnlich viele über Kopfschmerzen (15%) und etwas mehr Jugendliche über Bauchschmerzen (11%)³¹.

³⁰ HBSC-Studie 2013/14, siehe Zitat 21

³¹ Wie q 17; Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich; Schülerbefragung 2012/13

3.2.5. Gesundheitsthemen, welche die Jugendlichen beschäftigen

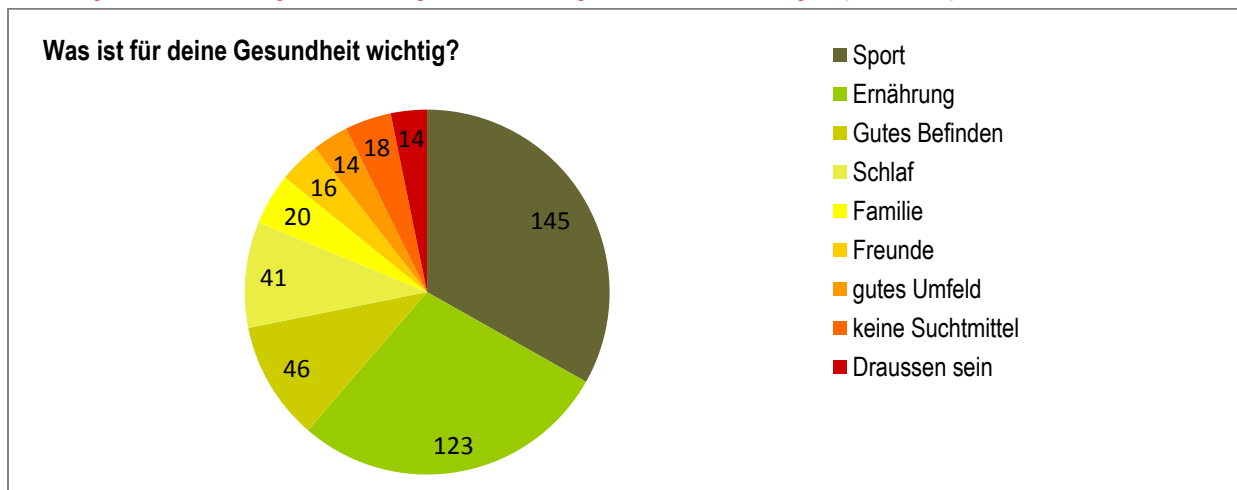
3.2.5.1. Rückmeldungen der Jugendlichen an die schulärztlichen Teams

Die schulärztlichen Teams fragten im Schuljahr 2015/16 die Jugendlichen, was ihnen für ihre Gesundheit wichtig sei, und was sie begeistere und motiviere. Die Antworten wurden entweder in der Klasse entgegengenommen oder anlässlich der schulärztlichen Untersuchungen.

Was ist den Jugendlichen wichtig für ihre Gesundheit?

Sport und Ernährung stehen weitaus an erster Stelle, gefolgt von einem guten Befinden und genügend Schlaf. Die Jugendlichen haben für die Bedeutung von Ernährung und körperlicher Aktivität also ein hohes Bewusstsein.

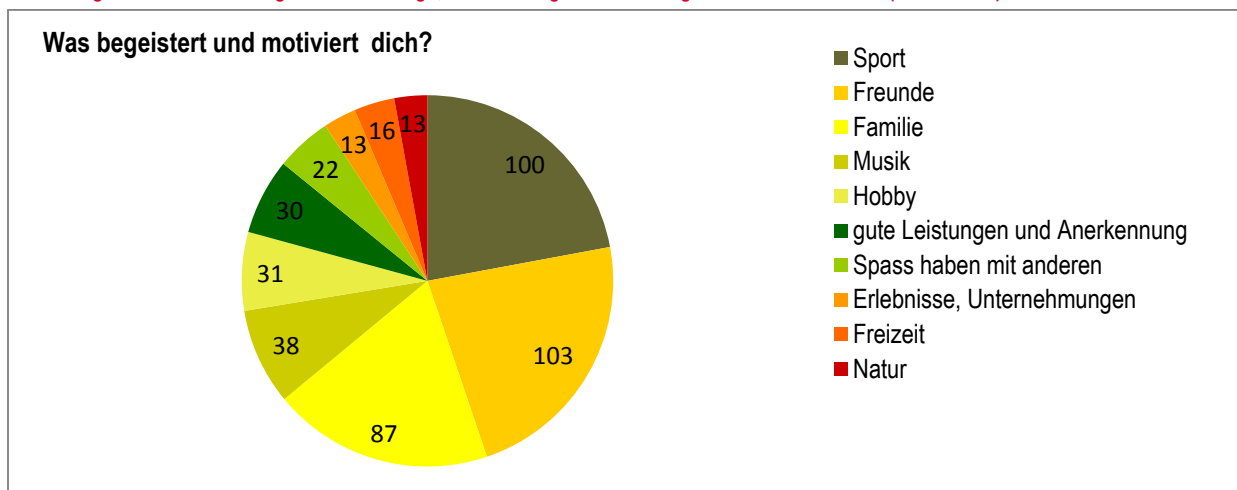
Abbildung 7: Anzahl Nennungen auf die Frage, was für die eigene Gesundheit wichtig ist (SJ 2015/16)



Was begeistert und motiviert die Jugendlichen, was lässt ihr Herz höher schlagen?

Wiederum steht Sport weit oben bei den meisten Nennungen, gemeinsam mit dem Freundeskreis und der Familie.

Abbildung 8: Anzahl Nennungen auf die Frage, was die Jugendlichen begeistert und motiviert (SJ 2015/16)



3.2.5.2. Hinweise aus dem Programm „Du seisch wo düre“

Du seisch wo düre ist ein niederschwellig über die Schule zugängliches Gesundheitsförderungsprogramm, das Jugendliche bei der ressourcenorientierten Lösung eigener, aktueller Lebensfragen unterstützt. Im Rahmen des strukturierten Programms mit drei Einzel- und drei Gruppengesprächen werden die Problemlösefähigkeit, die Selbstständigkeit sowie die Selbstwirksamkeitserfahrung der Teilnehmenden gestärkt. Die positiven Erfahrungen können bei neuen Herausforderungen wieder angewandt werden. Dazu werden z.B. die Arbeitsblätter von den Jugendlichen häufig mit dem Smartphone fotografiert. Lehrpersonen beobachten, dass die Jugendlichen in den Gesprächen mit ausserschulischen Fachpersonen ihre Sozialkompetenz weiterentwickeln (Gesprächsführung, Zuhören, Diskutieren unterschiedlicher Meinungen), dass sie sich vermehrt gegenseitig beim schulischen Lernen unterstützen können, und dass die Arbeit an konkreten Zielen die Umsetzung wichtiger Schritte im Hinblick auf die Zukunftsplanung anstoßen kann.

Wissenschaftliche Evaluationen zeigen, dass das Programm (im Gegensatz zu vielen anderen) besonders Jugendliche aus sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen anspricht, und dass diese auch am meisten profitieren. Es sind die Jugendlichen, die besonders stark unter verschiedenen Benachteiligungen in Bildung und Gesundheit leiden. Die beschränkte Anzahl Programmplätze wird daher nur Jugendlichen aus Realklassen und Klassen zur besonderen Förderung angeboten.

Die Jugendlichen entscheiden selbst, welche Fragestellungen und Probleme sie im Programm aufgreifen wollen, um Lösungsschritte oder persönliche Verhaltensänderungen anzustreben. Die Themenwahl zeigt damit auf, welche Fragen die Jugendlichen besonders beschäftigen. Am häufigsten gewählt wurden in den Schuljahren 13/14 und 14/15 folgende Themen:

- Bildung: Schulleistungen und Übertritt in die Berufslehre bzw. in eine weiterführende Schule (je 35-40% der Jugendlichen)
- Soziale Gesundheit: Beziehungen zu Familie, Kolleginnen und Kollegen, Freundeskreis (je 25-30%) sowie Partnerschaft und Sexualität (8 %)
- Psychische Gesundheit: Stress, fehlendes Selbstbewusstsein, Schlafprobleme (15 %)
- Gesundheitsverhalten: Ernährung oder Umgang mit Handy, PC etc. (ca 10 %)
- Eigenes Verhalten ändern (2 %)
- Veränderung des Konsums von Tabak, Alkohol oder Drogen (2%)

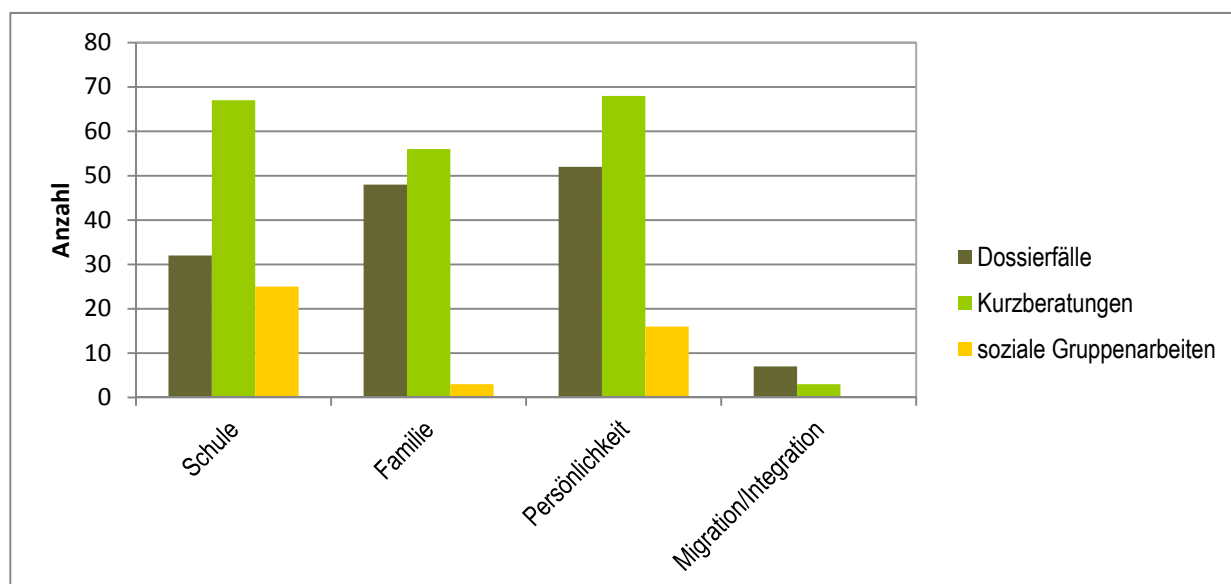


3.2.5.3. Hinweise aus der Schulsozialarbeit

Die Schulsozialarbeit ist ein niederschwelliges Angebot an der Schule für soziale Fragen, Probleme und Krisen. Das Angebot wird in erster Linie von Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen. Eltern oder Betreuungs- und Lehrpersonen können sich ebenfalls an die Schulsozialarbeit wenden.

Im Schuljahr 2014/15 nahmen Schülerinnen und Schüler der 7. bis 9. Klasse die Schulsozialarbeit 377 Mal für Kurzberatungen (Beratung und Triage mit einem Gesamtaufwand unter 3 Stunden), Dossierfälle (i.d.R. komplexe Fälle mit mehreren Beratungen und involvierten Fachstellen) sowie für die Arbeit mit Schülergruppen und Klassen (Prävention und Intervention) in Anspruch. Die Dienstleistungen erfolgten in den übergeordneten Themenbereichen Schule (124), Familie (107), Persönlichkeit (136) und Migration/Integration (10). Bei den Beratungen zu den Problemen in der Familie sowie zu persönlichen Problemen handelt es sich häufig um komplexe Fälle mit Mehrfachproblemen und entsprechend grossem Beratungsaufwand sowie Auswirkungen auf den Schulalltag.

Abbildung 9: Anzahl Fälle Schulsozialarbeit bei Schülerinnen und Schülern der 7. – 9. Klasse (SJ 2014/15)



Hauptgründe für eine Beratung zu schulischen Fragestellungen waren Konflikte/Beziehungen (60%) und Beruf (18%). Die restlichen 21% umfassten etwa zu gleichen Teilen die Themen Lernen, Mobbing und Gewalt in der Schule.

Bei den familiären Fragestellungen gaben Schülerinnen und Schüler folgende Gründe an für die Inanspruchnahme einer Beratung: kritische Ereignisse in der Familie (54%), Erziehung/Beziehung, Betreuung, Familiäre Gewalt/Misshandlung und materielle Defizite je 9%, Ferien/Freizeit 6% sowie Verwahrlosung 3%.

Anmeldegründe bei den persönlichen Problemen waren in 54% der Fälle das Sozialverhalten, bei 45% die Gesundheit und Entwicklung und in zwei Fällen (1%) Suchtverhalten.

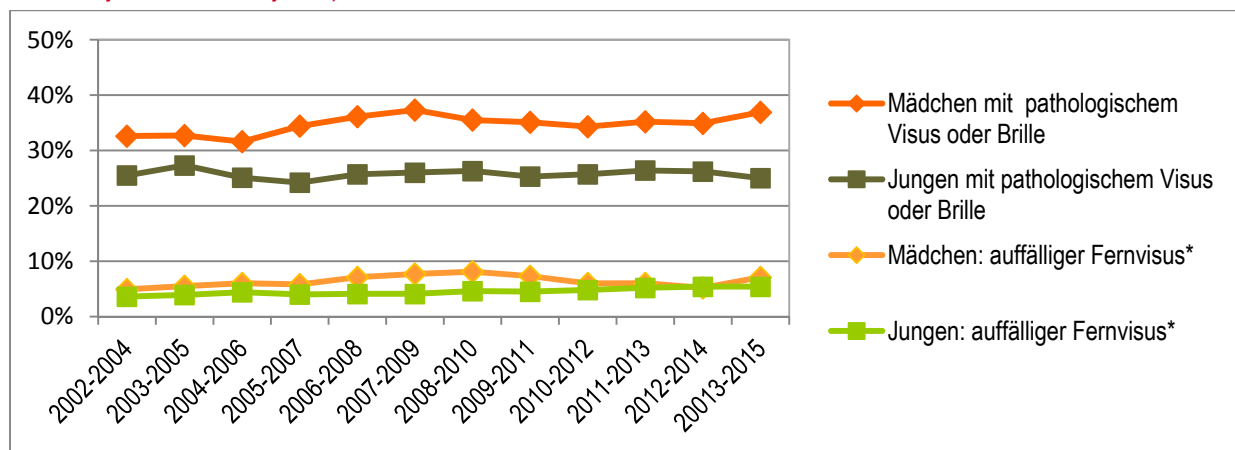
3.3. Befunde aus den schulärztlichen Untersuchungen

3.3.1. Sehen und Hören

In den letzten 3 Schuljahren trugen in der 8. Klasse 25% der Mädchen und 16% der Jungen eine Brille oder Kontaktlinsen, und 9% der Jugendlichen hatten einen pathologischen Visus (ungenügende Sehschärfe). 3% aller Jugendlichen hatten bereits eine augenärztliche Kontrolle geplant, 6% mussten zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen werden.

In letzter Zeit wird eine starke Zunahme der Kurzsichtigkeit (Myopie) in Asien und allgemein in städtischen Gebieten beobachtet. Man spricht gar von einem „Myopie-Boom“. Er wird im Kontext der täglichen Beanspruchung des Nahsehens sowie der mangelnden täglichen Sonnenlichtexposition gesehen^{32 33}. Es interessiert daher auch die Entwicklung in Bern (Abb 10).

Abbildung 10: Anteil untersuchter Jugendlicher mit pathologischem Visus nach Geschlecht und Schuljahr (gleitende Durchschnittswerte von jeweils drei Schuljahren)



*Fernvisus auffällig: Nahvisus beidseits unauffällig (Rodentsock ≥ 0.7), Fernvisus Pflüger ein- oder bds. < 0.8

Pathologischer Visus: Fernvisus Pflüger < 0.8 , Nahvisus Rodentsock < 0.7 oder beides

Jugendliche mit Brille oder Kontaktlinsen tragen diese beim Sehtest (Kontrolle, ob Brille/Linsenkorrektur noch passt).

Jugendliche können kurzsichtig sein, wenn sie bereits eine Brille/Kontaktlinsen tragen oder einen auffälligen Fernvisus zeigen. In den letzten Jahren hatten stets 8-12% mehr Mädchen als Jungen eine Sehkorrektur und/oder einen pathologischen Visus (i.d.R. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit oder Hornhautverkrümmung). Nur bei den Mädchen ist von 2005 bis 2009 eine Zunahme dieses Anteils festzustellen (von 32-33% auf 35-37%). Es scheint in Bern also keinen eigentlichen Myopie-„Boom“³⁴ zu geben, aber der Geschlechtsunterschied könnte darauf hinweisen, dass seltenere Freizeitaktivitäten der Mädchen draussen an der Sonne sich hier auswirken.

Jeweils zwischen 0.7% und 1.2% der Jugendlichen hatten in den letzten Schuljahren im Hörtest mehr als 30dB Hörverlust. Feinere Verluste (mehr als 20dB) in den hohen Frequenzen (2000 Hz, 4000 Hz, 6000 Hz), welche einen Hinweis auf eine Lärmschädigung sein können, hatten 3% der Jugendlichen im Schuljahr 2015/16.

³² Rudnicka, A., Kapetanakis, V., Wathern, K. et al. Global variations and time trends in the prevalence of childhood myopia, a systematic review and quantitative meta-analysis: implications for aetiology and early prevention, Br J Ophthalmol 2016;0:1–9 (Online verfügbar)

³³ Holden B.A., Fricke T.R., Wilson D.A. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. Ophthalmology. 2016;123:1036-42.

³⁴ Majo, F. „Myopie-Boom“ in den industrialisierten Ländern. Paediatrica, 2015; Nr. 5, 18-22

In einer Studie des Gesundheitsamts Baden-Württemberg hatten bei den 10- bis 15-Jährigen bereits 13% der Jugendlichen einen Hörverlust von >20dB. Allerdings wurden hier alle Frequenzen berücksichtigt, was auch erkältungsbedingte Hörverluste mit einbezieht (entsprechende Anteile Jugendlicher in Bern 10-16% in den letzten drei Schuljahren). Ähnlich wie in Bern hatten 1.4% der Schüler einen Hörverlust von >30dB³⁵. Der Schutz des Gehörs vor zu intensiver Lautstärke und Lärmexposition bleibt ein wichtiges Präventionsthema; dies vor allem auch im Hinblick auf künftige Konzert- und Discobesuche.



3.3.2. *Body Mass Index – Übergewicht und Untergewicht*

Der schulärztliche Dienst der Stadt Bern beteiligt sich mit den Städten Basel und Zürich seit zehn Jahren am BMI-Monitoring von Gesundheitsförderung Schweiz. Die nachfolgenden Resultate stammen aus den Berichten von Gesundheitsförderung Schweiz³⁶. Berechnet wird der *Body Mass Index BMI = Gewicht (kg)/Länge(m)²*. Der BMI wird anhand der geschlechts- und altersspezifischen Grenzwerte nach Cole³⁷ anschliessend den Kategorien Norm-, Unter-, Übergewicht und Adipositas zugeordnet. Diese Grenzwerte entsprechen den Grenzwerten für Erwachsene (BMI >25 für Übergewicht; BMI > 30 für Fettleibigkeit/Adipositas).

Während Mädchen und Jungen ungefähr gleich häufig übergewichtig oder adipös waren, variiert die Häufigkeit bezüglich Bildungsstand der Eltern um einen Faktor 3. Diese Ungleichheit zwischen den Sozialschichten, welche die Betroffenen gesundheitlich benachteiligt und sie auch im Sozial- und Berufsleben ausgrenzen kann, hat vielseitige Ursachen: Kinder sozio-ökonomisch benachteiligter Mütter haben ein höheres Risiko mit einem zu hohen oder tiefen Geburtsgewicht auf die Welt zu kommen, und sie werden häufiger nicht oder nur kurz gestillt. Aufgrund enger finanzieller Verhältnisse ist die Auswahl an Nahrungsmitteln oft wenig abwechslungsreich und die Kinder gewöhnen sich weniger an verschiedene Geschmacksrichtungen (z.B. von Gemüse), dafür umso mehr an zu süsse und zu fettige Lebensmittel. In engen Wohnungen ist der Fernseher ein platzsparender Zeitvertrieb, und oft ist es in benachteiligten Wohnlagen schlechter möglich draussen zu spielen. Später können Mitgliederbeiträge eine Beteiligung in Sportvereinen erschweren. Der chronische Stress im Kontext von Armut verändert zudem den Stoffwechsel³⁸.

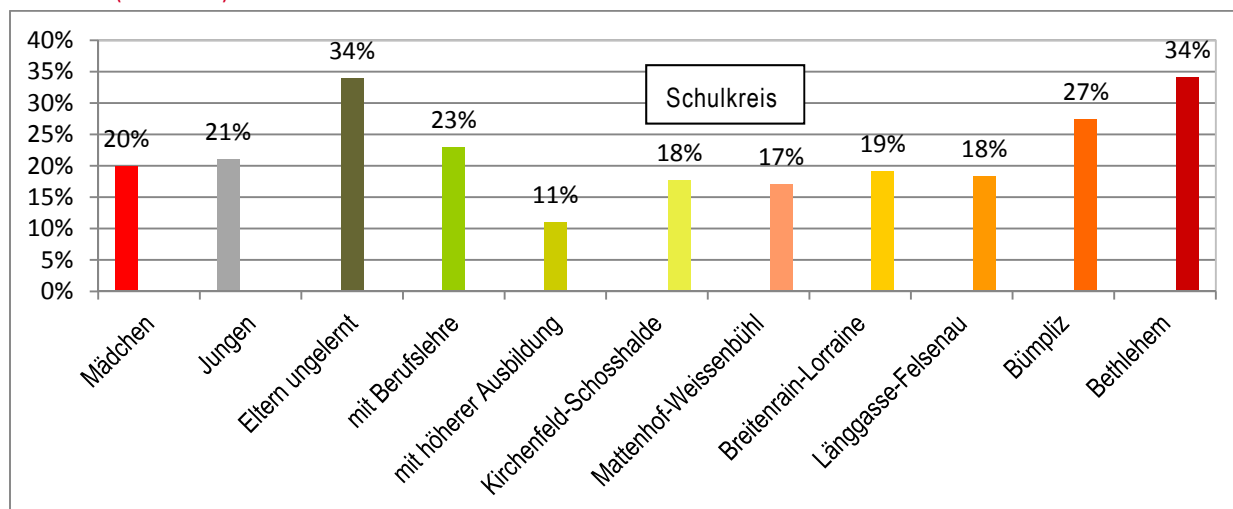
³⁵ Jovanovic, S. Risiko Freizeidlärm: Untersuchungen zu lärmbedingtem Hörverlust bei Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg (Kongressbeitrag) Gesundheitswesen; 2016.

³⁶ Stamm, H.P., Ceschi, M., Guggenbühl, L., Lamprecht, M. et al. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich, Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2014/2015; Faktenblatt, Bern, Gesundheitsförderung Schweiz 2016

³⁷ Cole, T.J. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1240-3.

³⁸ Loring, B., Robertson, A. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2014

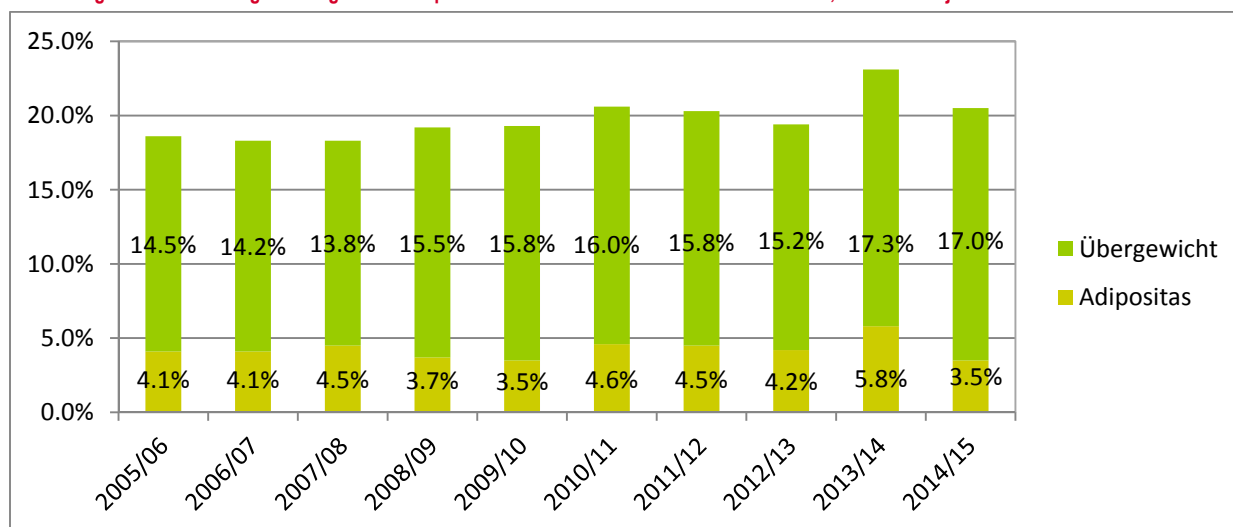
Abbildung 11: Anteil untersuchter Jugendlicher mit Übergewicht oder Adipositas nach Geschlecht, Ausbildung der Eltern und Schulkreis (SJ 2014/15)



Quelle: Stamm, H. et al. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich.

Die Entwicklung des Anteils übergewichtiger und fettleibiger/adipöser Jugendlicher in den letzten zehn Jahren zeigt einen zunehmenden Trend. Während in den drei Städten auf der Kindergartenstufe seit vier Jahren erstmals wieder ein abnehmender Trend des Anteils übergewichtiger Kinder beobachtet werden kann, ist das auf der Sekundarstufe I (noch) nicht der Fall. Der gesamte Anteil übergewichtiger oder adipöser Jugendlicher in den drei Städten lag im Schuljahr 2014/15 bei 17.4% und 6.0% ähnlich hoch resp. leicht höher als in Bern.

Abbildung 12: Anteil übergewichtiger und adipöser 8. Klass- Schülerinnen und -Schüler, nach Schuljahr



Quelle: Stamm, H. et al. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich.

Ein *leichtes Untergewicht* (Grad 1) von 6% der 8.Klässler (M.=J.) stellt kein gesundheitliches Risiko dar. Bei **Untergewicht Grad 2** (entsprechend BMI <17 bei Erwachsenen) muss weiter abgeklärt werden. Im Schuljahr 2014/15 betraf dies 2.0% der Mädchen und 1.4% der Jungen.

3.3.3. Erhöhter Blutdruck

In der 8. Klasse wird auch allen Jugendlichen der Blutdruck gemessen. Werte von >135mmHg systolisch und >90mmHg diastolisch werden kontrolliert und führen nach Bestätigung des erhöhten Wertes in der Nachkontrolle zu einer Hausarztüberweisung. In den letzten 3 Schuljahren wurden 1-1.6% der Untersuchten wegen eines erhöhten Blutdruckwertes überwiesen.

3.3.4. Impfstatus

In der Schweiz³⁹ werden die Impfziele gemäss der zur Herdenimmunität⁴⁰ nötigen Durchimpfung festgelegt. Herdenimmunität heisst, es sind genügend Personen einer Bevölkerung geimpft oder immun, um weitere Krankheitsausbrüche zu verhindern. So sind auch Individuen geschützt, die aus verschiedenen Gründen nicht geimpft werden können (z.B. junge Säuglinge). Bei der schulärztlichen Untersuchung wird der Impfausweis kontrolliert. Nötige Impfungen werden empfohlen und können bei Wunsch und Einverständnis der Eltern und Jugendlichen direkt verabreicht werden. Zur Beurteilung des Impfschutzes sind die Anzahl erhaltener Impfdosen und das Impfalter zu berücksichtigen: So können für einen ausreichenden Impfschutz gegen Hepatitis B zwei bis vier Impfungen nötig sein. Die in Tabelle 5 dargestellten Durchimpfungsraten sind dennoch eine gute Annäherung an den Anteil Schülerinnen und Schüler mit genügendem Impfschutz.

Tabelle 5: Erforderliche Durchimpfungsraten für eine Herdenimmunität, Durchimpfungsraten der untersuchten 8. Klass-Jugendlichen und Anteil schulärztlich geimpfter Jugendlicher (SJ 2015/16)

Erkrankung	Durchimpfungsrate für Herdenimmunität	Durchimpfungsrate nach schulärztlicher Untersuchung	Anteil Jugendliche im Gesundheitsdienst geimpft
Tetanus/Starrkrampf	(keine Herdenimmunität)*	90% (≥5 Dosen)	27%
Kinderlähmung	80-85%	87% (≥5 Dosen)	6%
Keuchhusten	92-95%	84% (≥5 Dosen)	27%
Masern	>95%	94% (≥2 Dosen)	3%
Mumps	90-92%	91% (≥2 Dosen)	3%
Röteln	85-87%	91% (≥2 Dosen)	3%
Hepatitis B	70%	78% (≥2 Dosen)	45%
HPV ⁴¹ (Humanes Papilloma Virus)	80% (bisher nur für Mädchen)	52% (≥2 Dosen)	49%

* wird nicht von Mensch zu Mensch übertragen

Die untersuchten Jugendlichen der 8. Klasse wiesen, ausser bei Masern und Keuchhusten, überall die für eine Herdenimmunität geforderte Durchimpfung auf. Bei Masern fehlt wenig, jedoch sollte die 95% Durchimpfung bereits im Vorschulalter erreicht werden, damit die Masernzirkulation unterbrochen wird. Vergleicht man die Durchimpfungsraten der Stadt Bern mit den gesamtschweizerischen Durchimpfungsraten, so sind sie bei Tetanus, Polio, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B sehr ähnlich, bei der HPV-Impfung liegen sie unter dem nationalen Durchschnitt von 66%. Auch in der Stadt Bern leisten die Impfungen durch den schulärztlichen Dienst einen wesentlichen Beitrag zu einer guten Durchimpfung der Kinder und Jugendlichen⁴².

³⁹ Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Kommission für Impffragen. Allgemeine Empfehlungen zu Impfungen. BAG 2003, Supplementum XVI zum blauen Ordner Infektionskrankheiten

⁴⁰ Anderson R.M., May R.M. Immunisation and herd immunity. Lancet 1990; 335: 641–5).

⁴¹ Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Übertragbare Krankheiten. HPV-Impfung: ergänzende Impfempfehlung für Jungen und Männer im Alter von 11 bis 26 Jahren. BAG Bulletin 2015; 10: 141-149

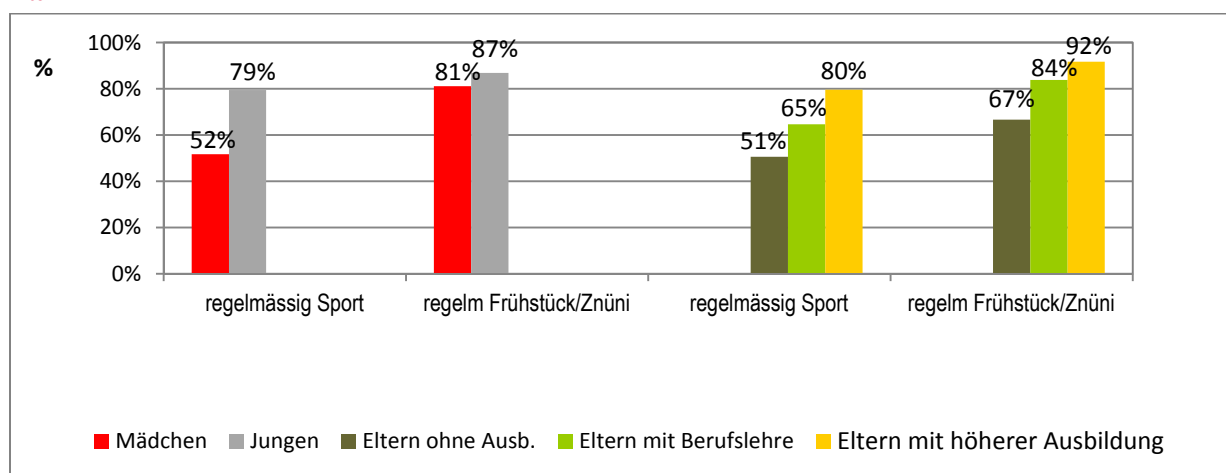
⁴² Bundesamt für Gesundheit. Hepatitis-B-Impfung von Adoleszenten in der Schweiz: Grosser Einfluss auf die Krankheitsinzidenz in dieser Altersgruppe. Bull BAG 2004; 49: 923–931

3.4. Gewohnheiten, Lebensstil

3.4.1. Sport und Ernährung

Ernährung und körperliche Aktivität haben einen grossen Einfluss auf die Gesundheit. In der Adoleszenz entwickeln sich gesundheitsrelevante Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, die oft weit ins Erwachsenenalter beibehalten werden. Regelmässige körperliche Aktivität verbessert das psychische Befinden und trägt zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten, Darm- und Brustkrebs, Osteoporose etc. bei⁴³. Das Frühstück ist eine für die Gesundheit sowie die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit besonders wichtige Mahlzeit. Nach den langen Fastenstunden über Nacht gerät der Körper ohne Frühstück/Znüni leicht in eine Unterzuckerung. Für Jugendliche, die nach dem Aufstehen nicht gleich essen mögen, ist ein Znüni eine gute Alternative dazu. Quer- und Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass ein regelmässiges Frühstück vor Übergewicht schützen kann^{44 45}. Im Schuljahr 2013/14 wurden die Jugendlichen daher nach der regelmässigen Einnahme von Frühstück oder Znüni gefragt. In der schulärztlichen Untersuchung wird jeweils erfasst, welcher Anteil der Jugendlichen regelmässig (d.h. ganzjährig mindestens 1x/Woche) ausserhalb der Schule Sport treiben.

Abbildung 13: Anteil untersuchter Jugendlicher, die mindestens 1x/Woche Sport trieben (SJ 2014/15 und 2015/16; N=1425) und Anteil Jugendlicher, die regelmässig ein Frühstück oder Znüni nahmen (SJ 2013/14; N=765), nach Geschlecht und Ausbildung der Eltern



P<0.05: Frühstück Mädchen vs. Jungen

P<0.001: Sport Mädchen vs. Jungen; regelmässig Sport und regelmässig Frühstück/Znüni zwischen den Ausbildungskategorien der Eltern (Ungelernte vs. Berufslehre und Berufslehre vs. höhere Ausbildung)

Für beide Gewohnheiten zeigt sich ein ausgeprägter Unterschied nach Bildungsstand der Eltern (Abb. 13). Der Anteil Jugendlicher, die in den Schuljahren 2014/2015 und 2015/16 regelmässig sportlich aktiv waren, variierte zudem stark nach Schulkreis. Im Schulkreis Kirchenfeld-Schosshalde war der Anteil fast doppelt so hoch wie im Schulkreis Bethlehem (Tab. 6).

⁴³ Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung, Suva, Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz. Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: BASPO 2013.

⁴⁴ Schweizerische Gesellschaft für Ernährung. Ernährung von Jugendlichen. Merkblatt zur Ernährung von Jugendlichen 2011. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/c-bevoelkerung/2-empfehlungen/1-ernaehrung-bewegung/5-jugendliche-13-bis-16/Ernaehrung_von_Jugendlichen.pdf

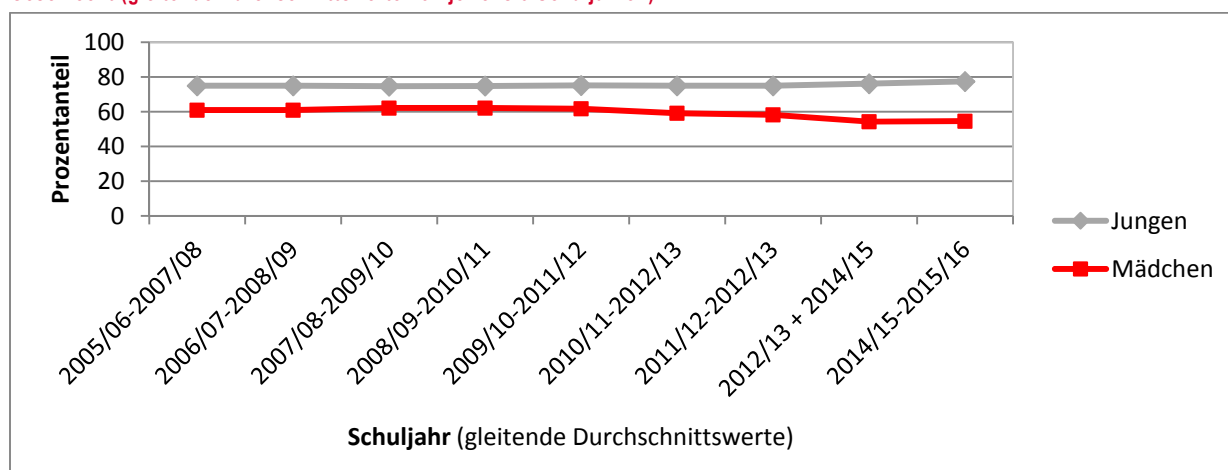
⁴⁵ HBSC-Studie 2013/14, siehe Zitat 21

Tabelle 6: Anteil untersuchter Jugendlicher, die $\geq 1x$ pro Woche sportlich aktiv waren, nach Schulkreis (SJ 2014/15 – 2015/16; N=1425)

Schulkreis	Anteil	Schulkreis	Anteil
Kirchenfeld-Schosshalde	84%	Länggasse-Felsenau	81%
Mattenhof-Weissenbühl	63%	Bümpliz	59%
Breitenrain-Lorraine	69%	Bethlehem	44%

Ein wesentlich geringerer Anteil Mädchen als Jungen trieben mindestens einmal pro Woche Sport, und ihr Anteil nahm über die letzten 10 Jahre ab, von 61% auf 55%, während er bei den Jungen seit den Schuljahren 2011/12 – 2012/13 leicht von 75% auf 77% zunahm (Abb. 14).

Abbildung 14: Anteil untersuchter Jugendlicher, die regelmässig (mindestens 1x/Woche) ausserhalb der Schule Sport trieben, nach Geschlecht (gleitende Durchschnittswerte von jeweils 3 Schuljahren)



Die HBSC-Studie⁴⁶ fragte nach mindestens zwei Stunden intensiver körperlicher Aktivität pro Woche ausserhalb der Schule: Bei den 13-jährigen Schweizer Schülern gaben dies 84% der Jungen und 62% der Mädchen, bei den 15-Jährigen 76% der Jungen und 60% der Mädchen an. Bei den Jugendlichen der 8. Klasse der Stadt Bern waren also deutlich weniger Mädchen (52%) regelmässig aktiv. In der Befragung von Jugendlichen der 8. Klasse in der der Stadt Zürich gaben 80% der Mädchen und 93% der Jungen an, ausserhalb der Schule Sport zu treiben. 70% der Jungen und 49% der Mädchen waren Mitglied eines Sportvereins⁴⁷.

Bezüglich Einnahme von Frühstück oder Znüni sind die Daten der erwähnten Studien nicht direkt vergleichbar, weil sie das Frühstück gesondert abfragten. In der HBSC-Studie gaben bei den 13-Jährigen 54% (M.) und 66% (J.) ein regelmässiges Frühstück an, bei den 15-Jährigen 52% und 56%. In Zürich nahmen 78% der 8.Klass-Schüler ein Frühstück ein; 67% ein Znüni⁴⁸.

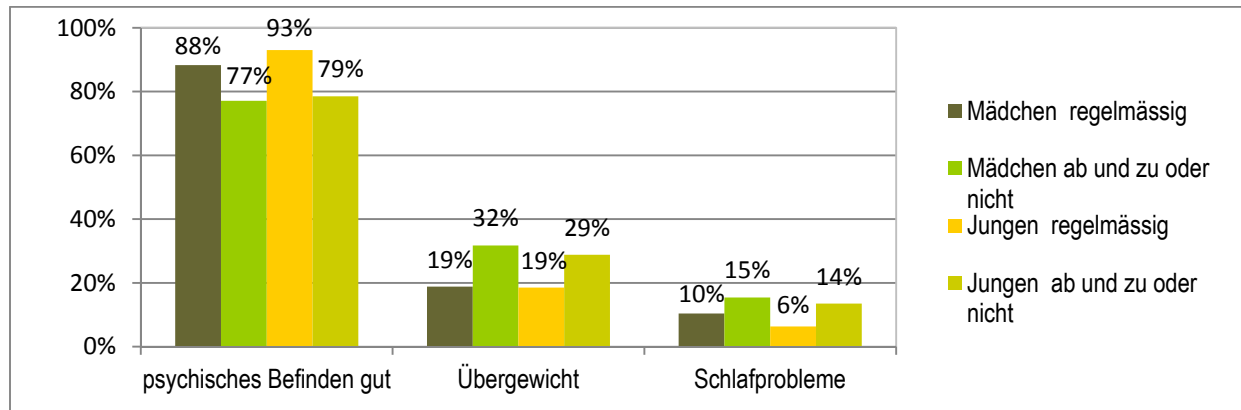
Die aus vielen wissenschaftlichen Studien bekannten **positiven Wirkungen von regelmässigem Sport** auf die Gesundheit bestätigen sich auch bei den Berner 8.Klass-Jugendlichen (Abbildung 15). Regelmässig sportlich aktive Schülerinnen und Schüler zeigten öfter ein gutes psychisches Befinden, seltener Übergewicht und seltener Schlafprobleme.

⁴⁶ Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Studie 2013/14, siehe Zitat 21

⁴⁷ Schulgesundheitsdienste Stadt Zürich; Schülerbefragung 2012/13, siehe Zitat 23

⁴⁸ Wie Zitate 21 und 23

Abbildung 15: Anteil untersuchter Jugendlicher mit verschiedenen gesundheitlichen Befunden, nach Regelmässigkeit der sportlichen Aktivität und Geschlecht (Schuljahre 2014/15 und 2015/2016; N=1425)



P<0.05 Übergewicht beide Geschlechter, Schlafprobleme Jungen;
 p<0.001 psychisches Befinden beide Geschlechter

Im Schuljahr 2013/2014 wurden die Jugendlichen in der schulärztlichen Untersuchung nicht zu ihren sportlichen Aktivitäten gefragt, sondern dazu, wie sie ihren **Schulweg** zurücklegen (Tab.7). Es konnte mehr als eine regelmässig genutzte Option genannt werden, da je nach Wetter oder Jahreszeit der Schulweg evt. mit unterschiedlichen Fortbewegungsmitteln zurückgelegt wird.

Tabelle 7: Anteil untersuchter Jugendlicher, die den Schulweg unterschiedlich zurücklegen, nach Geschlecht und Schulkreis (SJ 2013/14; N=765; 367 Mädchen, 395 Jungen)

	Zu Fuss		Mit dem Velo		Mit dem ÖV	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Kirchenfeld-Schosshalde	66%	47%	46%	43%	26%	26%
Mattenhof-Weissenbühl	63%	51%	37%	40%	16%	25%
Breitenrain Lorraine	72%	72%	29%	30%	17%	13%
Länggasse-Felsenau	59%	32%	24%	39%	33%	35%
Bümpliz	88%	70%	10%	33%	8%	13%
Bethlehem	84%	80%	5%	13%	20%	20%

Mit dem Velo fuhren 39% der Jugendlichen aus Familien mit höherem elterlichem Bildungsstand, während nur 13% Jugendliche ungelernerter Eltern das Velo für den Schulweg nutzten. Besonders wenige Jugendliche fuhren im Schulkreis Bethlehem mit dem Velo zur Schule.

3.4.2. Schlaf

Für die meisten Jugendlichen ist eine mittlere Schlafdauer von neun Stunden pro Nacht optimal. Das zeigen Studien, bei denen Jugendliche nach Lust und Laune schlafen konnten. Bei Jugendlichen mit durchschnittlich weniger als acht Stunden Schlaf besteht ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen wie schlechtere Befindlichkeit (körperlich und psychisch), erhöhtes Risiko für Unfälle⁴⁹ und für Übergewicht⁵⁰. Eine besondere Herausforderung in der Adoleszenz ist die Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus um ca. zwei Stunden nach hinten. Mit Einsetzen der Pubertät verschiebt sich die Ausschüttung des schlaffördernden Hormons Melato-

⁴⁹ Wolfson, A., Carskadon, M. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. Child Devel. 1998;69:875-887.

⁵⁰ Leproult, R., Van Cauter, E. Role of sleep and sleep loss in hormonal release and metabolism. Endocr Dev. 2010;17:11-21.

nin⁵¹. Die meisten Jugendlichen können daher aus biologischen Gründen erst später am Abend einschlafen.

In den letzten drei Jahren wurden die Jugendlichen bei der schulärztlichen Untersuchung danach gefragt, wann sie in der Woche durchschnittlich das Licht löschen und wann sie an den meisten Tagen aufstehen müssen. Daraus wurde die Schlafdauer errechnet.

Tabelle 8: Anteil Jugendliche mit unterschiedlicher durchschnittlicher Schlafdauer, nach Geschlecht und Ausbildung der Eltern (Schuljahre 2014/15-2015/16; N=1425)

Schlafdauer	Mädchen	Jungen	Eltern ungelernt	mit Berufslehre	mit höherer Ausbildung
<8 Stunden	29%	26%	30%	28%	24%
≥8 und <9 Stunden	47%	50%	46%	49%	49%
> 9 Stunden	24%	25%	24%	23%	27%

Von den untersuchten schliefen rund ¼ der Jugendlichen in der Woche durchschnittlich weniger als acht Stunden; knapp die Hälfte acht bis neun Stunden und nur ¼ der Jugendlichen schliefen durchschnittlich mindestens neun Stunden (Tabelle 8). Jugendliche mit weniger als acht Stunden Schlaf zeigten auch in Bern deutlich öfter **assoziierte gesundheitliche Probleme** (Tabelle 9).

Tabelle 9: Anteil Jugendliche mit verschiedenen schlaf-assoziierten Problemen, nach durchschnittlicher Schlafdauer (Schuljahre 2014/15-2015/16; N=1425)

Schlafdauer	<8 Std.	≥8h u. <9 Std	≥ 9 Std.
Schlafprobleme	**19%	7%	5%
Müdigkeit	*19%	12%	12%
Kopfschmerzen	14%	12%	+8%
Psych Befinden mässig - schlecht	**19%	10%	8%
Regelmässig Medikamenteneinnahme	8%	7%	6%

Vergleich Jugendliche mit 8 Std. Schlaf vs. Jugendliche mit ≥8 u. <9 Std. Schlaf: *p<0.05; **p<0.001

Vergleich Jugendliche mit < 8 Std. Schlaf vs. Jugendliche mit ≥ 9 Std Schlaf + p<0.05

Durch die Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus, ist es für viele Jugendliche schwieriger, sich an den frühen Schulbeginn anzupassen und rechtzeitig zu schlafen. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde an verschiedenen Schulen im In- und Ausland der **morgentliche Schulbeginn** später angesetzt. Die wissenschaftliche Begleitung dieser Projekte kommt durchwegs zu positiven Ergebnissen. Die Jugendlichen schliefen tatsächlich länger und gingen nicht, wie oft befürchtet, einfach noch später zu Bett. Zudem fühlten sich die Jugendlichen wesentlich besser und zeigten seltener depressive Verstimmungen^{52 53}. Trotz gewisser Anpassungen im Tagesablauf bewerteten auch Eltern und Lehrpersonen den späteren Schulbeginn positiv. Sie schätzten das Zusammenleben mit den weniger müden (und gereizten) Jugendlichen und die erhöhte Aufmerksamkeit ab der ersten Stunde. Zu positiven Ergebnissen kam auch eine Studie aus Basel, wo ein 20 Minuten späterer Schulbeginn zu durchschnittlich 15 Minuten zusätzlichem Schlaf bei den Ju-

⁵¹ Crowley, S., Acebo, C., Carskadon, M. Sleep, circadian rhythms and delayed phase in adolescence. Sleep Medicine 2007; 8:602-612

⁵² Wahlstrom, K. Changing times: Findings from the first longitudinal study of later High School start times. NASSP Bulletin 2002; 86:3-21. <http://www.cehd.umn.edu/carei/publications/documents/Bulletin200212Wahlstrom.pdf>

⁵³ Boergers, J., Gable, C.J., Owens, J.A. Later school start time is associated with improved sleep and daytime functioning in adolescents. J Dev Behav Pediatr. 2014 Jan;35(1):11-17.

gendlichen führte und eine positivere Befindlichkeit zur Folge hatte⁵⁴. Mit mehr Schlaf gibt es auch einen Trend zu leicht besseren Schulleistungen⁵⁵. Die Amerikanische Kinderärztesgesellschaft ruft aufgrund all dieser Erkenntnisse die Schulen auf, die Schulanfangszeiten so zu bestimmen, dass die Schüler eine optimale Schlafdauer (8.5-9.5h) erreichen und ihre physische und psychische Gesundheit verbessern können⁵⁶. In der Stadt Bern hat der Sekundarstufe I-Standort Munzinger im Schuljahr 2014/15 den Schulbeginn nach hinten verlegt (Startphase ab 8:00, Unterrichtsbeginn und späteste Ankunftszeit 8:30). Der Vergleich dieses Standorts mit den übrigen Volksschulstandorten scheint auch für Bern zu bestätigen, dass ein späterer Schulbeginn die Jugendlichen mehr schlafen lässt (Tab. 10).

Tabelle 10: Anteil Jugendlicher mit unterschiedlicher Schlafdauer; Vergleich des Schulstandorts Munzinger und der übrigen Sekundarstufen I (ohne Privatschulen) Schuljahre 2014/15-2015/16

	Standort Munzinger SJ 2014/15-2015/16 (N=124)	andere Schulstandorte SJ 2014/15-2015/16 (N=1091)
Schlafdauer <8h	10%	**34%
Schlafdauer ≥8h und <9h	43%	47%
Schlafdauer >9h	48%	19%

**p<0.001

3.4.3. Suchtmittelkonsum

Die Adoleszenz ist eine Lebensphase, in der Jugendliche vieles ausprobieren wollen und müssen, was sie als Teil des Erwachsenseins betrachten. Dazu gehört in gewissem Mass auch der Konsum von Suchtmitteln. Allerdings neigen Jugendliche aufgrund ihrer Hirnentwicklung dazu, die Grenze zur eigenen Gefährdung nicht immer zu sehen (bspw. beim Rauschtrinken). Das Gehirn ist besonders verletzlich gegenüber der Einwirkung von Suchtmitteln: So entwickeln Jugendliche sehr schnell eine sehr starke Abhängigkeit von Nikotin⁵⁷, was einen späteren Rauchstopp erschwert. Es gibt zudem Hinweise dafür, dass Alkoholkonsum in der Adoleszenz die Hirnentwicklung und Hirnfunktionen negativ beeinflusst⁵⁸, und dass Cannabis einen toxischen Effekt auf das sich entwickelnde Gehirn in der Adoleszenz hat⁵⁹.

Im Fragebogen, den die Jugendlichen als Vorbereitung und Grundlage für das schulärztliche Gespräch ausfüllen, sind Fragen zum Suchtmittelkonsum enthalten. Die Schulärztinnen und Schulärzte greifen zudem das Thema aktiv auf. Statistisch erfasst wird nur ein Konsum, der über das Experimentieren hinaus geht (Abbildung 16). Gelegentlicher (Experimentier-)Konsum wird mit den Jugendlichen besprochen, jedoch nicht statistisch erfasst.

⁵⁴ Perkinson-Gloor, N., Lemola, S., Grob, A. Sleep duration, positive attitude toward life, and academic achievement: the role of daytime tiredness, behavioral persistence, and school start times. *J Adolescence* 2013;36:311-318.

⁵⁵ Steck, A. Schlaf und seine Bedeutung für die schulische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. Bachelorarbeit. Institut für Psychologie der Universität Bern, 2016

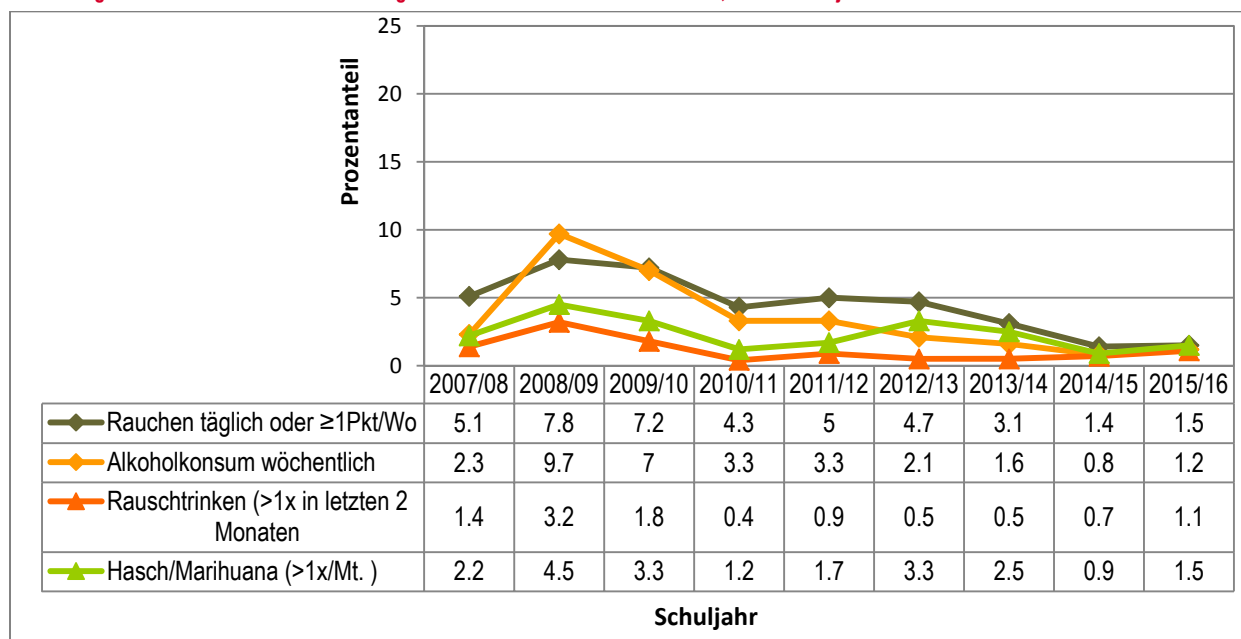
⁵⁶ American Acad. of Pediatrics. Policy Statement: School Start Times for Adolescents. *Pediatrics* 2014;134:642-649.

⁵⁷ Doubeni C.A., Reed, G., Difranza J.R. Early course of nicotine dependence in adolescent smokers. *Pediatrics*. 2010;125(6):1127-1133.

⁵⁸ Squeglia, L.M., Jacobus, J., Tapert, S.F. The effect of alcohol use on human adolescent brain structures and systems. *Handb Clin Neurol*. 2014 ; 125: 501-510.

⁵⁹ Meier, H., Caspi, A., Ambler, A. et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *PNAS* 2012, <http://www.pnas.org/content/109/40/E2657.full.pdf>

Abbildung 16: Anteil der untersuchten Jugendlichen mit Suchtmittelkonsum, nach Schuljahr



Beim Suchtmittelkonsum gibt es Vergleichsmöglichkeiten zu den schweizerischen Daten der HBSC-Studie 2013/14⁶⁰. Zu beachten ist, dass die Berner Jugendlichen der 8. Klasse altersmässig zwischen den in der HBSC-Studie befragten Gruppen der 13- und 15-Jährigen liegen. Die 15-Jährigen HBSC-Befragten sind auch bereits in der 9. Klasse, was für Einflussfaktoren wie verfügbares Taschengeld, Ausgehradius u.a.m. einen Einfluss haben kann. Zudem werden die HBSC-Daten schriftlich und anonym erfragt, während die Berner Daten aus dem schulärztlichen Gespräch resultieren. In der HBSC-Studie gaben 1% der 13-Jährigen und 6% der 15-Jährigen an, täglich zu rauchen. Über einen wöchentlichen Alkoholkonsum berichteten insgesamt 3% der 13-Jährigen und 6% (Mädchen) resp. 11% (Jungen) der 15-Jährigen. Schon >1x im Leben betrunken waren 3% der 13-Jährigen und 11% (M.) resp. 16% (J.) der 15-Jährigen Befragten. In den letzten 30 Tagen einmal Cannabis konsumiert hatten 9% (M.) und 15% (J.) der 15-Jährigen. Auch die HBSC-Befragungen beobachten einen abnehmenden Trend des Suchtmittelkonsums⁶¹. Zusammenfassend liegen die Angaben der Berner Jugendlichen bezüglich Suchtmittelkonsum im Bereich der 13-Jährigen der HBSC-Studie, was vermutlich einer leichten Unterschätzung des Konsums entspricht. Jedoch ist zu erwarten, dass die Konsumhäufigkeit bei den Jugendlichen der 8. Klasse tatsächlich noch tiefer liegt als bei den 15-jährigen HBSC-Befragten.

⁶⁰ Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Studie 2013/14, siehe Zitat 21

⁶¹ Marmet, S, Archimi, A, Windlin, B, Delagrande Jordan, M. Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986. Sucht Schweiz, Lausanne 2015; Forschungsbericht Nr. 75. http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rapport-Substanzgebrauch-HBSC-2014.pdf

3.4.4. Umgang mit digitalen Medien

Digitale Medien gehören zu unserem Alltag. Sie eröffnen viele Möglichkeiten und der kompetente Umgang mit diesen Medien wird als vierte Kulturtechnik bezeichnet⁶². Die Jugendlichen sind als „digital natives“ selbstverständlich mit diesen Medien aufgewachsen. Laut JAMES-Studie, die alle zwei Jahre Jugendliche zur Mediennutzung befragt, besaßen 2014 98% der Jugendlichen ein Handy, 76% einen Computer und 29% ein Tablet⁶³. In der schulärztlichen Untersuchung wird der durchschnittliche Medienkonsum erhoben (Tab. 11). Auch hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied nach Bildungsstand der Eltern.

Tabelle 11: Anteil Jugendliche, die angaben, digitale Medien mehr als 25 Stunden pro Woche zu nutzen, nach Geschlecht und Ausbildung der Eltern (SJ 2014/15 – 2015/16)

Mädchen (N=703)	Jungen (N=722)	Eltern ungelernt (N=336)	mit Berufslehre (N=532)	Eltern mit höherer Ausbildung (N=532)
12%	14%	19%	15%	**7%

**p<0.001 (Jugendliche mit höher ausgebildeten Eltern vs. Jugendliche mit Eltern mit Berufslehre)

Jugendliche mit > 25 Stunden Medienkonsum pro Woche nutzten die elektronischen Medien häufiger auch im Bett als Jugendliche mit weniger Medienkonsum (67% vs. 51%; p<0.001).

Tabelle 12: Anteil Jugendliche mit verschiedenen Gesundheitsproblemen, nach Ausmass ihres digitalen Medienkonsums (SJ 2014/15 – 2015/16; N=1425)

Digitaler Medienkonsum	≥25 Std.	<25 Std.
Schlafprobleme	**19%	9%
Schlafdauer (Std.:Min.)	**07:51	08:14
Müdigkeit	**22%	14%
Probleme mit Schulleistungen	**25%	10%
Regelmässiges Sporttreiben	**45%	69%
Mässiges bis schlechtes psychisches Befinden	**21%	12%
Häufig belastender Stress	*11%	8%

*p=0.05; **p<0.001

Ein hoher Medienkonsum wirkt sich über verschiedene Mechanismen auf den Schlaf aus: Der Medienkonsum tritt anstelle von Schlafzeit, aufregende oder belastende Inhalte führend zu erhöhter Wachheit oder der hohe Blaulichtanteil der Bildschirme verzögert die Melatonin-Ausschüttung. Die Nutzung des Smart-Phones als Wecker verkürzt durch Signale eingehender Chats oder SMS zusätzlich die Schlafzeit⁶⁴. Diese Auswirkungen bestätigten sich bei den untersuchten Jugendlichen, welche die Medien mehr als 25 Stunden pro Woche nutzten (Tabelle 12). Allerdings ist immer zu beachten, dass die Probleme *gleichzeitig* erfasst werden, und eine Unterscheidung zwischen Ursache und Wirkung nicht möglich ist. So ist denkbar, dass Jugendliche sich oft mit Medien beschäftigen, weil sie sich psychisch schlecht fühlen oder aus verschiedenen Gründen keinen regelmässigen Sport betreiben können. Oder sie fühlen sich schlecht und treiben keinen regelmässigen Sport, weil sie zu viel mit digitalen Medien beschäftigt sind.

⁶² Bildungsstrategie der Stadt Bern 2016

⁶³ Willemse, I., Suter, L., Waller, G., Huber, A.-L., Süss, D.. Jamesfocus. Mediennutzung und Schlafqualität. 2015, Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

⁶⁴ Wie Zitat 54

3.5. Ich und die anderen

3.5.1. Eltern und Familie bleiben wichtig

Die Beziehung zwischen Jugendlichen und Eltern ändert sich in der Adoleszenz radikal: Während die Jugendlichen zu Beginn noch stark abhängig von der Sorge und den Entscheidungen der Eltern sind, besteht am Ende der Adoleszenz ein partnerschaftliches Verhältnis. Gleichzeitig bleibt die Verbundenheit zu den Eltern einer der wichtigsten gesundheitlichen Schutzfaktoren: Jugendliche, die sich mit den Eltern positiv verbunden fühlen, sind weniger in Gewalt involviert, seltener depressiv und konsumieren weniger Suchtmittel. Auch wenn Meinungsverschiedenheiten zum Ablösungsprozess gehören, ist es wichtig, dass die Eltern die Jugendlichen in ihren Entscheiden im Sinne des „Autonomie unterstützenden Paternalismus“ unterstützen⁶⁵. Dazu ist es wichtig, dass sie sich für das Leben der Jugendlichen interessieren und über ihre Aktivitäten und ihren Freundeskreis Bescheid wissen, Normen und Haltungen gegenüber den Jugendlichen vertreten und ihre Vorbildfunktion wahrnehmen⁶⁶.



Tabelle 13: Anteil Jugendlicher, die Aussagen zu ihrer Familie zustimmten (Zusatzfragebogen SJ 2015/16)

	Mädchen (N=315)	Jungen (N=266)
Ich verbringe gerne Zeit mit meiner Familie (trifft voll oder eher zu)	88%	89%
Meine Eltern kennen meine Freundinnen und Freunde (trifft voll oder eher zu)	90%	86%

Gerade weil die Eltern so wichtig bleiben, ist es für die Jugendlichen umso schwieriger, wenn sie mit den Eltern Schwierigkeiten haben. So gaben 6% der Mädchen und 8% der Jungen an, dass sie nicht gerne Zeit mit den Eltern verbringen. Und im Gespräch während der schulärztlichen Untersuchung wurden verschiedene familiäre Probleme vorgebracht und besprochen. Es sind Probleme, welche die Jugendlichen (Mädchen häufiger als Jungen) oft stark belasten.

Tabelle 14: Familiäre Probleme, welche von den Jugendlichen im schulärztlichen Gespräch eingebracht wurden (SJ 2014/15 – 2015/16, N=1425)

	Mädchen	Jungen
Schwierige Familiensituation (z.B. Beziehungskonflikte der Eltern, Armut, Erwerbslosigkeit, Suchtprobleme, fehlende Integration, Verwahrlosung)	*11%	8%
Gewalt in der Familie (Häusliche Gewalt oder viele (bedrohliche) Streitereien zwischen den Erwachsenen)	*3%	1%
Viele Konflikte mit den Eltern	*6%	4%

Vergleich Mädchen vs. Jungen: $p < 0.05$

⁶⁵ Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S. et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet 2016; 287:2423-2487. (Online verfügbar)

⁶⁶ Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., Currie, C. Adolescence and the social determinants of health. Lancet 2012; 379: 1641–52 (Online verfügbar)

3.5.2. Peers – Quelle für Gesundheit und manchmal Quelle von Problemen

In der Gruppe der Gleichaltrigen den eigenen Platz und enge Vertraute ausserhalb der Familie (auch unter Gleichaltrigen) zu finden gehört zu den wichtigsten Entwicklungsaufgaben während der Adoleszenz⁶⁷. Gute Verbindungen mit sozial kompetenten Gleichaltrigen, gute Vorbilder und Normen im Freundeskreis können gegen eine ganze Palette von risikoreichen Verhaltensweisen schützen (Suchtmittelkonsum, Gewalt, sexuelles Risikoverhalten). Allerdings kann die Gruppe Gleichaltriger umgekehrt auch zu Risikoverhalten verleiten⁶⁸.

Mobbing kann sich stark und langfristig negativ auf die Gesundheit auswirken. Krankmachend sind die Bagatellisierung der auf den ersten Blick manchmal undramatischen Handlungen durch die anderen, die Demütigungen, die Unvorhersehbarkeit der Handlungen und der damit einhergehende Kontrollverlust des Opfers, das Gefühl der Ausweglosigkeit sowie die verzerrte Schuldzuschreibung („Ich bin als Opfer selbst schuld.“). Folgen sind ein negativer Selbstwert, Angst vor der Schule, körperliche Symptome wie Bauchschmerzen, depressive Symptome sowie Suizidgedanken bis hin zum Selbstmord. Auch für die Täter hat es negative Folgen, wenn ihr Verhalten zur Gewohnheit wird und sie nicht daraus finden⁶⁹.

81% der Mädchen und 78% der Jungen stimmten der Aussage voll zu, dass sie wirklich gute Freundinnen und Freunde hätten, für 12% und 17% traf die Aussage immerhin eher zu. Eher nicht oder nicht zustimmen konnten der Aussage 2% der Jugendlichen. In der schulärztlichen Untersuchung wurde bei 2% der Mädchen und Jungen aufgrund des Gesprächs festgehalten, dass sie Schwierigkeiten haben, Freundinnen und Freunde zu finden.

Über Mobbing in ihrem Umfeld berichteten 3% der Mädchen und 2% der Jungen. Das sind weniger als in der schriftlichen und anonymen HBSC-Befragung 2014⁷⁰. Dort gaben 11% der 13-Jährigen sowie 8% der 15-Jährigen an, in den letzten zwei Monaten gemobbt worden zu sein. Ob die untersuchten Jugendlichen tatsächlich seltener Mobbing erlebten, oder ob Betroffene das Thema in der schulärztlichen Untersuchung nicht vorbrachten, weil sie sich selbst die Schuld zuwiesen oder die Bagatellisierung Dritter sie entmutigte darüber zu sprechen, muss offen bleiben.

3.5.3. Ansprechpersonen für verschiedene Probleme

Jugendliche holen sich bei Problemen zuerst Hilfe im nahen Umfeld: bei Eltern, Kolleginnen und Kollegen, Geschwistern, Lehrerinnen und Lehrern (Abbildung 17). Nur je 1-3% der Jugendlichen reden mit Fachpersonen oder holen Online-Beratung ein. Während für Jungen die Eltern für alle Probleme die wichtigsten Ansprechpersonen bleiben, besprechen Mädchen Schulprobleme und psychische Probleme eher mit Kolleginnen und Kollegen. Für rund einen Fünftel der Jugendlichen sind auch die Geschwister wichtige Ansprechpersonen.

Jedes zehnte Mädchen und jeder siebte Junge kann mit niemandem über psychische Probleme sprechen.

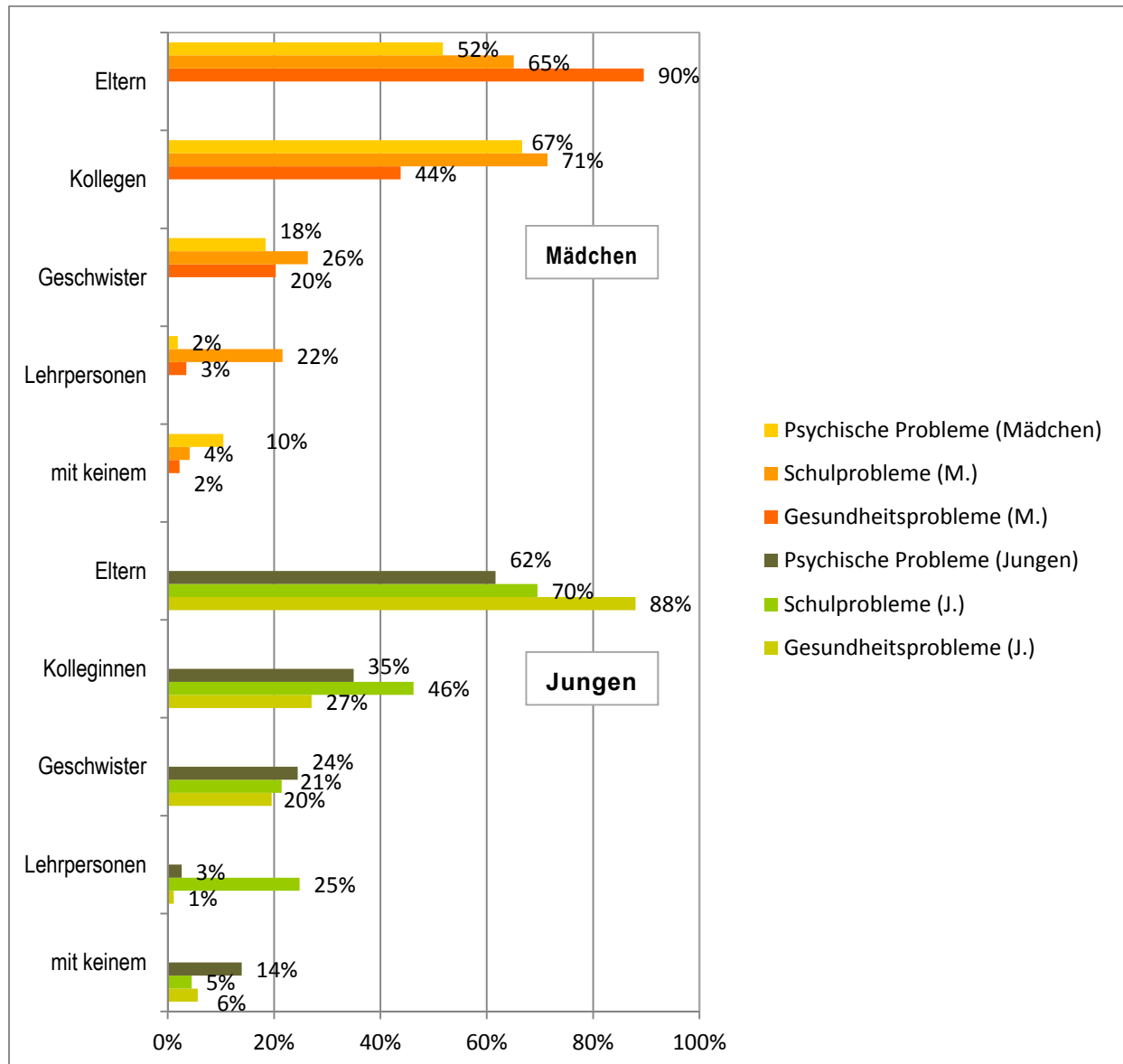
⁶⁷ Berg-Kelly, K. Die Gesundheit Jugendlicher (Ungdomars hälsa). 2014, Lund Studentlitteratur AB.

⁶⁸ Siehe Zitat 67

⁶⁹ Alsaker, F.D. Mutig gegen Mobbing in Kindergarten und Schule. 2012 Bern, Hans Huber, Hogrefe AG.

⁷⁰ Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Studie 2013/14, siehe Zitat 21

Abbildung 17 : Prozentanteil Jugendliche, die mit verschiedenen Bezugspersonen über ihre Probleme sprechen können, nach Geschlecht und Problembereich (Zusatzfragebogen SJ 2015/16, N=601)



3.5.4. Soziales Engagement

Als ziviles Engagement wird „eine Beteiligung und Verantwortungsübernahme für etwas verstanden, das den Fokus ausserhalb der eigenen Person hat“⁷¹. Ein solches Engagement unterstützt die Entwicklung der Jugendlichen. Es ist assoziiert mit besseren sozialen Kompetenzen, besserer Gefühlsregulation, besseren Schulleistungen und weniger Depressivität oder Suchtmittelkonsum. Zudem zeigt sich, dass besonders Jugendliche aus benachteiligten sozialen Schichten profitieren⁷². Daher interessierte, welche Aufgaben die Jugendlichen der 8. Klasse regelmässig übernehmen (Tabelle 15).

⁷¹ Zaff, J., Boyd, M., Li, Y., Lerner, J.V., Lerner R.M. Active and engaged citizenship: multi-group and longitudinal factorial analysis of an integrated construct of civic engagement. J Youth Adolesc 2010 Jul;39::736-50.

⁷² Chan, W., Ou, S., Reynolds, A. Adolescent civic engagement and adult outcomes: An examination among urban racial minorities J Youth Adolesc. 2014; 43(11): 1829–1843.

Tabelle 15: Anteil befragter 8. Klass-Schülerinnen/Schüler, die regelmässig verschiedene Aufgaben übernehmen (Zusatfragebogen, Schuljahr 2015/16)

	Mädchen (N=315)	Jungen (N=266)
Aemtli im Haushalt	79%	76%
Freizeitjob	38%	21%
Geschwister hüten	36%	19%
kranken Angehörigen helfen	11%	7%
Funktion in Club/Verein	18%	37%
Einsatz in gemeinnütziger Organisation	2%	1%

Mehr Mädchen als Jungen hatten einen Freizeitjob. Es ist zu vermuten, dass vor allem Babysitting bei den Mädchen verbreiteter ist. Auch jüngere Geschwister hüten deutlich mehr Mädchen. Von den Antwortenden halfen eines von neun Mädchen und einer von dreizehn Jungen kranken Angehörigen. Für die Schweiz gibt es noch wenig Zahlen zu Jugendlichen, die Pflegeaufgaben wahrnehmen, aber es wird geschätzt, dass 2-4% der Jugendlichen substantiell zur Pflege von Angehörigen beitragen. Diese jungen Pflegenden brauchen die nötige Unterstützung, damit sie sich ihren anderen Lebensbereichen (Schule, soziale Beziehungen) widmen können, und eine Wertschätzung ihrer Pflegeleistung⁷³. Jedes 6. Mädchen und jeder 3. Junge geben an, in einem Club oder Verein eine Verantwortung zu übernehmen. Die Übernahme von Aufgaben und Verantwortung ermöglicht es, sich kompetent zu erleben und Sozialkompetenz zu üben. Allerdings steht dieses Lernfeld Mädchen weniger offen als Jungen.

3.5.5. Partizipationsmöglichkeiten

Qualifiziert mitreden und damit Einfluss auf die Entwicklung des eigenen Umfelds nehmen zu können stärkt die Selbstwirksamkeit und das Gefühl, Kontrolle über das eigene Leben zu haben und ist eine wichtige Gesundheitsressource. Darüber hinaus kann Partizipation die Verbundenheit mit der Schule oder der Gemeinde stärken, was ebenfalls eine wesentliche Ressource für die Gesundheit darstellt. 10% der Mädchen und 8% der Jungen gaben an, im Schülerrat mitzumachen, 1% Jugendlichen berichteten über ihre Beteiligung im Jugendparlament. Zur Frage, wie weit die Partizipationsmöglichkeiten in der Stadt Bern Kindern und Jugendlichen tatsächlich Wirksamkeitserfahrungen ermöglichen, hat das Jugendamt der Stadt Bern im Hinblick auf den UNICEF Aktionsplan für eine kinderfreundliche Gemeinde 2017-2020 eine vertiefte Analyse durchgeführt, auf die hier verwiesen sei (Veröffentlichung im Herbst 2016).



⁷³ Young Carers und Young Adult Carers in der Schweiz. www.careum.ch/yc/facts

3.6. Schule und Berufswahl

Bildung ist ein äusserst wichtiger Einflussfaktor auf die lebenslange Gesundheit. Der Bildungsstand beeinflusst die Gesundheit über das erzielbare Einkommen, die Wohnlage, das Risiko für prekäre Arbeitsverhältnisse, die Verhaltensweisen (z.B. sportliche Betätigung) oder den Zugang zu sozialen Ressourcen (Unterstützung, Anerkennung, Zugang zu Schlüsselpersonen etc.). Zudem beeinflusst der Bildungsstand das Auftreten vieler chronischer Erkrankungen⁷⁴. Auf dem Weg zu einer beruflichen Identität haben die Jahre auf der Sekundarstufe I eine grosse Bedeutung. Die Berufswahl kann die Jugendlichen vor eine schwierige Wahl zwischen sozialer Sicherheit und Selbstverwirklichung stellen. Wird nur der erste Teil gewichtet, droht ein künftiger Verlust an Kreativität und Innovation, wird nur der zweite Teil berücksichtigt, ein Verlust an beruflicher und sozialer Integration. Idealerweise sollten Schule *und* Berufswahl den unterschiedlichsten Begabungs- und Persönlichkeitsprofilen gerecht werden⁷⁵.

Die Schule und das Bestreben nach guten schulischen Leistungen im Hinblick auf den Berufseinstieg können hier Anlass zu Sorgen oder Stress sein⁷⁶. Andererseits kann die Schule als Lebenswelt eine wirksame gesundheitliche Ressource darstellen. Jugendliche, in deren Schule ein gutes Klima herrscht, und die sich mit der Schule verbunden fühlen, haben ein positiveres Gesamtfinden, einen positiveren Selbstwert und weniger Probleme bezüglich Depressivität, Gewalttätigkeit oder Suchtmittelkonsum⁷⁷. Dies wurde auch in einer Studie in Bern nachgewiesen⁷⁸.

3.6.1. Bildungschancen – Sekundarstufe I, Übertritt in die nachobligatorische Bildung

3.6.1.1. Schülerinnen und Schüler auf Real- und Sekundarniveau der Sekundarstufe I

Massgebend für die Einstufung sind die Fächer Deutsch, Französisch und Mathematik sowie die Einstufung in mindestens zwei dieser Fächer. Zwei oder drei Fächer im Niveau Real bedeutet Gesamteinstufung in das Niveau Real und umgekehrt.

Tabelle 16: Verteilung der Schülerinnen und Schüler auf die Sekundarstufe I-Niveaus (Schuljahr 2014/15)

	Mädchen	Jungen	Total
Sekundarniveau	675 (66%)	629 (61%)	1304 (63%)
Realniveau	343 (34%)	410 (39%)	753 (37%)

Quelle: Jahresbericht 2015, Schulamt der Stadt Bern

Mädchen sind häufiger im Sekundarniveau eingeteilt als Jungen. Im Realniveau finden sich überdurchschnittlich viele ausländische Jugendliche (44% der Realschülerinnen/-schüler vs. 27% aller 13- bis 15-Jährigen), während sie im Sekundarniveau untervertreten sind (18%)⁷⁹.

⁷⁴ Mielck, A., Lungen, M., Siegel, S., Korber, K. Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit. 2012, Gütersloh, Bertelsmann-Stiftung.

⁷⁵ Largo, R., Czernin, M. Jugendjahre. 3. Auflage ed. 2015, München / Berlin: Piper Verlag

⁷⁶ Knittel, T. et al. Juvenir-Studie 4.0. Zuviel Stress – zuviel Druck! Wie Schweizer Jugendliche mit Stress und Leistungsdruck umgehen. Eine Studie der Jacobs Foundation, verfasst von Prognos: 2015, Zürich, Jacobs Foundation.

⁷⁷ Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., Currie, C. Adolescence and the social determinants of health. Lancet 2012; 379: 1641–52.

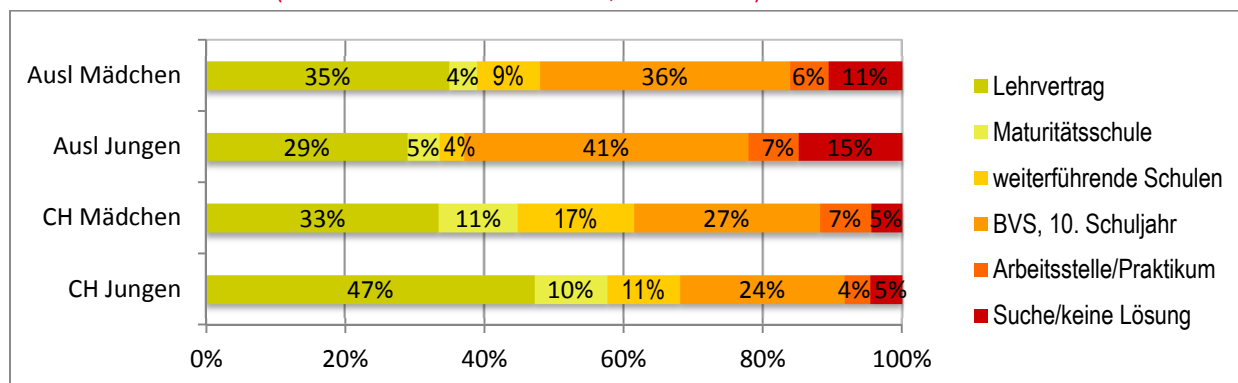
⁷⁸ Vuille, J.C., Carvajal, M.I., Casaulta, F., Schenkel, M. Die gesunde Schule im Umbruch. 2004, Zürich/Chur Verlag Rüegger.

⁷⁹ Jahresbericht 2015, Schulamt der Stadt Bern

3.6.1.2. Anschlusslösungen nach der obligatorischen Schule

Einen guten Überblick über die Anschlusslösungen der Jugendlichen in der Stadt Bern gibt die Befragung der schulaustretenden Jugendlichen des Kantons Bern (Abbildung 18)⁸⁰, welche hierfür die Austretenden aus städtischen 9. Sekundar-, Realklassen und Klassen zur besonderen Förderung ausgewertet wurden.

Abbildung 18: Anteil aus städtischen 9. Klassen ausgetretener Jugendlicher mit verschiedenen Anschlusslösungen, nach Geschlecht und Nationalität (Durchschnittswerte der Jahre 2014, 2015 und 2016)



Es gibt klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Nationalitäten. Sehr viele ausländische Jugendliche benötigten ein Berufsvorbereitendes Schuljahr (BVS) oder ein privates 10. Schuljahr, um den Weg in eine Lehre oder weiterführende Schule zu finden. Betrachtet man die Lösungen bei Austritt aus dem BVS, so benötigen rund ein Drittel der ausländischen Jugendlichen anschliessend sogar ein weiteres Jahr BVS⁸¹. Wesentlich mehr zugewanderte Jugendliche hatten noch keine Anschlusslösung im Sommer. Es sind die Jugendlichen, die am meisten Bewerbungen für eine Lehrstelle schreiben müssen (durchschnittlich 22 Bewerbungen vs. 10 bei den Schweizer Jugendlichen)⁸². Bezüglich Maturitätsschulen ist zu beachten, dass aus städtischen Schulen jährlich bereits rund 200 Schülerinnen und Schüler aus der 8. Klasse in eine gymnasiale Quarta übertreten. Rechnet man diese dazu, besuchen 30% der Jugendlichen der Stadt Bern (28% der Jungen 32% der Mädchen) in der Mittelstufe II eine Maturitätsschule. Das sind mehr als im kantonalen Durchschnitt (jeweils gut 20% der Abgänger des 9. Schuljahres), aber immer noch weniger als im Ausland (z.B. Deutschland rund 40%)⁸³.

3.6.2. Sorgen und Probleme in Schule und Berufswahl

3.6.2.1. Von den Jugendlichen vorgebrachte Probleme in der Schule

Verschiedene Probleme in der Schule werden von den Schulärztinnen bzw. Schulärzten statistisch erfasst, wenn sie von den Jugendlichen selbst berichtet werden (Tabelle 17). Die Häufigkeit von Leistungs- und Verhaltensprobleme hängt vom Bildungsstand der Eltern ab, und Verhaltensprobleme betreffen öfter Jungen als Mädchen.

⁸⁰ Situation der Schulaustretenden 2015 (Kanton Bern, deutschsprachiger Teil), 2015, Berufsberatungs- und Informationszentren: Bern

⁸¹ Wie Zitat 80

⁸² Lehrstellenbarometer, Staatssekretariat für Bildung, Editor 2015, Link-Institut

⁸³ Pressemitteilung Nr. 154, Statistisches Bundesamt, Berlin, 6.5.2016

Tabelle 17: Anteil Jugendliche, die in der schulärztlichen Untersuchung über schulische Probleme berichteten, nach Geschlecht, Sekundarstufe I-Niveau und Bildung der Eltern (SJ 2014/15 – 2015/16, N=1425)

	Mädchen	Jungen	Real	Sek	Eltern ungelernt	Mit Berufslehre	Mit höherer Ausbildung
Schwierigkeiten mit Leistung	11.0%	13.2%	14.6%	9.9%	14.9%	13.0%	9.4%
Schwierigkeiten mit Lehrperson	2.4%	2.4%	3.9%	1.3%	2.1%	2.8%	2.3%
Schwierigkeiten mit Verhalten	1.7%	3.7%	4.8%	1.1%	5.1%	3.4%	0.8%

3.6.2.2. Inanspruchnahme von ausserschulischer Nachhilfe

Nachhilfeunterricht kann im Zusammenhang mit der Gesundheit stehen: Er kann ein Hinweis auf Probleme mit den schulischen Leistungen und damit verbundene Belastungen sein, er kann Zeit beanspruchen, die beispielsweise für Erholung oder sportliche Aktivität fehlt. Oder er kann umgekehrt als Massnahme gegen schulische Leistungsprobleme auch entlastend wirken. In den Schuljahren 2014/15 und 2015/16 wurde daher die Inanspruchnahme von *ausserschulischer* Nachhilfe in der schulärztlichen Untersuchung erfragt (Tabelle 18).

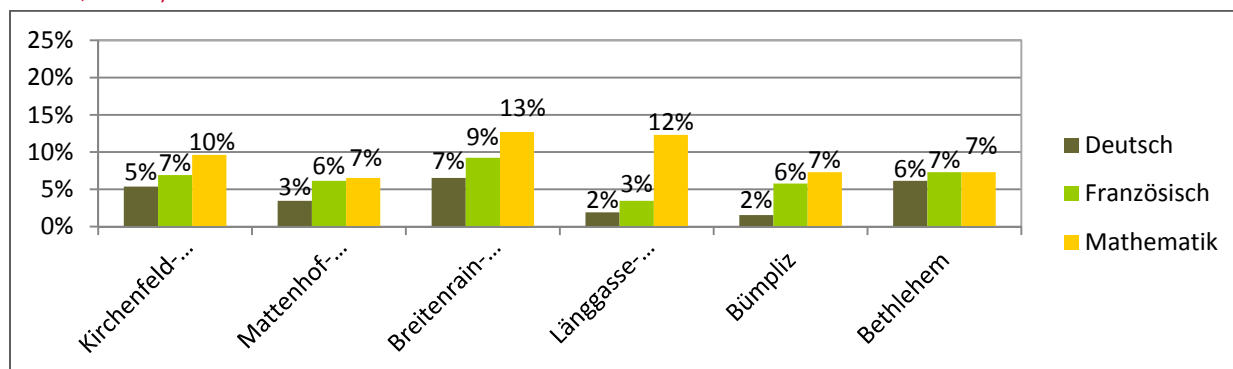
Tabelle 18: Anteil Jugendliche, die ausserschulische Nachhilfe beanspruchen, nach Geschlecht, Oberstufenniveau und Bildung der Eltern (SJ 2014/15 und 2015/16, N=1425)

	Mädchen	Jungen	Real	Sek	Eltern ungelernt	Berufslehre	höhere Ausbildung
Nachhilfestunden	20%	17%	17%	19%	19%	18%	19%

Von 260 Schülerinnen und Schülern, die Nachhilfe hatten, besuchten 77 Deutsch (30%), 122 Französisch (47%) und 178 (68%) Mathematik. Teilweise wurde die Unterstützung in mehreren Fächern genutzt. Abbildung 18 stellt die Verteilung der Nachhilfestunden auf die verschiedenen Fächer nach Schulkreis auf, dabei sind Mehrfachnennungen möglich (Nachhilfe in >1 Fach). Fast eine/-r von fünf Jugendlichen beanspruchte also Nachhilfe, wobei sich dieser Anteil nur wenig nach Geschlecht, Sekundarstufe I-Niveau oder Bildung der Eltern unterschied. Im Fach Mathematik wurde insbesondere in den Schulkreisen mit einem etwas höheren Anteil von Eltern mit höherer Bildung Nachhilfe am meisten genutzt. Nachhilfeunterricht kann zur Verbesserung der Bildungschancen führen und ist in der Regel nur für Jugendliche zugänglich, die finanziell in einigermassen sicheren Verhältnissen leben.

Bezüglich des Stresses gibt es weder bei Jungen noch bei Mädchen einen Unterschied zwischen Jugendlichen mit und ohne Nachhilfeunterricht. Offensichtlich halten sich zeitliche Zusatzbelastung und Entlastung bezüglich des Schulstoffs die Waage.

Abbildung 19: Anteil Jugendliche, die ausserschulische Nachhilfe beanspruchen, nach Schulkreis und Fach (SJ 2014/15 und 2015/16, N=1425)



3.6.2.3. Berufswahl in der schulärztlichen Untersuchung

In der schulärztlichen Untersuchung beurteilen die Schulärztinnen und -ärzte, ob die Jugendlichen noch vermehrt Hilfe im Hinblick auf die Berufswahl benötigen (Tabelle 19). Und im Schuljahr 2015/2016 wurden in der schriftlichen, anonymen Zusatzbefragung zwei Fragen zur beruflichen Zukunft gestellt (Tabelle 20).

Tabelle 19: Anteil der untersuchten Jugendlichen, bei den die Schulärztinnen/-ärzte einen Hilfsbedarf bezüglich Berufswahl feststellten, nach Geschlecht und Bildung der Eltern (SJ 2014/15 und 2015/16, N=1425)

	Mädchen	Jungen	Real	Sek	Eltern ungelernt	Berufsbildung	Höhere Ausbildung
Berufswahl: braucht Hilfe	4%	4%	6%	2%	6%	5%	1%

Tabelle 20: Anteil Jugendliche, die Aussagen zu ihrer beruflichen Zukunft zustimmten, nach Geschlecht (Zusatzfragebogen SJ 2015/16)

	Mädchen (N=300)		Jungen (N=257)	
	trifft voll /eher zu	trifft eher nicht /gar nicht zu	trifft voll /eher zu	trifft eher nicht /gar nicht zu
Ich bin zuversichtlich, eine Lehrstelle zu finden oder den Übertritt in eine weiterführende Mittelschule zu schaffen	88%	3%	90%	6%
Meine berufliche Zukunft bereitet mir Sorgen	36%	56%	32%	63%

Als Fazit kann man festhalten, dass die Jugendlichen bezüglich der unmittelbaren Zukunft gut unterstützt und zuversichtlich sind. Dabei sind Eltern die wichtigste Unterstützung bei der Lehrstellensuche⁸⁴. Jugendliche ungelerner Eltern haben demnach auch öfter einen Unterstützungsbedarf. Dennoch bereitet die berufliche Zukunft einem Drittel der Jugendlichen Sorge. Und im Zusammenhang mit dem Übertritt in die nachobligatorische Bildung sind 12% der Jugendlichen in Sorge wegen ihrer schulischen Leistungen und 20% nehmen Nachhilfestunden in Anspruch. Dass diese Sorgen gesundheitliche Auswirkungen haben könnten, zeigt die HBSC-Studie, die eine markante Zunahme von psychoaffektiven Symptomen (Müdigkeit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Wut, Nervosität, schlechte Laune und Einschlafschwierigkeiten) zwischen 11 und 15 Jahren nachweist. Ab dem 13. Lebensjahr verringert sich der Anteil Jugendlicher, die zumin-

⁸⁴ Lehrstellenbarometer, Staatssekretariat für Bildung, Editor 2015, Link-Institut

dest einmal pro Woche ausserhalb der Schule einer sportlichen Aktivität nachgehen (Mädchen mehr als Knaben)⁸⁵.

3.6.3. Das Setting Schule als gesundheitliche Ressource

Die Beziehung zu den Lehrpersonen und die Tatsache, dass sich die meisten in der Klasse wohl fühlen, sind wichtige Elemente des Schulklimas. Tabelle 21 fasst die diesbezüglichen Antworten der untersuchten Jugendlichen im schriftlichen Zusatzfragebogen zusammen.

Tabelle 21: Anteil Jugendliche, die Aussagen zum Schul- und Klassenklima zustimmten resp. eher oder ganz ablehnten, nach Geschlecht (Zusatzfragebogen, SJ 2015/16)

	Mädchen		Jungen		Keine Antwort (M/J)
	trifft voll /eher zu	trifft eher nicht /gar nicht zu	trifft voll /eher zu	trifft eher nicht /gar nicht zu	
Die meisten fühlen sich wohl in der Klasse	87%	6%	88%	8%	7% / 5%
Ich erhalte von den Lehrpersonen die Anerkennung, die ich verdiene	91%	2%	86%	10%**	8% / 4%

**Mädchen vs. Jungen Anerkennung durch Lehrpersonen: $p < 0.001$

Fasst man die drei Fragen (1) Wohlbefinden in der Klasse (2) verdiente Anerkennung durch Lehrperson und (3) Zuversicht bezüglich Anschlusslösung zu einem kursorischen Indikator „Erleben der Schule“ zusammen, war dieses Erleben bei 70% (389) der Antwortenden positiv, bei 19% (104) mittel bis negativ. Jugendliche mit positivem Erleben der Schule berichteten häufiger (45% vs. 32%, $p < 0.05$) über eine ausgezeichnete Gesundheit was aufgrund der wissenschaftlichen Kenntnislage zu erwarten ist.

3.7. Die Situation der Sonderschülerinnen und Sonderschüler

Je nach Definition leiden 10%-20% der Jugendlichen an einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung. Sie stehen während der Adoleszenz vor den gleichen Entwicklungsaufgaben wie Gleichaltrige ohne gesundheitliche Einschränkungen. Für viele von ihnen ist deren Bewältigung jedoch besonders herausfordernd. Sie müssen ein Modell finden, wie sie ihre Krankheit oder Beeinträchtigung in ihre Identität integrieren. Ihre Teilnahmemöglichkeiten am Leben der Gleichaltrigen ist oft eingeschränkt, und die für das Alter normale Risikobereitschaft macht viele von ihnen besonders verletzlich.

Im Schuljahr 2014/15 waren in den Sekundarstufen I der städtischen Sonderschulen:

- 12 Schülerinnen/Schüler in der Heilpädagogische Schule (HPS),
- 11 Schülerinnen/Schüler als integrierte Sonderschülerinnen der HPS in einer Regelklasse;
- 8 Schülerinnen/Schüler in der Sprachheilschule (SHS)
- 29 Schülerinnen und -Schüler in den heilpädagogischen Sonderklassen (HP SoKla).

⁸⁵ Kuntsche, E. and M. Delgrande Jordan, *Gesundheit und Gesundheitsverhalten Jugendlicher in der Schweiz* 2012, Bern: Hans Huber Verlag.

Interviews mit zwei Schulleiterinnen und einer Lehrperson geben einen Einblick in besondere Herausforderungen ihrer Schülerinnen und Schüler in der Sekundarstufe I⁸⁶.

Pubertät und körperliche Veränderungen

Die Pubertät mit den körperlichen Veränderungen, Gefühlsschwankungen und der Entwicklung der Sexualität löst eine grosse Verunsicherung aus, umso mehr, wenn die Möglichkeiten zur Reflexion und Diskussion eingeschränkt sind. In der HPS muss das Thema Nähe und Distanz neu bearbeitet werden, und in den SoKla können Macho-Gehabe mit vulgärer Sprache bei den Jungen oder eine grosse Gehemmtheit bei den Mädchen Ausdruck der Verunsicherung sein. Liebe und Sexualität werden als peinliche Themen abgelehnt und müssen situativ aufgegriffen werden. Denn eine angepasste Aufklärung und eine frühzeitige Thematisierung der Schwangerschaftsverhütung (auch mit den Eltern) sind besonders wichtig. Wie für alle Jugendlichen ist der Körper auch ein Instrument auf der sozialen Bühne. Mit Kleidung, Make-up und Frisur wird angestrebt, sich von den Gleichaltrigen möglichst nicht zu unterscheiden.

Aufbau der eigenen Identität und Wege in die nachobligatorische Ausbildung

Während der Adoleszenz sind Jugendliche und ihre Eltern noch einmal stark mit den vorhandenen Einschränkungen konfrontiert. Die Distanz zu den Möglichkeiten der Gleichaltrigen nimmt über die Schulzeit zu. Jugendliche, die erst in der Mittel- oder Sekundarstufe I in eine Sonderschule übergetreten sind, haben meist viele schulische Misserfolge hinter sich. Sie haben oft auch die Enttäuschung und Trauer der Eltern über ihre Einschränkungen bewusster miterlebt. Selbstwertgefühl und Lernmotivation gehen so verloren, Traurigkeit und Verhaltensauffälligkeiten sind die Folge. Etwas weniger dem Vergleich mit den Gleichaltrigen und den Anforderungen der Leistungs- und Konsumgesellschaft ausgesetzt sind die Jugendlichen der HPS. Sie sind aufgrund ihrer Voraussetzungen oft nah bei sich. Und sie können ihrem Umfeld Türen zu einer grossen Menschlichkeit öffnen, was auch ihnen wiederum Türen öffnen kann.

Die Schulen sind gefordert, das verlorene Selbstwertgefühl wieder aufzubauen, ein adäquates Verhalten zu fördern und angepasste Kompetenzerfahrungen zu vermitteln, z.B. wenn sich die Jugendlichen in der Tagesschule um die jüngsten Kinder kümmern. Wichtig ist für die Schulen auch, dass die Frage der integrierten Beschulung in einer Regelklasse immer wieder sehr individuell abgeklärt wird.

Im Anschluss an die Schule absolvieren die meisten Jugendlichen der Sprachheilschule eine Berufslehre. Weil sich eine Sprachbehinderung jedoch stark im Alltag auswirken kann, sind viele von ihnen auf technische Hilfsmittel oder die Gewährung eines Nachteilsausgleichs⁸⁷ angewiesen. Zu dieser Unterstützung zu kommen, ist leider nicht immer einfach. So ist die Finanzierung von technischen Hilfsmitteln ungenügend gelöst, obschon die Gesellschaft alles Interesse haben müsste, dass diese Jugendlichen ihre Berufslehre abschliessen können. Eine gute schulärztliche Betreuung sowie die IV-Berufsberatung sind auf diesem Weg besonders hilfreich.

⁸⁶ Mit bestem Dank an A. Jaun, Schulleitung SHS, J. Dürst, Schulleiterin HPS und T. Nyffeler, Lehrperson SoKla.

⁸⁷ Gestützt auf das Inkrafttreten der UNO-Behindertenrechtskonvention per 15.04.2014 in der Schweiz wird es zu umfassenderen „Anpassungen der Rahmenbedingungen“ zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile kommen, auch im Zusammenhang mit der Zulassung zu weiterführenden Schulen und Hochschulen sowie auch zu deren Abschlussprüfungen (gestützt auch auf der BV (Art. 8 Abs.2 BV, Diskriminierungsverbot & BehiG Art. 2 Abs.2, direkte und indirekte Benachteiligung). Diese Tatsache könnte für Jugendliche mit einer Behinderung oder einer Lerneinschränkung von Bedeutung werden.

Die Jugendlichen der heilpädagogischen Schule wechseln nach der Schule in eine Institution, wo sie eine 10. Klasse besuchen oder im Rahmen einer geschützten Arbeitsstelle ins Berufsleben integriert werden. Die Institutionen fordern einen Eintritt ins Internat, wo die Jugendlichen mit Gleichaltrigen leben und ihre Selbständigkeit im Alltag weiter entwickeln. Für die Eltern ist dieser frühe Wegzug von zuhause oft ein grosser Schritt; er ist als Ablösungsschritt jedoch für Kind und Eltern wichtig. Auch Jugendliche der heilpädagogischen Sonderklassen oder integrierte Schülerinnen und Schüler der HPS haben die Möglichkeit nach der Schule ein Berufsjahr in einem Internat zu absolvieren. Allerdings ist diese Möglichkeit zeitlich und umfangmässig beschränkt, und es ist oft schwierig, eine passende Lösung zu finden.

Soziale Entwicklung und Ablösung von den Eltern

In der sozialen Entwicklung einen Platz unter Gleichaltrigen zu finden kann für Sonderschülerinnen und –schüler besonders schwierig sein. Sie haben oft lange Schulwege und können sich nach der Schule schlechter noch rasch mit Kolleginnen und Kollegen treffen. Ist das Selbstwertgefühl stark angeschlagen, fehlt zudem das Vertrauen, im Kreis der Gleichaltrigen bestehen zu können. Rückzug als Bewältigungsstrategien führt jedoch leicht in die Einsamkeit. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass auch die Jugendlichen ohne Behinderung mit der Schaffung ihres sozialen Netzes ausserhalb der Familie stark gefordert sind. Sie sind damit eher weniger als jüngere Kinder bereit und in der Lage, Jugendliche mit Behinderung sozial mitzunehmen.

Die Schulen unterstützen durch die Förderung der Nutzung elektronischer Kommunikationsmittel, die Stärkung der Gemeinschaft durch Projekte oder ein 2-jährliches Ehemaligen-Treffen (SoKla). Dass HPS-Jugendliche in der Regel über längere Zeit mit ihren Eltern in eine starke Gemeinschaft eingebettet waren, stärkt deren Vertrauen, dass für anstehende Probleme in der Gemeinschaft auch Lösungen gefunden werden.

Der Ablösungsprozess fordert die Eltern ganz besonders, wenn ihre Kinder seit Geburt intensiv umsorgt und beschützt werden mussten; umso mehr als Schritte oft schon vergleichsweise früh anstehen, so z.B. der Wegzug ins Internat, die Umsetzung einer sicheren Verhütung oder das selbständige Zurücklegen weiter Schulwege. Die Eltern bleiben jedoch eine der wichtigsten Stützen für die Jugendlichen. Sind sie aufgrund eigener Einschränkungen nur bedingt zur nötigen Unterstützung ihrer Söhne und Töchter in der Lage, bedeutet das für diese eine zusätzliche Verletzlichkeit.

4. Gesundheit und Wohlbefinden der 16- bis 18-Jährigen

Daten zur Gesundheit der 16- bis 18-Jährigen sind in der Schweiz spärlich vorhanden. Die letzte repräsentative Befragung von 7429 16- bis 20-Jährigen fand 2002 im Rahmen des Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (SMASH-02)⁸⁸ statt. Einige neuere Daten zu den 16- bis 19-Jährigen gibt es lediglich im nationalen Gesundheitsbericht 2015⁸⁹ aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Für die Stadt Bern soll das folgende Kapitel einen qualitativen Einblick in die Gesundheitsfragen geben, welche Jugendliche dieser Altersgruppe beschäftigen.

4.1. Die Sicht der Jugendlichen

Die qualitativen Angaben stammen aus zwei Quellen:

- Das Jugendamt der Stadt Bern führte im März 2016 eine Online-Befragung zu verschiedenen Themen im Kontext des UNICEF Labels „Kinderfreundliche Stadt“ durch. In dieser Befragung konnten einige Gesundheitsfragen gestellt werden. Die Befragung wurde über die Schulleitungen nachobligatorischer Schulen und die *part* Webseite bekannt gemacht. 120 Jugendliche von 16 bis 18 Jahren haben die Fragen online beantwortet.
- In einem Workshop, der in Zusammenarbeit mit dem Jugendparlament der Stadt Bern durchgeführt wurde, interpretierten Jugendliche aus verschiedenen Ausbildungsgängen (Berufslehre, Mittelschule, BVS) die Resultate der Online-Befragung vor ihrem persönlichen Erfahrungshintergrund.

Die Befragungsergebnisse sind nicht repräsentativ, dennoch scheint der Vergleich zur SMASH-Studie von 2002 interessant (Abbildung 20). So wurde in beiden Befragungen für die gleichen Probleme am häufigsten ein aktueller Unterstützungsbedarf angegeben.

An erster Stelle stand der Stress (rund 40% der Berner Jugendlichen). In einer Zusatzfrage gab jede/-r fünfte Antwortende an, häufig gestresst zu sein, jede/-r dritte ab und zu. Häufigste Stressursache waren Schule und Lehre, gefolgt von Freizeitaktivitäten, sowie dem Aussehen und dem Dazugehören im Freundeskreis. Knapp ein Drittel der Befragten gaben an, dass sie sich um ihre berufliche Zukunft sorgten. In der *Juvenir-Studie 4.0*⁹⁰ zum Thema Stress, einer repräsentativen Umfrage von 15- bis 24-Jährigen, waren 56% der Mädchen und 37% der Jungen häufig oder sehr häufig gestresst. Auch dort stand die Schule als Stressursache an erster Stelle, wobei die Jugendlichen angaben, dass sie sich vor allem selbst Druck machen.

Jeweils ca. ein Viertel der Antwortenden gab an, wegen Traurigkeit, Schlafproblemen, Problemen mit dem Gefühlsleben oder Problemen mit der Ausbildung und der beruflichen Zukunft Hilfe zu benötigen. 2016 wurde zusätzlich nach Konzentrationsproblemen, körperlichen Beschwerden und fehlendem Selbstvertrauen gefragt, wo jeweils ca. ein Drittel einen Hilfsbedarf anmeldeten.

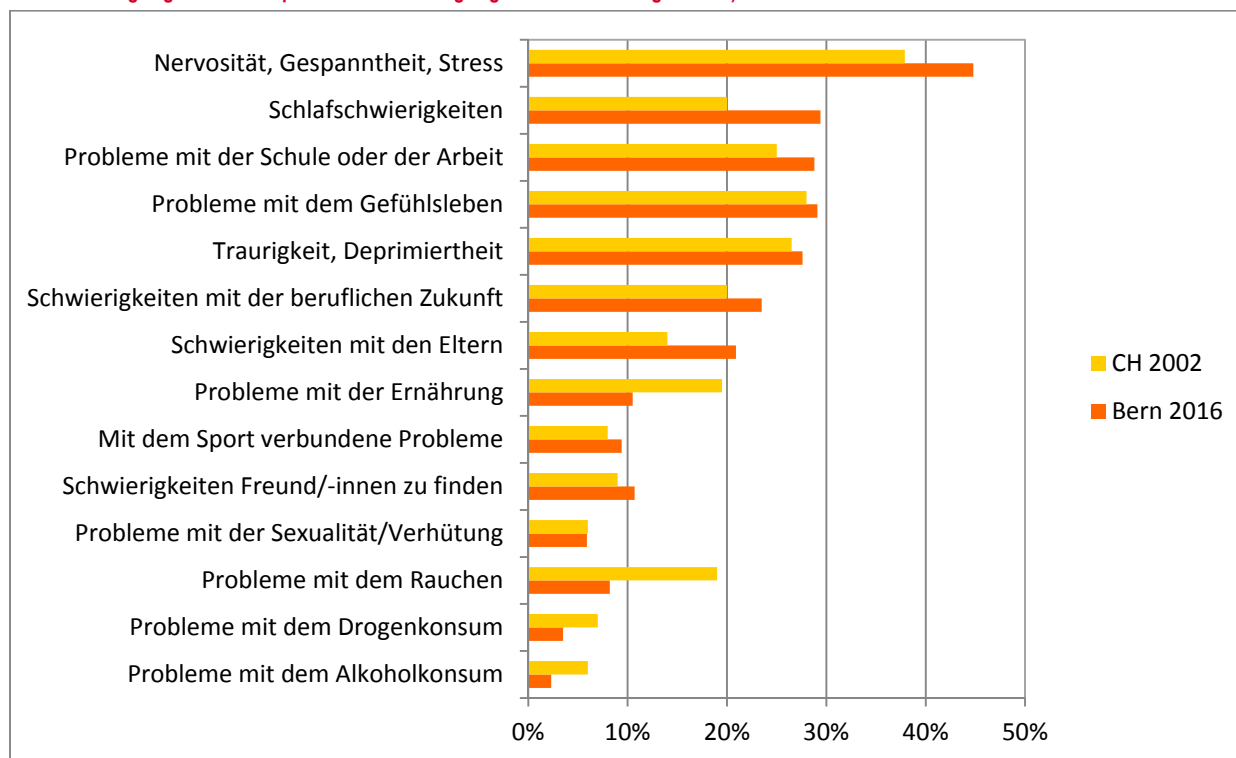
⁸⁸ Narring, F., Tschumper, A., et al. Gesundheit und Lebensstil Jugendlicher in der Schweiz (2002), Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (SMASH) 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004; Raisons de santé, 95a.

⁸⁹ Bachmann, N. et al. Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen; Nationaler Gesundheitsbericht 2015; Diebold, M., et al. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hg): Bern, Verlag Hogrefe, 2015.

⁹⁰ Knittel, T. et al. *Juvenir-Studie 4.0. Zuviel Stress – zuviel Druck! Wie Schweizer Jugendliche mit Stress und Leistungsdruck umgehen. Eine Studie der Jacobs Foundation, verfasst von Prognos: Zürich, Jacobs Foundation, 2015.*

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung⁹¹ gaben von den 16- bis 19-Jährigen 15% der Frauen und 8% der Männer mittlere bis schwere und 35% resp. 24% leichte depressive Symptome an. 30% der Männer und 39% der Frauen berichteten über Rückenschmerzen im letzten Monat.

Abbildung 20: Anteil der Jugendlichen, die angaben, für diverse Probleme aktuell Hilfe zu benötigen (nicht repräsentative Berner Online-Befragung 2016 vs. repräsentative Befragung 16- bis 20-Jähriger 2002)



*Quelle: Gesundheit und Lebensstil der 16- bis 20-Jährigen in der Schweiz; SMASH-02

Während der Anteil Jugendlicher, die einen Unterstützungsbedarf wegen Schlafproblemen angab in der Stadt Bern 2016 deutlich höher lag, haben Probleme mit der Ernährung oder dem Suchtmittelkonsum offenbar an Bedeutung verloren.

Die Jugendlichen verfügen auch über Ressourcen: 80% gaben an, dass ihre Gesundheit ausgezeichnet oder gut sei, und 85% waren überzeugt, dass sie grossen Einfluss darauf haben, wie ihr Leben in fünf Jahren aussehen wird. Mehr als 90% der Antwortenden gaben an, dass sich die meisten in ihrer Schule oder ihrem Betrieb wohl fühlten, rund 85% fanden, dass sich ihre Lehrpersonen und Lehrmeister um die Probleme der Jugendlichen kümmerten, und dass sie von Lehrpersonen und Lehrmeistern die Anerkennung erhielten, die sie verdienten. Fast alle antwortenden Jugendlichen gaben an, dass sie sich auf ihre Kolleginnen und Kollegen verlassen können. Die Eltern bleiben wichtig: Rund 85% der Antwortenden verbrachten gerne Zeit mit den Eltern. Und Eltern blieben für die Antwortenden die wichtigsten Ansprechpersonen für Probleme mit ihrer Gesundheit (85%) oder ihrer Ausbildung (65%). Psychische Probleme besprachen Jugendliche jedoch häufiger mit Kolleginnen und Kollegen (65%). 75% der Antwortenden hatten einen Hausarzt/eine Hausärztin ihres Vertrauens. 12% der Befragten berichteten allerdings, dass sie mit niemandem über psychische Probleme sprechen könnten.

⁹¹ Bachmann, N et al. Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen; Nationaler Gesundheitsbericht 2015; Diebold, M et al. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hg): Bern, Verlag Hogrefe, 2015.

Hinweise der Workshop-Teilnehmenden zu diesen Resultaten

Nach Aussagen der Jugendlichen, kann das Leben sehr hart sein in diesem Alter. Es ständen grosse Herausforderungen an, und wenn sich Probleme in verschiedenen Lebensbereichen häuften, sei es nicht erstaunlich, dass viele Jugendliche traurig sind, oder über körperliche Beschwerden klagten. Eine Rolle könne der Leistungsdruck spielen oder die Verzweiflung, weil man gewissen Schönheitsidealen nicht entsprechen könne. Dabei sei das soziale Umfeld oft belastender als Bilder in Medien, denn Kolleginnen und Kollegen bewiesen, dass es möglich sein müsse, diesen Idealen zu entsprechen.

Stress nahmen die Workshop-Teilnehmenden als verbreitetes Problem wahr: Herausforderungen in der Schule, eine ungewisse berufliche Zukunft oder ein wenig unterstützender Freundeskreis können Gründe dafür sein. Im Zusammenhang mit Stress sahen die Workshop-Teilnehmenden auch die fehlende Konzentrationsfähigkeit und die Schlafprobleme, wobei die verbreitete Müdigkeit unter den Jugendlichen als „normal“ eingeschätzt wurde.

Dass nur wenige Jugendliche angaben, im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum, Ernährung oder dem Umgang mit digitalen Medien Hilfe zu benötigen, erstaunte die Workshop-Teilnehmenden wenig. Die tatsächlichen Probleme seien sicher grösser. Beim Suchtmittelkonsum sei die Problemwahrnehmung schwierig, denn er führe nicht zu Ausgrenzung (im Gegensatz bspw. zu Übergewicht). Und bei den digitalen Medien sei der Übergang zwischen nützlichem und süchtigem Gebrauch schwer zu definieren. Zum Thema Ernährung gebe es sehr viele Informationen, und mit steigendem Alter verliere das Thema etwas an Brisanz. Hier bräuchten nur noch Jugendliche mit tatsächlichen Essstörungen Hilfe.

Einige Jugendliche erlebten in ihrem Umfeld viele Schwierigkeiten mit den Eltern und erwarteten sogar einen höheren Anteil Antwortender mit diesbezüglichem Hilfsbedarf. Andere fanden, dass die grossen Freiheiten, die man in diesem Alter bereits habe, doch zu einer Entspannung der Beziehung zu den Eltern führen sollten. Die Probleme in Familie, Freundeskreis und Partnerschaft sahen die Jugendlichen im Kontext der grossen Veränderungen in dieser Lebensphase und der damit einhergehenden Verunsicherung (auch der Eltern).

Was hilft bei Problemen aus Sicht der Workshop-Teilnehmenden?

Sehr viel Wert legten die Workshop-Teilnehmenden auf *einen guten, respektvollen Dialog*, sowohl zwischen Jugendlichen als auch zwischen Jugendlichen und Lehrpersonen: positive Rückmeldungen geben, andere Meinungen wertschätzen, dem anderen das Gefühl geben, dass auch seine Meinung zählt, über Probleme offen sprechen lernen, Toleranz gegenüber Andersdenkenden stärken oder von anderen neue Impulse und Anregungen erhalten, das sei gegen verschiedene Probleme hilfreich (mangelndes Selbstvertrauen, Traurigkeit, fehlende Integration in einen Freundeskreis, Stress, Probleme mit dem Gefühlsleben). In der Schule ist es wichtig, dass nicht nur die Leistung zählt, sondern dass die Jugendlichen als ganze Menschen wahrgenommen werden. Wenn es der Schule gelingt, über die Motivation eine hohe Leistungsbereitschaft zu erzeugen, so werde das positiv erlebt.

Etwas ratlos waren die Jugendlichen bezüglich problematischem Umgang mit den digitalen Medien. Um hier einen besseren Umgang zu finden, müsste sich die Gesellschaft ändern. Sie seien Teil der digitalen Generation, und Jugendliche, die digitale Medien weniger nutzten, verlören rasch den Anschluss. Bezüglich missbräuchlichen Suchtmittelkonsums wurde eine stärkere Kontrolle der Jugendlichen als eine mögliche Lösung aufgeführt. Schwierig fanden die Workshop-Teilnehmenden es, nützliche Hilfestellungen an Jugendliche vorzuschlagen, die Mühe haben,

einen Freundeskreis zu finden. Allenfalls könnte ein Forum helfen, wo man Leute mit gleichen Interessen suchen und finden kann.

Eher ambivalent wurde die Unterstützung durch Fachpersonen beurteilt. So gebe es an den Gymnasien teilweise Entspannungskurse. Diese seien als Schulangebot jedoch nicht immer so attraktiv. Auch Schulpsychologinnen und –psychologen könnten vermehrt in Anspruch genommen werden. Allerdings fehle manchmal die Information, in welchen Situationen genau man deren Hilfe holen könne. Und es sei „uncool“ Hilfe zu suchen, insbesondere wenn ihre Sprechstunden in der Schule stattfinden.

4.2. Schülerinnen und Schüler im Programm „zWäg!“

zWäg! ist eine Weiterentwicklung des Programms *Du seisch wo düre* (S.21) und wird seit 2000 jährlich in 6 Klassen im berufsvorbereitenden Schuljahr BVS an der Berufs- Fach- und Fortbildungsschule BFF Bern durchgeführt. Das BVS ist ein Brückenangebot für Jugendliche ohne Anschlusslösung nach dem 9. Schuljahr. Es richtet sich an Schülerinnen und Schüler aus Real- Klassen und Klassen zur besonderen Förderung (KbF) sowie an 15- bis 22-Jährige, die erst seit Kurzem in der Schweiz sind. Die Anzahl Lernende, die alleine oder mit ihrer Familie aus Kriegs- oder Krisengebieten in die Schweiz geflüchtet sind und Asyl beantragt haben, hat stark zugenommen. Die jungen Erwachsenen in diesen Brückenangeboten sind eine besonders vulnerable Gruppe, die nebst dem Übergang ins Berufs- und Erwachsenenleben grosse zusätzliche Herausforderungen wie die Integration in unsere Gesellschaft, das Aufholen von Schulstoff oder das Leben mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus zu meistern haben. Diese Herausforderungen widerspiegeln sich in der Rangliste der Themen, welche die Teilnehmenden wählten, um dort im Rahmen des Programms nächste Schritte umzusetzen:

- Einstieg ins Berufsleben bzw. in eine weiterführende Schule (jeweils ca. 50%)
- Soziale Gesundheit: Beziehungen zu Familie, Kollegen- und Freundeskreis (je ca. 20 %)
- Psychische Gesundheit: Stress, Selbstbewusstsein, Schlaf (15-20%)
- Gesundheitsverhalten: Ernährung, Umgang mit digitalen Medien. (ca 3 %)
- Partnerschaft und Sexualität (4%)
- Suchtmittelkonsum (2%)
- Veränderung des eigenen Verhaltens im Alltag (3%)

Der Wunsch nach Zugang zu Bildung, Ausbildung und Arbeit ist bei dieser Zielgruppe zentral. Oft übernehmen die Begleitpersonen die Rolle der kulturellen Orientierung, leisten Unterstützung und helfen Brücken zur Nutzung der in der Schule vorhandenen Ressourcen zu schlagen. Das folgende Beispiel zeigt auf, wie im Programm „zWäg!“ Ressourcen mobilisiert werden, und es bestätigt, wie wichtig der respektvolle Dialog ist.

„In den letzten fünf Jahren konnte ich nie mehr mit jemandem ein so langes und persönliches Gespräch führen“. Diese Aussage stammt von einem Jugendlichen, der sich mit 11 Jahren auf die Flucht begab, sich über mehrere Jahre in verschiedenen Ländern allein durchschlagen musste und nun in der Schweiz eine Zukunft aufbauen will und muss. Er konnte im Rahmen des Programms aus seiner Isolation ausbrechen, in einem Sportclub Anschluss finden und mit einem Arzt vernetzt werden, wo er seine Traumatisierung und seine Schlafprobleme angehen kann. Er hat nun emotional wieder den Boden unter den Füßen, um sich dem schulischen Lernen und der Lehrstellensuche mit der nötigen Konzentration widmen zu können.

5. Schlussfolgerungen

In den schulärztlichen Untersuchungen erleben Jugendliche oft erstmals einen Arztbesuch ohne Elternbegleitung und mit Anrecht auf ärztliche Schweigepflicht. Entsprechend öffnen sie sich auch zu heiklen Themen, und die hier dargestellten Daten, ergänzt mit einigen anderen Quellen, ergeben ein breites Bild über die Gesundheit der Jugendlichen. Folgende Schlussfolgerungen können gezogen werden:

Den meisten Jugendlichen geht es gut, und sie sind sozial engagiert

Rund 90% der befragten Jugendlichen schätzen ihr Befinden als gut bis sehr gut ein. Eine Mehrheit hat die Ressourcen um die komplexen körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklungsaufgaben zu meistern. 70-80% spüren, dass sie stark beeinflussen können, wie ihr Leben in fünf Jahren aussehen wird. Knapp 90% fühlen sich von den Eltern, ihren weiterhin wichtigsten Bezugspersonen, getragen, 70-80% erleben die Schule insgesamt positiv, mehr als 90% haben Kolleginnen und Kollegen, auf die sie sich verlassen können. Die Jugendlichen haben ein gutes Bewusstsein für die Bedeutung von Ernährung und Bewegung. Viele Jugendliche engagieren sich sozial: Sie übernehmen zuhause ihre Ämtli, hüten jüngere Geschwister, unterstützen pflegebedürftige Erwachsene oder übernehmen in einem Club oder Verein Verantwortung.

Etliche haben grössere Belastungen zu bewältigen

Gerade weil die Eltern trotz Ablöseprozess so wichtig bleiben, sind 2-10% der Jugendlichen, die über ständige Konflikte mit den Eltern, schwierige Familiensituationen oder Gewalt in der Familie berichten, besonders stark belastet. Armut betrifft jeden 7. bis 10. Jugendlichen. Je 2% haben Schwierigkeiten, Freundinnen und Freunde zu finden oder kämpfen mit Mobbing, beides sind starke Risikofaktoren für die künftige Gesundheit. 12% der Jugendlichen bereiteten ihre schulischen Leistungen Sorgen, fast 20% quer durch alle Bildungsschichten besuchen ausser-schulischen Nachhilfeunterricht. Rund ein Viertel der Jugendlichen leiden zudem an Allergien. Mädchen leiden häufiger als Jungen an Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen.

Die verschiedenen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter sind eine Herausforderung

Schule, Berufswahl und Berufsbildung erfolgreich zu bewältigen, sich von den Eltern zu lösen und einen Platz unter den Gleichaltrigen zu finden, sowie mit grossen körperlichen Veränderungen umzugehen, fordert die Jugendlichen. Zu beobachten ist dies bei den Themen, welche die Sekundarstufe I-Schülerinnen und -Schüler beim Aufsuchen der Schulsozialarbeit oder in den Programmen „Du seisch wo düre“ und „zWäg!“ beschäftigen, sowie bei den von den 16- bis 18-Jährigen aufgeführten Themen, für die sie gemäss ihren Angaben Unterstützung benötigen.

Im Bereich der psychischen Gesundheit sind einige negative Trends zu beobachten

Bei den schulärztlich untersuchten *Mädchen* ist der Anteil mit einem mässig bis schlecht eingestuften Befinden seit 2004-2006 um einen Viertel angestiegen. In der gleichen Zeit scheint einem Teil der Mädchen der Zugang zu ausserhäuslichen Aktivitäten etwas verloren gegangen zu sein. Hinweise dafür sind der abnehmende Anteil Mädchen, die regelmässig Sport treiben, sowie der gegenüber den Jungen kleinere Anteil Mädchen, die in einem Club/Verein Verantwortung übernehmen können. Mädchen machen sich mehr als Jungen Sorgen um die Zukunft und trauen sich hier weniger eigenen Einfluss zu. Bei den 16- bis 18-Jährigen scheinen Stress und Schlafproblem zugenommen zu haben, und mehr als ein Viertel gaben an, Hilfe wegen Traurigkeit zu benötigen. Sowohl von den Jugendlichen der 8. Klasse als auch von den 16- bis 18-Jährigen gaben je 12% an, mit niemandem über psychische Probleme sprechen zu können (z.T. wohl auch infolge bestehender Tabus).

Schlafdefizite sind verbreitet und zeigen gesundheitliche Folgen

Ein Viertel der schulärztlich untersuchten Jugendlichen schläft in der Woche durchschnittlich weniger als acht Stunden pro Nacht und damit definitiv zu wenig. Darunter leidet insbesondere ihr psychisches Befinden. Bei den 16- bis 18-Jährigen gaben gut ein Viertel der Online Befragten an, für ihre Schlafprobleme Hilfe zu benötigen. Schlafprobleme scheinen im Vergleich zu einer Untersuchung von 2002 deutlich zugenommen zu haben.

Der Umgang mit Medien erfordert Aufmerksamkeit

Fast jede/-r siebte Jugendliche gab an, mehr als 25 Stunden pro Woche elektronische Medien zu konsumieren. Und die Vielkonsumenten klagten deutlich häufiger über diverse Probleme wie Schlafdefizite, schlechtes psychisches Befinden oder schlechte schulische Leistungen. Zu beachten ist, dass der hohe Medienkonsum Ursache oder Folge dieser Probleme sein kann.

Verbesserungen beim Suchtmittelkonsum

Der Suchtmittelkonsum hat bei den Jugendlichen der 8. Klasse über die letzten Jahre abgenommen. Auch wenn es in höheren Altersstufen weniger positiv aussieht, ist eine Verschiebung des Konsums auf später angesichts der hohen Vulnerabilität des sich entwickelnden Gehirns wichtig.

Ungleiche Bildungschancen

87% der Schweizer Kinder von höher gebildeten Eltern aber nur 24% der ausländischen Kinder ungelerner Eltern besuchen die Sekundarstufe I auf Sekundarniveau. Letztere sind auch am häufigsten (29%) älter als der Schulstufe entspricht, wurden später eingeschult oder mussten eine Klasse repetieren. Schulische Misserfolgserlebnisse nagen am Selbstvertrauen. Besonders betroffen sind Jungen, die aufgrund ihres durchschnittlich etwas langsameren Entwicklungstempos und ihren stärker nach aussen gerichteten Verhaltensauffälligkeiten in den Klassen für besondere Förderung oder den Realklassen deutlich übervertreten sind. 15% der Jungen mit Migrationshintergrund schafften im Sommer 2015 den Übergang in die nachobligatorische Bildung nicht ohne weiteres und standen bei Schulaustritt ohne Anschlusslösung da.

Ungleiche Gesundheitschancen – das Übergewicht als Beispiel

Jede/-r fünfte Jugendliche in der 8. Klasse ist übergewichtig oder adipös. Und die Unterschiede nach Bildung der Eltern sind enorm: 11% der Kinder höher gebildeter Eltern und 34% der Kinder ungelerner Eltern sind übergewichtig. Die Ursachen für diese Ungleichheit sind vielschichtig. Jugendliche aus sozio-ökonomisch benachteiligten Familien haben weniger Zugang zu regelmässigen Sportangeboten, sie nehmen seltener ein Frühstück oder Znüni zu sich, und sie konsumieren mehr elektronische Medien. Sie kämpfen daneben öfter mit einer belasteten Familiensituation, schlechten schulischen Leistungen und den Herausforderung der Berufswahl, alles Herausforderungen, die mit weiteren hier nicht erfassten Auswirkungen von Armut im Alltag zu chronischem Stress führen, mit Einfluss auf den Stoffwechsel und das Essverhalten.

Besondere Herausforderungen für Jugendliche mit Behinderungen, Beeinträchtigungen oder chronischen Krankheiten

Diese Jugendlichen und ihre Familien stehen in allen wichtigen Entwicklungsbereichen der Adoleszenz vor besonderen Herausforderungen (Identitätsentwicklung, Übergang in die nachobligatorische Bildung, Ablösung von den Eltern, Integration in die Gruppe Gleichaltriger etc.). Wichtig ist, dass sie auch in der nachobligatorischen Bildung die nötigen Unterstützungsmassnahmen (technische Hilfsmittel, Nachteilsausgleich etc.) unkompliziert erhalten.

6. Massnahmen

Die Gesundheit unserer Jugendlichen ist ein kostbares Gut. In ihre Gesundheit zu investieren ist aus verschiedenen Gründen besonders wichtig: Eine gute körperliche, psychische und soziale Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität und eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Den Jugendlichen wird in den Teenagerjahren, nebst der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, in verschiedenen Bereichen viel abverlangt. Die Gesundheit ist entscheidend, damit diese Bewältigung und ein guter Übergang ins Erwachsenenleben gelingen. Die Jugendlichen sind hier auf ressourcenstärkende Massnahmen angewiesen.

Gesundheitlich bedeutsame Verhaltens- und Lebensstile entwickeln und verfestigen sich im Laufe der Sozialisation bereits früh, insbesondere im Jugendalter. Die Förderung der Gesundheits- und Lebenskompetenz muss daher in diesem Alter einen hohen Stellenwert erhalten. Dies umso mehr, als die Jugendlichen auch die künftigen Eltern sind und ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten die Gesundheit ihrer Kinder dereinst stark beeinflussen wird.

Viele Faktoren beeinflussen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Insbesondere spielen sozio-ökonomische Benachteiligungen oder der Bildungshintergrund der Familien eine wichtige Rolle. Daher sind multimodale Interventionen sinnvoll, die verschiedene Einflussfaktoren und Kontexte (z.B. Familie, Schule, Quartier) einbeziehen und interdisziplinär vorgehen.

Der Gesundheitsdienst der Stadt Bern leistet zusammen mit den Schulen und weiteren Dienststellen mit medizinischen, sozialen, pädagogischen, gesundheitsfördernden und suchtpreventiven Massnahmen einen wichtigen Beitrag für die gesunde Entwicklung von Schülerinnen und Schülern. Darauf ist aufzubauen, um die guten gesundheitlichen Ressourcen bei 70 – 90% der Jugendlichen zu erhalten, zu fördern und zu stärken.

Eine Minderheit von 10 – 30% der Jugendlichen leidet allerdings an erheblichen gesundheitlichen Problemen. Bei ihnen soll gezielt angesetzt werden, um Verbesserungen zu erzielen und die Ungleichheit bezüglich Bildungs- und Gesundheitschancen zu reduzieren

Bei den vorgeschlagenen Massnahmen wird prioritär auf die Anpassung, auf neue Erkenntnisse und Gegebenheiten, sowie die Weiterentwicklung und Optimierung bestehender Angebote gesetzt. Tabelle 23 gibt einen Überblick über die vorgeschlagenen Massnahmen.

Tabelle 23: Vorgeschlagene Massnahmen

Themenfeld	Massnahmen
1) Bildungs- und Gesundheitschancen für Benachteiligte verbessern	1A) Die Frühförderung primarno als flächendeckendes Regelangebot der Stadt Bern sichern
	1B) Zugang zu auserschulischen Lernmöglichkeiten in Sport- und Freizeitangeboten sowie zum Velo als gesundheitsförderndes Verkehrsmittel bedarfsgerecht verbessern
	1C) Die Stärkung bestehender Angebote des Trägervereins für die offene Jugendarbeit der Stadt Bern TOJ als konstant verfügbare, bekannte und niederschwellig zugängliche Angebote prüfen
	1D) Jugendliche mit Behinderungen und Beeinträchtigungen bezüglich der Versorgung mit Unterstützungsmassnahmen – z.B. Nachteilsausgleich - gut beraten
2) Jugendliche mit psychosozialen Belastungen unterstützen	2A) Ressourcen der Schulsozialarbeit an erhöhte Schülerinnen und Schülerzahlen und Vorgaben des Kantons anpassen
	2B) Ressourcen des schulärztlichen Dienstes an die erhöhten Schülerinnen- und Schülerzahlen anpassen und so die erforderlichen Dienstleistungen für die Jugendlichen sicherstellen
	2C) Gesundheits- und Lebenskompetenzen durch in den Schulalltag integrierte Gesundheitsförderung stärken
	2D) Das Angebot „DuSeischWoDüre“ bedarfsgerecht ausbauen
3) Verbreitete Schlafdefizite reduzieren	3A) Für das Thema Schlaf und die Auswirkungen von Schlafdefiziten im schulärztlichen Dienst mit einer Kampagne sensibilisieren
	3B) An die Jugendlichen angepasste morgendliche Schulanfangszeiten prüfen und das Ergebnis dem Gemeinderat mit entsprechenden Anträgen zum Beschluss unterbreiten
4) Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe stärken	4A) In städtischen Dienststellen für Familien die Information über den Elternnotruf als niederschwellig zugängliche Beratungs- und Triagestelle optimieren
	4B) Elternanlässe als fester Bestandteil in die schulischen Gesundheits- und Lebenskompetenzförderung integrieren
	4C) Elternworkshops zu aktuellen Themen in Zusammenarbeit mit Schulen und Elternräten anbieten

6.1. Bildungs- und Gesundheitschancen für Benachteiligte verbessern

Die vorliegenden Daten bestätigen, dass die Gesundheits- und Bildungschancen ungleich verteilt sind. Sozio-ökonomisch benachteiligte Jugendliche nehmen so beträchtliche Benachteiligungen mit ins Erwachsenenalter, die sich auch langfristig auswirken werden, sowohl auf das künftige Armutsrisiko als auch auf das Risiko für chronische und psychische Krankheiten. Diese Benachteiligung betrifft einen relevanten und zunehmenden Anteil der Jugendlichen. Nebst der ethischen Verpflichtung zur Sicherung von Chancengerechtigkeit besteht also auch ein wirtschaftliches Interesse, mit geeigneten Massnahmen die Chancenungleichheit zu vermindern.

Zentrale Ansatzpunkte zum Ausgleich von Benachteiligungen sind die frühe Förderung, das Verbessern von Zugängen zu bestehenden schulischen und ausserschulischen Angeboten sowie die Integration der Gesundheitsförderung in den Schulalltag. So können die für eine gute, gesunde Entwicklung notwendigen Gesundheits- und Lebenskompetenzen aufgebaut werden.

Bildungschancen können früh am wirksamsten verbessert werden. Mit der **primano Frühförderung** hat die Stadt Bern ein wissenschaftlich evaluiertes, wirksames Programm. Alle Kinder können profitieren, aber das Programm legt den Fokus auf sozio-ökonomisch benachteiligte Kinder, die bezüglich Bildungschancen am meisten benachteiligt sind. Das Programm wird seit 2013 stadtweit umgesetzt, teilweise noch in einem mit Drittmitteln finanzierten Folgeprojekt. Die Überführung in ein gesamtstädtisches Regelangebot ist für 2017 vorgesehen.

Die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Schule und ausserschulischen Angeboten für Jugendliche im Rahmen einer **Bildungslandschaft** können Jugendlichen wichtige ausserschulische Lernfelder erschliessen. Die Schulnähe von Angeboten schafft Vertrauen, und die Schule kann Impulse setzen, um Jugendliche zur Teilnahme an diesen Angeboten zu motivieren. Dies ist insbesondere für Mädchen wichtig. Eine erste Bildungslandschaft Bern West orientiert sich an den Übergängen Vorschule – Basisstufe – Unterstufe. Eine weitere Bildungslandschaft mit Fokus auf den Übergang zwischen Sekundarstufe I und II könnte sehr sinnvoll sein.

Die bestehenden sozio-kulturellen Angebote der Trägerschaft der offenen Jugendarbeit (TOJ) sind in den Stadtteilen langjährig vorhanden, bekannt, vertraut und niederschwellig zugänglich. Zu prüfen ist, wie diese Angebote gestärkt und, ausgehend von bestehenden Konzepten, mit weiteren Angeboten für schulisches Lernen ergänzt werden könnten. Hausaufgaben können aufgrund unterschiedlicher Unterstützungsmöglichkeiten in der Familie die Ungleichheit der Bildungschancen zusätzlich erhöhen. Mit dem Ziel gerechter Bildungschancen sollten sie daher abgeschafft oder stark reduziert werden. Dies liegt nicht in der Kompetenz der Stadt, und so bleibt vorderhand, mit einer möglichst guten Unterstützung der am meisten benachteiligten Jugendlichen, für einen Ausgleich zu sorgen.

Der **Zugang zu regelmässigen Sport- oder Bewegungsangeboten sowie zum Velo als bewegungsfreundliches Verkehrsmittel** muss für sozio-ökonomisch benachteiligte Jugendliche (insbesondere Mädchen und Jugendliche in den Schulkreisen im Bern West) verbessert werden. Zu prüfen ist, ob das Sportangebot im schulischen Umfeld ausgeweitet oder ob bestehende Angebote besser mit den Schulen vernetzt werden können. Mit vertieften Analysen der schulärztlichen Daten können Sportamt und Gesundheitsdienst hier als nächstes weitere Erkenntnisse gewinnen, um Massnahmen dort zu ergreifen, wo sie am meisten benötigt werden. Je nach Ergebnis dieser Analyse wären mittelfristig als Alternative für armutsbetroffene Jugendliche allenfalls Massnahmen zur Kostenvergünstigung z.B. von Mitgliederbeiträgen in Sportvereinen oder

von Kursgeldern zu prüfen. Mit der Veloskills-Tour des Sportamts, welche nächstes Jahr in den Schulstandorten der Primarstufen halt machen wird, ist zu hoffen, dass dank mehr Geschicklichkeit, Sicherheit und Freude mit dem Velo auch Schülerinnen und Schüler der Mittelstufe I vermehrt das Velo als Verkehrsmittel nutzen und damit einen aktiven Beitrag zu ihrer Gesundheit leisten werden. Welche zusätzlichen Massnahmen zur Förderung des Velos als Verkehrsmittel auf der Oberstufe ergriffen werden könnten, muss vertieft analysiert werden.

Die **Gesundheitsförderungsmassnahmen zur Stärkung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen** sollen weitergeführt werden, um den Jugendlichen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Themen wie Schlaf, Umgang mit Stress und den neuen Medien, Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit und Unterstützungsangebote können im Unterricht thematisiert und mit Massnahmen zur praktischen Umsetzung im Schulalltag ergänzt werden. Die Verankerung in der Lebenswelt Schule, mit dem Bezug zum Alltag, stellt sicher, dass auch sozioökonomisch benachteiligte Jugendlichen profitieren können (siehe Massnahme 2C).

Die **Umsetzung der UNO-Behindertenrechtskonvention** und die Anpassungen der Rahmenbedingungen zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile hat für Jugendliche mit Behinderungen eine grosse Bedeutung. Hier kann der schulärztliche Dienst Eltern, Jugendliche und Schulleitungen in der Umsetzung beraten und unterstützen, z.B. bezüglich Nachteilsausgleich.

Massnahmen	Nächste Schritte	Frist	Kosten
Massnahme 1A Die Frühförderung primano als flächendeckendes Regelangebot der Stadt Bern sichern	Genehmigung der erforderlichen zusätzlichen Mittel gemäss Budget 2017 und IAFP 2017-2020	1.1.2017	Fr. 310 000.00 pro Jahr
Massnahme 1B Zugang zu ausserschulischen Lernmöglichkeiten in Sport- und Freizeitangeboten sowie zum Velo als gesundheitsförderndes Verkehrsmittel bedarfsgerecht verbessern	Prüfung des Aufbaus einer weiteren Bildungslandschaft mit Fokus Jugendliche und Übergang zwischen Sekundarstufe I und II. Vertiefte Analyse von Zugangshindernissen zu Sportangeboten und zum Velo als Verkehrsmittel (Mädchen, einzelne Schulkreise) und Prüfung bedarfsgerechter Massnahmen für Zielgruppen mit dem schlechtesten Zugang. Förderung der Geschicklichkeit und der Sicherheit mit dem Velo auf der Primarstufe mit der Veloskills-Tour	31.12.2018 31.12.2017	Kosten der aktuellen Bildungslandschaft Bern West Fr. 15 000.00 pro Jahr zuzüglich Projektbeitrag der Jacobs Foundation für die Projektphase von Fr. 20 000.00 pro Jahr. Rund Fr. 35 000.00 pro zusätzlichem Standort einer Bildungslandschaft Keine Zusatzkosten, im Rahmen des Budgets des Sportamts

<p>Massnahme 1C</p> <p>Die Stärkung bestehender Angebote des TOJ als konstant verfügbare, bekannte, vertraute und niederschwellig zugängliche Angebote prüfen</p>	<p>Prüfung der Möglichkeiten, die sozio-kulturellen Angebote des TOJ mit Angeboten zum schulischen Lernen weiter zu ergänzen (anknüpfend an die Infotheken).</p>	31.12.2017	<p>Im Rahmen des Leistungsvertrags der Stadt mit dem TOJ umzusetzen</p>
<p>Massnahme 1D</p> <p>Jugendliche mit Behinderungen und Beeinträchtigungen bezüglich Versorgung mit Unterstützungsmassnahmen – z.B. Nachteilsausgleich - gut beraten.</p>	<p>Konsequente Umsetzung des Nachteilsausgleichs und Unterstützung der Jugendlichen, Eltern und Schulleitungen in der Umsetzung</p>	laufend	<p>Keine; Unterstützung im Rahmen der schulärztlichen Tätigkeit</p>

6.2. Jugendliche mit psychosozialen Belastungen unterstützen

Jugendliche mit psychosozialen Belastungen und Problemen können grundsätzlich auf zwei Arten unterstützt werden: (1) durch niederschwellig erreichbare Beratungsangebote, die ihnen bekannt sind und (2) durch die Stärkung ihrer Lebenskompetenzen.

Während junge Leute mit externalisierenden Störungen wie Hyperaktivität oder regelverletzendem Verhalten in der Schule rasch auffallen, weil sie ‚Probleme machen‘, fällt es jungen Menschen mit internalisierenden Störungen wie Ängsten oder depressiven Verstimmungen oft schwerer, Eltern und Lehrpersonen auf ihre Not aufmerksam zu machen. Viele von ihnen erscheinen äusserlich ruhig und angepasst, sie sprechen nicht gerne über ihre Schwierigkeiten und schämen sich vielleicht sogar dafür. Dass 10-15% der Jugendlichen mit niemandem über psychische Probleme sprechen können, zeigt den Handlungsbedarf, der hier auch bei den 16- bis 18-Jährigen besteht. Für die Sensibilisierung und Beratung von Schule, Jugendlichen und Eltern im Umgang mit psychosozialen Belastungen braucht es niederschwellig erreichbare und gut bekannte Ansprechpersonen.

Die **Schulsozialarbeit** ist vor Ort in den Schulen tätig und kann einfach von den Schülerinnen und Schülern aufgesucht werden. Sie kann für Probleme jeglicher Art aufgesucht werden und triagiert gegebenenfalls weiter. Damit die Schulsozialarbeit an allen Schulstandorten mit Sekundarstufe I präsent sein kann, braucht es die für 2017 geplante Ressourcenaufstockung.

Der **schulärztliche Dienst** (SäD) lädt alle Jugendlichen der 8. Klasse zur schulärztlichen Untersuchung ein und die Jugendlichen haben in diesem Alter Anrecht auf ärztliche Schweigepflicht. Der vorliegende Bericht zeigt, wie die Jugendlichen diese Möglichkeit nutzen und sich auch bezüglich sensibler Themen öffnen. In der Stadt Bern fehlt eine medizinisch orientierte Jugendsprechstunde, wie sie in anderen Städten vorhanden ist. Der schulärztliche Dienst hat hier daher eine besondere Bedeutung als Anlaufstelle. Wegen der rasch steigenden Schülerinnen- und Schülerzahlen müssen die Ressourcen angepasst werden, um die Versorgung weiterhin zu gewährleisten.

Die **Förderung von Lebenskompetenzen** gilt derzeit als erfolgreichster Einzelansatz in der ressourcenorientierten Gesundheitsförderung und Suchtprävention⁹². Lebenskompetenztrainings zielen auf die Förderung psychosozialer Fertigkeiten, die Jugendliche befähigen, Anforderungen und Schwierigkeiten des täglichen Lebens erfolgreich zu bewältigen und angemessene Kontakte mit Mitmenschen zu haben. Lebenskompetent ist danach, wer sich selbst gut kennt und mag, Einfühlungsvermögen zeigt, kritisch und kreativ denkt, kommunizieren und Beziehungen führen kann, überlegte Entscheidungen trifft, erfolgreich Probleme löst, sowie Gefühle und Stress bewältigen kann. Die Jugendlichen sollen mit Hilfe von Interventionen lernen, ihr Leben ohne Zuflucht zu riskanten Verhaltensweisen zu bewältigen. Die Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen wird meist kombiniert mit einer themenspezifischen Komponente, wie etwa der Vermittlung von gesunden Ernährungsgewohnheiten, dem Umgang mit Stress oder eines guten Umgangs mit den digitalen Medien. Damit die Angebote des Gesundheitsdienstes ihre Wirkung entfalten können und von den Schulen als Unterstützung erlebt werden, müssen sie möglichst gut in den Schulalltag integriert und im Sinne eines Curriculums aufeinander aufbauend und wiederkehrend angeboten werden.

Das **Gesundheitsförderungsprogramm „Du seisch wo düre“** erweist sich seit Jahren als wirksames Lebenskompetenztraining, um Jugendliche aus Realklassen und Klassen mit besonderer Förderung in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken und sie zum Angehen nötiger Schritte zu ermutigen, sei es im Hinblick auf die Lehrstellensuche, die Aufarbeitung schulischer Lücken, oder auf das Angehen persönlicher Probleme. Das Programm kann bei weitem nicht flächendeckend angeboten werden und soll als wichtige Massnahme der beruflichen Integration von schulisch schwächeren Jugendlichen wieder mehr Klassen angeboten werden können.

Massnahmen	Nächste Schritte	Frist	Kosten
Massnahme 2A Ressourcen der Schulsozialarbeit an erhöhte Schülerinnen- und Schülerzahlen und Vorgaben des Kantons anpassen	Die Budgetanpassung ist eingegeben und die Arbeiten zur optimalen Ressourcenverteilung unter den Schulstandorten ist in Gang	SJ 2017/18	Fr. 311 000.00 (im Budget 2017 eingestellt)
Massnahme 2B Ressourcen des schulärztlichen Dienstes an die erhöhten Schülerinnen- und Schülerzahlen anpassen und so die erforderlichen Dienstleistungen für die Jugendlichen sicherstellen	Aufnahme der zusätzlichen Kosten in den IAFP 2018-2021	November 2016	Noch zu ermitteln
Massnahme 2C Gesundheits- und Lebenskompetenzen durch in den Schulalltag integrierte Gesundheitsförderung stärken	Pilotierung eines Curriculums zum Thema Stress, neue Medien und Schönheitsideale. Auswertung und Verbreitung von Beispielen guter Praxis	SJ 2016/17	Vorhandene Ressourcen der Gesundheitsförderung an Schulen
Massnahme 2D Das Angebot „DuSeischWoDüre“ bedarfsgerecht ausbauen	Das Angebot wird von 26 Gruppen im Jahr 2016 auf 40 Gruppen im Jahr 2018 ausgebaut.	Ab 1.1.2017	Mehrkosten im Umfang von insgesamt Fr. 50 000.00, davon bereits Fr. 15 000.00 im Budget 2017 eingestellt

⁹² Pinquart, M. & Silbereisen, R.K. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. In Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2014). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Bern: Hans Huber. S. 70–78.

6.3. Die verbreiteten Schlafdefizite reduzieren

Die Schlafdefizite bei einem so hohen Anteil der Jugendlichen sind aufgrund der kurz- mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen alarmierend und erfordern Massnahmen auf zwei Ebenen:

- **Die Sensibilisierung und Information** über die Wichtigkeit von genügend Schlaf und die Beratung von Jugendlichen mit Schlafproblemen durch den schulärztlichen Dienst.
- Die **Anpassung des morgendlichen Schulbeginns** an die veränderte Schlafphysiologie der Jugendlichen: Hier gibt es Hinweise, dass sich eine solche Anpassung auch bei den Berner Jugendlichen positiv auswirkt. Es gilt die Erfahrungen aus dem laufenden Schuljahr auszuwerten und Lösungen für notwendige Anpassungen im schulischen Umfeld zu suchen, um den späteren Schulbeginn dann möglichst breit umsetzen zu können.

Massnahmen	Nächste Schritte	Frist	Kosten
Massnahme 3A Für das Thema Schlaf und die Auswirkungen von Schlafdefiziten durch den schulärztlichen Dienst mit einer Kampagne sensibilisieren	Erarbeitung entsprechender Informationsmaterialien und Konzipierung von Unterrichtssequenzen im Rahmen der Vorstellung der schulärztlichen Untersuchungen	März 2017	Ca. Fr. 3 000.00 für Informationsmaterial Wird im Rahmen des Globalbudgets finanziert.
Massnahme 3B An die Jugendlichen angepasste morgendliche Schulanfangszeiten prüfen und das Ergebnis dem Gemeinderat mit entsprechenden Anträgen zum Beschluss unterbreiten	Auswertung erster Erfahrung und Erarbeitung notwendiger Lösungen und Anpassungen im Umfeld (z.B. mit Sportvereinen).	Frühestens ab Schuljahr 2018/19 mit der Umstellung auf den Lehrplan 21	Keine Zusatzkosten

6.4. Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe stärken

Eltern bleiben die wichtigsten Bezugs- und Unterstützungspersonen für die Jugendlichen, was im manchmal stürmisch ablaufenden Entwicklungsprozess der Eltern-Kind-Beziehung in der Adoleszenz leicht vergessen geht. Die Eltern verdienen daher die nötige Wertschätzung, aber auch Unterstützung und Stärkung in ihren erzieherischen Herausforderungen. Dabei gilt es, die Grenzen und Möglichkeiten von Eltern in prekären Lebenssituationen zu beachten.

Eltern sollen früh und niederschwellig unterstützt werden wenn sie zur Bewältigung einer herausfordernden Erziehungssituation oder für eigene psychische Probleme ein Gespräch mit einer Fachperson benötigen. Es gibt etliche Angebote für Eltern (Elternnotruf, Erziehungsberatung, Angebote für psychisch kranke Eltern, BEGES etc.). Zudem stehen Schulsozialarbeit und schulärztlicher Dienst auch Eltern als Anlaufstellen zur Verfügung. Für Eltern in Not kann es jedoch eine Überforderung sein, aus dieser Palette von Angeboten das richtige zu finden. Der vom Kanton Bern unterstützte Elternnotruf kann Eltern rund um die Uhr beraten und ggf. eine Überweisung zu lokalen Fachstellen veranlassen. Die Stadt kann dazu beitragen, dass der Elternnotruf noch besser bekannt gemacht wird. Zu prüfen ist daher, wie die Bekanntmachung des Elternnotrufs als Anlaufstelle verbessert werden kann.

In der Adoleszenz bietet die schulische Gesundheitsförderung gute Möglichkeiten durch ergänzende **Elternanlässe** zu einem konkreten Thema, die Eltern für die Bedeutung ihrer Erziehung und Begleitung der Jugendlichen zu sensibilisieren und mit ihnen Möglichkeiten der Umsetzung im Alltag zu entwickeln. Solche Elternanlässe können als integrierender Bestandteil von Themenschwerpunkten in der Gesundheits- und Lebenskompetenzförderung aufgenommen werden.

Darüber hinaus können aktuelle Erziehungsthemen in Zusammenarbeit mit Elternräten im Rahmen von **Elternworkshops** oder anderen zeitgemässen Formen der Elternarbeit aufgegriffen werden. Die Anlässe können so gestaltet sein, dass die Umsetzung auch auf andere Themen übertragen werden kann. Als erstes soll dies anhand des Themas „Stress mit den neuen Medien, Stress mit der Ernährung“ angeboten werden.

Massnahmen	Nächste Schritte	Frist	Kosten
Massnahme 4A In städtischen Dienststellen für Familien die Information über den Elternnotruf als niederschwellig zugängliche Beratungs- und Triagestelle optimieren	Optimierung der Information über den Elternnotruf an städtischen Dienststellen für Familien.	SJ 2017/18	Keine
Massnahme 4B Elternanlässe als fester Bestandteil in die schulischen Gesundheits- und Lebenskompetenzförderung integrieren	Pilotierung von Angeboten zu den Themen digitale Medien, Schönheitsideale und Umgang mit Stress. Verbreitung von Beispielen guter Praxis.	SJ 2016/17 SJ 2017/18	Vorhandene Ressourcen der Gesundheitsförderung an Schulen
Massnahme 4C Elternworkshops zu aktuellen Themen in Zusammenarbeit mit Schulen und Elternräten anbieten	Konzipierung und Bereitstellung entsprechender Angebote mit den verschiedenen Fachbereichen im Gesundheitsdienst	SJ 2017/18	Vorhandene Ressourcen der Gesundheitsförderung an Schulen

