

Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich

Datenlage und Forschungsergebnisse

Liliane Pfister
Roger Keller
Theres Bauer
Emilie Achermann

Zürich, Oktober 2015

Kontaktdaten:

Pädagogische Hochschule Zürich
Zentrum Inklusion und Gesundheit in der Schule
Liliane Pfister
Lagerstrasse 2
8090 Zürich
liliane.pfister@phzh.ch
www.phzh.ch

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit	6
3	Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich	8
3.1	Soziale Lage der Kinder und Jugendlichen	8
3.1.1	Alter und Geschlecht	8
3.1.2	Nationalität	8
3.1.3	Einkommen der Eltern	9
3.1.4	Bildung	9
3.2	Psychosoziales Umfeld	10
3.2.1	Soziale Unterstützung	10
3.2.2	Familiensituation	11
3.2.3	Freundschaften	11
3.2.4	Schule: Zufriedenheit, Stressempfinden und Schwänzen	11
3.2.5	Mobbing und Gewalt	12
3.3	Gesundheitsverhalten	12
3.3.1	Ernährung	13
3.3.2	Körperbild und Gewichtsregulation	13
3.3.3	Bewegung und Sport	14
3.3.4	Weitere Freizeitaktivitäten und Medienkonsum	14
3.3.5	Sexualität und Verhütung	15
3.3.6	Allgemeines Schutzverhalten	15
3.3.7	Substanzkonsum	16
3.3.8	Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	17
3.4	Gesundheitszustand	18
3.4.1	Körperliche Gesundheit	18
3.4.2	Psychosoziale Gesundheit	21
4	Zusammenfassung	23
5	Fazit	26
6	Literaturverzeichnis	29

1 Einleitung

Obwohl sich die Gesundheit und die Lebenserwartung in der Bevölkerung insgesamt stetig verbessert, zeigen sich immer noch erhebliche Benachteiligungen bei sozial schlechter gestellten Personen (Naidoo und Wills 2010, Richter und Hurrelmann 2009). Dieser Zusammenhang zeigt sich auch in verschiedenen Untersuchungen in der Schweiz (Stamm und Lamprecht 2009). Durch die unterschiedliche Verteilung von Ressourcen und Belastungen kommt es zu Unterschieden in der gesundheitlichen Beanspruchung sowie zu Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung (Kickbusch und Engelhardt 2009). Die Benachteiligungen erfolgen über unterschiedliche Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie über unterschiedliche Handlungsorientierungen und Bewältigungsstrategien. Personen aus tieferen sozialen Schichten zeichnen sich häufiger durch ein geringeres Gesundheitsbewusstsein und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten aus (Lamprecht, König, und Stamm 2006).

Bereits im Kindes- und Jugendalter haben Armut und soziale Benachteiligung erhebliche negative Konsequenzen für die gesundheitliche Entwicklung. Erklärungen sind u.a. in der Einkommenssituation des Haushaltes, dem elterlichen Erziehungsstil, den Erfahrungen in der Gleichaltrigengruppe oder den sozialen und personalen Ressourcen der Heranwachsenden zu finden (Lampert und Richter 2009).

Die gesundheitliche Chancengleichheit ist ein prioritäres Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und eines der vier Handlungsfelder der gesundheitspolitischen Prioritäten des Schweizerischen Bundesrates bis zum Jahr 2020 (WHO 2012, BAG 2013). Mit gesundheitlicher Chancengleichheit ist gemeint, dass alle Menschen die gleichen „gesellschaftlichen Möglichkeiten haben sollen, ein langes und gesundes Leben zu führen. Gesundheitliche Ungleichheit, die sich aus den sozialen Merkmalen einer Person ergibt, ist ein Verstoss gegen das Chancengleichheitspostulat“ (Lamprecht, König, und Stamm 2006, S. 30).

Zur Beschreibung von gesundheitlicher Ungleichheit werden soziale Merkmale einer Person bzw. einer Gruppe herangezogen. Diese Merkmale beziehen sich entweder auf die vertikale Gliederung der Gesellschaft (sozioökonomische Merkmale, meistens gemessen über Beruf, Bildung und Einkommen¹) oder die horizontale Gliederung (Merkmale, die quer zu den sozioökonomischen Statusgruppen stehen, z.B. Alter, Geschlecht, Migration, Familiengrösse oder Wohnort) (Richter und Hurrelmann 2009). In der neueren Ungleichheitsforschung wird häufig der Begriff „Soziale Lage“ verwendet, um bei der Beschreibung von Gruppen Merkmale der vertikalen und horizontalen Gliederung zu kombinieren (Stamm und Lamprecht 2009).

Der vorliegende Bericht ist Teil des Gesamtprojekts „Gesundheit für alle“ der Pädagogischen Hochschule Zürich. Dieses möchte einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit leisten. Es richtet den Fokus auf Kinder und Jugendliche im Kanton Zürich. Ziel des Projekts ist zu klären, welches Wissen und welche Erfahrungen im Kanton Zürich in Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit bei Kindern und Jugendlichen vorhanden sind. Ausserdem wird der Frage nachgegangen, wie die Gesundheitsförderung in der Schule ausgerichtet sein muss, damit sie wirksam zum gesunden Aufwachsen aller Kinder beitragen kann.

Um gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren ist es notwendig zu wissen, wo Ungleichheiten bestehen und welches deren Entstehungsbedingungen sind. So beschreiben Richter, Ackermann, Moor, und Cantoreggi (2011) für die Forschung und Praxis zur ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen drei zentrale Herausforderungen: Die *Beschreibung*, die *Erklärung* und die *Reduktion* gesundheitlicher Ungleichheit.

Ziel dieses Berichts ist es, auf der Basis der verfügbaren sozialepidemiologischen Daten einen Beitrag zur *Beschreibung* von Art und Ausmass gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen im Kanton

¹ Bei Kindern und Jugendlichen wird beispielsweise die Bildung und das Einkommen der Eltern oder Schulstufe der Kinder und Jugendlichen verwendet.

Zürich zu leisten. Hierfür wird zuerst ein Überblick über die Datenlage und identifizierte Forschungslücken zu Gesundheitsdaten von Kindern und Jugendlichen gegeben. Danach folgt in Kapitel 3 die Beschreibung von gesundheitlichen Ungleichheiten von Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich, indem Unterschiede bezüglich psychosozialem Umfeld, Gesundheitsverhalten sowie Gesundheitszustand nach Merkmalen der sozialen Lage (Bildung, Migrationshintergrund, Einkommen der Eltern, Alter und Geschlecht) zusammengestellt werden. Kapitel 4 enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Befunde und im Fazit in Kapitel 5 werden die Datenlage nochmals kritisch reflektiert und offenen Forschungsfragen formuliert.

2 Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit

Für den Kanton Zürich existieren hauptsächlich drei Datenquellen zur Beschreibung verschiedener Aspekte der Gesundheit von Kindern und insbesondere von Jugendlichen:

- Die kantonalen Auswertungen der internationalen Studie *Health Behaviour for School Aged Children* (HBSC) geben Auskunft über 11- bis 15-jährige Jugendliche aus dem Kanton Zürich. Im Rahmen der nationalen HBSC-Studien wurden Klassen zufällig ausgewählt und die Befragung durch die Lehrperson in der Klasse durchgeführt. 2010 beträgt die Stichprobengrösse $N=1380$ (706 Mädchen, 674 Jungen) (Rohrbach 2011). Die Stichprobengrösse aus dem Jahr 2014 umfasst $N=1736$ Personen (857 Mädchen, 879 Jungen) (Kretschmann, Archimi, Windlin, Eichenberger, Bacher, und Delgrande Jordan 2015).
- Zwei Studien - mit teilweise unterschiedlichen Schwerpunkten - der Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich aus den Schuljahren 2007/2008 (Pini Züger 2008) und 2012/2013 (Baselice, Behringer, Berger, Edler, Forster, Frey, Honegger Schnyder, Hunold, Papandreou, Schmitt Oggier, und Wettach 2013), die im Rahmen der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung stattfanden, liefern Daten zur Gesundheit und zum Lebensstil von Zürcher Jugendlichen der zweiten Oberstufe (Durchschnittsalter liegt bei 14 Jahren). Die Stichprobengrösse lag im Jahr 2007/2008 bei $N=1652$ (Pini Züger 2008) und im Jahr 2010/2011 bei $N=1420$ Schüler/-innen (Baselice et al. 2013).
- Publikationen des Instituts für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich (ehem. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, ISPM). Diese stützen sich vorwiegend auf Daten der HBSC-Studie oder der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB; Bundesamt für Statistik, 2013), welche die Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren untersucht. Für die Altersgruppe der 15- und 16-Jährigen lassen sich zwar separate Auswertungen durchführen. Aufgrund der geringen Stichprobengrösse sind jedoch nur beschränkt Aussagen für diese Altersgruppe möglich (ISPM 2002, 2005, 2012, 2013).

Weitere themenspezifische Studien geben Auskunft über einzelne Aspekte der Gesundheit (z.B. Monitoring der Gewichtsdaten (Stamm, Frey, Gebert, Lamprecht, Ledergerber, Staehelin, Stronski Huwiler, und Tschumper 2013b)).

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Unterschiede werden in den folgenden Kapiteln die Daten mehrheitlich der kantonalen HBSC-Studien² (Auswertungen nach Geschlecht und Alter) und den Befragungen des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich (Auswertungen nach Schulniveau, Migrationshintergrund und Geschlecht) entnommen (Baselice et al. 2013, Pini Züger 2008, Rohrbach 2011).

Da nur wenige Daten für Zürcher Kinder und Jugendliche unter 11 Jahren vorhanden sind, werden zusätzlich die Gesundheitsberichte der Städte Bern und Basel hinzugezogen, da diese Befunde Hinweise auf gesundheitliche Unterschiede bei jüngeren Zürcher Kindern liefern können. Im Kindergesundheitsbericht der Stadt Bern wird die Gesundheit von Kindern zwischen 0 und 12 Jahren beschrieben und nach Geschlecht, Nationalität und Bildungsstand der Eltern differenziert (Tschumper 2014). Dem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht von Basel-Stadt werden Daten zur Gesundheit von Kindergarten- und Primarschüler/-innen entnommen, die nach Geschlecht und Nationalität ausgewertet wurden (Hollosi, Steffen, Ledergerber, Schenk, und Basel-Stadt 2010).

In diesen Studien werden teilweise sehr unterschiedliche Aspekte der Gesundheit beschrieben. Ebenso werden – abgesehen von Geschlecht und Alter – meist unterschiedliche soziale Merkmale erhoben. Die Auswahlkriterien für die erhobenen Variablen sind allerdings nur selten ersichtlich.

² Der Bericht basiert im Wesentlichen auf den HBSC-Daten aus dem Jahr 2010. Falls neuere Zahlen aus dem Jahr 2014 vorhanden sind, werden diese im Text verwendet.

Das folgende Rahmenmodell (vgl. Abbildung 1) dient dazu, die in den Studien beschriebenen gesundheitlichen Aspekte thematisch einzuordnen. Es stellt den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit vereinfacht dar und orientiert sich an den Modellen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit von Richter et al. (2011) und Stamm, Fischer, Wiegand, und Lamprecht (2013a). Es zeigt zudem auf, dass die Merkmale sozialer Ungleichheit sowohl direkt, als auch indirekt über die Lebensbedingungen³ und das Gesundheitsverhalten, mit der Gesundheit in Zusammenhang stehen.

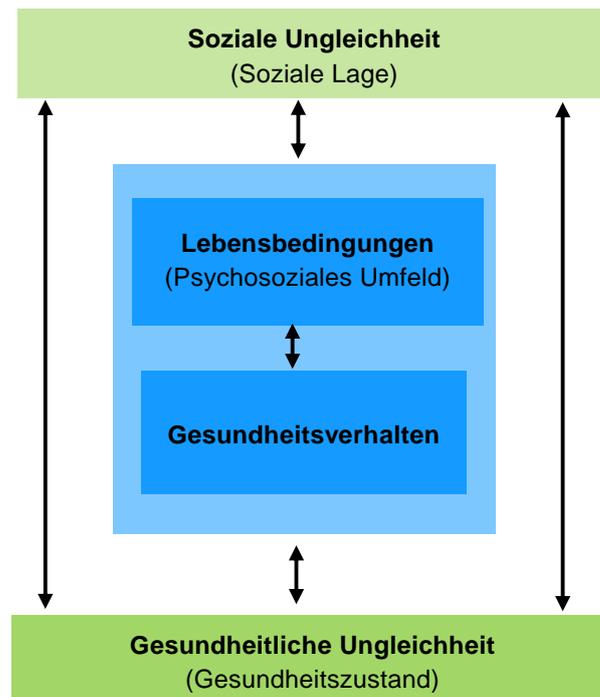


Abbildung 1. Vereinfachtes Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen (Richter et al. 2011, Stamm et al. 2013a).

Schliesslich bleibt anzumerken, dass die im Folgenden zitierten Berichte häufig rein deskriptiv sind, d.h. viele Unterschiede wurden nicht auf ihre statistische Signifikanz geprüft, und Hinweise zu den Effektstärken (Masse für Bedeutsamkeit der Unterschiede) konnten keine gefunden werden. Aus diesem Grund geben die berichteten Unterschiede zwar wichtige Hinweise zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen im Kanton Zürich. Die Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden.

³ Unter Lebensbedingungen werden sowohl psychosoziale als auch materiell/strukturelle Faktoren verstanden. Im vorliegenden Bericht werden auf Grund der vorhandenen Daten nur psychosoziale Faktoren beschrieben.

3 Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich

Wie einleitend erwähnt, werden zur Beschreibung von gesundheitlicher Ungleichheit häufig Merkmale der sozialen Lage einbezogen. Im folgenden Kapitel wird als erstes die soziale Lage der Kinder und Jugendlichen im Kanton Zürich dargestellt. Darauf folgt die Beschreibung der Unterschiede bezüglich psychosozialen Umfeld, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand, jeweils differenziert nach Merkmalen der sozialen Lage (Bildung, Migrationshintergrund, Einkommen der Eltern, Alter und Geschlecht).

3.1 Soziale Lage der Kinder und Jugendlichen

3.1.1 Alter und Geschlecht

Der Anteil Kinder und Jugendlicher im Alter von 0 bis 19 Jahren im Kanton Zürich entsprach in den letzten Jahren konstant rund 15% der Gesamtbevölkerung. Im 2013 zählte der Kanton in dieser Altersgruppe 277'934 Personen (Statistisches Amt des Kantons Zürich 2015):

- 0-4 Jahre: 75'826 Personen (36'835 Mädchen, 38'991 Jungen)
- 5-9 Jahre: 69'018 Personen (33'536 Mädchen, 35'482 Jungen)
- 10-14 Jahre: 65'594 Personen (31'938 Mädchen, 33'656 Jungen)
- 15-19 Jahre: 67'496 Personen (32'814 Mädchen, 34'682 Jungen)

In der Volksschule (Kindergartenstufe, Primarstufe, Sekundarstufe 1) des Kantons Zürich waren im Jahr 2012 insgesamt 131'350 Schüler/-innen registriert: 26'231 im Kindergarten, 38'342 auf der Unterstufe, 37'023 auf der Mittelstufe und 29'754 auf der Sekundarstufe 1 (Bildungsdirektion Kanton Zürich 2013).

3.1.2 Nationalität

Nach Dallinger, Hänsel, Martin, Petter, Habich, und Wettig (2013) kann die gesundheitliche Situation durch psychosoziale Belastungen, die sich aus der Migrationserfahrung und Schwierigkeiten der sozialen Integration ergeben, beeinflusst werden. Entscheidend sind auch kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis, sowie die Verbreitung von Erkrankungen und Risikofaktoren im jeweiligen Herkunftsland. Beim Einfluss des Migrationshintergrundes auf Unterschiede in der Gesundheit muss berücksichtigt werden, dass die Migrationsbevölkerung sehr heterogen ist, z.B. in Bezug auf Herkunftsland, Migrationserfahrung, Aufenthaltsdauer oder Grad der sozialen Integration.

In diesem Abschnitt finden sich Informationen zum Anteil der Zürcher Kinder und Jugendlichen mit ausländischer Nationalität, was jedoch nicht aufzeigt, wie viele Kinder und Jugendliche tatsächlich einen Migrationshintergrund haben.

Im Jahr 2012/2013 betrug der Anteil Nicht-Schweizer/-innen bei den Volksschulkindern (Kindergarten, Primar- und Sekundarstufe I) 24% (Bildungsdirektion Kanton Zürich 2014). 1976 lag dieser Anteil bei rund 19% (Bildungsdirektion Kanton Zürich 2013). Ein etwas differenzierteres Bild zeigt sich in der Stichprobe des Schulärztlichen Dienstes (Baselice et al. 2013). Von den Jugendlichen der 2. Oberstufen besitzen 55% einen Schweizer Pass, 20% ausschliesslich einen ausländischen Pass (20%) und 25% sind Doppelbürger/-innen.

3.1.3 Einkommen der Eltern

Auch das Einkommen kann die Gesundheit auf verschiedenen Ebenen beeinflussen. Zum einen bestimmt es den Zugang zu Bedarfs- und Gebrauchsgütern. Zum andern ist das Einkommen aber auch bedeutsam für die soziale Integration und die soziokulturelle Teilhabe, das psychosoziale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Dallinger et al. 2013).

Von Armut sind in der Schweiz insgesamt 7.6% der Kinder und Jugendlichen betroffen. D.h. sie leben in einem Haushalt, in dem das Einkommen der Eltern/des Elternteils das Existenzminimum unterschreitet (BFS 2012).

Aussagen zur Armut von Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich können dem Sozialbericht des Kantons Zürich aus dem Jahr 2012 entnommen werden (Boruvka, Braun, Bürgi, Dinkel, Frank, Gerber, Gillmann, Gysin, Hofer Kellenberger, Page, Priester, Riesen, Ruch, und Juraté 2013). Dieser führt auf, wie viele Personen bedarfsabhängige Sozialleistungen beziehen, d. h. staatliche Unterstützung erhalten, weil ihr Einkommen unter dem Existenzminimum liegt. Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren weisen mit einer Sozialhilfequote von 5.8% das höchste Sozialhilferisiko auf. Es liegt deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung von 3.2%. 30% der Personen die Sozialhilfe bekommen sind Kinder und Jugendliche. Gemäss den Autorinnen und Autoren des Sozialberichts steht diese Zahl mit dem sehr hohen Sozialhilferisiko der Haushalte von Alleinerziehenden im Zusammenhang (17.6% dieser Haushalte beziehen Sozialhilfe).

Nicht-Schweizer/-innen im Vergleich zu Schweizer/-innen weisen ein deutlich höheres Sozialhilferisiko auf (Sozialhilfequote bei Nicht-Schweizer/-innen 6.1%, bei Schweizer/-innen 2.2%). Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass dies auch auf Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zutrifft (Boruvka et al. 2013).

Weiter wird in manchen Studien die Verfügbarkeit eines eigenen Zimmers als Indikator für den sozioökonomischen Status verwendet (z.B. Pini Züger 2008). Bei den Stadt Zürcher Jugendlichen haben insgesamt 77% der Jungen und 72% der Mädchen ein Zimmer für sich allein. Diesbezüglich zeigen sich Unterschiede nach nationaler Herkunft: So geben 84% der Schweizer Jugendlichen, aber nur 62% der Befragten anderer Nationalität an, ein eigenes Zimmer zu haben.

3.1.4 Bildung

Formale Bildungsabschlüsse sind für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen von zweifacher Bedeutung: Sie sind einerseits entscheidend für die zukünftige Stellung in der Arbeitswelt, entsprechende berufsbezogene Belastungen und Ressourcen sowie für die Einkommenssituation. Andererseits beeinflusst die Bildung das Wissen und die Handlungskompetenzen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen (Dallinger et al. 2013).

Im Kindergarten und in der Primarschule werden noch keine Einstufungen nach Anforderungsprofilen vorgenommen. In der Sekundarstufe 1 erfolgt die Einteilung ins Gymnasium sowie in der Volksschule in die Abteilungen A bis C (A entspricht dem höchsten Anforderungsprofil). Die Anzahl Schüler/-innen die das Gymnasium besucht, liegt seit Beginn der 2000-Jahre bei rund 23% (Bildungsdirektion Kanton Zürich 2011a). In der Volksschule waren 2010 von den insgesamt 30'076 Lernenden 53% in der Abteilung A, 40% in der Abteilung B, 6% in der Abteilung C und 1% in besonderen Klassen (Kleinklassen, Einschulungsklassen, Aufnahmeklassen).

Ausserdem zeigt sich, dass auf höherem Leistungsniveau der Anteil männlicher Lernenden (Schüler) und Nicht-Schweizer/-innen kleiner ist (vgl. Abbildung 2). Letzterer Zusammenhang gilt jedoch nicht für jede Nationalität, und ist je nach Herkunftsland unterschiedlich ausgeprägt.

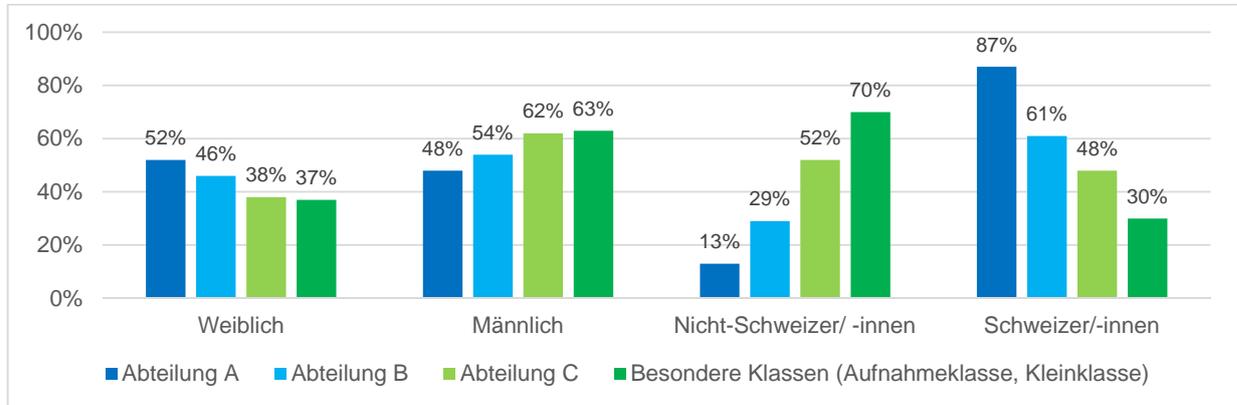


Abbildung 2. Anteil Schüler/-innen der Sekundarstufe 1 nach Anforderungsprofil, Geschlecht und Nationalität (2010) (Bildungsdirektion Kanton Zürich 2011a).

Die Lernstandserhebung zeigt zudem, dass Schüler/-innen je nach sozialer Herkunft (gemessen an der Anzahl der Zimmer in der Wohnung und den Bildungsabschlüssen der Eltern) in den Schultypen unterschiedlich vertreten sind. Sozial benachteiligte Jugendliche sind beispielsweise mit 4% am schwächsten im Langzeitgymnasium und mit 65% am stärksten in der Abteilung C⁴ vertreten (Bildungsdirektion Kanton Zürich 2011b).

3.2 Psychosoziales Umfeld

Soziale Ungleichheit zeigt sich in unterschiedlichen Lebensbedingungen, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen. Sowohl psychosoziale als auch materielle/strukturelle Faktoren der Lebensbedingungen können ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheit beeinflussen (Stamm et al. 2013a, Richter et al. 2011). Aufgrund der vorhandenen Daten werden im Folgenden nur Ergebnisse zum psychosozialen Umfeld aufgeführt. Unterstützende soziale Beziehungen in der Familie und im Freundeskreis sind eine wichtige Ressource. Mobbing und Gewalterfahrungen hingegen können starke Belastungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen darstellen.

3.2.1 Soziale Unterstützung

Gefragt nach Ansprechpersonen, mit denen schlechte Erlebnisse besprochen werden können, nennen Jugendliche am häufigsten ihre Freundinnen und Freunde (91% der Mädchen und 84% der Jungen). Eltern sind ebenfalls wichtige Ansprechpersonen, die Mutter wird von Jungen und Mädchen etwa gleich häufig genannt (70% vs. 67%), der Vater von Jungen häufiger als von den Mädchen (52% vs. 32%). Auch Lehrpersonen und andere Fachpersonen (z.B. Schulärztinnen/Schulärzte oder Schulpsycholog/-innen) werden von 15% der Jugendlichen als Ansprechpersonen angegeben. Dieser Anteil nimmt mit dem Alter zu. 2% der Jugendlichen geben an, mit niemanden über Probleme reden zu können (Baselice et al. 2013).

⁴ Im folgenden Bericht wird nicht von Abteilung A, B oder C gesprochen, sondern von Sek (Sekundarschule) A, B, C, da dieser Begriff in den Berichten des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich verwendet wird.

3.2.2 Familiensituation

Im Kanton Zürich leben 82% der 11-15-jährigen Jugendlichen mit beiden Elternteilen zusammen, 5% in einer Patchworkfamilie, 13% mit einem Elternteil und 1% in einer anderen Familiensituation (Kretschmann et al. 2015, Rohrbach 2011). Belastende Familiensituationen, die im Bericht von Tschumper (2014) jedoch nicht näher ausgeführt werden, zeigen sich in der Untersuchung des Schulärztlichen Diensts der Stadt Bern bei 5.4% der Mädchen und 5.6% der Jungen im Kindergarten und bei 9% der Mädchen und 8% der Jungen in der Primarschule.

3.2.3 Freundschaften

Der Anteil Jugendlicher zwischen 11 und 15 Jahren, die mindestens einen engen Freund oder eine enge Freundin haben, liegt zwischen 94% und 100%, je nach Alter und Geschlecht (Rohrbach 2011). 71% der Stadtzürcher Jugendlichen sind zufrieden mit ihrem Freundeskreis, 24% sind „mittel“ zufrieden. 7% sagen, dass sie wenig Freunde oder Freundinnen an der Schule haben, sich von ihren Mitschülern/-innen nicht verstanden fühlen und keine Unterstützung von ihnen erhalten (Baselice et al. 2013).

3.2.4 Schule: Zufriedenheit, Stressempfinden und Schwänzen

Gefragt, was die Jugendlichen des Kantons Zürich von der Schule halten, geben 81% der 11-jährigen Schüler/-innen an, die Schule einigermaßen oder sehr zu mögen. Die positive Einstellung zur Schule nimmt mit dem Alter stetig ab. So sind es bei den 15-Jährigen noch 72% der Mädchen und 75% der Jungen, die die Schule einigermaßen oder sehr mögen. Gleichzeitig nimmt der Anteil Schüler/-innen, die sich durch die Arbeit für die Schule einigermaßen oder sehr gestresst fühlen, zu: Bei den 11-Jährigen trifft dies auf rund 12% der Mädchen und 22% der Jungen zu. Bei den 15-Jährigen sind 40% der Mädchen und 32% der Jungen einigermaßen oder sehr gestresst (Kretschmann et al. 2015).

In der Stadt Zürich ist gut ein Viertel (26%) der Jugendlichen mit den eigenen schulischen Leistungen sehr unzufrieden und 31% der Jungen und 36% der Mädchen benötigen Hilfe wegen Problemen mit der Schule. Je höher das Schulniveau, desto grösser ist der Anteil Schüler/-innen, die unzufrieden sind mit der eigenen Leistung (Sek A: 27%, Sek B: 25%, Sek C/Sonderklassen: 21%) (Pini Züger 2008).

Mehr als die Hälfte (55%) der Jugendlichen bezeichnen ihr Verhältnis zur Lehrperson als sehr gut bis ausgezeichnet. Jedes zehnte Mädchen (10%) und jeder siebte Junge (14%) schätzt das Verhältnis zur Lehrperson als schlecht bis mässig ein. Ein Viertel der Jugendlichen (Jungen: 29%; Mädchen: 23%) suchen Lehrpersonen auf, wenn sie Rat oder Informationen zur eigenen Gesundheit brauchen, bei den Sek C-/Sonderklassenlernenden sind es etwas mehr als ein Drittel (Pini Züger 2008).

Mädchen schwänzen die Schule leicht häufiger als Jungen: Bei den 15-Jährigen sind es 34% der Mädchen und 32% der Jungen, bei den 14-Jährigen 20% der Mädchen und 16% der Jungen, die im letzten Jahr mindestens einmal die Schule geschwänzt haben (Kretschmann et al. 2015).

In der Befragung der Stadtzürcher Jugendlichen hat jedes dritte Mädchen (31%) und jeder vierte Junge (26%) wenigstens einmal in den letzten zwölf Monaten die Schule geschwänzt. Unterschiede zeigen sich zwischen den Klassentypen und je nach Nationalität. So schwänzten etwas mehr als ein Drittel (36%) der Schüler/-innen der Sek C/Sonderklassen und nur gut ein Viertel (26%) der Sek A-Lernenden die Schule. Lernende anderer Nationalität (30%) und Schweizer/-innen unterscheiden sich kaum (27%) (Pini Züger 2008).

3.2.5 Mobbing und Gewalt

Rund 4% der Schüler/-innen des Kantons Zürich gaben an, in den letzten paar Monaten mehrmals pro Woche schikaniert oder geplagt worden zu sein und 14% der Jungen und 5% der Mädchen wurden während der letzten 12 Monate mindestens einmal geschlagen. Umgekehrt sind es mehr Jungen, die selber schikanieren oder plagen (40% der Jungen und 25% der Mädchen gaben an, andere mindestens einmal während den letzten Monaten geplagt oder schikaniert zu haben) (Kretschmann et al. 2015).

Gemäss Baseline et al. (2013) sind die Zahlen zu Mobbing- und Gewalterfahrungen in der Stadt Zürich ähnlich wie im Kanton Zürich. Zusätzlich wurde der Aspekt des Cybermobbing⁵ erfragt. Es zeigt sich, dass 70% der Jugendlichen kein Cybermobbing erlebt haben (27% waren mindestens einmal mit einer dieser Formen von Mobbing konfrontiert und 3% erfuhren dies einmal bis mehrmals pro Woche) (Baseline et al. 2013).

Bei Gewaltbelastungen zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht, Nationalität und Schulniveau. So geben 2007/2008 doppelt so viele Jungen (20%) als Mädchen (10%) der Stadt Zürich an, dass sie in den letzten 12 Monaten mindestens einmal verprügelt oder geschlagen wurden. Dies trifft bei leicht mehr Schweizer als Nicht-Schweizer Schüler/-innen (15% vs. 14%) und bei mehr Sek C als Sek A-Schüler/-innen zu (26% vs. 11%). Zu Hause passieren solche Vorfälle jedoch häufiger bei Mädchen (10%) als bei Jungen (6%). Neben Geschlechtsunterschieden zeigt sich auch, dass Jugendliche anderer Nationalität und Lernende der Sek C/Sonderschule ein erhöhtes Risiko haben, zu Hause von körperlicher Gewalt betroffen zu sein als Schweizer (andere Nationalität: 16%, CH: 11%) und Sek B-/A-Schüler/-innen (Sek C: 21%, Sek B: 14%, Sek C: 13%) (Pini Züger 2008).

Auch bei der Frage, ob sie von Jugendlichen oder Erwachsenen sexuell unter Druck gesetzt worden sind, bejahen dies tendenziell mehr Mädchen (5-7%) als Jungen (3-4%) (Pini Züger 2008). Schönbacher, Maier, Held, Mohler-Kuo, Schnyder, und Landolt (2011) fanden in Studien zu sexuellem Missbrauch in der Schweiz unterschiedlich hohe Prävalenzen. Diese variierten je nach Definition des Begriffs und Art der Untersuchung. Die Prävalenzraten betragen bei Mädchen bis zu 40% und sind konsistent höher als bei Jungen (bis zu 11%).

An der Ausübung von direkter Gewalt (Schlägereien, Bedrohungen oder Erpressung - direkt oder via Internet -, Stehlen und Sachbeschädigungen) und indirekter Gewalt (in dieser Studie wurde Schikanieren befragt) waren 2007/2008 signifikant mehr Jungen als Mädchen selbst beteiligt. Zudem war dieser Anteil höher bei Befragten mit anderer Nationalität als bei Schweizer/-innen, und höher bei Lernenden der Sek C und Sonderklassen als in Sek A und B-Klassen (Pini Züger 2008).

3.3 Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ist sowohl für die aktuelle Gesundheit als auch für die Gesundheit im Erwachsenenalter bedeutsam, da viele im mittleren und höheren Lebensalter auftretende Krankheiten und Beschwerden auf Verhaltensroutinen in jungen Jahren zurückzuführen sind (Lampert und Richter 2009). In den Berichten sind verschiedene Verhaltensweisen aufgeführt, welche im Folgenden beschrieben werden.

⁵ Bei Chats oder Online-Spielen aus der Gruppe ausgeschlossen werden, blossgestellt oder lächerlich gemacht werden, Drohungen oder andere unangenehme Nachrichten erhalten, üble Nachrede in Form von Beleidigungen oder Gerüchten, Streit.

3.3.1 Ernährung

Gemäss Baselice et al. (2013) ist Ernährung im Kindes- und Jugendalter eine wichtige Komponente für die körperliche und geistige Entwicklung. Eine gesunde Ernährung kann Übergewicht und ernährungsbedingte Krankheiten vorbeugen. Zudem werden in diesem Alter – und auch schon früher - Geschmacksvorlieben und Ernährungsverhalten geprägt.

Die Studie der Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich vom Schuljahr 2012/2013 zeigt, dass unter den Stadtzürcher Jugendlichen 77% die empfohlenen 3 bis 5 Mahlzeiten pro Tag zu sich nehmen (Baselice et al. 2013). 2007/2008 lag der Anteil der Jugendlichen, die nie frühstücken, bei Mädchen höher ist als bei Jungen (38% vs. 29%) (Pini Züger 2008, Rohrbach 2011). Die HBSC-Studie zeigt ausserdem, dass dieser Anteil bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zunimmt: Unter den 11-Jährigen sind es 72% der Jungen und 73% der Mädchen, die unter der Woche täglich Frühstück zu sich zu nehmen, unter den 15-jährigen sind es noch je 60 (Kretschmann et al. 2015).

Bei der Art und Zusammensetzung der Ernährung können gewisse Bildungs- und Geschlechtsunterschiede ausgemacht werden. So weisen Schüler/-innen der Sek A und der Sek B beispielsweise bei der Zwischenverpflegung unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten auf. Sek A-Schüler/-innen nehmen weniger Süssigkeiten (25% vs. 44%), Pausenriegel (39% vs. 45%) und Chips oder salzige Snacks (21% vs. 44%) zu sich als Sek B-Schüler/-innen. Auch Süssgetränke und Energy Drinks werden von Sek B-Schüler/-innen häufiger getrunken als von Sek A-Schüler/-innen (60% vs. 42%) (Baselice et al. 2013). Geschlechtsunterschiede zeigen sich darin, dass mehr Mädchen als Jungen täglich Früchte und/oder Gemüse essen (60% vs. 46%). Fast Food konsumieren 11% der Jungen und 9% der Mädchen und Fertigmahlzeiten nehmen 15% der Jungen und 12% der Mädchen zu sich (Pini Züger 2008).

3.3.2 Körperbild und Gewichtsregulation

Neben dem tatsächlichen Körpergewicht (vgl. Kapitel 0) ist das Körperbild eine wichtige Komponente für das Wohlbefinden und für Verhaltensweisen zur Gewichtsregulation. Gewichtsregulierende Verhaltensweisen und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht können potentiell zur Entwicklung von Essstörungen führen. Zudem leiden Mädchen und Knaben, die sich zu dünn bzw. zu dick fühlen oder ihr Körpergewicht verändern möchten, überdurchschnittlich häufig an depressiven Verstimmungen und Ängsten (Baselice et al. 2013).

Bei der HBSC-Studie fühlen sich von den 11- bis 15-jährigen Jungen 56% gerade richtig in ihrem Körper, 16% etwas zu dünn und 2% viel zu dünn. Ein bisschen zu dick fühlen sich 23% und viel zu dick 3% der Jungen. Bei den Mädchen zeigt sich ein vergleichbares Bild: So sind es 53%, die sich gerade richtig fühlen, 13 % ein bisschen zu dünn und 2 % viel zu dünn. Ein bisschen zu dick empfinden sich 29% der Mädchen und viel zu dick fühlen sich 3%.

Unter den Stadtzürcher Jugendlichen möchten 43% der Jugendlichen nichts am eigenen Körper verändern, 50% möchten nur wenige Dinge verändern und 7% äussern den Wunsch vieles oder alles an ihrem Körper verändern. 54% der Mädchen und ungefähr ein Drittel der Jungen geben an abnehmen zu wollen. Jeder Fünfte Junge möchte zunehmen. Auf die Frage, ob sich die Jugendlichen zu dünn, zu dick oder gerade richtig fühlen, antworten 40% der Mädchen, dass sie sich zu dick finden, auch wenn sie aufgrund ihres Body-Mass-Index als normal- oder untergewichtig eingestuft werden (Baselice et al. 2013).

In der HBSC-Studie gaben 11% der Jungen und 15% der Mädchen an, etwas gegen ihr Übergewicht zu unternehmen. 36% dieser Jugendlichen wenden dabei ungesunde Methoden zur Gewichtsreduktion an (Auslassen einzelner Mahlzeiten, Sich-Erbrechen, Diät-Pillen oder Abführmittel, Rauchen) (Rohrbach 2011).

48% der befragten Stadtzürcher Jugendlichen gaben in der Studie von Baselice et al. (2013) an, Massnahmen zu ergreifen um abzunehmen (77% bei Übergewichtigen, 42% bei Normalgewichtigen). Dazu gehören sportliche Aktivität (34%), sich auf die Ernährung achten (28%) und weniger essen (22%). Problematische Handlungsweisen zur Gewichtskontrolle (z.B. Mahlzeiten auslassen, Fasten, Rauchen) ist bei Mädchen und übergewichtigen Jugendlichen stärker verbreitet als bei anderen Jugendlichen.

3.3.3 Bewegung und Sport

Regelmässige Bewegung ist für die körperliche Entwicklung, ein gesundes Körpergewicht und auch für die psychosoziale Entwicklung bedeutsam. Die nationale Studie zum Bewegungsverhalten von 10 bis 19-jährigen Kindern und Jugendlichen (Lamprecht, Fischer, und Stamm 2008) zeigt auf, dass die sportliche Aktivität bis zu 12 Jahren kontinuierlich zu- und im Jugendalter wieder abnimmt, und dass Jungen insgesamt mehr Sport treiben als Mädchen. Dieser Geschlechtsunterschied vergrössert sich mit zunehmendem Alter. Zudem zeigt sich, dass die sportliche Aktivität steigt, je höher das Bildungsniveau der Eltern ist. So sind körperlich Inaktive häufig in bildungsfernen Schichten anzutreffen und insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund.

In Bezug auf das Bewegungsverhalten zeigen sich auch im Kanton und in der Stadt Zürich Geschlechts-, Bildungs- und Nationalitätenunterschiede (Baselice et al. 2013). In der Stadt Zürich sind 87% der Jugendlichen auch ausserhalb der Schule körperlich aktiv (dazu gehören sowohl sportliche Aktivitäten als auch Bewegung im Freien wie Fahrradfahren oder Spazieren). Jungen sind sportlich aktiver als Mädchen. Mehr Jungen üben eine Sportart aus (84% vs. 55%), gehen in einen Sportverein (70% vs. 49%) und bewegen sich mindestens 2 Stunden täglich im Freien (51% vs. 29%) (Baselice et al. 2013).

Ein Unterschied nach Nationalität zeigt sich darin, dass Mädchen mit Migrationshintergrund seltener in Sportvereinen aktiv sind als Schweizer Mädchen (54% vs. 63%). Zwischen Sek A und B wurden keine Unterschiede festgestellt. Das Bewegungsverhalten wurde auch zu einem Gesamtindex zusammengefasst und eine Einteilung in aktive, ungenügend aktive und inaktive Jugendliche vorgenommen. Als aktiv werden die Jugendlichen bezeichnet, die sich eine Stunde pro Tag bewegen (Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) 2013). Dies trifft auf 58% der Jungen und 32% der Mädchen der Stadt Zürich zu (Baselice et al. 2013).

3.3.4 Weitere Freizeitaktivitäten und Medienkonsum

Die Freizeit eröffnet Kindern und Jugendlichen Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten, die für ihre Entwicklung, Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit wichtig sind (Baselice et al. 2013).

Im Kindergarten verbringen 22% der Kindergartenkinder einen Teil ihrer Freizeit mit Musizieren. Im Primarschulalter sind es insgesamt etwa die Hälfte (51%) aller Kinder, die mindestens eine Stunde wöchentlich Musik machen (Mädchen: 60% und Jungen: 43% / Schweizer Kinder: 60%, Nicht-Schweizer Kinder: 40%) (Hollosi et al. 2010).

78% der Primarschulkinder lesen in ihrer Freizeit täglich bis zu einer Stunde, 16% lesen 2 Stunden oder länger. Nicht-Schweizer Kinder lesen etwas länger als Schweizer Kinder. Zwischen den Geschlechtern gibt es keine nennenswerten Unterschiede (etwas mehr Jungen als Mädchen lesen gar nicht in ihrer Freizeit). Ein Fünftel der Kindergartenkinder und 12% der Primarschulkinder verbringen keine Zeit mit Fernsehen, Computer- und Videospiele. Schweizer Kinder verbringen damit tendenziell etwas weniger Zeit (Hollosi et al. 2010). Bei Kindergartenkindern der Stadt Basel zeigt sich, dass der Medienkonsum (TV, PC, Tablet, DVD etc.) siebenmal höher war bei Kindern von ungelerten Eltern, als bei Kindern von Eltern mit höherer Ausbildung. Rund ein Viertel der 4.-Klass-Kinder ist im Besitz eines Mobiltelefons (je tiefer das Ausbildungsniveau der Eltern ist, desto höher ist der Anteil Kinder mit Mobiltelefon) (Tschumper 2014).

Die 11- bis 15-jährigen Jugendlichen des Kantons Zürich verbringen mit zunehmendem Alter mehr Zeit vor dem Bildschirm (Computer, Spielkonsole, TV). Bei den Jungen ist dies stärker ausgeprägt: So verbringen bei den 15-Jährigen während der Woche 87% der Jungen und 75% der Mädchen mindestens zwei Stunden am Tag vor dem Bildschirm, am Wochenende sind es 98% der Jungen und 94% der Mädchen (Rohrbach 2011).

Die Geschlechtsunterschiede im Freizeitverhalten wurden auch in der Studie bei Stadtzürcher Jugendlichen bestätigt (Baselice et al. 2013): Jungen verbringen mehr Zeit mit Computerspielen als Mädchen (89% vs. 32%), Jungen spielen zudem viel häufiger länger als 2 Stunden am Tag (42% vs. 6%) und surfen etwas häufiger im Internet (83% vs. 77%). Mädchen sind dafür häufiger am Telefon als Jungen (93% vs. 87%), insbesondere Telefongespräche von mehr als zwei Stunden sind bei Mädchen stärker verbreitet (52% vs. 37%). Zudem lesen (59% vs. 47%) und musizieren (43% vs. 33%) sie häufiger. Bei beiden Geschlechtern sind Freunde treffen, Fernsehen, Facebook (o.ä.) oder Hausaufgaben etwa gleich verbreitet.

Unterschiede zeigen sich bei Baselice et al. (2013) auch differenziert nach Schultypus. So lesen Jugendliche der Sek A häufiger (57% vs. 45%) und auch länger (mehr als zwei Stunden am Tag lesen 10% Jugendliche der Sek A und 7% der Sek B). Jugendliche, die mehr als zwei Stunden am Tag musizieren sind jedoch in der Sek B häufiger anzutreffen (15% vs. 12%). Ebenso beschäftigen sich mehr Jugendliche der Sek B als der Sek A mehr als zwei Stunden mit Telefonieren/SMS schreiben (53% vs. 39%), Fernsehen (47% vs. 38%), Facebook/Sozialen Netzwerken (44% vs. 31%), Computer (39% vs. 28%), Gamen/Computer spielen (39% vs. 28%) und Haushaltsarbeiten erledigen (22% vs. 13%). Sie sind jedoch weniger mit Hausaufgaben beschäftigt (29% vs. 45%) (Baselice et al. 2013).

3.3.5 Sexualität und Verhütung

Im Kanton Zürich geben bei den 14-Jährigen 9% der Jungen und 8% der Mädchen an, bereits einmal Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Bei den 15-Jährigen liegt dieser Anteil bei den Jungen bei 19% und bei den Mädchen bei 14%.

In der Studie des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich im Jahr 2012/13 betrug dieser Anteil bei Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 16 Jahren insgesamt 10% (16% der Jungen und 4% der Mädchen) (Baselice et al. 2013). Dies sind weniger als fünf Jahre zuvor (16%): In der Studie von Pini Züger (2008) zeigt sich, dass bei den Jugendlichen (durchschnittliches Alter: 13 Jahre) die Wahrscheinlichkeit für frühen Geschlechtsverkehr bei Nicht-Schweizer/-innen grösser als ist als bei Schweizer Jugendlichen (22% vs. 13%). Ein deutlicher Unterschied zeigt sich auch bei Lernenden der Sek C/ Sonderklasse (36%) im Vergleich zu Lernenden der Sek B (19%) und der Sek A (12%).

Bei den Jugendlichen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, schützen sich 9% nie vor sexuell ansteckenden Krankheiten. Dies sind ebenfalls weniger als bei der Befragung 5 Jahre zuvor (14%) (Baselice et al. 2013). In der Studie von Pini Züger (2008) liegt der Anteil derer, die beim letzten Geschlechtsverkehr gar keine Verhütungsmittel benutzt hatten, in der Gesamtstichprobe bei 17%, bei den Lernenden der Sek C/ Sonderklasse bei 30%.

3.3.6 Allgemeines Schutzverhalten

Beinahe 80% der Jugendlichen legen im Auto immer oder fast immer einen Sicherheitsgurt an. Weitaus weniger Jugendliche (19%) tragen immer oder fast immer einen Velohelm und etwa die Hälfte (49%) trägt nie einen Helm. Es sind mehr Jungen, die nie einen Helm tragen als Mädchen (54% vs. 43%) und mehr Jugendliche der Sek B als der Sek A (62% vs. 43%).

An Orten mit lauter Musik benutzen 27% gelegentlich und 2% fast immer einen Gehörschutz. Hier gibt es keine Geschlechts- und Schulniveaunterschiede.

Beim Sonnenbaden sind es 47% der Jugendlichen, die fast immer oder immer Sonnencreme benutzen, 38% der Jungen und 56% der Mädchen, 50% der Schüler/-innen der Sek A und 41% der Schüler/-innen der Sek B. Der Anteil Jugendlicher, die ihre Haut nie mit Sonnencreme schützen, liegt bei 10% (Baselice et al. 2013).

3.3.7 Substanzkonsum

Seit 2012 wird im Rahmen des Suchtmonitoring Schweiz der Konsum von substanzgebundenen und -ungebundenen Süchten erhoben (www.suchtmonitoring.ch). Zum Zeitpunkt der Berichterstellung waren allerdings noch keine kantonalen Auswertungen erhältlich. Deshalb werden auch für diesen Abschnitt die Ergebnisse der HBSC-Studien und die Studien des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich zitiert. Insgesamt zeigt sich bei Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren ein starker Anstieg bezüglich Suchtmittelkonsum. Die Daten zu den einzelnen Substanzen werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

Rauchen

Während bei den 11-jährigen Jugendlichen im Kanton Zürich weniger als 1% angeben, mindestens einmal in der Woche oder täglich zu rauchen, sind es bei den 15-Jährigen schon 14% der Jungen und 8% der Mädchen. Der Einstieg in den Tabakkonsum erfolgt bei Mädchen etwas später als bei den Jungen (Kretschmann et al. 2015).

In der Studie von Pini Züger (2008) zeigen sich beim Rauchen Unterschiede zwischen den Schulniveaus. Der Anteil gelegentlich bis regelmässig Rauchender liegt bei 33% in der Sek C/Sonderklassen, 23% in der Sek B und 15% in der Sek A. Zwischen Schweizer Jugendlichen und anderen Nationalitäten ist der Unterschied vernachlässigbar (19% der Nicht-Schweizer/-innen, 20% der Schweizer/-innen).

Alkohol

Auch beim Alkohol steigt der Konsum zwischen 11 und 15 Jahren stark an. Der Anteil Jugendlicher, die mindestens einmal pro Woche alkoholische Getränke trinken, liegt bei den 11-jährigen Jungen bei 2%, bei den Mädchen bei 1%. Bei den 15-Jährigen trinken 27% der Jungen und 15% der Mädchen mindestens einmal pro Woche Alkohol; hier zeigt sich also ein starker Geschlechtsunterschied (Rohrbach 2011). Auf die Frage, wie oft die Jugendlichen in den letzten 30 Tagen 5 oder mehr alkoholische Getränke getrunken haben, zeigen sich schwache Geschlechtsunterschiede. Sind es bei den 14-Jährigen 6% der Jungen und 4% der Mädchen, die angeben in den letzten 30 Tagen mehr als einmal diese Menge getrunken zu haben, sind es bei den 15-Jährigen 11% der Jungen und 8% der Mädchen. Schon mal richtig betrunken waren bei den 11-jährigen Jugendlichen weniger als 1% und bei den 15-Jährigen 18% der Jungen und 11% der Mädchen (Kretschmann et al. 2015).

Wie auch beim Rauchen geben unter den Stadtzürcher Jugendlichen mehr Schüler/-innen der Sek B als der Sek A an, schon mindestens einmal betrunken gewesen zu sein (20% vs. 13%) (Baselice et al. 2013). In der Studie von Pini Züger (2008) zeigt sich, dass etwas mehr Schweizer/-innen (24%) als Befragte anderer Nationalität (21%) gelegentlich oder regelmässig Alkohol trinken. Auch hier zeigen sich Unterschiede nach Schulniveau: So waren 17% der Sek C/Sonderklasse, 9% der Sek B- und 6% der Sek A-Lernenden zwei bis mehr als zehn Mal in den vergangenen 12 Monaten betrunken.

Cannabis

Im Kanton Zürich haben unter den 14-Jährigen 12% der Mädchen und 22% der Jungen schon einmal im Leben Cannabis probiert. Bei den 15-Jährigen sind es deutlich mehr, 40% der Jungen und 16% der Mädchen (Kretschmann et al. 2015). In der Stadtzürcher Befragung 2012/2013 haben 16% schon mal Cannabis probiert. Zwischen den Schulniveaus gibt es nur einen geringen Unterschied (Sek B: 17%, Sek A: 16%) (Baselice et al. 2013). 2007/2008 war der Anteil Schüler/-innen mit Probierkonsum in der Sek B mit 12% und in der Sek A mit 11% geringer, in der Sek C/Sonderklassen mit 18% jedoch einiges höher (Pini Züger 2008).

Andere illegale Drogen

Die Daten zum Konsum von anderen illegalen Drogen sind aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen mit grossen statistischen Fehlerspannen behaftet, d.h. die berichteten Prozentzahlen können in der Grundgesamtheit der Jugendlichen im Kanton Zürich um +/- 10% abweichen und müssen mit Vorsicht interpretiert werden. Der Anteil 14- und 15-Jähriger, die angeben mindestens schon einmal illegale Drogen konsumiert zu haben, liegt bei Medikamenten um sich zu berauschen bei 6%, 4% haben schon einmal halluzinogene Pilze probiert, 2% Kokain, 5% Amphetamine, 3% Ecstasy, 2% LSD und 1% Heroin (Kretschmann et al. 2015).

3.3.8 Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

In den Berichten der Städte Bern und Basel wurden Aspekte der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung ansatzweise erhoben. In der Stadt Basel wurden die Eltern gefragt, aus welchen Gründen sie in den letzten zwei Jahren eine Ärztin oder einen Arzt konsultiert haben (Hollosi et al. 2010). Es zeigt sich bei den in der Befragung vorgegebenen Gründen, dass sowohl Kindergartenkinder als auch Primarschüler/-innen mit Schweizer Nationalität häufiger beim Arzt/bei der Ärztin waren (siehe Abbildung 3).

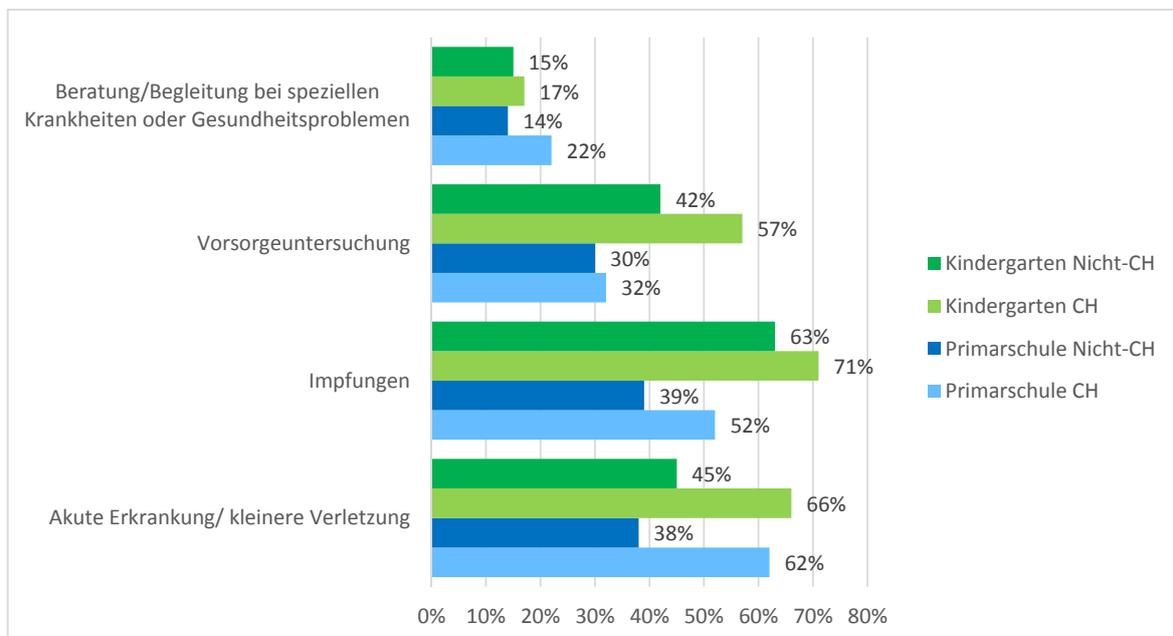


Abbildung 3. Gründe für den Arztbesuch im Kindergarten/Primarschule nach Nationalität (Hollosi et al. 2010).

Die Stadt Bern hat die Inanspruchnahme verschiedener Fachstellen zur präventiven gesundheitlichen Versorgung untersucht (Tschumper 2014). Die Mütter- und Väterberatung ist für alle Eltern von Kindern ab Geburt bis zum Kindergarteneintritt verfügbar und geht auf verschiedene Fragen zur Orientierung, Stärkung und Sicherheit im Mutter- und Vatersein ein. 68% der Neugeborenen im Kanton Bern werden mit einem Erstkontakt erreicht. Dieses Angebot wird von Eltern mit höherer Ausbildung (47%) häufiger genutzt als von Eltern mit abgeschlossener Berufslehre (45%) oder „ungelernten“ Eltern (38%).

Die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen dienen dazu, Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Säuglings- und Kindesalter frühzeitig vorzubeugen und zu erkennen. Auf die Frage, ob die Eltern mit ihrem Kind zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben (oder auch durch eine akute Erkrankung einen Arzt oder eine Ärztin konsultiert haben) zeigt sich, dass diese Untersuchungen von fast 40% der befragten Eltern nicht gemacht wurden. Dabei zeigen sich keine klaren Bildungsunterschiede (Tschumper 2014).

3.4 Gesundheitszustand

In den vorangehenden Kapiteln wurde ein Überblick zu Unterschieden bezüglich psychosozialem Umfeld und Gesundheitsverhalten gegeben. Im folgenden Kapitel wird nun der Gesundheitszustand (psychosoziale und physische Gesundheit) der Kinder und Jugendlichen im Kanton Zürich beschrieben. Ein Grossteil (92%) der Jugendlichen des Kantons Zürich schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet ein (Kretschmann et al. 2015).

3.4.1 Körperliche Gesundheit

Sehen, Hören, Motorik und Sprache

Die Sehschärfe und das Gehör sind für die Entwicklung, insbesondere auch die schulische Entwicklung, bedeutsam. Bei den Sehtests im Kindergarten zeigen sich Unterschiede nach Bildungsniveau der Eltern: Je höher die Bildung der Eltern, desto besser ist die Sehschärfe der Kindergartenkinder. Bei 8% der Kinder ungelerner Eltern, 3% von Eltern mit Berufslehre und 2% der Eltern mit einer höheren Ausbildung war die Sehschärfe ungenügend. 4% der Kindergartenkinder hatten ein reduziertes Hörvermögen, wobei hier von der Autorin keine Unterschiede beschrieben werden (Tschumper 2014).

Im 2. Kindergarten erfolgt durch den Schulärztlichen Dienst eine Einteilung der Kinder bezüglich ihrer Grob-, Fein- und Schreibmotorik als altersgemäss, nicht altersgemäss oder therapiebedürftig. Gemäss dieser Einschätzung sind 25% der Kinder in der Grobmotorik, 24% in der Feinmotorik und 27% in der Schreibmotorik auffällig (nicht altersgemäss oder therapiebedürftig). Als therapiebedürftig in allen diesen Teilbereichen wurden 4-5% der Kinder eingestuft (Tschumper 2014).

Jungen weisen allgemein eine schlechtere Motorik auf als Mädchen. Dies zeigt sich in der Grobmotorik (33% vs. 17%) und Feinmotorik (31% vs. 16%) stärker als beim Fahrradfahren (19% der Jungen und 16% der Mädchen fahren mit Stützrädern). Unterschiede in der Motorik zeigen sich auch je nach Bildungsstand der Eltern: Je gebildeter die Eltern sind, desto besser ist die Motorik der Kinder (Tschumper 2014).

Bei der Sprachentwicklung zeigen Jungen häufiger Schwierigkeiten als Mädchen. Auch hier zeigen sich Unterschiede nach Bildungsniveau der Eltern. So sind beim Stammeln (z.B. Lispeln, Verwechslung der Buchstaben L/R) wenig Unterschiede nach Bildungsniveau vorhanden, bei der Sprachentwicklung (Wortschatz, Grammatik, Sprachverständnis) zeigen sich jedoch grosse Unterschiede. Diese ist zudem abhängig davon, ob Kinder ein- oder mehrsprachig sind. Bei Kindern von ungelerten Eltern ist der Anteil auffälliger

Sprachentwicklungen etwa gleich hoch, unabhängig davon wie viele Sprachen zu Hause gesprochen werden (42-45%). Bei den Mehrsprachigen sind 23% der Kinder von Eltern mit abgeschlossener Berufslehre und 11% der Kinder von Eltern mit höherer Ausbildung in ihrer Sprachentwicklung auffällig. Bei Einsprachigen sind es 8% der Kinder von Eltern mit abgeschlossener Berufslehre und 4% der Kinder von Eltern mit höherer Ausbildung (Tschumper 2014).

Gewicht

Unter Jugendlichen des Kantons Zürich sind 67 bis 84% (je nach Alter und Geschlecht) der Jugendlichen normalgewichtig. Übergewicht und Fettleibigkeit zeigen sich öfters bei Jungen (11-Jährige: 7%, 15-Jährige: 20%) als bei Mädchen (11-Jährige: 11%, 15-Jährige: 3%) und nehmen mit dem Alter bei den Jungen zu, bei den Mädchen jedoch ab. Der Anteil Jugendlicher, die leicht bis stark untergewichtig sind, nimmt mit dem Alter ab (Jungen: 11-Jährige: 21%; 15-Jährige: 7%, Mädchen: 11-Jährige: 22%; 15-Jährige: 13% (Kretschmann et al. 2015, Rohrbach 2011). Je höher der berufliche Status der Eltern, desto kleiner ist der Anteil übergewichtiger Jugendlicher (18% bei tiefem, 10% bei mittlerem und 5% bei hohem Status) (ISPM 2013).

Der Anteil übergewichtiger Jugendlicher der Stadt Zürich ist deutlich höher. Im Schuljahr 2012/13 sind im Kindergarten 16% der Kinder, in der 4. Klasse 22% der Kinder und in der 8. Klasse 25% der Jugendlichen übergewichtig oder adipös. Der Anteil übergewichtiger Kinder steigt mit zunehmendem Alter, der Anteil adipöser Kinder bzw. Jugendlicher bleibt in etwa gleich hoch bei 4-5%. Im Kindergarten unterscheiden sich Jungen und Mädchen noch kaum hinsichtlich Übergewicht. In der 4. Klasse ist der Anteil bei Mädchen grösser und in der Oberstufe bei den Jungen (Baselice et al. 2013).

Ausländische Kinder sind insgesamt häufiger übergewichtig oder adipös als Schweizer Kinder. Dieser Unterschied nimmt jedoch mit dem Alter ab. Im Kindergarten sind etwa doppelt so viele ausländische Kinder übergewichtig als Schweizer Kinder (25% vs. 12%), in der Oberstufe ist der Unterschied geringer (30% vs. 23%). Zudem zeigt sich ein Nationalitätenunterschied: Kinder aus Südeuropa, der Türkei, den Balkanstaaten und anderen süd- und osteuropäischen Ländern sind häufiger adipös als Schweizer Kinder. Bei Kindern aus Nord- und Westeuropa ist dieser Anteil weniger gross im Vergleich zu Schweizer Kinder. Unterschiede nach sozialer Lage zeigen sich darin, dass die Anteile je nach Schulstandort variieren: So haben weniger privilegierte Quartiere wie Limmattal (Nicht-Schweizer/-innen: 32%, Schweizer/-innen: 28%) mehr als doppelt so viele übergewichtige Kinder wie Zürichberg (Nicht-Schweizer/-innen: 19%, Schweizer/-innen: 8%) (ISPM 2013).

Gewichtsunterschiede differenziert nach sozialer Herkunft zeigen sich auch in den Städten Bern und Basel. Dort sind bis zu viermal so viele Kinder von Eltern ohne Lehrabschluss übergewichtig wie Kinder von Eltern mit einem höheren Schulabschluss, bei den adipösen Kindern ist dieses Verhältnis noch grösser (in Zürich sind diesbezüglich keine Daten vorhanden) (Stamm et al. 2013b).

In der Untersuchung von Pini Züger (2008) werden BMI-Unterschiede für die Oberstufe differenziert ausgewiesen. Der Anteil der Jugendlichen, die übergewichtig oder adipös sind, lag in der Sek A bei 10%, in der Sek B bei 18% und in der Sek C bei 20%.

Die Merkmale Staatszugehörigkeit, sozialer Status (Bildungsstand der Eltern) und Schulstandort hängen zusammen, das heisst, ein überdurchschnittlicher Anteil von ausländischen Eltern verfügt über keine nachobligatorische Schulbildung und lebt in weniger privilegierten Quartieren. Wie eine multivariate logistische Regressionsanalyse zeigt, haben diese Merkmale jedoch unabhängig voneinander einen Einfluss auf das Körpergewicht. Eine geringere Rolle spielen das Alter und das Geschlecht bei der Erklärung von Gewichtsunterschieden (Stamm et al. 2013b).

Erkrankungen und Beschwerden

Die Berichte der Städte Bern und Basel zeigen beide, dass Erkrankungen und Beschwerden im Primarschulalter häufiger auftreten als im Kindergarten (Tschumper 2014, Hollosi et al. 2010).

Tschumper (2014) beschreibt bezüglich Erkrankungen und Beschwerden von Kindergarten- und Primarschulkindern in der Stadt Bern, dass Beschwerden wie Allergien, Bauchweh, Kopfweh, Schlafprobleme, andere Beschwerden und insbesondere Asthma vom Kindergarten bis hin zur 4. Klasse zunehmen.

Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zeigen sich darin, dass Jungen häufiger unter Asthma und Allergien leiden und vor der Pubertät häufiger von Migräne betroffen sind. Mädchen leiden jedoch häufiger unter Bauchschmerzen.

Höher ausgebildete Eltern geben leicht häufiger an, dass ihre Kinder Beschwerden haben. Die Autorin gibt ausserdem zu bedenken, dass sich dies bei Allergien auch in anderen Studien zeigte. Bei Kopf- und Bauchschmerzen wurden jedoch umgekehrte Zusammenhänge gefunden: Kinder von weniger privilegierten Eltern klagten vermehrt über Kopf- und Bauchschmerzen.

Im Bericht aus Basel-Stadt wurden Eltern zu Beschwerden ihrer Kinder befragt (Kopfweh, Bauchweh, Schlafstörungen, Rücken- oder Gelenkschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Traurigkeit) und Krankheiten (Wilde Blattern (Varizellen/ Windpocken), Heuschnupfen, Asthma, Andere Allergien, Keuchhusten, Röteln, Überweicht, Masern, Mumps und „Andere“). Hier zeigt sich wie in Bern, dass Primarschulkinder ebenfalls häufiger gesundheitliche Probleme haben als Kindergartenkinder (13% vs. 8%).

Bezüglich Krankheiten zeigen sich bei den Kindergartenkindern keine grossen Unterschiede zwischen den Geschlechtern und der Nationalität. In der Primarschule jedoch haben Schweizer Kinder häufiger gesundheitliche Probleme als Nicht-Schweizer Primarschulkinder (15% vs. 9%). Im Kindergarten und im Primarschulalter zeigen sich, dass Windpocken/ Wilde Blattern bei Schweizer/-innen häufiger auftreten als bei Nichtschweizer/-innen (73% vs. 33%). Schweizer Primarschulkinder leiden häufiger unter Heuschnupfen (11% vs. 9%). Jungen sind häufiger von Heuschnupfen betroffen als Mädchen (13% vs. 7%) (Hollosi et al. 2010)

Bei den Jugendlichen der Stadt Zürich sind es in den Jahren 2007/08 etwa gleichviel Jungen und Mädchen: jede/r zehnte Jugendliche gibt an, unter einer chronischen Krankheit zu leiden. Beinahe 40% der Jugendlichen nehmen wegen einer chronischen Krankheit regelmässig Medikamente zu sich (Pini Züger 2008).

Einige Beschwerden können auf körperliche, aber auch auf psychische Probleme hinweisen (psychosomatische Beschwerden). Bei den 11- bis 15-jährigen Jugendlichen im Kanton Zürich zeigt sich, dass Mädchen häufiger von diesen Beschwerden betroffen sind als Jungen. So geben weniger Mädchen als Jungen an selten oder nie Kopfschmerzen (36% vs. 47%), Bauchschmerzen (29% vs. 54%), Rückenschmerzen (57% vs. 50%) oder Schwindel (58% vs. 65%) zu haben (Kretschmann et al. 2015). Auch bei den Stadt Zürcher Jugendlichen zeigen sich bei Mädchen deutlich mehr Schmerzen als bei Jungen. Bei rund einem Fünftel der Mädchen treten täglich oder mehrmals in der Woche Kopf- oder Rückenschmerzen auf (Baselice et al. 2013).

46% der Jugendlichen nehmen regelmässig oder zeitweise Medikamente ein, Mädchen häufiger als Jungen (54% vs. 35%), wobei bei den Mädchen 26% Medikamente gegen Menstruationsbeschwerden sind. Medikamente oder andere Mittel zur Förderung der Konzentration werden von 9% der Jungen und 5% der Mädchen eingenommen (Baselice et al. 2013). Es lassen sich in der Studie keine genaueren Informationen finden, um welche Medikamente es sich handelt.

Zahngesundheit

2003 wurden 2-jährige Kinder der Stadt Zürich untersucht. 13% dieser Kinder hatten Karies (25%, wenn beginnende Karies (Initialläsionen) eingeschlossen wird). Der Anteil von Kindern mit Karies lag bei Ex-Jugoslawischen Kindern bei 39% und bei Schweizer Kindern bei 7.5%. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Schweizer Kindern und Kindern anderer Nationalität (ausser Ex-Jugoslawien) (Menghini, Steiner, und Imfeld 2008).

Der Anteil der 7-Jährigen mit Karies im Milchgebiss im Kanton Zürich liegt zwischen 36% in den Landgemeinden (Schweizer: 32%, Ex-Jugoslawen und Albaner: 92%, andere Nicht-Schweizer: 33%) und 50% (Schweizer: 44%, Ex-Jugoslawen und Albaner: 88%, andere Nicht-Schweizer 41%) in der Stadt Zürich (Menghini und Steiner 2007). Der Kariesbefall zwischen 1964 und 2009 ist bei 8-, 10- und 12-Jährigen um 90% zurückgegangen (Steiner, Menghini, Marthaler, und Imfeld 2010).

Bei der Zahnhygiene der 11- bis 15-Jährigen gibt es einen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Mehr Mädchen (90%) putzen sich mehr als einmal pro Tag die Zähne als Jungen (84%) (Kretschmann et al. 2015).

3.4.2 Psychosoziale Gesundheit

Subjektives Wohlbefinden

In der HBSC-Studie wurden die Jugendlichen aufgefordert auf einer Skala von 0 („das schlechteste mögliche Leben“) bis 10 („das beste für dich erdenkliche Leben“) anzugeben, wo sie ihr derzeitiges Leben einstufen würden. Wie auch bei der Einschätzung der Gesundheit allgemein zeigt sich hier, dass die Jugendlichen mit zunehmendem Alter unzufriedener sind mit ihrem Leben und dass diesbezüglich ein Geschlechtsunterschied besteht. Der Anteil Jugendlicher, der mit ihrem Leben (eher) unzufrieden ist (Stufe 0 bis 4), liegt bei den Mädchen höher als bei den Jungen (6% der 11-jährigen und 7% der 15-jährigen Mädchen; 2% der 11-jährigen und 6% der 15-jährigen Jungen) (Kretschmann et al. 2015).

Bei den Stadtzürcher Jugendlichen sind 94% mit ihrem Leben insgesamt mittel bis sehr zufrieden und 85% bezeichnen ihre Gefühlslage als gut bis ausgezeichnet. Am meisten zufrieden sind Jugendliche mit ihrem Freundeskreis, gefolgt von der familiären Situation, dem Leben insgesamt und nur noch 30% mit der Schulsituation (Baselice et al. 2013). Auch in der Stadt Zürich, sind mehr Jungen als Mädchen mit dem Leben insgesamt mittel bis sehr zufrieden (94% vs. 88%). 12% der Mädchen sind wenig bis gar nicht zufrieden mit ihrem Leben. Bei den Jungen beträgt dieser Anteil 6%. Ihr seelisches Befinden schätzen 12% der Mädchen und 6% der Jungen als mässig bis schlecht ein. Unterschiede in Bezug auf Nationalität sind nicht signifikant (Pini Züger 2008).

Psychische Auffälligkeiten

Bei Kindergartenkindern in Bern zeigt sich im Rahmen der Schulärztlichen Untersuchungen (durch Berichte der Erziehungsberechtigten, Lehrpersonen oder Auffälligkeit bei der Untersuchung), dass Jungen mehr Verhaltensauffälligkeiten im Sinn von Konzentrationsschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und auffälligem Verhalten in der Gruppe aufweisen als Mädchen. Zudem zeigen sich öfter Konzentrationsschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern von Ungelernten als von Eltern mit höherer Ausbildung (Tschumper 2014).

Wie auch im Kindergarten zeigen sich auch bei Jungen der 4. Klasse häufiger Verhaltensprobleme. 4% der Jungen und 2% der Mädchen weisen Schwierigkeiten im Sozialverhalten auf. 17% der Jungen und 7% der

Mädchen zeigen Verhaltensauffälligkeiten. Hier gibt es nur geringe Unterschiede je nach Bildungsniveau (Tschumper 2014).

In der Untersuchung von 2012/2013 (Baselice et al. 2013) wurde bei einer Teilstichprobe der Stadtzürcher Jugendlichen verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit (emotionale Symptome, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität/ Unaufmerksamkeit, Peerbeziehungsprobleme, prosoziales Verhalten) erfragt. Betrachtet man den Gesamtwert dieser Aspekte ist dieser bei 83% der Jugendlichen unauffällig, bei 11% eher auffällig und 6% haben einen auffälligen Gesamtwert.

Zusätzlich wurden Ängste und depressive Symptome erhoben. 16% der Jugendlichen haben hohe Werte in (selbstwahrgenommener) Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder nicht kontrollierbaren Sorgen. Mehr Mädchen (19%) als Jungen (13%) haben belastende Ängste. Depressive Symptome wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Fehlen von Interesse/Freude an eigenen Tätigkeiten in klinisch relevantem Ausmass treten bei 17% der Jugendlichen (20% bei Mädchen, 14% bei Jungen) auf (Baselice et al. 2013).

Auch im Schuljahr 2007/2008 berichten Mädchen häufiger über depressive Verstimmungen als Jungen (Pini Züger 2008). Dies trifft auch auf mehr Jugendliche einer anderen Nationalität als auf Schweizer/-innen sowie mehr Lernende der Sek C/Sonderklasse als Sek B- und Sek A-Lernende zu. Die Autorin führt auf, dass die Lernenden ausländischer Herkunft auch stärker um ihre Berufswahl besorgt und insgesamt unzufriedener mit ihrer Lebenssituation sind. 28% der Mädchen und 22% der Jungen geben an, sich selbst verletzt oder Schmerzen zugefügt zu haben. Jeder elfte Junge und jedes fünfte Mädchen hat schon ernsthaft an Suizid gedacht und 2% der Jungen und 12% der Mädchen haben bereits einen Suizidversuch unternommen. Im Vergleich zu Sek A-Lernenden geben mehr Lernende der Sek B und noch mehr der Sek C/Sonderschule an selbstverletzendes Verhalten (Sek A: 20%, Sek B: 28%, Sek C/Sonderschule: 34%) und Suizidgedanken (Sek A: 14%, Sek B: 18%, Sek C/Sonderschule: 20%) zu haben.

Bei den Stadtzürcher Jugendlichen hatten 2007/2008 23% der Mädchen und 9% der Jungen schon ernsthaft daran gedacht, sich selber zu töten. 8% der Mädchen und 2% der Jungen hatten schon einen Selbsttötungsversuch unternommen. Von rund der Hälfte der Jugendlichen, die schon einmal einen Suizidversuch unternommen haben, hatten andere Personen Kenntnis davon (Pini Züger 2008).

4 Zusammenfassung

Ziel des vorliegenden Berichts ist es, auf der Basis der verfügbaren Studien einen Beitrag zur Beschreibung von Art und Ausmass gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich zu leisten. In den vorangehenden Abschnitten wurde als erstes ein Überblick über die Datenlage im Kanton Zürich⁶ gegeben. Anschliessend wurden Daten zur sozialen Lage sowie zu Unterschieden bezüglich psychosozialem Umfeld, Gesundheitsverhalten sowie Gesundheitszustand präsentiert und aufgezeigt, welche Gruppen in Bezug auf welche gesundheitsrelevanten Themen besonders belastet bzw. privilegiert sind.

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse nochmals zusammengefasst.

Soziale Lage der Kinder und Jugendlichen

- Im Kanton Zürich gibt es 130'214 Volksschulkinder. Davon haben 24% einen Migrationshintergrund. 5.8% der Kinder zwischen 0 und 17 Jahren bzw. ihre Eltern sind auf Sozialhilfe angewiesen. 23% der Schüler/-innen besuchen das Gymnasium. Auf der Sekundarstufe sind etwas mehr als die Hälfte der Schüler/-innen in der Abteilung A und knapp die Hälfte in den Abteilungen B und C sowie in besonderen Klassen (Kleinklasse, Einschulungsklasse, Aufnahmeklasse).

Psychosoziales Umfeld

- Als Ansprechpersonen, mit denen schlechte Erlebnisse besprochen werden können, werden von den Jugendlichen an erster Stelle Freundinnen und Freunde genannt, gefolgt von Eltern. Die Mutter wird von beiden Geschlechtern gleichhäufig als wichtige Ansprechperson genannt, der Vater häufiger von Jungen als von Mädchen.
- Jugendliche haben mit zunehmendem Alter eine negativere Einstellung zu Schule und der Anteil Schüler/-innen, die sich gestresst fühlen, nimmt zu. Schüler/-innen der Abteilung A sind häufiger sehr unzufrieden mit ihren schulischen Leistungen als Schüler/-innen der Abteilungen B und C. Schwänzen ist bei Mädchen, Sek C-Schüler/-innen und Schüler/-innen mit Migrationshintergrund häufiger anzutreffen als bei Jungen, Sek A- und Schweizer Schüler/-innen.
- Mobbing- bzw. gehäuftes schikaniert werden trifft bei rund 4% der 11-15-jährigen Schüler/-innen beiden Geschlechts des Kantons Zürichs zu. Physische Gewalt (verprügelt, geschlagen werden) hat rund jede/r achte Jugendliche erlebt, zu Hause jede/r 11. Jugendliche. Im Allgemeinen sind Jungen doppelt so häufig von physischer Gewalt betroffen als Mädchen, etwas mehr Schweizer als Nicht-Schweizer Jugendliche und deutlich mehr Sek C- als Sek A- und B- Schüler/-innen. Zu Hause jedoch haben Mädchen ein erhöhtes Risiko körperliche Gewalt zu erfahren, ebenso Jugendliche anderer Nationalität und Lernende der Sek C/Sonderschule. Sek B-Schüler/-innen unterscheiden sich hierin nur geringfügig von Sek-A-Schüler/-innen.

Gesundheitsverhalten

- Ein Grossteil der Jugendlichen hat ein gesundes Essverhalten, nimmt regelmässig Mahlzeiten zu sich und berichtet über eine ausgewogene Ernährung. Bei der Zwischenverpflegung zeigt sich, dass Sek B-Schüler/-innen ein wenig ungesündere Nahrungsmittel (mehr Süssigkeiten, fetthaltige Snacks und

⁶ Da für den Kanton Zürich nur wenige Daten für Kinder und Jugendliche unter 11 Jahren vorhanden sind, wurden Daten der Städte Bern und Basel hinzugezogen, da diese Daten Hinweise auf gesundheitliche Unterschiede bei jüngeren Zürcher Kindern liefern können. Diese Befunde sind in der Zusammenfassung jeweils in Klammern deklariert.

Süssgetränke) zu sich nehmen als Sek A- Schüler/-innen. Mädchen nehmen mehr Obst und Gemüse zu sich als Jungen.

- 87% der Jugendlichen der Stadt Zürich sind ausserhalb der Schulzeit körperlich aktiv. Auf nationaler Ebene zeigt sich, dass die sportliche Aktivität steigt, je höher das Bildungsniveau der Eltern ist. Sogenannt inaktive sind besonders häufig in bildungsfernen Schichten, und insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund anzutreffen. Der Unterschied nach Migrationshintergrund konnte auch bei Mädchen der Stadt Zürich festgestellt werden, es zeigen sich jedoch keine Bildungsunterschiede.
- Der Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen von „ungelernten Eltern“ ist siebenmal höher bei Eltern mit höherer Ausbildung. Ebenfalls höher ist der Anteil Kinder mit Mobiltelefon, wenn das Bildungsniveau der Eltern eher tief ist. Mit zunehmendem Alter verbringen Jugendliche mehr Zeit vor dem Bildschirm (Computer, Spielkonsole, TV), wobei dies bei Jungen stärker ausgeprägt ist als bei Mädchen (Daten aus der Stadt Bern).
- Bei der Frage nach den Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr zeigen sich je nach Befragungssituation und Studie sehr unterschiedliche Ergebnisse. Die Wahrscheinlichkeit für frühen Geschlechtsverkehr ist bei Nicht-Schweizer Schüler/-innen grösser als bei Schweizer Schüler/-innen, bei Lernenden der Sek C/Sonderklasse grösser als bei Lernenden der Sek B und der Sek A. Ein beträchtlicher Anteil gibt an, sich nie vor sexuell ansteckenden Krankheiten zu schützen (zwischen 9 und 15%, je nach Befragungsjahr). Dass gar keine Verhütungsmittel benutzt werden, kommt bei Lernenden der Sek C/Sonderklasse fast doppelt so häufig vor wie in der Gesamtstichprobe.
- Velohelme werden von Mädchen und Sek A- Schüler/-innen häufiger benutzt als von Jungen und Sek B-Schüler/-innen. Beim Gehörschutz gibt es keine Bildungs- und Geschlechtsunterschiede. Ebenfalls etwas mehr Mädchen und Schüler/-innen der Sek A benutzen Sonnencreme als Jungen und Schüler/-innen der Sek B.
- Der Substanzkonsum der Jugendlichen steigt mit zunehmendem Alter. So raucht etwa jede und jeder neunte 15-Jährige mindestens einmal in der Woche (oder täglich), wobei das Einstiegsalter bei den Mädchen etwas höher ist. Jede/r Fünfte 15-Jährige trinkt mindestens einmal in der Woche Alkohol, bei Jungen ist dies beinahe doppelt so häufig. Binge-Drinking (fünf oder mehr alkoholische Getränke zu einer Gelegenheit) ist bei Jungen leicht häufiger. Bezüglich Unterschieden zwischen den verschiedenen Schultypen zeigt sich: Je höher das schulische Anforderungsprofil, desto niedriger der Konsum von Zigaretten und Alkohol. Nationalitätenunterschiede sind jedoch kaum zu finden.
- Schweizer Kinder (Kindergarten und Primarschule) sind häufiger in ärztlicher Behandlung als ausländische Kinder (Daten aus der Stadt Basel). Die Mütter- und Väterberatung wird von Eltern mit höherer Ausbildung häufiger genutzt als von Eltern mit abgeschlossener Berufslehre oder von „ungelernten“ Eltern. Bei der Inanspruchnahme kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchungen sind keine eindeutigen Bildungsunterschiede auszumachen (Daten aus der Stadt Bern).

Gesundheitszustand

- Ein Grossteil (92%) der Jugendlichen des Kantons Zürich schätzt seinen allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet ein.
- Bei verschiedenen Aspekten der Entwicklung bei Kindern zeigen sich Unterschiede nach Bildungsniveau der Eltern. Je höher die Ausbildung der Eltern, desto besser sind die Sehschärfe, die Motorik sowie einzelne Aspekte der kindlichen Sprachentwicklung. Keine Unterschiede zeigen sich in Bezug auf das Hörvermögen (Daten aus der Stadt Bern).

- Die Angaben zum Gewicht fallen in Studien unterschiedlich aus, je nachdem, ob es sich um Selbstanfragen oder um durch Fachpersonen gemessene Werte handelt. Daten, die durch den Schulärztlichen Dienst erhoben wurden, zeigen, dass in der Stadt Zürich im Kindergarten 16% der Kinder, in der 4. Klasse 22% der Kinder und in der 8. Klasse 25% übergewichtig sind. Der Anteil übergewichtiger nimmt mit dem Alter zu und ist bei Jungen höher als bei Mädchen. Ausländische Kinder sind insgesamt häufiger übergewichtig oder adipös als Schweizer Kinder. Dieser Unterschied nimmt jedoch mit dem Alter ab. Der Anteil Übergewichtiger ist grösser, je tiefer das Bildungsniveau der Schüler/-innen und auch der Eltern ist.
- Bezüglich Beschwerden und Erkrankungen gibt es unterschiedliche Zusammenhänge (je nach Geschlecht, Bildungsstand der Eltern oder der Nationalität des Kindes). So geben beispielsweise besser ausgebildete Eltern leicht häufiger an, dass ihre Kinder unter Beschwerden oder Krankheiten leiden (Daten aus der Stadt Bern). Bezüglich Nationalität zeigen sich in der bei Kindergartenkindern keine Unterschiede, bei Primarschulkindern haben Schweizer Kinder insgesamt häufiger gesundheitliche Probleme als Nicht-Schweizer (Daten aus der Stadt Basel). Bei den Jugendlichen sind Mädchen häufiger von psychosomatischen Beschwerden betroffen als Jungen.
- Ein beträchtlicher Anteil der 7-jährigen Kinder (ein Drittel bis die Hälfte, je nach Wohnort) weist Karies auf. Zwischen Schweizer/-innen und Nicht-Schweizer/-innen gibt es keinen Unterschied. Hier scheint in einer spezifischen Gruppe Karies besonders häufig aufzutreten: so sind rund 90% der Kinder aus Ex-Jugoslawen von Karies betroffen.
- Ein Grossteil der Jugendlichen ist mit ihrem Leben zufrieden. Dieser Anteil ist bei Jungen etwas höher als bei Mädchen. Ein Unterschied nach Nationalität zeigt sich nicht. Bei Kindern von ungelernten Eltern zeigen sich öfter Konzentrationsschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten als bei Kindern von Eltern mit höherer Ausbildung. Ebenso zeigt sich, dass bei Sek B-Schüler/-innen häufiger Verhaltensprobleme (mangelnde Selbstkontrolle und Regelverletzungen) vorhanden sind. Bezüglich sozialem Rückzug/mangelhafter Akzeptanz zeigen sich keine Geschlechts-, Schulniveau- und Nationalitätenunterschiede.
- 17% der Jugendlichen haben depressive Symptome in klinischem Ausmass. Depressive Verstimmungen und auch Ängste treten bei Mädchen häufiger auf als bei Jungen. Sie sind auch häufiger bei ausländischen Jugendlichen und bei Lernenden der Sek C/Sonderklasse zu finden.

5 Fazit

Wie einleitend erwähnt stellen sich für die Forschung und Praxis zur ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen nach Richter et al. (2011) drei zentrale Herausforderungen: Die *Beschreibung*, *Erklärung* und *Reduktion* gesundheitlicher Ungleichheit.

Der vorliegende Bericht hat zum Ziel, einen Beitrag zur *Beschreibung* gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. Die gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich wurde bisher nicht systematisch erforscht. Anhand der vorhandenen Gesundheitsberichte können jedoch Hinweise auf gesundheitliche Ungleichheit zwischen verschiedenen Merkmalsgruppen gefunden werden.

Es wird deutlich, dass sich auch im Kanton Zürich bei vielen gesundheitlichen Aspekten ein sozialer Gradient in der Gesundheit zeigt: Je tiefer das Bildungsniveau der Kinder und Jugendlichen oder deren Eltern ist, desto risikobehafteter sind deren psychosozialen Rahmenbedingungen (z.B. Wohnsituation, soziales Netzwerk), deren Gesundheitsverhalten und desto schlechter ist ihr Gesundheitszustand. Dies deckt sich mit Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys aus Deutschland, der den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit systematisch untersucht hat (Lampert, Hagen, und Heizmann 2010).

Teilweise zeigen sich aber auch umgekehrte Zusammenhänge: Beispielsweise sind Kinder aus höheren Sozialschichten öfter von Allergien, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Schlafproblemen betroffen.

Auch der Migrationshintergrund scheint eine Rolle zu spielen. Nicht-Schweizer, verglichen mit Schweizer Kindern und Jugendlichen, weisen Nachteile in vielen gesundheitlichen Aspekten auf (dies zeigt sich beispielsweise bei den Themen Ernährung, Bewegung, Gewicht, Substanzkonsum, Schule schwänzen und depressive Verstimmungen).

Bei den Geschlechtsunterschieden wird deutlich, dass nicht ein Geschlecht als „ungesünder“ bezeichnet werden kann. Es sind unterschiedliche Verhaltensweisen und Aspekte der Gesundheit, die je nach Geschlecht relevant sind: So weisen beispielsweise Jungen häufiger Verhaltensauffälligkeiten auf als Mädchen, und Mädchen berichten häufiger über depressive Verstimmungen als Jungen.

Aufgrund der Datenlage ist es allerdings nicht möglich, ein umfassendes und wissenschaftlich gesichertes Bild zur gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen im Kanton Zürich zu geben. Um über eine solide Grundlage für wirksame Massnahmen zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten zu verfügen und zu sehen, wo allenfalls die Schule einen Beitrag leisten kann, wäre es wichtig, dass kontinuierlich und in einer hohen wissenschaftlichen Qualität Daten zur Gesundheit und zur gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen erhoben werden (vgl. dazu das Konzept „Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz“ (Stamm et al. 2013a)). Damit verbunden ergeben sich Fragen, die im Folgenden skizziert werden:

Welche gesundheitsbezogenen Indikatoren und sozialen Merkmale sind relevant zur Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit?

Um zu bestimmen, welche gesundheitsbezogenen Indikatoren und sozialen Merkmale der Kinder und Jugendlichen relevant sind, müssen Modelle zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit einbezogen werden (z.B. Stamm et al. 2013a). Zudem ist es wichtig sicherzustellen, dass auch aktuelle bzw. sich neu entwickelnde Gesundheitsprobleme in die Befragungen einfließen. Diese können beispielsweise durch Expertengremien festgelegt werden.

Zudem können gesundheitliche Aspekte innerhalb der verschiedenen Merkmalsgruppen wie Geschlecht, Nationalität und Bildung sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Dies zeigt sich beispielsweise bei Personen

mit Migrationshintergrund, bei denen das psychosoziale Umfeld, das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitszustand je nach Nationalität und Grund der Migration stark variieren können.

Deshalb ist es notwendig, die unterschiedlichen Gruppen genauer zu betrachten um zu sehen, welche gesundheitlich besonders stark belastet sind und wie der Gesundheitszustand dieser Gruppen verbessert werden kann (Mielck 2003).

Vorbildlich für eine breite Datengrundlage ist der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) aus Deutschland (www.kiggs-studie.de), welcher Gesundheitsdaten von Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren erfasst (Kurth 2007).

In der Umfrage werden repräsentative Daten zu folgenden Themen erhoben:

- *Körperliche Gesundheit*: z.B. allgemeine körperliche Entwicklung, akute und chronische Krankheiten, Behinderungen, Schmerzen.
- *Psychische Gesundheit*: z.B. psychisches Wohlbefinden, Lebensqualität, psychische Krankheiten, Verhaltensauffälligkeiten, psychosoziale Schutz- und Risikofaktoren.
- *Soziales Umfeld, Lebensbedingungen*: z.B. soziale Lage, soziales Umfeld, Merkmale der Familie.
- *Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken*: z.B. Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität.
- *Gesundheitliche Versorgung*: z.B. Impfstatus, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Einnahme von Medikamenten, Vorhandensein von Krankenversicherung und Vorsorgeleistungen (Kinderfrüherkennungsuntersuchungen).

Welche Altersgruppen sollten einbezogen werden?

Gesundheitliche Ungleichheit beginnt schon im Mutterleib. Die KIGGS-Studie aus Deutschland zeigt beispielsweise, dass das Geburtsgewicht von Kindern aus sozial benachteiligten Familien im Schnitt niedriger ist als das von sozial bessergestellten Kindern (Bergmann, Bergmann, Ellert, und Dudenhausen 2007). Ein niedriges Geburtsgewicht steht in Zusammenhang mit erhöhter Säuglingsmorbidity bzw. -mortality (OECD 2010) und gesundheitliche Probleme in jungen Jahren setzen sich in späteren Lebensphasen oftmals fort (Dragano, Lampert, und Siegrist 2009).

Deshalb ist es wichtig, relevante Gesundheitsindikatoren der Heranwachsenden bereits früh zu dokumentieren und auf bestehende Erhebungen im Kanton Zürich inhaltlich und methodisch abzustimmen.

Welche Anforderungen sollten die Datenerhebungen und Berichterstattungen erfüllen?

Die in den zitierten Berichten beschriebenen gesundheitlichen Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen sind teilweise statistisch nicht gesichert oder der Nachweis ist nicht ausreichend dokumentiert. Um eine fundierte Grundlage zur Planung von Massnahmen zu erhalten ist es wichtig, Studien mit ausreichend grossen Fallzahlen durchzuführen, da kleine Stichproben mit hohen statistischen Fehlerspannen behaftet sind (die wahren Werte bei kleinen Merkmalsgruppen können stark von den ermittelten Werten abweichen), und die gesundheitlichen Unterschiede auch auf ihre Signifikanz und Effektstärke zu überprüfen.

Grosse Fallzahlen ermöglichen ausserdem multivariate Auswertungen um zu eruieren, welchen Einfluss unterschiedliche Merkmalskombinationen auf die Gesundheit haben. Wie gross ist beispielsweise der Anteil der Schulbildung an der gesundheitlichen Ungleichheit, verglichen mit Einkommen und Migrationshintergrund? Allerdings ist zu beachten, dass solche Auswertungen auch mit höheren Anforderungen an die verwendeten Skalen und Items verbunden sind.

Die Berichte basieren schliesslich auch auf unterschiedlichen methodischen Zugängen mit nicht vergleichbaren Fragestellungen bzw. Antwortformaten. So war es schwierig für den vorliegenden Bericht die Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Es wäre wünschenswert, wenn die verschiedenen Gesundheitsbefragungen (kantonal, national, international) gut vernetzt werden, damit sie sich gegenseitig optimal ergänzen.

6 Literaturverzeichnis

- BAG. 2013. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit 2020. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Baselice, Maria, Regula Behringer, Christa Berger, Sabrina Edler, Jürg Forster, Daniel Frey, Marianne Honegger Schnyder, Claude Hunold, Alexandra Papandreou, Silke Schmitt Oggier, und Ralph Wettach. 2013. Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung Schuljahr 2012/13. Zürich: Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich.
- Bergmann, Karl E., Renate L. Bergmann, Ulrike Ellert, und Joachim W. Dudenhausen. 2007. "Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50 (5-6):670-676. doi: 10.1007/s00103-007-0228-4.
- BFS. 2012. Armut in der Schweiz: Einkommensarmut der Schweizer Wohnbevölkerung von 2008 bis 2010. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Bildungsdirektion Kanton Zürich. 2011a. "Bildungsstatistik. Bildung in Zahlen." Zugriff 29.7.2015. <http://www.bista.zh.ch/vs/Nationz.aspx>.
- Bildungsdirektion Kanton Zürich. 2013. "Bildungsstatistik. Bildung in Zahlen." Zugriff 29.7.2014. <http://www.bista.zh.ch/vs/VSNation.aspx>.
- Bildungsdirektion Kanton Zürich. 2014. "Die Schulen im Kanton Zürich 2013/2014." Zugriff 6.10.2015. http://www.bista.zh.ch/pub/downloads/Schulen_Kt_ZH_2013_14.pdf.
- Bildungsdirektion Kanton Zürich, Bildungsplanung. 2011b. *Nach sechs Jahren Primarschule. Lernstand der Schulanfängerinnen und Schulanfänger von 2003 vor ihrem Übertritt in die Sekundarstufe 1*. Zürich: Bildungsdirektion Kanton Zürich.
- Boruvka, Jan, Markus Braun, Corina Bürgi, Simon Dinkel, Monika Frank, Verena Gerber, Gerhard Gillmann, Basil Gysin, Silvia Hofer Kellenberger, Roman Page, Tom Priester, Norbert Riesen, Thomas Ruch, und Zalgaité Juratė. 2013. *Sozialbericht des Kantons Zürich 2012: Ergebnisse der Schweizerischen Sozialhilfestatistik*. Hrsg. Statistisches Amt Kanton Zürich Bundesamt für Statistik (BFS), Kantonales Sozialamt Zürich. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Dallinger, Gernot, Kerstin Hänsel, Renate Martin, Marion Petter, Roland Habich, und Martin Wettig. 2013. Datenreport 2013: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung/bpb.
- Dragano, Nico, Thomas Lampert, und Johannes Siegrist. 2009. "Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?" In *Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht*, hrsg. v. Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht. München: DJI Verlag.
- Hollosi, Eva, Thomas Steffen, Markus Ledergerber, Doris Schenk, und Team Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Basel-Stadt. 2010. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Basel: Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt.
- ISPM. 2002. Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPM).

- ISPM. 2005. Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPM).
- ISPM. 2012. Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPM).
- ISPM. 2013. Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPM).
- Kickbusch, Ilona, und Katrin Engelhardt. 2009. "Das Konzept der Gesundheitsdeterminanten." In *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, hrsg. v. Katharina Meyer, 19-33. Bern: Hans Huber.
- Kretschmann, Andrea, Aurélie Archimi, Béat Windlin, Yvonne Eichenberger, Edith Bacher, und Marina Delgrande Jordan. 2015. Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern - Deskriptive Statistik der 2014 erhobenen Daten des Kantons Zürich. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Kurth, Bärbel-Maria. 2007. "Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements TL - 50." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 5/6:533-546. doi: 10.1007/s00103-007-0214-x.
- Lampert, Thomas, Christine Hagen, und Boris Heizmann. 2010. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lampert, Thomas, und Matthias Richter. 2009. "Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen." In *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, hrsg. v. Matthias Richter und Klaus Hurrelmann. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamprecht, Markus, Adrian Fischer, und Hanspeter Stamm. 2008. Sport Schweiz 2008. Kinder- und Jugendbericht. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Lamprecht, Markus, Claudia König, und Hanspeter Stamm. 2006. *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf "Psychische Gesundheit - Stress" und "Gesundes Körpergewicht". Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Menghini, Giorgio, und Marcel Steiner. 2007. Orale Gesundheit in der Schweiz - Stand 2006. Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Menghini, Giorgio, Marcel Steiner, und Thomas Imfeld. 2008. "Kleinkinderkaries – Fakten und Vorbeugung." *Therapeutische Umschau*. doi: DOI 10.1024/0040-930.65.2.75.
- Mielck, Andreas. 2003. "Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders gross?" In *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte*, hrsg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Naidoo, Jennie, und Jane Wills. 2010. "Einflussfaktoren auf die Gesundheit." In *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage*, hrsg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

- Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch). 2013. *Gesundheitswirksame Bewegung bei Kindern und Jugendlichen. Empfehlungen für die Schweiz*. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO).
- OECD. 2010. *Gesundheit auf einen Blick 2009: OECD-Indikatoren*. Paris: OECD Publishing.
- Pini Züger, Fernanda. 2008. "Basisdaten zu Gesundheit und Lebensstil bei 13- bis 16-jährigen Jugendlichen der zweiten Sekundarklassen in der Stadt Zürich: Erstellung eines Erhebungsinstruments und Auswertung für das Schuljahr 2007/2008." Master-Thesis, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern.
- Richter, Matthias, Sabine Ackermann, Irene Moor, und Nicola Cantoreggi. 2011. Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung für Gesundheitsforschung.
- Richter, Matthias, und Klaus Hurrelmann. 2009. *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rohrbach, Walter. 2011. Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern - Deskriptive Statistik der 2010 erhobenen Daten des Kantons Zürich. Lausanne: Sucht Info Schweiz.
- Schönbucher, Verena, Thomas Maier, Leonhard Held, Meichun Mohler-Kuo, Ulrich Schnyder, und Markus A. Landolt. 2011. "Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review." *Swiss Medical Weekly* 140:w13123. doi: 10.4414/smw.2011.13123.
- Stamm, Hanspeter, Adrian Fischer, Doris Wiegand, und Markus Lamprecht. 2013a. Konzept für ein "Monitoring der Verteilung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Schweiz". Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- Stamm, Hanspeter, Daniel Frey, Angela Gebert, Markus Lamprecht, Markus Ledergerber, Katharina Staehelin, Susanne Stronski Huwiler, und Annemarie Tschumper. 2013b. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich: Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2011/2012. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stamm, Hanspeter, und Markus Lamprecht. 2009. *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich. 2015. "Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich 2015." Zugriff 6.10.2015.
http://www.statistik.zh.ch/internet/justiz_inneres/statistik/de/daten/jahrbuch/_jcr_content/contentPar/downloadlist_0/downloaditems/99_1427958988064.spooler.download.1427957564077.pdf/jb_15_total.pdf.
- Steiner, Marcel, Giorgio Menghini, Thomas M. Marthaler, und Thomas Imfeld. 2010. "Kariesverlauf über 45 Jahre bei Zürcher Schülern." *Schweizer Monatszeitschrift für Zahnmedizin SMZ* 120 (12):1095-1104.
- Tschumper, Annemarie. 2014. Kindergesundheitsbericht Stadt Bern. Die Gesundheit aus Sicht der schulärztlichen, schulsozialen und schulzahnärztlichen Praxis. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport.

WHO. 2012. Europäisches Rahmenkonzept "Gesundheit 2020" für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa.