



Kreis
HEINSBERG

.....Der Landrat

Euregionale Jugendbefragung

Bericht
Kreis - Heinsberg

2001

Projektpartner:

Deutschsprachige
Gemeinschaft Belgien

Kreis Düren
Kreis Euskirchen
Kreis Heinsberg
Stadt Aachen

GGD Oostelijk Zuid-Limburg
GGD Zuidelijk Zuid-Limburg
GGD Westelijke Mijnstreek
GGD Midden/Noord-Limburg

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	
Allgemeines	Seite 4
Befragungsanlass	Seite 4
2. Methodik	
Fragebogen	Seite 5
Fragetypen	Seite 6
Anonymität	Seite 7
Freiwilligkeit	Seite 7
Zielgruppe	Seite 7
Fragezeitpunkt	Seite 7
Befragungsdauer	Seite 7
3. Durchführung und technische Verarbeitung	Seite 8
4. Auswertung	
Teilnahme	Seite 8
Anmerkungen	Seite 10
4.3 Sozio-demographische Daten	
Geschlecht	Seite 11
Alter	Seite 11
Schulform	Seite 11
Ethnologie	Seite 12
Familiensituation	Seite 12
Berufliche Situation der Eltern	Seite 12
Verfügbare finanzielle Mittel	Seite 12
4.4 Gesundheit	
Beurteilung der eigenen Gesundheit	Seite 13
Emotionales Wohlbefinden	Seite 13
Mit welchen Problemen beschäftigen sich Jugendliche?	Seite 13
4.5 Risikoverhalten	
Rauchen	Seite 14
Alkohol	Seite 14
Cannabis	Seite 15
Ecstasy	Seite 15
Sonstige Drogen	Seite 15
Spielen an Geldspielautomaten	Seite 16
Ungeschützter Geschlechtsverkehr	Seite 16
4.5 Problemverhalten	
Kleinkriminalität und Aggressionen	Seite 16
Herumhängen auf der Straße	Seite 17
Schule schwänzen	Seite 17
Schikanieren	Seite 17
4.7 Sicherheit	
Schikaniert werden	Seite 18
Sich sicher fühlen	Seite 18
Opfer sein	Seite 18
4.8 Freizeitverhalten	
Ausgehen	Seite 19
Bewegung Sport	Seite 19
4. 9 Medikamenteneinnahme	Seite 19
4. 10 Ernährungsverhalten	
Gewicht	Seite 20
Ernährung	Seite 20
5. Zukünftige Handlungsoptionen – erste Vorschläge für zukünftige Handlungsfelder	Seite 20

Deutsche Region

Gesundheitsamt Düren, Leiterin Dr. M. Hoff-Gehlen,
Projektverantwortliche N. Savelsberg, Leiterin Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz
Gesundheitsamt Euskirchen, Leiterin Dr. B. Prömse,
Projektverantwortliche Dr. K. Ullmann, Leiter Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz
und J. Grumblat, Amtsapotheker,
Gesundheitsamt Heinsberg, Leiter Dr. K.-H. Feldhoff
Projektverantwortlicher Dr. B. Ziemer, stellv. Amtsarzt
Gesundheitsamt Stadt Aachen, Leiter Dr. W. Kurth
Projektverantwortliche Dr. H. Plum, stellv. Amtsarzt und U. Lorenz, Leiterin Prävention Sucht
Gesundheitsamt Stadt Düsseldorf, Leiter Prof. (BG) H. Schneitler
Projektverantwortliche R. Behrendt, Geschäftsstellenleiterin Gesundheitskonferenz
Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) Bielefeld, K. Simon,
Gesundheitswissenschaftler

Niederlande

GGD Zuidelijk Zuid-Limburg, Leiter Dr. J. Meijers
Projektverantwortliche J. de Vreede, Epidemiologin
GGD Oostelijk Zuid-Limburg, Leiter Dr. R. Hagenouw
Projektverantwortlicher K. J. Hajema, Epidemiologe
GGD Westelijke Mijnstreek, Leiter Dr. F. Bovens
Projektverantwortliche C. Gielkens, Epidemiologin
GGD Noord- en Midden-Limburg, Leiter P. Herngreen,
Projektverantwortliche T. Houben, Epidemiologe, S. Schefman, Epidemiologin und
T. Groendijk, Leiter des Jugendärztlichen Dienstes
GGD Eindhoven, Projektverantwortlicher P. van Nierop

Belgische Region

Deutschsprachige Gemeinschaft Eupen
Projektverantwortlicher und Leiter des ASL N. Gensterblum
Belgisch - Limburg, Hasselt
Frau R. De Boeck

**Im Kreis Heinsberg wurde das Projekt von der AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse -
Regionaldirektion Heinsberg und der Firma Chiron – Behring unterstützt.**

1. Einleitung

1.1 Allgemeines

Die themenbezogene kommunale Gesundheitsberichterstattung erhält zunehmend Bedeutung für zielgerichtetes, bedarfsorientiertes Handeln der in einer Kommune für die Gesundheit verantwortlichen Institutionen.

Die Gesundheitskonferenz als Forum auf lokaler Ebene für die insbesondere vor Ort beeinflussbaren gesundheitlichen Belange der Bürger erweist sich seit 1993 als tragfähiges Gremium, anhand der über die Gesundheitsberichterstattung erhaltenen Ergebnisse Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung gesundheitlicher Belange einvernehmlich zu verabreden. Die Entscheidungsträger auf kommunalpolitischer und Verwaltungsebene haben mit der Gesundheitsberichterstattung ein flexibles Instrument zur Bearbeitung gesundheitsrelevanter Fragestellungen erhalten. Die Beschreibung der Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen und Problemfelder bietet eine datengestützte Grundlage, vorhandene Ressourcen gezielt einzusetzen oder neue Ressourcen zu schaffen. Gesundheitsziele können formuliert und quantifiziert werden. Letztlich sollten die Effekte einer ergriffenen Maßnahme wie z. B. die Ergebnisse von Präventionsbemühungen „messbar“ gemacht werden. Bei bestimmten Themen ist das Sichtbarmachen von Veränderungen durch Präventionsmaßnahmen im Bereich der Gesundheit einfacher, wie z. B. die Verbesserungen in der Zahngesundheit, in anderen gesundheitlichen Bereichen ist es nur schwer realisierbar, da viele Effekte überlagert sind und gesundheitliche Determinanten und Verhaltensweisen durch andere, auch überregionale, Einflüsse ebenfalls Veränderungen erfahren.

1.2 Befragungsanlass

Das Risikoverhalten bei Jugendlichen ist ein Themenfeld, das dauernden Veränderungen unterliegt. Diese Veränderungen sind auf familiärer, schulischer und kommunaler Ebene nur begrenzt beeinflussbar, aber sie sind beeinflussbar.

Der Anstoß, eine derartige Befragung durchzuführen, kam von den niederländischen Nachbargesundheitsämtern (GGD'n), mit denen sich ein guter Austausch auf lokaler Ebene etabliert hat.

Mit Beginn des stärkeren Aufkommens von Ecstasy in der Discoszene Mitte der 90er Jahre wurden die niederländischen Gesundheitsämtern von besorgten Eltern, Lehrern und Kommunalpolitikern gefragt:

- Ist Ecstasy auch bei uns ein so reales Problem?
- Gibt es Zahlen zu der Häufigkeit des Konsums ?
- In welchen Bereichen ist prophylaktische Arbeit möglich und sinnvoll?

Da zu der Zeit bei den GGD'n kein belastbares Zahlenmaterial vorlag, wurde eine flächendeckende Befragung der Jugendlichen der Klassen 8 und 10 aller weiterführenden Schulen zum Risikoverhalten und Suchtmittelgebrauch durchgeführt. Aus internationalen Studien ist die Häufigkeit von Substanzmittelmissbrauch weitgehend bekannt. Um aber lokal Schwerpunkte setzen zu können, sind belastbare, das heißt wirklich der Realität entsprechende, örtliche Kennzahlen erforderlich. Basierend auf den Ergebnissen der damaligen Befragung wurden gezielte Präventionsaktivitäten initiiert und vorhandene Präventionen modifiziert und gruppenspezifisch ausgerichtet. Schon 1996 wurde festgelegt,

im Jahr 2001 die Befragung im Sinne einer Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen zu wiederholen:

➤ **Haben die Präventionsmaßnahmen einen positiven Einfluss auf das Verhalten der Jugendlichen?**

Anfang 2000 wurde das Kreisgesundheitsamt Heinsberg zur Teilnahme an diesem Projekt eingeladen. Schnell fanden sich weitere Kooperationspartner mit der Stadt Aachen und den Kreisen Düren und Euskirchen. Auf belgischer Seite ist die Deutschsprachige Gemeinschaft Belgien beteiligt. Mit einer etwas anderen Konzeption sind die Provinz Hasselt und die Stadt Düsseldorf beteiligt.

Gemeinsame Basis für die Befragung im Jahr 2001 ist ein nach den Sprachregionen leicht modifizierter Fragebogen zu den Bereichen:

- Basisdaten,
- allgemeine Gesundheit,
- Schulbesuch,
- Freizeitverhalten,
- Alkohol-, Nikotin- und weiterer Suchtmittelmissbrauch/gebrauch,
- Sexualität,
- Sozialpharmazie (Arzneimittelkonsum bei der befragten Untersuchungsgruppe)
- und Ernährungsverhalten.

Das nun vorgelegte Heft ist der erste deskriptive Bericht zum Freizeit- und Risikoverhalten bei Jugendlichen für den Kreis Heinsberg. Dieser Bericht beinhaltet eine Vielzahl von Tabellen, aus denen der prozentuale Anteil zu den verschiedenen Fragestellungen nach Geschlecht, Jahrgangsstufe und Schultyp hervorgeht. Alle teilnehmenden Schulen erhalten einen Bericht mit den Ergebnissen ihrer Schule. Ein weiterer gemeindebezogener Bericht wird erarbeitet. Die Arbeitsgruppe der teilnehmenden Regionen wird sich noch mit einer weitergehenden Analyse der Befragung befassen. Ein Antrag auf Förderung dieser weitergehenden Maßnahme in der Euregio-Mass-Rhein aus Interreg-III-Mitteln ist gestellt.

2. Methodik

2.1 Fragebogen

Datenbasis ist ein 20-seitiger Fragebogen. Der Fragebogen ist als Anlage diesem Bericht beigelegt. Die Fragen stammen größtenteils aus einem weltweit erprobten Fragenpool. Ein Teil der Fragen wurde aus den europäischen und deutschen Befragungen von Jugendlichen -HBSC-Studie- (Health Behaviour in School-Aged Children) entnommen, die unter der Schirmherrschaft der WHO in vielen Ländern regelmäßig durchgeführt wird. Die Fragen zur Sozialpharmazie (hier - Arzneimittelgebrauch bei Jugendlichen) und zum Ernährungsverhalten wurden teilweise selber entwickelt und erprobt oder stammen aus dem o. g. Pool.

2.2 Fragetypen

Die Fragen sind zum Teil offene und geschlossene Fragen. Bei den geschlossenen Fragen konnten vorgegebene Antworten angekreuzt werden:

2.1 Bist du ein Junge oder ein Mädchen?	☐ Junge ☐ Mädchen
--	--

Bei wenigen Fragen waren mehrere Antworten möglich:

10.7b Welche Sportarten treibst du bevorzugt? <i>Hier sind mehrere Antworten möglich!</i> Kreuze <u>aber</u> höchstens 5 Antworten an!	☐ Ich mache keinen Sport ☐ Handball ☐ Fußball ☐ Volleyball ☐ Badminton ☐ Tennis ☐ Rollerskats/Skateboard ☐ Leichtathletik ☐ Kampfsportarten ☐ Tanzsport ☐ Bodybuilding ☐ Joggen ☐ Radfahren ☐ Basketball ☐ Schwimmen ☐ Sonstige
--	--

Bei einigen Fragen hatten die Schüler/Innen die Möglichkeit, bewusst anzukreuzen, dass sie diese Frage nicht beantworten möchten oder können, z. B. Fragen zum Rauchverhalten der Eltern.

Bei den offenen oder teiloffenen Fragen konnten die Antworten handschriftlich eingetragen werden:

2.2 Wie alt bist du?	Ich bin Jahre alt
-----------------------------	---

2.3 Anonymität

Die Anonymität der Befragung wurde den Teilnehmern von den Gesundheitsämtern garantiert. An direkten personenbezogenen Daten sind Alter, Geschlecht, PLZ und Schulnummer auf dem Fragebogen angegeben. Die Datensatzbeschreibung liegt nur den Projektgruppenmitgliedern vor. Fast alle Antwortmöglichkeiten sind numerisch codiert. Es werden ausschließlich Aussagen zu Gruppen erfolgen. Eine Einzelauswertung für einen einzelnen Fragebogen findet nicht statt. Die Fragebögen werden nach der Auswertung vernichtet. Die elektronischen Datensätze werden Dritten zur Auswertung **nicht** zur Verfügung gestellt.

2.4 Freiwilligkeit

Die Befragung war für jeden Schüler freiwillig. Die Eltern wurden 14 Tage vor der Befragung schriftlich über die Durchführung informiert und hatten die Möglichkeit, ihr Kind an der Befragung nicht teilnehmen zu lassen. Nicht nur die Teilnahme an der gesamten Befragung war freiwillig, sondern die Schüler/Innen wurden darauf hingewiesen, dass auch einzelne Fragen weggelassen werden konnten. Zu jedem Zeitpunkt bestand die Möglichkeit, für die Schüler/Innen selbst die Befragung abzubrechen.

2.5 Zielgruppe

Bei der Festlegung der Befragungszielgruppe waren die deutschen Regionen an die Vorgaben der niederländischen Befragung gebunden, um eine Vergleichbarkeit untereinander, aber auch mit den Ergebnissen von 1996 zu erreichen. Befragt wurden flächendeckend alle Schüler der weiterführenden Schulen der Klassen 8 und 10. Durch diese Auswahl waren Schüler/Innen der Altersstufen 12 – 18 Jahre betroffen.

2.6 Fragezeitpunkt

Die Befragung wurde flächendeckend zeitgleich 14 Tage vor den Herbstferien des Schuljahres 2001/02 und teilweise, weil technisch aus Termingründen der Schulen nicht anders realisierbar, vier Wochen nach den Herbstferien durchgeführt. Einflüsse aus einem etwaigen anderen Verhalten zu Ferienzeiten wurden so verhindert.

2.7 Befragungsdauer

Für die Beantwortung der Fragen stand den Schüler/Innen ein Zeitraum einschließlich der mündlichen und schriftlichen Instruktionen von zwei Schulstunden zur Verfügung. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer betrug 30 Minuten.

3. Durchführung und technische Verarbeitung

Im Kreis Heinsberg wurde die Befragung ausschließlich von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes (Ärzte/Innen, Sozialpädagoge/Innen und Sozialarbeiter/Innen) durchgeführt. Das Team wurde vor der Durchführung geschult. Ein schriftliches Manual für die Durchführung stand jedem Mitarbeiter/In zur Verfügung. Nach einem genauen Zeitplan wurden zeitgleich während der Unterrichtszeit in den Schulen entweder beide Jahrgangsstufen gleichzeitig oder in großen Schulen je eine komplette Jahrgangsstufe zeitgleich befragt. Die Befragung fand in den Klassenräumen statt. Ein/e Lehrer/Lehrerin war bei der Befragung nicht anwesend. Da die Fragebögen nur mit Kugelschreiber ausgefüllt werden sollten, wurden diese zur Verfügung gestellt.

Nach der Beantwortung des Fragebogens konnten die Schüler den Fragebogen in eine geschlossene Kartonbox werfen. Es bestand die Möglichkeit, auf einem separaten Blatt die Befragung zu kritisieren. War ein/e Schüler/In früh mit der Beantwortung der Fragen fertig, konnte er/sie entweder einen vorher bestimmten Schulraum aufsuchen und dort auf die Weiterführung des Unterrichts warten oder in den späteren Schulstunden nach Hause gehen. Die Fragebögen aller teilnehmenden Regionen wurden von der niederländischen Firma SCAN SERV aufgearbeitet. Zwischen der Projektgruppe, der Firma Scan Serv und der Druckerei wurde ein einheitliches Format für die Fragebögen ausgearbeitet und getestet. Bis Ende Dezember 2001 waren alle Fragebögen von der Firma Scan Serv eingescannt. Die verabredete maximale Fehlerquote bei geschlossenen Fragen von 1 % und bei offenen Fragen von maximal 5 % wurde mit einer Stichprobe getestet. Die festgestellte Fehlerquote liegt deutlich unter den Vorgaben. Die Datensätze wurden durch das Scannen in eine Datenbank im SPSS® - Format überführt und den Gesundheitsämtern geliefert. Alle Fragebögen liegen zusätzlich noch als sogenannte PDF-Datei vor und können mit einem speziell erarbeiteten Suchprogramm für spezielle Analysen, z.B. der offenen Fragen, gefunden und überprüft werden.

Alle Datensätze wurden von den niederländischen Epidemiologen einzeln auf Konstanz im Antwortverhalten überprüft. In jeder Region fanden sich unter 1 % Datensätze, die als nicht berücksichtigungsfähig für die Auswertung klassifiziert wurden.

Die Auswertungsprozeduren wurden von den niederländischen Epidemiologen mit dem Statistikprogramm SPSS 11.0 geschrieben. Die Auswertung selbst findet neben einer spezifischen lokalen Auswertung mit diesem o. g. Auswertungsprogramm in modifizierter Form in den jeweiligen Gesundheitsämtern statt.

4. Auswertung

4.1 Teilnahme

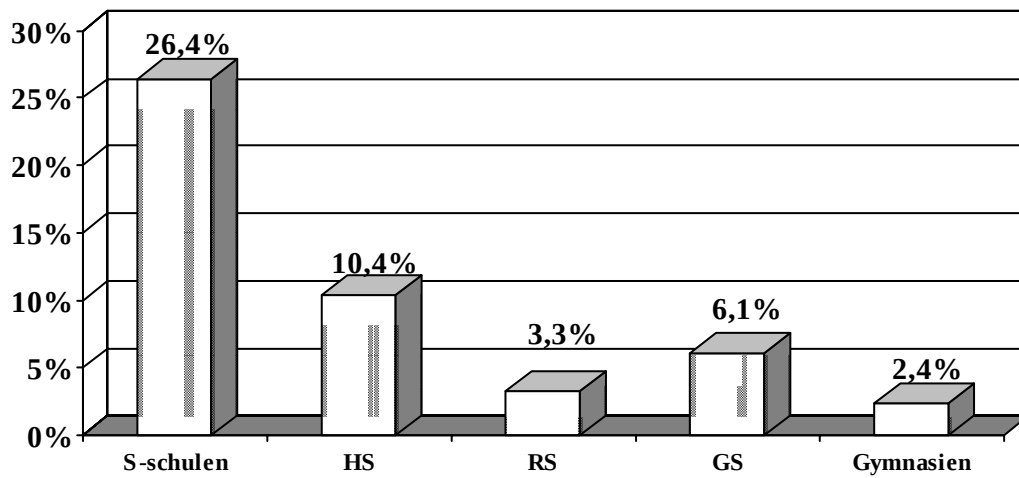
Befragt wurden in der Euregio 40 000 Schülerinnen und Schüler.

Im Kreis Heinsberg waren im Schuljahr 2001/02 6 246 Schüler/Innen in der Jahrgangsstufe 8 und 10.

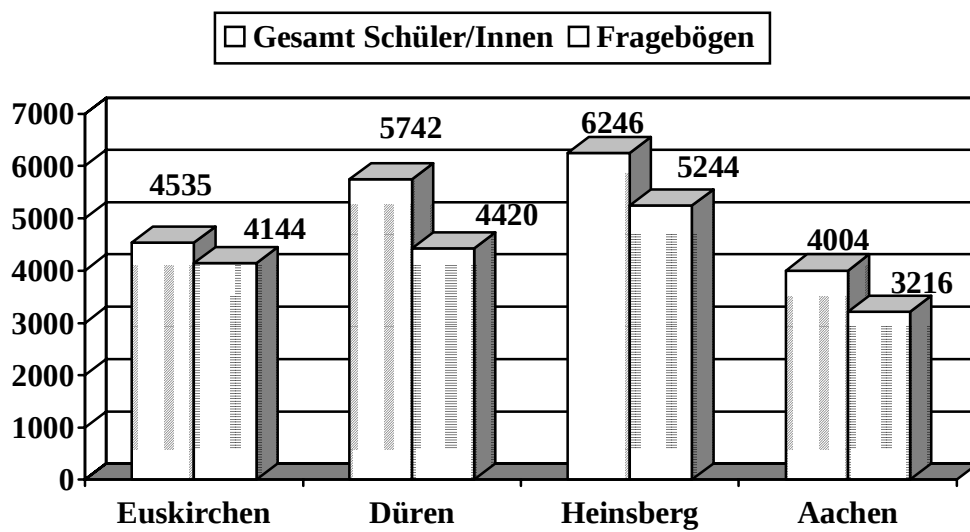
Die Hauptschule Gerderath, die Realschule Geilenkirchen und das Gymnasium Hückelhoven haben sich im Kreis Heinsberg nicht beteiligt.

Von den 5 633 verbleibenden Schülern der teilnehmenden Schulen haben 5 344 den Fragebogen ausgefüllt. Nur 5 der am Befragungstag anwesenden Schüler/Innen haben die Teilnahme verweigert, der Rest - 319 Schüler/Innen - fehlte am Befragungstag.

Euregionale Jugendbefragung 2001 Fehlende Schüler am Befragungstag



Euregionale Jugendbefragung 2001 Auswertbare Fragebögen



Nach der Datensatzbereinigung standen für die Auswertung in den deutschen Regionen 17 024 Fragebögen zur Verfügung.

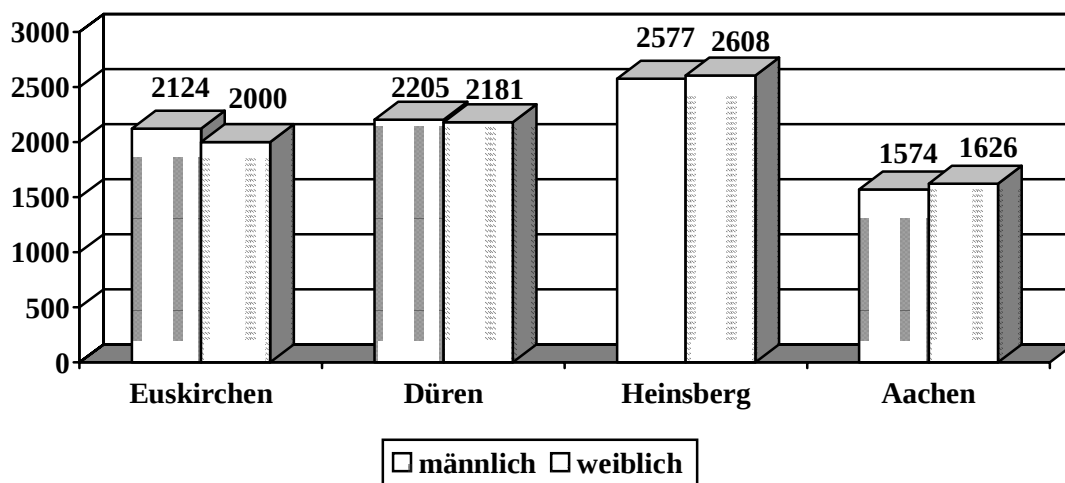
4.2 Anmerkungen

Bei allen folgenden Tabellen ist immer wieder zu berücksichtigen, dass die Schüler/Innen nicht alle Fragen des Fragebogens beantwortet haben, teils aus Versehen, teils mit Absicht.

Bei einigen Ergebnissen ist mit einer Raute # oder einem Dollarzeichen \$ gekennzeichnet, wenn sich die Prozentangaben nur auf eine Teilgruppe beziehen.

So stehen uns für den Bereich Geschlecht z. B. nur 16 895 Angaben bei 17 024 Teilnehmern zur Verfügung. Die Geschlechtsverteilung liegt gleichmäßig bei 50%.

**Euregionale Jugendbefragung 2001
Verteilung nach Geschlecht**



Teilnehmer = 17 024
Angaben zum Geschlecht = 16 895

Dieser Bericht beinhaltet eine reine Beschreibung der gefundenen Ergebnisse. Auf eine Analyse wird im jetzigen Stadium bewusst verzichtet, jedoch werden mögliche Handlungsoptionen zur Weiterbearbeitung in der psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaft, der Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung und im Gesundheitsausschuss geprüft.

Bei dieser Auswertung werden die gefundenen Prozentangaben je nach Auswertungsniveau mit den Daten der deutschen Regionen, den Daten des Kreises Heinsberg oder mit den Daten der einzelnen Schultypen verglichen. Ein Vergleich der Städte und Schulen untereinander soll nicht stattfinden. Sinn dieser Befragung ist nicht, eine Rangfolge zu erstellen.

Bei häufig auftretenden Verhaltensweisen sind die Ergebnisse und die Vergleiche belastbar. In dieser flächendeckenden Gesamterhebung sind dann die Unterschiede auch als unterschiedlich - auf eine Testung auf Signifikanz kann dann verzichtet werden - zu werten.

Bei Verhaltensweisen, die selten auftreten, können schon Angaben weniger Schüler in der einen oder anderen Gruppe zu großen Unterschieden in den Prozentangaben führen, diese Abweichung in den Prozentangaben kann ein zufälliges Ereignis sein, das dann leicht zu nicht belastbaren Interpretationen führen kann. Nur eine stets wiederkehrende kleinere Abweichung vom Mittelwert des gesamten Antwortpools der Region kann als signifikanter Unterschied bewertet werden.

Die an der Befragung teilnehmenden Schulen, Städte und Gemeinden sollen frühzeitig eine Mitteilung über die Ergebnisse erhalten, um über ihre lokale Situation informiert zu sein. Die Auswertung für die einzelnen Schulen werden den Schulen als Datenhalter zur Verfügung gestellt, eine Veröffentlichung durch das Gesundheitsamt wird für diesen Bereich nicht erfolgen.

4.3 Soziodemographische Daten

4.3.1 Geschlecht

Für den Kreis Heinsberg lagen von 5 092 Schüler/Innen Angaben zum Geschlecht vor, davon waren 49,6 % (2 526) männlich und 50,4 % (2 566) weiblichen Geschlechts.

(s. Tabelle 1 – 3)

4.3.2 Alter

Für die Befragung wurden die Klassen 8 und 10 berücksichtigt und flächendeckend befragt. In diesen Klassen sind Schüler zwischen 12 und 18 Jahren. Das Alter ist immer bei allen Tabellen zu berücksichtigen, bei denen ein Vergleich zwischen den Schulformen stattfindet, da an den Sonderschulen und Hauptschulen die Schüler im Durchschnitt älter sind als an den Realschulen oder Gymnasien und mit dem Alter bei Jugendlichen manches Risikoverhalten, wie z. B. Rauchen, zunimmt.

Schulform	Klasse	Mittelwert in Jahre	N in Anzahl
Sonderschule	Klasse 8	14,04	78
	Klasse 10	15,79	61
Hauptschule	Klasse 8	13,93	667
	Klasse 10	15,90	501
Realschule	Klasse 8	13,55	935
	Klasse 10	15,57	755
Gymnasium	Klasse 8	13,38	799
	Klasse 10	15,46	659
Gesamtschule	Klasse 8	13,66	359
	Klasse 10	15,69	333
Insgesamt	Klasse 8	13,62	2838
	Klasse 10	15,63	2309

4.3.3 Schulform

Schüler und Schülerinnen aller weiterführenden Schulen wurden befragt. Die Gruppe der Realschüler (32,8 %) ist überrepräsentiert gegenüber den Gymnasiasten (28,4 %), der Hauptschule (22,7 %) und der Gesamtschule (13,5 %). Die Schüler/Innen der Sonderschulen bilden mit 2,6 % nur eine kleine Gruppe.

Tabelle Verteilung nach Schulform und Geschlecht

Jungen	Anzahl	74	635	793	667	357	2526
	% von Schulform	55,2%	54,9%	47,5%	46,2%	52,0%	49,6%
Mädchen	Anzahl	60	521	878	778	329	2566
	% von Schulform	44,8%	45,1%	52,5%	53,8%	48,0%	50,4%
	Anzahl	134	1156	1671	1445	686	5092

4.3.4 Ethnologie

Im Fragebogen wurde nach dem Herkunftsland der Mutter und des Vaters gefragt. Die Zuordnung zur Gruppe Deutschland erfolgte dann, wenn mindestens bei einem Elternteil Deutschland als Herkunftsland angegeben wurde (83%). Bei allen anderen Eingruppierungen mussten beide Elternteile aus dem gleichen Herkunftsland stammen. Die Schüler hatten unabhängig zur Herkunft ihrer Eltern und zur eigenen Staatsangehörigkeit die Möglichkeit, die Bevölkerungsgruppe für ihre Person anzugeben, zu der sie sich zugehörig fühlten. Hier zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede zwischen Herkunft und Bevölkerungsgruppe. Ein höherer Prozentsatz der Schüler ausländischer Eltern fühlt sich der deutschen Bevölkerungsgruppe zugehörig. Entsprechend der angewandten Definition sind rund 83 % der Befragten Deutsche. Den größten ausländischen Anteil stellt die Gruppe der türkischen Schüler mit 3,9 % in der Klasse 8 und der türkischen Mädchen mit 2,7 % in den 10 Klassen, gefolgt von der Gruppe „Sonstiges Osteuropa“ (Russlanddeutsche etc.) mit ca. 2,6 %.

(s. Tabelle 3 – 5)

4.3.5 Familiensituation

Der überwiegende Teil der Schüler/Innen lebt im Kreis Heinsberg bei beiden Elternteilen. Der Anteil der Schüler und Schülerinnen, die mit einem Elternteil leben, liegt im Schnitt bei 13 %.

(s. Tabelle 3 – 5)

4.3.6 Berufliche Situation der Eltern

Zwischen 59,3 % und 64,9 % der Schüler und Schülerinnen geben an, dass beide Eltern bezahlter Arbeit nachgehen.

Zwischen 23 % und 28,3 % der Schüler gaben an, dass der Vater als Alleinverdiener bezahlte Arbeit hat

und zwischen 5,5 % und 6,9 % der Schüler gaben die Mutter als Alleinverdienende an. Der Anteil der Schüler und Schülerinnen, die angaben, dass beide Elternteile keine bezahlte Arbeit mehr haben, lag zwischen 5,5 % und 7,5 %. Bei diesen Angaben wurde nicht berücksichtigt, inwieweit ein Elternteil alleinerziehend ist.

(s. Tabelle 3 – 5)

4.3.7 Verfügbare finanzielle Mittel

Die Schüler/Innen wurden nach ihrem Taschengeld, Kleidergeld und dem Einkommen aus Jobs neben dem Schulbesuch befragt. Die Beträge wurden summiert und es wurden Einkommensgruppen gebildet. Das Einkommen ist - wie erwartet - altersabhängig. Dabei zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der Schüler einen hohen, frei verfügbaren Betrag von über **100,-- EURO** im Monat hat.

Bei den Jungen der Klasse 8 sind das 27,8 %

und bei den Mädchen der Klasse 8 sind das 22,6 %.

Bei den Jungen der Klasse 9 sind es 46,4 %

und bei den Mädchen 40,6 %.

Viele Schüler verdienen sich etwas nebenbei. In der Klasse 10 sind es immerhin über 50 % der Schüler und Schülerinnen, die neben der Schule einen Job haben.

(s. Tabelle 46 – 50)

4.4 Gesundheit

4.4.1 Beurteilung der eigenen Gesundheit

Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit zeigt Unterschiede zwischen Geschlecht, Alter und Schulform. Die Jungen schätzen ihre Gesundheit besser ein, als die Mädchen. Gesundheit gut bis sehr gut Klasse 8 Jungen 86,2 %, Mädchen 76,7 %

und Klasse 10 Jungen 82,3 %

und Mädchen 75,6 %.

(s. Tabelle 11 – 15)

4.4.2 Emotionales Wohlbefinden

Der Fragebogen enthielt mehrere Fragen zum emotionalen Wohlbefinden. Aus den Antworten kann ein maximaler Gesamtwert von 100 gebildet werden. In den Tabellen ist ein Mittelwert für die verschiedenen Auswertungsgruppen angegeben. Zusätzlich wurden noch Gruppen gebildet mit der Einteilung günstiges, mittelmäßiges und ungünstiges emotionales Wohlbefinden. Auch in diesem Bereich liegen die Jungen besser als die Mädchen. Emotionales Wohlbefinden Gruppe gutes Wohlbefinden

Klasse 8 Jungen 64,2 %, Mädchen 46,8 %,

Klasse 10 Jungen 57,9 % und Mädchen 40,5 %.

Im Vergleich der Schulformen zeigt sich ebenfalls ein Unterschied, hier schneiden die Gymnasiasten deutlich besser ab und die Sonderschulformen schlechter.

(s. Tabelle 11 – 15)

4.4.3 Probleme

Mit welchen Problemen beschäftigen sich Jugendliche?

Bei diesen Fragen konnten mehrere Antworten angegeben werden. Die gezielten Fragen zu den persönlichen Problemfeldern ergaben, dass die Konfliktfelder:

⇒ **Häusliche Umgebung, Freundeskreis und Schule**

führen. Bei den Mädchen ist das eigene Aussehen noch ein führendes Problemfeld. Bei den Schülern der Klasse 10 zeigt sich, dass eine ungewisse Zukunftsperspektive die Jugendlichen beschäftigt.

Bei den Mädchen der 8. Klasse sind die Hauptproblemfelder:

1. Freunde	27,6 %
2. Zuhause	22,3 %
3. Eigenes Aussehen	19,3 %

und der 10. Klasse:

1. Freunde	33,1 %
2. Zuhause	24,5 %
3. Zukunft	26,7 %

Bei den Jungen der 8. Klasse sind die Hauptproblemfelder:

1. Schule	15,6 %
2. Freunde	14,8 %
3. Zuhause	13,2 %

und der 10. Klasse:

1. Zuhause	22,6 %
2. Freunde	19,7 %
3. Geld	18,3 %

(s. auch Tabelle 11 – 15)

4.5 Risikoverhalten

4.5.1 Rauchen

Der Anteil der Raucher bei den Schülern und Schülerinnen ist in Heinsberg etwas höher als in den anderen deutschen Regionen. Besonders hoch ist die Zahl der rauchenden Mädchen in der Klasse 10 von 48,9 %. Damit liegen sie deutlich vor den Jungen mit 41,4 % Rauchern der Klasse 10. Im Vergleich der Schulen ist der Anteil der Raucher und Raucherinnen in der Sonderschule, Hauptschule und Gesamtschule am höchsten. Ein hoher Anteil der Raucher/Innen gibt an, dass sie mit dem Rauchen aufhören möchten, z. B. sind dies über 50 % der Raucherinnen in der Klasse 10.

(s. Tabelle 16 – 20)

4.5.2 Alkohol

Nur ein kleiner Teil der Jugendlichen hat vier Wochen vor der Befragung keinen Alkohol konsumiert.

In der Klasse 8 waren das 23,6 % der Jungen und 26 % der Mädchen.

Gegenüber den anderen deutschen Regionen weichen diese Ergebnisse nur geringfügig ab.

In der Klasse 10 ist der Anteil der Jungen, die in den letzten vier Wochen keinen Alkohol getrunken haben, 11 % und bei den Mädchen 16,2 %.

Die Mädchen trinken weniger Alkohol als die Jungen. Schon 28,3 % der Jungen in der Klasse 8 waren in den letzten vier Wochen vor der Befragung ein- bis zweimal oder mehrfach betrunken und in der Klasse 10 waren dies 49,5 % der Jungen.

Ein Unterschied zwischen Heinsberg und den anderen deutschen Regionen zeigt sich bei den Angaben zur Trinkmenge, so geben 37 % der männlichen Jugendlichen der Klasse 10, die Alkohol trinken, an, mehr als 20 Glas Alkohol pro Woche zu trinken. Schüler/Innen der

Haupt- und Gesamtschulen sind häufiger betrunken als Schüler/Innen der Gymnasien und der Realschulen.

(s. Tabelle 21 – 25)

4.5.3 Cannabis

Der Anteil der Jugendlichen, die jemals bisher Cannabis konsumiert haben, ist im Kreis Heinsberg gegenüber dem Mittelwert der anderen deutschen Regionen etwa gleich und liegt in der Klasse 8 bei den Jungen bei 22,7 %

und bei den Mädchen bei 15,7 %

in der Klasse 10 bei den Jungen bei 39,7 %

und bei den Mädchen bei 33,4 %.

Wie beim Alkoholkonsum zeigten sich Unterschiede zwischen den Schulen, wobei in den Sonderschulen, Hauptschulen und Gesamtschulen Cannabis häufiger konsumiert wird. In den letzten vier Wochen vor der Befragung hatten nach eigenen Angaben

17,7 % der Schüler/Innen der Sonderschule,

21,1 % der Hauptschüler/Innen

und 20,8 % der Gesamtschüler/Innen Cannabis konsumiert.

Das durchschnittliche Alter des Erstkonsums liegt in der Gruppe der Klasse 8 bei 13 Jahren und in der Klasse 10 bei 14,4 Jahren.

Die meisten kaufen oder bekommen Cannabis von ihren Freunden, ca. 25 % erwerben Cannabis in niederländischen Koffieshops.

(s. Tabelle 26 – 30)

4.5.4 Ecstasy

Bei dem Missbrauch von Ecstasy und anderen harten Drogen ist der Anteil der Konsumenten bei den Jugendlichen deutlich geringer, als bei den vorherigen Missbrauchsarten. Die Unterschiede zwischen den beobachteten Gruppen liegen nicht so weit auseinander und sind schwer von zufälligen Unterschieden zu unterscheiden. Der Konsum von Ecstasy ist im Kreis Heinsberg etwas geringer als in den anderen deutschen Regionen.

In den letzten vier Wochen vor der Befragung haben 2,9 % der Jungen der Klasse 8 und 2,3 % der Mädchen der Klasse 8 Ecstasy konsumiert.

In der Klasse 10 waren es 2,8 % der Jungen und 2,2 % der Mädchen.

Der Geschlechtsunterschied ist hier gering.

Feten oder Partys werden als Bezugsquelle für diese Drogen häufiger angegeben als bei Cannabis, dabei sind Bezugsquelle eher Freunde und Bekannte. Ecstasy wird häufig in Verbindung mit anderen Mitteln eingenommen, zwischen 18 % und 25 % nehmen Ecstasy in Verbindung mit Alkohol ein. Auch der gleichzeitige Konsum mit Amphetaminen findet sich häufig.

(s. Tabelle 31 – 35)

4.5.5 Sonstige Drogen

Neben dem Konsum von Cannabis und Ecstasy wurde in dem Fragebogen auch nach dem Gebrauch von anderen Drogen wie Kokain, Heroin, Amphetamine, halluzinogene Pilze und LSD gefragt. Die Jugendlichen im Kreis Heinsberg haben bei fast allen dieser Suchtmittel etwas geringere Missbrauchsraten als die anderen deutschen Gebiete. Aber auch diese Mittel sind an den Schulen ein Thema. Bei diesen Stoffen haben Amphetamine mit 6,8 % der

Mädchen in Klasse 10 und halluzinogene Pilze mit 8,2 % bei den Jungen der Klasse 10 den größten Anteil.
(s. Tabelle 36 – 40)

4.5.6 Spielen an Geldautomaten

Ungefähr die Hälfte der Jungen und 40 % der Mädchen haben schon einmal an Geldspielautomaten gespielt.

In den letzten vier Wochen vor der Untersuchung waren das 22,9 % der Jungen der Klasse 8 und 13,2 % der Mädchen.

In Klasse 10 waren es 19,7 % der Jungen und 11 % der Mädchen.

Von den „Spielern“ spielen rund 3,5 % – 10 % der Jungen häufiger als 10 mal in vier Wochen an diesen Automaten.

(s. Tabelle 41 – 45)

4.5.7 Ungeschützter Geschlechtsverkehr

Von allen Jungen der Klasse 8, die an der Untersuchung teilgenommen haben, hatten nach eigenen Angaben 19,3 % schon mal Geschlechtsverkehr.

Von den Mädchen der Klasse 8 waren es 15,8 %

und in der Klasse 10 die Jungen mit 35,9 %

und die Mädchen 37,3 %.

Der Anteil davon an ungeschütztem Geschlechtsverkehr schwankt zwischen 23 % – 46,4 %.

Vor allem Mädchen der Klasse 10 hatten häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr. Die Häufigkeit von ungeschütztem Geschlechtsverkehr war an allen Schulformen gleich hoch zwischen 33 % und 38 %.

(s. Tabelle 51 – 55)

4.6 Problemverhalten

4.6.1 Kleinkriminalität und Aggressionen

Der Fragebogen der Untersuchung beinhaltet 12 Fragen über Kleinkriminalität und Aggressionen. Mit diesen Fragen wurde die Häufigkeit von kriminellm Verhalten in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung erfragt.

Wie erwartet zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied. Dieses Problemverhalten zeigt sich bei den Jungen deutlich häufiger als bei den Mädchen. Bis zu 18,6 % der Jungen im Kreis gaben an, schon mal etwas aus einem Geschäft mitgenommen zu haben, ohne zu bezahlen. Sachbeschädigung ist ein häufigeres Delikt. Bis zu 50 % der Jungen gaben an, sich in der Schule zu prügeln. In der Klasse 10 ist dieser Anteil auf 32,6 % abgesunken. Hingegen ist die Häufigkeit von Prügelein beim Ausgehen bei den Jungen über das Alter relativ konstant. In bis zu 8,2 % der Fälle wurde bei Handgreiflichkeiten auch eine Waffe gebraucht.

(s. Tabelle 56 – 60)

4.6.2 Herumhängen auf der Straße

Eine der Fragen aus dem Fragebogen beschäftigt sich mit Herumhängen auf der Straße.

Von den Jungen der Klasse 8 geben 47,4 % an, dass sie selten oder nie auf der Straße herumhängen.

21,4 % dagegen geben an, mindestens 10 mal pro Monat einfach so auf der Straße herumzuhängen.

Bei den Mädchen sind es 47,7 %, die nie auf der Straße herumhängen und 20 % mehr als 10 mal im Monat.

Der prozentuale Anteil der Klasse 10 liegt vergleichsweise gleich.

Bei den Mädchen in der Klasse 10 hängen 57,4 % niemals auf der Straße herum und 12,2 % 10 mal oder mehr.

Bei den Jungen waren dies 49,4 % und 20,4 %.

(s. Tabelle 46 – 50)

4.6.3 Schule schwänzen

In der Klasse 10 schwänzen die Jungen deutlich häufiger die Schule (Klasse 8 mit 12,3 % gegenüber 18,7 %),

bei den Mädchen ist der Anteil relativ konstant von 14,1 % in Klasse 8 gegenüber 14,3 % in Klasse 10.

Der Geschlechtsunterschied ist nicht mehr so groß beim Schwänzen von mehr als sechs Stunden in den letzten vier Wochen.

In Klasse 8 liegt er bei den Jungen bei 2,5 %

und bei den Mädchen bei 2,4 %

in Klasse 10 bei den Jungen bei 3,7 %

und bei den Mädchen bei 2,9 %.

(s. Tabelle 6 – 10)

4.6.4 Schikanieren

In dem Fragebogen wurde gefragt, ob die Schüler schikaniert worden sind oder sich am Schikanieren beteiligen. In diesem Absatz „Problemverhalten“ wird Bezug genommen auf die Beteiligung beim Schikanieren. Im Abschnitt 4.7 „Sicherheit“ wird berücksichtigt, inwieweit Schüler Opfer sind. Kaum oder nicht beteiligt beim Schikanieren anderer Schüler waren

71,2 % der Jungen in Klasse 8 und

82,4 % der Mädchen in Klasse 8.

In Klasse 10 waren es 60,3 % bei den Jungen und 85,7 % bei den Mädchen.

Während bei den Jungen die aktive Beteiligung beim Schikanieren zunimmt, nimmt sie bei den Mädchen ab.

(s. Tabelle 6 – 10)

4.7. Sicherheit

4.7.1 Schikaniert werden

In der Opferrolle befinden sich durchschnittlich 16,6 % der Jungen in Klasse 8 und 11,8 % der Mädchen in Klasse 8.

In Klasse 10 sind es 12,6 % der Jungen und 10,5 % der Mädchen.

Mit Zunahme des Alters zeigt sich eine abnehmende Tendenz als Opferrolle. Aber immerhin werden noch 5,7 % aller Jungen der Klasse 10 mindestens einmal in der Woche von anderen Schülern gehänselt oder schikaniert und bei den Mädchen sind es 3,3 %. Besonders hoch ist der Anteil bei Schülern der Sonderschule, bei denen im Durchschnitt 14,1 % der Schüler/Innen in der Woche mehrfach schikaniert werden.

(s. Tabelle 6 – 10)

4.7.2 Sich sicher fühlen

Auf die Frage „Fühlst Du Dich tagsüber schon mal bedroht?“ antworteten 85,7 % der Jungen mit nein

und bei den Mädchen der Klasse 8 waren es 84,6 %.

In der Klasse 10 betrug der Anteil bei den Jungen 86,8 %

und bei den Mädchen 86,2 %.

Sich regelmäßig bedroht fühlen sich nur unter 0,5 % der Schüler und Schülerinnen. Die Jungen haben mehr Angst vor anderen Jugendlichen. Bei Mädchen ist es mehr die Angst vor anderen aggressiven Personen, die hier eine Rolle spielt. Im eigenen Wohnumfeld fühlen sich jüngere Schüler unsicherer als ältere. Auch in der Schule zeigt sich, dass sich jüngere Schüler dort unsicherer fühlen als ältere. Bei den älteren Schülern zeigt sich jedoch, dass sich von denjenigen die sich schon mal bedroht fühlen, viele sich an den Orten bedroht fühlen, an denen sie ausgehen.

(s. Tabelle 61 – 65)

4.7.3 Opfer sein

14,1 % der Jungen der Klasse 8 gaben an, dass ihnen schon mal das Fahrrad gestohlen worden sei.

Bei den Mädchen sind es 9,3 %

und in der Klasse 10 bei den Jungen 12,4 %

und bei den Mädchen 9,2 %.

Bei rund 10 % der Jugendlichen wurde schon mal Geld gestohlen.

Der Anteil, der schon mal erpresst worden ist,

liegt bei den Jungen der Klasse 8 bei 2,6 %

und bei den Mädchen bei 3 %.

In der Klasse 10 sind es 1,2 % bei den Jungen

und 1,8 % bei den Mädchen.

Gewalt durch Schlagen erfahren haben bei

den Jungen der Klasse 8 13,9 %

und bei den Mädchen 9 %

und in der Klasse 10 waren es bei den Jungen 11,1 %

und bei den Mädchen 8,3 %.

In der Rolle als Opfer sind Schüler der Sonderschule, Hauptschule und Gesamtschule öfter gegenüber den Schülern der Realschule und des Gymnasiums.

(s. Tabelle 61 – 65)

4.8 Freizeitverhalten

4.8.1 Ausgehen

Von den Schülern, die an der Untersuchung teilgenommen haben, geben in der Klasse 8 über 80 % und in der Klasse 10 zwischen 65 % und 69 % der Schüler an, im eigenen Wohnbezirk auszugehen.

30 % der Jungen der Klasse 8 und 36 % der Mädchen der Klasse 8 besuchen eine Diskothek. Bei den Jungen und Mädchen der Klasse 10 liegt dieser Anteil bei über 50 %.

(s. Tabellen 46 – 50)

4.8.2 Bewegung Sport

Keinen Sport außerhalb der Schule machen

bei den Jungen der Klasse 8 11 %

und Mädchen 15 %.

In Klasse 10 sind es bei den Jungen 9 %

und bei den Mädchen 15 %.

Wiederum sieht man einen deutlichen Unterschied je nach Schulform. Sind es beim Gymnasium nur 7 % aller Schüler, die keinen Sport außerhalb der Schule machen, so sind es bei den Hauptschulen 17 %,

bei den Realschulen 12 %

und bei den Gesamtschulen 15 %.

Bei den Sonderschulen sind es sogar 38 % der Schüler.

(s. Tabelle 76 – 80)

4.9 Medikamenteneinnahme

In diesem Bereich des Fragebogens wurden Fragen zur Medikamenteneinnahme gestellt. Beim Abschnitt Drogen wurde gezielt nach Medikamentenmissbrauch von Schlafmitteln oder Beruhigungsmitteln gefragt. Hier wurden Fragen zur Medikamenteneinnahme unabhängig zum Missbrauch in Analogie zu Drogen gestellt.

Die Rate der Medikamenteneinnahme ist hoch. In den letzten 12 Monaten haben

37,4 % der Jungen und

49,9 % der Mädchen der Klasse 8 Medikamente eingenommen. In der Klasse 10 waren es

48,1 % der Jungen und

65,1 % der Mädchen.

Es zeigt sich eine deutlich höhere Einnahme von Medikamenten von Mädchen. Auch die Rate der ärztlich verordneten Dauermedikation ist bei Mädchen höher

- 14,1 % bei Jungen Klasse 8,
- 19,2 % bei Mädchen der Klasse 8,
- 14,7 % bei den Jungen der Klasse 10 und
- 23,4 % bei den Mädchen der Klasse 10.

Auch bei den nicht ärztlich verordneten Medikamenten haben die Mädchen eine höhere Rate von 45,7 %. Die Hitliste wird angeführt von Schmerzmittel, vor Vitaminmitteln und Beruhigungsmitteln.

Ca. 10 % aller Mädchen und 5 % aller Jungen nehmen Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein.

Schmerzmittel werden auch von den Schülerinnen häufiger eingenommen.

Jungen der Klasse 8 nehmen zu 25 % Schmerzmittel ein und

Mädchen zu 49,7 %,
in der Klasse 10 sind es 33 %
zu 63,1 %.

Von den Schülern und Schülerinnen, die Schmerzmittel einnehmen, sind es
7 % - 9 % die mindestens einmal die Woche ein Schmerzmittel einnehmen.
(s. Tabelle 66 –70)

4.10 Ernährungsverhalten

4.10.1 Gewicht

Die Größe und das Gewicht wurden erfragt. Eine genaue Messung war nicht möglich. Das Gewicht zählte bei der Erhebung nach unserer Erfahrung mit zu den sensibelsten Fragen. Ziel dieser Fragen war nicht eine genaue Gewichtsverteilung zu erhalten. Mit den Angaben Größe und Gewicht wurde der BMI (Body Maß Index) errechnet, dieser Index ist internationaler Standard, um das Körpergewicht in Untergewicht, Normgewicht und Übergewicht zu klassifizieren. Mit der subjektiven Angabe der Schüler/Innen, wie sie sich jetzt empfinden, als zu dick, zu dünn, gerade richtig usw. und dem errechneten BMI ist ein Vergleich möglich, wie viele Jugendliche sich als zu dick oder zu dünn fühlen, obwohl sie nach dem BMI normgewichtig sind.

So zeigt sich, dass sich

58 % der Mädchen in Klasse 8

und 63 % der Mädchen in Klasse 10 als zu dick fühlen, obwohl sie nach dem errechneten BMI nicht übergewichtig sind.

Unabhängig von diesen Feststellungen sind sicher immer noch zu viele Jugendliche zu dick, bei den Jungen in Klasse 8 sind es 7 % und bei den Mädchen in Klasse 8 6,5 %.

Bei den Jungen in Klasse 10 sind dies 9,2 % und bei den Mädchen 5,7 %.

Diese Werte wurden jedoch nicht nach objektiven Messungen ermittelt.

(s. Tabelle 76 – 80)

4.10.2 Ernährung

Mit einer Nahrungsmitteltabelle wurden kursorisch die Ernährungsgewohnheiten erfragt. Besonders beliebt sind kalorienreiche Getränke, im Mittel trinken 50 % – 60 % der Jugendlichen mindestens einmal täglich ein kalorienreiches Süßgetränk. Zwischen 31% und 50 % der Jugendlichen essen nicht, wie empfohlen, mindestens einmal am Tag Obst. Rohes Gemüse einmal täglich, wie empfohlen, findet nur bei 15 % – 25 % der Jugendlichen Zuspruch. Es zeigt sich, dass die Mädchen sich etwas gesünder ernähren als die Jungen.

(s. Tabelle 71 – 75)

5. Zukünftige Handlungsoptionen – erste Vorschläge für zukünftige Handlungsfelder

Der vorliegende deskriptive Bericht soll für die in Schule und Jugendarbeit handelnden Akteure Anlass sein, konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln und für ihre Einrichtungen Gesundheitsziele zu bestimmen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung können als Basis dienen, um gezielte Programme für Jugendliche zu erstellen, die diese befähigen sollen, die Gefahren eines risikoreichen Lebensstils zu erkennen und selbstbewusst und eigenverantwortlich damit umzugehen. Die Gesundheitskonferenz des Kreises mit ihren Arbeitsgruppen Prophylaxe der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und die Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung sind aufgerufen, für den Kreis zeitnah Handlungsempfehlungen mit Zielbeschreibungen zu verabschieden. Dabei sollten auch konkrete Gesundheitsziele auf der lokalen (Kreis-)Ebene in Anlehnung an die Gesundheitsziele des Landes NRW angesprochen und definiert werden. Der Erfolg der initiierten Maßnahmen und das Erreichen der selbstgesteckten Gesundheitsziele sind schließlich im Jahr 2006 im Rahmen einer Wiederholungsbefragung zu evaluieren.

- Rauchen

Im Kreis Heinsberg raucht ein zu großer Anteil der Jugendlichen. Bereits 28,3% der Jungen und 35,2% der Mädchen der 8 Klasse geben an „zu rauchen“. Das Alter in dem die erste Zigarette geraucht wird, liegt im Durchschnitt bei 11,1 Jahren und über 55% der Eltern der befragten Jugendlichen rauchen.

Auch wenn die „gesamtgesellschaftliche Vorbildfunktion“ der Erwachsenen- und Medienwelt angesprochen ist, ein negatives Image des Rauchens aufzubauen, sind auch gezielte Schritte im Kreis Heinsberg verwirklicht. Beispielhaft seien hier genannt: Das Durchsetzen eines generellen Rauchverbotes in Öffentlichen Gebäuden und Schulen und die Beschränkung der „Raucherzonen“ auf sehr umschriebene Bereiche. Schon jetzt bieten die in der Suchtprävention tätigen Mitarbeiter/Innen erprobte Programme an, um die Nikotinprävention gerade in dem kritischen Alter des Überganges von der Grundschule zu einer weiterführenden Schule zu verbessern. Beispielhaft seien hier die zeitlich befristeten Kontrakte angesprochen, die mit Schulklassen oder Schulen mit dem Ziel geschlossen werden, überschaubare Zeiträume zu vereinbaren, in denen nicht geraucht werden darf.

Gesundheitsziele könnten heißen:

- ✓ Senkung des Raucher/Innen - Anteils bei Jugendlichen in den 8.u.10. Klassen bis 2006 um absolut 5%
- ✓ Einrichtung von mindestens 50% rauchfreier Öffentlicher Gebäude und Schulen im Kreis Heinsberg
- ✓ Schaffung von „Raucher-freien“ Sportgruppen

- Alkohol

30-35% der Befragten gaben an, in den letzten vier Wochen ein- oder mehrfach „stark angeschlagen“ oder betrunken gewesen zu sein.

Der selbstverantwortliche Umgang mit Alkohol ist ein sehr schwerer Entwicklungsschritt für Jugendliche. Auch in diesen Bereich ist die Vorbildfunktion der Erwachsenenwelt ein überaus wichtiger Punkt, den verantwortungsvollen Umgang mit gesellschaftlich legitimierte und akzeptierten Sucht- und Genussmitteln zu demonstrieren. Alkoholkonsum sollte nur zu ausgesuchten Anlässen hinnehmbar sein. Kritischer (risikoreicher) Alkoholgenuss ist deutlich negativ zu bewerten. Kontrakte in Behörden, Betrieben, aber auch Vereine über den Umgang mit Alkohol und Alkoholmissbrauch haben hier Signalwirkung.

Auch hier ist die Prävention aller Akteure zu intensivieren und zu koordinieren. Der Anteil der Jugendlichen, die angaben, dass sie in den letzten vier Wochen vor der Befragung betrunken gewesen waren, sollte bei einer zukünftigen Befragung dann 5% unter den jetzt festgestellten Werten liegen.

- Cannabis

Rauchende Schüler/Innen konsumieren deutlich häufiger Cannabis als Schüler/Innen, die nicht rauchen. Nikotinprävention ist so auch Cannabisprävention. Dass der Konsum illegaler „weicher“ Drogen neben den gesundheitlichen Folgen auch in zunehmenden Maße negative soziale Folgen mit sich bringt (Verlust der Fahrerlaubnis; Schulausschluss; Arbeitsplatzverlust), ist den Jugendlichen noch viel zu wenig bewusst. Hier ist in Zusammenarbeit mit der Kreispolizeibehörde und den Beauftragten für den Jugendschutz in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden unter Nutzung der Erfahrungen niederländischer Suchtberater gezielt Aufklärung zu betreiben.

- Geschlechtsverkehr

Trotz seit Jahren betriebener Sexualaufklärung, die seit dem Auftreten von AIDS noch intensiviert wurde, ist die Rate von Jugendlichen, die bereits ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten oder haben – und sich damit der Möglichkeit schwanger zu werden und /oder eine Geschlechtskrankheit zu erwerben, aussetzen-, weiterhin viel zu hoch. Durch die Verstärkung präventiver Bemühungen der Lehrer, der AIDS-Beratungsstelle und des Gesundheitsamtes sollte eine Reduktion des ungeschützten Geschlechtsverkehrs um 5% bis 2006 erreicht werden.

- Ernährung

Die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten ist eine Aufgabe aller Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Die Möglichkeit, in den Schulen in der Zusammensetzung ausgewogene Nahrungsmittel kaufen zu können, muss ausgeweitet werden, langfristig soll das Angebot an Nahrungsmitteln in den Schulen und Kindergärten auf vollwertige Nahrungsmittel beschränkt werden.

Dies sei nur ein Hinweis auf mögliche Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen. Viele Bereiche wie Freizeitverhalten, Sicherheitsgefühl u.s.w. sind noch nicht angesprochen.

Verhaltensänderungen im Sinne besserer Gesundheit zu beeinflussen, können nicht nur durch punktuelle präventive Maßnahmen auf kommunaler Ebene erreicht werden; alle Verantwortlichen sind aufgerufen, zu einem gesamtgesellschaftlichen Klima beizutragen, in dem gesundheitsbewusstes Verhalten positiv von Kindern und Jugendlichen erlebt wird.