



Die gesundheitliche Situation von Jugendlichen des Bildungsgangs Werkschule



Impressum

Autoren:

Dr. Elisabeth Horstkotte (1,2), Dr. Günter Tempel (1), Ute Wichmann (2)

(1) Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung

(2) Referat Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Redaktion:

Winfried Becker

Referat Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Herausgeber:

Gesundheitsamt Bremen

Verantwortlich:

Dr. Gabriele Sadowski

Sozialpädiatrische Abteilung

Dr. Joachim Dullin

Abteilung Gesundheit und Umwelt

Kontakt:

Gesundheitsamt Bremen

Horner Straße 60-70

28203 Bremen

gesundheitsberichterstattung@gesundheitsamt.bremen.de

<http://www.gesundheitsamt.bremen.de/info/gbe>

Erscheinungsdatum:

September 2013



Inhalt

Zusammenfassung.....	4
Hintergrund	5
Ziel und Konzept der Werkschule	6
Bewerbung/Zugang.....	7
Schulärztliche Untersuchung.....	7
Ergebnisse der Schulärztlichen Untersuchung 2010 und 2011.....	8
Sozio-demografische Merkmale der untersuchten Jugendlichen	8
Medizinische Befunde	9
Psychosomatische Beschwerden	12
Körpergewicht und Körper selbstbild	13
Rauchen.....	16
Alkoholkonsum.....	17
Drogenkonsum	20
Sportliche Aktivität.....	22
Verhütung	23
Gesundheitsförderung in der Schule	25
Literatur.....	27



Zusammenfassung

Für Jugendliche ohne Schulabschluss ist die Lehrstellensuche so gut wie aussichtslos, auf dem Arbeitsmarkt bekommen sie - wenn überhaupt - nur einfache, schlecht bezahlte Jobs. Aus diesem Grund richtete das Bremer Bildungsressort 2009 den Bildungsgang "Werkschulen" ein, um es Schülerinnen und Schülern mit schwachen Lernleistungen zu ermöglichen, einen Schulabschluss zu erreichen. In der Werkschule werden die Jugendlichen in einem beruflichen Schwerpunkt unterrichtet, für den sie sich im Vorfeld entschieden hatten. Dabei werden Lerninhalte anhand von Beispielen aus dem beruflichen Alltag vermittelt.

In Anlehnung an die ärztliche Jugendarbeitsschutzuntersuchung werden die Werkschüler und Werkschülerinnen vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Bremer Gesundheitsamtes medizinisch untersucht. Damit sollen frühzeitig gesundheitliche Beeinträchtigungen, die der Ausübung bestimmter Berufe entgegenstehen, festgestellt werden.

Der vorliegende Bericht präsentiert die Untersuchungsergebnisse aus den Schuljahren 2010/11 und 2011/12. Danach sind Werkschüler und Werkschülerinnen Jugendliche mit überdurchschnittlichen Krankheitslasten und besonders hohen Gesundheitsrisiken. Nur gut 17% waren ohne Befund, zwei Drittel hatten behandlungsbedürftige Gesundheitsprobleme. Fast die Hälfte (47,8%) erhielt eine Überweisung zur weiteren Befundabklärung und Behandlung. Verglichen mit gleichaltrigen Jugendlichen waren die Werkschüler und Werkschülerinnen wesentlich häufiger übergewichtig oder adipös, rauchten häufiger und konsumierten häufiger Drogen.

Die Werkschülerinnen erwiesen sich als besondere Risikogruppe. Im Vergleich zu ihren männlichen Klassenkameraden hatten Werkschülerinnen häufiger gesundheitliche Probleme, deutlich häufiger und im Durchschnitt mehr psychosomatische Beschwerden, häufiger starkes Übergewicht, deutlich häufiger ein gestörtes Körperbild und, damit zusammenhängend, ein erheblich höheres Risiko für eine Ess-Störung. Außerdem rauchten Werkschülerinnen wesentlich häufiger und waren sportlich deutlich inaktiver als Werkschüler.

In Anbetracht dieser Ergebnisse ist es notwendig, Prävention und Gesundheitsförderung im Lehrplan der Werkschulen zu etablieren. Dabei sind Sexualität und Verhütung, Suchtprävention, Sport sowie Ernährung und Ess-Störungen zentrale Themen.



Hintergrund

2010 verließen in Deutschland 53.100 Jugendliche die Schule ohne Abschluss, was einer Schulabbrecherquote von 7% entspricht.¹ Damit ging der Anteil der Schulabgänger ohne Schulabschluss weiter zurück, zu Beginn der 2000er Jahre lag diese Quote noch bei rund 10%. Allerdings wird diese positive Entwicklung relativiert durch den weiterhin hohen Anteil Jugendlicher mit unzureichenden Lesekompetenzen. 19% der Schülerinnen und Schüler erbringen nur schwache Leseleistungen. Probleme haben insbesondere Schüler und Schülerinnen aus Zuwandererfamilien sowie aus Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Sozialstatus.²

Jugendliche ohne Schulabschluss sind bei der Lehrstellensuche praktisch chancenlos. Auf dem Arbeitsmarkt stehen ihnen in aller Regel nur Beschäftigungen als Hilfsarbeiter oder einfache Tätigkeiten im Dienstleistungsbereich offen, zum Beispiel in der Schnellgastronomie oder im Freizeitgewerbe. Diese Jobs erfordern kaum Qualifikationen. Sie sind daher schlecht bezahlt und bieten keine Perspektiven.

2008 vereinbarte die Kultusministerkonferenz (KMK) das Ziel, die Zahl der Jugendlichen, die die allgemeinbildenden Schulen ohne Abschluss verlassen, deutlich zu reduzieren.³ Praxisorientierte Bildungsmöglichkeiten sollen dazu beitragen, dieses Ziel zu erreichen. In diesen Einrichtungen können Jugendliche die Berufsbildungsreife erwerben, gleichzeitig werden sie auf das Berufsleben vorbereitet. In Bremen geschieht dies in den Werkschulen. Ein Kernelement dieses Bildungsgangs ist die Anbindung des Unterrichts an verschiedene Berufsfelder wie Mediengestaltung oder Metalltechnik, für die sich die Schülerinnen und Schüler entscheiden können.

Damit individuelle gesundheitliche Gefährdungen, die sich aus bestimmten beruflichen Tätigkeiten ergeben können, rechtzeitig erkannt werden, untersucht und berät der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Bremer Gesundheitsamtes die neuen Werkschüler zu Beginn des Schuljahres. Für Jugendliche, die an Allergien oder an orthopädischen Problemen leiden, sind einige Berufe ungeeignet. Diese Intervention im Vorfeld soll auch verhindern, dass die Schülerinnen und Schüler ihre Ausbildung aus gesundheitlichen Gründen abbrechen (müssen).

Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der Untersuchungen aus den Schuljahren 2010/11 und 2011/12 präsentiert. Die Bedeutung dieser Befunde reicht über die individuelle Abklärung möglicher Gesundheitsrisiken hinaus. In der Gesamtschau liefern sie allgemeine Erkenntnisse über die gesundheitliche Situation von Jugendlichen die Gefahr laufen, dauerhaft ins soziale Abseits zu geraten.

¹ Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012), Seite 34. Die Berechnung des Anteils von Schülerinnen und Schülern ohne Abschluss erfolgte nach dem Quotensummenverfahren, bei dem zunächst die Zahl der Abgänger ohne Abschluss durch die Bevölkerung in den entsprechenden Alterskohorten dividiert wird. Die berechneten Quoten werden anschließend addiert.

² Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) (2012), Seite 9 und 95f

³ Kultusministerkonferenz (2008)



Ziel und Konzept der Werkschule

Um die Ausbildungschancen von Schülerinnen und Schülern mit schwachen Schulleistungen zu steigern, richtete das Bremer Bildungsressort im August 2009 den Bildungsgang "Werkschule" ein. Dieser dreijährige Bildungsgang wird ab der Klassenstufe 9 angeboten. Er soll den Erwerb der Erweiterten Berufsbildungsreife ermöglichen und den Einstieg in das Berufsleben bahnen. Die Erweiterte Berufsbildungsreife entspricht dem Erweiterten Hauptschulabschluss, der bei vielen Ausbildungsberufen vorausgesetzt wird. Minimalziel ist das Erreichen der Einfachen Berufsbildungsreife als Äquivalent zum Hauptschulabschluss.

Kennzeichnend für das Konzept der Werkschule ist die Integration von Theorie und Praxis, gewährleistet durch eine projekt- und produktorientierte Ausrichtung des Unterrichts.⁴ Die Unterrichtsinhalte werden mit Bezug zur beruflichen Realität vermittelt (*Ernstcharakter*). Die Schülerinnen und Schüler bieten für einen lokalen Markt selbst hergestellte Produkte oder Dienstleistungen an, die auch geplant und kalkuliert werden müssen. Dabei kann es sich um Malerarbeiten handeln, für die der Bedarf an Farbe zu ermitteln ist, oder um die Herstellung eines Fußballtores, was mit dem Erlernen von geometrischen Grundbegriffen und Grundformen (Berechnung von Längen und Winkeln) verbunden wird. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der systematischen Förderung der Lesekompetenz (*vocational literacy*), die eine berufliche Schlüsselqualifikation darstellt. Darüber hinaus geht es auch um den Ausbau sozialer Kompetenzen und um psycho-soziale Stabilisierung. Ganz allgemein strebt die Werkschule die Ausbildungsfähigkeit der Jugendlichen an.

In einer Klasse werden maximal 16 Jugendliche unterrichtet. Ausbilder sind zu gleichen Anteilen Lehrer und Lehrmeister. Hinzu kommen Sozialpädagogen, die die Schülerinnen und Schüler bei der Bewältigung von Konflikten und Problemlagen unterstützen.

Zum Zeitpunkt der Berichterstellung (Schuljahr 2012/13) gab es in Bremen 33 Klassenverbände an zehn Standorten.⁵ Insgesamt zählten die Werkschulen 149 Schülerinnen und 281 Schüler.⁶ Die Tatsache, dass das Gros der Werkschüler (65,4%) männlich ist, spiegelt die Lernbenachteiligung von Jungen an allgemeinbildenden Schulen wider. 75 Schüler und 34 Schülerinnen waren ausländische Staatsbürger.

Die Werkschule ist berufsbildenden Schulen angegliedert und bietet folgende Schwerpunkte an:

- Ernährung (Bereiche Lebensmitteltechnik, Gastronomie und Service)
- Gestaltung (Bereiche Mode, Körperpflege, Mediengestaltung)
- Technik (Bereiche Metalltechnik, Haus- und Versorgungstechnik, Fahrzeug- und Elektrotechnik, Garten- und Holzbautechnik, Bauhaupt- und Baunebengewerbe)
- Personenbezogene Dienstleistung (Bereiche Hauswirtschaft, Altenpflege/Altenversorgung, Lebensmittel, Textil und Bekleidung)
- Wirtschaft (Bereich Einzelhandel)

⁴ Siehe im Folgenden Gessler et al. (2011)

⁵ BBS Metalltechnik, Wilhelm-Wagenfeld-Schule, SZ Vegesack, SZ Neustadt, Technisches Bildungszentrum, AZ Alwin-Lonke, SZ Blumenthal, SZ Walliser Straße (zwei Standorte), SZ Rübekamp

⁶ Stichtag: 1.11.2012



Die Verteilung der Schüler und Schülerinnen über die einzelnen Schwerpunkte entspricht den bekannten geschlechtstypischen Unterschieden bei der Berufswahl. Drei Viertel der Jungen (n=208) wählten eine Ausbildung im Schwerpunkt Technik, während sich drei Viertel der Mädchen (n=110) für die Schwerpunkte Gestaltung (n=70) oder personenbezogene Dienstleistung (n=40) entschieden.

Bewerbung/Zugang

Ab der 8. Klassenstufe können sich Schülerinnen und Schüler für den Bildungsgang bewerben. Die Bewerbung muss schriftlich erfolgen, beizufügen sind der Lebenslauf, das Zeugnis für das 1. Halbjahr der 8. Klasse und eine Stellungnahme der bisher besuchten Schule. Außerdem ist der gewünschte berufliche Schwerpunkt anzugeben und gegebenenfalls eine Alternative zu benennen.

Der Bildungsgang "Werkschule" ist nicht als Auffangbecken für Problemfälle gedacht, die vom Schulbetrieb aussortiert worden sind. Werkschulen bieten Jugendlichen, deren Stärken eher im praktischen Arbeiten liegen, die Chance, sich umzuorientieren und so zu einem Schulabschluss zu kommen. Die Werkschule beginnt mit einer zweimonatigen Probezeit, die für gewöhnlich mit dem neuen Schuljahr anfängt und bis zu den Herbstferien dauert. Hinter der Probezeit steht auch die Absicht zu verhindern, dass schwierige Schülerinnen und Schüler, insbesondere solche mit inakzeptablem Verhalten, in die Werkschule abgeschoben werden.

Bis zum Ende der Probephase bleiben die Jugendlichen Schüler ihrer bisherigen Schule. Wenn das **Verhalten** einer Schülerin oder eines Schülers erwarten lässt, dass die Werkschule erfolgreich absolviert wird, gilt die Probezeit als bestanden. Darüber entscheidet eine Kommission, bestehend aus der verantwortlichen Lehrkraft, dem Sozialpädagogen/der Sozialpädagogin und einem Lehrmeister/einer Lehrmeisterin. Bei Bedarf können das zuständige regionale Beratungs- und Unterstützungszentrum sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter des Elternbeirates hinzugezogen werden. Gründe für ein Scheitern der Probezeit sind Gewalt, selbst zu verantwortende Fehlzeiten und Straftaten. Leistungskriterien spielen keine Rolle, da der Besuch einer Werkschule oft die letzte Chance für einen Schulabschluss ist. Die Schülerinnen und Schüler können die Probezeit auch selbst beenden und zur alten Schule zurückkehren oder den Schwerpunkt wechseln. Im Vordergrund steht immer das Ziel, die Chancen auf einen Schulabschluss zu erhöhen.

Schulärztliche Untersuchung

Innerhalb der Probezeit werden die angehenden Werkschüler und Werkschülerinnen vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Bremer Gesundheitsamtes untersucht. Diese gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung⁷ ist angelehnt an die ärztliche Jugendarbeitsschutzuntersuchung. So können bereits im Vorfeld gesundheitliche Beeinträchtigungen, die das Ausüben bestimmter Berufe zumindest erschweren, festgestellt werden. Damit soll auch einem möglichen Schulabbruch aus gesundheitlichen Gründen vorgebeugt werden.

⁷ Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen (2012)



Anhand der Untersuchungsergebnisse lässt sich das individuelle Gefährdungspotenzial für die Tätigkeit in einem bestimmten Beruf erkennen, gegebenenfalls ist ein Wechsel in eine Werk-
schule mit einem anderen Schwerpunkt in Erwägung zu ziehen. So schließt eine klinisch rele-
vante Skoliose Arbeiten, die häufiges Heben beinhalten, eher aus. Liegen Allergien und Hau-
terkrankungen vor, sind bestimmte Berufe ungeeignet. Hier bieten sich andere Berufe an, die
nicht mit Belastungen durch Allergene verbunden sind, zum Beispiel Büroberufe.

Ein weiteres Anliegen der medizinischen Untersuchung ist gesundheitliche Aufklärung und
Prävention. Die Ergebnisse einer früheren Studie der Kommunalen Gesundheitsberichterstat-
tung legten nahe, dass es sich bei den Werkschülern und Werkschülerinnen um Jugendliche
mit überdurchschnittlichen Krankheitslasten und Gesundheitsrisiken handelt.⁸ Die im Folgen-
den vorgestellten Auswertungen bestätigen diese Vermutung. Der Kinder- und jugendärztliche
Dienst des Gesundheitsamtes will daher darauf hinwirken, das Thema "Gesundheit" im Lehr-
plan der Werkschulen zu verankern.

Ergebnisse der Schulärztlichen Untersuchung 2010 und 2011

Sozio-demografische Merkmale der untersuchten Jugendlichen

2010 und 2011 untersuchte das Gesundheitsamt insgesamt 316 angehende Werkschüler. Das
Alter der Jugendlichen lag zwischen 14 und 17 Jahren, der Altersdurchschnitt (Median) betrug
15 Jahre.

Zwei Drittel (66,1%) der Jugendlichen waren männlich, gut die Hälfte der Jugendlichen (52,8%)
kam aus Zuwandererfamilien (siehe Tabelle 1).⁹

Tabelle 1: Werkschüler nach Geschlecht und ethnischer Herkunft

Geschlecht	Alle	Deutsch	Migrationshintergrund
männlich	209 66,1%	102	107
weiblich	107 33,9%	47	60
Insgesamt	316 100%	149 47,2%	167 52,8%

Daten: Gesundheitsamt Bremen

⁸ Horstkotte (2003)

⁹ Migrationshintergrund wurde wie folgt definiert: Ausländische Staatsbürgerschaft oder eine andere Mutterspra-
che als Deutsch oder die Mutter beziehungsweise der Vater haben eine andere Muttersprache.



Medizinische Befunde

Die medizinische Untersuchung bezog sich auf Diagnosen, die hinreichend sichere Anhaltspunkte geben, ob eine Tätigkeit bei entsprechenden individuellen Dispositionen mit einer gesundheitlichen Gefährdung verbunden ist.

Nur eine Minderheit (17,4%) erwies sich in dieser Hinsicht als völlig gesund (siehe Tabelle 2). Bei zwei Drittel der Jugendlichen (66,8%) wurden behandlungsbedürftige Befunde festgestellt. Annähernd die Hälfte der Jugendlichen (47,8%) musste zur weiteren Abklärung oder Behandlung an einen Arzt überwiesen werden. Jeder Sechste (17,1%) hatte Einschränkungen für berufliche Tätigkeiten hinzunehmen. Im Geschlechtervergleich hatten weibliche Jugendliche deutlich mehr Befunde, auch behandlungsbedürftige, als männliche Jugendliche. Allerdings führten Befunde bei männlichen Jugendlichen wesentlich häufiger zu Einschränkungen in der beruflichen Tätigkeit. Betroffen waren jeder fünfte Junge und jedes neunte Mädchen. Differenziert man nach ethnischer Herkunft, erhielten deutsche Jugendliche häufiger Befunde als Jugendliche aus Zuwandererfamilien. Die Tragweite dieser Befunde (Behandlungsbedürftigkeit, Überweisung, eingeschränkte berufliche Tätigkeit) jedoch unterschied sich kaum.

Tabelle 2: Medizinische Befunde und Konsequenzen, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

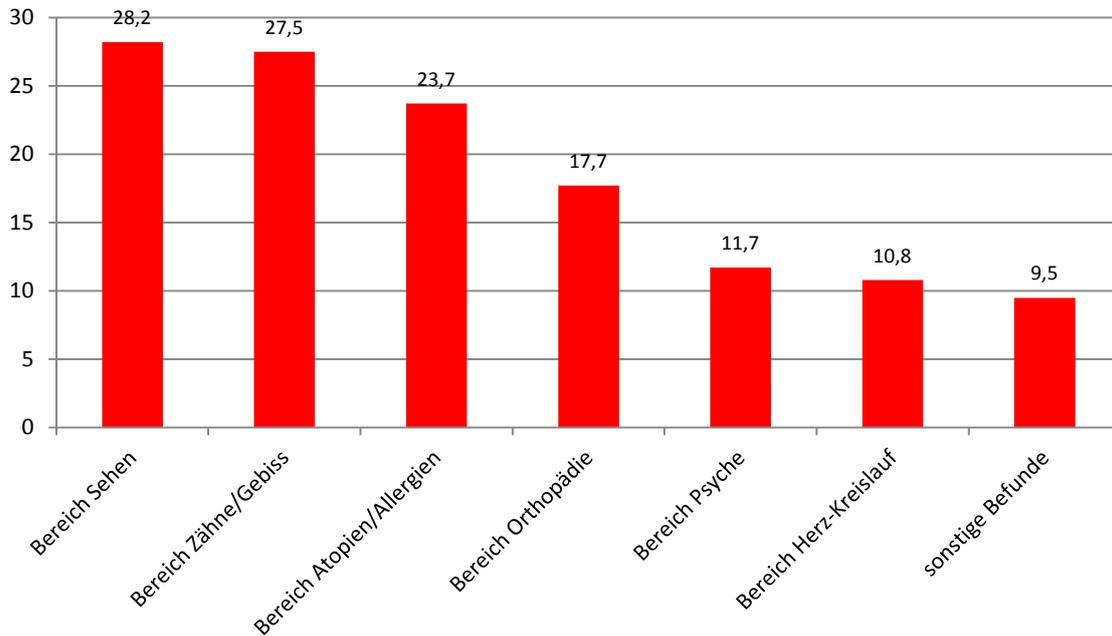
Gruppe	Befunde	Behandlungsbedürftige Befunde	Überweisungen	Berufliche Einschränkungen
Werksschule insgesamt	82,6	66,8	47,8	17,1
Schüler	79,9	64,1	49,3	20,1
Schülerinnen	87,9	72,0	44,9	11,2
Deutsch	85,9	67,1	47,0	16,1
Migrationshintergrund	79,6	66,5	48,5	18,0

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Die meisten Befunde entfielen auf die Bereiche "Sehen" und "Zähne", gefolgt von allergischen Reaktionen (Atopien). Bei mehr als jedem sechsten Jugendlichen (17,7%) ergaben sich orthopädische Befunde, jedem Neunten (11,7%) wurde psychische Probleme attestiert (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Häufigkeit ausgewählter Befunde (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

In der Arbeitswelt zählen Atopien, vor allem der Haut, sowie orthopädische Befunde zu den wichtigsten Ursachen für Berufsabbrüche und Frühinvalidität. Diese Diagnosen traten unter den männlichen Jugendlichen deutlich häufiger auf (siehe Tabelle 3). Des Weiteren wiesen die Jungen häufiger Schäden an den Zähnen auf. Weibliche Jugendliche hatten dagegen häufiger psychische Probleme. Bei deutschen Jugendlichen wurden häufiger orthopädische Probleme, psychische Beeinträchtigungen und Atopien festgestellt als bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

Tabelle 3: Ausgewählte Befunde, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

Gruppe	Ortho- pädisch	Zähne/ Gebiss	Sehen	Psychisch	Atopien Allergien	Atopien Haut	Herz- Kreislauf
Werksschule insgesamt	17,7	27,5	28,2	11,7	23,7	11,7	10,8
Schüler	20,1	29,2	27,3	8,6	23,9	14,4	10,0
Schülerinnen	13,1	24,3	29,9	11,8	23,4	6,5	12,1
Deutsch	22,8	26,2	26,8	14,8	28,2	14,8	10,1
Migrations- hintergrund	13,2	28,7	29,3	9,0	19,8	9,0	11,6

Daten: Gesundheitsamt Bremen



Befunde im Bereich "Sehen" zogen am häufigsten eine Überweisung zur weiteren Diagnostik oder Therapie nach sich, gefolgt von Befunden im Bereich "Zähne" und orthopädischen Befunden (siehe Tabelle 4).

Bei den männlichen Jugendlichen führten in erster Linie Sehprobleme zu Einschränkungen in der beruflichen Tätigkeit, betroffen war jeder Zehnte (siehe Tabelle 4). Bei den weiblichen Jugendlichen waren es vor allem Atopien, die bestimmte berufliche Tätigkeiten nicht zuließen. Gemeint sind insbesondere Tätigkeiten im Bereich Körperpflege (Friseur, Kosmetik).

Tabelle 4: Überweisungen und berufliche Einschränkungen nach Befunden, insgesamt und nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Überweisung/ Einschränkungen	Ortho- pädisch	Zähne/ Gebiss	Sehen	Psychisch	Atopien Allergien	Atopien Haut	Herz- Kreislauf
Überweisung:							
Werkschule insgesamt	9,5	11,4	20,6	1,6	4,4	4,1	6,0
Schüler	10,5	12,4	19,6	0,5	5,3	5,1	6,7
Schülerinnen	7,5	9,3	22,4	3,7	2,8	1,9	4,7
Einschränkungen							
Werkschule insgesamt	2,5	0	6,6	1,2	1,9	0,6	0,6
Schüler	1,9	0	9,5	1,9	0,5	0	0,5
Schülerinnen	2,7	0	0,9	0	4,7	1,8	0,9

Daten: Gesundheitsamt Bremen



Psychosomatische Beschwerden

Gut die Hälfte der Jugendlichen (52,8%) klagte über psychosomatische Beschwerden (siehe Tabelle 5). Insbesondere die Mädchen berichteten über typische Beeinträchtigungen wie Kopfschmerzen, Schwindel oder Magenschmerzen. Mehr als zwei Drittel (69,2%) der weiblichen Jugendlichen und über ein Drittel (35,9%) der männlichen Jugendlichen hatten psychosomatische Beschwerden, wobei die Mädchen oft mehrere (drei und mehr) Beschwerden nannten. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass psychosomatische Beschwerden bei den Jungen untererfasst wurden, da die Anamnese überwiegend frauenspezifische Symptome abfragte.¹⁰ Männertypische Beschwerden wie Aggression, Gefühl der Hilflosigkeit, Frustration oder Stress wurden nicht berücksichtigt.¹¹ Des Weiteren berichteten Jugendliche aus Zuwanderfamilien häufiger als deutsche Jugendliche über psychosomatische Beschwerden.

Tabelle 5: Psychosomatische Beschwerden, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

Gruppe	Beschwerden	ein bis zwei Beschwerden	drei und mehr Beschwerden
Werksschule insgesamt	52,8	34,1	12,9
Schüler	35,9	29,2	6,8
Schülerinnen	69,2	44,0	25,2
Deutsch	43,6	32,3	11,4
Migrationshintergrund	50,3	36,0	14,4

Daten: Gesundheitsamt Bremen

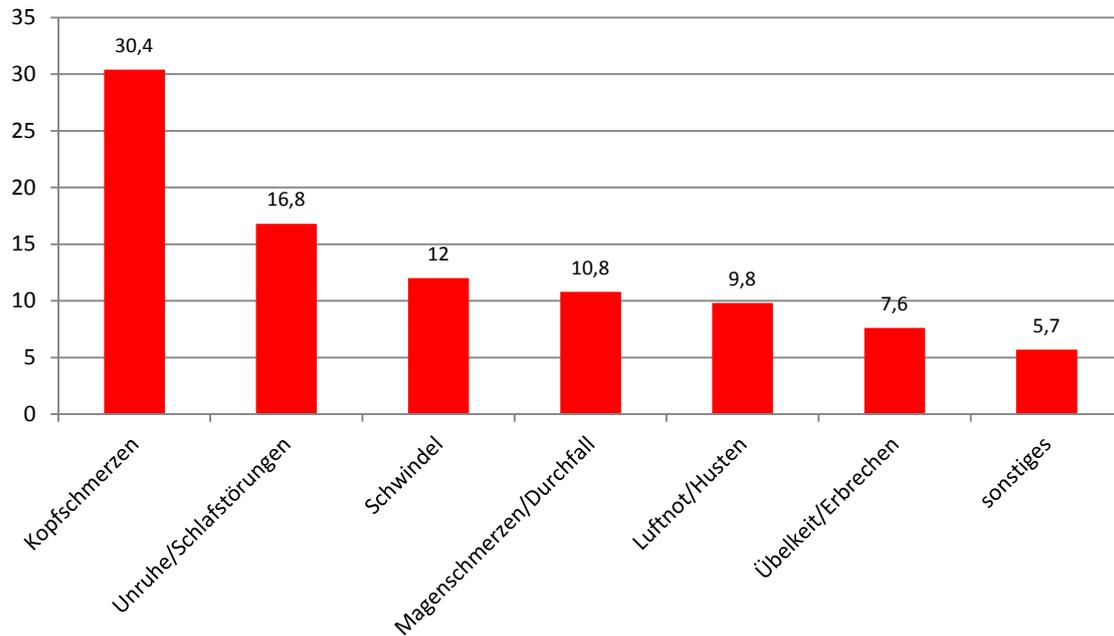
Mit Abstand am häufigsten genannt wurden Kopfschmerzen, gefolgt von Unruhe, Schlafstörungen und Schwindel (siehe Abbildung 2).

¹⁰ Gefragt wurde nach Kopfschmerzen, Schwindel/Ohnmachtsanfälle, Luftnot/Husten, Übelkeit/Erbrechen, Magenschmerzen/Durchfälle, Unruhe/Schlafstörungen, sonstige Beschwerden

¹¹ Generell werden Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bei Frauen häufiger festgestellt als bei Männern, was in der Fachöffentlichkeit auch auf eine systematische Untererfassung einschlägiger Diagnosen bei Männern zurückgeführt wird.



Abbildung 2: Berichtete Beschwerden (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

Vermutlich leiden die Werkschülerinnen deutlich häufiger als gleichaltrige Mädchen unter psychosomatischen Beschwerden. Im Gesundheitssurvey "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) gaben 29,9% der 15-jährigen Mädchen an, mindestens zwei Beschwerden pro Woche zu haben.¹² In der Untersuchung des Bremer Gesundheitsamtes nannten 40,2% der Werkschülerinnen zwei oder mehr Beschwerden, unter denen sie generell leiden. Bei den Jungen hingegen zeigten sich so gut wie keine Unterschiede. 14,1% der Werkschüler und 13,7% der 15-jährigen Jungen aus dem HBSC-Survey nannten zwei oder mehr Beschwerden.

Körpergewicht und Körper selbstbild

Nur knapp zwei Drittel (63,9%) der Jugendlichen hatten ein normales Körpergewicht. Fast jeder Dritte (31,7%) war entweder übergewichtig oder, sogar noch häufiger, stark übergewichtig (adipös). Untergewicht wurde nur in Einzelfällen festgestellt (4,4%).

Mädchen und Jugendliche aus Zuwandererfamilien waren besonders häufig adipös. Ein Vergleich mit dem HBSC-Gesundheitssurvey und mit der ebenfalls bundesweit durchgeführten "Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" (KiGGS)¹³ zeigt, dass

¹² HBSC-Team Deutschland (2011a). Die HBSC-Studie ist eine internationale Studie zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen. Sie wird im Abstand von vier Jahren unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. Die in 2009/2010 durchgeführte deutsche Teilstudie ist eine bundesweite Repräsentativbefragung.

¹³ Die KiGGS-Studie wird vom Robert Koch-Institut organisiert. Sie liefert bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. KiGGS ist als Langzeitstudie mit mehreren Erhebungswellen angelegt. Die Basiserhebung wurde zwischen 2003 und 2006 durchgeführt, 2009 bis 2012 folgte die 1. Erhebungswelle.



Übergewicht und Adipositas bei den untersuchten Jugendlichen wesentlich häufiger auftritt als unter Gleichaltrigen in der Allgemeinbevölkerung (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Normalgewicht, Übergewicht und starkes Übergewicht, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

Gruppe	Normalgewicht	Übergewicht	starkes Übergewicht
Werkschule insgesamt	63,9	10,8	20,9
Schüler	64,6	13,6	19,1
Schülerinnen	62,6	7,3	24,3
Deutsch	64,4	12,1	18,8
Migrationshintergrund	63,5	9,5	22,8
KiGGS (14-17 J.)	76,2	8,6	8,5
Jungen	75,6	9,0	8,2
Mädchen	76,8	8,1	8,9
Deutsch	keine Angabe	keine Angabe	8,3
Migrationshintergrund	keine Angabe	keine Angabe	9,4
HBSC (15. J)	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
Jungen	80,8	7,9	4,6
Mädchen	79,7	5,0	3,6

Daten: Gesundheitsamt Bremen; Kurth, Schaffrath Rosario (2007); HBSC-Team Deutschland (2011b)

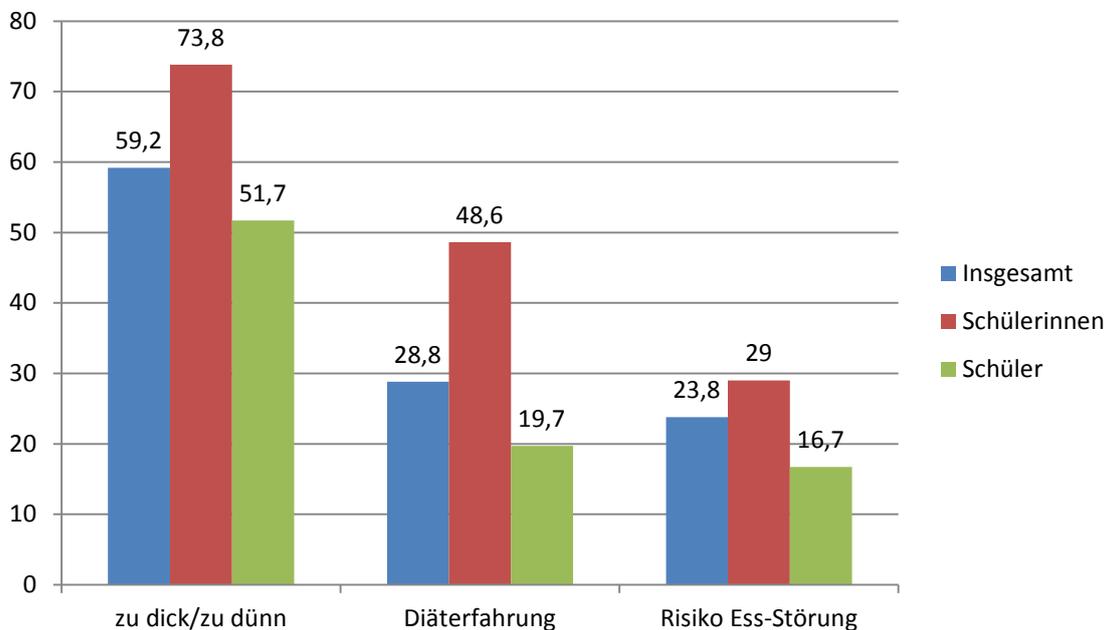
Mehr als jeder zweite Jugendliche (59,2%) fand sich entweder zu dünn oder zu dick. Über ein Viertel (28,8%) hatte bereits eine Diät gemacht. Bei jedem vierten Jugendlichen (23,8%) be-



stand ein Risiko, eine Ess-Störung zu entwickeln (siehe Abbildung 3).¹⁴ Diese Quote ist mit dem Resultat aus der KiGGS-Studie vergleichbar, dort wiesen 22,7% der 14 bis 17-Jährigen Anzeichen einer Ess-Störung auf.¹⁵

Vor allem Mädchen fühlten sich zu dick oder zu dünn (73,8%). Sie hatten bereits häufiger eine Diät gemacht (48,6%) und wiesen ein höheres Risiko auf, eine Ess-Störung zu entwickeln (29%). Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kam eine Studie der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung, die in der 8. Klassenstufe ausgewählter Bremer Schulen durchgeführt wurde.¹⁶ Dabei hatten Gymnasiasten ein deutlich geringeres Risiko einer Ess-Störung als Schüler und Schülerinnen aus Gesamtschulen.

Abbildung 3: Körperbild, Diäterfahrung und Ess-Störungsrisiko, insgesamt und nach Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

¹⁴ Zur Feststellung von Ess-Störungen wurde der so genannte SCOFF-Fragebogen eingesetzt. Werden zwei von den fünf Fragen, die sich auf zentrale Symptome für Magersucht (Anorexia nervosa) und Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa) beziehen, bejaht, wird von einer Ess-Störung ausgegangen (Morgan, Reid, Lacey (1999))

¹⁵ Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008), Seite 52, Tabelle 2.7.2.1

¹⁶ Horstkotte (2009)



Rauchen

Verglichen mit gleichaltrigen Jugendlichen rauchten die Werkschüler deutlich häufiger. Mehr als ein Drittel der Werkschüler (37,4%) gab an zu rauchen, wobei Mädchen wesentlich häufiger rauchten als Jungen (siehe Tabelle 7). Anhand der beiden zum Vergleich herangezogenen Gesundheitssurveys zeigt sich, dass der Raucheranteil unter weiblichen Jugendlichen generell höher ist als unter Jungen. Männliche Jugendliche sind allerdings häufiger starke Raucher mit einem Konsum von mindestens 10 Zigaretten pro Tag.

Tabelle 7: Zigarettenkonsum, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

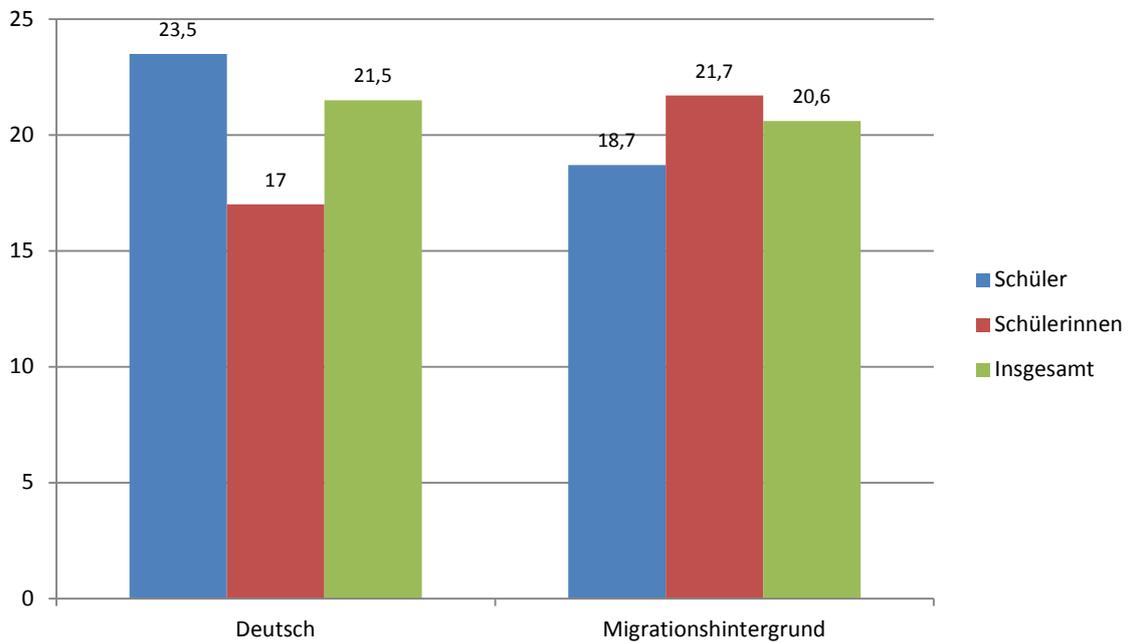
Gruppe	aktuelle Raucher	täglicher Zigarettenkonsum	Starke Raucher (10 und mehr /Tag)
Werkschule insgesamt	37,4	16,8	20,6
Schüler	34,0	12,9	21,1
Schülerinnen	43,9	24,3	19,6
Deutsch	36,9	15,4	21,5
Migrationshintergrund	37,7	16,8	20,6
KiGGS			
Jungen	25,0 (15 J.)	21,5 (14-17 J.)	13,1 (14-17 J.)
Mädchen	31,0 (15. J)	20,8 (14-17 J.)	10,3 (14-17 J.)
HBSC			
Jungen	keine Angabe	9,9 (15. J)	keine Angabe
Mädchen	keine Angabe	10,8 (15. J)	keine Angabe

Daten: Gesundheitsamt Bremen; Lampert, Thamm (2007); HBSC-Team Deutschland (2011c)

In der Untersuchung des Gesundheitsamtes erwiesen sich vor allem deutsche Jungen (23,5%) und Mädchen mit Migrationshintergrund (21,7%) als starke Raucher beziehungsweise Raucherinnen (siehe Abbildung 4).



Abbildung 4: Starke Raucher (10 Zigaretten/Tag und mehr), nach ethnischer Herkunft und Geschlecht (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

Alkoholkonsum

Mehr als jeder zweite Werkschüler (55,1%) hatte schon einmal Alkohol getrunken, Jungen etwas häufiger als Mädchen (siehe Tabelle 8). Deutliche Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen gibt es beim regelmäßigen Alkoholkonsum. Weit über ein Drittel der Jungen (39,4%) gab an, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Bei den Mädchen betrug dieser Anteil 8,4%.

In den beiden Referenzsurveys liegt der Anteil der Mädchen, die regelmäßig Alkohol trinken, ungefähr doppelt so hoch. Dies dürfte unter anderem an den sozialstrukturellen Unterschieden zwischen den Werkschülerinnen und den Surveyteilnehmerinnen liegen, denn mit dem Sozialstatus nimmt der (berichtete) Alkoholkonsum zu.¹⁷ In einer Studie zum Alkoholkonsum Jugendlicher zeigte sich, dass in der Altersgruppe "16 bis 17 Jahre" Mädchen mit hohem Sozialstatus statistisch signifikant mehr Alkohol tranken als Mädchen mit niedrigem Sozialstatus.¹⁸ Darüber hinaus sind spezifische kulturelle Normen, die den Verzicht auf Alkohol nahelegen, als weitere Erklärung in Betracht zu ziehen. Über die Hälfte (56,1%) der Werkschülerinnen hatten einen Migrationshintergrund. Diese Quote ist etwa drei Mal so hoch wie der entsprechende Anteil unter den gleichaltrigen Mädchen in der Stadt Bremen.

¹⁷ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012), Seite 140 ff

¹⁸ Kohler et al. (2009), Seite 748f



Tabelle 8: Alkoholkonsum, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

Gruppe	bereits Alkohol getrunken (Lebenszeitprävalenz)	unregelmäßiger Alkoholkonsum	regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens 1x/Woche)
Werkschule insgesamt	55,1	38,4	11,4
Schüler	56,5	38,0	39,4
Schülerinnen	52,3	39,3	8,4
Deutsch	67,1	49,3	13,5
Migrationshintergrund	44,3	28,7	9,6
KiGGS (15 J.)			
Jungen	keine Angabe	keine Angabe	34,2
Mädchen	keine Angabe	keine Angabe	19,4
HBSC (15 J.)			
Jungen	keine Angabe	keine Angabe	28,1
Mädchen	keine Angabe	keine Angabe	15,3

Daten: Gesundheitsamt Bremen; Lampert, Thamm (2007); HBSC-Team Deutschland (2012a)

Jugendliche aus Zuwandererfamilien konsumierten laut Eigenangabe deutlich seltener Alkohol als deutsche Jugendliche. Differenziert man zusätzlich nach Geschlecht zeigt sich, dass sich der Alkoholkonsum deutscher Jungen und Mädchen kaum voneinander unterscheidet (siehe Tabelle 9). Die Mädchen hatten sogar häufiger bereits Erfahrungen mit Alkohol gemacht. Bei den Jugendlichen mit ausländischen Wurzeln hingegen gibt es einen deutlichen Geschlechterunterschied. Jungen aus Zuwandererfamilien tranken beinahe genauso häufig regelmäßig Alkohol wie ihre deutschen Klassenkameradinnen und -kameraden.



Tabelle 9: Erfahrungen mit Alkohol und regelmäßiger Alkoholkonsum (Angaben in Prozent)

Gruppe	Schon einmal Alkohol getrunken (Lebenszeitprävalenz)	Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens 1x/Woche)
Deutsch	67,1	13,5
Schüler	64,7	13,9
Schülerinnen	72,3	12,8
Migrationshintergrund	44,3	9,6
Schüler	48,6	12,1
Schülerinnen	36,7	6,0

Daten: Gesundheitsamt Bremen



Drogenkonsum

Jeder fünfte Jugendliche (19%) hatte in den zwölf Monaten vor der Untersuchung Drogen ausprobiert,¹⁹ Jungen etwas häufiger als Mädchen und Jugendliche mit ausländischen Wurzeln häufiger als deutsche Jugendliche (siehe Tabelle 10). Jeder elfte Jugendliche (8,9%) gab wiederholten Drogenkonsum an, auch hier wieder Jugendliche mit ausländischen Wurzeln häufiger als deutsche Jugendliche. Betrachtet man sich die Referenzdaten, ist, trotz gewisser methodischer Einschränkungen (die beiden Vergleichsstudien erfassten nur den Konsum von Cannabis, Haschisch und Marihuana), von einem überdurchschnittlichen Drogenkonsum der Werkschüler auszugehen.

Tabelle 10: Drogenkonsum, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

Gruppe	Drogenkonsum innerhalb der letzten 12 Monate	wiederholter Drogenkonsum innerhalb der letzten 12 Monate
Werkschule insgesamt	19,0	8,9
Schüler	19,6	9,1
Schülerinnen	17,8	8,4
Deutsch	15,4	6,7
Migrationshintergrund	22,8	10,8
KiGGS (14-17 J.)		
Jungen	keine Angabe	6,7
Mädchen	keine Angabe	4,2
HBSC (15 J., Lebenszeitprävalenz)		
Jungen	13,6	keine Angabe
Mädchen	9,0	keine Angabe

Daten: Gesundheitsamt Bremen; Lampert, Thamm (2007); HBSC-Team Deutschland (2012c)

Anmerkung: Im KiGGS-Survey und im HBSC-Survey wurde nur der Konsum von Cannabis, Haschisch und Marihuana erfasst.

¹⁹ Gefragt wurde nach Marihuana, Haschisch, Ecstasy, Aufputschmitteln (Speed), Medikamente zum Berauschen sowie Schnüffeln von Leim oder Lösungsmittel



Eine nach Geschlecht und ethnischer Herkunft differenzierte Auswertung zeigt, dass unter den deutschen Jugendliche eher Mädchen als Drogenkonsumenten in Erscheinung treten (siehe Tabelle 11). Unter den Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind es vor allem die Jungen.

Tabelle 11: Drogenkonsum/wiederholter Drogenkonsum innerhalb der letzten 12 Monate nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

Gruppe	Drogenkonsum innerhalb der letzten 12 Monate	wiederholter Drogenkonsum innerhalb der letzten 12 Monate
Deutsch	15,4	6,7
Schüler	14,7	6,9
Schülerinnen	17,0	6,4
Migrationshintergrund	22,8	10,8
Schüler	24,3	11,2
Schülerinnen	18,3	10,0

Daten: Gesundheitsamt Bremen



Sportliche Aktivität

Regelmäßige Bewegung und Sport tragen entscheidend dazu bei, gesund zu bleiben. Bewegungsmangel kann eine Reihe von Erkrankungen zur Folge haben, insbesondere Rückenschmerzen, Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Mehr als die Hälfte (57%) der untersuchten Jugendlichen gab an, regelmäßig Sport zu treiben (siehe Tabelle 12). Dabei waren Jungen sportlich wesentlich aktiver als Mädchen, zwei Drittel (67%) der Jungen und ein gutes Drittel (37,4%) der Mädchen trieb regelmäßig Sport. Des Weiteren gaben Jugendliche aus Zuwandererfamilien häufiger regelmäßige sportliche Aktivitäten an als deutsche Jugendliche.

Fast 41% der Jugendlichen machte Sport in einem Verein, Jungen wesentlich häufiger als Mädchen und Jugendliche mit ausländischen Wurzeln wesentlich häufiger als deutsche Jugendliche.

Tabelle 12: Sportliche Aktivität, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

Gruppe	regelmäßig Sport	Sport im Verein
Werkschule insgesamt	57,0	40,6
Schüler	67,0	44,1
Schülerinnen	37,4	29,5
Deutsch	53,0	33,8
Migrationshintergrund	60,0	45,8

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Die Ergebnisse entsprechen den Erkenntnissen aus der Geschlechterforschung. Danach sind Männer in jeder Altersgruppe sportlich deutlich aktiver als Frauen.²⁰ Der Vergleich mit den Ergebnissen der beiden Referenzstudien zeigt allerdings, dass die angehenden Werkschüler sportlich nicht besonders aktiv sind. So treiben nach den Ergebnissen aus dem KiGGS-Survey 87,4% der 14-17-jährigen Jungen und 72,8% der 14-17-jährigen Mädchen mindestens 1 bis 2-mal pro Woche Sport.²¹ Außerdem waren die Werkschüler deutlich seltener in einem Sportverein organisiert als andere Gleichaltrige.²²

²⁰ Tempel, Jung (2013)

²¹ Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008), Seite 66, Tabelle 3.1.2.3. Siehe auch HBSC-Team Deutschland (2011d)

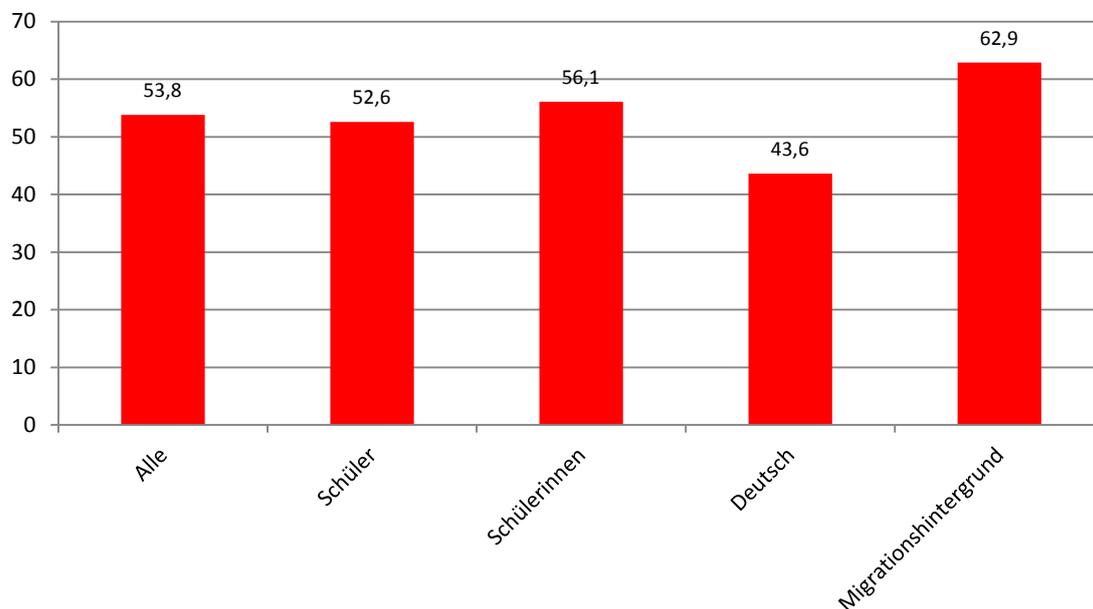
²² Siehe Deutscher Olympischer Sportbund (2011)



Verhütung

Über die Hälfte der Jugendlichen (53,8%) verwendete keine Verhütungsmittel (siehe Abbildung 5). Dies gilt vor allem für Jugendliche mit ausländischen Wurzeln. Fast zwei Drittel (62,9%) gaben an, Verhütungsmittel nicht zu nutzen. Möglicherweise spielt hier eine rigidere Sexualmoral eine Rolle und es gibt weniger konkreten Anlass für den Gebrauch von Verhütungsmitteln. Da nur allgemein und nicht bezogen auf aktuelle oder frühere sexuelle Kontakte nach der Benutzung von Verhütungsmitteln gefragt wurde, ist der vorgestellte Befund für sich allein genommen nicht eindeutig interpretierbar.

Abbildung 5: Keine Nutzung von Verhütungsmitteln, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)

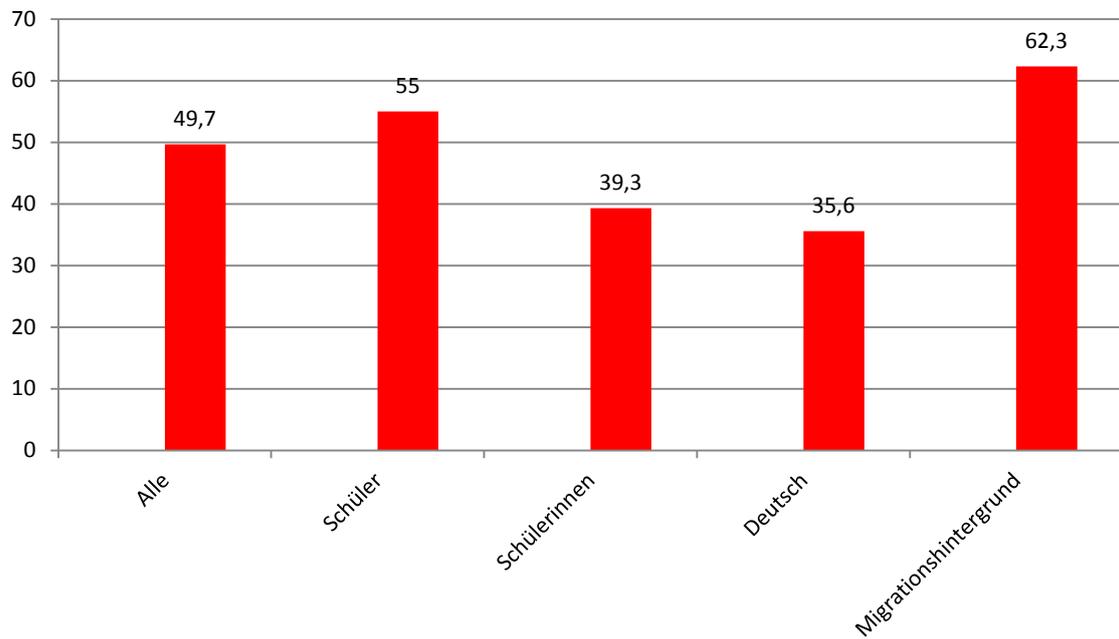


Daten: Gesundheitsamt Bremen

Allerdings legt die Tatsache, dass die "Pille danach" der Hälfte der Jugendlichen nicht bekannt war, die Vermutung nahe, dass auch sonst das Wissen um Verhütungsmittel häufig unzureichend ist. Insbesondere den Jugendlichen aus Zuwanderfamilien war die "Pille danach" zu meist unbekannt, während die Mehrzahl der deutschen Jugendlichen um diese Form der Verhütung wusste (siehe Abbildung 6).



Abbildung 6: "Pille danach" nicht bekannt, insgesamt sowie nach Geschlecht und ethnischer Herkunft (Angaben in Prozent)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

Sechs der 107 untersuchten Schülerinnen gaben an, schon einmal schwanger gewesen zu sein. Vier dieser Schülerinnen kamen aus Zuwandererfamilien. Wohlgederkt: Die Rede ist von Mädchen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 14 und 17 Jahre alt waren.



Gesundheitsförderung in der Schule

Der Bildungsgang "Werkschule" bietet Schülerinnen und Schülern mit schwachen Schulleistungen die Möglichkeit, den Erweiterten Hauptschulabschluss zu erwerben und sich auf das Berufsleben vorzubereiten. Die Erfolgsquote ist beachtlich, rund 75% der Werkschüler verlassen die Schule mit einem Abschluss.

Werkschülerinnen und Werkschüler haben nicht jedoch nur schulische, sondern auch gravierende gesundheitliche Probleme. Werkschüler und insbesondere Werkschülerinnen weisen hohe gesundheitliche Belastungen auf und verhalten sich im besonderen Maße gesundheitsschädigend. Gleichzeitig haben diese Jugendlichen häufig nur geringe personale, familiäre und soziale Ressourcen. Ihre Kontakte beschränken sich zumeist auf Personen, die sich in ähnlich benachteiligenden sozialen Lagen befinden. Diese ressourcenarmen Netzwerke bieten nur wenig Unterstützung.

Die vorgestellten Befunde vermitteln einen Eindruck über die gesundheitliche Situation von Jugendlichen aus dem unteren Segment der Gesellschaft. Mit Blick auf das Aufnahmeverfahren der Werkschulen dürfte es sich bei den untersuchten Jugendlichen sogar noch eher um eine positive Auswahl handeln. Werkschülerinnen traten als besonders belastete Risikogruppe hervor. Verglichen mit den Werkschülern hatten Werkschülerinnen

- häufiger gesundheitliche Probleme und erhielten im Anschluss an die medizinische Untersuchung häufiger eine Überweisung zur weiteren Diagnostik und Therapie,
- deutlich häufiger und im Durchschnitt mehr psychosomatische Beschwerden,
- häufiger starkes Übergewicht,
- deutlich häufiger ein gestörtes Körperbild und ein wesentlich höheres Risiko, eine Ess-Störung zu entwickeln.

Des Weiteren war unter den Werkschülerinnen der Anteil derjenigen, die täglich rauchen, fast doppelt so hoch, zudem waren die Werkschülerinnen sportlich wesentlich inaktiver als die Werkschüler.

In Anbetracht der hohen Prävalenz gesundheitlicher Risikofaktoren sollten daher Prävention und Gesundheitsförderung im Lehrplan der Werkschulen bindend verankert werden. Dazu müsste die bestehende Richtlinie entsprechend ergänzt und ein Curriculum entwickelt werden.

Das Themenspektrum umfasst

- Sexualität und Verhütung,
- Suchtprävention,
- sportliche Aktivität und Bewegung im Alltag, sowie
- Ernährung und Ess-Störungen.

Treten gesundheitlich relevante Probleme in einer Klasse gehäuft auf, ist themenbezogen zu intervenieren. Generell sollte Gesundheit projektförmig behandelt werden. Eine zentrale Thematik ist Körperselbstbild und Essverhalten. In diesem Zusammenhang ließe sich das von einigen Lehrerinnen und Lehrern organisierte gemeinsame Frühstück dazu nutzen, gesundheitsförderliches Verhalten anzuregen und zu festigen. Zudem wird auf diese Weise sichergestellt, dass die Schülerinnen und Schüler überhaupt ein Frühstück bekommen, was keineswegs selbstverständlich ist.



Maßnahmen und Angebote sollten sich insbesondere an die Werkschülerinnen wenden. Dazu gehören spezifische Bewegungsangebote auch außerhalb des Schulsports. Besondere Sportangebote für Mädchen erhöhen die Chance, Schülerinnen aus Zuwandererfamilien, bei denen möglicherweise noch kulturelle Schamgrenzen zu beachten sind, zu erreichen.

Um die Erfolgsaussichten zu vergrößern ist es sinnvoll, die Ressourcen der Jugendlichen zu nutzen. So könnten Maßnahmen, die sich an männliche Jugendliche richten, daran ansetzen, dass Jungen im Allgemeinen sportlich aktiver sind. Oder Jugendliche mit ausländischen Wurzeln könnten in ihrer - möglicherweise kulturell bedingten - Zurückhaltung beim Alkoholkonsum gestärkt werden.

Falls die Werkschulen nicht im benötigten Maße über Kompetenzen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung verfügen bietet es sich an, Maßnahmen gemeinsam mit versierten Kooperationspartnern durchzuführen. Für das Thema "Sexualität und Verhütung" stünden pro familia oder mit die AIDS/STD-Beratung des Bremer Gesundheitsamtes zur Verfügung, und für das Thema "Ernährung und Ess-Störungen" ließen sich Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater heranziehen. Ein Angebot zur Gewalt- und Suchtprävention ist das vom Landesinstitut für Schule (LIS) angebotene Tanzprojekt "Kribbeln im Bauch".

Für Prävention und Gesundheitsförderung in Werkschulen ist ein Budget einzuplanen, dessen Höhe von der Art der Maßnahmen abhängt. So betragen die Kosten für eine präventionsorientierte Beratung durch pro familia 24 € pro Stunde und pro Berater/in. Üblicherweise wird ein Beratungsmodul von zwei Berater/innen durchgeführt und umfasst zwei Tage mit je zwei Stunden. Somit ergibt sich ein Betrag von 192 €. Für das Projekt "Kribbeln im Bauch" werden für eine Projektwoche Kosten in Höhe von 3.100 € veranschlagt. Da dieses Angebot von einer Reihe von Sponsoren - allen voran die AOK Bremen/Bremerhaven - finanziell unterstützt wird, entstanden den teilnehmenden Werkschulen bislang keine Kosten. Selbst wenn die Werkschulen zukünftig einen Teil der Kosten selber tragen müssten: Ausgaben für Präventionsmaßnahmen sind letztendlich eine Investition in die Gesundheit und in die soziale Integration von Jugendlichen, die sich mit Sicherheit lohnt.



Literatur

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.) (2012). Bildung in Deutschland 2012. Ein indikatoren-gestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebensverlauf. Bielefeld, Bertelsmann Verlag
- Deutscher Olympischer Sportbund (2011). Bestandserhebung 2011
- Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen (2012). Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Teilnahmeverpflichtung an ärztlichen Untersuchungen für Schülerinnen und Schüler an beruflichen Schulen, an Sekundarschulen und an Förderzentren im Land Bremen. Nr. 27, 28. August 2012
- Gessler M, Kühn K, Uhlig-Schoenian J (2011). Werkschule und/oder Produktionsschule? Zwei Länderkonzepte zur Integration benachteiligter Jugendlicher im Vergleich.
http://www.bwpat.de/ht2011/ft02/gessler_etal_ft02-ht2011.pdf [01.07.2013]
- HBSC-Team Deutschland (2011a). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt "Subjektive Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
- HBSC-Team Deutschland (2011b). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt "Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
- HBSC-Team Deutschland (2011c). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt "Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
- HBSC-Team Deutschland (2011d). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt "Sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
- HBSC-Team Deutschland (2012a). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt "Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
- HBSC-Team Deutschland (2012b). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt "Drogenkonsum von Jugendlichen". Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
- Horstkotte E (2003). Bildungsziel Gesundheit. Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in erschwerten Lebenslagen. Untersuchungsergebnisse aus der Berufseingangsstufe der Berufsfachschulen in Bremen – Schuljahr 2002/2003. Gesundheitsamt Bremen
- Horstkotte E (2009). "Spieglein, Spieglein an der Wand ..." Körperelbstbild und Essverhalten bei Jugendlichen in Bremen. Gesundheitsbericht. Gesundheitsamt Bremen
- Kohler S, Richter A, Lampert T, Mensink GBM (2009). Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus EsKiMo. Bundesgesundheitsblatt 52 (7), 745-752
- Kultusministerkonferenz (2008). Ergebnisse der 323. Plenarsitzung der Kultusministerkonferenz am 16. Und 17. Oktober 2008 in Saarbrücken. Pressemitteilung der KMK vom 17.10.2008
- Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Heft 5/6, 736-743
- Lampert T, Thamm M (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Heft 5/6, 600-608
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. British Medical Journal 319: 1467-1468



-
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008). Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012). Schulen auf einen Blick. Wiesbaden
- Tempel G, Jung F (2013). Die Gesundheit von Männern ist nicht die Gesundheit von Frauen. Gesundheitsbericht. Gesundheitsamt Bremen