

Die Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen

1. Gender und Gesundheit

Die Gesundheit von Frauen und Männern ist in allen Lebensphasen unterschiedlich. Die Gründe dafür liegen im Zusammenwirken von Unterschieden in der Physiologie, in der Sozialisation und in den allgemeinen Lebensbedingungen von Männern und Frauen. Es ist daher im Sinne des Gender Mainstreamings (siehe SCHUG Nr.13/2002) notwendig, schon bei Jugendlichen die Gesundheit und ihre Voraussetzungen für die Geschlechter getrennt zu betrachten und gesundheitsfördernde Maßnahmen geschlechtssensibel zu gestalten. Die HBSC Factsheets Nr. 2 und 3 sind daher jungen Frauen und Männern getrennt gewidmet.

2. Jugend und geschlechtsspezifische Entwicklungen

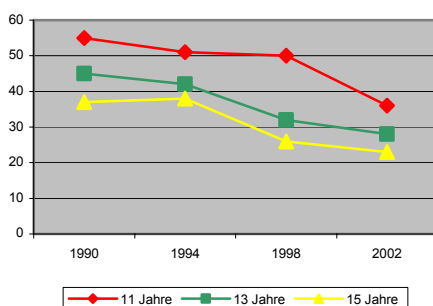
Das Jugendalter – vom Einsetzen der Geschlechtsreife bis zum Ende des dritten Lebensjahrzehnts – ist als Prozess der Persönlichkeitsentwicklung, der Ablösung vom Elternhaus, der Integration in neue soziale Kontexte und der Entwicklung von Beziehungen zum anderen Geschlecht mit enormen Lern- und Anpassungsleistungen verbunden. Entwicklungspsychologisch gilt die Jugend als eine Zeit des Ausprobierens, zu der Anpassung an Normen ebenso gehört wie die Abwehr von Autorität und Tradition, ungebändigte Leidenschaften ebenso wie die Angst davor.

Auslöser und Grundlage der Identitätsentwicklung der Mädchen sind die mit der Sexualreife einsetzenden körperlichen Veränderungen. Es ist für junge Frauen daher von großer Bedeutung, wie sie diese erleben: ob als mangelhaft oder liebenswert, als Quelle von Schmerz oder von Lust. Diese individuelle Annahme des eigenen Körpers vollzieht sich aber innerhalb gesellschaftlich vorgegebener Schönheitsideale, deren Nicht-Erreichen häufig zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls führt.

Junge Frauen orientieren ihre Identitätsentwicklung stärker an der Umgestaltung familiärer Beziehungen und weniger an Abgrenzung, Autonomie und Unabhängigkeit. Da diese Orientierungen gegenüber sozialer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit gesellschaftlich jedoch noch immer höher bewertet werden, ist auch damit eine Erschwerung der weiblichen Pubertät gegeben.

3. Gesundheit und Lebenszufriedenheit nach Alter und sozialer Schicht

Grafik 1: Gesundheit im Trend der 90er: Anteil der 11-, 13- und 15-jährigen Mädchen, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bezeichnen (in %)



Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit gilt wissenschaftlich als zuverlässiges Maß für das Wohlbefinden einer Person, welches im HBSC-Fragebogen zwischen „ausgezeichnet“ und „schlecht“ variieren kann. In Österreich bezeichnen 29 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen

ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“, knapp die Hälfte als „gut“. 13 % der Mädchen halten ihre Gesundheit jedoch nur für „eher gut“, 2 % sogar für „schlecht“. In einem Vergleich von 32 Ländern rangieren die österreichischen Mädchen damit auf dem 10. Platz.

Die genannten Schwierigkeiten des Pubertierens drücken sich auch darin aus, dass der Anteil der Mädchen mit „ausgezeichneter“ Gesundheit mit dem Alter – also mit dem Eintritt in die Pubertät – deutlich abnimmt: während es bei den 11-jährigen Mädchen noch 36 % sind, sind es bei den 15-jährigen Mädchen nur noch 22 %.

Zusätzlich ist für alle Altersgruppen der bedenkliche Trend gegeben, dass sich die subjektive Gesundheit der 11- bis 15-jährigen Mädchen im Laufe der neunziger Jahre deutlich verschlechtert hat. 1990 berichteten noch 55 % der 11-Jährigen und 37 % der 15-Jährigen eine „ausgezeichnete“ Gesundheit (vgl. Grafik 1)

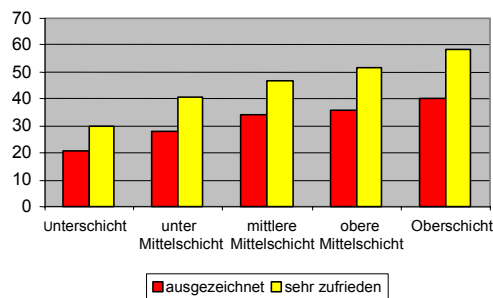
Die 11-Jährigen haben heute also das schlechte Niveau der früheren 15-Jährigen erreicht. Man kann das damit in Zusammenhang bringen, dass die gesellschaftlichen Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche allgemein schwieriger und spannungsreicher geworden sind. Mögliche Aspekte dabei sind: die relative Verschlechterung der ökonomischen Lage der Familien, die Reduktion der Familienzeit durch elterliche Erwerbsarbeit und Alleinerzieherfamilien, „broken families“, die Verschlechterung der ökonomischen Perspektiven für junge Menschen, die erhöhten Ansprüche an Individualität in hochkomplexen modernen Gesellschaften, die Zunahme an Unsicherheit und Risiken, insbesondere ökologischen, und die Zunahme an gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen in diesen Altersgruppen.

Gesundheit, Lebenszufriedenheit und soziale Schicht

Auch für die Lebenszufriedenheit der Mädchen ist ein „Pubertätsknick“ gegeben: von den 11-Jährigen sind noch 62 % mit ihrem Leben „sehr zufrieden“, von den 15-Jährigen nur mehr 28 %.

Gesundheit und Lebenszufriedenheit der Mädchen hängen hochsignifikant mit der sozioökonomischen Lage ihrer Familien zusammen (vgl. Grafik 2). Die Chance, sehr gesund und sehr zufrieden zu sein, ist für Mädchen aus der Oberschicht 2,5 bzw. 3,3-mal so hoch wie für Mädchen aus der Unterschicht. Von diesen sind 35 % „wenig“ bis „gar nicht“ mit ihrem Leben zufrieden.

Grafik 2: Anteil der 11- bis 15-jährigen Mädchen, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bezeichnen und mit ihrem Leben „sehr zufrieden“ sind, dargestellt nach sozialer Schicht (Angaben in %)



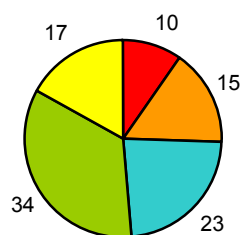
4. Hauptprobleme der Mädchengesundheit

Im Laufe der 90er Jahre hat sich der Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen Mädchen etwa verdreifacht. Heute rauchen bereits 25 % dieser Altersgruppe täglich. Beim Konsum von Alkohol haben sich die Mädchen dem problematischen Verhalten der Burschen angeglichen und konsumieren durchschnittlich ähnliche Mengen. Diese Ergebnisse wurden im HBS Factsheet Nr.1 behandelt.

Unregelmäßige Ernährung

Gesunde Ernährung erfordert sowohl die Aufnahme von lebensnotwendigen Nährstoffen und Vitaminen in angemessenen Mengen als auch regelmäßiges, über den Tag verteiltes Essen. Idealerweise sollen 3 Hauptmahlzeiten und zwischendurch 2 gesunde Jausen gegessen werden (z. B. Obst). Davon ausgehend muss für 23 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen eine unzureichende und für 25 % eine problematische Ernährungsweise konstatiert werden. Letzteres gilt für jene 15 %, die nur eine Mahlzeit pro Tag (Frühstück, Mittag- oder Abendessen) einnehmen und für jene 10 %, die an manchen Wochentagen gänzlich auf eine Hauptmahlzeit verzichten (vgl. Grafik 3). Diese Anteile nehmen vom 11. zum 15. Lebensjahr kontinuierlich zu.

Grafik 3: Häufigkeit von Mahlzeiten pro Woche bei 11- bis 15-jährigen Mädchen in Österreich (Angaben in %)



- weniger als 1 Mahlzeit/Tag
- höchstens 1 Mahlzeit/Tag
- mind. 1 Mahlzeit/Tag + tgl. Frühstück
- 1 Mahlzeit/Tag + mind. 3 Mahlzeiten/Woche + tgl. Frühstück
- 2 Mahlzeiten/Tag + tgl. Frühstück an 6 Tagen

Body-Mass-Index (BMI)

Der Body-Mass-Index (kg/m²) beschreibt das Verhältnis von Gewicht und Körpergröße und gilt international als ein geeignetes Maß zur Bestimmung von Unter-, Normal- und Übergewicht. Dabei werden die 10 % mit den niedrigsten BMI-Werten als unter-, die 15 % mit den höchsten BMI-Werten als (leicht) übergewichtig definiert. Da das Wachstum der Jugendlichen insgesamt mit einer Gewichtszunahme verbunden ist, müssen die Werte für die Altersgruppen getrennt definiert werden. Der durchschnittliche BMI liegt bei den 11-jährigen Mädchen bei 17,3, bei den 13-jährigen Mädchen bei 18,5 und bei den 15-jährigen Mädchen bei 19,7. Als untergewichtig gelten Mädchen mit weniger als 14,2 (11 Jahre), 15,3 (13 Jahre) und 16,7 (15 Jahre); als leicht übergewichtig gelten Mädchen mit mehr als 19,9 (11 Jahre), 21,5 (13 Jahre) und 22,0 (15 Jahre).

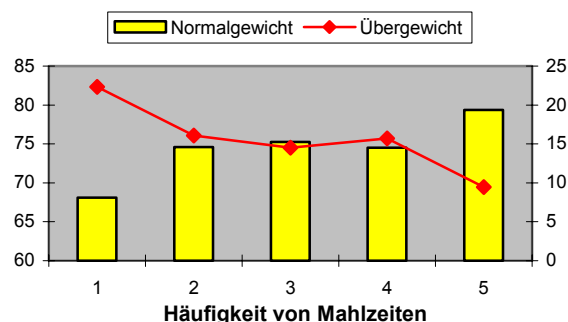
Übergewicht und Ernährungsverhalten

Paradoxerweise nimmt der Anteil der übergewichtigen Mädchen mit der Unregelmäßigkeit von Mahlzeiten signifikant zu: bei drei Hauptmahlzeiten täglich sind nur 9 % übergewichtig, bei weniger als einer Mahlzeit täglich sind es 22 %. Gleichzeitig nimmt der Anteil der normalgewichtigen Mädchen mit der Regelmäßigkeit von täglichen Mahlzeiten in der Woche deutlich zu (vgl. Grafik 4).

Mögliche Erklärungen:

- 1) Mädchen, die auf Hauptmahlzeiten verzichten, greifen häufiger zu Zwischenmahlzeiten, die zucker- oder fettreich sind;
- 2) nach zu geringer Energiezufuhr (nach Hungerphasen) reduziert der Körper seinen Grundumsatz und schaltet auf Sparflamme. Kehren die Mädchen wieder zu ihren normalen Essgewohnheiten zurück, kommt es durch den Jo-Jo-Effekt zu Gewichtszunahmen.

Grafik 4: Anteil der Normal- und Übergewichtigen bei den 11- bis 15-jährigen Mädchen nach der Häufigkeit von Mahlzeiten pro Woche (Angaben in %)



- 1) weniger als 1 Mahlzeit/Tag
- 2) höchstens 1 Mahlzeit/Tag
- 3) mind. 1 Mahlzeit/Tag + tgl. Frühstück
- 4) 1 Mahlzeit/Tag + mind. 3 Mahlzeiten/Woche + tgl. Frühstück
- 5) 2 Mahlzeiten/Tag + tgl. Frühstück an 6 Tagen

Übergewicht und Familie

Unregelmäßige Mahlzeiten und Übergewicht stehen in einem engen Zusammenhang mit der Qualität familiärer Beziehungen. Regelmäßige Mahlzeiten haben eher Mädchen, die ein offenes und vertrauensvolles Verhältnis zu den Eltern haben und sie als unterstützend erleben. Übergewichtige Mädchen erleben ihre Eltern sehr häufig als desinteressiert, wenig unterstützend, lieblos oder als übermäßig kontrollierend. Auch besteht zwischen Übergewicht und Sozialschicht ein enger Zusammenhang: in der Unterschicht ist der Anteil der übergewichtigen Mädchen deutlich höher und wird mit dem Alter noch größer; in der Oberschicht sind 5 % der 15-Jährigen übergewichtig, in der Unterschicht 24 %. Mädchen aus der Unterschicht haben größere Schwierigkeiten, einen gesunden Ernährungsstil zu entwickeln.

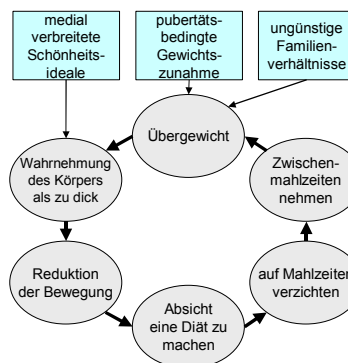
Übergewicht und Bewegungsmangel

Neben der unregelmäßigen Ernährung wirkt sich auch ein Mangel an Bewegung in ungünstiger Weise auf den BMI der Mädchen aus. 11 % der Mädchen machen außerhalb der Schule nur an einem Tag in der Woche oder nie ausreichend Bewegung, 33 % tun das nur dreimal wöchentlich oder seltener. Der Anteil der wenig aktiven Mädchen ist bei den 15-Jährigen bereits 62 %. Verbunden ist diese Reduktion der Bewegung mit erhöhten Anforderungen in der Schule und der Zunahme des Fernseh- und Computerkonsum. Diese Mädchen neigen verstärkt dazu, Hauptmahlzeiten auszulassen und fett- oder zuckerreiche Zwischenmahlzeiten und Limonaden zu sich zu nehmen. Die Kombination aus Inaktivität und falscher Ernährung führt konsequent zu der unerwünschten Gewichtszunahme, so dass in dieser Gruppe bereits 27 % übergewichtig sind.

Die Paradoxie des Dickwerdens

Pubertätsbedingte Gewichtszunahme, Bewegungsmangel, ungünstige Familienverhältnisse und unregelmäßige Ernährung führen die Mädchen in einen Teufelskreis: vor der Folie eines in den Medien propagierten Schlankheitsideals fühlen sie sich zu dick und wollen abnehmen. Häufig tun sie das durch Verzicht auf Mahlzeiten. Das wiederum führt aus genannten Gründen zu einem erhöhten BMI-Wert und dazu, dass der Körper als zu dick wahrgenommen wird. Damit schließt sich ein Kreis, der die Mädchen ihrem Körper zunehmend entfremdet (vgl. Grafik 5).

Grafik 5: Modell der Paradoxie des Dickwerdens



Diätverhalten

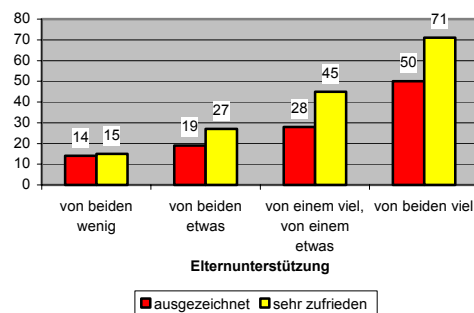
Ebenso problematisch ist die Haltung der eindeutig untergewichtigen Mädchen: 59 % von diesen glauben, ihr Gewicht sei gerade richtig, 6 % denken, sie sollten eigentlich eine Diät machen und 7 % machen tatsächlich eine. Für einige von diesen könnte professionelle Hilfe notwendig sein. Auch von den normalgewichtigen Mädchen machten 13 % zum Befragungszeitpunkt gerade eine Diät und 18 % fühlten sich un-

ter Druck, eigentlich eine machen zu sollen. Diesen Mädchen sollte ein positives Gefühl für die gegebenen Dimensionen ihres Körpers vermittelt werden.

5. Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Familie

Gesundheit und die Lebenszufriedenheit von 11- bis 15-jährigen Mädchen hängen von den Beziehungen zu den Eltern ab. Wo das Interesse der Eltern an der Entwicklung des Kindes und die Unterstützung in Krisensituationen fehlen, sind Mädchen sowohl in ihrer Lebenszufriedenheit wie auch in ihrer subjektiven Gesundheit stark eingeschränkt. Nur 14 % bzw. 15 % der Mädchen fühlen sich dann sehr gesund bzw. sind mit ihrem Leben sehr zufrieden. Wenn sich indessen beide Eltern um das Mädchen kümmern, gilt das für 49 % und 70 % (vgl. Grafik 6). Ebenso große Unterschiede ergeben sich abhängig davon, ob sich die Mädchen von den Eltern unterstützt, geliebt und verstanden fühlen oder nicht.

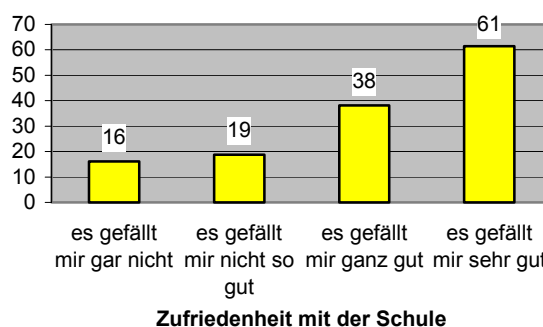
Grafik 6: Anteil der 11- bis 15-jährigen Mädchen, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bezeichnen und mit ihrem Leben „sehr zufrieden“ sind, dargestellt nach dem Ausmaß der Unterstützung durch die Eltern (Angaben in %)



6. Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Schule

Ebenso wichtig für Gesundheit und Lebenszufriedenheit heranwachsender Mädchen sind die sozialen Beziehungen in der Schule. Das gilt sowohl für die Beziehungen zu den Lehrer/innen wie zu den Mitschüler/innen. Beides wirkt sich nachhaltig auf die Schulzufriedenheit der Mädchen aus, von der wiederum Gesundheit und Lebenszufriedenheit der Mädchen abhängen. So sind nur 16 % mit ihrem Leben zufrieden, wenn es ihnen in der Schule nicht gefällt, aber 61 %, wenn es ihnen sehr gut gefällt (Grafik 7).

Grafik 7: Anteil der 11- bis 15-jährigen Mädchen, die mit ihrem Leben „sehr zufrieden“ sind dargestellt nach der Zufriedenheit mit der Schule (Angaben in %)



7. Geschlechtssensible Gesundheitsförderung

Zur Gewichtskontrolle ist nur eine Kombination aus regelmäßiger Ernährung und Bewegung sowie der Verzicht auf fett-/zuckerreiche Zwischenmahlzeiten zielführend. Es ist ein Informationsdefizit, dass Mädchen stattdessen auf Diäten setzen. Mädchenspezifische Bewegungsprogramme sollten angeboten werden (siehe Internetlinks). Ein wesentlicher Beitrag der Schule kann darin liegen, die Rolle der Schönheitsideale reflexiv zu bearbeiten, um den Mädchen – v.a. aus der Unterschicht – eine höhere Akzeptanz des eigenen Körpers zu ermöglichen. Schulische Gesundheitsförderung sollte in vielerlei Hinsicht an die wachsenden sozialen und kognitiven Kompetenzen der jungen Frauen anschließen.

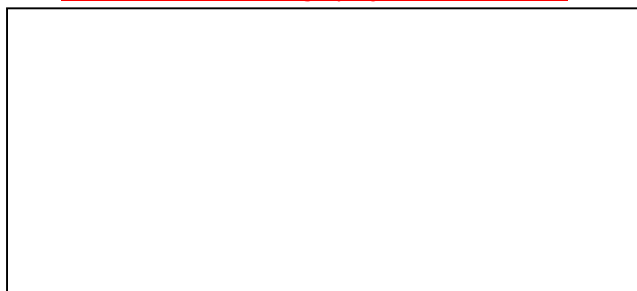
Internetlinks

<http://www.give.or.at>, <http://www.gesunde-schule.at>,
<http://www.bewegungserziehung.at>,
<http://www.fgoe.org>, <http://www.dge.de>,
<http://www.gfnoe.at/gesundheitsforum>

HBSC

Health Behaviour in School-aged Children ist eine regelmäßig wiederholte Studie der WHO, an der im Schuljahr 2001/02 36 Länder teilgenommen haben. Alle präsentierten Ergebnisse basieren auf dem österreichischen Daten-Set von 2001/02 (Projektleitung: Dr. Wolfgang Dür).

Nähere Informationen unter: www.hbsc.org oder www.univie.ac.at/lbimqs/projekte/hbsc99.html.



IMPRESSUM:

Herausgeber und Verleger: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie; Erscheinungsjahr: 2003
 Für den Inhalt verantwortlich: Dr. Hubert HRABCIK, Leiter der Sektion III; Druck: Kopierstelle BMGF, 1030 Wien, Radetzkystraße 2; Internetadresse: <http://www.bmgf.gv.at>, BMGF-Bestellservice: 711 00-4626