

Kinder und Jugendliche



Gesundheits- und Lebenslagen 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg

Berichte und Analysen zur Gesundheit

IMPRESSUM

Gesundheitsbericht

Gesundheits- und Lebenslagen 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg

Herausgeber:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)
Abteilung Gesundheit
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung
und Gesundheitsförderung
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Der Bericht entstand als Kooperationsvorhaben der BGV und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Stand:

Januar 2012

Auswertung und Berichterstellung:

Uwe Saier (BGV)

Projektdurchführung, Datenerhebung, Wissenschaftliche Begleitung:

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer (UKE)
Veronika Ottova (MPH) (UKE)

Unterstützung bei Auswertungen:

Nils Möller (BGV), Veronika Ottova (UKE),
Johanna Schönbach

Titelfoto:

Fotos von Sabine Meyer, pariah083, S. Hofschlaeger,
Michael Hirschka, Dieter Schütz
– alle Pixelio.de

© 2012, Alle Rechte vorbehalten

Bezug:

Sie erhalten den Bericht kostenlos unter
☎ (040) 428 37 - 1999
gesundheitslotsen@bgv.hamburg.de

Abteilung Gesundheit im Internet:

www.hamburg.de/gesundheit

Druck/Herstellung:

VIG Druck & Media GmbH

ISBN:

978-3-9814693-1-8

Die wissenschaftliche Präsentation der Ergebnisse im Gesamtvergleich mit den Hamburger HBSC-Daten aus 2006 und den Gesamtdeutschen HBSC-Daten aus 2010 sind zudem publiziert in: Ravens-Sieberer, U., Ottova, V., Hintzpeter, B., Hillebrandt, D. Saier, U., Möller, N., Lietz, J. (Hrsg.) (2011). Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Die WHO-Jugendgesundheitsstudie für Hamburg. Lengerich: Pabst Verlag. ISBN: 978-3-89967-763-8

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Gesundheits- und Lebenslagen 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserin, lieber Leser,

die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen liegt nicht nur mir als Gesundheitssenatorin, sondern sehr vielen Menschen am Herzen.

Die große Herausforderung der Gesundheitsförderung und der Prävention besteht darin, junge Menschen zu befähigen und sie dabei zu unterstützen, selbstbestimmt und eigenverantwortlich ein gesundes Leben zu führen. Dies ist zudem eine wichtige Voraussetzung für gesundheitliche Chancengerechtigkeit.

Um die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu verbessern, benötigen wir Orientierungsdaten und Erfolg versprechende Strategien.

Für die jüngeren, einzuschulenden Kinder können wir glücklicherweise auf aussagekräftige gesundheitsbezogene Daten und Informationen der schulärztlichen Dienste zurückgreifen. Für ältere Kinder und Jugendliche gab es bisher wenig aussagekräftige Datenzugänge.

Wir sind deshalb sehr froh, dank der Unterstützung von Frau Prof. Dr. Ravens-Sieberer aus dem Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), nunmehr speziell für Hamburg auf Befragungsdaten der internationalen Verbundstudie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) zu-

rückgreifen zu können. Diese beispielhafte Kooperation zwischen Universität und Behörde ermöglicht es uns, den vorliegenden Gesundheitsbericht „Gesundheits- und Lebenslagen 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg“ zu veröffentlichen.

Zum zweiten Mal nach 2006 haben sich Hamburger Schulen im Jahr 2010 an der Studie beteiligt. Als Datenbasis stehen in der aktuellen Erhebung repräsentative Ergebnisse von nahezu 1.700 befragten Schülerinnen und Schüler aus 21 Hamburger Schulen der Klassenstufen fünf bis neun zur Verfügung.

Wir gewinnen damit Erkenntnisse zu den Lebenslagen, zum Gesundheitsverhalten und zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in der Pubertät.

Die vorliegenden Informationen und Bewertungen tragen zudem dazu bei, zielgeleitete und wirksame Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie im Rahmenprogramm „Gesund aufwachsen in Hamburg“ im Pakt für Prävention für das Setting Schule erarbeitet wurden, weiterzuentwickeln.

Die Ergebnisse dieser Befragung geben wertvolle Hinweise für die Bewertung bestehender Angebote und Impulse für weitergehende Strategien.

Ich möchte mich bei allen bedanken, die bei der Planung und Erstellung des Berichtes mitgewirkt haben. Ein ganz besonderer Dank – auch im Namen von Frau Professor Dr. Ravens-Sieberer – geht an die Schülerinnen und Schüler, die sich an der Befragung beteiligten, an die Eltern für ihr Einverständnis sowie die Schulleiterinnen und Schulleiter und die Lehrkräfte für die Unterstützung.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche und anregende Lektüre.

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin der Behörde für
Gesundheit und Verbraucherschutz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	7
2. Ausgewählte Ergebnisse und Informationen auf einen Blick.....	10
3. Übergeordnete Strategieüberlegungen.....	12
4. Vorgehensweise und Stichprobe.....	13
5. Lebenslagen und Lebenswelten.....	15
6. Lebenszufriedenheit und Gesundheitszustand	20
7. Körperliche und psychische Gesundheit	22
8. Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken	29
9. Wechselwirkungen Lebenslagen und Gesundheit	44
10. Bilanz und Fazit	53
Anhang	56
Literatur- und Quellenverzeichnis	60

1. Einleitung

**Jeder Wolkendunst unserer Jugend,
der sich harmlos zu verziehen schien,
kommt irgendwann einmal
als Gewitter wieder.**

Arthur Schnitzler
(15.05.1862 - 21.10.1931)

Das Kinder- und Jugendalter birgt große Chancen aber auch Risiken bei der Entwicklung zur erwachsenen Person. Kinder und Jugendliche sind deshalb eine wichtige Zielgruppe der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Zeit zwischen Kindheit und Erwachsensein ist von Neugierde, Ausprobieren und der Suche nach eigener Identität geprägt. Noch nie hatten Kinder und Jugendliche so viele Möglichkeiten für ein gesundes Aufwachsen wie heutzutage. Dennoch gibt es Sachverhalte, die die Gesundheit beeinträchtigen können.

An der Schwelle zum Erwachsenwerden sind Kinder und Jugendliche besonderen Herausforderungen ausgesetzt. Gesteigerte schulische Anforderungen, die schrittweise Abnabelung von den Eltern, erste aufkeimende Gefühle der Zuneigung zu Gleichaltrigen aber auch die Normen- und Verhaltensmuster von Freundinnen/Freunden und Cliquen sind nur einige der Faktoren, die die individuellen Gefühlslagen maßgeblich und wechselhaft beeinflussen.

Zudem sind körperliche und psychische Veränderungen zu verarbeiten und eine eigene Persönlichkeit zu entwickeln. Erste Berufs- und Lebensperspektiven müssen entwickelt werden und es gilt, sich eigenständig mit gesellschaftlichen Institutionen, Normen und Werten auseinanderzusetzen. Diese Herausforderungen sind nicht leicht zu bewältigen.

Ein reichhaltiger und komplexer Konsummarkt, einschließlich der Medien, aber auch die Angebote an Suchtstoffen bieten Kindern und Jugendlichen auf der einen Seite vielfältige Möglichkeiten, auf der anderen Seite stellen sie auch mögliche Gefährdungen dar.

Darüber hinaus kann die Identitätsbildung durch kritische Lebensereignisse, wie bspw. Krankheit, Scheidung der Eltern, Tod von Familienangehörigen oder einem fehlenden Ausbildungsplatz, erschwert werden.

Die Lebensphase der Pubertät ist gekennzeichnet durch eine Vielfalt von Lebenslagen, Kulturen und Lebensstilen, die sich bspw. durch Kleidung, musikalische Orientierung, Sprachcodes und die Art der Mediennutzung unterscheiden.

Die Gesundheit besitzt insofern einen besonderen Stellenwert, da in der Phase des Heranwachsens gesundheitsrelevante Verhaltensweisen entstehen und sich verfestigen. Diese wiederum haben maßgeblichen Einfluss auf die Lebensqualität und die weitere gesundheitliche Entwicklung im Erwachsenenalter.

Aus gesundheitspolitischer Sicht stellen sich im Wesentlichen drei Fragen:

- Wie häufig sind Kinder und Jugendliche von gesundheitlichen Einschränkungen und Beschwerden betroffen und sind diese für die weitere Entwicklung von entscheidender Bedeutung?
- Was sind die maßgeblichen Einflussfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?
- Welche Ansatzpunkte und konkrete Maßnahmen gibt es, um die Gesundheitskompetenzen und den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zu verbessern?

Diese Untersuchung hat den Weg der Befragung von Kindern und Jugendlichen gewählt. Eine Befragung liefert zwar nur eingeschränkt objektivierbare Informationen, besitzt jedoch den großen Vorteil, selbst berichtete Einstellungs- und Verhaltensmuster erfassen zu können. Diese wiederum haben für Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert.

Der vorliegende Bericht ist Teil der lebensphasenbezogenen Gesundheitsberichterstattung des Hamburger Senates. Er ergänzt in seinen Altersbezügen den im Jahr 2007 veröffentlichten Gesundheitsbericht „Kindergeundheit in Hamburg“ (BSG 2007), der als Bezugsgruppe hauptsächlich Kinder im Einschulungsalter hatte und den Bericht „Rund um Schwangerschaft und Geburt (BSG 2010)“.

Der Bericht basiert auf gewonnenen Erkenntnissen aus der durchgeführten Befragung 11 bis 15-jähriger Hamburger Schülerinnen und Schüler. Die Grundlage bilden die Daten

der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie, einem international vergleichenden Forschungsvorhabens, das weltweit alle vier Jahre unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt wird. Seit 1994 findet die Studie regelmäßig auch in Deutschland statt und wird als gemeinschaftliches Vorhaben des HBSC Konsortiums durchgeführt. Das HBSC Konsortium setzt sich aus den jeweiligen Leitungen der Länderteams (Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen) zusammen. Im Rahmen des Konsortiums werden neben dem bundesweiten HBSC Surveys auch sogenannte Ländersurveys durchgeführt, die für die jeweiligen (Bundes-)Länder repräsentativ sind. In Hamburg wird die Studie von Frau Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) geleitet und seit 2006 durchgeführt¹.

Neben dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheit erfasst die HBSC Studie auch die individuellen und sozialen Rahmenbedingungen, die die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen.

Erfasst werden das Gesundheitsverhalten in Bezug auf

- Zahnputzverhalten,
- körperliche Aktivität,
- Ernährungsverhalten,
- Medienkonsum,
- Drogen- und Medikamentenkonsum.

Angaben über

- die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und über das Körper-selbstbild,
- gesundheitliche Probleme wie psychische Auffälligkeiten, Schmerzen, chronische Erkrankungen, Verletzungen,
- soziale und familiäre Rahmenbedingungen wie soziale Unterstützung durch Eltern, Verwandte, Freundschaften und Peer-Kontakte.

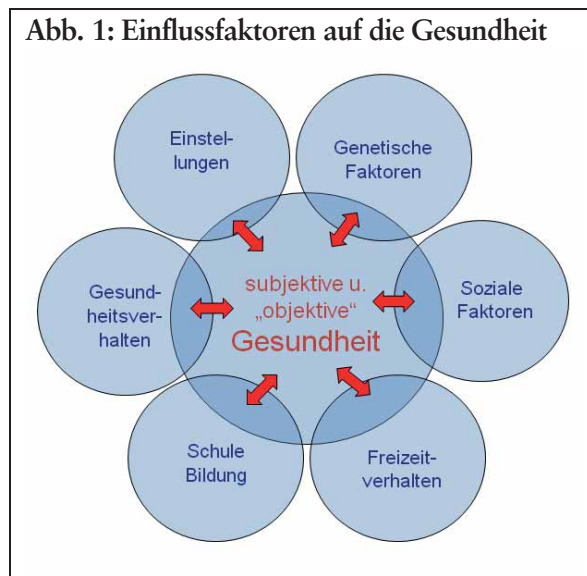
¹ Eine wissenschaftliche Präsentation der Ergebnisse, sowie Vergleiche mit den aktuellen bundesweiten Daten und den Daten der Hamburger Befragung in 2006 sind nachzulesen in Ravens-Sieberer et al. (2011). Weitere Informationen zur bundesweiten HBSC -Studie sowie Faktenblätter mit Ergebnissen der bundesweiten HBSC-Studie zu ausgewählten Themen sind zu finden unter <http://hbsc-germany.de/>.

Darüber hinaus wird nach

- Schulleistungen, Schulzufriedenheit und Schulstress gefragt.

Dieser Bericht, der die Hamburger HBSC-Daten aus 2009/2010 nutzt, analysiert und bewertet u. a. die Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Lebenslagen und sozialen Prägefaktoren und leitet daraus erste Strategieansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention in Hamburg ab.

Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Der Bericht gliedert sich in fünf Themenblöcke. Neben der Darstellung der Vorgehensweise sowie der Stichprobe und der abschließenden Bilanz werden die Lebenslagen und -welten, die Lebenszufriedenheit und der Gesundheitszustand, die körperliche und psychische Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken sowie die Wechselwirkungen von Lebenslagen und Gesundheit beschrieben. Um einen Überblick zu erhalten, werden einige ausgewählte Ergebnisse und empfehlungs-basierte Leitlinien vorangestellt.

Der Betrachtung der Wechselwirkungen von Lebenslagen und Gesundheit wird – neben der Beschreibung und Bewertung des Gesundheitsverhaltens – als Schwerpunktkapitel besondere Bedeutung zugemessen.

In diesem Schwerpunktkapitel werden die Wechselwirkungen zwischen

- Migration und Gesundheit,
- individuellen/sozialen Ressourcen und Gesundheit sowie
- sozialer Lage und Gesundheit

gesondert beschrieben und bewertet. Um eine größere und nachhaltigere Aussagekraft zu gewinnen, werden einzelne erhobene Merkmale in Indizes zusammen gefasst.

Über dieses Vorgehen wird gewährleistet, dass Einflussfaktoren nicht nur isoliert und monokausal in Beziehung gesetzt werden, sondern wie in der Realität ihre gemeinsame Wirkung betrachtet wird.

Eine genauere Beschreibung dieser Vorgehensweise und der entsprechenden Indexbildung findet sich im Anhang ab Seite 56.



© Dieter Schütz / www.pixelio.de

2. Ausgewählte Ergebnisse und Informationen auf einen Blick

Stichprobe:

Repräsentativ für Hamburg wurden 1.694 Schülerinnen und Schüler im Alter zwischen 11 und 15 Jahren aus 21 Schulen befragt.

Die Mehrheit der befragten Kinder und Jugendlichen (92 Prozent) wurde in Deutschland geboren, bei über der Hälfte stammen beide Elternteile aus Deutschland, 38 Prozent haben einen Migrationshintergrund.

Lebenslagen:

Familienformen: 70 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen leben in sogenannten Kernfamilien (leibliche Mutter und leiblicher Vater), 22 Prozent in Familien mit alleinerziehendem Elternteil und acht Prozent in Patchworkfamilien oder anderen Familienformen.

Finanzielle Lage der Eltern: Etwa zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen stufen die finanzielle Lage ihrer Eltern „gut“ oder „sehr gut“ ein.

Freundschaften: Freundschaftliche Kontakte 11 bis 15-Jähriger außerhalb der Schule finden zu einem großen Anteil über elektronische Kommunikationsmöglichkeiten wie SMS oder Internet statt.

Zufriedenheit mit der Schule: Jeder/m dritten Befragten gefällt die Schule sehr gut. Mit zunehmendem Alter nimmt die Zufriedenheit mit der Schule jedoch ab.

Klassenklima: Die Mehrzahl der Schülerinnen und Schüler (80 Prozent) geben an, nette und hilfsbereite Mitschülerinnen und Mitschüler zu haben, mit denen sie gerne zusammen und bei denen sie gut akzeptiert sind.

Lebenszufriedenheit und Gesundheitszustand:

Lebenszufriedenheit: 87 Prozent der befragten Jungen und 83 Prozent der Mädchen geben eine hohe Lebenszufriedenheit an.

Gesundheitszustand: Die überwiegende Mehrheit der befragten Kinder und Jugendlichen stuft ihren Gesundheitszustand (Jungen 88 Prozent – Mädchen 83 Prozent) positiv ein.

Körperliche und psychische gesundheitliche Beschwerden:

Schmerzen: Nur etwa die Hälfte der befragten Kinder und Jugendlichen leiden selten oder gar nicht unter Schmerzen. Vergleichsweise häufig werden Kopf- und Bauchschmerzen berichtet. Mädchen sowie Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind stärker von Schmerzen betroffen.

Befindlichkeitsstörungen: Bei den Befindlichkeitsstörungen wie Niedergeschlagenheit, Nervosität, etc. werden Schlafstörungen am häufigsten genannt. Jeder fünfte befragte 15-Jährige gibt an, täglich oder mehrmals die Woche schlecht einschlafen zu können.

Psychische Gesundheit: Bei allen Schwierigkeiten der Abgrenzung zwischen vorübergehenden, „normalen“ psychischen Irritationen in der Pubertät und einem tatsächlich vorhandenen Krankheitsbild: Etwa jedes/r fünfte Kind bzw. Jugendliche zeigt Auffälligkeiten, die auf eine Störung der psychischen Gesundheit hindeuten können. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zeigen häufiger psychische Auffälligkeiten, insbesondere Verhaltensauffälligkeiten.

Verletzungen: 13 Prozent der Jungen und acht Prozent der Mädchen hatten im Jahr vor der Befragung drei oder mehr behandlungsnotwendige Verletzungen. Jungen sind häufiger von Verletzungen betroffen als Mädchen. Die Verletzungsfahr steigt mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen.

Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken:

Frühstücksverhalten: Jede/r dritte befragte 15-Jährige frühstückt an Schultagen überhaupt nicht.

Obst- und Gemüsekonsum: Obst mehrmals in der Woche (d. h. fünf Mal oder öfter) verzehren 57 Prozent der Mädchen und 45 Prozent der Jungen. Mit steigendem Alter nimmt der Obstkonsum bei Jungen ab. Für den Gemüsekonsum zeigt sich ein ähnliches Muster: Mädchen essen mehr Gemüse als Jungen und mit zunehmendem Alter nimmt der Gemüseverzehr ab.

Fast-Food-Konsum: Fast-Food ist bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei den Jungen, beliebt. Nur jede/r zehnte Befragte isst kein Fast-Food. 15-jährige Jugendliche konsumieren deutlich häufiger Fast-Food-Produkte als die 11-jährigen Kinder.

Körperliches Selbstbild: Mädchen sind weniger zufrieden mit dem eigenen Gewicht als Jungen. Mit zunehmendem Alter steigt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht. Bei den 15-Jährigen fühlt sich nahezu jede/r zweite Befragte ein wenig oder viel zu dick.

Körperliche Aktivität/Sport: Etwa jeder vierte Junge, aber nur etwa jedes zehnte Mädchen geben an, jeden Tag in der Woche körperlich aktiv zu sein oder Sport betrieben zu haben. Jungen halten sich eher an die Empfehlung, sich täglich eine Stunde körperlich zu betätigen.

Fernsehkonsument: Etwa 90 Prozent der Befragten schauen wochentags täglich fern, am Wochenende sind es sogar 97 Prozent. Jede/r fünfte Befragte guckt mehr als drei Stunden wochentags fern und immerhin acht Prozent halten sich täglich sechs und mehr Stunden in der Woche vor dem Fernseher auf.

Computernutzung: Computernutzung gehört zur täglichen Freizeitbeschäftigung Kinder und Jugendlicher. Ein großer Teil der Befragten (über 80 Prozent) spielt am Wochenende und in der Woche am Computer bzw. nutzt den Computer, um zu chatten, im Internet zu surfen oder Hausarbeiten zu erledigen. Je älter die Befragten, desto wichtiger wird der Computer.

Tabakkonsum: Durchschnittlich liegt der Beginn des Rauchens (sogenannter Erstkonsum) bei 13,2 Jahren. Etwa jeder zehnte befragte 15-jährige Jugendliche gibt an täglich zu rauchen. Etwa jedes/r vierte Kind oder Jugendliche hält sich täglich oder mehrmals die Woche in Räumen auf, in denen geraucht wird.

Alkoholkonsum: Das durchschnittliche Alter bezogen auf den Erstkonsum von Alkohol liegt bei 13,4 Jahren. Mit zunehmendem Alter wird häufiger Alkohol getrunken. Bei den 15-Jährigen hat jeder zehnte im vergangenen Jahr vor der Befragung häufiger (jeweils 40 Mal und mehr) Alkohol getrunken. Mehr als viermal im Leben betrunken gewesen zu sein, berichtet jede/r fünfte der befragten Jugendlichen.

Cannabiskonsum: Das Einstiegsalter für den Erstkonsum von Cannabis liegt bei durchschnittlich 14,7 Jahren. Acht Prozent der 15-jährigen Mädchen und 16 Prozent der 15-jährigen Jungen berichten, in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung Cannabis konsumiert zu haben. 40 Prozent dieser Altersgruppe haben Freundinnen bzw. Freunde, die Haschisch konsumieren.

Wechselwirkungen Lebenslagen und Gesundheit:

Familienstruktur: Kernfamilien weisen im Vergleich zu Familien mit alleinerziehendem Elternteil und Patchworkfamilien häufiger günstige gesundheitsbezogene Merkmale (z. B. bezogen auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand) auf.

Migrationshintergrund: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zeigen bezogen auf Ernährung und Mediennutzung ein vergleichsweise gesundheitsriskanteres Verhalten.

Soziale Lage: Kinder und Jugendliche mit geringerem Familienwohlstand haben einen schlechteren Gesundheitszustand, schildern häufiger, im letzten halben Jahr vor der Befragung von Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen betroffen gewesen zu sein als diejenigen mit höherem Familienwohlstand. Sie sind zudem weniger körperlich aktiv, ernähren sich schlechter, gucken häufiger länger Fernsehen und spielen – insbesondere die Jungen – häufiger sowie länger am Computer.

3. Übergeordnete Strategieüberlegungen

Aus den Erkenntnissen des Berichtes sind übergreifende Strategieüberlegungen ableitbar. Diese werden im Folgenden überblicksartig dargestellt²:

- Gesundheitsriskantes Verhalten und gesundheitliche Einschränkungen sind auch – gemäß Erkenntnissen aus den Schulärztlichen Untersuchungen und auch dieser Befragung – schon bei jüngeren Kindern anzutreffen. Dies spricht für die Notwendigkeit einer frühzeitig einsetzenden Gesundheitsförderung und Prävention.
- Besonders vulnerable Zielgruppen sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie Familien mit geringerem Familienwohlstand, da diese sich häufiger gesundheitsriskant verhalten und verstärkt von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind. Insbesondere für diese Zielgruppen sollten bestehende erfolgreiche Ansätze gestärkt und – sofern notwendig – neue Maßnahmen geplant und umgesetzt werden.
- Familie, Schule und Peers haben in Wechselwirkungen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Für die Stärkung der Lebens- und Gesundheitskompetenzen sollten somit nicht nur einzelne isolierte Ziele verfolgt werden, sondern gebündelt auch übergreifende Strategien zur Verbesserung der Problemlösefähigkeiten, zur Stärkung des Selbstbewusstseins und der sozialen Kompetenz berücksichtigt werden.
- Wegen des in Teilen sehr unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens bei Mädchen und Jungen und der entsprechenden Folgen sollte bei den Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen Wert auf geschlechtersensitive Planung und Durchführung (z. B. gezielte Bewegungsförderung bei Mädchen, in der Suchtprävention, etc.) geachtet werden.
- Es gibt bereits zahlreiche wirksame Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention. Vielfach fehlt es noch an der nötigen Vernetzung und Kooperation der Angebote und der Anbieter. Dieses Ziel soll in gemeinsamen Anstrengungen mit Bündnispartnern im „Pakt für Prävention“ erreicht werden. Dabei gilt es die Ziele des Rahmenprogramms „Gesund Aufwachsen“ (www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention/3110484/rahmenkonzept-gesund-aufwachsen-in-hamburg.html) zu berücksichtigen.
- Der Bildungs- und Erziehungsauftrag der Grundschule bezieht auch die Gesundheit deutlich mit ein. In diesem Feld wirkt auch der Pakt für Prävention unterstützend, indem u. a. Ziele und Maßnahmen für die Entwicklung hin zu gesundheitsfördernden Schulen entwickelt wurden.
- Die Stärkung von Gesundheitskompetenzen von Kindern und Jugendlichen wie auch die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen an Eltern, Lehrer/innen, Übungsleiter/innen usw. ist ein wesentliches Handlungsfeld. Dafür sind erfolgversprechende Qualifizierungsmaßnahmen weiter zu entwickeln.

² Eine genauere Darstellung findet sich in Kapitel 10, Seite 53ff.

4. Vorgehensweise und Stichprobe

Erhebungshintergrund

Der Prozess der Stichprobenziehung, der Datenerhebung bis zur Datenaufbereitung und -bereitstellung erfolgte durch die Forschungsgruppe Child Public Health am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Im Vorfeld, der im Frühjahr 2010 durchgeführten Datenerhebung, wurde das Einverständnis des Hamburger Datenschutzbeauftragten und der Behörde für Schule und Berufsbildung eingeholt. Zudem wurde die Studie der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg vorgelegt, die ein positives Votum abgab. Die Erhebung in Hamburger Schulen erfolgte in anonymer Form, die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Befragung wurde unter Aufsicht der Lehrkräfte durchgeführt. Die Schülerinnen und Schüler wurden nur befragt, sofern sie sich zur Teilnahme bereit erklärten. Bei allen Befragten musste eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern zum Zeitpunkt der Befragung vorliegen.

Eingesetzt wurde ein in mittlerweile 43 Ländern erprobter, standardisierter Fragebogen. Dadurch ist es auch möglich, Vergleiche mit anderen nationalen und internationalen Stichproben sowie über die Zeit durchzuführen (vgl. Kolip et al. 2012; www.hbsc.org/).

Die Auswahl der Schulen erfolgte über das Hamburger Schulverzeichnis. Berücksichtigt wurden zur Gewährleistung der Repräsentativität die verschiedenen Schultypen sowie die Sozialstruktur in Hamburg.

Die Rückgabe der Fragebögen erfolgte in geschlossenen Briefumschlägen, die erst unmittelbar vor der Dateneingabe durch die Beauftragten des Forschungsteams des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf geöffnet wurden.

An der Studie beteiligten sich 1.710 Schülerinnen und Schüler im Alter zwischen 11 und 15 Jahren. Die Verteilung der 21 beteiligten Schulen auf das Hamburger Stadtgebiet zeigt Abb. 2:

Abb.2: Verteilung der Schulen auf das Hamburger Stadtgebiet



Alterszusammensetzung

Die Verteilung der befragten Schülerinnen und Schüler nach den jeweiligen *Altersgruppen* zeigt Tab. 1.

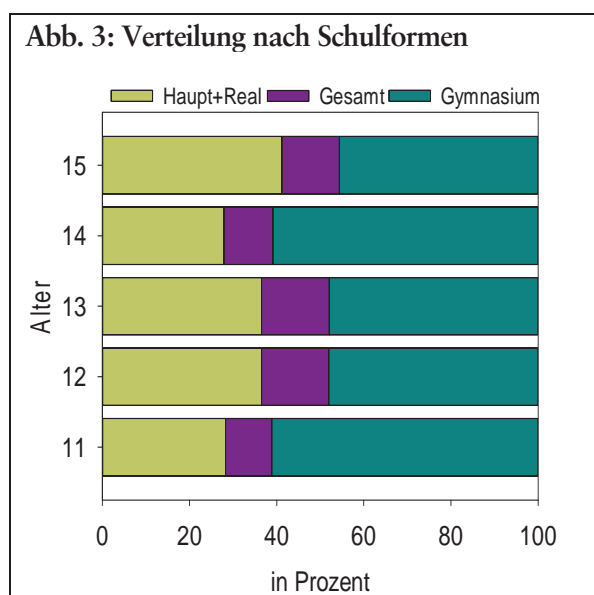
Tab 1: Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung nach Alter und Geschlecht³

Alter	Jungen	Mädchen
11 Jahre	255	244
12 Jahre	160	171
13 Jahre	178	156
14 Jahre	117	141
15 Jahre	152	120

Damit die Analyseergebnisse repräsentativ für Hamburg sind, wurden die Daten nach Alter gewichtet ausgewertet⁴.

Schulformen

Die *Schulformen* und der Schulabschluss bestimmen die weiteren Bildungsmöglichkeiten und die späteren beruflichen Biografien der Kinder und Jugendlichen. Die Verteilung der befragten Kinder und Jugendlichen auf die Schulformen zeigt Abb. 3.



³ In die Auswertungen wurden 1.694 Befragte einbezogen. Den 11-Jährigen wurden Kinder zugeordnet, die sich im 11. Lebensjahr befanden (Altersspanne 10,0 bis 11,9). Bei den 15-Jährigen sind einige im 16. Lebensjahr befindliche Jugendliche enthalten (Altersspanne 15,0 bis 16,9). Jüngere (als 10 Jahre) und Ältere (17 und älter) wurden nicht berücksichtigt.

⁴ Siehe hierzu auch die Ausführungen im Anhang auf Seite 56.

Migrationshintergrund

Eine weitere wichtige Einflussgröße ist die *Herkunft* der Kinder und Jugendlichen sowie die ihrer Eltern und der vorhandene oder nicht vorhandene *Migrationshintergrund*.

Die Mehrheit (ca. 92 Prozent) der befragten Kinder und Jugendlichen wurde in Deutschland geboren. Bei über der Hälfte stammen beide Elternteile aus Deutschland. Neben der Einzelbetrachtung der Angaben zur Herkunft gibt es die Möglichkeit, diese zu einem Index zum Migrationshintergrund zusammengefasst zu betrachten (vgl. INBAS 2006 und Ravens-Sieberer et. al. 2008: S. 28).

Den Kindern und Jugendlichen wird in Anlehnung an diese Quellen dann ein Migrationshintergrund zugeordnet, wenn

- sie selbst nicht in Deutschland geboren wurden und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde oder
- beide Elternteile nicht aus Deutschland stammen oder
- zuhause vorwiegend eine andere Sprache als Deutsch gesprochen wird.

Wird diese Definition zu Grunde gelegt, so haben etwa 38 Prozent der Befragten einen Migrationshintergrund. Bei den 11-Jährigen liegt der Anteil mit etwa 35 Prozent leicht unter dem Durchschnitt aller Befragten.

Für Hamburg wie auch für Deutschland (vgl. auch RKI 2008c: S. 7) ist festzustellen:

Ein bedeutender Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst in Familien mit Migrationshintergrund auf.

Als weitere Information lässt sich der Geburtsort der Eltern nach Herkunftsländern darstellen. Die größte Gruppe der Eltern, die nicht in Deutschland geboren wurden, ist in der Türkei geboren (vgl. Tab. 2).

Tab 2: Fünf häufigste Herkunftsländer der Eltern

Geburtsland	Mutter	Vater
Deutschland	65%	63%
Türkei	9%	12%
Polen	5%	4%
Afghanistan	2%	2%
Russland	2%	2%

5. Lebenslagen und Lebenswelten

Die Lebenslagen und Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen sind gerade in den letzten Jahren im ständigen Wandel begriffen.

Wesentliche soziale Bezugspunkte Kinder und Jugendlicher sind die eigene Familie, Freunde und Peer-Groups.

Neben der Gesundheit, die auch als zentraler Faktor für die Beschreibung von Lebenslagen gilt, wird grundsätzlich zwischen drei weiteren prägenden Dimensionen unterschieden:

- Materielle Dimension wie z. B. Wohnen, Nahrung, Kleidung,
- individuelle Dimension wie kognitive Entwicklung, sprachliche Kompetenzen und
- soziale Dimension wie soziale Kontakte, soziale Kompetenzen.

Die zugrundeliegende HBSC-Studie bietet Einblicke und Erkenntnisse zu einigen dieser für Kinder und Jugendliche bedeutsamen Faktoren. Diese werden im Folgenden kurz beschrieben.

Familienstruktur

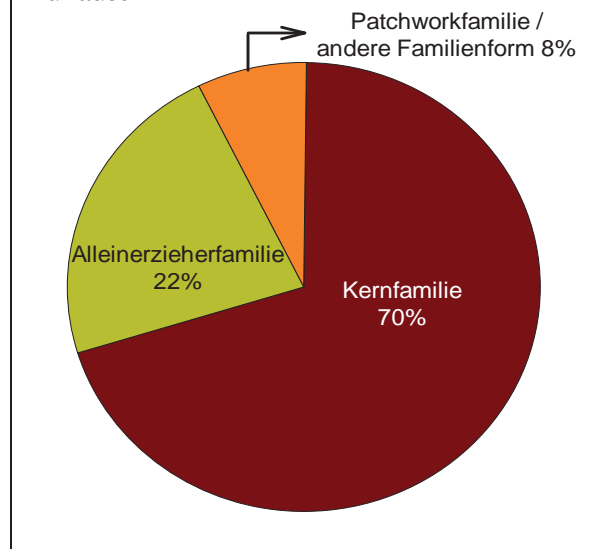
Familiärer Zusammenhalt, gekennzeichnet durch gemeinsame Unternehmungen, Zeit für die Sorgen und Nöte der Kinder und Jugendlichen, Regeln und Konfliktlösungsstrategien in der Familie etc., gilt gemeinhin als bedeutsames Fundament für die Gesundheit.

Die Familienstruktur in unserer Gesellschaft hat jedoch gerade in der jüngsten Vergangenheit einen tiefgreifenden Wandel erfahren. Die klassische Familie, die sich auf die leibliche Elternschaft und Ehe gründet, hat für die Erziehung der nachwachsenden Generation bereits deutlich an Bedeutung verloren.

Mittlerweile existieren vermehrt unterschiedliche Lebensformen nebeneinander. Dies zeigt sich auch in der zugrundeliegenden HBSC-Befragung.

70 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen geben an, in sogenannten Kernfamilien, d. h. mit leiblicher Mutter und leiblichen Vater, zu leben (vgl. Abb. 4).

Abb. 4: Familienstruktur im „hauptsächlichen“ Zuhause⁵



Etwa 22 Prozent der Befragten leben im Haushalt mit einem alleinerziehenden leiblichen Elternteil.

Eine weitere mögliche Einflussgröße für das Zusammenleben in der Familie und die soziale Prägung der Kinder und Jugendlichen ist die Zahl der Geschwister in ihrem „hauptsächlichen“ Zuhause.

17 Prozent der Befragten geben an, keine Geschwister zu haben. Nahezu jedes zweite Kind (46 Prozent) hat einen Bruder oder eine Schwester. Zwei Geschwister zu haben, trifft bei 22 Prozent, drei oder mehr bei 16 Prozent der Kinder und Jugendlichen zu.

Berufstätigkeit der Eltern

Um Berufstätigkeit und Familienaufgaben gut zu vereinbaren, braucht es gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die dies ermöglichen und auch die Bereitschaft der Eltern, bspw. flexible Arbeitsmodelle zu nutzen.

Nach vorliegenden Befragungsergebnissen sind 92 Prozent der Väter und 76 Prozent der Mütter berufstätig. Bei ca. 70 Prozent sind beide, bei drei Prozent kein Elternteil berufstätig.

⁵ 22 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen geben an, auch ein zweites Zuhause zu haben. Nachfolgende Ergebnisse zu den genannten Geschwisterbeziehungen beziehen sich ausschließlich auf das „hauptsächliche“ Zuhause.

Elterliche Zuwendungen

Ausmaß und die Qualität elterlicher Zuwendung und Unterstützung haben Einfluss auf das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Um die alltäglichen und schulischen Herausforderungen zu bewältigen, ist es von entscheidender Bedeutung, ob und inwieweit die Eltern sich aktiv mit den Problemen und Sorgen ihrer Kinder auseinandersetzen und ihnen die nötige Unterstützung geben können.

Über alle Befragten zeigt sich: Die Mutter genießt ein größeres Vertrauen, ihr Probleme oder nahegehende Sachverhalte mitzuteilen. 83 Prozent der Befragten halten es für sehr leicht oder leicht, Dinge, die ihnen nahegehen, mit der Mutter zu besprechen. Der Vater ist in dieser Frage für nur 67 Prozent ein geeigneter Ansprechpartner.

Jungen gehen mehr auf den Vater zu als Mädchen. Die Bereitschaft, Eltern an eigenen Gefühlen teilhaben zu lassen, nimmt mit dem Alter ab. Freundinnen und Freunde sowie Gleichaltrige (Peer-Groups) gewinnen an Bedeutung.

Finanzielle Ausstattung der Familie

Die finanzielle Ausstattung von Familien prägt maßgeblich die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe. Sie bestimmt, wie und in welchem Maße materielle Bedürfnisse und Wünsche befriedigt werden können.

Um die Gesundheit, die Bildung und die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der eigenen Kinder zu fördern, sind entsprechende finanzielle Mittel erforderlich.

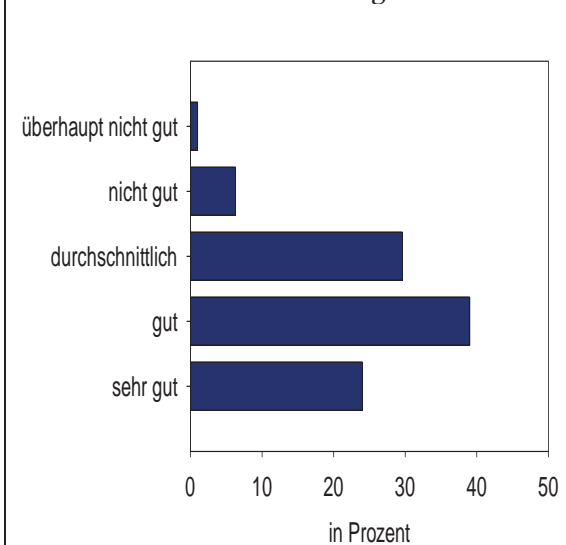
Obwohl aus dieser Befragung keine objektiven Daten zu verfügbaren finanziellen Einkünften und Ressourcen der Eltern ermittelbar sind, liefern die Selbstauskünfte der Kinder und Jugendlichen Erkenntnisse zu den subjektiv empfundenen finanziellen Möglichkeiten ihrer Eltern.

Etwa zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen stufen die finanzielle Lage ihrer Eltern entweder als „gut“ oder als „sehr gut“ ein.

Demgegenüber geben etwa sieben Prozent

der Kinder und Jugendlichen an, die finanzielle Lage ihre Eltern sei „nicht gut“ oder „überhaupt nicht gut“ (vgl. Abb. 5).

Abb. 5: Finanzielle Ausstattung der Familie



Der Wohlstand in der Familie lässt sich auch über die Verfügbarkeit bestimmter materieller Güter ablesen. So wurden die Kinder und Jugendlichen in der Studie befragt, ob die Familie Auto(s) und Computer besitzen, ob dem befragten Kind bzw. Jugendlichen ein eigenes Zimmer zur Verfügung steht und ob die Familie in den letzten 12 Monaten in den Urlaub gefahren ist. Diese Informationen lassen sich zu einem Index verdichten, der den Familienwohlstand abbildet. Zu diesem Zweck wurde der leicht veränderte, im internationalen HBSC-Studienverbund etablierte Family Affluence-Scale (FAS) angewandt.⁶

In Kapitel 9 wird die Wechselwirkung von Familienwohlstand und Gesundheit anhand des FAS beschrieben und bewertet. An dieser Stelle werden die einzelnen Items nur kurz gesondert betrachtet, um einen ersten Überblick zu gewinnen. In der Einzelbetrachtung der verfügbaren Informationen zum Familienwohlstand zeigt sich:

- Jede zweite Familie besitzt ein Auto, immerhin jede dritte Familie hat zwei und mehr Autos und nur in etwa jeder zehnten Familie steht kein Auto zur Verfügung.

⁶ Die Berechnungen erfolgten ohne die Variable Computerbesitz; Siehe Anhang auf Seite 58.

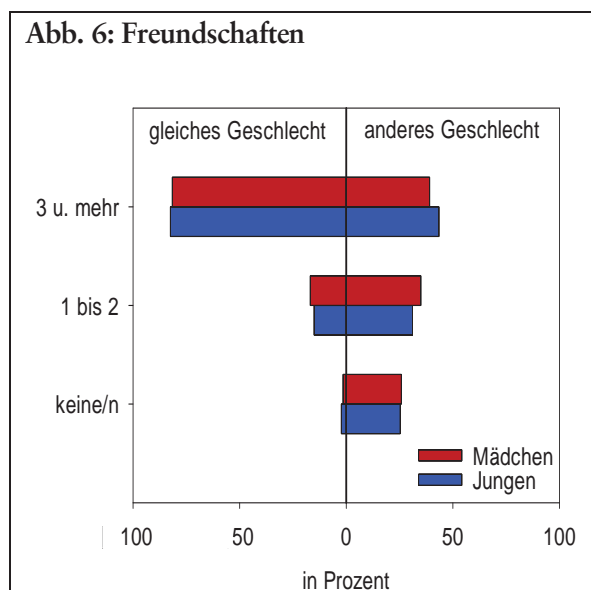
- Etwa 30 Prozent der Familien machen mehr als zwei Urlaube pro Jahr, knapp über die Hälfte ein oder zwei, aber auch etwa 17 Prozent können sich überhaupt keine Urlaubreise erlauben.
- 82 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen verfügen über ein eigenes Zimmer.
- Keinen Computer in der Familie zu haben, geben nur ein Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen an. Über drei Viertel der Befragten geben an, die Familie verfügt über zwei oder mehr Computer.

Soziale Vernetzung

Freundschaften und Peer-Groups spielen in der befragten Altersgruppe sowohl für Mädchen als auch für Jungen eine große Rolle. Sie prägen in starkem Maße die Werte und Normen der Kinder und Jugendlichen und bieten gleichzeitig die notwendige für die Lebensqualität wichtige soziale Unterstützung.

Für die Bewältigung von schulischen und außerschulischen Erfahrungen und Problemen sind die gegenseitige Hilfe und Unterstützung im Freundeskreis und über Peer-Groups wichtig. Ist diese soziale Unterstützung nicht gegeben, fehlt den Kindern und Jugendlichen ein wichtiger sozialer Bezugsrahmen. Dies kann wiederum gravierende Auswirkungen auf das gesundheitliche und psychische Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen haben.

Mehrheitlich pflegen sowohl Mädchen als auch Jungen Freundschaften zum gleichen Geschlecht (vgl. Abb. 6).



Weniger die Anzahl der Freundschaftsbeziehung ist wichtig, einflussreicher sind die Qualität und der erfahrbare Nutzen von Freundschaften. Aus diesem Grund wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie leicht oder schwer es ihnen fällt, mit dem besten Freund bzw. der besten Freundin über Dinge zu sprechen, die ihnen persönlich nahegehen.

Demnach sind die beste Freundin oder der beste Freund die wichtigste vertraute Person, um sich über Probleme oder Gefühle auszutauschen. Mädchen (90 Prozent) fällt es leichter, sich anzuvertrauen als Jungen (78 Prozent). Mit zunehmendem Alter wird der Austausch über Dinge, die die Jugendlichen nachhaltig beschäftigen oder nahe gehen, auch mit Freundinnen bzw. Freunden des anderen Geschlechts gesucht.

Verabredungen zu Treffen, aber auch der Austausch über Ansichten und Gefühlen erfolgen bei der mittlerweile vielfach so genannten „Generation Internet“ in der Freizeit zu einem nicht unerheblichen Anteil über SMS oder Internet. Bei den 15-jährigen Befragten nutzt nahezu jeder zweite täglich diese Kommunikationsform. Bei den 11-jährigen ist dies immerhin nahezu jede/r Zehnte. Insgesamt ist der Anteil der Mädchen, die täglich über SMS oder Internet kommunizieren, mit 41 Prozent deutlich höher als bei den Jungen (24 Prozent).

Freundschaftskontakte finden größtenteils über elektronische Kommunikationsmöglichkeiten wie SMS oder Internet statt.

Neben der elektronischen Kommunikation ist auch die Frage interessant, wie häufig die Kinder und Jugendlichen sich in ihrer Freizeit mit Freundinnen und Freunden treffen.

Nur etwa fünf Prozent der Befragten geben an, keinen Tag nach der Schule mit Freundinnen bzw. Freunden zu verbringen. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen trifft sich zwei bis dreimal die Woche nach der Schule mit Freundinnen bzw. Freunden. Große Geschlechterunterschiede lassen sich aus den Daten nicht ablesen.

Schulische Situation

Eine unterstützende und die Gesundheit fördernde Schulsituation ist eine wichtige Res-

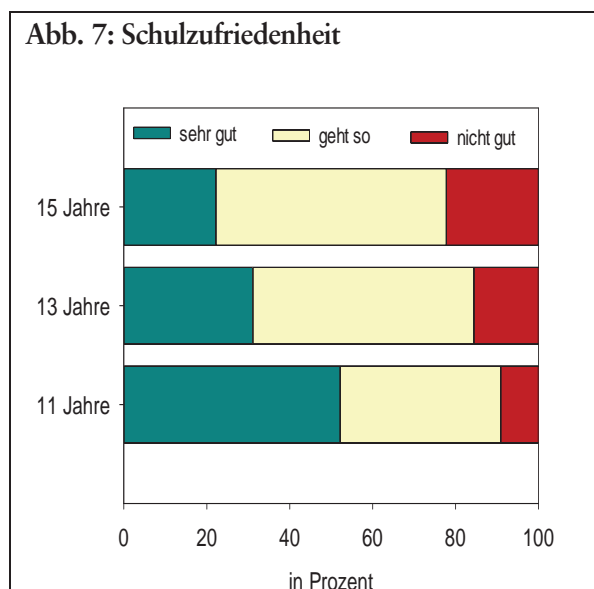
source für das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität, während eine in dieser Hinsicht wenig Unterstützung bietende Schule ein Risiko für die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen darstellen kann.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig zu erfahren, wie zufrieden die Kinder und Jugendlichen mit der Schule sind, ob sie sich in der Schule wohlfühlen, wie sie ihre Schulleistungen einordnen und ob sie die an sie gestellten schulischen Anforderungen als Belastung empfinden.

Die **Zufriedenheit mit der Schule** sagt zudem etwas darüber aus, wie gerne die Kinder und Jugendlichen zur Schule gehen und hat auch Einfluss darauf, ob und inwieweit Schule als Belastung empfunden wird.

Etwa jeder/m dritten befragten Schülerin bzw. Schüler gefällt die Schule sehr gut. Dass die Schule ihnen nicht so gut bis überhaupt nicht gut gefällt, gaben 18 Prozent der Befragten an. Zwischen den Geschlechtern lassen sich keine signifikanten Unterschiede ermitteln.

Im Altersgruppenvergleich zeigen sich jedoch Unterschiede (vgl. Abb. 7).



Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Zufriedenheit ab. Bei den 15-Jährigen ist jede/r fünfte Befragte nicht zufrieden mit der Schule.

Für das eigene Wohlbefinden muss den Schülerinnen und Schülern das Gefühl vermit-

telt werden, dass sie von den Lehrkräften wahrgenommen, ihre Leistungen gerecht eingeordnet werden und sie bei Schulproblemen und anderen Schwierigkeiten mit der notwendigen Unterstützung rechnen können.

Größtenteils sind die befragten Schülerinnen und Schüler mit der **Einordnung ihrer Leistungen** durch ihre Lehrerinnen und Lehrer zufrieden. Über die Hälfte fühlt sich im Vergleich zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern gerecht beurteilt. Nur sechs Prozent der Befragten meinen, sie würden ungerecht beurteilt.

Im Altersvergleich zeigt sich, dass die 11-Jährigen sich insgesamt gerechter beurteilt fühlen als die älteren Schülerinnen und Schüler.

Das Verhältnis zu den eigenen Mitschülerinnen und Mitschülern lässt sich über die Angaben zu folgenden Feststellungen

- „Die Schüler in meiner Klasse sind gerne zusammen“
- „Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit“
- „Die anderen Schüler akzeptieren mich so wie ich bin“

zu einem Index „**Klassengemeinschaft**“ zusammenfassen.

In der Einzelbetrachtung der Merkmale wird deutlich:

Über 80 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler geben an, nette und auch hilfsbereite Mitschülerinnen und Mitschüler zu haben, mit denen sie gerne zusammen und bei denen sie gut akzeptiert sind.

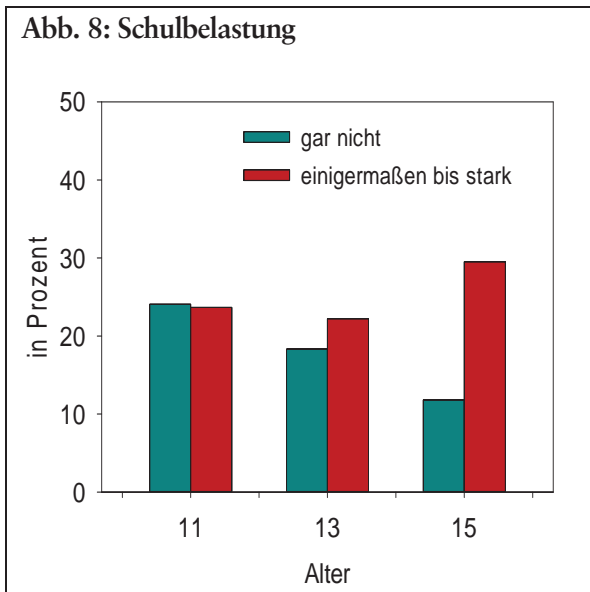
In der Zusammenschau der positiven Einstufungen der o. g. drei Variablen zu diesem Index, bewerten zwei von drei Befragten ihre Klassengemeinschaft positiv.

Nur etwa sechs Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler fühlen sich in ihrer Klassengemeinschaft schlecht akzeptiert.

Um die Effekte der Schulzufriedenheit, der Leistungseinordnung und auch des Klassenklimas einordnen zu können, wurde zudem erfasst, ob sich die Schülerinnen und Schüler

durch die an sie gestellten Anforderungen in der Schule belastet fühlen (vgl. Abb. 8).

Abb. 8: Schulbelastung



Während bei den 11-Jährigen etwa jedes vierte Kind keine Belastung in der Schule verspürt, trifft dies bei den 15-jährigen Jugendlichen nur auf etwa jede zehnte Schülerin bzw. Schüler zu.

Mobbing und **Schikane** in der Schule sind Einflussfaktoren für die Schulzufriedenheit und damit auch für Belastungen mit gesundheitlichen Folgen. Unter Mobbing in der Schule (auch: Bullying) wird ein über einen längeren Zeitraum gegen Schülerinnen/Schüler gerichtetes „Gemeinsein“, Ärgern, Angreifen, Schikanieren verstanden.

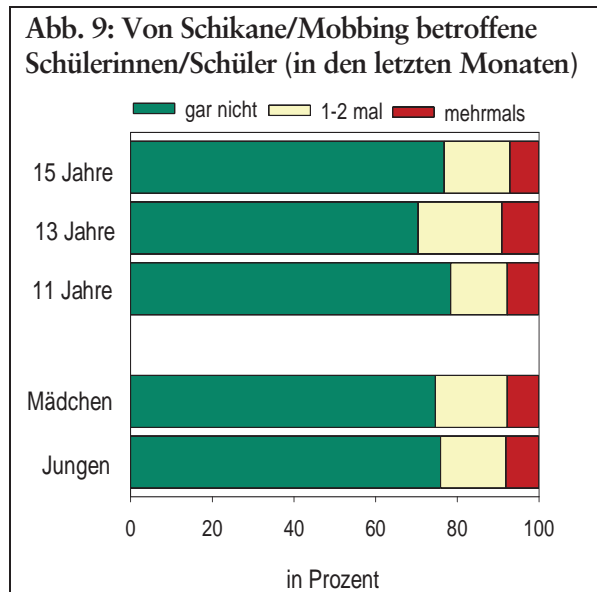
Psychosomatische Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Bauch- und Kopfschmerzen, Alpträume, Schlaflosigkeit und Ängste können auch die Folgen von Mobbing und Schikanieren sein. Mobbing kann bei den Opfern zu sozialer Isolation führen.

In der HBSC-Befragung wurde erfasst, wie häufig die Schülerinnen und Schüler in den letzten Monaten von Mitschülerinnen und Mitschülern schikaniert/gemobbt wurden.

Acht Prozent der Schülerinnen bzw. Schüler berichten, mehrmals (mind. 2-3 Mal pro Monat) in den letzten Monaten vor der Befragung schikaniert bzw. gemobbt worden zu sein.

Größere Geschlechterunterschiede sind nicht feststellbar (vgl. Abb. 9).

Abb. 9: Von Schikane/Mobbing betroffene Schülerinnen/Schüler (in den letzten Monaten)



© Rainer Sturm / www.pixelio.de

6. Lebenszufriedenheit und Gesundheitszustand

Lebenszufriedenheit und der subjektive Gesundheitszustand sind zwei Messgrößen, die relativ gut erfragt werden können. Sie stehen in enger Beziehung zueinander. Die Lebenszufriedenheit beeinflusst die subjektiv wahrgenommene Gesundheit und Gesundheit wiederum beeinflusst die Lebenszufriedenheit.

Lebenszufriedenheit

Lebenszufriedenheit ist die subjektive Einschätzung der Lebenslage einer Person. Sie bezieht sich immer auf einen längeren Zeitraum und gilt als umfassendes Maß für die Beurteilung des Lebens. Damit lassen sich auch Rückschlüsse auf die Bewertung der Gesundheit ziehen.

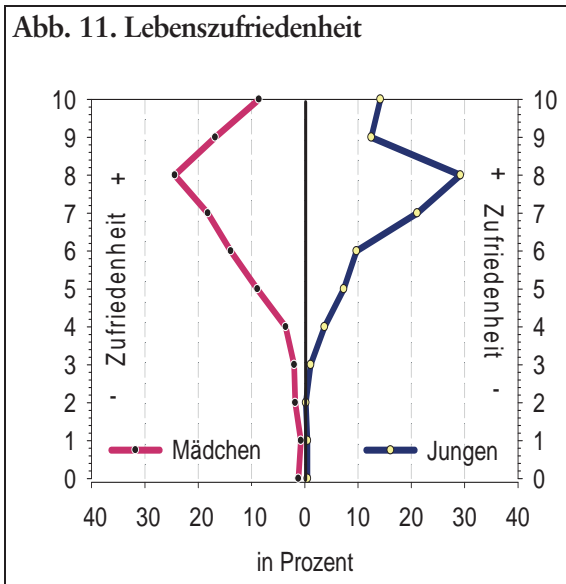
Bezogen auf Kinder und Jugendliche wird somit ein Bild darüber vermittelt, wie diese ihr Leben bewerten. Dabei spielt das Eingebundensein in Familie, Freundeskreise und die Schule eine große Rolle.

Die Kinder und Jugendlichen wurden befragt: „Hier siehst du das Bild einer Leiter. Das obere Ende der Leiter (10) steht für das denkbar beste Leben und das untere Ende der Leiter (0) steht für das schlechteste denkbare Leben. Allgemein, auf welcher der Sprossen befindest du dich zurzeit? Bitte kreuze das Kästchen an, das dein derzeitiges Leben am besten darstellt“ (vgl. Abb. 10).

Abb. 10: Erfassung Lebenszufriedenheit

10	<input type="checkbox"/>	10	Das beste denkbare Leben.
9	<input type="checkbox"/>	9	
8	<input type="checkbox"/>	8	
7	<input type="checkbox"/>	7	
6	<input type="checkbox"/>	6	
5	<input type="checkbox"/>	5	
4	<input type="checkbox"/>	4	
3	<input type="checkbox"/>	3	
2	<input type="checkbox"/>	2	
1	<input type="checkbox"/>	1	
0	<input type="checkbox"/>	0	Das schlechteste denkbare Leben.

87 Prozent der befragten Jungen und 82 Prozent der Mädchen stufen ihre Lebenszufriedenheit positiv ein (Stufen 6 bis 10 der Leiter). Das Beste aller denkbaren Leben (Stufe 10 der Leiter) erleben 14 Prozent der Jungen und 9 Prozent der Mädchen (vgl. Abb. 11).



Mit zunehmendem Alter wird die Lebenszufriedenheit schlechter beurteilt. Während sich bei den 11-Jährigen noch 41 Prozent auf der Leiter mit neun oder 10 Punkten einstufen, sind es bei den 15-Jährigen nur noch 17 Prozent.

Die Lebenszufriedenheit korreliert deutlich mit dem körperlichen Selbstbild.

Die Kinder und Jugendlichen, die sich zu dick oder viel zu dick empfinden, zeigen gegenüber denjenigen, die meinen, sie haben genau das richtige Gewicht, eine deutlich geringere Lebenszufriedenheit (17 Prozent vs. 32 Prozent auf den Stufen 9 und 10 der Leiter). Dieser Zusammenhang zeigt die enge Verknüpfung zwischen dem Selbstwertgefühl und der subjektiv empfundenen Lebenszufriedenheit.

Es gibt auch einen Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und der Einschätzung der finanziellen Lage der Eltern. Sind die Eltern finanziell besser gestellt, äußern die Kinder und Jugendlichen eine höhere Lebenszufriedenheit als die Kinder und Jugendlichen mit Eltern, die über vergleichsweise weniger Geld verfügen.

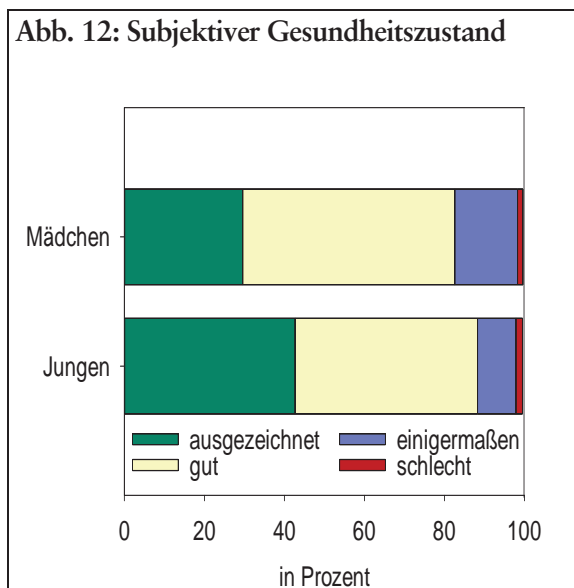
Subjektive Gesundheit

Die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes ist, wie nationale und auch internationale Studien belegen, eine durchaus zuverlässige Näherung für den tatsächlichen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen.

Der mittels medizinischer Diagnostik erfasste Gesundheitszustand sagt vielfach wenig darüber aus, ob die Person sich in ihrer Gesundheit beeinträchtigt oder krank fühlt. Die erfragte subjektive Gesundheit gibt genau darüber Auskunft.

„Sie [die subjektive Gesundheit] umfasst körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des persönlichen Wohlbefindens und der eigenen Funktionstüchtigkeit [...]“ und bestimmt damit die gesundheitsbezogene Lebensqualität (vgl. RKI 2008b: S. 11).

Die überwiegende Mehrheit der befragten Kinder und Jugendlichen stuft ihren Gesundheitszustand (Jungen 88 Prozent – Mädchen 83 Prozent) eher positiv ein (vgl. Abb. 12).



Bei den Jungen ist der Anteil, die ihren Gesundheitszustand als nur „einigermaßen“ oder „schlecht“ bezeichnen, mit zwölf Prozent kleiner als der der Mädchen (17 Prozent).

Mit zunehmendem Alter wird die Sicht auf die eigene Gesundheit kritischer. Ca. 44 Pro-

zent der 11-Jährigen stufen ihre Gesundheit als ausgezeichnet ein – bei den 15-Jährigen sind dies nur noch etwa 32 Prozent.

Im Vergleich der **Schulformen** in Bezug auf Gesundheit schneiden die Gymnasien besser ab als Haupt- und Realschulen. 89 Prozent der Schülerinnen und Schüler aus den Gymnasien und nur 78 Prozent der Haupt- und Realschülerinnen und -schüler bewerten ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ oder „gut“.

Wie ist der Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Familienform?

Der Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch-Institutes (KiGGS) zeigt: Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren bewerten ihre Gesundheit vergleichsweise schlechter, wenn sie bei einem alleinerziehenden Elternteil groß wurden (Seyda et al. 2009). Die Hamburger HBSC-Daten zeigen diesbezüglich keine größeren Unterschiede: 87 Prozent der in Kernfamilien lebenden Befragten stufen ihren subjektiven Gesundheitszustand gut bis ausgezeichnet ein – in den Familien mit alleinerziehendem Elternteil beträgt der Anteil 84 Prozent.

Alleinerziehende sind vermutlich nicht nur eher durch finanzielle Probleme, sondern möglicherweise auch durch Zukunftsängste stärker belastet als Eltern (Kernfamilien). Zudem sind sie durch die erzieherischen Aufgaben stärker beansprucht.

Ebenso wie bei der Lebenszufriedenheit beeinflusst die **finanzielle Situation** der Eltern die subjektive Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Drei Viertel der Kinder und Jugendlichen, die ihren subjektiven Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ bezeichnen, stufen gleichzeitig die finanzielle Ausstattung ihrer Eltern als „gut“ oder „sehr gut“ ein.

Im Umkehrschluss wird die finanzielle Situation der Eltern von nur jedem vierten Befragten mit einem ausgezeichneten subjektiven Gesundheitszustand als „eher durchschnittlich“ bis „überhaupt nicht gut“ eingestuft.

Die Einordnung des subjektiven Gesundheitszustandes in Verknüpfung mit Migrationshintergrund wird im Kapitel 9 beschrieben.

7. Körperliche und psychische Gesundheit

Die Kindheit und die Jugend sind gemeinhin die Lebensabschnitte mit den wenigsten gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten. Gleichwohl gibt es Kinder und Jugendliche, die bereits unter körperlichen oder psychischen Gesundheitsproblemen leiden.

Die mit gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten verbundenen Leiden und Einschränkungen werden gerade von Kindern und Jugendlichen vielfach als starke Belastung empfunden, weil sie in dieser Lebensphase eigentlich ihre ganze Kraft benötigen, um die an sie gestellten Ansprüche und Erwartungen angemessen bewältigen zu können.

Die vorliegenden Selbsteinschätzungen zur körperlichen und psychischen Gesundheit gelten als recht zuverlässige Näherung für den tatsächlichen, medizinisch-diagnostischen Gesundheitszustand (vgl. RKI 2008b: S. 11).

Mit Angaben zu Schmerzen, chronischen Erkrankungen, Befindlichkeitsstörungen, psychischen Auffälligkeiten sowie Unfällen und Verletzungsfolgen lassen sich die für das Kinder- und Jugendalter wichtigen Gesundheitsprobleme auf der Grundlage der HBSC-Befragung darstellen.

Schmerzen

Schmerzen sind ein untrügliches Zeichen, dass im Körper irgendetwas nicht in „richtigen Bahnen“ verläuft. Nicht nur Erwachsene sondern auch Kinder und Jugendliche, können erheblich unter Schmerzen leiden.

Schmerzgefühle können sich kurzzeitig bemerkbar machen oder sich über einen längeren Zeitraum hinweg zeigen. Schmerzen können Symptom einer Krankheit sein, sie können auch als Reaktion auf psychische Belastungen auftreten.

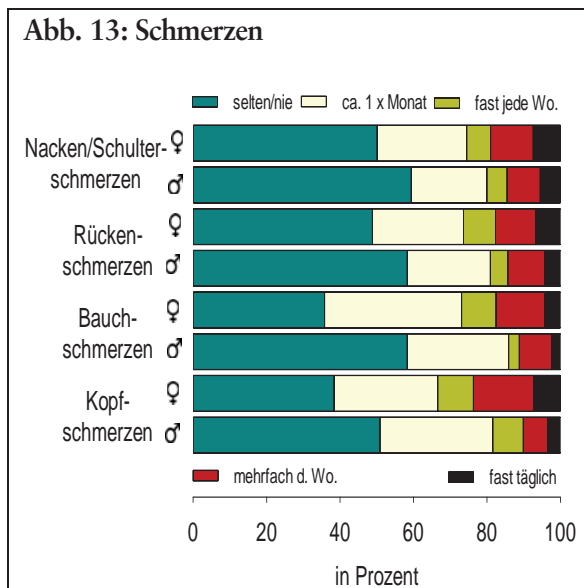
Die zu Grunde liegende HBSC-Befragung zeigt, dass zwischen etwa drei und sieben Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen angeben – je nach Schmerzlokalisierung (Kopf-, Bauch-, Rücken-, Nacken bzw. Schulter-schmerzen) – nahezu jeden Tag von Schmerzen geplagt zu sein.

Nur etwa die Hälfte aller befragten Kinder und Jugendlichen leiden selten oder gar nicht unter Schmerzen.

Kopf- und Bauchschmerzen werden am häufigsten genannt. Diese beiden Schmerzformen gelten auch als so genannte Befindlichkeitsstörungen (siehe Folgeabschnitt), für die Stress und gestörtes Wohlbefinden Auslöser sein können.

Mädchen sind von allen erfragten Schmerzlokalisationen stärker betroffen als Jungen (vgl. Abb. 13).

Abb. 13: Schmerzen



Mit Ausnahme von Bauchschmerzen ist der Anteil von Schmerzen betroffener 11-jähriger Kinder geringer als bei den älteren Jugendlichen.

Eine deutliche Zunahme nach Alter gibt es bei den Rückenschmerzen. Nahezu jede/r zehnte 15-Jährige berichtet, sie/er sei fast täglich oder auch mehrmals pro Woche von Rückenschmerzen geplagt.

Chronische, länger anhaltende Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sind bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen, insbesondere älteren Menschen, glücklicherweise eher selten. Wenn sie jedoch auftreten, haben sie für die betroffenen Kinder und Jugendlichen oft einschneidende Folgen. Chronische Erkrankungen können sich in Konzentrationsschwierigkeiten, Schulfehlzei-

ten, weniger Alltags- und Freizeitaktivitäten und Sozialkontakten äußern.

Die privaten, schulischen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklungen werden somit von chronischen Erkrankungen nachhaltig bestimmt. Zudem sind chronische Erkrankungen vielfach mit psychosozialen Belastungen und den entsprechenden Folgen verbunden.

Jede/r fünfte Befragte gibt an, von einer chronischen oder länger anhaltenden Erkrankung betroffen zu sein. Allergien werden am häufigsten genannt.

Rückschlüsse auf die Schwere der Krankheit lassen sich nicht ziehen. Allerdings wirkt sich bei jeder/m fünften Befragten, die/der bei der Befragung angaben, unter einer chronischen oder länger anhaltenden Erkrankung zu leiden, diese negativ auf die regelmäßige Unterrichtsteilnahme und Unterrichtsbeteiligung aus.

Mit Abstand am häufigsten werden Allergien, gefolgt von Befindlichkeitsstörungen (siehe auch Ausführungen im Folgeabschnitt) und Migräne, genannt.

Im Altersvergleich lassen sich Unterschiede feststellen. Mit zunehmendem Alter werden chronische Erkrankungen weitaus häufiger berichtet. Bei den 11-jährigen Kindern sind gemäß Befragung „nur“ 15 Prozent betroffen, bei den 15-Jährigen hingegen berichtet jede/r vierte Jugendliche von mindestens einer chronischen oder länger andauernden Erkrankung⁷ betroffen zu sein.

Nahezu jede/r zweite (48 Prozent) der von chronischen Krankheiten betroffenen Befragten nimmt Medikamente. Bezogen auf alle Befragten ist dies nahezu jeder Zehnte.

Befindlichkeitsstörungen

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird wesentlich durch das Schulklima, das Leben in der Familie und im Freundeskreis beeinflusst. Sofern die Lebenswelten und Lebenslagen als problembelastet empfunden

werden, kann dies zu Befindlichkeitsstörungen führen.

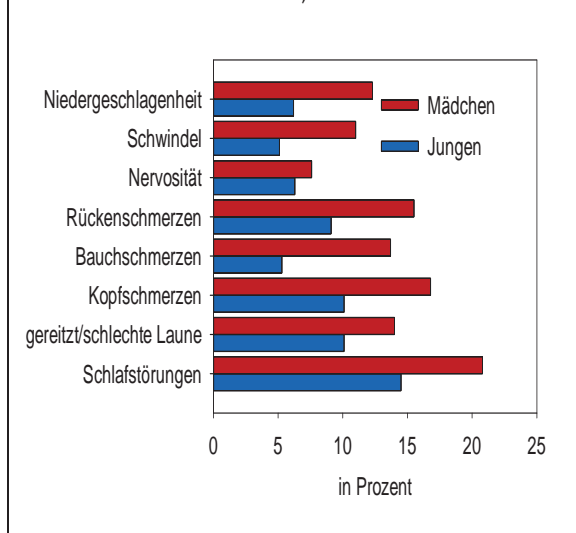
Befindlichkeitsstörungen sind überwiegend unspezifische Beschwerden ohne einen direkten krankhaften Befund. Die Spannbreite reicht von genau lokalisierbaren Symptomen (z. B. Herz-, Hals- oder Kopfschmerzen) bis hin zu eher vagen und diffusen Empfindungen (z. B. Niedergeschlagenheit, Nervosität und Schlafproblemen).

Befindlichkeitsstörungen können auf ein erhöhtes Stressniveau sowie mangelnde Bewältigungsressourcen und -strategien hindeuten. Die Übergänge von Befindlichkeitsstörungen zu psychischen Auffälligkeiten (vgl. Folgeabschnitt) sind teilweise fließend. Auf der anderen Seite sind einige Symptome auch Teil der „normalen“ Entwicklungen in der Pubertät und nicht per se sofort gleichzusetzen mit problematischen krankmachenden Beschwerden.

Krisen, Leid, psychische und psychosomatische Symptome gehören zum Leben. Sie sind nicht immer zum Gegenstand von Therapeutik zu machen (vgl. Branik 2011).

Von einzelnen Befindlichkeitsstörungen sind täglich oder mehrmals die Woche zwischen fünf und 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen betroffen. Neben Schlafproblemen, die am häufigsten angegeben werden, haben Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen eine hohe Bedeutung (vgl. Abb. 14).

Abb. 14: Befindlichkeitsstörungen (täglich oder mehrmals in der Woche)

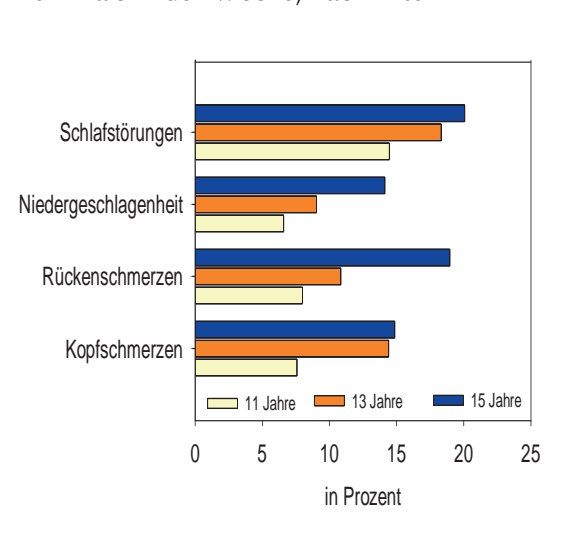


⁷ Inklusive Allergien, die den größten Anteil ausmachen.

Aus der Befragung wird auch deutlich: Mädchen sind ihrer Selbstwahrnehmung nach deutlich häufiger von unterschiedlichen Befindlichkeitsstörungen betroffen als Jungen.

Für die Mehrzahl der Befindlichkeitsstörungen zeigt sich eine deutliche Zunahme nach Alter. 11-Jährige sind weniger von Schmerzen, Niedergeschlagenheit und Schlafstörungen betroffen als die 13 bis 15-Jährigen (vgl. Abb. 15).

Abb. 15: Befindlichkeitsstörungen (täglich oder mehrmals in der Woche) nach Alter



Jugendliche (ab 13 Jahren) und Mädchen sind häufiger Befindlichkeitsstörungen ausgesetzt, Schlafprobleme bzw. -störungen werden besonders oft angegeben.

Neben der Einzelbetrachtung der Befindlichkeitsstörungen gibt es die Möglichkeit, über einen Index in Form einer Art Gesamtschau mehrere dieser Problemzugänge gemeinsam zu betrachten (vgl. auch Ravens-Sieberer et al. 2008: S. 12).

Hierbei handelt es sich um einen zusammenfassenden Problemwert. Kinder und Jugendliche werden einer Gruppe mit wiederholten Befindlichkeitsstörungen zugeordnet, sofern sie angaben, unter mehr als zwei der acht Befindlichkeitsstörungen (vgl. Abb. 15) mehrmals pro Woche oder fast täglich zu leiden⁸. Gemäß dieser Einstufung ist nahezu jede/r fünfte Befragte mehreren Befindlichkeitsstö-

⁸ Die genauere Beschreibung findet sich im Anhang auf Seite 56.

rungen wiederholt ausgesetzt. Mädchen sind deutlich häufiger betroffen als Jungen (27 Prozent vs. 15 Prozent).

Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit ist eine gute Voraussetzung, um die eigenen Lebenspotenziale zu entwickeln und gleichzeitig die vielfältigen Anforderungen einer komplexen Welt zu meistern. Gerade für Kinder und Jugendliche ist die psychische Stabilität eine wichtige Grundlage, um die von der Gesellschaft geforderten Entwicklungsschritte mit den in dieser Lebensphase prägenden Übergangsprozessen zum Erwachsenwerden in Einklang zu bringen.

Kinder und Jugendliche sind auch in der heutigen Zeit verschiedenen Belastungssituationen ausgesetzt. Zukunftsängste, Leistungsdruck, Meldungen über Arbeitslosigkeit, Scheidungen der Eltern sind nur einige Stichworte, die in der gedanklichen Verarbeitung zu erheblichen psychosozialen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen führen können. Äußern können sich die Belastungen einerseits in Befindlichkeitsstörungen (vgl. auch vorhergehenden Abschnitt). Andererseits besteht auch die Gefahr, dass die Belastungen so intensiv empfunden werden, dass sie sich in einer psychischen Störung manifestieren.

Die Erfassung der psychischen Gesundheit auf der Grundlage von Befragungsdaten kann die berichteten Beschwerdesymptome und Zustandsbeschreibungen nicht hinsichtlich ihrer tatsächlichen Gesundheits- bzw. Krankheitsrelevanz einstufen. Die Einstufung kann nicht im Sinne von manifesten psychischen Störungen – die notwendigerweise eine medizinische Diagnostik voraussetzen – erfolgen, sondern ist allenfalls als Hinweis oder Verdacht auf psychische Störungen zu werten.

In der HBSC-Befragung wurden u. a. die Problembereiche „emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ (sogenannte Peerprobleme) erfasst. Diese Bereiche aus dem „Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)“ lassen sich zu einem Gesamtindex verdichten⁹, der als so definierter SDQ-

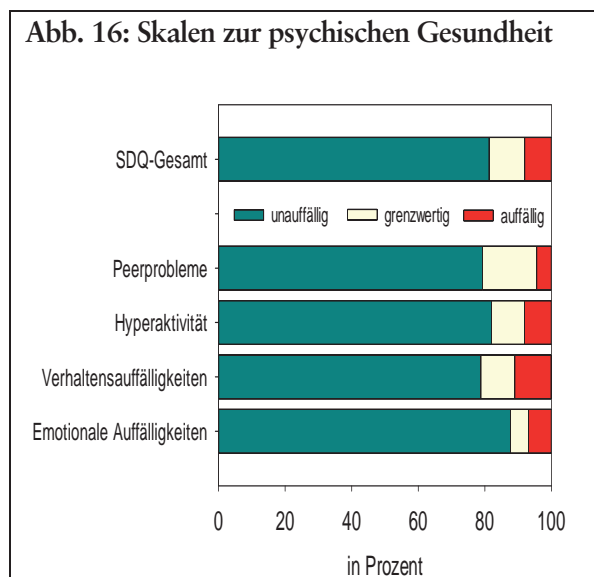
⁹ Die genauere Beschreibung findet sich im Anhang auf Seite 56.

Gesamtproblemwert Aussagen zur Verbreitung psychischer Auffälligkeiten zulässt.

Jeder der o. g. einzelnen Problembereiche wird durch fünf Items erfasst. Die Zuordnung wird wie folgt vorgenommen: Emotionale Probleme werden über Ängste und depressive Störungen erfasst. Egoistisches und aggressives Sozialverhalten bestimmen den Bereich der „Verhaltensauffälligkeiten“. Hyperaktivität umfasst die Symptome motorischer Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefizite. Die Items „meistens für mich alleine sein“, „Besitz eines oder mehrerer guter Freunde“, „beliebt sein bei Gleichaltrigen“, „von anderen schikaniert werden“ und „besser mit Erwachsenen als mit Gleichaltrigen auszukommen“ bestimmen in ihren Ausprägungen den Bereich der Probleme mit Gleichaltrigen (Peerprobleme).

Auf der Grundlage der jeweiligen Punkteverteilungen werden Grenzwerte verwendet, die eine Einstufung in die drei Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ zulassen (vgl. auch Ravens-Sieberer et al. 2008: S. 12). Vor dem Hintergrund, dass eine genaue Abgrenzung zwischen den Kategorien „grenzwertig“ und „auffällig“ schwer fällt – dies zeigt eine englische Normierungsstudie – werden diese beiden Kategorien zusammen genommen im Sinne einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für klinisch bedeutsame Beschwerden gewertet (vgl. Bilz et al. 2010: S. 30).

Jedes/r fünfte Kind bzw. Jugendliche zeigt Auffälligkeiten, die auf eine Störung der psychischen Gesundheit hindeuten können (vgl. Abb. 16).



Peerprobleme und Verhaltensauffälligkeiten haben die größte Bedeutung und tragen damit am stärksten zum SDQ-Gesamtproblemwert bei.



¹⁰ Diese Ergebnisse decken sich mit den Werten, die in der HBSC-Studie des Jahres 2006 ermittelt wurden. Auch in dieser HBSC-Erhebung wurde etwa jedes fünfte Kind als auffällig eingestuft (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2008: S. 174).

Die Daten zeigen außerdem, dass Mädchen einen höheren SDQ-Gesamtproblemwert als Jungen (21 Prozent vs. 17 Prozent) aufweisen. Sie neigen eher zu emotionalen Problemen, während Jungen häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Dies deckt sich mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, wonach Mädchen ihre Probleme eher internalisieren und Jungen sie eher externalisieren.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, von einer psychischen Auffälligkeit betroffen zu sein.

Die 15-Jährigen haben häufiger einen höheren SDQ-Problemwert als die jüngeren, 11-Jährigen. Dieser ist insbesondere auf die häufigeren SDQ-Gesamtproblemwerte der Jugendlichen in den Bereichen Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität zurückzuführen.

Empfehlungen und Angebote

- ▶ Das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) bietet im Rahmen seines Internetauftrittes eine gute Übersicht über schulische Aufklärungs- und Präventionsangebote für Eltern und Schülerrinnen/Schüler zu den Themen chronischen Krankheiten (www.li.hamburg.de/chronische-krankheiten) und Befindlichkeitsstörungen und psychische Gesundheit (www.li.hamburg.de/seelische-gesundheit).
- ▶ Zur Unterstützung von akut und chronisch erkrankten Kindern gibt es die Möglichkeit von Haus- und Kranken-



¹⁰ Das Symbol **06** kennzeichnet die Passagen, wo ein Vergleich mit der 2006er HBSC-Befragung angestellt wird.

hausunterricht

www.shuku.hamburg.de/index.php/article/detail/170.

- ▶ Um der Stigmatisierung vorzubeugen und den Umgang mit psychisch kranken zu erleichtern, gibt es das Angebot „Irre menschlich e.V.“ Infos unter www.irremenschlich.de/index.php/projekte/schulen.html.
- ▶ Die Hamburger Bezirksämter bieten Beratung und Hilfen u. a. zu seelischen Problemen und psychischen Krankheiten über die bezirklichen „Jugendpsychiatrischen Dienste“ und die bezirkliche Erziehungsberatung (siehe unter www.hamburg.de/bezirke).
- ▶ In dem von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung e. V. (HAG) herausgegebenen Ratgeber „Verletzbare Seelen“ werden zum Thema psychische Erkrankungen (auch bei Kindern und Jugendlichen), grundlegende Informationen und Anlaufstellen in Hamburg für Beratung und Hilfen vermittelt – beziehbar über www.li.hamburg.de/seelische-gesundheit.
- ▶ Das „Hamburger Netz psychische Gesundheit – psychenet“ setzt sich die Ziele, über geeignete Aufklärungsaktivitäten dazu beizutragen, dass Betroffene offen mit ihren Schwierigkeiten umgehen können und die Prävention und Therapie von psychischen Erkrankungen in der Region entscheidend verbessert wird – siehe Internet-Link www.psychenet.de.

Unfälle und Verletzungen

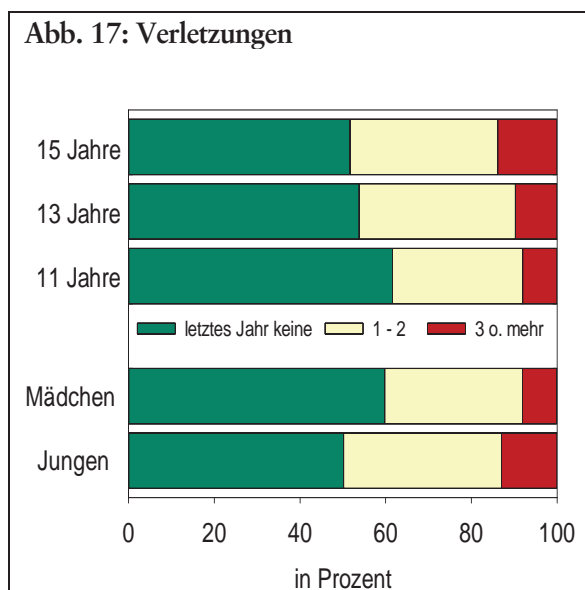
Verletzungen als Folge von Unfällen sind ein dringliches Gesundheitsproblem – die Mehrzahl der Unfälle und auch der damit verbundenen Verletzungen sind durch präventive Maßnahmen vermeidbar.

Zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland soll die Gesamtzahl der Kinderunfälle ab dem Bezugsjahr 2007 bis zum Jahr 2012 um 20 Prozent gesenkt werden (vgl. BAG 2007). Um dieses Ziel zu verwirklichen, sind Informationen zur Verbreitung von Unfällen, zu Unfallorten, zu Unfallursachen sowie zu Unfallfolgen notwendig. Genau diese Angaben liefert u. a. die HBSC-Studie.

In der Studie gefragt wurde u. a.: „Während der letzten zwölf Monate, wie häufig hast du dich verletzt und musstest deswegen von einem Arzt oder einem Sanitäter behandelt werden?“

13 Prozent der Jungen und acht Prozent der Mädchen erlitten im Jahr vor der Befragung drei oder mehr Verletzungen. Je älter die Befragten, desto häufiger waren sie von Verletzungen betroffen (vgl. Abb. 17).

Abb. 17: Verletzungen



Bei den 13 und den 15-jährigen Jugendlichen war nahezu jede/r zweite Befragte mindestens einmal im letzten Jahr vor der Befragung von einer behandlungsbedürftigen Verletzung betroffen.

Jungen sind häufiger von Verletzungen betroffen als Mädchen. Mit zunehmendem Alter steigt die Verletzungsgefahr.

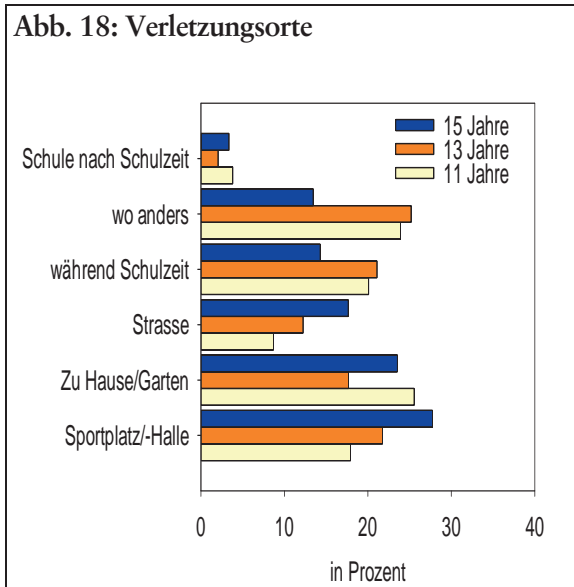


Im Vergleich zur HBSC-Erhebung 2006 ist ein leichter Rückgang der Verletzungshäufigkeiten insgesamt festzustellen. Drei oder mehr Verletzungen bezogen auf das letzte Jahr vor der Befragung treten jedoch leicht häufiger auf.

Die Ergebnisse der vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten KiGGS-Studie belegen: Bei den Unfallorten dominiert der Sport- und Freizeitbereich (vgl. Kahl et al. 2007: S. 721). Dieses Erkenntnis wird durch die vorliegenden Ham-

burger HBSC-Studienergebnisse des Jahres 2010 bestätigt (vgl. Abb. 18).

Abb. 18: Verletzungsorte

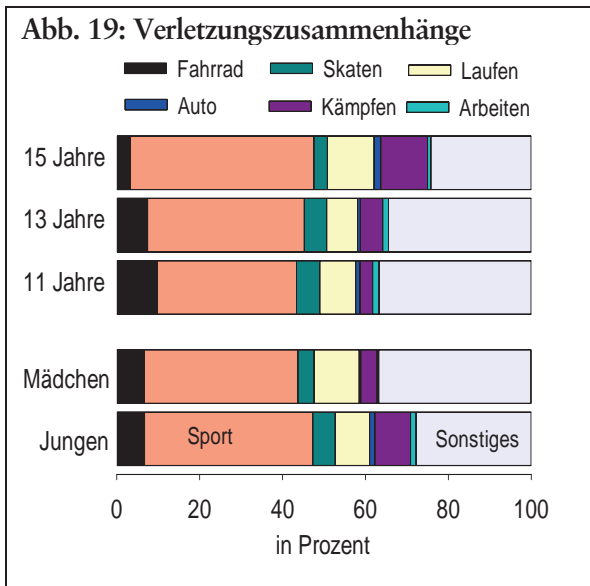


Für die gezielte Prävention von Unfällen und auch Verletzungen sind verlässliche Angaben zu den jeweiligen Unfallursachen und den einzelnen Verletzungsarten wichtig.

Die meisten unfallbedingten Verletzungen ereignen sich beim Sport.

Je älter die Befragten der Studie, desto häufiger sind sie von Sportunfällen und auch Verletzungen als Folge von körperlichen Auseinandersetzungen („Kämpfen“) betroffen (vgl. Abb. 19).

Abb. 19: Verletzungszusammenhänge

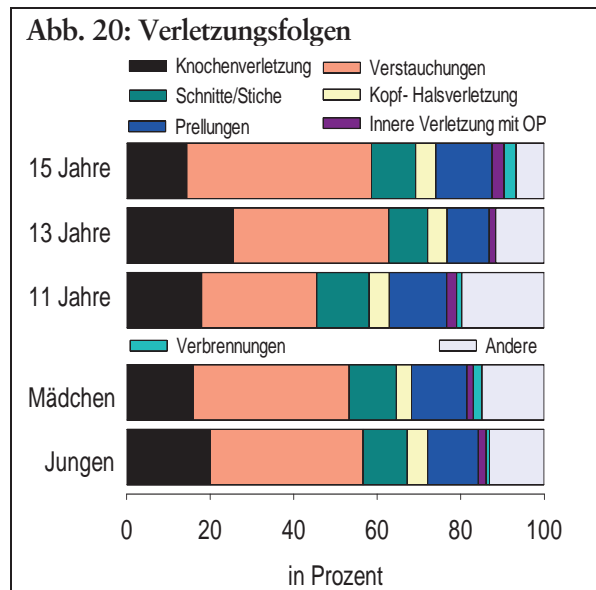


13 und 15-Jährige sind dagegen weniger von Verletzungen durch Fahrradunfälle betroffen.

Die Kinder und Jugendlichen wurden auch nach den hauptsächlichlichen Folgen (körperlichen Schäden) der schwersten Verletzung befragt. Bei den meisten Verletzungen handelt es sich um Verstauchungen. Diese Verletzungsart kommt bei den 13 bis 15-Jährigen deutlich häufiger vor als bei den 11-jährigen Kindern.

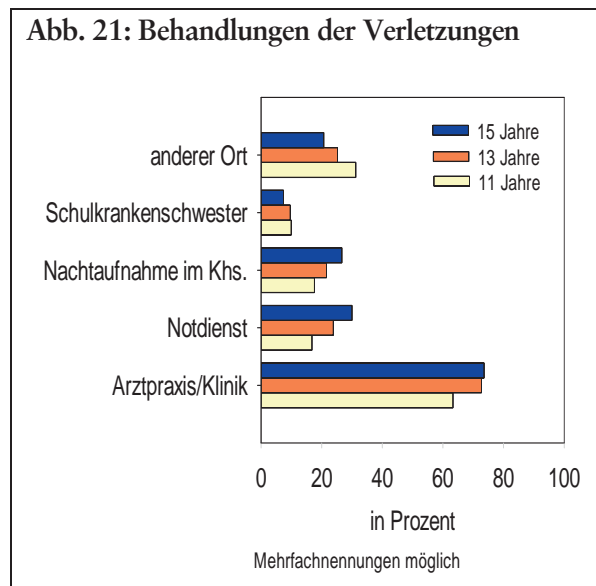
Die zweithäufigste Art der Verletzung sind Knochenbrüche, Knochenverrenkungen oder ausgekugelte Gelenke (vgl. Abb. 20).

Abb. 20: Verletzungsfolgen



Mit zunehmendem Alter nimmt der Schweregrad zu. Dies zeigt sich an Behandlungen in Arztpraxen, Notdiensten und an den Nachtaufnahmen in Krankenhäusern (vgl. Abb. 21).

Abb. 21: Behandlungen der Verletzungen



Empfehlungen zur Unfallprävention

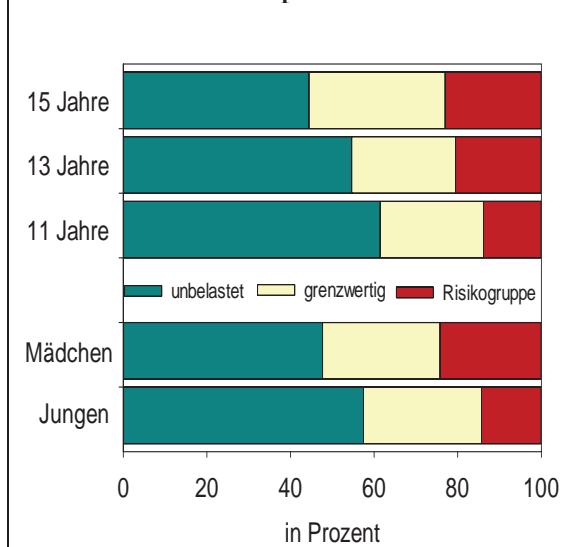
- ▶ Der Schwerpunkt sollte noch stärker auf die Verhütung von Sport und Freizeitunfällen gelegt werden.
- ▶ Kinder und Jugendliche werden über geeignete Schutzmaßnahmen beim Fahrradfahren, Skaten (z. B. Protektoren, Knieschutz) und bei der Ausübung weiterer Sportarten aufgeklärt und informiert. Siehe auch www.bildungsserver.hamburg.de/projekte-und-unterrichtsvorhaben.
- ▶ Bezogen auf die Verhütung von Verletzungen beim Fahrradfahren sollte die Helmpflicht bei Kindern und Jugendlichen erwogen werden.
- ▶ Für Jugendliche werden Möglichkeiten zur Konfliktvermeidung und Anti-Aggressionsschulungen angeboten. Hierzu könnten u. a. Peers als Schlichter eingesetzt werden. Siehe auch www.li.hamburg.de/streitschlichtung/.
- ▶ Die Aufklärung über Unfallgefahren sollte noch stärker als bisher auch geschlechtersensitiv erfolgen.

Gesundheit umfassend betrachtet

Ob und inwieweit Kinder und Jugendliche nicht nur von einem Gesundheitsproblem sondern von mehreren betroffen sind, lässt sich über einen von Ravens-Sieberer et al. entwickelten, leicht modifizierten Gesundheitsproblemwert überprüfen¹¹. Dieser Index schließt die gesundheitliche Selbsteinschätzung, sich regelmäßig wiederholende Befindlichkeitsstörungen, chronische Erkrankungen oder Behinderungen und einen grenzwertigen oder auffälligen SDQ-Gesamtproblemwertes ein¹². Hierüber lässt sich eine Risikogruppe identifizieren. Dieser Risikogruppe werden diejenigen Kinder und Jugendlichen zugeordnet, dieangaben, von zwei oder mehr der o. g. Problembereichen betroffen zu sein.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Mädchen mit deutlich höherem Anteil in der Risikogruppe vertreten sind. Zudem steigt der jeweilige Anteil der Risikogruppe mit dem Alter an (vgl. Abb. 22).

Abb. 22: Gesundheitsproblem-Index



© Günter Havlena / www.pixelio.de

¹¹vgl. Ravens-Sieberer et al. 2008: S.14.

¹² Die genauere Beschreibung findet sich im Anhang auf Seite 56.

8. Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken

Ernährung

Eine bedarfsgerechte Ernährung ist für eine optimale kindliche Entwicklung eine wichtige Voraussetzung. Ernähren sich Kinder und Jugendliche nicht ausgewogen, kann dies zu Krankheiten wie bspw. Fettleibigkeit (Adipositas), Störungen des Fettstoffwechsels, etc. führen.

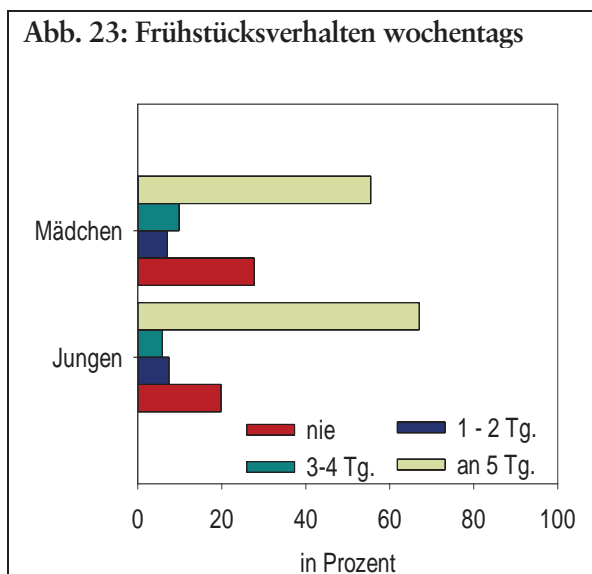
Das auf Kinder ausgerichtete Lebensmittelangebot, das Spektrum an nährstoffangereicherten Produkten, Convenienceprodukten und Fast-Food hat sich erheblich erweitert. Dies führt zu Veränderungen des Lebensmittelkonsums und der Mahlzeitengewohnheiten (vgl. Mensink et al. 2007).

Frühstücksverhalten

Das Frühstück gilt als wichtige Mahlzeit am Tag. Verschiedene Studien geben Hinweise darauf, dass ein Frühstück die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit positiv beeinflusst. Frühstücken die Kinder und Jugendlichen nicht, sind sie in der Schule häufiger unkonzentriert und weniger aufnahmefähig.

In der HBSC-Studie wurde u. a. nach täglichem Frühstücksverhalten gefragt. Mehr Mädchen als Jungen geben an, wochentags nie zu frühstücken (28 Prozent vs. 20 Prozent). Analog dazu ist der Anteil der Mädchen, die an allen fünf Wochentagen frühstücken, mit 56 Prozent geringer als bei den Jungen (67 Prozent) (vgl. Abb. 23).

Abb. 23: Frühstücksverhalten wochentags



Je älter die Befragten sind, desto seltener frühstücken sie in der Woche. Sind es bei den 11-Jährigen noch 84 Prozent, die wochentags frühstücken, so sind es bei den befragten 15-Jährigen nur noch etwa zwei Drittel.

Jede/r dritte befragte 15-Jährige frühstückt an Schultagen überhaupt nicht.



Gegenüber der HBSC-Befragung 2006 hat sich das Frühstückverhalten verschlechtert. 2006 gab noch jede/r vierte Befragte an, gar nicht an Schultagen zu frühstücken, 2010 war es jeder Dritte.

Die Altersunterschiede zeigen sich auch bei der Frage, ob Frühstück zusammen mit den Eltern eingenommen wird.

41 Prozent der 11-Jährigen frühstücken demnach jeden Wochentag mit ihren Eltern, bei den 15-Jährigen sind es nur noch 16 Prozent.

Ernährungsempfehlungen und Ernährungsgewohnheiten

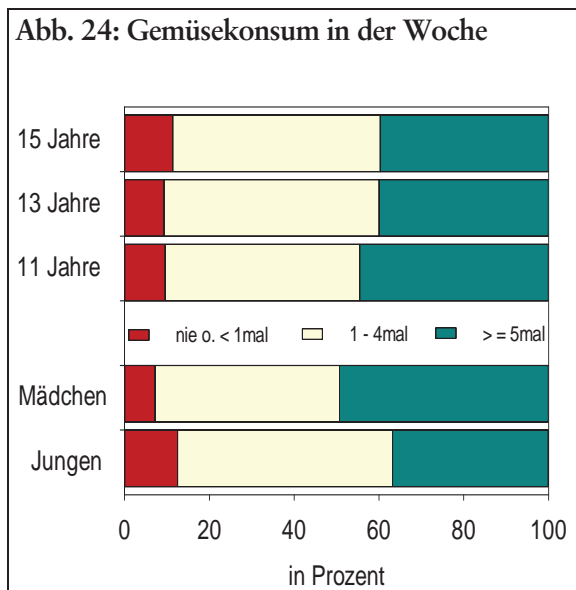
Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt eine vollwertige Ernährung. Den Schwerpunkt bilden Getreideprodukte, Kartoffeln, Hülsenfrüchte, Gemüse und Obst mit regelmäßigen Mahlzeiten, für die sich die Beteiligten auch ausreichend Zeit nehmen (vgl. www.DGE.de).

Obst und Gemüse sind wichtige Komponenten für eine gesundheitsfördernde Ernährung und bieten u. a. Schutz vor Herz-Kreislauf- und einer Reihe von Krebserkrankungen.

Mehrmals Obst in der Woche (d. h. fünf Mal oder öfter) verzehren 57 Prozent der Mädchen und 45 Prozent der Jungen. Nie oder weniger als einmal Obst pro Woche essen mehr Jungen (neun Prozent) als Mädchen (sechs Prozent). Mit steigendem Alter nimmt der Obstkonsum bei Jungen ab.

15 Prozent der 15-Jährigen essen kein oder weniger als ein Mal die Woche Obst. Für Gemüse zeigt sich ein ähnliches Muster. Mädchen verzehren vergleichsweise mehr Gemüse als Jungen und mit zunehmendem Alter nimmt der Gemüsekonsum ab (vgl. Abb. 24).

Abb. 24: Gemüsekonsum in der Woche



Ein ungünstigeres Ernährungsverhalten Kinder und Jugendlicher wird vielfach mit dem Konsum von Fast-Food-Gerichten in Verbindung gebracht.

Die meisten Fast-Food-Gerichte enthalten eine Menge Kalorien und Fett sowie wenig wertvolle Nährstoffe und Vitamine. Sie besitzen häufig eine hohe Energiedichte bei gleichzeitig geringer Nährstoffdichte.

Fast-Food, das „schnelle Essen“, ist bei Kindern und Jugendlichen beliebt. Die Angebotspalette erstreckt sich dabei vom Döner über Pommes frites, Bratwürste, Hamburger bis zur Pizza. Auch Softdrinks, zuckerhaltige Erfrischungsgetränke wie Cola, Limonade oder auch Milchshakes werden zu Fast-Food gerechnet.

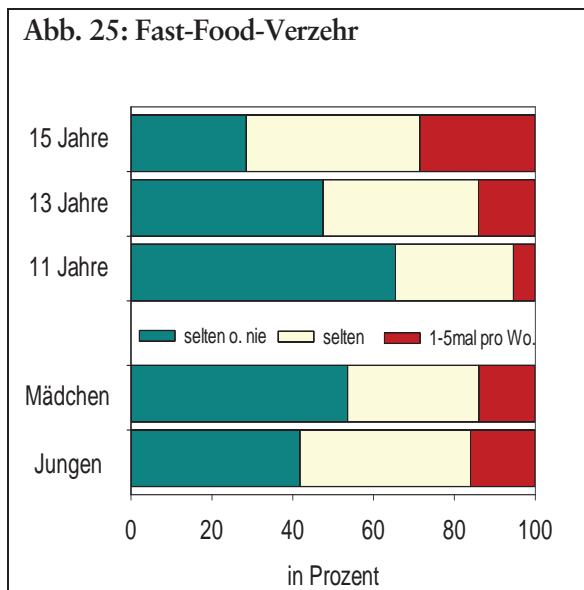
Aus der HBSC-Befragung wird deutlich, dass nur jede/r zehnte Befragte der 11 bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen überhaupt kein Fast-Food isst.

Die Befragungsergebnisse zeigen aber auch, dass Jungen häufiger Fast-Food-Gerichte verzehren als Mädchen.

Größere Unterschiede zeigen sich auch im Altersvergleich.

Die 15-Jährigen konsumieren deutlich häufiger (ein bis fünf Mal die Woche) Fast-Food-Produkte als die 11-Jährigen (29 Prozent vs. fünf Prozent) (vgl. Abb. 25).

Abb. 25: Fast-Food-Verzehr



Hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen stellt sich auch die Frage, welche Einflussmöglichkeiten die Eltern auf eine ausgewogene Ernährung ihrer Kinder haben.

Aufschlüsse hierüber lassen sich über Fragen, inwieweit die Eltern es ihren Kindern erlauben, zuckerhaltige Getränke wie Cola¹³, Süßigkeiten und Chips zu sich zu nehmen, ermitteln. Zwischen 40 und 60 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen haben demgemäß einen einfachen Zugang zu diesen als eher ungesund eingestuften Lebensmitteln.

Zwischen den Geschlechtern gibt es dabei keine größeren Unterschiede, im Altersvergleich jedoch schon. Je älter die Befragten, desto weniger Einflussmöglichkeiten seitens der Eltern gibt es. Mehr als drei Viertel der 15-Jährigen können ohne elterliche Einschränkungen Softdrinks, Süßigkeiten und Chips zu sich nehmen. Bei den 11-Jährigen ist dies nur jedes dritte (bei Süßigkeiten) bis jedes vierte Kind (bei Softdrinks, Chips).

Mit zunehmendem Alter werden die Einflussmöglichkeiten der Eltern darauf, welche Lebensmittel verzehrt werden, geringer.

Ernährungsindex

Rückschlüsse auf die Ernährungsgewohnheiten bietet die nachfolgende zusammenfassende Betrachtung von Einzelaspekten:

¹³ sogenannte Softdrinks

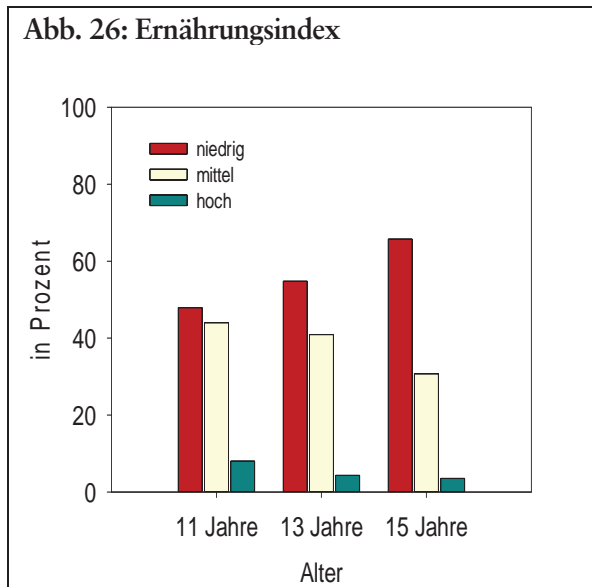
- wie oft werden welche Lebensmittel von den Befragten verzehrt?
- nehmen sie Mahlzeiten regelmäßig ein?
- wie oft besuchen sie Fast-Food-Restaurants?

Dazu gibt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) folgende Empfehlungen (vgl. DGE 2004, Ravens-Sieberer et al 2008: S. 106):

- Frühstück an allen fünf Schultagen,
- mindestens viermal am Tag Obst und Gemüse,
- mindestens zweimal am Tag Milch und Milchprodukte,
- mindestens einmal am Tag Vollkornbrot,
- mindestens einmal pro Woche Fisch,
- höchstens einmal pro Monat Besuch eines Fast-Food-Restaurants.

Über einen Ernährungsindex kann ermittelt werden, ob eine geringe, mittlere oder aber hohe idealtypische Ernährungsqualität vorliegt¹⁴. Danach ernähren sich nur etwa fünf Prozent der Befragten in der vorgeschlagenen Kombination von Lebensmitteln. Bei jedem Zweiten wird die Ernährungsqualität als niedrig eingestuft. Dieser Anteil vergrößert sich mit zunehmendem Alter. In der Gruppe der 15-Jährigen zeigen zwei Drittel der Jugendlichen eine eher niedrige Ernährungsqualität (vgl. Abb. 26).

Abb. 26: Ernährungsindex



Körperliches Selbstbild und Diätverhalten

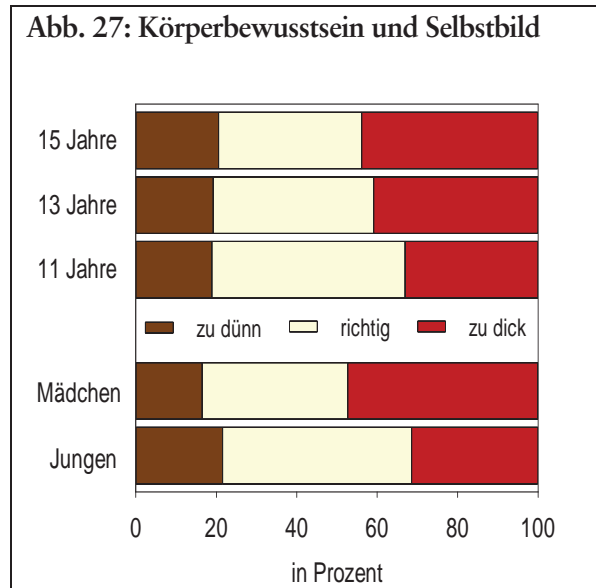
Für das körperliche Selbstbild und daraus folgende Konsequenzen liefert die Befragung

¹⁴ Die genauere Beschreibung findet sich im Anhang auf Seite 57.

auch Angaben, inwieweit die Kinder und Jugendlichen sich zum Zeitpunkt der Befragung als zu dünn oder zu dick empfanden. Dazu gehört auch, ob sie eine Diät gemacht haben oder ob sie etwas anderes getan haben, um abzunehmen.

Bei den Mädchen zeigt sich eine weitaus geringere Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht als bei den Jungen (36 Prozent vs. 47 Prozent) (vgl. Abb. 27).

Abb. 27: Körperbewusstsein und Selbstbild



Mit zunehmendem Alter steigt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht. Bei den 15-Jährigen fühlen sich immerhin 44 Prozent der Befragten ein wenig oder viel zu dick.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede diesbezüglich sind deutlich. Die 15-jährigen Mädchen zeigen eine höhere Unzufriedenheit mit ihrem eigenen Gewicht als die Jungen gleichen Alters. Während sich jedes zweite 15-jährige Mädchen als zu dick fühlt, ist es bei den 15-jährigen Jungen nur jeder dritte.

Welche Konsequenzen hat diese geäußerte Unzufriedenheit? Machen diese Kinder eine Diät, tun sie etwas gegen ihr kritisches Selbstbild? Auch zu diesen Fragen liefert die Befragung einige Antworten.

Mit „ja, ich mache eine Diät oder ich unternehme etwas um abzunehmen“ antworten 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen (13 Prozent der Jungen vs. 18 Prozent der Mädchen).



Im Jahr 2006 gaben zehn Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen an, eine Diät zu machen oder etwas zu unternehmen, um abzunehmen.

Ebenso wie beim kritischen Körperselbstbild nimmt der Anteil mit dem Alter zu (15 Prozent bei den 11-Jährigen und 18 Prozent bei den 15-Jährigen).

Bei den 15-Jährigen zeigen sich deutlich Geschlechterunterschiede. Etwa jedes vierte Mädchen, aber nur 15 Prozent der Jungen in diesem Alter machten zum Zeitpunkt der Befragung eine Diät oder unternahmen etwas um abzunehmen.

Im Geschlechts- und Altersvergleich zeigt sich: 15-jährige Mädchen fühlen sich häufig zu dick, machen oftmals eine Diät oder unternehmen sonstige Anstrengungen um abzunehmen.

Empfehlungen und Angebote für eine gesundheitsfördernde Ernährung

- ▶ Eltern sind Vorbild, um den Kindern und Jugendlichen die Bedeutung eines Frühstücks vor der Schule zu verdeutlichen. Deshalb sind Angebote wichtig, die die Ernährungskompetenzen der Eltern wie der Kinder stärken. Kinder und Jugendliche sollten vor der oder gemeinsam in der Schule frühstücken.
- ▶ Das körperliche Selbstbild hat für Heranwachsende eine große Bedeutung. Kindern und Jugendlichen ist ein positives Selbstbild zu vermitteln, damit sie – und hier sind insbesondere Mädchen betroffen – sich nicht an übersteigerten, auch medial vermittelten Schönheitsidealen orientieren.
- ▶ Bei der Entwicklung von Ernährungsstrategien sollten auch geschlechtersensitive Ansätze gewählt werden. Dabei könnten auch Ansätze gewählt werden, die den Vorlieben der Kinder und Jugendlichen entgegenkommen (bspw. „Fast-Food“ aus ernährungsphysiologisch günstigen Lebensmitteln in der Schulverpflegung).
- ▶ Je älter Kinder werden, desto stärker orientiert sich ihr Ernährungsverhalten an Gleichaltrigen, der Einfluss der El-

tern geht zurück. Schule hat daher eine wichtige Rolle in der Ernährungsbildung. Module zur Ernährungsbildung werden eingesetzt u. a. mit dem Ziel, vielseitiges, ausgewogenes Ernährungsverhalten direkt erlebbar zu gestalten.

- ▶ Kinder und Jugendliche verbringen heute einen großen Teil des Tages in der Schule. Zwei bis drei Mahlzeiten am Tag werden inzwischen in der Schule eingenommen. Der von der DGE herausgegebene „Qualitätsstandard für die Schulverpflegung“ bietet einen Orientierungsrahmen und unterstützt die Verantwortlichen für die Verpflegung in den Schulen bei der Umsetzung einer gesundheitsfördernden Mittags- und Zwischenverpflegung.
- ▶ Das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung informiert über Angebote zu Ernährungsbildung. Siehe www.li.hamburg.de/.
- ▶ Die Hamburger Vernetzungsstelle Schulverpflegung berät Schulen zu guter Schulverpflegung. Siehe www.hag-vernetzungsstelle.de/.
- ▶ Die Seite „Talking food – Jugend is(s)t aufgeklärt“ des „aid infodienstes Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e. V.“ bietet Infos und Anregungen für Kinder, Jugendliche und Lehrende. Siehe www.talkingfood.de/.



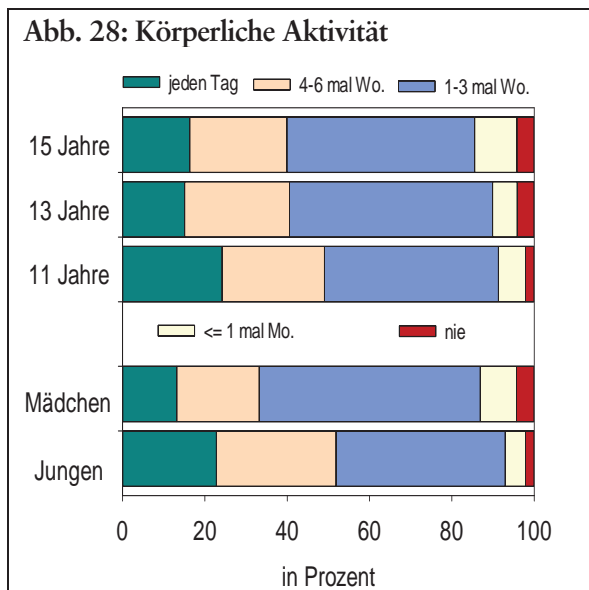
© Alexandra H. / www.pixelio.de

Bewegung

Kinder und Jugendliche sind die Bevölkerungsgruppe, die körperlich und sportlich sehr aktiv ist. Ihnen werden damit die Möglichkeiten gegeben, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und damit gleichzeitig etwas für ihre Gesundheit zu tun. Die positiven Wirkungen regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die Gesundheit Kinder und Jugendlicher sind unumstritten. Die Fitness wird gesteigert, der Blutdruck und die Knochensubstanz verbessert und das Risiko für Übergewicht und Fettleibigkeit verringert.

Kindern und Jugendlichen wird mindestens eine Stunde moderate körperliche Aktivität pro Tag empfohlen (vgl. Currie et al. 2001).

In der Erhebung wurde u. a. gefragt, wie oft die Kinder und Jugendlichen sich körperlich betätigen. Jungen sind häufiger körperlich aktiv. Etwa jeder vierte Junge, aber nur 13 Prozent der Mädchen berichten, jeden Tag in der Woche körperlich aktiv zu sein oder Sport betrieben zu haben (vgl. Abb. 28).



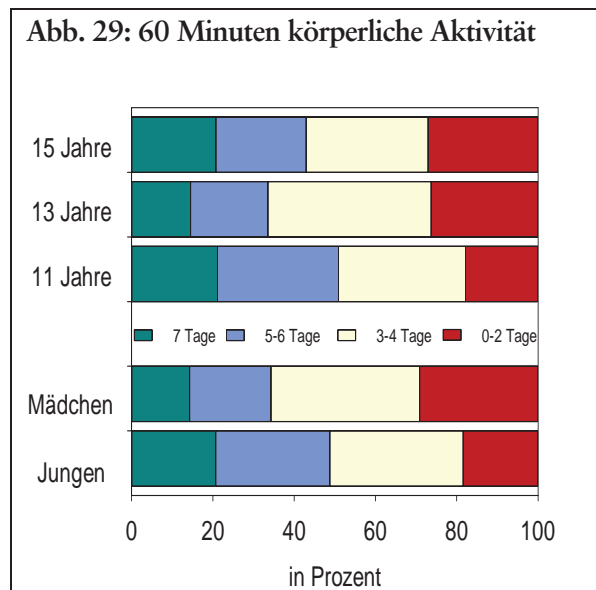
Während der Anteil der Jungen gegenüber dem Jahr 2006 mit ca. 25 Prozent etwa konstant blieb, sank der Anteil der Mädchen, die angaben, jeden Tag der Woche körperlich aktiv gewesen zu sein, um fünf Prozentpunkte (2006: 18 Prozent vs. 2010: 13 Prozent)

In der bundesweiten KiGGS-Befragung gaben jeder dritte Junge und jedes fünfte Mädchen an, täglich körperlich aktiv zu sein.

Nie körperlich aktiv, sodass sie außer Atem oder ins Schwitzen kommen, sind ca. drei Prozent der Hamburger Befragten (zwei Prozent der Jungen und vier Prozent der Mädchen).

Jungen sind körperlich und sportlich aktiver als Mädchen. Je älter, desto weniger ist die Neigung ausgeprägt, sich entsprechend körperlich zu betätigen.

Die Angabe Bewegungsaktivitäten sagt nichts über die Intensität der körperlichen Betätigung aus. Aus diesem Grund wurde auch gefragt, an wie vielen Tagen in der Woche sich die Kinder und Jugendlichen mindestens 60 Minuten körperlich angestrengt haben. Jungen halten sich eher an die Empfehlung, sich täglich eine Stunde körperlich zu betätigen als Mädchen – Mädchen gehören vergleichsweise damit eher zu den weniger Aktiven. Dies zeigt sich an den Anteilen der Befragten, die sich an keinem bis zu zwei Tagen mindestens eine Stunde körperlich aktiv zeigen (Mädchen 29 Prozent vs. Jungen 18 Prozent) (vgl. Abb. 29).



Empfehlungen zur Bewegungsförderung

- ▶ Bewegungsförderung sollte in Eltern-Kind-Zentren, Kitas und Schulen als wichtiger Baustein der Gesundheitsförderung angesehen werden.
- ▶ Kinder und Jugendliche sollten sich mindestens eine Stunde pro Tag in moderater Intensität bewegen.
- ▶ Schulen sollten möglichst autofrei erreicht werden.
- ▶ Im Unterricht wird bewegtes Lernen

gefördert.

- ▶ Kooperationen von Schulen mit benachbarten Sportvereinen sind zu stärken.
- ▶ Bewegungsmöglichkeiten und -räume sollten so gestaltet sein, dass sie Jungen und Mädchen motivieren. Insbesondere für Mädchen sind geeignete Bewegungsangebote zu stärken.
- ▶ Bewegungsförderung u. a. in der Schule sollte auch immer Aufklärung über die Unfall- und Verletzungsgefahren beinhalten.
- ▶ Schulische Programme zur Bewegungsförderung oder auch entsprechende Aktionstage werden über das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung bekannt gemacht. Siehe www.li.hamburg.de/bewegung.



© Katharina Rothe / www.pixelio.de

Mediennutzung

Elektronische Medien bestimmen mittlerweile in erheblichem Maße das Freizeitverhalten Kinder und Jugendlicher. PC-Spiele und Internet sind ein nicht wegzudenkender Teil der Jugendkultur – Internet, E-Mails und Chat alltagsprägende Kommunikationsmuster.

Problematisch kann Mediennutzung werden, wenn den Kindern und Jugendlichen neben dem Fernsehen und dem Computer keine oder kaum noch Zeit für die sonstige Freizeitgestaltung bleibt oder die Medien zur Kompensation von Problemen genutzt werden.

Mögliche gesundheitliche Folgen der Mediennutzung werden kontrovers diskutiert. Vielfach wird von Entwicklungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen und durch mangelnde Bewegung entstehende Gesundheitsproblemen wie bspw. Fettleibigkeit ausgegangen. Es gibt aber auch Stimmen, die den Medienkonsum Kinder und Jugendlicher weitaus unproblematischer sehen.

Welche Erkenntnisse liefert die HBSC-Studie zu diesem Themenkreis? Die Kinder und Jugendlichen wurden u. a. befragt, wie viele Stunden sie pro Tag in einer Schulwoche oder am Wochenende vor dem Fernseher, am Computer oder der Spielkonsole verbringen und wie häufig sie den Computer zu sonstigen Aktivitäten wie Chatten, Internet, Mail oder Hausaufgaben nutzen.

Fernsehnutzung

Fernsehen ist eine sehr beliebte mediale Freizeitbeschäftigung Kinder und Jugendlicher. Dabei darf aber nicht davon ausgegangen werden, dass Kinder und Jugendliche ausschließlich konzentriert und gebannt vor dem Gerät sitzen. Der Fernseher läuft vielfach auch im Hintergrund und zahlreiche andere Dinge werden parallel getan.

Etwa 90 Prozent der Befragten schauen wochentags täglich fern, am Wochenende sind es sogar 97 Prozent.

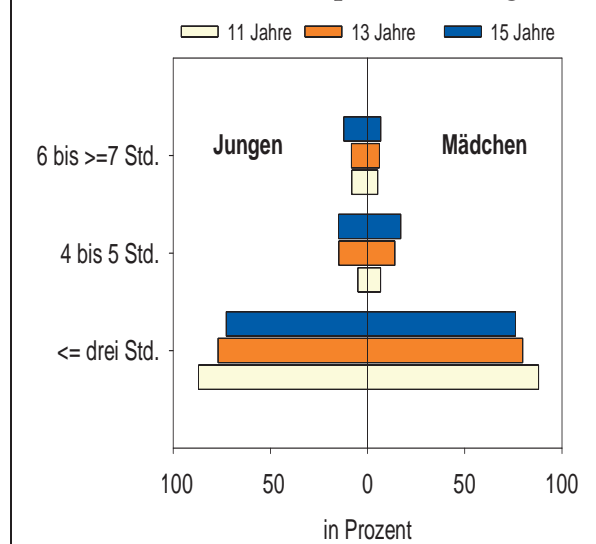
Der überwiegende Anteil der befragten Kinder und Jugendlichen verbringt weniger als drei Stunden täglich in der Woche vor dem Fernseher. Allerdings guckt jede/r fünfte Befragte mehr als drei Stunden wochentags und

immerhin acht Prozent halten sich täglich sechs und mehr Stunden vor dem Fernseher auf. Große Geschlechterunterschiede sind aus den Befragungsergebnissen nicht ableitbar.

Am Wochenende verbringen die Kinder und Jugendlichen deutlich mehr Stunden vor dem Fernseher als wochentags. Dann sind es nur noch drei Prozent, die gar nicht fernsehen und 16 Prozent, die sechs bis sieben Stunden oder noch länger am Samstag oder Sonntag fernsehen.

Der Fernsehkonsum von drei und mehr Stunden nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu (vgl. auch Abb. 30).

Abb. 30: Fernsehkonsum pro Wochentag



Computernutzung

Der Computer wird von den Kindern und Jugendlichen vielfältig eingesetzt. Ein nicht geringer Anteil setzt den Computer zum Spielen ein. Darüber hinaus wird der Computer auch zum Verschicken von E-Mails, für den Internetzugang (u. a. soziale Netzwerke), dem Erledigen von Hausaufgaben oder um fernzusehen und Filme anzugucken, etc. verwendet.

In der HBSC-Studie wurden die Kinder und Jugendlichen zudem gefragt, wie viele Stunden pro Tag (wochentags und am Wochenende) sie in Ihrer Freizeit am Computer spielen und wie viele Stunden pro Tag sie normalerweise den Computer anderweitig nutzen, wie bspw. um zu chatten, im Internet zu surfen, E-Mails zu schreiben oder auch Hausaufgaben zu erledigen.

Computerspiele

Gar nicht am Computer spielen wochentags etwa 26 Prozent der Kinder und Jugendlichen (Jungen 16 Prozent vs. Mädchen 37 Prozent) – am Wochenende sind dies ca. 16 Prozent (Jungen sieben Prozent – Mädchen 24 Prozent).

Samstag oder Sonntag beschäftigen sich ca. zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen bis zu drei Stunden mit Computerspielen. Sechs oder mehr Stunden an Wochenendtagen gibt etwa jede/r siebte Befragte (insgesamt 14 Prozent; Jungen 18 Prozent – Mädchen neun Prozent) an. In der Woche sind es immerhin noch fünf Prozent.

Täglich sechs oder mehr Stunden am Computer zu spielen, geben für das Wochenende etwa jede/r siebte und für die Woche jede/r zwanzigste Befragte an. Jungen spielen deutlich häufiger als Mädchen.

Je älter die Befragten, desto häufiger beschäftigen sie sich mit Computerspielen. Nahezu jeder vierte 15-Jährige verbringt am Wochenende sechs oder mehr Stunden täglich mit Computerspielen – bei den 11-Jährigen sind es nur vier Prozent.



Vergleich HBSC-Befragung 2006: Während 2006 82 Prozent der Befragten unter der Woche oder am Wochenende am Computer spielten, waren es in der aktuellen 2010er Befragung 87 Prozent. Am Wochenende spielten 2006 elf Prozent sechs oder mehr Stunden, 2010 waren es 14 Prozent.

Sonstige Computernutzung

Über 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen nutzen den Computer wochentags, um zu chatten, im Internet zu surfen oder Hausarbeiten zu erledigen – am Wochenende sind es 86 Prozent.

Auch als Kommunikationsplattform und für die Erledigung von Hausaufgaben hat der Computer für Kinder und Jugendliche hohe Bedeutung.

Sechs oder mehr Stunden tägliche Computernutzung (gemeint ist nicht „spielen“) am Wochenende geben 13 Prozent und bezogen auf die Woche sechs Prozent an. Diesbezüglich

zeigt sich wiederum eine deutlich höhere Nutzung bei den älteren Befragten.

Nur etwa jede/r Sechste nutzt den Computer wochentags gar nicht – am Wochenende sind es 14 Prozent.

Mediennutzung und körperliche Aktivität

Sind Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren eher „Bewegungsmuffel“, da sie durch Fernsehen und Computerspiele, also die medialen Beschäftigungsmöglichkeiten, so beansprucht sind, dass für körperliche Aktivitäten und Bewegung nicht genügend Zeit bleibt?

Nur etwa jede/r vierte Befragte, die oder der angab, in der Freizeit wochentags viel Fernsehen zu gucken (vier oder mehr Stunden täglich), ist sechs oder sieben Tage in der Woche körperlich aktiv. Demgegenüber ist der Anteil der körperlich Aktiven in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die weniger als vier Stunden vor dem Fernseher verbringen deutlich höher.

Jungen schaffen es eher noch, viel Fernsehen mit häufiger körperlicher Aktivität zu verbinden (22 Prozent vs. 15 Prozent bei den Mädchen).

Gleiche Zusammenhänge zeigen sich bezogen auf die Computernutzung. Intensive Computernutzung ist assoziiert mit geringerer körperlicher Aktivität. Demnach sind körperliche Aktivität und mediale Freizeitbeschäftigung als konkurrierende Verhaltensmuster zu betrachten.

Im Sinne des Freizeitmanagements müssen sich die Kinder und Jugendlichen entscheiden: Verbringen sie vergleichsweise viel Zeit mit Fernsehen und/oder am Computer, bleibt ihnen vergleichsweise weniger Zeit, um körperlich aktiv zu sein.

Fernsehen und die daraus möglicherweise resultierende fehlende Bewegung erfolgen zudem vielfach in Kombination mit dem Essen von Snacks.

Jeder zweite der befragten Kinder und Jugendlichen (44 Prozent) nimmt drei oder mehr Mal pro Woche während sie fernsehen auch Snacks zu sich – jede/r Zehnte jeden Tag.

Empfehlungen zum Medienkonsum

- ▶ Eltern sollten mit ihren Kindern möglichst verbindliche Zeitkonten für die Mediennutzung vereinbaren. Die Dauer der Computernutzung und die Zeiten vor dem Fernseher sind gemeinsam zu besprechen.
- ▶ Die BZgA hat die Broschüre „Gut hinsehen und zuhören! Ratgeber für Eltern“ herausgegeben, die Empfehlungen zur selbstverantwortlichen Mediennutzung Kinder und Jugendlicher beinhaltet. Diese ist kostenlos unter www.bzga.de/infomaterialien/kinder-und-jugendgesundheit/gut-hinsehen-und-zuhoeren-ratgeber-fuer-eltern/ beziehbar.
- ▶ Es sollte auf eine ausgewogene Balance zwischen Mediennutzung und Bewegungsaktivitäten geachtet werden.
- ▶ Eltern sollten sich bemühen, die Zeit in der Familie abwechslungsreich zu gestalten, da dann die Möglichkeiten der Kinder größer sind, sich außerhalb medialer Beschäftigungsroutinen zu beschäftigen.
- ▶ Es werden verschiedene Strategien entwickelt, die es den Kindern und Jugendlichen ermöglichen, Bewegung und körperliche Aktivität in ihren Alltag zu integrieren und diesbezüglich Routinen zu entwickeln.

Suchtmittelkonsum

Von Suchtgefahr ist gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu sprechen, wenn der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person allmählich Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen gewinnt, die früher höher bewertet wurden. Das Kinder- und Jugendalter ist bezogen auf das Suchtverhalten eine riskante Zeit, da sich in dieser Lebensphase Konsummuster – im konkreten Fall bezogen auf psychoaktive Substanzen – verfestigen können.

Das Suchtverhalten Heranwachsender muss auch immer als mögliche Bewältigungsstrategie verstanden werden, um Probleme oder Ängste kompensieren zu können.

Regelmäßiger oder gar exzessiver Drogenkonsum kann zu Entwicklungsstörungen, psy-

chischen Problemen oder anderen einschneidenden gesundheitlichen Problemen führen.

Die HBSC-Befragung gibt Aufschlüsse in Bezug auf den Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis.

Rauchen

Kinder und Jugendliche können in zweifacher Hinsicht den Risiken des Tabakkonsums ausgesetzt sein. Entweder haben sie selbst mit dem Rauchen begonnen, oder aber sie sind über rauchende Eltern bzw. Freunde in geschlossenen Räumen dem Tabakrauch ausgesetzt.

Zahlreiche Kinder und Jugendliche fangen zunächst nur aus Spaß an zu rauchen. Für andere ist das Rauchen mit Erwachsenwerden verknüpft. Gerade in der Pubertät sind Kinder besonders empfänglich für das Ausprobieren und Experimentieren. Dies gilt auch für Suchstoffe. Rauchen im Kindes- und Jugendalter kann jedoch der Entwicklung und der Gesundheit erheblich schaden.

Wie sieht das Rauchverhalten Kinder und Jugendlicher aus? Aus der repräsentativen Befragung der Hamburger Schülerinnen und Schüler zum Suchtmittelkonsum (SCHULBUS-Erhebung des Büros für Suchtprävention) lässt sich ein durchschnittlicher Beginn des Rauchens (sogenannter Erstkonsum) in einem Alter von 13,2 Jahren ermitteln (Baumgärtner 2009).

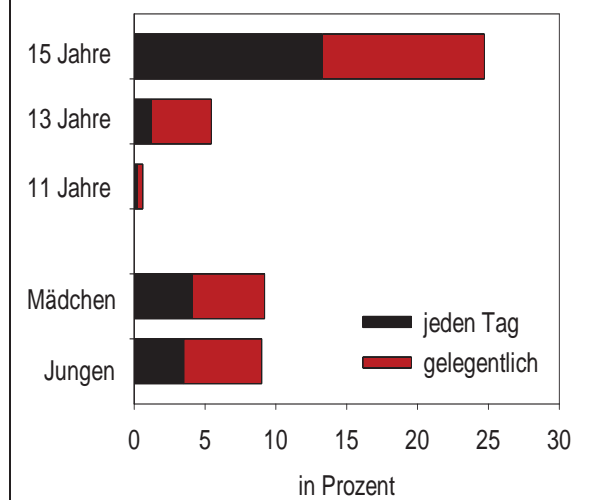
In der HBSC-Studie wurde u. a. gefragt, wie oft und wie viele Zigaretten zum Zeitpunkt der Befragung geraucht wurden, wie häufig Freunde rauchen und wie oft die Befragten sich in Räumen aufhielten, in denen geraucht wurde.

Rauchverhalten

Über alle Befragten gesehen, rauchen etwa vier Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen täglich (Mädchen 4,1 Prozent – Jungen 3,5 Prozent). Regelmäßig, d. h. täglich oder mindestens einmal wöchentlich zu rauchen, berichten ca. fünf Prozent.

Mit zunehmendem Alter wird deutlich mehr geraucht. Während bei den 11-Jährigen „nur“ 0,2 Prozent angeben täglich zu rauchen, ist dies bei den 15-Jährigen bereits jeder Zehnte (13 Prozent) (vgl. Abb. 31).

Abb. 31: Rauchverhalten



Etwa jeder zehnte befragte 15-jährige Jugendliche gibt an täglich zu rauchen (bundesweit gemäß KiGGS sogar jeder fünfte).

Typischerweise rauchen die befragten 11 bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen sechs Zigaretten pro Tag (Median).

Bei den 15-Jährigen werden durchschnittlich sieben Zigaretten pro Tag geraucht.

Je mehr Freundinnen/Freunde rauchen, desto stärker entwickelt sich das Gefühl mitrauchen zu müssen, um dazu zu gehören. Da diese einen großen Einfluss auf Kinder und Jugendliche besitzen, ist dieser Faktor für das Rauchverhalten sehr hoch einzustufen.

Ein Viertel aller befragten Kinder und Jugendlichen, bei den 15-Jährigen sogar jeder Zweite, geben an, dass sie Freundinnen bzw. Freunde haben, die rauchen.

Passivrauchen

Kinder reagieren auf Tabakrauch und Nikotin empfindlich. Sie sollten daher möglichst in einer rauchfreien Umgebung aufwachsen. Kinder von Raucherinnen/Rauchern leiden häufiger an Asthma, ihre Lungenfunktion ist schlechter und sie fehlen häufiger in der Schule. Zahlreiche Krankheiten, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten, werden durch Passivrauchen in den eigenen vier Wänden verursacht. Diesbezüglich sind insbesondere Krankheiten der Atmungsorgane zu nennen.

Zudem kann es bei durch Passivrauch belasteten Kinder und Jugendlichen vorkommen, dass sie schlechter schlafen und häufiger Befindlichkeitsstörungen wie bspw. Bauchschmerzen, Schwindel und Kopfschmerzen haben (vgl. DKFZ 2004).

Etwa jedes/r vierte Kind oder Jugendliche hält sich täglich oder mehrmals die Woche in Räumen auf, in denen geraucht wird.

Dieser Anteil ist geringer als in der bundesweit durchgeführten KiGGS-Erhebung. In dieser gab jeder Dritte an, sich täglich oder mehrmals in der Woche in Räumen aufzuhalten, in denen geraucht wird.

Empfehlungen und Angebote zur Tabakprävention

- ▶ Eine an den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen ausgerichtete Tabakprävention ist ein vordringliches Ziel für eine gesunde Entwicklung. Da das durchschnittliche Einstiegsalter bei 13,2 Jahren liegt, sind bereits 11-jährige und jüngere Kinder als wichtige Zielgruppen anzusehen.
- ▶ Kinder und Jugendliche sollen ein positives Körpergefühl und ein hohes Selbstwertgefühl lernen und darüber eine kritische Einstellung gegenüber dem Thema Rauchen erwerben.
- ▶ Eine besondere Bedeutung bei der Tabakprävention haben die Eltern. Denn je jünger die Kinder, desto empfänglicher sind sie für zielgerichtete Aufklärung. Risiken, Nebenwirkungen und Folgen des Rauchens müssen aufgezeigt werden.
- ▶ Eine große Bedeutung für das Rauchverhalten Kinder und Jugendlicher haben Freundinnen und Freunde und sogenannte Peers. Aufklärungskampagnen sollten diesen Einfluss berücksichtigen.
- ▶ Präventionsprogramme zur Nichtraucherförderung bei Kindern und Jugendlichen stehen zur Verfügung (u. a. über das Suchtpräventionszentrum (SPZ). Siehe www.li.hamburg.de/spz/. Diese müssen entsprechend konsequent genutzt und gestärkt werden.

Alkohol

Kinder und Jugendliche empfinden häufig das Probieren von alkoholischen Getränken als den ersten Schritt in die Erwachsenenwelt.

Wegen noch nicht abgeschlossener körperlicher Entwicklung, dem noch kindlichen Nervensystem, reagieren Kinder und Jugendliche auf Alkohol weitaus empfindlicher als Erwachsene. Der Alkoholkonsum führt direkt und auch entsprechend schnell zu einem höheren Blutalkoholgehalt im Körper, so dass bereits kleine Mengen Alkohol erhebliche Gesundheitsgefährdungen bedeuten können.

Häufiger Alkoholkonsum kann die seelischen und körperlichen Entwicklungen der Kinder und Jugendlichen erheblich beeinträchtigen.

Alkoholkonsum

Gemäß der SCHULBUS-Studie 2009 gaben 76 Prozent der 14 bis 15-Jährigen an, mindestens einmal in ihrem Leben bereits Alkohol getrunken zu haben – bezogen auf den letzten Monat vor der Befragung war es nahezu jede/r zweite (47 Prozent) Befragte.

Eine Erkenntnis dieser und weiterer bundesweiter Erhebungen (vgl. DAK 2010 und Baumgärtner 2009) ist:

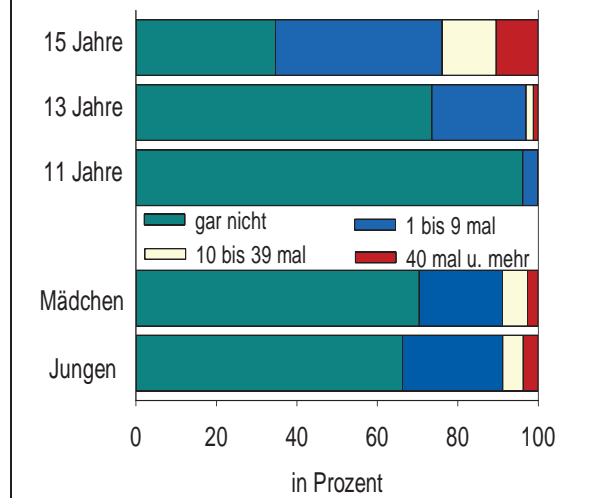
Obwohl der Konsum von Alkohol im Zeitverlauf eher rückläufig ist, nimmt der risikoreiche Umgang mit Alkohol, das sogenannte Rauschtrinken, bei Kindern und Jugendlichen eher zu.

Das durchschnittliche Einstiegsalter für den sogenannten Erstkonsum von Alkohol lag im Jahr 2009 bei 13,4 Jahren (vgl. Baumgärtner 2009).

Auch die aktuelle HBSC-Befragung bietet Angaben zum Konsumverhalten, zur Trunkenheit und zu Konsumvorlieben der befragten Kinder und Jugendlichen.

Nahezu drei Viertel der befragten Kinder und Jugendlichen tranken gemäß eigener Aussage zwölf Monate vor der durchgeführten Befragung überhaupt gar keinen Alkohol (vgl. Abb. 32).

Abb. 32: Alkoholkonsum in den letzten zwölf Monaten



Der Anteil der abstinenten Jungen ist leicht geringer als der der Mädchen (66 Prozent vs. 70 Prozent).

Deutlich wird aber auch:

Mit zunehmendem Alter wird häufiger Alkohol getrunken. Bei den 15-Jährigen trank immerhin jeder zehnte im vergangenen Jahr (vor der Befragung) mindestens 40 Mal Alkohol.

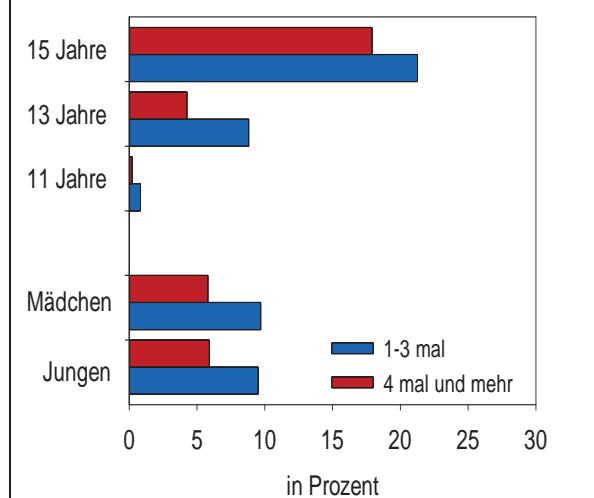
Etwa jede/r zehnte 15-jährige befragte Jugendliche schildert, dass alle ihre Freundinnen und Freunde Alkohol trinken. Dass die meisten oder alle Freundinnen und Freunde vielfach oder mindestens einmal pro Woche richtig gehend betrunken sind, berichten etwa neun Prozent.

Auch wurden die Kinder und Jugendlichen für die HBSC-Studie gefragt: Hast Du jemals so viel Alkohol getrunken, dass Du betrunken warst?

Fast keiner der 11-Jährigen war jemals so betrunken (99 Prozent). Bei den 15-Jährigen bejahten allerdings 31 Prozent, also jeder Dritte, diese Frage.

Mehr als viermal im Leben entsprechend betrunken gewesen zu sein, verkündet immerhin jede/r fünfte der befragten 15-jährigen Jugendlichen (vgl. Abb. 33).

Abb. 33: Trunkenheit



Was sind die bevorzugten alkoholischen Getränke der Kinder und Jugendlichen? Größerer Beliebtheit erfreuen sich über alle befragten Kinder und Jugendlichen die sogenannten Alkopops und Biermixgetränke. Bei den Jungen steht auch der Bierkonsum hoch im Kurs.

Über alle betrachteten alkoholischen Getränke ist der tägliche Konsum bei den Jungen höher als bei den Mädchen. Wird die Kategorie „jede Woche“ betrachtet, zeigt sich jedoch bei den Mädchen ein höherer Konsum bei den Alkopops und den Biermixgetränken.

Mit zunehmendem Alter gewinnen die einzelnen Alkoholika an Attraktivität. Während 11-Jährige nur gering einzelnen Alkoholsorten zusprechen, gibt etwa jede/r zehnte 15-Jährige an, jede Woche Bier, Biermixgetränke oder Alkopops zu trinken. Zwei Prozent dieser Altersgruppe berichten sogar, jeden Tag diese Alkoholika zu konsumieren.

Empfehlungen und Angebote zur Alkoholprävention

- ▶ Kinder und Jugendliche sollten frühzeitig über die gesundheitsschädliche Wirkung von Alkohol aufgeklärt werden.
- ▶ Kinder und Jugendliche sind gerade auch über die gesundheitsgefährdende Wirkung von alkoholischen Mixgetränken aufzuklären.
- ▶ Gegen das exzessive Trinken von Alkohol (Komatrinken, Binge-Drinking) sind geeignete Maßnahmen einzuleiten,

ten, die Erkenntnisse über die Motivation für den hohen Alkoholkonsum einschließen.

- ▶ Qualifizierte Beratungen bietet u. a. das SPZ (www.li.hamburg.de/spz/) und die Hotline der Suchtberatung Kö 16 a unter der Tel: (040) 428-11-2666. Siehe auch www.hamburg.de/koe16a/.

Cannabiskonsum

Der Konsum von Cannabis kann je nach Stimmungslage beruhigend oder schmerzlindernd wirken, aber auch zu Apathie und Desinteresse führen. Verzögerte Reaktionen und Konzentrationsverluste können die Folge sein. Es besteht zudem das Risiko, eine psychische Cannabisabhängigkeit zu entwickeln, die mit Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Ängsten und Freudlosigkeit verbunden sein kann.

Der Cannabiskonsum bei Jugendlichen ist erfreulicherweise eher rückläufig. Gemäß der SCHULBUS-Befragung (vgl. auch Baumgärtner 2009) liegt die sogenannte 30 Tage-Prävalenz (Konsum in den letzten 30 Tagen) bei 15-Jährigen im Jahr 2009 bei acht Prozent (2004: 13 Prozent) – das Einstiegalter für den Erstkonsum bei durchschnittlich 14,7 Jahren.

Auch in der HBSC-Studie wurden die 15-Jährigen zum Konsum in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung (30 Tage-Prävalenz) und zum Konsum im bisherigen Leben (Lebenszeitprävalenz) befragt. Acht Prozent der 15-jährigen Mädchen und ca. 16 Prozent der 15-jährigen Jungen bestätigten, in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung Cannabis konsumiert zu haben.

Die Lebenszeitprävalenz liegt für Jungen bei 28 Prozent und für Mädchen bei 18 Prozent. Diese ermittelten Werte scheinen im Vergleich zu den Auswertungen der HBSC-Studie für Deutschland zeitstabil. 2002 gaben gemäß der HBSC-Daten für Deutschland 24 Prozent (28 Prozent der Jungen – 20 Prozent der Mädchen) der 15-Jährigen an, mindestens einmal in ihrem Leben Haschisch bzw. Marihuana genommen zu haben (Richter et al. 2004).

Alle Kinder und Jugendlichen der HBSC-Studie wurden auch befragt, wie viele ihrer Freunde, illegale Drogen (Cannabis, Haschisch oder Marihuana) zu sich nehmen.

40 Prozent der 15-jährigen Befragten haben Freundinnen bzw. Freunde, die Haschisch konsumieren.

Nach Auswertung der Daten lassen sich keine große Geschlechterunterschiede ausmachen. Größere Differenzen zeigen sich jedoch im Altersvergleich. Während etwa zwei Prozent der 11-Jährigen angeben, Freundinnen bzw. Freunde zu haben, die diese Drogen konsumieren, sind es bei den 15-Jährigen nahezu 40 Prozent.

Empfehlungen und Angebote zur Prävention des Konsums illegaler Drogen

- ▶ Kinder und Jugendliche sollten im Elternhaus und von/in der Schule über bestehende Gesundheitsgefährdungen des Konsums von Cannabis / Haschisch aufgeklärt werden.
- ▶ Eltern und Lehrkräfte sollten über typische Merkmale und Symptome des Cannabiskonsums und anderer illegaler Drogen informiert und sensibilisiert werden, um im Bedarfsfall mit angemessenen Interventionen und Hilfsangeboten reagieren zu können.
- ▶ Zum Thema Cannabiskonsum gibt die Hotline der Suchtberatung Kö 16 a für Kinder, Jugendliche und Angehörige Auskunft – Tel: (040) 428-11-2666. Siehe auch www.hamburg.de/koe16a/.
- ▶ Lehrkräfte können, auch in Verbindung mit Fortbildungsseminaren und Unterrichtsberatung, verschiedene Unterrichtsmaterialien zur Cannabisprävention sowie Handreichungen zum Umgang mit Cannabisvorfällen in der Schule beim SPZ erhalten.



© Alexandra H. / www.pixelio.de

Sexualität und Verhütung

Die Jugend ist ein Lebensabschnitt, der auch mit einschneidenden körperlichen, emotionalen und Bewusstseinsveränderungen einhergeht.

Erste zarte Gefühle von Zuneigung, Gefühle der Verliebtheit, aber auch erste sexuelle Erfahrungen prägen in dieser Zeit in erheblichem Maße die Empfindungen von Jugendlichen.

Obwohl wir in einer Zeit leben, in der Jugendliche mit sexuellen Bildern und Filmen vergleichsweise freizügig und intensiv konfrontiert werden, ist die eigene Sexualität – insbesondere wenn es um Probleme geht – vielfach jedoch eher ein Tabuthema.

Wie viel die Jugendlichen tatsächlich über Sex wissen, ist somit schwer abzuschätzen.

Wie verarbeiten sie ihre ersten Erfahrungen mit der eigenen Sexualität, wann haben sie ihre ersten sexuellen Kontakte und wie verantwortungsbewusst gehen sie mit dem Thema Verhütung um?

Dies sind nur einige Fragen, zu denen die zugrundeliegende Befragung zumindest einige Erkenntnisse bietet.

Sexuelle Erfahrungen

Die 15-Jährigen wurden in der HBSC-Studie gefragt, ob und in welchem Alter sie zum ersten Mal mit jemandem geschlafen haben. 71 Prozent der 15-jährigen Jungen und 74 Prozent der 15-jährigen Mädchen geben an, noch nie Sex gehabt zu haben.

Im Umkehrschluss heißt das: 29 Prozent der 15-jährigen Jungen und 26 Prozent der 15-jährigen Mädchen haben bereits entsprechende sexuelle Erfahrungen – Jungen eher früher als Mädchen.

Bei den 15-jährigen Jungen machen die meisten Befragten ihre ersten sexuellen Erfahrungen im Alter von 14 Jahren (39 Prozent), bei den 15-jährigen befragten Mädchen mit 15 Jahren (41 Prozent).

Verhütung

Sexualaufklärung muss früh ansetzen, um den Informationsstand der Kinder und Jugendlichen über Sexualität, Partnerschaft,

Schwangerschaft und Schwangerschaftsverhütung sowie Schutz vor HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbare Krankheiten zu verbessern.

Insbesondere der Schwangerschaftsverhütung kommt eine hohe Bedeutung zu. In der HBSC-Studie wurden die 15-Jährigen gefragt, ob sie beim letzten Geschlechtsverkehr verhütet haben und welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung sie dabei angewandt haben.

Aus den Angaben zur Art der Verhütung lässt sich folgendes ableiten: Die meisten Jugendlichen wenden sichere Verhütungsmethoden an. Am häufigsten wird mit Kondomen und der Pille verhütet.

Nahezu acht Prozent der Befragten, die schon sexuelle Erfahrungen haben, haben nicht verhütet. Dieser Wert deckt sich genau mit den Erkenntnissen der Studie der BZgA zur Jugendsexualität (BZgA 2010: S. 148).

Weitere etwa acht Prozent der Jugendlichen wählt eine unsichere Methode oder war sich nicht sicher, ob und wie verhütet wurde.

Diese Ergebnisse verdeutlichen den immer noch vorhandenen Handlungsbedarf bei der Aufklärung durch die Eltern, über die schulische Sexualerziehung und über Medien.

Empfehlungen und Angebote zur Sexualaufklärung

- ▶ Jugendliche sollten nicht völlig unvorbereitet und alleingelassen den starken körperlichen und psychischen Veränderungen der Adoleszenz gegenüber stehen.
- ▶ Zahlreiche Kinder und Jugendliche werden erst in der Schule sexuell aufgeklärt. Dieser kommt damit neben der Familie eine wichtige Rolle beim Kompetenzerwerb zu.
- ▶ Wie Studien (vgl. u. a. BZgA 2009) beweisen, gibt es immer noch erhebliche Wissenslücken und Anwendungsfehler bei der Verhütung. Die Jugendlichen sollten angemessen über die Gefahren der unsicheren Verhütung wie rechtzeitiger Abbruch, etc. aufgeklärt werden.

- ▶ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt vielfältige Materialien zur Sexualaufklärung kostenfrei bereit. Diese finden sich im Internet unter www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung und sollten entsprechend verbreitet werden.
- ▶ Auch pro familia bietet Jugendlichen und Eltern Beratungen und Materialien zur Sexualaufklärung. Diese sind im Internet abrufbar unter www.profamilia-hamburg.de.
- ▶ Zudem bietet das Familienplanungszentrum umfangreiche zielgruppenspezifische sexualpädagogische Angebote und Informationsmaterialien an. Diese sind zugänglich über das Internet unter www.familienplanungszentrum.de/index.php?id=unsere_angebote.

Gesundheitsbezogenes Risikoverhalten umfassend betrachtet

Inwieweit potenzieren sich bestimmte riskante Verhaltensweisen und inwieweit gibt es eine bestimmte Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die mehrere Gesundheitsrisiken auf sich vereinen.

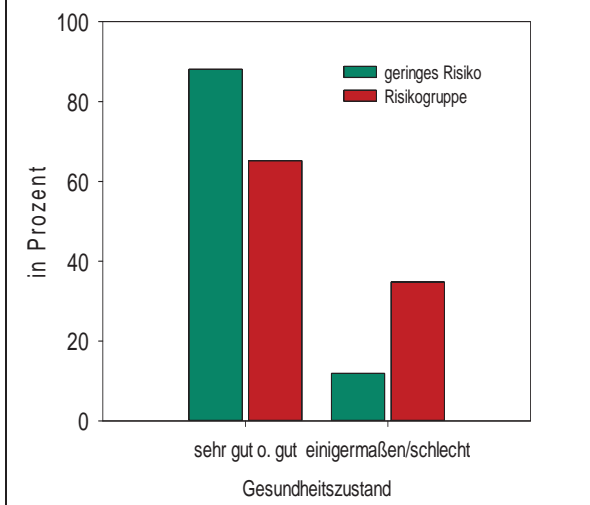
Um diese Betrachtungen anzustellen, wurden die Merkmale Zigarettenkonsum, erhöhter Alkoholkonsum, schlechte Ernährungsgewohnheiten, geringer Obst- und Gemüsekonsum, zu wenig körperliche Aktivität sowie unfähliche tägliche Mediennutzung zu einem Risikoverhaltensindex zusammengefasst¹⁵.

Mit diesem Verfahren wird eine Risikogruppe identifiziert. Hierbei zeigt sich: Überproportional betroffen sind Jungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie aus Patchwork-Familien sowie Kinder und Jugendliche aus Haupt- und Realschulen. Vergleichsweise stärker vertreten in der Risikogruppe sind zudem Kinder und Jugendliche, die die finanzielle Lage ihrer Eltern schlechter einstufen.

Wie erwartet, zeigt sich bei der Risikogruppe deutlich häufiger ein schlechter eingestuft Gesundheitszustand (vgl. Abb. 34).

¹⁵ Die genauere Beschreibung findet sich im Anhang auf Seite 57.

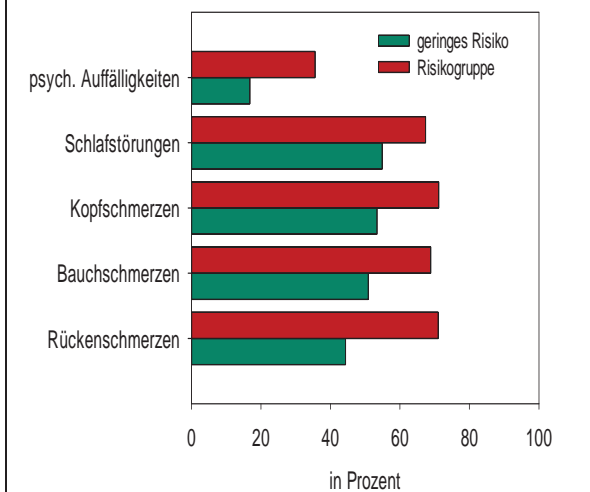
Abb. 34: Risikoverhalten und subjektiver Gesundheitszustand



© Paulwip / www.pixelio.de

Neben dem schlechter eingestuften Gesundheitszustand sind die befragten Kinder und Jugendlichen aus der Risikogruppe auch signifikant häufiger betroffen von allen erfragten Schmerzformen, von Befindlichkeitsstörungen und von Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten (über SDQ; siehe Kap. 7, S. 25) (vgl. Abb. 35).

Abb. 35: Risikoverhalten und Gesundheitsparameter



Deutliche Unterschiede zeigen sich auch in Hinblick auf das Körper selbstbild. 48 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen aus der Risikogruppe empfanden sich zum Zeitpunkt der Befragung als zu dick – in der Gruppe mit geringem Risiko hingegen waren es nur 39 Prozent.

9. Wechselwirkungen Lebenslagen und Gesundheit

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen, die die Zusammenhänge zwischen Lebenslagen und Gesundheit beschreiben. Die gesellschaftliche Einbindung, der kulturelle Hintergrund sowie die soziale Lage haben maßgeblichen Einfluss auf die Verteilung von sowohl materiellen als auch sozialen Ressourcen und Lebenschancen und bestimmen damit auch in erheblichem Umfang die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die Datenzugänge der HBSC-Studie ermöglichen es, über die klassischen Indikatoren zur sozialen Lage hinaus, auch Betrachtungen zu Zusammenhängen von Gesundheit und Migrationshintergrund, Gesundheit und sozialer Einbindung sowie Gesundheit und sozialen Lagen anzustellen. Diese werden im Folgenden dargestellt.

Migrationshintergrund und Gesundheit

Über die mittlerweile gängige Definition von Migrationshintergrund (vgl. Kap. 4, S. 14) lässt sich eine Gruppe von Kinder und Jugendlichen identifizieren, die gesondert betrachtet werden kann, die aber keinesfalls so homogen ist, wie das die Definition unterstellt. Bei den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine vielschichtige, durch unterschiedliche ethnische, kulturelle und soziale Einflussfaktoren geprägte Gruppe. Hier lohnt es sich genauer in Bezug auf Gesundheit hinzuschauen und entsprechende Überlegungen und Strategien abzuleiten.

Dabei kann das generelle Vorurteil entkräftet werden, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund per se immer vergleichsweise schlechtere Bildungsvoraussetzungen und eingeschränkte materiellen Ressourcen haben. So zeigt sich aus den vorliegenden Daten der HBSC-Studie, dass nahezu 28 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund die finanzielle Lage ihrer Familie als sehr gut einstufen – bei der Gruppe ohne Migrationshintergrund sind dies nur 22 Prozent.

Welche gesundheitsbezogenen Erkenntnisse lassen sich aus der HBSC-Studie ermitteln?

Lebenszufriedenheit und Gesundheitszustand

Die Betrachtung des *subjektiven Gesundheitszustandes* zeigt keine signifikanten Unterschiede im Vergleich der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund (ausgezeichnet: 36 Prozent vs. 37 Prozent). Dies mag u. a. darin liegen, dass insgesamt die befragten Kinder und Jugendlichen zu einem sehr großen Anteil ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet bzw. gut einstufen (vgl. Kap. 6; S. 21) und damit auch nicht genügend Differenzierungspotenzial vorhanden ist.

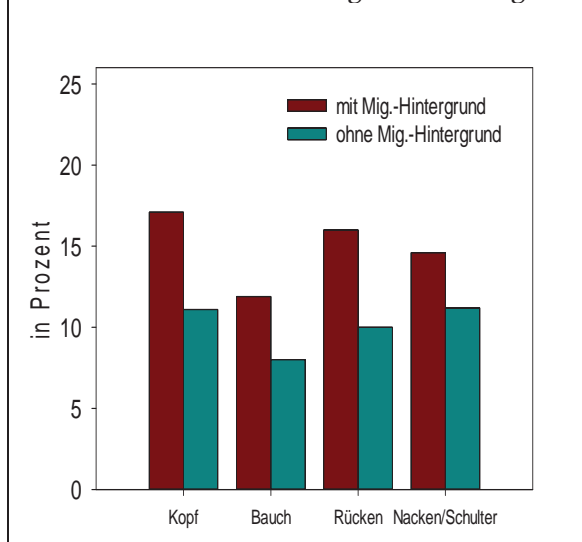
Bei der *Lebenszufriedenheit* zeigt sich ein etwas anderes Bild: Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die ihre Lebenszufriedenheit gut bis sehr gut einstufen, liegt mit 81 Prozent etwas niedriger als bei der Gruppe ohne Migrationshintergrund (86 Prozent).

Gesundheitliche Beschwerden

Im Vergleich zur Selbsteinschätzung der Lebenszufriedenheit und des Gesundheitszustandes ist es von Interesse, inwieweit diese mit gesundheitlichen Beschwerden im Verhältnis stehen. Leiden die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund verstärkt unter gesundheitlichen und psychischen Beschwerden? Stehen die Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund grundsätzlich besser da?

Zumindest für die *Schmerzen* zeigt sich für alle betrachteten Bereiche eine höhere Betroffenheit der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (vgl. Abb. 36).

Abb. 36: Schmerzen und Migrationshintergrund



Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund berichten häufiger von Schmerzen betroffen zu sein.

Die bundesweiten Ergebnisse der KiGGS-Studie zu Schmerzen weisen keine signifikant höheren Anteile von Kindern mit Migrationshintergrund aus. Kleinere Studien in Hausarztpraxen und Notfallambulanzen zeigten hingegen höhere Schmerzhäufigkeiten bei Kindern mit Migrationshintergrund (vgl. RKI 2008c, S. 87ff.).

In Hinblick auf die *chronischen Erkrankungen* lassen sich keine großen Unterschiede feststellen (19 Prozent mit Migrationshintergrund gegenüber 22 Prozent ohne Migrationshintergrund).

Dies gilt auch für die sonstigen erfragten *Befindlichkeitsstörungen* wie Nervosität, Geiztheit, schlechte Laune und Einschlafprobleme. Diesbezüglich zeigt sich eine nur leicht höhere Betroffenheit der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu denen ohne Migrationshintergrund.

Wie sieht es mit der *psychischen Gesundheit* bezogen auf den Migrationshintergrund aus? Die befragten Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind sowohl bezogen auf den SDQ-Problemwert (vgl. Kap. 7; S. 25) als auch in den Bereichen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und „Peer-Probleme“ öfter von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Die größten Unterschiede zeigen sich bei den Verhaltensauffälligkeiten (17 Prozent mit Migrationshintergrund vs. sieben Prozent ohne Migrationshintergrund).

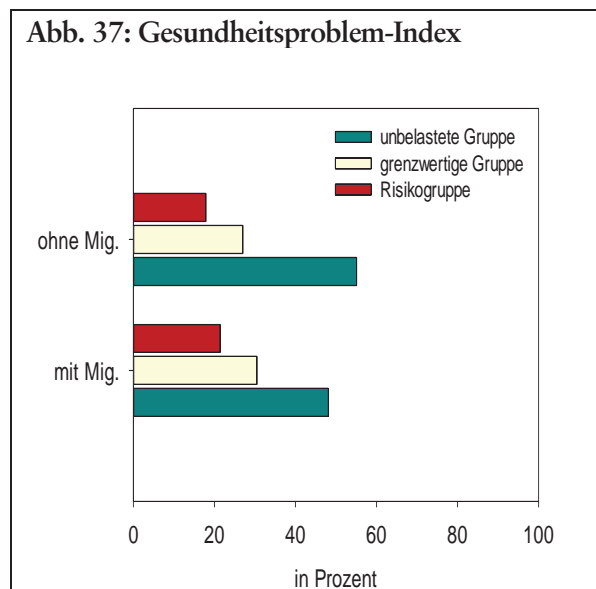
Für den Bereich „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“, der in Teilen auch als Gradmesser für Integration gewertet werden kann, zeigt sich kein signifikanter Unterschied (sechs Prozent mit Migrationshintergrund vs. fünf Prozent ohne Migrationshintergrund).

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zeigen häufiger psychische Auffälligkeiten, insbesondere beim Verhalten, als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen zudem ein deutlich geringeres Schutzverhalten von Kindern mit Migrationshintergrund beim Fahrradfahren. Der Anteil der radfahrenden Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die ohne Helm fahren, ist bedeutend geringer als bei den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (vgl. auch RKI 2008c, S. 85).

Die zusammengefasste Beurteilung der Gesundheit über den sogenannten *Gesundheitsproblem-Index* (vgl. Kap. 7, S. 28) weist eine etwas größere unbelastete Gruppe bei den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund im Vergleich zu den Befragten mit Migrationshintergrund aus (vgl. Abb. 37).

Abb. 37: Gesundheitsproblem-Index



Gesundheitsverhalten

Gibt es Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund und Ernährung, körperlicher Aktivität, Medienkonsum, Suchtverhalten und Sexualität/Verhütung? In zahlreichen der o. g. Verhaltensbereichen zeigt sich eine höhere Betroffenheit der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (vgl. Tab. 2).

Tab 2: Vergleich des Gesundheitsverhaltens der Befragten mit und ohne Migrationshintergrund

Verhalten	mit Mig.-Hintergrund	ohne Mig.-Hintergrund
Ernährung		
nie Frühstück	34%	18%
tägl. o. mehrmals täglich Gemüseverzehr	29%	22%
ein oder mehrmals die Woche Fast-Food	21%	11%

Selbsteinschätzung „Ich bin zu dick“	44%	36%
Diät	19%	12%
Bewegungsverhalten		
Keine körperliche Aktivität/Bewegung	5%	4%
Medienkonsum		
drei oder mehr Std. Fernsehen pro Wochentag	48%	29%
drei oder mehr Std. Computerspiele pro Wochentag	25%	19%
Drogenkonsum		
Rauchen (12 Monats-Prävalenz)	18%	16%
Alkoholkonsum (12 Monats-Prävalenz)	25%	35%
Cannabis-Konsum 15-Jähriger (12 Monats-Prävalenz)	17%	20%

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zeigen gemäß den Befragungsergebnissen bezogen auf die *Ernährung* und *Medienkonsum* ein gesundheitsriskanteres Verhalten als die Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.

Sehr deutlich – zu Ungunsten der befragten Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – sind die Unterschiede beim Frühstücksverhalten, dem Körperselbstbild und bei der Mediennutzung (Computerspiele und Fernsehkonsum).

Beim *Ernährungsverhalten*, das sicherlich durch ethnische und kulturelle Hintergründe geprägt ist, ergibt sich kein einheitliches Bild.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund geben einerseits an, mehr Gemüse zu essen als die Befragten ohne Migrationshintergrund. Andererseits besuchten sie sehr viel häufiger Fast-Food-Restaurants, empfinden sich häufiger als zu dick und machen häufiger eine Diät.

Die Unterschiede beim Körperselbstbild sind wesentlich auf die Angaben der Mädchen zurückzuführen. Mädchen mit Migrationshintergrund fühlen sich häufiger übergewichtig als Mädchen ohne Migrationshintergrund (54 Prozent vs. 43 Prozent) und auch als die Jungen mit Migrationshintergrund.

Eine mögliche Erklärung für die bezogen auf das Körpergewicht kritische Einstufung ist

das kulturspezifisch geprägte Selbstbild (vgl. RKI 2008c, S. 62).

Bezogen auf den *Drogenkonsum* ergibt sich ebenfalls kein einheitliches Muster. Während der Anteil der Raucherinnen und Raucher für die beiden Teilgruppen nahezu gleich ist, geben mehr Befragte ohne Migrationshintergrund an, Alkohol zu konsumieren. Die Ergebnisse zum Alkoholkonsum decken sich mit denen aus der KiGGS-Studie (vgl. RKI 2008c, S. 28).

Zusammengefasst ist für den Bereich Gesundheitsverhalten festzuhalten:

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund verhalten sich in Teilbereichen des Ernährungsverhaltens sowie des Medienkonsums eher gesundheitsriskanter.

Empfehlungen „Migration – Gesundheit“

- ▶ Für die Gesundheitsförderung und die Prävention sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine wichtige Zielgruppe, da sie häufiger von Befindlichkeitsstörungen, psychischen Auffälligkeiten und Verletzungen betroffen sind. Sie zeigen zudem vielfach ein gesundheitsriskanteres Verhalten bezogen auf das Ernährungsverhalten und den Medienkonsum.
- ▶ Die Gesundheitsförderung und die Präventionsstrategien sollten die ethnischen und kulturellen Besonderheiten der Migrantinnen und Migranten berücksichtigen.
- ▶ Die Bewegungsmotivation gezielt zu stärken, auf die Sicherheit beim Fahrradfahren („Helmeinsatz fördern“), auf die Gesundheitsgefahren von häufigem Verzehr von Fast-Food und das Rauchen hinzuweisen sowie den Fernsehkonsum zu verringern, sind konkrete Ansatzpunkte.

Soziale Einbindung und Gesundheit

Die Familie, die Schule und die Gleichaltrigen („Peers“) stellen für Kinder und Jugendliche wichtige Sozialbezüge dar. Zum einen stellen sie notwendige unterstützende Ressourcen bereit, die sich positiv auf die Gesundheit aus-

wirken können. Zum anderen können aus ihnen Belastungssituationen entstehen, die die Gesundheit negativ beeinflussen können.

Während für die 11-jährigen Kinder die Familie noch einen – wenn nicht sogar den wichtigsten – Bezugspunkt darstellt, sind mit zunehmendem Alter für Jugendliche die Sozialbeziehungen zu Gleichaltrigen das Wichtigste.

Jugendliche, die sich von Gleichaltrigen nicht genügend akzeptiert fühlen, fehlt vielfach das nötige Unterstützungspotenzial bei der Bewältigung von Krisen und Problemen. Dies kann sich nachteilig auf das gesundheitliche Wohlbefinden und die gesundheitliche Entwicklung auswirken. Obwohl der Einfluss der Familie, der Eltern mit zunehmendem Alter zugunsten der Peers eher schwindet, wird das Gesundheitsbewusstsein in der Familie gelernt und die Familie auch weiterhin für die emotionale Unterstützung ein bedeutender Faktor sein.

Nachfolgend werden getrennt für die einzelnen Bereiche Familie/Eltern, Schule und Gleichaltrige (Peers)/Freunde sowie bezogen auf einen Gesamtindex zur sozialen Einbindung die jeweiligen Wechselwirkungen zu gesundheitsbezogenen Aspekten dargestellt.

Familie/Eltern

Die Eltern und die Familie spielen für die soziale Einbindung und Unterstützung der Kinder und Jugendlichen und damit auch für deren Gesundheit eine wichtige Rolle.

Zwei Aspekte werden nachfolgend gesondert betrachtet. Zum einen stellt sich die Frage, welchen Einfluss die Familienstruktur auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten hat. Zum anderen interessiert, inwieweit sich die elterliche Unterstützung positiv auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken kann.

Sowohl für den Gesundheitszustand als auch für die Lebenszufriedenheit und den Gesundheitsproblemwert (Index) (vgl. Kap. 7, S. 28) zeigt sich:

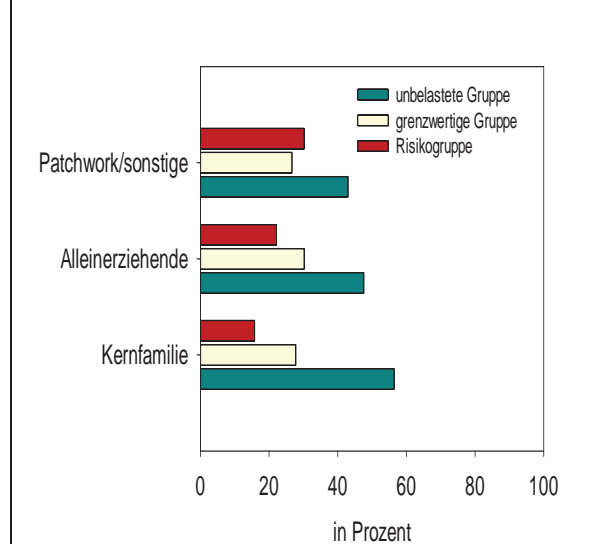
Kernfamilien weisen vergleichsweise günstigere gesundheitsbezogene Merkmale auf.

Familien mit Alleinerziehenden und Patchworkfamilien bzw. andere Familienformen hingegen zeigen schlechtere gesundheitsbezogene Vergleichswerte.

Dies wird beispielsweise u. a. über die Betrachtung des Gesundheitsproblemindex bestätigt.

Als Risikogruppen lassen sich Kinder und Jugendliche aus Patchworkfamilien bzw. sonstige Familienformen zu 30 Prozent, bei den Alleinerzieherfamilien zu 22 Prozent und bei den Kernfamilien nur zu 16 Prozent einstufen (vgl. Abb. 38).

Abb. 38: Familienform und Gesundheitsproblemwertindex



Entsprechend eingeordnet ist der subjektive Gesundheitszustand. Den stufen 17 Prozent aus Patchworkfamilien/sonstigen Familienformen, 15 Prozent aus Alleinerzieherfamilien und 13 Prozent der Kinder und Jugendlichen aus Kernfamilien als eher schlecht/schlecht ein. Analog dazu ist das Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen aus den Patchworkfamilien/sonstigen Familienformen und den Alleinerzieherfamilien riskanter als bei den Befragten aus Kernfamilien.

Kinder und Jugendliche aus Patchworkfamilien bzw. sonstigen Familienformen und Alleinerzieherfamilien rauchen häufiger, trinken vermehrt Alkohol, sehen länger fern und spielen öfter und länger am Computer als diejenigen aus Kernfamilien.

Ein weiterer Faktor für die soziale Einbindung ist die elterliche Unterstützung. Diese wird in der HBSC-Studie im Kontext Schule über das Interesse und die Unterstützung der Eltern, schulische Fragen und Problemen zu lösen, erhoben. Kinder und Jugendliche, die eine bessere elterliche Unterstützung in schulischen Fragen angeben, äußern im Vergleich zu den weniger Unterstützten einen besseren Gesundheitszustand (sehr gut/gut: 87 Prozent vs. 80 Prozent) und eine höhere Lebenszufriedenheit (87 Prozent vs. 72 Prozent)¹⁶.

Deutlich höher ist bei den Kindern und Jugendlichen, die eine geringere elterliche Unterstützung erfahren, auch die Mediennutzung (Fernsehen, Computerspiele) und der Tabak- und Alkoholkonsum (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Elterliche Unterstützung und Gesundheitsverhalten

Verhalten	bessere elterliche Unterstützung	geringere elterliche Unterstützung
drei oder mehr Std. Fernsehkonsum pro Wochentag	35%	43%
tgl. drei oder mehr Std. Computerspielen pro Wochentag	19%	29%
Raucherfahrung	23%	39%
Alkoholrausch	29%	45%

Je höher die emotionale Verankerung bzw. Vernetzung in bzw. mit der Familie, desto besser ist die Einstufung des Gesundheitszustandes und der Lebenszufriedenheit. Dabei handelt es sich um einen linearen Zusammenhang, der über fünf Sachverhalte¹⁷ erfragt wurde und zu einer Fünf-Punkte-Skala zusammengefasst wurde.

Schule

Neben der sozialen und emotionalen Einbindung in die Familie besitzt auch die Akzeptanz der Mitschülerinnen und Mitschüler gemäß Auswertung der Daten einen vergleichsweise deutlichen Einfluss auf die Gesundheit,

¹⁶ Berechnet über Index „elterliche Unterstützung“; vgl. Anhang auf Seite 57.

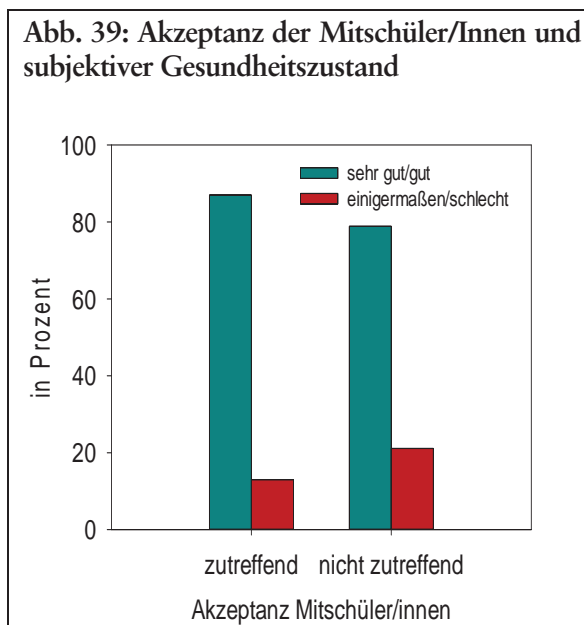
¹⁷ Messbar über Angaben, wie viel Zeit den Kindern und Jugendlichen eingeräumt wird, um mit Eltern oder Stiefeltern Dinge zu besprechen, die ihnen nahe gehen oder ob ihnen bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung genug Zeit gegeben wurde, um Dinge anzusprechen.

die Lebenszufriedenheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen.

87 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die sich von ihren Mitschülerinnen und Mitschülern akzeptiert fühlen, stufen ihre Lebenszufriedenheit als gut bis sehr gut ein. In der Gruppe, die sich nicht so akzeptiert fühlen, sind dies nur 66 Prozent.

Ebenso zeigen sich bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes größere Unterschiede. Während bei den „gut Akzeptierten“ 88 Prozent ihren Gesundheitszustand gut bis sehr gut einordnen, sind dies bei den „weniger Akzeptierten“ nur 79 Prozent (vgl. Abb. 39).

Abb. 39: Akzeptanz der Mitschüler/Innen und subjektiver Gesundheitszustand



Diese Wechselwirkungen zeigen sich auch bezogen auf die Bewertung der Klassengemeinschaft. Sofern diese positiv eingestuft wird, werden auch die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit deutlich besser bewertet.

Eine positive Bewertung der Klassengemeinschaft und die Akzeptanz durch Mitschülerinnen und Mitschüler fördern die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit.

Zudem verhalten sich die Kinder und Jugendlichen, die ihre Klassengemeinschaft positiv einstufen, weniger gesundheitsriskant als diejenigen, die diese eher negativ einschätzen.

Für alle betrachteten Bereiche wie Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Mediennut-

zung sowie Drogenerfahrungen ergeben die Datenauswertungen ein gesundheitsriskanteres Verhalten der Kinder und Jugendlichen, die ihre Klassengemeinschaft eher negativ bewerten.

Freundschaften und Gleichaltrige („Peers“)

Die Peers – Gleichaltrige, Freunde und Cliques – sind neben der Familie und der Schule die dritte entscheidende und prägende Sozialisationsgröße für Kinder und Jugendliche.

Die Tatsache, dass Peers mittlerweile in verschiedensten Bereichen – u. a. in der Suchtprävention – eingesetzt werden, um gezielt Aufklärung und Prävention für Gleichaltrige zu leisten, verdeutlicht die anerkannte Bedeutung und den Einfluss, den Gleichaltrige auf Kinder und Jugendliche haben.

Über die HBSC-Studie lassen sich sowohl Angaben zur Quantität als auch zur Qualität der Freundschaften ermitteln. So wurden die Kinder und Jugendlichen befragt, wie viele enge Freunde gleichen und anderen Geschlechts sie haben und ob sie Dinge, die ihnen nahe gehen, mit diesen besprechen können.

Kinder und Jugendliche, die eine enge Vernetzung zu Freundinnen/Freunden haben – mehr als vier Freunde beiderseitigen Geschlechts und gute Möglichkeiten mit Freundinnen/Freunden über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen – sind körperlich häufiger aktiv als die schlechter vernetzten Kinder und Jugendlichen (43 Prozent vs. 36 Prozent).

Auf der anderen Seite berichten die besser im Freundeskreis vernetzten Kinder und Jugendlichen zu einem größeren Anteil schon Rauch- und Trunkenheitserfahrungen.

Kinder und Jugendliche, die mehr Freundinnen/Freunde haben und enger über Freundschaften vernetzt sind, sind zwar häufiger körperlich aktiv, haben jedoch verstärkt Raucherfahrungen und waren öfter in den letzten 12 Monaten vor der Befragung betrunken.

Leicht schlechter zeigt sich auch die Ernährungsqualität der besser mit dem Freundeskreis verbundenen und integrierten Kinder und Jugendlichen.

Bezogen auf die Lebenszufriedenheit und den Gesundheitszustand zeigen die Datenauswertungen keine größeren Unterschiede. Diese Tatsache kann darauf hindeuten, dass durch den verstärkten Einfluss der Peer-Groups andere positive Einflüsse wie das Familiennetz und die empfundene Akzeptanz in der Schule in Teilbereichen möglicherweise negativ überlagert werden.

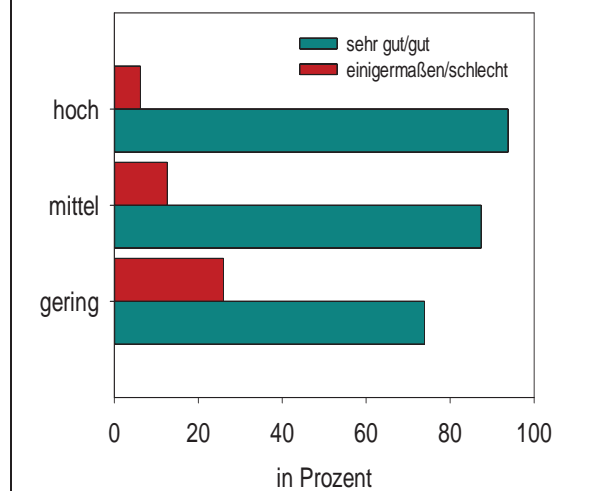
Vor diesem Hintergrund macht es durchaus Sinn, all die betroffenen Teilbereiche (Familie, Schule, Peers) einmal in einer übergreifenden Gesamtschau zusammengefasst zu betrachten.

Gesamtbetrachtung „Soziale Vernetzung“ und Gesundheit

Um den Faktor soziale Einbettung oder Integration übergreifend in Form einer Gesamtschau zu beurteilen, wurde ein Index gebildet, der sich aus den Bereichen Familie, Schule und Peers zusammensetzt¹⁸ und als soziale Vernetzung bezeichnet wird.

Nach Auswertung der Daten unter Anwendung dieses Indexes zeigt sich: Die Kinder und Jugendlichen, die besser sozial vernetzt sind, ordnen ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als gut oder sehr gut ein (94 Prozent vs. 74 Prozent bei den geringer Vernetzten) (vgl. Abb. 40).

Abb. 40: Soziale Vernetzung (Index) und Gesundheit



¹⁸ Die genauere Beschreibung findet sich im Anhang auf Seite 58.

Empfehlungen „Soziale Vernetzung“

- ▶ Die Quantität und die Qualität der sozialen Einbindung der Kinder und Jugendlichen in der Familie, der Schule und im Freundeskreis spielen für die Gesundheit eine erhebliche Rolle. Bei den älteren befragten Jugendlichen wird der Einfluss der Gleichaltrigen („Peers“) im Vergleich zum elterlichen Einfluss größer. An dieser Schnittstelle sind geeignete Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien, insbesondere für die Jugendlichen mit einem geringeren Familienwohlstand und den sozial schlechter Gestellten, zu entwickeln.
- ▶ Die Akzeptanz der Mitschülerinnen und Mitschüler trägt einen erheblichen Anteil zur Lebenszufriedenheit und einem positiven Gesundheitszustand bei. Lehrerinnen und Lehrer, Eltern, Mitschülerinnen und Mitschüler sollten sensibilisiert werden, Signale betroffener Schülerinnen und Schüler wahrzunehmen und mögliche Hilfen kennen und einleiten zu können.
- ▶ Für die Suchtprävention sollten funktionierende, erfolgreiche Ansätze (u. a. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]), die Peers einbeziehen, angewandt und bedarfsorientiert weiter entwickelt werden. Entsprechende Angebote bietet das Suchtpräventionszentrum (SPZ). Siehe www.li.hamburg.de/angebote-fuer-schulklassen.

Soziale Lage und Gesundheit

Es gibt zahlreiche Studien und Untersuchungen, die den Einfluss der sozialen Herkunft auf das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Entwicklung Kinder und Jugendlicher bestätigen. Kinder und Jugendliche aus sozial schlechter gestellten Familien verhalten sich danach gesundheitsriskanter und haben häufiger gesundheitsbezogene Beschwerden und Einschränkungen.

Um gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen, ist es wichtig, Erkenntnisse zu gewinnen, ob und inwieweit Kinder und Jugendliche ihre Gesundheitspotenziale auch unter erschwerten sozialen Lagen ausschöpfen können

und wie sich die Wechselwirkungen der sozialen Lagen zu gesundheitlichen Einschränkungen und zum Gesundheitsverhalten darstellen.

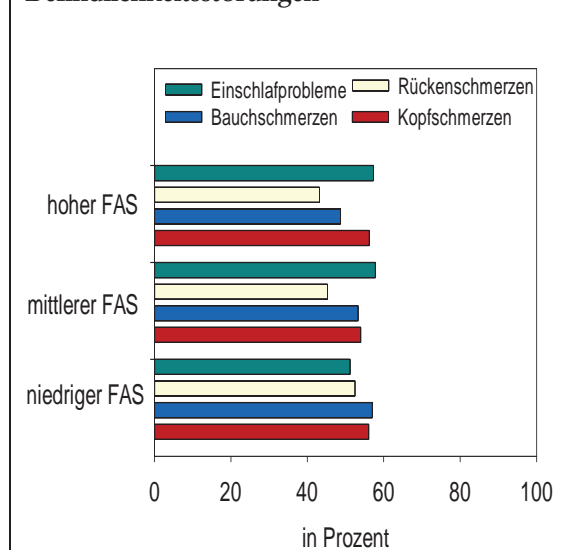
Für die Bestimmung der sozialen Lage wurde vom HBSC-Konsortium die sogenannte Family-Affluence-Scale (FAS) gebildet¹⁹. Für diesen Index werden die Antwortkategorien der zu der Anzahl der Autos in der Familie, zum eigenen Zimmer des befragten Kindes oder Jugendlichen und zu durchgeführten Urlauben der Familie in den letzten 12 Monaten nach einem Punktesystem zusammengefasst. Über diese Methode wird dann der familiäre Wohlstand des Kindes eingestuft. Dieser ist eine gute Näherung für den sozioökonomischen Status der Befragten und deren Familien.

In Bezug auf gesundheitliche Aspekte zeigen sich deutliche Einflüsse des FAS:

Kinder und Jugendliche mit niedrigerem Familienwohlstand (FAS) geben häufiger an, im letzten halben Jahr vor der Befragung von Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen betroffen gewesen zu sein als diejenigen mit hohem FAS.

Von Einschlafproblemen hingegen sind eher Kinder und Jugendliche mit einem hohen FAS betroffen (vgl. Abb. 41).

Abb. 41: Soziale Lage (FAS) und ausgewählte Befindlichkeitsstörungen



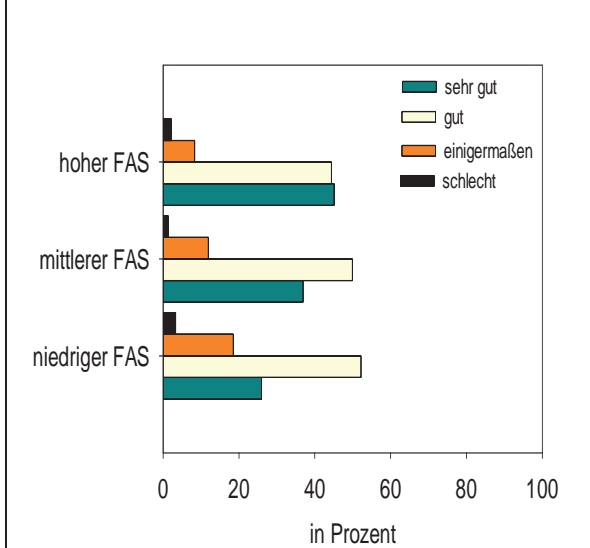
¹⁹ Die genauere Beschreibung findet sich im Anhang auf Seite 58.

Für die psychische Gesundheit zeigen sich verstärkt Auffälligkeiten in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit geringerem FAS (grenzwertig oder auffällig: 25 Prozent mit geringerem vs. zwölf Prozent mit hohem FAS).

Kinder und Jugendliche mit einem niedrigerem Familienwohlstand haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, psychische Auffälligkeiten zu zeigen als Kinder und Jugendliche mit höherem Familienwohlstand.

Die vergleichsweise schlechteren Einstufungen in den einzelnen gesundheitsbezogenen Befindlichkeitsbereichen und die höheren Skalenwerte bei den psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit niedrigerem FAS spiegeln sich auch in der Einstufung der Lebenszufriedenheit und des Gesundheitszustandes wider. Ein niedrigerer FAS ist gemäß vorliegender Datenlage mit schlechterer Einschätzung der Lebenszufriedenheit (positiver: 78 Prozent bei niedrigem FAS vs. 90 Prozent bei hohem FAS) und des Gesundheitszustandes gekoppelt (vgl. Abb. 42).

Abb. 42: Soziale Lage (FAS) und subjektiver Gesundheitszustand



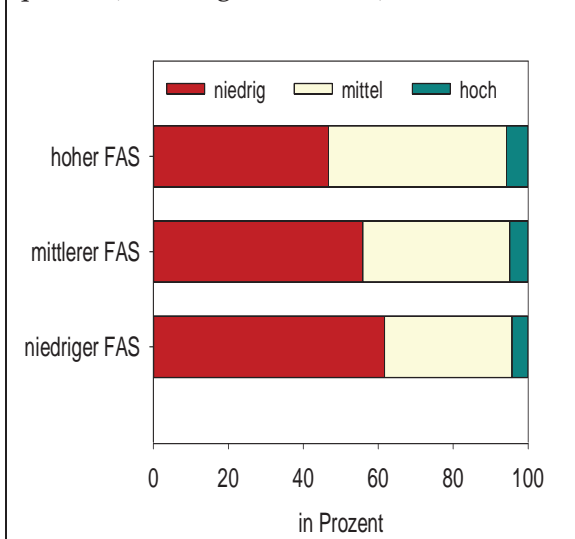
Zeigen sich diese Wechselwirkungen auch beim Gesundheitsverhalten? Bezogen auf das *Bewegungs- und Ernährungsverhalten* ist das Gesundheitsbewusstsein der Kinder und Jugendlichen mit hohem FAS ausgeprägter als bei denjenigen mit niedrigerem FAS. Sie sind körperlich aktiver (drei bis sieben Tage in der Woche: 84 Prozent vs. 71 Prozent) und ernähren sich vergleichsweise gesünder. Dies zeigt

sich z. B. an besserem Frühstücksverhalten (jeden Schultag: 71 Prozent vs. 49 Prozent) und geringerem Verzehr von Fast-Food (zwei bis fünf Mal die Woche: fünf Prozent vs. neun Prozent). Ebenso zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen mit höherem FAS ein häufigerer Verzehr von Obst und Gemüse (Differenz ca. 15 Prozentpunkte im Vergleich zur Gruppe mit niedrigerem FAS).

Die gesündere Ernährung bei höherem FAS spiegelt sich auch im Ernährungsindex wider. Dieser veranschaulicht die höheren Anteile der Kinder und Jugendlichen mit mittel oder hoch eingestufte Ernährungsqualität in der Gruppe mit hohem FAS (vgl. Abb. 43).

Kinder und Jugendliche mit einem schlechterem Familienwohlstand ernähren sich schlechter als die mit höheren Familienwohlstand.

Abb. 43: Soziale Lage (FAS) und Ernährungsqualität (Index; vgl. auch S. 31)



Bei der *Mediennutzung* ergibt sich ein eher uneinheitliches Bild. Unabhängig von der sozialen Lage besitzen Fernsehen und Computerspiele eine hohe Bedeutung für die Freizeitgestaltung Kinder und Jugendlicher.

Eine Differenzierung der Medienausstattung zeigt sich bei der Betrachtung des Bildungsgrades. So sind Fernseher, Spielkonsolen, DVD-Rekorder und DVD-Player häufiger bei Kindern und Jugendlichen mit geringerem Bildungshintergrund zu finden (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2010).

Ein hoher Fernsehkonsum und zeitintensiveres Spielen am Computer ist jedoch eher in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit niedrigerem FAS anzutreffen.

Auch für das *Suchtverhalten* zeigen die Daten kein einheitliches Muster. Während Probiererfahrung bezogen auf das Rauchen (Lebenszeitprävalenz) vergleichsweise häufiger in der Gruppe mit niedrigerem FAS angegeben wird (29 Prozent vs. 21 Prozent), zeigt sich für den Alkoholkonsum eine höhere Konsumerfahrung bei den Befragten mit hohem FAS.

Bewertungen und Empfehlungen „Gesundheitliche Ungleichheit“

- ▶ Gemäß des Hamburger Gesundheitsdienstgesetzes (GDG; §2, Abs. 2) sollten Strategien entwickelt werden, die auf „die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter, besonders belasteter oder schutzbedürftiger Bürgerinnen und Bürger sowie die Förderung und der Schutz der Gesundheit von Kindern [...]“ abzielen.
- ▶ Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit geringerem Wohlstand sind die Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens, die Entwicklung von Strategien zur Bewegungsförderung, Verringerung exzessiven Medienkonsums sowie gezielte Suchtprävention.
- ▶ Sozial benachteiligte Eltern müssen über Elternbildungsprogramme, die die Verbesserung der Gesundheit als Ziel haben, besser erreicht werden.



© Robert Babiak / www.pixelio.de

10. Bilanz und Fazit

Der vorliegende Bericht beschreibt zahlreiche gesundheitsbezogene Sachverhalte Kinder und Jugendlicher in den jeweiligen Wechselwirkungen zu Lebenslagen und sozialen Einflussfaktoren. Über die vielfältigen Verknüpfungen sowie die Stärke der Wechselwirkungen lassen sich in diesem Rahmen nur begrenzt Aussagen treffen. Hierzu bedarf es weiterer Auswertungen, – auch multivariater Art – um zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen. Der Datensatz der HBSC-Studie bietet dazu ausreichend Möglichkeiten.

Trotz dieser Beschränkungen liefert dieser, auf beschreibende Auswertungen basierende Bericht Erkenntnisse, die im Sinne einer wirksamen Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendlichen genutzt werden können.

Eine erste Erkenntnis lautet: Die Rahmenbedingungen des Aufwachsens haben sich zweifelsfrei geändert. Dies zeigen auch die vorliegenden Ergebnisse. Hierzu gehören u. a.:

- Bei den 11 bis 15-Jährigen ist der Anteil von Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erheblich gestiegen. Die Schulbildung ist insgesamt höher, Medien und auch Konsummöglichkeiten üben einen starken Einfluss aus. Die klassische Kernfamilie ist zwar noch mehrheitlich die Erziehungsinstanz, jedoch ist die wachsende Bedeutung von Alleinerziehenden oder Patchworkfamilien mittlerweile gesellschaftliche Realität.
- Von den vielfältigen Konsummöglichkeiten profitieren aber nicht alle Kinder und Jugendlichen. Geringerer Familienwohlstand ist vielfach verknüpft mit gesundheitsriskanterem Verhalten, mit geringerer Lebenszufriedenheit und schlechterem Gesundheitszustand.

Übergreifend bilanzierend vermitteln die Daten jedoch ein durchaus positives Bild der Lebenssituation und der Gesundheit der Hamburger Kinder und Jugendlichen. Ein Großteil stuft die Lebenszufriedenheit und den eigenen Gesundheitszustand sehr gut oder gut ein (vgl. Kap. 6, S. 21f.).

Obwohl schwerwiegende Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen eher selten sind,

gibt es doch einige gesundheitliche Beschwerden bzw. Einschränkungen und Verhaltensweisen, die die aktuelle Lebenssituation negativ beeinflussen und die weitere Entwicklung betroffener Kinder und Jugendlichen gefährden können.

Über die Befragungsergebnisse lassen sich nachfolgende wesentliche gesundheitsbezogene Problembereiche ermitteln:

- Die Hälfte aller befragten Kinder und Jugendlichen leiden unter *Schmerzen*. Kopf- und Bauchschmerzen, von denen insbesondere Mädchen betroffen sind, sind am häufigsten (vgl. Kap. 7, S. 22).
- Von den *chronischen Erkrankungen* werden *Allergien* mit Abstand am häufigsten genannt (vgl. Kap. 7, S. 22f.).
- Ein nicht geringer Teil der Kinder und Jugendlichen äußert *Probleme beim Einschlafen*. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen (vgl. Kap. 7, S. 23).
- Bei etwa jedem/r fünften Befragten gibt es Hinweise auf *psychische Auffälligkeiten*. Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität sind dabei die häufigsten Symptome (vgl. Kap. 7, S. 25).
- 13 Prozent der Jungen und acht Prozent der Mädchen hatten im Jahr vor der Befragung drei oder mehr *Verletzungen*. Häufig sind Sport- und Freizeitunfälle die Ursache. Mit zunehmendem Alter nehmen Verletzungen als Folge von körperlichen Auseinandersetzungen an Bedeutung zu (vgl. Kap. 7, S. 26ff.).

Weitere Orientierungspunkte für gezielte Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention ergeben sich aus Erkenntnissen der Befragung zum Gesundheitsverhalten.

- Die *Ernährungssituation* der Kinder und Jugendlichen ist in Teilen verbesserungswürdig. Dies betrifft vor das Frühstücksverhalten (jede/r dritte befragte 15-Jährige frühstückt wochentags gar nicht), den Obst- und Gemüsekonsum oder den häufigen Fast-Food-Verzehr. Der positive Einfluss der Eltern auf das Ernährungsverhalten schwächt sich mit zunehmendem Alter ab (vgl. Kap. 8, S. 29ff.).
- *Bewegungsverhalten*: Nur 21 Prozent der Jungen und 14 Prozent der Mädchen sind – wie empfohlen – mindestens eine Stunde

täglich körperlich aktiv (vgl. Kap. 8, S. 33f.).

- **Mediennutzung:** Zahlreiche der befragten Kinder und Jugendlichen verbringen wochentags mehr als drei Stunden vor dem Fernseher oder vor dem Computer (u. a. mit Computerspielen) (vgl. Kap. 8, S. 35ff.).
- **Suchtverhalten:** Jede/r zehnte befragte 15-Jährige berichtet täglich zu rauchen, 65 Prozent der Befragten dieser Altersgruppe hat angegeben, in dem vergangenen Jahr (vor der Befragung) mindestens ein Mal Alkohol getrunken zu haben. Und zwölf Prozent geben an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben – Jungen häufiger als Mädchen (vgl. Kap. 8, S. 37ff.)
- **Passivrauchen:** Jede/r vierte Befragte hält sich täglich oder mehrmals in der Woche in Räumen auf, in denen geraucht wird (vgl. Kap. 8, S. 38).

Deutlich wird auch, dass es soziale Rahmenbedingungen gibt, die gesundheitsfördernd wirken. Dazu gehören:

- Die Rahmenbedingungen in **Kernfamilien** haben eher stabilisierende Effekte auf die Gesundheit und positive Einflüsse auf gesundheitsförderndes Verhalten.
- Eine gute **Klassengemeinschaft** sowie die Akzeptanz der Mitschülerinnen und Mitschüler wirken sich stärkend und positiv auf die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit aus.
- **Freundschaften und Gleichaltrige** (Peers) können – je nach Qualität und Zusammensetzung – einerseits zur emotionalen Stabilität sowie zur Entwicklung von Sozialkompetenz beitragen und die Gesundheit fördern (z. B. Bewegungsverhalten), können andererseits aber auch zu gesundheitsriskanterem Verhalten (z. B. beim Suchtverhalten) führen.

Strategische Ansätze und bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung

Über die sich aus einzelnen Verhaltens- und Problemlagen ableitbaren Handlungsansätze hinaus, vermitteln die vorliegenden Befragungsergebnisse übergreifende Strategieansätze, die bei weiteren Überlegungen zur Förderung der Gesundheit 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher einbezogen werden sollten:

- Gesundheitsriskantes Verhalten und gesundheitliche Einschränkungen sind bei den 11-jährigen Kindern vergleichsweise weniger anzutreffen als bei den 15-jährigen Jugendlichen. Diese Tatsache spricht für die Notwendigkeit frühzeitig einsetzender Gesundheitsförderung und Prävention. Bei den Jugendlichen können in Teilen schon Maßnahmen der Sekundärprävention wie Ernährungsberatung oder auch Tabakentwöhnung sinnvoll sein.
- Besonders vulnerable Zielgruppen sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie aus ressourcenschwächeren und bildungsferneren Familien, da diese häufiger gesundheitsriskanter leben und verstärkt von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.
- Familie, Schule und Peers haben in Wechselwirkung erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Für die Stärkung der Lebens- und Gesundheitskompetenzen sollten somit nicht nur einzelne Ansätze verfolgt werden, sondern auch übergreifende Ansätze zur Verbesserung der Problemlösefähigkeiten, der Stärkung des Selbstbewusstseins und der sozialen Kompetenz berücksichtigt werden.
- Wegen des in Teilen sehr unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens bei Mädchen und Jungen und der entsprechenden Folgen sollte bei den Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen Wert auf geschlechtersensitive Planung und Durchführung geachtet werden.

Konkrete Ansatzpunkte ergeben sich über den „Pakt für Prävention“, dessen Akteure ein Rahmenprogramm für das Ziel „Gesund aufwachsen in Hamburg!“ erarbeitet haben. Auch der von der BZgA koordinierte Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ findet in diesem Prozess Berücksichtigung.

Positiv hervorzuheben sind auch die schon vielfältig bestehenden Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention der Hamburger Schulen. Das Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung informiert im Internet unter www.li.hamburg.de/gesundheit über Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention. Hierzu gehören: Persönlichkeits- und Be-

wegungsförderung, Ernährungsbildung, Hygieneerziehung, Infektionsschutz sowie Lärmprävention und Sicherheitserziehung.

Der Bildungs- und Erziehungsauftrag der Grundschule bezieht auch die Gesundheit deutlich mit ein. In diesem Feld wirkt auch der Pakt für Prävention unterstützend, indem u. a. Ziele und Maßnahmen für die Entwicklung hin zu gesundheitsförderlichen Schulen entwickelt wurden.

Auch in den Hamburger Bezirksämtern werden Angebote zur Förderung und Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vorgehalten. Beispielhaft zu nennen sind die Jugendpsychiatrischen Dienste, die Schulkindern, Jugendlichen sowie deren Eltern und Bezugspersonen u. a. zu seelischen Problemen und psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter beraten und Hilfen anbieten.

Bilanzierend lässt sich sagen: Es gibt auch für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 15 Jahren bereits zahlreiche wirksame Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention. Vielfach fehlt es noch an der nötigen Vernetzung und Kooperation der Angebote und der Anbieter. Dieses Ziel soll in gemeinsamen Anstrengungen der Bündnispartner im „Pakt für Prävention“ erreicht werden.



© S. Hofschlaeger / www.pixelio.de


Anhang

A) Anmerkungen zu Berechnungen:

Bei den aufgezeigten Prozentzahlen im Text wurde aus Gründen der Lesbarkeit und verzichtbarer Präzision auf die Angabe der Nachkommastellen verzichtet. Es wurde entsprechend auf- und abgerundet.

Die statistischen Berechnungen, die sich auf die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen beziehen, erfolgten mittels einer Altersgewichtung, um eine Gleichverteilung für die jeweiligen Altersgruppen zu gewährleisten. Der Gewichtungsfaktor ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen:

Alter	Soll	Ist	Gewichtungsfaktor
11	250	499	0,50
12	250	331	0,76
13	250	334	0,75
14	250	258	0,97
15	250	272	0,92

Teilweise werden – sofern sich größere, berichtenswerte Unterschiede zeigten – Ergebnisse aus der HBSC-Befragung 2006 dargestellt. Diese sind grau schattiert hinterlegt und mit dem Symbol  gekennzeichnet.

B) Verwendete Indices

Im Folgenden werden die in diesem Bericht verwendeten Indices beschrieben:

Psychosomatische Beschwerden

Der HBSC-Fragebogen enthält acht Fragen zu ausgewählten Beschwerden, die in den letzten sechs Monaten bei den Befragten Schülerinnen und Schülern aufgetreten sein können.

Die erfassten Befindlichkeitsstörungen bzw. Beschwerden sind Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Einschlafprobleme und Benommenheit.

Die Intervalle des Auftretens dieser Beschwerden wurden in fünf Kategorien (fast täglich, mehrmals pro Woche, fast jede Woche, ca. ein Mal im Monat, selten oder nie) eingeteilt²⁰. Traten mehr als zwei Beschwerden „fast täglich“ oder „mehrmals pro Woche“

auf, wurden diese Kinder und Jugendlichen einer Gruppe mit regelmäßigen wiederholten psychosomatischen Beschwerden zugeordnet²¹.

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)^{22,23}

Der SDQ ist ein Instrument, mit dem psychosoziale Stärken und Schwächen von Kindern und Jugendlichen ermittelt und eingestuft werden können.

Er setzt sich aus 25 Fragen zusammen, die die Bereiche emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten abdecken.

Um einen SDQ-Gesamtproblemwert zu ermitteln, werden die Punktwerte der vier Problembereiche (emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen) aufaddiert.

Liegen die erreichten Punkte zwischen null und 15, stellt sich das Ergebnis des SDQ als normal dar. Bei 16 bis 19 Punkten wird von einem grenzwertigen SDQ-Gesamtproblemwert gesprochen. Über 19 Punkte lassen auf einen auffälligen SDQ-Gesamtproblemwert schließen.

Gesundheitsproblemwert

Zur Verknüpfung der unterschiedlichen gesundheitlichen Problembereiche und der Abbildung einer Risikogruppe innerhalb der befragten Kinder und Jugendlichen wurde ein Index gebildet. Dieser Index schließt die gesundheitliche Selbsteinschätzung, das Vorhandensein sich regelmäßig wiederholender psychosomatischer Beschwerden, chronische Erkrankungen oder Behinderungen und einen grenzwertigen oder auffälligen Gesundheitsproblemwert ein.

Der Gesundheitsproblemwert betrachtet nur die Parameter, aus denen sich direkt gesundheitliche Probleme oder Auffälligkeiten ablesen lassen.

Der Index setzt sich aus einer Addition der einzelnen gesundheitlichen Problembereiche

²⁰ Haugland et al. 2000.

²¹ Ravens-Sieberer et al. 2008: S. 12.

²² Goodman 1997: S. 581-586.

²³ www.sdqinfo.org

zusammen. Insgesamt können vier Punkte erreicht werden. Bei einem Punkt liegt eine grenzwertige Belastung vor. Bei mehr als einem Punkt wird die befragte Schülerin/der befragte Schüler der Risikogruppe zugeteilt.

Ernährungsindex/ Ernährungsqualität

Um sich ein Bild über die Ernährungsgewohnheiten und Ernährungsqualität der befragten Kinder und Jugendlichen zu machen, wurden sie nach der Häufigkeit des Verzehrs verschiedener Nahrungsmittel und der Regelmäßigkeit der Einnahme von Mahlzeiten befragt. Zudem wurden bestimmte Ernährungsgewohnheiten wie der Besuch von Fast-Food-Restaurants, die Anzahl warmer Speisen und Ähnliches erhoben.

Zur Bildung eines Ernährungsindex wurden Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung²⁴ und des aid Infodienstes²⁵ herangezogen. Insgesamt setzt sich der Index aus sechs Variablen zusammen. Für eine gute Ernährung einzustufende Ausprägungen der Variablen wurde jeweils ein Punkt vergeben. Dies gilt für die erwünschten Fälle, dass die befragten Kinder und Jugendlichen an fünf Schultagen in der Woche frühstückten, sie mehr als vier Portionen Obst oder Gemüse am Tag konsumierten, sie mindestens zwei Portionen Milchprodukte pro Tag oder eine Portion Schwarz- oder Vollkornbrot pro Tag zu sich nahmen. Auch der Verzehr von einer Portion Fisch pro Woche sowie maximal einem Besuch eines Fast-Food-Restaurants pro Monat wurde jeweils mit einem Punkt eingerechnet.

Wurden zwei oder weniger Punkte durch das Aufaddieren der einzelnen Variablen erzielt, wird dies als geringe Ernährungsqualität eingestuft. Drei bis vier Punkte bedeutet eine mittlere Ernährungsqualität. Fünf bis sechs Punkte steht für eine hohe Ernährungsqualität²⁶.

Risiko-Verhaltens-Index

Die Grundlage des Risiko-Verhaltens-Index bildet der „Multiple Risk Behavior Score“ von Pickett et al.²⁷. Der Risiko-Verhaltens-Index

fasst isolierte Risikoverhaltensweisen zusammen und erlaubt damit, die Identifizierung einer Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die ein erhöhtes Risiko-Verhalten aufweisen.

Insgesamt wurden elf Variablen aus dem HBSC-Datensatz berücksichtigt. Diese wurden zu den sechs Bereichen Zigarettenkonsum, Trunkenheit, schlechte Ernährungsgewohnheiten (Süßigkeiten, Cola/Limonaden, Pommes und Chips), Obst- und Gemüsekonsum, das Ausmaß der körperlichen Aktivität sowie der Umfang der täglichen Mediennutzung (Fernseh schauen und Nutzung von PC-Spielen) verdichtet.

Für jeden der sechs Bereiche wurde immer dann ein Punkt vergeben, wenn ein auffälliges Risikoverhalten vorlag.

Von einem Risikoverhalten wurde ausgegangen, wenn

- täglich oder ein Mal pro Woche Zigaretten geraucht wurden,
- der Befragte ein Mal oder häufiger betrunken gewesen ist,
- die befragte Schülerin oder der befragte Schüler mindestens ein Mal pro Tag Süßigkeiten und Cola/Limonade und ein Mal Pommes oder Chips zu sich genommen hat,
- weniger als eine Portion Obst- und Gemüse pro Tag verzerrt wurde,
- die Kinder oder Jugendlichen in der letzten Woche nur an zwei oder weniger Tagen für 60 Minuten körperlich aktiv gewesen sind.
- eine tägliche Mediennutzung von sechs und mehr Stunden angegeben wurde.

Durch Aufsummieren der einzelnen Punkte wurde der Risiko-Verhaltens-Index gebildet. Liegt die Summe der auffälligen Risikoverhaltensweisen bei drei oder darüber erfolgte die Eingruppierung der befragten Kinder und Jugendlichen in die Risikogruppe.

Elterliche Unterstützung²⁸

Zur Ermittlung der elterlichen Unterstützung in schulischen Angelegenheiten wurden die nachfolgenden fünf Bereiche in einem Index zusammengefasst:

²⁴ www.dge.de/pdf/10-Regeln-der-DGE.pdf

²⁵ www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungspyramide.php

²⁶ vgl. Ravens-Sieberer 2008: S. 14.

²⁷ Pickett, W et al. 2002.

²⁸ vgl. Ravens-Sieberer et al. 2008: S.13.

- die Bereitschaft der Eltern, bei schulischen Problemen ihren Kinder zu helfen,
- die Neigung der Eltern zu Gesprächen mit Lehrkräften in die Schule zu kommen,
- die Fähigkeit der Eltern, die Schülerinnen/Schüler zu guten schulischen Leistungen zu motivieren,
- das Interesse der Eltern am Wohlergehen ihrer Kinder in der Schule und
- die Bereitschaft der Eltern ihren Kindern bei den Hausaufgaben zu helfen.

Wurde bei mindestens zwei der fünf Fragen eine neutrale („weder/noch“) oder negative Antwort („stimmt nicht“, „stimmt überhaupt nicht“) gegeben, wurden die befragten Kinder oder Jugendlichen der Gruppe mit einer geringen elterlichen Unterstützung zugeordnet.

Soziale Vernetzung

Die soziale Vernetzung in Schule, Familie oder Freundeskreis kann sich positiv auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand auswirken und somit ein Korrektiv zur sozialen Ungleichheit darstellen.

Um die Integration der Kinder und Jugendlichen in der *Schule* zu bestimmen, wurden fünf Fragen herangezogen, die Aufschluss über das Verhalten untereinander, die Bewertung der Lehrerinnen und Lehrern sowie die Einstellung zur Schule vermitteln. Insgesamt konnten bis zu fünf Punkte erreicht werden.

Um Erkenntnisse über die Einbindung des Befragten innerhalb der *Familie* zu gewinnen, wurden Fragen ausgewertet, die das Verhältnis zwischen Elternteilen und Geschwistern und dem Befragten widerspiegeln. Die Möglichkeit mit Vater/Stiefvater, Mutter/Stiefmutter oder älterer Schwester/Bruder über Dinge zu sprechen, die der befragten Schülerin/dem befragten Schüler besonders nahe gehen, die Möglichkeit innerhalb der letzten Woche überhaupt mit den Eltern sprechen zu können und die Frage, ob die Eltern genügend Zeit für ihre Kinder aufbringen konnten, wurden jeweils mit einem Punkt bewertet, so dass insgesamt max. fünf Punkte im Bereich der familiären Vernetzung erzielt werden konnten.

Die Stärke der Einbettung in den *Freundeskreis* wurde durch vier Fragen nachvollzogen. Die Fragen bilden das Gesprächsverhalten zu

den besten Freund oder Freundin, Freunde gleichen Geschlechts oder anderen Geschlechts ab. Insgesamt wurden drei Punkte vergeben. Die Anzahl der engen Freunde beiderlei Geschlechts wurde mit maximal zwei Punkten bewertet. Es konnten somit insgesamt fünf Punkte erzielt werden.

Die jeweiligen Punkte aus den o. g. einzelnen Bereichen wurden aufsummiert. Für einen Vergleich wurden diejenigen 20 Prozent der Befragten Kinder und Jugendlichen zusammengefasst, die die geringste Anzahl an Punkten und somit eine niedrige soziale Vernetzung aufweisen und die 20 Prozent der Schülerinnen und Schüler, die die höchste Anzahl an Punkten auf sich vereinen konnten und demnach eine hohe soziale Vernetzung aufweisen.

FAS (Family Affluence Scale)

Zum Erfassen des sozioökonomischen Status von Kindern und Jugendlichen wird ein Index verwendet, der den Familienwohlstand abbildet (FAS – Family Affluence Scale). Hierüber lässt sich näherungsweise die soziale Lage abbilden^{29,30}.

Für den Index wurden folgende Antwortkategorien herangezogen:

- Anzahl der Autos der Familie,
- eigenes Zimmer des befragten Kindes oder Jugendlichen,
- Familienurlaub in den letzten zwölf Monaten.

Da der Besitz von Computern aktuell mit Bezug auf die soziale Lage kein treffliches Unterscheidungsmerkmal mehr darstellt (fast jeder Haushalt besitzt mindestens einen Computer), wurde von der ursprünglichen FAS-Indexberechnung (inkl. Computervariable) abgewichen und stattdessen ein „FAS-Index ohne Computer“ gewählt.

Zur Berechnung des FAS werden für die entsprechenden Antwortkategorien zwischen null und zwei Punkte vergeben, die anschließend aufaddiert werden (Spanne 0-5 Punkte). Erreichte die/der Befragte zwischen null und

²⁹ HBSC-Briefing Paper 11: „Family affluence and health among schoolchildren“, University of Edinburgh, March 2007.

³⁰ Ravens-Sieberer et al. 2008: S. 11.

zwei Punkten wird von einem geringen familiären Wohlstand (FAS-1) ausgegangen. Bei drei oder vier Punkten erfolgt die Einteilung zu einem mittleren familiären Wohlstand (FAS-2). Bei über vier Punkten wird ein hoher familiärer Wohlstand (FAS-3) angenommen.

C) Danksagungen

Ein besonderer Dank für die kritische Durchsicht und Würdigung von Kapitelentwürfen gebührt Frau Martina Abel, Frau Silke Bornhöft, Frau Dr. Claudia Lampert, Herrn Dr. Gunnar Liedtke, Frau Beate Proll und für die wissenschaftliche Begleitung sowie sonstige Beratung und Unterstützung Frau Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer und Frau Veronika Ottova.



© Günter Havlena / www.pixelio.de

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Barkmann C, Bettge, S, Ravens-Sieberer U, Schulte-Markwort M 2002: Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 2002: Gesundheitswesen 2002. 64 Sonderheft 1: S. 88-94.
- Baumgärtner T 2009: Der jugendliche Umgang mit Glücksspielen, Computerspielen und Suchtmitteln. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009.
- Becker U 2002: Die Ergebnisse der WHO-Gesundheitsstudie 2002 in Hessen. Health Behaviour in school-aged children - HBSC. Fachhochschule Frankfurt am Main.
- Bilz L, Melzer W 2010: Schülergesundheit in Thüringen 2010. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie und Perspektiven der schulischen Gesundheitsförderung im Freistaat Thüringen. Dresden.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) 2007: Kindergesundheits in Hamburg. Hamburg.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) 2010: Rund um Schwangerschaft und Geburt. Hamburg.
- Branik E 2011: Ansprache bei Einweihung der Außenstelle der kjp. Institutsambulanz im Osdorfer Born. Konzept und Perspektive.
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder 2007: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland. Grundlagen und strategische Ziele. Bonn.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2001: Gesundheit für Kinder und Jugendliche / Hrsg.: Heike Ettischer; Stand: Februar 1998. 2. Auflage. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)/Hrsg. Bartsch S 2008: Jugendeskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2009: Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Eine Studie im Auftrag des Bundesverbandes pro Familia gefördert durch die BZgA. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2010: Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14-17-Jährigen und ihren Eltern. – Aktueller Schwerpunkt Migration. Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung. Köln.
- Currie C, Samdal O, Boyce W, Smith, R (Eds.) 2001: Health behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2001/2002 Survey. University of Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU).
- DAK 2010: Alkoholkonsum von Schülerinnen und Schülern. Siehe auch im Internet unter: <http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/80A78914B0864BE9C12577AB002A12BF>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) 2004: 10 Regeln für eine vollwertige Ernährung. Bonn.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) 2004: Passivrauchen - ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Band 5. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- Ellert U, Erhard M, Ravens-Sieberer U 2007: Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50: S. 810-818.
- Ellert U, Roth-Isigkeit A, Kurth B-M 2002: Die Erfassung von Schmerz im Kinder- und Jugendgesundheits survey. Ges.-wesen 2002. 64 Sonderheft 1: S. 125-129.
- Ellsäßer G, Erler, T 2008: Verletzungen im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse aus der Europäischen IDB (Injury Data Base) in Deutschland für die Verletzungsprävention Verletzungen im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse aus der Europäischen IDB (Injury Data Base) in Deutschland für die Verletzungsprävention. Dokumentation 14. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin.
- Goodman R 1997: The Strengths and Difficulties Questionnaire. A Research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry 38, S. 581-586.
- Haugland S et al. 2000: Subjective health complaints in adolescence.
- Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (INBAS) 2006: Entwicklungsinitiative: Neue Förderstruktur für Jugendliche mit besonderem Förderbedarf. Empfehlungen zur statistischen Erfassung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund.
- Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G 2007: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17

- Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 5/6.
- Kleiser C, Mensink G-B-M, Richter A 2007: Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007,50: S. 609-623.
- Klocke A, Becker U 2002: Soziales Kapital als Ressource im Jugendalter. Vortrag auf dem 31. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Universität Leipzig am 8.10.2002.
- Knopf H 2007: Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50: S. 736-743.
- Kolip P, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg.) 2012: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive. Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10. Weinheim: Juventa Verlag.
- Lampert T, Mensink G-B-M, Romahn N, Woll A 2007: Körperliche und sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50 S. 634-642.
- Lampert T, Sygusch R, Schlack R 2007: Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007, 50: S. 643-652.
- Lampert T, Thamm 2007: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2007, 50 S. 600-608.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2010: JIM 2010. Jugend, Information, (Multi-)Media Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland.
- Mensink G 2003: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Bundesgesundheits survey: Körperliche Aktivität - Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland, Robert Koch-Institut (RKI), Berlin 2003.
- Mensink G, Kleiser C, Richter A 2007: Was essen Kinder und Jugendliche in Deutschland? Ausgewählte Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Ernährung 5, 2007)
- Pickett W et al. 2002: Multiple Risk Behavior and Injury. An International Analysis of Young People. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2002; Vol. 156: S. 786-793.
- Ravens-Sieberer U, Nickel J, Bettge S, Schulz M, Helle N, Hermann S, Meinlschmidt G 2008: Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Die WHO-Jugend-Gesundheitsstudie für Berlin und Hamburg. Verlag Dr. Kovač. Hamburg.
- Ravens-Sieberer U et al. 2011: Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Die WHO-Jugendgesundheitsstudie für Hamburg. Hamburg.
- Richter M, Langness A, Hurrelmann, K 2004: Der Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis im frühen Jugendalter. Ergebnisse der internationalen Vergleichsstudie „Health Behaviour in school-aged Children“. Sucht aktuell 2 2004.
- RKI 2004: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin
- RKI 2007a [Hrsg.]: Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin.
- RKI 2007b [Hrsg.]: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Berlin.
- RKI 2008a [Hrsg.]: Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin.
- RKI 2008b: Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin.
- RKI 2008c: Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin.
- Seyda S, Lampert T 2009: Familienstruktur und Gesundheit v. Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Familienforschung. Heft 2, S. 168-192.
- WHO 2010: Global recommendations on physical Activity for health. Genf.

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Amt für Gesundheit
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung
und Gesundheitsförderung

Billstraße 80
20539 Hamburg
www.hamburg.de/gesundheit

ISBN: 978-3-9814693-1-8



Hamburg | Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz