

Gesundheitsberichterstattung Berlin Spezialbericht

Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen



81

Ergebnisse der HBSC-Studie 2006

Autor/innen:

Dr. S. Bettge¹, J. Nickel², Dr. M. Schulz¹, N. Helle², Dr. S. Hermann¹,
Prof. Dr. G. Meinlschmidt¹, Prof. Dr. U. Ravens-Sieberger²

¹ Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Berlin, Referat I A – Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie,
Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen,
Gesundheits- und Sozialinformationssysteme

² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Forschungssektion 'Child
Public Health', Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: 040-42803-7585
Email: Ravens-Sieberger@uke.uni-hamburg.de
Homepage: <http://www.child-public-health.de>

Herausgeber:

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Referat: Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemein-
sames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesund-
heits- und Sozialinformationssysteme
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin

ISSN 1617-9250

Fachliche Auskünfte:

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
Email: Gerhard.Meinlschmidt@SenGUV.Berlin.de
Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Redaktionsschluss:

August 2008

Schutzgebühr:

10,- Euro (zuzüglich Porto)

Bezug:

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Telefon: (030) 9028 1229
Telefax: (030) 9028 1372

auch als Buch erhältlich:

Ravens-Sieberger, U., Nickel, J., Bettge, S., Schulz, M., Helle, N.,
Hermann, S. & Meinlschmidt, G. (2008). Gesundheitsverhalten von
Kindern und Jugendlichen - Die WHO Jugendgesundheitsstudie für
Berlin und Hamburg. Hamburg: Dr. Kovač.

ISBN: 978-3-8300-4083-5.

Die Publikation ist online und kann unter <http://child-public-health.de>
heruntergeladen werden.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen

Anliegen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und des Sozialstatistischen Berichtswesens (SBW) in Berlin ist, die differenzierten Lebensverhältnisse und Lebenslagen sowie die gesundheitliche und soziale Versorgungssituation in ihrem zeitlichen Verlauf und in ihrer kleinräumigen Ausprägung systematisch zu erfassen, darzustellen und zu bewerten. Als Mittel dazu dienen Daten bzw. indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen. Soziale Problemlagen in der Berliner Bevölkerung und deren Konzentration im städtischen Raum sind herauszuarbeiten, um eine fundierte Grundlage für die Entwicklung zielgerichteter und passgenauer Handlungsstrategien zu schaffen.

Die Berichterstattung dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung von konkreten Maßnahmen und deren Evaluation. Sie informiert das Parlament und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung und sie stellt ihre Datenbestände der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung. Die Berichterstattung ist in diesem Sinne ein öffentliches Gut.

Bei der *Gesundheitsberichterstattung* handelt es sich um eine verdichtende, zielgruppenorientierte Darstellung und beschreibende Bewertung von Daten und Informationen, die für die Gesundheit der Bevölkerung, das Gesundheitswesen und die die Gesundheitssituation beeinflussenden Lebens- und Umweltbedingungen bedeutsam sind.

Die Berichtsform gliedert sich in Basisberichte, Spezialberichte und Statistische Kurzinformationen:

- Der *Basisbericht* enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie Ergebnisbeschreibungen zu ausgewählten Schwerpunkten aus den behandelten Themenfeldern. Die Basisberichte werden jährlich herausgegeben.
- *Spezialberichte* werden zu Schwerpunktthemen erarbeitet und enthalten Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die Verantwortlichen der GBE sowie die politisch Verantwortlichen. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.
- *Statistische Kurzinformationen* fokussieren in aller Kürze auf aktuellpolitische Themen und dienen als schnelle Information der politisch Verantwortlichen, der Fachebene sowie als Mitteilung an die Öffentlichkeit. Die Kurzinformationen erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.

Das *Sozialstatistische Berichtswesen* des Landes Berlin umfasst die systematische und regelmäßige Beobachtung und Auswertung von statistischen Daten auf den Sozialrechtsgebieten des SGB XII, des SGB II, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Landespflegegeldgesetzes und damit im Zusammenhang stehenden sozialen Entwicklungen. Das Sozialstatistische Berichtswesen beinhaltet die Generierung, Aufbereitung und Auswertung der Sozialstatistik des Landes Berlin auf den genannten Rechtsgebieten ebenso wie die Berichterstattung über relevante Entwicklungen von Lebensverhältnissen und Lebenslagen in Berlin. *Ergebnisformen* des Sozialstatistischen Berichtswesens sind Daten und Statistiken und thematische Spezialberichte:

- In der *Sozialstatistik* werden zum einen die nach Leistungsarten differenzierten Einnahmen und Ausgaben und zum anderen die Empfänger der sozialen Leistungen unter Beachtung sozialstruktureller Merkmale betrachtet. Beide Betrachtungsperspektiven werden mit der räumlichen Sichtweise verschränkt.
- *Spezialberichte im Rahmen des Sozialstatistischen Berichtswesens* verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Die Spezialberichte erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens werden in das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Statistikreferates der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz eingespeist und sind damit über das Internet unter www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html zugänglich. Die Nutzer finden hier die Fülle der Informationen thematisch in regionaler und zeitlicher Differenzierung geordnet. Umfangreiche Suchfunktionen unterstützen das schnelle Auffinden der verfügbaren Texte, Tabellen oder Grafiken.

Einen Überblick über den Aufbau der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens im GSI gibt die folgende Abbildung:



Aktueller Bericht

Mit dem vorliegenden Spezialbericht werden Daten zum Gesundheits- und Risikoverhalten und zur gesundheitlichen Lage von Schülerinnen und Schülern der fünften bis neunten Klassenstufe vorgelegt. Die Ergebnisse der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) umfassen die Inhaltsbereiche Gesundheit und Lebensqualität, soziale Beziehungen und Lebenswelt Schule sowie Gesundheits- und Risikoverhalten.

Die HBSC-Studie ist ein internationales kooperatives Forschungsvorhaben unter Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle vier Jahre werden in den beteiligten Ländern Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Berlin hat im Jahr 2002 erstmalig und zum zweiten Mal im Jahr 2006 an der Befragung teilgenommen. Die Daten wurden in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld, die die Befragungen in Berlin koordinierte, ausgewertet.

Für den vorliegenden Bericht wurden die Fragebögen von knapp 1.300 Berliner Schüler/innen und Schülern der fünften, siebten und neunten Klassenstufe ausgewertet. Es erfolgte eine Gegenüberstellung dieser Ergebnisse mit den Befragungsdaten von ca. 900 Hamburger Schüler/innen, die ebenfalls im Rahmen der HBSC-Studie 2006 erhoben wurden.

Inhaltsverzeichnis

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen I

1	Einleitung	1
1.1	Gesundheitsberichterstattung zu Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen	1
1.2	Die internationale HBSC-Studie	1
1.3	Aufbau des Berichts	2
2	Methodik	4
2.1	Die Berliner und Hamburger HBSC-Befragung 2006	4
2.2	Der Fragebogen	4
2.3	Durchführung der Befragung	5
2.4	Befragte und Response	5
2.5	Datenanalyse und Ergebnisdarstellung	7
3	Ergebnisse	11
3.1	Soziale Lage und Lebensbedingungen	11
3.2	Gesundheitszustand	20
3.2.1	Körperliche Gesundheit	20
3.2.2	Psychische Gesundheit	28
3.2.3	Soziale Gesundheit	35
3.2.4	Kumulation gesundheitlicher Problemlagen	41
3.3	Gesundheits- und Risikoverhalten	43
3.3.1	Gesundheits- und Freizeitverhalten	43
3.3.2	Risikoverhalten	51

3.4	Ernährung und Körperselbstbild	60
3.4.1	Mahlzeitenmuster und Verzehrshäufigkeiten	60
3.4.2	Diätverhalten und Körperselbstbild	71
3.5	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	76
3.5.1	Unterschiede nach Subgruppen	79
3.5.2	Gesundheitliche Risikogruppen	85
3.6	Schulklima und Integration	89
3.7	Vergleich Berlin – Hamburg	101
3.7.1	Stichprobenzusammensetzung	104
3.7.2	Subjektive, psychische und soziale Gesundheit	105
3.7.3	Körperliche Aktivität, Rauchen und Alkoholkonsum	111
3.7.4	Ernährungsverhalten	115
3.7.5	Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	117
3.7.6	Beurteilung des Schulklimas	119
3.8	Zeitliche Trends in Berlin 2002-2006	121
3.8.1	Die HBSC-Studie 2002 und der Vergleich zu 2006	121
3.8.2	Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden	123
3.8.3	Psychische Auffälligkeiten	125
3.8.4	Soziale Unterstützung und Integration	126
3.8.5	Ernährung, Diätverhalten und Körperselbstbild	129
3.8.6	Körperliche Aktivität und Fernsehkonsum	132
3.8.7	Substanzkonsum	133
4	Zusammenfassung und Handlungsbedarf	139
4.1	Subjektive Gesundheit und Lebensqualität	139
4.2	Soziale Beziehungen und Lebenswelt Schule	142

4.3	Gesundheits- und Risikoverhalten	145
4.4	Fazit	150
5	Anhang	153
5.1	Tabellenverzeichnis	153
5.2	Abbildungsverzeichnis	155
5.3	Literaturverzeichnis	161
5.4	Publikationsverzeichnis	167

1 Einleitung

1.1 Gesundheitsberichterstattung zu Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es nach § 5 Gesundheitsdienstreformgesetz, der Politik und auch der Wissenschaft Daten und Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. ausgewählter Bevölkerungsgruppen sowie zu gesundheitsrelevanten Lebensumständen, die den Gesundheitszustand beeinflussen, zur Verfügung zu stellen. Dabei werden die vorhandenen Daten nicht nur beschrieben, sondern verdichtet und auf Zielgruppen bezogen ausgewertet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für gesundheitspolitische Planungsprozesse, indem sie einer Bewertung unterzogen werden und aus ihnen Handlungsbedarf und Maßnahmen abgeleitet werden, die wiederum mit den aus der Gesundheitsberichterstattung periodisch zur Verfügung stehenden Daten evaluiert werden können.

Mit den Basisindikatoren der Gesundheitsberichterstattung, zu denen jährlich ein Basisbericht veröffentlicht wird, können nicht alle interessierenden gesundheitlichen und sozialen Aspekte abgedeckt werden, weil er sich vorwiegend auf amtliche Statistiken stützt. Die Einschulungsuntersuchungen, deren Basisdaten ebenfalls jährlich berichtet werden und zu denen jeweils im Abstand einiger Jahre detaillierte Spezialberichte herausgegeben werden, beziehen sich nur auf die enge Altersgruppe der Fünf- bis Sechsjährigen, die im kommenden Schuljahr schulpflichtig werden. Somit besteht in der Gesundheitsberichterstattung für Kinder und Jugendliche großer Informationsbedarf insbesondere zu ihrem Gesundheits- und Risikoverhalten, aber auch zum Gesundheitszustand, der durch die üblicherweise verwendeten Datenquellen nicht gedeckt werden kann.

Informationen zur gesundheitlichen Lage und dem Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen sind von besonderem Interesse, weil gesundheitsbezogene Verhaltensweisen früh erlernt werden und dann eine vergleichsweise hohe Stabilität aufweisen. Zudem verursachen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die bereits in der Kindheit oder im Jugendalter eintreten und die nicht nur vorübergehend bestehen, individuelles Leid, familiäre Belastungen, Kosten im Gesundheitswesen und können auch den schulischen und beruflichen Werdegang der Heranwachsenden behindern. Deshalb sind Gesundheitsförderung und Prävention in dieser Altersgruppe von herausragender Bedeutung. Mit der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) stehen Daten zum Gesundheits- und Risikoverhalten und zur gesundheitlichen Lage in der Altersgruppe der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen zur Verfügung, die eine geeignete Quelle und wertvolle Ergänzung für die Gesundheitsberichterstattung darstellen.

1.2 Die internationale HBSC-Studie

Die HBSC-Studie ist ein internationales kooperatives Forschungsvorhaben, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt wird. Ziel der Studie ist es, zu einem erweiterten Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen beizutragen und die Bedingungen ihrer Entwicklung zu untersuchen. Dabei soll sowohl eine Datengrundlage für die Gesundheitsberichterstattung bereitgestellt werden, als auch eine Erweiterung des Grundlagenwissens über die Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen gewährleistet werden.¹ Diese Forschung soll letztlich dazu dienen, die Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen und der Gesundheitserziehung zu verbessern.

Seit 1982 werden alle vier Jahre unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Im Befragungsjahr 2005/06 wurden in 41 Ländern in Europa, Nordamerika und

¹ Weiterführende Informationen zur HBSC-Studie finden sich im Internet unter www.hbsc.org.

Israel Daten von über 200.000 Schülerinnen und Schülern erfasst. In Deutschland haben sich insgesamt fünf Bundesländer, nämlich Berlin, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen an dem internationalen Forschungsprojekt beteiligt. In jedem Bundesland wurde die Studie selbstverantwortlich durchgeführt. Die Gesamtkoordination der HBSC-Studie in Deutschland erfolgt durch das WHO Collaborating Center for Child and Adolescent Health Promotion, das an der Universität Bielefeld angesiedelt ist. Zur deutschen HBSC-Studiengruppe gehören Frau Prof. Dr. Ravens-Sieberger (Principal Investigator, Universität Bielefeld) für NRW, Berlin und Hamburg, Prof. Dr. Melzer (Technische Universität Dresden) für Sachsen und Prof. Klocke (Fachhochschule Frankfurt am Main) für Hessen, die die Erhebung und Auswertung für das jeweilige Bundesland koordinieren. Die beteiligten Wissenschaftler haben sich zu einem Forschungskonsortium zusammengeschlossen, dass sich zurzeit der Auswertung und Publikation der erhobenen Daten sowie der Weiterentwicklung des Forschungsinstrumentariums der HBSC-Studie widmet.

Für nationale und internationale Auswertungen wurde eine repräsentative Auswahl der Datensätze der beteiligten deutschen Bundesländer zu einem gesamtdeutschen Datensatz zusammengeführt. Die Ergebnisse auf gesamtdeutscher Ebene wurden in einer Buchpublikation im Frühjahr 2008 veröffentlicht (Richter et al., 2008). Auf internationaler Ebene wurde ein Vergleich der Ergebnisse aller am WHO-Studienverbund teilnehmenden Länder durchgeführt. Der entsprechende Bericht ist im Juni 2008 vom Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Kopenhagen herausgegeben worden (Currie et al., 2008).

Ergebnisse aus der ersten HBSC-Befragung in Berlin sowie eine Darstellung der ersten gesamtdeutschen Erhebung aus dem Jahr 2002 auf nationaler und internationaler Ebene wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht (Ravens-Sieberger & Thomas, 2003; Hurrelmann et al., 2003; Currie et al., 2004).

1.3 Aufbau des Berichts

Die in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse resultieren aus dem Berliner und Hamburger Teil der HBSC-Studie. Nach einer Beschreibung der Methodik der HBSC-Befragung in Berlin und Hamburg im Jahr 2006 (Kapitel 2) werden die Ergebnisse dargestellt (Kapitel 3). Zunächst werden die Erkenntnisse aus der Befragung der Berliner Schüler/innen präsentiert. Dabei folgt die Gliederung den im Fragebogen vorgegebenen Themenbereichen. Zuerst werden Merkmale der sozialen Lage und der familiären Lebenssituation sowie der Herkunft beschrieben (Kapitel 3.1). Es folgen Ergebnisse zum Gesundheitszustand (Kapitel 3.2), wiederum untergliedert in körperliche Gesundheit einschließlich der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, psychische Gesundheit und soziale Gesundheit, verstanden als die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung und eines sozialen Netzes. Anschließend werden ausgewählte Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen wie beispielsweise die körperliche Aktivität oder der Konsum von Zigaretten und Alkohol einer eingehenderen Betrachtung unterzogen (Kapitel 3.3). Den gerade für Heranwachsende wichtigen Fragen der Ernährung und des Körperbildes ist ein eigenes Unterkapitel gewidmet (Kapitel 3.4). Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Schüler/innen (Kapitel 3.5). Für Kinder und Jugendliche stellen die Schule und ihre Mitschüler/innen einen wichtigen Ausschnitt der Lebenswelt dar, weshalb diesbezügliche Ergebnisse ebenfalls in einem Unterkapitel zusammengefasst sind (Kapitel 3.6).

Im Anschluss an die Ergebnisdarstellung der HBSC-Befragung der Berliner Schüler/innen im Jahr 2006 erfolgt eine vergleichende Gegenüberstellung der beiden Großstädte Berlin und Hamburg bezüglich zentraler Merkmale (Kapitel 3.7). Da Berlin bereits in der vorherigen Erhebungswelle im Jahr 2002 an der HBSC-Studie teilgenommen hatte, ist für einige Zielgrößen auch der zeitliche Vergleich zwischen den Befragungen in den Jahren 2002 und 2006 möglich (Kapitel 3.8).

Der Ergebnisdarstellung folgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Befunde. Neben einer Bewertung und Einordnung der Ergebnisse wird diskutiert, welcher Handlungsbedarf sich daraus ableiten lässt. Exemplarisch werden bereits erprobte Maßnahmen für Prävention und Intervention benannt

(Kapitel 4). Der Bericht schließt mit dem Verzeichnis der zitierten Literatur (Kapitel 5) und einem Verzeichnis der Publikationen der Berliner Gesundheitsberichterstattung und dem Sozialstatistischen Berichtswesen ab (Anhang).

2 Methodik

Aus den fünf deutschen Bundesländern, die im Rahmen der internationalen HBSC-Studie an der Erhebungswelle 2005/06 teilnahmen (vgl. Kapitel 1.2), wurden für den vorliegenden Bericht die Daten aus Berlin und Hamburg ausgewertet. Die Ergebnisse für Berlin und Hamburg können für einen Städtevergleich herangezogen werden, weil der Fragebogen in beiden Städten identisch war und die Stichprobenziehung nach den gleichen Kriterien erfolgte.

2.1 Die Berliner und Hamburger HBSC-Befragung 2006

Berlin nahm 2002 erstmals an der HBSC-Studie teil. Im Jahr 2006 konnte eine Wiederholungserhebung an einer Auswahl von Schulen, die bereits vor vier Jahren teilnahmen, realisiert werden. Mit dieser zweiten Erhebung sollten erstmals Aussagen über den zeitlichen Verlauf und Veränderungen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Berliner Schüler/innen möglich sein, die in einem weiteren Schritt für die Planung von Präventionsmaßnahmen herangezogen werden können.

Die Gesamtkoordination und Betreuung der HBSC-Studie erfolgte durch die deutsche HBSC Studiengruppe (siehe Kapitel 1.2). Verantwortlich für die Bundesländer Berlin und Hamburg zeichnete dabei Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer. Die Befragung wurde durch die Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport genehmigt, die ebenso wie die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz das Vorhaben unterstützte.

Hamburg nahm 2006 erstmals an der HBSC-Studie teil. Die Befragung an Hamburger Schulen erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung e. V. (HAG) unterstützte das Vorhaben finanziell. Genehmigt wurde die Hamburger HBSC-Studie durch die Hamburger Behörde für Bildung und Sport (Amt für Schule).

Die Datenerhebung in beiden Bundesländern erfolgte im Zeitraum von März bis Juni 2006. Neben der psychischen Gesundheit und der Lebensqualität der befragten Kinder und Jugendlichen bildeten deren Ernährungsgewohnheiten und das Essverhalten einen Schwerpunkt der Befragungen in Berlin und Hamburg. Des Weiteren konnten umfassende Daten zum Tabak- und Alkoholkonsum der Schüler/innen erhoben werden.

2.2 Der Fragebogen

Um die nationale und internationale Vergleichbarkeit von erhaltenen Daten zu gewährleisten, wird in allen an der HBSC-Studie beteiligten Ländern ein nach dem gleichen Forschungsdesign standardisierter, in die jeweilige Landessprache übertragener Kernteil des Fragebogens eingesetzt. Dieser Kernfragebogen kann durch ebenfalls international standardisierte „optional packages“ ergänzt werden, um einzelne Themenbereiche vertiefend zu untersuchen. Der Fragebogen beinhaltet neben soziodemografischen und -ökonomischen Angaben Fragen zur subjektiven Gesundheit, zur körperlichen Aktivität, zur Ernährung und zum Körperselbstbild. Weiterhin wurden Angaben zur schulischen Situation, zu eventuellem Mobbing und verschiedene Aspekte des Schulunterrichts erhoben und Fragen zur sozialen Unterstützung in der Familie und im Freundeskreis gestellt. Außerdem wurden die Jugendlichen zu ihrem Freizeitverhalten, zu Verletzungen und ihrem Risikoverhalten wie z. B. Alkohol- und Zigarettenkonsum befragt. In Berlin und Hamburg wurde darüber hinaus der Fokus der Untersuchung besonders auf die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sowie das psychische Wohlbefinden der Schüler/innen gelegt. Die Studie ermöglicht damit sozial-epidemiologische Aussagen zur Gesundheit, zur Lebensqualität und zum Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen in Berlin und Hamburg, die in der Gesundheitsförderung und Prävention Verwendung finden können. Sie ermöglicht weiterhin Abschätzungen der sozialen, psychischen und verhaltensbezogenen Ressourcen

von Kindern und Jugendlichen, die im Zusammenhang mit sozial-psychologischen Erklärungsmodellen zu einem erweiterten Verständnis der Entwicklungsprozesse führen sowie praktische Ansätze zur Prävention und Intervention bieten können.

2.3 Durchführung der Befragung

Zunächst wurden die nach einem Sampling-Plan zufällig ausgewählten Schulen angeschrieben und um ihre Teilnahme an der HBSC-Studie gebeten. Schulen, die sich bereit erklärten, in dem vorgegebenen Zeitraum an der Befragung teilzunehmen, erhielten im Anschluss die nötigen Informationsschreiben für Lehrer/innen, Eltern und Schüler/innen. Vor Beginn der Befragung wurde eine entsprechende Anzahl von HBSC-Fragebögen an die jeweiligen Schulen geliefert. Die Fragebögen selbst wurden zum Zeitpunkt der Befragung während des Unterrichts an die teilnehmenden Schüler/innen durch die Lehrer/innen nach einem standardisierten Verfahren verteilt. Die Lehrer/innen erhielten genaue Anweisungen zum Ablauf der Befragung, z. B. wie mit Verständnisfragen umgegangen werden sollte oder dass jede/r Schüler/in den Fragebogen ungestört ausfüllen sollte. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und nach den geltenden Datenschutzbestimmungen. Die Schüler/innen wurden nur dann befragt, wenn sie sich zur Teilnahme bereit erklärten und eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern vorlag, sofern die Schüler/innen noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet hatten. Mit diesem Vorgehen wurde dem Verfahren zur Genehmigung von empirischen Untersuchungen in Berliner Schulen Rechnung getragen. Zur regionalen Zuordnung der Fragebögen zu den Bezirken wurden kodierte Angaben über die besuchte Schule und die Klassenstufe erhoben. Weitere Angaben, die zur Identifikation eng begrenzter Personengruppen oder von Einzelpersonen führen können, wurden nicht erfasst. Die Rückgabe der Fragebögen erfolgte in geschlossenen Briefumschlägen, die erst unmittelbar vor der Dateneingabe durch die Beauftragten des Forschungsteams geöffnet wurden. Lehrer/innen und Eltern hatten keine Möglichkeit der Einsicht in die ausgefüllten Fragebögen. Insgesamt dauerte das Ausfüllen des ca. 100 Fragen umfassenden Fragebogens je nach Altersstufe eine bis zwei Schulstunden. Durchgeführt wurde die Befragung im Zeitraum von März bis Juni 2006.

2.4 Befragte und Response

Zielgruppe der Befragungen im Rahmen der WHO-Jugendgesundheitsstudie sind Schüler/innen an allgemeinbildenden öffentlichen Schulen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Diese drei Altersgruppen sind im deutschen Schulsystem am besten durch die fünfte, siebte und neunte Klassenstufe repräsentiert. Die Auswahl der Schulen erfolgte als Zufallsstichprobe aus dem Schulverzeichnis unter Berücksichtigung der verschiedenen Schultypen und der Sozialstruktur der jeweiligen Schulregion. In Berlin erfolgte eine Auswahl aus den Schulen, die bereits vor vier Jahren an der Befragung teilgenommen hatten, unter Berücksichtigung der aktuellen sozialen Struktur der Berliner Bezirke (alte Bezirksstruktur). Dazu wurden anhand des Sozialstrukturatlas 2003 (Meinlschmidt et al., 2004) die Bezirke in gute, mittlere und schlechte soziale Lage eingeteilt. In Hamburg richtete sich die Einteilung der sozialen Lage der Stadtteile nach dem zweiten Gesundheitsbericht (BAGS Hamburg, 2001).

Die im vorliegenden Bericht verwendete Stichprobe basiert auf einer statistischen Zufallsauswahl von Schulklassen der fünften, siebten und neunten Klassenstufe (Klumpenstichprobe). Pro Schule wurden maximal zwei Klassen pro Klassenstufe zur Befragung eingeladen. In den teilnehmenden Klassen selbst wurde die Teilnahme an der Befragung nicht durch die Forscher beschränkt.

An der HBSC-Befragung 2006 haben in Berlin insgesamt 1.298 Schüler/innen der Klassenstufen 5, 7 und 9 aus 66 Klassen an 24 Schulen, die bereits 2002 in die HBSC-Studie einbezogen waren, teilgenommen. Die befragten Schüler/innen (Tabelle 2.1) verteilen sich jeweils zu etwa einem Viertel auf die Schulformen Grundschule (nur 5. Klasse), Realschule, Gesamtschule (jeweils 7. und 9. Klasse) und Gymnasium (5., 7. und 9. Klasse). Eine Hauptschule ist in der Stichprobe nicht vertreten, was zum einen

an dem geringen Anteil der Hauptschüler/innen in Berlin (im Schuljahr 2006/07 3,9 % der Schüler/innen aller allgemein bilden Schulen) liegt, zum anderen an der reduzierten Teilnahmebereitschaft der Schulleiter/innen wie auch der Eltern in dieser Schulform, in der vorwiegend Schüler/innen aus schwierigen sozialen Verhältnissen unterrichtet werden. Dabei fällt auf, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen an den Realschulen unterproportional, an den Gymnasien hingegen überproportional vertreten sind. Die Responserate auf Schulebene lag in Berlin bei 66,7 % (24 der 36 angeschriebenen Schulen nahmen letztendlich an der Befragung teil), auf der Ebene der Schüler/innen konnte eine Teilnahmequote von 75,6 % realisiert werden (Anteil der Schüler/innen, die in den teilnehmenden Schulen befragt wurden).

In Hamburg wurden 906 Schüler/innen aus 50 Klassen an 17 Schulen befragt (Tabelle 2.1). Hier endet die Grundschule nach der 4. Klasse und die Schüler/innen wechseln dann an ein Gymnasium, eine Gesamtschule oder aber an eine Haupt-, Real- oder verbundene Haupt- und Realschule mit Beobachtungsstufe. Daher sind in der Hamburger Stichprobe die Schulformen Beobachtungsstufe (nur 5. Klasse), Hauptschule, Realschule (jeweils 7. und 9. Klasse), Gesamtschule und Gymnasium (jeweils 5., 7. und 9. Klasse) vertreten, wobei über 40 % der befragten Schüler/innen ein Gymnasium besuchen, etwa ein Viertel eine Gesamtschule und das restliche Drittel eine Realschule mit Beobachtungsstufe bzw. eine verbundene Haupt- und Realschule mit Beobachtungsstufe. Das Geschlechterverhältnis in den verschiedenen Schulformen ist in Hamburg ausgeglichener als in Berlin, nur an den Realschulen sind Mädchen im Vergleich zu Jungen leicht unterrepräsentiert. In Hamburg lag die Responserate auf Schulebene bei 70,8 % (17 von 24 Schulen) und auf der Ebene der Schüler/innen bei 73,2 %.

Tabelle 2.1:
Schüler/innen in der HBSC-Studie 2006 nach Geschlecht, Schultyp und Klassenstufe

	Berlin			Hamburg		
	gesamt	Mädchen	Jungen	gesamt	Mädchen	Jungen
Schüler/innen insgesamt ¹	1.298	633	659	906	449	455
Schulform						
Grundschule	355 (27,3%)	169 (26,7%)	185 (28,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Beobachtungsstufe	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	73 (8,1%)	36 (8,0%)	37 (8,1%)
Hauptschule	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	80 (8,8%)	42 (9,4%)	38 (8,4%)
Realschule	277 (21,3%)	116 (18,3%)	160 (24,3%)	125 (13,8%)	54 (12,0%)	70 (15,4%)
Gesamtschule	332 (25,6%)	155 (24,5%)	175 (26,6%)	242 (26,7%)	122 (27,2%)	119 (26,2%)
Gymnasium	334 (25,7%)	193 (30,5%)	139 (21,1%)	386 (42,6%)	195 (43,4%)	191 (42,0%)
Klassenstufe						
5. Klasse	403 (31,0%)	193 (30,5%)	209 (31,7%)	299 (33,0%)	151 (33,6%)	147 (32,3%)
7. Klasse	358 (27,6%)	178 (28,1%)	175 (26,6%)	359 (39,6%)	183 (40,8%)	175 (38,5%)
9. Klasse	537 (41,4%)	262 (41,4%)	275 (41,7%)	248 (27,4%)	115 (25,6%)	133 (29,2%)

¹ bei 6 Schüler/innen in Berlin und 2 Schüler/innen in Hamburg fehlt die Geschlechtsangabe
(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bei einer im Sampling-Plan angestrebten Gleichverteilung über die drei Klassenstufen wurden in Berlin mehr Schüler/innen der 9. als der 7. Klassenstufe untersucht, in Hamburg mehr 7.-Klässler/innen als 9.-Klässler/innen. Gründe für eine Nichtteilnahme der Schüler/innen lagen zumeist in einer krankheitsbedingten Abwesenheit am Befragungstag oder im Fehlen der Einverständniserklärung der Eltern. Nur vereinzelt verweigerten die Schüler/innen selbst die Teilnahme an der Befragung.

Die Schüler/innen in Berlin geben ein Alter von 9 bis 18 Jahren an.² Davon bewegen sich 85,6 % im Altersbereich von 11 bis 15 Jahren, auf den die HBSC-Studie hauptsächlich zielt, 5,6 % sind jünger

² Mittelwert: 13,7 Jahre, Streuung: 1,9 Jahre

als 11 Jahre und 8,8 % älter als 15 Jahre. In Hamburg beträgt die Altersspanne 8 bis 17 Jahre.³ Im Altersbereich von 11 bis 15 Jahren befinden sich 87,4 % der Hamburger Schüler/innen, 6,5 % sind jünger als 11 Jahre und 6,1 % älter als 15 Jahre. In die Auswertungen gehen alle befragten Schüler/innen ein, auch wenn sie außerhalb des Altersbereichs von 11 bis 15 Jahren liegen, da so ein umfassender Überblick über Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Schüler/innen in den entsprechenden Klassenstufen gegeben werden kann.

Mädchen und Jungen unterscheiden sich in beiden Städten nicht im mittleren Alter. Die Schüler/innen der 5. Klassen sind in Berlin und Hamburg im Mittel 11,4 Jahre alt, in der 7. Klasse beträgt das durchschnittliche Alter in Berlin 13,4 und in Hamburg 13,6 Jahre, in der 9. Klasse sind die Berliner und Hamburger Schüler/innen im Durchschnitt 15,6 Jahre alt.

2.5 Datenanalyse und Ergebnisdarstellung

Die Berliner und Hamburger Daten wurden für den hier vorliegenden Ergebnisband als eigenständiger Datensatz ausgewertet, der die Angaben aller befragten Schüler/innen aus Berlin und Hamburg beinhaltet. Alle verwendeten Variablen wurden auf Plausibilität geprüft (Werte außerhalb des gültigen bzw. plausiblen Wertebereichs, Anteil fehlender Werte, Konsistenz mit vorher gemachten Angaben). Unplausible Angaben wurden auf fehlende Werte gesetzt und so von den Auswertungen ausgeschlossen. Bei Inkonsistenzen zwischen Filterfragen und nachfolgenden Detailfragen wurde jeweils die Antwort auf die Filterfrage als gültig gesetzt, nachfolgende Angaben wurden entsprechend angepasst. Freitextangaben, die sich eindeutig in eine der zuvor erfragten ankreuzbaren Kategorien einordnen ließen, wurden diesen zugewiesen.

Den Auswertungen zur sozialen Lage, zum Gesundheitszustand, zum Gesundheits- und Risikoverhalten, zur Ernährung, zur Lebensqualität und zum Schulklima (Kapitel 3.1 bis 3.6) wurden ausschließlich die Berliner Daten zugrunde gelegt. In den Städtevergleich (Kapitel 3.7) gehen die kompletten Berliner und Hamburger Daten ein. Für die Ermittlung zeitlicher Trends in Berlin von 2002 bis 2006 (Kapitel 3.8) wurden die vollständigen Berliner Daten aus der Befragung 2006 mit den Daten derselben Schulen, die bereits im Jahr 2002 an der Befragung teilgenommen hatten, verglichen.

Die Auswertungen für die einzelnen Inhaltsbereiche erfolgen zunächst jeweils deskriptiv für die Gesamtgruppe der befragten Schüler/innen sowie im Subgruppenvergleich. Als Stratifizierungsmerkmale für die Subgruppenbildung wurden grundsätzlich Geschlecht, Klassenstufe, Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand angesehen. Obwohl nicht alle Kinder und Jugendlichen in der Studie die ihrem Alter entsprechende Klassenstufe besuchen, wurde für die Auswertungen das Merkmal „Klassenstufe“ und nicht eine Altersgruppengliederung verwendet, weil der Besuch einer entsprechenden Klassenstufe erheblichen Einfluss auf das Alltagsleben und die sozialen Beziehungen der Kinder und Jugendlichen hat. In die Ergebnisdarstellung gehen jeweils nur die Schüler/innen mit gültigen Angaben in den ausgewerteten Merkmalen ein, dadurch weicht die Fallzahl geringfügig von der des vollständigen Datensatzes ab. Abweichungen, die bei der Aufsummierung der dargestellten Prozentangaben von der Gesamtsumme von 100,0 % auftreten, entstehen durch Rundungsungenauigkeiten.

Darüber hinaus wurde punktuell nach weiteren Merkmalen stratifiziert wie beispielsweise Einzelmerkmalen der familiären finanziellen Lage oder Schulform. Bei den Auswertungen nach Schulform ist zu bedenken, dass in Berlin die Grundschule, in Hamburg die Beobachtungsstufe ausschließlich in der fünften Klassenstufe vertreten ist, ohne dass eine Voraussage möglich ist, welche Schulform das Kind künftig besuchen wird. Zugleich gibt es aber in beiden Städten auch Fünftklässler/innen, die bereits andere Schulformen (Berlin: Gymnasium, Hamburg: Gesamtschule oder Gymnasium) besuchen. Daher wurden Schulformvergleiche auf die Klassenstufen 7 und 9 beschränkt und die Fünftklässler/innen ausgeschlossen, weil sonst der Vergleich nach Schulformen immer mit der Klassenstufe konfundiert wäre.

³ Mittelwert: 13,4 Jahre, Streuung: 1,7 Jahre

Alle Gruppenunterschiede wurden statistisch auf Signifikanz geprüft. Dabei kamen je nach Skalenniveau der Zielgröße und Stufung der Einflussgröße Chi²-Tests (im Falle des Vergleichs zweier dichotomer Variablen auch Fisher's exakter Test), t-Tests und Varianzanalysen zum Einsatz. Beim Städtevergleich Berlin – Hamburg wurden binär und ordinal logistische Regressionsanalysen durchgeführt, die in Kapitel 3.7 näher beschrieben sind. In Abbildungen dargestellt sind in der Regel nur signifikante Gruppenunterschiede.

Für die inhaltlichen Auswertungen wurden aus Einzelvariablen verschiedene Skalen und Indizes berechnet, die nachfolgend beschrieben sind.

Family Affluence Scale (FAS)

Um eine Einschätzung der sozialen Lage der Schüler/innen vornehmen zu können, wurde das Ausmaß familiären Wohlstands (vgl. Kapitel 3.1) mit vier Einzelfragen erfasst. Erfragt wurde:

- wie viele Autos die Familie besitzt (0 = 0 Punkte, 1 = 1 Punkt, 2 = 2 Punkte);
- wie viele Computer die Familie besitzt (0 = 0 Punkte, 1 = 1 Punkt, 2 oder mehr = 2 Punkte);
- ob der/die Befragte ein eigenes Zimmer nur für sich allein hat (ja = 1 Punkt, nein = 0 Punkte);
- wie häufig der/die Befragte in den letzten 12 Monaten mit der Familie in Urlaub gefahren ist (keinmal = 0 Punkte, 1 mal = 1 Punkt, 2 mal oder mehr = 2 Punkte).

Die den Antworten auf die vier Fragen zugeordneten Punktzahlen werden zur Family Affluence Scale (FAS; Boyce & Dallago, 2004) aufsummiert, wobei höhere Punktwerte einen höheren familiären Wohlstand bedeuten. Ein Punktwert von 3 oder weniger weist darauf hin, dass mindestens ein Wohlstandsmerkmal nicht erfüllt ist, weshalb die Schüler/innen mit 0 bis 3 Punkten der Gruppe mit niedrigem familiärem Wohlstand zugewiesen wurden (FAS niedrig). Schüler/innen mit 4 und 5 Punkten wurden in die mittlere Wohlstandsgruppe eingeordnet (FAS mittel) und Schüler/innen mit 6 bis 7 Punkten in die Gruppe mit hohem familiärem Wohlstand (FAS hoch).

Psychosomatische Beschwerden

Mit acht Einzelfragen wurde das Vorliegen psychosomatischer Beschwerden (vgl. Kapitel 3.2.1) in den letzten sechs Monaten erfasst (Haugland et al., 2001). Erfragt wurden Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Einschlafprobleme und Benommenheit/Schwindel auf einer fünfstufigen Antwortskala mit den Ausprägungen „fast täglich“ – „mehrmals pro Woche“ – „fast jede Woche“ – „etwa 1mal im Monat“ – „selten oder nie“. Die Schüler/innen wurden der Gruppe mit wiederholten psychosomatischen Beschwerden zugeordnet, wenn sie angaben, mindestens zwei der acht Beschwerden mehrmals pro Woche oder fast täglich zu haben.

Psychische Auffälligkeiten (SDQ)

Daten zur psychischen Gesundheit der Schüler/innen (vgl. Kapitel 3.2.2) wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman et al., 1998; Goodman, 1999) erhoben. Der erste Teil des SDQ besteht aus 25 Fragen zu Symptomen psychischer Auffälligkeiten (Symptomfragen). Je fünf Symptomfragen sind einer der vier Problemskalen „emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ zugeordnet und decken damit die häufigsten psychischen Auffälligkeiten und Störungen im Kin-

Tabelle 2.2:
Klassifizierung der SDQ-Skalenwerte in der HBSC-Studie 2006

Skala	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Symptomfragen			
Gesamtpunktwert	0 - 15 Punkte	16 - 19 Punkte	20 - 40 Punkte
emotionale Probleme	0 - 5 Punkte	6 Punkte	7 - 10 Punkte
Verhaltensprobleme	0 - 3 Punkte	4 Punkte	5 - 10 Punkte
Hyperaktivität	0 - 5 Punkte	6 Punkte	7 - 10 Punkte
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3 Punkte	4 - 5 Punkte	6 - 10 Punkte
prosoziales Verhalten	6 - 10 Punkte	5 Punkte	0 - 4 Punkte
Beeinträchtigungsfragen			
Beeinträchtigung im Alltag	0 Punkte	1 Punkt	2 - 10 Punkte

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

des- und Jugendalter ab. Die übrigen fünf Symptomfragen werden zur Skala „prosoziales Verhalten“ zusammengefasst. Jede Symptomfrage kann auf einer dreistufigen Skala mit „nicht zutreffend“ (0 Punkte), „teilweise zutreffend“ (1 Punkt) oder „eindeutig zutreffend“ (2 Punkte) beantwortet werden. In den vier Problemskalen bedeuten hohe Punktwerte eine ausgeprägtere Symptomatik, in der Skala „prosoziales Verhalten“ bedeuten hohe Punktwerte dagegen eine positive Beurteilung des Sozialverhaltens. Die Antworten werden skalenweise aufsummiert und anhand vorgegebener Cut-off-Werte (Tabelle 2.2) in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „psychisch auffällig“ eingeteilt. Aus den Fragen der vier Problemskalen wird ein Gesamtproblemwert berechnet, der ebenfalls als „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ klassifiziert wird.

Der zweite Teil des SDQ erfasst mit sechs Fragen Beeinträchtigungen aufgrund psychischer Probleme (Impact-Fragen). Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob man Schwierigkeiten in einem oder mehreren der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen hat. Nur wenn diese Frage bejaht wird, sind weitere Fragen zu beantworten, in denen es darum geht, ob man unter diesen Schwierigkeiten leidet und ob man durch sie in verschiedenen Bereichen des Alltagslebens (zu Hause, mit Freunden, im Unterricht, in der Freizeit) beeinträchtigt wird. Die fünf zuletzt genannten Beeinträchtigungs-Fragen haben ein vierstufiges Antwortformat (0 = „gar nicht“, 1 = „kaum“, 2 = „deutlich“ und 3 = „massiv“ bzw. „schwer“). Nur wenn eine dieser fünf Fragen mindestens mit „deutlich“ beantwortet wurde, wird eine relevante Beeinträchtigung in dem erfragten Bereich angenommen. Auch für diesen Fragebogenteil wird ein Skalenwert aufgrund der Antworten zu Beeinträchtigungen des Alltagslebens gebildet und in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ klassifiziert (Tabelle 2.2).

Elterliche Unterstützung

Zur elterlichen Unterstützung in schulischen Angelegenheiten (vgl. Kapitel 3.2.3) enthielt der Fragebogen fünf Fragen, die sich auf Hilfe bei schulischen Problemen, Elterngespräche mit Lehrer/innen, Motivation durch die Eltern, elterliches Interesse und Hilfe bei Hausaufgaben beziehen. Zur Beantwortung standen die Kategorien „stimmt genau“ – „stimmt eher“ – „weder/noch“ – „stimmt eher nicht“ – „stimmt überhaupt nicht“ zur Auswahl. Die Schüler/innen wurden der Gruppe mit niedriger elterlicher Unterstützung zugeordnet, wenn sie bei wenigstens zwei der fünf Fragen die neutrale („weder/noch“) oder eine verneinende Antwortkategorie („stimmt eher nicht“, „stimmt überhaupt nicht“) gewählt haben.

Kumulation gesundheitlicher Probleme

Um eine Risikogruppe von Schüler/innen zu identifizieren, die nicht nur in einem der betrachteten Gesundheitsbereiche, sondern in mehreren davon Probleme haben, wurde ein Index zur Kumulation gesundheitlicher Probleme (vgl. Kapitel 3.2.4) gebildet. In diesen Index gehen fünf Merkmale aus dem Bereich der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit ein:

- Einschätzung der eigenen Gesundheit als „einigermaßen“ oder „schlecht“
- wiederholte psychosomatische Beschwerden (s. o.)
- Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung
- SDQ-Gesamtproblemwert grenzwertig oder auffällig (s. o.)
- soziale Isolation: geringe elterliche Unterstützung (s. o.) und weniger als drei bzw. keine engen Freund/innen

Für die Indexberechnung wird die Anzahl vorliegender Probleme aufsummiert. Schüler/innen mit keinem der genannten Probleme werden als unbelastet betrachtet, Schüler/innen mit einem Problem als grenzwertig belastet und bei mehr als einem der fünf Probleme wird der/die Schüler/in der Risikogruppe zugeordnet.

Ernährungsindex

In einen Index zur Beschreibung der Ernährungsqualität (vgl. Kapitel 3.4) gingen die Einzelvariablen Frühstück an allen 5 Schultagen (ja/nein), wenigstens vier Portionen Obst und Gemüse pro Tag (ja/nein), wenigstens zwei Portionen Milch/Milchprodukte pro Tag (ja/nein), wenigstens eine Portion Schwarzbrot/Vollkornbrot pro Tag (ja/nein), wenigstens eine Portion Fisch pro Woche (ja/nein) und höchstens ein Besuch eines Fast Food-Restaurants pro Monat (ja/nein) ein. Für jedes „ja“ als Antwort auf die genannten Kriterien wurde ein Punkt vergeben, was eine maximal zu erreichende Punktzahl von sechs ergibt. Eine Einteilung in die Kategorien hohe, mittlere und niedrige Ernährungsqualität wurde folgendermaßen vorgenommen:

- 5 und 6 Punkte = hohe Ernährungsqualität
- 3 bis 4 Punkte = mittlere Ernährungsqualität
- 2 Punkte und weniger = niedrige Ernährungsqualität

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (KIDSCREEN-27 und KIDSCREEN-10 Index)

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (vgl. Kapitel 3.5) der befragten Schüler/innen wurde mit Hilfe des KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) erfasst. Dieser Fragebogen besteht aus 27 Fragen (Items), die fünf Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zugeordnet sind: körperliches Wohlbefinden (4 Fragen), psychisches Wohlbefinden (7 Fragen), Beziehungen zu Eltern und Autonomie (7 Fragen), soziale Unterstützung und Gleichaltrige (4 Fragen), schulisches Umfeld (4 Fragen) sowie eine Frage zur Gesundheitseinschätzung allgemein. Ein Teil der Fragen des KIDSCREEN-27 geht in einen Index (KIDSCREEN-10 Index) zur globalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein. Für jede Frage stehen fünf Antwortmöglichkeiten („nie“ – „selten“ – „manchmal“ – „oft“ – „immer“ bzw. „überhaupt nicht“ – „ein wenig“ – „mittelmäßig“ – „ziemlich“ – „sehr“) zur Verfügung.

Für jede Dimension wird ein Summenwert berechnet, der anschließend durch Normierung an Referenzdaten auf T-Werte umgerechnet wird. Die T-Werte der Referenzstichprobe verteilen sich um einen Mittelwert von 50 Punkten mit einer Streuung (Standardabweichung) von 10 Punkten. Hohe T-Werte bedeuten eine hohe Lebensqualität, niedrige T-Werte entsprechend eine geringe Lebensqualität.

Neben einem Vergleich der T-Werte unterschiedlicher Gruppen wurden für die Auswertungen auch die Ergebnisse der für Deutschland repräsentativen KIDSCREEN-Referenzstichprobe herangezogen. Dabei werden Skalenwerte, die mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert der deutschen KIDSCREEN-Normstichprobe für diese Skala liegen, als Hinweis auf eine auffällig niedrige Lebensqualität eingestuft.

Schulklima

Aus acht Fragen zu den schulischen Bedingungen des Lernens, die den vier Inhaltsbereichen Unterstützung durch Mitschüler/innen, Autonomie der Schüler/innen, Unterstützung durch Lehrer/innen und Anforderungen in der Schule zugeordnet sind, wurde ein Index zum Schulklima (vgl. Kapitel 3.6) gebildet. Die je zwei Fragen zu jedem der vier Inhaltsbereiche waren mit den Antwortmöglichkeiten „stimmt genau“ – „stimmt eher“ – „weder/noch“ – „stimmt eher nicht“ – „stimmt überhaupt nicht“ zu beurteilen. Das Schulklima wird als positiv klassifiziert, wenn mindestens sechs der acht berücksichtigten Fragen überwiegend positiv (also mit „stimmt genau“ oder „stimmt eher“ bzw. im Bereich Anforderungen mit „stimmt eher nicht“ oder „stimmt überhaupt nicht“) beantwortet wurden. Es wird als schlecht klassifiziert, wenn mindestens vier der acht Fragen überwiegend negativ beantwortet wurden. In allen übrigen Fällen wird das Schulklima als mittelmäßig klassifiziert.

3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich zunächst auf die Befragung der Berliner Schüler/innen. Zuerst werden die familiären und sozialen Lebensverhältnisse der Kinder und Jugendlichen beschrieben (Kapitel 3.1). Weitere Kapitel widmen sich der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit der Berliner Schüler/innen (Kapitel 3.2), ihrem Gesundheits- und Risikoverhalten (Kapitel 3.3), ihrer Ernährung und ihrem Körperselbstbild (Kapitel 3.4), der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Kapitel 3.5) sowie dem Schulklima und der sozialen Integration der Schüler/innen (Kapitel 3.6). Anschließend werden für die wesentlichen Zielgrößen der Studie Vergleiche zwischen den Berliner und Hamburger Schüler/innen vorgenommen (Kapitel 3.7). Die Ergebnisdarstellung endet mit einem zeitlichen Vergleich der Befragungsergebnisse in Berlin 2002 und 2006 (Kapitel 3.8).

3.1 Soziale Lage und Lebensbedingungen

Familienkonstellation

Die befragten Schüler/innen leben mehrheitlich mit beiden Eltern zusammen in einem Haushalt (Tabelle 3.1). Etwa jedes zehnte Kind oder jede/r zehnte Jugendliche wächst in einer neu zusammengesetzten Familie auf, ein Viertel der Befragten gibt an, bei einem allein erziehenden Elternteil zu leben, dies ist zumeist die Mutter. Nur eine kleine Minderheit lebt ohne Eltern bei Großeltern, in einem Heim oder woanders.

Tabelle 3.1:
Familienkonstellation der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

<i>Merkmal</i>	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
Familienform¹		
beide Eltern	797	63,0
ein Elternteil und Partner/in	150	11,9
allein erziehender Elternteil	304	24,0
Großeltern und andere	14	1,1
Geschwisteranzahl²		
keine Geschwister	319	28,1
ein Geschwister	433	38,1
zwei Geschwister	220	19,3
drei Geschwister	89	7,8
vier und mehr Geschwister	76	6,7

¹ fehlende Angaben n = 33 (2,5%)

² fehlende Angaben n = 161 (12,4%)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Am häufigsten leben die Schüler/innen mit einem Geschwisterkind zusammen, jeweils etwa ein Fünftel bis ein Viertel hat keine Geschwister oder zwei Geschwister, weniger als zehn Prozent leben mit drei Geschwistern zusammen und noch weniger mit vier oder mehr Geschwistern (Tabelle 3.1).

Aufgrund von Trennungen und neuen Partnerschaften kommt es häufig zu so genannten „Patchwork-Familien“, bei denen die Kinder in unterschiedlicher zeitlicher Intensität bei beiden leiblichen Elternteilen leben. Um dies abzubilden, wurde nach einem möglichen zweiten Zuhause und den dort lebenden Personen gefragt. In Berlin machten 289 Kinder und Jugendliche (22 %) hierzu Angaben. In der knappen Hälfte der Fälle (46 %) gaben Schüler/innen, die bei einem allein erziehenden Elternteil leben, an, dass sie im zweiten Zuhause mit dem anderen Elternteil und ggf. dessen Partner/in leben. Ein gutes Viertel (29 %) lebt im ersten Zuhause in einer neu zusammengesetzten Familie und im zweiten Zuhause mit dem anderen leiblichen Elternteil und ggf. dessen Partner/in. Eine Minderheit der Befragten

(6 %) gab an, in zwei verschiedenen Haushalten jeweils mit beiden Eltern zu leben. Hier handelt es sich wahrscheinlich um Zweit-, Wochenend- oder Ferienwohnungen bzw. -häuser. Weitere Angaben entfallen auf zweite Haushalte mit Großeltern oder anderen Personen, bei denen unklar ist, ob es sich um regelmäßige oder eher gelegentliche Aufenthaltsorte der Kinder und Jugendlichen handelt.

Berufstätigkeit der Eltern

Aus den Angaben zur Berufstätigkeit der Eltern (Tabelle 3.2) ist ersichtlich, dass Väter zu einem etwas höheren Anteil erwerbstätig sind als Mütter, die ihrerseits häufiger Hausfrauen sind.

Zwischen der Familienkonstellation (Kind lebt zusammen mit beiden Eltern, mit einem Elternteil und Partner/in, mit einem allein erziehenden Elternteil) und der Frage, ob die vorhandenen Elternteile erwerbstätig sind, sind keine systematischen Zusammenhänge zu beobachten. Allerdings besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Zahl der Kinder in der Familie und der Erwerbstätigkeit der Eltern: Mit zunehmender Kinderzahl in der Familie sind seltener beide Elternteile berufstätig und häufiger ist nur ein Elternteil oder kein Elternteil berufstätig (Abbildung 3.1).⁴

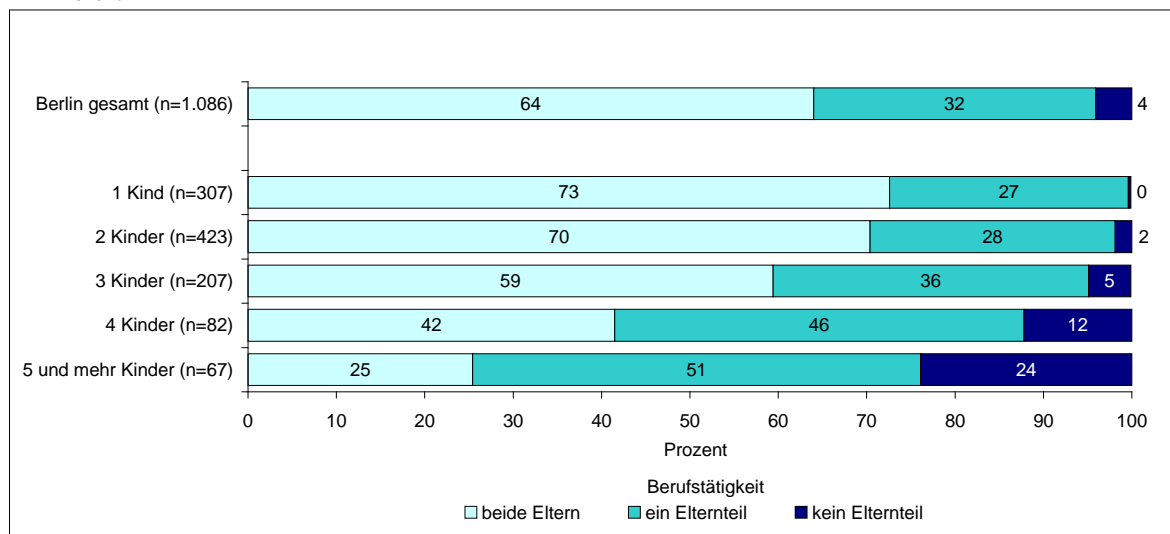
Tabelle 3.2:
Berufstätigkeit der Eltern in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

	Väter (n = 1.263)	Mütter (n = 1.262)
berufstätig	80,8	74,0
nicht berufstätig		
sucht neue Stelle	5,2	4,8
Hausfrau/-mann	0,7	7,2
krank / in Rente / Studium	2,5	2,6
keine Zuordnung	2,7	9,2
habe keine/n bzw. sehe ihn/sie nicht	5,1	0,2
weiß nicht	2,9	2,0

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.1:

Berufstätigkeit der Eltern nach Kinderzahl in der Familie in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Materieller Wohlstand der Familie

In der HBSC-Studie sind über die Frage zur Berufstätigkeit der Eltern hinaus keine klassischen Indikatoren des sozioökonomischen Status (Schul- und Berufsbildung der Eltern, Stellung im Beruf, Einkommen) enthalten, weil diese Angaben von Schüler/innen der befragten Altersgruppe erfahrungsgemäß nicht valide erhoben werden können (Currie et al., 1997). In vorangegangenen Studien wiesen diese Antworten zudem einen hohen Anteil fehlender Werte auf und notwendige Freitextangaben konnten zu einem hohen Prozentsatz nicht eindeutig zugeordnet werden (Mullan & Currie, 2000). Um dennoch eine Gruppenbildung nach sozialen Merkmalen vornehmen zu können, wird in der HBSC-Studie auf Sachverhalte zurückgegriffen, über die die Kinder und Jugendlichen mit größerer Zuverlässigkeit Auskunft geben können und die mit der sozialen Lage der Familie in Bezug stehen.

⁴ $\chi^2 = 139,6$, $df = 8$, $p < 0,001$

In Tabelle 3.3 sind die Angaben zu den vier Fragen zum familiären Wohlstand (vgl. Kapitel 2.5) aufgeführt. Etwa die Hälfte der Familien verfügt über ein Auto, ein Drittel sogar über zwei oder mehr Autos, nur jede siebte Familie besitzt kein Auto. Die überwiegende Mehrheit der befragten Schüler/innen hat ein eigenes Zimmer, nur für jede/n sechste/n Schüler/in ist dies nicht der Fall. Die Verfügbarkeit eines eigenen Zimmers nimmt erwartungsgemäß mit der Anzahl der Kinder in der

Tabelle 3.3:
Merkmale familiären Wohlstands in der HBSC-Studie in Berlin 2006

<i>Merkmal</i>	<i>Ausprägung</i>	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
Autos in der Familie¹	keins	190	15,2
	eins	650	52,0
	zwei oder mehr	409	32,7
eigenes Zimmer²	nein	224	17,9
	ja	1.024	82,1
Urlaub mit der Familie³	keinmal	277	22,2
	einmal	375	30,0
	zweimal	275	22,0
	mehr als zweimal	321	25,7
Computer in der Familie⁴	keiner	35	2,8
	einer	441	35,3
	zwei	411	32,9
	mehr als zwei	362	29,0

¹ fehlende Angaben: n = 49 (3,8%)

² fehlende Angaben: n = 50 (3,9%)

³ fehlende Angaben: n = 50 (3,9%)

⁴ fehlende Angaben: n = 49 (3,8%)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Wohlstandsgruppe hat kein Auto (52,4 %), ebenfalls hat in etwa der Hälfte der Familien der unteren Wohlstandsgruppe der/die befragte Schüler/in kein eigenes Zimmer (48,0 %), und zwei Drittel sind in den letzten zwölf Monaten nicht mit der Familie in Urlaub gefahren (66,1 %). In der Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand gibt es in jeder achten Familie (12,2 %) keinen Computer. Kontrastiert man diese Angaben mit denen aus der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand, so verfügen hier alle Familien über mindestens ein Auto, die Mehrheit (66,0 %) sogar über mindestens zwei. Fast alle Schüler/innen in der oberen Wohlstandsgruppe haben ein eigenes Zimmer (97,7 %). Alle sind mit ihrer Familie im letzten Jahr mindestens einmal in Urlaub gefahren, die Mehrheit (86,6 %) mehr als einmal. Ebenfalls verfügen alle Familien über mindestens einen Computer, mehrheitlich über zwei oder mehr (89,9 %).

Die Verteilung der Schüler/innen in Berlin auf die drei Wohlstandsgruppen ist in Abbildung 3.2 insgesamt und differenziert nach Klassenstufe und Schultyp dargestellt. Die Gruppen mit mittlerem und hohem Wohlstand gemäß Family Affluence Scale sind etwa gleich häufig vertreten, die Gruppe mit niedrigem Wohlstand ist etwas schwächer besetzt. Schüler/innen, die der oberen Wohlstandsgruppe zugeordnet wurden, sind an Gymnasien im Vergleich zu den anderen Schulformen deutlich überrepräsentiert, die Gruppe mit mittlerem, insbesondere aber mit niedrigem familiären Wohlstand

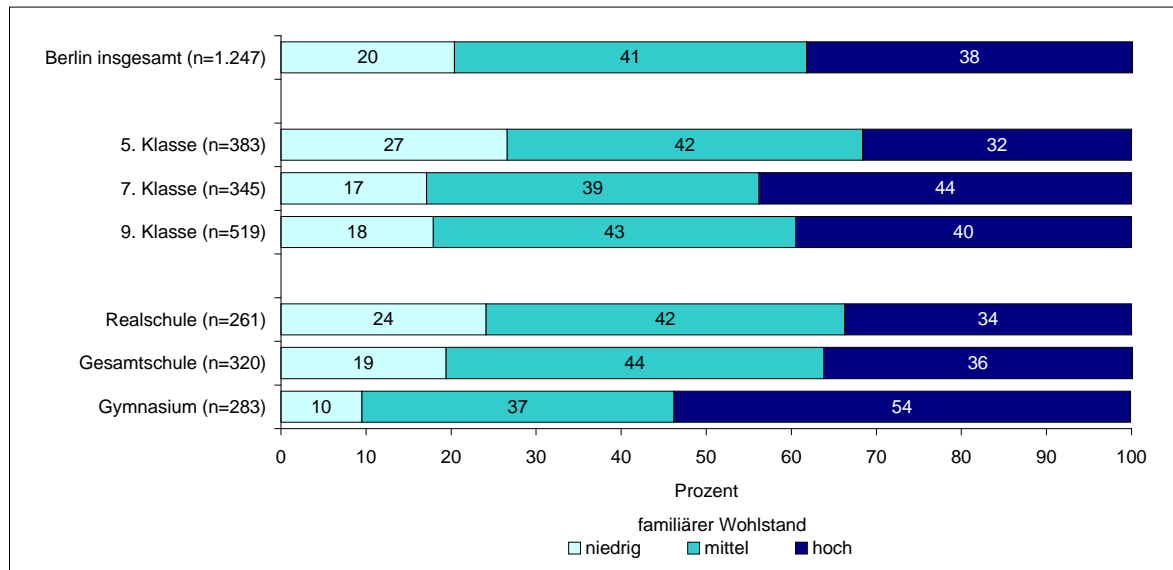
Familie ab.⁵ Von den Einzelkindern haben nur zwei (0,6 % aller Berliner Einzelkinder) kein eigenes Zimmer, von den Kindern und Jugendlichen mit vier und mehr Geschwistern sind es mehr als die Hälfte (52,7 %), die kein eigenes Zimmer haben. Jede/r fünfte Schüler/in ist im vergangenen Jahr gar nicht mit der Familie in Urlaub gefahren. Jeweils ein Viertel bis ein Drittel hat einen, zwei oder mehr Urlaube mit der Familie verbracht. Fast alle Familien haben mindestens einen Computer zu Hause, jeweils ein knappes Drittel der Familien hat zwei oder mehr als zwei Computer.

Die Antworten zu den vier Fragen zum familiären Wohlstand werden zur Family Affluence Scale aggregiert (vgl. Kapitel 2.5) und die Schüler/innen werden anhand der Punktwerte in drei Gruppen eingeteilt. Demnach gehören 20 % der Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand, 41 % der Gruppe mit mittlerem familiären Wohlstand und 38 % der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand an. In der Gruppe mit niedrigem Wohlstand sind nur wenige Familien vertreten, die bei allen vier Fragen die ungünstigste Antwort gegeben haben (n = 4 entsprechend 0,3 %). Jedoch bedeutet die Zuordnung zur Gruppe mit niedrigem Wohlstand, dass mindestens eines der Kriterien Auto, eigenes Zimmer, Urlaub mit der Familie und Computer nicht erfüllt ist. Etwa die Hälfte der Familien in der unteren

⁵ $\chi^2 = 186,2$, $df = 4$, $p < 0,001$

Abbildung 3.2:

Familiärer Wohlstand gemäß Family Affluence Scale in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



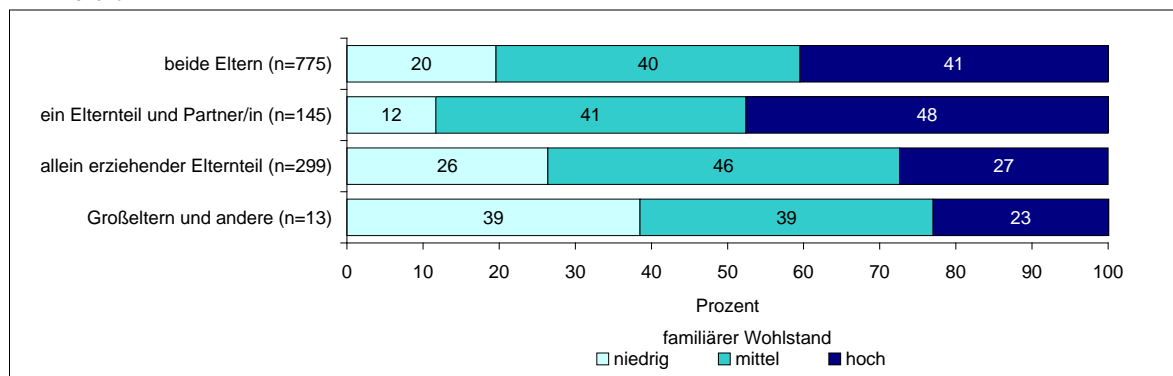
(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

ist an den Gymnasien unterrepräsentiert.⁶ Mehr Schüler/innen der 5. Klasse gehören der niedrigen Wohlstandsgruppe an und weniger der oberen als in den 7. und 9. Klassen.⁷ Dieser Effekt lässt sich sicherlich vorwiegend auf die Auswahl und Teilnahmebereitschaft der in die Studie einbezogenen Schulen zurückführen.

Weiterhin wurde überprüft, welche Zusammenhänge zwischen den erfragten Lebensbedingungen der Schüler/innen und ihrem familiären Wohlstand, erfasst mit der Family Affluence Scale, bestehen. Abbildung 3.3 zeigt die Ergebnisse zum Zusammenhang von Familienform und familiärem Wohlstand. Schüler/innen aus Haushalten mit einem allein erziehenden Elternteil werden häufiger der Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand und seltener der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand zugeordnet als Schüler/innen, die mit beiden Eltern oder einem Elternteil und Partner/in zusammenleben. Noch häufiger werden Kinder und Jugendliche, die bei den Großeltern oder anderen Eltern-Ersatzpersonen

Abbildung 3.3:

Zusammenhang von Familienform und familiärem Wohlstand in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

⁶ $\chi^2 = 35,8$, $df = 4$, $p < 0,001$

⁷ $\chi^2 = 18,7$, $df = 4$, $p < 0,01$

Tabelle 3.4:
Bezüge zwischen familiärem Wohlstand, Berufstätigkeit der Eltern und Kinderzahl in der HBSC-Studie in Berlin 2006

		<i>familiärer Wohlstand</i>		
	<i>n</i>	<i>niedrig</i>	<i>mittel</i>	<i>hoch</i>
		<i>in Prozent</i>		
Berufstätigkeit der Eltern¹				
beide berufstätig	765	12,0	39,9	48,1
eine/r berufstätig	381	26,2	47,8	26,0
keine/r berufstätig	49	75,5	18,4	6,1
Anzahl Kinder in der Familie²				
1	314	15,3	43,0	41,7
2	422	15,4	40,5	44,1
3	215	24,7	42,8	32,6
4	85	23,5	45,9	30,6
5 und mehr	74	51,4	33,8	14,9

¹ fehlende Angaben zur Berufstätigkeit der Eltern n = 103 (7,9%)

² fehlende Angaben zur Kinderzahl n = 188 (14,5%)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Tabelle 3.5:
Weitere Merkmale der sozialen Lage in der HBSC-Studie in Berlin 2006

<i>Merkmal</i>	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
finanzielle Lage der Familie¹		
überhaupt nicht gut	15	1,2
nicht gut	97	7,7
durchschnittlich	426	33,8
gut	495	39,2
sehr gut	229	18,1
Bücher zu Hause²		
keine/sehr wenige (0-10)	90	7,4
ein Bücherbrett (11-25)	244	20,1
ein Regal (26-100)	351	29,0
zwei Regale (101-200)	168	13,9
drei oder mehr Regale (>200)	359	29,6
hungrig zur Schule oder ins Bett³		
immer	9	0,7
oft	23	1,8
manchmal	201	15,6
nie	1.055	81,9

¹ fehlende Angaben n = 36 (2,8%)

² fehlende Angaben n = 86 (6,6%)

³ fehlende Angaben n = 10 (0,8%)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

⁸ $\chi^2 = 29,4$, $df = 6$, $p < 0,001$

⁹ $\chi^2 = 167,9$, $df = 4$, $p < 0,001$

¹⁰ $\chi^2 = 67,0$, $df = 8$, $p < 0,001$

aufwachsen, der niedrigen Wohlstandsgruppe zugeordnet.⁸ Allerdings ist hier die Zahl der betroffenen Schüler/innen sehr gering ($n = 13$), weshalb die diesbezüglichen Prozentangaben vorsichtig zu interpretieren sind.

Berufstätigkeit der Eltern und familiärer Wohlstand sind recht deutlich miteinander verknüpft (Tabelle 3.4). Familien, in denen beide Elternteile berufstätig sind, werden zu etwa der Hälfte der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand zugeordnet, Familien, in denen kein Elternteil berufstätig ist, dagegen mehrheitlich der Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand.⁹ Mit höherer Kinderzahl nimmt der Anteil der Familien mit hohem Wohlstand ab und der Anteil mit niedrigem Wohlstand zu (Tabelle 3.4).¹⁰ Besonders deutlich ist dies in Familien mit fünf und mehr Kindern zu beobachten, die zu mehr als der Hälfte der Gruppe mit niedrigem Wohlstand zuzurechnen sind, während dies nur auf weniger als ein Viertel der anderen Berliner Familien zutrifft.

Weitere Merkmale der sozialen Lage

Mit drei Einzelfragen wurden weitere Merkmale der sozialen Lage der Schüler/innen und ihrer Familien erfasst. Die Kinder und Jugendlichen sollten angeben, wie sie die finanzielle Lage ihrer Familie einschätzen, wie viele Bücher es bei ihnen zu Hause gibt und wie häufig sie hungrig zur Schule oder ins Bett gehen müssen, weil zuhause nicht genügend Essen vorhanden ist. Die Antworthäufigkeiten zeigt Tabelle 3.5. Die finanzielle Lage der Familie wird mehrheitlich durchschnittlich oder gut eingeschätzt. Etwa ein Fünftel der Befragten bezeichnet sie auch als sehr gut. Nur wenige Kinder und Jugendliche halten die finanzielle Lage ihrer Familie für nicht gut oder überhaupt nicht gut. Mit der Frage nach der Zahl der Bücher zu Hause soll ein Hinweis auf Bildungsnähe oder -ferne der Familie gegeben werden. Weniger als jede/r zehnte Schüler/in gibt an, dass es zu Hause keine oder nur sehr wenige Bücher gibt. In jeder fünften Familie gibt es nach Angaben der Kinder und Jugendlichen nur etwa ein Bücherbrett. Mehrheitlich geben die Schüler/innen jedoch an, dass es mindestens ein Regal voll Bücher gibt, in etwa jeder dritten Familie sogar drei oder mehr Regale. Die Frage danach, ob die Schüler/innen hungrig zur Schule oder ins Bett gehen müssen, wird als ein Indikator für Armut oder Vernachlässigung betrachtet. Nur sehr wenige Kinder

und Jugendliche geben an, dass dies „immer“ oder „oft“ der Fall ist, aber etwa jede/r siebte Befragte berichtet, dass dies „manchmal“ vorkommt. Wegen der kleinen Fallzahlen werden die Kategorien „immer“, „oft“ und „manchmal“ für weitere Auswertungen zusammengefasst und der Kategorie „nie“ gegenübergestellt.

In Tabelle 3.6 ist nach Schulform und Klassenstufe getrennt aufgeführt, wie viele Schüler/innen die finanzielle Lage ihrer Familie als eher schlecht beurteilen (Antwortkategorien „nicht gut“ und „überhaupt nicht gut“), wie viele Familien nur wenige Bücher zu Hause haben (Antwortkategorien „keine/sehr wenige (0-10)“ und „ein Bücherbrett (11-25)“) und wie viele Schüler/innen mindestens manchmal hungrig zur Schule oder ins Bett gehen müssen, weil nicht genug zu Essen zu Hause ist (Antwortkategorien „manchmal“, „oft“ und „immer“).

Tabelle 3.6:

Weitere Merkmale der sozialen Lage nach Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse) in der HBSC-Studie in Berlin 2006

	<i>n</i>	<i>finanzielle Lage schlecht^{1,2}</i>	<i>wenige Bücher zu Hause^{3,4}</i>	<i>hungrig zur Schule / ins Bett^{5,6}</i>
		<i>in Prozent</i>		
insgesamt	1.298	8,9	27,6	18,1
Klassenstufe				
5. Klasse	403	6,0	32,1	20,1
7. Klasse	358	10,2	22,1	16,2
9. Klasse	537	10,1	27,9	17,9
Schulform (7. und 9. Klasse)				
Realschule	277	11,9	35,2	18,9
Gesamtschule	332	9,8	31,1	20,4
Gymnasium	286	8,8	10,5	11,9

¹ fehlende Angaben n = 36 (2,8%)

² Kategorien "überhaupt nicht gut" und "nicht gut"

³ fehlende Angaben n = 86 (6,6%)

⁴ Kategorien "keine/sehr wenige (0-10)" und "ein Bücherbrett (11-25)"

⁵ fehlende Angaben n = 10 (0,8%)

⁶ Kategorien "immer", "oft" und "manchmal"

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

In der Einschätzung der finanziellen Lage ihrer Familie unterscheiden sich die Schüler/innen der unterschiedlichen Klassenstufen und Schulzweige nicht signifikant. Insgesamt gibt etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen an, dass es bei ihnen zu Hause nur wenige Bücher gibt. Dieser Anteil ist am Gymnasium deutlich niedriger als in den anderen Schulformen (nur 7. und 9. Klasse).¹¹ Schüler/innen der fünften Klassen geben häufiger als die Befragten der höheren Klassenstufen an, dass es bei ihnen zu Hause nur wenige Bücher gibt (Tabelle 3.6).¹² Im Gymnasium geben die Schüler/innen deutlich seltener als in den übrigen Schulformen an, dass sie hungrig zur Schule oder ins Bett gehen müssen (Tabelle 3.6).¹³ Zwischen den in die Befragung einbezogenen Klassenstufen zeigen sich dagegen nur geringfügige Unterschiede.

Geprüft wurde weiterhin, welche Beziehungen die zuletzt berichteten Merkmale der sozialen Lage zum materiellen Wohlstand der Familie gemäß Family Affluence Scale aufweisen. Die Schüler/innen, die

¹¹ $\chi^2 = 50,6$, $df = 2$, $p < 0,001$

¹² $\chi^2 = 8,9$, $df = 2$, $p < 0,05$

¹³ $\chi^2 = 8,5$, $df = 2$, $p < 0,05$

die finanzielle Lage ihrer Familie als sehr gut oder gut einschätzen, gehören mehrheitlich der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand an, wogegen die wenigen Schüler/innen, die die finanzielle Lage ihrer Familie als überhaupt nicht gut einschätzen, etwa zur Hälfte in die Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand eingeordnet wurden.¹⁴ Schüler/innen der niedrigen Wohlstandsgruppe geben etwa dreimal so häufig wie ihre Klassenkamerad/innen der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand an, keine oder nur wenige Bücher zu Hause zu haben, in der obersten Kategorie „mehr als 200 Bücher“ sind sie nicht einmal halb so oft vertreten wie Schüler/innen der oberen Wohlstandsgruppe.¹⁵ Kinder und Jugendliche, die zumindest manchmal hungrig zur Schule oder ins Bett gehen müssen, sind in allen drei Wohlstandsgruppen anzutreffen. Jedoch sind auch hier Schüler/innen aus Familien mit niedrigem Wohlstand stärker vertreten als ihre Gleichaltrigen aus materiell besser gestellten Familien.¹⁶ Während von den Schüler/innen mit hohem familiären Wohlstand 14 % betroffen sind, sind es in der Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand 24 %.

Die Ergebnisse zu der Frage, ob Kinder und Jugendliche hungrig zu Bett oder in die Schule gehen, weisen darauf hin, dass diese Einzelfrage nur sehr begrenzt als Armutsindikator taugt, weil diese Frage von Angehörigen aller drei Wohlstandsgruppen bejaht wurde und sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die diese Frage bejahen, nicht unterscheidet in Abhängigkeit von der Frage der Berufstätigkeit der Eltern. Daher wurde geprüft, ob diese Antworten durch ein freiwilliges Diätverhalten erklärt werden können, auch wenn die Fragenformulierung („... weil zuhause nicht genügend Essen vorhanden ist“) dies eigentlich ausschließt. Allerdings ist der Anteil derjenigen, die gerade eine Diät machen, unter den Schüler/innen, die mindestens manchmal hungrig zu Bett oder in die Schule gehen, mit 16 % nur geringfügig höher als unter den Schüler/innen, die nicht hungrig zu Bett oder in die Schule gehen (12 %). Aufgrund mangelnder Bezüge dieser Einzelfrage zu anderen Merkmalen der sozialen Lage wird sie in weiteren Auswertungen nicht mehr berücksichtigt.

Herkunft

Die überwiegende Mehrheit der befragten Schüler/innen (92,5 %) ist in Deutschland geboren, während dies nur auf zwei Drittel bis drei Viertel der Eltern zutrifft (Mütter 72,7 %, Väter 71,2 %). Entsprechend wird auch in vielen Familien (18,0 %) vorwiegend eine andere Sprache als Deutsch gesprochen oder neben Deutsch auch noch eine bzw. mehrere andere Sprache/n (7,2 %).

Ein Migrationshintergrund wurde den Schüler/innen bescheinigt, wenn

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

Die Jugendlichen mit Migrationshintergrund wurden entsprechend den Geburtsländern ihrer Eltern in die Herkunftsgruppen türkisch, arabisch, osteuropäisch, aus westlichen Industriestaaten und aus anderen Staaten eingeteilt. Sind beide Elternteile in verschiedenen Ländern geboren, wurde das Geburtsland der Mutter als ausschlaggebend gewertet. Wurde die Mutter in Deutschland geboren und der Vater in einem anderen Land, und eines der oben genannten Kriterien für einen Migrationshintergrund ist erfüllt, erfolgt die Zuordnung zu einer Herkunftsgruppe anhand des Geburtslandes des Vaters. Die Herkunftsgruppe „türkisch“ umfasst ausschließlich Kinder und Jugendliche mit in der Türkei geborenen Eltern, „arabisch“ umfasst die Staaten der arabischen Liga, „osteuropäisch“ alle Staaten und Nachfolgestaaten des ehemaligen Warschauer Pakts (einschließlich Ex-Sowjetunion), die in Europa liegen, die Staaten des ehemaligen Jugoslawien sowie Albanien. Zu den westlichen Industriestaaten werden Staaten europäisch-westlicher Prägung gerechnet, das sind alle europäischen Staaten außer Deutschland und den Staaten des ehemaligen Ostblocks, die USA, Kanada, Australien und Neuseeland.

¹⁴ $\chi^2 = 47,6$, $df = 8$, $p < 0,001$

¹⁵ $\chi^2 = 103,3$, $df = 8$, $p < 0,001$

¹⁶ $\chi^2 = 7,0$, $df = 2$, $p < 0,05$

Alle übrigen Staaten, darunter auch Japan und die asiatischen Staaten der Ex-Sowjetunion, werden zu der Kategorie „andere Staaten“ zusammengefasst.

Tabelle 3.7 zeigt die Anteile der Schüler/innen mit Migrationshintergrund, getrennt nach verschiedenen Herkunftsgruppen. Kinder und Jugendliche türkischer Herkunft stellen die größte nichtdeutsche Herkunftsgruppe dar, gefolgt von Schüler/innen mit Herkunft aus osteuropäischen Staaten. Die Befragten arabischer Herkunft machen mit gut zwei Prozent noch eine nennenswerte Subgruppe aus, wogegen nur wenige Schüler/innen aus Familien aus den westlichen Industriestaaten vertreten sind. Die kulturelle Vielfalt in der Stadt spiegelt sich wider in einem recht hohen Anteil der Schüler/innen aus Staaten, die nicht einer der anderen Herkunftsgruppen zuzuordnen waren. Für eine nach Herkunftsgruppen detaillierte Auswertung sind die Fallzahlen in der Stichprobe allerdings zu klein. Deshalb wird bei der weiteren Ergebnisdarstellung generell nur zwischen Schüler/innen deutscher Herkunft und solchen mit Migrationshintergrund unterschieden, wobei punktuell jedoch innerhalb der Gruppe der Schüler/innen mit Migrationshintergrund solche mit auffälligen Ergebnissen hervorgehoben werden.

Der Anteil der Schüler/innen mit Migrationshintergrund liegt in der 5. Klassenstufe deutlich über dem der 7. und 9. Klassenstufe (Tabelle 3.8).¹⁷ Da der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in Berlin nicht binnen weniger Jahre derart stark zugenommen hat, ist davon auszugehen, dass dieser Unterschied durch die Einzugsbereiche der teilnehmenden Schulen begründet ist, denn die Fünftklässler/innen gehen in Berlin ja noch mehrheitlich auf die Grundschule, während die Siebt- und Neuntklässler/innen verschiedene Oberschulen besuchen. Betrachtet man nur die 7. und 9. Klassenstufe, so ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in den Gesamtschulen höher als in den Realschulen und Gymnasien.¹⁸

Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand weisen einen deutlichen Zusammenhang auf (Abbildung 3.4). Von den Kindern und Jugendlichen deutscher Herkunft gehören etwas mehr als in der Gesamtstichprobe zur Gruppe mit hohem familiären Wohlstand und etwas weniger zur niedrigen Wohlstandsgruppe, während von den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund etwa ein Drittel der Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand zuzuordnen ist. Dies betrifft in Berlin in besonderer Weise die Kinder türkischer Herkunft, die hier zu fast der Hälfte (46,5 %) der niedrigen Wohlstandsgruppe angehören. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand zugezählt werden, ist dagegen nur halb so groß wie bei den Kindern und Jugendlichen deutscher Herkunft.¹⁹

Tabelle 3.7:
Herkunft der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

<i>Herkunftsgruppe¹</i>	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
deutsch	930	73,6
türkisch	134	10,6
arabisch	29	2,3
osteuropäisch	74	5,9
aus westl. Industriestaaten	13	1,0
aus anderen Staaten	84	6,6

¹ fehlende Angaben n = 34 (2,6%)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Tabelle 3.8:
Migrationshintergrund nach Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse) in der HBSC-Studie in Berlin 2006

<i>Migrationshintergrund¹</i>	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
insgesamt	1.264	26,4
Klassenstufe		
5. Klasse	384	35,7
7. Klasse	351	21,7
9. Klasse	529	22,9
Schulform (7. und 9. Klasse)		
Realschule	272	18,8
Gesamtschule	325	28,9
Gymnasium	283	18,4

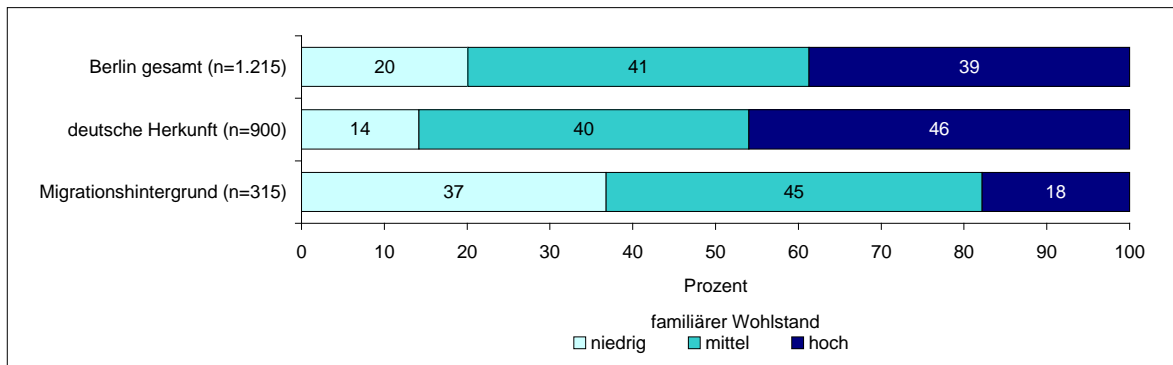
¹ fehlende Angaben n = 34 (2,6%)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁷ $\chi^2 = 24,5$, $df = 2$, $p < 0,001$

¹⁸ $\chi^2 = 12,6$, $df = 2$, $p < 0,01$

¹⁹ $\chi^2 = 109,2$, $df = 2$, $p < 0,001$

Abbildung 3.4:**Zusammenhang von Migrationshintergrund und familiärem Wohlstand in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent**

(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Ein Zusammenhang besteht auch zwischen einem familiären Migrationshintergrund und der Berufstätigkeit der Eltern. In Familien mit Migrationshintergrund sind seltener beide Eltern berufstätig und häufiger nur ein Elternteil oder kein Elternteil berufstätig als in Familien deutscher Herkunft.²⁰ Dies trifft wieder insbesondere auf Familien türkischer Herkunft zu, in denen nur zu einem Drittel beide Eltern berufstätig sind, zur Hälfte nur ein Elternteil und zu 18 % kein Elternteil, während in den Familien deutscher Herkunft zu 71 % beide Elternteile berufstätig sind, zu einem Viertel ein Elternteil und nur zu 1,5 % kein Elternteil.

Zusammenfassung

Die Berliner Schüler/innen leben mehrheitlich mit beiden leiblichen Eltern zusammen, eine nicht geringe Minderheit von etwa einem Viertel lebt aber mit einem allein erziehenden Elternteil zusammen, und jede/r achte Schüler/in lebt in einer neu zusammengesetzten Familie. In der Mehrheit der Familien arbeiten beide Eltern, zu etwa einem Drittel ein Elternteil (darunter auch Alleinerziehende), in wenigen Familien sind beide Eltern nicht erwerbstätig.

Da belastbare Angaben zur sozialen Lage der Familie von Schüler/innen schwer einzuholen sind, wurden ersatzweise Fragen zum materiellen Wohlstand der Familie gestellt. Danach wurden die Schüler/innen in drei Gruppen mit niedrigem, mittlerem und hohem materiellen Wohlstand eingeteilt. Schüler/innen, die bei einem allein erziehenden Elternteil aufwachsen, gehören häufiger der Gruppe mit niedrigem familiären Wohlstand an als Schüler/innen in vollständigen (auch neu zusammengesetzten) Familien, zudem nimmt der familiäre Wohlstand mit zunehmender Geschwisterzahl ab. Am Gymnasium sind Schüler/innen mit hohem familiären Wohlstand häufiger vertreten als in den anderen Schulzweigen.

Weitere Merkmale der sozialen Lage der Familie wie die Selbsteinschätzung der finanziellen Lage der Familie durch die Schüler/innen, die Berufstätigkeit der Eltern oder die Frage nach der Zahl der Bücher zu Hause, sind deutlich mit dem familiären Wohlstand assoziiert.

Insgesamt weist ein gutes Viertel der Schüler/innen in Berlin einen familiären Migrationshintergrund auf, wobei die größte Herkunftsgruppe aus der Türkei stammt, gefolgt von den osteuropäischen Staaten. Unter den Familien mit Migrationshintergrund sind weit mehr mit niedrigem familiären Wohlstand vertreten und weit weniger mit hohem familiären Wohlstand als unter den Familien deutscher Herkunft.

²⁰ $\chi^2 = 113,9$, $df = 2$, $p < 0,001$

3.2 Gesundheitszustand

Neben dem Gesundheits- und Risikoverhalten stellt die Erfassung des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen ein Kernziel der HBSC-Befragung dar. Da es sich bei der Studie um eine reine Befragung ohne körperliche Untersuchung handelt, können die interessierenden Parameter nur aus der subjektiven Sicht der Schüler/innen erhoben werden. Um gemäß der WHO-Gesundheitsdefinition ein ganzheitliches Bild der Gesundheit der Schüler/innen zu erhalten, werden neben Merkmalen der körperlichen und der psychischen Gesundheit auch soziale Ressourcen berücksichtigt, die Gesundheit und Wohlbefinden nachweislich beeinflussen können (Marmot, 2006).

3.2.1 Körperliche Gesundheit

Der Fragebogenteil zur körperlichen Gesundheit umfasste Fragen zu Körpergröße und Gewicht, zur subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, zu Schmerzen, psychosomatischen Beschwerden, der Einnahme von Medikamenten, zu chronischen Erkrankungen und zu Verletzungen. Damit wird eine Vielzahl von Aspekten der körperlichen Gesundheit der Schüler/innen angesprochen, ohne dass jedoch sehr tiefgehende Analysen möglich sind. Es darf nicht vergessen werden, dass es sich ausschließlich um Selbstangaben handelt, die nicht durch Messgrößen, ärztliche Angaben oder Einschätzungen der Eltern validiert sind. Daher ist es möglich, dass die Auskünfte durch soziale Erwünschtheit, mangelndes Fragenverständnis oder ein von medizinischen Definitionen abweichendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit verzerrt sind. Diese Einschränkungen sollten bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

Übergewicht

Die Schüler/innen wurden im Fragebogen gebeten, ihre Körpergröße und ihr Gewicht anzugeben, um daraus den Body Mass Index²¹ zu berechnen und die Kinder und Jugendlichen in Untergewichtige, Normalgewichtige und Übergewichtige klassifizieren zu können. Hierfür wurden die alters- und geschlechtsspezifischen Normwerte von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) verwendet. Kinder und Jugendliche, deren BMI zwischen dem 10. und dem 90. Perzentil der Referenzstichprobe liegt, werden als normalgewichtig bezeichnet, unterhalb des 10. Perzentils als untergewichtig und oberhalb des 90. Perzentils als übergewichtig. Um eine weitere Differenzierung der Übergewichtigen zu erreichen, wird häufig noch zwischen Übergewicht (> 90. – 97. Perzentil) und Adipositas (> 97. Perzentil) unterschieden.

Die Selbstangaben zu Größe und Gewicht weisen einen relativ hohen Anteil fehlender und hochgradig unplausibler Werte (z. B. Gewicht unter 10 kg, Körpergröße unter 100 cm) auf, die nicht in die Auswertung eingehen. Dadurch fehlen bei 11,2 % der Schüler/innen die zur Klassifizierung des Gewichts notwendigen Angaben. Diese fehlenden Werte sind zu einem knappen Viertel (23,3 %) durch Unplausibilitäten und zu gut zwei Dritteln durch fehlende Angaben zu Größe, Gewicht, Alter oder Geschlecht verursacht.

Von den Kindern und Jugendlichen mit gültigen Angaben zum BMI sind 80,6 % als normalgewichtig zu klassifizieren, jeweils knapp 10 % sind untergewichtig (9,9 %) bzw. übergewichtig (9,5 %, darunter 4,7 % Adipöse). Mädchen sind nach ihren Selbstangaben etwas seltener als Jungen übergewichtig oder adipös, jedoch ist der Unterschied nicht statistisch signifikant. Zwischen den Kindern und Jugendlichen deutscher und nichtdeutscher Herkunft besteht kein Unterschied im Anteil Übergewichtiger und Adipöser, ebenso wenig zwischen den drei untersuchten Klassenstufen.

Zwischen der sozialen Lage der Familie, gemessen am familiären Wohlstandsindex oder an der Frage der Erwerbstätigkeit der Eltern und dem Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher besteht kein signifikanter Zusammenhang.

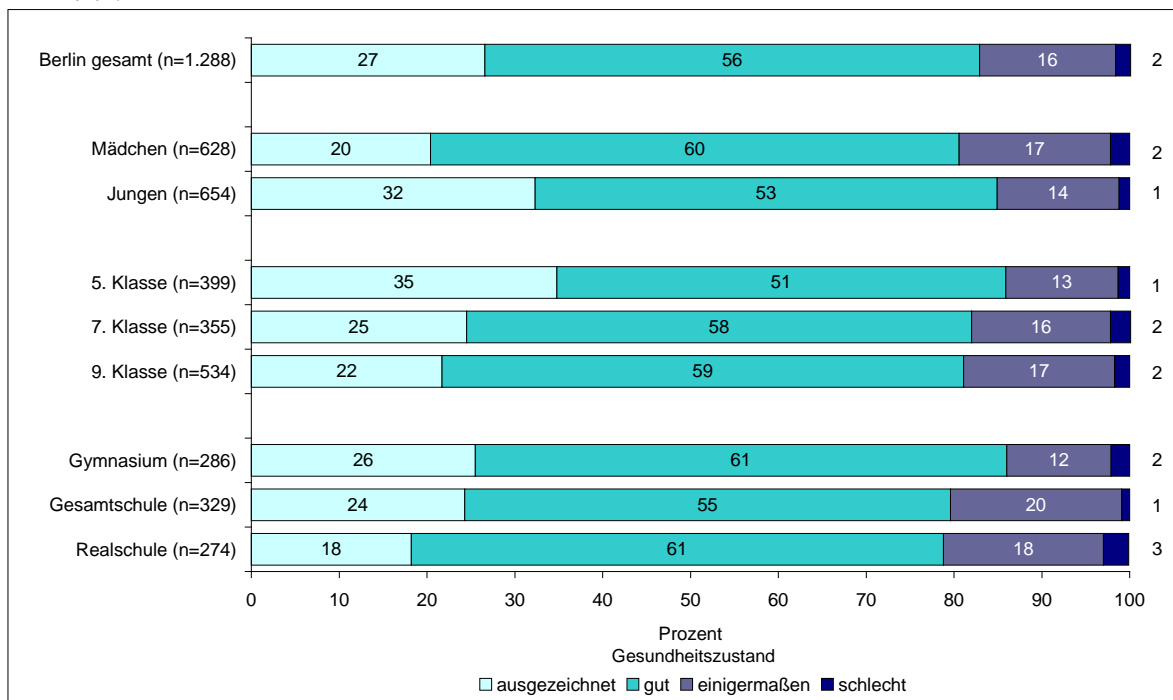
²¹ Body Mass Index: BMI = Körpergewicht [kg] / Körpergröße [m]²

Die aus den Selbstangaben der Schüler/innen in der HBSC-Studie ermittelten Ergebnisse zu Übergewicht und Adipositas weichen erheblich von Befunden in der Literatur ab. Beispielsweise liegt in der bundesweiten KiGGS-Studie, in der Größe und Gewicht gemessen wurden, der Anteil übergewichtiger (einschließlich adipöser) Kinder und Jugendlicher im Schulalter deutlich über 10 %. Zudem nimmt der Anteil Übergewichtiger mit steigendem Alter deutlich zu und ist bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem sozialen Status erhöht (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Laut Mikrozensus 2005, der sich auch auf Selbstangaben zu Größe und Gewicht stützt, sind in der Bundesrepublik bereits 26 % der 20- bis 24-jährigen Männer und 16 % der gleichaltrigen Frauen übergewichtig (Meinlschmidt, 2007). Daher erscheint es unplausibel, wenn selbst bei den Schüler/innen der neunten Klassen mit einem durchschnittlichen Alter von 15,6 Jahren der Anteil Übergewichtiger unter 10 % liegen soll. Angesichts des hohen Anteils fehlender Angaben und der genannten Unplausibilitäten müssen die Angaben der Schüler/innen zu Körpergewicht und Größe in der HBSC-Studie als nicht belastbar angesehen werden.

Subjektiver Gesundheitszustand

Um herauszufinden, wie gesund die Mädchen und Jungen sich fühlen, wurden sie um eine Einschätzung ihres eigenen Gesundheitszustandes gebeten. Ihnen standen in Anlehnung an Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität die Antwortkategorien „ausgezeichnet“, „gut“, „einigermaßen“ und „schlecht“ zur Verfügung. Die Antworten sind in Abbildung 3.5 gezeigt. Eine Mehrheit der Schüler/innen bezeichnet den eigenen Gesundheitszustand als gut, ein Viertel hält ihn sogar für ausgezeichnet. Jede/r sechste Befragte in Berlin wählt die Antwort „einigermaßen“, und nur wenige beurteilen ihre Gesundheit als schlecht. Mädchen beurteilen ihre eigene Gesundheit weniger positiv als Jungen²², und die Schüler/innen der fünften Klassenstufe geben eine positivere Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands ab als die Siebt- und Neuntklässler/innen²³. Auch zwischen den

Abbildung 3.5:
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²² $\chi^2 = 24,5$, $df = 3$, $p < 0,001$

²³ $\chi^2 = 22,5$, $df = 6$, $p < 0,01$

besuchten Schulformen zeigen sich signifikante Unterschiede im selbsteingeschätzten Gesundheitszustand: Gymnasiast/innen schätzen ihren Gesundheitszustand am positivsten ein, gefolgt von den Gesamtschüler/innen. Die schlechtesten Einschätzungen geben Realschüler/innen ab.²⁴ Zwischen Schüler/innen aus Familien mit Migrationshintergrund und solchen deutscher Herkunft besteht kein signifikanter Unterschied in der subjektiven Gesundheit.

Betrachtet man den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand in Verbindung mit der sozialen Lage der Familie, dann besteht nur zur Selbsteinschätzung der finanziellen Lage der Familie ein signifikanter Zusammenhang (Tabelle 3.9).²⁵ Zwischen der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands und dem familiären Wohlstand sowie der Berufstätigkeit der Eltern besteht dagegen kein signifikanter Zusammenhang. Schüler/innen, die die finanzielle Lage ihrer Familie als „sehr gut“ einschätzen, bezeichnen ihren Gesundheitszustand doppelt so oft als „ausgezeichnet“ wie Schüler/innen, die die finanzielle Lage ihrer Familie als durchschnittlich einschätzen, und fast viermal so oft wie Schüler/innen, die die familiären finanziellen Verhältnisse als „nicht gut“ oder „überhaupt nicht gut“ beurteilen. Umgekehrt beschreiben die Schüler/innen, die die finanzielle Lage ihrer Familie als „nicht gut“ oder „überhaupt nicht gut“ einschätzen, ihren Gesundheitszustand mehr als doppelt so häufig wie ihre Gleichaltrigen nur als „einigermaßen“ und etwa dreimal so häufig als „schlecht“.

Tabelle 3.9:

Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und finanzieller Lage der Familie in der HBSC-Studie in Berlin 2006

finanzielle Lage der Familie		subjektiver Gesundheitszustand			
		ausgezeichnet	gut	einigermaßen	schlecht
		in Prozent			
sehr gut	n = 228	40,8	44,7	13,2	1,3
gut	n = 493	27,6	58,8	12,0	1,6
durchschnittlich	n = 422	21,1	62,1	15,4	1,4
(überhaupt) nicht gut ¹	n = 112	11,6	49,1	34,8	4,5
gesamt	n = 1.255	26,4	56,5	15,4	1,8

¹ Kategorien "nicht gut" und "überhaupt nicht gut" wegen kleiner Fallzahlen zusammengefasst

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Schmerzen, psychosomatische Beschwerden und Einnahme von Medikamenten

Der Fragebogenabschnitt zur körperlichen Gesundheit enthielt unter anderem Fragen zur Auftretenshäufigkeit von Kopf-, Bauch-, Rücken- und Nacken- bzw. Schulterschmerzen. Die Schüler/innen wurden gebeten, für jede der vier Schmerzlokalisationen anzugeben, wie häufig dieser Schmerz in den letzten sechs Monaten auftrat. Tabelle 3.10 zeigt die Antworten der Mädchen und Jungen. Am häufigsten treten Kopfschmerzen auf, von denen nur gut ein Drittel der Mädchen und die gute Hälfte der Jungen selten oder nie betroffen sind. Fast jedes fünfte Mädchen und fast jeder neunte Junge hat dagegen mehrmals pro Woche oder täglich Kopfschmerzen. Bei den Mädchen folgen danach Bauchschmerzen, die eventuell zum Teil auf die Regelblutung zurückzuführen sein können, zumal ein großer Anteil der Mädchen angibt, etwa einmal monatlich Bauchschmerzen zu haben. Bei den Jungen werden Rückenschmerzen nach Kopfschmerzen am zweithäufigsten genannt. Kopf- und Bauchschmerzen werden von Mädchen signifikant häufiger angegeben als von Jungen.²⁶ Anhand der Daten ist nicht zu entscheiden, ob Mädchen tatsächlich stärker unter Schmerzen leiden oder ähnliche Phänomene sensibler wahrnehmen als Jungen. Die Ergebnisse sind allerdings parallel zu denen anderer Studien, u. a. auch der bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS (Ellert et al., 2007), in der ein Zusammenhang von Pubertätsentwicklung und Schmerzbelastung diskutiert wird.

²⁴ $\chi^2 = 13,8$, $df = 6$, $p < 0,05$

²⁵ $\chi^2 = 78,7$, $df = 9$, $p < 0,001$

²⁶ Kopfschmerzen: $\chi^2 = 35,0$, $df = 4$, $p < 0,001$, Bauchschmerzen: $\chi^2 = 64,6$, $df = 4$, $p < 0,001$

Tabelle 3.10:
Auftretenshäufigkeit von Schmerzen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

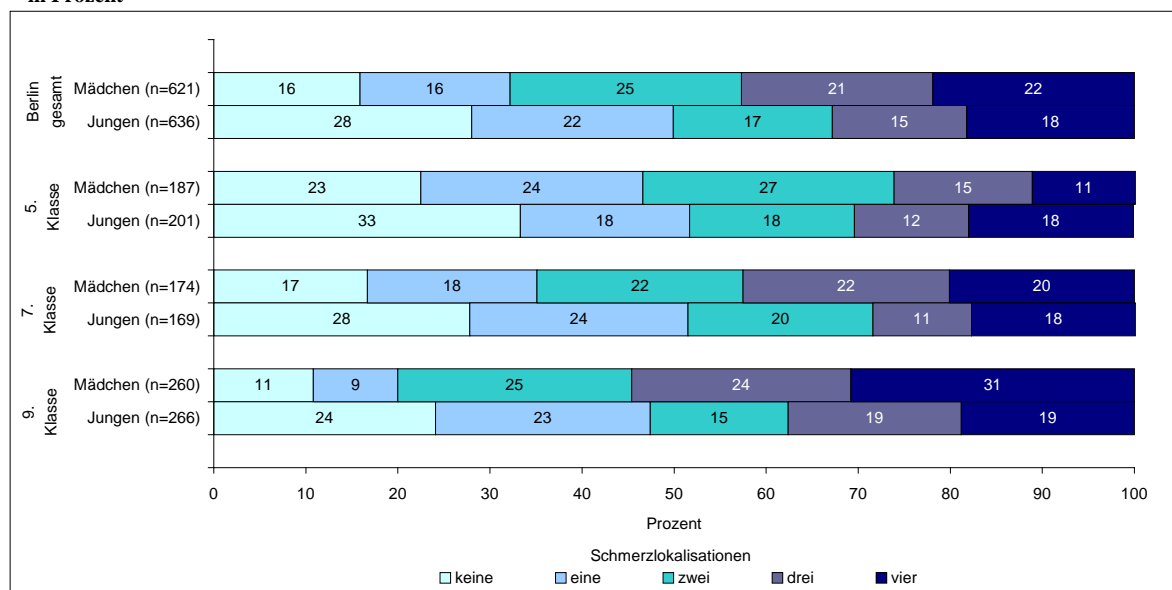
	<i>Kopfschmerzen</i>		<i>Bauchschmerzen</i>		<i>Rückenschmerzen</i>		<i>Nacken-/Schulterschm.</i>	
	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>
	<i>(n=628)</i>	<i>(n=644)</i>	<i>(n=628)</i>	<i>(n=643)</i>	<i>(n=626)</i>	<i>(n=640)</i>	<i>(n=624)</i>	<i>(n=640)</i>
selten oder nie	37,4	53,0	38,7	60,8	51,9	55,3	55,3	57,5
etwa 1 mal im Monat	26,9	23,3	36,3	23,6	24,6	21,6	19,2	20,0
fast jede Woche	16,4	12,3	12,9	9,2	9,6	11,7	10,7	9,1
mehrmals pro Woche	12,3	7,1	7,0	4,4	6,4	5,9	9,6	7,2
fast täglich	7,0	4,3	5,1	2,0	7,5	5,5	5,1	6,3

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Am häufigsten treten Kopf- und Bauchschmerzen gemeinsam auf (39,9 % aller Schüler/innen haben beide Schmerzen mindestens einmal im Monat), aber auch für alle anderen Schmerzkombinationen (Kopf, Bauch, Rücken und Nacken/Schultern) gibt ein Viertel bis ein Drittel der Mädchen und Jungen an, beide wenigstens einmal im Monat zu haben. Nur ein knappes Viertel (22,2 %) der Schüler/innen gibt an, in den letzten sechs Monaten selten oder nie Schmerzen gehabt zu haben. Ein Fünftel der Schüler/innen (19,2 %) gibt an, dass eine der vier Schmerzlokalisationen wenigstens einmal im Monat aufgetreten ist, jeweils etwa ein weiteres Fünftel klagt über Schmerzen, die wenigstens einmal im Monat auftreten, an zwei (21,1 %), drei (17,6 %) oder allen vier Schmerzlokalisationen (20,0 %).

Mädchen geben insgesamt deutlich mehr Schmerzen an als Jungen (Abbildung 3.6).²⁷ Dieser Geschlechtsunterschied verstärkt sich mit zunehmendem Alter der Schüler/innen. Von den Mädchen geben in der neunten Klasse nur noch halb so viele an, selten oder nie Schmerzen zu haben, wie in der fünften Klasse. Dafür hat sich von der fünften zur neunten Klasse der Anteil der Mädchen, die mindestens einmal monatlich alle vier Schmerzarten erleben, fast verdreifacht. Auch bei den Jungen nimmt der Anteil derer, die selten oder nie unter Schmerzen leiden, von der fünften zur neunten Klasse ab. Jedoch sind die Veränderungen über die Klassenstufen sehr viel moderater als bei den Mädchen, und der Anteil der Jungen, die über Schmerzen an allen vier Lokalisationen berichten, steigt kaum an.

Abbildung 3.6:
Anzahl der Schmerzlokalisationen (mindestens einmal im Monat) von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht und Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²⁷ $\chi^2 = 43,8$, $df = 4$, $p < 0,001$

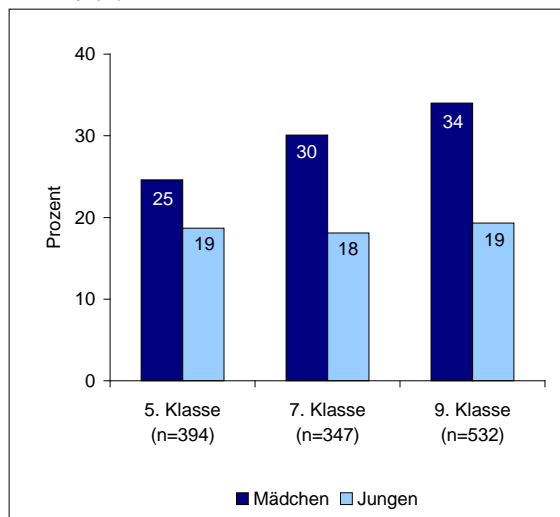
Drei der vier Fragen zu Schmerzen (Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen) wurden mit fünf weiteren Fragen (Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Einschlafprobleme, Benommenheit/Schwindel) zu einer Skala psychosomatischer Beschwerden zusammengefasst. Geprüft wurde, ob mehr als eine der acht Beschwerden in den letzten sechs Monaten regelmäßig auftrat (vgl. Kapitel 2.5).

Ein Viertel der Schüler/innen (24,3 %) leidet unter wiederholten psychosomatischen Beschwerden. Dies trifft auf Mädchen (30,0 %) signifikant häufiger zu als auf Jungen (18,8 %).²⁸ Berücksichtigt man zusätzlich die Klassenstufe, so vergrößert sich der Geschlechtsunterschied mit zunehmendem Alter der Schüler/innen (Abbildung 3.7). Die Häufigkeit des Auftretens psychosomatischer Beschwerden unterscheidet sich nicht zwischen den Gruppen mit niedrigem, mittlerem und hohem familiären Wohlstand.

Weiterhin wurden die Schüler/innen gefragt, ob sie wegen dieser Beschwerden Medikamente einnehmen. Alle Medikamentengruppen werden zu einem geringen Prozentsatz (1,4 % - 5 % der Befragten) auch von Schüler/innen eingenommen, die die entsprechenden Beschwerden nicht angegeben haben, in der überwiegenden Mehrheit jedoch von Kindern und Jugendlichen, die auch unter den jeweiligen Schmerzen oder Beschwerden leiden. Die Angaben zur Einnahme von Medikamenten beziehen sich auf den vergangenen Monat. Gefragt wurde, ob Medikamente gar nicht, einmal oder mehr als einmal eingenommen wurden. Für die Auswertungen wurden die Kategorien „einmal“ und „mehr als einmal“ zusammengefasst und somit dargestellt, ob Medikamente im vergangenen Monat mindestens einmal eingenommen wurden (Tabelle 3.11).

Am häufigsten werden Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen, nämlich von einem Drittel der Mädchen und einem Viertel der Jungen. Der hochsignifikante Geschlechtsunterschied²⁹ spiegelt den ebenfalls deutlichen Unterschied in der Kopfschmerzprävalenz wider. Insgesamt nimmt damit fast die Hälfte (45,9 %) der von Kopfschmerzen betroffenen Schüler/innen Medikamente deswegen ein. Gegen Bauchschmerzen, über die Mädchen annähernd genauso häufig klagen wie über Kopfschmerzen und Jungen etwas seltener, werden von einem deutlich geringeren Anteil der Schüler/innen Medikamente genommen, nämlich von 17,3 % (Tabelle 3.11). Auch hier ist der Geschlechtsunterschied hochsignifikant³⁰: Mädchen nehmen mehr als doppelt so häufig Medikamente gegen Bauchschmerzen ein als Jungen. Insgesamt nimmt fast ein Drittel (29,5 %) der Schüler/innen, die über Bauchschmerzen berichten, dagegen Medikamente ein.

Abbildung 3.7:
Wiederholte psychosomatische Beschwerden in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe und Geschlecht - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Tabelle 3.11:
Medikamenteneinnahme im letzten Monat in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht

Medikament gegen	gesamt	Mädchen	Jungen	Signifikanz
	(n = 1.266)	(n = 624)	(n = 636)	
	in Prozent			
Kopfschmerzen	30,0	35,7	24,5	<.001
Bauchschmerzen	17,3	24,8	10,1	<.001
Rückenschmerzen	7,5	7,1	7,8	n.s.
Einschlafschwierigkeiten	9,0	8,2	9,7	n.s.
Nervosität	5,7	5,2	6,3	n.s.
andere Beschwerden	22,7	24,0	21,5	n.s.

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²⁸ Fisher's exakter Test: $p < 0,001$

²⁹ $\chi^2 = 19,5$, $df = 2$, $p < 0,001$

³⁰ $\chi^2 = 47,2$, $df = 2$, $p < 0,001$

Gegen die übrigen erfragten Beschwerden (Rückenschmerzen, Einschlafschwierigkeiten, Nervosität) werden deutlich seltener Medikamente eingenommen, nämlich von 5,7 % - 9 % der Schüler/innen (Tabelle 3.11). Von denjenigen Befragten, die von diesen Beschwerden betroffen sind, nehmen zwischen 8,3 % (Nervosität) und 13,6 % (Einschlafschwierigkeiten) deswegen Medikamente ein. Hier unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht signifikant. Ebenfalls kein signifikanter Geschlechtsunterschied besteht in der Einnahme von Medikamenten gegen sonstige Beschwerden, die hier nicht genauer spezifiziert sind. Fast ein Viertel der Befragten (22,7 %) gibt an, wegen anderer Beschwerden Medikamente einzunehmen.

Nur etwas mehr als die Hälfte der Schüler/innen (51,2 %) hat im vergangenen Monat kein Medikament eingenommen, ein gutes Viertel (27,0 %) hat wegen eines Gesundheitsproblems ein Medikament eingenommen und das restliche Fünftel (21,8 %) hat wegen mehr als einer Beschwerde Medikamente genommen. Dabei nehmen Mädchen mehr Medikamente ein als Jungen³¹, und der Medikamentengebrauch steigt – vor allem bei den Mädchen – mit der Klassenstufe an³². Während in der fünften Klasse mehr als die Hälfte (56,0 %) kein Medikament im letzten Monat eingenommen hat (Jungen: 60,1 %, Mädchen: 51,4 %), sind es in der neunten Klasse nur noch ein Drittel der Mädchen (34,1 %) und die gute Hälfte der Jungen (54,8 %), die kein Medikament im letzten Monat gebraucht haben. Diese Ergebnisse entsprechen recht gut denen der KiGGS-Studie (Knopf, 2007). Schüler/innen mit Migrationshintergrund berichten nicht über mehr Schmerzen oder andere psychosomatische Beschwerden als Schüler/innen deutscher Herkunft, nehmen aber signifikant häufiger dagegen Medikamente ein als Schüler/innen deutscher Herkunft.³³

Der hohe Konsum von Medikamenten bei Schmerzen und anderen Beschwerden insbesondere bei Mädchen wirft die Frage auf, auf wessen Empfehlung und Initiative die Medikation erfolgt. Da insbesondere bei Bagatellbeschwerden sicherlich nicht jedes Mal eine ärztliche Konsultation und Abklärung erfolgt, liegt die Vermutung nahe, dass es sich in vielen Fällen um eine Selbstmedikation handelt, die auf familiären Gewohnheiten beruht. So wird bereits früh ein Verhalten erlernt, das im ungünstigsten Fall in eine Tablettenabhängigkeit münden kann. Ähnlich wie bezüglich des Konsums von Nikotin und Alkohol ist daher auch im Bereich der Medikamenteneinnahme (insbesondere was den Schmerzmittelkonsum angeht) ein dringender Präventionsbedarf zu erkennen. Als eine Zielgruppe für präventive Maßnahmen sind hier Familien mit Migrationshintergrund zu benennen.

Tabelle 3.12:
Freitextangaben zu chronischen Erkrankungen in der
HBSC-Studie in Berlin 2006

Kategorie ¹	Anzahl
Allergien, Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma	147
psychische Erkrankungen	11
darunter: ADHS	8
angeborene Fehlbildungen und Stoffwechselstörungen	10
orthopädische Erkrankungen	10
andere chronische organische Erkrankungen	7
Migräne	7
Herzfehler/-erkrankungen	5
Diabetes	5
Epilepsie	4
Arthritis/Rheuma	2
akute Erkrankungen	13
nicht klassifizierbare Angaben	35

¹ Mehrfachnennungen möglich

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Chronische Erkrankungen

Insgesamt geben 21,3 % der befragten Schüler/innen an, eine chronische Erkrankung zu haben. Auf die Freitextangabe, um welche Gesundheitsstörung es sich hierbei handelt, machen 19,0 % der Schüler/innen Angaben. Tabelle 3.12 gibt einen Überblick über die Antworten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Mehrfachantworten möglich sind und dass es sich nicht bei allen Angaben tatsächlich um chronische Erkrankungen handelt. Die Angaben sind in der Größenordnung plausibel. In der KiGGS-Studie wurde die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf mit einem 14 Fragen umfassenden Instrument, das von der in der HBSC-Befragung verwendeten Fragenformulierung abweicht, mit 16 % (11-13-Jährige) bis 17 % (14-17-Jährige) beziffert (Scheidt-Nave et al., 2007) und liegt damit unter den hier ermittelten Zahlen.

³¹ $\chi^2 = 30,6$, $df = 3$, $p < 0,001$

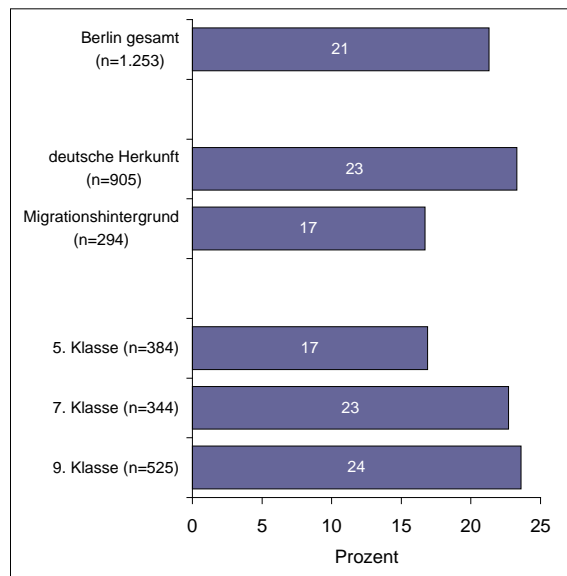
³² $\chi^2 = 22,5$, $df = 6$, $p < 0,01$

³³ $\chi^2 = 25,1$, $df = 3$, $p < 0,001$

Mit Abstand am häufigsten werden allergische Erkrankungen (inklusive Asthma) genannt, von denen mehr als jede/r zehnte Schüler/in betroffen ist, und die damit mehr als die Hälfte aller Schüler/innen mit chronischen Erkrankungen betreffen (Tabelle 3.12). An zweiter Stelle folgen mit 11 Nennungen bereits psychische Erkrankungen, hierunter vor allem Aufmerksamkeits-Defizit- und Hyperaktivitäts-Störungen. Mit etwa gleicher Häufigkeit werden angeborene Fehlbildungen und Stoffwechselstörungen (z. B. Schilddrüsenfunktionsstörungen), andere chronische organische Erkrankungen (z. B. chronische Bronchitis, Tumoren) sowie orthopädische Erkrankungen (z. B. Morbus Scheuermann) genannt. Teilweise handelt es sich bei den Nennungen um akute Erkrankungen (z. B. Erkältung), relativ viele Angaben sind nicht klassifizierbar, weil sie unleserlich sind, nur Kommentare ohne Krankheitsangabe beinhalten oder einen Gesundheitszustand beschreiben, ohne dass die Erkrankung daraus hervorgeht.

In Abbildung 3.8 ist der Anteil der Schüler/innen gezeigt, die die Frage nach einer chronischen Erkrankung bejaht haben. Mädchen geben etwas häufiger als Jungen an, eine chronische Erkrankung zu haben, jedoch ist der Unterschied statistisch nicht signifikant. Deutlich größer und auch statistisch bedeutsam³⁴ ist jedoch der Unterschied zwischen Schüler/innen mit und ohne Migrationshintergrund. Während von den Kindern und Jugendlichen deutscher Herkunft fast jede/r Vierte angibt, eine chronische Erkrankung zu haben, ist es in der Gruppe mit Migrationshintergrund nur jede/r Sechste. Dieser Unterschied könnte einerseits auf unterschiedliche Lebensbedingungen und Lebensstile zurückzuführen sein, die mit der Wahrscheinlichkeit für Allergien assoziiert sind, andererseits werden in Familien mit Migrationshintergrund möglicherweise weniger schwere chronische Erkrankungen nicht so häufig ärztlich abgeklärt und einer Diagnose zugeführt. Deutlich ist der Anstieg chronischer Erkrankungen von der fünften bis zur neunten Klassenstufe, der ebenfalls statistisch signifikant ist³⁵. Zwischen den an der Befragung beteiligten Schulformen (nur 7. und 9. Klasse) unterscheidet sich der Anteil von Schüler/innen mit einer chronischen Erkrankung nicht.

Abbildung 3.8:
Schüler/innen mit chronischer Erkrankung in der HBSC-Studie 2006 nach Migrationsstatus und Klassenstufe - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Aus den Freitextangaben zu chronischen Erkrankungen lässt sich keine Aussage über den Schweregrad oder die mit der Erkrankung verbundenen Beeinträchtigungen ableiten. Es wurden jedoch weitere Angaben dazu erfragt, ob wegen einer chronischen Erkrankung Medikamente eingenommen werden und ob sich die Erkrankung nachteilig auf den Schulbesuch auswirkt. Insgesamt geben 10,8 % der Schüler/innen an, dass sie wegen ihrer chronischen Erkrankung Medikamente nehmen, das ist ziemlich genau die Hälfte derjenigen mit einer chronischen Erkrankung. Für nicht einmal ein Viertel der Schüler/innen mit einer chronischen Erkrankung hat diese nachteilige Auswirkungen auf den Schulbesuch oder die Beteiligung am Unterricht (4,7 % der Schüler/innen).

Verletzungen

Die Schüler/innen wurden gefragt, wie oft sie sich in den letzten 12 Monaten so verletzt haben, dass sie von einem Arzt oder Sanitäter behandelt werden mussten. Die gute Hälfte der Schüler/innen hatte im letzten Jahr keine Verletzung, die behandelt werden musste (Tabelle 3.13). Dabei zeichnet sich allerdings ein deutlicher Geschlechtsunterschied ab, wonach Mädchen häufiger gar keine Verletzung

³⁴ Fisher's exakter Test: $p < 0,05$

³⁵ $\chi^2 = 6,5$, $df = 2$, $p < 0,05$

Tabelle 3.13:
Verletzungen in den letzten 12 Monaten in der HBSC-
Studie in Berlin 2006
- in Prozent

	gesamt (n = 1.268)	Mädchen (n = 626)	Jungen (n = 636)
keine Verletzung	54,3	59,3	49,5
1 mal verletzt	24,2	22,5	25,5
2 mal verletzt	11,9	10,5	13,4
3 mal verletzt	4,3	4,3	4,2
4 mal oder öfter verletzt	5,4	3,4	7,4

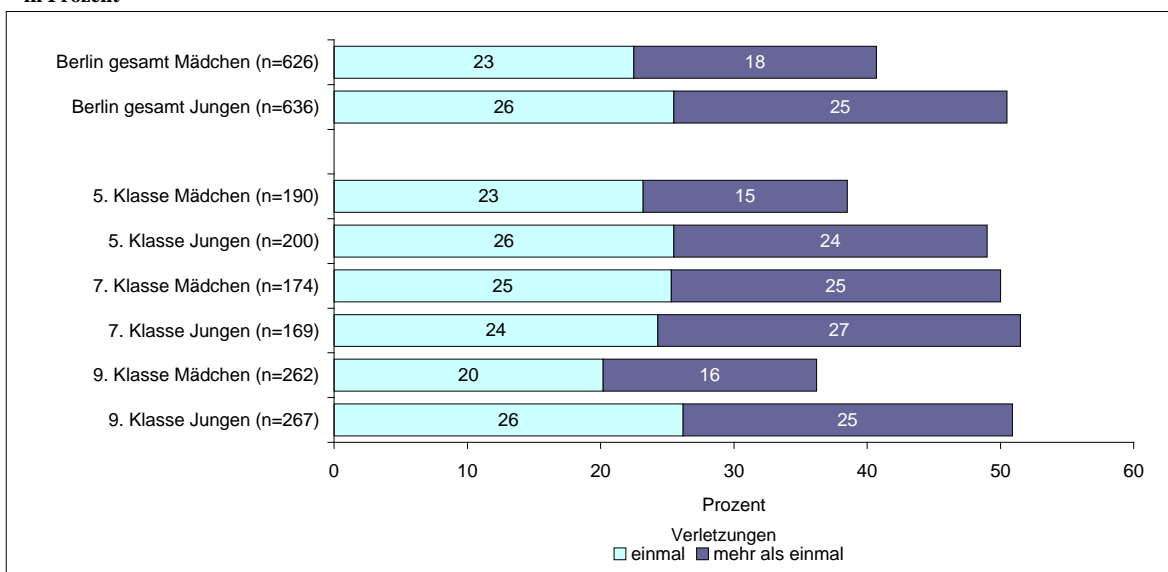
(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

und seltener mehr als eine Verletzung im letzten Jahr hatten als Jungen.³⁶ Der Anteil der Mädchen ohne Verletzung liegt in Berlin zehn Prozentpunkte über dem der Jungen, die wiederum doppelt so häufig wie die Mädchen viermal oder noch öfter wegen einer Verletzung behandelt werden mussten.

Die geschlechtsspezifische Verletzungshäufigkeit verteilt sich zudem ungleich über die in die Befragung einbezogenen Klassenstufen (Abbildung 3.9). Während die Verletzungshäufigkeit der Jungen von der fünften bis zur neunten Klasse in etwa gleich bleibt, erleiden die Mädchen in der siebten Klassenstufe am häufigsten Verletzungen, in der fünften und neunten Klasse dagegen deutlich seltener. Im

Resultat ist ein deutlicher Unterschied in der Verletzungshäufigkeit von Mädchen und Jungen vor allem in der neunten Klasse zu erkennen, der sich am ehesten durch geschlechtsspezifisches Risikoverhalten erklären lässt.

Abbildung 3.9:
Verletzungen in den letzten 12 Monaten bei Mädchen und Jungen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufen
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Zwischen den verschiedenen Schulformen lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Verletzungshäufigkeit der befragten Schüler/innen ausmachen. Ebenso unterscheiden sich Schüler/innen mit Migrationshintergrund in der Verletzungshäufigkeit nicht von Schüler/innen deutscher Herkunft.

Zusammenfassung

Die Selbstangaben der Schüler/innen zu Größe und Gewicht werden als nicht ausreichend belastbar angesehen, um hieraus verwertbare Ergebnisse zu Unter- und Übergewicht abzuleiten. Der subjektive Gesundheitszustand der Schüler/innen ist überwiegend gut, wobei Mädchen etwas weniger positive Einschätzungen abgeben als Jungen und ältere Schüler/innen weniger positive als jüngere. Zudem fällt mit positiverer Einschätzung der finanziellen Lage der Familie die subjektive Gesundheitseinschätzung auch positiver aus.

³⁶ $\chi^2 = 18,3$, $df = 4$, $p < 0,01$

Unter Schmerzen und psychosomatischen Beschwerden leiden Mädchen in höherem Ausmaß als Jungen, wobei der Geschlechtsunterschied mit zunehmendem Alter (Klassenstufe) deutlicher wird. Von einem großen Anteil der Schüler/innen werden wegen ihrer Beschwerden Medikamente eingenommen, auch dies trifft auf Mädchen in stärkerem Ausmaß zu als auf Jungen. Jede/r fünfte Schüler/in gibt an, eine chronische Erkrankung zu haben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich hierbei um eine Erkrankung des allergischen Formkreises (Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma). Nur die gute Hälfte der Schüler/innen hatte im vergangenen Jahr keine Verletzung, die ärztlicher Behandlung bedurfte, wobei Jungen sich häufiger verletzen als Mädchen.

Zwischen Schüler/innen mit familiärem Migrationshintergrund und ihren Mitschüler/innen deutscher Herkunft sind kaum Unterschiede in der körperlichen Gesundheit zu beobachten. Lediglich beim Medikamentenkonsum liegen die Schüler/innen mit Migrationshintergrund – trotz gleicher Schmerzwahrnehmung – vor den Schüler/innen deutscher Herkunft. Andererseits berichten Schüler/innen mit Migrationshintergrund seltener chronische Erkrankungen als die Gleichaltrigen deutscher Herkunft.

3.2.2 Psychische Gesundheit

Im Themenbereich der psychischen Gesundheit der Schüler/innen kam im HBSC-Fragebogen der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman et al., 1998; Goodman, 1999) zum Einsatz (vgl. Kapitel 2.5). Mit insgesamt 25 Symptomfragen werden psychische Auffälligkeiten erfragt. Neben einem Gesamtproblemwert, in den die Antworten auf 20 der 25 Symptomfragen eingehen, werden fünf Skalenwerte für „emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „prosoziales Verhalten“ berechnet. Anhand von Normwerten, die aus großen Stichproben von Kindern und Jugendlichen gewonnen wurden (Goodman et al., 1998), werden die Schüler/innen aufgrund ihrer Skalenwerte in die drei Gruppen „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ eingeteilt (vgl. Kapitel 2.5).

Weitere Fragen des SDQ beziehen sich auf Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben durch die erfragte Symptomatik (SDQ-Impact-Fragen). Auch hier werden die Schüler/innen aufgrund ihrer Antworten in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ klassifiziert (vgl. Kapitel 2.5). Bei dem Strengths and Difficulties Questionnaire handelt es sich – wie bei allen Fragebogenverfahren – um ein Screeningverfahren, mit dem selbstverständlich keine klinischen Diagnosen gestellt werden können. Eine Klassifizierung als „unauffällig“ bedeutet, dass in dem betrachteten Bereich keine übermäßige Symptomatik oder Beeinträchtigung vorliegt und eine psychische Auffälligkeit oder Erkrankung unwahrscheinlich ist. Wird ein/e Schüler/in als „grenzwertig“ eingestuft, bedeutet dies, dass die Symptomatik bzw. die Beeinträchtigung stärker ausgeprägt ist als bei gesunden Kindern und Jugendlichen und daher eine psychische Auffälligkeit oder Erkrankung möglich ist. Eine Einstufung als „auffällig“ bedeutet eine deutlich stärkere Symptomatik oder Beeinträchtigung, die es wahrscheinlich macht, dass bei dieser Schülerin bzw. diesem Schüler eine psychische Auffälligkeit oder Störung vorliegt.

Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Symptomfragen)

Betrachtet man zunächst den Symptomteil des SDQ, so stellt sich die große Mehrheit der Schüler/innen als psychisch unauffällig dar (Tabelle 3.14). Allerdings ist aufgrund des SDQ-Gesamtproblemwerts in jeder Schulklasse mit zwei bis drei Schüler/innen zu rechnen, die psychisch auffällig sind, weitere vier Schüler/innen pro Schulklasse erreichen Symptomwerte im grenzwertigen Bereich. Der größte Anteil von Schüler/innen mit auffälligen Symptomwerten findet sich bei Verhaltensproblemen (10,5 %). Relativ selten sind dagegen emotionale Probleme und Probleme mit prosozialem Verhalten.

Tabelle 3.14:
Psychische Auffälligkeiten der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 (n = 1.285)
- in Prozent

	<i>unauffällig</i>	<i>grenzwertig</i>	<i>auffällig</i>
Gesamtproblemwert	78,3	13,5	8,3
emotionale Probleme	86,0	6,2	7,9
Verhaltensprobleme	78,6	10,9	10,5
Hyperaktivität	80,7	10,7	8,6
Probleme mit Gleichaltrigen	72,5	21,1	6,4
prosoziales Verhalten	87,1	7,9	5,1

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bei Problemen mit Gleichaltrigen ist zwar der Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher relativ gering, aber viele der Befragten sind im grenzwertigen Bereich zu finden. Der hohe Anteil von Schüler/innen mit unauffälligem prosozialem Verhalten lässt erkennen, dass trotz vorhandener Probleme durchaus soziale Kompetenzen bei den Kindern und Jugendlichen vorhanden sind, die die Problembewältigung erleichtern.

Die in der HBSC-Befragung ermittelten Anteile psychisch unauffälliger, als grenzwertig und als auffällig eingestufte Kinder und Jugendlicher liegen ein wenig höher als in der britischen Normstichprobe (Meltzer et al., 2000)³⁷. Insgesamt beschreiben sich dort 11,3 % der 11- bis 15-Jährigen als grenzwertig und 5,2 % als auffällig. Im Vergleich dazu liegen die Anteile grenzwertiger und auffälliger Schüler/innen in Berlin um zwei bzw. drei Prozentpunkte höher. Auffällige Abweichungen liegen vor allem im Bereich der Probleme mit Gleichaltrigen, die in der Berliner HBSC-Stichprobe deutlich häufiger angegeben werden als in der britischen Normstichprobe. Verglichen mit Daten zur psychischen Gesundheit (Bettge, 2004) aus dem Pretest der bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts (KiGGS), sind in der HBSC-Studie insgesamt ebenfalls jeweils drei bis vier Prozent mehr Kinder und Jugendliche als grenzwertig bzw. psychisch auffällig klassifiziert worden. Im Vergleich mit dieser Stichprobe treten in der HBSC-Befragung neben Problemen mit Gleichaltrigen auch Verhaltensprobleme häufiger auf.

Im Gesamtproblemwert erreichen die Mädchen in Berlin etwas häufiger als die Jungen grenzwertige Symptomwerte, jedoch ist dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Deutliche und signifikante Geschlechtsunterschiede bestehen jedoch in den meisten Subskalen des Symptomfragebogens (Tabelle 3.15). Von emotionalen Problemen sind Mädchen mehr als doppelt so häufig betroffen wie Jungen, umgekehrt beschreiben Jungen häufiger als Mädchen Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen (allerdings nur im grenzwertigen Bereich) und Mängel im prosozialem Verhalten. Während Jungen am seltensten emotionale Probleme beschreiben, ist dies bei Mädchen nach Problemen mit Gleichaltrigen der am zweithäufigsten genannte Problembereich. Die in etwa vergleichbaren Gesamtproblemwerte dürfen also nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich hierbei um verschiedene Problemfelder handelt. Während Verhaltensprobleme zu den externalisierenden Störungen zählen, die aufgrund ihres Störpotenzials und ihrer sozialen Auswirkungen leichter erkannt werden, werden die zu den internalisierenden Störungen zählenden emotionalen Probleme (Ängste, Depressionen) leichter übersehen. Überraschend ist, dass Symptome von Hyperaktivität, die eher Jungen zugeschrieben werden, von Mädchen in fast genauso hohem Ausmaß wie von Jungen berichtet werden.

Tabelle 3.15:

Psychische Auffälligkeiten der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht - in Prozent

	<i>Mädchen (n = 630)</i>			<i>Jungen (n = 649)</i>			<i>Signifikanz</i>
	<i>unauffällig</i>	<i>grenzwertig</i>	<i>auffällig</i>	<i>unauffällig</i>	<i>grenzwertig</i>	<i>auffällig</i>	
Gesamtproblemwert	76,0	15,6	8,4	80,7	11,3	8,0	n.s.
emotionale Probleme	79,7	8,7	11,6	92,0	3,7	4,3	p < .001
Verhaltensprobleme	82,5	10,7	6,8	74,8	11,1	14,0	p < .001
Hyperaktivität	82,4	9,7	7,9	79,2	11,9	9,0	n.s.
Probleme mit Gleichaltrigen	76,2	17,6	6,2	69,0	24,5	6,5	p < .01
prosoziales Verhalten	93,3	4,6	2,1	81,0	11,1	7,9	p < .001

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Anteile psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher unterscheiden sich weder zwischen den in die Befragung einbezogenen Klassenstufen noch zwischen den Schulformen. Auch zwischen Schüler/innen mit Migrationshintergrund und Gleichaltrigen deutscher Herkunft unterscheiden sich die Anteile psychisch Auffälliger nicht.

³⁷ <http://www.sdqinfo.com/bb1.html>

Weiterhin sollte überprüft werden, ob psychische Auffälligkeiten vermehrt bei Schüler/innen auftreten, die eine nicht altersgemäße Klassenstufe besuchen, die also zu jung oder zu alt für die besuchte Klassenstufe sind und sich hierin von ihren Klassenkamerad/innen unterscheiden. Ausgehend von einer Schulpflicht ab einem Alter von sechs Jahren am 30.6. des Einschulungsjahres und unter Berücksichtigung des Durchführungszeitraums der Befragung von März bis Juni 2006 wurden für die fünfte Klassenstufe Schüler/innen im Alter von 10 Jahren und 8 Monaten bis zu 12 Jahren, für die siebte Klassenstufe von 12 Jahren und 8 Monaten bis zu 14 Jahren und für die neunte Klassenstufe von 14 Jahren und 8 Monaten bis zu 16 Jahren als solche mit regulärem Schulbesuch gewertet. Hierbei wird eine Unschärfe in einem Zeitfenster von vier Monaten in Kauf genommen, weil keine Informationen darüber vorliegen, zu welchem Zeitpunkt innerhalb des viermonatigen Untersuchungszeitraums die einzelnen Schüler/innen befragt wurden.

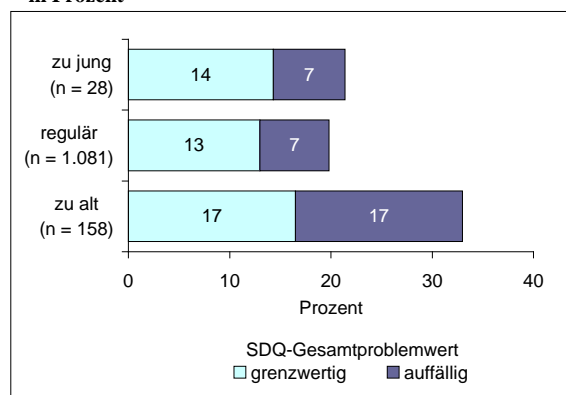
Die überwiegende Mehrheit der Schüler/innen (84,9 %) besucht die ihrem Alter gemäße Klassenstufe. Nur eine kleine Minderheit (2,3 %) ist zu jung für die besuchte Klassenstufe, wurde also vorzeitig eingeschult oder hat eine Klassenstufe übersprungen. Jede/r achte Schüler/in (12,8 %) ist zu alt für die besuchte Klassenstufe, wurde also verspätet eingeschult oder hat eine Klasse wiederholt. Die Ergebnisse zu psychischen Auffälligkeiten dieser Gruppen sind in Abbildung 3.10 gezeigt. In der Gruppe der Schüler/innen, die zu alt für die besuchte Klassenstufe sind, treten deutlich mehr psychische Auffälligkeiten auf als bei den Schüler/innen, die die altersgerechte Klassenstufe besuchen oder die zu jung für die besuchte Klassenstufe sind.³⁸

Auch bezüglich der Beeinträchtigung durch psychische Probleme zeigen sich deutliche und signifikante Effekte der Altersangemessenheit der besuchten Klassenstufe, wonach etwa doppelt so viele Schüler/innen, die für die besuchte Klassenstufe zu alt sind, durch psychische Probleme beeinträchtigt werden als Schüler/innen, die die reguläre Klassenstufe besuchen³⁹ (Daten nicht dargestellt).

Zusammenhänge zwischen sozialen Merkmalen der Familie und psychischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen sind in Abbildung 3.11 dargestellt. Schüler/innen aus Familien mit hohem Wohlstand beschreiben sich signifikant seltener als psychisch auffällig als Schüler/innen aus Familien mit mittlerem oder niedrigem Wohlstand.⁴⁰ Zudem sind psychische Auffälligkeiten deutlich und signifikant häufiger bei Mädchen und Jungen zu finden, die die finanzielle Lage ihrer Familie als „nicht gut“ oder „überhaupt nicht gut“ (Kategorien aufgrund kleiner Häufigkeiten zusammengefasst) bezeichnen, als bei Schüler/innen, die ihre finanzielle Lage positiver einschätzen.⁴¹ Kein Zusammenhang besteht dagegen zwischen psychischen Auffälligkeiten und der Tatsache, ob in der Familie beide Elternteile berufstätig sind, ein Elternteil oder kein Elternteil berufstätig ist.

In Abbildung 3.12 ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit grenzwertigen oder auffälligen SDQ-Gesamtproblemwerten dargestellt in Abhängigkeit von der Anzahl der Lokalisationen, an denen sie in den letzten sechs Monaten Schmerzen hatten und in Abhängigkeit von der Anzahl der Beschwerden, gegen die im letzten Monat Medikamente eingenommen wurden. Mit zunehmender Anzahl der Schmerzlokalisationen steigt der Anteil der Schüler/innen mit grenzwertigen oder auffälligen SDQ-

Abbildung 3.10:
Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin
2006 nach Altersangemessenheit der Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

³⁸ $\chi^2 = 20,0$, $df = 4$, $p < 0,001$

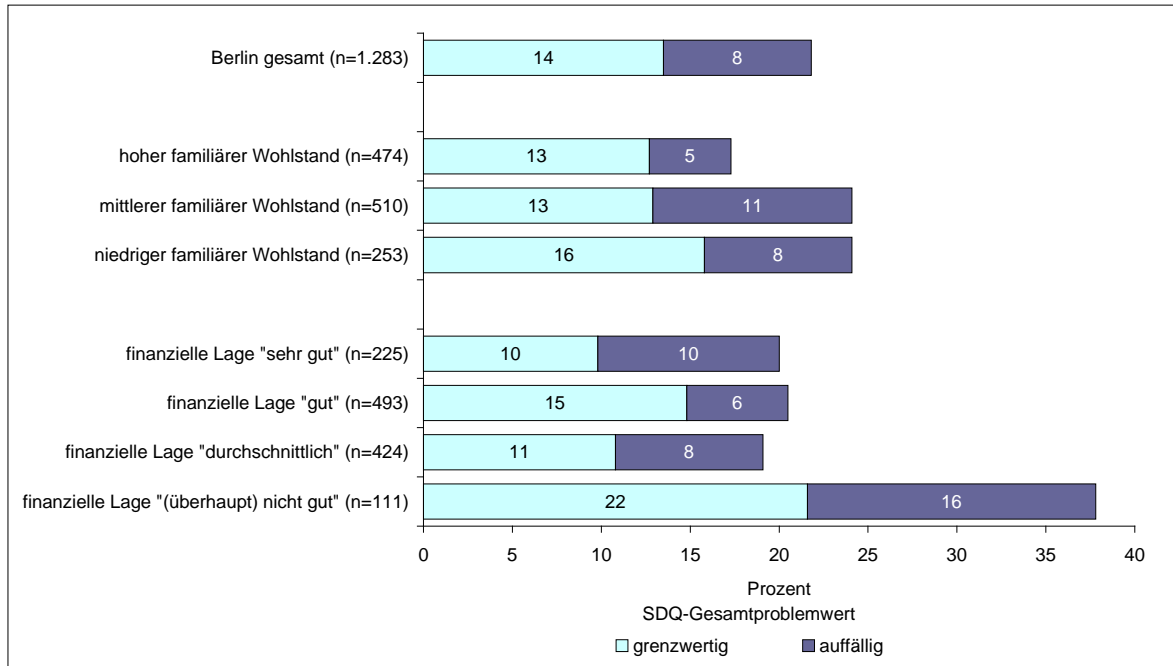
³⁹ $\chi^2 = 15,3$, $df = 4$, $p < 0,01$

⁴⁰ $\chi^2 = 16,1$, $df = 4$, $p < 0,01$

⁴¹ $\chi^2 = 28,4$, $df = 6$, $p < 0,001$

Abbildung 3.11:

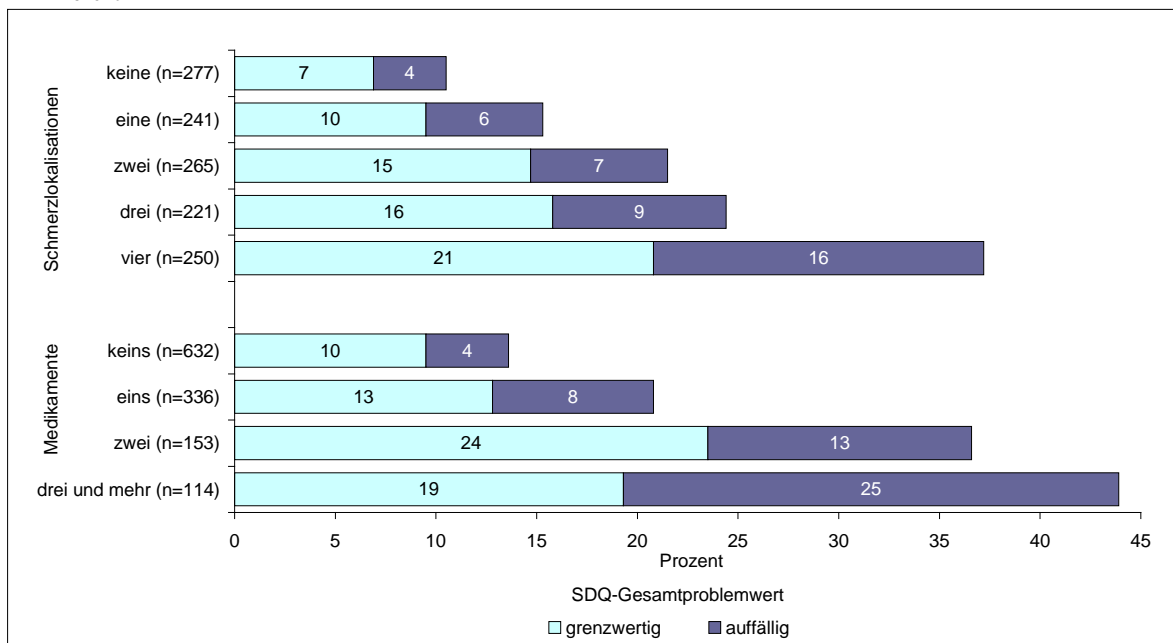
Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach familiärem Wohlstand und finanzieller Lage der Familie - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.12:

Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Schmerzen und Medikamenteneinnahme - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Symptomwerten deutlich an.⁴² Im Vergleich zu den Schüler/innen ohne Schmerzen haben diejenigen, die über Schmerzen an zwei oder drei der vier erfragten Lokalisationen klagen, bereits etwa doppelt so häufig grenzwertige oder auffällige SDQ-Gesamtwerte, bei den Schüler/innen mit Schmerzen an allen vier Lokalisationen sind es sogar mehr als dreimal so viele.

⁴² $\chi^2 = 66,8$, $df = 8$, $p < 0,001$

Ähnlich große Unterschiede im Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher finden sich bei der Unterscheidung nach der Anzahl von Medikamenten, die aufgrund von Schmerzen und psychosomatischen Beschwerden im letzten Monat eingenommen wurden (Abbildung 3.12).⁴³ Im Vergleich zu den Schüler/innen, die keine Medikamente genommen haben, verdoppelt sich der Anteil derjenigen mit grenzwertigen SDQ-Symptomwerten bei den Schüler/innen, die mindestens zwei Medikamente im letzten Monat genommen haben. Der Anteil der als psychisch auffällig klassifizierten Schüler/innen verdoppelt sich bereits von 4,3 % bei den Schüler/innen ohne Medikamenteneinnahme auf 8,5 % bei den Schüler/innen, die im letzten Monat wegen einer Beschwerde ein Medikament ein- oder mehrmals eingenommen haben. Bei den Jungen und Mädchen, die wegen drei oder mehr Beschwerden oder Schmerzen Medikamente genommen haben, liegt der Anteil derer mit auffälligen SDQ-Symptomwerten bei fast einem Viertel.

Beeinträchtigung (SDQ-Impact-Fragen)

Wie bereits erwähnt, enthält der SDQ-Fragebogen zur psychischen Gesundheit neben den Symptomfragen auch Fragen zur Beeinträchtigung aufgrund psychischer Probleme. Die erste Frage zu bestehenden Schwierigkeiten, die zugleich als Filterfrage dient (bei Verneinung entfallen die restlichen Fragen), wurde von der Mehrheit der Befragten (54,3 %) verneint. Der Großteil derjenigen, die diese Filterfrage bejahen, gibt allerdings an, nur leichte Schwierigkeiten zu haben (Tabelle 3.16). In der Tabelle ist weiterhin aufgeführt, wie die nachfolgenden Fragen zum Leiden unter den Schwierigkeiten und zu Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensfeldern beantwortet wurden. Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf die Gruppe derjenigen Schüler/innen (n = 574), die die Frage nach Schwierigkeiten bejaht haben. Die Mehrheit von ihnen leidet kaum unter diesen Schwierigkeiten, ein Viertel gar nicht, und nur etwa 15 % der Schüler/innen mit Schwierigkeiten leiden deutlich oder massiv darunter. Ähnlich fallen die Antworten zu Beeinträchtigungen im Alltag aus, wo ebenfalls mehrheitlich keine oder kaum Beeinträchtigungen gesehen werden. Eine Ausnahme stellt die schulische Situation dar. Hier gibt fast ein Viertel der Schüler/innen mit Schwierigkeiten an, deutlich beeinträchtigt zu sein, weitere 5 % fühlen sich durch ihre psychischen Probleme im Unterricht sogar schwer beeinträchtigt.

Tabelle 3.16:
Beeinträchtigung durch psychische Auffälligkeiten der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

	<i>Anzahl gültiger Antworten</i>	<i>nein/gar nicht</i>	<i>leicht/kaum</i>	<i>deutlich</i>	<i>massiv/schwer</i>
Schwierigkeiten (Filterfrage)	1.257	54,3	41,6	3,3	0,7
Leidensdruck	567	25,4	60,0	12,2	2,5
Beeinträchtigung zu Hause	560	43,9	43,0	11,4	1,6
Beeinträchtigung mit Freunden	559	44,7	42,2	11,6	1,4
Beeinträchtigung im Unterricht	558	24,9	47,0	23,1	5,0
Beeinträchtigung in der Freizeit	555	52,6	35,3	9,0	3,1

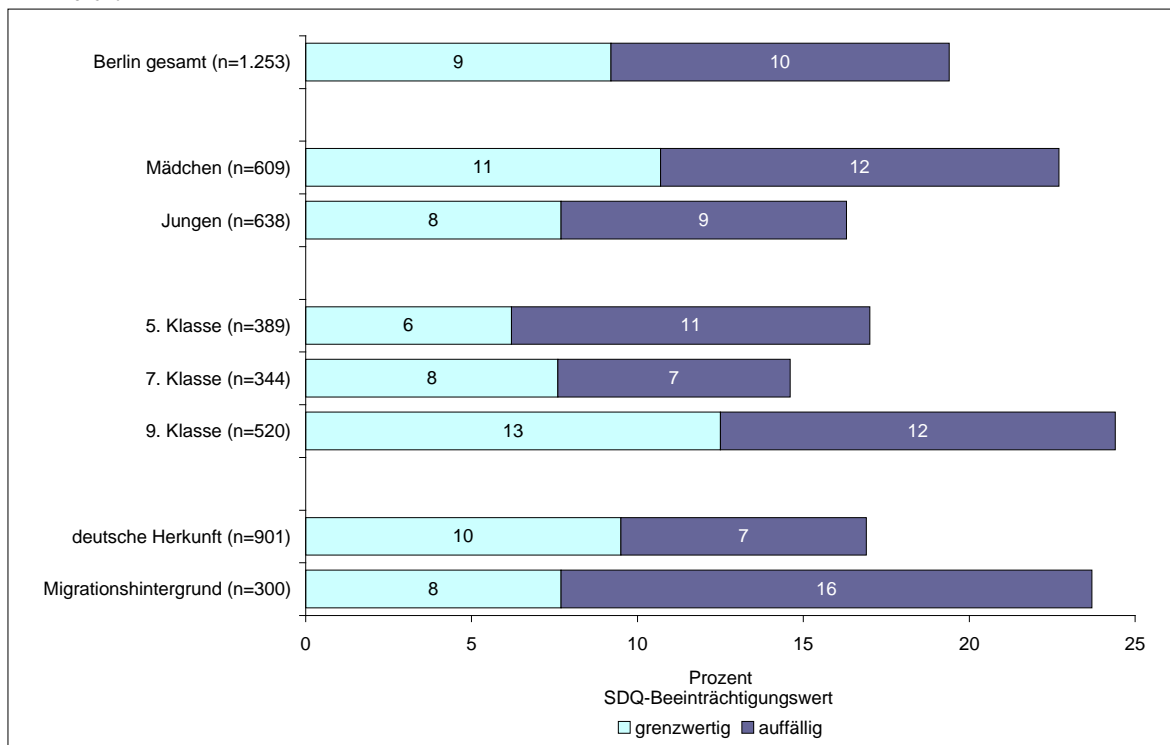
(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Geht man der Frage nach, ob Beeinträchtigungen im Alltag in verschiedenen Bereichen gleichzeitig auftreten, so ist festzustellen, dass die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen, die angeben, Schwierigkeiten zu haben, sich dadurch nicht deutlich oder schwer beeinträchtigt fühlt. In Berlin sind 60,3 % der Schüler/innen, die die Filterfrage bejaht haben, in keinem der vier erfragten Lebensbereiche deutlich oder schwer beeinträchtigt. Ein knappes Viertel (24,2 %) gibt eine deutliche oder schwere Beeinträchtigung in einem Bereich des Alltags an, 8,5 % sind in zwei Bereichen beeinträchtigt, 4,9 % in drei und 2,1 % in allen vier Bereichen. Dabei treten Beeinträchtigungen im Unterricht am häufigsten gekoppelt mit anderen Beeinträchtigungen auf, und zwar am ehesten gemeinsam mit Beeinträchtigungen zu Hause (9,4 %).

⁴³ $\chi^2 = 93,8$, $df = 6$, $p < 0,001$

Wie bereits eingangs dieses Abschnitts beschrieben, werden die Schüler/innen aufgrund ihrer Angaben zu Beeinträchtigungen durch psychische Schwierigkeiten ebenfalls in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ eingeordnet (vgl. Kapitel 2.5). In Abbildung 3.13 sind die Anteile der Schüler/innen mit grenzwertigen oder auffälligen Beeinträchtigungswerten dargestellt, auch differenziert nach Geschlecht, Klassenstufe und Migrationsstatus. Von der Größenordnung her werden etwas weniger Kinder und Jugendliche aufgrund der Beeinträchtigungswerte als auffällig klassifiziert als aufgrund der Symptomwerte (vgl. Abbildung 3.11). Auch bezüglich der Untergruppen zeigen sich Abweichungen von den Ergebnissen für die Symptomwerte. So unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht hinsichtlich ihrer psychischen Auffälligkeit im SDQ-Gesamtwert, jedoch beschreiben sich Mädchen häufiger durch ihre Schwierigkeiten beeinträchtigt als Jungen.⁴⁴ Schüler/innen der neunten Klassenstufe sind zudem häufiger beeinträchtigt als jüngere Schüler/innen⁴⁵, obwohl sich die Symptomwerte nicht signifikant zwischen den Klassenstufen unterscheiden. Ein signifikanter Effekt, wonach Schüler/innen mit Migrationshintergrund häufiger durch psychische Probleme beeinträchtigt sind als Schüler/innen deutscher Herkunft⁴⁶, bestand in den Symptomwerten auch nur tendenziell.

Abbildung 3.13:
Beeinträchtigung durch psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Migrationsstatus
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und Beeinträchtigung

Die unterschiedlichen Ergebnisse bei Betrachtung der Symptomwerte und der Beeinträchtigungswerte weisen darauf hin, dass bei der Beurteilung unterschiedliche Aspekte eine Rolle spielen. Da bei der Diagnose einer psychischen Störung nicht nur das Auftreten von Symptomen, sondern auch der Leidensdruck und die Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen des Alltags eine Rolle spielen, wird hier mit den Fragen zur Beeinträchtigung zusätzliche Information gewonnen, die über die sonst

⁴⁴ $\chi^2 = 8,1$, $df = 2$, $p < 0,05$

⁴⁵ $\chi^2 = 19,1$, $df = 4$, $p < 0,01$

⁴⁶ $\chi^2 = 19,3$, $df = 2$, $p < 0,001$

übliche reine Symptombeurteilung hinausgeht. Allerdings fehlt für eine genauere Einschätzung eine zweite Meinung von Eltern oder einer anderen wichtigen Bezugsperson. Dass Mädchen trotz gleicher Symptomstärke ihre Schwierigkeiten als stärker beeinträchtigend wahrnehmen als Jungen, könnte zum einen durch geschlechtsspezifische Muster der Akzentuierung und größeren Klagsamkeit auf der weiblichen Seite und der Bagatellisierung und Verdrängung auf der männlichen Seite erklärt werden. Aber auch die unterschiedliche Symptomatik von Mädchen, die eher von emotionalen Problemen betroffen sind, und Jungen, die häufiger Verhaltensprobleme haben, könnte eine Erklärung für diese Unterschiede darstellen.

Kinder und Jugendliche, deren SDQ-Gesamtproblemwert auffällig ist, geben bei der Filterfrage nach Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten oder Umgang mit anderen mehrheitlich an, dass sie leichte Schwierigkeiten haben (60,0 %). Etwa ein Viertel (23,8 %) der im Symptomwert auffälligen Schüler/innen sieht jedoch keine Probleme. Deutliche Schwierigkeiten werden von 13,3 % der Schüler/innen mit auffälligen SDQ-Gesamtproblemen angegeben, massive Probleme nur von wenigen Schüler/innen (2,9 %). Die Schüler/innen mit grenzwertigen SDQ-Gesamtproblemen unterscheiden sich in ihrer Einschätzung der Schwierigkeiten kaum von denen mit auffälligen SDQ-Gesamtproblemwerten. Die große Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit unauffälligen SDQ-Gesamtproblemwerten gibt auch zum größten Teil an, keine Schwierigkeiten zu haben (62,0 %). Ein gutes Drittel dieser Schüler/innen (36,8 %) sieht leichte Schwierigkeiten, und nur wenige finden, dass sie deutliche (1,1 %) oder massive (0,1 %) Schwierigkeiten haben.

Aus den Einzelfragen zu Beeinträchtigungen wurde der SDQ-Impact-Wert aggregiert und in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ eingeteilt (vgl. Kapitel 2.5). Der größte Teil der Jungen und Mädchen (69,0 %) wird übereinstimmend als unauffällig klassifiziert. Etwa jede/r zehnte Schüler/in (10,1 %) wird übereinstimmend als mindestens grenzwertig eingestuft. Bei jedem/jeder fünften Schüler/in (20,9 %) stimmt die Einschätzung aufgrund der beiden verschiedenen Fragebogenteile jedoch nicht überein. Dieses zunächst überraschende Ergebnis wird auch an anderer Stelle berichtet (Pickles et al., 2001). Offenbar schätzt ein Teil der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen die eigene Symptomatik als nicht so schwerwiegend ein und leidet nicht massiv darunter, eine andere Gruppe mit unauffälligen Symptomwerten fühlt sich aber trotzdem erheblich beeinträchtigt. In Tabelle 3.17 ist aufgeführt, welche Beziehung besteht zwischen psychischen Auffälligkeiten, gemessen mit dem SDQ-Gesamtproblemwert, und psychischen Beeinträchtigungen, gemessen mit dem SDQ-Impact-Wert. Längst nicht alle Kinder und Jugendlichen mit grenzwertigen oder auffälligen SDQ-Gesamtproblemwerten sind auch psychisch beeinträchtigt. Jedoch ist ihr Anteil deutlich größer als bei den Kindern und Jugendlichen mit unauffälligen SDQ-Gesamtproblemwerten.

Tabelle 3.17:
Beeinträchtigung der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 in Abhängigkeit von psychischen Auffälligkeiten

		<i>n</i>	<i>Psychische Beeinträchtigung (SDQ-Impact-Wert)</i>		
			<i>unauffällig</i>	<i>grenzwertig</i>	<i>auffällig</i>
			<i>Prozent</i>		
Psychische Auffälligkeit (SDQ-Gesamtproblemwert)	unauffällig	975	88,2	6,5	5,3
	grenzwertig	167	56,9	18,6	24,6
	auffällig	104	48,1	20,2	31,7

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Betrachtet man die einzelnen Problemskalen, sind diejenigen mit emotionalen Problemen am häufigsten beeinträchtigt (43 % der Schüler/innen mit grenzwertigen und 54 % der Schüler/innen mit auffälligen emotionalen Symptomwerten), bei den anderen Problemskalen (Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen) sind es jeweils nur ca. ein Drittel. Diese Unterschiede lassen sich dadurch

erklären, dass bei emotionalen Problemen die Krankheitseinsicht und die persönliche Belastung stärker ausgeprägt sind als bei Problemen, die eher das Verhalten und den Umgang mit anderen betreffen.

Aus Tabelle 3.17 ist ersichtlich, dass auch ohne auffälligen Symptomwert (SDQ-Gesamtproblemwert) deutliche Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Bereichen des täglichen Lebens auftreten können. Es ist an dieser Stelle nicht möglich zu klären, ob die Beeinträchtigungen aufgrund von psychischen Problemen bestehen, die mit den Symptomfragen des SDQ nicht erfasst werden, oder ob auch bei nur gering ausgeprägter Symptomatik einige Kinder und Jugendliche einen erheblichen Leidensdruck entwickeln. Jedoch legt dieses Ergebnis nahe, bei der Beurteilung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ihre eigene Einschätzung vorliegender Beeinträchtigungen im Alltag nicht unberücksichtigt zu lassen, um alle Kinder und Jugendlichen auszumachen, die aufgrund ihrer psychischen Schwierigkeiten genauere Diagnostik und möglicherweise Therapie benötigen.

Zusammenfassung

Die meisten Mädchen und Jungen sind bei guter psychischer Gesundheit. Allerdings sind bei etwa jeder zwölften Schülerin bzw. jedem zwölften Schüler psychische Auffälligkeiten zu verzeichnen. Zwar unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht in der Gesamtauffälligkeit, aber das Problemspektrum ist geschlechtsspezifisch ausgeprägt: Mädchen weisen häufiger emotionale Probleme auf, Jungen dagegen häufiger Verhaltensprobleme und Probleme mit Gleichaltrigen. Zusätzlich ist das prosoziale Verhalten der Mädchen positiver ausgeprägt als das der Jungen. Psychische Auffälligkeiten sind häufiger bei Schüler/innen, die älter sind als ihre Klassenkamerad/innen, die die finanzielle Lage ihrer Familie als nicht gut einschätzen, und deren Familien nicht über ein hohes Wohlstandsniveau verfügen. Deutliche Assoziationen zeigen sich zwischen psychischen Auffälligkeiten auf der einen Seite und Schmerzen sowie Medikamentenkonsum auf der anderen Seite.

Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen, die über ein hohes Ausmaß an Symptomen psychischer Auffälligkeiten berichten, fühlen sich dadurch auch in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt. Allerdings gibt es sowohl Schüler/innen, die von der Symptomatik her unauffällig sind, sich aber beeinträchtigt fühlen, als auch solche, die bei auffälliger Symptomatik über keinerlei Beeinträchtigung berichten.

3.2.3 Soziale Gesundheit

Unter Bezugnahme auf die ganzheitliche WHO-Gesundheitsdefinition als „Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, 1948) soll neben der körperlichen und der psychischen Gesundheit der Schüler/innen in diesem Abschnitt die Aufmerksamkeit auf soziale Aspekte gerichtet werden. Die wichtigsten Bezugspersonen in der Kindheit sind die (sozialen) Eltern, im späteren Kindes- und besonders im Jugendalter gewinnen Gleichaltrige zunehmend an Bedeutung. Daher sind die Beziehungen zu den Eltern und zu Gleichaltrigen in diesem Abschnitt die zentralen Aspekte bei der Betrachtung der sozialen Einflüsse auf Gesundheit.

In der HBSC-Studie 2006 wurden Fragen gestellt zur elterlichen Unterstützung in schulischen Belangen sowie dazu, wie leicht oder schwer es den Kindern und Jugendlichen fällt, mit verschiedenen Bezugspersonen über persönliche Dinge zu sprechen, zur Anzahl der Freundschaften und der Art und Häufigkeit freundschaftlicher Kontakte mit Gleichaltrigen. In diesem Zusammenhang sei auf das Kapitel 3.6 Schulklima und Integration verwiesen, in dem weitere Ergebnisse zu Beziehungen mit Gleichaltrigen – hier schwerpunktmäßig im schulischen Kontext – berichtet werden.

Elterliche und soziale Unterstützung

Mit fünf Fragen wurde erfasst, in welcher Form und in welchem Ausmaß die Schüler/innen in schulischen Angelegenheiten von ihren Eltern unterstützt werden. Hierbei geht es um elterliche Hilfe bei schulischen Problemen, darum, ob die Eltern für Gespräche mit den Lehrern/-innen in die Schule kom-

men, ob sie ihre Kinder dazu motivieren, gut in der Schule zu sein, ob sie sich dafür interessieren, wie es ihrem Kind in der Schule geht, und ob sie bereit sind, bei den Hausaufgaben zu helfen. Die Fragen sind mit den fünf Antwortmöglichkeiten „stimmt genau“, „stimmt eher“, „weder/noch“, „stimmt eher nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ versehen. In Tabelle 3.18 sind die Antworten der Schüler/innen auf die Einzelfragen aufgeführt, wobei die Antworten in den Kategorien „stimmt genau“ und „stimmt eher“ zu „(eher) ja“ und in den Kategorien „stimmt eher nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ zu „(eher) nein“ zusammengefasst sind.

Tabelle 3.18:
Elterliche Unterstützung der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 (n = 1.296)
- in Prozent

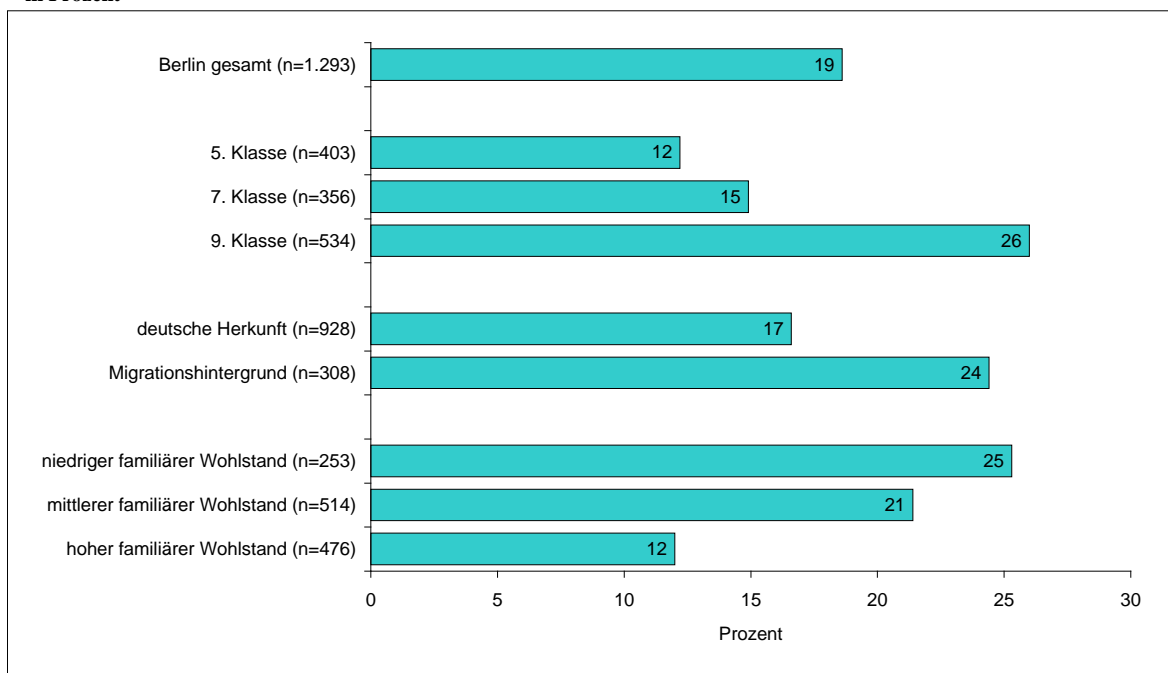
	(eher) ja	weder/noch	(eher) nein
Hilfe bei Problemen	91,2	4,6	4,2
Gespräche mit Lehrern	63,3	15,0	21,7
Leistungsmotivation	88,2	5,7	6,1
Interesse	91,3	5,0	3,7
Hilfe bei Hausaufgaben	86,5	6,4	7,1

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Schüler/innen berichten insgesamt über ein sehr hohes Ausmaß elterlicher Unterstützung. Fast ein Viertel der Schüler/innen (22,1 %) hat alle fünf Fragen mit „stimmt genau“ beantwortet und damit die positivste mögliche Bewertung abgegeben. Vor allem die beiden Fragen nach Hilfe bei Problemen und Interesse für das schulische Wohlbefinden des Kindes werden von der überwältigenden Mehrheit bejaht. Relativ die geringste Zustimmung findet die Aussage, dass die Eltern bereit sind, für ein Gespräch mit Lehrern/-innen in die Schule zu kommen. Dies trifft nur auf knapp zwei Drittel der Eltern zu, während etwa ein Fünftel der Schüler/innen angibt, dass ihre Eltern dazu nicht bereit wären.

Die elterliche Unterstützung wurde als niedrig eingestuft, wenn ein/e Schüler/in mindestens zwei der fünf Fragen nicht bejaht hat (Antwortkategorien „stimmt genau“ oder „stimmt eher“; vgl. Kapitel 2.5). Dies trifft auf 18,6 % der Schüler/innen zu. Zwischen den Angaben von Mädchen und Jungen zur elterlichen Unterstützung besteht kein Unterschied, jedoch nimmt die elterliche Unterstützung in schulischen Angelegenheiten mit zunehmender Klassenstufe ab (Abbildung 3.14).⁴⁷

Abbildung 3.14:
Geringe elterliche Unterstützung bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Migrationsstatus und familiärem Wohlstand
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

⁴⁷ $\chi^2 = 33,7$, $df = 2$, $p < 0,001$

Weiterhin haben Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weniger elterliche Unterstützung als Kinder und Jugendliche deutscher Herkunft (Abbildung 3.14).⁴⁸ Auf der Ebene der Einzelfragen zeigt sich dies vor allem in einer geringeren Unterstützung bei den Hausaufgaben durch Eltern mit Migrationshintergrund, wogegen die Bereitschaft zu Gesprächen mit den Lehrern/-innen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gleich hoch eingeschätzt wird wie von Kindern und Jugendlichen deutscher Herkunft. Zumindest aus Sicht der Schüler/innen trifft demnach der häufig geäußerte Vorwurf, Eltern mit Migrationshintergrund würden nicht mit der Schule kooperieren und dort nicht zu Gesprächen erscheinen, nicht öfter zu als auf Eltern deutscher Herkunft. Stattdessen könnte die geringere Unterstützung bei den Hausaufgaben durch Eltern mit Migrationshintergrund auch darauf zurückzuführen sein, dass sie aufgrund ihres anderen schulischen Hintergrunds dazu gar nicht in der Lage sind. Insofern trägt das deutsche Schulsystem mit vorwiegendem Halbtagschulbetrieb und der auch von schulischer Seite häufig geäußerten Forderung nach elterlicher Unterstützung bei den Hausaufgaben möglicherweise zu ungleichen schulischen Chancen je nach sozialem und kulturellem Hintergrund der Schüler/innen bei.

Auch zwischen familiärem Wohlstand und elterlicher Unterstützung bestehen signifikante Bezüge, wonach in Familien mit niedrigem Wohlstand der Anteil der Schüler/innen mit geringer elterlicher Unterstützung in etwa doppelt so hoch ist wie in Familien mit hohem Wohlstand (Abbildung 3.14).⁴⁹

Neben der elterlichen Unterstützung in schulischen Belangen wird soziale Unterstützung erfasst, indem für Personen aus dem familiären Umfeld und Freundeskreis erfragt wird, wie leicht oder schwer

Tabelle 3.19:
Soziale Unterstützung der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

	n	Sprechen über persönliche Dinge				
		sehr leicht	leicht	schwer	sehr schwer	habe/ sehe ich nicht
		Prozent				
Mutter	1.234	45,2	34,9	12,7	3,6	3,5
Vater	1.253	27,2	31,7	19,0	11,2	10,9
beste/r Freund/in	1.239	47,0	39,9	7,5	3,1	2,5

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

es den Schüler/innen fällt, mit diesen Personen über persönliche Angelegenheiten zu sprechen. Für die Auswertung wurden als wichtigste Ansprechpartner/innen die Mutter, der Vater sowie die beste Freundin bzw. der beste Freund ausgewählt. Die Kinder und Jugendlichen wurden gebeten anzukreuzen, ob es ihnen „sehr leicht“, „leicht“, „schwer“ oder „sehr schwer“ fällt, mit diesen Personen über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen. Als weitere Antwortmöglichkeit konnte „ich habe oder sehe diese Person nicht“ angekreuzt werden. Die Antworten sind in Tabelle 3.19 aufgeführt.

Am leichtesten fällt es den Schüler/innen, mit der besten Freundin oder dem besten Freund über ihre persönlichen Dinge zu sprechen. Auch geben nur wenige Schüler/innen an, keine beste Freundin oder keinen besten Freund zu haben bzw. mit ihr/ihm über Persönliches zu sprechen. Ähnlich positiv wird das Verhältnis zur Mutter beurteilt, während für den Vater mehr Schüler/innen angeben, dass es ihnen schwer oder sehr schwer fällt, mit ihm über persönliche Angelegenheiten zu sprechen, und auch mehr Schüler/innen keinen entsprechenden Kontakt mit ihrem Vater haben.

Betrachtet man die Antworten zur sozialen Unterstützung für Mädchen und Jungen getrennt (Abbildung 3.15), so ist bezüglich der Mutter als Ansprechpartnerin in persönlichen Angelegenheiten nur ein kleiner Unterschied zu erkennen.⁵⁰ Dagegen fällt es Jungen deutlich leichter als Mädchen, sich ihrem Vater anzuvertrauen.⁵¹ Mädchen wiederum können noch leichter als Jungen mit ihrer besten Freundin bzw. ihrem besten Freund über Dinge sprechen, die ihnen nahe gehen.⁵² Jungen haben demnach eher beide Elternteile als Ansprechpartner zur Verfügung, während Mädchen sich stärker nur auf die Mutter konzentrieren. Dagegen knüpfen sie möglicherweise engere Freundschaften zu Gleichaltrigen, mit denen sie sich dann intensiver austauschen.

⁴⁸ Fisher's exakter Test, $p < 0,01$

⁴⁹ $\chi^2 = 24,0$, $df = 2$, $p < 0,001$

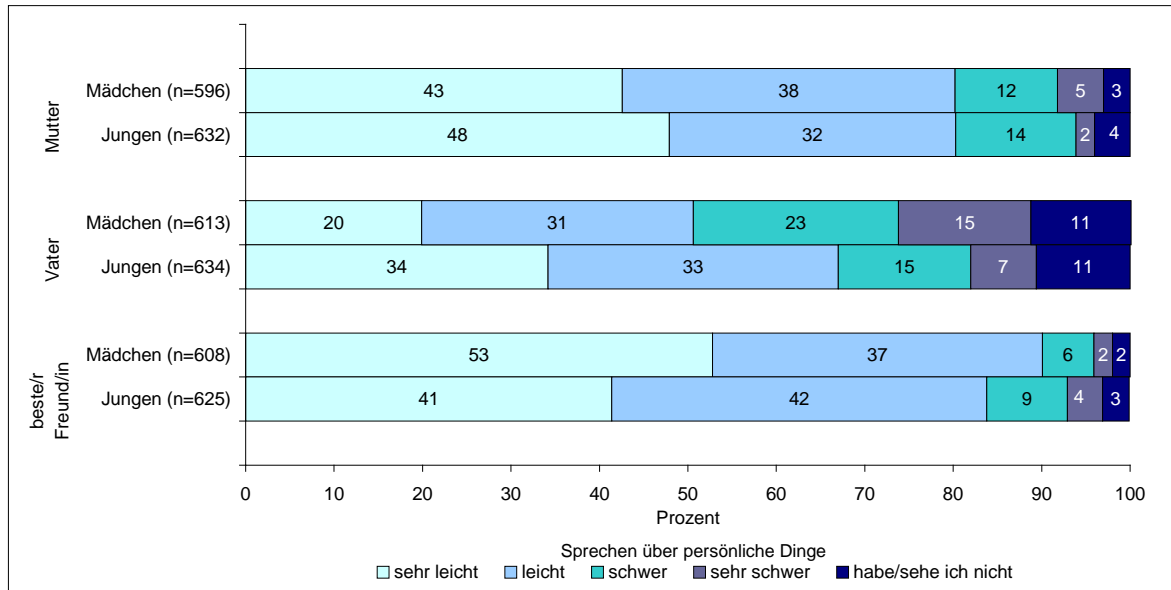
⁵⁰ $\chi^2 = 14,5$, $df = 4$, $p < 0,01$

⁵¹ $\chi^2 = 51,2$, $df = 4$, $p < 0,001$

⁵² $\chi^2 = 20,0$, $df = 4$, $p < 0,01$

Abbildung 3.15:

Soziale Unterstützung bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

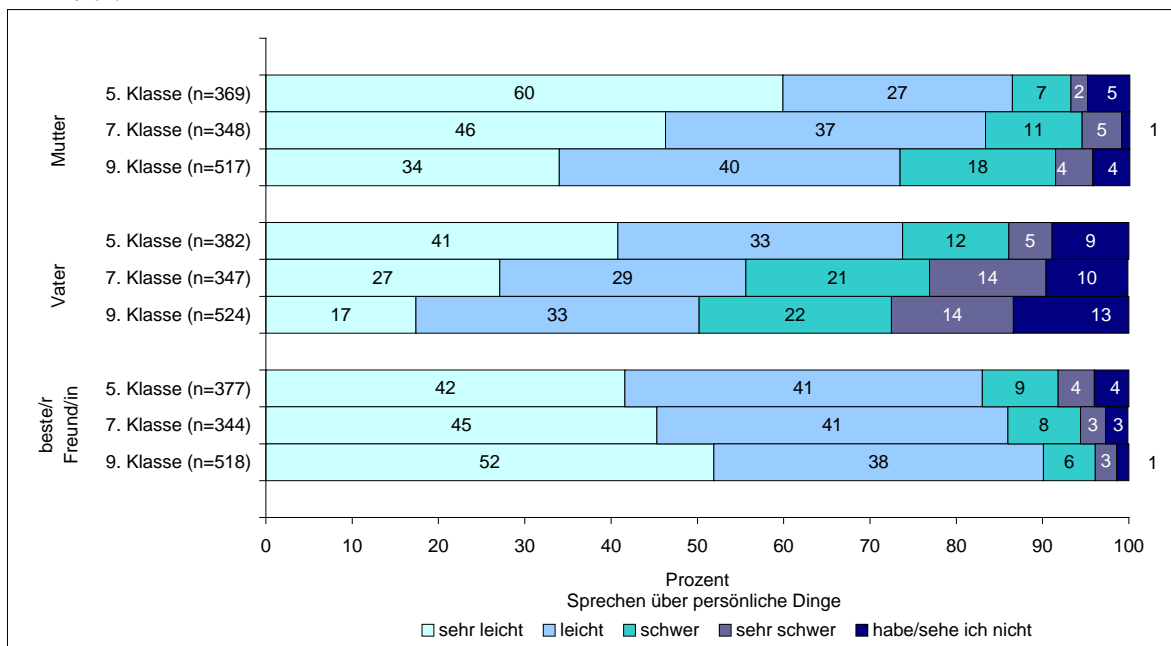


(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Von der fünften bis zur neunten Klassenstufe nimmt der Anteil der Mädchen und Jungen, denen es leicht oder sehr leicht fällt, mit ihrer Mutter oder ihrem Vater über persönliche Probleme zu sprechen, deutlich ab (Abbildung 3.16).⁵³ Im gleichen Zeitraum steigt der Anteil derjenigen, die sich ihrer besten Freundin oder ihrem besten Freund anvertrauen, noch an.⁵⁴ Dieser Anstieg kompensiert allerdings nicht annähernd den markanten Rückgang der Eltern als Ansprechpartner in persönlichen Angelegenheiten.

Abbildung 3.16:

Soziale Unterstützung bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

⁵³ Mutter $\chi^2 = 79,3$, $df = 8$, $p < 0,001$; Vater $\chi^2 = 83,2$, $df = 8$, $p < 0,001$

⁵⁴ $\chi^2 = 16,8$, $df = 8$, $p < 0,05$

Zudem sind enge Kontakte mit Gleichaltrigen nicht unter allen Umständen als positiv anzusehen, sondern Jugendliche können auch – insbesondere wenn sie nicht durch elterliche Fürsorge und elterliches Monitoring begleitet werden – in eine Peergruppe eingebunden werden, die für ihre soziale Entwicklung und möglicherweise auch für ihre Gesundheit schädliche Auswirkungen hat. Daher ist ein gutes Verhältnis zu den Eltern auch noch im späten Jugendalter ein wichtiger protektiver Faktor, dessen Fehlen durch andere Beziehungen nicht vollständig ausgeglichen werden kann.

Zusätzlich geben Schüler/innen mit Migrationshintergrund für Mutter⁵⁵ und Vater⁵⁶ als Gesprächspartner/innen etwas weniger positive Urteile ab als Schüler/innen deutscher Herkunft. Dafür wird die beste Freundin bzw. der beste Freund von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund als Gesprächspartner/in in persönlichen Dingen tendenziell positiver beurteilt als von Kindern und Jugendlichen deutscher Herkunft, jedoch ist dieser Unterschied nicht signifikant.

Schüler/innen, die die finanzielle Lage ihrer Familie als schwierig einschätzen, berichten über mehr Schwierigkeiten, mit der Mutter und vor allem mit dem Vater über persönliche Dinge zu sprechen als Schüler/innen mit positiverer Einschätzung der finanziellen Lage ihrer Familie.⁵⁷ Auch das Gespräch mit der besten Freundin oder dem besten Freund fällt Schüler/innen aus Familien mit schwieriger finanzieller Lage schwerer als Gleichaltrigen aus Familien mit guter finanzieller Lage⁵⁸, allerdings ist der Unterschied zwischen den Gruppen mit besserer und schlechterer Einschätzung der familiären finanziellen Lage hier nicht so groß wie bei Mutter oder Vater als Gesprächspartner/in. Dieses Ergebnis ist als beunruhigend einzustufen, weil es darauf hinweist, dass fehlende familiäre Ressourcen nicht unbedingt durch ein höheres Ausmaß an sozialer Unterstützung durch Gleichaltrige kompensiert werden können.

Freundschaftskontakte

Zur Einschätzung des sozialen Netzes und der Intensität der Peer-Kontakte wurden die Schüler/innen gefragt, wie viele enge Freundinnen und Freunde sie haben und wie häufig sie Nachmittage oder Abende mit ihnen verbringen oder mit ihnen per Telefon, SMS oder Internet Kontakt aufnehmen.

Insgesamt geben jeweils fast zwei Drittel der Schüler/innen an, mit drei oder mehr Jungen und mit drei oder mehr Mädchen eng befreundet zu sein (Tabelle 3.20). Jeweils etwa ein Viertel der Schüler/innen hat nur ein oder zwei enge Freunde und enge Freundinnen, 11 % bis 12 % geben an, keinen

Tabelle 3.20:
Freundschaften der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

	<i>n</i>	<i>enge Freunde</i>			<i>n</i>	<i>enge Freundinnen</i>		
		<i>0</i>	<i>1 - 2</i>	<i>3 oder mehr</i>		<i>0</i>	<i>1 - 2</i>	<i>3 oder mehr</i>
		<i>Prozent</i>				<i>Prozent</i>		
Berlin gesamt	1.226	10,6	24,6	64,8	1.214	11,8	26,1	62,1
Mädchen	592	20,4	33,1	46,5	611	1,6	17,7	80,7
Jungen	629	1,4	16,4	82,2	598	22,2	34,6	43,1
5. Klasse	372	14,8	22,0	63,2	376	18,9	24,7	56,4
7. Klasse	339	10,6	20,9	68,4	335	9,6	25,4	65,1
9. Klasse	515	7,6	28,7	63,7	503	8,0	27,6	64,4
deutsche Herkunft	891	8,6	27,4	64,0	878	12,0	27,4	60,6
Migrationshintergrund	287	15,0	17,8	67,2	285	11,2	22,8	66,0

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

⁵⁵ $\chi^2 = 10,9$, $df = 4$, $p < 0,05$

⁵⁶ $\chi^2 = 13,5$, $df = 4$, $p < 0,01$

⁵⁷ Mutter: $\chi^2 = 53,6$, $df = 3$, $p < 0,001$, Vater: $\chi^2 = 50,1$, $df = 3$, $p < 0,001$

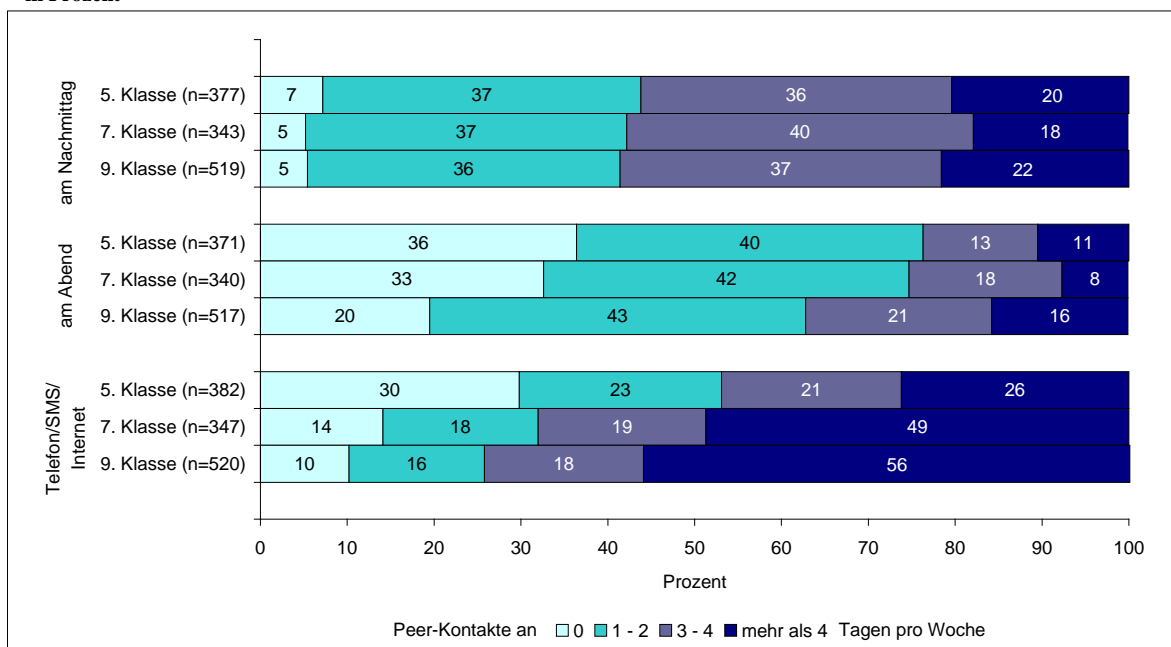
⁵⁸ $\chi^2 = 12,8$, $df = 3$, $p < 0,01$

engen Freund oder aber keine enge Freundin zu haben. Nur wenige Schüler/innen (13 der 1.298 Befragten entsprechend 1,0 %) haben allerdings weder eine enge Freundin noch einen engen Freund. Der Tabelle 3.20 ist weiter zu entnehmen, dass sowohl Mädchen als auch Jungen gleichgeschlechtliche Freundschaften deutlich bevorzugen. Von der fünften zur neunten Klasse nimmt der Anteil der Schüler/innen, die keinen engen Freund oder keine enge Freundin haben, ab. Während sich Schüler/innen mit Migrationshintergrund von Schüler/innen deutscher Herkunft nicht in der Zahl enger Freundinnen unterscheiden, haben sie häufiger keinen engen Freund als ihre Altersgenoss/innen deutscher Herkunft. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Mädchen mit Migrationshintergrund häufiger nur Kontakt mit Mädchen pflegen als Mädchen deutscher Herkunft.

Jeweils ein gutes Drittel der Kinder und Jugendlichen verbringt ein bis zwei bzw. drei bis vier Nachmittage pro Woche mit Freund/innen. Jede/r Fünfte trifft sich an mehr als vier Nachmittagen pro Woche mit Freund/innen, nur wenige tun dies nie. Treffen mit Freund/innen am Abend finden insgesamt seltener statt: Fast ein Drittel der Schüler/innen trifft sich nie abends mit Freund/innen, gut 40 % lediglich an ein bis zwei Abenden pro Woche. In der Häufigkeit von Peer-Kontakten am Nachmittag oder am Abend unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht, ebenso wenig Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund oder deutscher Herkunft. Allerdings nehmen Kontakte am Nachmittag wie auch am Abend von der fünften bis zur neunten Klassenstufe signifikant zu (Abbildung 3.17).⁵⁹ Noch deutlicher fällt die Zunahme der Häufigkeit von Peer-Kontakten mit zunehmender Klassenstufe bei den telefonischen bzw. Internet-Kontakten ins Auge.⁶⁰ Während in der fünften Klasse nur ein Viertel der Schüler/innen an den meisten Tagen der Woche per Telefon, SMS oder Internet mit Freund/innen kommuniziert, sind es in der neunten Klasse mehr als die Hälfte. Dabei sind tägliche Kontakte bei Mädchen im Vergleich zu Jungen und bei Schüler/innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Schüler/innen deutscher Herkunft häufiger.⁶¹

Abbildung 3.17:

**Peer-Kontakte von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- in Prozent**



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

⁵⁹ Nachmittage: $\chi^2 = 19,6$, $df = 10$, $p < 0,05$; Abende: $\chi^2 = 67,6$, $df = 14$, $p < 0,001$

⁶⁰ $\chi^2 = 105,6$, $df = 8$, $p < 0,001$

⁶¹ Mädchen: 38,3 % täglich, Jungen: 25,2 % täglich, $\chi^2 = 50,7$, $df = 4$, $p < 0,001$; Schüler/innen mit Migrationshintergrund: 39,1 % täglich, Schüler/innen deutscher Herkunft: 29,1 % täglich, $\chi^2 = 11,3$, $df = 4$, $p < 0,05$

Die Ergebnisse zur Häufigkeit von Kontakten der Schüler/innen mit Gleichaltrigen zeigen, dass Peer-Kontakte über die Schule hinaus eine große und mit dem Alter zunehmende Bedeutung haben. Die Gruppe derjenigen Kinder und Jugendlichen, deren Kontakte mit Gleichaltrigen sich ausschließlich auf die Schule beschränken, ist recht klein. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, welches großes Potential der Peer-Gruppe im Hinblick auf soziale Unterstützung, Freizeitgestaltung und Identitätsbildung innewohnt.

Zusammenfassung

Das Ausmaß elterlicher und sozialer Unterstützung, über das die Schüler/innen berichten, ist als erfreulich hoch zu bewerten. Naturgemäß nimmt mit steigendem Alter die Bedeutung der Eltern als Ansprechpartner ab und die der Gleichaltrigen zu. Dabei scheinen sich Mädchen stärker auf die Kommunikation mit Freund/innen festzulegen als Jungen, die neben den Freund/innen sowohl Mutter als auch Vater eher kontaktieren. Kontakte mit Gleichaltrigen spielen eine sehr große Rolle im Alltag der Kinder und Jugendlichen und reichen weit über den schulischen Kontext hinaus in die Freizeit.

3.2.4 Kumulation gesundheitlicher Problemlagen

Probleme in den Bereichen körperliche, psychische und soziale Gesundheit stehen nicht isoliert voneinander. Zwar gibt es eine ganze Reihe von Kindern oder Jugendlichen, die von keinem oder nur einem der in diesem Kapitel betrachteten Probleme betroffen sind, aber eine Minderheit der Schüler/innen ist in mehrfacher Hinsicht betroffen. Diese Gruppe von Schüler/innen bedarf besonderer Aufmerksamkeit und benötigt wahrscheinlich Hilfe, um die weitere Entwicklung nicht zu gefährden.

Tabelle 3.21:
Gesundheitliche Problemlagen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
subjektiver Gesundheitszustand: einigermaßen oder schlecht	221	17,2
wiederholte psychosomatische Beschwerden	311	24,3
chronische Erkrankung	267	21,3
SDQ-Gesamtpunktwert: grenzwertig oder auffällig	279	21,7
soziale Isolation	25	1,9

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Um die Größenordnung dieser Gruppe abzuschätzen und sie genauer zu beschreiben, wurden die in diesem Kapitel untersuchten Merkmale der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit jeweils in zwei Gruppen eingeteilt, eine unproblematische und eine problematische (vgl. Kapitel 2.5). Die berücksichtigten Merkmalsausprägungen und die Häufigkeit ihres Auftretens sind in Tabelle 3.21 aufgeführt.

Jede/r sechste Schüler/in schätzt den eigenen Gesundheitszustand als „einigermaßen“ oder „schlecht“ ein. Über wiederholte psychosomatische Beschwerden klagt fast ein

Viertel der Schüler/innen. Eine chronische Erkrankung hat jede/r fünfte Schüler/in. Einen grenzwertigen oder auffälligen SDQ-Gesamtpunktwert weist ebenfalls jede/r fünfte Schüler/in auf. Eine kleine Minderheit der Kinder und Jugendlichen ist als sozial isoliert einzuschätzen, weil sie nur über geringe elterliche Unterstützung verfügt und zugleich weniger als drei enge Freund/innen hat.

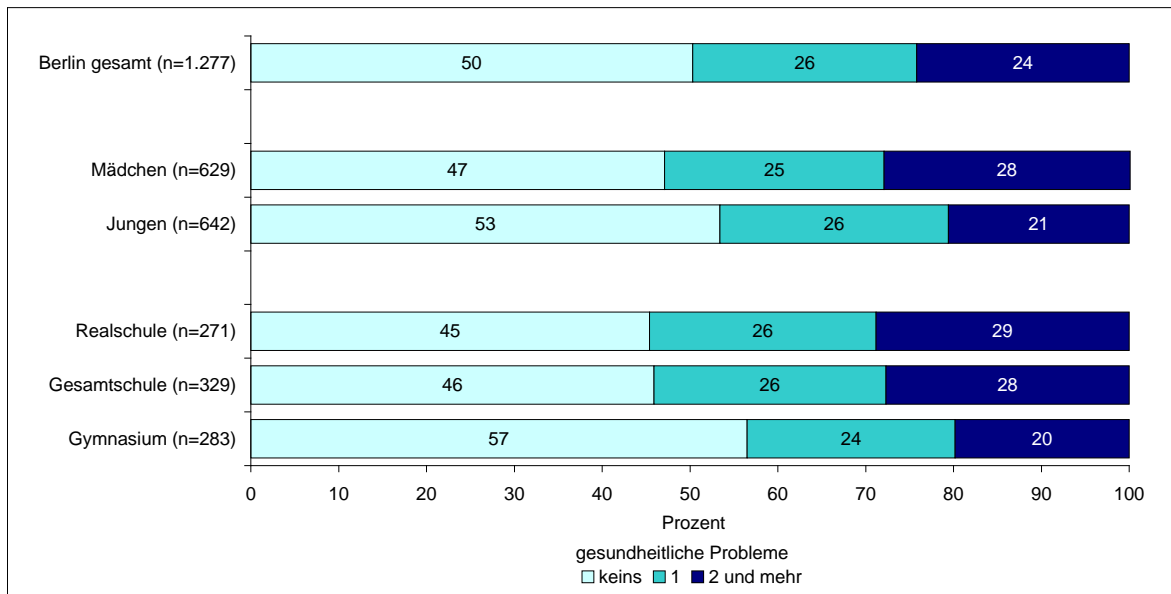
Um eine Problemgruppe zu definieren, wurde aufsummiert, wie viele der genannten Probleme auf jede/n Schüler/in zutreffen (vgl. Kapitel 2.5). Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen hat keins der genannten Probleme. Ein Viertel der Schüler/innen ist von einem der Probleme betroffen. Da die reine Aufsummierung der Problemzahl keinen Anhaltspunkt für den jeweiligen Schweregrad bietet, kann bei Vorliegen eines Problems zwar noch nicht von einer Risikogruppe gesprochen werden, andererseits aber auch keine Entwarnung gegeben werden. Diese Gruppe von Schüler/innen wird daher als grenzwertig belastet eingestuft (vgl. Kapitel 2.5). Bei einem weiteren Viertel treffen zwei oder mehr der fünf gesundheitlichen Probleme zu (Abbildung 3.18), weshalb diese Schüler/innen der gesundheitlichen Risikogruppe zugeordnet werden. Jungen haben insgesamt weniger der erfassten gesundheitsbezogenen Probleme als Mädchen.⁶² Außerdem unterscheiden sich die Schulformen (nur 7. und 9. Klasse): Am

⁶² $\chi^2 = 9,9$, $df = 2$, $p < 0,01$

Abbildung 3.18:

Kumulation gesundheitlicher Probleme bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)

- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Gymnasium ist bei einem geringeren Anteil der Schüler/innen eine Problemkumulation zu beobachten als an Real- und Gesamtschulen.⁶³

Mit höherer Klassenstufe nimmt zwar der Anteil der Schüler/innen mit zwei oder mehr gesundheitlichen Problemen etwas zu (von 21,3 % in der 5. Klasse auf 26,7 % in der 9. Klasse), jedoch ist dieser Anstieg statistisch nicht signifikant. Zwischen Schüler/innen mit Migrationshintergrund und ihren Mitschüler/innen deutscher Herkunft besteht kein Unterschied in der Anzahl gesundheitsbezogener Probleme. Auch bei einer Differenzierung nach familiärem Wohlstand ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der Problemkumulation.

Die in den Index eingehenden gesundheitsbezogenen Probleme stellen eine Auswahl wichtiger gesundheitlicher Probleme und Gefährdungen im Kindes- und Jugendalter dar, die natürlich nicht das gesamte Spektrum abdecken können. Jedoch liefert der Index zur Kumulation gesundheitsbezogener Probleme Erkenntnisse, die über die Betrachtung der einzelnen Probleme hinausreichen, weil er die Identifikation einer Risikogruppe ermöglicht, deren Gesundheitszustand besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

Zusammenfassung

Nur etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen ist von keinem der in diesem Kapitel behandelten gesundheitsbezogenen Probleme (negative Einschätzung der eigenen Gesundheit, wiederholte psychosomatische Probleme, chronische Erkrankung, psychische Auffälligkeit, soziale Isolation) betroffen, ein Viertel hat eins der Probleme und ein weiteres Viertel zwei oder mehr der erfassten Probleme. Die Gruppe der Schüler/innen mit zwei oder mehr gesundheitsbezogenen Problemen wird als Risikogruppe betrachtet, in der Mädchen häufiger zu finden sind als Jungen und Schüler/innen der Real- oder Gesamtschule häufiger als Gymnasiast/innen.

⁶³ Chi² = 10,5, df = 4, p < 0,05

3.3 Gesundheits- und Risikoverhalten

Unter Gesundheits- und Risikoverhalten werden Verhaltensweisen zusammengefasst, die sich förderlich oder aber schädlich auf die individuelle Gesundheit auswirken können. Im Abschnitt 3.3.1 Gesundheits- und Freizeitverhalten wird neben direkt gesundheitsförderlichem Verhalten wie Zähneputzen und körperlicher Aktivität auch das Freizeitverhalten hinsichtlich des Konsums von Fernsehsendungen und Computerspielen betrachtet. Dies basiert auf der Annahme, dass übermäßiger Medienkonsum sich aufgrund körperlicher Inaktivität und sozialer Isolation indirekt gesundheitsschädigend auswirken kann. Der Abschnitt 3.3.2 Risikoverhalten befasst sich schwerpunktmäßig mit direkt gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, nämlich dem Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen (Cannabis). Zusätzlich werden Befunde zum Sexualverhalten der Jugendlichen, vor allem zur Verhütung, berichtet. Dies ist vor allem unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung unerwünschter Teenager-Schwangerschaften und der möglichen Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten von Interesse.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass alle Selbstauskünfte, insbesondere aber solche zum Gesundheits- und Risikoverhalten, potenziell anfällig sind für das Phänomen der sozialen Erwünschtheit. Dabei stellen sich die Befragten – abweichend von ihrem tatsächlichen Verhalten – so dar, dass sie vor anderen „gut dastehen“. Dies kann allerdings Auswirkungen in zwei Richtungen haben: entweder wird das von Erwachsenen erwünschte Verhalten berichtet, oder aber es wird absichtlich wahrheitswidrig ein unerwünschtes Verhalten berichtet, weil es als „cool“ gilt, man sich als interessant darstellen möchte oder weil man sich einer Gruppe von Kindern oder Jugendlichen mit abweichendem Verhalten zugehörig fühlen möchte (Köllisch & Oberwittler, 2004; Kuentzel et al., 2008). In der HBSC-Studie konnten die Selbstangaben der Schüler/innen nicht durch ergänzende Auskünfte beispielsweise von Eltern oder Lehrer/innen und auch nicht durch Verhaltensbeobachtungen, Messungen oder ähnliche Verfahren ergänzt und überprüft werden. Daher sind mögliche Verzerrungen sowohl bei Angaben zu gesundheitsförderlichem Verhalten als auch bei den Antworten zu Risikoverhaltensweisen zu berücksichtigen.

3.3.1 Gesundheits- und Freizeitverhalten

An direkt gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen wurden in der HBSC-Studie die Häufigkeit des Zähneputzens und die Häufigkeit und Intensität körperlicher Aktivitäten erfragt. In Zusammenhang mit dem Freizeitverhalten wurden bereits in Abschnitt 3.2.3 Ergebnisse zu Freundschaften und – persönlichen wie auch telefonischen – Freundschaftskontakten berichtet. In diesem Abschnitt werden Angaben zum Fernsehkonsum (inklusive DVD und Video) und zur Beschäftigung mit Computerspielen ausgewertet.

Zähneputzen

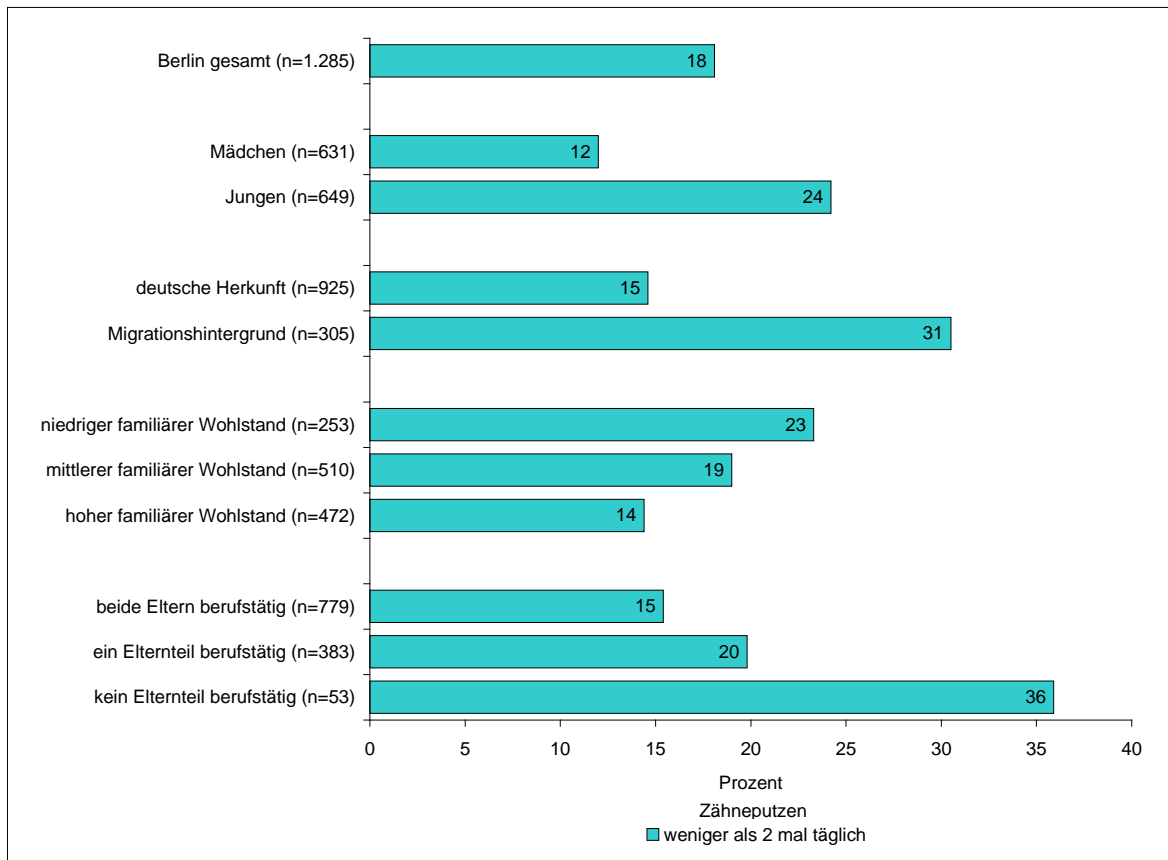
Die Zähne sollten mindestens zweimal täglich gereinigt werden, um Essensreste und Beläge zu entfernen und damit Kariesbefall und Zahnfleischentzündungen soweit wie möglich zu verhindern. Dieser Empfehlung kommen nach eigenen Angaben mehr als vier Fünftel der Schüler/innen (81,9 %) nach. Die übrigen Schüler/innen putzen ihre Zähne größtenteils einmal täglich (16,0 %), nur wenige tun dies seltener (1,9 %) oder nie (0,2 %, das sind drei Schüler/innen).

In Abbildung 3.19 ist für alle befragten Berliner Schüler/innen und für verschiedene Subgruppen gezeigt, welcher Anteil der Kinder und Jugendlichen sich die Zähne seltener als zweimal täglich putzt und somit der Empfehlung für die Zahngesundheit nicht nachkommt. Zunächst fällt auf, dass Jungen doppelt so häufig wie Mädchen ihre Zähne nicht oft genug putzen.⁶⁴ Genauso deutlich wie der Geschlechtsunterschied fällt der Unterschied nach Migrationsstatus aus: Schüler/innen mit Migrationshintergrund sind doppelt so häufig nachlässig bei der Zahnpflege wie Schüler/innen deutscher

⁶⁴ Fisher's exakter Test: $p < 0,001$

Abbildung 3.19:

Zahnputzverhalten von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Berufstätigkeit der Eltern
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Herkunft.⁶⁵ Vor allem Kinder und Jugendliche türkischer Herkunft (60,2 %) und arabischer Herkunft (71,4 %) putzen ihre Zähne seltener mehrmals täglich im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen deutscher Herkunft (85,4 %). Zwischen den in die Befragung einbezogenen Klassenstufen besteht dagegen im Zahnputzverhalten kein Unterschied.

Deutliche Zusammenhänge zeigen sich zwischen Merkmalen der sozialen Lage der Familie und dem Zahnputzverhalten (Abbildung 3.19). Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem familiären Wohlstand sind signifikant nachlässiger beim Zähneputzen als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Wohlstandsniveau.⁶⁶ Verwendet man die Berufstätigkeit der Eltern als Indikator für die soziale Lage, so wird ersichtlich, dass Kinder und Jugendliche, deren Eltern beide nicht berufstätig sind, weitaus häufiger ihre Zähne nicht mindestens zweimal täglich putzen als Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem oder zwei berufstätigen Elternteilen.⁶⁷ Lediglich zur von den Schüler/innen selbst eingeschätzten finanziellen Lage der Familie besteht kein signifikanter Zusammenhang.

Die Ergebnisse zum Zähneputzen entsprechen weitgehend den entsprechenden Befunden der bundesweiten KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts (Schenk & Knopf, 2007). Auch hier wird festgestellt, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Gleichaltrigen deutscher Herkunft und Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu denjenigen aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus seltener zweimal täglich ihre Zähne putzen.

⁶⁵ Fisher's exakter Test, $p < 0,001$

⁶⁶ $\chi^2 = 9,3$, $df = 2$, $p < 0,05$

⁶⁷ $\chi^2 = 16,0$, $df = 2$, $p < 0,001$

Zahnpflegeverhalten ist nur ein Beispiel für gesundheitsförderliches Verhalten, das vorwiegend in der Verantwortung der Familie liegt und von den Eltern gelehrt und überwacht werden sollte. Dass trotz intensiver Bemühungen der Gesundheitserziehung und Prophylaxe, die auch schon deutliche Erfolge zu verbuchen hat, hier immer noch Handlungsbedarf besteht, zeigt der Anteil von Schüler/innen mit unzureichendem Zahnpflegeverhalten. Zugleich ermöglichen die Ergebnisse die Identifikation der Hauptzielgruppen: männliche Schüler, Schüler/innen mit Migrationshintergrund sowie Schüler/innen aus schwierigen sozialen Verhältnissen.

Körperliche Aktivität

Der Nutzen regelmäßiger körperlicher Aktivität ist insbesondere für Erwachsene belegt (z. B. Mensink et al., 1996). Vor allem das Herz-Kreislauf-System profitiert von körperlicher Aktivität, zudem wird ein Zusammenhang zwischen körperlicher Inaktivität und Übergewicht bzw. Adipositas und den damit verknüpften Folgeerkrankungen gesehen. Nach anfänglichen Empfehlungen zum Sporttreiben hat sich der Schwerpunkt der Empfehlungen zur körperlichen Aktivität in den letzten zehn bis zwanzig Jahren dahin verlagert, dass bereits moderater körperlicher Aktivität wie Gartenarbeit, schnellem Gehen etc. gesundheitsförderliche Wirkungen zugeschrieben werden (Pate et al., 1995). Für das Kindes- und Jugendalter werden ein höherer Bewegungsdrang und auch ein höherer Bedarf an körperlicher Aktivität angenommen, ohne dass dazu schlüssige Beweise vorliegen. Im Sinne der Ausprägung lebenslanger Gewohnheiten sollten an die körperlichen Aktivitäten von Kindern und Jugendlichen wenigstens die gleichen Anforderungen gerichtet werden wie an Erwachsene. Im Studienprotokoll der HBSC-Studie wird in Übereinstimmung mit der WHO-Strategie zu Ernährung, körperlicher Aktivität und Gesundheit (global strategy on diet, physical activity and health)⁶⁸ die Empfehlung ausgesprochen, dass Schüler/innen möglichst an allen Tagen der Woche mindestens eine Stunde lang körperlich aktiv sein sollten (Strong et al., 2005), und dass diese Empfehlung als erfüllt angesehen werden kann, wenn die Schüler/innen angeben, dass dies an mindestens fünf der zurückliegenden sieben Tage der Fall war.

Tabelle 3.22:

Körperliche Aktivität der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht

	<i>Mädchen (n = 619)</i>	<i>Jungen (n = 646)</i>
	<i>Prozent</i>	
<i>körperliche Aktivität¹</i>		
0 - 2 Tage	33,8	21,5
3 - 4 Tage	38,9	36,2
5 - 6 Tage	17,0	24,3
7 Tage	10,3	18,0
<i>Sport²</i>		
1 mal pro Woche oder seltener	35,9	22,8
2 - 3 mal pro Woche	33,2	30,2
4 - 6 mal pro Woche	16,1	22,3
jeden Tag	14,9	24,6

¹ mindestens 60 Minuten, letzte 7 Tage

² angestrenzte körperliche Aktivität außerhalb der Schulstunden

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

In der HBSC-Studie wird einerseits moderate bis intensive körperliche Aktivität von mindestens 60 Minuten Dauer in den letzten sieben Tagen erfragt, andererseits wird erfasst, an wie vielen Tagen pro Woche die Schüler/innen sich außerhalb der Schule sportlich betätigen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3.22 getrennt für Mädchen und Jungen aufgeführt. Deutlich erkennbar ist, dass Jungen insgesamt ein höheres Niveau körperlicher Aktivität angeben als Mädchen. Der Geschlechtsunterschied ist in beiden erfragten Merkmalen hochsignifikant.⁶⁹ Die Empfehlung, an den meisten Tagen der Woche (mind. 5 Tage) für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv zu sein, erfüllt nur etwas mehr als ein Viertel der Mädchen (27,3 %) und nicht einmal die Hälfte der Jungen (42,3 %); bezogen auf alle Schüler/innen ist dies etwa ein Drittel (35,1 %). Allerdings erreichen nur 14 % der Schüler/innen die Maximalzahl von

7 Tagen mit körperlicher Aktivität von mindestens 60 Minuten Dauer. Die Daten zum Sporttreiben außerhalb der Schule ähneln denen zur allgemeinen körperlichen Aktivität. Neben dem bereits erwähnten Geschlechtsunterschied fällt auf, dass mit 70,8 % der Schüler/innen eine große Mehrheit angibt, regelmäßig mehr als einmal in der Woche Sport zu treiben.

⁶⁸ http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/en/index.html

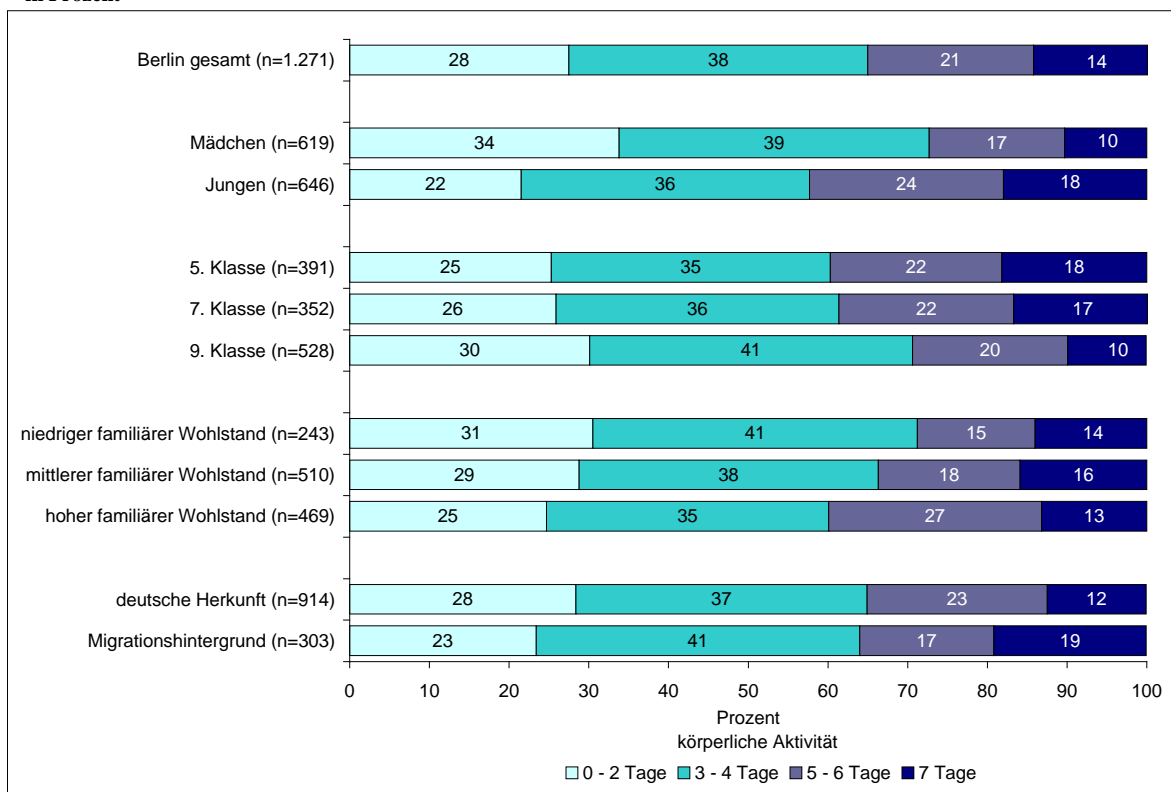
⁶⁹ Körperliche Aktivität: $\chi^2 = 39,0$, $df = 3$, $p < 0,001$; Sport: $\chi^2 = 38,9$, $df = 3$, $p < 0,001$

Während mit der Frage nach körperlicher Aktivität eher das allgemeine Aktivitätsniveau erhoben wird, das unabhängig von anstrengendem oder organisiertem Sport von fast jeder Schülerin und fast jedem Schüler erreicht werden könnte, geht es bei den Fragen zum Sport eher um freiwillige, teils sicherlich auch in Vereinen organisierte, körperlich anstrengende sportliche Betätigung, die über den Schulsport hinausreicht. Dennoch besteht natürlich ein deutlicher Zusammenhang zwischen allgemeiner körperlicher Aktivität und der Häufigkeit ($r = 0,45$) des Sporttreibens.

In Abbildung 3.20 ist die körperliche Aktivität außer für alle Berliner Schüler/innen insgesamt und getrennt nach Mädchen und Jungen auch nach Klassenstufe, familiärem Wohlstand und Migrationsstatus dargestellt. Neben dem bereits beschriebenen Geschlechtsunterschied ist zu beobachten, dass ältere Schüler/innen der neunten Klassenstufe weniger häufig körperlich aktiv sind als die jüngeren.⁷⁰ Schüler/innen aus Familien mit hohem Wohlstand sind an mehr Tagen körperlich aktiv als Schüler/innen aus Familien mit mittlerem oder niedrigem Wohlstand.⁷¹ Zudem sind Schüler/innen mit Migrationshintergrund häufiger an allen Tagen der Woche und seltener nur an 0 – 2 Tagen der Woche körperlich aktiv als Schüler/innen deutscher Herkunft.⁷²

Abbildung 3.20:

Körperliche Aktivität in den letzten 7 Tagen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe, familiärem Wohlstand und Migrationsstatus
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Betrachtet man die Fragen zum Sporttreiben (Daten nicht dargestellt), so zeigen sich weitgehend die gleichen Ergebnisse wie in Abbildung 3.20 zur körperlichen Aktivität. Jedoch geben Schüler/innen mit Migrationshintergrund im Unterschied zur allgemeinen körperlichen Aktivität bei dieser Frage an, seltener Sport zu treiben als Schüler/innen deutscher Herkunft.⁷³ Dieses Ergebnis entspricht teilweise dem Befund aus der KiGGS-Studie, wonach Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

⁷⁰ $\chi^2 = 18,2$, $df = 6$, $p < 0,01$

⁷¹ $\chi^2 = 19,0$, $df = 6$, $p < 0,01$

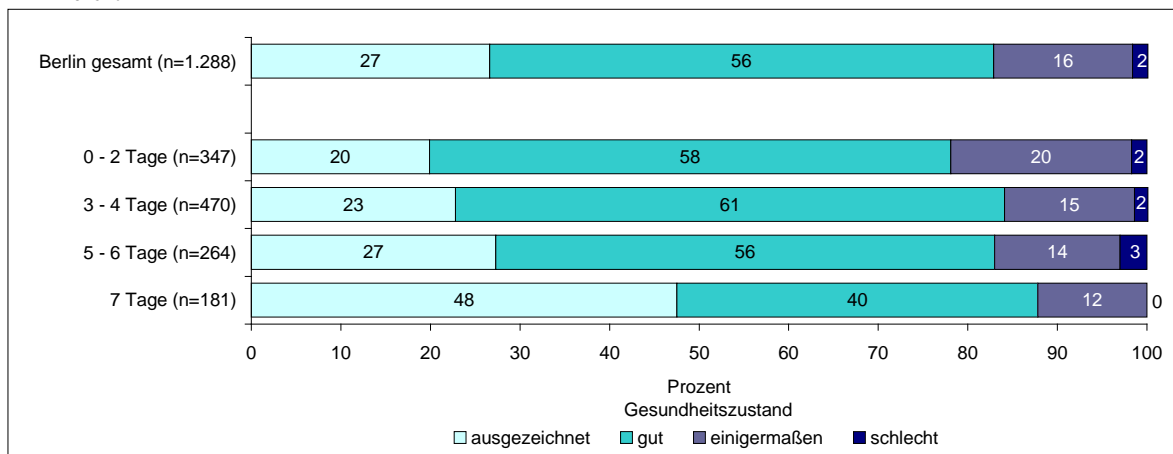
⁷² $\chi^2 = 14,2$, $df = 3$, $p < 0,01$

⁷³ $\chi^2 = 10,0$, $df = 3$, $p < 0,05$

seltener Sport treiben als Gleichaltrige deutscher Herkunft. Dabei basiert dieser Unterschied in erster Linie auf Sport im Verein, der von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund deutlich seltener ausgeübt wird (Lampert et al., 2007). Aufgrund der unterschiedlichen Frageformulierungen in den beiden Studien sind die Ergebnisse allerdings nicht vollständig vergleichbar. Möglicherweise lassen sich die Befunde zur körperlichen Aktivität von Schüler/innen mit Migrationshintergrund in der HBSC-Studie so interpretieren, dass diese zwar in ihrer Freizeit und im Alltag häufiger körperlich aktiv sind als Schüler/innen deutscher Herkunft, aber weniger organisierten Sport, vor allem im Verein, betreiben.

Körperliche Aktivität und gesundheitliches Wohlbefinden bedingen sich gegenseitig. Entsprechend ist es nicht verwunderlich, dass Schüler/innen, die häufiger körperlich aktiv sind, auch ihre Gesundheit positiver einschätzen (Abbildung 3.21).⁷⁴ Dies gilt in gleicher Form auch für die Häufigkeit ausgeübten Sports. Auch die Ernährungsqualität von Schüler/innen, die häufig körperlich aktiv sind, ist besser als die ihrer körperlich inaktiven Altersgenoss/innen (vgl. Kapitel 3.4).

Abbildung 3.21:
Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach körperlicher Aktivität
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Körperlich aktive Schüler/innen sind aber auch häufiger als die weniger aktiven Gleichaltrigen von Verletzungen betroffen (Daten nicht dargestellt). Im Vergleich zu denjenigen Schüler/innen, die angeben, nur an 0 – 2 Tagen in der Woche körperlich aktiv zu sein, sind Schüler/innen mit täglicher körperlicher Aktivität doppelt so oft mehr als einmal in den letzten 12 Monaten verletzt gewesen.⁷⁵

Medienkonsum

Im Fragebogen wurden die Schüler/innen gebeten, Angaben zur Dauer ihres Medienkonsums zu machen, getrennt für TV, Computerspiele und sonstige Computernutzung, und zwar jeweils differenziert nach Schultagen und Wochenendtagen. Viele Schüler/innen haben für Computerspiele und sonstige Computernutzung jeweils identische Zeitspannen angegeben, die sich insgesamt zu unplausibel hohen Zeiten addieren. Unter der Annahme, dass die unterschiedliche Zielrichtung dieser beiden Teilfragen häufig nicht verstanden wurde oder die Kinder und Jugendlichen nicht imstande sind, zwischen diesen beiden Nutzungsformen hinreichend genau zu differenzieren, wurden die Angaben zur sonstigen Computernutzung bei den Auswertungen nicht berücksichtigt. Dies bedeutet, dass die mit Medienkonsum verbrachten Zeiten unter Umständen noch höher ausfallen können als hier berichtet. Weiterhin ist zu bedenken, dass mit den Fragen schulische Aspekte der Mediennutzung nicht abgedeckt sind.

⁷⁴ $\chi^2 = 61,9$, $df = 9$, $p < 0,001$

⁷⁵ 0 – 2 Tage pro Woche körperlich aktiv: 14,3 %, 7 Tage pro Woche körperlich aktiv: 31,1 %, $\chi^2 = 44,3$, $df = 6$, $p < 0,001$

Die Angaben der Schüler/innen dazu, wie viele Stunden sie an Schul- und Wochenendtagen mit Fernsehen und Computerspielen verbringen, sind in Tabelle 3.23 zusammengestellt. Das Fernsehen (inklusive DVD und Video) nimmt insgesamt einen größeren Zeitraum in der Freizeit der Kinder und Jugendlichen ein als das Spielen am Computer. Während nur 7,9 % der Schüler/innen angeben, an Schultagen gar nicht fernzusehen (an Wochenendtagen 3,4 %), sind es bei den Computerspielen mehr als ein Viertel (28,9 %, an Wochenendtagen 18,9 %), die gar keine Nutzung angeben. Zugleich fällt der Konsum an Wochenendtagen deutlich zeitintensiver aus als an Schultagen. Dies ist nicht verwunderlich und kann als Beleg dafür gewertet werden, dass es sinnvoll ist, den Konsum getrennt für Schultage und Wochenenden abzufragen. Unter dem Aspekt der möglichen Beeinträchtigung schulischer Leistungen durch übermäßigen Medienkonsum dürfte vor allem der Zeitaufwand an Schultagen von Interesse sein.

Tabelle 3.23:
Medienkonsum (TV, Computerspiele) an Schul- und Wochenendtagen der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

	<i>n</i>	<i>0 - 1 h</i>	<i>2 - 3 h</i>	<i>4 - 5 h</i>	<i>> 5 h</i>
		<i>Prozent</i>			
TV-Konsum an Schultagen	1.246	35,3	43,2	15,3	6,2
TV-Konsum an Wochenendtagen	1.227	17,8	37,7	28,3	16,1
Computerspiele an Schultagen	1.242	63,6	25,0	7,5	3,9
Computerspiele an Wochenendtagen	1.233	46,6	28,5	14,2	10,8
	<i>n</i>	<i>0 - 2 h</i>	<i>> 2 - 4 h</i>	<i>> 4 - 6 h</i>	<i>> 6 h</i>
		<i>Prozent</i>			
Medienkonsum an Schultagen ¹	1.230	35,2	31,7	17,8	15,3
Medienkonsum an Wochenendtagen ¹	1.213	16,2	25,6	22,8	35,4

¹ Summe aus TV-Konsum und Computerspielen

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Da TV-Konsum und Computerspiele ähnliche Muster zeigen (ebenso wie der Konsum an Schul- und Wochenendtagen), wurde eine Variable „Medienkonsum“ aus der Summe der für TV-Konsum und Computerspiele pro Tag angegebenen Zeiten gebildet. An Schultagen beschränkt sich der Medienkonsum von gut einem Drittel der Schüler/innen auf bis zu zwei Stunden (Tabelle 3.23). Einen mäßig hohen Medienkonsum von über zwei bis zu vier Stunden pro Schultag weist ein weiteres Drittel der Schüler/innen auf. Das restliche Drittel hat einen hohen (über vier bis zu sechs Stunden täglich) oder extrem hohen (mehr als sechs Stunden täglich) Medienkonsum, der mit schulischen Aufgaben und weiteren Freizeitinteressen kollidieren dürfte. Unter der Annahme, dass die Angaben zum hohen Ausmaß des Medienkonsums zutreffen und die Wirklichkeit der Schüler/innen abbilden, bedeutet dies, dass bei einem Drittel der Schüler/innen an Schultagen mehr oder weniger die ganze Zeit zu Hause der Fernseher oder Computer läuft.

Nachfolgend sind die Ergebnisse exemplarisch nur für den Medienkonsum an Schultagen dargestellt (Abbildung 3.22). Zwischen dem Medienkonsum von Mädchen und Jungen besteht ein sehr deutlicher Unterschied: während in der Gruppe derjenigen mit geringem Konsum von maximal zwei Stunden pro Tag fast doppelt so viele Mädchen wie Jungen vertreten sind, ist es in der Gruppe mit extrem hohem Konsum von mehr als sechs Stunden am Tag genau umgekehrt, hier sind mehr als doppelt so viele Jungen wie Mädchen zu finden.⁷⁶ Dieser Unterschied kommt durch einen signifikant höheren TV-Konsum der Jungen⁷⁷, insbesondere aber durch ein erheblich höheres Ausmaß an Computerspielen⁷⁸

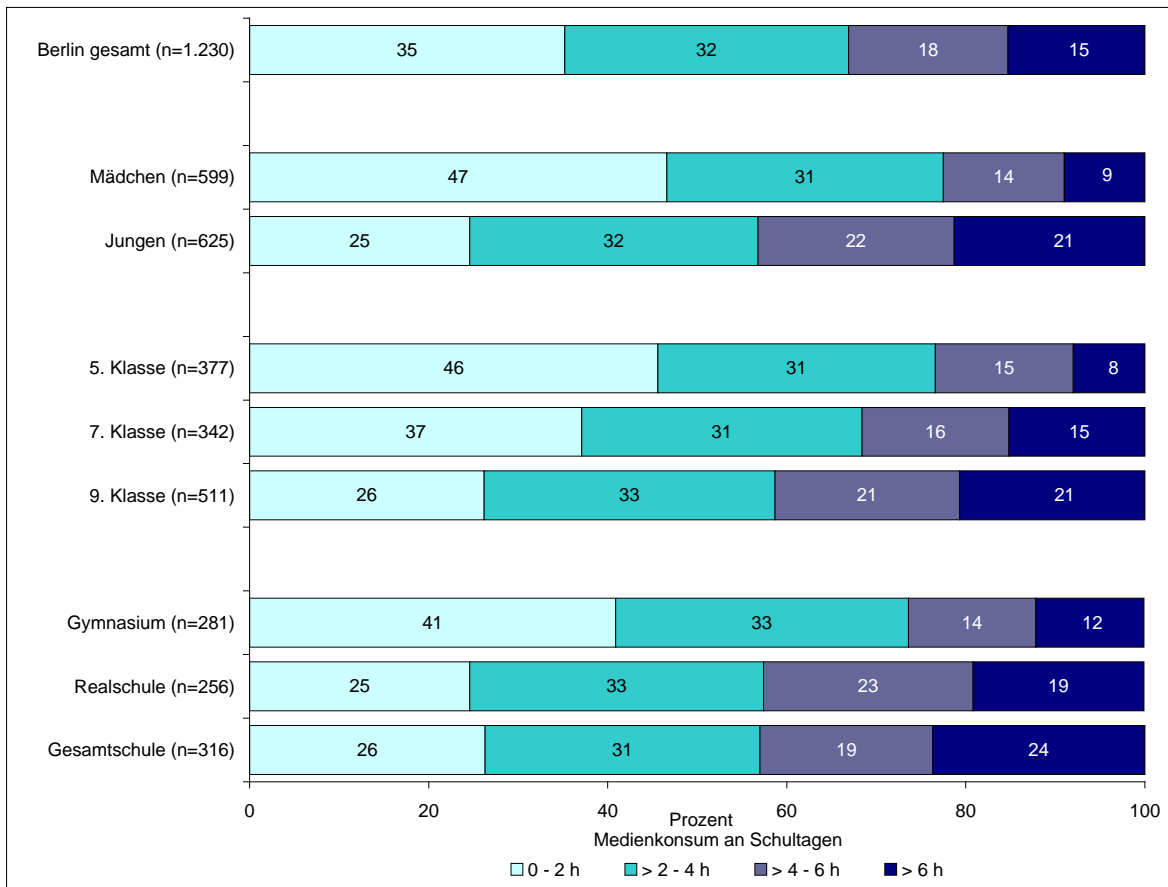
⁷⁶ $\chi^2 = 84,0$, $df = 3$, $p < 0,001$

⁷⁷ $\chi^2 = 21,9$, $df = 3$, $p < 0,001$

⁷⁸ $\chi^2 = 129,5$, $df = 3$, $p < 0,001$

Abbildung 3.22:

Medienkonsum (TV, Computerspiele) von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

zustande. Der Medienkonsum nimmt erwartungsgemäß mit höherer Klassenstufe deutlich zu.⁷⁹ Bei Schüler/innen von Gymnasien fällt er allerdings geringer aus als bei Gesamt- und Realschüler/innen (nur 7. und 9. Klasse).⁸⁰ Zwischen dem Migrationsstatus der Schüler/innen und ihrem Medienkonsum zeigt sich keinerlei Zusammenhang.

Zwischen dem Medienkonsum der Kinder und Jugendlichen und den erfassten Merkmalen der familiären sozialen Lage zeigen sich kaum Zusammenhänge. Zwar fällt der TV-Konsum an Schultagen von Schüler/innen mit hohem familiären Wohlstand geringer aus als der von Schüler/innen aus Familien mit mittlerem oder niedrigem familiären Wohlstand⁸¹, aber bei der Nutzung von Computerspielen oder dem TV-Konsum am Wochenende zeigt sich dieser Unterschied nicht (Daten nicht dargestellt). Auch die Berufstätigkeit der Eltern und die selbst eingeschätzte finanzielle Lage der Familie haben keinen systematischen Einfluss auf den Medienkonsum.

Man könnte annehmen, dass eine intensive Freizeitbeschäftigung mit Fernsehen und Computer die sozialen Kontakte der Kinder und Jugendlichen beeinträchtigt oder dass Kinder und Jugendliche mit wenig Freundschaftskontakten vermehrt diese Form der Freizeitgestaltung nutzen, da Medienkonsum nicht auf soziale Kontakte angewiesen ist. Allerdings besteht in den Befragungsdaten kein Zusammenhang zwischen dem Medienkonsum und der Zahl enger Freund/innen. Zwischen dem Medienkonsum an Schultagen und der Häufigkeit der Treffen mit Freund/innen am Nachmittag besteht sogar ein positiver Zusammenhang: mit zunehmender Anzahl von Nachmittagen, an denen sich die Schüler/

⁷⁹ $\chi^2 = 50,9$, $df = 6$, $p < 0,001$

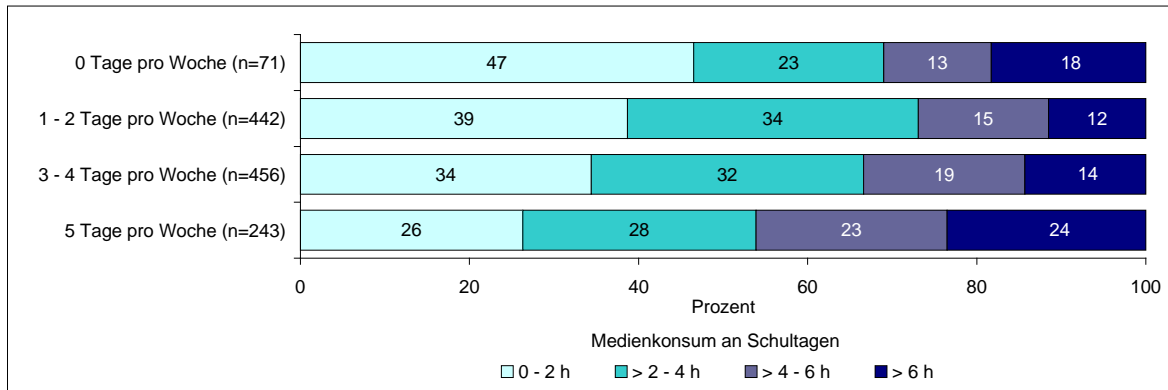
⁸⁰ $\chi^2 = 32,0$, $df = 6$, $p < 0,001$

⁸¹ $\chi^2 = 13,5$, $df = 6$, $p < 0,05$

innen mit Freund/innen treffen, nimmt auch ihr Medienkonsum zu (Abbildung 3.23).⁸² Ähnlich, wenn auch schwächer, fällt der Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Freundschaftskontakten am Abend aus.⁸³

Abbildung 3.23:

Medienkonsum (TV, Computerspiele) von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Sozialkontakten (Treffen mit Freund/innen am Nachmittag)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Es ist möglich, dass sich in diesem Zusammenhang eine generelle Antworttendenz niederschlägt, bei allen Fragen konsistent eher eine hohe oder aber eine niedrige Antwortalternative auszuwählen. Jedoch kann der positive Zusammenhang von Medienkonsum und Freundschaftskontakten auch dahingehend interpretiert werden, dass es sich in dieser Altersgruppe bei Fernsehen und Computerspielen zu einem gewissen Anteil auch um eine soziale Aktivität handelt, die gemeinsam mit Freund/innen stattfindet. Lediglich in der Gruppe mit sehr hohem Medienkonsum (mehr als sechs Stunden täglich) findet sich ein etwas erhöhter Anteil von Kindern und Jugendlichen mit wenig bis gar keinen Sozialkontakten. In diesen Fällen ist durchaus Anlass zur Sorge gegeben, da sie auf sozialen Rückzug hindeuten. Eine eingehendere Analyse zeigt, dass es sich hierbei allerdings nur um 13 Schüler/innen handelt, darunter vorwiegend Jungen der 9. Klassenstufe (n = 7).

Einige Schüler/innen verbringen mehr als ein Drittel ihrer wachen Zeit mit TV-Konsum und Computerspielen. Bedenkt man, dass beispielsweise durch Schulunterricht, Mahlzeiten und Hausaufgaben ein weiterer großer Teil des Tages mit sitzenden Tätigkeiten ausgefüllt ist, könnte man annehmen, dass in der hier untersuchten Altersgruppe Bewegungsmangel bereits eine wichtige Rolle spielt und eine erhebliche Zahl von Kindern und Jugendlichen betrifft. Interessanterweise besteht allerdings keinerlei Zusammenhang zwischen dem Medienkonsum der Schüler/innen und ihrer körperlichen Aktivität bzw. ihrem Sporttreiben. Hieraus ist zu schlussfolgern, dass die erfragten Freizeitaktivitäten einander nicht ausschließen oder gegenseitig beeinflussen. Möglicherweise finden verschiedene Aktivitäten wie Medienkonsum, Erledigung von Hausaufgaben, Einnahme von Mahlzeiten, Treffen mit Freund/innen auch mit zeitlicher Überlappung oder gleichzeitig statt (vgl. auch Kapitel 3.4).

Zusammenfassung

Bei einem insgesamt guten Zahnputzverhalten der Schüler/innen fallen Untergruppen auf, bei denen die Empfehlung, mindestens zweimal täglich die Zähne zu putzen, häufiger nicht erreicht wird. Dies sind Jungen, Schüler/innen mit Migrationshintergrund (insbesondere türkischer und arabischer Herkunft) sowie Schüler/innen aus Familien in schwierigen sozialen Verhältnissen (niedriger Wohlstand, beide Eltern nicht berufstätig). Dagegen erfüllt nur ein Drittel der Schüler/innen die Empfehlung, sich an den meisten Tagen der Woche für mindestens eine Stunde körperlich zu betätigen, hierunter sind erheblich

⁸² $\chi^2 = 35,2$, $df = 9$, $p < 0,001$

⁸³ $\chi^2 = 19,5$, $df = 9$, $p < 0,05$

weniger Mädchen als Jungen. Körperliche Inaktivität ist somit bereits bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet. Dieser Befund wird ergänzt durch enorm hohe Angaben zum Medienkonsum (TV, Computer etc.) der Schüler/innen, die nahelegen, dass in etwa einem Drittel der Haushalte in großen Teilen der Freizeit mindestens ein Unterhaltungsgerät läuft. Ein weiteres Drittel beschränkt den Medienkonsum an Schultagen auf zwei bis vier Stunden, und nur ein Drittel verwendet dafür weniger als zwei Stunden pro Schultag. Nicht bestätigen lässt sich die Vermutung, dass Medienkonsum und andere Methoden der Freizeitgestaltung wie körperliche Aktivität oder Freundschaftskontakte sich gegenseitig beeinflussen. Vielmehr scheinen diese Aktivitäten voneinander unabhängig oder sogar gleichzeitig (z. B. Medienkonsum im Freundeskreis) stattzufinden.

3.3.2 Risikoverhalten

Von allen Schüler/innen, die an der HBSC-Studie teilnahmen, wurden Angaben zum Tabak- und Alkoholkonsum erfragt, die Fragen zum Cannabiskonsum richteten sich größtenteils nur an die Schüler/innen der neunten Klassen. Dabei wurde neben eigenem Konsumverhalten auch das Konsumverhalten von Freund/innen erfasst, um den sozialen Kontext des Konsums, der im Kindes- und Jugendalter erheblichen Einfluss auf das eigene Verhalten hat, zu berücksichtigen. Fragen zur Sexualität und Verhütung richteten sich ebenfalls nur an die Schüler/innen der neunten Klassenstufe.

Tabakkonsum

Im Bereich des Tabakkonsums wurden Fragen zum eigenen Rauchverhalten sowie zum Passivrauchen und zum Rauchverhalten von Freund/innen gestellt. Dabei wird ausschließlich der Zigarettenkonsum erfragt. Bei der Konzipierung der Befragung wurde das Augenmerk noch nicht auf das im Jugendalter zunehmende Shisha-Rauchen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2007a) gerichtet, wodurch hierzu keine Angaben vorliegen. Da laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007a) nur etwa die Hälfte der jugendlichen Shisha-Raucher/innen sich selbst als Raucher/innen einschätzt, muss davon ausgegangen werden, dass der Konsum nikotinhaltigen Tabaks insgesamt höher liegt als aus den HBSC-Daten ablesbar. Ein weiterer Grund für eine mögliche Unterschätzung des Tabakkonsums liegt in der sozialen Erwünschtheit (Köllisch & Oberwittler, 2004): Kinder und Jugendliche, die wissen, dass Rauchen nicht erlaubt oder nicht erwünscht ist, werden es möglicherweise nicht zugeben, auch wenn es zutrifft. Andererseits mag es auch Schüler/innen geben, die einen nicht zutreffenden oder höheren Konsum angeben, weil dies als „cool“ gilt oder sie sich wichtig tun möchten.

Zum eigenen Zigarettenkonsum wurde gefragt, ob die Schüler/innen überhaupt schon einmal geraucht haben, wie häufig sie rauchen und wie viele Zigaretten sie pro Tag oder pro Woche konsumieren. Nur in der neunten Klassenstufe wurde zusätzlich erfragt, in welchem Alter die Schüler/innen ihre erste Zigarette geraucht haben. Die Ergebnisse zu diesen Fragen sind in Tabelle 3.24 zusammengestellt. Etwas weniger als die Hälfte der Schüler/innen gibt an, schon einmal geraucht zu haben. Aktuell raucht nach eigenen Angaben allerdings nur etwa jede/r sechste der befragten Schüler/innen. Damit ist von allen Schüler/innen, die schon einmal geraucht haben, nur ein Drittel (36,2 %) zurzeit Raucher/in, zwei Drittel (63,8 %) rauchen aktuell nicht. Dies weist zum einen auf ein hohes Ausmaß an Probierverhalten bezüglich des Rauchens hin, zum anderen lässt sich vermuten, dass auch im frühen und mittleren Jugendalter einige Schüler/innen bereits wieder mit dem Rauchen aufgehört haben. Unter den Raucher/innen überwiegen diejenigen mit täglichem Konsum, bei denen bereits eine Abhängigkeit anzunehmen ist, während bei den beiden etwa gleich großen Gruppen mit mindestens wöchentlichem (aber nicht täglichem) und seltener als wöchentlichem Tabakkonsum noch ein Probierstadium oder ein Rauchen nur in bestimmten sozialen Kontexten angenommen werden kann. Die rauchenden Schüler/innen konsumieren mehrheitlich weniger als zehn Zigaretten täglich, nur bei einem Viertel der Raucher/innen sind es zehn oder mehr Zigaretten pro Tag. Allerdings deuten die Angaben der rauchenden Neuntklässler/innen zu ihrem Alter bei der ersten Zigarette darauf hin, dass etliche bereits seit einigen Jahren rauchen. Dabei unterscheiden sich die Angaben zum Alter bei der ersten Zigarette nicht zwischen Schüler/innen die aktuell rauchen und denen, die zurzeit nicht rauchen.

Rauchverhalten und soziale Beziehungen mit gleichaltrigen Raucher/innen bedingen sich gegenseitig. Auf die Frage, ob Freund/innen rauchen, die ihnen wichtig sind, antworten 88,6 % der Raucher/innen, aber nur 31,5 % der Nichtraucher/innen mit Ja.⁸⁴ Nach der Anzahl rauchender Freund/innen befragt, antwortet die knappe Mehrheit der Nichtraucher/innen (51,5 %), aber nur eine kleine Minderheit der Raucher/innen (2,4 %) mit „keine/r“. Umgekehrt gibt mehr als die Hälfte der Raucher/innen (54,1 %), aber nur eine kleine Anzahl von Nichtraucher/innen (4,9 %) an, dass die meisten oder alle ihrer Freund/innen rauchen (Daten nicht dargestellt). Der Zusammenhang zwischen eigenem Rauchverhalten und der Anzahl rauchender Freund/innen ist statistisch hochsignifikant.⁸⁵

Zum Passivrauchen werden die Schüler/innen gefragt, wie häufig sie sich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird. Insgesamt gibt die Hälfte der Kinder und Jugendlichen an, dass dies seltener als einmal pro Woche oder nie der Fall ist, jede/r elfte Schüler/in hält sich einmal pro Woche in Räumen auf, in denen geraucht wird, und bei 41 % ist dies mehrmals pro Woche der Fall. Diese Anteile unterscheiden sich deutlich zwischen rauchenden und nichtrauchenden Schüler/innen (Abbildung 3.24).⁸⁶ Nur jede/r fünfte Raucher/in, aber mehr als die Hälfte der Nichtraucher/innen hält sich seltener als einmal pro Woche oder nie in Räumen auf, in denen geraucht wird. Dennoch ist auch von den nichtrauchenden Schüler/innen ein Drittel regelmäßig mehrmals pro Woche Tabak-

Tabelle 3.24:
Rauchverhalten der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

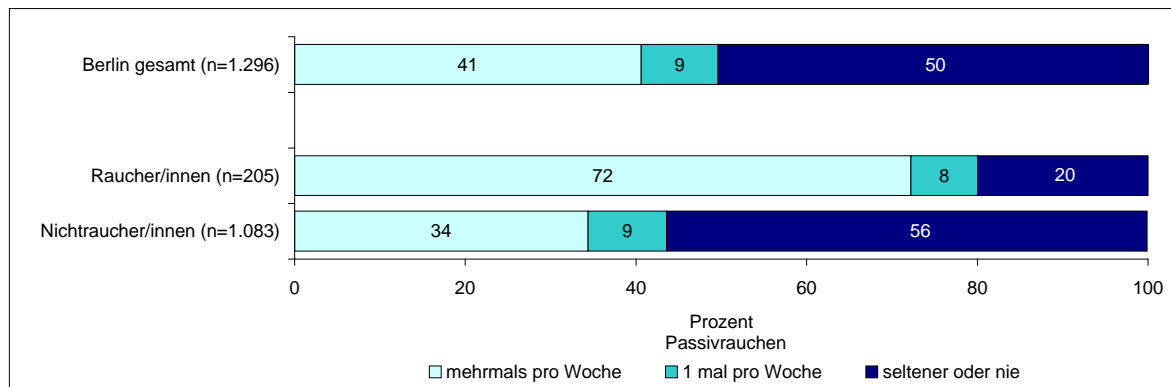
	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
Hast du schon einmal geraucht?		
nein	735	56,8
ja	558	43,2
Wie oft rauchst du zurzeit?		
gar nicht	1.084	84,1
weniger als 1 mal pro Woche	48	3,7
mind. 1 mal pro Woche (nicht täglich)	44	3,4
jeden Tag	113	8,8
Zigarettenkonsum pro Tag		
keine	1.091	85,9
weniger als 10	135	10,6
10 - 19	33	2,6
20 - 39	7	0,6
mehr als 39	4	0,3
Alter bei erster ganzer Zigarette¹		
noch nie geraucht	197	38,8
mit 11 Jahren oder früher	76	15,0
mit 12 Jahren	70	13,8
mit 13 Jahren	80	15,7
mit 14 Jahren	60	11,8
mit 15 Jahren	19	3,7
mit 16 Jahren oder später	6	1,2

¹ nur in der 9. Klasse erfragt

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.24:

Passivrauchen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach eigenem Rauchverhalten - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

⁸⁴ Fisher's exakter Test, $p < 0,001$

⁸⁵ $\chi^2 = 466,3$, $df = 4$, $p < 0,001$

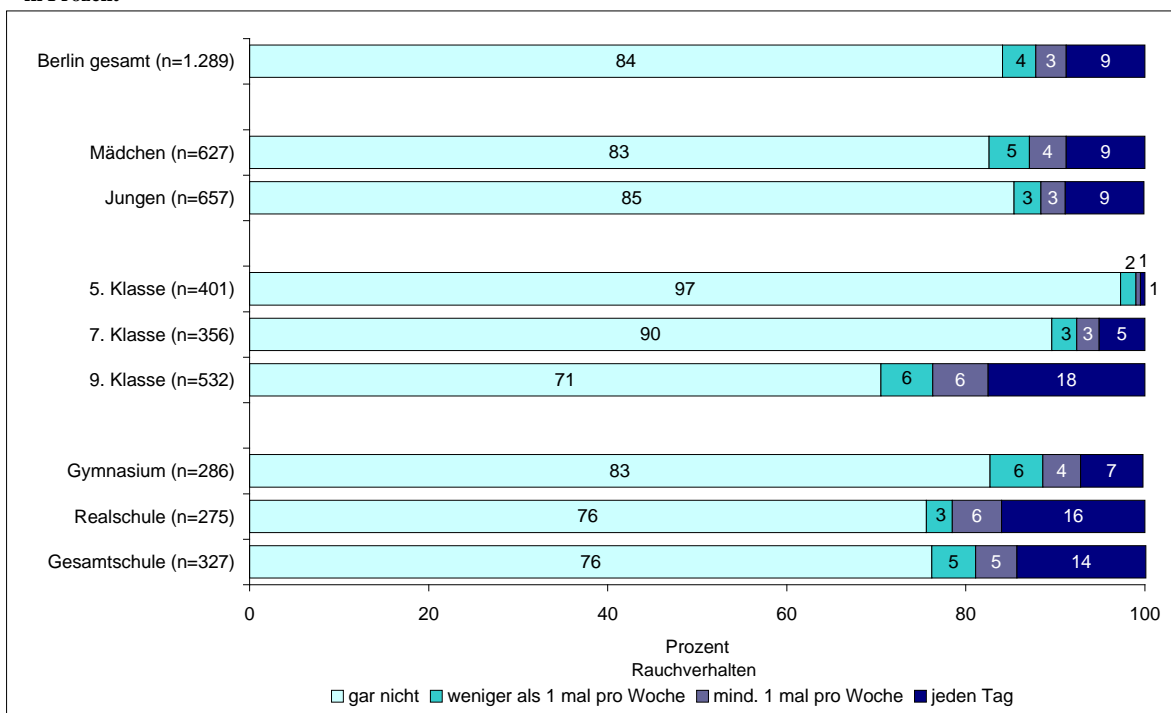
⁸⁶ $\chi^2 = 106,1$, $df = 2$, $p < 0,001$

krauch in Räumen ausgesetzt. Aus den Fragebogenangaben ist nicht ersichtlich, ob es sich hierbei um die eigene Wohnung (z. B. rauchende Eltern) oder andere Räume handelt. Jedenfalls ist noch erheblicher Spielraum für den Nichtraucherchutz insbesondere Minderjähriger aus den Daten erkennbar.

Zwischen Mädchen und Jungen besteht im aktuellen Rauchverhalten kein Unterschied (Abbildung 3.25), ebenso wenig zwischen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und Gleichaltrigen deutscher Herkunft. Mit höherer Klassenstufe nimmt der Anteil der Raucher/innen deutlich zu.⁸⁷ Während in der fünften Klasse noch nur 1 % der Schüler/innen täglich und insgesamt 3 % überhaupt rauchen, wächst der Anteil täglich rauchender Schüler/innen bis zur neunten Klasse auf 18 % an, in dieser Altersgruppe sind bereits 29 % Raucher/innen. Betrachtet man – nur für die siebten und neunten Klassen – das Rauchverhalten nach besuchter Schulform, so sind am Gymnasium weniger Raucher/innen als an den Real- und Gesamtschulen, wobei vor allem der Anteil der täglich rauchenden Schüler/innen am Gymnasium nur etwa halb so groß ist wie in den anderen Schulzweigen.⁸⁸

Abbildung 3.25:

Rauchverhalten von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Zwischen dem aktuellen Rauchverhalten der Schüler/innen und Merkmalen ihrer familiären sozialen Situation bestehen keine Zusammenhänge.

Alkoholkonsum

Im Zusammenhang mit dem Jugendschutzgesetz, das die Abgabe von alkoholhaltigen Getränken an unter 16-Jährige und die Abgabe von Spirituosen an unter 18-Jährige ebenso verbietet wie das Dulden des Konsums entsprechender Getränke in der Öffentlichkeit, wird immer wieder über Fälle berichtet, in denen sich Teenager so betrinken, dass sie ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen. Im HBSC-Fragebogen wird der Alkoholkonsum in zwei Zeitperspektiven, nämlich bezogen auf die letzten

⁸⁷ $\chi^2 = 138,5$, $df = 6$, $p < 0,001$

⁸⁸ $\chi^2 = 15,1$, $df = 6$, $p < 0,05$

30 Tage und bezogen auf die letzten 12 Monate, sowie inhaltlich differenziert nach Alkoholkonsum („Alkohol getrunken“) und Rauschtrinken („betrunken gewesen“) abgefragt. Zusätzlich werden die Häufigkeit des Konsums verschiedener alkoholhaltiger Getränke erfragt und die Anzahl von Freund/innen, die Alkohol trinken.

Tabelle 3.25 gibt einen Überblick über die Antworten zum eigenen Alkoholkonsum und Rauschtrinken. Eine Mehrheit von fast drei Viertel der Schüler/innen gibt an, in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken zu haben. Jede/r sechste Schüler/in hat ein- oder zweimal in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken, jede/r achte häufiger als zweimal. Betrachtet man die letzten 12 Monate, so sinkt der Anteil derjenigen Schüler/innen, die überhaupt keinen Alkohol getrunken haben, auf knapp 60 %, während der Anteil derjenigen, die mehrmals Alkohol getrunken haben, auf mehr als ein Viertel ansteigt. Dies besagt, dass in der hier betrachteten Altersgruppe der Fünft- bis Neuntklässler/innen diejenigen, die überhaupt Alkohol trinken, dies nicht nur bei ganz vereinzelten Anlässen, sondern mehrheitlich bereits häufiger tun. Wie erwartet, sind die Schüler/innen erheblich seltener betrunken als sie Alkohol trinken. Auf die Frage, ob und wenn ja, wie oft sie in den letzten 30 Tagen betrunken gewesen sind, antworten neun von zehn Schüler/innen mit „keinmal“. Bezogen auf die letzten 12 Monate, sind dies immer noch acht von zehn. Von den Kindern und Jugendlichen, die zugeben, schon einmal betrunken gewesen zu sein, ist dies etwa gleich vielen nur ein- bis zweimal im letzten Jahr passiert oder mehrmals. Daraus lässt sich ablesen, dass eine Minderheit der Schüler/innen bereits bei verschiedenen Gelegenheiten Alkohol in größeren Mengen konsumiert.

Tabelle 3.25:
Alkoholkonsum und Rauschtrinken der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

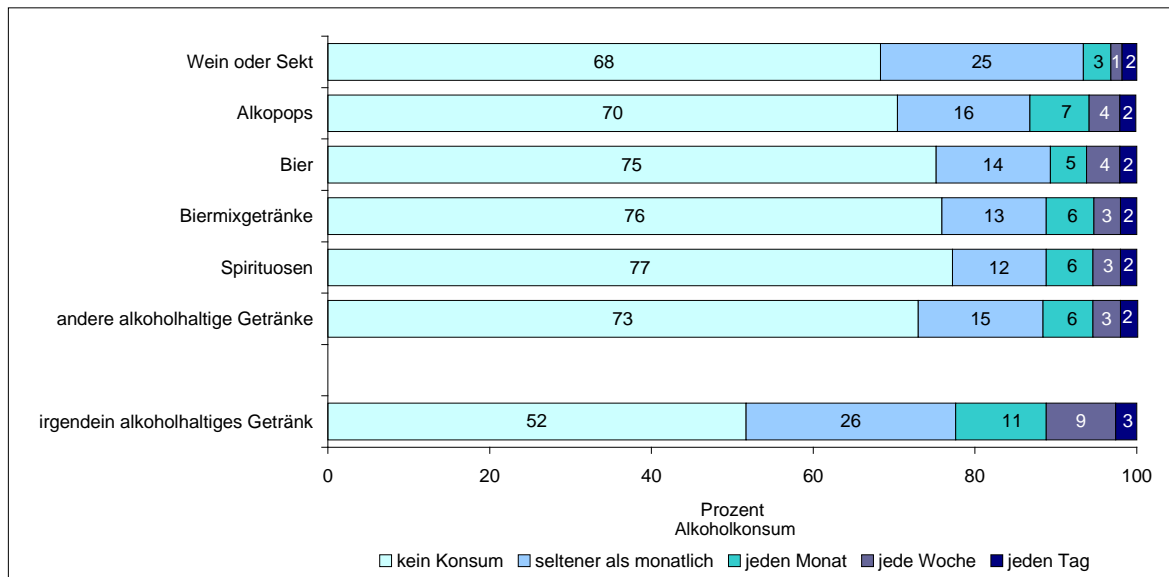
	<i>n</i>	<i>keinmal</i>	<i>1 - 2 mal</i>	<i>3 mal oder mehr</i>
			<i>Prozent</i>	
Alkohol getrunken (letzte 30 Tage)	1.292	71,7	16,5	11,8
Alkohol getrunken (letzte 12 Monate)	1.290	59,1	12,2	28,6
betrunken gewesen (letzte 30 Tage)	1.284	89,4	6,2	4,4
betrunken gewesen (letzte 12 Monate)	1.285	79,9	10,0	10,1

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Antworten auf die Frage, welche alkoholischen Getränke wie häufig konsumiert werden, sind in Abbildung 3.26 dargestellt. Wein oder Sekt wird zwar von dem höchsten Anteil der Befragten (ca. ein Drittel) gelegentlich konsumiert, aber dafür am seltensten regelmäßig. Alkopops sind immer noch die Alkoholika mit dem größten Ausmaß an regelmäßigem Konsum. Relativ am seltensten werden Spirituosen getrunken, allerdings variieren die Häufigkeitsangaben zwischen den verschiedenen Getränkearten nicht sehr stark. Durch Addition der Angaben zu den einzelnen Getränkearten wurde ermittelt, wie häufig die Schüler/innen überhaupt ein alkoholhaltiges Getränk konsumieren (unterster Balken in Abbildung 3.26). Etwas mehr als die Hälfte der Schüler/innen trinkt demnach keinerlei alkoholhaltige Getränke, das sind weniger als in Tabelle 3.25 auf die Fragen nach dem Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen bzw. in den letzten 12 Monaten. Vermutlich ist durch die Abfrage der Palette verschiedener alkoholischer Getränke den Kindern und Jugendlichen stärker ins Bewusstsein gerückt, um welchen Konsum es sich handelt, so dass bei dieser Frage auch kleinere Mengen oder Getränke mit geringerem Alkoholgehalt Berücksichtigung fanden. Möglicherweise werden bei der detaillierten Abfrage aber auch irrtümlich überhöhte Angaben zum Konsum gemacht. Ein Viertel der Schüler/innen gibt an, seltener als einmal im Monat alkoholhaltige Getränke zu konsumieren. Ein monatlicher Konsum alkoholhaltiger Getränke, wie er von 11,2 % der Schüler/innen angegeben wird, birgt bereits die Gefahr der Zunahme durch Gewöhnung. Sehr bedenklich erscheint ein regelmäßiger Alkoholkonsum (jede Woche oder jeden Tag, zusammen 11,2 %), der in dieser Altersgruppe noch gar nicht auftreten sollte.

Abbildung 3.26:

Konsum alkoholhaltiger Getränke von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 (n = 1.286)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Auch der Alkoholkonsum ist – ähnlich wie das Rauchverhalten – ein soziales Phänomen, das häufig in der Gleichaltrigengruppe stattfindet und einerseits durch den Freundeskreis beeinflusst wird, andererseits die Auswahl der Freundschaften beeinflusst. Von den Schüler/innen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol getrunken haben, geben fast zwei Drittel (62,3 %) an, dass keine/r ihrer Freund/innen Alkohol trinkt, wogegen dies nur auf zwei Schüler/innen (1,3 %) zutrifft, die dreimal oder häufiger in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben. Umgekehrt geben von diesen zwei Drittel (68,0 %) an, dass die meisten oder alle ihrer Freunde Alkohol trinken, während es bei den Schüler/innen ohne Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen nur wenige (6,0 %) sind (Daten nicht dargestellt).⁸⁹ Der gleiche Zusammenhang ist zu beobachten, wenn man die Häufigkeit des Alkoholkonsums von „nie“ bis „wöchentlich“ betrachtet: Mit zunehmend regelmäßigerem Alkoholkonsum steigt auch der Anteil der Freund/innen, die Alkohol trinken.⁹⁰ Allerdings geben abweichend davon die Schüler/innen mit täglichem Alkoholkonsum zu zwei Dritteln (67,6 %) an, dass keine/r ihrer Freund/innen Alkohol trinkt (Daten nicht dargestellt).

Betrachtet man den Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen nach Untergruppen (Abbildung 3.27), dann zeigt sich zwischen Jungen und Mädchen kein Unterschied in der Häufigkeit, mit der sie alkoholische Getränke zu sich nehmen. Erfreulicherweise ist in der fünften Klasse der Alkoholkonsum noch sehr gering, nimmt dann aber über die siebte bis zur neunten Klasse deutlich zu.⁹¹ Dabei unterscheiden sich Schüler/innen der Schulformen Gymnasium, Realschule und Gesamtschule (jeweils nur 7. und 9. Klasse) nicht. Kinder und Jugendliche deutscher Herkunft konsumieren doppelt so häufig Alkohol wie Gleichaltrige mit Migrationshintergrund.⁹² Dieser Unterschied beruht vor allem auf dem geringen Alkoholkonsum der Schüler/innen türkischer und arabischer Herkunft, während Schüler/innen aus osteuropäischen und sonstigen Staaten in etwa einen gleich hohen Alkoholkonsum wie Schüler/innen deutscher Herkunft berichten. Weiter zeigt sich eine Beziehung zwischen familiärem Wohlstand und Alkoholkonsum der Schüler/innen: doppelt so viele Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Wohlstand geben an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben, als Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstand.⁹³ Die gleiche Beziehung findet sich zwischen der

⁸⁹ $\chi^2 = 633,1$, $df = 8$, $p < 0,001$

⁹⁰ $\chi^2 = 740,9$, $df = 16$, $p < 0,001$

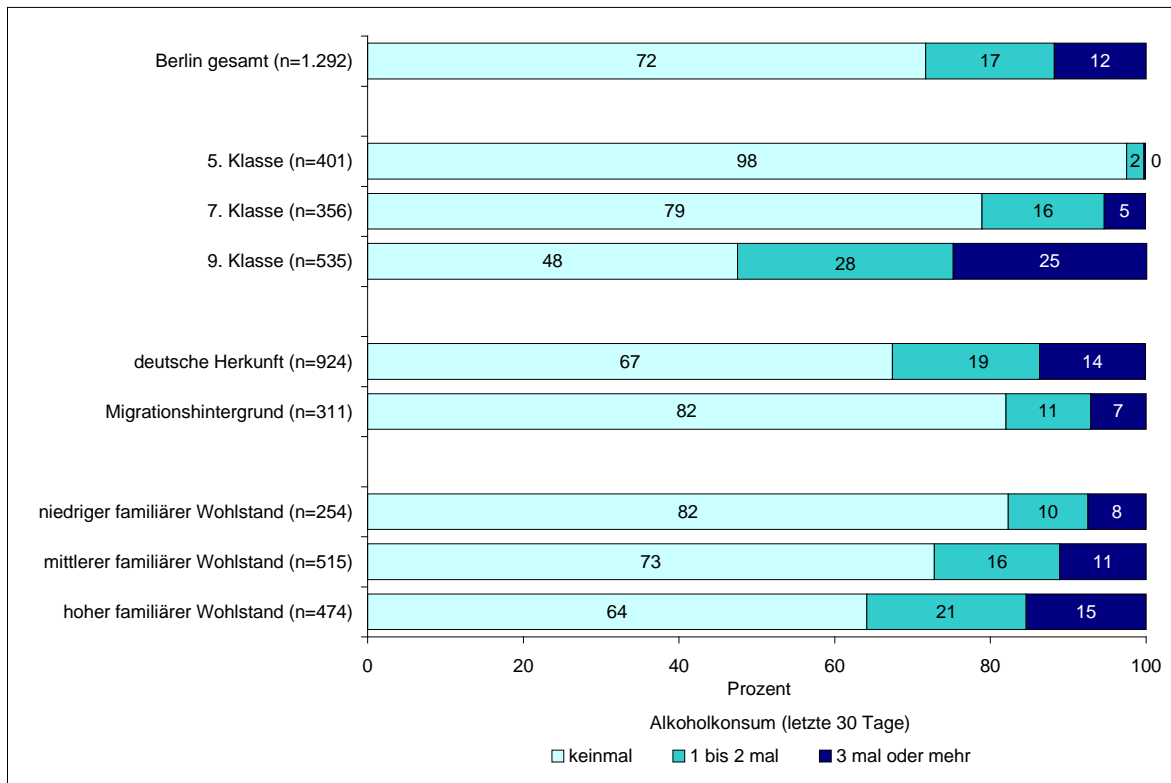
⁹¹ $\chi^2 = 308,4$, $df = 4$, $p < 0,001$

⁹² $\chi^2 = 24,1$, $df = 2$, $p < 0,001$

⁹³ $\chi^2 = 27,7$, $df = 4$, $p < 0,001$

Abbildung 3.27:

Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Migrationsstatus und familiärem Wohlstand
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Berufstätigkeit der Eltern und dem Alkoholkonsum (Daten nicht dargestellt): Schüler/innen mit zwei berufstätigen Eltern geben häufiger an Alkohol zu trinken als Schüler/innen mit nur einem oder keinem berufstätigen Elternteil.⁹⁴ Als Erklärung könnte angeführt werden, dass in Familien mit höherem familiären Wohlstand die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke (elterlicher Weinkeller) höher ist und mehr Konsumgelegenheiten bestehen als in wirtschaftlich schlechter gestellten Familien. Umgekehrt ist allerdings die Beziehung zur selbsteingeschätzten finanziellen Lage der Familie: je schwieriger die Schüler/innen ihre familiäre finanzielle Lage einschätzen, desto häufiger geben sie an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben.⁹⁵

Die Ergebnisse zum Rauschtrinken sind weitgehend parallel zu denen zur Häufigkeit des Alkoholkonsums (Abbildung 3.27), nur dass die Zahlen der Schüler/innen, die sich betrinken, sich insgesamt auf niedrigerem Niveau bewegen als die zur Häufigkeit des Konsums alkoholischer Getränke.

Drogenkonsum (Cannabis)

Fragen zum eigenen Konsum von Cannabis (synonym gebraucht auch für Haschisch, Marihuana) wurden nur in der neunten Klassenstufe gestellt, die Schüler/innen der fünften und siebten Klassenstufe wurden lediglich gefragt, wie viele ihrer Freund/innen Cannabis nehmen. Die Antworthäufigkeiten sind in Tabelle 3.26 enthalten. Ein Viertel der Neuntklässler/innen hat schon Cannabis konsumiert, und zwar größtenteils mehrmals. Nicht einmal die Hälfte der Schüler/innen, die angegeben hat, jemals Cannabis genommen zu haben, hat in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert. Das spricht dafür, dass viele Jugendliche nach ein- oder mehrmaligem Probieren den Cannabiskonsum wieder eingestellt haben. Fast jede/r zehnte Schüler/in hat in den letzten 30 Tagen Cannabis genommen. Damit liegen in

⁹⁴ $\chi^2 = 10,5$, $df = 4$, $p < 0,05$

⁹⁵ $\chi^2 = 19,6$, $df = 6$, $p < 0,01$

Tabelle 3.26:
Cannabiskonsum der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

	<i>n</i>	<i>nie</i>	<i>1 oder 2 mal</i> <i>Prozent</i>	<i>3 mal oder mehr</i>
jemals Cannabis genommen (nur 9. Klasse)	505	73,9	10,1	16,0
Cannabiskonsum letzte 12 Monate (nur 9. Klasse)	496	82,3	7,3	10,5
Cannabiskonsum letzte 30 Tage (nur 9. Klasse)	496	90,1	3,8	6,0
	<i>n</i>	<i>keiner</i>	<i>wenige/einige</i> ¹ <i>Prozent</i>	<i>die meisten/alle</i> ¹
Freund/innen, die Cannabis nehmen (5., 7. und 9. Klasse)	1.288	78,6	18,7	2,6

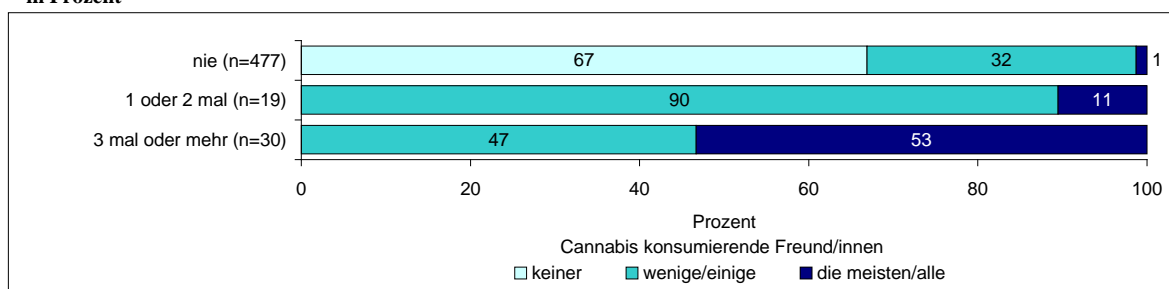
¹ Antwortkategorien wegen kleiner Fallzahlen zusammengefasst

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

dieser Berliner Stichprobe die Angaben zum Cannabiskonsum mehr als doppelt so hoch als in der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b) durchgeführten Repräsentativbefragung 14- bis 17-Jähriger (dort: letzte 12 Monate 8,4 %, letzte 30 Tage 3,3 %) und immer noch höher als die BZgA-Daten von 2004 (Lebenszeitprävalenz 22,0 %, letzte 12 Monate 14,5 %; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004). Deutlich mehr Kinder und Jugendliche als aktuell selbst Cannabis konsumieren geben an, dass Freund/innen dies tun. In der neunten Klasse geben 40,5 % der Schüler/innen an, dass Freund/innen Cannabis nehmen.

Ähnlich wie der Konsum von Zigaretten und Alkohol ist auch der Cannabiskonsum in den sozialen Kontext eingebunden. Schüler/innen, die in den letzten 30 Tagen mehrmals Cannabis konsumiert haben, geben mehrheitlich an, dass auch die meisten ihrer Freund/innen Cannabis nehmen (Abbildung 3.28). Dagegen haben Schüler/innen, die nur 1 oder 2 mal in den letzten 30 Tagen Cannabis genommen haben, mehrheitlich auch nur wenige oder einige Freund/innen, die ebenfalls Cannabis nehmen. Von den Schüler/innen ohne Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen geben sogar zwei Drittel an, keine Freund/innen zu haben, die Cannabis nehmen, während dies von den Konsument/innen keine/r angibt.⁹⁶

Abbildung 3.28:
Anzahl Cannabis konsumierender Freund/innen von Schüler/innen der 9. Klasse in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Cannabiskonsum (letzte 30 Tage) - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

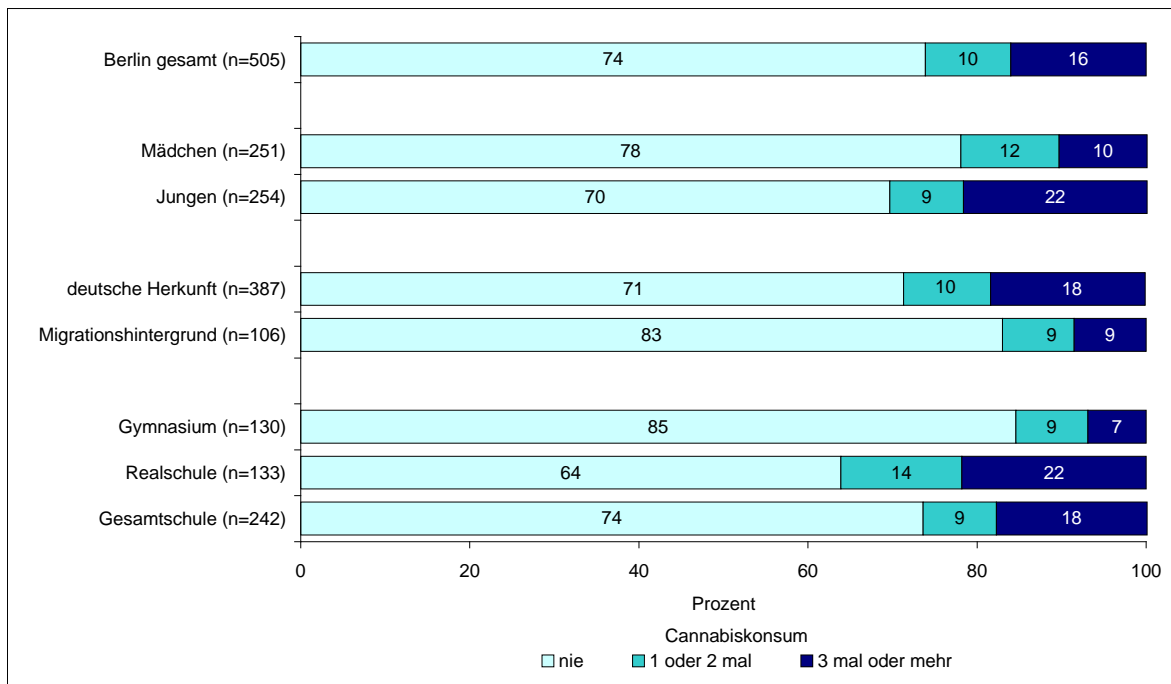
Der Zusammenhang zwischen eigenem Cannabiskonsum und Anzahl der Freund/innen, die Cannabis nehmen, ist umso enger, je kürzer der betrachtete zurückliegende Zeitraum gewählt wird (30 Tage, 12 Monate, jemals). Dies lässt darauf schließen, dass der Cannabiskonsum der befragten Schüler/innen zu einem gewissen Anteil in Abhängigkeit vom Konsumverhalten im aktuellen Freundeskreis variiert.

⁹⁶ $\chi^2 = 209,8$, $df = 4$, $p < 0,001$

Mehr Jungen als Mädchen nehmen Cannabis.⁹⁷ Dies zeigt sich vor allem im mehrmaligen Konsum (3 mal oder häufiger), den doppelt so viele Jungen wie Mädchen angeben (Abbildung 3.29). Auch haben doppelt so viele Jugendliche deutscher Herkunft wie Jugendliche mit Migrationshintergrund bereits mehrmals im Leben Cannabis genommen.⁹⁸ Im Vergleich der Schulformen ist der Cannabiskonsum am Gymnasium am geringsten, an der Realschule am höchsten.⁹⁹ Zwischen dem Cannabiskonsum der Jugendlichen und dem familiären Wohlstand oder anderen Merkmalen der sozialen und finanziellen Lage der Familie besteht kein Zusammenhang.

Abbildung 3.29:

Cannabiskonsum (jemals) von Schüler/innen der 9. Klasse in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Cannabis ist eine verbreitete Droge, die leicht verfügbar ist. Ein beträchtlicher Anteil der Schüler/innen in der neunten Klassenstufe ist damit bereits in Kontakt gekommen, sei es, durch eigenes Ausprobieren, sei es, dass sie beobachtet haben, wie Freund/innen Cannabis konsumieren. Der Befund, dass die Angaben der Schüler/innen in der HBSC-Befragung in Berlin zum Cannabiskonsum deutlich über den von der BZgA bundesweit ermittelten Prävalenzen liegen, kann möglicherweise als Großstadteffekt interpretiert werden: in einer Stadt wie Berlin ist es leichter, Cannabis zu beschaffen und mit Konsumenten in Kontakt zu kommen als in ländlicheren Gebieten. In der KiGGS-Studie (Lampert & Thamm, 2007) liegen die 12-Monats-Prävalenzen für Cannabiskonsum zwischen den Ergebnissen der BZgA-Befragung und der HBSC-Studie für Berlin, allerdings wich hier die Fragenformulierung ab, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

Sexualität

Ausschließlich in der neunten Klasse wurden zusätzliche Fragen zur Sexualität gestellt, in denen es um Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr und angewendete Verhütungsmethoden ging. In der fünften und siebten Klassenstufe wurden diese Fragen nicht gestellt, weil angenommen wird, dass die Gruppe sexuell erfahrener Kinder und Jugendlicher in dieser Altersgruppe noch sehr klein ist.

⁹⁷ $\chi^2 = 12,3$, $df = 2$, $p < 0,01$

⁹⁸ $\chi^2 = 6,8$, $df = 2$, $p < 0,05$

⁹⁹ $\chi^2 = 16,9$, $df = 4$, $p < 0,01$

Zwei Drittel (65,2 %) der Neuntklässler/innen geben an, noch nie Geschlechtsverkehr gehabt zu haben, ein Drittel (34,8 %) beantwortet die Frage mit Ja. Von diesen hatte wiederum die Mehrheit (71,5 %) den ersten Geschlechtsverkehr im Alter von mindestens 14 Jahren, eine Minderheit (28,5 %) hatte bereits im Alter von 13 Jahren oder noch jünger den ersten Geschlechtsverkehr. Mehr Jungen (39,5 %) als Mädchen (30,1 %) geben an, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben¹⁰⁰, wobei Jungen auch häufiger als Mädchen angeben, bereits im jüngeren Alter bis zu 13 Jahren zum ersten Mal Geschlechtsverkehr gehabt zu haben¹⁰¹. Die Verlässlichkeit dieser Aussagen muss allerdings angesichts der späteren körperlichen Reifung von Jungen im Vergleich zu Mädchen in Frage gestellt werden.

Tabelle 3.27:
Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr der
Schüler/innen der 9. Klasse in der HBSC-Studie in Berlin
2006 (Mehrfachnennungen möglich)

	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
Wir haben nicht verhütet	18	10,0
Ich bin mir nicht sicher	36	20,0
Pille	99	55,0
Kondom	144	80,0
rechtzeitig abbrechen	16	8,9
andere Methode	13	7,2

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Mit entsprechender Vorsicht sind auch die Angaben zu den beim letzten Geschlechtsverkehr angewendeten Verhütungsmethoden (Tabelle 3.27) zu interpretieren. Dass gerade bei den ersten Erfahrungen Jugendlicher mit Sexualität gar nicht verhütet wird, wird allerdings durch Erkenntnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006) bei ihren Befragungen zur Jugendsexualität gestützt. Erfreulich ist der hohe Anteil Jugendlicher, die mit der Pille oder dem Kondom eine sichere Verhütungsmethode genutzt haben. Zugleich deuten vergleichsweise hohe Anteile von Schüler/innen, die mit „ich bin mir nicht sicher“ antworten, die mit „rechtzeitig abbrechen“ eine unsichere Verhütungsmethode gewählt haben oder die gar nicht

verhütet haben, darauf hin, dass im Bereich der Sexualität bei Jugendlichen nach wie vor erheblicher Aufklärungsbedarf besteht.

Jugendliche in den verschiedenen Schulformen unterscheiden sich bezüglich ihrer sexuellen Erfahrungen in dieser Befragung nicht voneinander, ebenso wenig Jugendliche mit Migrationshintergrund von Jugendlichen deutscher Herkunft. Auch besteht kein Zusammenhang zwischen den Merkmalen der sozialen Lage und dem Sexualverhalten (Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr, Alter beim ersten Mal, Kondombenutzung) der Jugendlichen, mit einer Ausnahme: Jugendliche aus Familien mit hohem familiären Wohlstand geben häufiger an bereits Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr zu haben (41,6 %) als Jugendliche aus Familien mit mittlerem (30,0 %) oder niedrigem (29,7 %) familiären Wohlstand.¹⁰²

Zusammenfassung

Insbesondere die Ergebnisse zum gesundheitlichen Risikoverhalten sind mit Vorsicht zu betrachten, weil die Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen aufgrund von Effekten sozialer Erwünschtheit verzerrt sein könnten. Daher kann eine Unterschätzung, aber auch eine Überschätzung des tatsächlichen Verhaltens nicht ausgeschlossen werden.

Erfreulicherweise raucht die Mehrheit der Schüler/innen gar nicht, jedoch geben 16 % der Befragten an, Raucher/innen zu sein, von denen etwa die Hälfte bereits täglich raucht. Auch wenn, gemessen an der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten, noch ein geringer bis mäßiger Konsum vorherrscht, muss in vielen Fällen bereits von einer Nikotinabhängigkeit ausgegangen werden. Die Altersangaben zur ersten gerauchten Zigarette lassen auf ein nach wie vor sehr frühes Einstiegsalter schließen. Das Rauchverhalten von Mädchen und Jungen ist annähernd gleich, von der fünften zur siebten Klassenstufe nimmt der Anteil der Raucher/innen rasch zu. Die Ergebnisse zum Passivrauchen und zu rauchenden Freund/innen legen einen gruppenbezogenen Präventionsansatz nahe.

¹⁰⁰ Fisher's exakter Test: $p < 0,05$

¹⁰¹ $\chi^2 = 8,6$, $df = 2$, $p < 0,05$

¹⁰² $\chi^2 = 7,4$, $df = 2$, $p < 0,05$

Zum Alkoholkonsum ist festzuhalten, dass er im betrachteten Altersspektrum deutlich zunimmt. Neben einer Gruppe von Schüler/innen mit gelegentlichem Konsum zeigt jede/r neunte bis zehnte Schüler/in bereits hochgradig problematische Konsummuster (regelmäßiges, teils sogar schon tägliches Trinken, hoher Alkoholkonsum außerhalb sozialer Anlässe, Rauschtrinken). Mädchen und Jungen konsumieren Alkohol in gleichem Ausmaß. Kulturelle und soziale Einflüsse kommen darin zum Ausdruck, dass Alkohol vor allem von Schüler/innen deutscher Herkunft und aus Familien mit hohem Wohlstand konsumiert wird. Damit stehen die Befunde zum Alkoholkonsum im Gegensatz zu anderen Ergebnissen, wonach Kinder und Jugendliche aus Familien in schwieriger sozialer Lage eher mehr gesundheitliche Probleme und ein weniger positives Gesundheitsverhalten aufweisen.

Von den Schüler/innen der neunten Klassenstufe hat bereits ein Viertel mindestens einmal Cannabis konsumiert. Aktuellen Cannabiskonsum (im letzten Monat) gibt jede/r zehnte Schüler/in an, darunter 6 % mehrmaligen. Jungen und Schüler/innen deutscher Herkunft konsumieren häufiger Cannabis als Mädchen und Schüler/innen mit Migrationshintergrund. Der Konsum von Cannabis ist – wie auch der Nikotin- und Alkoholkonsum – stark von der Gleichaltrigengruppe mitbestimmt.

Ein nennenswerter Anteil der Neuntklässler/innen verfügt bereits über Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr. Das „erste Mal“ findet teilweise bereits in sehr jungem Alter statt. Entsprechend besteht offenbar einige Unsicherheit über die Wahl und Anwendung bzw. Durchsetzung einer sicheren Verhütungsmethode, die zugleich auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützt. Trotz eines relativ hohen Anteils von Jugendlichen, die angeben, mit Kondom und/oder Pille zu verhüten, ist hier noch weiterer Aufklärungsbedarf zu erkennen.

3.4 Ernährung und Körperselbstbild

Die Erhebung von Ernährungsgewohnheiten umfasst Fragen zu Mahlzeitenmustern (z. B. Einnahme von Frühstück, Anzahl der Mahlzeiten pro Tag), einen 16-Item-Häufigkeitsfragebogen sowie Fragen zu Lebensstilaspekten, die in Verbindung zu Ernährungsgewohnheiten stehen, wie z. B. Mahlzeitenregeln innerhalb der Familie. Der Häufigkeitsfragebogen konzentriert sich auf die Aufnahme einiger Lebensmittel, die als wichtige Indikatoren der Ernährungsweise von Jugendlichen angesehen werden. In diesem Sinne wurde die Häufigkeit des Verzehr von Obst und Gemüse, von Soft-Getränken (zuckerhaltig und kalorienreduziert), Süßigkeiten, Brot (Weißbrot und Vollkornbrot), Milch und Milchprodukten und Fisch erfragt. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „nie“ bis „jeden Tag mehrmals“.

Diätverhalten und Körperselbstbild der Jugendlichen stehen in engem Zusammenhang mit dem Essverhalten und bilden einen weiteren Schwerpunkt dieses Kapitels.

3.4.1 Mahlzeitenmuster und Verzehrshäufigkeiten

Die Einnahme des Frühstücks wird nach wie vor als wesentlicher Bestandteil eines gesunden Lebensstils angesehen und hat aufgrund seiner Funktion als Energiespender für Gehirn und den gesamten Organismus gerade für das lernende Kind eine besondere Bedeutung. Die Schüler/innen wurden im Fragebogen gebeten anzugeben, an wie vielen Tagen in der Woche (getrennt nach Schultagen und Wochenende) sie normalerweise frühstücken. Dabei wurde die exakte Anzahl der Schultage und Wochenendtage erhoben, an denen gefrühstückt wurde. Aufgrund niedriger Zellenbesetzungen bei den Antwortkategorien „an einem“, „zwei“, „drei“ und „vier Schultagen“, wurden die Kategorien „an einem“ und „an zwei Tagen“ sowie „an drei“ und „an vier Tagen“ zusammengefasst. In Berlin nehmen ein Viertel der befragten Schüler/innen an Schultagen nie Frühstück zu sich, jedoch mehr als die Hälfte (57,4 %) der Schüler/innen essen an allen fünf Schultagen Frühstück. Diese Verteilung zeigte keine Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, variierte jedoch erheblich nach Herkunft¹⁰³ und Klassenstufe¹⁰⁴. Wie aus Abbildung 3.30 ersichtlich ist, tendierten Schüler/innen mit Migrationshintergrund eher

¹⁰³ $\chi^2 = 31,3$, $df = 5$, $p < 0,001$

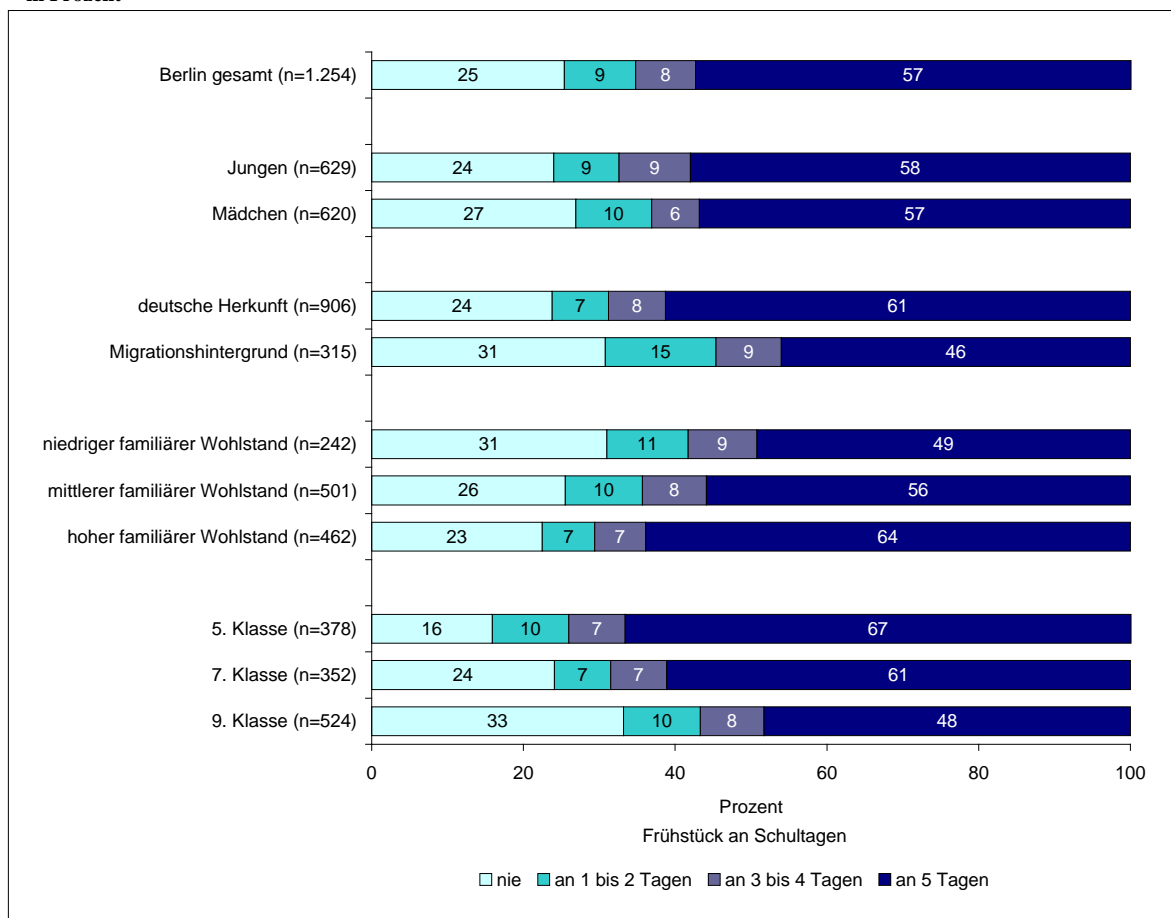
¹⁰⁴ $\chi^2 = 49,8$, $df = 10$, $p < 0,001$

zum Weglassen des Frühstücks als Schüler/innen deutscher Herkunft. Außerdem stieg mit steigender Klassenstufe der prozentuale Anteil an Schüler/innen, die nie an Schultagen frühstückten, während der Anteil derjenigen, die an fünf Tagen frühstückten, abnahm.

Einen deutlichen Einfluss auf dieses Mahlzeitenverhalten zeigte auch die soziale Lage der Familie¹⁰⁵, gemessen am familiären Wohlstandsindex. Hier war familiärer Wohlstand mit einer höheren Wahrscheinlichkeit an Schultagen zu frühstücken korreliert (Abbildung 3.30).

Abbildung 3.30:

Frühstück an Schultagen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Im Gegensatz zu Wochentagen wird am Wochenende das Frühstück nur von wenigen nicht eingenommen. Hier gaben knapp 90 % der Berliner Schüler/innen an, an beiden Tagen des Wochenendes zu frühstücken (Daten nicht gezeigt).

Neben dem Frühstück wurde zur Beurteilung von Mahlzeitenmustern außerdem die Einnahme des Mittagessens und der warmen Mahlzeit erfragt (Ort der Einnahme wie Schule, zu Hause usw. bzw. „nie“), der Besuch von Fast Food-Restaurants sowie die tägliche Anzahl aller Mahlzeiten und Snacks, die die Schüler/innen normalerweise zu sich nehmen. Bei der Angabe zur Mahlzeitenhäufigkeit wurden nur die Anzahlen von 1-8 berücksichtigt. Mehr als acht Mahlzeiten gaben nur 1 % der Schüler/innen an. Sowohl Mädchen als auch Jungen nahmen im Mittel vier Mahlzeiten inklusive Snacks pro Tag ein. Jeweils etwa ein Viertel der Jungen (24,8 % bzw. 28,2 %) und Mädchen (23,9 % bzw. 25,0 %) nahm drei bzw. vier Mahlzeiten pro Tag zu sich. Die Anzahl der Mahlzeiten variierte nach Klassenstufe¹⁰⁶,

¹⁰⁵ $\chi^2 = 21,7$, $df = 10$, $p < 0,05$

¹⁰⁶ $\chi^2 = 57,6$, $df = 16$, $p < 0,001$

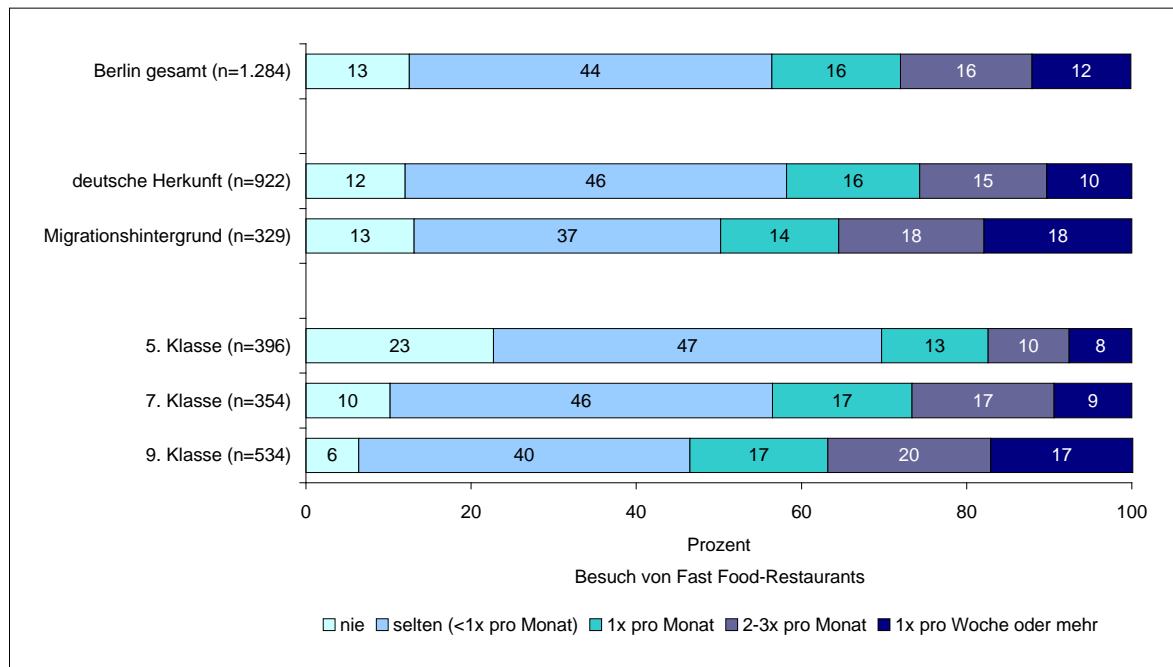
Herkunft¹⁰⁷ und familiärem Wohlstand¹⁰⁸. Mit steigender Klassenstufe nahm der prozentuale Anteil von Schüler/innen, die nur eine bis zwei Mahlzeiten pro Tag verzehrten, ab (9,6 % in Klassenstufe 5 und 2,5 % in Klassenstufe 9) und der Anteil derer, die sieben bis acht Mahlzeiten zu sich nahmen, zu (2,5 % in Klassenstufe 5 und 6,1 % in Klassenstufe 9). Diese Entwicklung könnte mit einem zunehmenden „Snacken“ der älteren Schüler/innen zusammenhängen. In Abhängigkeit von der Herkunft wurde beobachtet, dass Schüler/innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Schüler/innen eher nur wenige Mahlzeiten, d. h. eine bis zwei pro Tag zu sich nahmen (19,7 % vs. 11,8 %). Die Stratifizierung nach familiärem Wohlstand zeigte, dass Schüler/innen aus Familien mit niedrigem Wohlstand im Vergleich zu Schüler/innen aus wohlhabenderen Familien tendenziell eher nur wenige Mahlzeiten zu sich nahmen.

Die Mehrheit der Berliner Schüler/innen nimmt sowohl das Mittagessen als auch die warme Mahlzeit (Variablen bilden gleiche Mahlzeit ab, wenn Mittagessen gleichzeitig die warme Tagesmahlzeit ist) zu Hause ein (73,5 % bzw. 84,3 %). Obwohl die Schüler/innen der 5. Klasse noch häufiger 16,7 %, 9. Klasse: 7,1 %) in der Schule essen und seltener zu Hause als die älteren Schüler/innen, war dieser Zusammenhang nur für die warme Mahlzeit¹⁰⁹ statistisch signifikant. Herkunft und familiärer Wohlstand wirkten sich nicht auf diese Verteilung aus. Nur wenige Schüler/innen gaben an, dass sie nie Mittagessen bzw. nie eine warme Mahlzeit zu sich nehmen (4,5 % und 2,1 %). Auch diese Beobachtung war nicht statistisch signifikant durch die eben beschriebenen Faktoren beeinflusst, obwohl Schüler/innen aus wohlhabenden Familien seltener nie eine warme Mahlzeit zu sich nehmen als Schüler/innen aus Familien niedrigeren Wohlstands (0,9 % vs. 3,2 %).

Der Besuch von Fast Food-Restaurants zeigte eine deutliche Abhängigkeit von Klassenstufe¹¹⁰ und Herkunft¹¹¹, jedoch nicht von Geschlecht und familiärem Wohlstand. In Abbildung 3.31 sind diese

Abbildung 3.31:

Besuch von Fast Food-Restaurants in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Migrationsstatus und Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁰⁷ $\chi^2 = 25,0$, $df = 8$, $p < 0,01$

¹⁰⁸ $\chi^2 = 26,3$, $df = 16$, $p < 0,05$

¹⁰⁹ $\chi^2 = 28,9$, $df = 10$, $p < 0,001$

¹¹⁰ $\chi^2 = 101,7$, $df = 12$, $p < 0,001$

¹¹¹ $\chi^2 = 24,6$, $df = 6$, $p < 0,001$

Zusammenhänge dargestellt. Aufgrund niedriger Zellenbesetzungen in den Kategorien „1 mal pro Woche“, „2 bis 4 Tage pro Woche“ und „5 oder mehr Tage pro Woche“, wurden diese zu einer Gruppe („1 mal pro Woche oder mehr“) zusammengefasst.

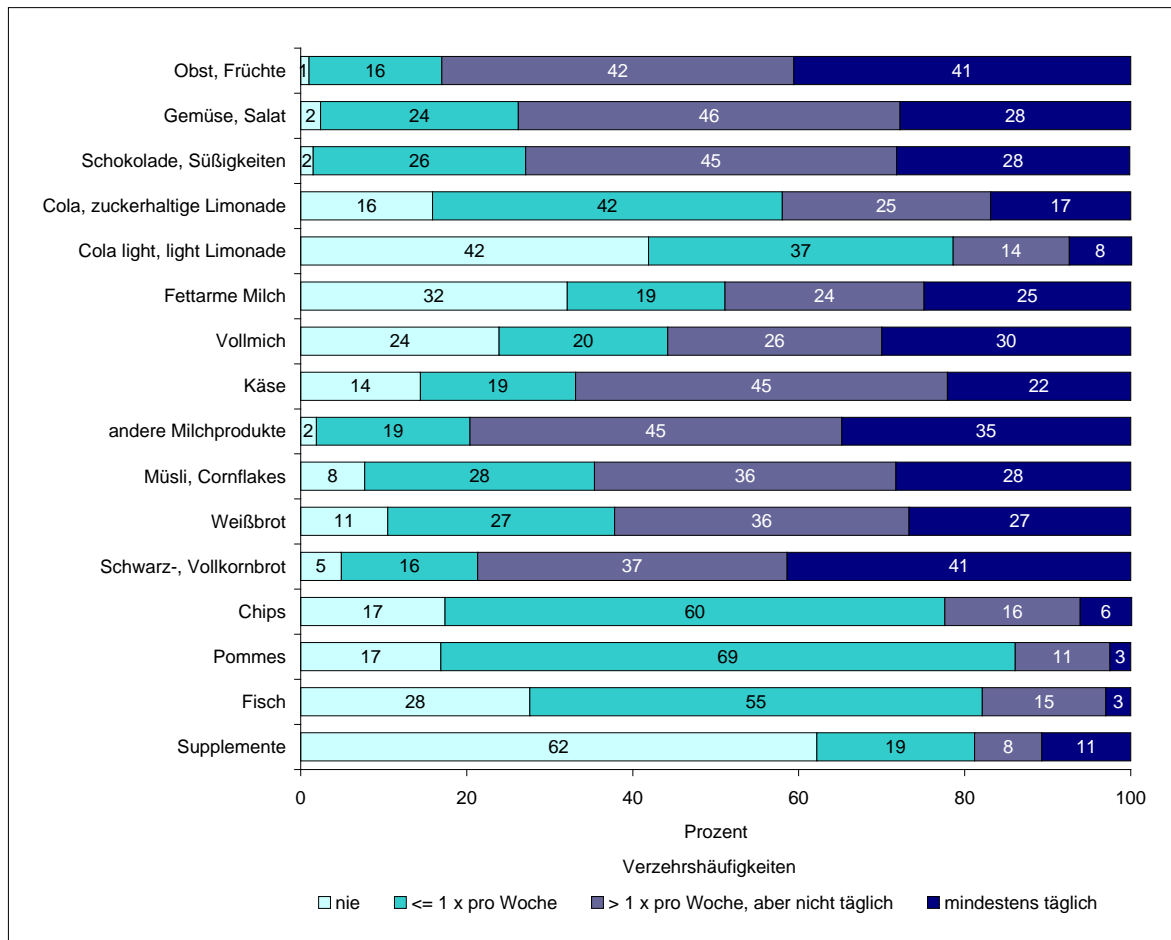
Verzehrhäufigkeiten der Indikatorlebensmittel sind in Abbildung 3.32 dargestellt. Auffällig ist hierbei, dass die Mehrheit der Schüler/innen – entgegen der Empfehlung – nicht täglich Obst und Gemüse isst. Von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung werden mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag empfohlen. Diese Empfehlung wird unter Berücksichtigung des Gesamtverzehr von Obst und Gemüse von höchstens 8 % der Berliner Schüler/innen erfüllt. Der tatsächliche prozentuale Anteil liegt wahrscheinlich noch darunter, da die Summation der beiden Items im Extremfall nur vier Portionen pro Tag ergeben kann. Dazu müsste sowohl für Obst als auch für Gemüse die Antwortkategorie „jeden Tag mehrmals“ gewählt worden sein, was einem Verzehr von mindestens vier Portionen Obst und Gemüse zusammen entspricht. Außerdem handelt es sich bei der Angabe zur Verzehrhäufigkeit von Obst und Gemüse um eine sozial erwünschte Antwort, d. h. aufgrund sozialer Erwünschtheit und der Suche nach Anerkennung wird häufig bewusst oder unbewusst ein höherer Verzehr gesunder und ein niedrigerer Verzehr ungesunder Lebensmittel angegeben, was zu einer zusätzlichen Verzerrung der tatsächlich verzehrten Mengen führt. Auch wenn die Ausprägung eines sozial erwünschten Antwortverhaltens bei Kindern weniger gut untersucht ist als bei Erwachsenen (Hebert et al., 1995, 1997, 2001; Taren et al., 1999), gibt es Anhaltspunkte, dass sich auch bei Kindern dieses Verhalten auf Angaben zu Ernährungsgewohnheiten auswirkt (Fisher et al., 2000; Baxter et al., 2004).

Cola und andere zuckerhaltige Limonaden werden von 17 % der Berliner Schüler/innen täglich und von 25 % mehrmals pro Woche konsumiert. Deutlich niedriger fällt der Konsum von kalorienreduzierten Softgetränken aus. Etwa 80 % der Schüler/innen gaben an nie (42 %) oder höchstens einmal pro Woche (37 %) Cola light oder andere Light-Limonaden zu verwenden. In Anbetracht dessen und der Empfehlung zur Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfes vorrangig mit Wasser, verdünnten Saftschorlen oder ungesüßten Tees kann angenommen werden, dass von einem nicht unbedeutenden prozentualen Anteil von Schüler/innen dieser Empfehlung nachgekommen wird.

Auffällig ist weiterhin, dass der tägliche Verzehr von Schwarzbrot und Vollkornbrot relativ weite Verbreitung unter den Schüler/innen findet. Hier geben 41 % an, dass sie wenigstens 1x täglich dieses Brot, welches aufgrund seines Ballaststoffgehaltes gegenüber dem Weißbrot zu bevorzugen ist, verzehren. Für den Verzehr von Weißbrot beträgt der gleiche prozentuale Anteil 27 %. Auch Chips und Pommes frites scheinen von der Mehrheit der Schüler/innen sparsam verzehrt zu werden. Hier geben 77 % bzw. 86 % an, dass sie diese Lebensmittel nie oder höchstens 1x pro Woche verzehren. Zur Beurteilung des Fischverzehr ist die gewählte Einteilung der Verzehrhäufigkeiten in der Abbildung 3.32 ungünstig, da die Empfehlung mindestens 1x pro Woche lautet und der prozentuale Anteil derer, die wenigstens einmal in der Woche Fisch essen, aus der Abbildung nicht abgelesen werden kann. Eine Umkodierung der Verzehrhäufigkeiten von Fisch ergab, dass knapp 40 % der Schüler/innen wenigstens einmal in der Woche Fisch verzehren.

Der Lebensmittelverzehr der Berliner Schüler/innen der HBSC-Studie zeigt Parallelen, aber auch Unterschiede zum Lebensmittelverzehr der entsprechenden Altersklasse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (Mensink et al., 2007). Beim Obstkonsum, dem Verzehr von Müsli/Cornflakes und Käse wurden eher Gemeinsamkeiten festgestellt. In KiGGS war jedoch der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die mindestens täglich Weißbrot verzehren, höher als in der Berliner HBSC-Studie und der Anteil derer, die mindestens täglich Schwarzbrot/Vollkornbrot zu sich nehmen, niedriger. Erstaunlich und in großem Unterschied zu HBSC war auch der hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen aus KiGGS, die wenigstens einmal täglich Softdrinks trinken. KiGGS unterschied bei der Auswertung des Konsums dieser Getränke jedoch nicht zwischen stark zuckerhaltigen und kalorienreduzierten Softdrinks, was einen Teil des Unterschieds zu HBSC erklären könnte. Die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse ist generell limitiert, da unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz kamen.

Abbildung 3.32:
Verzehrhäufigkeiten von Lebensmitteln in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Zur umfassenden Einschätzung der gewöhnlichen Ernährung der Kinder und Jugendlichen bietet der eingesetzte Ernährungsfragebogen keine ausreichenden Informationen. Die Erhebung einiger weniger, aber für die jugendliche Ernährung bedeutsamer Lebensmittel erlaubt trotzdem einen gewissen Einblick in die Qualität der Ernährungsgewohnheiten. Hierzu wurde aus den vorhandenen Informationen zu Mahlzeitenverhalten und Verzehrhäufigkeiten ein Ernährungsindex gebildet, der in seiner absoluten Ausprägung Rückschlüsse auf die Ernährungsqualität zulässt (siehe auch Kapitel 2.5). Zur Bildung des Indexes wurden die folgenden Kriterien definiert, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Ernährungsempfehlungen basieren (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2004; aid Infodienst, 2006; Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund, 2005; Pollitt, 1995):

- Frühstück an allen 5 Schultagen
- wenigstens 4x am Tag Obst und Gemüse (d. h. Verzehr von Obst und Gemüse wurde jeweils mit „jeden Tag mehrmals“ angegeben)
- wenigstens 2x am Tag Milch und Milchprodukte (hier wurden die Items fettarme Milch, Vollmilch, Käse und andere Milchprodukte zusammengefasst)
- wenigstens 1x am Tag Schwarzbrot/Vollkornbrot
- wenigstens 1x pro Woche Fisch
- höchstens 1x pro Monat Besuch eines Fast Food-Restaurants

In Tabelle 3.28 ist die Verteilung der Kriterien unter Berliner Schüler/innen dargestellt.

Tabelle 3.28:

Prozentualer Anteil von Schüler/innen mit Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Kriterien des Ernährungsindex in der HBSC-Studie in Berlin 2006

<i>Kriterien des Ernährungsindex</i>	<i>Prozentualer Anteil</i>	
	<i>Kriterium erfüllt</i>	<i>Kriterium nicht erfüllt</i>
Frühstück an allen 5 Schultagen	57,4	42,6
>= 4 mal Obst und Gemüse pro Tag	8,3	91,7
>= 2 mal Milch und Milchprodukte pro Tag	57,8	42,2
>= 1 mal Schwarzbrot/Vollkornbrot pro Tag	41,4	58,6
>= 1 mal Fisch pro Woche	39,7	60,3
<= 1 mal Fast Food pro Monat	56,4	43,6

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Drei von den sechs Kriterien (Frühstück an allen 5 Schultagen, wenigstens 2 mal Milch und Milchprodukte pro Tag und höchstens 1x pro Monat Fast Food) wurden von der Mehrheit der Schüler/innen erfüllt. Bei allen anderen Kriterien war dies nicht der Fall. Nur 8,3 % der Berliner Schüler/innen erfüllten das Kriterium zum Obst- und Gemüseverzehr. Eine Lockerung dieses Kriteriums auf wenigstens 2 mal Obst und Gemüse pro Tag ist nicht angezeigt, da die Definition von wenigstens vier Portionen Obst und Gemüse, die methodenbedingt nur so aus dem Fragebogen ableitbar ist, bereits unter der Empfehlung von fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag liegt. Außerdem würde immer noch ein Anteil von 70 % der Schüler/innen unterhalb des Verzehrs von wenigstens 2 mal Obst und Gemüse pro Tag liegen.

Für die Erfüllung der Kriterien wird jeweils 1 Punkt vergeben, bei Nichterfüllung kein Punkt, was die maximal zu erreichende Punktzahl von 6 ergibt. Die Ernährungsqualität wurde mit folgenden Abstufungen definiert:

5-6 Punkte: hoch

3-4 Punkte: mittel

0-2 Punkte: niedrig

Die Verteilung des Ernährungsindex ist in Abbildung 3.33 gezeigt. Insgesamt wurde nur bei 8 % der Berliner Schüler/innen auf der Basis der zugrunde liegenden Qualitätskriterien eine hohe Ernährungsqualität festgestellt, bei 43 % eine mittlere und bei 49 % eine niedrige Ernährungsqualität. Wie aus der Abbildung erkennbar wird, ernähren sich Mädchen etwas häufiger als Jungen gesund. Dieser Zusammenhang war auch statistisch signifikant ($p = 0,031$). Ein sehr deutlicher Zusammenhang zeichnete sich mit der Klassenstufe¹¹² ab: während bei den Fünftklässler/innen noch 11 % auf die höchste Kategorie des Ernährungsindex fallen, waren es in der 9. Klasse nur noch 5 %. Hier befanden sich knapp 60 % der Schüler/innen in der niedrigsten Kategorie zur Ernährungsqualität. Schüler/innen mit Migrationshintergrund hatten im Vergleich zu Schüler/innen deutscher Herkunft¹¹³ zu einem höheren prozentualen Anteil eine niedrige Ernährungsqualität. Auch der familiäre Wohlstand¹¹⁴ zeigte einen Einfluss auf die Ernährungsqualität der Kinder. So sank mit zunehmendem familiären Wohlstand der prozentuale Anteil an Schüler/innen mit niedriger Ernährungsqualität und der Anteil an Schüler/innen mit hoher Ernährungsqualität nahm zu.

Um die Bedeutung einer gesunden Ernährung auf andere Lebensbereiche zu veranschaulichen, wurde der Ernährungsindex mit weiteren Variablen, z. B. das Wohlbefinden betreffend, korreliert (Abbildung 3.34). Eine deutliche Abhängigkeit wurde für körperliche Aktivität¹¹⁵, aber auch mit dem BMI-Status¹¹⁶ gefunden. Hier nahm der prozentuale Anteil derer mit einer hohen Ernährungsqualität mit steigender Häufigkeit physischer Aktivität und mit sinkendem BMI zu. Dass besonders untergewichtige (d. h.

¹¹² $\chi^2 = 52,9$, $df = 4$, $p < 0,001$

¹¹³ $\chi^2 = 6,3$, $df = 2$, $p < 0,05$

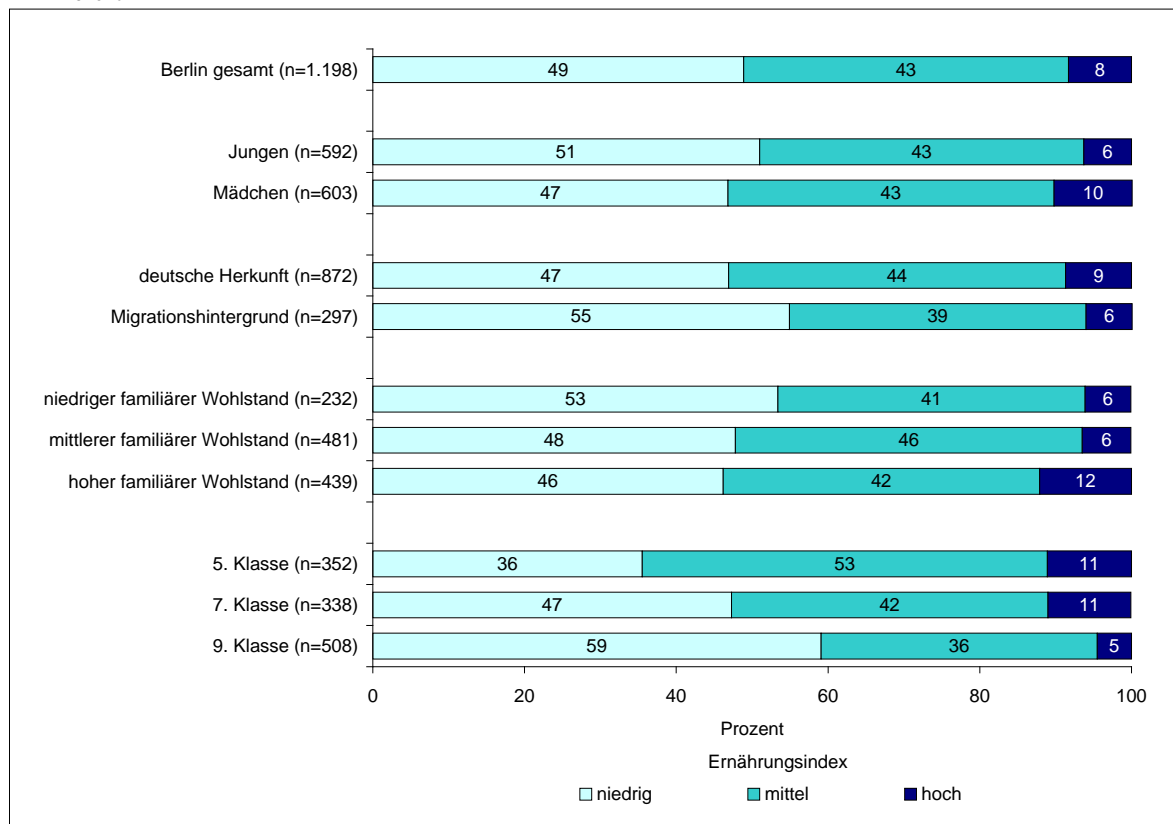
¹¹⁴ $\chi^2 = 13,7$, $df = 4$, $p < 0,01$

¹¹⁵ $\chi^2 = 30,7$, $df = 6$, $p < 0,001$

¹¹⁶ $\chi^2 = 13,0$, $df = 8$, $p = 0,1$

Abbildung 3.33:

Ernährungsindex in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

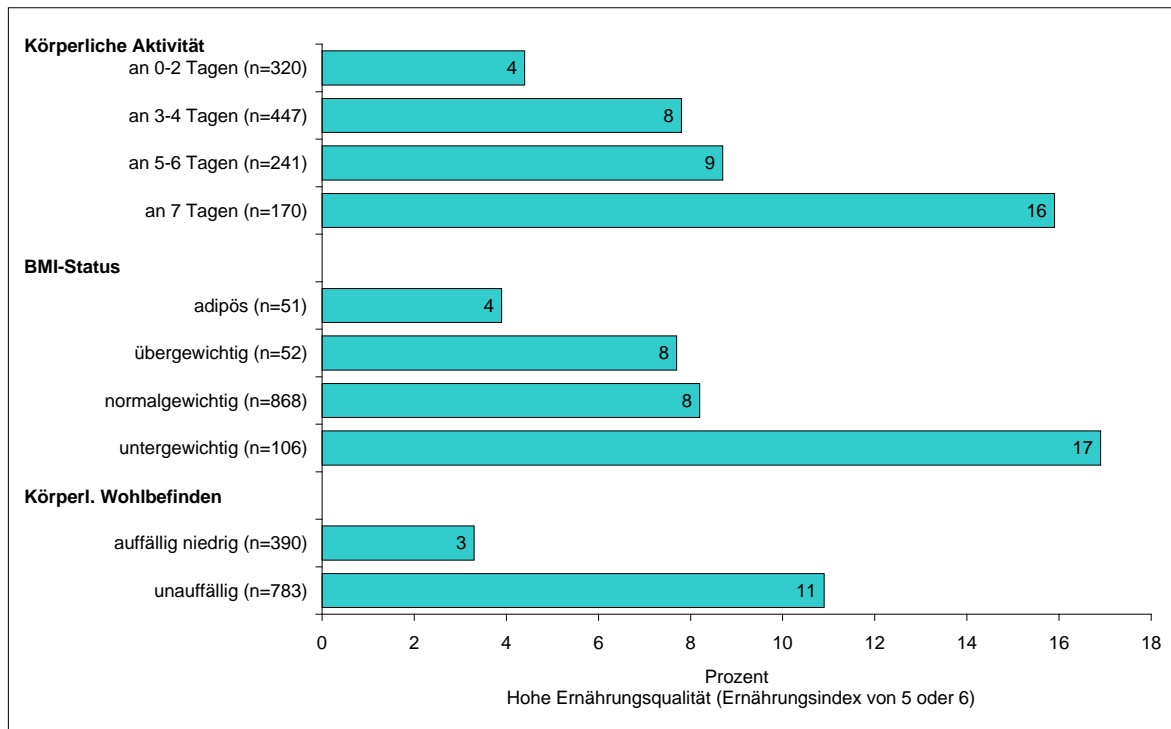
unterhalb der 10. BMI-Perzentile) Jungen und Mädchen einen hohen Ernährungsindex aufweisen, verdient besondere Beachtung und darf nicht unkommentiert bleiben. Der für diese Studie gebildete Ernährungsindex lässt mit den zur Verfügung stehenden Variablen zwar Rückschlüsse auf die Ernährungsqualität zu, also wie gesund ernähren sich die Schüler/innen im Sinne der Auswahl ihrer Lebensmittel und im Hinblick auf bestimmte Mahlzeitenmuster, sagt jedoch nichts über den quantitativen Aspekt der Ernährungsgewohnheiten aus. Das heißt, eine adäquate Gesamtenergiezufuhr kann mit dem Index nicht abgeschätzt werden. Als denkbarer Erklärungsansatz für den relativ hohen Anteil von Schüler/innen mit hoher Ernährungsqualität unter den Untergewichtigen im Vergleich zu den anderen BMI-Kategorien könnte demnach eine niedrigere Gesamtenergieaufnahme dienen, welche zu einer Gewichtsabnahme führt. Wahrscheinlicher scheint jedoch, dass hier ein gesteigertes Ernährungsbewusstsein von bereits schlanken Jungen und Mädchen vorliegt und aus Angst vor einer Gewichtszunahme gesunde Ernährungsgewohnheiten (und damit zum Beispiel auch der Verzehr von fettarmen und ballaststoffreichen Lebensmitteln) vorherrschen. Dieses Verhalten kann bedenklich werden, wenn das normale (natürliche) Maß an Kontrolle überschritten wird und ein krankhaftes Verhältnis zur Nahrungsaufnahme aufgebaut wird.

Auffällig war ebenfalls, dass die Schüler/innen, die auf der Skala zum körperlichen Wohlbefinden (als eine Dimension der gesundheitlichen Lebensqualität, vgl. Kapitel 3.5), eher hohe Werte erzielen, d. h. für diese Dimension unauffällige Skalenwerte zeigen, zu einem höheren Prozentsatz zu der Gruppe mit hoher Ernährungsqualität gehören als Schüler/innen, die mit auffällig niedrigen Werten zum körperlichen Wohlbefinden hervorgingen. Auch dieser Unterschied war statistisch signifikant¹¹⁷.

¹¹⁷ $\chi^2 = 23,3$, $df = 2$, $p < 0,001$

Abbildung 3.34:

Prozentualer Anteil von Schüler/innen mit hoher Ernährungsqualität HBSC-Studie in Berlin 2006 nach körperlicher Aktivität, BMI und Wohlbefinden
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Auch familiäre Regeln bezüglich der Einnahme der Mahlzeiten wie zum Beispiel das gemeinsame Frühstück mit den Eltern, der Fernsehkonsum während der Mahlzeiten oder die elterliche Beschränkung des Verzehrs ungesunder Lebensmittel wurden erfragt. So eignen sich zum Beispiel die gemeinsamen Mahlzeiten dazu, den Kindern gesunde Lebensmittel anzubieten und somit positiv auf das Ernährungsverhalten einzuwirken. Hier berichtete ein knappes Viertel aller Berliner Schüler/innen, dass sie täglich mit wenigstens einem Elternteil frühstücken, etwa 40 % gaben an, dies an einem bis zwei Tagen pro Woche zu tun. Dies könnten auch die Wochenendtage sein. Ein Zehntel der Schüler/innen (10,7 %) frühstücken nie zusammen mit den Eltern. In Abhängigkeit vom Geschlecht¹¹⁸, der Schulform¹¹⁹ und der Klassenstufe¹²⁰ zeigten sich deutliche Unterschiede in den prozentualen Anteilen (Abbildung 3.35).

Das gemeinsame Abendessen war unter Berliner Schüler/innen verbreiteter als das gemeinsame Frühstück. Hier gaben 48 % der Schüler/innen an, jeden Tag wenigstens mit einem Elternteil zusammen zu Abend zu essen. Klassenstufe und familiärer Wohlstand übten einen starken Einfluss auf diese Verteilung aus (jedes $p < 0,001$). So aßen 62,9 % der Berliner Fünftklässler/innen, aber nur noch 32,5 % der Berliner Neuntklässler/innen jeden Abend zusammen mit den Eltern. Nie ein gemeinsames Abendessen nehmen 16,4 % der Berliner Schüler/innen aus Familien mit niedrigem Wohlstand ein, aber nur 6,1 % aus Familien mit hohem Wohlstandsniveau (Daten nicht gezeigt).

Das Fernsehen oder Computer spielen während der Mahlzeiten scheint unter Berliner Schüler/innen relativ weit verbreitet, wobei insbesondere das Fernsehen während der Mahlzeiteinnahme stark ausgeprägt ist. Auffällig ist, dass Jungen häufiger die Einnahme von Mahlzeiten/Snacks mit Fernsehen oder Computer spielen verbinden als Mädchen. Ein Zusammenhang zeigt sich auch, zumindest beim Fernsehen, mit der Herkunft und teilweise mit der Klassenstufe. Der familiäre Wohlstand beeinflusst zudem die Häufigkeit des Fernsehens während der Mahlzeiteinnahme (Abbildung 3.36).

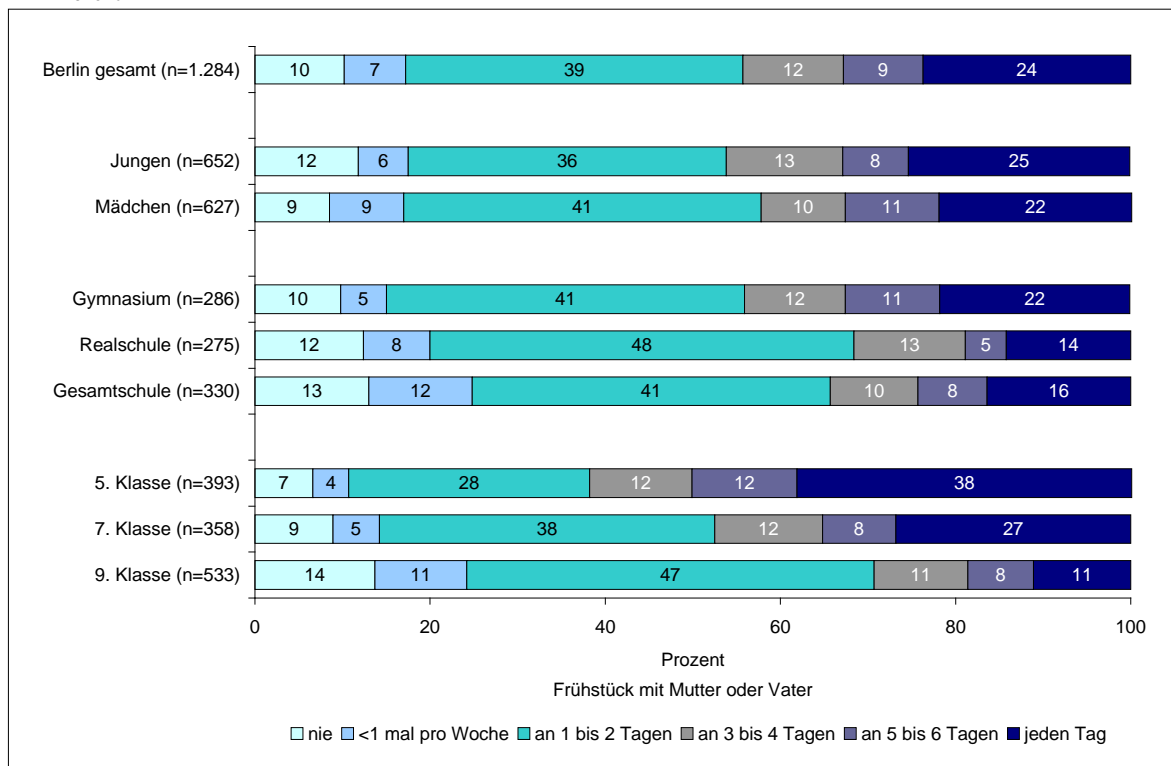
¹¹⁸ $\chi^2 = 17,7$, $df = 5$, $p < 0,01$

¹¹⁹ $\chi^2 = 24,6$, $df = 10$, $p < 0,01$

¹²⁰ $\chi^2 = 126,3$, $df = 10$, $p < 0,001$

Abbildung 3.35:

Frühstück mit Mutter oder Vater in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Schulform (nur 7. und 9. Klasse) und Klassenstufe
- in Prozent



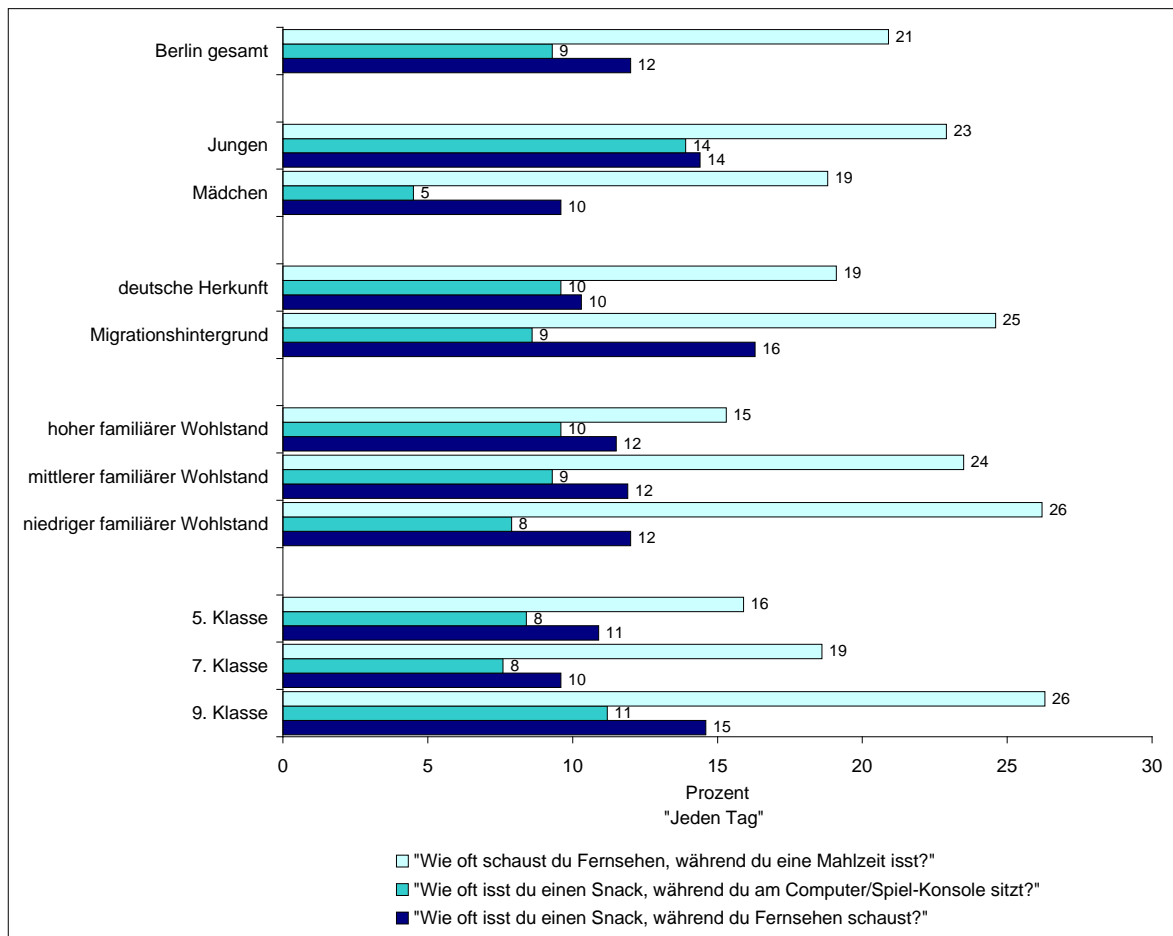
(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Schüler/innen wurden außerdem befragt, inwiefern ihnen ihre Eltern den Verzehr weniger gesunder Lebensmittel, d. h. Cola und andere zuckerhaltige Limonaden, Süßigkeiten oder Schokolade, Kekse oder Gebäck und Chips, erlauben, sofern sie danach fragen. Die Antwortkategorien umfassten „nie“, „manchmal“, „immer“ und „wenn ich möchte, kann ich sie mir einfach nehmen“, d. h. die Kinder brauchen gar nicht erst danach zu fragen. Überraschend hoch war der Anteil derer, die die letzte Antwortkategorie wählten (Abbildung 3.37). Am ehesten wurden Cola und andere zuckerhaltige Limonaden sowie Chips nicht bzw. nur manchmal erlaubt. Bei Süßigkeiten und Schokolade sowie bei Keksen und Gebäck scheinen die Schüler/innen etwas mehr Freiheiten zu besitzen, was den eigenständigen Verzehr als auch die Erlaubnis der Eltern angeht. Beeinflusst ist dieses Verhalten ganz deutlich vom Alter, d. h. mit steigender Klassenstufe steigt auch der prozentuale Anteil derer, die sich „einfach bedienen“, wenn sie wollen. Dies betrifft alle vier Items (jedes $p < 0,001$). Diese Entwicklung geht einher mit dem Abnabelungsprozess der Kinder und Jugendlichen von den Vorgaben der Eltern und dem Zuwachs an eigenständigen Entscheidungen, wozu auch die Auswahl der Lebensmittel zählt. Geschlecht, Herkunft und familiärer Wohlstand spielten in diesem Zusammenhang nur eine untergeordnete Rolle.

Abschließend zum Themenkomplex Mahlzeitenregeln bewerteten die Schüler/innen noch einige globale, teils liberalere teils strengere Aussagen über die Mahlzeiten zu Hause mit Zustimmung oder Ablehnung. So gab die überwiegende Mehrheit der Schüler/innen an (Antwortkategorien „stimme voll und ganz zu“ und „stimme zu“ zusammen), dass in ihrer Familie Regeln bei den Mahlzeiten einzuhalten sind, man etwas anderes essen darf, wenn einem das Essen nicht schmeckt, Tischmanieren wichtig seien und das Essen auch mal an einem anderen Ort als in der Küche oder am Esstisch eingenommen werden kann (prozentuale Anteile zwischen 61 % und 83 %). Nur eine Minderheit der Schüler/innen (19 %) stimmte der Aussage zu, dass in ihrer Familie gegessen werden müsste, was auf den Tisch kommt (Abbildung 3.38).

Abbildung 3.36:

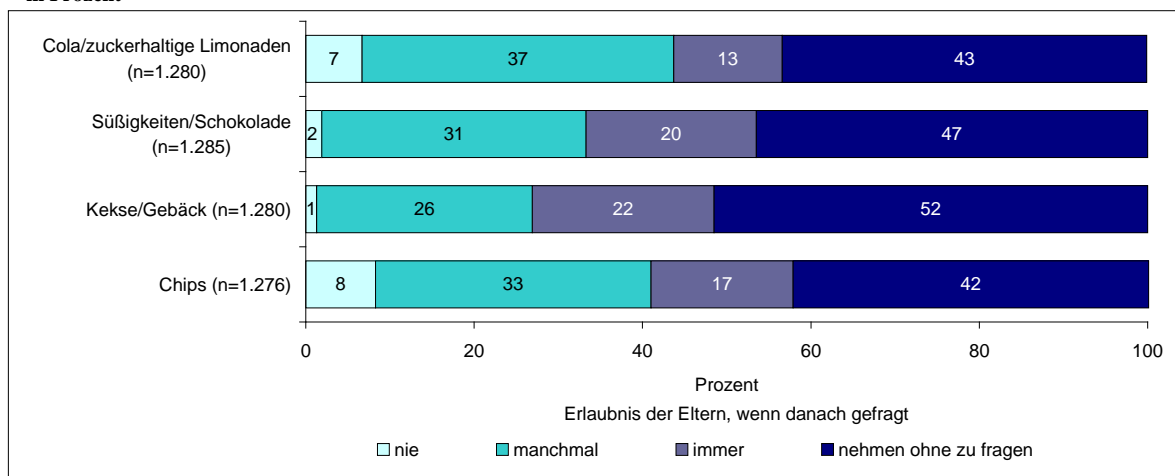
Fernsehen/Computer spielen und Mahlzeit/Snacks in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.37:

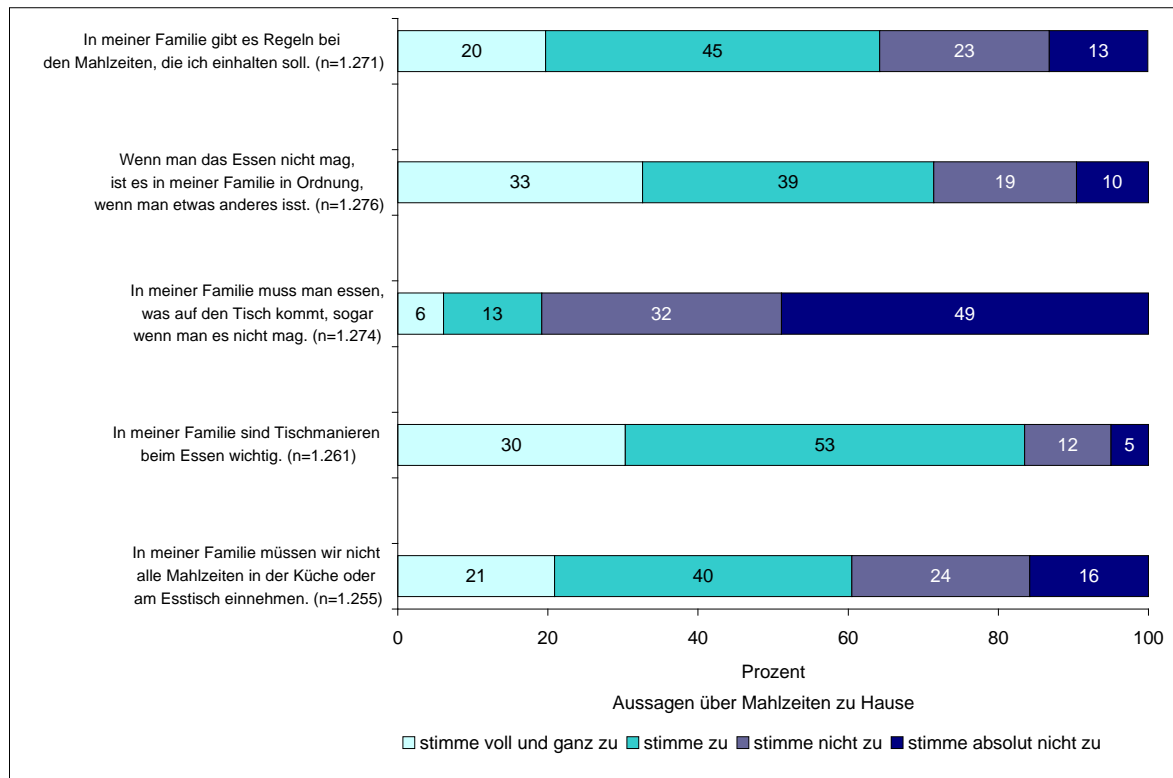
Erlaubnis der Eltern zum Verzehr ungesunder Lebensmittel in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bis auf die Aussage zur Einnahme der Mahlzeiten außerhalb der Küche/des Esszimmers sind alle anderen Aussagen durch Geschlecht und Alter und teilweise durch die Herkunft und den familiären Wohlstand mitbestimmt. So geht aus dem Antwortverhalten der Jungen und Mädchen hervor, dass

Abbildung 3.38:
Aussagen über Mahlzeiten zu Hause in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Jungen anscheinend häufiger mit strengeren Regeln in Bezug auf Mahlzeiten in der Familie erzogen werden. Signifikant mehr Jungen als Mädchen stimmten den Aussagen „Regeln bei den Mahlzeiten“¹²¹, „essen, was auf den Tisch kommt“¹²² und „Tischmanieren“¹²³ zu. Die Mädchen hingegen antworteten häufiger als die Jungen, dass sie auch was anderen essen dürfen, wenn sie das Essen nicht mögen¹²⁴. Interessant ist auch der Zusammenhang mit dem Alter: je älter die Schüler/innen werden, umso geringer wird der Anteil derer, die bei den strengeren Regeln mit Zustimmung geantwortet haben und umso größer wird der Anteil derer, die die liberaleren Regeln zustimmend bewerteten.

Neben dem Geschlecht und der Klassenstufe korrelieren zusätzlich Herkunft und familiärer Wohlstand stark mit den Aussagen zu „Tischmanieren“ und zu „essen, was auf den Tisch kommt“. Exemplarisch ist die Verteilung der Antworten für letztere Aussage in Abbildung 3.39 gezeigt. Deutlich wird hier, dass in Familien mit Migrationshintergrund offenbar diese Regeln noch weiter verbreitet sind als unter deutschen Familien¹²⁵. Dieselbe Tendenz wird auch bei den Tischmanieren sichtbar¹²⁶ (Daten nicht gezeigt). Hier spielen Tradition und Kultur der Heimatländer sicherlich eine große Rolle.

¹²¹ $\chi^2 = 15,3$, $df = 3$, $p < 0,05$

¹²² $\chi^2 = 10,7$, $df = 3$, $p < 0,01$

¹²³ $\chi^2 = 21,0$, $df = 3$, $p < 0,001$

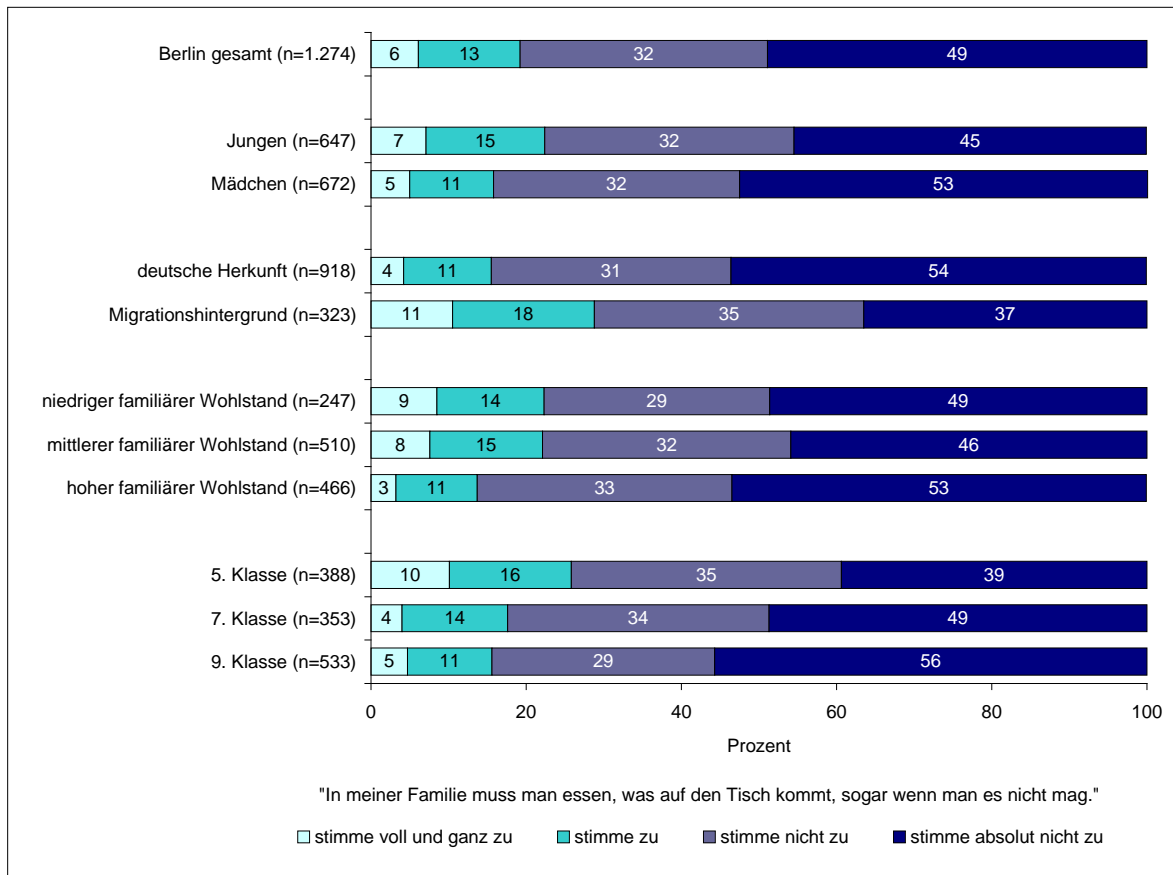
¹²⁴ $\chi^2 = 14,1$, $df = 3$, $p < 0,01$

¹²⁵ $\chi^2 = 39,8$, $df = 3$, $p < 0,001$

¹²⁶ $\chi^2 = 13,1$, $df = 3$, $p < 0,01$

Abbildung 3.39:

Aussagen zu Mahlzeiten in der Familie in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

3.4.2 Diätverhalten und Körperselbstbild

Diätverhalten und Körperselbstbild sind eng mit dem Ernährungsverhalten verbunden und bilden den letzten Themenkomplex dieses Kapitels. Dabei ist zu beachten, dass die Mehrzahl der Fragen zu diesem Thema nur den älteren Schüler/innen gestellt wurden und eine kleine Auswahl den Schüler/innen aller Klassenstufen. Im folgenden Abschnitt werden zuerst die Fragen behandelt, die in allen Klassenstufen beantwortet wurden. Daran anschließend werden die Fragen ausgewertet, die nur von Schüler/innen der 7. und 9. Klassen beantwortet wurden.

Insgesamt gaben 13 % der Berliner Schüler/innen an, zurzeit eine Diät zu machen um abzunehmen. Dabei unterschieden sich die prozentualen Anteile von Mädchen und Jungen¹²⁷ signifikant voneinander: während knapp 17 % der Mädchen antworteten, gerade eine Diät zu machen, waren es nur 9 % der Jungen. Auch nach der Schulform¹²⁸ (nur 7. und 9. Klasse) wurden Unterschiede im Diätverhalten festgestellt. Am seltensten gaben Gesamtschüler/innen mit 8,6 % an, zurzeit eine Diät zu machen. Gymnasiast/innen und Realschüler/innen hatten mit knapp 15 % bzw. 16 % nahezu gleiche prozentuale Anteile an Schüler/innen, die gerade eine Diät machten (Daten nicht gezeigt).

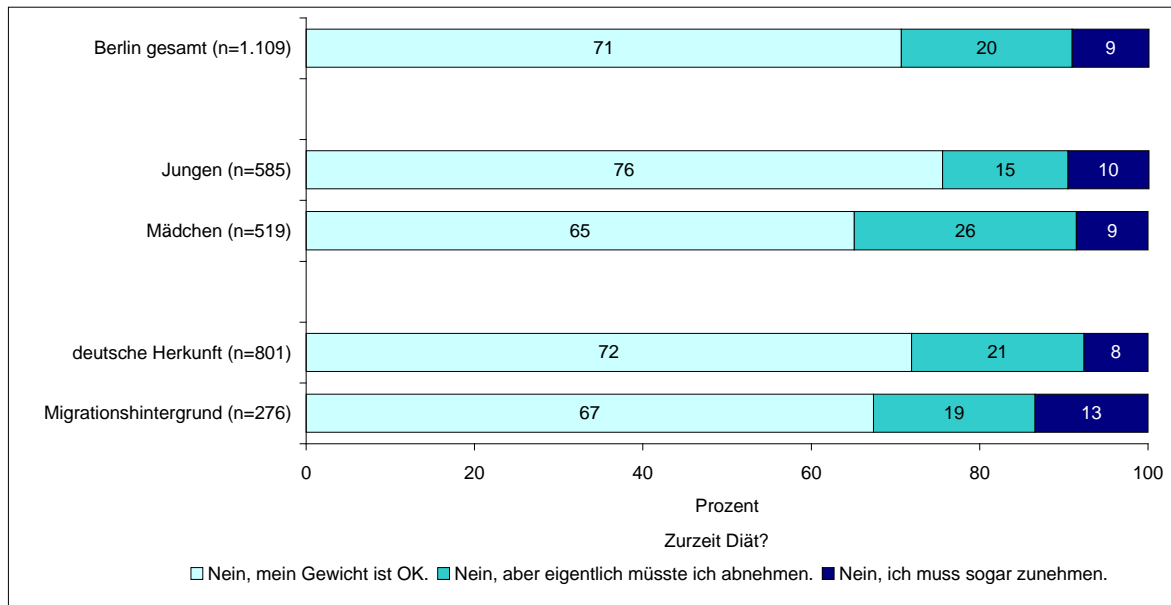
Denen, die gerade keine Diät machten, wurden drei verschiedene Antwortmöglichkeiten geboten: „Nein, mein Gewicht ist OK.“, „Nein, aber eigentlich müsste ich abnehmen.“ und „Nein, ich muss sogar zunehmen.“ Die Mehrheit derer, die zurzeit keine Diät machten, schien mit ihrem Gewicht zufrieden zu sein. Diese Antwortkategorie wählten immerhin knapp 71 % der Schüler/innen (Abbildung 3.40). Zwanzig Prozent antworteten, dass sie eigentlich abnehmen müssten und 9 % meinten, sie müssten

¹²⁷ Fisher's exakter Test: $p < 0,001$

¹²⁸ $\chi^2 = 8,9$, $df = 2$, $p < 0,05$

Abbildung 3.40:

Notwendigkeit einer Diät ohne Schüler/innen, die gerade eine Diät machten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht und Migrationsstatus
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

sogar zunehmen. Diese Verteilung hängt erwartungsgemäß stark vom Geschlecht¹²⁹, aber auch von der Herkunft¹³⁰ ab. So antworteten Mädchen häufiger als Jungen, eigentlich abnehmen zu müssen und Schüler/innen deutscher Herkunft häufiger als Schüler/innen mit Migrationshintergrund, dass ihr Gewicht OK ist. Im Gegenzug meinten Schüler/innen mit Migrationshintergrund eher als deutsche Schüler/innen sogar zunehmen zu müssen.

Über die einzelnen Klassenstufen sowie über Kategorien des familiären Wohlstandes wurde eine eher homogene Verteilung beobachtet.

Dass im Durchschnitt die Einschätzung des eigenen Körpergewichts („mein Gewicht ist OK“, „eigentlich müsste ich abnehmen“, „ich muss sogar zunehmen“) der Schüler/innen, zumindest relativ betrachtet, der Realität entspricht, zeigt der BMI-

Mittelwertvergleich über die einzelnen Antwortkategorien (Tabelle 3.29). So haben die Mädchen und Jungen, die sagten, dass sie zunehmen müssten, im Mittel auch den niedrigsten BMI. Diejenigen, die antworteten, dass sie eigentlich abnehmen müssten, zeigten einen höheren BMI als die anderen Gruppen und zeigten somit einen vergleichbaren BMI zur Gruppe der Schüler/innen, die zurzeit eine Diät machten. Auch wenn die absoluten Höhen des BMI sicher fehlerbehaftet sind (vgl. Kapitel 3.2.1), so erscheinen doch die Relationen des BMI vor dem Hintergrund des Diätverhaltens als sinnvoll.

Unabhängig vom Diätverhalten wurden die Kinder und Jugendlichen außerdem gefragt, wie sie ihr Körpergewicht einschätzen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „viel zu dünn“, „ein wenig zu dünn“, „genau richtig“, „ein wenig zu dick“ bis „viel zu dick“. Unter den Berliner Schüler/innen fanden sich nur wenige viel zu dünn oder viel zu dick (3,0 % und 6,7 %). Ein beträchtlicher Anteil fand

Tabelle 3.29:
Diätverhalten und mittlerer BMI in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Machst du zurzeit eine Diät?	BMI, kg/m ²	
	Mädchen	Jungen
	Mittelwert (Standardabweichung)	
Nein, mein Gewicht ist OK.	18,2 (2,6)	19,4 (3,2)
Nein, aber eigentlich müsste ich abnehmen.	21,5 (3,4)	23,4 (5,1)
Nein, ich muss sogar zunehmen.	17,0 (2,8)	18,3 (2,5)
Ja, ich mache gerade eine Diät.	21,3 (3,1)	22,3 (4,2)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹²⁹ Chi² = 38,4, df = 2, p < 0,001

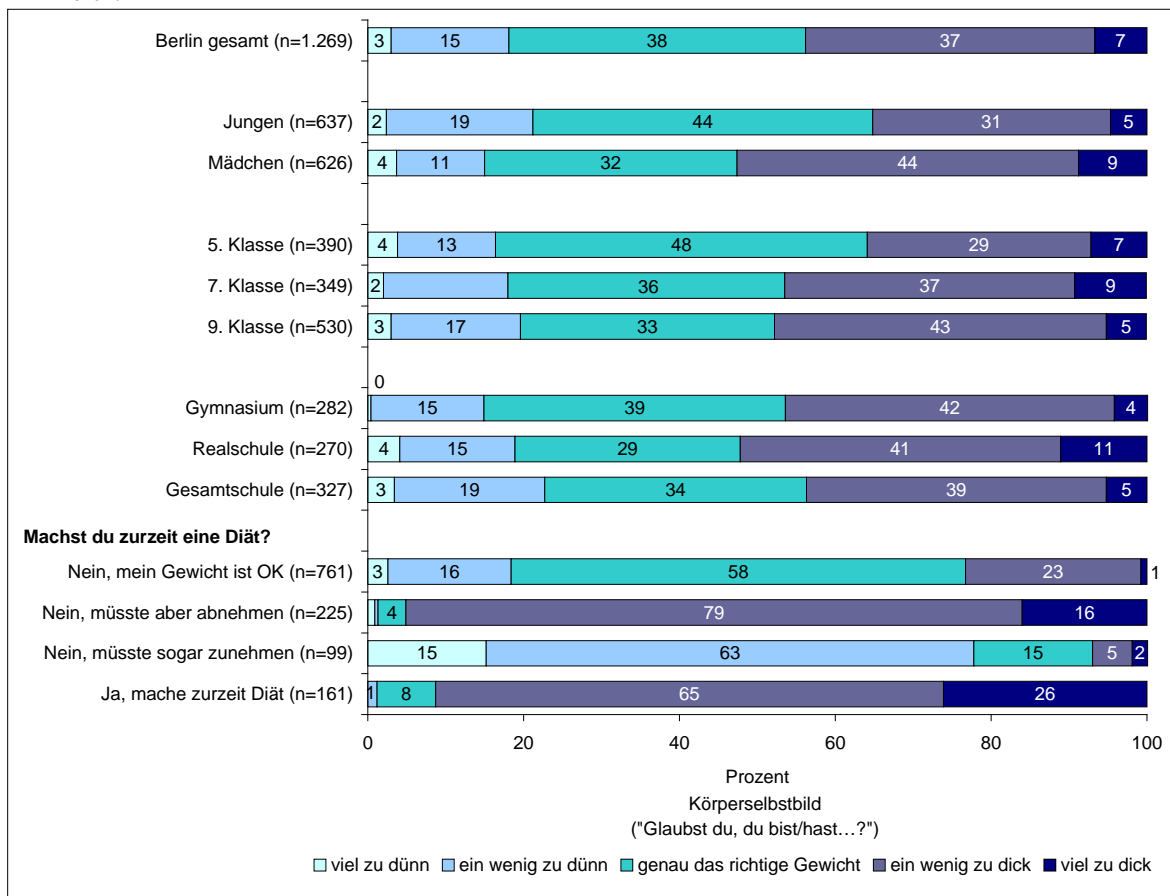
¹³⁰ Chi² = 10,7, df = 2, p < 0,05

sich allerdings ein wenig zu dick (37,1 %). Die knappe Mehrheit gab an, dass sie ihr Gewicht genau richtig findet (38,1 %).

Mädchen schätzten sich häufiger zu dick ein als Jungen¹³¹ und am zufriedensten mit ihrem Gewicht waren die Fünftklässler/innen im Vergleich zu älteren Schüler/innen¹³². Herkunft und familiärer Wohlstand wirkten sich nicht auf die Verteilung der prozentualen Anteile aus. Zusammenhänge wurden jedoch mit der Schulform¹³³ und dem Diätverhalten¹³⁴ sichtbar. So schätzten sich Gesamtschüler/innen im Schulformvergleich anteilig betrachtet als eher zu dünn ein und diejenigen, die zurzeit eine Diät machen, als zu dick (Abbildung 3.41).

Abbildung 3.41:

Körperselbstbild in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform (nur 7. und 9. Klasse) und Diätverhalten
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Auch hier zeigt der BMI-Mittelwertvergleich die zu erwartende Rangfolge über die Kategorien zum Körperselbstbild (Tabelle 3.30). Die Spannbreite der BMI-Werte weist allerdings auf unterschiedliche Einschätzungen des Körperselbstbildes hin. Dies zeigt sich insbesondere bei denjenigen, die ihr Gewicht als genau richtig einschätzen und denjenigen, die sich als ein wenig bzw. viel zu dick einschätzen. Unter Berücksichtigung der Grenzwerte für Untergewicht (10. BMI-Perzentile) und Adipositas (97. BMI-Perzentile), die für Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren zwischen 14,9 kg/m² und 17,3 kg/m² bzw. zwischen 24,5 kg/m² und 27,5 kg/m² liegen, weicht bei einigen Schüler/innen die eigene Wahrnehmung des Körpergewichtes erheblich von der tatsächlichen ab. Hier können zum einen traditionelle Werte (verschiedene Länder haben verschiedene Schönheitsideale), aber auch krankhafte Fehleinschätzungen (z. B. bei Anorexia nervosa-Patient/innen) eine Rolle spielen.

¹³¹ Chi² = 46,9, df = 4, p < 0,001

¹³² Chi² = 35,9, df = 8, p < 0,001

¹³³ Chi² = 26,9, df = 8, p < 0,01

¹³⁴ Chi² = 837,4, df = 12, p < 0,001

Tabelle 3.30:
Körperselbstbild und mittlerer BMI in der HBSC-Studie in Berlin 2006

<i>Körperselbstbild ("Glaubst du, du bist/hast ...?")</i>	<i>Mädchen</i>		<i>Jungen</i>	
	<i>Mittelwert (Standardabweichung)</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Mittelwert (Standardabweichung)</i>	<i>Min-Max</i>
viel zu dünn	15,6 (1,9)	13,5 - 20,2	17,4 (2,5)	13,8 - 21,1
ein wenig zu dünn	17,2 (1,8)	13,2 - 23,2	18,2 (2,3)	11,1 - 23,9
genau das richtige Gewicht	18,1 (2,8)	11,9 - 42,0	19,4 (3,3)	13,0 - 41,0
ein wenig zu dick	20,6 (2,7)	14,7 - 30,3	21,9 (4,2)	13,1 - 56,5
viel zu dick	23,0 (4,2)	14,9 - 35,2	24,5 (4,6)	16,7 - 35,1

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.42 zeigt noch einmal den Anstieg im mittleren BMI, adjustiert für Klassenstufe, über die Antwortkategorien zum Körperselbstbild getrennt für Jungen und Mädchen.

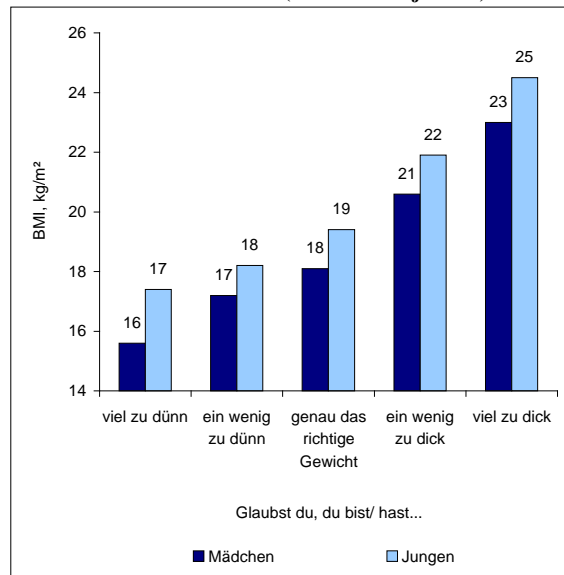
Die Schüler/innen der 7. und 9. Klassen wurden noch etwas intensiver zum Diätverhalten befragt. Sie gaben zusätzlich zu den vorherigen Fragen an, ob sie in den letzten 12 Monaten eine Diät gemacht haben, um Gewicht zu verlieren. Darauf antworteten 63,7 % der Berliner Schüler/innen mit Nein und 36,3 % mit Ja (Abbildung 3.43). Mädchen gaben signifikant häufiger an, in den letzten 12 Monaten eine Diät gemacht zu haben als Jungen¹³⁵. Gymnasiast/innen und Realschüler/innen gaben häufiger als Gesamtschüler/innen an, in den letzten 12 Monaten eine Diät gemacht zu haben¹³⁶. Klassenstufe, Herkunft und familiärer Wohlstand beeinflussten dieses Verhalten nicht.

Von denen, die in den letzten 12 Monaten eine Diät gemacht haben, hielten 40 % diese nur für ein paar Tage ein, knapp 18 % für eine Woche, 21,2 % für bis zu einem Monat und der Rest darüber hinaus (Daten nicht gezeigt).

Wie häufig in den letzten 12 Monaten eine Diät gemacht wurde, wurde ebenfalls erfragt. Von den Berliner Schüler/innen, die angaben, in den letzten 12 Monaten eine Diät zur Gewichtsreduktion gemacht zu haben, gab knapp die Hälfte an, dass sie im erfragten Zeitraum insgesamt eine bis zwei Diäten versuchten, ein Fünftel antwortete drei bis vier Diäten und immerhin 8 % der Befragten gaben an, sieben und mehr Diäten während der letzten 12 Monate gemacht zu haben. Mädchen gaben häufiger als Jungen an, mehrere Diäten gemacht zu haben, der Unterschied war allerdings statistisch nicht signifikant (Daten nicht gezeigt).

Neben der reinen Angabe zur Diät wurden auch andere Möglichkeiten der Gewichtskontrolle, wie z. B. Sport oder Fasten erfasst (Abbildung 3.44). Erfreulich ist insgesamt, dass die Schüler/innen gemäß ihrer Selbstangaben verschiedene Verhaltensweisen eines gesunden Lebensstils zur Gewichtskontrolle nutzen (sportliche Aktivität, gesunde Ernährung) und weniger auf gesundheitsgefährdende Maßnahmen, wie Erbrechen, Abführmittel oder Rauchen zurückgreifen. So treiben laut Selbstangaben vier

Abbildung 3.42:
Körperselbstbild und mittlerer BMI in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht (BMI altersadjustiert)



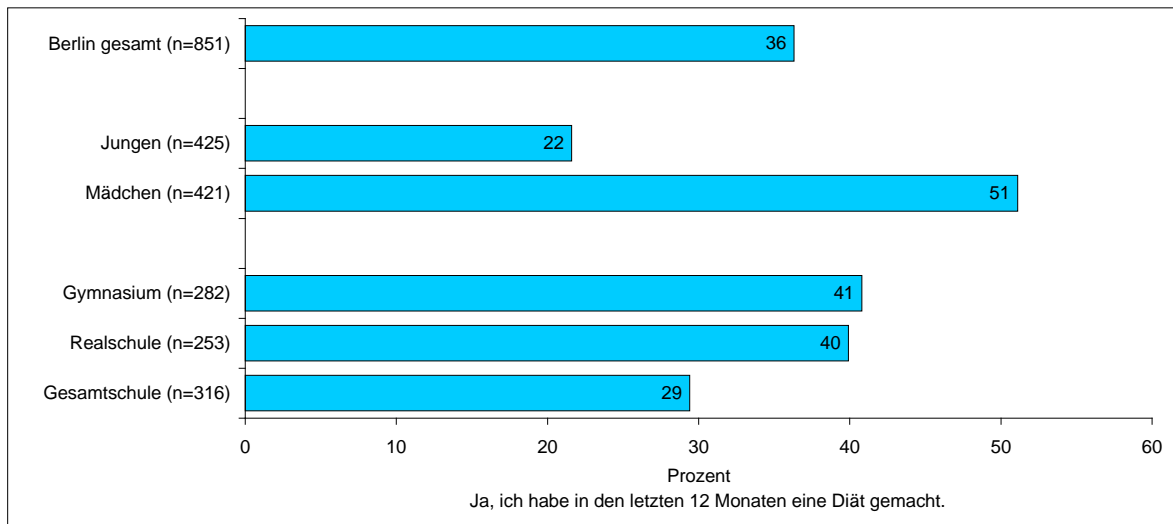
(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹³⁵ Fisher's exakter Test: $p < 0,001$

¹³⁶ $\chi^2 = 10,3$, $df = 2$, $p < 0,01$

Abbildung 3.43:

Diätverhalten in den letzten 12 Monaten in der HBSC-Studie in Berlin 2006, 7. und 9. Klassenstufe nach Geschlecht und Schulform
- in Prozent



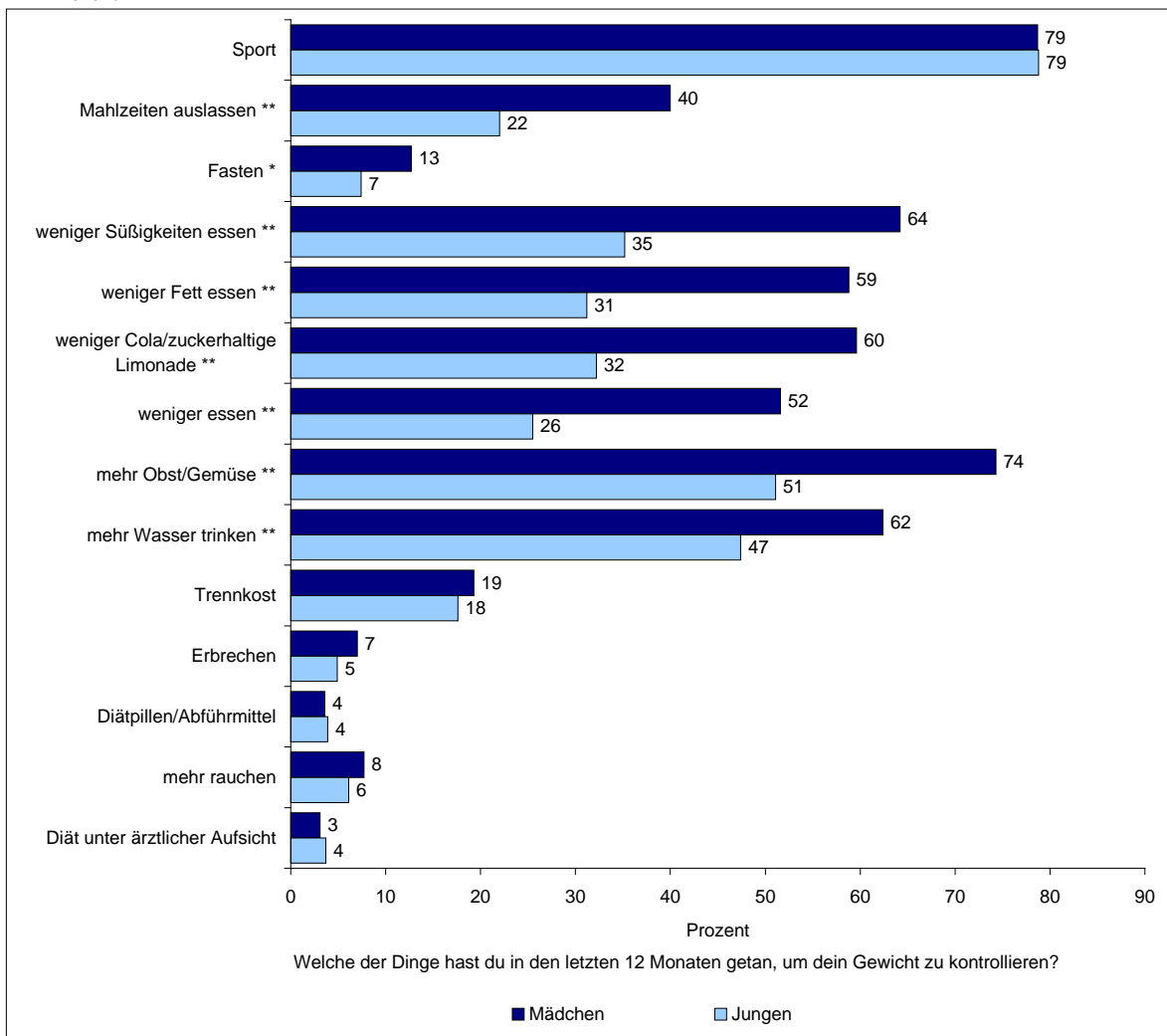
(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.44:

Maßnahmen der Gewichtskontrolle in der HBSC-Studie in Berlin 2006, 7. und 9. Klassenstufe nach Geschlecht

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

von fünf Schüler/innen Sport und etwa zwei Drittel der Mädchen und ein Drittel der Jungen kontrollieren ihr Gewicht, indem sie weniger energiereiche Lebensmittel wie Süßigkeiten oder Cola zu sich nehmen. Der Verzicht auf ungesunde Lebensmittel geht mit einem höheren Verzehr von Obst und Gemüse einher, was von drei Vierteln der Mädchen und etwa der Hälfte der Jungen berichtet wurde. Die geschlechtsspezifische Darstellung der erfragten Maßnahmen macht deutlich, dass Mädchen eher als Jungen durch eine gesunde Ernährungsweise versuchen, ihr Gewicht zu kontrollieren, aber auch zu extremeren Maßnahmen wie Fasten oder Auslassen von Mahlzeiten tendieren.

Nicht zu vernachlässigen ist jedoch, dass Angaben dieser Art sozialer Erwünschtheit unterliegen. Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund der Ernährungsqualität der Berliner Schüler/innen deutlich, die, gemessen an dem für diese Studie gebildeten Ernährungsindex, stark verbesserungswürdig erscheint.

Ältere Schüler/innen gaben häufiger als jüngere Schüler/innen an, zur Gewichtskontrolle Mahlzeiten wegzulassen, zu fasten und mehr zu rauchen. Schüler/innen mit Migrationshintergrund nannten häufiger das Fasten, mehr Wasser trinken und Trennkost als Schüler/innen deutscher Herkunft. Hier überschneiden sich wahrscheinlich religiöse Bräuche mit dem Verhalten zur Gewichtskontrolle (Daten nicht gezeigt).

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sowohl Mahlzeitenmuster als auch Verzehrshäufigkeiten der Berliner Schüler/innen häufig nicht den Empfehlungen entsprechen. So frühstückt z. B. nur etwa die Hälfte der Schüler/innen vor der Schule und nur ein prozentualer Anteil von etwa 8 % isst mehrmals täglich Obst und Gemüse. Insbesondere Alter und soziale Lage der Familie stehen in engem Zusammenhang mit den Verzehrsgewohnheiten. Der entwickelte Ernährungsindex, der Qualitätsmerkmale der Ernährung aus Mahlzeitenmustern und Lebensmittelverzehr kombiniert, zeigt enge Beziehungen zu anderen gesundheitsrelevanten Parametern (Körpergewicht, physische Aktivität, Wohlbefinden) auf.

Die Berliner Schüler/innen pflegen mehrheitlich ein positives Körperselbstbild, wobei Mädchen sich eher als Jungen als ein wenig zu dick einschätzen. Nichtsdestotrotz hat ein nicht unbedeutender Anteil der Schüler/innen schon wenigstens einmal eine Diät versucht, um Gewicht zu verlieren. Grundsätzlich sollten Kinder und Jugendliche sofern nicht medizinisch angezeigt überhaupt keinen Extremdiäten folgen, da der noch wachsende Körper ein ausgewogenes Angebot an Nährstoffen, Vitaminen und Mineralstoffen benötigt. Aus diesem Grund sollten zur Gewichtskontrolle grundlegend gesündere Lebens- (mehr Bewegung) und Ernährungsgewohnheiten (weniger Fett, mehr Obst und Gemüse) angestrebt, vermittelt und eröffnet werden, wie sie bereits teilweise von den Schüler/innen praktiziert werden.

3.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat als Beurteilungsmaß der allgemeinen Gesundheitseinschätzung in den Gesundheitswissenschaften in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich an Stellenwert gewonnen. Ein globaler Lebensqualitätsfaktor beinhaltet die aus allen Bereichen subjektiver Gesundheit stammenden Komponenten der Lebensqualität und kann einen globalen Einblick in die subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bieten.

Im Rahmen der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg wurde die subjektive Gesundheit der befragten Schüler/innen mit Hilfe des KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) erfasst. Der KIDSCREEN-27 gehört zu einer Familie von Fragebögen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL - Health related Quality of Life) und wurde für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren entwickelt und normiert. Die KIDSCREEN-Fragebögen wurden simultan in verschiedenen europäischen Ländern unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Konzepte von

Gesundheit und Wohlbefinden konstruiert. Sie können zu Screening-, Monitoring- und Evaluationszwecken in nationalen und europäischen Gesundheitssurveys eingesetzt werden.

Der KIDSCREEN-27 umfasst 27 Items, die die gesundheitliche Lebensqualität der Befragten in fünf Dimensionen abbilden. Die Dimension *Körperliches Wohlbefinden* beschreibt die körperliche Aktivität, Energie und Fitness. Darüber hinaus wird erfasst, inwieweit sich der/die Befragte unwohl fühlt bzw. über eine subjektiv schlechte Gesundheit verfügt. Die Dimension *Psychisches Wohlbefinden* bildet die Gefühlswelt des/der Befragten ab. Dazu zählt neben positiven Emotionen und dem Grad der Lebenszufriedenheit auch das Vorliegen negativer Emotionen wie Einsamkeit und Traurigkeit. Die Qualität der *Beziehung zu den Eltern* sowie die wahrgenommene Autonomie des/der Befragten werden in der dritten Dimension thematisiert. Hierzu zählt auch das Vorhandensein finanzieller Ressourcen. Die Dimension *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige* erfasst die Qualität der sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen sowie die in diesem Kontext wahrgenommene Unterstützung. Das Verhältnis zu Schule und Lehrern/-innen sowie die eigenen kognitiven Fertigkeiten, Konzentrations- und Lernfähigkeiten sollen in der Dimension *Schulisches Umfeld* eingeschätzt werden.

Zusätzlich lässt sich aus den eingesetzten Fragen ein Index (KIDSCREEN-10 Index) bilden, der die *generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität* in einer einzigen Skala operationalisiert. Auf diese Weise ergibt sich ergänzend zu den Einzelaspekten ein sinnvolles Globalmaß der kognitiven, emotionalen und sozial-funktionalen subjektiven Gesundheit.

Einige Beispielfragen aus dem KIDSCREEN-27, bei deren Beantwortung sich die Teilnehmer/innen auf die letzte Woche beziehen sollen, sowie die dazugehörigen Antwortkategorien finden sich in Tabelle 3.31.

Tabelle 3.31:
Dimensionen und Beispielitems des KIDSCREEN-27

<i>Beispielitems pro Dimension</i>	<i>Antwortkategorien</i>
<i>Körperliches Wohlbefinden (Körperl. WB)</i>	
Hast du dich fit und wohl gefühlt?	überhaupt nicht - ein wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
Bist du voller Energie gewesen?	nie - selten - manchmal - oft - immer
(insgesamt 4 Items)	
<i>Psychisches Wohlbefinden (Psych. WB)</i>	
Hat dir dein Leben gefallen?	überhaupt nicht - ein wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
Hast du dich traurig gefühlt?	nie - selten - manchmal - oft - immer
(insgesamt 7 Items)	
<i>Beziehungen zu Eltern und Autonomie (Eltern)</i>	
Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?	nie - selten - manchmal - oft - immer
Haben deine Mutter / dein Vater dich gerecht behandelt?	nie - selten - manchmal - oft - immer
(insgesamt 7 Items)	
<i>Soziale Unterstützung und Gleichaltrige (Peers)</i>	
Hast du Zeit mit deinen Freunden verbracht?	nie - selten - manchmal - oft - immer
Hast du dich auf deine Freunde verlassen können?	nie - selten - manchmal - oft - immer
(insgesamt 4 Items)	
<i>Schulisches Umfeld (Schule)</i>	
Bist du in der Schule glücklich gewesen?	überhaupt nicht - ein wenig - mittelmäßig - ziemlich - sehr
Konntest du gut aufpassen?	nie - selten - manchmal - oft - immer
(insgesamt 4 Items)	
<i>Generelle Lebensqualität (Global)</i>	
10 Items aus den obigen Dimensionen	
(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)	

Für den KIDSCREEN Fragebogen stehen Referenzdaten aus einem internationalen, repräsentativen Survey, an dem insgesamt 21.804 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren teilnahmen, zur Verfügung. Die Alters- und Geschlechtsverteilung spiegelten die Verhältnisse der jeweiligen zugrunde liegenden nationalen Referenzpopulationen wider.

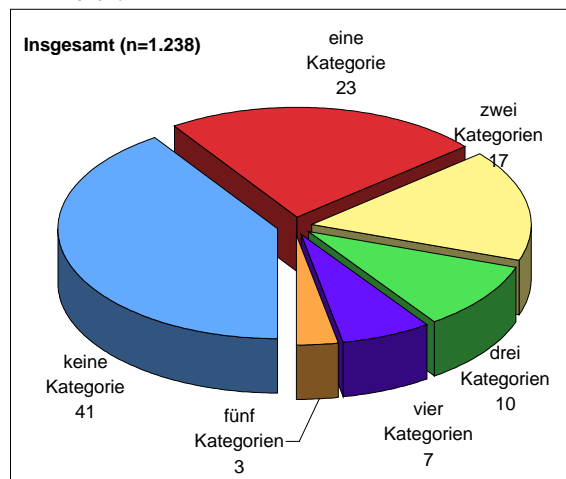
Für die in Tabelle 3.31 genannten Dimensionen werden Skalenwerte berechnet (vgl. Kapitel 2.5), indem die Punktwerte aufsummiert werden, die den Antworten auf die entsprechenden Fragen zugeordnet sind. Diese Skalensummenwerte werden anschließend in so genannte T-Werte umgerechnet, die in der internationalen KIDSCREEN Gesamtstichprobe ermittelt und festgelegt wurden. In dieser Normstichprobe beträgt der Mittelwert der T-Werte 50 Punkte und die Streuung (Standardabweichung) 10 Punkte. Dieses Vorgehen dient der Standardisierung und ermöglicht einen Vergleich der Ergebnisse der einzelnen Skalen, die aus einer unterschiedlichen Anzahl von Items bestehen, anhand eines einheitlichen Wertes. Ein hoher T-Wert steht dabei für eine hohe Lebensqualität, ein niedriger T-Wert demnach für eine geringere Lebensqualität. Bei Vergleichen zwischen Gruppen kann angenähert davon ausgegangen werden, dass es sich bei einer Abweichung um 5 Punkte (eine halbe Standardabweichung) auf der T-Wert-Skala um einen mittleren Effekt der Differenz handelt. Weichen die Gruppenmittelwerte um mehr als 8 Punkte (ca. eine Standardabweichung) voneinander ab, spricht man von einer großen Effektstärke.

Neben einem Vergleich der T-Werte unterschiedlicher Gruppen können für die Auswertungen auch die Ergebnisse der Berliner Schüler/innen mit denen der für Deutschland repräsentativen KIDSCREEN Referenzstichprobe verglichen werden. In diese Referenzstichprobe sind die Angaben von 1.773 in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 18 Jahren stellvertretend für die Normalbevölkerung eingegangen. Es ist davon auszugehen, dass Testwerte, die mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert der deutschen KIDSCREEN Referenzstichprobe liegen, als ein Indikator für eine niedrige Lebensqualität einzustufen sind. Theoretischen Überlegungen folgend weisen bei dieser Einteilung 16 % der Normalbevölkerung einen derart niedrigen (kritischen) T-Wert auf. So lassen sich gefährdete Kinder und Jugendliche identifizieren, die ein höheres gesundheitliches Risiko tragen bzw. gegebenenfalls mögliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und des Funktionierens im Alltag frühzeitig ermitteln (The KIDSCREEN Group, 2006).

Im Folgenden werden zunächst die Lebensqualitätswerte (T-Werte) der Schüler/innen in den jeweiligen fünf Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (*Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Beziehungen zu den Eltern und Autonomie, Soziale Unterstützung und Gleichaltrige, Schulisches Umfeld*) sowie in der globalen Einschätzung nach Geschlecht, Alter, Schulform, familiärem Wohlstand, Herkunft und gesundheitlichen Risikogruppen verglichen. Zusätzlich wurden die Angaben der Berliner Schüler/innen mit Hilfe des in der Referenzstichprobe ermittelten kritischen T-Wertes in „unauffällig“ und „auffällig niedrige Lebensqualität“ klassifiziert. Neben den reinen T-Werten ermöglicht dieses Vorgehen einen Vergleich der Anteile von Schülern/-innen mit einer auffällig niedrigen Lebensqualität in den untersuchten Gruppen.

Wie Abbildungen 3.45a und 3.45b zeigen, erreichen 41 % der befragten Berliner Schüler/innen in allen fünf untersuchten Kategorien Lebensqualitätswerte, die über dem als kritisch angesehenen Grenzwert lagen und somit als unauffällig gelten können. Mädchen sind mit 36 % in dieser Gruppe

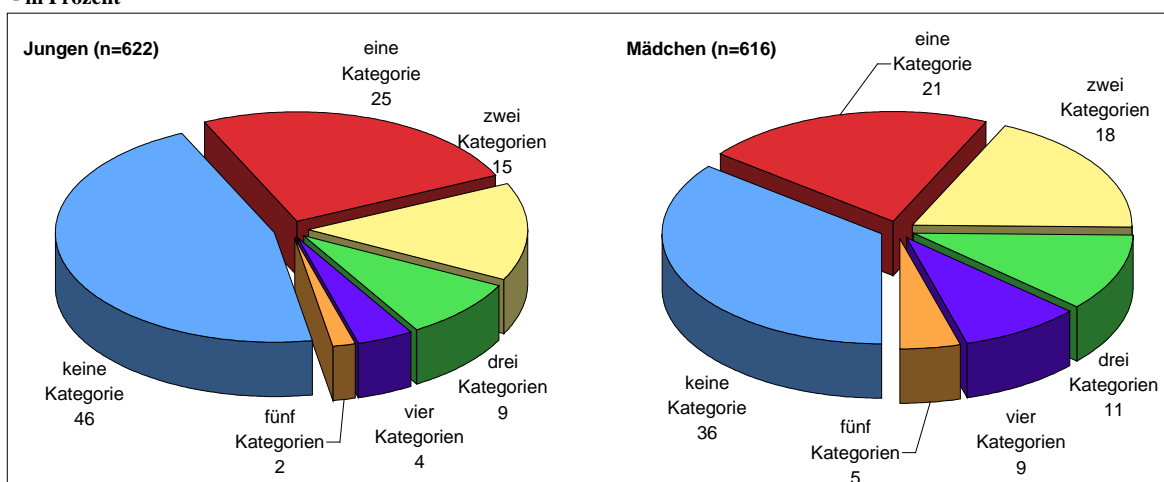
Abbildung 3.45a:
Anteil der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Anzahl der Kategorien mit auffällig geringer Lebensqualität - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006/ Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.45b:

Anteil der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht und Anzahl der Kategorien mit auffällig geringer Lebensqualität
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006/ Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

weniger häufig vertreten als Jungen (46 %). 21 % der Mädchen und 25 % der Jungen werden in einer der untersuchten Kategorien als auffällig klassifiziert, von Problemen in zwei Kategorien sind weitere 18 % Mädchen bzw. 15 % Jungen betroffen. Fast ein Viertel der Mädchen und ein Siebentel der Jungen berichten von Schwierigkeiten in drei oder mehr Kategorien.

3.5.1 Unterschiede nach Subgruppen

Geschlecht und Alter

Mädchen schätzen sowohl ihr körperliches¹³⁷ als auch ihr psychisches¹³⁸ Wohlbefinden signifikant geringer ein als Jungen (Tabelle 3.32). Die T-Werte der Mädchen liegen in diesen Dimensionen ca. vier Punkte unter denen der Jungen, was als ein mittlerer Effekt angesehen werden kann. Geringer, aber immer noch signifikant, ist der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bei der Einschätzung der elternbezogenen Lebensqualität¹³⁹. Bei der Einschätzung der Dimensionen *Soziale Unterstützung* und *Gleichaltrige* sowie *Schulisches Umfeld* unterscheiden sich die beiden Geschlechter hingegen nicht. Im Allgemeinen schätzen Mädchen dann auch ihre globale Lebensqualität signifikant geringer ein als Jungen¹⁴⁰.

Tabelle 3.32:
Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006
nach Geschlecht
- T-Werte

	Jungen (n=659)	Mädchen (n=633)
KIDSCREEN-27		
Körperliches Wohlbefinden	51,1	46,5
Psychisches Wohlbefinden	49,6	45,0
Beziehung zu Eltern und Autonomie	51,1	49,4
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	49,4	50,0
Schulisches Umfeld	48,4	48,5
KIDSCREEN-10 Index		
Globalmaß der Lebensqualität	49,8	46,5

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹³⁷ $F_{1,1269} = 52,72, p < 0,001$

¹³⁸ $F_{1,1270} = 62,12, p < 0,001$

¹³⁹ $F_{1,1266} = 8,98, p < 0,01$

¹⁴⁰ $F_{1,1261} = 39,50, p < 0,001$

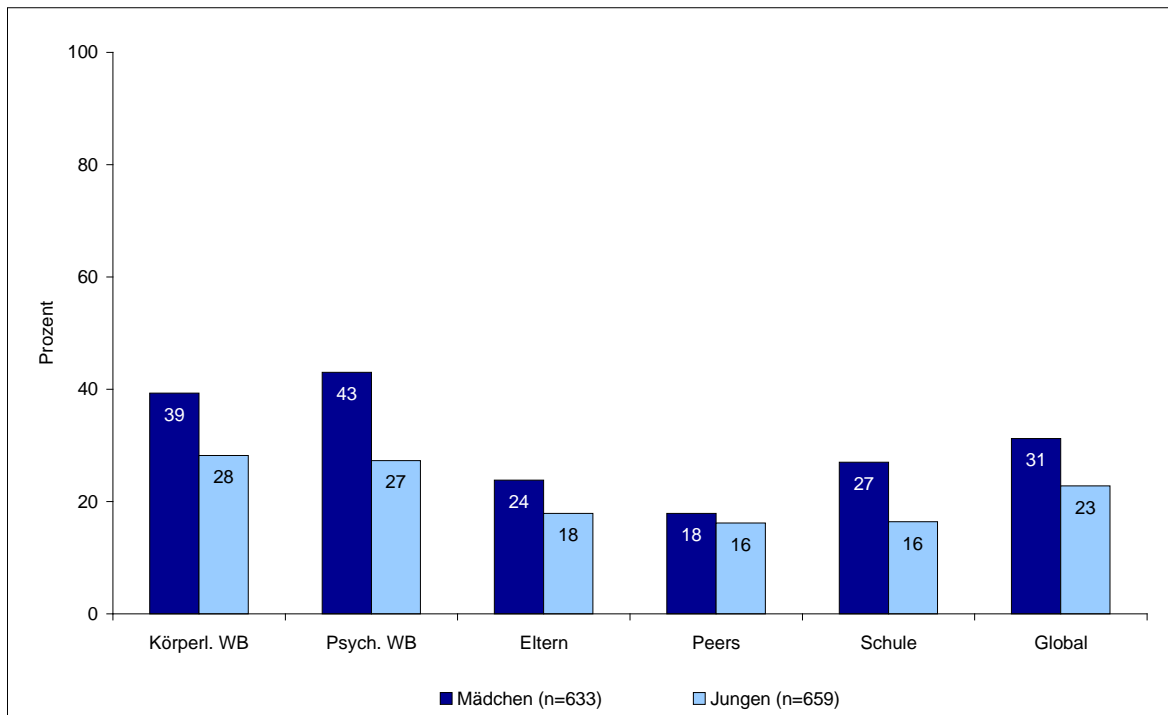
¹⁴¹ $\chi^2 = 17,4, df = 1, p < 0,001$

Wie aus Abbildung 3.46 hervorgeht, zählen deutlich mehr Mädchen (39,3 %) als Jungen (28,2 %) zu den Schülern/-innen, die auffällig niedrige Werte im Bereich des körperlichen Wohlbefindens berichten¹⁴¹. Ein ähnli-

Wie aus Abbildung 3.46 hervorgeht, zählen deutlich mehr Mädchen (39,3 %) als Jungen (28,2 %) zu den Schülern/-innen, die auffällig niedrige Werte im Bereich des körperlichen Wohlbefindens berichten¹⁴¹. Ein ähnli-

Abbildung 3.46:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

ches Bild zeigt sich beim psychischen Wohlbefinden. Hier liegen 27,3 % der Jungen und 43,0 % der Mädchen¹⁴² in einem Bereich, der als kritisch angesehen werden kann. Im Verhältnis dazu fällt die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die Probleme mit Eltern (Jungen: 17,9 %; Mädchen: 23,8 %) berichten, kleiner aus. Dieser Unterschied zwischen Mädchen und Jungen ist statistisch bedeutsam¹⁴³. Auch Probleme mit Gleichaltrigen sieht nur eine vergleichsweise geringe Gruppe der Befragten (Jungen: 16,2 %; Mädchen: 17,9 %) und zwar unabhängig vom Geschlecht. Wie schon bei den beiden ersten Kategorien geben deutlich mehr Mädchen (27,0 %) als Jungen (16,4 %) an, Probleme im schulischen Umfeld¹⁴⁴ zu erleben. Insgesamt gesehen, schätzen etwas mehr als ein Viertel der Berliner Schüler/innen ihre allgemeine Lebensqualität auffällig niedrig ein. Für Mädchen (31,2 %) trifft dies häufiger zu als für Jungen (22,8 %) ¹⁴⁵.

In Tabelle 3.33 ist deutlich zu sehen, dass die Lebensqualität in allen erhobenen Bereichen mit dem Alter abnimmt¹⁴⁶, dies trifft auch für die Einschätzung der globalen Lebensqualität¹⁴⁷ zu. Die Unterschiede zwischen den Angaben der Fünftklässler/innen und denen der Neuntklässler/innen reichen von knapp drei (*Soziale Unterstützung und Gleichaltrige*) bis zu fast neun Punkten (*Schulisches Umfeld*), was einem mittleren Effekt entspricht.

Das Phänomen der mit dem Alter abnehmenden Lebensqualität im Kindes- und Jugendalter ist bereits aus anderen Studien bekannt (Bisegger et al., 2005; Ravens-Sieberer et al., 2007a) und zeigt sich auch beim Vergleich der Schüler/innen der einzelnen Klassenstufen mit auffällig geringer Lebensqualität (Abbildung 3.47). Im Bereich *körperliches Wohlbefinden* ist ein dramatischer Anstieg von der 7. zur 9. Klasse von 28,8 % auf 41,7 % zu beobachten¹⁴⁸. Zwar finden sich auch beim psychischen Wohlbefinden

¹⁴² $\chi^2 = 34,2$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁴³ $\chi^2 = 6,7$, $df = 1$, $p < 0,01$

¹⁴⁴ $\chi^2 = 20,7$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁴⁵ $\chi^2 = 11,4$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁴⁶ Körperl. WB: $F_{2,1273} = 52,49$, $p < 0,001$; Psych. WB: $F_{2,1275} = 43,08$, $p < 0,001$; Eltern: $F_{2,1271} = 11,07$, $p < 0,001$; Peers: $F_{2,1270} = 9,07$, $p < 0,001$; Schule: $F_{2,1268} = 100,83$, $p < 0,001$

¹⁴⁷ $F_{2,1266} = 67,27$, $p < 0,001$

¹⁴⁸ $\chi^2 = 26,4$, $df = 2$, $p < 0,001$

Tabelle 3.33:

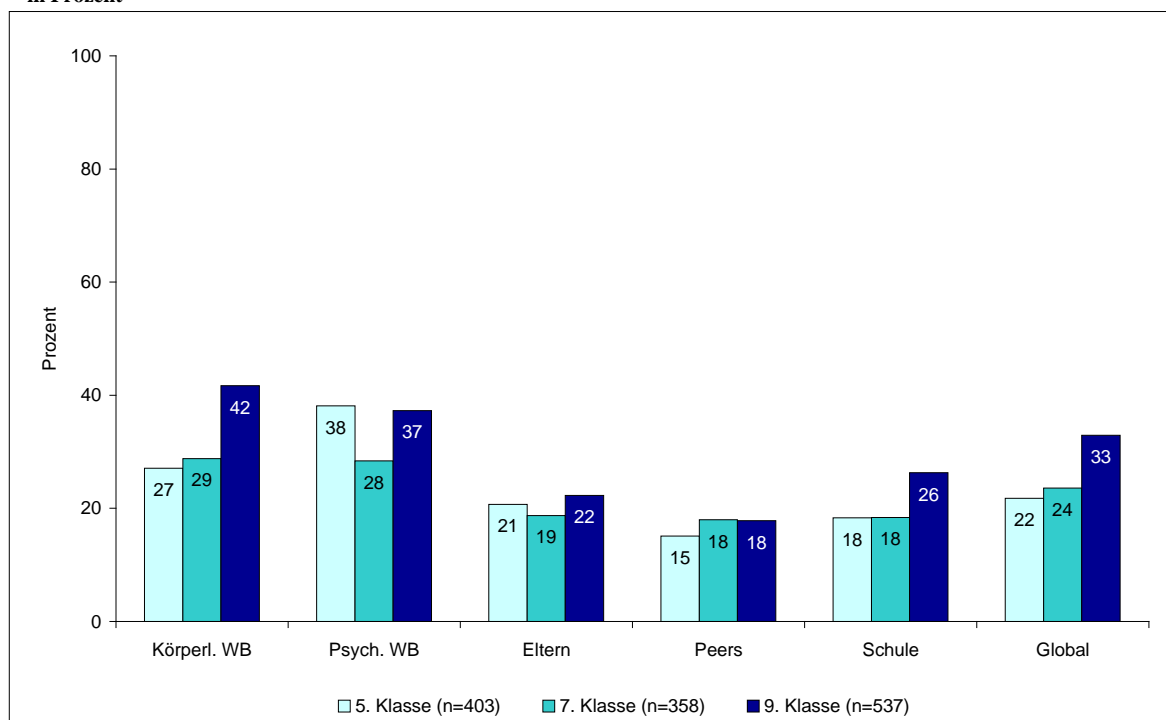
Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- T-Werte

	5. Klasse (n=403)	7. Klasse (n=358)	9. Klasse (n=537)
KIDSCREEN-27			
Körperliches Wohlbefinden	53,2	48,7	45,7
Psychisches Wohlbefinden	51,0	47,5	44,6
Beziehung zu Eltern und Autonomie	51,8	50,8	48,8
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	51,4	49,0	48,8
Schulisches Umfeld	53,5	48,5	44,8
KIDSCREEN-10 Index			
Globalmaß der Lebensqualität	52,3	48,1	45,2

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.47:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

ca. ein Drittel Schüler/innen, die eine niedrige Lebensqualität in dieser Kategorie angeben, dies trifft jedoch häufiger für die Fünft- und Neuntklässler/innen (38,1 % bzw. 37,3 %) als für die Siebtklässler/innen (28,4 %) zu¹⁴⁹. Von Problemen mit Eltern (18,7 % bis 22,3 %) und Gleichaltrigen (15,1 % bis 18,0 %) sind in allen drei Klassenstufen ungefähr gleich viele Schüler/innen betroffen. In der Kategorie schulisches Umfeld ist ein deutlicher Anstieg der Auffälligkeiten von der 7. zur 9. Klasse zu beobachten (18,4 % bzw. 26,3 %), während sich die beiden unteren Klassen nicht unterscheiden¹⁵⁰. Dieses Muster wiederholt sich bei der Einschätzung der globalen Lebensqualität, die alle fünf Kategorien berücksichtigt. Hier liegt in der 9. Klasse der Anteil derjenigen, die auffällig niedrige Werte erreichen, bei 32,9 %, während in der 5. und 7. Klasse 21,8 % bzw. 23,6 % dieser Gruppe zuzuordnen sind¹⁵¹.

¹⁴⁹ $\chi^2 = 9,4$, $df = 2$, $p < 0,01$

¹⁵⁰ $\chi^2 = 11,4$, $df = 2$, $p < 0,01$

¹⁵¹ $\chi^2 = 16,6$, $df = 2$, $p < 0,001$

Besuchte Schulform

Die besuchte Schulform – hier nur die Siebt- und Neuntklässer/innen - hat keinen nennenswerten Einfluss auf das körperliche und psychologische Wohlbefinden (Tabelle 3.34). Auch in der globalen Bewertung der Lebensqualität und in der Beziehung zu Gleichaltrigen unterscheiden sich die Schüler/

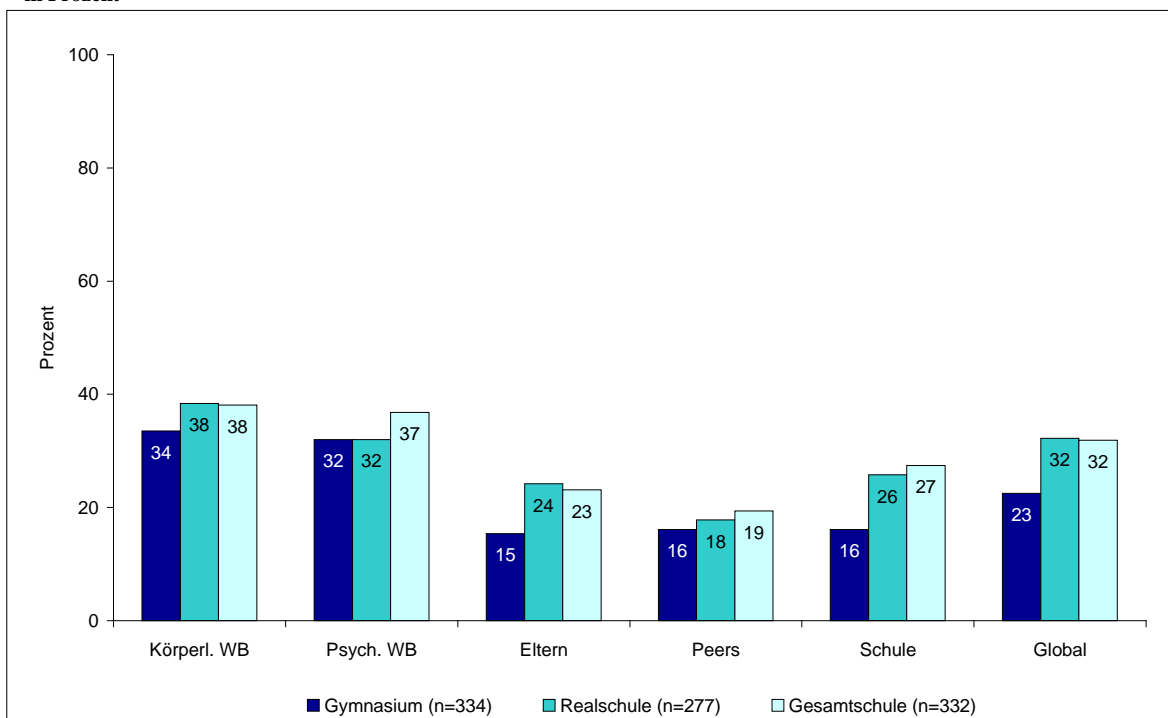
Tabelle 3.34:
Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Schulform
(nur 7. und 9. Klasse)
- T-Werte

	Gymnasium (n=286)	Realschule (n=277)	Gesamtschule (n=332)
KIDSCREEN-27			
Körperliches Wohlbefinden	47,3	46,6	46,8
Psychisches Wohlbefinden	46,4	46,1	44,9
Beziehung zu Eltern und Autonomie	50,9	49,1	48,9
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	48,7	49,2	48,8
Schulisches Umfeld	48,0	45,7	45,1
KIDSCREEN-10 Index			
Globalmaß der Lebensqualität	46,9	47,0	45,4

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

innen der drei Schulformen Gymnasium, Real- und Gesamtschule nicht. Gymnasiasten/-innen erreichen jedoch im Vergleich zu Gesamtschülern/-innen in der schulbezogenen Lebensqualität signifikant höhere Werte¹⁵². Ebenso schätzen sie ihre elternbezogene Lebensqualität besser ein als die Schüler/

Abbildung 3.48:
Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁵² $F_{2,882} = 3,91, p < 0,05$

innen der beiden anderen untersuchten Schulformen¹⁵³. Die Abweichungen zwischen den Gruppen sind jedoch weniger stark ausgeprägt und betragen weniger als drei Punkte. Dies entspricht einer eher geringen Effektstärke.

Bei den Schülern/-innen mit einer auffällig niedrigen Lebensqualität (Abbildung 3.48) lassen sich in den Kategorien *Körperliches* und *Psychisches Wohlbefinden* sowie bei der *Sozialen Unterstützung und Gleichaltrige* keine signifikanten Unterschiede in der Auffälligkeit zwischen den einzelnen Schulformen ausmachen. Jedoch zeigen Gymnasiasten/-innen weniger Auffälligkeiten in der schulbezogenen Lebensqualität sowie bei der Einschätzung der Beziehung zu den Eltern als Schüler/-innen der anderen Schulformen¹⁵⁴. Bei der Betrachtung der globalen Lebensqualität finden sich dann auch deutlich mehr Real- und Gesamtschüler/-innen, die durch niedrige T-Werte in dieser allgemeinen Dimension auffallen¹⁵⁵.

Familiärer Wohlstand

Wie Tabelle 3.35 zeigt, steigt mit dem Wohlstandsniveau auch die berichtete Lebensqualität. Insbesondere ist dies in den Kategorien *körperliches*¹⁵⁶ und *psychisches*¹⁵⁷ *Wohlbefinden* sowie bei der *Beziehung zu den Eltern*¹⁵⁸ zu beobachten. Dabei unterscheiden sich Schüler/-innen aus Familien mit unterem und mittlerem Wohlstandsniveau von denen aus Familien mit einem höheren Wohlstandsniveau. Die Effekte sind jedoch als eher gering zu bezeichnen, da die Abweichungen maximal vier Punkte (*Beziehung zu Eltern und Autonomie*) betragen. In den Kategorien *Gleichaltrige* und *Schule* unterscheiden sich die drei Wohlstandsgruppen nicht signifikant. Bei der Einschätzung der *globalen Lebensqualität*¹⁵⁹ schneiden Schüler/-innen mit einem höheren Wohlstandsniveau besser ab als Schüler/-innen mit einem unteren und mittleren Wohlstandsniveau, die sich in diesem Punkt nicht unterscheiden.

Tabelle 3.35:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach familiärem Wohlstand
- T-Werte

	<i>niedriger familiärer Wohlstand (n=254)</i>	<i>mittlerer familiärer Wohlstand (n=516)</i>	<i>hoher familiärer Wohlstand (n=477)</i>
KIDSCREEN-27			
Körperliches Wohlbefinden	47,7	48,5	50,0
Psychisches Wohlbefinden	46,5	47,0	48,3
Beziehung zu Eltern und Autonomie	48,3	49,3	52,3
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	49,0	49,4	50,4
Schulisches Umfeld	48,2	48,2	49,1
KIDSCREEN-10 Index			
Globalmaß der Lebensqualität	47,5	47,6	49,4

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Unterschiede zwischen den Wohlstandsgruppen lassen sich auch bei den Schülern/-innen beobachten, die eine auffällig geringe Lebensqualität in den einzelnen Kategorien berichten (Abbildung 3.49). Schüler/-innen aus finanzstarken Familien sind deutlich seltener in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen anzutreffen, die eine auffällig niedrige Lebensqualität in den untersuchten Kategorien

¹⁵³ $F_{2,878} = 8,59, p < 0,001$

¹⁵⁴ Eltern: $\chi^2 = 8,1, df = 2, p < 0,05$; Schule: $\chi^2 = 11,8, df = 2; p < 0,01$

¹⁵⁵ $\chi^2 = 8,4, df = 2, p < 0,05$

¹⁵⁶ $F_{2,1226} = 4,13, p < 0,05$

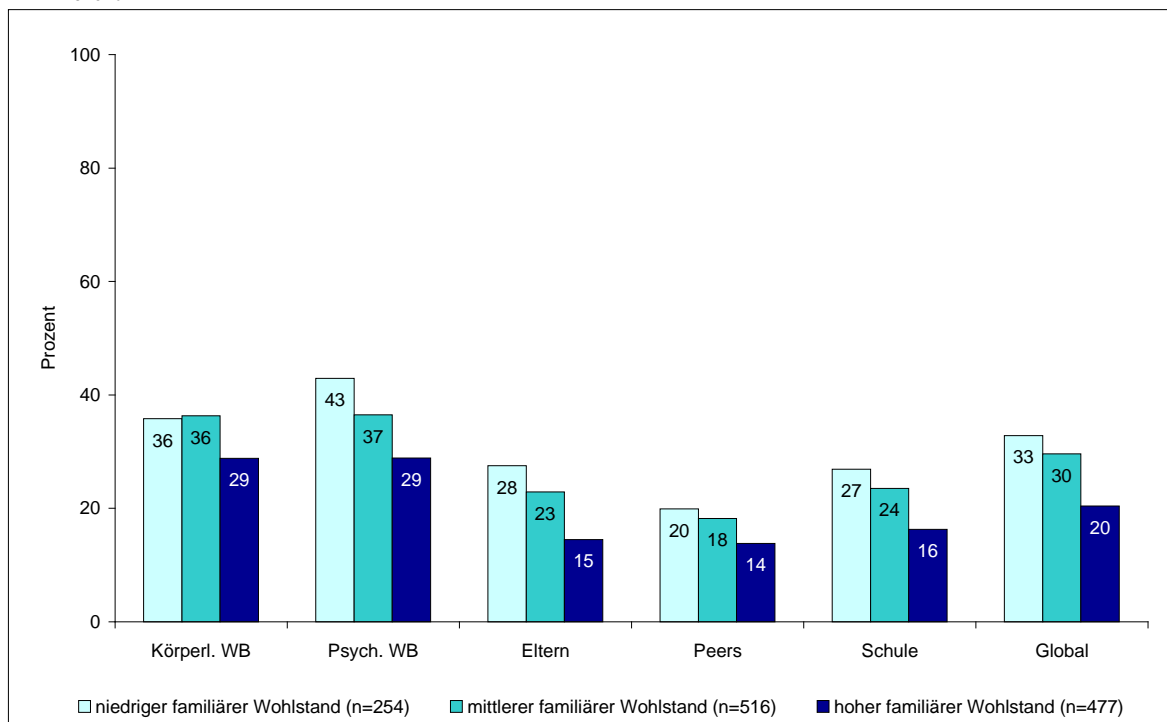
¹⁵⁷ $F_{2,1227} = 3,00, p < 0,05$

¹⁵⁸ $F_{2,1225} = 17,97, p < 0,001$

¹⁵⁹ $F_{2,1220} = 5,46, p < 0,01$

Abbildung 3.49:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach familiärem Wohlstand - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

angeben¹⁶⁰. Ausnahme bildet hier jedoch erneut die Dimension *Gleichaltrige*, in der der soziale Unterschied zwischen den Gruppen keine Rolle zu spielen scheint. In den anderen Dimensionen liegt der Abstand zwischen der niedrigsten und der höchsten Wohlstandsgruppe zwischen 7 Prozentpunkten beim *körperlichen Wohlbefinden* und 14 Prozentpunkten beim *psychischen Wohlbefinden*. Die Differenz zwischen niedrigster und mittlerer Wohlstandskategorie fällt dagegen häufig nicht so deutlich aus. In den Kategorien *Körperliches Wohlbefinden*, *Unterstützung durch Eltern*, *Schulisches Umfeld* sowie beim *globalen Index* geben ungefähr gleich viele Kinder und Jugendliche aus beiden Wohlstandsgruppen eine auffällig niedrige Lebensqualität an. Beim *psychischen Wohlbefinden* ist jedoch eine deutliche Abstufung zwischen den Wohlstandsgruppen zu erkennen, die von einem Anteil von 28,9 % Auffälliger in der höchsten über 36,5 % in der mittleren und 42,9 % in der niedrigsten Wohlstandsgruppe reicht.

Migrationshintergrund

Berliner Schüler/innen deutscher und nichtdeutscher Herkunft unterscheiden sich nicht in der beobachteten Lebensqualität (Tabelle 3.36). Dies gilt sowohl für die globale Lebensqualität wie auch für die einzelnen untersuchten Kategorien. Wie aus Abbildung 3.50 hervorgeht, berichten Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Herkunft signifikant häufiger Auffälligkeiten im psychischen Wohlbefinden (39,5 %) als Kinder und Jugendliche deutscher Herkunft (33,1 %)¹⁶¹. In allen anderen untersuchten Kategorien sowie in der globalen Einschätzung der Lebensqualität berichten unabhängig

Tabelle 3.36:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Migrationsstatus - T-Werte

	deutsche Herkunft (n=930)	Migrationshintergrund (n=311)
KIDSCREEN-27		
Körperliches Wohlbefinden	48,6	49,6
Psychisches Wohlbefinden	47,5	47,2
Beziehung zu Eltern und Autonomie	50,5	50,0
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	49,8	49,6
Schulisches Umfeld	48,4	48,7
KIDSCREEN-10 Index		
Globalmaß der Lebensqualität	48,4	48,0

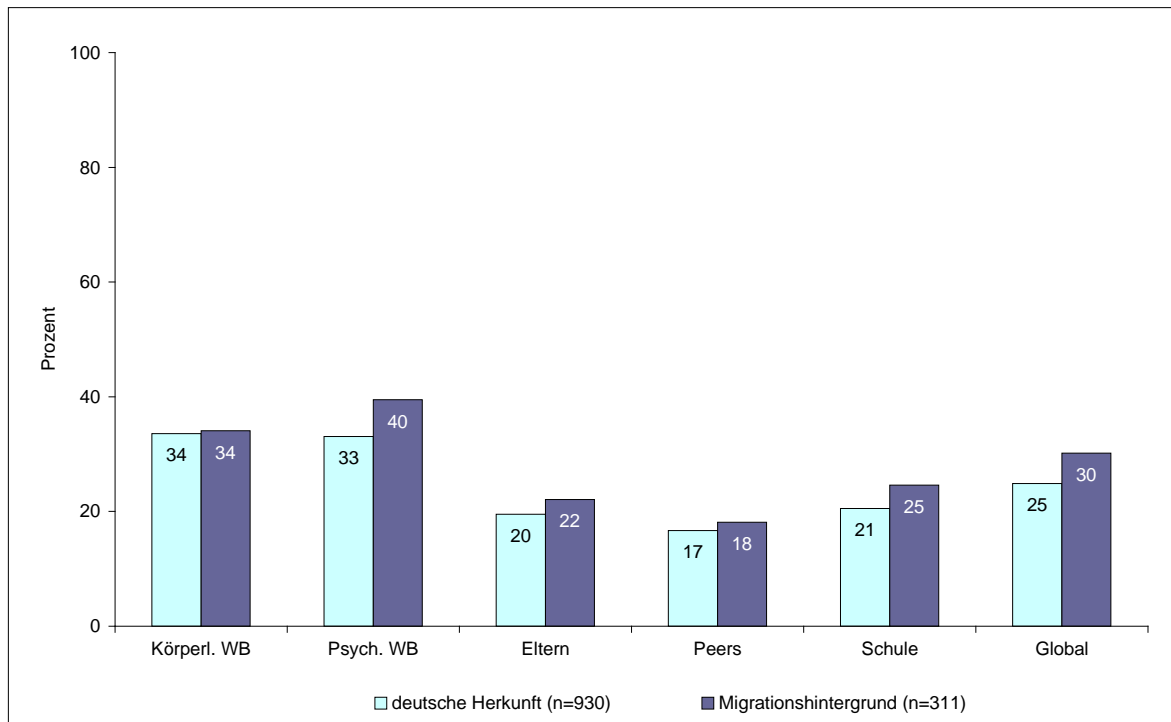
(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁶⁰ Körperl. WB: $\chi^2 = 7,0$, $df = 2$, $p < 0,05$; Psych. WB: $\chi^2 = 14,8$, $df = 2$, $p < 0,01$; Eltern: $\chi^2 = 19,4$, $df = 2$, $p < 0,001$; Schule: $\chi^2 = 13,1$, $df = 2$, $p < 0,01$; Global: $\chi^2 = 16,2$, $df = 2$, $p < 0,001$

¹⁶¹ $\chi^2 = 4,0$, $df = 1$, $p < 0,05$

Abbildung 3.50:

**Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Migrationsstatus
- in Prozent**



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

von ihrer Herkunft in etwa gleich viele Befragte auffällig niedrige Werte. Bei Betrachtung der einzelnen Herkunftsländer bzw. -gebiete lässt sich darüber hinaus kein eindeutiges Muster erkennen. Gründe dafür lassen sich jedoch vor allem auf die geringen Fallzahlen in den einzelnen Gruppen zurückführen.

3.5.2 Gesundheitliche Risikogruppen

In den nächsten beiden Abschnitten soll beleuchtet werden, wie Kinder und Jugendliche, die einer gesundheitlichen Risikogruppe angehören, ihre Lebensqualität in den untersuchten Dimensionen beschreiben. Als Indikatoren für eine Gefährdung der Befragten werden dabei die Einschätzung der allgemeinen Gesundheit als eher schlecht und mehr als zwei wiederholt auftretende psychosomatische Beschwerden herangezogen (vgl. Kapitel 3.2.1).

Allgemeine Gesundheit

Im Folgenden werden die Schüler/innen, die ihre allgemeine Gesundheit als einigermaßen bzw. schlecht einstufen, den Schülern/-innen gegenüber gestellt, die ihre allgemeine Gesundheit als ausgezeichnet bzw. gut beschreiben. Es liegt auf der Hand, dass Kinder und Jugendliche, die ihre allgemeine Gesundheit als eher schlecht bezeichnen, auch Einbußen in ihrer täglichen Lebensqualität erleben. Wie aus Tabelle 3.37 hervorgeht, ist das vor allem für das *körperliche*¹⁶² und *psychische*¹⁶³ Wohlbefinden der Fall, wo Schüler/innen der Risikogruppe deutlich geringere Lebensqualitätswerte erreichen als Schüler/innen ohne gesundheitliches Risiko. Die Unterschiede betragen elf bzw. acht Punkte und entsprechen somit einer großen Effektstärke. In den anderen Kategorien¹⁶⁴ sowie bei der *globalen Lebensqualität*¹⁶⁵ sind Unterschiede zwischen beiden Gruppen ebenso vorhanden, fallen jedoch nicht so stark aus.

¹⁶² $F_{1,1266} = 200,15, p < 0,001$

¹⁶³ $F_{1,1268} = 108,46, p < 0,001$

¹⁶⁴ Eltern: $F_{1,1265} = 52,29, p < 0,001$; Peers: $F_{1,1264} = 22,04, p < 0,001$; Schule: $F_{1,1262} = 77,53, p < 0,001$

¹⁶⁵ $F_{1,1260} = 107,87, p < 0,001$

So gibt auch mit 68,9 % und 62,6 % ein erschreckend hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen, die ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen, eine auffällig niedrige Lebensqualität in den Bereichen *körperliches*¹⁶⁶ und *psychisches*¹⁶⁷ Wohlbefinden an (Abbildung 3.51). Im Vergleich zu ihren gesünderen Altersgenossen (26,3 % bzw. 29,3 %) sind das mehr als zweieinhalb mal bzw. doppelt so viele Betroffene. Probleme mit Eltern (35,8 %)¹⁶⁸, Gleichaltrigen (26,1 %)¹⁶⁹ sowie im schulischen Umfeld (41,2 %)¹⁷⁰ sind im Vergleich dazu in der Risikogruppe weniger häufig anzutreffen. In Relation zu den gesünderen Teilnehmern/-innen der Befragung zeigt sich jedoch auch hier, dass Schüler/innen mit einem eher schlechten Gesundheitszustand von diesen Schwierigkeiten wiederum ca. zweieinhalb mal (*schulisches Umfeld*) bzw. doppelt so häufig (*elterliche Unterstützung*) betroffen sind. In der alle Kategorien zusammenfassenden *globalen Lebens-*

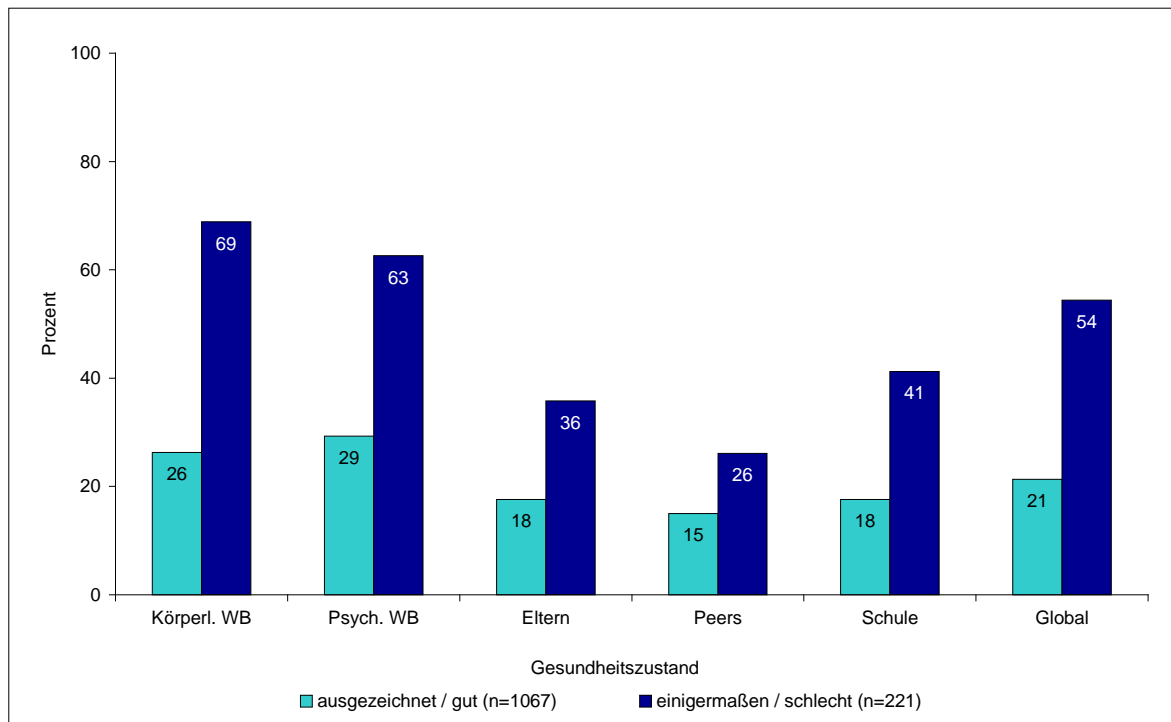
Tabelle 3.37:
Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach allgemeinem Gesundheitszustand - T-Werte

	Gesundheitszustand	
	ausgezeichnet / gut (n=1067)	einigermaßen / schlecht (n=221)
KIDSCREEN-27		
Körperliches Wohlbefinden	50,7	39,6
Psychisches Wohlbefinden	48,7	40,8
Beziehung zu Eltern und Autonomie	51,1	45,9
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	50,2	46,8
Schulisches Umfeld	49,5	43,2
KIDSCREEN-10 Index		
Globalmaß der Lebensqualität	49,4	42,2

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.51:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach allgemeinem Gesundheitszustand - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

qualität erreichen dann auch mehr als die Hälfte (54,4 %) der als Risikogruppe eingestufteten Teilnehmer/innen Werte, die als bedenklich gelten können im Vergleich zu den gesünderen Teilnehmern, von denen 21,3 % in dieser Gruppe vertreten sind¹⁷¹.

¹⁶⁶ $\chi^2 = 147,0$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁶⁷ $\chi^2 = 87,9$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁶⁸ $\chi^2 = 36,1$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁶⁹ $\chi^2 = 15,8$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁷⁰ $\chi^2 = 58,4$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁷¹ $\chi^2 = 99,5$, $df = 1$, $p < 0,001$

Psychosomatische Beschwerden

Wie bereits an anderer Stelle in diesem Bericht erwähnt (vgl. Kapitel 2.5 und 3.2.1), wurden in der HBSC-Studie auch konkrete gesundheitliche Beschwerden abgefragt. Die Schüler/innen sollten angeben, wie oft sie innerhalb der letzten 6 Monate die folgenden Beschwerden hatten: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Einschlafschwierigkeiten, Benommenheit. In der Analyse wurden Schüler/innen, die von zwei oder mehr wiederholten psychosomatischen Beschwerden berichteten, denen gegenübergestellt, die weniger häufig betroffen waren.

Tabelle 3.38:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Anzahl psychosomatischer Beschwerden

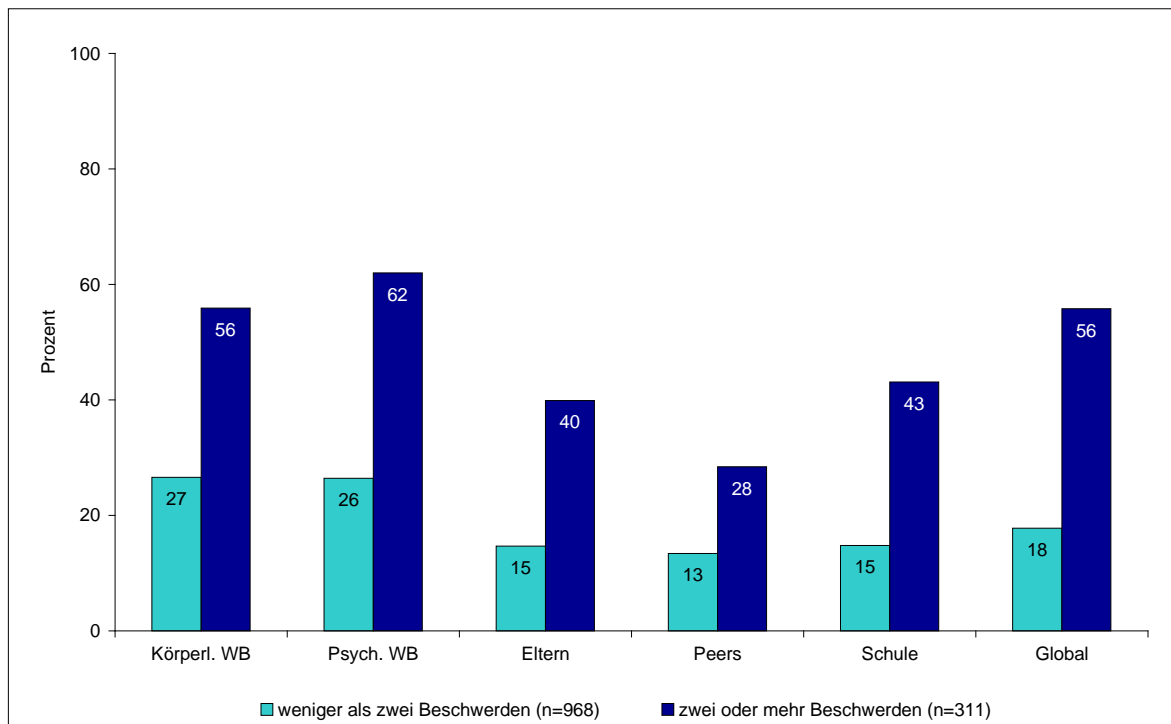
	weniger als zwei Beschwerden (n=968)	zwei oder mehr Beschwerden (n=311)
KIDSCREEN-27		
Körperliches Wohlbefinden	50,6	43,2
Psychisches Wohlbefinden	49,6	40,4
Beziehung zu Eltern und Autonomie	51,7	45,7
Soziale Unterstützung und Gleichaltrige	50,5	47,4
Schulisches Umfeld	50,1	43,3
KIDSCREEN-10 Index		
Globalmaß der Lebensqualität	50,2	41,9

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Wie schon bei der allgemeinen Gesundheit lässt sich auch bei mehreren wiederholt auftretenden psychosomatischen Beschwerden eine starke Einschränkung der tagtäglichen Lebensqualität beobachten (Tabelle 3.38). Dies tritt in allen untersuchten Kategorien¹⁷² auf, am deutlichsten jedoch beim *psychischen* und beim *körperlichen Wohlbefinden* sowie bei der *globalen Lebensqualität*¹⁷³. Schüler/innen, die berichten, dass sie an mehreren wiederholt auftretenden psychosomatischen Beschwerden leiden, erreichen in nahezu allen Kategorien Werte, die zwischen sechs und neun Punkten unter denen der weniger betroffenen Gruppe liegen. Die Abweichungen zwischen den beiden Gruppen sind somit

Abbildung 3.52:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Anzahl psychosomatischer Beschwerden - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁷² Körperl. WB: $F_{1,1274} = 106,13$, $p < 0,001$; Psych. WB.: $F_{1,1276} = 199,82$, $p < 0,001$; Eltern: $F_{1,1272} = 94,13$, $p < 0,001$; Peers: $F_{1,1271} = 22,29$, $p < 0,001$; Schule: $F_{1,1269} = 122,03$, $p < 0,001$

¹⁷³ $F_{1,1267} = 201,98$, $p < 0,001$

von mittlerer bis großer Effektstärke. Eine Ausnahme bildet auch hier die Kategorie der *Sozialen Unterstützung und Gleichaltrige*, in der der Unterschied zwischen beiden Gruppen zwar statistisch bedeutsam, jedoch nicht so stark ausfällt.

Ähnlich wie bei der allgemeinen Gesundheit geben auch in der Gruppe der von mehreren wiederholten psychosomatischen Beschwerden Betroffenen weit mehr als die Hälfte (Abbildung 3.52) eine auffällig niedrige Lebensqualität in den Bereichen *körperliches*¹⁷⁴ und *psychisches*¹⁷⁵ Wohlbefinden (55,9 % und 62,0 %) sowie bei der Einschätzung der *globalen Lebensqualität*¹⁷⁶ (55,8 %) an. Auch hier liegen die Anteile der Betroffenen in der Risikogruppe mehr als doppelt, bei der *globalen* Einschätzung sogar dreimal, so hoch wie in der Nichtrisikogruppe. 43,1 % wurden in der Kategorie *Schulisches Umfeld*¹⁷⁷ und 39,9 % in der Kategorie *Elterliche Unterstützung*¹⁷⁸ als auffällig klassifiziert. Im Vergleich zu 14,6 % und 14,7 % in der Nichtrisikogruppe ist der Anteil in der Risikogruppe damit nahezu dreimal so hoch. Weniger als ein Drittel der an wiederholten psychosomatischen Beschwerden leidenden Teilnehmer/innen wird in der Kategorie *Soziale Unterstützung und Gleichaltrige*¹⁷⁹ als auffällig klassifiziert. In der Gruppe der Teilnehmer/innen, die weniger häufig von psychosomatischen Beschwerden betroffen sind, liegt der Anteil bei nur 12,9 %.

Zusammenfassung

Im Schnitt schätzen Berliner Kinder und Jugendliche ihre globale sowie die Lebensqualität in allen untersuchten Kategorien geringer ein als die deutsche Referenzpopulation. Das bedeutet auch, dass ein besorgniserregender Anteil von 20 % der befragten Schüler/innen in drei oder mehr Kategorien eine auffällig niedrige Lebensqualität angibt. Generell kann man sagen, dass Jungen ihre Lebensqualität höher einschätzen als Mädchen. Die Lebensqualität ist im Kindesalter am höchsten und nimmt im Jugendalter ab, so dass Schüler/innen aus höheren Klassen eine deutlich geringere Lebensqualität berichten als Schüler/innen aus den unteren Klassenstufen. Diese geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede in der Bewertung der Lebensqualität lassen sich auch in anderen Untersuchungen finden (Bisegger et al., 2005). Bekannt ist auch der soziale Gradient, der sich so auch auf gesamtdeutscher Ebene finden lässt und sich sowohl in einem signifikanten Unterschied zwischen den niedrigsten und der höchsten Wohlstandsgruppe als auch bei der besuchten Schulform niederschlägt (Ravens-Sieberer & Erhart, 2008; Nickel et al., 2008; von Rueden et al., 2006). Neben geschlechts- und altersspezifischen Zugangsmöglichkeiten bietet sich hier ein dritter Ansatzpunkt für zielgruppenspezifische Präventionsarbeit. Im Gegensatz dazu spielte die Herkunft der befragten Schüler/innen eine eher untergeordnete Rolle bei der Bewertung der Lebensqualität. Dieses Ergebnis darf jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass gerade beim psychischen Wohlbefinden Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Herkunft signifikant häufiger auffällig niedrige Werte erreichen. Auch hier sollten Präventionsmaßnahmen ansetzen. Wie zu erwarten war (Ravens-Sieberer et al., 2007a), gehören Kinder und Jugendliche, die ihre Gesundheit negativ einschätzten und über häufige psychosomatische Beschwerden klagten, eher zu der Gruppe mit auffällig niedriger Lebensqualität. Es zeigte sich aber auch, dass sich dieser Unterschied zu gesünderen Kindern und Jugendlichen weniger deutlich auf das Verhältnis zu Eltern und Gleichaltrigen sowie im schulischen Umfeld niederschlägt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Unterschiede zwischen den verschiedenen betrachteten Gruppen zunächst beim körperlichen und psychischen Wohlbefinden als auch bei der Einschätzung der globalen Lebensqualität auftraten. Weniger häufig ließen sich signifikante Unterschiede im schulischen Umfeld und bei der elterlichen Unterstützung finden. Von Problemen bzw. Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen sind egal welche Gruppenzugehörigkeit vorliegt ungefähr gleich viele Teilnehmer/innen betroffen. Der Anteil derjenigen, die in dieser Kategorie eine auffällig niedrige Lebensqualität berichten, ist verglichen mit den Auffälligkeiten in den anderen Kategorien relativ gering.

¹⁷⁴ $\chi^2 = 88,3$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁷⁵ $\chi^2 = 128,0$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁷⁶ $\chi^2 = 169,8$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁷⁷ $\chi^2 = 110,3$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁷⁸ $\chi^2 = 88,7$, $df = 1$, $p < 0,001$

¹⁷⁹ $\chi^2 = 40,1$, $df = 1$, $p < 0,001$

3.6 Schulklima und Integration

Der schulische Erfolg eines Kindes bzw. Jugendlichen entscheidet wesentlich über seine Berufs- und Zukunftschancen. Neben den intellektuellen Fähigkeiten der Schüler/innen spielen dabei familiäre und soziale Lebensbedingungen wie beispielsweise die elterliche Unterstützung in schulischen Belangen eine wichtige Rolle. Aber auch schulische Merkmale sind wichtige Einflussgrößen im Hinblick auf den Lernerfolg und das Wohlbefinden der Schüler/innen.

Neben Fragen zu Schulleistungen, Schulzufriedenheit und Schulstress enthält der HBSC-Fragebogen im Themenkomplex Schule Einschätzungen zum Schulklima. Hierunter sind Fragen zur Unterstützung durch Klassenkamerad/innen, zu Mitbestimmungsmöglichkeiten der Schüler/innen, zur Unterstützung durch Lehrer/innen und zu Ansprüchen, die die Schule an die Kinder und Jugendlichen stellt, zusammengefasst. Es wird angenommen, dass diese Aspekte der schulischen Lebenswelt und Lernerfahrungen sich auf den Gesundheitszustand sowie auf das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schüler/innen auswirken (Rasmussen, 2005).

Für Kinder und Jugendliche ist die Schule ein Setting, in dem sie täglich mit Gleichaltrigen verschiedener sozialer und kultureller Herkunft in Berührung kommen. Allen Schüler/innen sollen hier die gleichen Chancen für ihre Entwicklung und Leistungsentfaltung geboten werden. Wie gut dies – zumindest aus Sicht der Schüler/innen selbst – gelingt, lässt sich daraus ablesen, ob bedeutsame Unterschiede in der Einschätzung des Schulklimas in Abhängigkeit von der Herkunft bestehen.

Zufriedenheit und Erfolg in der Schule

Mit drei einzelnen Fragen wird erfasst, wie die Schüler/innen ihre eigenen Leistungen im Vergleich zu ihren Mitschüler/innen einschätzen, wie es ihnen in der Schule gefällt, und wie stark sie sich durch schulische Anforderungen belastet fühlen. Die Antworthäufigkeiten der Mädchen und Jungen auf diese drei Fragen sind in Tabelle 3.39 aufgeführt. Es fällt auf, dass Mädchen ihre schulischen Leistungen

Tabelle 3.39:

Schulleistungen, Schulzufriedenheit und Schulstress in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht

	Anzahl der Schüler/innen	Antworthäufigkeiten			
Leistungen in der Schule		sehr gut	gut	durch- schnittlich	unter dem Durchschnitt
Prozent					
Mädchen	625	9,3	44,0	43,0	3,7
Jungen	647	8,3	38,0	47,3	6,3
Wie gefällt es dir in der Schule?		sehr gut	einiger- maßen	nicht so gut	überhaupt nicht
Prozent					
Mädchen	629	35,6	47,7	13,0	3,7
Jungen	653	31,4	47,9	12,9	7,8
Schulstress		überhaupt nicht	etwas	einigermaßen stark	sehr stark
Prozent					
Mädchen	621	18,4	56,8	18,7	6,1
Jungen	654	16,1	57,2	20,2	6,6

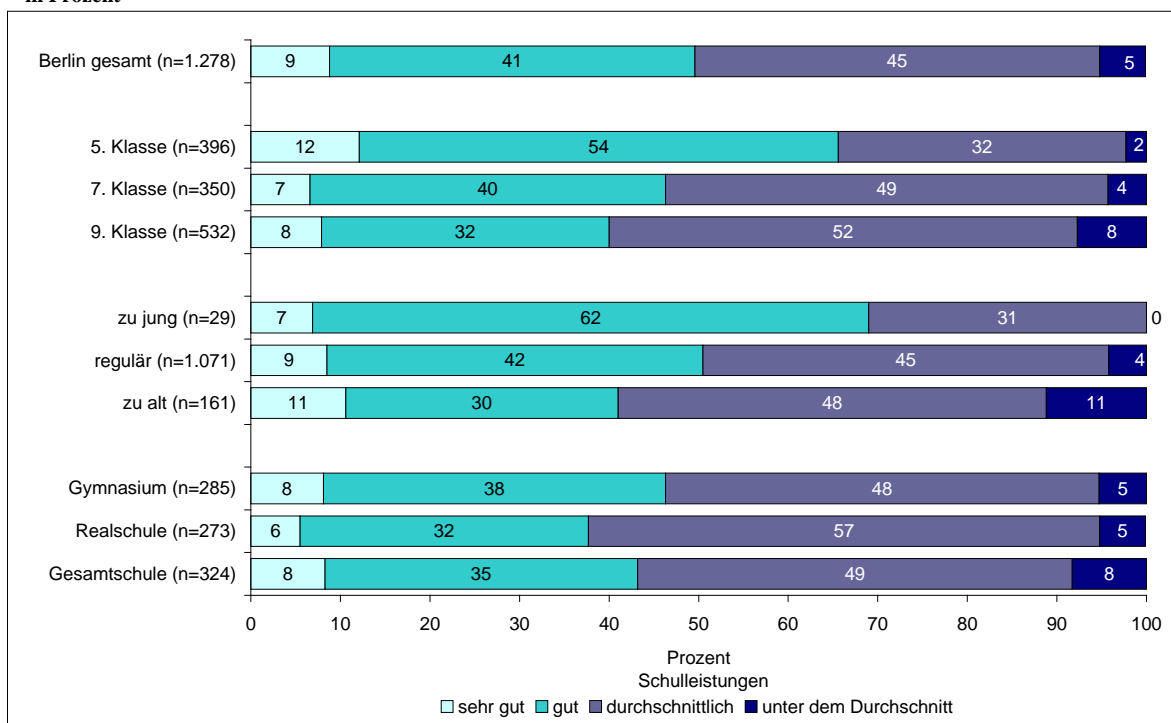
(Datenquelle: HBSC / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

besser einschätzen als Jungen¹⁸⁰ und es ihnen besser in der Schule gefällt¹⁸¹. Zwar sind die Unterschiede in den Antworthäufigkeiten der Mädchen und Jungen bei diesen beiden Fragen nicht sehr groß, aber der Anteil der Jungen, die die jeweils negativsten Antwortkategorie gewählt haben, ist etwa doppelt so groß wie der der Mädchen. Im Ausmaß der Belastung durch das, was in der Schule von ihnen verlangt wird, unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht.

In Abbildung 3.53 sind die selbsteingeschätzten Schulleistungen differenziert nach Klassenstufe, Altersangemessenheit der besuchten Klassenstufe und nach Schulform (nur für die 7. und 9. Klasse) dargestellt. Insgesamt herrscht eine optimistische Selbsteinschätzung der Schulleistungen vor: etwa die Hälfte der Schüler/innen bezeichnet die eigenen Leistungen als gut oder sehr gut, die andere Hälfte als durchschnittlich oder unter dem Durchschnitt. Mit zunehmender Klassenstufe wird die Einschätzung der eigenen Schulleistungen etwas schlechter. Während die Schüler/innen der 5. Klassen ihre Leistungen noch mehrheitlich als „gut“ bezeichnen, wählen die Schüler/innen der 9. Klassen mehrheitlich die Kategorie „durchschnittlich“. ¹⁸² Schüler/innen, die für die besuchte Klassenstufe zu jung sind (vorzeitig eingeschult oder Klasse übersprungen), schätzen sich überwiegend als gut ein, keine/r von ihnen bezeichnet die eigenen Schulleistungen als unterdurchschnittlich. Allerdings ist hierbei die kleine Fallzahl von nur 29 Schüler/innen zu beachten. Für ihre Klassenstufe zu alte Schüler/innen schätzen ihre Leistungen weniger gut ein als ihre Mitschüler/innen, die die reguläre Klasse besuchen. ¹⁸³ Die Einschätzungen der eigenen Schulleistungen unterscheiden sich nicht zwischen Schüler/innen, die unterschiedliche Schulformen besuchen (nur 7. und 9. Klasse). Dieser Befund spricht dafür, dass die Schüler/innen – wie auch in der Frage vorgegeben – jeweils einen schul- bzw. klasseninternen Vergleichsmaßstab gewählt haben.

Abbildung 3.53:

Schulleistungen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Altersangemessenheit der Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁸⁰ $\chi^2 = 8,8$, $df = 3$, $p < 0,05$

¹⁸¹ $\chi^2 = 11,3$, $df = 3$, $p < 0,05$

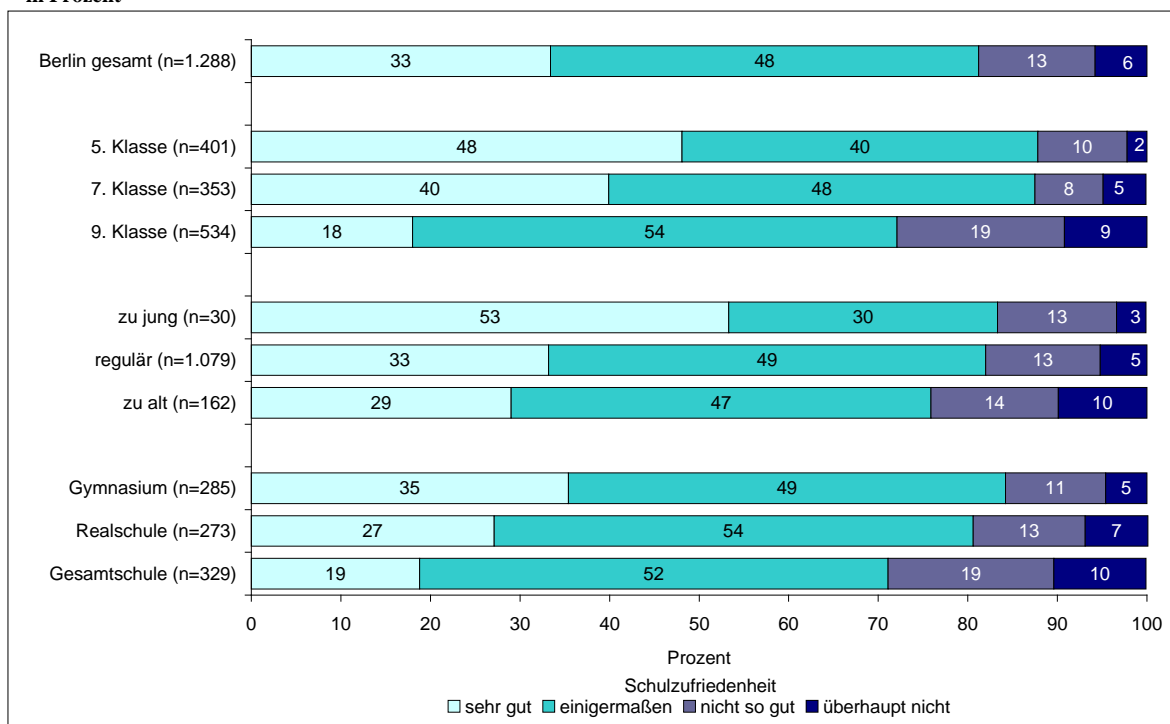
¹⁸² $\chi^2 = 69,1$, $df = 6$, $p < 0,001$

¹⁸³ $\chi^2 = 25,2$, $df = 6$, $p < 0,001$

Befragt danach, wie es ihnen in der Schule gefällt, äußern die Schüler/innen eine recht hohe Zufriedenheit (Abbildung 3.54). Dennoch ist festzuhalten, dass sich etwa jede/r fünfte Schüler/in nicht wohl fühlt. Die Schulzufriedenheit geht mit höherer Klassenstufe zurück.¹⁸⁴ Sehr deutlich wird dies vor allem in der neunten Klasse: Hier verdoppelt sich der Anteil von Schüler/innen, die sich nicht wohl fühlen, im Vergleich zur fünften und siebten Klassenstufe. Schüler/innen, die für die besuchte Klassenstufe zu jung sind, sind zufriedener als die regulär die Klasse besuchenden, diese wiederum zufriedener als die zu alten Schüler/innen.¹⁸⁵ Im Gegensatz zur Einschätzung der Schulleistungen zeigt sich bei der Schulzufriedenheit ein deutlicher Effekt der Schulform (nur 7. und 9. Klasse): am Gymnasium gefällt es fast doppelt so vielen Schüler/innen sehr gut und nur halb so vielen Schüler/innen überhaupt nicht als an der Gesamtschule, die hierin auch schlechter abschneidet als die Realschule.¹⁸⁶

Abbildung 3.54:

Schulzufriedenheit in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Altersangemessenheit der Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Durch die Anforderungen, die in der Schule an sie gestellt werden, fühlt sich die Mehrheit der Schüler/innen „etwas“ belastet (Abbildung 3.55). In der 5. Klasse ist sowohl der Anteil derjenigen Schüler/innen, die sich gar nicht belastet fühlen, als auch derjenigen, die sich stark belastet fühlen, größer als in den höheren Klassenstufen. Dieses Ergebnis überrascht angesichts dessen, dass in den meisten anderen Fragen die Fünftklässler/innen positivere oder optimistischere Einschätzungen zum Ausdruck bringen als die älteren Schüler/innen. Mögliche Erklärungsansätze beziehen sich einerseits auf die in Berlin praktizierte sechsjährige Grundschulzeit, bei der die Zensuren der fünften und sechsten Klasse für die Oberschulempfehlung herangezogen werden, wodurch bei den Kindern ein erheblicher Leistungsdruck entsteht. Andererseits könnte sich hier bereits die Verkürzung der Zeit bis zum Abitur um ein Schuljahr auf zwölf Schuljahre bemerkbar machen, von der im Untersuchungsjahr lediglich die fünften Klassen mit einer deutlichen Erhöhung der wöchentlichen Stundenzahl betroffen waren. Vergleicht man die

¹⁸⁴ $\chi^2 = 122,5$, $df = 6$, $p < 0,001$

¹⁸⁵ $\chi^2 = 12,7$, $df = 6$, $p < 0,05$

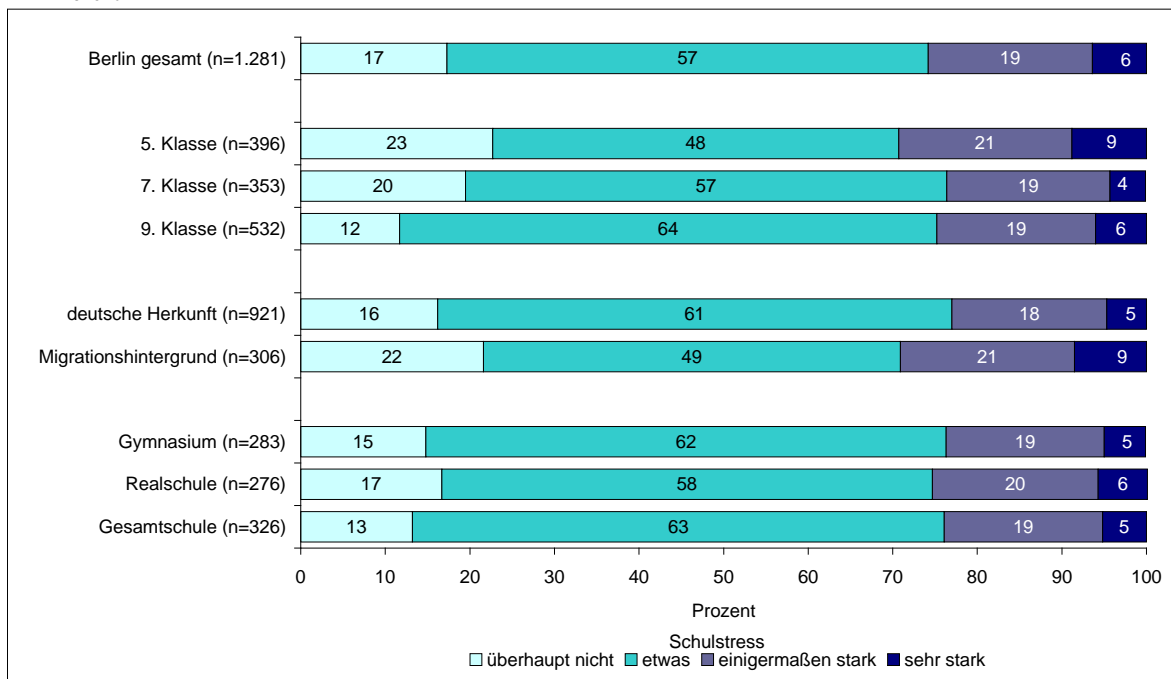
¹⁸⁶ $\chi^2 = 30,0$, $df = 6$, $p < 0,001$

7. und 9. Klasse bezüglich der Äußerungen zum Schulstress, so ist in der 9. Klasse im Vergleich zur 7. Klasse der Anteil der gar nicht belasteten Jugendlichen geringer.¹⁸⁷ Die Altersangemessenheit der Klassenstufe hat keinen Einfluss auf den wahrgenommenen Schulstress.

Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Herkunft geben im Vergleich zu Gleichaltrigen deutscher Herkunft häufiger an, überhaupt nicht belastet zu sein, aber auch häufiger, einigermaßen stark oder sehr stark belastet zu sein, so dass sich hier – vergleichbar wie bei den Fünftklässler/innen – eher ein zweigeteiltes Meinungsbild ergibt (Abbildung 3.55).¹⁸⁸ Ein sehr ähnliches Antwortmuster ergibt sich in Abhängigkeit von der Familiensprache (Daten nicht dargestellt): Kinder, in deren Familie nicht ausschließlich deutsch gesprochen wird, fühlen sich zu einem geringeren Anteil nur „etwas“ belastet, aber häufiger entweder „überhaupt nicht“ oder „einigermaßen stark“ bzw. „sehr stark“ belastet.¹⁸⁹ In der 7. und 9. Klassenstufe unterscheidet sich die Belastung durch die Schule nicht in Abhängigkeit von der besuchten Schulform. Dies kann möglicherweise im Sinne einer mehrheitlich angemessenen Wahl des Schulzweigs und der Schulform interpretiert werden.

Abbildung 3.55:

Schulstress in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Migrationsstatus und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Weder die Einschätzung der eigenen Schulleistungen noch die Schulzufriedenheit unterscheidet sich zwischen Schüler/innen mit Migrationshintergrund und deutscher Herkunft oder zwischen Schüler/innen, in deren Familie ausschließlich deutsch oder ausschließlich bzw. zusätzlich eine andere Sprache gesprochen wird. Lediglich bezüglich der schulischen Belastung besteht ein signifikanter Unterschied, der jedoch keine klare Richtung hat. Schüler/innen mit Migrationshintergrund fühlen sich zu einem höheren Anteil überhaupt nicht belastet, aber ebenfalls zu einem höheren Anteil stark belastet als Schüler/innen deutscher Herkunft.¹⁹⁰ Dies kann als Hinweis auf eine zumindest subjektiv gelungene Integration gewertet werden. Allerdings dürfen diese Ergebnisse nicht darüber hinwegtäuschen, dass Kinder mit Migrationshintergrund in vielerlei Hinsicht in ihrer Entwicklung und ihren gesundheitli-

¹⁸⁷ $\chi^2 = 34,0$, $df = 6$, $p < 0,001$

¹⁸⁸ $\chi^2 = 15,6$, $df = 3$, $p < 0,01$

¹⁸⁹ $\chi^2 = 31,7$, $df = 6$, $p < 0,01$

¹⁹⁰ $\chi^2 = 15,6$, $df = 3$, $p < 0,01$

chen Chancen gegenüber Kindern deutscher Herkunft benachteiligt sind (Bettge, Oberwöhrmann et al., 2006; Oberwöhrmann & Bettge, 2007) und ihre schulische Laufbahn häufig weniger erfolgreich verläuft als die der Kinder und Jugendlichen deutscher Herkunft. Jedoch scheint der häusliche Druck in Richtung auf gute schulische Leistungen in Familien mit Migrationshintergrund teilweise geringer zu sein, was den höheren Anteil an Schüler/innen erklären würde, der sich überhaupt nicht durch schulische Anforderungen belastet fühlt.

Die Einschätzungen der Schüler/innen zu ihren Schulleistungen, der Schulzufriedenheit und dem Schulstress werden nicht beeinflusst vom familiären Wohlstand oder der Berufstätigkeit ihrer Eltern. Jedoch wird mit negativerer Selbsteinschätzung der finanziellen Lage der Familie auch die Einschätzung der eigenen Schulleistungen schlechter¹⁹¹ und die Schulzufriedenheit geringer¹⁹². Von der positivsten zur negativsten Einschätzung der familiären finanziellen Lage halbiert sich der Anteil der Schüler/innen, denen es sehr gut in der Schule gefällt (Daten nicht dargestellt). Nur zwischen Schulstress und selbst eingeschätzter finanzieller Lage besteht kein klarer Zusammenhang.

Schulklima

Zur Abbildung des Schulklimas wurden – wie bereits eingangs des Kapitels erwähnt – Fragen aus verschiedenen Inhaltsbereichen zusammengestellt, die sich auf die Unterstützung durch Mitschüler/innen, die Mitbestimmung oder Autonomie der Schüler/innen, die Unterstützung durch Lehrer/innen und die Anforderungen in der Schule beziehen. Die Antworten der Schüler/innen zu den acht Fragen in diesem Bereich sind in Tabelle 3.40 gezeigt. Am positivsten wird von den Kindern und Jugendlichen das soziale Miteinander beurteilt, gefolgt vom Verhalten der Lehrer/innen. Dagegen wählen bei den Fragen zur Autonomie der Schüler/innen und den Anforderungen in der Schule zwischen einem guten Viertel („Lernen ist schwer“) und der knappen Hälfte der Schüler/innen („Mitentscheidung über Schulaktivitäten/Lerninhalte“) eine der beiden negativen Antwortmöglichkeiten.

Aus den acht Fragen zum Schulklima (Tabelle 3.40) wird ein Index gebildet (vgl. Kapitel 2.5). Dazu wird geprüft, wie viele der acht Antworten vorwiegend positiv ausfallen („stimmt genau“ und „stimmt

Tabelle 3.40:
Fragen zum Schulklima in der HBSC-Studie in Berlin 2006

	Anzahl der Schüler/innen	stimmt genau	stimmt eher	weder/ noch	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht
	Prozent					
Unterstützung durch Mitschüler/innen						
Schüler/innen sind gern zusammen	1.287	39,1	44,8	8,9	5,1	2,1
Schüler/innen sind nett und hilfsbereit	1.292	28,0	46,4	12,5	10,7	2,3
Autonomie der Schüler/innen						
Mitspracherecht bei Nutzung der Unterrichtszeit	1.267	15,3	22,2	17,5	25,2	19,8
Mitentscheidung über Schulaktivitäten/Lerninhalte	1.268	12,3	23,5	18,3	25,9	20,0
Unterstützung durch Lehrer/innen						
Lehrer/innen sind gerecht/fair	1.279	28,9	40,3	16,0	9,6	5,2
Lehrer/innen sind nett	1.285	36,9	38,3	12,9	8,5	3,4
Anforderungen in der Schule						
Lernen ist schwer	1.285	7,5	20,3	21,6	32,5	18,1
Lernen ist ermüdend	1.285	15,4	24,4	22,6	22,2	15,4

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁹¹ Chi² = 55,2, df = 9, p < 0,001

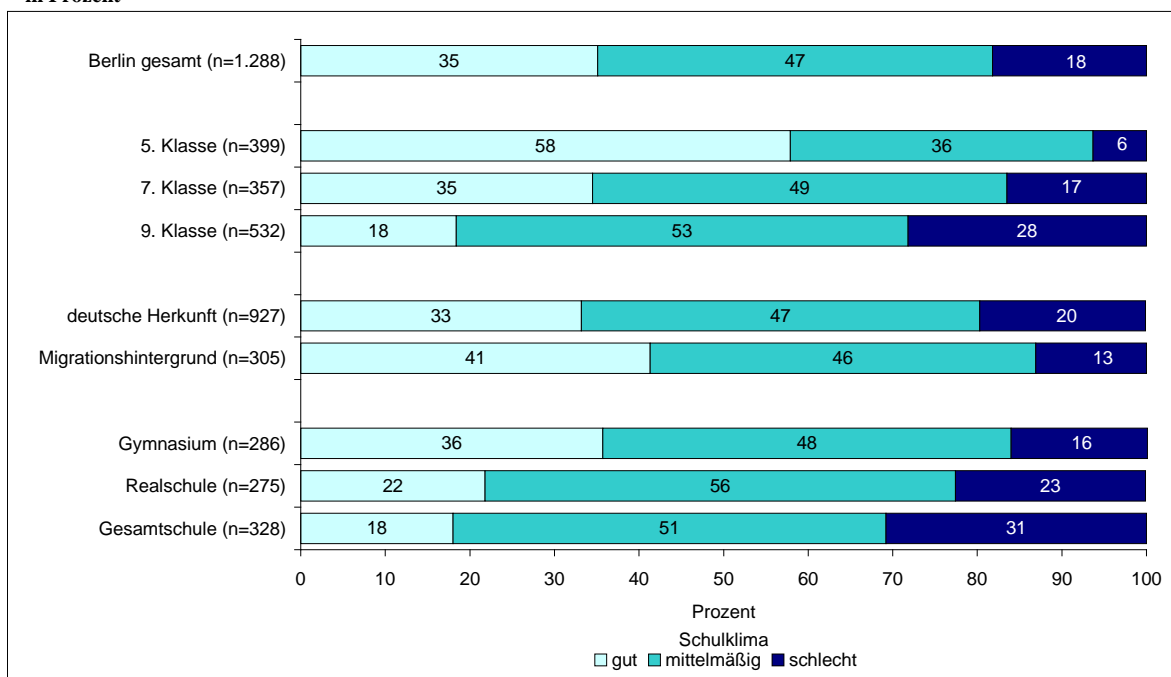
¹⁹² Chi² = 44,0 df = 9, p < 0,001

eher“ bzw. bei den Fragen zu Anforderungen in der Schule „stimmt eher nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“) und wie viele vorwiegend negativ („stimmt eher nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ bzw. bei den Fragen zu Anforderungen in der Schule „stimmt genau“ und „stimmt eher“). Das Schulklima wird als positiv klassifiziert, wenn mindestens sechs der acht Fragen überwiegend positiv beantwortet wurden (35,1 % der Schüler/innen). Es wird als schlecht klassifiziert, wenn mindestens vier der acht Fragen überwiegend negativ beantwortet wurden (18,2 % der Schüler/innen). In allen übrigen Fällen (46,7 % der Schüler/innen) wird das Schulklima als mittelmäßig klassifiziert.

Bei der Einschätzung des Schulklimas unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht. Betrachtet man die drei befragten Klassenstufen, so wird das Schulklima in der 5. Klasse am positivsten beurteilt, in der 9. Klasse am negativsten (Abb. 3.56).¹⁹³ Schüler/innen mit Migrationshintergrund schätzen das Schulklima etwas besser ein als Schüler/innen deutscher Herkunft.¹⁹⁴ Dabei fallen die Urteile zum Schulklima von Mädchen und Jungen mit türkischer Herkunft oder aus sonstigen Staaten ähnlich wie die der Schüler/innen deutscher Herkunft aus. Am positivsten wird das Schulklima von Schüler/innen mit Herkunft aus arabischen Staaten, westlichen Industriestaaten oder osteuropäische Staaten beurteilt. Unterscheidet man die Schüler/innen nach der in der Familie vorwiegend gesprochenen Sprache, so fällt die Einschätzung des Schulklimas deutlich positiver aus, wenn neben Deutsch noch eine andere Sprache in der Familie gesprochen wird, als wenn nur deutsch oder nur eine andere Sprache

Abbildung 3.56:

Schulklima (Index) in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Migrationsstatus und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

zu Hause gesprochen wird (Daten nicht dargestellt).¹⁹⁵ Schüler/innen, die ein Gymnasium besuchen (nur 7. und 9. Klasse), beurteilen das Schulklima positiver als Realschüler/innen. Am negativsten fällt die Einschätzung durch Schüler/innen der Gesamtschule aus, die das Schulklima nur halb so oft wie Gymnasiast/innen als gut und dafür doppelt so oft als schlecht bezeichnen.¹⁹⁶

¹⁹³ $\chi^2 = 177,9$, $df = 4$, $p < 0,001$

¹⁹⁴ $\chi^2 = 9,8$, $df = 2$, $p < 0,01$

¹⁹⁵ $\chi^2 = 13,4$, $df = 4$, $p < 0,01$

¹⁹⁶ $\chi^2 = 36,4$, $df = 4$, $p < 0,001$

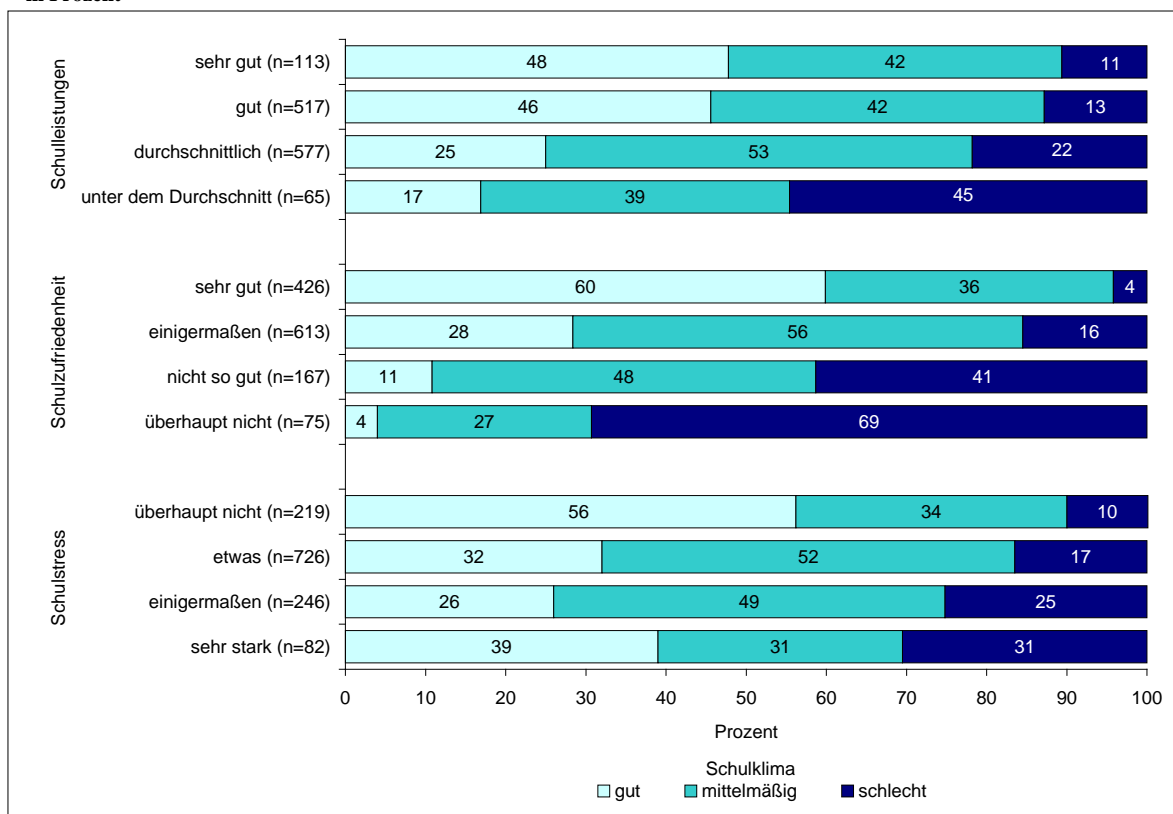
Die Einschätzung des Schulklimas steht nicht im Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand und der Berufstätigkeit der Eltern. Wie auch bei den Fragen zu Schulzufriedenheit und Schulleistungen besteht aber ein signifikanter Zusammenhang mit der selbst eingeschätzten finanziellen Lage der Familie: Von den Schüler/innen, die die finanzielle Lage ihrer Familie als sehr gut einschätzen, beschreibt etwas mehr als die Hälfte (54,4 %) das Schulklima als gut, von den Schüler/innen mit Einschätzung der familiären finanziellen Lage als (überhaupt) nicht gut nur ein knappes Viertel (23,4 %). Dagegen beschreiben von letzteren mehr als doppelt so viele (31,5 %) das Schulklima als schlecht als in der Gruppe der Schüler/innen mit sehr guter finanzieller Lage der Familie (13,7 %).¹⁹⁷

Zusammenhang von Schulklima mit Zufriedenheit und Erfolg in der Schule

Zwischen der Einschätzung des Schulklimas und den Einzelfragen zu Schulleistungen, Schulzufriedenheit und Schulstress bestehen erwartungsgemäß recht enge Zusammenhänge (Abbildung 3.57). Schüler/innen, die ihre eigenen Leistungen als sehr gut oder gut einschätzen, bewerten auch das Schulklima deutlich häufiger als gut und seltener als schlecht. Schüler/innen, die sich als durchschnittlich bezüglich ihrer Schulleistungen einschätzen, beurteilen auch das Schulklima mehrheitlich als mittelmäßig. Von den Schüler/innen mit unterdurchschnittlicher Leistungseinschätzung beurteilt fast die Hälfte das

Abbildung 3.57:

Zusammenhang von Schulklima mit Schulleistungen, Schulzufriedenheit und Schulstress in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Schulklima als schlecht, das sind doppelt so viele wie bei den Schüler/innen mit durchschnittlichen Leistungen und viermal so viele wie bei den Schüler/innen mit guten oder sehr guten Leistungen.¹⁹⁸ Der engste Zusammenhang besteht zwischen Schulklima und Schulzufriedenheit. Während fast zwei Drittel der Schüler/innen, denen es sehr gut in der Schule gefällt, das Schulklima als gut beschreiben,

¹⁹⁷ $\chi^2 = 64,0$, $df = 6$, $p < 0,001$

¹⁹⁸ $\chi^2 = 95,2$, $df = 6$, $p < 0,001$

finden mehr als zwei Drittel der Schüler/innen, denen es überhaupt nicht gut in der Schule gefällt, auch das Schulklima schlecht.¹⁹⁹ Signifikant ist auch der Zusammenhang von Schulklima und Schulstress.²⁰⁰ Hier ergibt sich als Besonderheit, dass unter den Schüler/innen, die sich sehr stark durch die schulischen Anforderungen belastet fühlen, ein erheblicher Anteil das Schulklima dennoch als gut einschätzt.

Diese Zusammenhänge zwischen dem Schulklima und den Schulleistungen, der Schulzufriedenheit und dem Schulstress können nicht im Sinne einer Ursache-Wirkungs-Beziehung interpretiert werden, weil alle Fragen zum gleichen Zeitpunkt beantwortet wurden und untereinander teilweise inhaltliche Überschneidungen aufweisen. Da im Vergleich zu den Einzelfragen der Index zum Schulklima mehrere Fragen und verschiedene Inhaltsbereiche berücksichtigt, erscheint es sinnvoll, für die Prüfung von Zusammenhängen mit dem Gesundheitszustand und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Schüler/innen auf den Schulklima-Index zurückzugreifen.

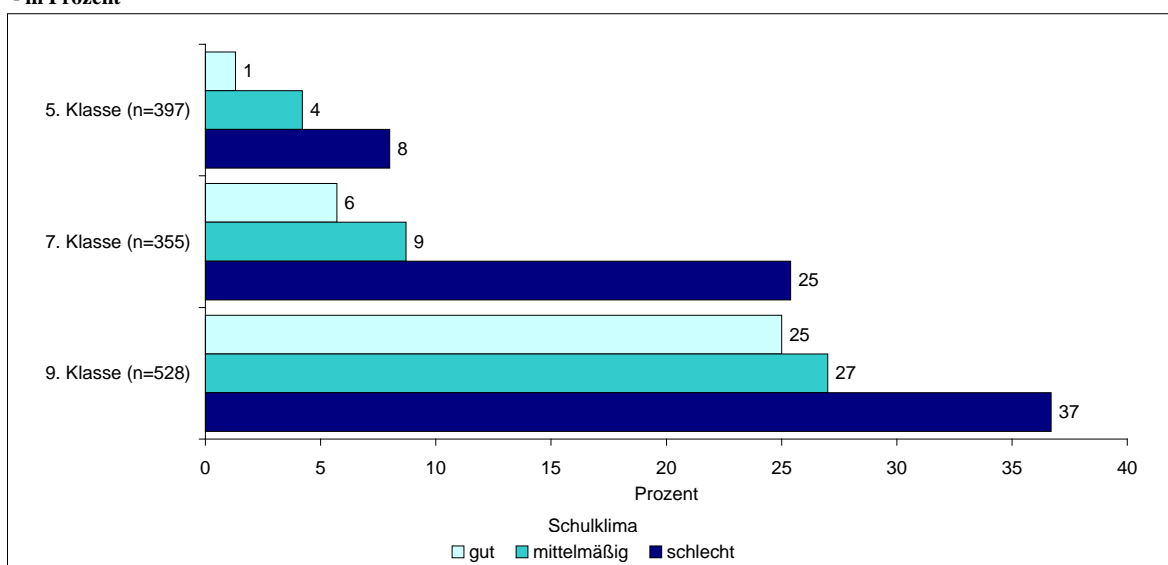
Zusammenhänge von Schulklima mit Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Es bestehen vielfältige Zusammenhänge zwischen Schulklima oder auch Merkmalen der schulischen Zufriedenheit und des schulischen Erfolgs auf der einen Seite und Angaben zum Gesundheits- und Risikoverhalten sowie dem eigenen Gesundheitszustand auf der anderen Seite. Diese lassen sich aber in sehr vielen Fällen dadurch erklären, dass sowohl das Schulklima als auch das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitszustand mit zunehmender Klassenstufe negativer eingeschätzt werden. Daher ist es bei der Betrachtung derartiger Zusammenhänge unbedingt erforderlich, die Klassenstufe als zusätzliches differenzierendes Merkmal zu berücksichtigen.

Wird dies beachtet, so sind kaum noch Zusammenhänge zwischen Schulklima und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten festzustellen. Als nicht statistisch bedeutsam erwiesen sich die geprüften Zusammenhänge zwischen Schulklima und körperlicher Aktivität, Medienkonsum, Alkoholkonsum und Cannabiskonsum. Nur bei Schüler/innen der siebten Klassenstufe lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Schulklima und dem Rauchverhalten der Schüler/innen feststellen: Schüler/innen, die das Schulklima als schlecht einschätzen, rauchen signifikant häufiger (25,4 %) als Gleichaltrige, die das Schulklima als mittelmäßig (8,7 %) oder gut (5,7 %) einschätzen (Abbildung 3.58).²⁰¹ In den anderen

Abbildung 3.58:

Zusammenhang von Schulklima mit Rauchverhalten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

¹⁹⁹ $\chi^2 = 364,0$, $df = 6$, $p < 0,001$

²⁰⁰ $\chi^2 = 74,6$, $df = 6$, $p < 0,001$

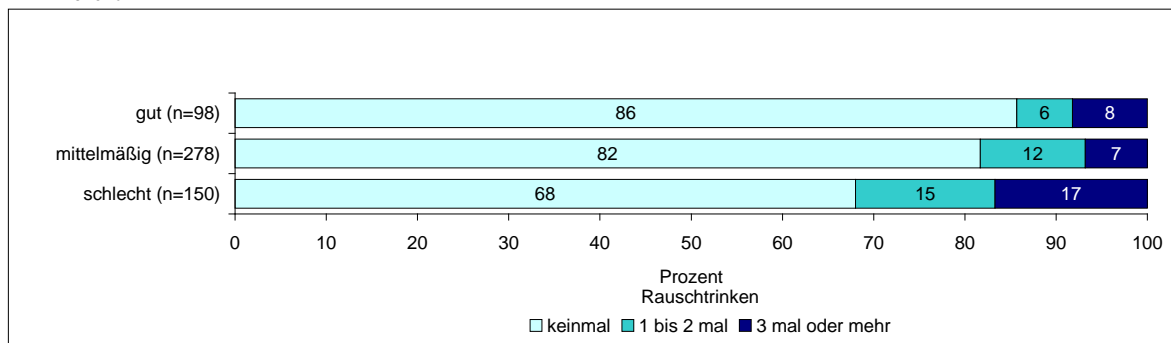
²⁰¹ $\chi^2 = 17,7$, $df = 2$, $p < 0,001$

Klassenstufen ist dieser Zusammenhang tendenziell ebenfalls zu beobachten, jedoch statistisch nicht signifikant.²⁰²

Bei der Frage danach, wie häufig sie in den letzten 30 Tagen betrunken gewesen sind, besteht bei Schüler/innen der neunten Klassenstufe ein signifikanter Zusammenhang zum Schulklima: Jugendliche, die das Schulklima als schlecht einschätzen, waren häufiger ein- oder zweimal und auch häufiger mehr als zweimal in den letzten 30 Tagen betrunken als Jugendliche mit einer positiveren Einschätzung des Schulklimas (Abbildung 3.59).²⁰³

Abbildung 3.59:

Zusammenhang von Schulklima mit Rauschtrinken von Schüler/innen der 9. Klasse in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Erheblich deutlichere Zusammenhänge zeigen sich auch unter Berücksichtigung der Klassenstufe zwischen Schulklima und subjektivem Gesundheitszustand. In allen drei befragten Klassenstufen besteht ein bedeutsamer Zusammenhang des Schulklimas mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung²⁰⁴, psychischen Auffälligkeiten²⁰⁵ und psychosomatischen Beschwerden²⁰⁶ (Daten nicht dargestellt). Je positiver das Schulklima beschrieben wird, desto positiver fällt auch die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands aus, desto weniger Kinder und Jugendliche sind als psychisch auffällig oder grenzwertig zu bezeichnen, und desto geringer ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die über wiederkehrende psychosomatische Beschwerden klagen.

Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schulklima und einer Kumulation gesundheitlicher Beschwerden²⁰⁷ (Abbildung 3.60). Kinder und Jugendliche aller drei Klassenstufen, die das Schulklima als gut beschreiben, haben häufiger keins der fünf berücksichtigten gesundheitlichen Probleme (vgl. Kapitel 3.2.4) und seltener zwei oder mehr gesundheitliche Probleme als die Kinder und Jugendlichen, die das Schulklima als mittelmäßig oder schlecht einschätzen.

Nur in der siebten Klassenstufe wird zusätzlich der Zusammenhang von Schulklima und Schmerzen statistisch signifikant (Daten nicht dargestellt).²⁰⁸ In dieser Klassenstufe berichtet ein erheblicher Anteil von 40,7 % der Schüler/innen, die das Schulklima als schlecht beschreiben, dass sie an allen vier erfragten Schmerzorten (Kopf, Bauch, Nacken/Schultern, Rücken) in den letzten sechs Monaten Beschwerden hatten. Bei den Schüler/innen, die das Schulklima als mittelmäßig einstufen, betrifft dies nur 18,5 %, von denjenigen, die das Schulklima als gut einschätzen, sogar nur 9,2 %.

An den Ergebnissen zum Zusammenhang von Schulklima und Gesundheit zeigt sich, wie eng das gesundheitliche Wohlbefinden mit dem Schulalltag verknüpft ist. Es kann vermutet werden, dass hier eine Wechselwirkung vorliegt: Einerseits fällt es Schüler/innen mit vielen gesundheitlichen Problemen

²⁰² 5. Klasse: $\chi^2 = 5,5$, $df = 2$, $p = 0,06$; 9. Klasse: $\chi^2 = 5,5$, $df = 2$, $p = 0,06$

²⁰³ $\chi^2 = 17,3$, $df = 4$, $p < 0,01$

²⁰⁴ 5. Klasse: $\chi^2 = 28,6$, $df = 6$, $p < 0,001$; 7. Klasse: $\chi^2 = 13,9$, $df = 6$, $p < 0,05$; 9. Klasse: $\chi^2 = 20,4$, $df = 6$, $p < 0,01$

²⁰⁵ 5. Klasse: $\chi^2 = 9,9$, $df = 4$, $p < 0,05$; 7. Klasse: $\chi^2 = 26,5$, $df = 4$, $p < 0,001$; 9. Klasse: $\chi^2 = 20,2$, $df = 4$, $p < 0,001$

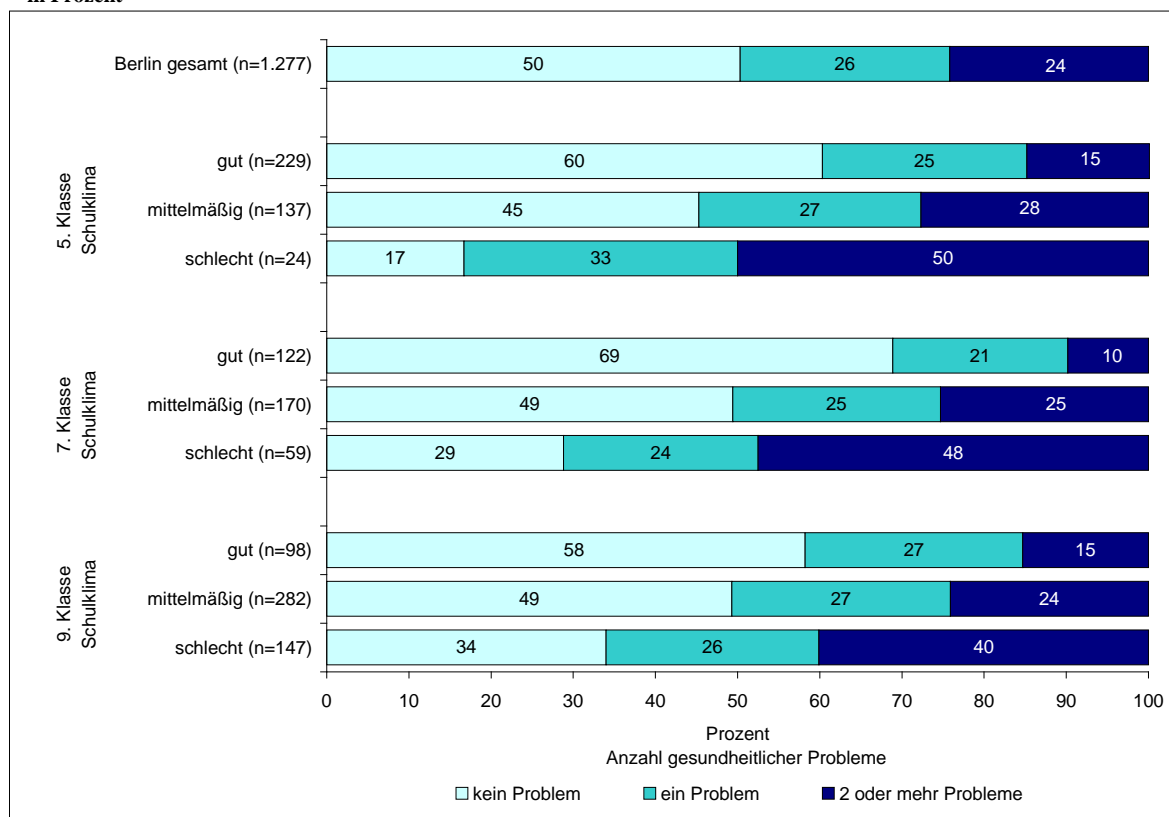
²⁰⁶ 5. Klasse: $\chi^2 = 15,8$, $df = 2$, $p < 0,001$; 7. Klasse: $\chi^2 = 35,5$, $df = 2$, $p < 0,001$; 9. Klasse: $\chi^2 = 10,5$, $df = 2$, $p < 0,01$

²⁰⁷ 5. Klasse: $\chi^2 = 26,8$, $df = 4$, $p < 0,001$; 7. Klasse: $\chi^2 = 37,4$, $df = 4$, $p < 0,001$; 9. Klasse: $\chi^2 = 23,5$, $df = 4$, $p < 0,001$

²⁰⁸ $\chi^2 = 37,3$, $df = 8$, $p < 0,001$

Abbildung 3.60:

Zusammenhang von Schulklima mit der Kumulation gesundheitlicher Probleme in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

und Einschränkungen möglicherweise schwerer, in der Schule und mit den Mitschüler/innen zurecht-zukommen, andererseits beeinträchtigen schulische Probleme vermutlich auch das gesundheitliche Wohlbefinden.

Mobbing

Kontakte mit den Mitschüler/innen sind nicht nur von Freundschaftlichkeit und gegenseitiger Unterstützung geprägt, sondern Kinder und Jugendliche verhalten sich untereinander gelegentlich auch unfair oder gemein. Richtet sich schikanierendes, beleidigendes oder ausschließendes Verhalten absichtlich gegen Einzelne oder eine Gruppe von Mitschüler/innen, bezeichnet man dies als Mobbing (synonym gebraucht mit Schikanieren, im schulischen Kontext oft auch Bullying genannt). Im Fragebogen der HBSC-Studie werden die Schüler/innen gefragt, wie häufig sie in den letzten Monaten gemobbt oder schikaniert wurden und wie häufig sie dabei mitgemacht haben, wenn jemand in der Schule gemobbt oder schikaniert wurde. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „gar nicht“ über „1 oder 2 mal“, „2 bis 3 mal im Monat“, „ungefähr 1 mal pro Woche“ bis zu „mehrmals pro Woche“.

Für die Auswertungen wurden die Antwortkategorien „2 bis 3 mal im Monat“, „ungefähr 1 mal pro Woche“ und „mehrmals pro Woche“ wegen kleiner Häufigkeiten zusammengefasst. Sie sind in Tabelle 3.41 als „mehrmals“ bezeichnet. Zwei Drittel bis drei Viertel der Befragten geben jeweils an, nicht

Tabelle 3.41:
Mobbing bzw. Schikanieren von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

		n	gar nicht	1 - 2 mal	mehrmals
			Prozent		
Opfer	gesamt	1.276	70,4	17,5	12,1
	Mädchen	626	71,2	18,2	10,5
	Jungen	644	69,4	16,8	13,8
Täter/in	gesamt	1.274	65,1	23,6	11,3
	Mädchen	625	74,7	17,9	7,4
	Jungen	643	55,5	29,2	15,2

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

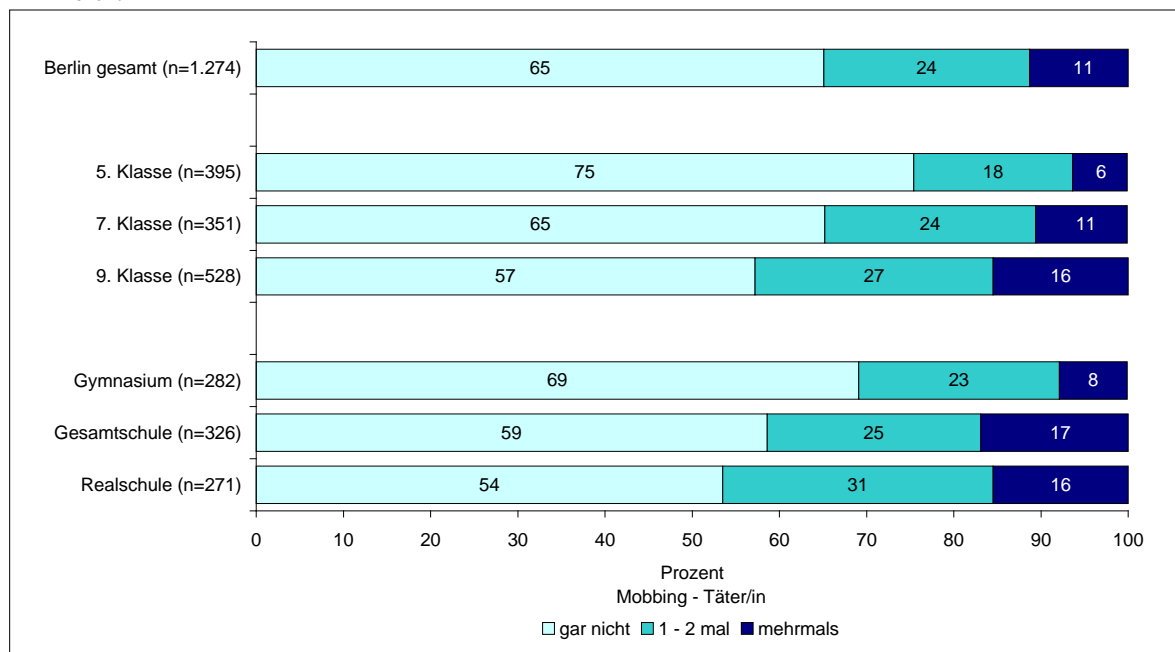
gemobbt worden zu sein bzw. keine Mitschüler/innen schikaniert zu haben. Während Mädchen und Jungen sich nicht in der Häufigkeit unterscheiden, mit der sie Opfer von Mobbing werden, treten Jungen als Täter deutlich häufiger in Erscheinung als Mädchen.²⁰⁹ Doppelt so viele Jungen wie Mädchen geben an, mehrmals Mitschüler/innen schikaniert zu haben.

Es wäre allerdings falsch anzunehmen, dass Kinder und Jugendliche, die angeben, gemobbt worden zu sein, sich nicht auch selbst aktiv an Mobbing beteiligen würden. Vergleicht man den „Täter“- und „Opfer“-Status pro Person, so stellt man fest, dass jede/r siebte Schüler/in (14,4 %) sowohl Täter/in als auch Opfer von Mobbing war. Etwa genau so viele (15,1 %) wurden gemobbt, ohne selbst Täter/in zu sein. Jede/r fünfte Befragte (20,6 %) ist zwar nicht schikaniert worden, hat aber mindestens einmal jemanden schikaniert. Nur die Hälfte der Schüler/innen (49,9 %) ist weder gemobbt worden noch Täter/in gewesen. Daraus wird ersichtlich, dass Mobbing für die Schüler/innen zum Alltag gehört. Nur die Hälfte der Schüler/innen hat damit in den vergangenen Monaten nicht zu tun gehabt. Als „echte“ Opfer sind nur diejenigen anzusehen, die nicht auch selbst mobben oder schikanieren. Dies sind pro Schulklasse durchschnittlich drei bis vier Kinder bzw. Jugendliche. Auf der Seite der Täter/innen stehen dem pro Schulklasse durchschnittlich vier bis sechs Schüler/innen gegenüber, die zwar selbst mobben, aber nicht gemobbt werden.

Schüler/innen der drei in die Studie einbezogenen Klassenstufen und der unterschiedlichen Schulformen geben gleich häufig an, gemobbt oder schikaniert worden zu sein. Allerdings unterscheiden sich die Schüler/innen der drei Klassenstufen und der unterschiedlichen Schulformen deutlich in der Häufigkeit, mit der sie sich aktiv an Mobbing beteiligen (Abbildung 3.61). Mit steigender Klassenstufe nimmt der Anteil der Täter/innen, insbesondere derjenigen, die mehrfach an Mobbing beteiligt

Abbildung 3.61:

Mobbing bzw. Schikanieren von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

sind, zu.²¹⁰ Schüler/innen der Gymnasien sind deutlich seltener an Mobbing beteiligt als Real- und Gesamtschüler/innen.²¹¹ Zwischen Schüler/innen deutscher Herkunft und Schüler/innen mit Migrati-

²⁰⁹ $\chi^2 = 55,5$, $df = 4$, $p < 0,001$

²¹⁰ $\chi^2 = 44,6$, $df = 8$, $p < 0,001$

²¹¹ $\chi^2 = 20,0$, $df = 4$, $p < 0,01$

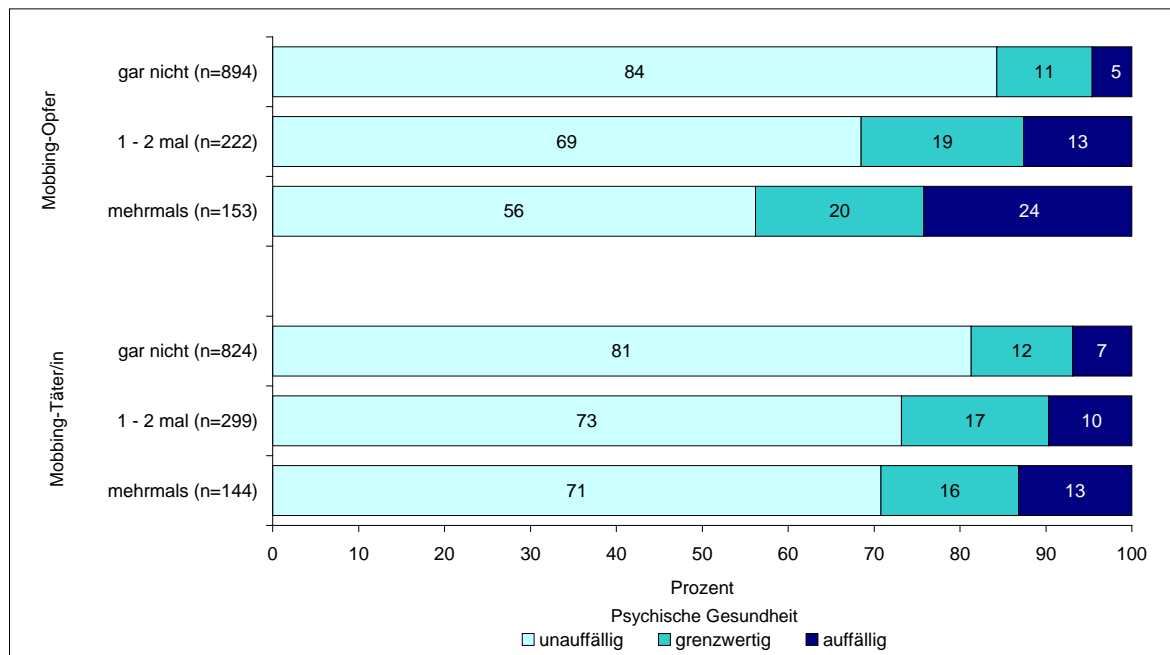
onshintergrund besteht kein Unterschied im Mobbing, weder was den Opfer-Status anbelangt, noch bezüglich der Täter/innenschaft.

Schüler/innen aus Familien mit ungünstiger finanzieller Lage werden fast doppelt so häufig Mobbing-Opfer wie ihre Mitschüler/innen aus Familien mit sehr guter finanzieller Lage.²¹² Bei Mobbing-Täter/innen sind die Unterschiede in Abhängigkeit von der finanziellen Lage der Familie kleiner, aber ebenfalls signifikant.²¹³

Sowohl unter den Mobbing-Opfern als auch unter den Täter/innen sind Schüler/innen mit psychischen Auffälligkeiten häufiger vertreten als unter den Kindern und Jugendlichen, die angeben, mit Mobbing nichts zu tun zu haben (Abbildung 3.62).²¹⁴ Dieser Zusammenhang zwischen Mobbing und psychischer Gesundheit ist bei den Opfern deutlicher als bei den Täter/innen. Von den Schüler/innen, die angeben, mehrmals schikaniert worden zu sein, sind fast fünfmal so viele psychisch auffällig wie in der Gruppe der Schüler/innen, die in den letzten Monaten gar nicht schikaniert wurden. Bezüglich der Täter/innen-Eigenschaft ist bei den mehrmaligen Täter/innen im Vergleich zu den Schüler/innen, die angeben, gar nicht zu mobben, nur eine Verdoppelung des Anteils psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher zu beobachten. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen, die angeben, schikaniert zu werden oder selbst andere zu schikanieren, sich als psychisch unauffällig darstellen.

Abbildung 3.62:

Psychische Auffälligkeiten von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Mobbing-Opfer und Täter/innen-Status
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Der beobachtete Zusammenhang zwischen Mobbing und psychischer Gesundheit erlaubt keine kausale Interpretation, da beide Einflussrichtungen denkbar sind: Schüler/innen, die aufgrund psychischer Auffälligkeiten ungewöhnliche Probleme oder Verhaltensweisen zeigen, werden sicherlich leichter Opfer von Schikane, andererseits ist es vorstellbar, dass zufällig ausgewählte Mobbing-Opfer derartig leiden, dass sie als Reaktion darauf psychische Auffälligkeiten entwickeln.

²¹² finanzielle Lage (überhaupt) nicht gut: 40,5 %, sehr gut: 22,3 %, $\chi^2 = 14,2$, $df = 3$, $p < 0,01$

²¹³ finanzielle Lage (überhaupt) nicht gut: 33,3 %, sehr gut: 26,2 %, $\chi^2 = 12,8$, $df = 3$, $p < 0,01$

²¹⁴ Mobbing-Opfer: $\chi^2 = 95,4$, $df = 4$, $p < 0,001$; Mobbing-Täter/innen: $\chi^2 = 15,0$, $df = 4$, $p < 0,01$

Zusammenfassung

Die Aussagen der Schüler/innen zur Schule fallen mehrheitlich positiv aus. Es gibt in diesem Themenbereich recht wenige Geschlechtsunterschiede zu berichten, lediglich in der Selbsteinschätzung der Schulleistungen und in der Schulzufriedenheit schneiden Mädchen etwas besser ab als Jungen.

Sehr deutlich sind die Klassenstufeneffekte bei Schulleistungen und Schulzufriedenheit, vor allem aber beim Schulklima. Von der fünften zur neunten Klasse werden diese Einschätzungen erheblich negativer. Interessanterweise nimmt der wahrgenommene Schulstress nicht in gleichem Maße mit der Klassenstufe zu, sondern in der fünften Klasse befinden sich zwar mehr Schüler/innen, die sich überhaupt nicht belastet fühlen als in den übrigen Klassenstufen, aber auch mehr Schüler/innen, die sich stark oder sehr stark durch die Schule belastet fühlen.

Die schulbezogenen Fragen stehen untereinander in engem Zusammenhang. Zum Gesundheits- und Risikoverhalten bestehen allerdings nur wenige Bezüge, wenn man berücksichtigt, dass sowohl die Einschätzung des Schulklimas als auch das Gesundheits- und Risikoverhalten mit zunehmendem Alter der Schüler/innen problematischer werden. In der 7. Klasse besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Schulklima und Rauchverhalten, in der 9. Klasse zwischen Schulklima und Rauschtrinken. Dagegen sind zwischen Schulklima und Gesundheitszustand sehr vielfältige und deutliche Zusammenhänge auszumachen, die sich sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen erstrecken.

Mobbing gehört für viele Schüler/innen zu ihrem Alltag, sei es als Täter/in, sei es als Opfer, nicht selten auch in beiden Rollen. Dabei schikanieren Jungen häufiger als Mädchen und ältere Schüler/innen häufiger als jüngere ihre Mitschüler/innen. Deutliche Zusammenhänge sind zu erkennen zwischen Mobbing und der finanziellen Lage der Familie sowie zwischen Mobbing und psychischer Gesundheit, und zwar stärker bezüglich der Frage, wer schikaniert wird und weniger im Hinblick auf die Täterschaft.

Schüler/innen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in den meisten schulbezogenen Einschätzungen nicht von Gleichaltrigen deutscher Herkunft. Das Schulklima wird von ihnen sogar positiver eingeschätzt als von Schüler/innen deutscher Herkunft. Dies spricht dafür, dass sich Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der Schule nicht allgemein ausgegrenzt oder benachteiligt fühlen, sondern ihre schulische Situation insgesamt ähnlich einschätzen wie die Kinder und Jugendlichen deutscher Herkunft.

3.7 Vergleich Berlin – Hamburg

Die HBSC-Befragung 2006 wurde in Berlin und Hamburg parallel durchgeführt. Die Vorgehensweise bei der Befragung der Schüler/innen wie auch der Fragebogen waren gleich. Dadurch eröffnet sich die Möglichkeit des Vergleichs dieser beiden großen Städte. Diese Vergleichsmöglichkeit ist deshalb sinnvoll und besonders attraktiv, weil es sich bei Berlin und Hamburg um Metropolen handelt, in denen viele Phänomene in gleicher Weise auftreten dürften und die daher besser vergleichbar sind als Stadtstaaten mit Flächenländern. Unterschiede bezüglich Gesundheit und Gesundheitsverhalten, die zwischen Schüler/innen in Berlin und Hamburg gefunden werden, sind demnach nicht auf die Großstadtkonstellation an sich zurückzuführen, sondern allenfalls auf Unterschiede zwischen diesen beiden Großstädten.

Beim Vergleich der beiden Städte darf allerdings nicht übersehen werden, dass sie sich auch in der soziostrukturellen Zusammensetzung ihrer Bewohner/innen unterscheiden (Tabelle 3.42). Bei insgesamt fast doppelt so hoher Einwohnerzahl in Berlin im Vergleich zu Hamburg liegen die Anteile der Bevölkerung in der Hauptzielgruppe der HBSC-Befragung von 11 bis 15 Jahren und der Migrant/innen in Berlin geringfügig niedriger als in Hamburg. Sowohl der Jugendquotient als auch der Al-

tenquotient fallen in Hamburg etwas höher aus als in Berlin. Anders ausgedrückt, leben in Berlin prozentual mehr Einwohner/innen der mittleren Altersgruppe von 18 bis 64 Jahren. Indikatoren der gesundheitlichen und sozialen Lage fallen in Hamburg größtenteils etwas positiver aus als in Berlin:

Tabelle 3.42:
Städtevergleich Berlin - Hamburg 2006

	<i>Berlin</i>		<i>Hamburg</i>	
	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>	<i>n</i>	<i>Anteil in Prozent</i>
Bevölkerung insgesamt	3.404.037		1.754.182	
darunter:				
11 - 15 Jahre	129.706	3,8	74.458	4,2
Migrant/innen ¹	794.900	23,4	466.100	26,6
Jugendquotient (0 - 17Jährige je 100 18 - 64Jährige)		21,8		23,7
Altenquotient (65Jährige und Ältere je 100 18 - 64Jährige)		26,6		28,2
Empfänger/innen ausgewählter Sozialleistungen² außerhalb von Einrichtungen	48.223	1,4	21.023 ¹	1,2 ¹
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 - 64 Jahre)	2.397.941		1.201.149	
darunter:				
Arbeitslose	293.497	12,2	95.988	8,0
Lebenserwartung in Jahren				
Männer		76,3		76,8
Frauen		81,6		81,8
Schulabschluss³				
Hoch-/Fachhochschulreife	1.032.800	36,0	479.000	40,0
Beruflicher Ausbildungsabschluss⁴				
Fachschulabschluss	240.500	8,0	56.000	4,8
Fachhochschul-/Hochschulabschluss	589.700	19,7	214.000	18,2
Monatliches Nettoeinkommen: 2.600 € und mehr				
Haushalte ⁵	360.200	18,7	221.000	25,2
Familien ⁶	146.000	33,1	83.000	36,4
Schüler/innen in allgemeinbildenden Schulen 2006/07	334.879		182.018	
darunter:				
Grundschule	158.464	47,3	53.325	29,3
Orientierungsstufe	---	---	945	0,5
Hauptschule	13.219	3,9	10.818	5,9
Realschule	22.578	6,7	8.668	4,8
integrierte Haupt- und Realschule	---	---	2.566	1,4
Gesamtschule	43.518	13,0	33.375	18,3
Gymnasium	81.056	24,2	54.576	30,0

¹ Angaben für 2005

² Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt

³ Berlin: Angaben zu 2.867.400 Personen, Hamburg: Angaben zu 1.197.000 Personen

⁴ Berlin: Angaben zu 2.999.700 Personen, Hamburg: Angaben zu 1.178.000 Personen

⁵ Berlin: Angaben zu 1.930.300 Haushalten, Hamburg: Angaben zu 878.000 Haushalten

⁶ Berlin: Angaben zu 441.467 Familien, Hamburg: Angaben zu 228.000 Familien

(Datenquellen: StaBA, AfS Berlin-Brandenburg, Statistikamt Nord / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Anteile der Empfänger/innen von Sozialleistungen und der Arbeitslosen sind in Berlin höher als in Hamburg. Weiterhin liegt die Lebenserwartung der Männer in Hamburg um ein halbes Jahr über der in Berlin, bei den Frauen beträgt der Unterschied zugunsten von Hamburg nur etwa ein viertel Jahr. Ein höherer Anteil der Hamburger als der Berliner Bevölkerung verfügt über die Fachhochschul- oder Hochschulreife. Dies schlägt sich allerdings nicht in den beruflichen Ausbildungsabschlüssen nieder, denn ein höherer Anteil der Berliner/innen als der Hamburger/innen hat einen Fachschulabschluss oder einen Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss erreicht. Betrachtet man als Wohlstandsmerkmal den Anteil der Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen von 2.600 Euro oder mehr, so ist dieser Anteil bezogen auf alle Haushalte, aber auch, wenn man nur die Familien betrachtet, in Hamburg größer als in Berlin.

Aus Tabelle 3.42 ist weiterhin ersichtlich, dass die Schulsysteme in den beiden Städten nicht ganz vergleichbar sind. Während die Grundschule in Berlin im Regelfall sechs Schuljahre umfasst und nur ein geringer Anteil der Schüler/innen mit der fünften Klasse auf ein grundständiges Gymnasium wechselt, gehen die Kinder in Hamburg vier Jahre zur Grundschule. Im Bereich der Oberschulen besteht in beiden Großstädten die Wahl zwischen Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien. In Hamburg werden zudem integrierte Haupt- und Realschulen gesondert ausgewiesen, und es besteht die Möglichkeit, nach der vierten Klasse für zwei Schuljahre auf eine schulartunspezifische Orientierungsstufe zu wechseln. Von allen Kindern und Jugendlichen, die eine Oberschule besuchen, ist in Hamburg der Anteil der Hauptschüler/innen und der Gesamtschüler/innen höher als in Berlin, der Anteil der Realschüler/innen dagegen niedriger.

Dieses unterschiedliche Städteprofil, das zusammenfassend durch einen geringfügig höheren Migrant/innen-Anteil und eine etwas günstigere gesundheitliche und soziale Ausgangslage in Hamburg gekennzeichnet ist, kommt natürlich auch in der Zusammensetzung der Schüler/innen-Stichproben der HBSC-Befragung in Berlin und Hamburg zum Tragen. Darüber hinaus sind durch die Auswahl und Teilnahmebereitschaft der Schulen und Klassen Unterschiede in soziodemografischen Merkmalen zu verzeichnen, die sich auf die Ergebnisse auswirken und somit den Städtevergleich verzerren bzw. die Interpretation gefundener Unterschiede beeinflussen können.

Um diesen Unterschieden in der Stichprobenzusammensetzung in Berlin und Hamburg Rechnung zu tragen und eine Verfälschung des Städtevergleichs nach Möglichkeit zu vermeiden, wird für den Vergleich der Ergebnisse in Berlin und Hamburg ein mehrstufiges Vorgehen gewählt:

- Zuerst wird die Stichprobenzusammensetzung in Berlin und Hamburg miteinander verglichen. Merkmale mit auffälligen Unterschieden werden identifiziert, da diese die Ergebnisse verfälschen können.
- Bezogen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheits- und Risikoverhalten, die Ernährung, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Schulklima werden die zentralen Zielgrößen einem Vergleich der beiden Städte unterzogen.
- In einem dritten Schritt wird (mittels logistischer Regressionsanalysen) getestet, inwieweit vorgefundene Unterschiede in den zentralen Zielgrößen zwischen den beiden Städten auf die unterschiedliche Stichprobenzusammensetzung zurückzuführen sind. Damit lässt sich abschätzen, ob die Unterschiede durch Abweichungen in der soziodemografischen Zusammensetzung der Stichproben erklärt werden, oder aber auch unter Berücksichtigung und Kontrolle dieser Unterschiede bestehen bleiben.

Unterschiede zwischen Berlin und Hamburg, die auch unter Kontrolle der unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichproben befragter Schüler/innen bestehen bleiben, sind als „real“ anzusehen, d. h. sie sind nicht durch die zusätzlich berücksichtigten Parameter (siehe oben) zu erklären und bedürfen der inhaltlichen Interpretation. Allerdings kann auch in diesem Fall nicht ausgeschlossen werden, dass Städteunterschiede durch nicht berücksichtigte Einflussgrößen oder Messfehler zustande gekommen sind.

3.7.1 Stichprobenzusammensetzung

Die Stichproben der in Berlin und Hamburg befragten Schüler/innen, die Responseraten auf Schulebene und auf der Ebene der Schüler/innen, sowie die Verteilung der Befragten nach Geschlecht, Schulform, Klassenstufe und Alter sind bereits in Kapitel 2.4 beschrieben. Hier werden die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede noch einmal aufgegriffen und auf statistische Signifikanz geprüft. Zusätzlich werden die Merkmale Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand verglichen, da diese als mögliche Einflussgrößen auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Bedeutung sind.

Die Teilnahmequoten in den beiden Städten sind sowohl auf der Ebene der angefragten Schulen als auch auf der Ebene der Schüler/innen in den teilnehmenden Schulen vergleichbar und nicht signifikant unterschiedlich (Tabelle 3.43). Auch im Anteil der Jungen und Mädchen unterscheiden sich die Berliner und die Hamburger Stichprobe nicht. Markante Unterschiede sind allerdings in der Zusammensetzung nach Klassenstufe zu beobachten²¹⁵: Während in Berlin deutlich mehr Schüler/innen der neunten Klasse als der siebten Klasse befragt wurden, war es in Hamburg genau umgekehrt. Dies führt dazu, dass die Hamburger Schüler/innen im Durchschnitt jünger sind als die Berliner Schüler/innen (Hamburg: 13 Jahre 5 Monate, Berlin: 13 Jahre 9 Monate)²¹⁶. Jedoch sind bei einer Betrachtung des mittleren Alters pro Klassenstufe in Berlin und Hamburg in der 5. und 9. Klasse keine Unterschiede festzustellen (5. Klasse: 11 Jahre 5 Monate, 9. Klasse: 15 Jahre 7 Monate), in der 7. Klassenstufe sind die Hamburger Schüler/innen sogar im Mittel etwas älter als die Berliner Schüler/innen (Hamburg: 13 Jahre 7 Monate, Berlin: 13 Jahre 5 Monate)²¹⁷. Auf die unterschiedlichen Schulformen in den beiden Städten wurde bereits in Kapitel 2.4 hingewiesen. Darüber hinaus fällt auf, dass in Hamburg ein deutlich höherer Anteil an Gymnasiast/innen befragt wurde als in Berlin (Tabelle 3.43).²¹⁸ Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in Berlin mehr als ein Viertel der Kinder und Jugendlichen noch die Grundschule besucht. Andererseits spiegelt sich in dieser Zahl auch der hohe Anteil der Hamburger Schüler/innen, die ein Gymnasium besuchen (vgl. Tabelle 3.42), wider.

Tabelle 3.44 zeigt für Berlin und Hamburg die Anteile der Schüler/innen mit Migrationshintergrund, getrennt nach verschiedenen Herkunftsgruppen. In Berlin sind in Übereinstimmung mit

Tabelle 3.43:
Stichprobenzusammensetzung in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

	Berlin		Hamburg	
	n	Anteil in Prozent	n	Anteil in Prozent
Teilnahmequote Schulen	36	66,7	24	70,8
Teilnahmequote Schüler/innen	1.717	75,6	1.238	73,2
Geschlecht				
Mädchen	633	49,0	449	49,7
Jungen	659	51,0	455	50,3
Klassenstufe				
5. Klasse	403	31,0	299	33,0
7. Klasse	358	27,6	359	39,6
9. Klasse	537	41,4	248	27,4
Schulform				
Grundschule	355	27,3	-	-
Beobachtungsstufe	-	-	73	8,1
Hauptschule	-	-	80	8,8
Realschule	277	21,3	125	13,8
Gesamtschule	332	25,6	242	26,7
Gymnasium	334	25,7	386	42,6

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Tabelle 3.44:
Herkunft der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

	Berlin		Hamburg	
	n	Anteil in Prozent	n	Anteil in Prozent
Herkunftsgruppe¹				
deutsch	930	74,9	601	70,4
türkisch	134	10,8	76	8,9
arabisch	29	2,3	3	0,4
osteuropäisch	74	6,0	70	8,2
aus westl. Industriestaaten	13	1,0	17	2,0
aus anderen Staaten	61	4,9	87	10,2

¹ fehlende Angaben: Berlin n = 57 (4,4 %), Hamburg n = 52 (5,7 %)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²¹⁵ $\chi^2 = 53,8$, $df = 2$, $p < 0,001$

²¹⁶ $t_{(2004)} = -4,02$, $p < 0,001$

²¹⁷ $t_{(689)} = 3,02$, $p < 0,01$

²¹⁸ Fisher's exakter Test, $p < 0,001$

den Bevölkerungsverhältnissen (vgl. Tabelle 3.42) mehr der befragten Schüler/innen deutscher Herkunft als in Hamburg, wo mehr Schüler/innen einen familiären Migrationshintergrund aufweisen.²¹⁹ Kinder und Jugendliche türkischer Herkunft stellen in beiden Städten die größte Herkunftsgruppe dar, gefolgt von Schüler/innen mit Herkunft aus osteuropäischen Staaten. Während in Berlin die Befragten arabischer Herkunft mit gut zwei Prozent noch eine nennenswerte Subgruppe ausmachen, ist dies in Hamburg mit nur drei Befragten nicht der Fall. Dafür sind in Hamburg die Anteile der Schüler/innen aus den westlichen Industriestaaten und aus anderen Staaten etwa doppelt so hoch wie in Berlin.

Tabelle 3.45:
Familiärer Wohlstand der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

Familiärer Wohlstand ¹	Berlin		Hamburg	
	n	Anteil in Prozent	n	Anteil in Prozent
niedrig	254	20,4	145	16,8
mittel	516	41,4	303	35,0
hoch	477	38,3	417	48,2

¹ fehlende Angaben: Berlin n = 51 (3,9 %), Hamburg n = 41 (4,5 %)

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Auch die Verteilung des familiären Wohlstands fällt in beiden Städten unterschiedlich aus. In allen Einzelmerkmalen der familiären Wohlstandsskala (Autos, eigenes Zimmer, Urlaub, Computer; vgl. Kapitel 3.1) schneiden die Hamburger Schüler/innen etwas besser ab als die Berliner Schüler/innen. Die Verteilung auf die drei Wohlstandsgruppen gemäß Family Affluence Scale (FAS, vgl. auch Kapitel 3.1) ist in Tabelle 3.45 angegeben. In Berlin werden mehr Schüler/innen als in Hamburg den Gruppen mit niedrigem und mittlerem familiären Wohlstand zugeordnet, in Hamburg dagegen mehr der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand.²²⁰

Diese ungleich verteilten Merkmale, die zudem, wie die Ergebnisdarstellungen in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt haben, mit vielen Zielgrößen dieser Studie verknüpft sind, können möglicherweise den Vergleich der beiden Großstädte verzerren. Daher wird in nachfolgenden Analysen hierfür zu kontrollieren sein.

3.7.2 Subjektive, psychische und soziale Gesundheit

Für einen Vergleich des Gesundheitszustands der Schüler/innen in den beiden Städten wird der Schwerpunkt auf die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, auf psychosomatische Beschwerden, psychische Auffälligkeiten sowie soziale Unterstützung durch Eltern und Gleichaltrige gelegt.

Subjektive Gesundheit

In Berlin und Hamburg bezeichnet die Mehrheit der Schüler/innen den eigenen Gesundheitszustand als gut. Jedoch halten in Hamburg mehr Schüler/innen den eigenen Gesundheitszustand für ausgezeichnet und weniger für einigermaßen oder schlecht als in Berlin (Abbildung 3.63).²²¹

Da nur sehr wenige Kinder und Jugendliche in beiden Städten ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht beurteilen, erscheint es sinnvoll, die Antwortkategorien für die weitere Betrachtung zusammenzufassen. Die Schüler/innen wurden daher in zwei Gruppen eingeteilt, indem die Antworten „ausgezeichnet“ und „gut“ zu einer Gruppe und „einigermaßen“ und „schlecht“ zu einer zweiten Gruppe zugeordnet wurden. In der Gruppe mit gutem Gesundheitszustand sind demnach in Berlin 82,8 % der Schüler/innen anzutreffen, in Hamburg 87,6 %, in der Gruppe mit weniger gutem Gesundheitszustand entsprechend in Berlin 17,2 % und in Hamburg 12,4 %. Anders ausgedrückt, ist in Berlin die Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio), der Gruppe mit weniger gutem Gesundheitszustand anzugehören, 1,5mal so groß wie in Hamburg (bzw. die Wahrscheinlichkeit für einen weniger guten Gesundheitszustand liegt in Berlin um 50 % höher als in Hamburg). Die Schüler/innen in den beiden Städten unterscheiden sich auch in dieser Gruppeneinteilung signifikant.²²²

²¹⁹ Fisher's exakter Test, $p < 0,01$

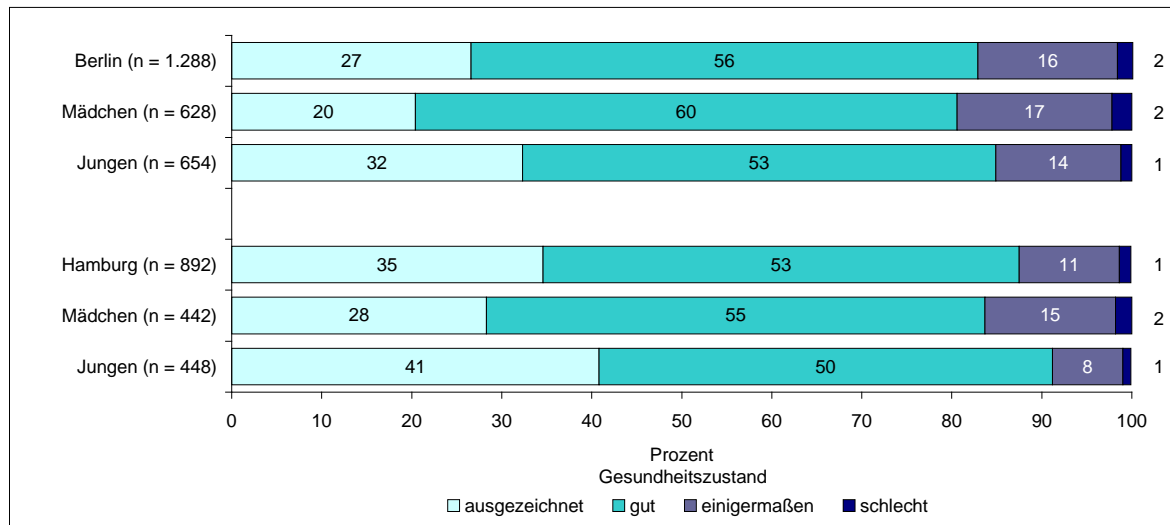
²²⁰ $\chi^2 = 20,8$, $df = 2$, $p < 0,001$

²²¹ $\chi^2 = 20,4$, $df = 3$, $p < 0,001$

²²² Odds Ratio (OR) = 1,46, 95 %-Konfidenzintervall (KI): 1,14 – 1,86, Wald-Statistik = 9,0, $df = 1$, $p < 0,01$

Abbildung 3.63:

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die subjektive Gesundheitseinschätzung der Schüler/innen wird in Berlin, wie in Abschnitt 3.2.1 dargestellt, durch das Geschlecht, die Klassenstufe und die Schulform beeinflusst. Familiärer Wohlstand und Migrationshintergrund stellen dagegen in der Berliner Stichprobe keine signifikanten Einflussgrößen auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes dar. Jedoch sind diese Merkmale in beiden Städten unterschiedlich verteilt, weshalb sie zusammen mit Geschlecht, Klassenstufe und Schulform als Kontrollvariablen in eine Regressionsanalyse zum Städtevergleich eingegeben werden. Diese Analyse ergibt, dass – wie auch schon für die Berliner Stichprobe ermittelt – Jungen einen besseren Gesundheitszustand angeben als Mädchen.²²³ Weiterhin ist für Schüler/innen der Realschule, der Gesamtschule und der Hauptschule die Wahrscheinlichkeit einer negativen Gesundheitseinschätzung mehr als doppelt so hoch wie für Gymnasiast/innen.²²⁴ Bei Kontrolle der Schulform wird der Unterschied zwischen den Klassenstufen in dieser Analyse nicht mehr signifikant. Ebenfalls wie in den Analysen für die Berliner Stichprobe erweisen sich die Merkmale Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand nicht als bedeutsame Einflussgrößen auf die subjektive Gesundheit. Berücksichtigt man alle diese Merkmale in ihrer zwischen Berlin und Hamburg unterschiedlichen Verteilung, bleibt der Unterschied zwischen den Städten allerdings dennoch bestehen.²²⁵ Die Größe des Einflusses der Stadt-Zugehörigkeit hat auch nur geringfügig abgenommen: Bei Kontrolle aller anderen Einflussgrößen ist die Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio), in Berlin der Gruppe mit nicht so gutem Gesundheitszustand anzugehören, 1,4 mal so groß wie in Hamburg (bzw. um 40 % höher).

Insgesamt ist damit im Kontext der anderen Einflussgrößen die Stadt-Zugehörigkeit etwas weniger bedeutsam als wenn man den reinen Städtevergleich betrachtet. Jedoch ändert sich nichts an der Größenordnung. Der Unterschied in der subjektiven Gesundheit der Schüler/innen in Berlin und Hamburg ist dementsprechend als „real“ anzusehen und wird nicht durch die unterschiedliche Stichprobensammensetzung, dargestellt durch die genannten Kontrollvariablen, erklärt.

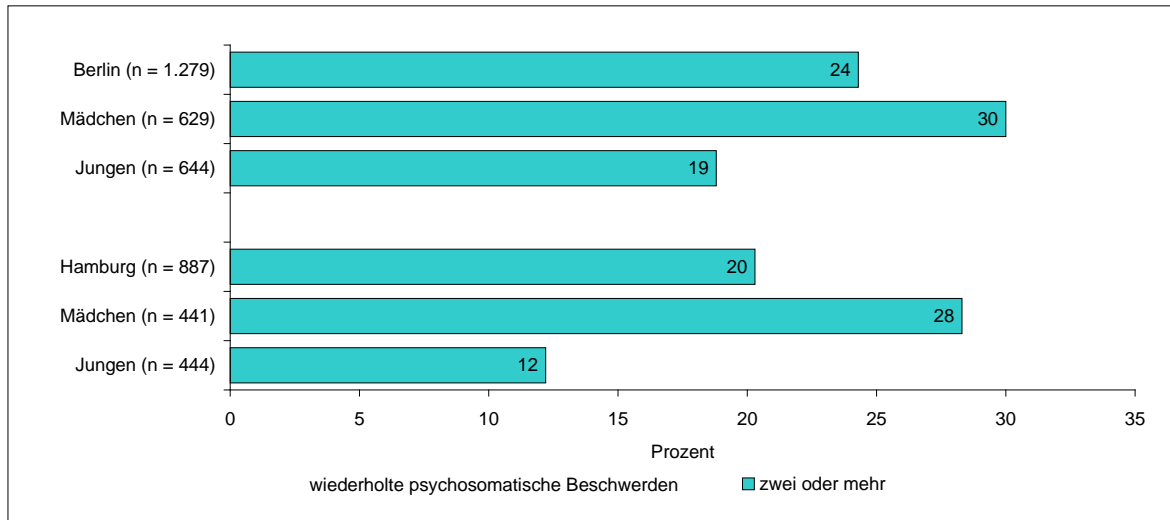
Kinder und Jugendliche in Berlin geben auch häufiger als Gleichaltrige in Hamburg an, unter psychosomatischen Beschwerden²²⁶ zu leiden (Abbildung 3.64), wobei sich in beiden Städten ein deutlicher Geschlechtsunterschied zeigt. Demnach klagen Mädchen häufiger über wiederholte psychosomatische Beschwerden als Jungen.

²²³ OR = 1,71, 95 %-KI: 1,33 – 2,20, Wald-Statistik = 17,4, df = 1, p < 0,001

²²⁴ Realschule: OR = 2,25, 95 %-KI: 1,53 – 3,31, Wald-Statistik = 17,2, df = 1, p < 0,001; Gesamtschule: OR = 2,11, 95 %-KI: 1,49 – 3,00, Wald-Statistik = 17,4, df = 1, p < 0,001; Hauptschule: OR = 2,78, 95 %-KI: 1,42 – 5,47, Wald-Statistik = 8,8, df = 1, p < 0,01

²²⁵ OR = 1,42, 95 %-KI: 1,03 – 1,96, Wald-Statistik = 4,7, df = 1, p < 0,05

²²⁶ Fisher's exakter Test: p < 0,05

Abbildung 3.64:**Psychosomatische Beschwerden in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht - in Prozent**

(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Vergleicht man die Häufigkeit des Auftretens wiederholter psychosomatischer Beschwerden in den beiden Städten mittels logistischer Regression, so ergibt sich für die Schüler/innen in Berlin ein um 26 % höheres Risiko, unter wiederkehrenden psychosomatischen Beschwerden zu leiden als für die Schüler/innen in Hamburg.²²⁷ Berücksichtigt man alle weiteren Kontrollmerkmale der Stichprobensammensetzung, so sind Mädchen deutlich häufiger betroffen als Jungen.²²⁸ Bei Schüler/innen des Gymnasiums treten mit geringerer Wahrscheinlichkeit wiederkehrende psychosomatische Beschwerden auf als an den anderen Schulformen, vor allem der Gesamtschule²²⁹, Realschule²³⁰ und der Grundschule²³¹. Der Unterschied zwischen den beiden Städten wird bei Kontrolle dieser Merkmale nicht mehr signifikant.

Psychische Gesundheit

Im Bereich psychischer Auffälligkeiten unterscheiden sich die Schüler/innen in Berlin und Hamburg nur geringfügig und nicht statistisch signifikant (Abbildung 3.65).

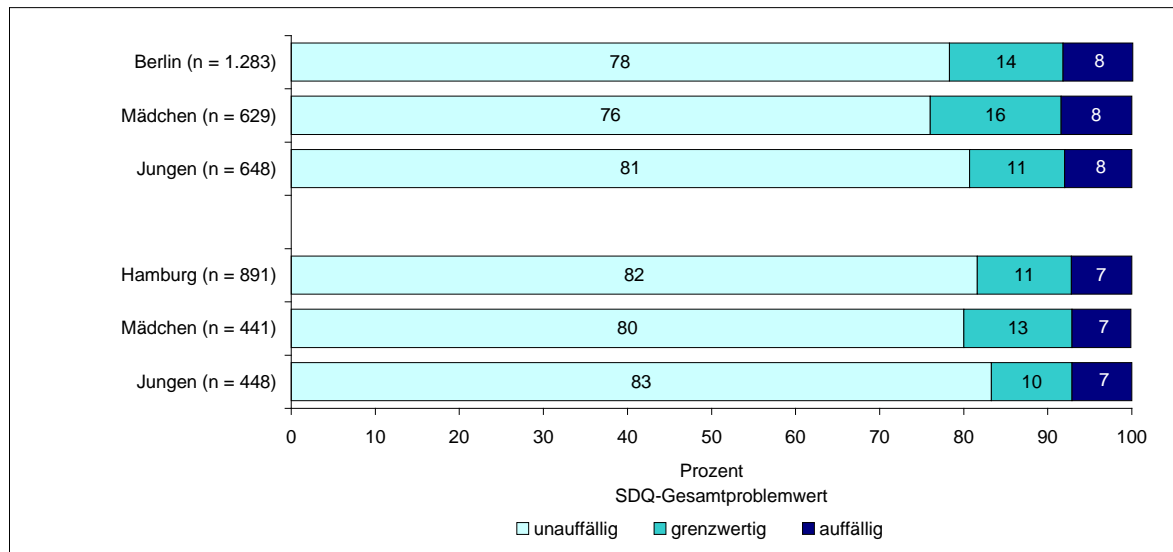
In der logistischen Regressionsanalyse unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen Klassenstufe, Geschlecht, Schultyp, Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand nimmt der Unterschied zwischen beiden Städten nochmals ab und ist ebenfalls nicht statistisch bedeutsam. Als signifikante Einflussgrößen auf die psychische Gesundheit erweisen sich hier das Geschlecht (Mädchen haben häufiger psychische Auffälligkeiten als Jungen)²³², der Besuch einer Hauptschule im Vergleich zum Gymnasium²³³ und die Zugehörigkeit zur Gruppe mit mittlerem familiären Wohlstand verglichen mit der Gruppe mit hohem familiären Wohlstand²³⁴.

Zur psychischen Gesundheit der Schüler/innen in Berlin und Hamburg lässt sich festhalten, dass acht von zehn Schüler/innen aufgrund ihrer Selbstangaben zu Symptomen von emotionalen Problemen, Hyperaktivität, Problemen mit dem Sozialverhalten und Problemen mit Gleichaltrigen als psychisch unauffällig und somit gesund einzustufen sind. Anhand der Symptombeschreibungen ist jede/r siebte Schüler/in in Berlin und jede/r neunte in Hamburg bezüglich der psychischen Gesundheit als grenz-

²²⁷ OR = 1,26, 95 %-KI: 1,03 – 1,55, Wald-Statistik = 4,8, df = 1, p < 0,05²²⁸ OR = 2,23, 95 %-KI: 1,79 – 2,78, Wald-Statistik = 51,9, df = 1, p < 0,001²²⁹ OR = 1,84, 95 %-KI: 1,37 – 2,47, Wald-Statistik = 16,5, df = 1, p < 0,001²³⁰ OR = 1,76, 95 %-KI: 1,26 – 2,46, Wald-Statistik = 11,2, df = 1, p < 0,01²³¹ OR = 1,72, 95 %-KI: 1,03 – 2,88, Wald-Statistik = 4,2, df = 1, p < 0,05²³² Wald-Statistik = 5,5, df = 1, p < 0,05²³³ Wald-Statistik = 11,1, df = 1, p < 0,001²³⁴ Wald-Statistik = 8,3, df = 1, p < 0,01

Abbildung 3.65:

Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

wertig einzustufen, was bedeutet, dass es angeraten wäre, die Befunde des Screening-Tests durch Befragung erwachsener Bezugspersonen (z. B. Eltern, Lehrer/innen) und fachliche Diagnostik genauer zu prüfen. Jede/r zwölfte Befragte in Berlin und jede/r vierzehnte in Hamburg wird als psychisch auffällig klassifiziert. In diesen Fällen ist möglicherweise ein Behandlungsbedarf gegeben, der aber ebenfalls erst durch eine ärztliche oder psychotherapeutische Diagnose erhärtet werden müsste. Bezüglich der eventuellen Beeinträchtigung im Alltag durch psychische Probleme stellen sich die Schüler/innen in den beiden Städten noch ähnlicher dar: in Berlin und Hamburg erleben sich jeweils 9 % der Schüler/innen als grenzwertig beeinträchtigt, eine auffällige Beeinträchtigung berichten 10 % in Berlin und 8 % in Hamburg.

Die zwischen beiden Städten beobachteten Unterschiede in der psychischen Gesundheit sind insgesamt nur von geringer Größe. Bei differenzierter Betrachtung der einzelnen Skalen des SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman et al., 1998) wird im Städtevergleich lediglich der Unterschied bei Problemen mit Gleichaltrigen statistisch signifikant (Tabelle 3.46). Hier werden mehr Schüler/innen aus Berlin als aus Hamburg als grenzwertig eingestuft. In allen anderen Skalen unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen aus den beiden Städten nicht bedeutsam.

Tabelle 3.46:

Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Skalen) der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

	Berlin			Hamburg			Signifikanztest	
	unauffällig	grenzwertig	auffällig	unauffällig	grenzwertig	auffällig	Chi ²	p
	Prozent			Prozent				
emotionale Probleme	86,0	6,2	7,9	89,1	5,4	5,5	5,4	n.s.
Verhaltensprobleme	78,6	10,9	10,5	78,1	10,1	11,8	1,1	n.s.
Hyperaktivität	80,7	10,7	8,6	82,4	8,2	9,4	4,2	n.s.
Probleme mit Gleichaltrigen	72,5	21,1	6,4	78,3	15,6	6,2	10,9	< 0,01
prosoziales Verhalten	87,1	7,9	5,1	86,5	8,3	5,2	0,2	n.s.

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

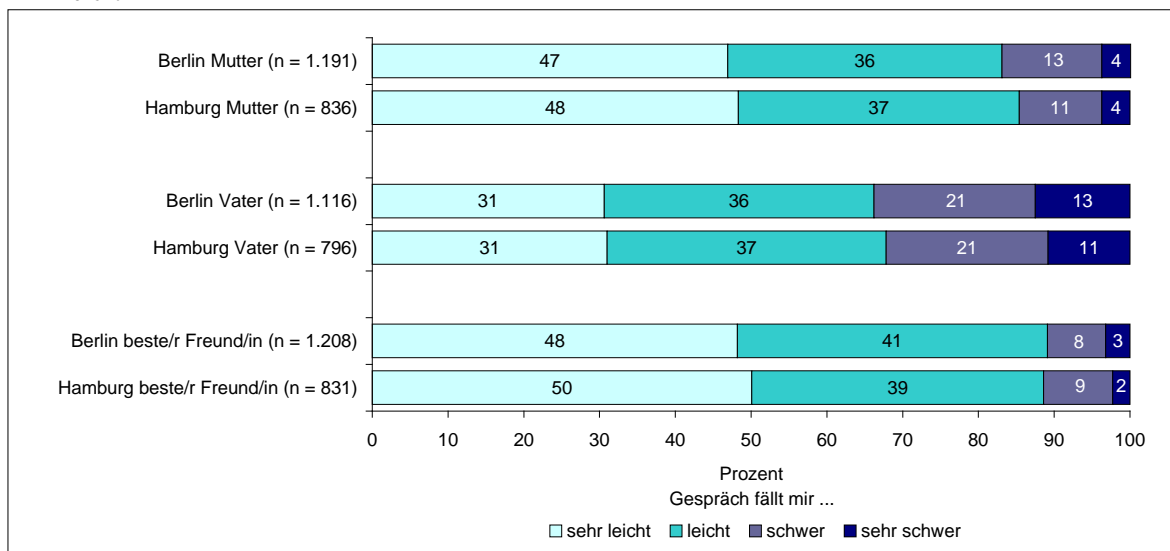
Die berichteten Symptome liegen in beiden Städten in etwa im Rahmen der Normwerte (vgl. Kapitel 3.2.2). Nur bei den Problemen mit Gleichaltrigen wird ein erheblicher Anteil der Schüler/innen aufgrund der Selbstangaben als grenzwertig eingestuft, und zwar besonders in Berlin. Möglicherweise

sind Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen den Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext, in dem diese Befragung im Unterschied zu anderen Studien zur psychischen Gesundheit stattfand, auch besonders gegenwärtig und werden deshalb eher als schwerwiegender eingestuft und berichtet als bei einer individuellen Befragung im privaten oder klinischen Kontext.

Soziale Gesundheit

Die Schüler/innen in Berlin und Hamburg unterscheiden sich nicht in der Beantwortung der Fragen zur sozialen Unterstützung (Abbildung 3.66). Werden die Kinder und Jugendlichen danach gefragt, wie leicht oder schwer es ihnen fällt, mit ihrer Mutter, ihrem Vater oder ihrer besten Freundin bzw. ihrem besten Freund über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen, fallen die Antwortmuster in beiden Städten genau gleich aus. Am ehesten werden persönliche Dinge in der untersuchten Altersgruppe in beiden Städten mit Freund/innen besprochen, dicht gefolgt von der Mutter als Ansprechpartnerin, darauf folgt mit einigem Abstand der Vater.

Abbildung 3.66:
Soziale Unterstützung in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Für weitere Analysen wurden die Kategorien „sehr leicht“ und „leicht“ zu einer Gruppe zusammengefasst und den ebenfalls zusammengefassten Kategorien „schwer“ und „sehr schwer“ gegenübergestellt. In der Regressionsanalyse wird der Städteunterschied bezüglich aller drei Ansprechpartner/innen (Mutter, Vater, beste/r Freund/in) nicht statistisch signifikant, auch nicht bei Kontrolle der übrigen Einflussgrößen.

Über beide Städte hinweg findet sich eine signifikante Abnahme der sozialen Unterstützung durch Mutter und Vater mit zunehmender Klassenstufe (vgl. Kapitel 3.2.3). Im Vergleich zu Fünftklässler/innen ist es für Schüler/innen der siebten Klasse dreimal so wahrscheinlich, der Gruppe anzugehören, der es schwer fällt mit Mutter oder Vater über persönliche Dinge zu sprechen²³⁵, für Schüler/innen der neunten Klasse sogar vier- bis fünfmal so wahrscheinlich²³⁶. Bezüglich des Vaters als Ansprechpartner unterscheiden sich Mädchen und Jungen in ihrem Antwortverhalten: Mädchen geben doppelt so häufig wie Jungen an, dass es ihnen schwer oder sehr schwer fällt, mit ihrem Vater zu sprechen.²³⁷ Umgekehrt fällt es Mädchen erheblich leichter, sich mit ihrer besten Freundin oder ihrem besten Freund auszutau-

²³⁵ Mutter: OR = 2,97, 95 %-KI: 1,52 – 5,77, Wald-Statistik = 10,2, p < 0,01; Vater: OR = 3,24, 95 %-KI: 2,10 – 5,01, Wald-Statistik = 28,0, p < 0,001

²³⁶ Mutter: OR = 5,36, 95 %-KI: 2,77 – 10,37, Wald-Statistik = 24,8, p < 0,001; Vater: OR = 4,35, 95 %-KI: 2,80 – 6,76, Wald-Statistik = 42,5, p < 0,001

²³⁷ OR = 2,22, 95 %-KI: 1,80 – 2,74, Wald-Statistik = 55,1, p < 0,001

schen.²³⁸ Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund fällt es etwas schwerer als Gleichaltrigen deutscher Herkunft, mit ihren Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen.²³⁹

Kumulation gesundheitlicher Probleme

Auch im Städtevergleich wurde geprüft, welcher Anteil der Schüler/innen von einer Kumulation von Problemen im Bereich der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit betroffen ist (vgl. Kapitel 3.2.4). Wie bereits berichtet, schätzen Schüler/innen in Berlin ihre Gesundheit zu einem höheren Anteil als in Hamburg als „einigermaßen“ oder „schlecht“ ein, und sie klagen auch häufiger über wiederholt auftretende psychosomatische Beschwerden (Tabelle 3.47). Kein Unterschied zwischen den Schüler/innen in beiden Städten besteht in der Häufigkeit des Auftretens einer chronischen Erkrankung oder Behinderung oder einer psychischen Auffälligkeit. Nur selten ist eine soziale Isolation, definiert als geringe elterliche Unterstützung und zugleich geringe Anzahl von Freund/innen, festzustellen. Auch hierin unterscheiden sich die Schüler/innen beider Großstädte nicht.

Tabelle 3.47:

Gesundheitliche Problemlagen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

	<i>Berlin</i>		<i>Hamburg</i>		<i>Signifikanz</i>
	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in Prozent</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in Prozent</i>	<i>p</i>
subjektiver Gesundheitszustand: einigermaßen oder schlecht	221	17,2	111	12,4	< 0,01
chronische Erkrankung oder Behinderung	267	21,3	182	21,0	n.s.
wiederkehrende psychosomatische Beschwerden	311	24,3	180	20,3	< 0,05
SDQ-Gesamtproblemwert: grenzwertig oder auffällig	279	21,7	164	18,4	n.s.
soziale Isolation ¹	25	1,9	17	1,9	n.s.

¹ niedrige elterliche Unterstützung und weniger als drei Freund/innen

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Aggregiert man diese fünf Merkmale zu einem Index (vgl. Kapitel 2.5 und 3.2.4), indem pro Person ausgezählt wird, wie viele dieser Probleme auftreten, so trifft auf die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (50,7 %) keins der genannten Probleme zu. Ein gutes Viertel (27,6 %) ist von einem Problem betroffen, ein knappes Viertel (21,7 %) von mehr als einem der Probleme. In dieser Gruppe kann von einer Problemkumulation gesprochen werden. Diese Gruppe bedarf besonderer Aufmerksamkeit, denn Kinder und Jugendliche, die von mehr als einem Problem bezüglich der körperlichen, psychischen oder sozialen Gesundheit betroffen sind, sind nicht nur aktuell in ihren täglichen Aktivitäten eingeschränkt, sondern diese Beeinträchtigungen können sich auch auf ihre schulische und berufliche Zukunft sowie ihre gesellschaftliche Teilhabe nachhaltig negativ auswirken.

Abbildung 3.67 zeigt die Anteile der Schüler/innen ohne, mit einem oder mit mehreren gesundheitlichen Problemen für Berlin und Hamburg insgesamt, sowie nach Geschlecht getrennt. In beiden Städten weisen Mädchen häufiger mehrere gesundheitliche Probleme und seltener keins der berücksichtigten Probleme auf als Jungen²⁴⁰, wobei dieser Unterschied in Hamburg noch größer ist als in Berlin.

In der logistischen Regressionsanalyse erweist sich der Städteunterschied als nicht signifikant. Statistisch signifikante Einflussgrößen auf die Zahl gesundheitlicher Probleme sind das Geschlecht²⁴¹, die Klassenstufe²⁴² und die besuchte Schulform²⁴³: Jungen haben im Vergleich zu Mädchen weniger gesundheitliche Probleme, Schüler/innen der fünften Klassenstufe weniger als Schüler/innen der

²³⁸ OR = 0,50, 95 %-KI: 0,37 – 0,67, Wald-Statistik = 20,7, p < 0,001

²³⁹ Mutter: OR = 1,44, 95 %-KI: 1,08 – 1,91, Wald-Statistik = 6,2, p < 0,05; Vater: OR = 1,39, 95 %-KI: 1,09 – 1,76, Wald-Statistik = 7,0, p < 0,01

²⁴⁰ Berlin: Chi² = 9,9, df = 2, p < 0,01, Hamburg: Chi² = 23,7, df = 2, p < 0,001

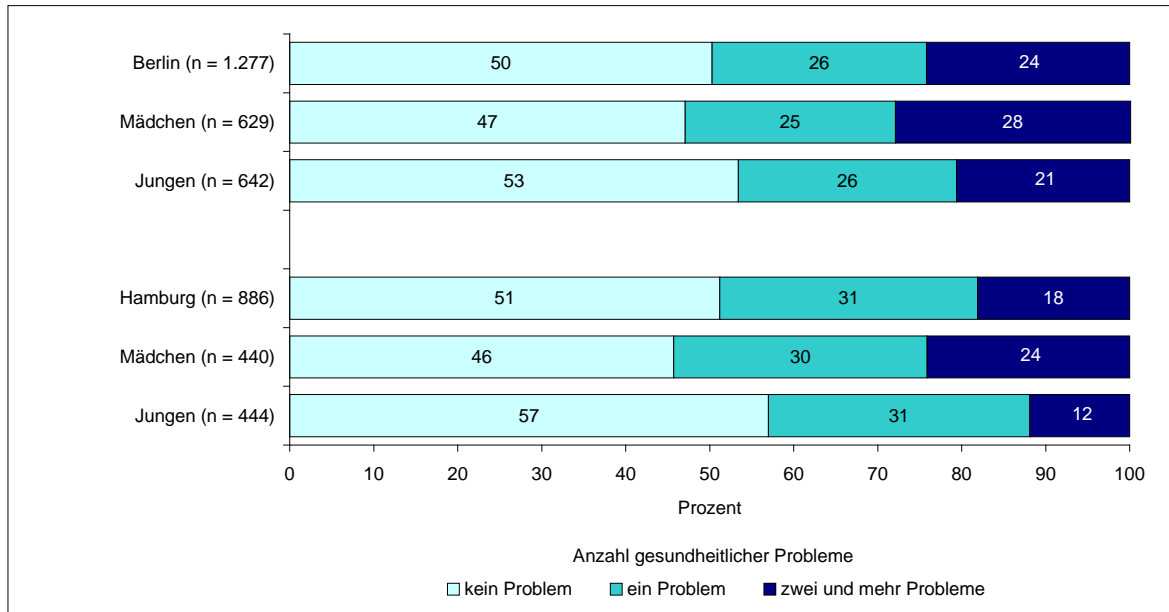
²⁴¹ Wald-Statistik = 27,9, df = 1, p < 0,001

²⁴² Wald-Statistik = 8,6, df = 1, p < 0,01

²⁴³ Wald-Statistik = 5,8, df = 1, p < 0,05

Abbildung 3.67:

Kumulation gesundheitlicher Probleme in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

siebten Klassenstufe und Kinder und Jugendliche, die ein Gymnasium besuchen, sind seltener von gesundheitlichen Problemen betroffen als Schüler/innen der Hauptschule. Ein Migrationshintergrund und der familiäre Wohlstand haben keinen Einfluss auf die Kumulation gesundheitlicher Probleme. Der geringfügige und statistisch nicht bedeutsame Städteunterschied wird bei Kontrolle der übrigen Einflussgrößen (Geschlecht, Klassenstufe, Migrationshintergrund, Schulform, familiärer Wohlstand) noch deutlich kleiner.

3.7.3 Körperliche Aktivität, Rauchen und Alkoholkonsum

Exemplarisch für das Gesundheitsverhalten wurde für den Städtevergleich die körperliche Aktivität in den letzten sieben Tagen herangezogen. Zur Abbildung des Risikoverhaltens in Berlin und Hamburg werden das regelmäßige Rauchen (mindestens einmal wöchentlich) sowie die Häufigkeit des Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens in den letzten 30 Tagen herangezogen. Dabei werden in den Vergleich des Risikoverhaltens in den beiden Städten nur die Schüler/innen der 7. und 9. Klassenstufen einbezogen, weil der Tabak- und Alkoholkonsum in der 5. Klasse noch auf wenige Einzelfälle beschränkt ist.

Körperliche Aktivität

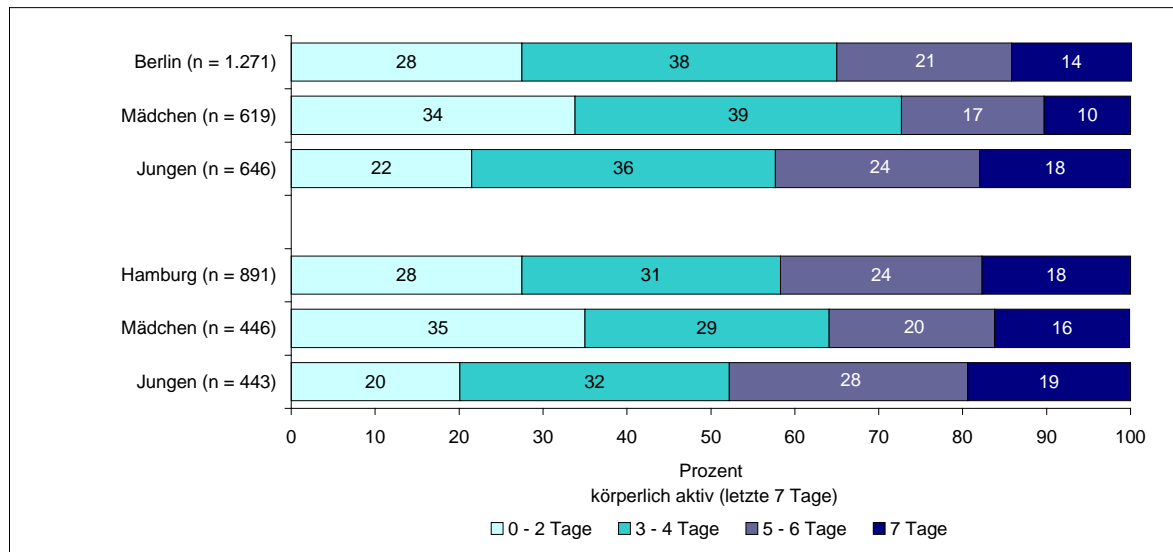
Die Schüler/innen in Berlin und Hamburg sind im gleichen Ausmaß gar nicht oder nur selten körperlich aktiv, jedoch geben in Hamburg mehr Schüler/innen als in Berlin an, an allen oder fast allen Tagen der Woche körperlich aktiv zu sein (Abbildung 3.68).²⁴⁴ Wie schon aus den Auswertungen für die Berliner Stichprobe bekannt (vgl. Kapitel 3.3.1), sind Jungen häufiger körperlich aktiv als Mädchen. Dieser Unterschied ist in Berlin noch deutlicher ausgeprägt als in Hamburg. Differenziert man den Städtevergleich nach Geschlecht, so ist nur für die Hamburger Mädchen ein höheres Ausmaß körperlicher Aktivität im Vergleich zu den Berliner Mädchen festzustellen²⁴⁵, bei den Jungen unterscheidet sich die körperliche Aktivität in beiden Städten nicht.

²⁴⁴ $\chi^2 = 13,2$, $df = 3$, $p < 0,01$

²⁴⁵ $\chi^2 = 15,2$, $df = 3$, $p < 0,01$

Abbildung 3.68:

Körperliche Aktivität der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Für die weiteren Auswertungen wurden die Kinder und Jugendlichen, die an null bis zwei Tagen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren, mit denen, die an drei bis vier Tagen körperlich aktiv waren, zur Gruppe der körperlich eher Inaktiven zusammengefasst, die Kinder und Jugendlichen, die an mindestens fünf Tagen der Woche körperlich aktiv waren, zur Gruppe der Aktiven. Im Städtevergleich ist in Hamburg die Chance, zur Gruppe der Aktiven zu gehören, um ein Drittel höher als in Berlin.²⁴⁶ Adjustiert man in der logistischen Regression allerdings für alle übrigen Einflussgrößen, so ist der Städteunterschied nicht mehr signifikant. Bedeutsam sind in dieser Analyse Einflüsse der Klassenstufe, des Geschlechts, der Schulform und des familiären Wohlstands: Fünftklässler/innen sind häufiger körperlich aktiv als Neuntklässler/innen²⁴⁷, Jungen häufiger als Mädchen²⁴⁸, Schüler/innen der Beobachtungsstufe und der Gesamtschule seltener als Gymnasiast/innen²⁴⁹ und Schüler/innen aus Familien mit mittlerem oder hohem familiären Wohlstand häufiger als Gleichaltrige aus Familien mit niedrigem Wohlstand²⁵⁰.

Es kann festgehalten werden, dass der Unterschied in der körperlichen Aktivität zwischen Schüler/innen in Berlin und Hamburg durch weitere Einflussfaktoren erklärt wird und nicht bestehen bleibt, wenn für diese Einflussfaktoren kontrolliert wird. Von der Größenordnung her sind die Effekte der Klassenstufe (abnehmende körperliche Aktivität mit zunehmendem Alter) und des Geschlechts (geringere körperliche Aktivität von Mädchen im Vergleich zu Jungen) als bedeutsam einzuschätzen.

Regelmäßiges Rauchen

Wie bereits erwähnt, wird der Städtevergleich für das Rauchen und den Alkoholkonsum nur für die Schüler/innen der 7. und 9. Klassen vorgenommen. In Berlin rauchen 17 % dieser Schüler/innen mindestens einmal wöchentlich, in Hamburg sind es mit 13 % deutlich weniger (Abbildung 3.69).²⁵¹ Von der 7. zur 9. Klassenstufe ist in beiden Städten eine Zunahme des Anteils der regelmäßigen Raucher/innen zu beobachten, allerdings fällt diese in Berlin erheblich stärker aus. Während der Anteil regelmäßiger Raucher/innen sich in Hamburg von der 7. zur 9. Klasse nicht einmal um 50 % steigert,

²⁴⁶ OR = 1,33, 95 % -KI: 1,11 – 1,58, Wald-Statistik = 9,9, df = 1, p < 0,01

²⁴⁷ OR = 1,97, 95 % -KI: 1,40 – 2,78, Wald-Statistik = 15,2, df = 1, p < 0,001

²⁴⁸ OR = 1,85, 95 % -KI: 1,53 – 2,23, Wald-Statistik = 40,4, df = 1, p < 0,001

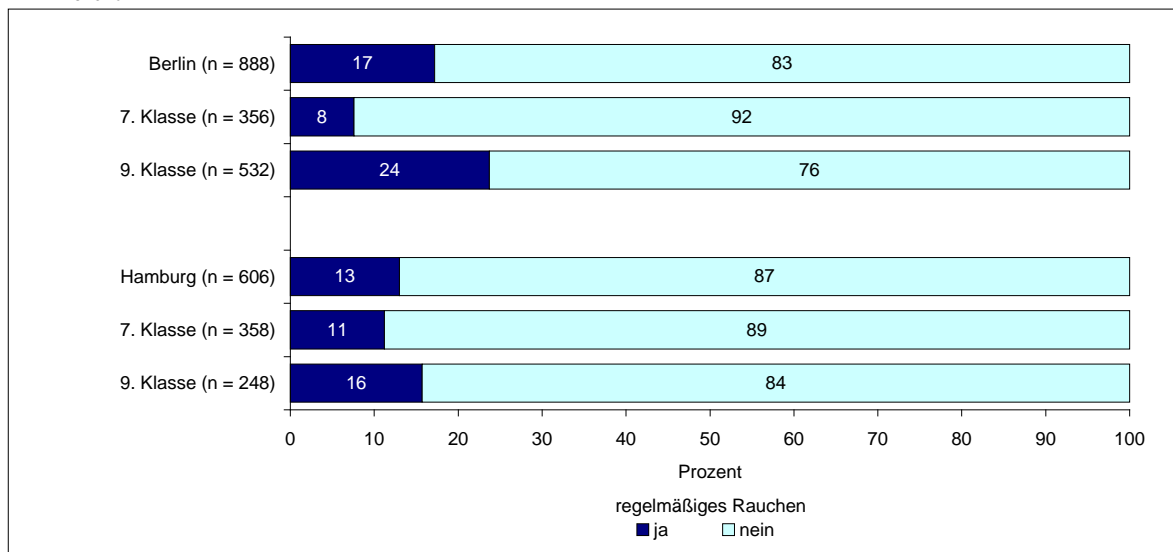
²⁴⁹ Beobachtungsstufe OR = 0,42, 95 % -KI: 0,24 – 0,76, Wald-Statistik = 8,1, df = 1, p < 0,01, Gesamtschule OR = 0,63, 95 % -KI: 0,48 – 0,81, Wald-Statistik = 13,0, df = 1, p < 0,001

²⁵⁰ mittlerer familiärer Wohlstand OR = 1,73, 95 % -KI: 1,30 – 2,31, Wald-Statistik = 14,0, df = 1, p < 0,001, hoher familiärer Wohlstand OR = 1,45, 95 % -KI: 1,17 – 1,80, Wald-Statistik = 11,5, df = 1, p < 0,01

²⁵¹ Fisher's exakter Test: p < 0,05

Abbildung 3.69:

Regelmäßiges Rauchen der Schüler/innen (nur 7. und 9. Klasse) in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

verdreifacht er sich in Berlin. Dies ist umso erstaunlicher, als es sich bei den Siebt- und Neuntklässler/innen in beiden Städten jeweils um Schüler/innen derselben Schulen handelt. Möglicherweise haben in Berlin ergriffene Maßnahmen der Rauchprävention, vor allem das im Sommer 2004 eingeführte Rauchverbot an Schulen, auf die jüngeren Schüler/innen im Einstiegsalter stärkere Wirkung gehabt als auf die älteren, zum Teil bereits regelmäßig konsumierenden, Schüler/innen. Nicht vergessen werden darf aber auch die Möglichkeit sozial erwünschter Antworten der Schüler/innen, die ja wissen, dass sie nicht rauchen sollten.

Im direkten Städtevergleich ist die Wahrscheinlichkeit, zu den regelmäßigen Raucher/innen zu zählen, in Berlin um 39 % höher als in Hamburg.²⁵² Führt man eine logistische Regressionsanalyse mit Kontrolle der möglichen Einflussgrößen Klassenstufe, Geschlecht, Schulform, Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand durch, so wird der Unterschied zwischen den Städten noch deutlicher.²⁵³ Neben dem Wohnort Berlin erweisen sich in dieser Analyse auch eine höhere Klassenstufe²⁵⁴, weibliches Geschlecht²⁵⁵ und der Besuch einer anderen Schulform als des Gymnasiums²⁵⁶ als Risikofaktoren für regelmäßiges Rauchen.

Die Ergebnisse des Städtevergleichs lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass ein höherer Anteil der Schüler/innen in Berlin als in Hamburg zu den regelmäßigen Raucher/innen zu zählen ist. In den vorliegenden Daten ist dieser Effekt ausschließlich auf die älteren Schüler/innen der neunten Klassenstufe zurückzuführen. Dies zeigt einerseits, dass Prävention auf diesem Gebiet früh einsetzen muss, um den Einstieg ins Rauchen zu verhindern bzw. so lange wie möglich hinauszuzögern und ein Fortschreiten vom Probierstadium zu regelmäßigem und möglicherweise bereits süchtigem Konsum nicht schon im frühen Jugendalter zuzulassen. Andererseits ist anzunehmen, dass ein nicht unerheblicher Teil der älteren Schüler/innen sich bereits an den regelmäßigen Tabakkonsum gewöhnt hat und von einem schulweiten Rauchverbot nicht mehr ausreichend profitiert.

²⁵² OR = 1,39, 95 %-KI: 1,04 – 1,86, Wald-Statistik = 4,8, df = 1, p < 0,05

²⁵³ OR = 1,82, 95 %-KI: 1,24 – 2,70, Wald-Statistik = 9,1, df = 1, p < 0,01

²⁵⁴ OR = 2,65, 95 %-KI: 1,88 – 3,72, Wald-Statistik = 31,3, df = 1, p < 0,001

²⁵⁵ OR = 1,40, 95 %-KI: 1,03 – 1,91, Wald-Statistik = 4,6, df = 1, p < 0,05

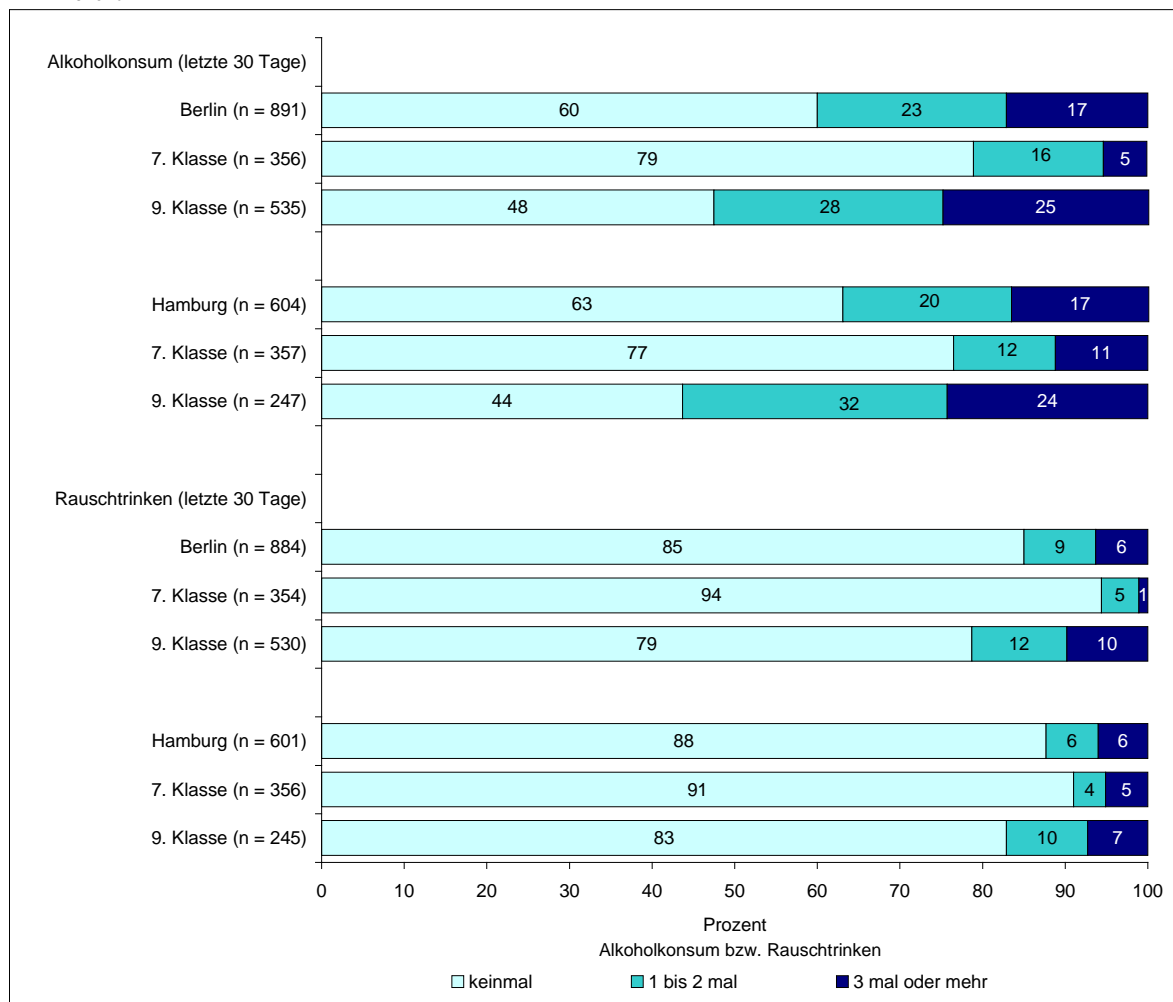
²⁵⁶ Realschule OR = 2,96, 95 %-KI: 1,92 – 4,56, Wald-Statistik = 24,2, df = 1, p < 0,001, Gesamtschule OR = 1,78, 95 %-KI: 1,15 – 2,73, Wald-Statistik = 6,8, df = 1, p < 0,01, Hauptschule OR = 19,1, 95 %-KI: 10,0 – 36,5, Wald-Statistik = 79,9, df = 1, p < 0,001

Alkoholkonsum und Rauschtrinken

In der Häufigkeit des Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens in den letzten 30 Tagen unterscheiden sich die Schüler/innen in Berlin und Hamburg nicht (Abbildung 3.70). Sowohl die Häufigkeit des Alkoholkonsums als auch des sich Betrunkens nimmt mit dem Alter der Schüler/innen (von der 7. zur 9. Klasse) deutlich zu. Während noch mehr als drei Viertel der Siebtklässler/innen im letzten Monat keinen Alkohol getrunken haben, ist es von den Neuntklässler/innen nur noch weniger als die Hälfte, auf die dies zutrifft. Der Anteil derjenigen, die sich im letzten Monat mindestens einmal betrunken haben, ist in Berlin in der neunten Klasse mehr als dreimal so groß wie in der siebten Klasse, in Hamburg doppelt so groß. In der siebten Klassenstufe fällt in Hamburg der erheblich höhere Anteil häufiger Konsument/innen (3 mal oder mehr im letzten Monat) im Vergleich zu Berlin auf. Daher wird beim Städtevergleich der 7. Klassen sowohl der geringere Alkoholkonsum als auch die geringere Häufigkeit des Rauschtrinkens in Berlin statistisch signifikant.²⁵⁷

Abbildung 3.70:

Alkoholkonsum und Rauschtrinken der Schüler/innen (nur 7. und 9. Klasse) in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Insgesamt unterscheiden sich die Schüler/innen in Berlin und Hamburg auch dann nicht im Alkoholkonsum und in der Häufigkeit des Rauschtrinkens, wenn man für die anderen Einflussgrößen in einer ordinalen logistischen Regression kontrolliert. Für beide Verhaltensweisen zeigen sich statistisch

²⁵⁷ Alkoholkonsum: $\chi^2 = 9,0$, $df = 2$, $p < 0,05$, Rauschtrinken: $\chi^2 = 9,2$, $df = 2$, $p < 0,05$

signifikante Einflüsse der Klassenstufe, des familiären Migrationshintergrunds und der besuchten Schulform: ältere Schüler/innen trinken häufiger als jüngere²⁵⁸, Migrant/innen seltener als Kinder und Jugendliche deutscher Herkunft²⁵⁹ und Hauptschüler/innen häufiger als Schüler/innen des Gymnasiums²⁶⁰. Außerdem trinken Schüler/innen aus Familien mit hohem familiären Wohlstand häufiger Alkohol als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem oder niedrigem Wohlstand.²⁶¹ Nur bezüglich des Rauschtrinkens zeigt sich zusätzlich ein Geschlechtseffekt, wonach Jungen sich häufiger betrinken als Mädchen.²⁶²

Zusammenfassend ist festzustellen, dass von den Schüler/innen der siebten und neunten Klassenstufe in Berlin und Hamburg bereits jede/r Sechste im letzten Monat dreimal oder häufiger Alkohol getrunken hat, zusätzlich jede/r Vierte bis Fünfte ein- oder zweimal. Diese frühzeitige Gewöhnung an regelmäßigen Alkoholkonsum ist kritisch zu betrachten, da die betroffenen Kinder und Jugendlichen gefährdet sind, zu süchtigen Konsument/innen zu werden. Verglichen mit dem Alkoholkonsum insgesamt ist die Gruppe der Rauschtrinker/innen als klein zu bewerten. Besorgniserregend ist allerdings auch hier der deutliche Anstieg von der siebten zur neunten Klassenstufe. Zwischen Berlin und Hamburg besteht nur bei den Siebtklässler/innen ein bedeutsamer Unterschied, wonach diese jüngere Altersgruppe in Berlin seltener Alkohol konsumiert und sich auch seltener betrinkt als in Hamburg.

3.7.4 Ernährungsverhalten

Aus dem Fragenkomplex zu Ernährungsgewohnheiten werden der für diese Studie gebildete Ernährungsindex sowie die einzelnen Kriterien, die in die Definition des Indexes eingingen, dem Städtevergleich unterzogen.

Ernährungsindex

Im Ernährungsindex unterscheiden sich Berliner und Hamburger Schüler/innen insgesamt nicht voneinander (Abbildung 3.71), obwohl Berlin einen etwas geringeren Anteil an Schüler/innen mit niedriger Ernährungsqualität und einen leicht höheren Anteil an Schüler/innen mit hoher Ernährungsqualität als Hamburg aufweist. Diese geringen Unterschiede kommen deutlicher zum Vorschein, wenn eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise gewählt wird. Hier zeigte sich, wenn auch nicht statistisch signifikant ($p < 0,1$), dass Berliner Mädchen häufiger einen hohen Ernährungsindex erreichen als Hamburger Mädchen. Bei Jungen war dieser Unterschied nicht ausgebildet.

Zur Beurteilung der Beziehung zwischen der Städtezugehörigkeit und der Wahrscheinlichkeit einer hohen Ernährungsqualität (definiert über den Ernährungsindex), wurden im logistischen Regressionsmodell weitere Kontrollvariablen berücksichtigt. Dazu wurde der zunächst dreistufig vorliegende Ernährungsindex dichotomisiert (niedrige/mittlere Ernährungsqualität vs. hohe Ernährungsqualität). Schon bei der Beschreibung des Ernährungsindex in der Berliner Stichprobe fiel auf, dass Geschlecht, Herkunft, Klassenstufe und familiärer Wohlstand auf die Verteilung dieser Variablen Einfluss nehmen (vgl. Kapitel 3.4). Im adjustierten Modell, welches neben den genannten Parametern außerdem für die Schulform kontrolliert, wurde bestätigt, dass die Zugehörigkeit zu Berlin oder Hamburg die Wahrscheinlichkeit eines hohen Ernährungsindex nicht beeinflusst, ebenso wenig Schulform und Migrationshintergrund. Deutlich wurde jedoch, dass Mädchen im Gegensatz zu Jungen eine 40 % höhere Wahrscheinlichkeit hatten²⁶³, eine hohe Ernährungsqualität aufzuweisen. Außerdem hatten Schüler/innen aus Familien mit mittlerem²⁶⁴ bzw. niedrigem²⁶⁵ Wohlstand deutlich niedrigere Chancen als Schüler/innen mit hohem familiären Wohlstand, eine hohe Ernährungsqualität zu erreichen.

²⁵⁸ Alkoholkonsum: Wald-Statistik = 153,7, df = 1, $p < 0,001$, Rauschtrinken: Wald-Statistik = 38,0, df = 1, $p < 0,001$

²⁵⁹ Alkoholkonsum: Wald-Statistik = 11,2, df = 1, $p < 0,01$, Rauschtrinken: Wald-Statistik = 4,0, df = 1, $p < 0,05$

²⁶⁰ Hauptschule vs. Gymnasium: Alkoholkonsum: Wald-Statistik = 27,4, df = 1, $p < 0,001$, Rauschtrinken: Wald-Statistik = 30,6, df = 1, $p < 0,001$

²⁶¹ Wald-Statistik = 7,7, df = 1, $p < 0,01$

²⁶² Wald-Statistik = 4,9, df = 1, $p < 0,05$

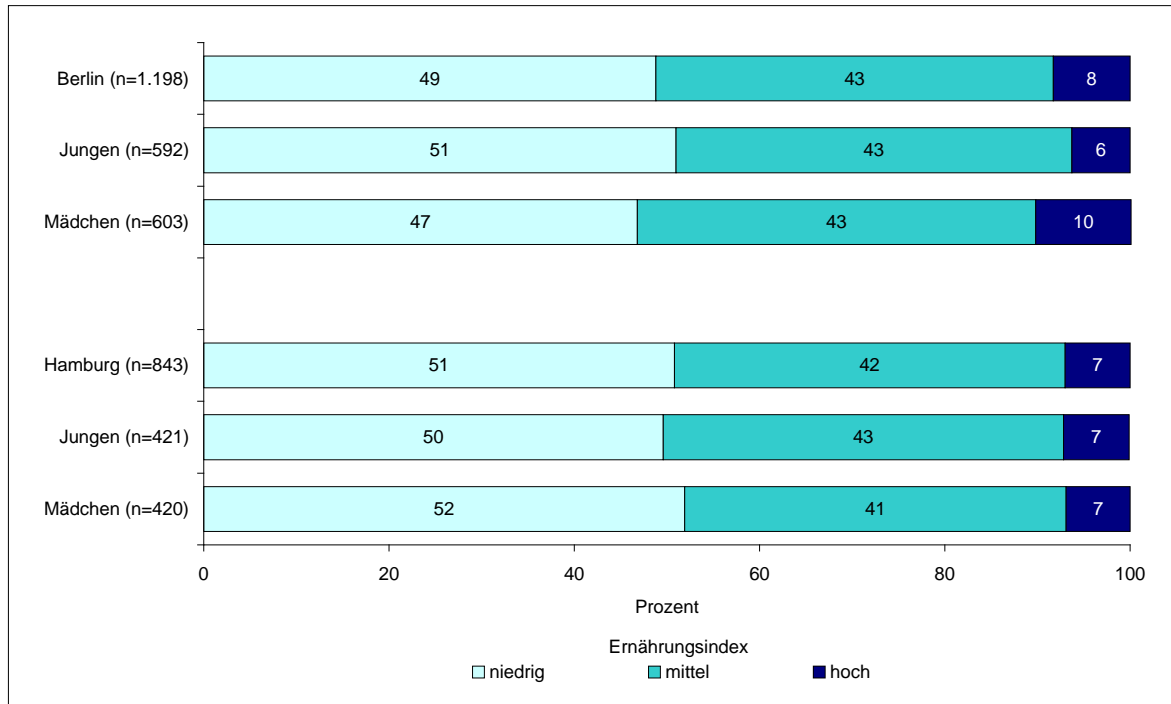
²⁶³ OR = 1,39, 95% KI: 0,99-1,97, Wald-Statistik = 3,529, df = 1, $p = 0,06$

²⁶⁴ OR = 0,50, 95% KI: 0,28-0,88, Wald-Statistik = 5,856, df = 1, $p < 0,05$

²⁶⁵ OR = 0,58, 95% KI: 0,39-0,87, Wald-Statistik = 7,107, df = 1, $p < 0,01$

Abbildung 3.71:

Ernährungsindex der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Ebenso war unter Neuntklässler/innen im Vergleich zu Fünftklässler/innen die Wahrscheinlichkeit einer hohen Ernährungsqualität deutlich geringer²⁶⁶.

Kriterien des Ernährungsindex

Auch wenn der Ernährungsindex selbst im Städtevergleich keine Unterschiede zeigte, so doch einige der in den Index eingehenden Variablen, die an dieser Stelle berichtenswert sind. Im nicht adjustierten logistischen Regressionsmodell, d. h. wenn nur die Information zur Städtezugehörigkeit (Berlin oder Hamburg) als erklärende Variable ins Modell aufgenommen wird, wurde für die Kriterien „Frühstück an allen 5 Schultagen“, „≥ 4 mal Obst und Gemüse pro Tag“ sowie „≥ 1 mal Schwarzbrot/Vollkornbrot pro Tag“ ein signifikanter Zusammenhang mit der Städtezugehörigkeit beobachtet. In Hamburg war die Wahrscheinlichkeit der Frühstückeinnahme an Schultagen²⁶⁷ größer als in Berlin, jedoch die der Aufnahme von mindestens vier Portionen Obst und Gemüse²⁶⁸ um 30 % niedriger und von mindestens einer Portion Schwarzbrot/Vollkornbrot²⁶⁹ pro Tag um 37 % niedriger als in Berlin. Unter Hinzunahme der Kontrollvariablen (Geschlecht, Klassenstufe, Schulform, Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand), bleibt ein signifikanter Unterschied in der Verteilung zwischen Berlin und Hamburg nur für das Kriterium „≥ 1 mal Schwarzbrot/Vollkornbrot pro Tag“²⁷⁰ erhalten. Hier wurde der Einfluss der Städtezugehörigkeit bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Kontrollvariablen im Vergleich zum unadjustierten Modell nur marginal verringert. Schulform, familiärer Wohlstand sowie Klassenstufe erklärten weitestgehend die Unterschiede zwischen Berlin und Hamburg für die Kriterien „Frühstück an allen 5 Schultagen“ und „≥ 4 mal Obst und Gemüse pro Tag“.

Für alle Kriterien des Ernährungsindex bis auf den Konsum von wenigstens zwei Portionen Milch und Milchprodukte pro Tag wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erfüllung des Kri-

²⁶⁶ OR = 0,50, 95% KI: 0,26-0,97, Wald-Statistik = 4,170, df = 1, p<0,05

²⁶⁷ OR = 1,20, 95% KI: 1,01-1,43, Wald-Statistik = 4,101, df = 1, p<0,05

²⁶⁸ OR = 0,70, 95% KI: 0,50-0,99, Wald-Statistik = 4,196, df = 1, p<0,05

²⁶⁹ OR = 0,63, 95% KI: 0,53-0,76, Wald-Statistik = 24,769, df = 1, p>0,001

²⁷⁰ OR = 0,67, 95% KI: 0,53-0,84, Wald-Statistik = 11,823, df = 1, p>0,001

teriums und des Geschlechts gefunden. Mädchen hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit als Jungen wenigstens vier Portionen Obst und Gemüse zu verzehren, wenigstens einmal pro Tag Schwarzbrot zu essen bzw. weniger als einmal im Monat in einem Fast Food Restaurant zu essen, jedoch eine niedrigere Wahrscheinlichkeit als Jungen an Schultagen zu frühstücken bzw. wenigstens einmal pro Woche Fisch zu verzehren.

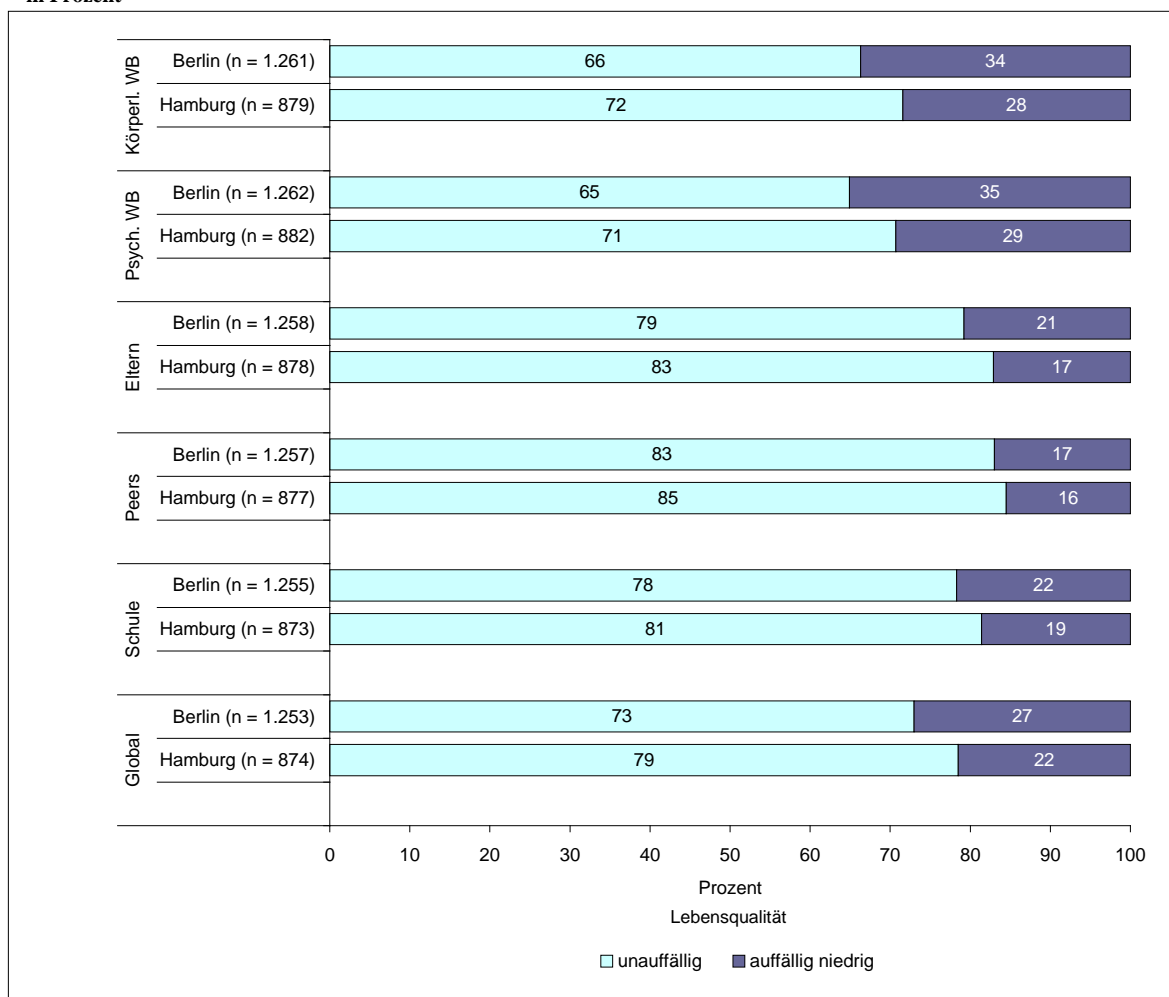
Abschließend bleibt festzuhalten, dass aus den vorliegenden Daten zwar keine Anhaltspunkte auf eine bessere oder schlechtere Ernährungsqualität zwischen Berlin und Hamburg abzuleiten sind, einzelne spezielle Gewohnheiten jedoch variabel zu sein scheinen.

3.7.5 Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

In der gesundheitsbezogenen Lebensqualität unterscheiden sich die Schüler/innen in Berlin und Hamburg, und zwar werden in Berlin mehr Schüler/innen aufgrund ihrer Selbstangaben in die Gruppe mit auffällig niedriger gesundheitsbezogener Lebensqualität (vgl. Kapitel 3.5) eingeordnet als in Hamburg (Abbildung 3.72). Dieser Städteunterschied, der sowohl in der globalen Lebensqualität als auch in allen fünf Skalen des KIDSCREEN-27-Instruments (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu beobachten ist, ist jedoch in den Skalen „Soziale Unterstützung und Gleichaltrige“ und „Schulisches Umfeld“ nicht statistisch signifikant.²⁷¹

Abbildung 3.72:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²⁷¹ Körperliches Wohlbefinden: Fisher's exakter Test $p < 0,05$, Psychisches Wohlbefinden: Fisher's exakter Test $p < 0,01$, Beziehungen zu Eltern und Autonomie: Fisher's exakter Test $p < 0,05$, Globale Lebensqualität: Fisher's exakter Test $p < 0,01$

Differenziert man den Städtevergleich hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen nach Geschlecht, so sind die Unterschiede zwischen Berlin und Hamburg bei den Jungen sehr viel kleiner und durchgängig nicht statistisch bedeutsam (Tabelle 3.48). Von den Mädchen hingegen ist der Anteil mit auffällig niedriger Lebensqualität in Berlin in den einzelnen Bereichen der Lebensqualität bis zu 10 Prozentpunkte höher als in Hamburg. Besonders deutlich sind bei den Mädchen die Unterschiede im körperlichen und im psychischen Wohlbefinden, ebenfalls signifikant ist der Städteunterschied in der globalen Lebensqualität.

Tabelle 3.48:

Schüler/innen mit auffällig niedriger gesundheitsbezogener Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 nach Geschlecht

		<i>Jungen</i>			<i>Mädchen</i>		
		<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in Prozent</i>	<i>Signifikanz</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil in Prozent</i>	<i>Signifikanz</i>
Körperl. Wohlbefinden	Berlin	179	28,2	n.s.	246	39,3	p < 0,01
	Hamburg	117	26,6		133	30,3	
Psych. Wohlbefinden	Berlin	174	27,3	n.s.	269	43,0	p < 0,01
	Hamburg	114	25,8		144	32,7	
Eltern	Berlin	113	17,9	n.s.	149	23,8	n.s.
	Hamburg	65	14,8		85	19,4	
Peers	Berlin	102	16,2	n.s.	112	17,9	n.s.
	Hamburg	77	17,6		59	13,4	
Schule	Berlin	104	16,4	n.s.	168	27,0	n.s.
	Hamburg	66	15,2		96	21,9	
Global	Berlin	144	22,8	n.s.	194	31,2	p < 0,05
	Hamburg	83	19,0		105	24,0	

(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Für die globale Lebensqualität wurde der Städtevergleich mittels logistischer Regression vorgenommen. In Berlin ist die Wahrscheinlichkeit, der Gruppe mit auffällig niedriger Lebensqualität anzugehören, um ein Drittel höher als in Hamburg.²⁷² Kontrolliert man in der Regressionsanalyse für die übrigen Einflussgrößen, so erweisen sich neben der Stadtzugehörigkeit²⁷³ und dem Geschlecht²⁷⁴ auch die besuchte Schulform und der familiäre Wohlstand als signifikante Einflussgrößen: im Vergleich zu Gymnasiast/innen gehören Schüler/innen der Real-, Gesamt- und Hauptschulen häufiger der Gruppe mit auffällig niedriger Lebensqualität an²⁷⁵, und verglichen mit Schüler/innen aus Familien mit hohem familiären Wohlstand sind Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem oder niedrigem Wohlstand ebenfalls häufiger in der Gruppe mit niedriger Lebensqualität anzutreffen.²⁷⁶ Der Städteunterschied reduziert sich durch die Aufnahme der Kontrollvariablen in die Analyse jedoch nur unwesentlich.

Insgesamt fällt der Städtevergleich bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Schüler/innen zugunsten von Hamburg aus. Ursächlich dafür ist vor allem die negativere Einschätzung der Lebensqualität der Berliner Mädchen in den Bereichen körperliches Wohlbefinden und psychisches

²⁷² OR = 1,35, 95 % KI: 1,10 – 1,65, Wald-Statistik = 8,2, df = 1, p < 0,01

²⁷³ OR = 1,33, 95 % KI: 1,02 – 1,73, Wald-Statistik = 4,3, df = 1, p < 0,05

²⁷⁴ OR = 1,57, 95 % KI: 1,27 – 1,95, Wald-Statistik = 17,2, df = 1, p < 0,001

²⁷⁵ Realschule OR = 1,84, 95 % KI: 1,33 – 2,54, Wald-Statistik = 13,5, df = 1, p < 0,001, Gesamtschule OR = 1,58, 95 % KI: 1,18 – 2,11, Wald-Statistik = 9,5, df = 1, p < 0,01, Hauptschule OR = 2,20, 95 % KI: 1,23 – 3,92, Wald-Statistik = 7,0, df = 1, p < 0,01

²⁷⁶ mittlerer familiärer Wohlstand OR = 1,59, 95 % KI: 1,17 – 2,17, Wald-Statistik = 8,6, df = 1, p < 0,01, niedriger familiärer Wohlstand OR = 1,54, 95 % KI: 1,20 – 2,00, Wald-Statistik = 11,7, df = 1, p < 0,01

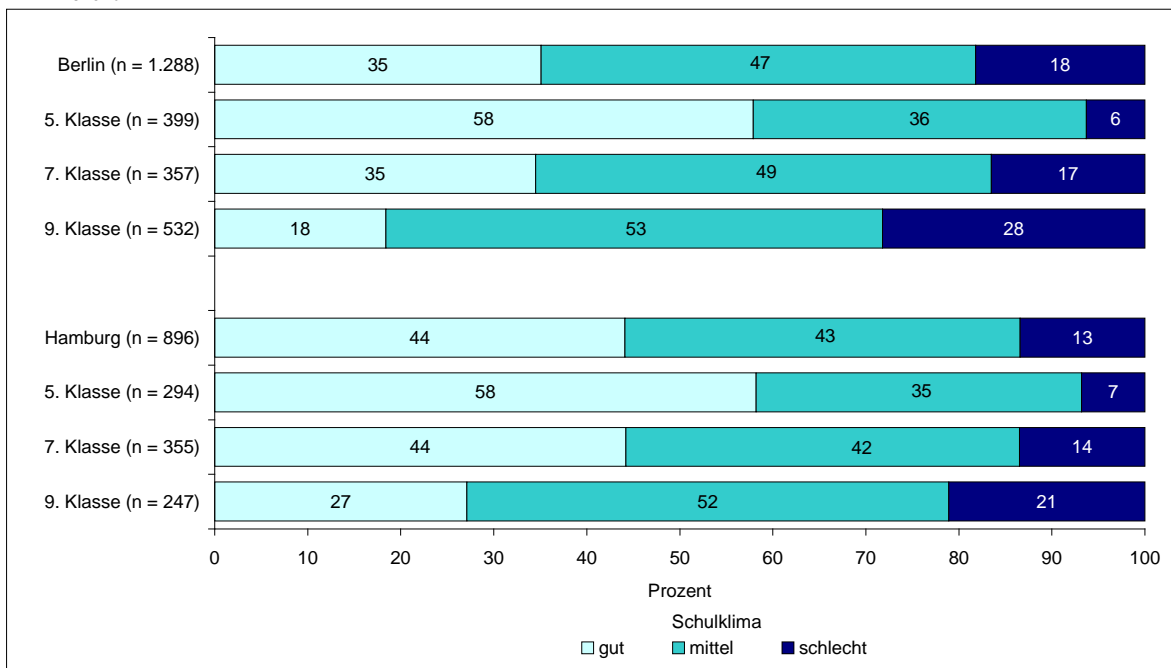
Wohlbefinden, die sich dann auch in einer geringeren globalen Lebensqualität niederschlägt. Anhand der vorhandenen Daten kann nicht beurteilt werden, ob der negativeren subjektiven Gesundheitseinschätzung und Lebensqualität der Berliner Mädchen objektive gesundheitliche Einschränkungen zugrunde liegen, oder ob insbesondere die Berliner Mädchen eine höhere Sensibilität für Befindlichkeitsstörungen und eine stärker ausgeprägte Klagsamkeit aufweisen.

3.7.6 Beurteilung des Schulklimas

Das Schulklima als Index aus Antworten zur Unterstützung durch Mitschüler/innen, zur Autonomie der Schüler/innen, zur Unterstützung durch Lehrer/innen und zu Anforderungen in der Schule (vgl. Kapitel 2.5 und 3.6) wird in Hamburg etwas positiver beurteilt als in Berlin (Abbildung 3.73).²⁷⁷ In beiden Städten wandelt sich das Bild von einer überwiegend positiven Beurteilung des Schulklimas in der fünften Klassenstufe hin zu einer überwiegend mittelmäßigen Beurteilung in der neunten Klassenstufe. Allerdings nimmt der Anteil der Schüler/innen, die das Schulklima als gut einschätzen, in Berlin mit der Klassenstufe deutlicher ab als in Hamburg und umgekehrt der Anteil derjenigen, die das Schulklima als schlecht beurteilen, deutlicher zu. Somit besteht in der fünften Klasse kein signifikanter Städteunterschied, in der siebten und neunten Klasse fällt der Städtevergleich jedoch zu Ungunsten von Berlin aus.²⁷⁸

Abbildung 3.73:

Schulklima in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Klassenstufe
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Der signifikante Städteunterschied in der Einschätzung des Schulklimas bleibt auch bei Kontrolle der übrigen Einflussgrößen bestehen, verkleinert sich jedoch. Neben der Klassenstufe²⁷⁹ erweist sich lediglich eine negativere Einschätzung des Schulklimas an Hauptschulen im Vergleich zu Gymnasien als signifikant²⁸⁰. Geschlecht, Migrationshintergrund und familiärer Wohlstand haben dagegen keinen bedeutsamen Einfluss auf die Beurteilung des Schulklimas.

²⁷⁷ $\chi^2 = 20,5$, $df = 2$, $p < 0,001$

²⁷⁸ 7. Klasse: $\chi^2 = 7,2$, $df = 2$, $p < 0,05$, 9. Klasse: $\chi^2 = 9,4$, $df = 2$, $p < 0,01$

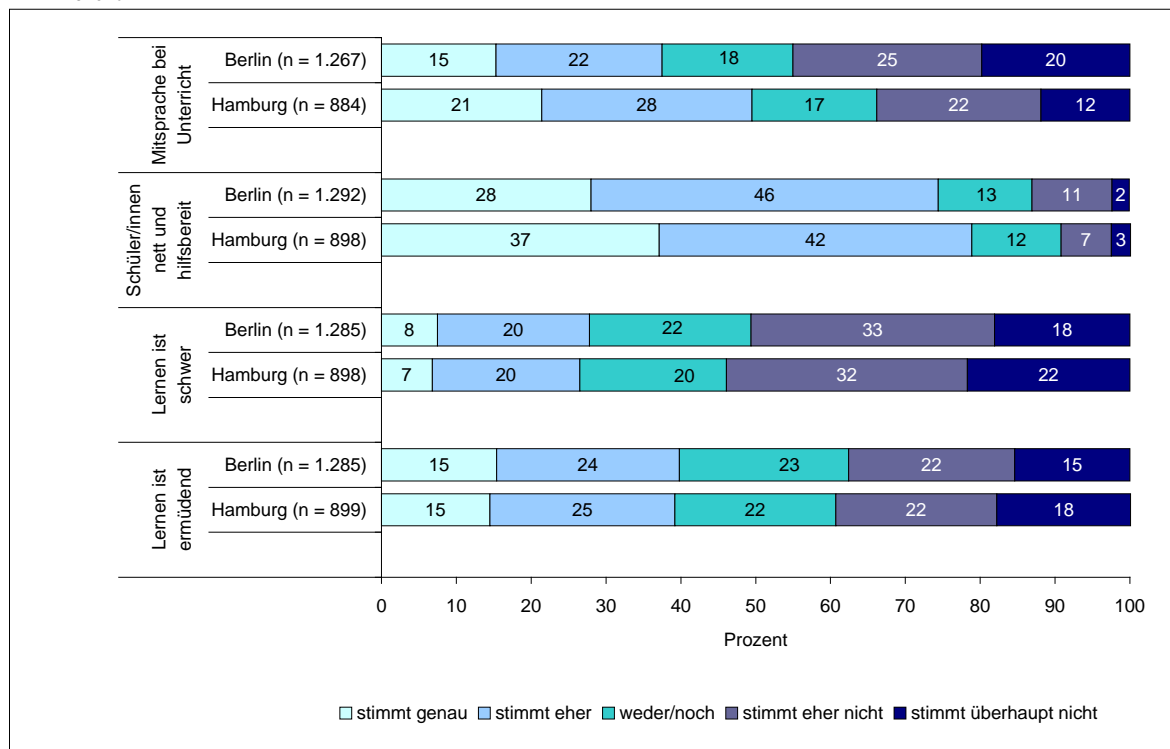
²⁷⁹ 5. vs. 9. Klasse: Wald-Statistik = 89,2, $df = 1$, $p < 0,001$, 7. vs. 9. Klasse: Wald-Statistik = 48,1, $df = 1$, $p < 0,001$

²⁸⁰ Wald-Statistik = 4,0, $df = 1$, $p < 0,05$

Bezogen auf das Schulklima unterscheiden sich die Einschätzungen in Berlin und Hamburg am deutlichsten in der Einzelfrage zum Mitspracherecht der Schüler/innen bei der Nutzung der Unterrichtszeit²⁸¹, gefolgt von der Frage dazu, ob die Mitschüler/innen nett und hilfsbereit sind²⁸² (Abbildung 3.74). Kein statistisch bedeutsamer Unterschied besteht zwischen den beiden Städten in den Antworten auf die Fragen zu den Anforderungen in der Schule.

Abbildung 3.74:

Einzelfragen zum Schulklima in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Zusammenfassung

Die Metropolen Berlin und Hamburg unterscheiden sich in der soziodemografischen Zusammensetzung ihrer Einwohnerschaft, was sich auch in der unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichproben von Schüler/innen in beiden Städten niederschlägt. Diese Unterschiede in der Alterszusammensetzung, der Schulform, dem Migrationsstatus und dem familiären Wohlstandsniveau müssen beim Vergleich der Ergebnisse für beide Städte berücksichtigt werden, um zu realistischen Schlussfolgerungen zu gelangen.

In der subjektiven Gesundheitseinschätzung (Beurteilung der eigenen Gesundheit, psychosomatische Beschwerden) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität schneiden die Schüler/innen in Berlin etwas schlechter ab als in Hamburg. Eine Kontrolle der in beiden Städten ungleich verteilten soziodemografischen Merkmale verringert die beobachteten Unterschiede, die dann bezüglich der psychosomatischen Beschwerden nicht mehr statistisch signifikant sind. Dagegen bestehen keine Unterschiede zwischen beiden Städten in der psychischen Gesundheit, der sozialen Unterstützung und der Häufigkeit des Vorliegens einer chronischen Erkrankung oder Behinderung. Auch in der Häufigkeit, mit der Schüler/innen von einer Kumulation gesundheitlicher Probleme betroffen sind, unterscheiden sich die beiden Städte nicht.

²⁸¹ $\chi^2 = 40,3$, $df = 4$, $p < 0,001$

²⁸² $\chi^2 = 26,0$, $df = 4$, $p < 0,001$

Unterschiede zwischen den Schüler/innen beider Städte in der körperlichen Aktivität werden vollständig durch die unterschiedliche Stichprobenzusammensetzung erklärt und sind damit nicht als substantiell zu betrachten. Weiterhin bestehen keine Unterschiede in der Häufigkeit des Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens im letzten Monat zwischen beiden Städten insgesamt, allerdings sind der Alkoholkonsum und die Häufigkeit des Rauschtrinkens in Berlin in der siebten Klasse niedriger als in Hamburg. Berliner Schüler/innen rauchen häufiger als Schüler/innen in Hamburg, wobei dieser Unterschied ausschließlich in der neunten Klassenstufe zu beobachten ist.

Im Hinblick auf die Ernährungsqualität unterscheiden sich Berliner und Hamburger Schüler/innen kaum voneinander. Beobachtete Städteunterschiede im Verzehr von Obst und Gemüse und der Frühstückseinnahme an Schultagen basierten auf der Verteilung der Stichprobenmerkmale und wurden durch diese erklärt. Der einzige „reale“ Unterschied in ausgewählten Ernährungsgewohnheiten weist auf einen höheren Verzehr von Schwarzbrot/Vollkornbrot unter Berliner Schüler/innen im Vergleich zu Hamburger Schüler/innen hin.

Das Schulklima wird in Berlin weniger positiv eingeschätzt als in Hamburg, wobei in beiden Städten deutliche Effekte der Altersgruppe und der besuchten Schulform zu beobachten sind. Insbesondere Fragen zur Autonomie und Mitsprache der Schüler/innen in schulischen Belangen finden in Berlin weniger Zustimmung unter den Befragten als in Hamburg.

3.8 Zeitliche Trends in Berlin 2002-2006

Mit der Erhebung im Jahr 2006 stehen für Berlin, wo im Jahr 2002 erstmals eine Befragung im Rahmen der HBSC-Studie durchgeführt wurde, Vergleichsdaten zur Verfügung, die Aussagen zur Entwicklung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Berliner Schüler/innen der fünften bis neunten Klasse erlauben.

3.8.1 Die HBSC-Studie 2002 und der Vergleich zu 2006

Im Erhebungszeitraum 2002 wurden in Berlin insgesamt 9.704 Schüler/innen aus 585 fünften, siebten und neunten Klassen an 136 allgemein bildenden Schulen befragt. Dabei wurden alle regulären Schulformen (Grundschulen, Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen) berücksichtigt. Aus dem Sozialstrukturatlas 1999 (Meinlschmidt & Brenner, 1999) wurde der Statusindex, der schwerpunktmäßig bildungsbezogene Merkmale einbezieht, verwendet, um die damals 23 Berliner Bezirke in drei Gruppen mit hohem, mittlerem und niedrigem Statusindex einzuteilen. Innerhalb dieser drei Gruppen wurde eine Anzahl von Schulen, die dem Bevölkerungsanteil dieser Bezirke entsprach, aus dem Berliner Schulverzeichnis nach einem Zufallsverfahren ausgewählt. Die im Jahr 2002 verwendete Stichprobe basierte auf einer statistischen Zufallsauswahl von Schulklassen der fünften, siebten und neunten Klassen (Klumpenstichprobe), so dass die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen mit einer Abweichung von etwa einem halben Jahr repräsentiert waren. Die Stichprobe konnte als repräsentativ für die rund 97.000 Berliner Schüler/innen der entsprechenden Klassenstufen und Schultypen in diesem Jahr gelten. Die Anzahl der jeweils eingesetzten Fragebögen pro Schule orientierte sich an der statistischen Verteilung der verschiedenen Schulformen und des Statusindex in den jeweiligen Berliner Bezirken.

Im Gegensatz zur Erhebung 2006, die von den Lehrer/innen selbst nach schriftlicher Instruktion durch die Studienleitung durchgeführt wurde, waren bei der Befragung im Jahr 2002 studentische Hilfskräfte für die Durchführung in den Schulklassen verantwortlich. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und nach den geltenden Datenschutzbestimmungen. Durchgeführt wurde die Befragung in Berlin im Zeitraum von Februar 2002 bis Juni 2002. Die Erhebung im Jahr 2002 richtete sich nach den Vorgaben des HBSC-Konsortiums und ist mit dem Vorgehen aus dem Jahr 2006 vergleichbar.

Die Berliner Daten aus dem Jahr 2002 wurden als eigenständiger Datensatz ausgewertet und als Ergebnisband im Jahr 2003 veröffentlicht (Ravens-Sieberer & Thomas, 2003). Zusätzlich wurde eine repräsentative Auswahl aus dem Berliner Datensatz mit den Datensätzen der anderen im Jahre 2002 beteiligten deutschen Bundesländer – Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen – zu einem gesamtdeutschen Datensatz zusammengeführt und anschließend im Vergleich mit den am WHO-Studienverbund teilnehmenden Ländern international ausgewertet. Insgesamt flossen die Angaben von 549 Berliner Schüler/innen in den gesamtdeutschen Datensatz ein. Die Ergebnisse auf gesamtdeutscher Ebene wurden in einer Buchpublikation im Herbst 2003 veröffentlicht (Hurrelmann et al., 2003). Der internationale Bericht wurde 2004 in einer Publikationsreihe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben (Currie et al., 2004).

Obwohl sich das HBSC-Konsortium bemüht, die Vergleichbarkeit der nationalen und internationalen Daten in jedem Erhebungsdurchgang zu gewährleisten, erfordern neue wissenschaftliche Erkenntnisse und sich wandelnde Trends im Gesundheitsverhalten eine Anpassung des Kernfragebogens. So wurde beispielsweise die Computernutzung 2002 mit Hilfe eines einzelnen Items erfasst („Wie viele Stunden pro Tag sitzt du in deiner Freizeit durchschnittlich vor dem Computer [um zu spielen, im Internet zu surfen, E-Mails zu schreiben usw.]?“), während dieses Item bei der Erhebung im Jahr 2006 zu Gunsten einer Differenzierung zwischen Computerspielen („Wie viele Stunden pro Tag spielst du in deiner Freizeit normalerweise am Computer oder an der Spielkonsole [Playstation, GameCube, Xbox usw.]?“) und einer sonstigen Computernutzung („Wie viele Stunden pro Tag benutzt du in deiner Freizeit normalerweise den Computer, um zu chatten, im Internet zu surfen, E-Mails zu schreiben oder für Hausaufgaben usw.?“) verworfen wurde. Auch wenn erkennbar wird, dass ein bestimmtes Item oder Antwortschema im letzten Durchgang nicht von allen befragten Schüler/innen gleichermaßen verstanden wurde und deshalb überproportional häufig unplausible oder fehlende Daten produziert wurden, wird es überarbeitet. Letztendlich kann es auch durch das wissenschaftliche Interesse und die Expertise aller Beteiligten zu Verschiebungen der Schwerpunktsetzung der aktuellen Befragung kommen. Wie bereits erwähnt, nahmen die Themen Ernährungsverhalten und Substanzmittelkonsum bei der Erhebung im Jahr 2006 einen breiteren Raum ein als es bei der Befragung im Jahr 2002 noch der Fall war. Im Folgenden werden daher nur Vergleiche für ausgewählte Fragebogeninhalte dargestellt, die zu beiden Erhebungszeitpunkten Teil des Berliner HBSC-Fragebogen waren und deren Struktur sich nicht verändert hat.

Im Jahr 2002 nahmen deutlich mehr Schulen an der HBSC-Studie teil als im Jahr 2006. Um eine Verzerrung der Ergebnisse durch diesen Umstand zu vermeiden, wurden für den Vergleich zwischen den Erhebungszeitpunkten nur die Schulen berücksichtigt, die zu beiden Durchgängen an der HBSC-Studie beteiligt waren. In Tabelle 3.49 ist die Verteilung der Schüler/innen zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten in den Jahren 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform dargestellt.

Daraus geht hervor, dass bezüglich der Geschlechterverteilung leichte Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten bestehen²⁸³. So nahmen im Jahr 2002 mehr Mädchen als Jungen teil, wohingegen im Jahr 2006 die Jungen in der Überzahl waren. Leichte Unterschiede bestehen auch in der Altersverteilung²⁸⁴, da im Erhebungszeitraum 2006 mehr Fünft- und Neuntklässler/innen teilnahmen als im Jahr 2002. Keine Unterschiede bestehen jedoch in der Schulformverteilung, was auch auf das methodische Vorgehen zurückzuführen ist.

Im Folgenden werden die zeitlichen Trends in Berlin aus den beiden letzten Erhebungszeitpunkten 2002 und 2006 für die subjektive Gesundheit, psychosomatische Beschwerden, psychische Auffälligkeiten, soziale Unterstützung, Ernährung und Diätverhalten, körperliche Aktivität und Medienkonsum sowie Substanzmittelkonsum dargestellt. Bei der Interpretation der Trends ist zu berücksichtigen, dass es sich um zwei Querschnittsbefragungen im Abstand von vier Jahren handelt. Obwohl in beide Befragungswellen die gleichen Schulen einbezogen wurden, haben allenfalls zufällig Schüler/innen, die bereits im Jahr 2002 in der fünften Klassenstufe befragt wurden, im Jahr 2006 erneut als Neuntklässler/innen teilgenommen. Mit welcher Häufigkeit dies vorkam, ist jedoch aufgrund der Anonymität

²⁸³ $\chi^2 = 7,5$, $df = 1$, $p < 0,01$

²⁸⁴ $\chi^2 = 41,7$, $df = 2$, $p < 0,001$

Tabelle 3.49:**Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform**

	2002				2006			
	Jungen		Mädchen		Jungen		Mädchen	
	<i>n</i>	<i>in Prozent</i>	<i>n</i>	<i>in Prozent</i>	<i>n</i>	<i>in Prozent</i>	<i>n</i>	<i>in Prozent</i>
Schüler/innen gesamt	978		1140		659		633	
5. Klasse	222	22,8	295	25,9	209	31,7	193	30,5
7. Klasse	375	38,5	428	37,6	175	26,6	178	28,1
9. Klasse	376	38,6	416	36,5	275	41,7	262	41,4
Grundschule	223	22,8	295	25,9	185	28,1	169	26,7
Gymnasium	206	21,1	321	28,2	139	21,1	193	30,5
Realschule	256	26,2	228	20,0	160	24,3	116	18,3
Gesamtschule	293	30,0	296	26,0	175	26,6	155	24,5

2002: bei 6 Personen fehlt die Angabe der Klassenstufe

(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

der Datenerhebung nicht überprüfbar und eine personenbezogene Zusammenführung der Daten ist nicht möglich.

3.8.2 Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden

Für die subjektive Gesundheit (Daten nicht dargestellt), also die Beschreibung ihres allgemeinen Gesundheitszustands durch die Schüler/innen (vgl. Kapitel 3.2.1), ließen sich keine Unterschiede zwischen den Befragungen in den Jahren 2002 und 2006 für das Geschlecht, die Klassenstufe und die Schulform ausmachen.

Allerdings hat, wie Abbildung 3.75 zeigt, der Anteil der Schüler/innen mit zwei oder mehr wiederkehrenden psychosomatischen Beschwerden in den letzten sechs Monaten (vgl. Kapitel 2.5 und 3.2.1) insgesamt zugenommen²⁸⁵, dies trifft vor allem für Jungen, nicht jedoch für Mädchen zu. Während in der Gruppe der Fünftklässler/innen keine Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten zu beobachten sind, klagen die Siebt- und Neuntklässler/innen im Vergleich zum Jahr 2002 häufiger über wiederholte Beschwerden. Bei den Real- und Gesamtschüler/innen hat ebenfalls die Häufigkeit wiederholter psychosomatischer Beschwerden zugenommen, wohingegen dieser Anteil bei Grundschüler/innen und Gymnasiast/innen über die letzten vier Jahre unverändert geblieben ist.

Bei differenzierter Betrachtung der im Einzelnen erfassten psychosomatischen Beschwerden fällt auf, dass die beobachteten Veränderungen weniger durch eine Zunahme auf der Ebene der berichteten Schmerzen beschrieben werden können. Lediglich der Anteil der wiederkehrenden Rückenschmerzen²⁸⁶ ist in der Gesamtstichprobe vom Jahr 2002 zum Jahr 2006 gestiegen. Bei Kopf- und Bauchschmerzen ließen sich darüber hinaus keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten feststellen. Auf der Ebene der anderen psychosomatischen Beschwerden sagten in der aktuellen Befragung mehr Schüler/innen, dass sie sich mindestens einmal pro Woche in den letzten sechs Monaten niedergeschlagen²⁸⁷ bzw. gereizt²⁸⁸ gefühlt haben. Bei den Beschwerden Nervosität, Einschlafschwierigkeiten und Schwindel konnte keine Zu- bzw. Abnahme beobachtet werden. Jungen berichten im Jahr 2006 sogar weniger häufig von wiederholten Einschlafschwierigkeiten als im Jahr

²⁸⁵ Berlin gesamt: $\chi^2 = 7,1$, $df = 1$, $p < 0,01$; Jungen: $\chi^2 = 5,3$, $df = 1$, $p < 0,05$; 7. Klasse: $\chi^2 = 4,9$, $df = 1$, $p < 0,05$; 9. Klasse: $\chi^2 = 4,9$, $df = 1$, $p < 0,05$; Realschule: $\chi^2 = 9,2$, $df = 1$, $p < 0,01$; Gesamtschule: $\chi^2 = 6,1$, $df = 1$, $p < 0,05$

²⁸⁶ 2002: 9,9 %; 2006: 12,6 % ($\chi^2 = 6,1$, $df = 1$, $p < 0,05$)

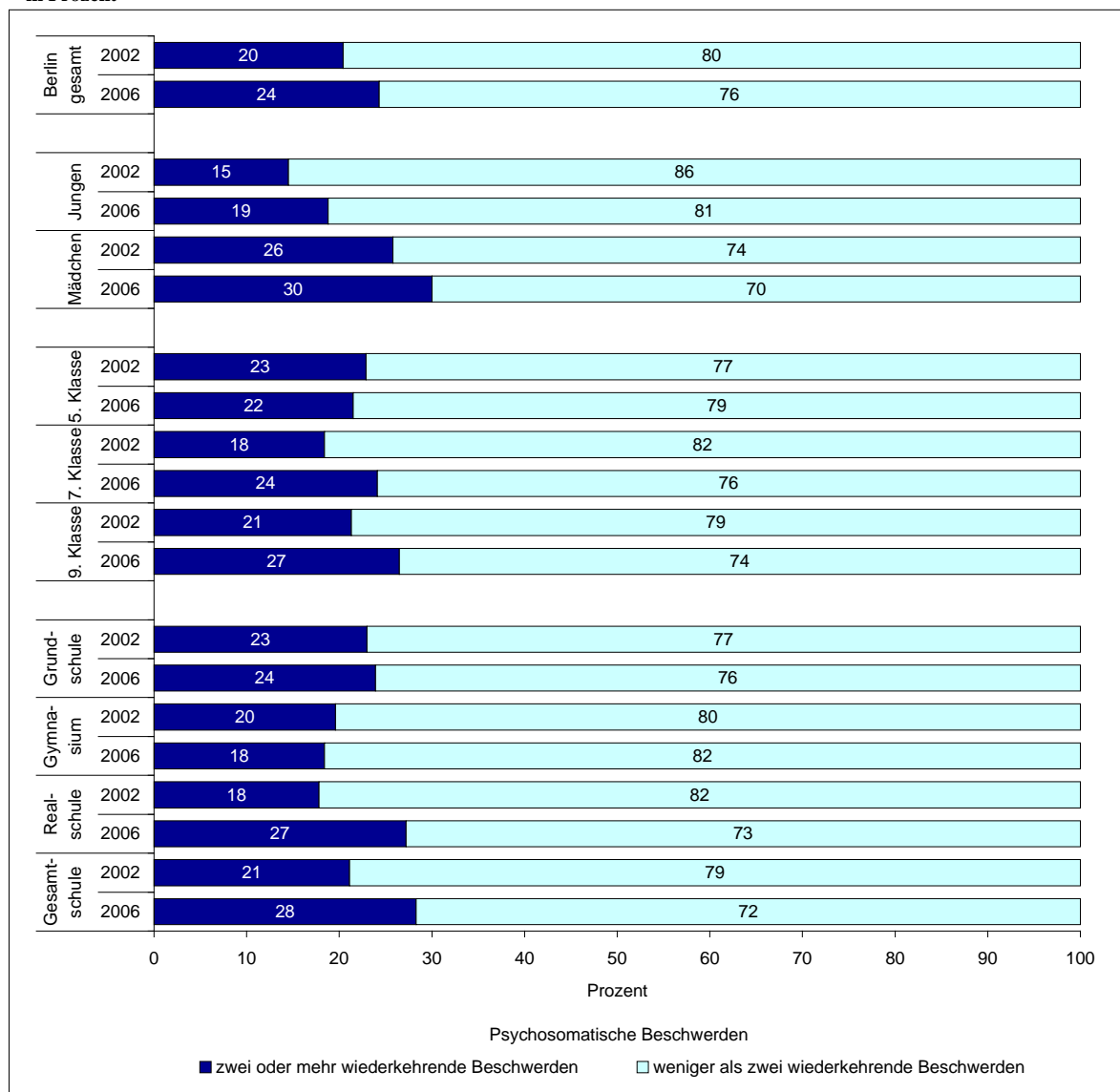
²⁸⁷ 2002: 5,7 %; 2006: 11,4 % ($\chi^2 = 35,0$, $df = 1$, $p < 0,001$)

²⁸⁸ 2002: 11,2 %; 2006: 16,5 % ($\chi^2 = 19,3$, $df = 1$, $p < 0,001$)

Abbildung 3.75:

Psychosomatische Beschwerden (Index) in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform

- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

2002²⁸⁹, jedoch fühlten sich Jungen und Mädchen im Befragungszeitraum 2006 im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2002 häufiger niedergeschlagen²⁹⁰. Darüber hinaus war der Anteil der Mädchen, die sich mindestens einmal pro Woche gereizt gefühlt haben, im Jahr 2002 deutlich geringer als im Jahr 2006²⁹¹.

Während sich bei den Fünftklässler/innen keine Veränderung in diesem Gesundheitsbereich beobachten lässt, klagten die Siebtklässler/innen im Erhebungszeitraum 2006 häufiger über Rückenschmerzen²⁹² und ebenso wie die Neuntklässler/innen häufiger über Niedergeschlagenheit²⁹³ und Gereiztheit²⁹⁴. Der Anteil an Gymnasiast/innen, die von wiederholter Niedergeschlagenheit und Gereiztheit betroffen sind, hat sich im Vergleich zur letzten Befragung ungefähr verdoppelt, gleichzeitig nahm jedoch der Anteil von Schüler/innen dieser Schulform, die von wiederholter Nervosität und Schwindelgefühlen

²⁸⁹ 2002: 16,5 %; 2006: 11,8 % ($\chi^2 = 6,8$, $df = 1$, $p < 0,01$)

²⁹⁰ Jungen: 2002: 4,0 %; 2006: 7,3 % ($\chi^2 = 8,5$, $df = 1$, $p < 0,01$); Mädchen: 2002: 7,3 %; 2006: 15,5 % ($\chi^2 = 29,6$, $df = 1$, $p < 0,001$)

²⁹¹ 2002: 12,4 %; 2006: 20,4 % ($\chi^2 = 19,9$, $df = 1$, $p < 0,001$)

²⁹² 2002: 8,2 %; 2006: 14,5 % ($\chi^2 = 10,5$, $df = 1$, $p < 0,001$)

²⁹³ 7. Klasse: 2002: 5,3 %; 2006: 10,9 % ($\chi^2 = 11,4$, $df = 1$, $p < 0,01$); 9. Klasse: 2002: 5,6 %; 2006: 15,1 % ($\chi^2 = 33,7$, $df = 1$, $p < 0,001$)

²⁹⁴ 7. Klasse: 2002: 10,0 %; 2006: 16,0 % ($\chi^2 = 8,3$, $df = 1$, $p < 0,01$); 9. Klasse: 2002: 11,8 %; 2006: 20,5 % ($\chi^2 = 18,5$, $df = 1$, $p < 0,001$)

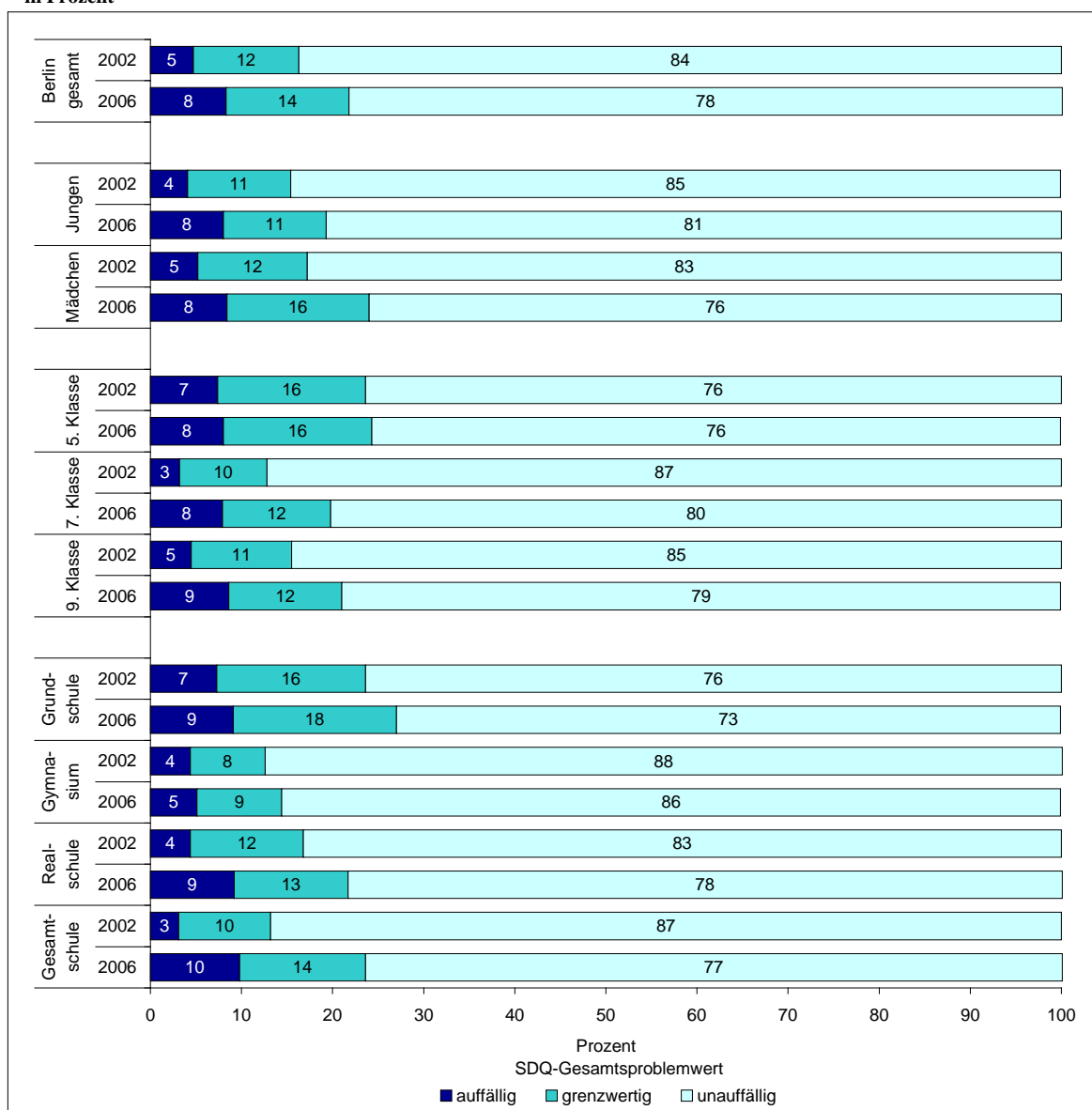
berichteten, im gleichen Zeitraum stark ab²⁹⁵. Realschüler/innen fühlten sich im Jahr 2006 häufiger niedergeschlagen und nervös²⁹⁶ als zur Erhebung im Jahr 2002. Eine Zunahme im Vergleich zum Jahr 2002 ist im Erhebungszeitraum 2006 auch bei den Gesamtschüler/innen zu beobachten, bei denen sich der Anteil der von wiederholter Niedergeschlagenheit betroffenen Schüler/innen fast verdreifacht und der Anteil der von Gereiztheit mehr als verdoppelt hat²⁹⁷.

3.8.3 Psychische Auffälligkeiten

Abbildung 3.76 zeigt die Trends im Bereich psychischer Probleme (SDQ-Gesamtproblemwert, vgl. auch Kapitel 2.5 und 3.2.2) der Berliner Schüler/innen. Es lässt sich eine Zunahme der psychischen

Abbildung 3.76:

SDQ-Gesamtproblemwert in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²⁹⁵ Niedergeschlagenheit: 2002: 5,3 %; 2006: 11,9 % ($\chi^2 = 12,0$, $df = 1$, $p < 0,001$);

Gereiztheit: 2002: 9,5 %; 2006: 14,5 % ($\chi^2 = 5,2$, $df = 1$, $p < 0,05$);

Nervosität: 2002: 9,3 %; 2006: 4,5 % ($\chi^2 = 6,6$, $df = 1$, $p < 0,05$);

Schwindel: 2002: 9,5%; 2006: 5,5% ($\chi^2 = 4,4$, $df = 1$, $p < 0,05$)

²⁹⁶ Niedergeschlagenheit: 2002: 4,6%; 2006: 10,8% ($\chi^2 = 10,4$, $df = 1$, $p < 0,001$);

Nervosität: 2002: 5,4%; 2006: 9,9% ($\chi^2 = 5,5$, $df = 1$, $p < 0,05$)

²⁹⁷ Niedergeschlagenheit: 2002: 6,1%; 2006: 15,6% ($\chi^2 = 21,9$, $df = 1$, $p < 0,001$);

Gereiztheit: 2002: 11,2%; 2006: 24,7% ($\chi^2 = 18,2$, $df = 1$, $p < 0,001$)

Auffälligkeiten²⁹⁸ im Befragungszeitraum beobachten, die sowohl für Mädchen als auch für Jungen zutrifft. Bei den Fünftklässler/innen hat sich der im Vergleich zu den höheren Klassenstufen im Jahr 2002 etwas höhere Anteil der Schüler/innen mit grenzwertigen bzw. auffälligen psychischen Werten gegenüber dem Jahr 2006 nicht verändert. Allerdings lässt sich ein signifikanter Anstieg bei den Siebt- und Neuntklässler/innen beobachten, bei dem sich der Anteil der Schüler/innen mit auffälligen Problemwerten nahezu verdoppelt hat. Auch für die Schulform zeigt sich ein Effekt. Während sich die Anteile der betroffenen Grundschüler/innen und Gymnasiast/innen über die Zeit nicht verändert haben, zeigt sich sowohl bei den Real- als auch bei den Gesamtschüler/innen eine signifikante Zunahme der psychisch auffälligen Schüler/innen. Dabei ist der Zuwachs bei Gesamtschüler/innen deutlich höher als bei Realschüler/innen.

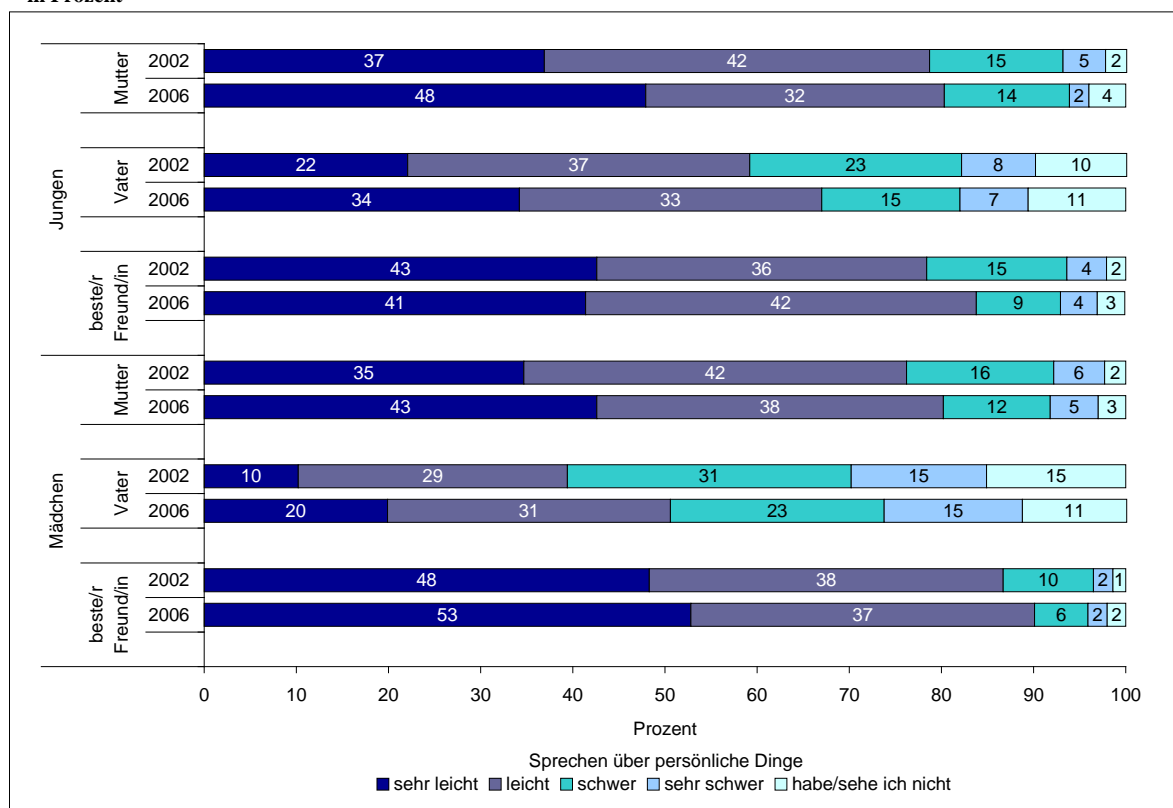
Bei einer differenzierten Betrachtung der psychischen Auffälligkeiten nach Problembereichen zeigte sich, dass bis auf eine Zunahme bei emotionalen Problemen²⁹⁹ (auffällige Problemwerte) in den anderen fünf untersuchten Bereichen (Verhalten, Hyperaktivität, Gleichaltrige, Prosoziales Verhalten) keine Unterschiede zwischen den Befragungen in den Jahren 2002 und 2006 auftraten.

3.8.4 Soziale Unterstützung und Integration

Insgesamt fällt es den Schüler/innen im Jahr 2006 leichter mit ihrer Mutter bzw. ihrem Vater, aber auch mit dem/der besten Freund/in über persönliche Dinge zu sprechen³⁰⁰ als zur Befragung im Jahr 2002 (Daten nicht dargestellt; vgl. auch Kapitel 3.2.3). Dies trifft für beide Geschlechter gleichermaßen zu³⁰¹ (Abbildung 3.77).

Abbildung 3.77:

Ansprechpartner/in bei Problemen in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

²⁹⁸ Berlin gesamt: $\chi^2 = 21,5$, $df = 2$, $p < 0,001$; Mädchen: $\chi^2 = 10,8$, $df = 2$, $p < 0,01$; Jungen: $\chi^2 = 12,9$, $df = 2$, $p < 0,1$; 7. Klasse: $\chi^2 = 14,5$, $df = 2$, $p < 0,01$; 9. Klasse: $\chi^2 = 10,7$, $df = 2$, $p < 0,01$; Realschule: $\chi^2 = 6,9$, $df = 2$, $p < 0,05$; Gesamtschule: $\chi^2 = 22,1$, $df = 2$, $p < 0,05$

²⁹⁹ Berlin gesamt: 2002: 4,8% auffällig; 2006: 7,9% auffällig ($\chi^2 = 24,7$, $df = 2$, $p < 0,001$)

³⁰⁰ Mutter: $\chi^2 = 37,6$, $df = 4$, $p < 0,001$; Vater: $\chi^2 = 75,2$, $df = 4$, $p < 0,001$; beste/r Freund/in: $\chi^2 = 19,9$, $df = 4$, $p < 0,001$

³⁰¹ Jungen: Mutter $\chi^2 = 30,6$, $df = 4$, $p < 0,001$; Vater: $\chi^2 = 35,6$, $df = 4$, $p < 0,001$; beste/r Freund/in: $\chi^2 = 16,7$, $df = 4$, $p < 0,05$; Mädchen: Mutter $\chi^2 = 14,1$, $df = 4$, $p < 0,01$; Vater: $\chi^2 = 39,9$, $df = 4$, $p < 0,001$; beste/r Freund/in: $\chi^2 = 9,9$, $df = 4$, $p < 0,05$

Gerade Fünftklässler/innen (Daten nicht dargestellt) fällt es im Vergleich zur letzten Befragung aktuell deutlich leichter sowohl mit Mutter und Vater als auch mit dem/r besten Freund/in über Probleme zu sprechen³⁰². Bei den Siebtklässler/innen ist dies nur für den Vater als Ansprechpartner der Fall³⁰³, bei der Beziehung zu den anderen Ansprechpartnern haben sich keine weiteren Änderungen ergeben. Schüler/innen der 9. Klasse können wie die Fünftklässler/innen im Jahr 2006 leichter mit beiden Elternteilen über Probleme sprechen³⁰⁴. Darüber hinaus ist ein klarer Effekt der Schulform zu finden (Daten nicht dargestellt). Während es den Grundschüler/innen im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2002 durchweg leichter fällt, mit Vater, Mutter oder bestem/-r Freund/in zu sprechen³⁰⁵, haben sich für Gesamtschüler/innen keine Veränderungen ergeben. Allerdings fiel es den Gesamtschüler/innen bereits im Jahr 2002 im Vergleich zu Schüler/innen der anderen weiterführenden Schulformen leichter, einen Ansprechpartner bei persönlichen Angelegenheiten zu finden. Auch Gymnasiast/innen und Realschüler/innen konnten in den letzten vier Jahren ihre Beziehung zu den Eltern verbessern, so dass es ihnen nun leichter fällt, mit ihnen über persönliche Angelegenheiten zu sprechen³⁰⁶.

Im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2002 treffen sich die Schüler/innen im Jahr 2006 weniger häufig am Nachmittag mit Freund/innen³⁰⁷ (Daten nicht dargestellt). Insbesondere trifft dies für Jungen, Fünftklässler/innen und Gesamtschüler/innen³⁰⁸ zu. Auch an den Abenden hat die Kontakthäufigkeit mit Freund/innen abgenommen³⁰⁹ (Daten nicht dargestellt). Hier sind es neben den Jungen auch die Mädchen, die sich weniger häufig als noch im Jahr 2002 mit Freund/innen am Abend treffen³¹⁰. Während sich Neuntklässler/innen genauso häufig treffen wie noch vor vier Jahren, sind es gerade die Schüler/innen der unteren Klassenstufen und an Grundschulen, bei denen die Kontakthäufigkeit am Abend signifikant abgenommen hat.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass anscheinend eine Verschiebung in der Art des Kontakts untereinander stattgefunden hat. Zwar treffen sich die befragten Schüler/innen nicht mehr so häufig außerhalb der Schule wie noch vor vier Jahren, dafür hat die Nutzung anderer Kontaktmöglichkeiten im Jahr 2006 deutlich zugenommen³¹¹. Jungen wie Mädchen nutzen mittlerweile das Telefon, SMS und Internet häufiger als noch zum Zeitpunkt der ersten Befragung aus dem Jahr 2002. Insbesondere Siebt- und Neuntklässler/innen sowie Gesamtschüler/innen nutzen diese Kommunikationsmöglichkeiten im jüngsten Erhebungszeitraum häufiger, um in Kontakt mit Freund/innen zu treten.

Abbildung 3.78 zeigt, wie viele Berliner Schüler/innen in den Jahren 2002 und 2006 nach eigenen Angaben Opfer von Mobbing oder Schikane durch andere Schüler/innen wurden (vgl. Kapitel 3.6). Zwar geben im Erhebungszeitraum 2006 etwas mehr Schüler/innen als im Jahr 2002 an, noch nie Opfer von Mobbing geworden zu sein, gleichzeitig ist jedoch der Anteil derer gestiegen, die berichten, bereits mehrmals von Mobbing betroffen gewesen zu sein³¹². Obwohl sich diese Tendenz bei beiden Geschlechtern abzeichnet, ist sie nur bei den Jungen statistisch bedeutsam. Darüber hinaus scheint die Zunahme der wiederholten Opfer von Mobbing insbesondere ein Problem der Grundschüler/innen und Fünftklässler/innen zu sein.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich, wenn man die Schüler/innen fragt, ob sie sich selbst schon einmal daran beteiligt haben, andere Mitschüler/innen zu mobben oder zu schikanieren (Daten nicht dargestellt). Hier ist insgesamt, sowohl für Jungen als auch für Mädchen, ein Rückgang zu verzeichnen, so dass im Jahr 2006 deutlich mehr Befragte berichten, noch nie Täter bei einem Mobbing-Versuch

³⁰² Mutter: $\chi^2 = 24,6$, $df = 4$, $p < 0,001$; Vater: $\chi^2 = 35,6$, $df = 4$, $p < 0,001$; beste/r Freundin: $\chi^2 = 24,0$, $df = 4$, $p < 0,001$

³⁰³ $\chi^2 = 24,8$, $df = 4$, $p < 0,001$

³⁰⁴ Mutter: $\chi^2 = 13,1$, $df = 4$, $p < 0,05$; Vater: $\chi^2 = 16,7$, $df = 4$, $p < 0,01$

³⁰⁵ Mutter: $\chi^2 = 23,7$, $df = 4$, $p < 0,001$; Vater: $\chi^2 = 28,8$, $df = 4$, $p < 0,001$; beste/r Freund/in: $\chi^2 = 27,3$, $df = 4$, $p < 0,001$

³⁰⁶ Gymnasium: Mutter: $\chi^2 = 16,4$, $df = 4$, $p < 0,01$; Vater: $\chi^2 = 38,9$, $df = 4$, $p < 0,001$; Realschule: Mutter: $\chi^2 = 10,8$, $df = 4$, $p < 0,05$; Vater: $\chi^2 = 13,3$, $df = 4$, $p < 0,01$

³⁰⁷ $\chi^2 = 23,1$, $df = 3$, $p < 0,001$

³⁰⁸ Jungen: $\chi^2 = 22,4$, $df = 3$, $p < 0,001$; 5. Klasse: $\chi^2 = 12,4$, $df = 3$, $p < 0,01$; Gesamtschule: $\chi^2 = 17,3$, $df = 3$, $p < 0,001$

³⁰⁹ $\chi^2 = 24,2$, $df = 3$, $p < 0,001$

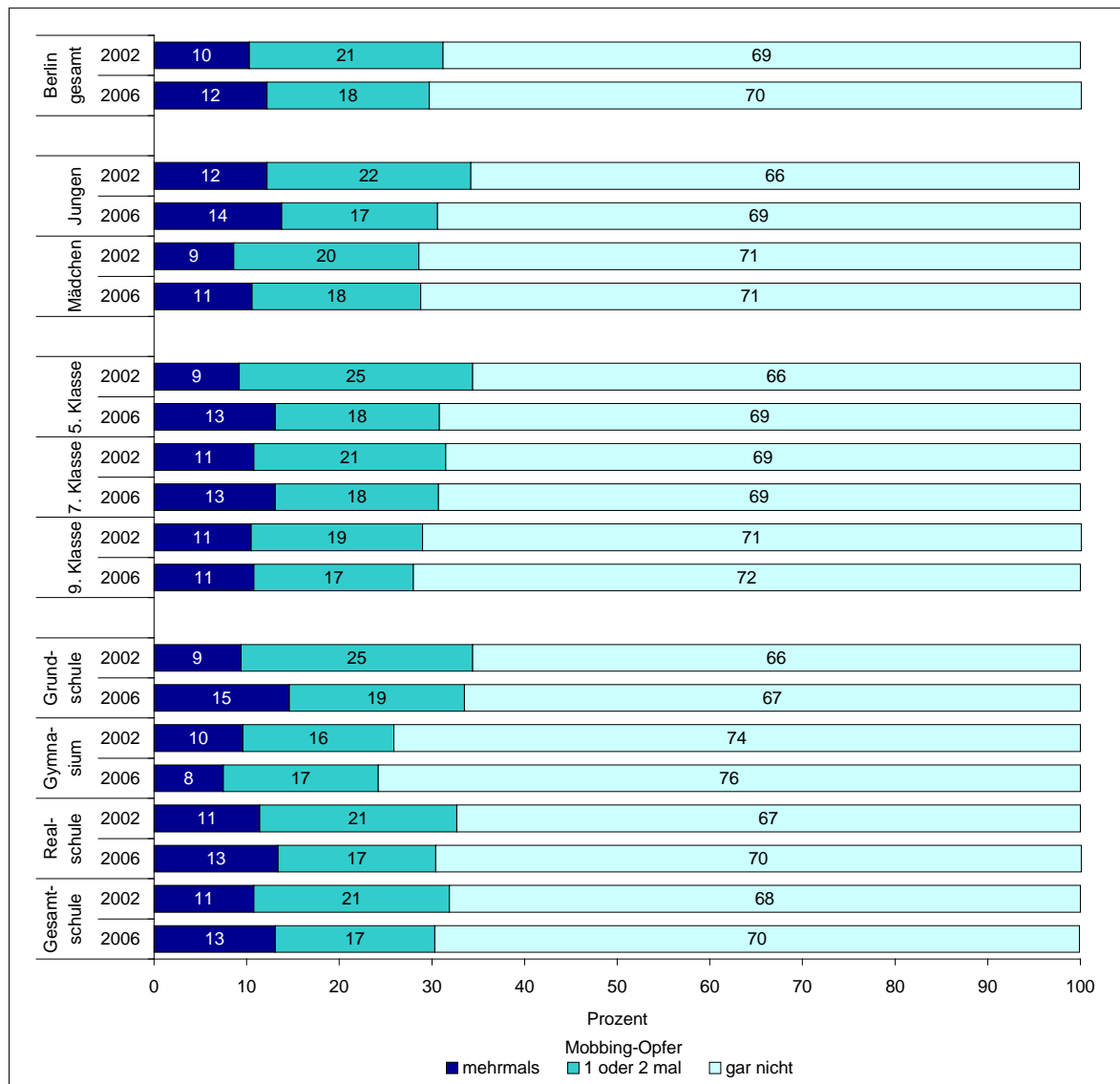
³¹⁰ Berlin gesamt: $\chi^2 = 24,2$, $df = 3$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 15,4$, $df = 3$, $p < 0,01$; Mädchen: $\chi^2 = 8,9$, $df = 3$, $p < 0,05$; 5. Klasse: $\chi^2 = 10,0$, $df = 3$, $p < 0,05$; 7. Klasse: $\chi^2 = 9,9$, $df = 3$, $p < 0,05$; Grundschule: $\chi^2 = 8,6$, $df = 3$, $p < 0,05$

³¹¹ Berlin gesamt: $\chi^2 = 18,9$, $df = 3$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 15,0$, $df = 3$, $p < 0,01$; Mädchen: $\chi^2 = 9,0$, $df = 3$, $p < 0,05$; 7. Klasse: $\chi^2 = 12,5$, $df = 3$, $p < 0,01$; 9. Klasse: $\chi^2 = 10,5$, $df = 3$, $p < 0,05$; Gesamtschule: $\chi^2 = 20,3$, $df = 3$, $p < 0,001$

³¹² Berlin gesamt: $\chi^2 = 7,4$, $df = 2$, $p < 0,05$; Jungen: $\chi^2 = 6,8$, $df = 2$, $p < 0,05$; Grundschule: $\chi^2 = 8,3$, $df = 2$, $p < 0,05$; 5. Klasse: $\chi^2 = 9,1$, $df = 2$, $p < 0,05$

Abbildung 3.78:

Opfer von Mobbing/Schikanieren in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

gewesen zu sein³¹³. Anders als bei den Ergebnissen zu Mobbing-Opfern hat jedoch der Anteil der Schüler/innen abgenommen, die bereits mehrmals Täter gewesen sind. Dieses generell abnehmende Muster trifft auch auf Fünft- und Siebtklässler/innen zu. Am deutlichsten und statistisch signifikant fällt der Rückgang der Mobbing-Täter-Rate am Gymnasium aus.

Die beobachtete Diskrepanz zwischen Opfer- und Täterzahlen lässt sich möglicherweise auf eine zunehmende Antworttendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit zurückführen. Durch die wachsende Sensibilisierung für das Thema Mobbing in Schulen, fällt es Tätern zunehmend schwerer, sich als solche im Rahmen einer derartigen Befragung, die im Klassenverband stattfindet, zu erkennen zu geben. Die Vermutung, dass einzelne Täter häufiger als vor vier Jahren ihre Opfer attackieren, lässt sich durch eine differenziertere Betrachtung der zusammengefassten Kategorie „mehrmals“ ausräumen. So ist der Anteil derjenigen, die angeben, ungefähr einmal pro Woche oder sogar häufiger Täter zu sein, im Vergleich zur Befragung im Jahr 2002 ebenfalls deutlich zurückgegangen.

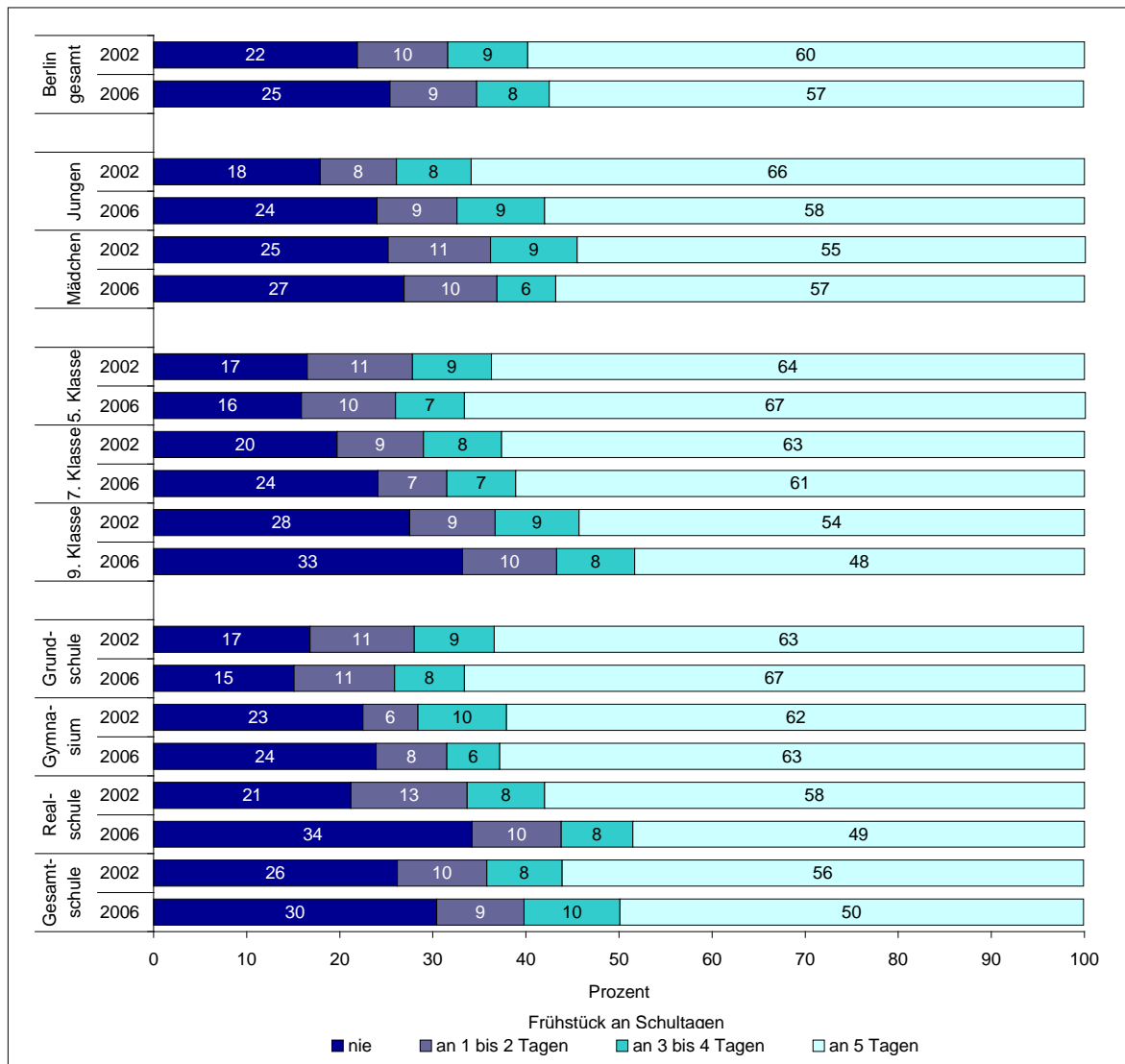
³¹³ Berlin gesamt: $\chi^2 = 21,5$, $df = 2$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 12,0$, $df = 2$, $p < 0,01$; Mädchen: $\chi^2 = 15,6$, $df = 2$, $p < 0,001$; 5. Klasse: $\chi^2 = 9,0$, $df = 2$, $p < 0,05$; 7. Klasse: $\chi^2 = 10,6$, $df = 2$, $p < 0,01$; Gymnasium: $\chi^2 = 30,0$, $df = 2$, $p < 0,001$

3.8.5 Ernährung, Diätverhalten und Körper selbstbild

In Kapitel 3.4 wurde bereits auf die Bedeutung des Frühstücks für einen gesunden Lebensstil hingewiesen. Aus Abbildung 3.79 geht hervor, dass die Schüler/innen ihr Ernährungsverhalten in diesem Punkt zwischen den Erhebungszeitpunkten nicht verändert haben. Allerdings zeigt sich sowohl ein Geschlechtereffekt als auch ein Effekt der Schulform³¹⁴. So frühstückten Jungen ebenso wie Realschüler/innen im Jahr 2006 an Schultagen weniger häufig als noch im Jahr 2002.

Abbildung 3.79:

Frühstück an Schultagen in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform - in Prozent

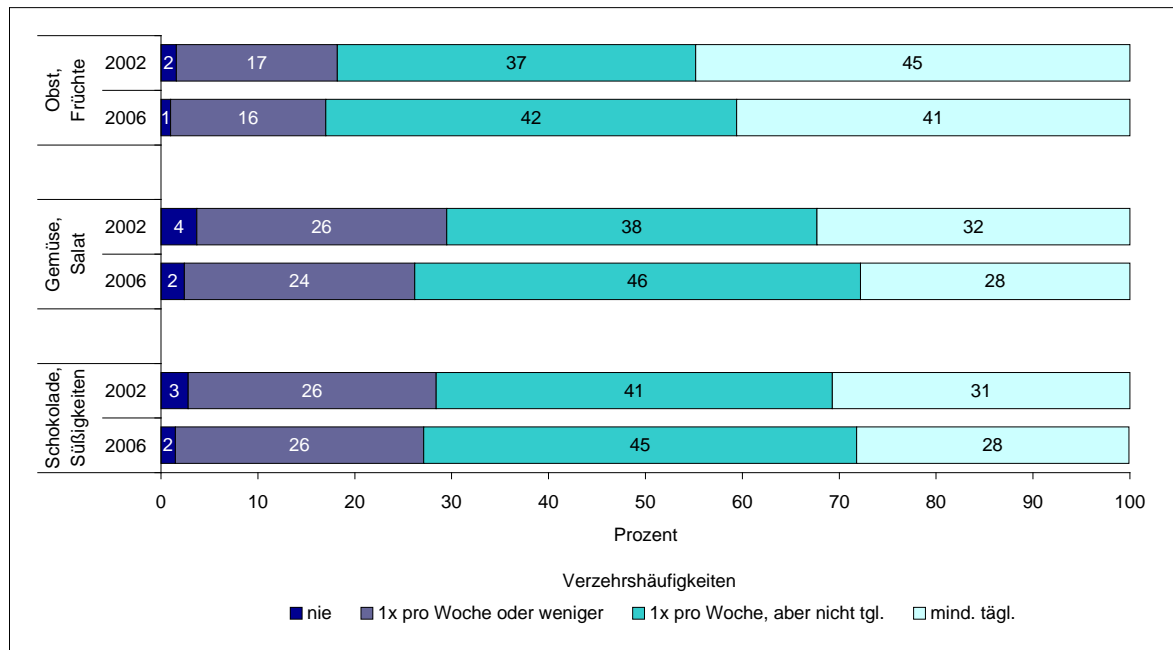


(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

In Abbildung 3.80 ist die Häufigkeit des Verzehrs verschiedener Lebensmittelgruppen dargestellt. Im Vergleich zum Jahr 2002 haben sich die Konsummuster im Jahr 2006 leicht verändert. Der Verzehr von Obst und Gemüse ist leicht gestiegen, allerdings auch der Verzehr von Schokolade und Süßigkeiten³¹⁵. Auf der einen Seite hat der Anteil der Schüler/innen, die nur selten, d. h. weniger als etwa einmal pro Woche oder nie, zu Obst bzw. Gemüse greifen, abgenommen, gleichzeitig ist aber auch der Anteil

³¹⁴ Jungen: $\chi^2 = 11,6$, $df = 3$, $p < 0,01$; Realschule: $\chi^2 = 15,5$, $df = 3$, $p < 0,001$

³¹⁵ Berlin gesamt: Obst: $\chi^2 = 11,2$, $df = 3$, $p < 0,05$; Gemüse: $\chi^2 = 22,3$, $df = 3$, $p < 0,001$; Schokolade/Süßigkeiten: $\chi^2 = 10,6$, $df = 3$, $p < 0,05$

Abbildung 3.80:**Verzehr verschiedener Lebensmittel in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006****- in Prozent**

(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

der Schüler/innen gesunken, die dies mindestens einmal täglich tun. Insbesondere bei Jungen³¹⁶ ist der tägliche Konsum von Obst und Gemüse in den letzten vier Jahren zurückgegangen (Daten nicht dargestellt). Während sich bei den Mädchen die Verzehrhäufigkeit von Obst nicht verändert hat, essen sie im Jahr 2006 doch häufiger Gemüse als noch zum ersten Erhebungszeitpunkt im Jahr 2002³¹⁷. In der Oberschule (7. und 9. Klasse) wird im Vergleich zum Jahr 2002 weniger häufig regelmäßig, d. h. mindestens einmal täglich, Obst³¹⁸ und Gemüse³¹⁹ verzehrt. Während bei den Realschüler/innen ein Rückgang in der Verzehrhäufigkeit von Obst zu verzeichnen ist³²⁰, ist bei Gesamtschüler/innen darüber hinaus auch ein Rückgang beim Konsum von Gemüse zu beobachten³²¹.

Verglichen mit den Daten aus dem Jahr 2002 hat sich der Anteil derjenigen Schüler/innen, die zurzeit eine Diät machen um abzunehmen, nicht verändert³²² (Daten nicht dargestellt). In Abbildung 3.81 sind die Antworten derjenigen dargestellt, die zum Erhebungszeitraum im Jahr 2006 gerade keine Diät machen. Insgesamt sagen im Jahr 2006 deutlich mehr Schüler/innen als bei der Erhebung 2002, dass sie zurzeit keine Diät machen, da ihr Gewicht in Ordnung ist³²³. Dabei ist der Anteil der Schüler/innen, die meinen, dass sie eigentlich abnehmen müssten, zurückgegangen. Dieser Trend trifft für Jungen wie Mädchen gleichermaßen zu und lässt sich auch bei Fünftklässler/innen finden (Daten nicht dargestellt). Bei den Schüler/innen der 9. Klassen hat sich darüber hinaus auch der Anteil derjenigen, die eigentlich zunehmen müssten, verringert. Ein ähnliches Muster zeigen auch Gymnasiast/innen, bei denen sowohl die Gruppe derjenigen, die eher abnehmen müssten, als auch die Gruppe derjenigen, die eigentlich zunehmen müssten, sich im Vergleich zum Jahr 2002 verringert hat. Bei den Gesamtschüler/innen ist hingegen nur der Anteil derjenigen gesunken, die angeben, eigentlich abnehmen zu müssen. Dies geht auch hier zu Gunsten derer, die mit ihrem Gewicht zufrieden sind.

³¹⁶ Jungen: Obst: $\chi^2 = 11,3$, $df = 3$, $p < 0,01$; Gemüse: $\chi^2 = 11,0$, $df = 3$, $p < 0,05$

³¹⁷ Mädchen: Gemüse: $\chi^2 = 18,2$, $df = 3$, $p < 0,001$

³¹⁸ Obst: 7. Klasse: $\chi^2 = 8,7$, $df = 3$, $p < 0,05$; 9. Klasse: $\chi^2 = 15,4$, $df = 3$, $p < 0,01$

³¹⁹ Gemüse: 7. Klasse: $\chi^2 = 10,6$, $df = 3$, $p < 0,05$; 9. Klasse: $\chi^2 = 12,8$, $df = 3$, $p < 0,01$

³²⁰ $\chi^2 = 8,9$, $df = 3$, $p < 0,05$

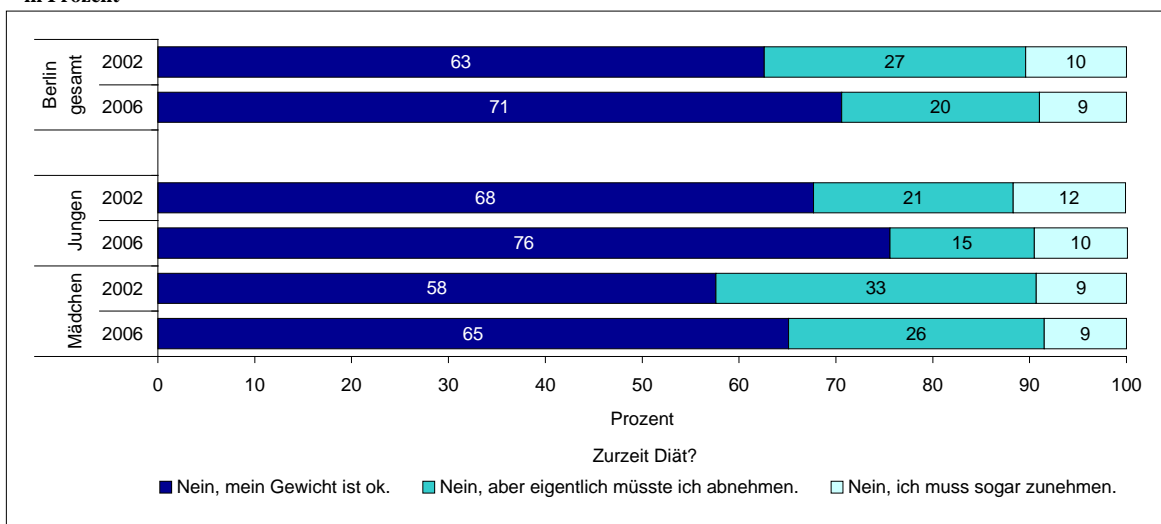
³²¹ Obst: $\chi^2 = 19,2$, $df = 3$, $p < 0,001$; Gemüse: $\chi^2 = 33,8$, $df = 3$, $p < 0,001$

³²² $\chi^2 = 21,2$, $df = 3$, $p < 0,001$

³²³ Berlin gesamt: $\chi^2 = 20,4$, $df = 2$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 10,8$, $df = 2$, $p < 0,01$; Mädchen: $\chi^2 = 8,2$, $df = 2$, $p < 0,05$; 5. Klasse: $\chi^2 = 7,6$, $df = 2$, $p < 0,05$; 9. Klasse: $\chi^2 = 14,1$, $df = 2$, $p < 0,001$; Gymnasium: $\chi^2 = 6,2$, $df = 2$, $p < 0,05$; Gesamtschule: $\chi^2 = 13,1$, $df = 2$, $p < 0,001$

Abbildung 3.81:

Notwendigkeit einer Diät ohne Schüler/innen, die gerade eine Diät machten in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

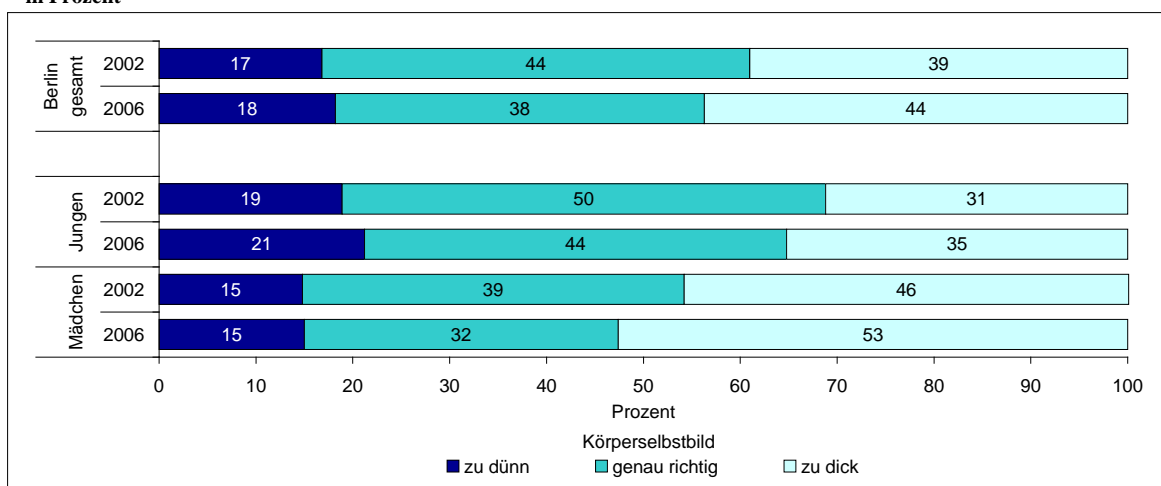


(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bezüglich des Körperselbstbildes der Berliner Schüler/innen lässt sich folgende Entwicklung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten feststellen (Abbildung 3.82): Auf der einen Seite nimmt der Anteil derjenigen, die ihr Gewicht genau richtig finden, ab, während der Anteil derjenigen, die glauben zu dick zu sein (Antwortkategorien „ein wenig zu dick“ und „viel zu dick“ zusammengefasst), zugenommen hat³²⁴. Tendenziell trifft diese Entwicklung wiederum für beide Geschlechter zu. Bei den Jungen hat darüber hinaus jedoch auch der Anteil derjenigen, die sich zu dünn (Antwortkategorien „ein wenig zu dünn“ und „viel zu dünn“ zusammengefasst) fühlen, im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2002 zuge-

Abbildung 3.82:

Körperselbstbild in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

nommen. Betrachtet man die Angaben getrennt nach Klassenstufen (Daten nicht dargestellt), so fällt auf, dass die berichteten Entwicklungen vor allem in den oberen Klassenstufen stattgefunden haben, während sich die Angaben der Fünftklässler/innen nicht wesentlich verändert haben. In der 7. Klasse geben im Jahr 2006 deutlich mehr Schüler/innen an, sich zu dünn, aber auch zu dick zu fühlen als zur Erhebung vor vier Jahren. In den 9. Klassen ist dagegen nur der Anteil der Schüler/innen gestiegen, die

³²⁴ Berlin gesamt: $\chi^2 = 12,4$, $df = 2$, $p < 0,01$; Jungen: $\chi^2 = 6,0$, $df = 2$, $p < 0,05$; Mädchen: $\chi^2 = 9,0$, $df = 2$, $p < 0,05$

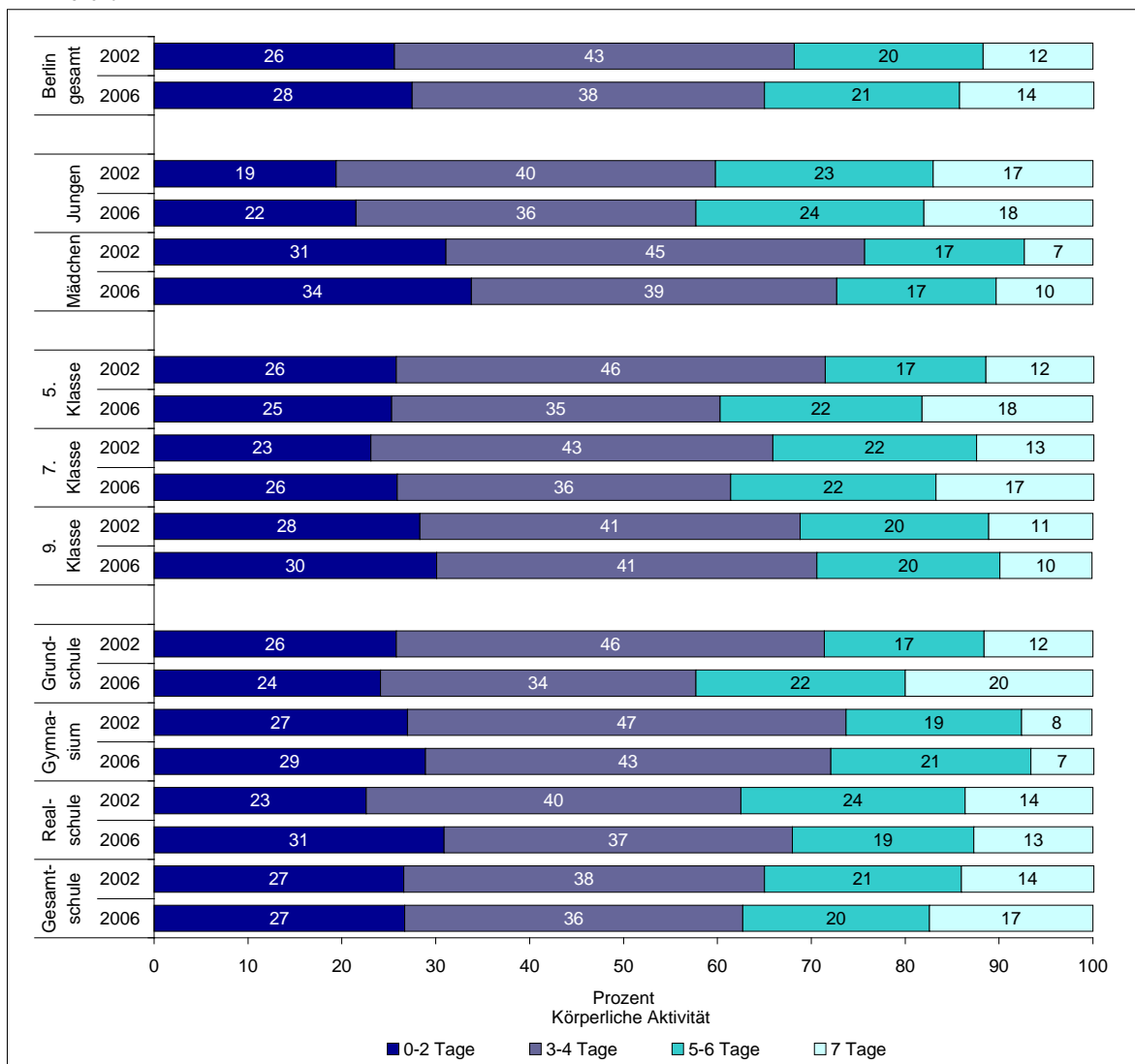
sich zu dick fühlen³²⁵. An Realschulen finden sich im Vergleich zum Jahr 2002 deutlich mehr Schüler/innen zu dick, während bei Gesamtschüler/innen im Jahr 2006 sowohl der Anteil der Schüler/innen, die sich zu dünn fühlen, als auch der Anteil der Schüler/innen, die sich zu dick fühlen, angestiegen ist³²⁶ (Daten nicht dargestellt).

3.8.6 Körperliche Aktivität und Fernsehkonsum

Abbildung 3.83 zeigt, wie sich die körperliche Aktivität der Berliner Schüler/innen zwischen den Erhebungszeitpunkten entwickelt hat. Insgesamt lässt sich ein deutlicher Rückgang in der Gruppe derjenigen verzeichnen, die an drei bis vier Tagen pro Woche körperlich aktiv sind. Diese Entwicklung ist zum einen auf einen leicht gestiegenen Anteil der Schüler/innen, die sich nur an zwei oder weniger Tagen in der Woche sportlich betätigen, zurückzuführen. Gleichzeitig ist jedoch auch der Anteil der Schüler/innen, die täglich Sport treiben, im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2002 gestiegen. Dieser Trend ist sowohl bei Mädchen als auch bei Fünftklässler/innen und Grundschüler/innen zu finden³²⁷, während ansonsten keine statistisch bedeutsamen Veränderungen aufgetreten sind.

Abbildung 3.83:

Körperliche Aktivität in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

³²⁵ 7. Klasse: $\chi^2 = 8,3$, $df = 2$, $p < 0,05$; 9. Klasse: $\chi^2 = 10,3$, $df = 2$, $p < 0,01$

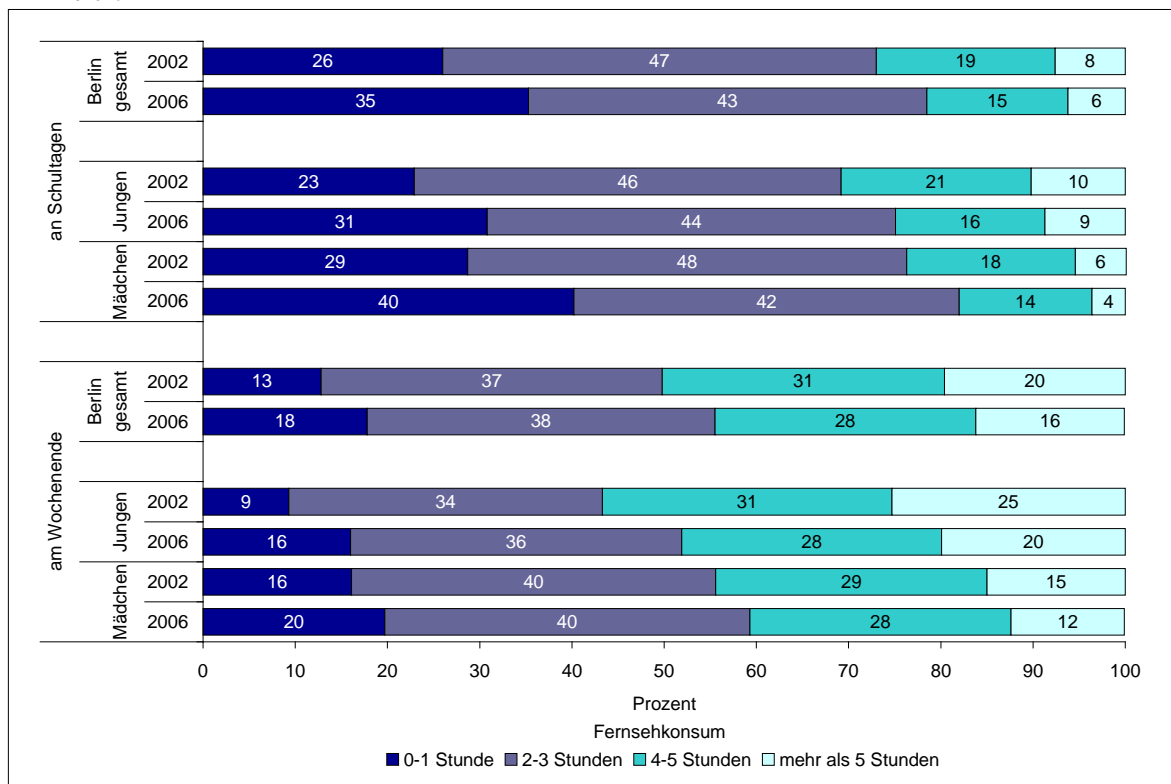
³²⁶ Realschule: $\chi^2 = 10,7$, $df = 2$, $p < 0,01$; Gesamtschule: $\chi^2 = 12,9$, $df = 2$, $p < 0,01$

³²⁷ Berlin gesamt: $\chi^2 = 10,4$, $df = 3$, $p < 0,05$; Mädchen: $\chi^2 = 8,2$, $df = 3$, $p < 0,05$; 5. Klasse: $\chi^2 = 15,1$, $df = 3$, $p < 0,01$; Grundschule: $\chi^2 = 20,0$, $df = 3$, $p < 0,001$

Im Gegensatz zur körperlichen Aktivität lässt sich beim Medienkonsum ein eindeutiger Trend erkennen (Abbildung 3.84). Insgesamt hat der Fernsehkonsum sowohl an Schultagen³²⁸ als auch am Wochenende³²⁹ abgenommen. Viel mehr Jungen und Mädchen berichten im Jahr 2006 weniger als eine Stunde an Schultagen fernzusehen. Der Anteil derjenigen, die angeben, an diesen Tagen vier oder mehr Stunden pro Tag fernzusehen, hat deutlich abgenommen. Diese Entwicklung lässt sich bei Fünft- und Siebt-, jedoch nicht bei Neuntklässler/innen beobachten (Daten nicht dargestellt). Während gerade Grundschüler/innen und Gymnasiast/innen ihren im Jahr 2002 ohnehin schon geringeren Fernsehkonsum an Schultagen und am Wochenende zur Erhebung im Jahr 2006 weiter einschränkten

Abbildung 3.84:

Fernsehkonsum an Schultagen und am Wochenende in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

(Daten nicht dargestellt), veränderte sich das Fernsehverhalten der Real- und Gesamtschüler/innen im gleichen Zeitraum nicht wesentlich. Darüber hinaus schränkten Jungen ihren Fernsehkonsum auch am Wochenende ein, während sich bei den Mädchen diesbezüglich keine Änderungen einstellten. Am Wochenende sind es auch eher die Fünftklässler/innen, die deutlich weniger fernsehen als noch vor vier Jahren (Daten nicht dargestellt).

3.8.7 Substanzkonsum

Tabakkonsum

Beim Tabakkonsum lässt sich im Jahr 2006 ein positiver Trend hin zu einem gesünderen Lebensstil bei den befragten Kindern und Jugendlichen erkennen. Die Frage, ob sie schon einmal geraucht haben, beantworteten im Jahr 2006 deutlich weniger Schüler/innen mit Ja als noch im Jahr 2002³³⁰ (Daten

³²⁸ Berlin gesamt: $\chi^2 = 35,3$, $df = 3$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 14,2$, $df = 3$, $p < 0,01$; Mädchen: $\chi^2 = 25,3$, $df = 3$, $p < 0,001$; 5. Klasse: $\chi^2 = 26,4$, $df = 3$, $p < 0,001$; 7. Klasse: $\chi^2 = 16,8$, $df = 3$, $p < 0,001$; Grundschule: $\chi^2 = 13,8$, $df = 3$, $p < 0,01$; Gymnasium: $\chi^2 = 19,7$, $df = 3$, $p < 0,01$

³²⁹ Berlin gesamt: $\chi^2 = 20,0$, $df = 3$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 20,6$, $df = 3$, $p < 0,001$; 5. Klasse: $\chi^2 = 22,4$, $df = 3$, $p < 0,001$; Grundschule: $\chi^2 = 13,3$, $df = 3$, $p < 0,01$; Gymnasium: $\chi^2 = 21,9$, $df = 3$, $p < 0,001$

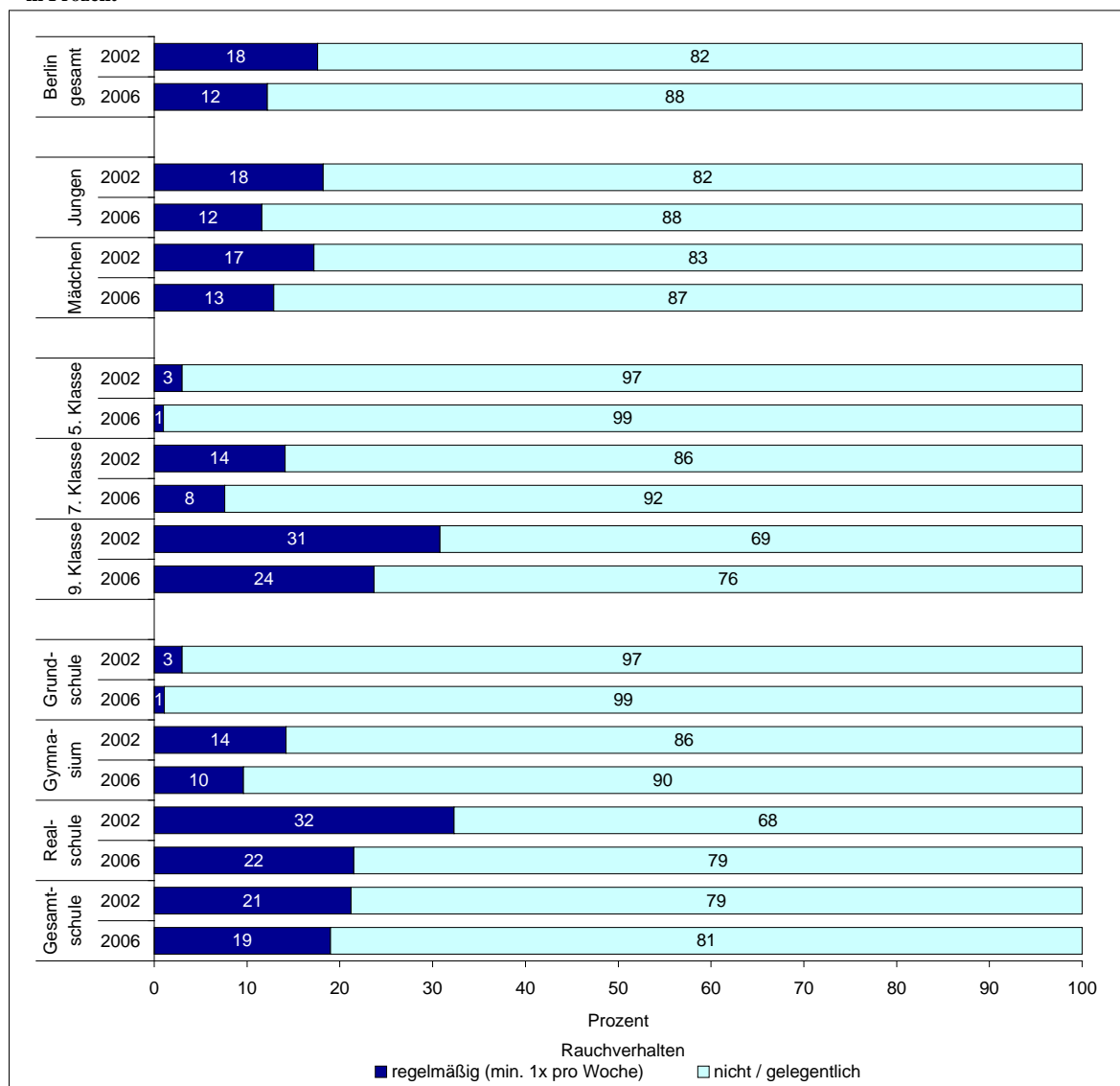
³³⁰ Berlin gesamt: $\chi^2 = 17,9$, $df = 1$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 13,2$, $df = 1$, $p < 0,001$; Mädchen: $\chi^2 = 5,6$, $df = 1$, $p < 0,05$; 5. Klasse: $\chi^2 = 4,3$, $df = 1$, $p < 0,05$; 7. Klasse: $\chi^2 = 9,7$, $df = 1$, $p < 0,01$; 9. Klasse: $\chi^2 = 8,0$, $df = 1$, $p < 0,01$; Grundschule: $\chi^2 = 5,7$, $df = 1$, $p < 0,05$; Gymnasium: $\chi^2 = 4,0$, $df = 1$, $p < 0,05$; Realschule: $\chi^2 = 10,1$, $df = 1$, $p < 0,001$

nicht dargestellt). Diese Entwicklung ist sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen zu beobachten und findet vor allem in den beiden unteren Klassenstufen statt, während es bei den Neuntklässler/innen keine Veränderungen gab. Der Anteil der Schüler/innen, die schon einmal eine Zigarette probiert haben, hat bis auf die Gesamtschule in allen Schulformen abgenommen. Der stärkste Rückgang fand bei Gymnasiast/innen statt, gefolgt von Grund- und Realschüler/innen.

Wie Abbildung 3.85 zeigt, hat auch der Anteil der Schüler/innen, die regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche rauchen, 2006 im Vergleich zu 2002 deutlich abgenommen³³¹. Wiederum trifft diese Entwicklung für beide Geschlechter gleichermaßen zu und ist darüber hinaus in allen Klassenstufen zu finden. Am deutlichsten ist der Anteil der regelmäßigen Raucher/innen unter Gymnasiast/innen und Realschüler/innen zurückgegangen, während sich wiederum bei den Gesamtschüler/innen keine Veränderung im Vergleich zu 2002 ergab.

Abbildung 3.85:

Regelmäßige Raucher/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform - in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

³³¹ Berlin gesamt: $\chi^2 = 17,9$, $df = 1$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 13,2$, $df = 1$, $p < 0,001$; Mädchen: $\chi^2 = 5,6$, $df = 1$, $p < 0,05$; 5. Klasse: $\chi^2 = 4,3$, $df = 1$, $p < 0,05$; 7. Klasse: $\chi^2 = 9,7$, $df = 1$, $p < 0,01$; 9. Klasse: $\chi^2 = 8,0$, $df = 1$, $p < 0,01$; Gymnasium: $\chi^2 = 4,0$, $df = 1$, $p < 0,05$; Realschule: $\chi^2 = 10,1$, $df = 1$, $p < 0,001$

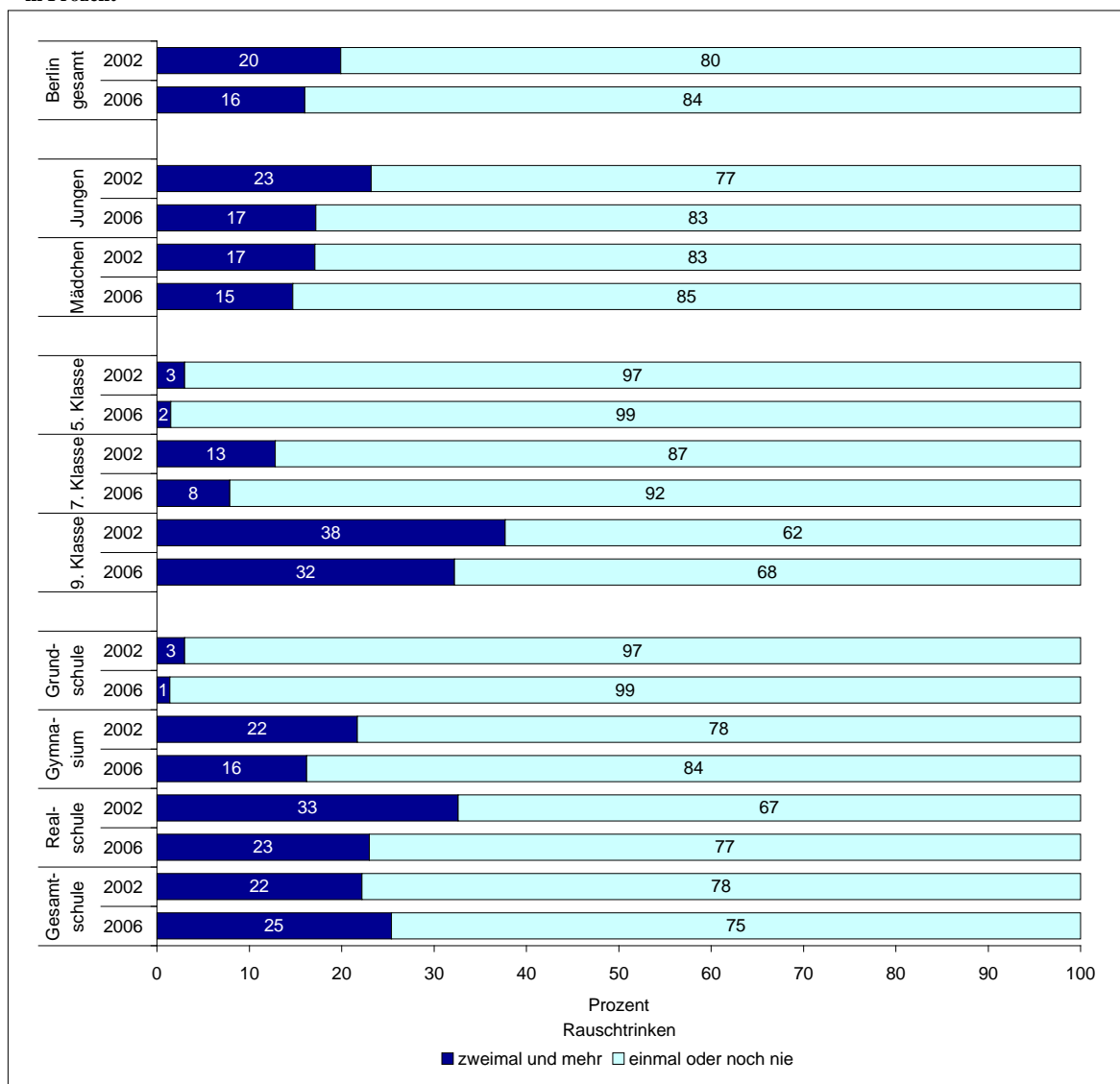
Alkoholkonsum

Im Gegensatz zum regelmäßigen Tabakkonsum hat sich der regelmäßige Alkoholkonsum insgesamt in Berlin im Vergleich zum Jahr 2002 nicht verändert (Daten nicht dargestellt). Sowohl Jungen als auch Mädchen trinken in etwa genauso häufig mindestens einmal pro Woche irgendein alkoholisches Getränk als noch vor vier Jahren. Lediglich bei den Siebtklässler/innen und Realschüler/innen ist eine statistisch bedeutsame Verringerung des Anteils regelmäßiger Alkoholkonsument/innen zu verzeichnen³³².

Anders sieht es bei den Berichten zur Alkoholrauscherfahrung aus (Abbildung 3.86). Hier ist der Anteil der Schüler/innen, die berichten, bereits mehrmals soviel Alkohol konsumiert zu haben, dass sie betrunken waren, im Jahr 2006 im Vergleich zu 2002 deutlich gesunken³³³. Diese Entwicklung ist jedoch nur bei Jungen zu finden. Mädchen geben zwar auch tendenziell weniger häufig an, bereits

Abbildung 3.86:

Rauschtrinken in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform
- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

³³² 7. Klasse: $\chi^2 = 6,5$, $df = 1$, $p < 0,05$; Realschule: $\chi^2 = 6,6$, $df = 1$, $p < 0,01$

³³³ Berlin gesamt: $\chi^2 = 8,1$, $df = 1$, $p < 0,01$; Jungen: $\chi^2 = 8,4$, $df = 1$, $p < 0,01$; 7. Klasse: $\chi^2 = 6,0$, $df = 1$, $p < 0,05$; 9. Klasse: $\chi^2 = 4,2$, $df = 1$, $p < 0,05$; Realschule: $\chi^2 = 18,1$, $df = 4$, $p < 0,001$

wiederholt einen Alkoholrausch erlebt zu haben, dies ist jedoch statistisch nicht relevant. Bei den Siebt- und Neuntklässler/innen ist hingegen durchaus der Anteil der Schüler/innen mit mehrmaliger Alkoholrauscherfahrung gesunken, ebenso bei Gymnasiast/innen und Realschüler/innen.

Eine differenziertere Betrachtung der berichteten Anzahl alkoholbedingter Rauscherfahrungen (Daten nicht dargestellt) zeigt, dass der Anteil der Schüler/innen, die von vier bis zehn bzw. sogar von mehr als zehn Rauscherfahrungen berichten, im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2002 ebenfalls abgenommen hat³³⁴.

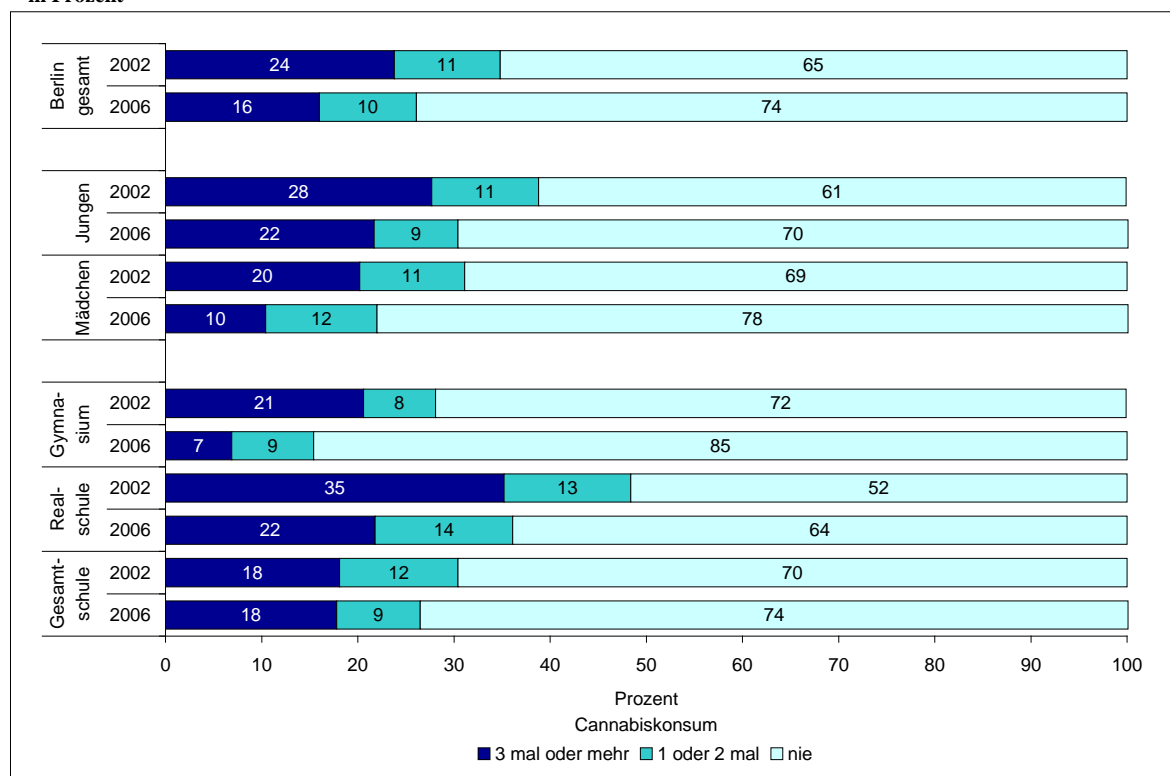
Cannabiskonsum

Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurden nur die Schüler/innen der 9. Klasse gefragt, ob sie jemals Cannabis genommen haben. Wie aus Abbildung 3.87 hervorgeht, ist der Anteil der häufigen Cannabiskonsumenten zwar insgesamt in Berlin gesunken³³⁵, dieser Rückgang ist jedoch nur bei den Mädchen, nicht aber bei den Jungen, statistisch bedeutsam. Am stärksten ist der Anteil der Schüler/innen, die bereits drei- oder mehrmals Cannabis konsumiert haben, an Gymnasien gesunken. Auch bei Realschüler/innen, jedoch nicht bei Gesamtschüler/innen lässt sich dieser rückläufige Trend beobachten. Der Anteil der Schüler/innen, bei denen man bei einem ein- bzw. zweimaligen Konsum von einem Probiervverhalten ausgehen kann, ist in etwa auf dem Niveau aus der Befragung im Jahr 2002 stabil geblieben.

Abbildung 3.87:

Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz) in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht und Schulform (nur 9. Klasse)

- in Prozent



(Datenquelle: HBSC 2002 und 2006 / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

³³⁴ Berlin gesamt: $\chi^2 = 17,8$, $df = 4$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 12,3$, $df = 4$, $p < 0,05$; 7. Klasse: $\chi^2 = 10,5$, $df = 4$, $p < 0,05$; 9. Klasse: $\chi^2 = 9,5$, $df = 4$, $p < 0,05$; Realschule: $\chi^2 = 18,1$, $df = 4$, $p < 0,001$

³³⁵ Berlin gesamt: $\chi^2 = 12,5$, $df = 2$, $p < 0,01$; Mädchen: $\chi^2 = 10,9$, $df = 2$, $p < 0,01$; Gymnasium: $\chi^2 = 12,0$, $df = 2$, $p < 0,01$; Realschule: $\chi^2 = 7,2$, $df = 2$, $p < 0,05$

Betrachtet man den berichteten Cannabiskonsum in den letzten zwölf Monaten (Daten nicht dargestellt), so lässt sich ebenfalls ein genereller Rückgang der Konsumhäufigkeit feststellen, der sowohl für Mädchen als auch für Jungen gilt. Wiederum zeigt sich sowohl bei Gymnasiast/innen als auch bei Realschüler/innen, nicht jedoch bei Gesamtschüler/innen, ein abnehmender Trend³³⁶.

Zusammenfassung

Im Gegensatz zu positiven Entwicklungen in anderen Bereichen, wie beispielsweise soziale Unterstützung, Zigarettenkonsum und Alkoholrauscherfahrungen, bietet die psychische Gesundheit der Berliner Schüler/innen im Vergleich zum Jahr 2002 Anlass zur Sorge. So klagen die befragten Schüler/innen häufiger über wiederkehrende psychosomatische Beschwerden und werden häufiger als psychisch auffällig eingestuft. Diese Entwicklung betrifft besonders die oberen Klassenstufen. Während sich bei Grundschüler/innen und Gymnasiast/innen in diesem Bereich keine Veränderungen ergeben haben, konnte eine deutliche Zunahme von psychosomatischen Beschwerden und psychischen Problemen bei Real- und Gesamtschüler/innen beobachtet werden. Insbesondere der Kreis derjenigen, die über emotionale Probleme wie Gereiztheit und Niedergeschlagenheit klagen, hat sich im Vergleich zum Jahr 2002 erweitert.

Berliner Schüler/innen fällt es im Erhebungsjahr 2006 jedoch deutlich leichter, soziale Unterstützung durch Eltern und Freund/innen bei persönlichen Problemen zu finden. Sie treffen sich zwar nicht mehr so häufig wie noch vor vier Jahren in ihrer Freizeit mit Freund/innen, nutzen dafür aber häufiger andere Kommunikationsmöglichkeiten wie Telefon, SMS und Internet, um miteinander in Kontakt zu treten.

Beim Thema Mobbing zeigt sich ein etwas widersprüchliches Bild. Auf der einen Seite geben mehr Schüler/innen an, noch nie andere Schüler/innen schikaniert zu haben, bzw. ist die Rate der wiederholten Mobbing-Täter gesunken. Dennoch ist der Anteil der Schüler/innen, die schon einmal Opfer von Mobbing durch Mitschüler/innen geworden sind, gestiegen. Insbesondere in der Grundschule lässt sich ein Anstieg der Opferzahlen beobachten, während an Gymnasien ein starker Rückgang der Täterzahlen zu verzeichnen ist. Wie bereits im Text erwähnt, lassen sich diese widersprüchlichen Zahlen zu Opfern und Tätern möglicherweise durch eine zunehmende Antworttendenz der Täter/innen hin zur sozialen Erwünschtheit erklären.

Veränderungen in Ernährungsvariablen, die über die Erhebungszeiträume vergleichbar waren, fallen insgesamt eher gering aus. Zwar ist der Konsum von Obst und Gemüse insgesamt leicht gestiegen, dennoch sind es gerade Siebt- und Neuntklässler/innen, bzw. Real- und Gesamtschüler/innen, bei denen der regelmäßige Konsum von Obst und Gemüse im Vergleich zum Jahr 2002 nachgelassen hat. Hinzu kommt, dass Jungen und Realschüler/innen im Vergleich zur ersten Befragung im Jahr 2002 häufiger auf das Frühstück an Schultagen verzichten. Zu beiden Erhebungszeitpunkten haben etwa gleich viele Schüler/innen angegeben, eine Diät zu machen um abzunehmen. Unter denjenigen, die momentan keine Diät halten um abzunehmen, ist im Jahre 2006 gegenüber dem vorangegangenen Erhebungszeitpunkt der Anteil derer, die meinen, eigentlich abnehmen zu müssen, zugunsten derer, die ihr Gewicht in Ordnung finden, zurückgegangen. Das Körperselbstbild betreffend ist im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahr 2002 der Anteil derjenigen, die glauben zu dick zu sein, gestiegen.

Bei der Betrachtung der körperlichen Aktivität fallen ebenfalls zwei gegenläufige Trends auf. So haben sowohl die Anteile derjenigen, die eher selten Sport treiben, als auch derjenigen, die sich fast täglich sportlich betätigen, zugenommen. Der Fernsehkonsum hat im Vergleich zu 2002 deutlich abgenommen. Allerdings lässt sich hier auch eine Scherenbewegung feststellen: während Grundschüler/innen und Gymnasiast/innen ihren schon im Jahr 2002 vergleichsweise geringen Konsum auch im Jahr 2006 weiter einschränkten, blieben die Konsummuster von Real- und Gesamtschüler/innen auf ohnehin bereits höherem Niveau stabil.

³³⁶ Berlin gesamt: $\chi^2 = 22,4$, $df = 2$, $p < 0,001$; Jungen: $\chi^2 = 13,1$, $df = 2$, $p < 0,001$; Mädchen: $\chi^2 = 10,5$, $df = 2$, $p < 0,01$; Gymnasium: $\chi^2 = 14,7$, $df = 2$, $p < 0,001$; Realschule: $\chi^2 = 7,9$, $df = 2$, $p < 0,05$

Eine positive Entwicklung lässt sich auch beim Risikoverhalten ausmachen. Der Anteil der Schüler/innen, die schon einmal eine Zigarette probiert haben, ist gesunken. Gleichzeitig berichten zur Erhebung 2006 auch weniger Schüler/innen als noch zur vorangegangenen Befragung, regelmäßig zu rauchen. Zwar hat sich der Anteil der regelmäßig Alkohol konsumierenden Schüler/innen zwischen den Jahren 2002 und 2006 in Berlin nicht wesentlich verändert, dafür ist aber eine deutliche Abnahme der alkoholbedingten Rauscherfahrungen zu verzeichnen. Betrachtet man den Cannabiskonsum, so lässt sich auch dort ein Rückgang der Konsumhäufigkeit feststellen. Somit stehen die Berliner Daten im Einklang mit den gesamtdeutschen Ergebnissen der HBSC-Studie, die ebenfalls zeigen, dass das Rauchen, Alkohol trinken und Cannabis konsumieren unter deutschen Kindern und Jugendlichen nicht mehr so stark verbreitet ist wie zur Erhebung vor vier Jahren (Nickel et al., 2008). Dieser allgemeine Rückgang in den Konsummustern während der letzten Jahre lässt sich auch auf nationaler (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004, 2005; Richter & Leppin, 2008) und internationaler Ebene (Hublet et al., 2006; Settertobulte et al., 2001) verfolgen. Auffällig ist jedoch in Berlin, dass Gesamtschüler/innen nicht von dem rückläufigen Trend in den genannten Risikoverhaltensweisen erfasst werden.

Insgesamt lässt sich also ein überwiegend positives Resümee aus dem Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte ziehen. Die Ergebnisse zeigen aber auch gleichzeitig Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen. Zukünftige Erhebungen sollten klären, ob die beobachteten Trends anhalten.

4 Zusammenfassung und Handlungsbedarf

Die Ergebnisse der HBSC-Befragungen in Berlin und Hamburg geben vielfältige Einblicke in Gesundheits- und Risikoverhalten, die familiäre, soziale und schulische Lebenssituation und die subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Altersspektrum von der fünften bis zur neunten Klassenstufe. Die in der Befragung in Berlin im Jahr 2006 erhobenen Daten wurden im vorliegenden Bericht nach den Themenbereichen soziale Lage und Lebensbedingungen, Gesundheitszustand, Gesundheits- und Risikoverhalten, Ernährung und Körper selbstbild, gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie Schulklima und Integration ausgewertet und dargestellt. Es erfolgte eine Gegenüberstellung dieser Ergebnisse mit den Befragungsdaten der Hamburger Schüler/innen, die ebenfalls 2006 mit dem gleichen Fragebogen erhoben wurden. Zusätzliche Vergleiche der Ergebnisse der Befragung im Jahr 2006 in Berlin mit denen der Befragung in Berlin aus dem Jahr 2002 liefern erste Erkenntnisse über zeitliche Trends in den untersuchten Merkmalen.

Viele der berichteten Ergebnisse werden durch Befunde anderer Studien unterstützt. Andere wiederum waren so nicht zu erwarten und fallen teils erfreulich, teils aber auch alarmierend aus. Auch wenn an manchen Stellen Bekanntes bestätigt wird, ergeben sich doch neue Einblicke in die Größenordnung vorhandener Probleme, und die detaillierte Analyse nach Geschlecht, Alter, sozialen und weiteren Gruppierungsmerkmalen liefert Hinweise darauf, welche Untergruppen der Schüler/innen von dem jeweiligen Problem in besonderem Maße betroffen sind und deshalb die Hauptzielgruppen für Prävention und Intervention darstellen müssen.

Die wichtigsten Ergebnisse der Befragung sollen hier betrachtet werden unter der Fragestellung, wie sie in den bisherigen Kenntnisstand einzuordnen sind, wie sie zu bewerten sind und welcher Handlungsbedarf sich daraus ableiten lässt. Dies wird in den nachfolgenden Abschnitten zunächst für die erfassten Merkmale der subjektiven Gesundheit (Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Schmerzen und Beschwerden, Erkrankungen und Verletzungen, psychische Gesundheit) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität geschehen (Kapitel 4.1). Anschließend werden die Ergebnisse zu sozialen Beziehungen der Schüler/innen zu Eltern und Gleichaltrigen sowie zur schulischen Situation betrachtet (Kapitel 4.2) und als dritter wichtiger Bereich die Befunde zum Gesundheits- und Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen (Kapitel 4.3). Dabei sind die formulierten Handlungsempfehlungen als ein erster Beitrag zu einer noch breiter zu führenden Diskussion um Gesundheitsziele, prioritäre Handlungsfelder und geeignete Maßnahmen zur Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter zu verstehen, in die noch eine Vielzahl von Akteuren in Politik und Gesundheitswesen einbezogen werden muss.

4.1 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität

Eine mehrheitlich positive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes durch die Kinder und Jugendlichen war zu erwarten. Zugleich war davon auszugehen, dass längst nicht alle Schüler/innen bei guter Gesundheit sind. So klagt fast ein Viertel (24 %) der befragten Schüler/innen über mindestens zwei wiederholt auftretende *psychosomatische Beschwerden* in den letzten sechs Monaten. Dabei ist der Anteil der Schüler/innen, die unter wiederkehrenden psychosomatischen Beschwerden leiden, seit dem Jahr 2002 (20 %) deutlich angestiegen. Kopf-, Bauch-, Rücken- und Schulter- bzw. Nackenschmerzen sind in der Altersgruppe der Fünft- bis Neuntklässler/innen derart verbreitet, dass nur ein knappes Viertel (22 %) im letzten halben Jahr nicht mehrmals davon betroffen war und ein Fünftel (20 %) über wiederholte Schmerzen an allen vier erfragten Lokalisationen klagte. Eng verknüpft mit diesen gesundheitlichen Beschwerden sind auch die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und die *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, in der nur etwas mehr als die Hälfte der Berliner Schüler/innen (54 %) sich als in keinem Bereich beeinträchtigt beschreibt.

Von den genannten subjektiven gesundheitlichen Einschränkungen sind Mädchen häufiger betroffen als Jungen, wobei sich der Geschlechtsunterschied mit zunehmendem Alter noch vergrößert. Sowohl

die mit dem Alter sich verschlechternde subjektive Gesundheit als auch der Geschlechtsunterschied sind aus der Literatur bekannt (Ravens-Sieberer et al., 2007a; von Rueden, 2007). Als überraschend ist jedoch das Ausmaß gesundheitlicher Beschwerden zu werten, wobei sich allerdings die Anteile betroffener Schüler/innen im Vergleich zur Befragung im Jahr 2002 nicht verändert haben. Mit dem vorhandenen Datenmaterial lässt sich die Frage nicht klären, ob die *negativeren Gesundheitseinschätzungen der Mädchen* mit einem objektiv schlechteren Gesundheitszustand einhergehen, oder ob sie einer sensibleren Wahrnehmung von Beschwerden und gesundheitlichen Einschränkungen geschuldet sind. Unabhängig von der Ursache sind die von den Mädchen mit steigendem Alter zunehmend wahrgenommenen gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen aber von gesundheitspolitischer Relevanz, denn sie können u. a. zu einer verstärkten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens beitragen. Unter präventiven Gesichtspunkten erscheinen zur Vermeidung der berichteten Beschwerden und Einschränkungen die Förderung eines generell gesundheitlich zuträglichen Lebensstils und die Vermittlung so genannter „life skills“, also der Fähigkeiten zur Bewältigung der mit steigendem Alter zunehmend komplexer werdenden Anforderungen des täglichen Lebens, angebracht. In Bezug auf die beobachteten Geschlechtseffekte spielt möglicherweise auch der Aspekt der Auseinandersetzung der Mädchen mit den teils immer noch widersprüchlichen oder schwer miteinander zu vereinbarenden Rollenanforderungen an junge Frauen eine Rolle.

Aufgrund der *Selbstangaben zur psychischen Gesundheit* sind mehr als drei Viertel der Mädchen und Jungen in Berlin als psychisch unauffällig einzustufen, jede/r siebte bis achte Schüler/in weist Symptome psychischer Auffälligkeiten im grenzwertigen Bereich auf, und jede/r zwölfte Schüler/in wird als psychisch auffällig eingestuft. Psychische Probleme treten häufiger bei Schüler/innen aus Familien mit geringerem Wohlstandsniveau auf, und sie sind häufiger mit Schmerzen und entsprechendem Medikamentenkonsum assoziiert.

Dass Mädchen sich häufiger als Jungen durch psychische Probleme beeinträchtigt fühlen, liegt sicherlich in erster Linie am Problemspektrum: Bei insgesamt ähnlichen Prävalenzen sind Mädchen häufiger von emotionalen Problemen (Ängste, Depressivität) betroffen, die in der Regel mit einem höheren Bewusstsein dafür, Probleme zu haben, einhergehen als Störungen des Sozialverhaltens, deren Symptome häufiger von Jungen berichtet werden. Dennoch besteht bei emotionalen Problemen eher als bei Verhaltensauffälligkeiten die Gefahr, dass sie übersehen werden. Die Ergebnisse zeigen weiter, dass Kinder und Jugendliche sich auch dann durch psychische Probleme beeinträchtigt fühlen können, wenn ihre Symptome nicht den Grenzwert für psychische Auffälligkeit überschreiten.

Im zeitlichen Vergleich der Befragungen der Jahre 2002 und 2006 ist eine deutliche Zunahme psychischer Auffälligkeiten bei Berliner Schüler/innen zu erkennen. Psychische Probleme und Auffälligkeiten, die schon im Kindes- und Jugendalter auftreten, bleiben häufig über längere Zeit bestehen und dauern nicht selten bis ins Erwachsenenalter hinein fort (Ihle & Esser, 2002). Zusätzlich verursachen psychische Erkrankungen ein hohes Ausmaß an individuellem Leid, Beeinträchtigung des sozialen Miteinanders sowie des schulischen und beruflichen Werdegangs und nicht zuletzt steigende Gesundheitskosten (Wittchen et al., 1998; Ihle et al., 2004). Obwohl die vergleichsweise hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter aus national repräsentativen Studien (Barkmann, 2004; Ravens-Sieberer et al., 2007b) bekannt ist, ist diese Erkenntnis im öffentlichen Bewusstsein noch unzureichend verankert. Die Zahlen der HBSC-Befragung weisen darauf hin, dass pro Schulklasse im Durchschnitt mit zwei bis drei psychisch auffälligen Schüler/innen zu rechnen ist. Häufig werden psychische Erkrankungen aber nicht rechtzeitig diagnostiziert und angemessen therapiert (Lehmkühl et al., 1998). Daher ist in diesem Problemfeld dringender Handlungsbedarf zu erkennen, der sich auf Prävention, Früherkennung und adäquate Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erstreckt. Für den Einsatz in der Schule wurden bereits Präventionsprogramme in diesem Bereich entwickelt und evaluiert, u. a. die Programme „Fit und Stark fürs Leben“ (Aßhauer & Hanewinkel, 2000) und „MindMatters“³³⁷, in denen beispielsweise Kompetenzen im Umgang mit Stress und Mobbing sowie Wissen über psychische Gesundheit vermittelt werden.

³³⁷ <http://www.mindmatters-schule.de>

Im Unterschied zu ihrem sonst besseren subjektiven Gesundheitszustand berichten Jungen im Vergleich zu Mädchen von mehr *Verletzungen*, die einer Behandlung bedurften. Dies könnte mit geschlechtsspezifischem Risikoverhalten (Kolip, 2002) und mit dem höheren Ausmaß sportlicher Betätigung durch die Jungen zusammenhängen. Im Alltag wie auch in Präventionsprogrammen sollte darauf geachtet werden, Kinder und Jugendliche, und hier insbesondere die Jungen, zu einer realistischen Risikoeinschätzung und einem verantwortungsvollen Umgang mit dem eigenen Körper anzuleiten. Weitere Daten und Analysen zu diesem Themenfeld finden sich in der Statistischen Kurzinformation „Unfälle im Kindes- und Jugendalter“ (Kis et al., 2008).

Die in der HBSC-Studie verwendeten Fragen zu *chronischen Erkrankungen* erlauben keine detaillierteren Einblicke in dieses Themenfeld, insbesondere, weil der Schweregrad nicht erfasst wird. Bei einer insgesamt plausiblen Größenordnung (Scheidt-Nave et al., 2007) gibt jede/r neunte Schüler/in an, wegen einer chronischen Erkrankung Medikamente einnehmen zu müssen, und knapp fünf Prozent sind durch die Erkrankung in ihrer schulischen Teilhabe beeinträchtigt. Bei den Freitextangaben zur Art der chronischen Erkrankung entfällt der größte Anteil auf Erkrankungen des allergischen Formenkreises. Deshalb kann der geringere Anteil von Schüler/innen mit Migrationshintergrund, die eine chronische Erkrankung angeben, im Vergleich mit Schüler/innen deutscher Herkunft möglicherweise mit der höheren Verbreitung von Allergien in sozial bessergestellten Familien (Schlaud et al., 2007) zusammenhängen, da Familien mit Migrationshintergrund häufiger ein niedriges Wohlstandsniveau aufweisen als deutsche Familien. Ein weiterer Grund könnte allerdings auch in Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitswesen liegen z. B. aufgrund mangelnder deutscher Sprachkenntnisse der Eltern oder aufgrund kulturell unterschiedlicher Krankheitskonzepte.

Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund weisen in vielen Merkmalen des Gesundheitszustandes – Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Schmerzen, psychosomatische Beschwerden, Verletzungen, psychische Auffälligkeiten – keine Unterschiede zu den Schüler/innen deutscher Herkunft auf. Ausnahmen stellen das geringere psychische Wohlbefinden (als eine Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) sowie der häufigere Medikamentenkonsum der Schüler/innen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Gleichaltrigen deutscher Herkunft dar. Offenbar *fühlen sich die Kinder und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund im Wesentlichen gesundheitlich nicht benachteiligt*.

Allerdings ist in einigen Gesundheitsmerkmalen eine *soziale Ungleichheit* festzustellen, die sich bezüglich psychischer Auffälligkeiten und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität am familiären Wohlstandsniveau festmacht und bezüglich der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes an der besuchten Schulform, die ja mit der sozialen Lage in Beziehung steht (vgl. Kapitel 3.1). Dies bestätigen zahlreiche Befunde aus der Literatur (z. B. Lampert et al., 2006), was zunächst einmal als Beleg für die Verwendbarkeit der Fragen zum familiären Wohlstand als Indikatoren für die soziale Lage gewertet werden kann. Vor allem aber wird hierdurch wiederum die dringende Notwendigkeit sozialkompensatorischer Prävention und Intervention bekräftigt, um die soziale Schere nicht noch weiter aufgehen zu lassen. Dabei muss beachtet werden, dass in sozial benachteiligten Familien nicht nur mehr gesundheitliche Risikofaktoren vorhanden sind, sondern auch die Bewältigungsressourcen schwächer ausgeprägt sind (Bettge, 2004). Deshalb muss ein Schwerpunkt der Gesundheitsförderung gerade für Kinder und Jugendliche aus sozial schwierigen Verhältnissen im Aufbau und der Stärkung psychosozialer Ressourcen liegen.

Bei einer insgesamt optimistischen Einschätzung der eigenen gesundheitlichen Lage fällt dennoch eine *Gruppe von Schüler/innen* ins Auge, bei der *körperliche, psychische und soziale Probleme kumulieren*. Der Risikogruppe mit einer Kumulation gesundheitsbezogener Probleme ist etwa ein Viertel der Schüler/innen in Berlin zuzuordnen, darunter mehr Mädchen als Jungen und weniger Schüler/innen des Gymnasiums als der Real- und Gesamtschule. Diese Kinder und Jugendlichen bedürfen besonderer Aufmerksamkeit, da sie in ihrem täglichen Leben oft in mehreren Bereichen beeinträchtigt sind und deshalb nicht an allen Aktivitäten der Gleichaltrigen teilhaben können. Gesundheitliche

Problemlagen dürfen deshalb nicht isoliert betrachtet werden, sondern es muss für jedes Kind und jede/n Jugendliche/n individuell abgeschätzt werden, ob vorhandene Risiken und Ressourcen in einem Gleichgewicht stehen oder ob die weitere Entwicklung durch ein Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Umstände gefährdet ist.

Der Vergleich der beiden Großstädte Berlin und Hamburg erbringt kaum Unterschiede in der subjektiven Gesundheit der Schüler/innen. Lediglich für die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und die gesundheitsbezogene Lebensqualität ergeben sich statistisch bedeutsame positivere Einschätzungen der Hamburger Schüler/innen im Vergleich zu den Berliner Schüler/innen, nicht jedoch für psychosomatische Beschwerden, psychische Auffälligkeiten und die Kumulation gesundheitlicher Probleme. Angesichts dieses Ergebnisses stellt sich die Frage, ob es den Berliner Schüler/innen tatsächlich schlechter geht als den Gleichaltrigen in Hamburg oder ob sie eine pessimistischere Sichtweise auf die eigene Gesundheit an den Tag legen.

Bezüglich der Ergebnisse zur *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* soll nicht unerwähnt bleiben, dass Beeinträchtigungen in erster Linie in den Bereichen körperliches und psychisches Wohlbefinden – und im Resultat dann auch in der globalen Lebensqualität – zu erkennen sind und weniger in den Beziehungen zu den Eltern, zu Gleichaltrigen und im schulischen Umfeld. Dies zeigt, dass das soziale Netz der Kinder und Jugendlichen, zu dem auch die Familie zu zählen ist, eine verlässliche Ressource darstellt, die es zu stärken und konstruktiv zu nutzen gilt.

Zusammenfassend zeigen die hohe und in den letzten Jahren noch gestiegene Verbreitung von *Schmerzen und psychosomatischen Beschwerden* und die vergleichsweise häufige *Einnahme von Medikamenten* sowie die große Zahl der Schüler/innen mit niedriger *gesundheitsbezogener Lebensqualität*, dass trotz guter subjektiver Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes etliche Schüler/innen Beschwerden haben, die sie als beeinträchtigend empfinden. Hierzu kommt eine Gruppe von Schüler/innen, deren *psychischer Gesundheitszustand* als gefährdet oder bereits gestört anzusehen ist. Daher besteht Handlungsbedarf vor allem in Hinsicht auf diese nicht in erster Linie körperlichen Beeinträchtigungen, die noch zu selten wahrgenommen und angemessen behandelt werden.

4.2 Soziale Beziehungen und Lebenswelt Schule

Eine zentrale Entwicklungsaufgabe in der späten Kindheit und dem Jugendalter ist die *Identitätsentwicklung* (Oerter & Dreher, 1998). Neben unerreichbaren Idolen dienen dabei erwachsene und mit steigendem Alter zunehmend auch gleichaltrige Bezugspersonen als Vorbilder oder Identifikationsmuster. Durch eine sich über Generationen wandelnde familiäre Rollenaufteilung und sich verändernde Familienkonstellationen werden Kinder und Jugendliche dabei vor neue, komplexe Anforderungen gestellt. In der HBSC-Befragung im Jahr 2006 lebte ein gutes Drittel der Schüler/innen (37 %) nicht mit beiden leiblichen Eltern zusammen, sondern vorwiegend mit einem allein erziehenden Elternteil oder in einer neu zusammengesetzten Familie. Die knappe Hälfte davon (46 %) berichtete, regelmäßig auch mit dem anderen leiblichen Elternteil in einem „zweiten Zuhause“ zusammenzuleben (vgl. Kapitel 3.1). In den Fällen, in denen Kinder und Jugendliche zwischen zwei oder mehr (Teil-)Familien pendeln, müssen sie sich auch an unterschiedliche Lebens- und Erziehungsstile anpassen und die Erfahrungen in diesen verschiedenen Lebenswelten in ein Gesamtbild von sich selbst integrieren.

Im untersuchten Altersspektrum von der fünften bis zur neunten Klassenstufe gehen der elterliche Einfluss und auch die elterliche Kontrolle zurück (Steinberg & Silverberg, 1986). Dies zeigt sich recht deutlich in den Befragungsergebnissen zur elterlichen Unterstützung in schulischen Angelegenheiten, die von der fünften zur neunten Klassenstufe spürbar abnimmt, und auch in der mit zunehmendem Alter rückläufigen Bedeutung der Mutter und des Vaters als Ansprechpartner/in bei persönlichen Problemen (vgl. Kapitel 3.2.3). Zugleich gewinnen Gleichaltrige an Bedeutung (von Salisch & Seiffge-Krenke, 1996), was ebenfalls durch die Befragungsergebnisse zur Häufigkeit von Freundschaftskontakten

und zur Wahl der besten Freundin bzw. des besten Freundes als Ansprechpartner/in bei persönlichen Problemen bestätigt wird.

Als erfreulich ist zu werten, dass das Ausmaß an *sozialer Unterstützung*, das die Kinder und Jugendlichen nach ihrer eigenen Einschätzung erfahren, recht hoch ist. Im zeitlichen Vergleich hat die soziale Unterstützung der Schüler/innen vom Befragungszeitraum 2002 zum Jahr 2006 sogar noch zugenommen. Auch das prosoziale Verhalten gegenüber Gleichaltrigen, Jüngeren und auch Erwachsenen ist bei der großen Mehrheit der Schüler/innen als unproblematisch anzusehen. Allerdings können soziale Kontakte mit Gleichaltrigen auch – je nach Zusammensetzung der Gleichaltrigengruppe – normabweichendes und riskantes Verhalten unterstützen (Steinberg et al., 1994). Zudem muss bezweifelt werden, dass im Austausch mit Gleichaltrigen alle in diesem Altersabschnitt auftretenden Probleme kompetent gelöst werden können.

In der HBSC-Befragung geben Mädchen seltener als Jungen an, sich bei Problemen an ihre Mutter oder ihren Vater zu wenden. Stattdessen wählen sie häufiger ihre/n beste/n Freund/in als Ansprechpartner/in. Das gleiche gilt für *Schüler/innen mit familiärem Migrationshintergrund* im Vergleich zu Schüler/innen deutscher Herkunft und Schüler/innen mit negativer im Vergleich zu den Gleichaltrigen mit positiver Einschätzung der familiären finanziellen Lage, denen es ebenfalls schwerer fällt, mit den Eltern über persönliche Probleme zu sprechen. Jungen stehen außerdem Vater und Mutter gleichermaßen für solche Gespräche zur Verfügung, während es Mädchen vor allem deutlich schwerer fällt, sich dem Vater anzuvertrauen.

Deshalb erscheint es wünschenswert, weit in das Jugendalter hinein eine vertrauensvolle Beziehung der Heranwachsenden zu den Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen zu fördern, zu denen sie Vertrauen haben und an die sie sich mit ihren Problemen wenden können. Auch ist ein vernünftiges Maß an elterlicher Aufsicht und Kontrolle hilfreich, um realistisch einzuschätzen, was das eigene Kind schon selbst entscheiden kann und wo beratende oder korrigierende Eingriffe noch notwendig sind. Dabei können Eltern durch Trainingsprogramme zur Förderung elterlicher Erziehungskompetenzen, wie beispielsweise das Programm „Triple P“ (Positive Parenting Program, Sanders et al., 2000; Naumann et al., 2007) unterstützt werden.

Andererseits muss dem *zunehmenden Einfluss der Gleichaltrigengruppe* Rechnung getragen werden, indem Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention auf bereits vorhandene soziale Gruppen von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet werden. Ein gruppenbezogener Ansatz erscheint vor allem dann erfolgversprechend, wenn die Gruppe (wie z. B. ein Klassenverband) längere Zeit bestehen bleibt und die Mitglieder der Gruppe erhebliche Relevanz füreinander besitzen. Hier können positive Ressourcen, die in der Gleichaltrigengruppe durchaus vorhanden sind, genutzt werden, und zugleich können potenziell schädliche Einflüsse beispielsweise im Bereich des Risikoverhaltens durch eine gruppenbezogene Vermittlung von Wissen, Werten und Kompetenzen abgeschwächt werden.

Mit steigender Klassenstufe fallen die *Schulzufriedenheit*, die Einschätzung der eigenen *Schulleistungen* und die Beurteilung des *Schulklimas* weniger positiv aus. Dies entspricht zwar dem allgemeinen Trend zu weniger positiven und optimistischen Einschätzungen mit zunehmendem Alter der Schüler/innen, weist aber möglicherweise trotzdem auf ein mit der Lebenswelt Schule verknüpft Problem hin: Mit dem Übergang in die Oberschule, der in Berlin in der Regel von der sechsten zur siebten Klassenstufe stattfindet, werden an die Kinder höhere Anforderungen an Selbstregulation und Leistungsbereitschaft gestellt, mit denen sie teilweise überfordert sind. Mit zunehmender Klassenstufe nimmt der Druck auf die Kinder und Jugendlichen zu, auch weil der Lernerfolg an der Schule gedanklich bereits mit weiteren beruflichen Perspektiven verknüpft wird. Hier sind noch Anstrengungen notwendig, die Kinder schrittweise in mehr Eigenverantwortung sowohl bezüglich des sozialen Miteinanders als auch bezüglich der Gestaltung des eigenen Lernprozesses hineinwachsen zu lassen.

Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen in der Einschätzung der schulischen Lernbedingungen sind geringfügig. Auch zwischen Schüler/innen mit Migrationshintergrund und ihren Klassenkamerad/innen

deutscher Herkunft gibt es kaum Unterschiede. Das Schulklima wird von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sogar positiver eingeschätzt als von Schüler/innen deutscher Herkunft.

Erschreckend hoch ist in allen befragten Altersstufen der Anteil der Schüler/innen, die von *Mobbing* – sei es als Täter/in, sei es als Opfer – berichten. Insgesamt berichten Schüler/innen der befragten Klassenstufen gleich häufig, Opfer von Mobbing zu werden, während mit höherer Klassenstufe ein größerer Teil der Schüler/innen einräumt, auch als Täter/in an Mobbing beteiligt zu sein. Nur etwa die Hälfte der Schüler/innen ist nach eigenen Angaben nicht von Mobbing betroffen. Demnach sind Erfahrungen mit Mobbing eher die Regel im Leben der Schüler/innen als eine Ausnahme. Der Anteil der Schüler/innen, die angeben gemobbt zu werden, ist vom Jahr 2002 zum Jahr 2006 angestiegen. Dies ist vor allem auf die Altersgruppe der Grundschüler/innen zurückzuführen, die im Jahr 2006 genauso häufig von Mobbing berichten wie die älteren Schüler/innen. Andererseits ist der Anteil der Schüler/innen, die zugeben, an Mobbing als Täter/innen beteiligt zu sein, deutlich gesunken, was möglicherweise durch ein zunehmend sozial erwünschtes Antwortverhalten zu erklären ist.

Auch wenn Definitionen und Abgrenzungen hier sehr unscharf sind und nicht jeder berichtete Fall von Mobbing oder Schikanieren wirklich auf absichtliche Ausgrenzung einzelner Schüler/innen oder kleiner Gruppen zurückzuführen sein muss, verlangt doch das Ausmaß dieses Problems nach einer größeren Aufmerksamkeit. Insbesondere der Befund, dass psychisch auffällige Kinder und Jugendliche sich vermehrt als Opfer von Mobbing erleben, weist darauf hin, wie leicht Schüler/innen mit psychischen Problemen ausgegrenzt werden, wodurch sich die Symptomatik noch verschlimmern kann. Mobbing erfolgt häufig im Klassenverband und müsste demnach von Lehrer/innen bemerkt werden können, wenn sie diesem Phänomen entsprechende Aufmerksamkeit zuwenden. Daher erscheint es notwendig, ihnen auch das richtige Handwerkszeug zur Verfügung zu stellen, mit derartigen Situationen umzugehen und das Schikanieren einzelner Schüler/innen wirksam zu unterbinden. Elemente der Lehrer/innen-Fortbildung und der Schüler/innen-Selbstverantwortung müssen hier Hand in Hand greifen, wie es zum Beispiel im Modell „Pädagogische Schulentwicklung“³³⁸ oder bezüglich der Konfliktlösung in der Schule im „Streitschlichter“-Programm³³⁹ praktiziert wird.

Als sehr erfreulich ist der Befund zu bewerten, dass *Schüler/innen mit Migrationshintergrund* in der Schule subjektiv genauso gut zurechtkommen wie ihre Mitschüler/innen deutscher Herkunft. Das Schulklima schätzen sie sogar positiver ein. Lediglich bei der Einschätzung der Belastungen durch die Schule ergibt sich ein zwiespältiges Bild, wonach von den Schüler/innen mit Migrationshintergrund ein höherer Anteil als von den Schüler/innen deutscher Herkunft sich überhaupt nicht belastet fühlt, andererseits aber auch ein höherer Anteil sich als sehr stark belastet einschätzt. Dies spricht dafür, dass Schüler/innen mit Migrationshintergrund in einigen Familien auch sehr starkem Erfolgsdruck ausgesetzt sind.

Im *Städtevergleich* wird das Schulklima von den Schüler/innen in Hamburg positiver eingeschätzt als in Berlin. Ursächlich hierfür sind vor allem zunehmende Unterschiede in den höheren Klassenstufen, während sich die Einschätzungen in der fünften Klassenstufe in beiden Städten noch nicht unterscheiden. Inhaltlich werden in Berlin vor allem die Mitsprachemöglichkeiten bei der Unterrichtsgestaltung negativer beurteilt als in Hamburg.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass bei der großen Mehrheit der Kinder und Jugendlichen *gesundheitsförderliche Ressourcen* vorhanden sind. Die meisten Kinder und Jugendlichen nehmen ihre Eltern als unterstützend wahr und können mit ihnen über persönliche Probleme sprechen. Auch das Schulklima wird von vielen Schüler/innen positiv bewertet. Fast alle Befragten haben mindestens eine/n enge/n Freund/in, mit dem/der sie sich aussprechen können. Freundschaftliche Kontakte mit der Gleichaltrigengruppe prägen nicht nur den Schultag, sondern auch zu erheblichen Anteilen die Freizeitgestaltung der Mädchen und Jungen. Eine große Mehrheit berichtet, gegenüber Erwachsenen, Gleichaltrigen und Jüngeren ein positives Sozialverhalten an den Tag zu legen. Diese vielfältigen fa-

³³⁸ <http://www.bebis.de/themen/schulentwicklung/wasistpse>

³³⁹ <http://www.sich-vertragen.de/>

miliären und sozialen Ressourcen können für Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden, auch um Belastungen wie beispielsweise durch Mobbing in der Schule zu reduzieren.

4.3 Gesundheits- und Risikoverhalten

Als gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wurden von den Schüler/innen regelmäßiges Zähneputzen, körperliche Aktivität und Merkmale einer gesunden Ernährung erfragt. Dabei zeigt sich insgesamt, dass ein erheblicher Anteil die entsprechenden Empfehlungen nicht erfüllt. Bezüglich des *Zähneputzens*, das vier von fünf Schüler/innen mindestens zweimal täglich durchführen, ist die Gruppe mit einem unzureichenden Gesundheitsverhalten, das nicht den Empfehlungen entspricht, noch am kleinsten. Vor allem Jungen, Schüler/innen mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund und Schüler/innen aus Familien mit niedrigem Wohlstand sind hier als Zielgruppen für eine Verbesserung der Zahnpflege zu benennen.

Anders stellt sich das Bild bei der *körperlichen Aktivität* und der *gesunden Ernährung* dar: In der großen Mehrheit genügt das Verhalten der Kinder und Jugendlichen in diesen Bereichen nicht den ausgesprochenen Empfehlungen beispielsweise der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur körperlichen Aktivität³⁴⁰ oder der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2004). Damit stellt sich die Frage, ob die Empfehlungen als unrealistisch und nicht genügend an der Lebensrealität der Bevölkerung orientiert in Frage zu stellen sind, oder ob in diesen Bereichen prioritäre Aufgaben der Gesundheitsförderung zu erkennen sind, die im Sinne universeller Prävention auf die gesamte betrachtete Altersgruppe zielen müssen. Der einzuschlagende Weg liegt sicherlich wie so häufig in der Mitte zwischen diesen beiden Extremen. Einerseits ist eine 100%ige Erreichung der Empfehlungen nicht für Jede/n machbar, andererseits besteht in der Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung tatsächlich erheblicher Handlungsbedarf. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in diesem Bereich können kaum früh genug einsetzen, und sie müssen – bei aller notwendigen Orientierung an Hauptzielgruppen – sich an breite Bevölkerungsschichten wenden.

Mit den Daten der HBSC-Studie wird einmal mehr bestätigt (vgl. z. B. Lampert et al., 2007), dass *Mädchen sich weniger körperlich betätigen als Jungen*. Hier ist neben Elternbildung auch gezielte Kompensation durch bewegungsbetonte Freizeitangebote für Mädchen erforderlich. Bezüglich der körperlichen Aktivität der Schüler/innen ist eine Auseinanderentwicklung zu beobachten, wonach vom Jahr 2002 zu 2006 sowohl der Anteil inaktiver als auch der Anteil täglich aktiver Schüler/innen angestiegen ist. Im Städtevergleich sind keine Unterschiede in der körperlichen Aktivität von Schüler/innen in Berlin und Hamburg festzustellen.

Der schulische Sportunterricht alleine kann die massiven Bewegungsdefizite der Kinder und Jugendlichen nicht auffangen. Begrüßenswert ist eine zunehmende Schwerpunktsetzung auf Bewegungsförderung bereits in der Kita, denn je früher gesundheitsförderliche Verhaltensweisen als integraler Bestandteil des Lebensstils etabliert werden, desto größer ist die Chance, dass sie auch über die Lebensspanne beibehalten werden. Aber auch für die älteren Kinder und Jugendlichen, die durch zunehmend längere Schulzeiten und schulische Lernaufträge von einer aktiven, bewegungsbetonten Freizeitgestaltung abgehalten werden, müssen umsetzbare und attraktive Angebote der Bewegungsförderung bereitgestellt werden, wie dies beispielsweise das „Health(a)ware“-Projekt, an dem sich die Berliner Humboldt-Universität beteiligt, anstrebt. Um die *soziale Schere*, die insbesondere beim Gesundheitsverhalten schon in der Altersgruppe der Schüler/innen zu beobachten ist, nicht noch weiter aufgehen zu lassen, müssen diese Angebote niedrigschwellig sein.

Zu einer gesunden Ernährung gehört nicht nur der Verzehr der „richtigen“ Lebensmittel in den empfohlenen Mengenverhältnissen, sondern auch ein gesundheitsförderliches Essverhalten. Dem trägt die HBSC-Studie Rechnung, indem neben Verzehrshäufigkeiten bestimmter Lebensmittelgruppen

³⁴⁰ http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/en/index.html

auch Mahlzeitenmuster und –regeln sowie das Körperselbstbild und Diätverhalten in die Befragung einbezogen werden.

Die Ernährungsgewohnheiten betreffend wurde festgestellt, dass nur jede/r zwölfte Schüler/in in Berlin den mit den Fragebogendaten überprüfbaren Ernährungsempfehlungen mehrheitlich nachkommt. Fast die Hälfte der Schüler/innen nimmt nicht an allen Schultagen ein Frühstück vor der Schule ein und weniger als 8 % der Schüler/innen erreichen den von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlenen Verzehr von fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag. Zudem weist die über einen Index ausgedrückte Ernährungsqualität deutliche Bezüge zur körperlichen Aktivität und dem gesundheitlichen Wohlbefinden auf. Unterschiede in der Ernährungsqualität der Fünft- bis Neuntklässler/innen in Berlin und Hamburg sind auf der Grundlage des vorliegenden Datenmaterials marginal. Lediglich im Verzehr von Schwarz- und Vollkornbrot schneiden die Berliner Schüler/innen besser ab als die Hamburger Schüler/innen. Das Ernährungsverhalten der Berliner Schüler/innen hat sich in den über die beiden Befragungen vergleichbaren Merkmalen nur geringfügig verändert. Insgesamt ist zwar der Verzehr von Obst und Gemüse etwas angestiegen, in Subgruppen jedoch auch gesunken. Zu den wichtigsten Erkenntnissen aus dem Fragenkomplex Diätverhalten und Körperselbstbild gehört, dass zwar unter den Berliner Schüler/innen mehrheitlich ein positives Körperselbstbild vorherrscht, jedoch ein nicht unbedeutender Anteil der Schüler/innen glaubt zu dick zu sein bzw. hat schon einmal eine Diät zur Gewichtsreduktion ausprobiert. So gab von den Schüler/innen der siebten und neunten Klassenstufe jedes zweite Mädchen und mehr als jeder fünfte Junge an, im zurückliegenden Jahr mindestens eine Diät gemacht zu haben, um abzunehmen. Sowohl die kritische Einschätzung des Körperselbstbildes als auch das Diätverhalten ist unter Mädchen erwartungsgemäß stärker ausgeprägt als unter Jungen. Insgesamt hat zwischen den Erhebungen in den Jahren 2002 und 2006 der Anteil derer, die glauben zu dick zu sein, zugenommen und der Anteil derer, die ihr Gewicht als genau richtig einschätzen, abgenommen.

Die Ergebnisse lassen in mehreren dieser Teilbereiche Handlungsbedarf erkennen. Das auf den ersten Blick erkennbare größte Defizit besteht im *unzureichenden Obst- und Gemüseverzehr* der Kinder und Jugendlichen. Aber auch das Auslassen von Mahlzeiten wie z. B. das Frühstück vor der Schule übt einen Einfluss auf die Ernährungsqualität dieser Altersgruppe aus. Um dies zu beheben, ist einerseits eine intensive Vermittlung von Ernährungswissen und insbesondere der Bedeutung von Obst und Gemüse in der täglichen Ernährung, z. B. über die Ernährungspyramide erforderlich. Andererseits sind ernährungsbezogene Interventionen am ehesten dann von Erfolg gekrönt, wenn sie auch praktische Komponenten wie Einkauf und Zubereitung einschließen. Denn während „ungesunde“ Lebensmittel wie Süßigkeiten, Fast Food und Snacks an vielen Stellen sofort zu kaufen und ohne weitere Zwischenschritte oder Zubehör (z. B. Besteck) zu verzehren sind, bedarf es für eine gesunde Ernährung oft einer gewissen Zubereitung der Nahrung (sei es auch nur das Schälen von Gemüse oder das Mischen eines Müslis), und nicht zuletzt einer adäquaten Gestaltung der Mahlzeiten und ihrer zeitlichen Abfolge. Die hierfür notwendigen Gewohnheiten werden am besten schon im frühen Kindesalter in der Familie geprägt und erlernt. Kompensatorisch kommt Betreuungseinrichtungen wie der Kita oder der Schule die Aufgabe zu, Kinder und Jugendliche nicht nur mit gesundem, schmackhaftem und bezahlbarem Essen zu versorgen, sondern ihnen auch Wissen und praktische Fertigkeiten bezüglich Einkauf und Zubereitung zu vermitteln.

Außer den Verzehrshäufigkeiten von Lebensmitteln und Mahlzeitenmustern, bereitet auch das *Diätverhalten* der Schüler/innen Anlass zur Sorge. Aufgrund eines gestörten Körperselbstbildes, das vermutlich durch medial vermittelte Schlankkeitsideale gefördert wird, hält sich ein erheblicher Anteil vor allem der Mädchen für zu dick und versucht abzunehmen. Unbestritten ist, dass sich hierunter auch übergewichtige Schüler/innen finden, die unter ärztlicher Anleitung ihr Gewicht mit angemessenen Maßnahmen kontrollieren. Jedoch ist aufgrund anderer Studien (Kurth & Ellert, 2008; Strauss, 1999) und Erkenntnisse zur Prävalenz von Übergewicht in der befragten Altersgruppe (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007) anzunehmen, dass in etwa die Hälfte derjenigen, die angeben, eine Diät gemacht zu haben, gar nicht übergewichtig ist und deshalb auch keiner Gewichtsreduktion bedarf. Im Zusammen-

hang mit der Vermittlung von Ernährungswissen muss deshalb auch darauf hingewiesen werden, dass insbesondere für Heranwachsende extreme Diätmethoden wie Fasten, das Auslassen von Mahlzeiten, Erbrechen, Rauchen oder die Einnahme von Medikamenten gesundheitsschädlich sind und auf keinen Fall durchgeführt werden sollten. Gepflegt werden sollte hingegen ein natürlicher Umgang mit dem Körper und die Stärkung der Persönlichkeit. Neben dem Elternhaus kann hier die Schule ein geeignetes Setting bieten: Angebote zur Aufklärung von Gesundheitsrisiken durch bestimmte Verhaltensweisen sollten kombiniert werden mit Angeboten zum (Wieder-) Erlernen einer gesunden Körperwahrnehmung (z. B. Sportkurse). Diese könnten im Zusammenspiel mit anderen Gesundheitsthemen im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheitsbildung verankert werden. Unter Einbeziehung von Fachpersonal, kommt auch der psychologischen Unterstützung bei der Herangehensweise an diese Verhaltensmuster, eventuell in gruppenorientierten Ansätzen, eine besondere Bedeutung zu.

Das *Freizeitverhalten* der Kinder und Jugendlichen ist einerseits sehr stark von Freundschaftskontakten und der Kommunikation mit Gleichaltrigen geprägt (vgl. Kapitel 4.2), andererseits geben nicht wenige Schüler/innen einen sehr hohen, mit dem Alter noch ansteigenden, Medienkonsum an. Der Fernsehkonsum fällt im Jahr 2006 niedriger aus als im Jahr 2002, wobei dieser Effekt vor allem auf eine Einschränkung des Konsums bei den ohnehin zurückhaltenderen Gruppen der Grundschüler/innen und Gymnasiast/innen zurückzuführen ist. Auch wenn die Daten keinen Zusammenhang zwischen einem hohen Medienkonsum auf der einen Seite und körperlicher Inaktivität oder eingeschränkten Freundschaftskontakten auf der anderen Seite zeigen, ist doch anzunehmen, dass bei Schüler/innen, die mehrere Stunden am Tag vor dem Fernseher oder Computer verbringen – auch wenn sie dies möglicherweise gemeinsam mit Freund/innen tun –, andere Betätigungen wie beispielsweise die Erledigung von Hausaufgaben, Lesen und Aktivität an der frischen Luft zu kurz kommen. Deshalb sollten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auch eine ausgewogene Freizeitgestaltung mit hinreichend vielen Elementen eigener Aktivität zum Ziel haben.

Um gesundheitlichen Folgeschäden, die bei Heranwachsenden in erhöhtem Maße zum Tragen kommen, und Abhängigkeitsentwicklungen vorzubeugen, sollten Schüler/innen der befragten Altersgruppe möglichst nicht *rauchen* und keinerlei *Alkohol konsumieren*. Obwohl dies für die Mehrheit nach eigenen Angaben auch zutrifft, ist doch bei den Schüler/innen zumindest ein Probierverhalten weit verbreitet und wird teilweise schon von der jüngsten Altersgruppe der Fünftklässler/innen berichtet. Mit zunehmendem Alter der befragten Schüler/innen nimmt der Konsum von Tabak und Alkohol deutlich und rasch zu. Aufgrund des Risikos, dass Probieren später in regelmäßigen Konsum übergeht, sollte hier schon entsprechend früh entgegengewirkt werden und eine weit in das Jugendalter, am besten sogar bis ins Erwachsenenalter hineinreichende Enthaltensamkeit gefördert werden. Jede/r achte Schüler/in in Berlin ist zu den regelmäßigen Raucher/innen zu zählen, ebenfalls jede/r achte bis neunte Schüler/in hat im letzten Monat mehrmals Alkohol getrunken. Von allen Schüler/innen, die angeben, Alkohol zu trinken, ist ein gutes Drittel im letzten Monat ein- oder mehrmals betrunken gewesen. Für diese Mädchen und Jungen, die regelmäßig rauchen, Alkohol trinken oder sich sogar betrinken, sind in Teilen möglicherweise bereits Entwöhnungsprogramme erforderlich. Dies betrifft vorwiegend die neunte Klassenstufe. Im Alkoholkonsum und im Rauschtrinken bestehen insgesamt keine Unterschiede im Städtevergleich. Betrachtet man allerdings nur die siebte Klassenstufe, so liegen hier der Alkoholkonsum und die Häufigkeit des Rauschtrinkens in Berlin niedriger als in Hamburg.

Das Rauchverhalten der Schüler/innen ist anscheinend nicht von familiären Wohlstandsmerkmalen und einem familiären Migrationshintergrund beeinflusst. Auch unterscheiden sich Mädchen und Jungen nicht bezüglich des regelmäßigen Rauchens. Allerdings zeigen sich Unterschiede im Rauchverhalten je nach besuchter Schulform, die möglicherweise mit dem sozialen Hintergrund der Schüler/innen, aber auch mit der in der jeweiligen Schule praktizierten Nichtraucherpolitik zusammenhängen.

Im *Städtevergleich* gehören mehr Schüler/innen aus Berlin als aus Hamburg zu den regelmäßigen Raucher/innen, wobei dieser Unterschied allerdings ausschließlich durch den höheren Anteil von Raucher/innen in der neunten Klassenstufe in Berlin bedingt ist. Zugleich ist der Anteil regelmäßig

rauchender Schüler/innen in Berlin von der Befragung im Jahr 2002 bis zum Jahr 2006 zurückgegangen. Dieser rückläufige Trend wird auf Bundesebene sowie auf Berliner Ebene durch Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007a) und der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und Drogen (ESPAD; Kraus et al., 2008) bestätigt, auch wenn unterschiedliche Erhebungsmethoden die Vergleichbarkeit der Daten mit denen der HBSC-Studie im Detail einschränken. Möglicherweise sind dies erste positive Auswirkungen des vollkommenen Rauchverbots an Berliner Schulen, das zum Schuljahr 2004/05 in Kraft getreten ist. Es ist anzunehmen, dass eine solche Regelung zuerst bei den jüngeren Schüler/innen wirkt, die noch gar nicht mit dem Rauchen begonnen haben oder sich erst im Probierstadium befinden, während für bereits rauchende Schüler/innen weitergehende Maßnahmen erforderlich sein dürften, um einen spürbaren Rückgang des Tabakkonsums zu bewirken.

Aufgrund steigender Zahlen von Kindern und Jugendlichen, die betrunken in Berliner Krankenhäuser eingeliefert werden (Anstieg von 156 Fällen im Jahr 2000 auf 296 Fälle im Jahr 2006 im Alter von 10 bis 20 Jahren), wird häufig angenommen, dass der *Alkoholkonsum* und insbesondere das *Rauschtrinken* von Schüler/innen in den letzten Jahren dramatisch zugenommen haben. Die Befragungsdaten der HBSC-Studie vermitteln hierzu ein anderes Bild: Während der Konsum alkoholhaltiger Getränke bei der Befragung im Jahr 2006 die gleiche Höhe erreichte wie im Jahr 2002, ist der Anteil der Schüler/innen, die sich bereits mehr als einmal betrunken haben, im gleichen Zeitraum um vier Prozentpunkte (von 20 % auf 16 %) zurückgegangen. Ein geringerer Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen mit familiärem Migrationshintergrund im Vergleich zu Gleichaltrigen deutscher Herkunft weist dabei auf kulturelle Einflüsse hin.

Diese Ergebnisse werden durch die Berliner und gesamtdeutschen Daten der ESPAD-Studie (Kraus et al., 2008) gestützt. Bei dieser Befragung von Neunt- und Zehntklässler/innen hat vom Jahr 2003 zum Jahr 2007 der Anteil der Schüler/innen mit Alkoholrauscherfahrung abgenommen (in Berlin von 64 % auf 56 % für die Lebenszeitprävalenz des Rauschtrinkens und von 32 % auf 22 % für die 30-Tage-Prävalenz). Parallel ist in dieser Befragung auch der Alkoholkonsum im gleichen Zeitraum zurückgegangen. Dagegen verzeichnet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007c) in den Daten ihrer bundesweiten Repräsentativbefragung 12- bis 17-Jähriger im Zeitraum von 2004 bis 2007 bei weitgehend unverändertem Konsum alkoholhaltiger Getränke insgesamt einen leichten Anstieg des Rauschtrinkens, hier definiert als Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit (30-Tages-Prävalenz 2004: 23 %, 2007: 26 %).

Geht man von den Ergebnissen der HBSC-Befragung aus, dass 16 % der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren sich schon mehr als einmal betrunken haben, so beträfe das in Berlin pro Jahr ca. 21.000 Kinder und Jugendliche. Dem stehen die 296 Krankenhausfälle des Jahres 2006 in Berlin gegenüber, die sich sogar auf ein weiteres Altersspektrum, nämlich das von 10 bis 20 Jahren beziehen. Hieraus ist ersichtlich, dass nur ein sehr geringer Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen mit Rauscherfahrung deswegen auch in einem Krankenhaus aufgenommen wird, die übrigen dürften ihren Rausch überwiegend zu Hause oder bei Freund/innen ausschlafen. Aus der Krankenhausstatistik lässt sich daher keine Schlussfolgerung über einen möglicherweise insgesamt gestiegenen Alkoholkonsum der Kinder und Jugendlichen ziehen.

Als Ursache für eine Zunahme der Krankenhausfälle, die nicht durch eine Zunahme des Alkoholkonsums generell erklärt werden kann, muss zum einen der Effekt der medialen Berichterstattung zum Thema (z. B. Todesfall eines Jugendlichen in Berlin im Jahr 2007) mit einer konsekutiv gesteigerten öffentlichen Aufmerksamkeit diskutiert werden. So ist denkbar, dass betrunkene Kinder und Jugendliche stärker wahrgenommen und auch entsprechende Rettungskräfte eher als noch vor einigen Jahren gerufen werden.

Dennoch verlangt der Alkoholkonsum der Schüler/innen nach entschiedenem Handeln. Bei eigentlich ausreichenden gesetzlichen Grundlagen vor allem im Jugendschutzgesetz³⁴¹ mangelt es an der kon-

³⁴¹ BGBl. I S. 2730, 2003 I S. 476, zuletzt geändert am 24. Juni 2008 (BGBl. I S. 1075)

sequenten Umsetzung. Kinder und Jugendliche gelangen offenbar immer wieder unproblematisch an Alkohol auch in größeren Mengen. Hier ist eine Sensibilisierung des Personals aller Verkaufsstellen und auch der Eltern erforderlich, die zum einen eigene Bestände alkoholischer Getränke vor dem Zugriff ihrer Kinder sichern sollten und zum anderen deren Kauf- und Konsumverhalten kontrollieren sollten. Abweichend von anderen Ergebnissen zum Gesundheitszustand sowie zum Gesundheits- und Risikoverhalten sind es vor allem Schüler/innen deutscher Herkunft und solche aus Familien mit höherem Wohlstand, die vermehrt Alkohol konsumieren. Damit ist hier eine anders zusammengesetzte Zielgruppe zu beachten, auf deren Konsumverhalten eingewirkt werden muss. Beispielfhaft seien hier die Aktion „Glasklar“ der DAK erwähnt, die Informationsbroschüren und Internetmaterialien für verschiedene Zielgruppen anbieten, sowie das von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz geförderte Projekt „NachHaLT“ der Caritas für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum, in dessen Rahmen Kinder und Jugendliche, die alkoholisiert ins Krankenhaus eingeliefert werden, noch in der Rettungsstelle von speziell geschulten Mitarbeiter/innen besucht werden und Beratungs- und Hilfeangebote bekommen.

Die Ergebnisse zum *Cannabiskonsum*, der nur in der neunten Klassenstufe erfragt wurde, sind ähnlich denen zum Tabak- und Alkoholkonsum. Allerdings fällt hier der im Vergleich zu den Mädchen höhere Anteil der Jungen unter den Konsument/innen auf. Etwas mehr als ein Viertel der Schüler/innen der neunten Klassen hat schon einmal Cannabis probiert, einen Konsum im letzten Monat gibt jede/r zehnte Schüler/in der neunten Klassenstufe an. Ähnlich wie Alkohol wird Cannabis häufiger von Schüler/innen deutscher Herkunft als von Schüler/innen mit Migrationshintergrund konsumiert. Im Vergleich zur Befragung im Jahr 2002 ist der Konsum von Cannabis im Jahr 2006 zurückgegangen. Dennoch ist auch hier Handlungsbedarf gegeben. Während drei von vier Neuntklässler/innen angeben, noch nie Cannabis konsumiert zu haben, hat dies jede/r Sechste bereits mindestens dreimal getan. Damit ist deutlich mehr als die Hälfte derer, die überhaupt schon einmal Cannabis ausprobiert haben, in der neunten Klasse bereits zu gelegentlichem oder regelmäßigem Konsum übergegangen, auch wenn manche Schüler/innen zum Befragungszeitpunkt ihren Cannabiskonsum bereits wieder eingestellt haben. Wie auch beim Rauchen, ist anzunehmen, dass Jugendliche das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung unterschätzen.

Die Konsummuster der Schüler/innen weisen auf eine *deutliche soziale Komponente des Konsums von Zigaretten, Alkohol und Drogen* wie Cannabis hin: Schüler/innen, die selbst rauchen, Alkohol oder Cannabis konsumieren, geben zu einem weit größeren Teil an, dass dies ihre Freund/innen ebenfalls tun, als Schüler/innen ohne den entsprechenden Konsum. Durch das Konsumverhalten Gleichaltriger fühlen sich viele Kinder und Jugendliche einem Gruppendruck ausgesetzt (Settertobulte, 2008), dem durch geeignete Präventions- und Interventionsprogramme wie beispielsweise dem Nichtraucher-Wettbewerb für Schulklassen „Be smart – don’t start“ (Hanewinkel, 2007) oder der Aktion „Nichtrauchen ist cool“ der Fachstelle für Suchtprävention Berlin zu begegnen ist.

Auffällig ist der hohe *Konsum von Medikamenten*, den die Schüler/innen, und hier insbesondere die Mädchen, in der HBSC-Befragung angeben. Da die Abfrage der Medikamenteneinnahme getrennt nach Beschwerden erfolgte und nicht nach Substanzen gefragt wurde, lässt sich nicht genau beurteilen, um welche Medikamente es sich handelt und ob wegen verschiedener Beschwerden verschiedene Medikamente oder immer das gleiche Medikament eingenommen wird. Jedoch geben die Schüler/innen an, vorwiegend Medikamente wegen Schmerzen einzunehmen, sodass angenommen werden kann, dass es sich zu einem erheblichen Anteil um Schmerzmedikamente handelt.

Nur jede/r zweite Schüler/in hat im letzten Monat wegen keiner der erfragten Beschwerden ein Medikament eingenommen. Diese Zahl stimmt ganz gut mit der vorwiegend von den Eltern erfragten Medikamenteneinnahme der Kinder und Jugendlichen in der letzten Woche im Rahmen der KiGGS-Studie überein (Knopf, 2007). Danach haben 51 % der Kinder und Jugendlichen in den letzten sieben Tagen mindestens ein Medikament eingenommen, wobei es sich allerdings in den meisten Fällen um Erkältungsmedikamente handelt.

Selbst wenn es sich in vielen Fällen um ärztlich verordnete Medikamente handeln sollte, die die Schüler/innen einnehmen, gibt doch die Höhe des Konsums und das Ausmaß, in dem im Laufe eines Monats wegen verschiedener Beschwerden Medikamente eingenommen werden, Anlass zur Sorge. Insbesondere bei der Einnahme von Schmerzmitteln und Psychopharmaka besteht das Risiko der Abhängigkeitsentwicklung. Angesichts der Ergebnisse der HBSC-Befragung müssen insbesondere die älteren Mädchen und Schüler/innen mit Migrationshintergrund als Risikogruppe bezüglich der Einnahme von Medikamenten betrachtet werden. Von Ärzt/innen ist zu fordern, die Notwendigkeit einer Medikamentenverordnung bei Kindern und Jugendlichen besonders sorgfältig zu prüfen, auf die Bedeutung der Einhaltung eines lediglich ordnungsgemäßen Gebrauchs und auf Risiken bei Mehrfachmedikation ausdrücklich hinzuweisen. Aber auch die Eltern sind aufgerufen, ihr eigenes Verhalten im Sinne einer Vorbildfunktion zu überdenken und ihren Kindern nicht leichtfertig nicht ärztlich verordnete Medikamente zu geben. Zudem ist Aufklärung und Information der Kinder und Jugendlichen selbst über die mit der Einnahme von Medikamenten verbundenen Risiken erforderlich. Präventionsprogramme sollten Bewältigungsressourcen und einen Lebensstil fördern, die den Umgang mit Schmerzen und nervösen Beschwerden auch ohne Medikamente ermöglichen.

Die nur in der neunten Klassenstufe durchgeführte Befragung zur Sexualität ergab, dass etwa ein Drittel bereits über Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr verfügt. Dabei sind Unsicherheiten und Risikoverhaltensweisen in Bezug auf sicheren Geschlechtsverkehr und die Wahl einer geeigneten Verhütungsmethode zu erkennen, denen durch bessere Aufklärung und die Vermittlung der Kompetenz, auch in emotionalen Situationen der Vernunft und den eigenen Gesundheitsüberzeugungen entsprechend zu handeln, begegnet werden muss.

Zusammenfassend lässt das Gesundheitsverhalten der Berliner Schüler/innen erheblichen Handlungsbedarf erkennen. Während das Zahnputzverhalten (als ein Beispiel für vorwiegend familiär beeinflusstes Gesundheitsverhalten) insgesamt ein gutes Niveau erreicht, sind deutliche Defizite in der *körperlichen Aktivität* und den *Ernährungsgewohnheiten*, die nicht nur die Auswahl und Verzehrshäufigkeiten von Lebensmitteln, sondern ein insgesamt gesundheitsförderliches Essverhalten einschließen, zu sehen.

Insgesamt sind im *Risikoverhalten* der Schüler/innen in Übereinstimmung mit anderen Befragungsdaten erste positive Tendenzen zu erkennen, die auf die Wirksamkeit staatlicher Maßnahmen (z. B. Rauchverbot an Schulen) hindeuten. Inwieweit sich aktuelle Maßnahmen wie die Novellierung des Jugendschutzgesetzes von 2007 mit dem Verbot der Abgabe von Tabakwaren an Minderjährige und des öffentlichen Tabakkonsums Minderjähriger auf das Konsumverhalten der Kinder und Jugendlichen auswirken, kann anhand der vorliegenden Daten der Befragung aus dem Jahr 2006 noch nicht abgeschätzt werden und bleibt daher abzuwarten. Trotz leicht positiver Trends ist aber das Niveau des *Konsums von Zigaretten, Alkohol und Cannabis* immer noch als zu hoch für die untersuchte Altersgruppe anzusehen. Das Probierverhalten scheint bereits früh einzusetzen, und die Angaben zum Konsumverhalten von Freund/innen weisen darauf hin, dass manche Schüler/innen in diesem Bereich erheblichem Gruppendruck ausgesetzt sind. Präventions- und Interventionsangebote sollten sich deshalb auf die vorhandenen sozialen Gruppen (z. B. Schulklassen) beziehen und eine positive Identifikation der Gruppe mit gesundheitsförderlichem, abstinenterm Verhalten etablieren. Zugleich müssen individuell neben mehr Wissen über die gesundheitsschädigenden Folgen und das Abhängigkeitsrisiko auch schon bei gelegentlichem Konsum den Schüler/innen Kompetenzen vermittelt werden, wie man Gruppendruck widerstehen kann.

4.4 Fazit

Mit der hier vorgenommenen Zusammenstellung und Diskussion zentraler Befunde der HBSC-Befragung in Berlin im Jahr 2006 – auch im Vergleich mit den Hamburger Daten des Jahres 2006 und der Betrachtung zeitlicher Trends in Berlin zwischen 2002 und 2006 – ist der Einstieg in eine fundierte Diskussion zum Gesundheitszustand sowie dem Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und

Jugendlichen in Berlin gegeben. Die zweimalige Befragung in Berlin in den Jahren 2002 und 2006 ermöglicht zeitliche Vergleiche, die erste vorsichtige Interpretationen im Sinne zeitlicher Trends erlauben. Jedoch muss beachtet werden, dass für eine sichere Feststellung längsschnittlicher Entwicklungen weitere Messzeitpunkte und darauf basierende Trendbeobachtungen erforderlich sind.

Die Ergebnisse der HBSC-Befragung eignen sich für den *Gesundheitsziele-Prozess*, in dessen Rahmen die *Landesgesundheitskonferenz* Berlin im Sommer 2007 Gesundheitsziele für Kinder in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Sprache verabschiedet hat. Anhand der festgestellten Probleme und ihrer Größenordnungen können inhaltliche Schwerpunkte der Prävention, Gesundheitsförderung und Intervention in verschiedenen Handlungsfeldern festgelegt werden und Zielgruppen für Maßnahmen identifiziert werden. Eine weitere Teilnahme Berlins an der im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführten HBSC-Befragung würde auch eine Evaluation der aus diesen Daten abgeleiteten Gesundheitsziele ermöglichen.

Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen in Berlin muss als Gemeinschaftsaufgabe angesehen werden, die nicht allein den Eltern überlassen werden darf, um zu verhindern, dass die bereits im Kindesalter erkennbare soziale Ungleichheit sich verfestigt und verstärkt. An diesem Punkt muss staatliche Fürsorge gegensteuern, weil Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sonst zunächst von denjenigen in Anspruch genommen werden, die über die dafür nötigen finanziellen, intellektuellen und sozialen Ressourcen verfügen. Zum Ausgleich sozialer Ungleichheiten ist es dringend erforderlich, die Zugangsschwellen zu gesundheitsförderlichen Angeboten so niedrig wie möglich zu gestalten (z. B. kostengünstiges/kostenloses Schulessen, Bewegung im Alltag statt Mitgliedschaft im Sportverein) und Settings, in denen alle Kinder und Jugendlichen vorgefunden werden (z. B. Schule) oder solche, in denen die sozial benachteiligten Gruppen sich aufhalten (z. B. so genannte soziale Brennpunkte) gezielt zum Ort von Gesundheitsförderung und Prävention zu machen.

Zugleich müssen die Eltern in gesundheitsförderliche Angebote einbezogen werden, da sie bis weit in das Jugendalter hinein wichtige Vorbilder und Ansprechpartner/innen für ihre heranwachsenden Kinder darstellen. Wenn ein gesundheitsförderlicher Lebensstil von verschiedenen Seiten an die Kinder und Jugendlichen herangetragen und auch im Alltag gelebt wird, vergrößert sich die Chance, dass er von ihnen übernommen wird.

Bei der Auswahl von Maßnahmen und ihrer Anpassung an die jeweilige Zielgruppe dürfen Gender-Aspekte nicht vernachlässigt werden, um beispielsweise der schlechteren subjektiven Befindlichkeit von Mädchen oder den häufigeren Verletzungen von Jungen Rechnung zu tragen.

Die Ergebnisse der HBSC-Studie zeigen in einigen Bereichen, die in den Kapiteln 4.1 bis 4.3 diskutiert wurden, dringenden Handlungsbedarf auf, aus dem sich Anforderungen an Gesundheitspolitik und benachbarte Politikfelder im Hinblick auf Gesundheits- und Risikoverhalten wie auch das gesundheitliche Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen in dieser Stadt ableiten lassen. Akteure im Gesundheitsbereich sind daher aufgerufen, diese Befunde in ihre Konzepte und Planungen mit einzubeziehen.

Ein wichtiges Setting für gesundheitsförderliche Ansätze ist die *Schule*. Sie prägt die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen zu einem erheblichen Anteil. Hier findet in hohem Ausmaß nicht nur Wissensvermittlung, sondern auch soziales Lernen statt. Die Kinder und Jugendlichen fühlen sich in der Schule zum größten Teil wohl und kommen gut mit den Mitschüler/innen aus. Die Schüler/innen sind zwar einerseits Belastungen durch die schulischen Anforderungen ausgesetzt, andererseits bieten die Lehrer/innen und Gleichaltrigen den Schüler/innen im Idealfall soziale Unterstützung und eine gesundheitsförderliche Lebens- und Lernumgebung. Dies gelingt aber offenbar mit zunehmendem Alter der Schüler/innen und parallel damit steigenden Unterrichtszeiten und schulischen Anforderungen eher weniger. Die Schule muss kompensatorisch zu vielen Elternhäusern gesundheitserzieherische Aufgaben erfüllen. Ihr Potential als Setting für Prävention und Intervention ist noch bei weitem nicht ausgeschöpft. Neben gezielten Programmen für Schulklassen oder einzelne Schüler/innen sollte

Gesundheitsbildung und -erziehung in das gesamtschulische Curriculum integriert werden, wie dies im *Landesprogramm „Gute gesunde Schule“* der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, das aus dem in Kooperation mit der Bertelsmann-Stiftung durchgeführten Modellprojekt „Anschub.de“ entwickelt wurde, vorgesehen ist.

Teilweise können dafür bereits vorhandene Arbeitsstrukturen genutzt werden, beispielsweise der regelmäßige fachliche Austausch zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz mit den bezirklichen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten sowie den Plan- und Leitstellen für Gesundheit (entsprechend ÖGD-Reform neu: Qualitätssicherung, Planung, Koordination - QPK) oder die gemeinsame Arbeitsgruppe der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz mit der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung zu den Schnittstellen von Gesundheit und Kita bzw. Schule.

Die aufgezeigten Ergebnisse zum Gesundheits- und Risikoverhalten, der subjektiven Gesundheitseinschätzung sowie den familiären und schulischen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen sollten in die bereits in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz laufenden Projekte - wie *Landesgesundheitskonferenz* (insbesondere zur Ausrichtung der Gesundheitsziele für Kinder) und *Masterplan für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg* (Handlungsfeld Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Ernährung) - einfließen.

Darüber hinaus liefern die vorgelegten Ergebnisse der HBSC-Studie Grundlagen für die Entwicklung *ressortübergreifender und zukunftsorientierter Programme und Initiativen des Landes Berlin*, dazu gehören:

- Das *Demographie-Konzept*³⁴², mit dem in einem von vier Handlungsfeldern kinder-, jugendlichen- und familienfreundliche Infrastrukturen u. a. mit folgenden Maßnahmen aufgebaut werden sollen:
 - Unterstützungsangebote für Mütter und Väter zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (z. B. mehr Zeit für gemeinsame Freizeitaktivitäten und gemeinsame Vorbereitung und Zubereitung der Mahlzeiten)
 - Schaffung günstigen Wohnraums und einer gesunden, grünen Stadt, um die Wohnqualität ebenso wie den Freizeit- und Aufenthaltswert für Kinder, Jugendliche und Familien in der Stadt zu erhöhen
 - fortlaufende Verbesserung der Qualität der Bildungsangebote
- Das *Integrationskonzept*³⁴³, mit dem die Kernbereiche der Berliner Integrationspolitik benannt werden. Dazu gehört auch die interkulturelle Öffnung der Institutionen im Bildungssektor und im Gesundheitsbereich. Die Entwicklung eines Integrationsmonitorings soll die festgelegten integrationspolitischen Ziele überprüfen und die Integrationspolitik besser steuern.
- Die *Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung*³⁴⁴, mit der die Erweiterung der zielgruppenorientierten Fachplanung um den Raumbezug angestrebt wird. Thematische Handlungsfelder sind Bildung/Erziehung/Betreuung, Arbeit/Lokale Ökonomie/Integration, Wohnen/Soziale Nachbarschaft/Sport/Sicherheit jeweils unter Berücksichtigung der Querschnittsthemen demographischer Wandel, Geschlechtergerechtigkeit, Integration und Partizipation. Dabei sollen ressort- und ebenenübergreifende (unter Einbeziehung der Bezirke und der Senatsverwaltungen) Ansätze u. a. für folgende Schwerpunkte entwickelt und umgesetzt werden: Bildungschancen für alle - Erhöhung der Schulabschlussquote und Verringerung von Gewalt an der Schule, Einrichtung von Familienzentren und Verstärkung der Elternarbeit sowie stärkere Nutzung der integrativen Rolle des Sports.

³⁴² Demographie-Konzept für Berlin. Drs. 16/1266

³⁴³ Integrationskonzept für Berlin „Vielfalt fördern - Zusammenhalt stärken“. Drs. 15/3929, 15/4003, 15/5214

³⁴⁴ Entwicklung einer gesamtstädtischen ressortübergreifenden Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung in Berlin. Senatsbeschluss Nr. S-1240/2008 v. 20.05.2008

5 Anhang

5.1 Tabellenverzeichnis

Kapitel 2

Tabelle 2.1:
Schüler/innen in der HBSC-Studie 2006 nach Geschlecht, Schultyp und Klassenstufe

Tabelle 2.2:
Klassifizierung der SDQ-Skalenwerte in der HBSC-Studie 2006

Kapitel 3

Tabelle 3.1:
Familienkonstellation der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.2:
Berufstätigkeit der Eltern in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Tabelle 3.3:
Merkmale familiären Wohlstands in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.4:
Bezüge zwischen familiärem Wohlstand, Berufstätigkeit der Eltern und Kinderzahl in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.5:
Weitere Merkmale der sozialen Lage in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.6:
Weitere Merkmale der sozialen Lage nach Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse) in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.7:
Herkunft der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.8:
Migrationshintergrund nach Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse) in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.9:
Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und finanzieller Lage der Familie in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.10:
Auftrittshäufigkeit von Schmerzen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

Tabelle 3.11:
Medikamenteneinnahme im letzten Monat in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht

Tabelle 3.12:
Freitextangaben zu chronischen Erkrankungen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.13:
Verletzungen in den letzten 12 Monaten in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Tabelle 3.14:
Psychische Auffälligkeiten der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 (n=1.285)
- in Prozent

Tabelle 3.15:
Psychische Auffälligkeiten der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

Tabelle 3.16:
Beeinträchtigung durch psychische Auffälligkeiten der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Tabelle 3.17:
Beeinträchtigung der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 in Abhängigkeit von psychischen Auffälligkeiten

Tabelle 3.18:

Elterliche Unterstützung der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 (n=1.296)
- in Prozent

Tabelle 3.19:

Soziale Unterstützung der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.20:

Freundschaften der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.21:

Gesundheitliche Problemlagen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.22:

Körperliche Aktivität der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht

Tabelle 3.23:

Medienkonsum (TV, Computerspiele) an Schul- und Wochenendtagen der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.24:

Rauchverhalten der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.25:

Alkoholkonsum und Rauschtrinken der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.26:

Cannabiskonsum der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.27:

Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr der Schüler/innen der 9. Klasse in der HBSC-Studie in Berlin 2006 (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 3.28:

Prozentualer Anteil von Schüler/innen mit Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Kriterien des Ernährungsindex in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.29:

Diätverhalten und mittlerer BMI in der HBSC-Studie in der Berlin 2006

Tabelle 3.30:

Körperselbstbild und mittlerer BMI in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.31:

Dimensionen und Beispielitems des KIDSCREEN-27

Tabelle 3.32:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- T-Werte

Tabelle 3.33:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- T-Werte

Tabelle 3.34:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- T-Werte

Tabelle 3.35:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach familiärem Wohlstand
- T-Werte

Tabelle 3.36:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Migrationsstatus
- T-Werte

Tabelle 3.37:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach allgemeinem Gesundheitszustand
- T-Werte

Tabelle 3.38:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Anzahl psychosomatischer Beschwerden
- T-Werte

Tabelle 3.39:
Schulleistungen, Schulzufriedenheit und Schulstress in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht

Tabelle 3.40:
Fragen zum Schulklima in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.41:
Mobbing bzw. Schikanieren von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006

Tabelle 3.42:
Städtevergleich Berlin – Hamburg 2006

Tabelle 3.43:
Stichprobenzusammensetzung in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

Tabelle 3.44:
Herkunft der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

Tabelle 3.45:
Familiärer Wohlstand der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

Tabelle 3.46:
Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Skalen) der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

Tabelle 3.47:
Gesundheitliche Problemlagen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006

Tabelle 3.48:
Schüler/innen mit auffällig niedriger gesundheitsbezogener Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 nach Geschlecht

Tabelle 3.49:
Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform

5.2 Abbildungsverzeichnis

Kapitel 3

Abbildung 3.1:
Berufstätigkeit der Eltern nach Kinderzahl in der Familie in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Abbildung 3.2:
Familiärer Wohlstand gemäß Family Affluence Scale in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.3:
Zusammenhang von Familienform und familiärem Wohlstand in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Abbildung 3.4:
Zusammenhang von Migrationshintergrund und familiärem Wohlstand in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Abbildung 3.5:
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.6:
Anzahl der Schmerzlokalisationen (mindestens einmal im Monat) von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht und Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.7:
Wiederholte psychosomatische Beschwerden in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe und Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.8:
Schüler/innen mit chronischer Erkrankung in der HBSC-Studie 2006 nach Migrationsstatus und Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.9:

Verletzungen in den letzten 12 Monaten bei Mädchen und Jungen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufen
- in Prozent

Abbildung 3.10:

Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Altersangemessenheit der Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.11:

Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach familiärem Wohlstand und finanzieller Lage der Familie
- in Prozent

Abbildung 3.12:

Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Schmerzen und Medikamenteneinnahme
- in Prozent

Abbildung 3.13:

Beeinträchtigung durch psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Migrationsstatus
- in Prozent

Abbildung 3.14:

Geringe elterliche Unterstützung bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Migrationsstatus und familiärem Wohlstand
- in Prozent

Abbildung 3.15:

Soziale Unterstützung bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.16:

Soziale Unterstützung bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.17:

Peer-Kontakte von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.18:

Kumulation gesundheitlicher Probleme bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.19:

Zahnputzverhalten von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Berufstätigkeit der Eltern
- in Prozent

Abbildung 3.20:

Körperliche Aktivität in den letzten 7 Tagen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe, familiärem Wohlstand und Migrationsstatus
- in Prozent

Abbildung 3.21:

Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach körperlicher Aktivität
- in Prozent

Abbildung 3.22:

Medienkonsum (TV, Computerspiele) von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.23:

Medienkonsum (TV, Computerspiele) von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Sozialkontakten (Treffen mit Freund/innen am Nachmittag)
- in Prozent

Abbildung 3.24:

Passivrauchen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach eigenem Rauchverhalten
- in Prozent

Abbildung 3.25:

Rauchverhalten von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.26:

Konsum alkoholhaltiger Getränke von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 (n=1.286)

- in Prozent

Abbildung 3.27:

Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Migrationsstatus und familiärem Wohlstand

- in Prozent

Abbildung 3.28:

Anzahl Cannabis konsumierender Freund/innen von Schüler/innen der 9. Klasse in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Cannabiskonsum (letzte 30 Tage)

- in Prozent

Abbildung 3.29:

Cannabiskonsum (jemals) von Schüler/innen der 9. Klasse in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)

- in Prozent

Abbildung 3.30:

Frühstück an Schultagen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe

- in Prozent

Abbildung 3.31:

Besuch von Fast Food Restaurants in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Migrationsstatus und Klassenstufe

- in Prozent

Abbildung 3.32:

Verzehrhäufigkeiten von Lebensmitteln in der HBSC-Studie in Berlin 2006

- in Prozent

Abbildung 3.33:

Ernährungsindex in der HBSC-Studie in der Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe

- in Prozent

Abbildung 3.34:

Prozentualer Anteil von Schülern/innen mit hoher Ernährungsqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach körperlicher Aktivität, BMI und Wohlbefinden

- in Prozent

Abbildung 3.35:

Frühstück mit Mutter oder Vater in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Schulform (nur 7. und 9. Klasse) und Klassenstufe

- in Prozent

Abbildung 3.36:

Fernsehen/Computer spielen und Mahlzeit/Snacks in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe

- in Prozent

Abbildung 3.37:

Erlaubnis der Eltern zum Verzehr ungesunder Lebensmittel in der HBSC-Studie in Berlin 2006

- in Prozent

Abbildung 3.38:

Aussagen über Mahlzeiten zu Hause in der HBSC-Studie in Berlin 2006

- in Prozent

Abbildung 3.39:

Aussagen zu Mahlzeiten in der Familie in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe

- in Prozent

Abbildung 3.40:

Notwendigkeit einer Diät ohne Schüler/innen, die gerade eine Diät machten, in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht und Migrationsstatus

- in Prozent

Abbildung 3.41:

Körperselbstbild in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform (nur 7. und 9. Klasse) und Diätverhalten

- in Prozent

Abbildung 3.42:

Körperselbstbild und mittlerer BMI in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht (BMI altersadjustiert)

Abbildung 3.43:

Diätverhalten in den letzten 12 Monaten in der HBSC-Studie in Berlin 2006, 7. und 9. Klassenstufe nach Geschlecht und Schulform
- in Prozent

Abbildung 3.44:

Maßnahmen der Gewichtskontrolle in der HBSC-Studie in Berlin 2006, 7. und 9. Klassenstufe nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.45a:

Anteil der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Anzahl der Kategorien mit auffällig geringer Lebensqualität
- in Prozent

Abbildung 3.45b:

Anteil der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht und Anzahl der Kategorien mit auffällig geringer Lebensqualität
- in Prozent

Abbildung 3.46:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.47:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.48:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.49:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach familiärem Wohlstand
- in Prozent

Abbildung 3.50:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Migrationsstatus
- in Prozent

Abbildung 3.51:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach allgemeinem Gesundheitszustand
- in Prozent

Abbildung 3.52:

Schüler/innen mit auffällig niedriger Lebensqualität in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Anzahl psychosomatischer Beschwerden
- in Prozent

Abbildung 3.53:

Schulleistungen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Altersangemessenheit der Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.54:

Schulzufriedenheit in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Altersangemessenheit der Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.55:

Schulstress in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Migrationsstatus und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.56:

Schulklima (Index) in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe, Migrationsstatus und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.57:

Zusammenhang von Schulklima mit Schulleistungen, Schulzufriedenheit, Schulstress in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Abbildung 3.58:

Zusammenhang von Schulklima mit Rauchverhalten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.59:

Zusammenhang von Schulklima mit Rauschtrinken von Schüler/innen der 9. Klasse in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Abbildung 3.60:

Zusammenhang von Schulklima mit der Kumulation gesundheitlicher Probleme in der HBSC-Studie in Berlin 2006
- in Prozent

Abbildung 3.61:

Mobbing bzw. Schikanieren von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe und Schulform (nur 7. und 9. Klasse)
- in Prozent

Abbildung 3.62:

Psychische Auffälligkeiten von Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Mobbing-Opfer und Täter/innen-Status
- in Prozent

Abbildung 3.63:

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.64:

Psychosomatische Beschwerden in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.65:

Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.66:

Soziale Unterstützung in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006
- in Prozent

Abbildung 3.67:

Kumulation gesundheitlicher Probleme in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.68:

Körperliche Aktivität der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.69:

Regelmäßiges Rauchen der Schüler/innen (nur 7. und 9. Klasse) in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.70:

Alkoholkonsum und Rauschtrinken der Schüler/innen (nur 7. und 9. Klasse) in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.71:

Ernährungsindex der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.72:

Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006
- in Prozent

Abbildung 3.73:

Schulklima in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006 insgesamt und nach Klassenstufe
- in Prozent

Abbildung 3.74:

Einzelfragen zum Schulklima in der HBSC-Studie in Berlin und Hamburg 2006
- in Prozent

Abbildung 3.75:

Psychosomatische Beschwerden (Index) in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform
- in Prozent

Abbildung 3.76:

SDQ-Gesamtproblemwert in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform
- in Prozent

Abbildung 3.77:

Ansprechpartner/in bei Problemen in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.78:

Opfer von Mobbing/Schikanieren in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform
- in Prozent

Abbildung 3.79:

Frühstück an Schultagen in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform
- in Prozent

Abbildung 3.80:

Verzehr verschiedener Lebensmittel in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006
- in Prozent

Abbildung 3.81:

Notwendigkeit einer Diät ohne Schüler/innen, die gerade eine Diät machten, in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.82:

Körperselbstbild in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.83:

Körperliche Aktivität in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform
- in Prozent

Abbildung 3.84:

Fernsehkonsument an Schultagen und am Wochenende in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht
- in Prozent

Abbildung 3.85:

Regelmäßige Raucher/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform
- in Prozent

Abbildung 3.86:

Rauschtrinken in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform
- in Prozent

Abbildung 3.87:

Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz) in der HBSC-Studie in Berlin 2002 und 2006 nach Geschlecht und Schulform (nur 9. Klasse)
- in Prozent

5.3 Literaturverzeichnis

aid Infodienst Verbraucherschutz – Ernährung – Landwirtschaft e. V. (2006). Die aid-Ernährungspyramide. (<http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungspyramide.php>.)

Abhauer, M. & Hanewinkel, R. (2000). Lebenskompetenztraining für Erst- und Zweitklässler: Ergebnisse einer Interventionsstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 251-263.

BAGS Hamburg (2001). Stadtdiagnose 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg.

Barkmann, C. (2004). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein epidemiologisches Screening. Hamburg: Verlag Dr. Kova .

Baxter, S.D., Smith, A.F., Litaker, M.S. et al. (2004) Children's social desirability and dietary reports. *J Nutr Educ Behav*, 36, 84-89.

Bettge, S. (2004). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Online-Dissertation. (http://edocs.tu-berlin.de/diss/2004/bettge_susanne.pdf)

Bettge, S., Oberwöhrmann, S., Delekat, D., Häßler, K., Hermann, S. & Meinlschmidt, G. (2006). Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2006 – 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz. (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>)

Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., and the European KIDSCREEN group. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence, *Soz.-Präventivmed*, 50, 281–291.

Boyce, W. & Dallago, L. (2004). Socioeconomic Inequalities. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, V. Barnekow (Hrsg.), *Young people's health in context. International report from the HBSC 2001/2002 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents No. 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilbände: Rauchen, Alkohol, illegale Drogen. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005). Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops. Kurzbericht. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006). Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragungen von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007a). Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007. Eine Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Kurzbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007b). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Kurzbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007c). Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Kurzbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Currie, C.E., Elton, R.A., Todd, J. & Platt, S. (1997). Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*, 12, 385-397.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Barnekow, V. (Hrsg.) (2004). *Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/02 Survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents No. 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie, C. et al. (Hrsg.) (2008). *Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-Aged Children International Report from the 2005/2006 Survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2004). *10 Regeln für eine vollwertige Ernährung*. Eigenverlag, Bonn.

Ellert, U., Neuhauser, H. & Roth-Isigkeit, A. (2007). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 711-717.

Fisher, J.O., Johnson, R.K., Lindquist, C. et al. (2000). Influence of body composition in the accuracy of reported energy intake in children. *Obes Res*, 8, 597-603.

Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (2005). *optimiX. Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen*. 5. Auflage, Dortmund.

Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.

Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.

Hanewinkel, R. (2007). "Be Smart – Don't Start". *Ergebnisse des Nichtraucherwettbewerbs in Deutschland 1997 – 2007*. *Gesundheitswesen*, 69, 38-44.

Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aarø, L.E. & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence - a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (3), 4-10.

Hebert, J.R., Clemow, L., Pbert, L. et al. (1995). Social desirability bias in dietary self-report may compromise the validity of dietary intake measures. *In J Epidemiol*, 24, 389-398.

Hebert, J.R., Ma, Y., Clemow, L. et al. (1997). Gender differences in social desirability and social approval bias in dietary self-reports. *Am J Epidemiol*, 146, 1046-1055.

Hebert, J.R., Peterson, K.E., Hurley, T.G. et al. (2001). The effect of social desirability trait on self-reported dietary intake measures among multi-ethnic female health center employees. *Ann Epidemiol*, 11, 417-427.

Hublet, A., De Bacquer, D., Valimaa, R., Godeau, E., Schmid, H., Rahav, G. & Maes, L. (2006). Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC Public Health*, 6, 280.

Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). *Jugendgesundheits survey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.

- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169.
- Ihle, W., Esser, G., Laucht, M. & Schmidt, M.H. (2004). Depressive Störungen und aggressiv-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf und Risikofaktoren. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 728-735.
- Kis, A., Geitner, H. & Hermann, S. (2008). Unfälle im Kindes- und Jugendalter. Statistische Kurzinformation 2008 – 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>)
- Knopf, H. (2007). Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 863-870.
- Köllisch, T. & Oberwittler, D. (2004). Wie ehrlich berichten männliche Jugendliche über ihr delinquentes Verhalten? Ergebnisse einer externen Validierung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 56, 708-735.
- Kolip, P. (2002). Geschlechtsspezifisches Risikoverhalten im Jugendalter. Empirische Befunde und theoretische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45, 885-888.
- Kraus, L., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 165. München: Institut für Therapieforchung.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 807-818.
- Kuentzel, J.G., Henderson, M.J. & Melville, C.L. (2008). The impact of social desirability biases on self-report among college students and problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 24. (<http://www.springerlink.com/content/1006474138350708/?p=5ca6ddb5deb94e64a7ae5f15fa849661&pi=5>)
- Kurth, B.-M. & Ellert, U. (2008). Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? *Deutsches Ärzteblatt*, 105, 406-412.
- Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 736-743.
- Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N. & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 634 – 642.
- Lampert, T., Richter, M. & Klocke, A. (2006). Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. *Gesundheitswesen*, 68, 94-100.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 600 – 608.
- Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J. et al. (1998). Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatische Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Z Kinder Jug-Psych*, 26, 83-96.

- Marmot, M.G. (2006). Introduction. In: M.G. Marmot, R.G. Wilkinson (Hrsg.), *Social Determinants of Health*, 2nd Edition (S. 1-5). Oxford: University Press.
- Meinschmidt, G. (Hrsg.) (2007). Basisbericht 2006/2007. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. (<http://www.berlin.de/statistik/gessoz/index.html>)
- Meinschmidt, G. & Brenner, M. H. (1999). Sozialstrukturatlas Berlin 1999. Eine soziale Diagnose für Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin und Technische Universität Berlin. Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health. (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>)
- Meinschmidt, G., Hermann, S., Imme, U. et al. (2004). Sozialstrukturatlas Berlin 2003. Spezialbericht 2004 – 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin. (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>)
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, F. (2000). Mental health of children and adolescents in Great Britain. London: The Stationery Office. (<http://www.sdqinfo.com/bb1.html>)
- Mensink, G.B.M., Deketh, M., Mul, M.D.M., Schuit, A.J. & Hoffmeister, H. (1996). Physical activity and its association with cardiovascular risk factors and mortality. *Epidemiology*, 7, 391-397.
- Mensink, G.B.M., Kleiser, C., Richter, A. (2007). Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 609-623.
- Mullan, E. & Currie, C. (2000). Social Inequalities and Adolescent Health: Cross-National Patterns from the 1998 HBSC Survey. WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents, Copenhagen, WHO.
- Naumann, S., Kuschel, A., Bertram, H., Heinrichs, N. & Hahlweg, K. (2007). Förderung der Elternkompetenz durch Triple P-Elterntrainings. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 676-690.
- Nickel, J., Ravens-Sieberger, U., Richter, M. & Settertobulte W. (2008). Gesundheitsrelevantes Verhalten und soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberger (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* (S. 63-92). Weinheim: Juventa.
- Oberwöhrmann, S. & Bettge, S. (2007). Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2007 – 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>)
- Oerter, R. & Dreher, E. (1998). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (4. Aufl.) (S. 310-395). Weinheim: Beltz.
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N. et al. (1995). Physical activity and public health: A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- Pickles, A., Rowe, R., Simonoff, E., Foley, D., Rutter, M. & Silberg, J. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry*, 179, 230-235.
- Pollitt, E. (1995). Does breakfast make a difference in school? *Am J Diet Assoc*, 95 (10), 1134-1139.

Rasmussen, M. (2005). School Setting. HBSC Research Protocol for 2005/06 Survey. Section 2, Scientific rationales for focus areas, 1-15.

Ravens-Sieberer, U., Ellert, U. & Erhart, M. (2007a). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 810-818.

Ravens-Sieberer, U. & Erhart, M. (2008). Die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (S. 38-62). Weinheim: Juventa.

Ravens-Sieberer, U. & Thomas, C. (2003). Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin. Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO. Eine RKI-Schrift.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007b). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 871-878.

Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2008). Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Weinheim: Juventa.

Richter, M. & Leppin, A. (2008). Trends im Tabak-, Alkohol und Cannabiskonsum im frühen Jugendalter: Ein Vergleich der HBSC-Studien 1994 bis 2006. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2008): Jahrbuch Sucht 2008 (S. 152-170). Geesthacht: Neuland.

Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Bor, W. & Tully, L.A. (2000). The Triple P - Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 624-640.

Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 750-756.

Schenk, L. & Knopf, H. (2007). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 653-658.

Schlaud, M., Atzpodien, K. & Thierfelder, W. (2007). Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 701-710.

Setttertobulte, W. (2008). Der Einfluss der Gleichaltrigen auf das Risikoverhalten im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (S. 214-230). Weinheim: Juventa.

Setttertobulte, W., Bruun-Jensen, B. & Hurrelmann, K. (2001). Drinking among young Europeans. Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Series No. 3, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Steinberg, L., Fletcher, A. & Darling, N. (1994). Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*, 93, 1060-1064.

Steinberg, L. & Silverberg, S.B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Development*, 57, 841-851.

Strauss, R.S. (1999). Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adults: National Health and Nutrition Examination Survey III. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153, 741-747.

Strong, W.B., Malina, R.M., Blimkie, C.J.R., Daniels, S.R., Dishman, R.K., Gutin, B., Hergenroeder, A.C., Must, A., Nixon, P.A., Pivarnik, J.M., Rowland, T., Trost, S. & Trudeau, F. (2005) Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, 146, 732-737.

Taren, D.L., Tobar, M., Hill, A. et al. (1999). The association of energy intake bias with psychological scores of women. *Eur J Clin Nutr*, 53, 570-578.

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.

von Rueden, U. (2007). Lebensqualität als Outcomekriterium in den Gesundheitswissenschaften. Ein Beitrag zur Fragebogenentwicklung für Kinder und Jugendliche in Deutschland. Online-Dissertation. (<http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2007/1508/>)

von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., Ravens-Sieberer, U., and the KIDSCREEN Group. (2006). Socioeconomic determinants of health-related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study, *Journal of Epidemiology and Community Health*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, J Epidemiol Community Health, 60(2), 130-135.

von Salisch, M. & Seiffge-Krenke, I. (1996). Freundschaften im Kindes- und Jugendalter: Konzepte, Netzwerke, Elterneinflüsse. *Psychol. Erz. Unterr.*, 43, 85-99.

Wittchen, H.-U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946. Official Records of the World Health Organization 2, WHO, Copenhagen.

5.4 Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der *Gesundheitsberichterstattung* und des *Sozialstatistischen Berichtswesens* wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz folgende Veröffentlichungen herausgegeben:

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Der Bericht erscheint jährlich:

- Jahresgesundheitsbericht 1961
- ...
- Basisbericht 2005 (2006). ISSN 1617-9242.
- Druckfassung. Schutzgebühr 15,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>
- Basisbericht 2006/2007 (2007). ISSN 1617-9242.
- Druckfassung. Schutzgebühr 15,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform wird zu Schwerpunktthemen erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen.

- Meinlschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Kramer, Ramona (1990):
Sozialstrukturatlas Berlin (West). Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse.
- Hermann, Sabine; Meinlschmidt, Gerhard (1995):
Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke.
- Hermann, Sabine; Meinlschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas Berlin - Fortschreibung 1997 -.
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinlschmidt, Gerhard (1997):
Sozialstrukturatlas 1997 - Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse -
Schutzgebühr: 15,— Euro zzgl. Porto
- Meinlschmidt, Gerhard (Herausgeber) / SenGesSoz; Brenner, M. H. (Herausgeber) / TU Berlin (1. Ausgabe 1999):
Sozialstrukturatlas Berlin 1999 - Eine soziale Diagnose für Berlin -.
Schutzgebühr: 15,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>
- Delekat, Dietrich; Kis, Anita (2001):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Spezialbericht 2001-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>
- Kis, Anita; Bömermann, Hartmut; Hermann, Sabine; Schieritz, Frank; Unger, Gisela (2002):
Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999. Spezialbericht 2002-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- Meinlschmidt, Gerhard; Imme, Uwe; Seeger, Michael (2003):
Sozialhilfeempfängerprognoseverfahren in Berlin. Spezialbericht 2003-1, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- Delekat, Dietrich (2003):
Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin - Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Spezialbericht 2003-2, ISSN 1617-9250
Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>
- Meinlschmidt, Gerhard (Herausgeber) (2004):
Sozialstrukturatlas Berlin 2003 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung.

- Langfassung. Spezialbericht 2004-1, ISSN 1617-9250. Schutzgebühr 15,— Euro zzgl. Porto
- Kurzfassung mit CD-ROM der Langfassung des Berichts
- PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>

- Bettge, Susanne; Oberwöhrmann, Sylke et al. (2006):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1617-9250.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>

- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2007):
Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1617-9250.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>

- Oberwöhrmann, Sylke; Bettge, Susanne (2008):
Grundauswertungen der Einschulungsdaten 2006 zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Spezialbericht 2008-1, ISSN 1617-9250.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>

- Bettge, Susanne; Nickel, Jennifer; Schulz, Mandy; Helle, Nadine; Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Ravens-Sieberer, Ulrike (2008):
Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006. Spezialbericht 2008-2, ISSN 1617-9250
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe werden Themen von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge.

1. Meinschmidt, Gerhard (1986):
Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose.
2. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard; Wanjura, Marlies (1986):
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
3. Imme, Uwe; Meinschmidt, Gerhard (1986):
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse.
4. Meinschmidt, Gerhard; Völker-Oswald, Ingrid (1988):
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
5. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme; Mader, Sylvia (1988):
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik, EDV-gestützte Fachinformationssysteme (1988):
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
9. Meinschmidt, Gerhard (1988):
Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben. Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von arbeitslosen Sozialhilfeempfängern. Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
10. Liedtke, Dieter (1988):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).
11. Baum, Christiane; Koch-Malunat, Norbert; Seeger, Michael (1989):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
12. Becker, Barbara; Kramer, Ramona; Meinschmidt, Gerhard (1989):
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.
13. Liedtke, Dieter; Wanjura, Marlies (1989):
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).

14. Haecker, Gero; Kirschner, Wolf; Meinlschmidt, Gerhard (1990):
Zur „Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern“ in Berlin (West).
15. Koch-Malunat, Norbert; Klausning, Michael (1990):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).
16. Kiss, Anita (1992):
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).
17. Kirschner, Wolf; Radoschewski, Michael (1993):
Gesundheits- und Sozialsurvey in Berlin.
18. Hermann, Sabine; Imme, Uwe; Meinlschmidt, Gerhard (1993):
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991.- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -.
19. Thielke, Henning; Meusel, Katharina (1994):
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern. Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.
20. Koch-Malunat, Norbert (1994):
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -.
21. Radoschewski, Michael; Kirschner, Wolf; Kirschner, Renate; Heydt, Kerstin (1994):
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.
22. Kiss, Anita (1995):
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992 - eine statistische Analyse -.
23. Kiss, Anita; Hermann, Sabine; Thielke, Henning (1995):
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983-1992.
24. Rothe, Kerstin u.a. (1995):
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.
25. Beblo, Miriam (1995):
Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin. Eine statistisch-empirische Diagnose.
26. Hermann, Sabine; Hiestermann, Angelika (1995):
Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Frauen in Berlin. - Eine erste geschlechtsspezifische empirische Diagnose -.
27. Dohnke-Hohrmann, Sylvia; Reich, Renate (1995):
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/93 in Berlin.
28. Hiestermann, Angelika; Hillen, Thomas (1996):
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. - Eine statistische Analyse -.
29. Scholz, Rembrandt D.; Thielke, Henning (1997):
Lebenserwartung in Berlin 1986-1994. - Trends und regionale Unterschiede -.
30. Kiss, Anita (1997):
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1994/95.
31. Wiesner-Balcke, Waltraud; Angerman, Regina (1997):
Allergische Erkrankungen und Beschwerden bei Berliner Einschulern im Vergleich mit dem Land Brandenburg - Analyse, Bezirksvergleiche, bezirkliches Vorsorgeprogramm -.
32. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (1998):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Erster Basisdatenbericht (1997) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto
33. Hauschild, Beate; Baum, Christiane (2000):
Dokumentation zur Strukturentwicklung des gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgungssystems. Zweiter Basisdatenbericht (1998) zur Versorgung im ambulant/komplementären Bereich (Betreutes Wohnen und Tagesstätten).
Schutzgebühr: 7,50 Euro zzgl. Porto

Gesundheitsbarometer

- Hermann, Sabine; Meinlschmidt, Gerhard (1991):
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik. - Gesundheitsbarometer 1 -.

- Hermann, Sabine; Meinschmidt, Gerhard; Thoele, Henning (1994):
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung.- Gesundheitsbarometer 2 -.
- Hermann, Sabine; Imme, Uwe (1996):
Erhebung zu den zusätzlichen Öffnungszeiten anlässlich der „Schaustelle Berlin“ vom 29. Juni bis 25. August 1996. - Gesundheitsbarometer 3 -.

Statistische Kurzinformationen - GBE

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/kurzinfo.html>

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke - Deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenserwartung, vermeidbaren Sterbefällen und sozialer Lage -. Statistische Kurzinformation 2002-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Die Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994 - 1999. Statistische Kurzinformation 2002-2.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Beschäftigte im Berliner Gesundheitswesen. Statistische Kurzinformation 2002-3.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2002):
Stationäre Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises in den Berliner Krankenhäusern 2000. Statistische Kurzinformation 2002-4.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2005):
Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Statistische Kurzinformation 2005-1.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin. Statistische Kurzinformation 2006-1.
- Kis, Anita; Hermann, Sabine (2007):
Zur Suizidhäufigkeit in Berlin 1991 - 2005. Statistische Kurzinformation 2007-1, ISSN 1863-9305.
- Häbeler, Kathleen; Hermann, Sabine (2007):
Präventive und gesundheitsförderliche Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche in Berlin. Statistische Kurzinformation 2007-2, ISSN 1863-9305.
- Struck, Christiane; Hermann, Sabine (2007):
Geburtenentwicklung, Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftskonfliktberatung - Altersstruktur, Konfliktgründe, Ländervergleich -. Statistische Kurzinformation 2007-3, ISSN 1863-9305.
- Kis, Anita; Geitner, Heide, Hermann, Sabine (2008):
Unfälle im Kindes- und Jugendalter. Statistische Kurzinformation 2008-1, ISSN 1863-9305.

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge.

- Schmidtke, Kerstin (2005):
Konzepte und Methoden zur Abbildung von Lebenslagen - Bildung von Lebenslagen-Indices am Beispiel der Berliner Sozialhilfestatistik 2005. Spezialbericht 2005-1, ISSN 1861-9444.
- Druckfassung. Schutzgebühr 15,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/spezial.html>
- Seeger, Michael (2006):
Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern in Berlin an der Schwelle zu „Hartz IV“. Spezialbericht 2006-1, ISSN 1861-9444.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/spezial.html>

Spezialberichte und Diskussionspapiere aus dem Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens vor dem Jahr 2005 finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsserie, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003.

- IV. Quartal 2003 (letzte Ausgabe)
ISSN 1618-033X

Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/quartalsberichte.html> bereitgestellt.

Statistische Kurzinformationen - SBW

PDF-Dateien abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/sozial/kurzinfo.html>

- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006):
Transferausgaben in Berlin im ersten Jahr der neuen Sozialgesetzgebung 2005 - SGB XII, AsylbLG, LPfGG. Statistische Kurzinformation 2006-1.
- Sallmon, Sylke (2007):
Hilfe zur Pflege nach SGB XII - Eckdaten zu den Leistungsbeziehern -. Statistische Kurzinformation 2007-1, ISSN 1864-0710.
- Sallmon, Sylke (2008):
Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen der Sozialhilfe und demographische Entwicklung in Berlin. Statistische Kurzinformation 2008-1, ISSN 1864-0710.

Informationssysteme

Spezialberichte - Informationssysteme

- Imme, Uwe; Brodersen, Sven; Kaske, Eva (2007):
GSI - das Gesundheits- und Sozialinformationssystem. Internetbasierte Bereitstellung von Daten und Berichten der Berliner Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens. Spezialbericht 2007-1, ISSN 1865-8377.
- Druckfassung. Schutzgebühr 10,— Euro zzgl. Porto
- PDF-Datei abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/veroeffentlichungen/spezial_gsi.html

Weitere Veröffentlichungen

unter Beteiligung des Referats Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme.

- Stabenow, Roland; Schulz, Mandy; Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe (2007):
Krebsatlas Berlin 2002-2004. Berlin, Schriftenreihe des Gemeinsamen Krebsregisters, Heft 2.
- PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gkr/index.html>

Bezug über die

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 1229
Telefax: (030) 9028 1372

Internet: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>
e-mail: Katja.Koschorreck@senguv.berlin.de

Fachliche Auskünfte:

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen,
Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
e-mail: Gerhard.Meinschmidt@senguv.berlin.de

