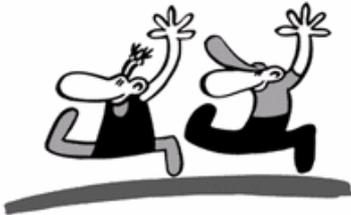


Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung
HBSC | Health Behaviour in School-aged Children



Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen

Erste Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children“
(HBSC) Studie 2005/06 für Nordrhein-Westfalen

Matthias Richter, Veronika Ottova, Klaus Hurrelmann



Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen

Erste Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children“
(HBSC) Studie 2005/06 für Nordrhein-Westfalen

Matthias Richter, Veronika Ottova, Klaus Hurrelmann

Inhalt

	Seite
1. Einführung	5
Aufbau des Berichts	6
2. Methodik	7
Die HBSC-Studie	7
Der Fragebogen	8
Durchführung der Befragung	8
Die Stichprobe	8
3. Die Lebensbedingungen der 11- bis 15-Jährigen in NRW	10
Familienstruktur	10
Migration	11
Berufsstatus und familiärer Wohlstand	12
4. Der Gesundheitszustand der 11- bis 15-Jährigen in NRW	13
4.1 Körperliche Gesundheit	13
Selbsteinschätzung der Gesundheit	13
Chronische Erkrankungen	14
Unfälle und Verletzungen	15
Body-Mass-Index	18
4.2 Psychosoziale Gesundheit	19
Psychosomatische Beschwerden	19
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	21
Lebenszufriedenheit	22
5. Das Gesundheitsverhalten der 11-bis 15-Jährigen in NRW	22
5.1 Substanzkonsum	23
Tabakkonsum	23
Alkoholkonsum	24
Rauscherfahrungen	25
Cannabiskonsum	25
Medikamentenkonsum	26

5.2 Körperliche Aktivität und Medienkonsum	27
Körperliche Aktivität	27
Medienkonsum	29
5.3 Ernährung	30
Ernährungsroutinen	30
Konsum bestimmter Nahrungsmittel	31
Körperwahrnehmung	32
Schlankheitsdiäten	32
Zahnhygiene	33
6. Gleichaltrigengruppe (Peers)	34
Anzahl enger Freunde	34
Beziehungsqualität zum besten Freund(in)	34
Peerkontakte	35
Peerkontakte über „neue Medien“	36
7. Eltern	36
8. Schule	37
Schulleistungen	37
Belastungen durch die Schule	38
Gefallen an der Schule	38
Mobbing/Bullying	39
Schlägereien	40
9. Fazit zur Gesundheitsituation von Kindern und Jugendlichen in NRW	41
Literatur	45
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	47

Danksagung

Von Mitte Januar bis Ende Juli 2006 haben sich 4.324 Schülerinnen und Schüler an 85 nordrhein-westfälischen Schulen die Zeit genommen, über 100 Fragen der Studie „Health Behaviour in School-aged-Children“ (HBSC) für Nordrhein-Westfalen zu beantworten.

Unser Dank gilt in daher zuallererst allen Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen, die sich an dieser Studie beteiligt haben und damit ihre persönliche Sicht von Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden mitteilten. Ohne die begeisterte und für uns begeisternde Mitarbeit der Kinder und Jugendlichen wäre diese Studie nicht gelungen. Ebenso danken wir den Lehrerinnen und Lehrern sowie den Schulleiterinnen und Schulleitern. Erst die tatkräftige Mithilfe und das große Interesse an der Studie ermöglichte einen reibungslosen Ablauf, für den wir uns bei den beteiligten Schulen besonders bedanken.

Natürlich mussten neben den Schülerinnen und Schülern selbst auch deren Eltern ihr Einverständnis zu der Befragung ihrer Töchter und Söhne geben. Herzlichen Dank daher auch an die Eltern, die das Gelingen unserer Studie unterstützt haben.

Abschließend gilt unser Dank dem Rheinischen Gemeindeunfallversicherungsverband für die freundliche Unterstützung unseres Vorhabens.

Matthias Richter, Veronika Ottova,
Klaus Hurrelmann

Bielefeld, Juli 2007

1 Einführung

Das Kindes- und Jugendalter verdient größte gesundheitspolitische Aufmerksamkeit. Nicht nur, damit die gesundheitliche Situation dieser Altersgruppe verbessert wird, sondern vor allem auch, weil der Grundstein für die Gesundheit des späteren Lebens in der Kindheit und Jugend gelegt wird und viele Gesundheitsprobleme der Erwachsenen ihren Ursprung im Kindes- und Jugendalter haben (Kolip 1999, Richter 2005; Lampert/Richter 2006, Hurrelmann 2006). In dieser Zeit wird der spätere Lebensstil wesentlich und nachhaltig vorgeprägt. Auch wenn im Bereich der Jugendgesundheitsforschung in den letzten Jahren zahlreiche Erkenntnisse über die Wechselwirkungen zwischen den Bedingungsfaktoren der Adoleszenz und der gesundheitlichen Lage gewonnen werden konnten, ist das Wissen über die gesundheitliche Situation und Entwicklung junger Menschen immer noch lückenhaft. Kindheit, und gerade die Jugend, galten lange Zeit als Sinnbild für die Abwesenheit von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dementsprechend spärlich waren die Informationen über den Gesundheitszustand.

Die statistischen Routinedaten zeigen, dass sich die gesundheitliche Lage der Jugendlichen allgemein sehr günstig entwickelt hat (Richter 2003, Richter/Settertobulte 2003). Das liegt vor allem an der fortschreitenden Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen, der hygienischen Verhältnisse, und an der erheblich leichteren Erreichbarkeit und Qualität medizinischer Versorgung, so dass insbesondere infektionsbedingte Erkrankungen und die Kindersterblichkeit statistisch fast unbedeutend geworden sind. Selbst schwerwiegende Erkrankungen aufgrund genetischer Defekte können heute mit guten Erfolgen behandelt werden. Dementsprechend gelten Kinder und Jugendliche in Deutschland - gemessen an den „klassischen“ Indikatoren der Gesundheit - als „gesund“. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes dieser Altersgruppe findet beispielsweise darin seinen Niederschlag, dass heute nur noch eine von 100 Personen vor dem 25. Lebensjahr stirbt. In keinem anderen Lebensabschnitt sind die Mortalitätsraten ähn-

lich niedrig. Nur etwa 20 % der frühzeitigen Todesfälle gehen dabei auf Krankheiten zurück. Der überwiegende Teil erfolgt durch Unfälle, Vergiftungen und Selbstmorde (Dür 1999). Aktuelle Entwicklungstendenzen deuten zudem darauf hin, dass sich die Situation in Zukunft noch verbessern wird.

Zieht man jedoch andere Indikatoren der Gesundheit heran, zeigt sich ein anderes Bild. Verschiedene Einzelstudien belegen, dass sich auch unter den Kindern und Jugendlichen das Krankheitsspektrum zu verändern beginnt und dadurch eine Entwicklung absehbar ist, die für Erwachsene schon länger Gültigkeit besitzt. In den westlichen Industrieländern ergeben sich aus den zivilisatorischen Lebens- und Umweltbedingungen der jungen Generation neue Gesundheitsbeeinträchtigungen, die in der Regel nicht primär lebensbedrohlich sind, wohl aber das Befinden, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigen können. Nicht mehr die akuten Infektionskrankheiten bestimmen das Krankheitspanorama, sondern chronische Erkrankungen (wie Allergien oder Asthma bronchiale), psychosomatische Krankheiten, emotionale Befindlichkeitsstörungen und psychische Auffälligkeiten werden zu zentralen Themenbereichen, die erhöhten Handlungsbedarf erfordern. Neben den klassischen Risikothemen wie Alkohol- und Drogenkonsum, Unfälle (v.a. im Straßenverkehr) und riskantes Verhalten (z.B. beim Sport), erlangen auch die Themenkomplexe der psychosozialen Gesundheit und der sozialen Lebenswelten der Jugendlichen an Bedeutung. Gerade im Jugendalter sollte auf diese Aspekte der Gesundheit ein besonderes Augenmerk gelegt werden, denn die Beschränkung auf statistische Routinedaten gibt einen verzerrten Eindruck von der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen.

Der Rückgang der Sterblichkeit von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und von deren Eltern im zurückliegenden Jahrhundert ist wohl einmalig in der Geschichte der Menschheit. Das Sterben ist dadurch innerhalb von hundert Jahren als gesundheitspolitische Herausforderung, verglichen mit dem körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden, in den Hintergrund getreten.

Bisher war die amtliche Statistik eine geeignete Quelle für die Beschreibung der Sterblichkeit. Durch die genannte Schwerpunktverschiebung ergibt sich jedoch zudem ein völlig neuer Bedarf an Daten und Erkenntnissen zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen. Die existierenden amtlichen Statistiken und Prozessdaten der gesundheitlichen Versorgung, der Vorsorgeprogramme und Routineuntersuchungen von Schülern decken die heute relevanten Themen entweder nicht ab, oder lassen wegen ihrer Beschränkung auf Teilaspekte, Altersgruppen und Regionen sowie wegen inkompatibler Erhebungsmethoden keine bundes- bzw. landesweit gültigen, über Raum und Zeit vergleichbaren, Aussagen zu.

Hinzu kommt, dass man in der öffentlichen Diskussion oft genug auf Behauptungen trifft, die Verbreitung bestimmter Gesundheitsprobleme habe neuerlich drastisch zugenommen. Da es notorisch an geeigneten Vergleichsdaten fehlt, besteht hier das Risiko einer Fehlbeurteilung, die weit reichende Konsequenzen für das Gesundheitswesen und die Solidargemeinschaft haben kann (Bergmann et al. 2001). Für verallgemeinerungsfähige Erkenntnisse müssen bevölkerungsrepräsentative Stichproben untersucht werden. Dabei ist es wichtig, verknüpfbare Daten aus verschiedenen Ebenen des gesundheitlichen Geschehens zu gewinnen. Darüber hinaus sollten die Daten regelmäßig und mit gleicher Methodik erhoben werden, um als Evaluationsinstrument zur Abschätzung gesundheitspolitischer Maßnahmen eingesetzt werden zu können.

Angaben über gesundheitsrelevantes Verhalten, psychosomatische Beschwerden, die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ebenso wie psychische und psychosoziale Belastungen sind nur über Befragungsdaten erhältlich. Gleiches gilt für die Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die damit zusammenhängende Identifikation von sozialen Risiko- bzw. Problemgruppen mit besonderem gesundheitlichem Bedarf. Nur repräsentativ gewonnene, d.h. verallgemeinerungsfähige und valide Daten zur Gesundheitslage der nachwachsenden Generation sowie zu ihren Determinanten und Auswirkungen, können die Grundlage für die Bewälti-

gung der Gesundheitsprobleme der Bevölkerung im Blick auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts bieten.

Mit der vorliegenden HBSC-Studie, die unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt wird (siehe www.hbsc.org), soll die Ausgangslage der gesundheitlichen Situation der jungen Generation in Deutschland am Beginn eines neuen Jahrhunderts dokumentiert, und im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung bekannt gemacht werden. Die gewonnenen Daten und Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen weiter zu verbessern, künftige Entwicklungen zu erkennen und richtig zu deuten. In diesem Sinne werden nicht nur klassische Indikatoren der Gesundheit gemessen, sondern auch mögliche Einflussvariablen auf Gesundheit oder Krankheit bestimmt, und deren Beziehungen zu den Indikatoren der Gesundheit analysiert. Der vorliegende Bericht fasst die ersten Ergebnisse der nordrhein-westfälischen Teilstudie zusammen.

Aufbau des Berichts

Der Health Behaviour in School-aged Children-Survey (HBSC) beinhaltet ein sehr umfangreiches und detailliertes Fragenprogramm zu unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit, des gesundheitsrelevanten Verhaltens, ebenso wie deren soziale Kontexte in der Adoleszenz. Aus Gründen der Übersicht erfolgt in diesem Bericht eine Konzentration auf wesentliche Parameter, mit denen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern aus Nordrhein-Westfalen umfassend beschrieben werden können. In diesem Sinne versteht sich die vorliegende Ergebnisdarstellung als ein Basisbericht, der einen Überblick über eine Vielzahl der wichtigsten Informationen zum Gesundheitsstatus, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie deren Determinanten bietet. Weiterführende Analysen bezüglich der Zusammenhänge zwischen Variablen und damit auch eine eingehende Erforschung der Zusammenhänge zwischen den Lebensbedingungen und der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler werden in weiteren Veröffentlichungen folgen. Gleiches

gilt für Trendanalysen und deutschlandweite bzw. internationale Vergleiche.

In Kapitel 2 wird zunächst auf das Ziel und die Methodik der HBSC-Studie und des nordrhein-westfälischen Surveys eingegangen. Danach erfolgt in Kapitel 3 bis 8 die deskriptive Ergebnisdarstellung, getrennt nach den einzelnen Untersuchungsschwerpunkten der HBSC-Studie. Im Kapitel 3 wird zunächst die Familienstruktur, der Migrationshintergrund und die sozio-ökonomische Lage der Schülerinnen und Schüler in NRW beschrieben. Darauf folgend werden in Kapitel 4 die Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen präsentiert. Im ersten Abschnitt zur körperlichen Gesundheit werden Ergebnisse zur generellen Gesundheitseinschätzung, chronischen Erkrankungen, behandlungsbedürftigen Verletzungen und Übergewicht dargestellt. Im darauf folgenden Abschnitt werden aus dem Bereich der psychosozialen Gesundheit die Ergebnisse zu psychosomatischen Beschwerden, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zur Lebenszufriedenheit beschrieben. Das folgende Kapitel 5 beschäftigt sich mit dem Themenkomplex der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und -einstellungen. Dabei wird zunächst auf den Substanzkonsum (Tabak, Alkohol, Drogen) der Schülerinnen und Schüler in Nordrhein-Westfalen eingegangen, um dann im Folgenden die körperliche Aktivität, den Medienkonsum und das Ernährungsverhalten eingehend darzustellen.

Beginnend mit Kapitel 6 wird das soziale Umfeld vorgestellt. Dabei wird zuerst untersucht, wie viele enge Freunde des gleichen und anderen Geschlechts die Kinder und Jugendliche haben, in welcher Form und wie häufig sie Kontakte zu ihren Peers pflegen und wie es insgesamt um die Beziehungsqualität im Freundeskreis bestellt ist. In Kapitel 7 geht es weiter um die Familie, wobei das Hauptinteresse die Beziehung zum Vater und zur Mutter ist. Kapitel 8 thematisiert das Umfeld Schule. Der Bericht schließt mit einem Fazit im Kapitel 9 ab, wo nochmal die wichtigsten Ergebnisse hervorgehoben sowie präventive Schlussfolgerungen präsentiert werden.

2 Methodik

Die HBSC-Studie

Die Studie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) ist ein kooperatives Forschungsprojekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Seit 1982 wird die Studie im vierjährigen Turnus in einer ständig wachsenden Zahl an Ländern durchgeführt. Deutschland ist - vertreten durch das Land NRW - seit 1994 an der Studie beteiligt. Die Erhebungen erfolgen mittels eines international standardisierten Fragebogens, der in die jeweiligen Sprachen übersetzt wird. In einer repräsentativen Auswahl von Schulen sind die Zielgruppe Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren (siehe auch www.hbsc.org). Dabei soll die Studie sowohl die Aufgabe einer Gesundheitsberichterstattung erfüllen, als auch zu einer Erweiterung des Grundlagenwissens über die Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen beitragen (Currie et al. 2004).

An der aktuellen Studie (2005/06) beteiligten sich Forschergruppen aus 41 Ländern in Europa, Nordamerika und Israel. Die Durchführungen der nationalen Surveys obliegen den Forschungsteams aus den einzelnen Mitgliedsländern nach festgelegten Richtlinien für die Stichprobenauswahl und die Aufbereitung der Daten, die in einem internationalen Untersuchungsprotokoll festgehalten werden. Als Erhebungsinstrument dient ein standardisierter Selbstausfüllfragebogen, der in einem internationalen Prozess erarbeitet wurde, und in allen an der HBSC-Studie beteiligten Ländern zur Anwendung kommt (Currie et al. 2006).

Der Fragebogen

In allen an der Studie beteiligten Ländern wird nach dem gleichen Forschungsdesign mit einem identischen, in die jeweilige Landessprache übertragenen, Kernteil des Fragebogens gearbeitet. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit eines internationalen Vergleichs. Für die deutsche Studie wurden in allen beteiligten Bundeslän-

dern zusätzliche Fragen angefügt. Der eingesetzte Fragebogen enthält u.a. folgende Themenbereiche:

- Demografische Angaben
- Selbstberichtete Gesundheit/Beschwerden
- Unfallrisiko (Verletzungen) und Gewalt
- Risikoverhalten (Substanzkonsum)
- Körperliche Aktivität
- Ernährungsverhalten und Diäten
- Familie
- Gleichaltrigengruppe
- Schule

Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde von Lehrerinnen und Lehrern an den jeweiligen Schulen durchgeführt. Die Erhebung erfolgte anonym und auf freiwilliger Basis. Die Schülerinnen und Schüler wurden nur dann befragt, wenn sie sich zur Teilnahme bereit erklärten und eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern vorlag. Zur regionalen Zuordnung der Fragebögen wurden kodierte Angaben über die besuchte Schule und Klassenstufe erhoben. Weitere Angaben, die zur Identifikation eng begrenzter Personengruppen oder Einzelpersonen führen, wurden nicht erfasst. Die Rückgabe der Fragebögen erfolgte in geschlossenen Briefumschlägen, die erst unmittelbar vor der Dateneingabe durch die Beauftragten des Forschungsteams geöffnet wurden. Dieses Vorgehen sichert so weit wie möglich die Persönlichkeitsrechte der Befragten. Lehrer und Eltern hatten keine Möglichkeit der Einsicht in die ausgefüllten Fragebögen. Damit war die Anonymität gewährleistet und die Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten. Die Einhaltung der Richtlinien zum Datenschutz wurde von den Datenschutzbeauftragten der einzelnen Bundesländer und der Datenschutzbeauftragten der Universität Bielefeld überprüft. Durchgeführt wurde die Befragung im Zeitraum Januar bis Juli 2006. Die Datenerhebung war am 3. Juli 2006 abgeschlossen.

Die Stichprobe

Die deutsche Teilstudie wurde unter der Leitung des WHO Collaborating Centers for Child and Adolescent Health Promotion an der Universität

Bielefeld in Kooperation mit der Fachhochschule Frankfurt/Main, der TU Dresden, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und dem Robert Koch-Institut (Berlin) durchgeführt. Die Daten wurden an der Universität Bielefeld zusammengetragen und eine, auf die Bevölkerungszahl der Länder adjustierte, randomisierte Auswahl der Fälle als deutscher Datensatz an die internationale Datenbank der HBSC Studie an die Universität Bergen (Norwegen) geschickt. Nach gründlicher Bereinigung der Daten aus den 41 teilnehmenden Ländern wurden diese zusammengespielt, wodurch ein internationaler Datensatz entstand, der zu Vergleichen zwischen den beteiligten Staaten herangezogen wird. Analysen dieser Daten werden im Sinne von „Health Surveillance Daten“ in Zusammenarbeit mit dem WHO Regionalbüro für Europa (Kopenhagen) veröffentlicht. In internationaler Zusammenarbeit wird ein Forschungsbericht erstellt, der die Ergebnisse im Ländervergleich darstellt und voraussichtlich Ende 2007 erscheinen wird.

Die deutsche Stichprobe basiert auf einer Zufallsauswahl von Schulklassen aller öffentlichen Schulen in den Bundesländern Berlin, Hamburg, Hessen, Sachsen und Nordrhein-Westfalen der fünften, siebten und neunten Klassenstufen - geschichtet nach Bundesland, Regierungs-/ Stadtbezirk und Schulform (Klumpenstichprobe), so dass die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen mit einer Abweichung von etwa einem halben Jahr repräsentiert sind.

Die Responserate auf Schulebene über alle Bundesländer lag bei 39%. Auf Ebene der Schülerinnen und Schüler lag die Responserate bei 86% (Anteil der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler aus den an der Studie teilnehmenden Schulen). Gründe für eine Nicht-Teilnahme der Schülerinnen und Schüler waren in erster Linie die krankheitsbedingte Abwesenheit an den Befragungstagen bzw. kein Vorliegen einer Einverständniserklärung der Eltern.

Insgesamt gingen in den gesamtdeutschen Datensatz Angaben von 11.513 Schülerinnen und Schülern aus den einzelnen Bundesländern ein. Aus diesen Angaben wurde ein strukturtypischer Datensatz für Deutschland konstruiert

gewichtet nach der Anzahl der Schülerinnen und Schüler in öffentlichen Schulen in den fünf Bundesländern (separat für jede der drei Klassenstufen). Dieser Datensatz umfasst insgesamt Angaben von 7.274 Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren und ist auch in den internationalen HBSC-Datensatz eingeflossen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 2 gibt Auskunft über die Zahl der Befragten in den jeweiligen Klassenstufen und Schulen in Nordrhein-Westfalen. Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse basieren ausschließlich auf Daten des nordrhein-westfälischen Teilsurveys (n=4324).

Tab. 1. Strukturtypischer Datensatz für Deutschland nach Bundesland und Klassenstufe, Jungen und Mädchen (HBSC Deutschland 2005/06)

	Gesamt	Jungen	Mädchen
Bundesland	n	% (n)	% (n)
Nordrhein-Westfalen	4324	50,5 (2182)	49,5 (2142)
Hessen	1338	52,1 (697)	47,9 (641)
Sachsen	686	47,4 (325)	52,6 (361)
Berlin	608	51,8 (315)	48,2 (293)
Hamburg	318	46,9 (149)	53,1 (169)
Klassenstufe			
5. Klasse (Durchschnittsalter 11,4 ± 0,46)	2315	51,0 (1181)	49,0 (1134)
7. Klasse (Durchschnittsalter 13,4 ± 0,50)	2504	50,7 (1269)	49,3 (1235)
9. Klasse (Durchschnittsalter 15,4 ± 0,33)	2455	49,6 (1218)	50,4 (1237)
Gesamt	7274	3668	3606

Tab. 2. Stichprobe NRW 2005/06 nach Schulform, Klassenstufe, Alter und Geschlecht

Schulform	Klassenstufe (Anzahl)		Alter (Mittelwert)	Geschlecht		Gesamt
				Jungen	Mädchen	
Hauptschule	5	231	11,7			
	7	292	13,8	424	347	771
	9	248	15,5			
Realschule	5	397	11,3			
	7	419	13,3	611	597	1208
	9	392	15,4			
Gesamtschule	5	273	11,4			
	7	288	13,4	398	420	818
	9	257	15,4			
Gymnasium	5	515	11,3			
	7	522	13,3	749	778	1527
	9	490	15,3			
						4324

3 Die Lebensbedingungen der 11- bis 15-Jährigen in NRW

Familienstruktur

In diesem ersten Abschnitt werden Ergebnisse zu den Familienstrukturen, dem Migrationshintergrund, dem Berufsstatus der Eltern sowie dem familiären Wohlstand der befragten Schülerinnen und Schüler in NRW dargestellt.

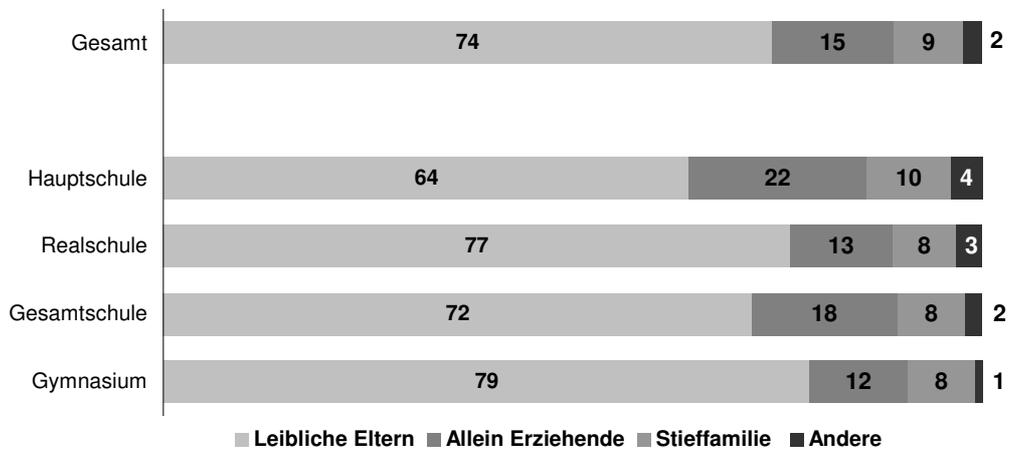
Auch wenn sich die Familienformen im Laufe der letzten Jahrzehnte deutlich gewandelt haben, wachsen die meisten Kinder und Jugendlichen auch heutzutage noch in einer Kernfamilie auf. Dennoch lässt sich ein langfristiger Trend beobachten: Wo früher in der Regel noch die Familie aus Vater, Mutter und Kindern bestand, findet man heute häufiger alleinerziehende Elternteile oder solche, die mittlerweile wieder in einer neuen Partnerschaft leben. Es gibt zunehmend mehr Kinder und Jugendliche, die in zwei Familien oder sogenannten „Patchwork-Familien“ aufwachsen (Klocke/Becker 2003). Um derartige Strukturen adäquat zu erfassen, wurde den Schülerinnen und Schülern in der HBSC-Studie

die Möglichkeit gegeben, Angaben zu einem „hauptsächlichen“ Zuhause (dort, wo sie die meiste Zeit verbringen) und zu einem „zweiten“ Zuhause zu machen.

Sie wurden gefragt, mit welchen Personen sie sowohl in ihrem „hauptsächlichen“ Zuhause als auch in ihrem „zweiten“ Zuhause zusammen leben. Als Ankreuzmöglichkeiten waren vorgesehen: Mutter, Vater, Stiefmutter (oder Vaters Freundin), Stiefvater (oder Mutters Freund), Großmutter, Großvater bzw. weitere Personen. Außerdem existierte die Antwortmöglichkeit, dass der oder die Befragte im Heim oder in einer betreuten Wohngruppe lebt.

Aus den Angaben zum „hauptsächlichen“ Zuhause lassen sich zunächst die Familienverhältnisse beleuchten (siehe Abb. 1). 74,3% der befragten Schülerinnen und Schüler in NRW leben mit beiden leiblichen Elternteilen zusammen, 14,9% mit einem allein erziehenden Elternteil, und 8,5% mit zwei Elternteilen, wovon aber ein Elternteil nicht das leibliche Elternteil ist. Nur ein verschwindend geringer Anteil (2%) der befragten Kinder und Jugendliche leben in anderen Familienformen (z.B. in einem Heim oder in einer betreuten Wohngruppe).

Abb. 1. Familienverhältnisse im "hauptsächlichen" Zuhause (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Wie aus Abb. 1 zudem deutlich wird, finden sich an Hauptschulen häufiger Kinder und Jugendliche von allein Erziehenden als an Gymnasien (22% versus 12%).

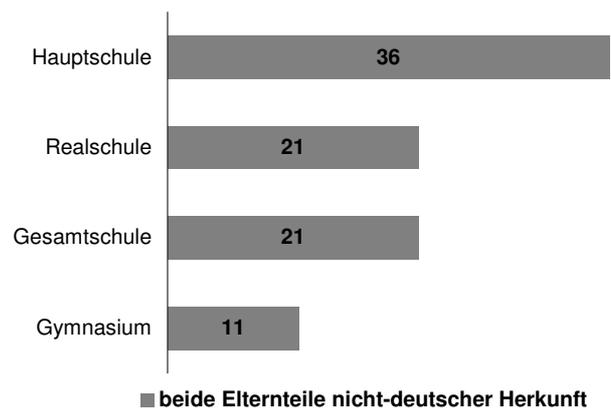
Insgesamt gaben 15,9% der befragten Kinder und Jugendlichen an, neben ihrem „hauptsächlichen“ Zuhause auch noch ein „zweites“ Zuhause zu haben. Dabei ist die Aufenthaltsdauer in dem zweiten Zuhause unterschiedlich. Sie variiert von „so gut wie nie“ bis hin zu „etwa der Hälfte der Zeit“. In der großen Mehrheit lebt im „zweiten“ Zuhause der leibliche Vater.

Migration

Um mehr über den kulturellen Hintergrund der Schülerinnen und Schüler zu erfahren, wurde die Herkunft der Eltern erfragt. Bei 19,6% der Jugendlichen stammen beide Elternteile aus einem anderen Land als Deutschland. Bei weiteren 9,5% stammte ein Elternteil aus dem Ausland.

In Abb. 2 ist die Verteilung von Schülerinnen und Schülern mit beiden Elternteilen nicht-deutscher Herkunft nach Schulform aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich in der Hauptschule wesentlich mehr Kinder und Jugendliche finden, bei denen beide Eltern aus dem Ausland kommen (36%), als an den Gymnasien (11%).

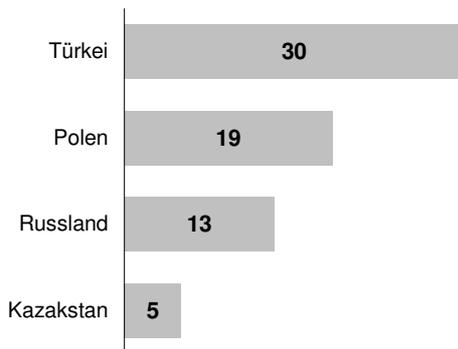
Abb. 2. Schülerinnen und Schüler mit ausländischen Eltern (beide Elternteile) (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Abb. 3 liefert eine Übersicht über Herkunftsländer von Eltern nicht-deutscher Herkunft. Berücksichtigt wurden hier nur die Angaben, die mit mehr als 5% in der Stichprobe vertreten waren. Mit 30,4% stellen türkische Eltern die größte Gruppe der ausländischen Eltern. Weitere häufig genannte Herkunftsländer sind Polen (18,6%) und Russland (13,4%).

Abb. 3. Prozentualer Anteil der Eltern aus nicht-deutschen Herkunftsländern (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Berufstatus und familiärer Wohlstand

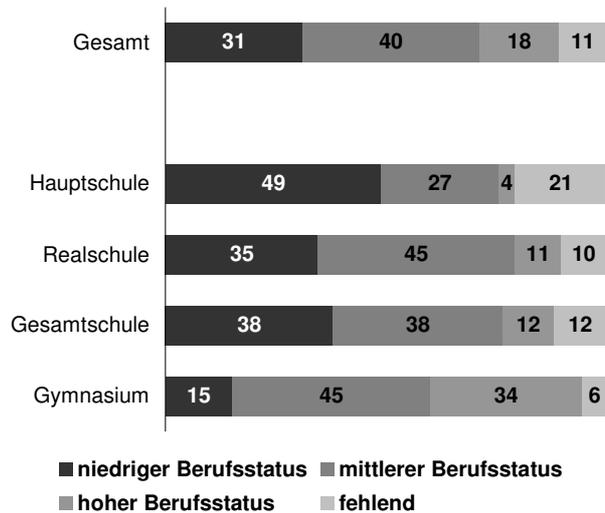
Der sozioökonomische Status (SES) der Familien ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Die Aussage „Wer arm ist, muss früher sterben“ löst besondere Betroffenheit aus, wenn sie auf Kinder und Jugendliche bezogen wird, denn diese sind den sozialen Verhältnissen, d.h. den Lebensbedingungen und Lebensumwelten, in denen sie aufwachsen, mehr oder weniger ausgeliefert (Lampert et al. 2005, Richter 2005).

Der SES der Schülerinnen und Schüler wurde für diese Auswertung zunächst am Berufsstatus des Haushaltsvorstandes (in der Regel der Vater) charakterisiert. Die an der HBSC-Studie teilnehmenden Länder waren aufgefordert, die Angaben zur beruflichen Tätigkeit der Eltern in fünf Kategorien einzuteilen. In Deutschland wurde dazu der „International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI)“ herangezogen. Mit Hilfe der ISEI-Skala wurde jedem nach ISCO-88 klassifizierten Beruf ein SES-Score zugewiesen. In die Gruppe mit einem hohen beruflichen Status fanden Unternehmer-

Innen oder AkademikerInnen in gehobener, führender Position, welche sich durch ein wahrscheinlich überdurchschnittliches Einkommen auszeichnen, Eingang. In der Gruppe mit einem niedrigen Status sind z.B. ungelernete Arbeiter und einfache Tätigkeiten zusammengefasst.

Wie Abb. 4 aufzeigt, hat in der Hauptschule fast jedes zweite Kind Eltern mit einem niedrigen Berufsstatus. Auch die Anzahl fehlender Angaben ist in dieser Gruppe sehr hoch (21%). Im Gegensatz dazu haben an Gymnasien nur 15% der Schülerinnen und Schüler Eltern mit einem niedrigen Berufsstatus.

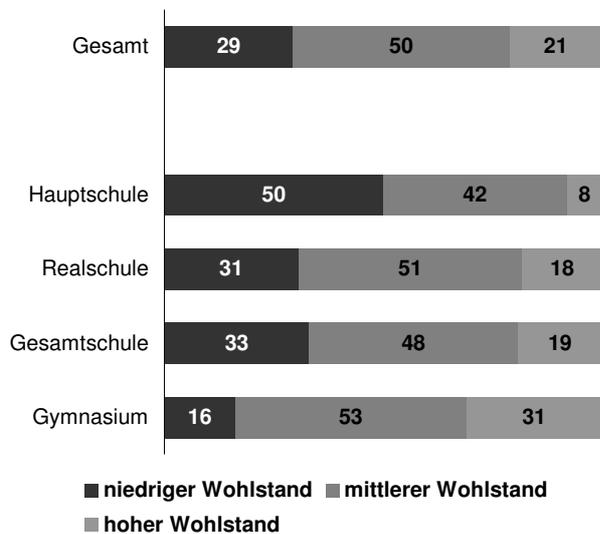
Abb. 4. Berufsstatus der Eltern (Haushaltsvorstand) nach Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Aufgrund der bekannten Schwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen, den Beruf ihrer Eltern zu bestimmen, wurde zusätzlich eine Skala des familiären Wohlstands herangezogen, die als indirektes Maß für den sozioökonomischen Status gelten kann. Hierbei ging es um die Anzahl der Autos in der Familie, das Vorhandensein eines eigenen Zimmers, die Anzahl an Urlaubsreisen mit der Familie und die Anzahl der Computer, die die Familie besitzt. Diese Angaben wurden zu einem Index zusammengefasst und anschließend in drei Gruppen klassifiziert (niedriger, mittlerer und hoher familiärer Wohlstand).

Abb. 5. Wohlstandsniveau nach Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Auch hier zeigt sich deutlich, dass der familiäre Wohlstand mit sinkendem Schultyp deutlich abnimmt (Abb. 5). In der Hauptschule berichten 50% über einen niedrigen Wohlstand, dagegen sind es im Gymnasium lediglich 16% der Schülerinnen und Schüler.

4 Der Gesundheitszustand der 11- bis 15-Jährigen in NRW

4.1 Körperliche Gesundheit

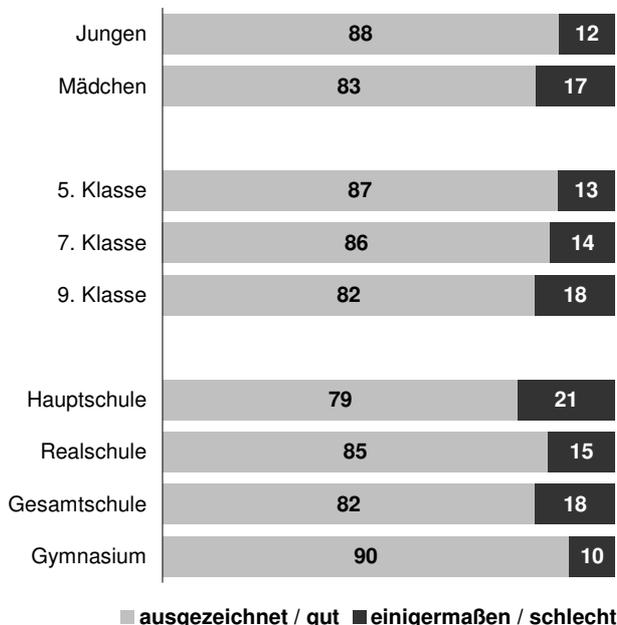
Die meisten Statistiken über die epidemiologische Verbreitung klassischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter zeigen weiterhin sinkende Raten oder haben bereits ein Niveau erreicht, das selbst durch intensive medizinische Bemühungen nicht weiter zu reduzieren ist (Richter 2003, Robert Koch-Institut 2004). In Bezug auf akute, lebensbedrohliche Erkrankungen ist das Gesundheitsrisiko für Kinder und Jugendliche in Westeuropa heute bis auf ein Minimum reduziert. Selbst angeborene Fehlbildungen und genetische Defekte können zum großen Teil so behandelt werden, dass die Betroffenen eine größtmögliche Lebenserwartung und Lebensqualität erreichen können.

Ein wachsender Anteil junger Menschen ist aber von chronischen Erkrankungen betroffen. Ebenso sind es verschiedene psychosomatische Reaktionen, die sich aus unbewältigtem Stress in der Lebenswelt der jungen Menschen ergeben, und sich als zum Teil stark beeinträchtigende Befindlichkeitsstörungen bemerkbar machen. Hinzu kommt, dass gerade in dieser Lebensphase unfallbedingte Verletzungen eine zentrale Rolle spielen.

Selbsteinschätzung der Gesundheit

In einem ersten Schritt wird zunächst untersucht, wie die Kinder und Jugendlichen ihren allgemeinen Gesundheitszustand selbst einschätzen. Dazu wurden sie in der HBSC-Studie gebeten, ihren Gesundheitszustand mit den vorgegebenen Antwortkategorien „ausgezeichnet“, „gut“, „einigermaßen“ und „schlecht“ zu beschreiben. Die Antwortkategorien wurden zusammengefasst in „ausgezeichnet/gut“ und „einigermaßen/schlecht“.

Abb. 6. Allgemeiner Gesundheitszustand nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Insgesamt schätzen 85,2% aller Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet bzw. gut

ein, was als gutes Ergebnis gewertet werden kann. Dennoch beschreiben 14,8% aller Kinder und Jugendlichen ihren Gesundheitszustand als einigermaßen oder schlecht (siehe Abb. 6). Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Gruppe einem größeren globalen gesundheitlichen Risiko unterliegt. Jungen schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich positiver ein als Mädchen. Mit zunehmenden Alter nimmt zudem der Anteil derjenigen zu, die ihren Gesundheitszustand als negativ beurteilen. Beim Vergleich der einzelnen Schulformen finden sich die höchsten Raten einer negativen Selbsteinschätzung der Gesundheit in der Hauptschule (21%). Die subjektiv „gesündesten“ Schülerinnen und Schüler finden sich an Gymnasien, deren negative Selbsteinschätzung der Gesundheit lediglich bei 10% liegt.

Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen stellen sich im Jugendalter als ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar. Das Krankheitsgeschehen bei jungen Menschen ist zwar weiterhin überwiegend geprägt von Infektionen und Unfallverletzungen, allgemein ist jedoch ein deutlicher Anstieg chronischer Erkrankungen gerade unter Kindern und Jugendlichen festzustellen (Robert Koch-Institut 2004).

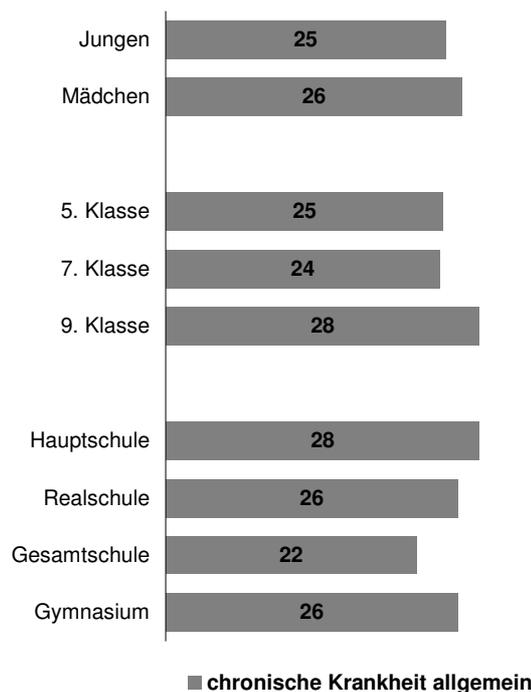
Chronische Erkrankungen sind persistierende Erkrankungen, die in der Regel funktionelle Einschränkungen der Alltagsaktivitäten und der sozialen Rollen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen mit sich bringen (Stein et al. 1993). Der Umgang mit einer chronischen Erkrankung unterscheidet sich in vielen Bereichen von dem einer akut verlaufenden Krankheit. Die Betroffenen müssen lernen, mit der Krankheit und ihren Einschränkungen zu leben. Häufig kommt es zu gravierenden Beeinträchtigungen im Alltag und einem Bedarf an Hilfe im familiären, Bildungs- und sozialen Bereich.

In der HBSC-Studie wurden chronische Erkrankungen über folgende Fragen erfasst. Zum einen wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, ob sie eine lang andauernde bzw. chronische Krankheit oder Behinderung (wie z.B. Diabetes, Arthritis, Kinderlähmung, Allergie) haben, die

von einem Arzt festgestellt wurde. Weiter wurde gefragt, ob sie wegen der chronischen Krankheit oder Behinderung Medikamente nehmen, und ob sich die Krankheit auf die Anwesenheit oder Beteiligung am Unterricht auswirkt.

Von den 4.324 Befragten in NRW geben insgesamt 25,5% der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler an, eine chronische Erkrankung oder Behinderung zu haben. Dabei sind keine geschlechtspezifischen Unterschiede zu verzeichnen (siehe Abb. 7). Interessanterweise finden sich kaum Unterschiede nach Klassenstufe oder Schulform.

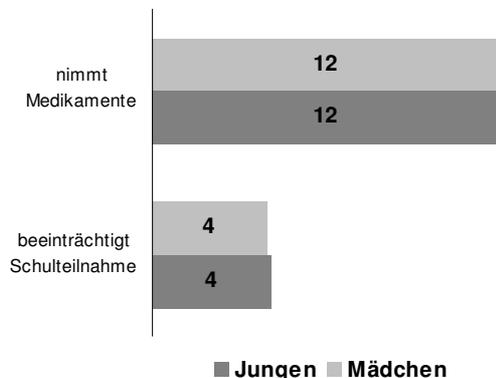
Abb. 7. Chronische Krankheiten allgemein nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Abb. 8 zeigt wie viel Prozent der Schülerinnen und Schüler in NRW eine chronische Krankheit haben, die medikamentös behandelt wird und den Anteil derjenigen, die durch ihre chronische Krankheit oder Behinderung an der Schulteilnahme beeinträchtigt werden.

Abb. 8. Prävalenz chronischer Krankheiten, die mit Medikamenten behandelt werden und die Teilnahme an Unterricht/Schule beeinträchtigen nach Geschlecht (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Die Ergebnisse zeigen, dass 12% aller 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen unter einer chronischen Krankheit leiden, die mit Medikamenten behandelt werden muss. 4% der Kinder und Jugendlichen haben wiederum eine so schwere chronische Erkrankung, dass sich die Krankheit auf die Teilnahme/Anwesenheit in der Schule auswirkt. In beiden Fällen zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede.

Unfälle und Verletzungen

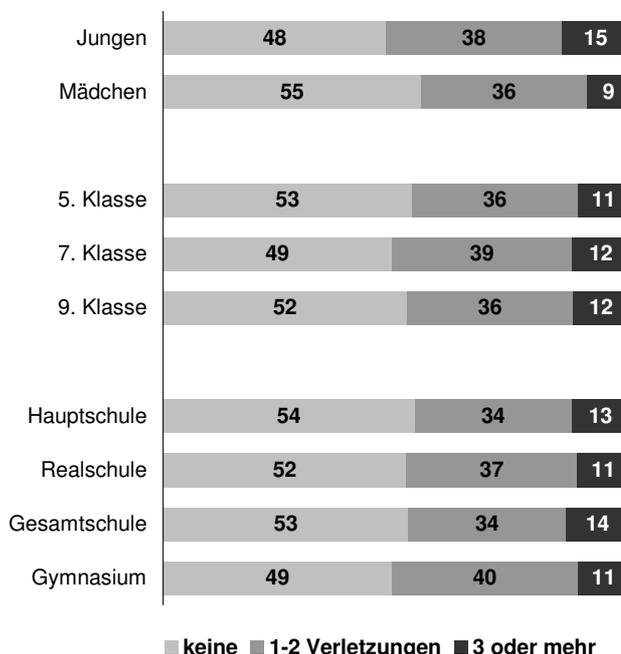
Unfälle und die daraus resultierenden Verletzungen nehmen eine zentrale Rolle im Krankheitsgeschehen in der Adoleszenz ein (Seifert 2002). In keiner anderen Phase des Lebens ist das Unfall- bzw. Verletzungsrisiko so hoch wie im Kindes- und Jugendalter. Verletzungen haben in der letzten Hälfte des 20. Jahrhunderts in einigen Ländern Infektionskrankheiten in ihrer Häufigkeit als Todesursache bei der jungen Bevölkerung überholt. Gerade im Sportbereich kommt es häufig zu behandlungsbedürftigen Verletzungen.

In der HBSC-Studie wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie häufig sie sich innerhalb der letzten 12 Monate verletzt haben und deswegen von einem Arzt oder einem Sanitäter behandelt werden mussten. Zu diesen Verletzungen zählten ebenso Verbrennungen und Vergiftungen, jedoch keine Erkrankungen. Es gab

folgende Antwortmöglichkeiten: „Ich hatte keine Verletzungen in den letzten 12 Monaten“, „1 mal“, „2 mal“, „3 mal“, und „4 mal oder häufiger“.

Von allen befragten Schülerinnen und Schülern berichten 51,5%, dass sie im letzten Jahr keine behandlungsbedürftige Verletzungen erlitten haben. Aus Abb. 9 wird ersichtlich, dass Mädchen über weniger Unfälle berichten als Jungen. So geben 15% der Jungen und 9% der Mädchen an, dass sie in den letzten 12 Monaten drei oder mehr behandlungsbedürftige Verletzungen gehabt haben. Dies kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass Jungen eher Sportarten mit größerem Verletzungsrisiko ausüben. Zwischen den Klassenstufen und Schulformen gibt es hinsichtlich der Verletzungshäufigkeit keine signifikanten Unterschiede.

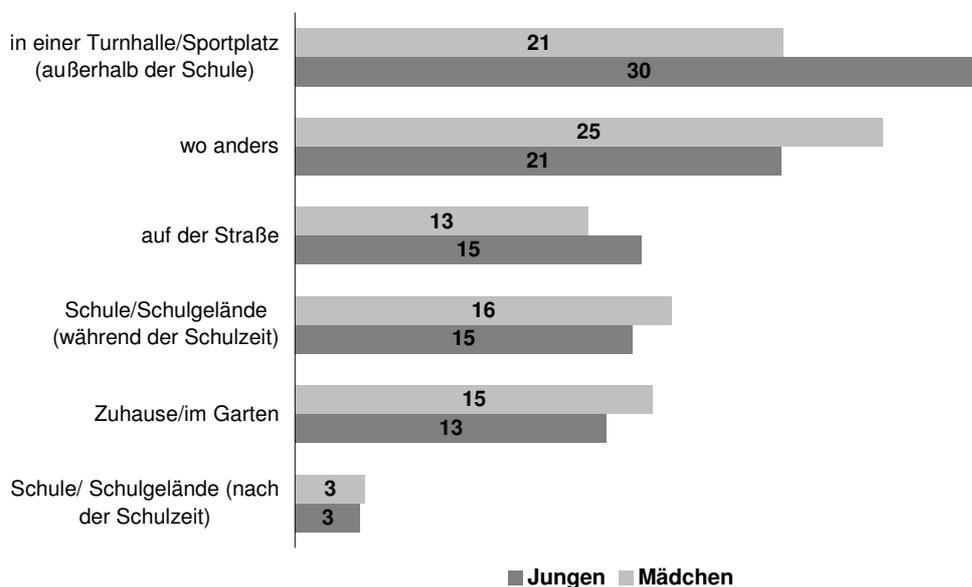
Abb. 9. Verletzungen allgemein nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

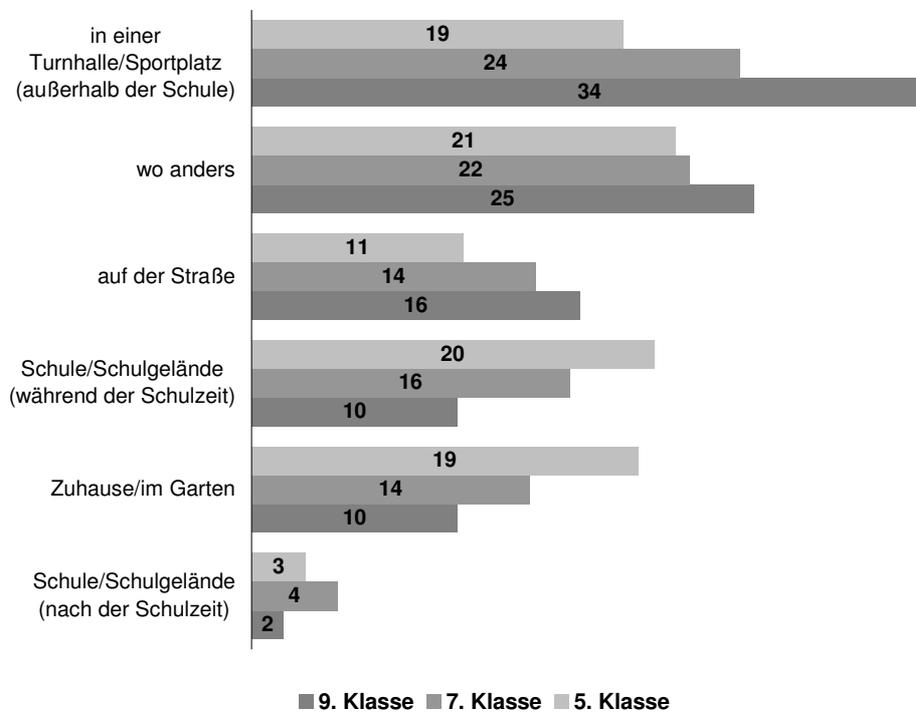
Die Kinder und Jugendlichen wurden ebenfalls danach gefragt, an welchem Ort sie waren als die *schwerste* ihrer Verletzungen aufgetreten ist. In Abb. 10 und 11 sind die Häufigkeiten getrennt nach Geschlecht und Klassenstufe aufgeführt.

Abb. 10. Ort der schwersten Verletzung in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (%)



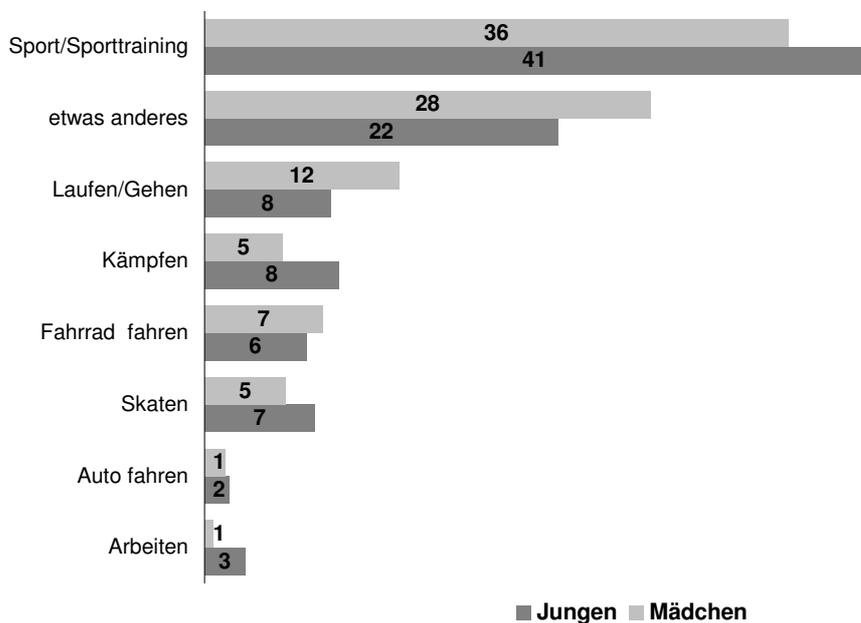
Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Abb. 11. Ort der schwersten Verletzung in den letzten 12 Monaten nach Klassenstufe (%)



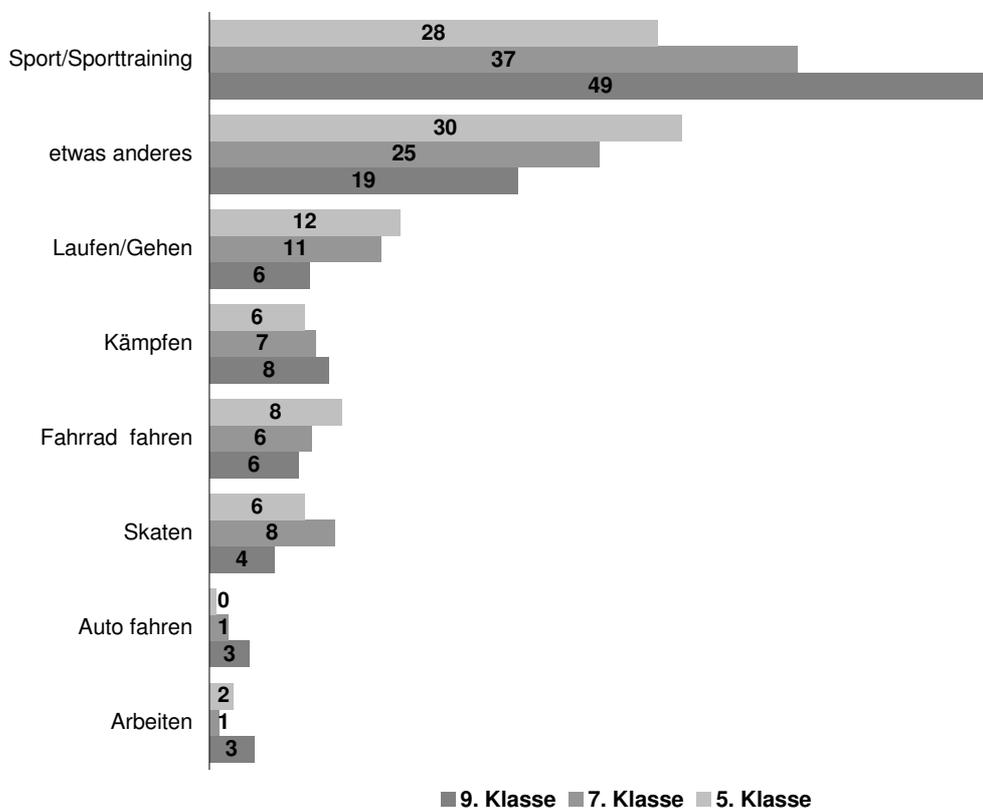
Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Abb. 12. Aktivität bei der schwersten Verletzung in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Abb. 13. Aktivität bei der schwersten Verletzung in den letzten 12 Monaten nach Klassenstufe (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Am häufigsten traten Verletzungen auf, die sich die Schülerinnen und Schüler in einer „Turnhalle/Sportplatz (außerhalb der Schule)“ zugezogen hatten, gefolgt von der Kategorie „wo anders“ und „auf der Straße“ (siehe Abb. 10). Am seltensten trat die Verletzung in der Schule/auf dem Schulgelände nach der Schulzeit auf. Allgemein fällt auf, dass bei Mädchen Verletzungen häufiger Zuhause/im Garten und an anderen, nicht erfassten Orten (Kategorie „wo anders“) auftreten. Jungen verletzen sich dagegen häufiger in der Turnhalle bzw. auf dem Sportplatz und auf der Straße.

Wie aus Abb. 11 deutlich wird, gehen Verletzungen im Rahmen des Schulumfeldes (während der Schulzeit) und im elterlichen Zuhause mit dem Alter zurück, während Verletzungen „auf der Straße“, „wo anders“ und „auf dem Sportplatz/Turnhalle“ mit steigendem Alter zunehmen.

Daneben wurden die Kinder und Jugendlichen auch gefragt, was sie gerade gemacht haben als diese schwerste Verletzung aufgetreten ist. Als Antwortmöglichkeiten wurden verschiedene Aktivitäten aufgeführt, die in Abb. 12 und 13 getrennt nach Geschlecht und Klassenstufe dargestellt sind. Die drei am häufigsten genannten Aktivitäten waren „Sport/Sporttraining“, „etwas anderes“ und „Laufen/Gehen“. Weit über 30% geben an, dass die Verletzung beim Sport auftrat. Seltener genannt wurden: Auto fahren, Kämpfen, Arbeiten, Skaten und Fahrrad fahren. Wie bereits bei der Frage nach dem Ort der Verletzung finden sich auch hier wieder prägnante Alterseffekte. Sportverletzungen nehmen mit dem Alter ebenso zu wie Verletzungen beim Arbeiten und Autofahren. Verletzungen, die der Kategorie „etwas anderes“ zugeordnet wurden, nehmen mit zunehmendem Alter ab. Gleiches gilt für Verletzungen beim Laufen/Gehen und Fahrrad fahren.

Body-Mass-Index

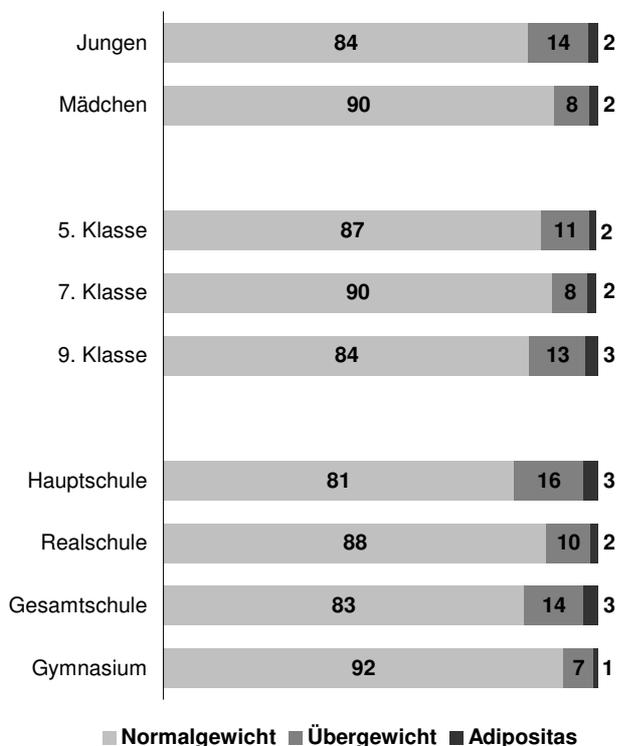
Ein weiterer wichtiger Indikator der körperlichen Gesundheit ist der Body-Mass-Index, der Aussagen über das Über- und Untergewicht der Kinder und Jugendlichen erlaubt. Übergewicht/Adipositas ist in dieser Altersgruppe eine

bedeutende Gesundheitsstörung, der bis vor kurzem nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Die Prävalenz von Übergewicht nimmt in allen Industrienationen zu, in Deutschland sind je nach Definition 10-20% aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig. Die Ursachen hierfür sind multifaktoriell und bestehen u.a. in sich verändernden Lebensbedingungen (übermäßige Zufuhr von kalorien- und fettreicher Nahrung, körperliche Inaktivität), die auf dem Boden einer genetischen Veranlagung wirksam werden und zur Zunahme der Fettmasse des Körpers führen.

Der Krankheitswert der Adipositas im Kindes- und Jugendalter ergibt sich zum einen aus der funktionellen und individuellen Einschränkung sowie der psychosozialen Beeinträchtigung, die damit verbunden sein kann. Zum anderen haben Kinder und Jugendliche mit Adipositas eine höhere Komorbidität als Normalgewichtige und haben darüber hinaus ein deutlich erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko im Erwachsenenalter (Böhm et al. 2002).

Da die Schülerinnen und Schüler in der HBSC-Studie auch nach ihrem Gewicht und ihrer Körpergröße gefragt wurden, lässt sich aus diesen Angaben der individuelle Body-Mass-Index [$BMI = \text{Körpergewicht} / \text{Körperhöhe}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$] berechnen. Während für Erwachsene allgemein anerkannte Grenzwerte für Unter-, Normal- und Übergewicht vorliegen, lassen sich für Kinder und Jugendliche keine festen Werte festlegen, da sich das Größen-Gewichtsverhältnis in der Wachstumsphase stark verändert. Zur Bestimmung von Über- und Untergewicht müssen daher alters- und geschlechtsspezifische Werte Anwendung finden. In der vorliegenden Untersuchung wurden die internationalen Referenzwerte nach Cole et al. (2000) herangezogen, um die Daten später auch mit den internationalen HBSC Daten vergleichen zu können. Die Daten wurden anschließend getrennt in die Kategorien „normalgewichtig“, „übergewichtig“ und „adipös“. Diese beiden letzten Gruppen korrespondieren dabei mit den BMI Werten von 25,0-29,9 und ≥ 30 im Erwachsenenalter.

Abb. 14. Body-Mass-Index nach Geschlecht, Klassenstufe, und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

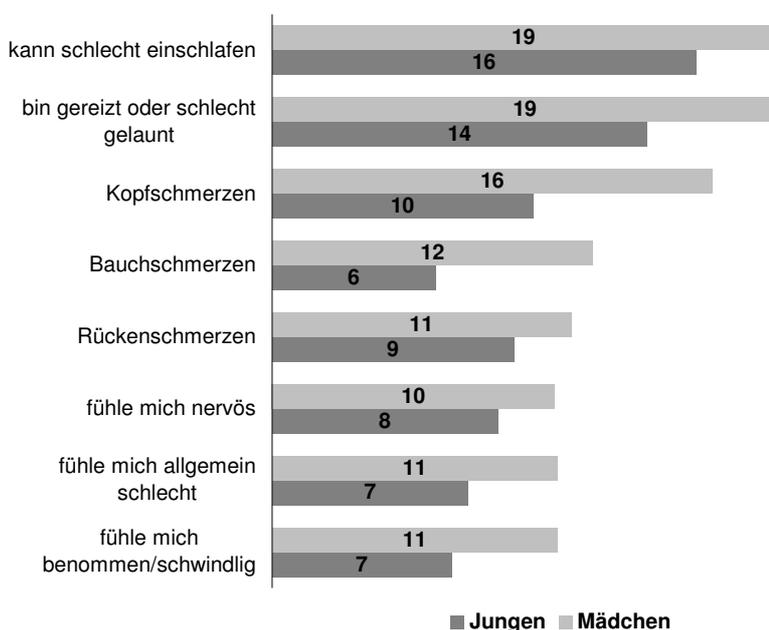
Die Ergebnisse zeigen, dass insgesamt 13,7% der Jungen und 8,3% der Mädchen nach den hier verwendeten Kriterien übergewichtig sind (siehe Abb. 14). Weitere 2,3% der Jungen und 1,9% der Mädchen müssen als stark übergewichtig (adipös) bezeichnet werden. Mit dem Alter der Jugendlichen nimmt die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas leicht zu. Schülerinnen und Schüler an Hauptschulen weisen deutlich häufiger Übergewicht/Adipositas auf, als Schülerinnen und Schüler an Gymnasien (19% versus 8%).

4.2 Psychosoziale Gesundheit

Angesichts der vergleichsweise geringen Prävalenz chronisch-körperlicher Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter kommt gesundheitlichen Störungen im Bereich der psychosozialen Gesundheit und des Wohlbefindens eine wichtige Rolle zu (Ravens-Sieberer et al. 2001, Richter 2005). Indikatoren der psychosozialen Gesundheit in der Adoleszenz sind aus einem weiteren Grund von besonderer Bedeutung. Die bisher beschriebenen Gesundheitsindikatoren vermitteln nur ein eingeschränktes Bild der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen, weil sie traditionell eher „medizinlastig“ sind und sich vor allem am negativen Pol des Gesundheits-/Krankheitskontinuums orientieren. In den folgenden Kapiteln wird näher auf die psychosomatische und psychische Gesundheit eingegangen, da gerade die positiven Dimensionen von Gesundheit und Wohlbefinden für diese Bevölkerungsgruppe von besonderer Relevanz sind. Nur so lässt sich ein angemessenes Bild der gesundheitlichen Situation dieser Altersgruppe zeichnen. Folgende Bereiche werden genauer betrachtet: psychosomatische Beschwerden, gesundheitsbezogene Lebensqualität und allgemeine Lebenszufriedenheit.

Psychosomatische Beschwerden

Obwohl das Jugendalter eine vergleichsweise gesunde Lebensphase ist und Jugendliche ihre Gesundheit überwiegend als gut oder sehr gut bezeichnen, werden vielfältige, subjektiv empfundene, gesundheitliche Beeinträchtigungen evident, sobald nach spezifischen Symptomen befragt wird. Hierzu gehören beispielsweise regelmäßige Kopfschmerzen, Verspannungen und Schmerzen im Rücken und Schultern, sowie Angstgefühle, Schlafstörungen und Müdigkeit.

Abb. 15. Psychosomatische Beschwerden (täglich oder mehrmals in der Woche) nach Geschlecht (%)

Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden wurden in der HBSC-Studie erfasst, indem die Kinder und Jugendlichen gebeten wurden anzugeben, wie oft sie in den letzten 6 Monaten Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Rückenschmerzen erlebt haben. Des Weiteren wurden sie gefragt, wie häufig sie sich allgemein schlecht gefühlt haben, gereizt oder schlecht gelaunt waren, schlecht einschlafen konnten, sich benommen oder schwindelig fühlten und nervös waren (Antwortmöglichkeiten: „fast täglich“, „mehrmals pro Woche“, „fast jede Woche“, „etwa 1 mal im Monat“, „selten oder nie“).

Wie die Ergebnisse zeigen (siehe Abb. 15), leiden die Kinder und Jugendlichen am häufigsten unter Einschlafproblemen. Etwa 16% der Jungen und 19% der Mädchen können täglich oder mehrmals in der Woche schlecht einschlafen. Eine vergleichbar hohe Anzahl an Schülerinnen und Schüler berichtet über Reizbarkeit/schlechte Laune oder Kopfschmerzen. Mit etwas Abstand folgen Rücken- und Bauchschmerzen. Bei etwa 9% bis 12% der Befragten treten diese Symptome mindestens mehrmals in der Woche auf.

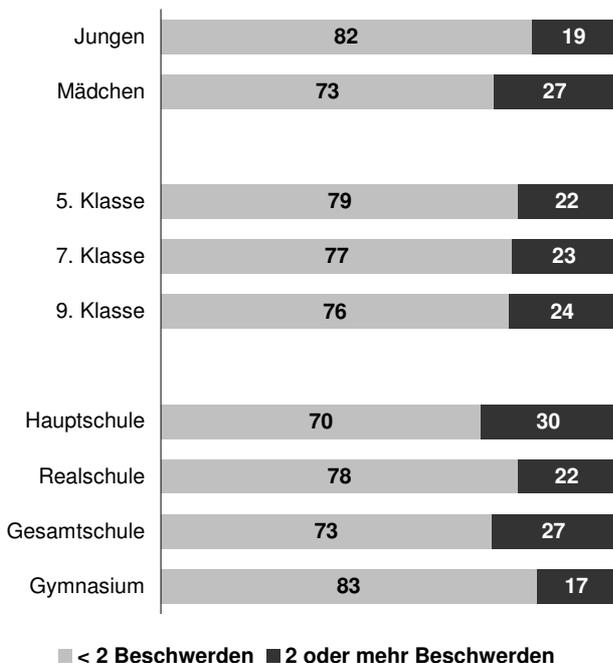
Am seltensten wird über ein allgemeines Unwohlsein, Nervosität und Schwindelgefühle berichtet. Alle psychosomatischen Beschwerden treten wesentlich häufiger bei Mädchen auf als bei Jungen. Am stärksten ausgeprägt ist der Geschlechtsunterschied bei Bauchschmerzen. Etwa doppelt so viele Mädchen wie Jungen berichten über mindestens wöchentlich auftretende Bauchschmerzen. Dieses Ergebnis dürfte im Wesentlichen auf die mit der Pubertät einsetzenden Menstruationsbeschwerden zurückzuführen sein.

Abb. 16 gibt die geschlechts- und altersspezifischen Häufigkeiten von multiplen, wiederholten psychosomatischen Beschwerden (2 oder mehr) in den letzten sechs Monaten wieder. Mädchen klagen insgesamt deutlich häufiger über 2 oder mehr mehrmals pro Woche oder täglich auftretende Beschwerden als Jungen. Etwa 19% der Jungen und 27% der Mädchen weisen zwei oder mehr mindestens wöchentlich auftretende Beschwerden auf.

Mit dem Alter nimmt die Anzahl wiederholter psychosomatischer Beschwerden zu. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen variieren zudem deutlich nach Schulform. Auch hier fällt

auf, dass die Raten multipler psychosomatischer Beschwerden unter Hauptschülern fast doppelt so hoch sind wie unter Gymnasiasten.

Abb. 16. Multiple psychosomatische Beschwerden nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

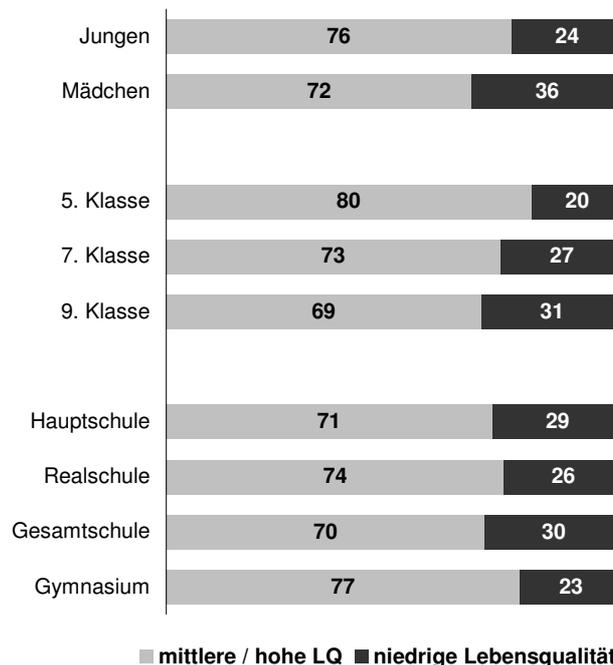
Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat als Beurteilungsmaß der allgemeinen Gesundheitseinschätzung 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 allgemeinen Einblick in die subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bieten (Ravens-Sieberer et al. 2005).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde erfasst, indem die Schülerinnen und Schüler für die letzte Woche angeben sollten, ob sie sich „fit und wohl gefühlt haben“, „voller Energie gewesen sind“, „sich traurig gefühlt haben“, „sich einsam gefühlt haben“, „genug Zeit für sich selbst hatten“, „sie Dinge in ihrer Freizeit machen konnten, die sie tun wollten“, „die Eltern sie gerecht behandelt haben“, „sie Spass

mit ihren Freunden hatten“, „in der Schule gut zurechtgekommen sind“ und „gut aufpassen konnten“. Aus diesen Angaben wurde ein globaler Messwert für die gesundheitsbezogene Lebensqualität gebildet und in „niedrige“ vs. „mittlere/hohe“ Lebensqualität aufgeteilt. Die Ergebnisse sind in Abb. 17 dargestellt.

Abb. 17. Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigt sich ein ähnliches Bild wie für psychosomatische Beschwerden. Mädchen berichten häufiger über eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Jungen. Mit zunehmendem Alter steigen auch hier die Raten derjenigen an, die über eine niedrige Lebensqualität berichten. Hauptschüler geben zudem häufiger als Gymnasiasten an, eine negative gesundheitsbezogene Lebensqualität zu besitzen - auch wenn die Unterschiede hier nicht so deutlich sind wie bei psychosomatischen Beschwerden.

Lebenszufriedenheit

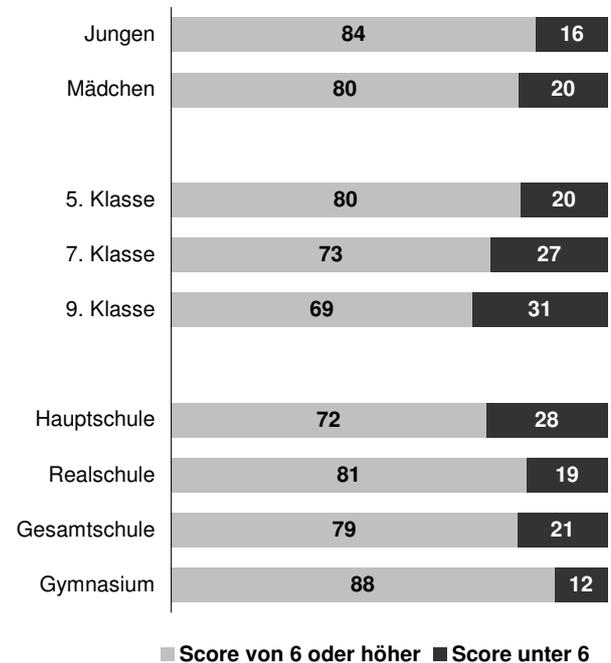
Ein ebenso wichtiger Indikator für die psychosoziale Gesundheit ist die allgemeine Lebenszufriedenheit. In der vorliegenden Studie wurde die Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler mit der so genannten Cantrill Leiter erhoben. Dieser Indikator basiert auf der grafischen Darstellung einer Leiter mit 11 Sprossen. Die erste Sprosse stellt dabei das denkbar schlechteste Leben dar, während die zehnte Sprosse das denkbar beste Leben darstellt. Ein Score von 6 oder höher wurde in den Analysen verwendet, um eine positive Lebenszufriedenheit anzuzeigen.

Abb. 18. Cantrill Leiter



In Bezug auf die allgemeine Lebenszufriedenheit hat die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen (85%) einen Wert über der Mitte der Cantrill Leiter angegeben, was für eine gute Lebenszufriedenheit spricht (siehe Abb. 19). Die Lebenszufriedenheit der befragten Schülerinnen und Schüler lag im Mittel zwischen der 7. und der 8. Sprosse der Cantrill Leiter. Lediglich 15% der Kinder und Jugendlichen kreuzten die untersten fünf Stufen der Leiter an, was darauf hinweist, dass sie mit ihrem Leben unzufrieden sind. Die unterste Sprosse wurde nur von fünf Personen gewählt. Mädchen berichteten etwas häufiger über eine niedrige Lebenszufriedenheit als Jungen. Mit dem Alter bzw. der Klassenstufe der Jugendlichen steigt auch die Unzufriedenheit mit dem Leben deutlich. Schülerinnen und Schüler an Gymnasien berichteten auch hier wieder häufiger über eine hohe Lebenszufriedenheit als Hauptschülerinnen und Hauptschüler (88% vs. 72%).

Abb. 19. Lebenszufriedenheit nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

5 Das Gesundheitsverhalten der 11- bis 15-Jährigen in NRW

Um die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung zu bestimmen, werden üblicherweise Daten über die Verteilung von Mortalität und (selbstberichteter) Morbidität ebenso wie der gesundheitlichen Versorgung herangezogen. Wie die Jugendgesundheitsforschung in den vergangenen Jahren aber deutlich gemacht hat, ermöglichen diese Daten alleine kein adäquates Abbild der gesundheitlichen Situation auch und gerade im Jugendalter (Kolip 1999, Irwin et al. 2002). Die gesundheitliche Lage einer Person kann sich ebenso durch gesundheitsrelevante Lebensstile, d.h. unterschiedliche Verhaltensmuster, Einstellungen und Ressourcen ausdrücken, die sich im täglichen Handeln von Personen äußern (Abel 1999). Das Gesundheitsverhalten kann dabei sowohl gesundheitsförderliche (z.B. gesunde Ernährung, viel Bewegung) als auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (wie etwa Substanzkonsum) umfassen.

Dementsprechend war es eines der Kernziele der HBSC-Studie, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Einstellungen bei Schülerinnen und Schülern zu erheben. Dem Gesundheitsverhalten kommt gerade im Kindes- und Jugendalter eine Schlüsselrolle zu, da in diesem Alter wichtige Verhaltensweisen ausgebildet werden, die zumeist lebenslang Gültigkeit behalten. Die gesundheitsrelevanten Alltagsroutinen stehen oftmals in direktem Zusammenhang zu akuten wie auch späteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, wie Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität und Ernährung, können die Gesundheit und das Wohlbefinden dementsprechend bereits im Jugendalter beeinflussen (Richter 2005).

5.1 Substanzkonsum

Tabakkonsum

Der Tabakkonsum ist eine der wichtigsten verhaltensbezogenen Krankheitsursachen. Gerade das Jugendalter ist für den Beginn des Rauchens eine der risikoreichsten Phasen des Lebenslaufs, da die überwiegende Mehrheit der rauchenden Erwachsenen mit einem regelmäßigen Konsum zwischen dem 14. und 17. Lebensjahr beginnt (Richter/Ottova 2006, Settertobulte/Richter 2007). Je früher Menschen mit dem Rauchen anfangen, desto ungünstiger ist deren Prognose hinsichtlich abhängigen Verhaltens und schwerwiegender körperlicher Folgeerkrankungen.

Zur Einschätzung der Häufigkeit des Rauchens, wurden die Schülerinnen und Schüler zunächst gefragt, ob sie schon einmal geraucht haben. Insgesamt haben 32,4% der befragten Schülerinnen und Schüler angegeben, schon einmal geraucht zu haben (ohne Abbildung). Dieses Ergebnis variiert stark nach Altersgruppen: Während in der 5. Klasse 9,9% schon einmal geraucht haben, sind es in der 9. Klasse bereits 55,8%, die schon einmal geraucht haben.

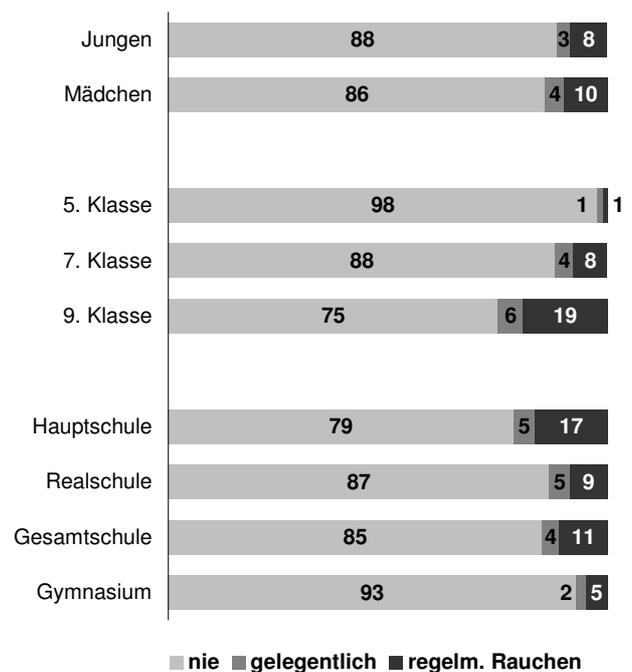
Zusätzlich wurde in der HBSC-Studie der aktuelle Konsum von Tabak über die Frage „Wie oft rauchst du zur Zeit?“ erfasst. Kinder und Ju-

gendliche, die angaben, mindestens einmal wöchentlich oder täglich zu rauchen, wurden dabei als „regelmäßige Raucher“ eingestuft. Diejenigen, die seltener als einmal pro Woche rauchen, gelten als „Gelegenheitsraucher“.

Aus Abb. 20 lässt sich entnehmen, dass 87% aller Schülerinnen und Schüler angeben, aktuell nicht zu rauchen. 3,7% können als Gelegenheitsraucher (weniger als einmal pro Woche) eingestuft werden. Zu den regelmäßigen Rauchern zählen 2,3%, die nicht täglich, aber mindestens einmal pro Woche rauchen sowie 6,8% der Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen.

Zwischen Jungen und Mädchen gibt es hinsichtlich des aktuellen Tabakkonsums keine Unterschiede. Tendenziell rauchen mittlerweile mehr Mädchen als Jungen. Der Anteil regelmäßig rauchender Schülerinnen und Schüler nimmt mit dem Alter deutlich zu. Besonders hoch ist der Anteil regelmäßig rauchender Schülerinnen und Schülern an Hauptschulen (17%), während es an Gymnasien lediglich 5% sind.

Abb. 20. Rauchen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Alkoholkonsum

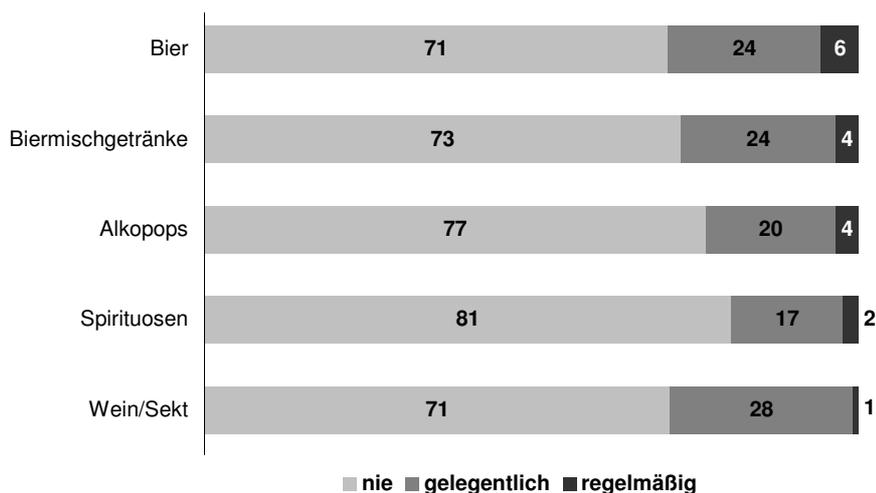
Neben Zigaretten ist Alkohol in unserer Gesellschaft eine weit verbreitete Alltagsdroge. Der Grundstein für einen gesundheitsgefährdenden Umgang mit Alkohol wird im Kindes- und Jugendalter gelegt (Kolip 1999). Trotz eindeutiger Bestimmungen zum Jugendschutz, ist der Alkoholkonsum bereits im frühen Jugendalter weit verbreitet. Hinzu kommen immer wieder neue alkoholische Getränke auf den Markt, die speziell für diese Zielgruppe hergestellt werden.

Im Rahmen dieser Studie wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie häufig sie verschiedene alkoholische Getränke zu sich nehmen (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen, Alkopops und Biermischgetränke). Die Frage war mittels einer 5-stufigen Antwortskala mit den folgenden Ausprägungen zu beantworten: „jeden Tag“, „jede Woche“, „jeden Monat“, „seltener als einmal pro Monat“ und „nie“. Für die Analysen wurden die Angaben zu täglichem und mindestens einmaligem wöchentlichem Konsum - analog zum Tabakkonsum - zu einer Kategorie „regelmäßiger Konsum“ zusammengefasst.

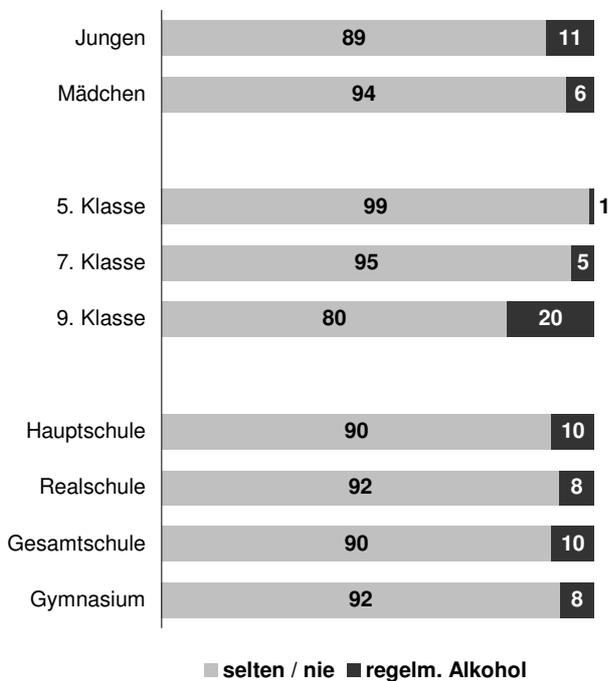
Wie aus Abb. 21 hervorgeht, wird von den 11- bis 15-Jährigen am häufigsten Bier regelmäßig konsumiert (6%), gefolgt von Biermischgetränken und Alkopops (jeweils 4%). Wein und Sekt zählen zu den Getränken, die eher gelegentlich, vermutlich zu bestimmten Festivitäten, wie etwa Geburtstagen, konsumiert werden.

Aus den verschiedenen Angaben wurde zudem ein Gesamtindex gebildet, in den die jeweils höchste Konsumhäufigkeit bei einem der genannten Getränke eingeht (siehe Abb. 22). Wie bereits aus den Ergebnissen zu den einzelnen Alkoholsorten deutlich wurde, trinken nur wenige 11- bis 15-Jährige regelmäßig Alkohol (9%). Männliche Jugendliche trinken jedoch häufiger regelmäßig Alkohol als weibliche Jugendliche. Der regelmäßige Konsum alkoholischer Getränke steigt zwischen der 5. und der 9. Klassenstufe von 1% auf 20% an. Unterschiede nach Schulform fanden sich nicht.

Abb. 21. Konsumierte Alkoholsorten bei 11- bis 15-Jährigen (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

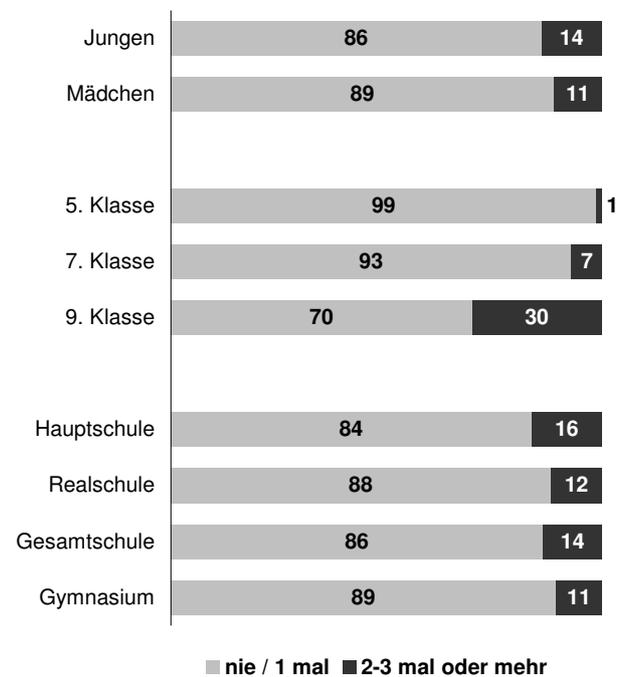
Abb. 22. Alkoholkonsum nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Rauscherfahrungen

Die Häufigkeit des regelmäßigen Konsums beschreibt jedoch noch nicht zwangsläufig den missbräuchlichen und schädlichen Umgang mit Alkohol. Regelmäßiger Konsum in kleinen Mengen ist vielmehr die Vorwegnahme eines normalen Verhaltens im Erwachsenenalter. Schädlicher, gesundheitsgefährdender Konsum ist dagegen durch die Häufigkeit von Trunkenheitserfahrungen bei den Kindern und Jugendlichen angezeigt.

Die Jugendlichen wurden daher gefragt, wie häufig sie bereits soviel Alkohol getrunken haben, dass sie einen Rausch hatten (Antwortmöglichkeiten: „nie“, „einmal“, „2 bis 3 mal“, „4 bis 10 mal“ und „öfter als 10 mal“). Für die vorliegende Auswertung wurde die Variable dichotomisiert und zwar in Kinder und Jugendliche, die zwei oder mehrmals betrunken waren und solche, die nur einmal oder nie betrunken waren. Dieser Grenzwert ist zwar willkürlich gewählt, markiert jedoch in gewisser Weise ein, sich aufbauendes, Konsummuster, das über den Genusskonsum hinausgeht.

Abb. 23. Rauscherfahrungen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

In Abb. 23 sind die Häufigkeiten von Trunkenheitsepisoden dargestellt. Die Daten zeigen, dass Jungen (14%) häufiger 2-3 mal im Leben betrunken waren als Mädchen (11%) und dass bereits in der 7. Klasse insgesamt 7% aller Jugendlichen wiederholt einen alkoholbedingten Rausch hatten. In der 9. Klasse gibt jeder dritte Jugendliche an, wiederholte Rauscherfahrungen gemacht zu haben. In Bezug auf Unterschiede nach Schulform zeigen sich kaum Unterschiede. Schülerinnen und Schüler an Hauptschulen berichten jedoch etwas häufiger über wiederholte Rauscherfahrungen als Realschüler und Gymnasiasten.

Cannabiskonsum

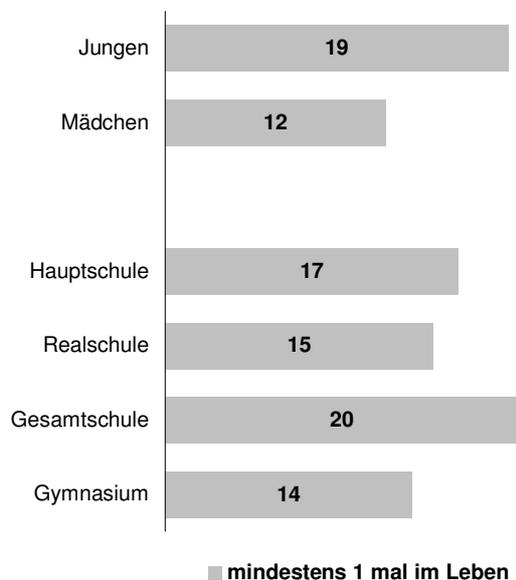
Das Angebot an psychoaktiven Substanzen hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich erweitert. Zusätzlich zu den legalen und in unserem Kulturkreis schon seit Jahrhunderten verbreiteten „Alltagsdrogen“ (Tabak und Alkohol), sind immer mehr neue Stoffe erhältlich, die teilweise ursprünglich als Arzneimittel entwickelt worden sind. Für das Jugendalter ist Cannabis die am

häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland (Freitag/Hurrelmann 1999).

In der HBSC-Studie wurden ausschließlich Jugendliche der 9. Klasse nach ihren Erfahrungen mit Cannabis befragt. Die Jugendlichen sollten dabei angeben, wie häufig sie 1) im Leben und 2) in den letzten 12 Monaten Cannabis genommen haben (Antwortvorgaben: „nie“, „ein- oder zweimal“, „3-5 mal“, „6-9 mal“, „10-19 mal“, „20-39 mal“, „40 mal und mehr“).

Im Gegensatz zum Gebrauch legaler Drogen zeigt sich, dass die Mehrzahl der befragten Jugendlichen bisher kaum Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat. Insgesamt gaben 19% der Jungen und 12% der Mädchen in der 9. Jahrgangsstufe an, jemals in ihrem Leben Cannabis genommen zu haben (Abb. 24). Betrachtet man die einzelnen Schulformen, so wird deutlich, dass Schülerinnen und Schüler an Gymnasien die geringsten Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben.

Abb. 24. Cannabiskonsum (jemals im Leben) nach Geschlecht und Schulform (nur Klasse 9) (%)

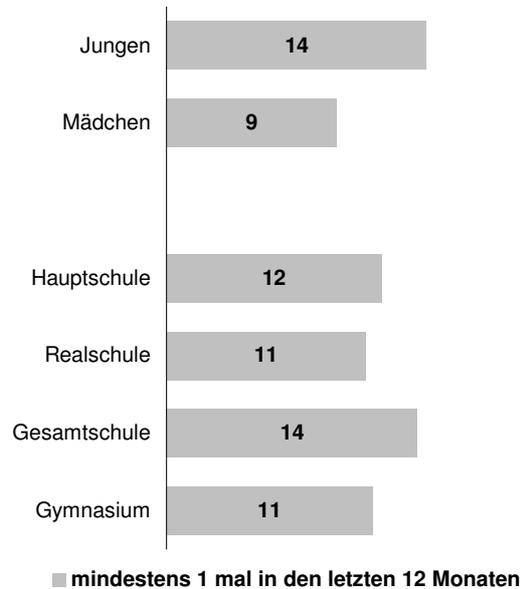


Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Ein vergleichbares Bild zeigt sich für den Cannabiskonsum im letzten Jahr (Abb. 25). 14% der Jungen und 9% der Mädchen haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal Cannabis konsumiert. Die schulformspe-

zifischen Unterschiede sind für diesen Indikator etwas schwächer ausgeprägt.

Abb. 25. Cannabiskonsum (im letzten Jahr) nach Geschlecht und Schulform (nur Klasse 9) (%)

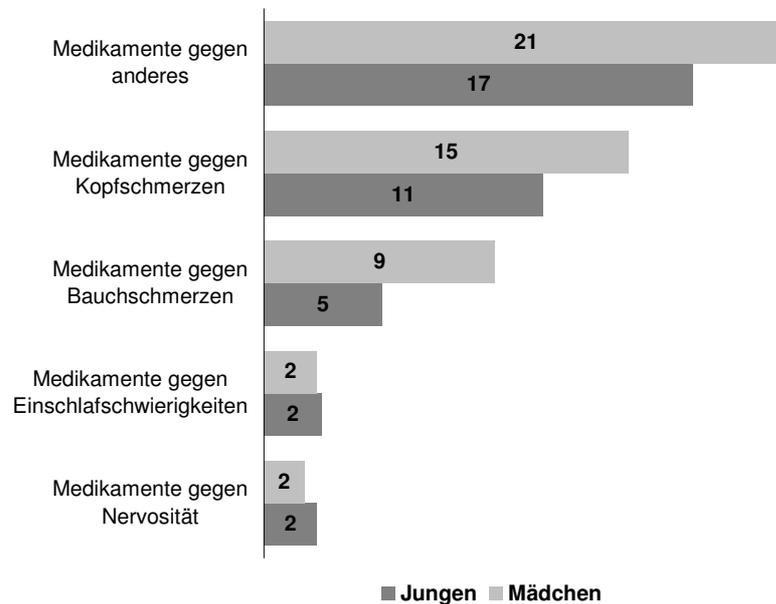


Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Medikamentenkonsument

Die Schülerinnen und Schüler wurden auch nach der Einnahme von Medikamenten (bzw. Tabletten) bei Beschwerden im letzten Monat gefragt.

In Abb. 26 sind die Ergebnisse der Medikamenteneinnahme bei allgemeinen Beschwerden nach Geschlecht dargestellt. Am häufigsten werden „Medikamente gegen Kopfschmerzen“ und „Medikamente gegen etwas anderes“ eingenommen. Dabei wird deutlich, dass bei fast allen Indikatoren der Mädchenanteil höher ist als der bei Jungen. Einzige Ausnahme sind Medikamente gegen Einschlafschwierigkeiten und Nervosität, wo sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen.

Abb. 26. Medikamentenkonsum im letzten Monat (nach Geschlecht) (%)

Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Medikamenteneinnahme unter Kindern und Jugendlichen durchaus hoch ist, vor allem vor dem Hintergrund, dass es sich hier um „alltägliche“ Beschwerden und nicht um chronische Krankheiten handelt. Immerhin nehmen 21% der Mädchen und 17% der Jungen Medikamente gegen „etwas anderes“ als die hier genannten Beschwerden ein. Kommen noch die „üblichen“ Beschwerden, wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Nervosität und Einschlafschwierigkeiten hinzu, so ist der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die Medikamenten einnehmen, beachtlich.

5.2 Körperliche Aktivität und Medienkonsum

Kinder und Jugendliche sind in der Regel körperlich aktiv. Das Ausmaß und die Formen körperlicher Bewegung reichen dabei von Umhergehen, Radfahren, Inlineskaten bis hin zu intensivem und leistungsorientiertem, sportlichen Training. Der natürliche Bewegungsdrang der Kinder und Jugendlichen wird allerdings im Verlauf der Sozialisation nachteilig beeinflusst. Schon im Kindergarten nimmt der Anteil der Beschäftigungen im Sitzen zu.

In der Schule wird spontane Bewegung, mit Ausnahme der Sportstunden, immer seltener. Bewegung und körperliche Aktivität sind der Freizeit vorbehalten. Möglicherweise gehört Sport deshalb nach wie vor zu den attraktivsten Freizeitbeschäftigungen. Insbesondere die „neuen“ Trendsportarten (z.B. Inlineskaten, Snowboard und Streetball) erfreuen sich einer zunehmenden Beliebtheit.

Dennoch wird es immer schwieriger sich körperlich aktiv zu betätigen. In unserer Gesellschaft wird die Kindheit und Jugend - gerade in größeren Städten - aus der natürlichen Umwelt stärker in die Wohnung verlegt. Alleine schon wegen der Gefahren, die den Kindern und Jugendlichen drohen (z.B. Verkehr und Gewalt), wird es immer schwieriger, außerhalb von Vereinen körperlich aktiv zu sein.

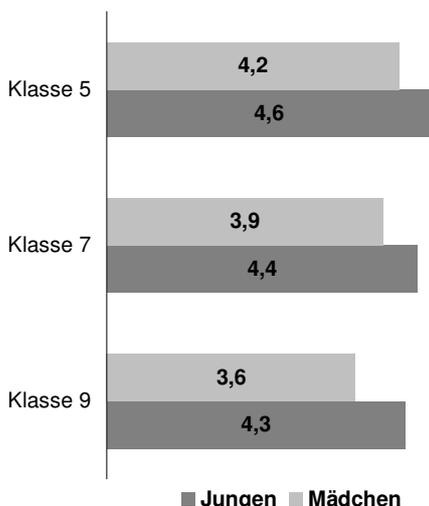
Körperliche Aktivität

Aktuelle Richtlinien, die speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt wurden, empfehlen eine körperliche Aktivität mit moderater oder erhöhter Intensität von insgesamt 60 Minuten an den meisten Tagen der Woche (Biddle et al. 1998, Prochaska et al. 2001).

Die körperliche Aktivität der Jugendlichen wurde in der HBSC-Studie mit Hilfe eines Index erfasst, der die Anzahl der Tage misst, an denen die Kinder und Jugendlichen während *der letzten 7 Tage* für mindestens 60 Minuten moderat bis intensiv körperlich aktiv waren. Der Index definiert körperliche Aktivität dabei allgemein als „körperliche Anstrengungen, die dazu führen, dass man außer Atem und ins Schwitzen kommt“. Ein Wert von sechs oder mehr Tagen in der Woche entspricht dabei den empfohlenen Richtlinien zur körperlichen Aktivität.

Abb. 27 zeigt, dass Sport bzw. körperliche Aktivität bei den Schülerinnen und Schülern eine wichtige Rolle spielt. Im Durchschnitt betreiben Jungen an 4 Tagen und Mädchen an 3 bis 4 Tagen in der Woche so intensiv Sport, dass sie dabei außer Atem oder ins Schwitzen geraten. Bei einem Vergleich über die einzelnen Klassenstufen wird deutlich, dass die durchschnittliche körperliche Aktivität mit zunehmender Klassenstufe sowohl bei Jungen als auch Mädchen abnimmt.

Abb. 27. Körperliche Aktivität in den letzten 7 Tagen nach Geschlecht und Klassenstufe (Mittelwert in Tagen)

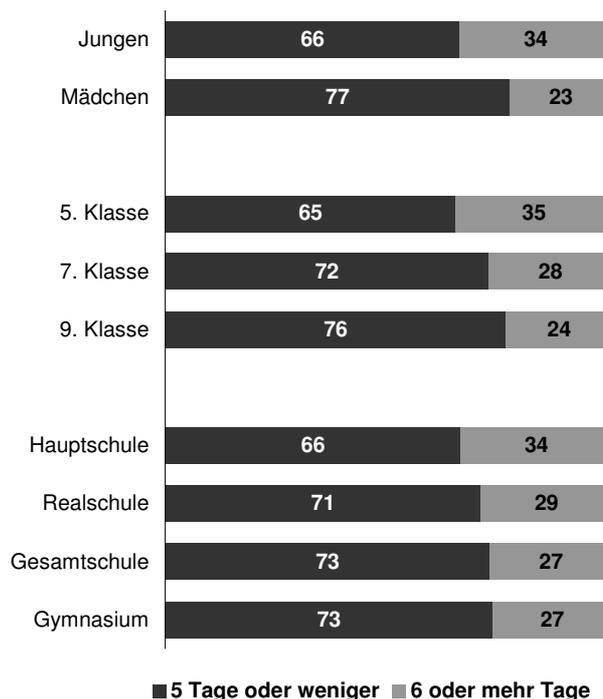


Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Zieht man die o.g. Richtlinie von optimaler körperlicher Aktivität an mindestens sechs Tagen in der Woche heran, so lässt sich feststellen, dass weniger als ein Drittel der Kinder und Ju-

gendlichen entsprechend den Richtlinien agieren (siehe Abb. 28). Dabei besteht ein großer Unterschied zwischen Jungen und Mädchen: Mädchen bewegen sich signifikant seltener als Jungen entsprechend der empfohlenen Richtlinie zur körperlichen Aktivität.

Abb. 28. Körperliche Aktivität an mindestens 6 Tagen in der Woche nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

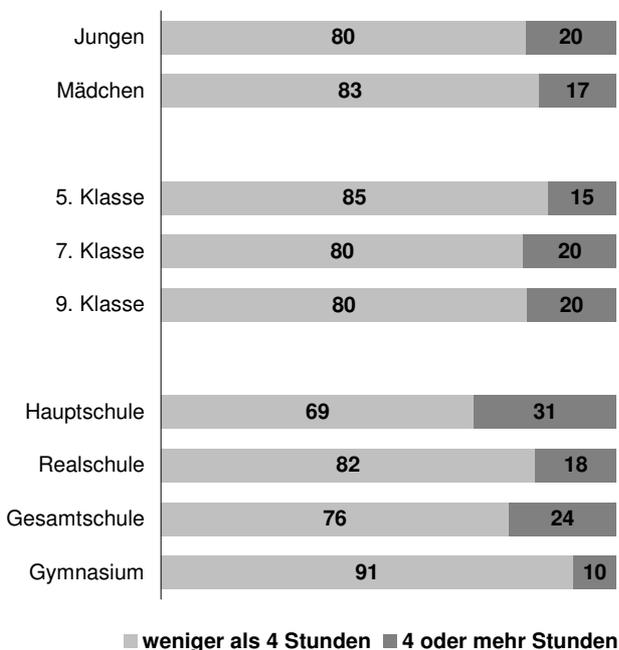
Die Ergebnisse zeigen, dass mit zunehmendem Alter die körperliche Aktivität abnimmt, und somit auch weniger Jugendliche den o.g. Richtlinien entsprechen. Eine Erklärungsmöglichkeit ist, dass die älteren Schülerinnen und Schüler weniger Zeit für sportliche Aktivitäten haben, da sie durch höhere schulische Anforderungen zeitlich stärker beansprucht werden. Eine andere Möglichkeit ist, dass die Schülerinnen und Schüler mehr Zeit mit „sitzenden“ Aktivitäten verbringen, d.h. mit Fernsehen oder mit Computerspielen. Die schulformspezifischen Unterschiede sind insgesamt eher gering. Dennoch wird deutlich, dass Hauptschüler interessanterweise am häufigsten entsprechend den Richtlinien körperlich aktiv sind.

Medienkonsum

Als zusätzlichen Indikator der körperlichen Aktivität wurde der Fernseh- und Videokonsum in die Studie einbezogen. Gerade da ein erhöhter Fernsehkonsum in einer engen Beziehung zum Konsum von Softdrinks und Süßigkeiten steht, kann exzessives Fernsehen und die daraus resultierende mangelnde körperliche Aktivität die Gefahr von Übergewicht verstärken (Todd/Curie 2004).

Die Schülerinnen und Schüler wurden gefragt, wie viele Stunden sie sich an Schultagen 1) mit Fernsehen und Videos und 2) mit dem Computer beschäftigen. Die möglichen Antwortkategorien waren: „nie“, „etwa eine halbe Stunde pro Tag“, „etwa eine Stunde“, „etwa zwei Stunden“ etc. ... bis „etwa 7 Stunden oder länger“. Diese Antworten wurden in zwei Kategorien „weniger als 4 Stunden pro Tag“ und „4 Stunden oder mehr pro Tag“ zusammengefasst.

Abb. 29. Fernsehkonsum an Wochentagen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

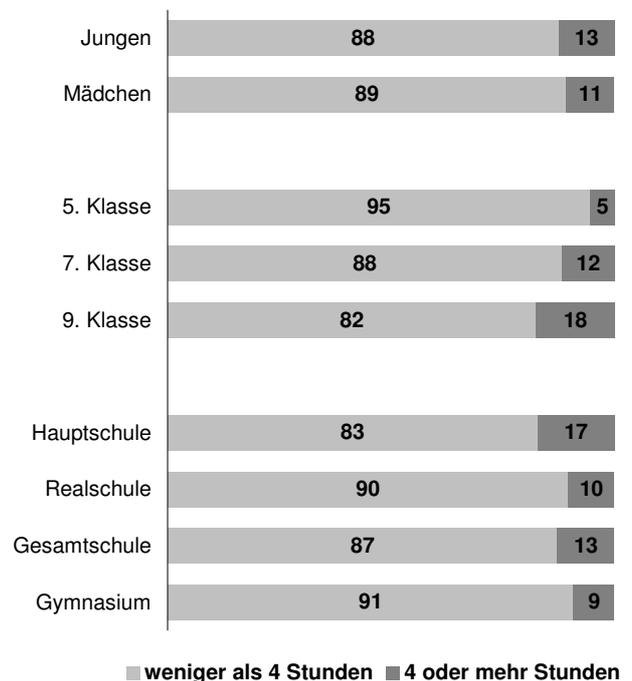


Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Die Ergebnisse in Abb. 29 zeigen, dass etwa 19% der Kinder und Jugendlichen vier oder mehr Stunden an Schultagen vor dem Fernseher verbringen. Die meiste Zeit vor dem Fernseher verbringen dabei Schülerinnen und Schüler der 7. und 9. Klassen. Differenziert nach Schulformen sind es in NRW vor allem die Schülerinnen und Schüler der Hauptschulen, die an Wochentagen 4 Stunden oder mehr vor dem Fernseher verbringen. Während in der Hauptschule 31% der Befragten einen exzessiven Fernsehkonsum aufweisen, sind es im Gymnasium nur 10%.

Auch in Bezug auf den Computer ist die allgemeine Nutzung in den letzten Jahren deutlich angestiegen. In Abb. 30 sind die Häufigkeiten exzessiver Computernutzung nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform dargestellt.

Abb. 30. Computernutzung an Wochentagen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Die Ergebnisse zeigen, dass die Raten lang andauernder Computernutzung (4 oder mehr Stunden) etwas niedriger sind als beim Fernsehkonsum. In etwa gleich viele Jungen wie Mädchen verbringen vier oder mehr Stunden vor dem Computer. Mit zunehmendem Alter der

Jugendlichen nimmt auch die exzessive Computernutzung zu. 18% der Jugendlichen in der 9. Klasse verbringen an Schultagen vier oder mehr Stunden vor dem Computer. Weiter zeigen die Ergebnisse, dass die Schülerinnen und Schüler an Hauptschulen am häufigsten den Computer in ihrer Freizeit nutzen.

5.3 Ernährung

Neben dem Substanzkonsum und der körperlichen Aktivität gilt die Ernährung bzw. das Ernährungsverhalten als dritter zentraler Aspekt des Gesundheitsverhaltens. Ernährungsgewohnheiten spielen im Kindes- und Jugendalter eine herausragende Rolle, da sie wie die anderen Verhaltensweisen oftmals im weiteren Lebensverlauf beibehalten werden. In einer engen Beziehung zum Ernährungsverhalten stehen darüber hinaus das Körpergewicht und bestimmte biologische Risikofaktoren.

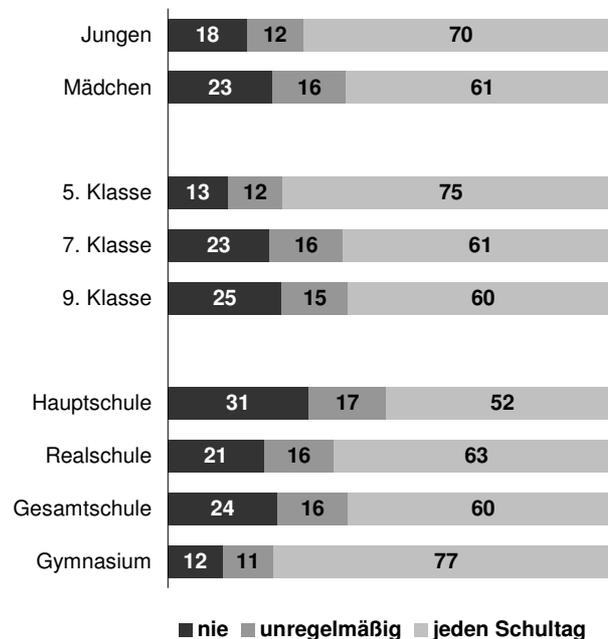
Die Ernährung und vor allem das Ernährungsverhalten sind aufgrund ihrer Auswirkungen auf die unmittelbare Gesundheit der Kinder und Jugendlichen von großer Bedeutung. Einerseits wurde in den letzten Jahrzehnten die Wichtigkeit einer gesundheitsfördernden Ernährung zunehmend betont, andererseits konnte eine vermehrte Orientierung von Schülerinnen und Schülern an einem von Schönheitsidealen geprägten Körperbild festgestellt werden. Dies hatte eine Veränderung des Essverhaltens von Schülerinnen und Schülern hin zu mehr Diäten und unregelmäßigeren Mahlzeiten zur Folge.

Ernährungsroutinen

Kindheit und Jugend ist die wichtigste Zeit, um ein gesundes Essverhalten zu erlernen. Ernährungsgewohnheiten und -routinen, wie etwa das Einhalten regelmäßiger Mahlzeiten, spielen dabei eine große Rolle. Zur Ermittlung eines Ernährungsmusters der Schulkinder wurde im HBSC-Fragebogen nach der regelmäßigen Einnahme von Frühstück, Mittagessen und Abendessen an Schultagen gefragt. Für die vorliegende Analyse wurde lediglich die regelmäßige Einnahme des Frühstücks an Schultagen untersucht, da es die am häufigsten ausfallende Mahlzeit

darstellt, und hier die negativen physiologischen Folgen am deutlichsten zum Vorschein kommen (Vereecken et al. 2004). Als Antwortkategorien dienten: „Ich frühstücke nie an Wochentagen“, „etwa an einem Tag“, „etwa an zwei Tagen“, „etwa an drei Tagen“, „etwa an vier Tagen“, „jeden Schultag“. Für die Auswertungen wurden die Ausprägungen zusammengefasst und drei Kategorien („nie“, „unregelmäßig“, „jeden Schultag“) gebildet.

Abb. 31. Regelmäßige Einnahme von Frühstück an Schultagen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Wie aus Abb. 31 deutlich wird, ist der Anteil derjenigen, die ohne Frühstück zur Schule kommen, unerwartet hoch. 30% der Jungen und 39% der Mädchen gehen an mindestens einem Tag in der Woche ohne Frühstück zur Schule. 20% der befragten Jugendlichen frühstücken sogar nie an Wochentagen. Für diese Schülerinnen und Schüler kann während des Unterrichts am Vormittag die Gefahr der Unterzuckerung und damit des rapiden Nachlassens der Konzentrationsfähigkeit bestehen. Auch hier wird deutlich, dass die Zahl derjenigen, die an Schultagen nie oder nur unregelmäßig frühstücken, mit dem Alter deutlich ansteigt. Sind es bei den

Fünftklässlern etwa 25%, steigt der Anteil unter den Neuntklässlern auf 40%.

Zudem zeigt sich ein Zusammenhang mit der Schulform. Es existiert ein deutlicher sozialer Gradient in der regelmäßigen Einnahme des Frühstücks. Je höher die Schulform, desto niedriger ist die Anzahl an Schülerinnen und Schülern, die unregelmäßig oder nie mit Frühstück in die Schule gehen (Hauptschule: 48%, Gymnasium 23%).

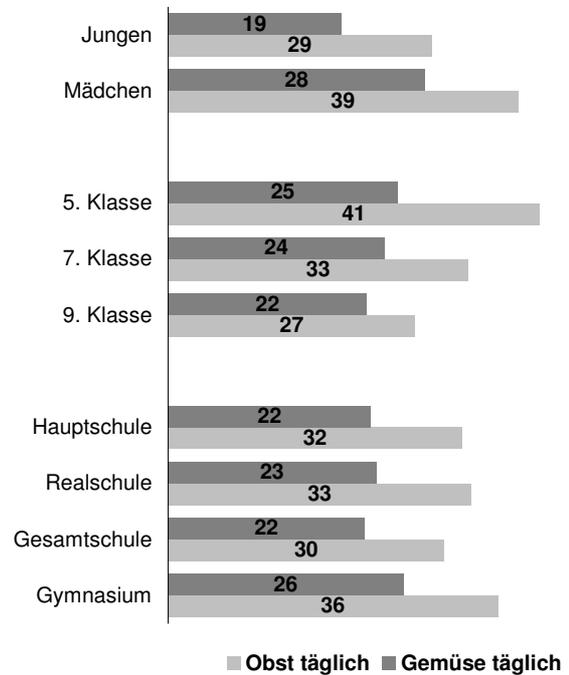
Konsum bestimmter Nahrungsmittel

Nicht nur die Regelmäßigkeit der Mahlzeiten ist für eine gesunde Ernährung wichtig, sondern auch die Wahl der Nahrungsmittel, die man zu sich nimmt. Der Konsum von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und zuckerhaltigen Limonaden stellen wertvolle Indikatoren dar, um das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen. Auf der einen Seite senkt ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse beispielsweise das Risiko, im späteren Leben an chronisch-degenerativen Krankheiten zu leiden. Auf der anderen Seite steigt durch den regelmäßigen Konsum von Süßigkeiten und Limonade das Risiko von Adipositas, Knochenerkrankungen und Karies.

Die Schülerinnen und Schüler wurden gebeten, Angaben über die Häufigkeit des Verzehrs der oben genannten Nahrungsmittel zu machen. Als Antwortvorgabe dienten jeweils: „nie“, „weniger als einmal pro Woche“, „etwa einmal pro Woche“, „2 bis 4 Tage pro Woche“, „5 bis 6 Tage pro Woche“, „jeden Tag einmal“, „mehrmals täglich“. Da gerade der regelmäßige Konsum einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit hat, wurden die ursprünglichen Variablen in „mindestens einmal täglich“ bzw. „seltener als täglich“ dichotomisiert.

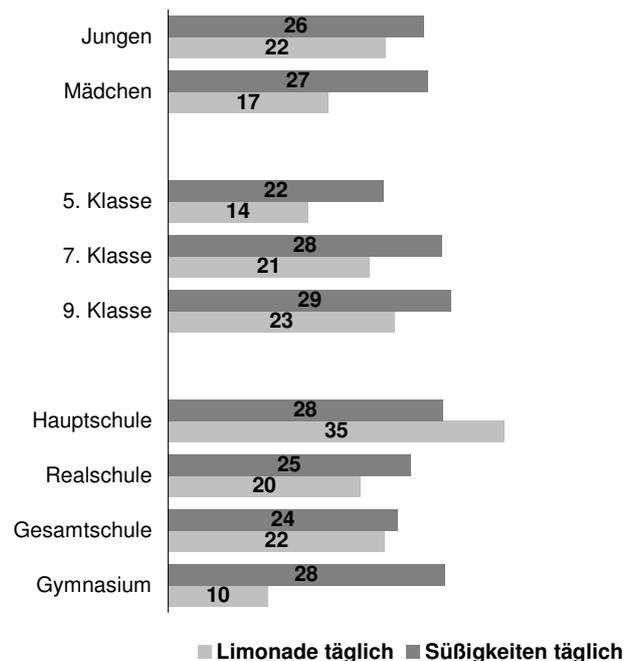
In Abb. 32 und 33 sind, getrennt für die Indikatoren Obst und Gemüse sowie Limonade und Süßigkeiten, die Ergebnisse nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform aufgeführt.

Abb. 32. Täglicher Konsum von Obst und Gemüse nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Abb. 33. Täglicher Konsum von Limonade und Süßigkeiten nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

In Bezug auf den Gemüsekonsum wird deutlich, dass Mädchen signifikant häufiger täglich Gemüse essen als Jungen (28% vs. 19%). Der tägliche Konsum von Gemüse nimmt mit dem Alter leicht ab. Ein vergleichbares Ergebnis zeigt sich auch für den Konsum von Obst. Während Mädchen häufiger täglich Obst konsumieren als Jungen (39% vs. 29%), nimmt der tägliche Konsum unabhängig vom Geschlecht mit dem Alter noch stärker ab als beim Gemüse.

Etwa 20% aller Kinder und Jugendlichen trinken täglich Softdrinks, wie Cola oder andere zuckerhaltigen Limonaden, wobei Jungen diese Getränke signifikant häufiger täglich konsumieren als Mädchen. Mit dem Alter nimmt der tägliche Konsum zu. Süßigkeiten werden von nahezu gleich vielen Jungen und Mädchen ein- oder mehrmals täglich gegessen (ca. 27%). Mit dem Alter steigt auch der tägliche Konsum von Süßigkeiten an, wobei der größte Anstieg zwischen den 11- und 13-Jährigen zu verzeichnen ist.

Weiterhin fällt auf, dass sich Schülerinnen und Schüler an Gymnasien - mit Ausnahme von Süßigkeiten, wo sich kein Effekt des Schultyps zeigt - wesentlich gesünder ernähren als Real- und insbesondere Hauptschüler.

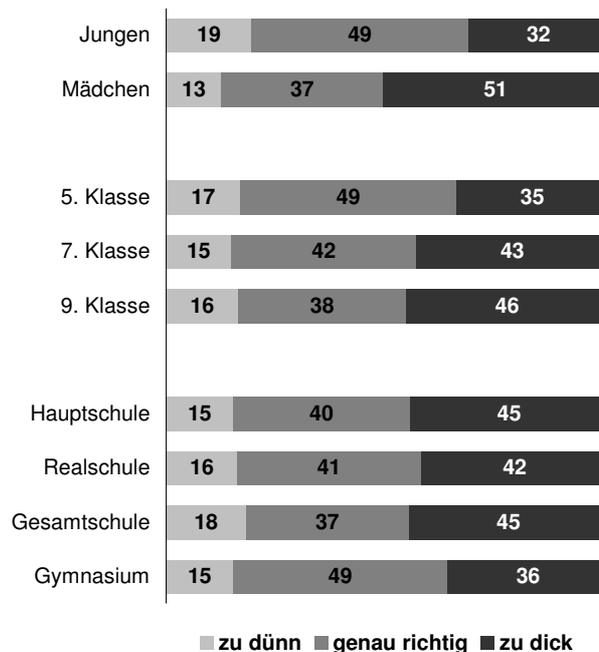
Körperwahrnehmung

Ein anderer Einflussfaktor in Bezug auf das Ernährungsverhalten vieler Jugendlicher, insbesondere das der Mädchen, ist die Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts bzw. des Körperbildes. Die Jungen und Mädchen wurden in der Studie gefragt, ob sie glauben, dass sie „viel zu dünn“, „ein wenig zu dünn“, „genau das richtige Gewicht haben“, „ein wenig zu dick“, oder „viel zu dick“ sind.

Insgesamt finden 42,8% der befragten Schülerinnen und Schüler ihr Körperbild genau richtig. 41,2% der Schülerinnen und Schüler halten sich für zu dick. Nur ein kleiner Teil, 15,9% der Schülerinnen und Schüler, glauben eher zu dünn zu sein. Wie man aus Abb. 34 entnehmen kann, gibt es deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Wahrnehmung der eigenen Figur.

Mädchen finden sich deutlich häufiger zu dick als Jungen (51% vs. 32%), was auf eine problematische Körperwahrnehmung hinweist.

Abb. 34. Körperwahrnehmung nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Es zeigt sich, dass die Unzufriedenheit der Schülerinnen und Schüler mit ihrem Körperbild mit dem Alter deutlich zunimmt. Im Vergleich zu den Haupt-, Real- und Gesamtschülerinnen, findet man an Gymnasien weniger Kinder und Jugendliche, die sich als zu dick einschätzen.

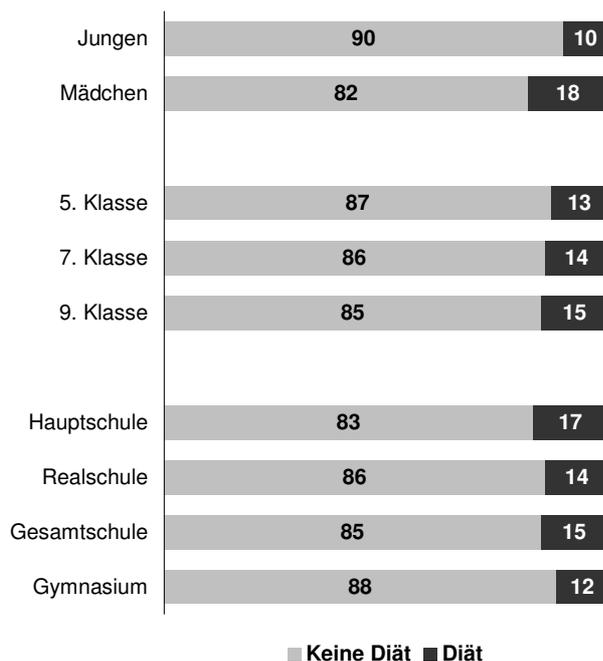
Schlankheitsdiäten

Die oben gezeigten Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers ein besonderes Problem von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren zu sein scheint. Gerade bei den Mädchen, die sich zum Teil bereits in der Menarche (Pubertät) befinden, ergeben sich aus den körperlichen Veränderungen, wichtige Erfahrungen, die das Körperselbst langfristig prägen. Umso interessanter ist die Frage, was Jugendliche in diesem Alter über sich und ihren Körper denken. Hierbei geht es bereits um Erwartungen bezüglich der eigenen Attraktivität und dem damit zu-

sammenhängenden Ernährungsverhalten (z.B. Diäten).

Die Unzufriedenheit mit der eigenen wahrgenommenen Figur kann dazu führen, dass viele Kinder und Jugendliche eine Diät machen um abzunehmen. Auch dieses Thema wurde in der HBSC-Studie aufgegriffen. Insgesamt machten zum Zeitpunkt der Befragung rund 14 % der Kinder und Jugendlichen eine Diät. Auch hier sind die Anteile bei Mädchen wesentlich höher als bei Jungen. Mit steigender Klassenstufe nimmt das Diätverhalten leicht zu. Schülerinnen und Schüler aus Gymnasien machen insgesamt weniger Diäten als Jungen und Mädchen von anderen weiterführenden Schulformen.

Abb. 35. Diäthäufigkeiten nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

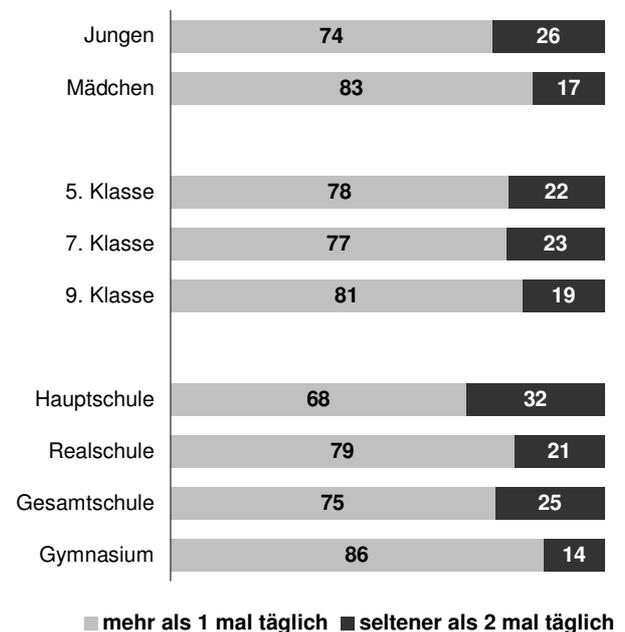
Zahnhygiene

In einem engen Zusammenhang mit dem allgemeinen Ernährungsverhalten steht auch die Zahnhygiene. Zahnkrankheiten wie Karies und Parodontose zählen zu den häufigsten Krankheiten in Industrieländern (Honkala et al. 2000). Gerade im Kindes- und Jugendalter ist die Gesunderhaltung des Zahngewebes wichtig, da Kariesschäden an bleibenden Zähnen irreversi-

bel sind und die Zahngesundheit im Erwachsenenalter beeinflussen. Im Prinzip lassen sich die häufigsten Zahnkrankheiten Karies und Parodontose fast vollständig vermeiden, indem man den Konsum von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln stark einschränkt, auf die Mundhygiene achtet und regelmäßig die Zähne, am besten zweimal täglich, putzt (Addy et al. 1990).

In der HBSC-Studie wurde daher gefragt, wie oft sich die Schülerinnen und Schüler die Zähne putzen. Als Antwortkategorien waren vorgegeben: „nie“, „seltener als 1 mal pro Woche“, „mindestens einmal pro Woche aber nicht täglich“, „1 mal pro Tag“ und „mehr als 1 mal pro Tag“. Die Antwortmöglichkeiten wurden in „2 mal täglich“ und „seltener als 2 mal täglich“ dichotomisiert.

Abb. 36. Zähneputzen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Die überwiegende Mehrheit der befragten Schülerinnen und Schüler geben an, dass sie sich mehrmals am Tag die Zähne putzen. Die Ergebnisse zeigen weiter, dass sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Konsum von Nahrungsmitteln zu Ungunsten der Jungen in der Zahnhygiene fortsetzen. 26% der Jungen putzen sich ihre Zähne seltener als

zweimal täglich. Mädchen weisen hier einen Wert von 17% auf. Mit zunehmenden Alter werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede sogar deutlicher: Bei Jungen nimmt die Zahl derjenigen, die seltener als zweimal am Tag ihre Zähne putzen zu, während sie bei Mädchen abnimmt (Ergebnisse nicht gezeigt). Wie bei vielen anderen der hier vorgestellten Ergebnisse zeigt sich auch für diesen Indikator, dass Hauptschülerinnen und -schüler ein schlechteres Gesundheitsverhalten aufweisen. In der Hauptschule putzen 32% ihre Zähne seltener als zweimal täglich, während es im Gymnasium nur 14% sind.

6 Gleichaltrigengruppe (Peers)

Aus der Jugendforschung ist bekannt, dass autonome, informelle oder formal organisierte Gleichaltrigengruppen neben gleich- und andersgeschlechtlichen Beziehungen ein entscheidendes Sozialisationsfeld für Jugendliche sind (Hurrelmann 1999). Freunde zu haben, in eine Gruppe eingebunden zu sein und von dieser akzeptiert zu werden, ist für die Jugendlichen, besonders im Zuge ihrer Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen, sehr wichtig. Die Peers helfen bei Problembewältigungen und geben zudem emotionale Unterstützung. Jugendliche, die sich von ihren Peers nicht akzeptiert fühlen oder mangelnde Beziehungen zu Gleichaltrigen haben, fehlt ein wichtiger Bezugsrahmen, was gravierende Auswirkungen auf ihr gesundheitliches Wohlbefinden haben kann. Daneben stellt die Einbindung in bzw. die Beeinflussung durch die Gleichaltrigengruppe einen der wichtigsten bislang identifizierten Einflussfaktoren jugendlichen Risikoverhaltens dar (Lösel/Bliesner 1998, Janin Jaquat et al. 2001).

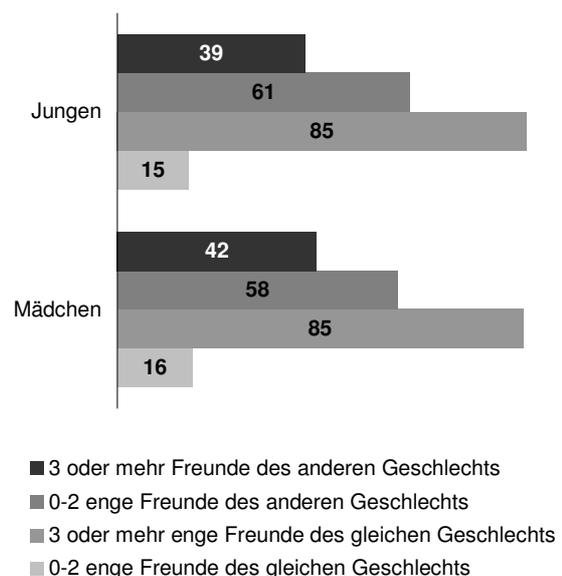
Anzahl enger Freunde

Um Aussagen über die Einbindung in die Gleichaltrigengruppe der Schülerinnen und Schüler in NRW treffen zu können, wurden sie zunächst gefragt, wie viele enge Freunde des gleichen und des anderen Geschlechts sie zur

Zeit haben (Antwortmöglichkeiten: „keinen“, „einen“, „zwei“ und „drei und mehr“). Die Antwortkategorien wurden zusammengefasst in „0-2 enge Freunde des gleichen bzw. anderen Geschlechts“ und „3 oder mehr enge Freunde des gleichen bzw. anderen Geschlechts“.

Die Ergebnisse in Abb. 37 zeigen, dass der Anteil mit 3 oder mehr engen Freunden des gleichen Geschlechts sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen relativ hoch ist (85%). Vergleicht man weiter die prozentualen Anteile der engen Freundschaften zwischen den Geschlechtern mit den Anteilen an gleichgeschlechtlichen Freundschaften, so zeigt sich, dass die Zahl der engen Freundschaften zwischen den Geschlechtern deutlich geringer ist.

Abb. 37. Anzahl der Freunde des gleichen und des anderen Geschlechts, Jungen und Mädchen (%)



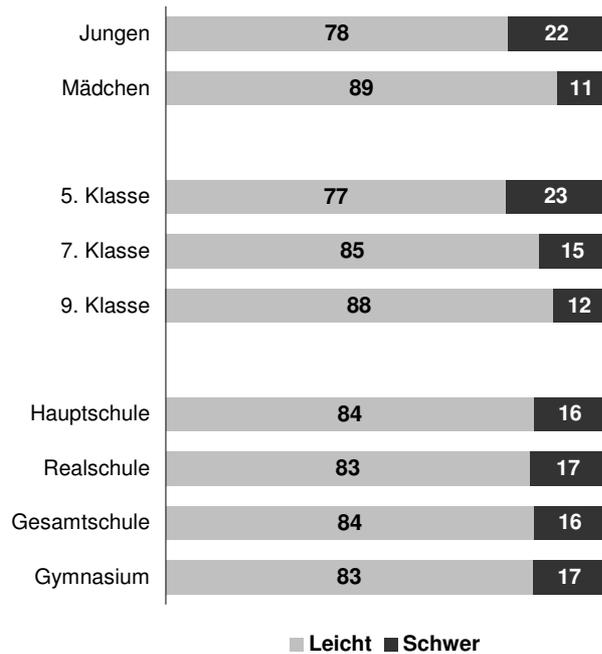
Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Beziehungsqualität zum besten Freund(in)

Allerdings ist nicht nur die Quantität sondern vor allem auch die Qualität dieser Freundschaften ein wichtiger Faktor für die soziale und gesundheitliche Entwicklung. Aus diesem Grund wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie leicht oder schwer es ihnen fällt, mit dem besten Freund bzw. Freundin über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen. Hiermit wurde versucht, die Nähe und Vertrautheit der Freund-

schaften zu ermitteln. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „sehr leicht“, „leicht“, „schwer“, bis hin zu „sehr schwer“. Die Ergebnisse nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform sind in Abb. 38 dargestellt.

Abb. 38. Sprechen mit bestem Freund/Freundin nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Die Ergebnisse bestätigen die Vermutung, dass es Mädchen leichter fällt mit ihren Freunden/innen über bestimmte Dinge zu sprechen als den Jungen (89% vs. 78%). Weiter zeigt sich, dass es mit zunehmenden Alter den Jugendlichen leichter fällt, offen über Dinge zu sprechen, die Ihnen nahe gehen. Zwischen den verschiedenen Schulformen gab es keine nennenswerten Unterschiede.

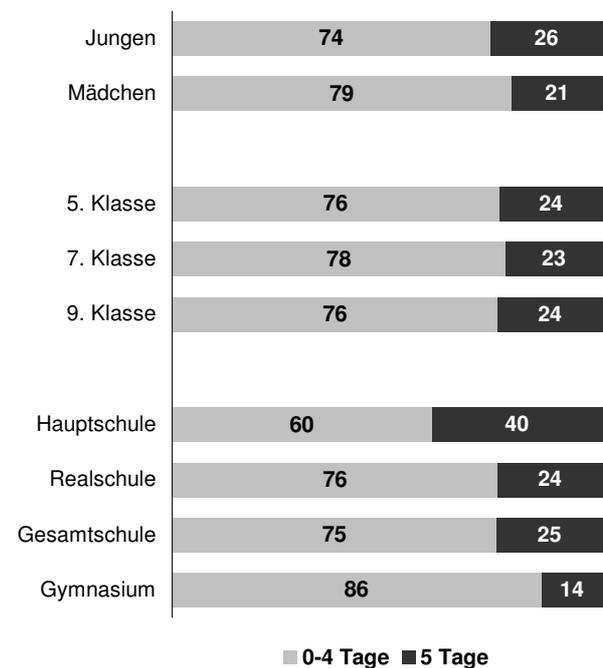
Peerkontakte

Der Kontakt zu Gleichaltrigen, besonders die Eingebundenheit in eine Freundesgruppe, gilt als wichtiger Faktor bei der Vorhersage von riskantem Gesundheitsverhalten. Häufige Treffen mit Freunden können zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Rauchens und des Alkoholmissbrauchs führen, auch wenn diese generelle Feststellung durch andere Faktoren relativiert wird. So hängt die Gefährdung auch vom

Ort der Treffen und von der Größe der Gruppe ab. Es wird vermutet, dass der Einfluss der Freundesgruppe, unter bestimmten Voraussetzungen, sowohl zu einer Stärkung der Persönlichkeit und damit zu einer gesundheitlich positiven Entwicklung beiträgt, als auch unter Umständen zu einem erhöhten Risiko führt.

Wie viel Freizeit verbringen die Kinder und Jugendlichen also mit ihren Freunden und Freundinnen? Um diese Frage beantworten zu können, wurden die Schülerinnen und Schüler gebeten, einzuschätzen, an wie vielen Tagen pro Woche sie normalerweise am Nachmittag nach der Schule Zeit mit ihren Freundinnen und Freunden verbringen. Die Antwortmöglichkeiten wurden dichotomisiert in „0-4 Tage“ und „5 Tage“ und sind in Abb. 39 nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform dargestellt.

Abb. 39. Treffen mit Freunden am Nachmittag nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

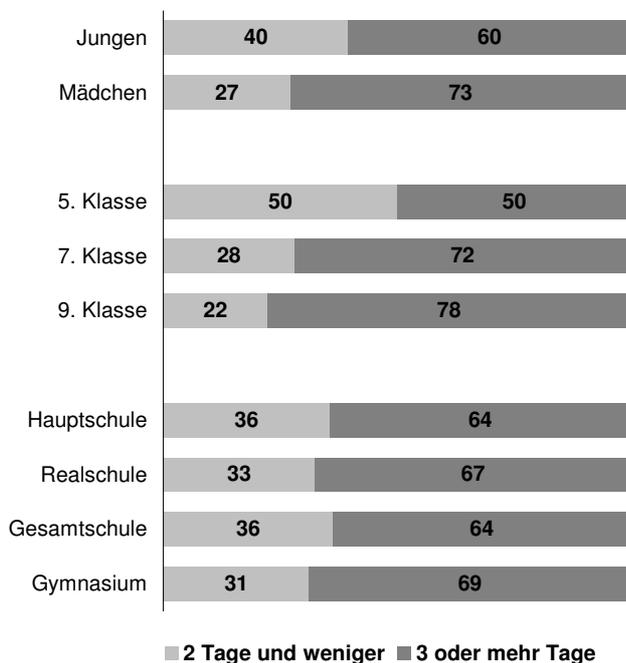
Die Ergebnisse zeigen, dass sich Jungen etwas häufiger pro Woche mit ihren Freunden treffen als Mädchen (26% vs. 21%). Während es kaum Altersunterschiede gibt, zeigen sich aber deutliche Unterschiede zwischen den Schulformen. Lediglich 14% der Gymnasiasten treffen sich an jedem Schultag mit ihren Freunden. Dagegen

verbringt fast die Hälfte der Hauptschüler (40%) 5 Tage in der Woche mit ihren Freunden. Zu vermuten ist, dass Gymnasiasten mehr Zeit in der Schule und mit Schulaufgaben verbringen, wodurch sie weniger Freizeit haben als Schüler der anderen Schulformen.

Peerkontakte über „neue Medien“

In der Studie wurden die Kinder und Jugendlichen auch gefragt, wie häufig sie mit ihren Freundinnen und Freunden telefonieren oder ihnen SMS bzw. Emails schreiben (Antwortkategorien: „selten/nie“, „an einem oder zwei Tagen pro Woche“, „an 3 oder 4 Tagen pro Woche“, „an 5 oder 6 Tagen pro Woche“ und „jeden Tag“). Auch dieses Item wurde dichotomisiert und zwar in „2 Tage und weniger“ und „3 oder mehr Tage“.

Abb. 40. Peer-Kontakte über „neue Medien“ nach der Schule nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Wie in Abb. 40 dargestellt, nutzen die Mädchen elektronische Medien etwas häufiger als Jungen. Dabei ist der Anteil an Kindern- und Jugendlichen, die die elektronischen Medien an mindestens 3 Tagen in der Woche nutzen, bereits bei den 11-Jährigen beachtlich hoch (ca. 50%). Mit

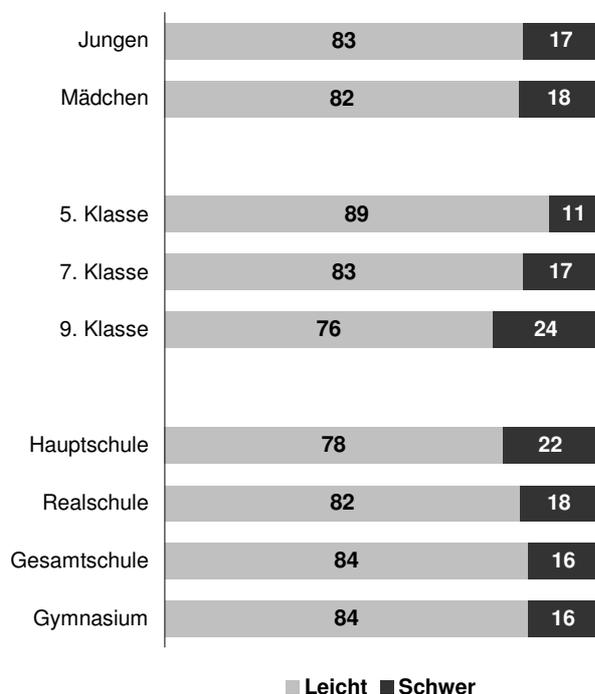
dem Alter der Jugendlichen steigt er zudem deutlich an. Allgemein bestehen kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulformen. Gymnasiasten nutzen diese Medien nur unwesentlich häufiger als Hauptschüler (69 vs. 64%).

7 Eltern

Auch wenn im Jugendalter mit zunehmendem Maße die Peer-Group an Bedeutung gewinnt, so bleiben die Eltern weiterhin ein wichtiger Bezugspunkt im Leben der Kinder und Jugendlichen. Ein gutes Familienklima zu Hause beeinflusst das Wohlbefinden und das Risikoverhalten von Jugendlichen deutlich. In der HBSC-Studie wurde deshalb auch erfasst, wie gut die Schülerinnen und Schüler mit ihren Eltern über wichtige Themen, die ihnen nahe gehen, sprechen können. Die Ergebnisse nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform sind in Abb. 41 und 42 dargestellt.

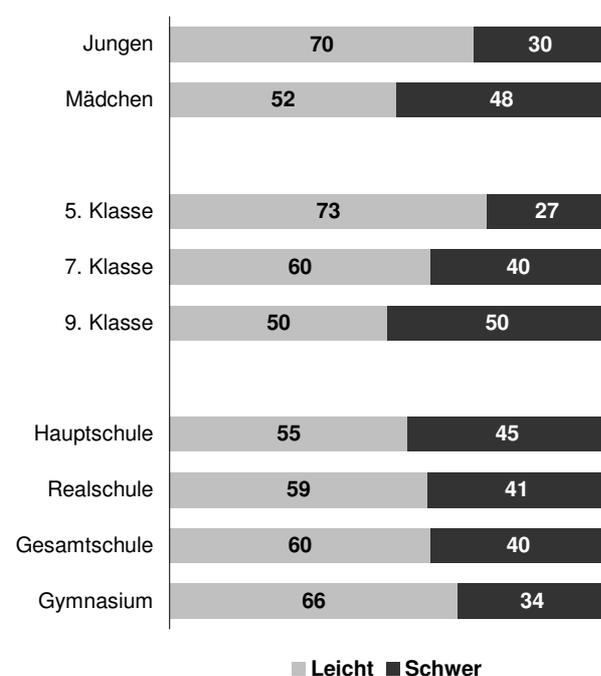
Vor allem die Mutter ist ein sehr wichtiger Ansprechpartner für die befragten Kinder und Jugendlichen. Den Meisten fällt es leichter, mit den Freunden bzw. Freundinnen über wichtige Dinge zu sprechen, als mit dem eigenen Vater. Auffällig ist, dass es mit zunehmendem Alter und mit einer sinkenden Schulbildung, den Schülerinnen und Schülern zunehmend schwerer fällt, mit Mutter oder Vater über wichtige Dinge zu sprechen. Diese Zunahme macht sich bei den Vätern etwas stärker bemerkbar als bei den Müttern. Während es Mädchen und Jungen ähnlich leicht finden, mit ihrer Mutter zu sprechen, ist die Kommunikation mit dem Vater für Jungen um einiges leichter (70% vs. 52%).

Abb. 41. Über Probleme sprechen mit Mutter nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Abb. 42. Über Probleme sprechen mit Vater nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

8 Schule

Die Schule bildet neben der Familie die wohl wichtigste Sozialisationsinstanz von Kindern und Jugendlichen (Hurrelmann 1999, 2002). Durch die Schule werden die Familien von einem großen Teil der Sozialisationsaufgaben entlastet. Gerade wenn man die Zeit bedenkt, die Kinder und Jugendliche in der Schule verbringen, wird die Relevanz dieser Einrichtung für die Entwicklung junger Menschen deutlich. Die Schülerinnen und Schüler gehen in der Regel mindestens neun Jahre lang sechs bis acht Stunden am Tag ihrer „Arbeit“ in der Schule nach. Je älter die Kinder werden, umso mehr Zeit verbringen sie in der Schule. Es ist nicht nur der Ort, wo sie lernen und sich Wissen aneignen, sondern wo sie auch soziale Kontakte knüpfen und wichtige soziale Fertigkeiten erlernen. Im Umfeld der Schule entstehen zudem die „Peers“, die problematische Verhaltensweisen auffangen oder verstärken, und nicht zuletzt werden in der Schule wichtige Vorentscheidungen für den weiteren Bildungs-, Berufs und Lebensweg gefällt (Bilz et al. 2003, Hurrelmann 1999).

In der HBSC-Studie wurden verschiedene Elemente der Schulkultur bzw. der schulischen Lebenswelt erhoben, von denen bekannt ist, dass sie in einem Zusammenhang mit der Gesundheit und/oder dem Gesundheitsverhalten stehen (Samdal et al. 2001). So können beispielsweise Sorgen in der Schule aufgrund von schlechten Noten oder schulischem Druck, einen großen Einfluss auf das Befinden der Schülerinnen und Schüler haben. Auch Ursachen für gesundheitliche bzw. körperliche Beschwerden oder Beeinträchtigungen können hier liegen, wenn es bei den Schülerinnen und Schüler zu allzu hohen und nicht bewältigbaren Belastungen kommt.

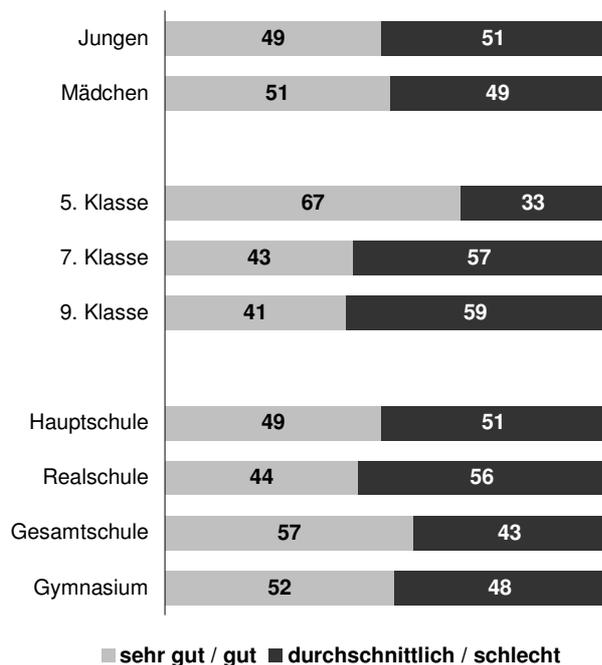
Schulleistungen

In der HBSC-Studie wurden die Kinder und Jugendlichen zunächst gefragt, was sie glauben, wie die Lehrerinnen und Lehrer ihre schulischen

Leistungen im Vergleich zu denen ihrer Mitschüler einschätzen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „sehr gut“, „gut“, „durchschnittlich“ bis hin zu „unter dem Durchschnitt“.

Die Ergebnisse sind nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform in Abb. 43 dargestellt. Insgesamt 50% der Schülerinnen und Schüler schätzen ihre Leistungen als sehr gut bis gut ein, während die andere Hälfte der Meinung ist, dass ihre Leistungen durchschnittlich bis unterdurchschnittlich sind. Zwischen den Mädchen und den Jungen ist dabei ein Unterschied festzustellen. Mit zunehmendem Alter sehen die befragten Schülerinnen und Schüler ihre Schulleistungen immer pessimistischer. Interessanterweise schätzen Realschüler am häufigsten ihre Leistungen als durchschnittlich oder schlecht ein.

Abb. 43. Schulleistungen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

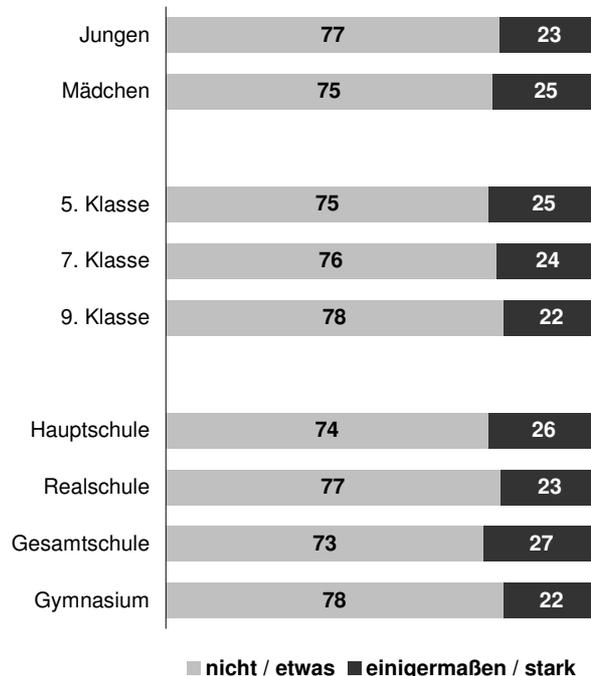
Belastungen durch die Schule

In einer weiteren Frage wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie sehr sie sich durch die Schule und von dem, was von ihnen dort verlangt wird, belastet fühlen. Die Antwortmöglichkeiten waren „überhaupt nicht“, „etwas“,

„einigermaßen stark“ bis „sehr stark“. Die Ergebnisse, die in Abb. 44 dargestellt sind, zeigen, dass sich etwa 24 % der befragten Schülerinnen und Schüler von dem, was in der Schule von ihnen verlangt wird, einigermaßen bis stark belastet fühlen.

Mädchen fühlen sich dabei nur geringfügig häufiger belastet als die Jungen. Vergleicht man die älteren mit den jüngeren Befragten, so zeigt sich, dass sich ältere Schülerinnen und Schüler nur unwesentlich weniger belastet fühlen als die jüngeren Schülerinnen und Schüler. Weiter zeigt sich bei den Schulformen ein interessantes Ergebnis: hier berichten vor allem die Hauptschüler (26%) und die Gesamtschüler (27%) über eine höhere Belastung. Dagegen behaupten „nur“ 22% der Gymnasiasten und 23% der Realschüler, dass sie sich durch die Schule einigermaßen oder stark belastet fühlen.

Abb. 44. Belastungen durch die Schule nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

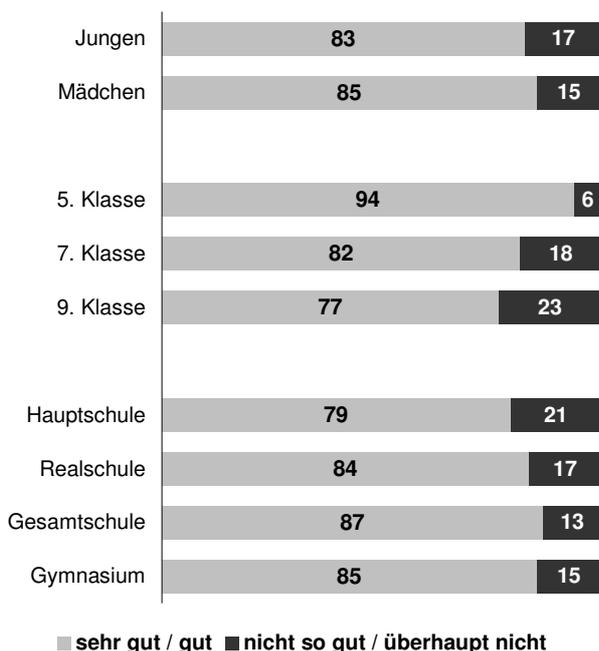
Gefallen an der Schule

In einer weiteren Frage wurden die Schülerinnen und Schüler befragt, wie es ihnen derzeit in der Schule gefällt. Die Antwortmöglichkeiten

waren „Es gefällt mir sehr gut“, „Es gefällt mir einigermaßen gut“, „Es gefällt mir nicht so gut“, „Es gefällt mir überhaupt nicht“.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Schule den Mädchen etwas eher gefällt als den Jungen (85% vs. 83%) (siehe Abb. 45). Deutlicher sind die Unterschiede nach Klassenstufe. Mit zunehmendem Alter steigt die Rate derjenigen, denen die Schule nicht so gut bzw. überhaupt nicht gefällt, von 6% auf 23% an. Die größten Unterschiede ergeben sich für die Hauptschülerinnen und Hauptschüler in Vergleich zu den Gesamtschülern und Gymnasiasten. Erstere zeigen die höchsten Raten eines geringen Schulgefallens, wobei sich die anderen Schulformen nur geringfügig voneinander unterscheiden.

Abb. 45. Gefallen an der Schule nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Mobbing/Bullying

Eine bislang wenig beachtete Form jugendlichen Risikoverhaltens ist das Bullying. Der Begriff „Bullying“ bezeichnet eine bestimmte Unterform aggressiven Verhaltens unter Schülern und lässt sich am ehesten mit Schi-

kanieren oder Mobbing übersetzen. Im Gegensatz zum Mobbing bezieht sich Bullying jedoch explizit auf den Lebensraum „Schule“.

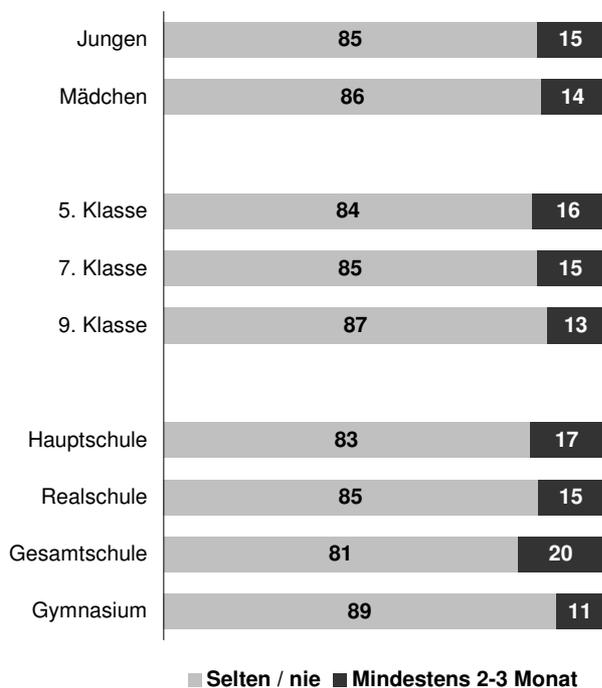
Mobbing stellt ein immer wichtiger werdendes und ernstzunehmenderes Thema im Schulalltag der Kinder und Jugendlichen dar, da es nachhaltig die Lebensqualität der Betroffenen einschränkt und weitreichende Konsequenzen für die persönliche und gesundheitliche Entwicklung hat. Zudem ist Gewalt an Schulen ein brisantes Thema, was nicht zu unterschätzen ist.

In der HBSC-Studie wurden beide Themen aufgegriffen und erfragt. Zum Thema Mobbing bzw. Schikanieren wurden zwei Fragen gestellt. In einer Frage ging es darum zu erfahren, wie häufig die Schülerinnen und Schüler in den letzten Monaten Opfer von Mobbing bzw. Schikanen durch ihre Mitschülerinnen und Mitschüler gewesen sind. Die Antwortmöglichkeiten waren „Ich wurde in den letzten Monaten nicht schikaniert“, „ein- oder zweimal“, „2 bis 3 mal im Monat“, „ungefähr einmal pro Woche“ und „mehrmals pro Woche“. Die Antwortmöglichkeiten wurden dichotomisiert in „selten/nie“ und „mindestens 2-3 mal“. Die Antwortkategorien wurden gruppiert in „mindestens 2-3 mal im Monat“ gegenüber „selten/nie“.

Die Ergebnisse zeigen, dass Mädchen und Jungen etwa gleich häufig Opfer von Mobbing sind. Werden die Klassenstufen miteinander verglichen, fällt auf, dass ältere Schülerinnen und Schüler seltener angeben gemobbt zu werden (13% vs. 16%). Interessant ist weiter, dass v.a. die Befragten der Gesamtschule unter Mobbing zu leiden haben (20%).

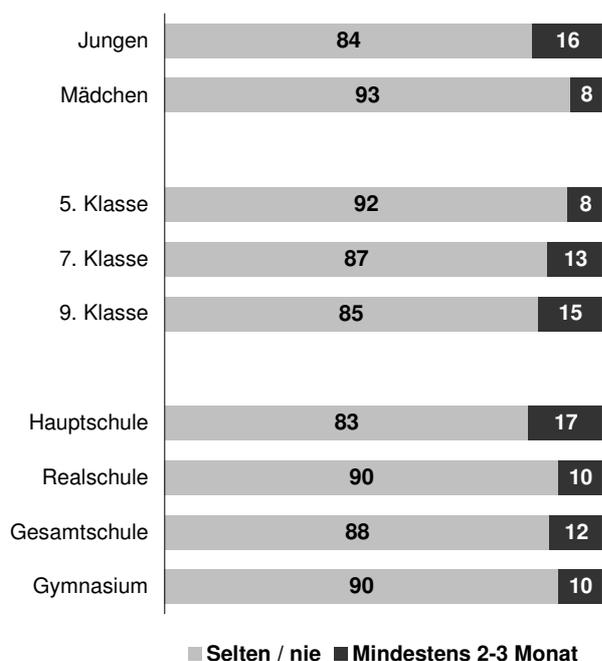
Die zweite Frage diente dazu, zu erfragen, wie häufig die Kinder und Jugendlichen in den vergangenen Monaten selber aktiv am Mobbing anderer beteiligt waren. Die Antwortkategorien waren dieselben wie bei der vorangegangenen Frage. Die Ergebnisse sind auch hier wieder nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform dargestellt (siehe Abb. 47).

Abb. 46. Opfer von Mobbing nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Abb. 47. Aktiv am Mobbing beteiligt nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



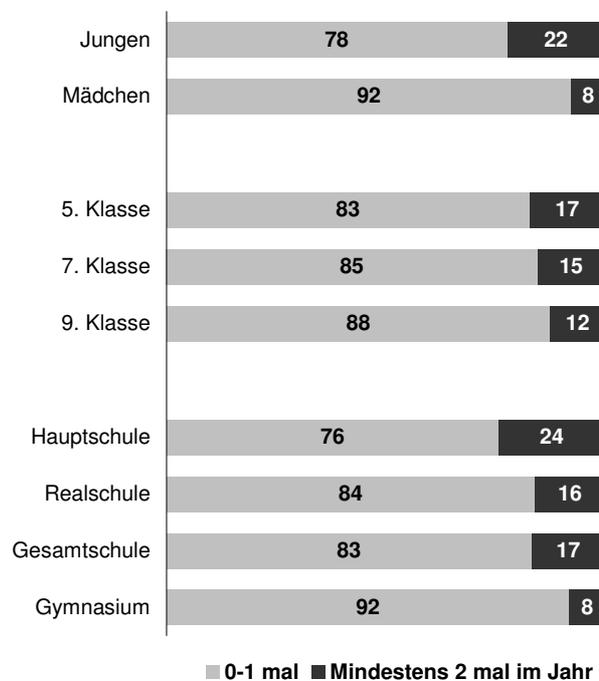
Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Insgesamt gaben 16% aller Jungen und nur 8% aller Mädchen an, sich mindestens 2-3 mal im Monat am Mobbing anderer beteiligt zu haben. Es wird deutlich, dass der Anteil derjenigen, die sich 2-3 mal im Monat aktiv am Mobbing beteiligen, mit dem Alter zunimmt. Interessant ist, dass die Opferrolle mit zunehmendem Alter leicht abnimmt, während die Täterrolle im höheren Alter zunimmt. Nach Schulformen betrachtet fällt vor allem auf, dass insbesondere Schülerinnen und Schüler von Hauptschulen Opfer bzw. Täter von Mobbing sind.

Schlägereien

Neben dem Mobbing wurde in der HBSC-Studie auch erfasst, wie oft die Schülerinnen und Schüler in den letzten 12 Monaten in eine ernsthafte Schlägerei verwickelt waren. In Abb. 48 sind die Häufigkeiten von solchen physischen Auseinandersetzungen dargestellt.

Abb. 48. Häufigkeiten von Schlägereien im letzten Jahr nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)



Quelle: HBSC NRW 2005/06 (N=4324)

Bezogen auf alle Befragten waren 22% der Jungen und 8% der Mädchen mindestens 2 mal in den vergangenen 12 Monaten in einer Schlägerei

rei verwickelt gewesen. Mit höherem Alter sinkt der Anteil derjenigen, die aktiv an einer Schlägerei beteiligt sind. Zwischen den Schulformen gibt es deutliche Unterschiede. Während 24% der Hauptschülerinnen und Hauptschüler mindestens 2 mal im letzten Jahr in einer Schlägerei verwickelt waren, sind es bei den Gymnasiasten „lediglich“ 8%.

9 Fazit zur Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen in NRW

Die gesundheitliche Situation aus der subjektiven Perspektive der Kinder und Jugendlichen wurde in Deutschland bisher wenig untersucht. Die Erfassung der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in der HBSC-Studie bietet einerseits die Möglichkeit, Auswirkungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf das Wohlbefinden und die persönliche und soziale Entwicklung besser abschätzen zu können, und andererseits erlaubt es, die Auswirkungen auf die Familie und das soziale Umfeld der Kinder und Jugendlichen genauer vorher zu sehen. Zudem ist die eigene Wahrnehmung des Gesundheitszustandes ein bedeutender Hinweis für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Der Bedarf an Versorgungs-, Behandlungs-, und Betreuungsmaßnahmen kann so besser abgeschätzt werden. Die Kenntnis über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen ist schließlich auch ein Ansatzpunkt für die Entwicklung von genau abgestimmten präventiven und gesundheitsförderlichen Strategien. Die hier vorgestellten Ergebnisse sollen einen Beitrag leisten, einen detaillierten Einblick in die Lebenssituation der Schülerinnen und Schüler in NRW zu geben.

Der vorliegende Bericht stellt repräsentative Ergebnisse zur selbst berichteten Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von 4.324 Schülerinnen und Schülern der 5., 7. und 9. Klasse in Nordrhein-Westfalen vor. Die wichtigsten Er-

gebnisse des Berichts werden hier nochmal zusammengefasst, um einen Gesamtüberblick über die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in NRW zu gewinnen und um einen Ausblick auf mögliche Präventionsansätze zu geben.

Die große Mehrheit der 11- bis 15-Jährigen schätzt ihre Gesundheit allgemein als sehr gut ein und berichtet über eine hohe Lebenszufriedenheit. Auf der anderen Seite erlebt allerdings auch ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Jugendlichen vorübergehende oder länger andauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen. So leiden etwa 19% der Jungen und 27% der Mädchen an wiederholten psychosomatischen Beschwerden. Eine ähnliche Anzahl der Jugendlichen berichtet zudem über eine negative Selbsteinschätzung der Gesundheit und eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität. Gerade bei diesen Indikatoren weisen Mädchen deutlich schlechtere Werte auf als Jungen. Weiter sind 14% der Jungen und 8% der Mädchen übergewichtig und weitere 2% sind adipös. Neben diesen Ergebnissen macht die Analyse auch deutlich, dass von Unfällen bzw. Verletzungen eine große Gefahr für die Gesundheit der Jugendlichen ausgeht. 15% der Jungen und 9% der Mädchen berichten über drei oder mehr Verletzungen in den letzten 12 Monaten, die ärztlich behandelt werden mussten. Während für Verletzungen kein Anstieg mit dem Alter festgestellt werden konnte, nimmt die Häufigkeit einer negativen Selbsteinschätzung der Gesundheit, einer niedrigen Lebensqualität und psychosomatischen Beschwerden, und eine negative Lebenszufriedenheit mit dem Alter deutlich zu. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass im Jugendalter weitaus deutlichere gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, als allgemein angenommen wird.

Als besonders prägnant stellen sich die Unterschiede nach Schulform da. Für nahezu alle Indikatoren der körperlichen und psychosozialen Gesundheit zeigt sich, dass Schülerinnen und Schüler aus Hauptschulen häufiger gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Ausnahmen stellen allgemeine chronische Erkrankungen und Verletzungen dar. Da Prävention und Intervention umso erfolgreicher sind, je früher sie einsetzen, bietet diese Le-

bensphase auch gute Möglichkeiten, zu einer Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten und damit zu einer Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung beizutragen.

In Bezug auf den regelmäßigen Substanzkonsum wird deutlich, dass er bei den 11- bis 15-Jährigen noch die Ausnahme darstellt. Etwa 9% der Jugendlichen rauchen regelmäßig und trinken regelmäßig Alkohol. 13% berichten über mindestens zwei Rauscherfahrungen in ihrem Leben. 14% der 15-Jährigen Jungen und 9% der 15-jährigen Mädchen geben weiterhin an, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. Während mittlerweile mehr Mädchen als Jungen Tabak konsumieren, finden sich für den regelmäßigen Konsum von Alkohol immer noch höhere Raten bei den Jungen. Ein vergleichbares Ergebnis zeigt sich auch für wiederholte Rauscherfahrungen und den Cannabiskonsum. Mit dem Alter der Jugendlichen steigt der regelmäßige Substanzkonsum deutlich an. So ist der Anteil der regelmäßigen Raucher unter den 11-jährigen Schülerinnen und Schülern mit 1% noch sehr gering. Unter den 15-Jährigen raucht dann etwa ein Fünftel aller Schülerinnen und Schüler mindestens einmal wöchentlich. Eine vergleichbare Zunahme zeigt sich auch für den Alkoholkonsum und die Rauscherfahrungen.

Die Ergebnisse zeigen weiter, dass der tägliche Obst- und Gemüsekonsum relativ niedrig ist. Nur etwa 25% der 11- bis 15-Jährigen essen täglich Gemüse und 35% essen täglich Obst, wobei Mädchen in jeder Altersgruppe diese Nahrungsmittel häufiger zu sich nehmen als Jungen. Auch beim täglichen Konsum von zuckerhaltigen Limonaden (20% aller Jugendlichen) tritt ein signifikanter Geschlechtsunterschied zu Ungunsten der Jungen auf, während sich für den Konsum von Süßigkeiten kein Einfluss des Geschlechts zeigt. Der ohnehin niedrige Obst- und Gemüsekonsum nimmt mit zunehmendem Alter weiter ab, während der Konsum von Süßigkeiten und Softdrinks mit dem Alter ansteigt. Als problematisch muss angesehen werden, dass jedes 2. Mädchen sich als zu dick empfindet und dass obwohl lediglich nur 10% der Mädchen übergewichtig sind. Bemerk-

wenswert ist, dass die Mehrzahl der Jugendlichen sich mehr als einmal am Tag die Zähne putzt und somit den empfohlenen Richtlinien entspricht. Mädchen folgen dieser Empfehlung eher als Jungen.

Im Gegensatz dazu erfüllt immer noch eine beachtliche Zahl der 11- bis 15-Jährigen nicht die derzeit empfohlenen Richtlinien zur körperlichen Aktivität. Lediglich 35% der Jungen und 23% der Mädchen verhalten sich entsprechend diesen Richtlinien. Der Anteil derjenigen, die der Richtlinie folgen sinkt zudem mit zunehmendem Alter. Hinzu kommt eine recht hohe Anzahl an Jugendlichen, die ihre Freizeit im Wesentlichen über den Fernseh- und Computerkonsum gestalten. So gibt jeder fünfte Jugendliche an, vier oder mehr Stunden täglich vor dem Fernseher zu sitzen.

Auch für das Gesundheitsverhalten wird deutlich, dass die Schulform bei nahezu allen Verhaltensindikatoren einen deutlichen Effekt besitzt. Ausnahmen sind hier der regelmäßige Alkohol- und Cannabiskonsum. Alle anderen Indikatoren zeigen, dass Hauptschülerinnen und Hauptschüler sich gesundheitsschädlicher verhalten als Realschüler und insbesondere Gymnasiasten. Besonders deutlich sind die Unterschiede im Ernährungsverhalten und im Fernseh- und Computerkonsum.

In der HBSC-Studie konnten zudem wichtige Erkenntnisse zu den sozialen Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen in NRW gewonnen werden. So haben jeweils 85% der Jungen und Mädchen mindestens 3 enge Freunde des gleichen Geschlechts. Genauso viele Jungen und Mädchen geben an, dass es ihnen leicht fällt, mit ihrem Freund bzw. ihrer Freundin über wichtige Dinge zu sprechen. 24% der befragten Kinder und Jugendlichen geben an, dass sie sich an 5 oder mehr Tagen in der Woche mit ihren Freunden treffen. Ein Großteil der Schülerinnen und Schüler nutzen die „neuen Medien“ (E-mails, SMS, Telefonieren) an 3 oder mehr Tagen in der Woche nach der Schule. Im Hinblick auf die Beziehung zu ihren Eltern, fällt es ca. 83% der Kinder und Jugendlichen leicht mit ihrer Mutter zu sprechen. Dagegen fällt es nur

40% der Kindern und Jugendlichen leicht, mit ihrem Vater zu sprechen.

Was die schulische Situation betrifft waren die Aussagen insgesamt positiv. Die Ergebnisse zur Lebenswelt Schule machen aber auch deutlich, dass ein Teil der Kinder und Jugendlichen schulische Belastungen aufweist, die potentiellen gesundheitsschädlichen Charakter haben. Deutlich wird zum Beispiel, dass es vor allem Schülerinnen und Schüler der Haupt- und Gesamtschule sind, die sich durch die Schule stark belastet fühlen und denen die Schule nicht gefällt. Besorgniserregend und problematisch erscheint die Tatsache, dass Mobbing mittlerweile ein fester Bestandteil des Schulalltags geworden ist. So geben 15% an, mindestens 2 bis 3 mal im Monat Opfer von Mobbing gewesen zu sein. 12% der Kinder und Jugendlichen geben an, sich regelmäßig am Mobbing anderer zu beteiligen. Diesem Problem liegt häufig ein Mangel an sozialer Kompetenz zu Grunde. Erfolgsversprechende Präventions- oder Interventionsmaßnahmen sollten daher diesen Aspekt berücksichtigen. Bereits existierende und bewährte Maßnahmen zur Förderung der sozialen Kompetenz sind zum Beispiel Trainingsprogramme für Gruppen, welche die Kinder und Jugendlichen befähigen, adäquate Problemlösestrategien und Kommunikationsstile im Umgang mit anderen zu erlernen.

Schlussfolgerungen

Auf der Basis der Ergebnisse der HBSC-Studie ergeben sich zahlreiche Hinweise für die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung: frühes Einsetzen der Förderung, ganzheitliche Förderung, spezielle Förderung von sozial benachteiligten Jugendlichen und Programme zur Gesundheitsförderung im schulischen Kontext.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen mit dem Alter der Jugendlichen deutlich zunehmen. Präventionsmaßnahmen sollten daher schon zu einem frühen Zeitpunkt einsetzen, nach Möglichkeit bereits im Kindergarten und in der Grundschule. Eine frühe Berücksichtigung von erlebten gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern in die schulärztliche Untersuchung von Kindern

und Jugendlichen einzubeziehen, ist für den Bereich Public Health und die Gesundheitspolitik ebenfalls von potentieller Bedeutung. In Bezug auf die psychosoziale und körperliche Gesundheit Jugendlicher erscheint es sinnvoll, durch regelmäßige Screeningmaßnahmen auffällige Kinder und Jugendliche so früh wie möglich zu identifizieren, um ihnen geeignete Förderungsmaßnahmen und Therapien zukommen zu lassen. Auch bezüglich der Prävention von Substanzkonsum besteht die Notwendigkeit, früher als bisher, etwa in der Grundschule, primärpräventive Maßnahmen zu implementieren. Demgegenüber zeigt es sich als lohnend, in der Altersgruppe der 13-15-Jährigen bereits Maßnahmen der Sekundärprävention, beispielsweise Rauchentwöhnung, anzubieten.

Gesundheitsschädigendes Verhalten beschränkt sich häufig nicht auf eine einzelne Verhaltensweise, sondern umfasst mehrere Risikoverhaltensweisen. Dies spricht für umfassende, ganzheitliche Präventionsprogramme, die sich nicht auf Einzelaspekte beschränken, sondern die unterschiedlichen Verhaltensweisen im Gesamtrepertoire gesundheitsbezogenen Verhaltens in den Mittelpunkt stellen. Viele gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen haben eine ähnlich funktionale Bedeutung, nämlich die Verarbeitung von jugendtypischen Entwicklungsaufgaben. Diese Sichtweise scheint auch für die Praxis effektiv, da sie von Verhaltensalternativen ausgeht, die miteinander in Beziehung gesetzt werden können. Ganzheitliche Gesundheitsförderung bedeutet aber auch die Einbeziehung der unterschiedlichen „Settings“, in denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten. Die Bereiche Schule, Familie und Freizeit haben gleichermaßen Einfluss auf das Wohlbefinden Kinder und Jugendlicher. Aus diesem Grund sollten in allen diesen Bereichen gesundheitsfördernde Maßnahmen veranlasst werden. Diese Maßnahmen dürfen jedoch nicht unverbunden nebeneinander stehen, sondern sollten sinnvoll miteinander vernetzt werden.

Kinder und Jugendliche aus Hauptschulen berichten in vielen untersuchten Bereichen von einem schlechteren Gesundheitszustand und gesundheitsabträglichen Verhaltensweisen als gleichaltrige Realschüler oder Gymnasiasten.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche mit speziellen zielgruppenspezifischen Maßnahmen angesprochen werden sollten. Geeignete Förderungsmaßnahmen beinhalten hier die Verbesserung der präventiven und kurativen gesundheitlichen Versorgung, der Bildungschancen, des Gesundheitsverhaltens sowie die Verstärkung der gesundheitsfördernden Lebensbedingungen. Im Zentrum solcher zielgruppenspezifischen Maßnahmen muss auch die Stärkung der Bewältigungsressourcen von sozial benachteiligten Kinder und Jugendlichen stehen.

Der Schule kommt zudem eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprogrammen zu. Der Inhalt dieser Programme sollte sich nicht nur auf die Vermittlung von Wissen beschränken, sondern auch personale und soziale Kompetenzen ausbilden. Schulische Programme sollten u.a. folgende Inhalte umfassen: die Förderung eines gesunden Lebensstils, die Förderung zur Ausbildung von körperlichen, sozialen und psychologischen Potentialen, die Stärkung von sozialen Kompetenzen sowie die Förderung von Verantwortungsbewusstsein für die eigene Person, die Familie und die Gemeinde. Besonders dringliche thematische Schwerpunkte sind die Drogen- und Gewaltprävention, die Prävention von psychischen und psychosomatischen Krankheiten und die Vermeidung von Übergewicht. Sie könnten in die Curricula der Schulen integriert und fächerübergreifend umgesetzt werden. Da die Wirksamkeit schulischer Präventionsbemühungen auch und gerade von der schulischen Umwelt abhängt, setzt Gesundheitsförderung in Schulen auch die qualitative und strukturelle Verbesserung von Schule und Unterricht voraus. Die Schule muss sich verstärkt darum bemühen, Arbeits- und Übungsräume mit verschiedenartigen Lernsituationen anzubieten, die von den Schülern als persönlich wichtig und sinnvoll empfunden werden. Fächergrenzen sollten überschritten werden, um einen Praxis- und Lebensweltbezug des Lernens herzustellen.

Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine umfassende Sicht von Gesundheit und für ebenso umfassende Folgerungen für die Gesundheitsförderung. Alle Förderansätze sollten den

sozialen, ökologischen, kulturellen und ökonomischen Lebenskontext mit einbeziehen und die psychischen und körperlichen Voraussetzungen eines Individuums berücksichtigen. Sie sollten auf die gesunde Entwicklung und das Wohlbefinden sowohl mit Hilfe struktureller und politischer Initiativen als auch durch die Unterstützung von Familien und Einzelpersonen zielen. Die Ottawa-Charta der WHO (1986) kann hierfür nach wie vor als Leitsatz dienen. Sie beschreibt Gesundheitsförderung als einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Autonomie und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit ermöglicht. Das Ziel ist die Herstellung einer gesundheitsförderlichen sozialen und natürlichen Umwelt sowie die Entwicklung individueller Kompetenzen. Dieser Ansatz lässt sich voll auf die spezifische Situation von Kindern und Jugendlichen beziehen.

Literatur

- Abel, T. (1999): Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In: Maeder, C., Burton-Jeangros, C., Haour-Knipe, M. (Hrsg.): *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft: Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zürich: Seismo, 43-61
- Addy, M., Dummer P. M. H., Hunter, M. L., Kingdom, A., Shaw, W. C. (1990): The effect of tooth brushing frequency, tooth brushing hand, sex and social class on the incidence of plaque, gingivitis and pocketing in adolescents: a longitudinal cohort study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 7, 237-247
- Bergmann, K.E., Thefeld, W., Kurth, B.-M. (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift frühe Kindheit*, 3, ohne Seitenangabe
- Biddle, S., Sallis, J., Cavill, N. (1998): Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. In: Biddle, S., Sallis J., Cavill N. (Hrsg.): *Young and Active? Young people and health-enhancing physical activity - evidence and implications*. London: Health Education Authority
- Bilz, L., Hähne, C., Melzer, W. (2003): Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Jugendgesundheits-survey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation*. Weinheim: Juventa, 243-300
- Böhm, A., Friese, E., Greil, H., Lüdecke, K. (2002): Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen - Eine Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 150, 48-57
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320, 1240-1243
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Setter-tobulte, W., Samdal, O., Barnekow Rasmussen, V. (2004) (Hrsg.): *Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/02 survey*. Kopenhagen: WHO-Europe
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., Smith, R. (2006) (Hrsg.): *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2005/2006 Survey*. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU)
- Dür, W. (1999): Schöner Vogel Jugend? Zur Lage der Jugend und zur Gesundheit der Jugendlichen in Österreich. In: Scharinger, C. (Hrsg.): *Perspektiven der Jugendgesundheit*. Linz, 15-42
- Freitag, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1999): *Illegale Alltagsdrogen*. Weinheim: Juventa
- Hackauf, H., Winzen, G. (1999): Gesundheitstrends bei jungen Menschen im vereinten Europa. *Diskurs* 2/99, 8-19
- Honkala E. et al. (2000): A case study in oral health promotion. In: *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels-Luxemburg
- Hurrelmann, K. (1999): *Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (6. Auflage). Weinheim: Juventa Verlag
- Hurrelmann, K. (2002): *Einführung in die Sozialisationstheorie* (8. Auflage). Weinheim: Beltz
- Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa Verlag
- Irwin, C.E., Scott, J.B., Uhler Cart, C. (2002): America's adolescents: Where have we been, where are we going. In: *Journal of Adolescent Health*, 31, 91-121
- Janin Jacquat, B., François, Y., Schmid, H. (2001): Konsum psychoaktiver Substanzen. In: Schmid, H., Kuntsche, E.N., Deigrande, M. (Hrsg.): *Anpassen, ausweichen, auflehnen - Fakten und Hintergründe zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*. Bern: Haupt, 347-394
- Klocke, A., Becker, U. (2003): Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Jugendgesundheits-survey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation*. Weinheim: Juventa, 183-242
- Kolip, P. (1999): *Gesundheitliches Risikoverhalten im Jugendalter: Epidemiologische Befunde und Ansätze zur Prävention*. In: Kolip, P. (Hrsg.): *Programme gegen*

Sucht - Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim: Juventa, 7-26

Lampert, T., Richter, M. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS-Verlag, 199-220

Lampert, T., Richter, M., Klocke, A. (2006): Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. Gesundheitswesen, 68, 94-100

Lampert, T., Saß, A., Häfelinger, M., Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: RKI

Lösel, F., Bliesener, T. (1998): Zum Einfluss des Familienklimas und der Gleichaltrigengruppe auf den Zusammenhang zwischen Substanzgebrauch und antisozialem Verhalten von Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 4, 208-220

Prochaska, J.J., Sallis, J.F., Long, B. (2001): A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. In: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 155, 554-559

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., et al. (2001): Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. Soc Prev Med, 46, 297-302

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005): KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 5 (3), 353-364

Richter, M. (2003): Anlage und Methode des Jugendgesundheits surveys. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheits survey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa: Weinheim, 9-18

Richter, M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden

Richter, M., Ottova, V. (2006): Alles auf Risiko? Aktuelle Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. In: Beck, N., Warnke, A., Adams, G., Zink-Jakobeit, K. (Hrsg.): Süchtiges Verhalten bei

Kindern und Jugendlichen. Lengerich: Pabst, 25-42

Richter, M., Settertobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheits survey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa, 99-158

Robert Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

Samdal, O., Torsheim, T., Danielson, M., Dür, W., Hetland, J., Kostarova Unkovska, L., Välimaa, R. (2001): Focus area rationale: School Setting. In: Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., Smith, R. (Hrsg.): Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2001/2002 Survey. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), 161-174

Seifert, B. (2002): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. München: Deutsches Jugendinstitut, 87-173

Settertobulte, W., Richter, M. (2007): Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: Mann, K., Havemann-Reinecke, U., Gassmann, R. (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen. Freiburg Lambertus Verlag (im Druck)

Stein, R., Baumann, L., Westbrook, L., Coupey, S., Ireys, H. (1993): Framework for identifying children who have chronic conditions: The case for a new definition. Journal of Pediatrics, 122, 342-347.

Todd, J., Currie, D. (2004): Sedentary Behaviour. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Barnekow Rasmussen, V. (Hrsg.): Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/02 survey. Kopenhagen: WHO-Europe, 98-109

Vereecken, C.A., Ojala, K., Deigrande Jordan, M. (2004): Eating habits. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Barnekow Rasmussen, V. (Hrsg.): Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/02 survey. Kopenhagen: WHO-Europe, 110-119

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Strukturtypischer Datensatz für Deutschland nach Bundesland und Klassenstufe, Jungen und Mädchen (HBSC Deutschland 2005/06)

Tabelle 2: Stichprobe NRW 2005/06 nach Schulform, Klassenstufe, Alter und Geschlecht

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Familienverhältnisse im "hauptsächlichen" Zuhause (%)

Abb. 2: Schülerinnen und Schüler mit ausländischen Eltern (beide Elternteile) (%)

Abb. 3: Prozentualer Anteil der Eltern aus nicht deutschen Herkunftsländern (%)

Abb. 4: Berufsstatus der Eltern (Haushaltsvorstand) nach Schulform (%)

Abb. 5: Wohlstandsniveau nach Schulform (%)

Abb. 6: Allgemeiner Gesundheitszustand nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 7: Chronische Krankheit allgemein nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 8: Prävalenz chronischer Krankheiten, die mit Medikamenten behandelt werden und die Teilnahme an Unterricht/Schule beeinträchtigen nach Geschlecht (%)

Abb. 9: Verletzungen allgemein nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 10: Ort der schwersten Verletzung in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (%)

Abb. 11: Ort der schwersten Verletzung in den letzten 12 Monaten nach Klassenstufe (%)

Abb. 12: Aktivität bei der schwersten Verletzung in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (%)

Abb. 13: Aktivität bei der schwersten Verletzung in den letzten 12 Monaten nach Klassenstufe (%)

Abb. 14: Body-Mass-Index nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 15: Psychosomatische Beschwerden (täglich oder mehrmals in der Woche) nach Geschlecht (%)

Abb. 16: Häufigkeit täglicher Beschwerden nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 17: Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 18: Cantrill Leiter

Abb. 19: Lebenszufriedenheit nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 20: Rauchen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 21: Konsumierte Alkoholsorten bei 11- bis 15-Jährigen (%)

Abb. 22: Alkoholkonsum nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 23: Rauscherfahrungen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 24: Cannabiskonsum (jemals im Leben) nach Geschlecht und Schulform (nur Klasse 9) (%)

Abb. 25: Cannabiskonsum (im letzten Jahr) nach Geschlecht und Schulform (nur Klasse 9) (%)

Abb. 26: Medikamentenkonsum im letzten Monat nach Geschlecht (%)

Abb. 27: Körperliche Aktivität in den letzten 7 Tagen nach Geschlecht und Klassenstufe (Mittelwert in Tagen) (%)

Abb. 28: Körperliche Aktivität an mindestens 6 Tagen in der Woche nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 29: Fernsehkonsum an Wochentagen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 30: Computernutzung an Wochentagen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 48: Häufigkeiten von Schlägereien im letzten Jahr nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 31: Regelmäßige Einnahme von Frühstück an Schultagen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 32: Täglicher Konsum von Obst und Gemüse nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 33: Täglicher Konsum von Limonade und Süßigkeiten nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 34: Körperwahrnehmung nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 35: Diäthäufigkeiten nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 36: Zähneputzen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 37: Anzahl der Freunde des gleichen und des anderen Geschlechts, Jungen und Mädchen (%)

Abb. 38: Sprechen mit bestem Freund/Freundin nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 39: Treffen mit Freunden am Nachmittag nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 40: Peer-Kontakte über „neue Medien“ nach der Schule nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 41: Über Probleme sprechen mit Mutter nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 42: Über Probleme sprechen mit Vater nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 43: Schulleistungen nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 44: Belastungen durch die Schule nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 45: Gefallen an der Schule nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 46: Opfer von Mobbing nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Abb. 47: Aktiv am Mobbing beteiligt nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform (%)

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld/Germany

Tel.: 0521.106-3878
Fax: 0521.106-6433

email: matthias.richter@uni-bielefeld.de

Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/>
HBSC-Studie: <http://www.hbsc.org>