



Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin

Ulrike Ravens-Sieberer, Christiane Thomas

**Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheits-
studie 2002 im Auftrag der WHO**

ROBERT KOCH INSTITUT



Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin

Ulrike Ravens-Sieberer, Christiane Thomas

**Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheits-
studie 2002 im Auftrag der WHO**

Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin
Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheits-
studie 2002 im Auftrag der WHO
Robert Koch-Institut, Berlin 2003

ISBN

3-89606-076-7

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin
www.rki.de

Autoren

Privatdozentin Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer,
Dipl.-Psych. Christiane Thomas
Robert Koch-Institut

Druck

Mercedes-Druck, Berlin

Inhalt

1	Zur Notwendigkeit einer subjektiven Gesundheitsforschung bei Kindern und Jugendlichen	7
2	Die WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002 für Berlin	9
3	Ergebnisse der Befragung in Berlin.....	12
3.1	Familienstrukturen, Herkunft und sozioökonomische Lage.....	12
3.2	Körperliche Gesundheit	16
3.3	Psychische Gesundheit	24
3.4	Soziale Gesundheit	37
3.5	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	49
3.6	Gesundheits- und Freizeitverhalten	52
3.7	Risikoverhalten	63
4	Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen	68
5	Fazit zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Berlin	69
6	Literatur	73
7	Danksagung	75

Vorwort

Seit einigen Jahren steht vermehrt die Lebensphase der Adoleszenz im Mittelpunkt gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Diskussionen. In diesem Zusammenhang mehren sich Befunde, wonach schon Kinder und Jugendliche im Schulalter zunehmend unter Stress und psychosomatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen leiden, und psychosoziale Auffälligkeiten zunehmen. Die Zunahme chronischer Erkrankungen bereits im Kindes- und Jugendalter lässt es besonders wichtig erscheinen, deren Auswirkungen auf das Alltagsleben und das Befinden aus der Sicht der Kinder selbst und der Personen, die sie versorgen, zu erfassen. Gesundheit ist somit nicht nur eine messbare Größe im Sinne medizinischer Befunde, sondern ein Gegenstand subjektiven Erlebens, der schon für Kinder und Jugendliche Relevanz besitzt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrem Regionalbüro Europa fördert seit vielen Jahren das Forschungsprojekt »Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)«, das sich mit der spezifischen Thematik der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen befasst und inzwischen aus über 30 Teams aus fast allen europäischen Ländern und den USA, Kanada und Israel besteht. Auch deutsche Forschungsteams in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin sind an den international abgestimmten Erhebungen zur gesundheitlichen Situation von Schülerinnen und Schülern beteiligt. Mit dem vorliegenden Band möchte das Berliner Leitungsteam diese einmalige empirische Untersuchung für das Bundesland Berlin in einer Publikation der Fachöffentlichkeit zugänglich machen. Wir legen damit die erste Berliner WHO-Jugendgesundheitsstudie vor.

Das Hauptinteresse der Studie gilt vor allem dem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Die Studie ist primär auf gesundheitsrelevante Verhaltens- und Lebensmuster von Jugendlichen im Altersspektrum von 10 bis 16 Jahren ausgerichtet. Zusätzlich werden Sozialindikatoren zur jugendlichen Alltagswelt, insbesondere aus den Bereichen Familie, Schule, Freundschaft und Freizeit

und zentrale Daten zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand der Jugendlichen erhoben. Die Stichprobe ist als repräsentative Zufallsstichprobe für Berlin angelegt, die Erhebung fand im Frühjahr/Sommer 2002 statt. Insgesamt kann die Berliner Jugendgesundheitsstudie auf über 9.000 befragte Jugendliche zurückgreifen. Sie bedient sich der Methode des Selbstberichts, die sich in der Gesundheitsforschung immer mehr durchsetzt.

Die Analysen der Jugendgesundheitsstudie für Berlin sollen die Grundlage für eine Ergänzung der Gesundheitsberichterstattung bilden und darüber hinaus der Debatte um die Kompetenzentwicklung von Heranwachsenden neue Impulse geben, denn die Belastungen, denen sich Jugendliche – zum Beispiel durch schulischen Leistungsdruck – ausgesetzt sehen, führen nicht nur zu einem eingeschränkten Leistungsstatus, sondern auch oft zu Defiziten im Bereich der mentalen Gesundheit und einer Zunahme psychosomatischer Beschwerden.

Wir hoffen, durch die Publikation der wissenschaftlich abgesicherten Daten zur Gesundheitssituation von Schülerinnen und Schülern in Berlin die Aufmerksamkeit auf die spezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen mit Blick auf ihre körperliche, psychische und soziale Gesundheit lenken zu können. Da diese Form der Gesundheitsberichterstattung über Kinder und Jugendliche auf Dauer angelegt ist, könnte hierin eine wichtige Grundlage für die langfristige Kontrolle und Korrektur gesundheitlicher Entwicklungen der jungen Generationen gesehen werden. Die Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie für Berlin geben wertvolle Hinweise für die Neuausrichtung von Angeboten und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung, die jetzt dringend zu fordern sind.

Die Autorinnen verbinden daher mit diesem Buch die Hoffnung, das Thema der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Schülerinnen und Schülern in Berlin in verschiedenen Disziplinen der Medizin, in der Gesundheitsforschung und in der Pädagogik sowie den

Erziehungswissenschaften einem breiten Kreis von Lesern näher zu bringen.

Bedanken möchten sich die Autorinnen bei der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport in Berlin sowie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Berlin für die freundliche Unterstützung des Vorhabens.

Ulrike Ravens-Sieberer

Privatdozentin Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer ist Psychologin und Gesundheitswissenschaftlerin. Im Robert Koch-Institut leitet sie eine epidemiologische Forschungsgruppe zur Kinder- und Jugendgesundheit und Lebensqualität.

Christiane Thomas

Diplom-Psychologin Christiane Thomas ist eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der epidemiologischen Forschungsgruppe zur Kinder- und Jugendgesundheit und Lebensqualität.

1 Zur Notwendigkeit einer subjektiven Gesundheitsforschung bei Kindern und Jugendlichen

In der Medizin und den Gesundheitswissenschaften hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Hinwendung nicht mehr nur zu körperlichen, sondern auch psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit vollzogen. Entsprechend der Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind für die Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person nicht nur somatische Indikatoren wie Symptome oder Lebenserwartung von Bedeutung, sondern auch wie diese Person sich fühlt, mit anderen Menschen Kontakt hat und in ihrem Alltag zurechtkommt. Zur Bezeichnung für diese um die psychosoziale Dimension erweiterte Wahrnehmung von Gesundheit hat sich der Begriff der subjektiven Gesundheit bzw. des subjektiven Wohlbefindens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität etabliert. Es besteht Konsens darüber, dass subjektive Gesundheit mehrere Komponenten oder Dimensionen umfasst, zu denen die körperliche Verfassung, das psychische Befinden, die sozialen Beziehungen und die Fähigkeit, den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden, gehören.

Das Kindes- und Jugendalter wird heutzutage üblicherweise als ein Lebensabschnitt mit ausgezeichneter Gesundheit angesehen. Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich der Fokus bezüglich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gewandelt. Aufgrund von effektiveren Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen nahm die Lebensbedrohung durch Infektionskrankheiten im Kindesalter kontinuierlich ab. Gesundheit wurde nun nicht mehr unidimensional als Abwesenheit von Krankheiten und Tod definiert, sondern als Zustand von körperlichem, emotionalem (psychologischem) und sozialem Wohlbefinden. Darüber hinaus sind zentrale Aspekte für Jugendliche auch der soziale Kontext wie Familie, Lebensbedingungen, Freunde und Freizeitgestaltung, die mittels des Fragebogens erfasst wurden.

Wenn sich Gesundheit direkt und ausschließlich aus klinischen Daten bestimmen ließe, könnte man auf begleitende Untersuchungen

zum subjektiven Wohlbefinden verzichten. Häufig decken sich jedoch physiologische und psychologische Beurteilungen nur unvollständig oder gar nicht. Die Berücksichtigung der subjektiven Gesundheit als Bewertungskriterium in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften hat sich bisher primär auf Erwachsene bezogen, aber auch die subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erweist sich zunehmend als wichtiges Zielkriterium bei der Evaluation von therapeutischen und präventiven Maßnahmen. Deswegen ist es nötig, die aktuelle Verfassung von Jugendlichen aus ihrer Sicht zu beleuchten.

Trotz des zunehmenden Interesses fehlt es aber bisher noch an ausreichenden epidemiologischen Daten für diese Altersgruppe in verschiedenen Regionen Deutschlands, die über den Zusammenhang zwischen subjektivem Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitsstatus von Jugendlichen Aufschluss geben. Nach den Empfehlungen der WHO in »Health for all targets. The health policy for Europe.« (1993) sollen vor allem die Gesundheitsindikatoren »Lifestyle«, »Lebensweisen« und »subjektive Gesundheit« bei Befragungen im Rahmen von Gesundheitssurveys berücksichtigt werden. Den bisherigen Untersuchungen zur sozialen Differenzierung des Gesundheitszustandes und der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen ist zu entnehmen, dass die veränderten Lebensbedingungen der Kinder die Entstehung neuer bzw. früher seltener Krankheitsbilder begünstigen, und den gesundheitsbezogenen Lebensstil verschlechtern. Die geschilderten Entwicklungen könnten so auch die Lebensqualität im Sinne subjektiven Wohlbefindens vermindern. Personalen, familiären und sozialen Ressourcen kommt somit eine wichtige Funktion bei der Prävention sowohl körperlicher als auch psychischer Krankheiten zu.

In einer Studie zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Berlin ist die Erfassung der psychischen Gesundheit in Ergänzung zu Daten zur körperlichen Gesundheit von

herausragender Wichtigkeit. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sind sowohl unter Versorgungs- als auch unter präventiven Gesichtspunkten ein relevantes Gesundheitsproblem des Kindes- und Jugendalters. Ein nicht geringer Teil der Kinder und Jugendlichen ist von – teilweise lang anhaltenden – psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen betroffen. Schätzungen zum Auftreten psychischer Störungen weisen im Altersbereich bis 18 Jahre in Deutschland eine Prävalenzrate zwischen 10 % und 20 % auf. Der Mittelwert der berichteten Periodenprävalenzen beträgt nach einem Überblick zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter von Ihle und Esser (2002) 18 %. Auch in Deutschland liegt die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter mit ca. 18 % seit Jahren stabil auf einem recht hohen Niveau (Döpfner et al., 1997).

Damit stellt die psychische Gesundheit von Jugendlichen eine epidemiologische Zielgröße von erheblicher Relevanz dar. Psychische Auffälligkeiten oder Störungen von Kindern und Jugendlichen wie z. B. das Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS), Depression oder Jugendgewalt werden in den Medien breit diskutiert. Eine Analyse vorhandener Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998) ergab, dass Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken bei Kindern zunehmen und dass psychosozial bedingte Befindlichkeitsstörungen ansteigen. Der Erfassung der psychischen Gesundheit als Teil der subjektiven Gesundheit wird – speziell im Jugendalter – zunehmende Bedeutung auch im Hinblick auf Prävention und Intervention beigemessen (Kolip et al., 1995). Das auf der Basis der Befragung gewonnene Datenmaterial soll Schätzungen über die Auf-

tretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen für Berlin ermöglichen. Zusätzlich werden weitere personale Faktoren aus der psychosozialen Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen erfragt (z. B. Merkmale des sozialen Netzwerks, familiäre Unterstützung, psychisches Wohlbefinden), denen eine wichtige Funktion bei der Prävention sowohl körperlicher als auch psychischer Krankheiten zukommt. Für das Kindes- und Jugendalter liegt bisher ein Mangel an aussagefähigen epidemiologischen Daten zum körperlichen Gesundheitszustand, ganz besonders aber zur psychischen Gesundheit und dem subjektiven Wohlbefinden vor. Daher ist es notwendig, routinemäßig erfasste Daten durch Studien wie diese zu ergänzen, die Daten zu körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten subjektiver Gesundheit im Jugendalter liefern.

In der vorliegenden Studie für Berlin sollen die Beziehungen zwischen dem Gesundheitsverhalten und der subjektiv berichteten Gesundheit von Kindern und Jugendlichen untersucht werden. Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Identifikation von Präventionsmöglichkeiten in dieser Alterklasse gelegt. Weiterhin sollen die Ergebnisse Auskunft über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen im nationalen Vergleich geben. In dieser Studie wird der Gesundheitszustand der Befragten im Selbsturteil erhoben. Diese Herangehensweise bietet, wie oben beschrieben, den Vorteil, die für viele Aspekte relevante Sichtweise der Betroffenen zu berücksichtigen und erfasst damit das bereits vorgestellte Konstrukt »Subjektive Gesundheit«.

In dem folgenden Abschnitt wird ein komprimierter Abriss der Anlage und der Methode der hier verwendeten Datenbasis gegeben, welche den Berechnungen der einzelnen Kapitel dieses Buches zugrunde liegt.

2 Die WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002 für Berlin

Die in diesem Band präsentierten Ergebnisse resultieren aus dem Berliner Teil der internationalen Studie »Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)«. Die HBSC-Studie ist ein internationales kooperatives Forschungsvorhaben, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt wird. Ziel der Studie ist es, zu einem erweiterten Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen beizutragen und die Bedingungen ihrer Entwicklung zu untersuchen. Dabei soll sowohl die Aufgabe einer Gesundheitsberichterstattung, als auch eine Erweiterung des Grundlagenwissens über die Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen gewährleistet werden¹. Diese Forschung soll letztlich dazu dienen, die Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen und der Gesundheitserziehung zu verbessern.

Seit 1982 werden alle vier Jahre unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Kinder und Jugendliche im Alter von 11–15 Jahren zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten befragt. In diesem Jahr wurden nunmehr in 35 Ländern in Europa, Nordamerika und Israel Daten von fast 200.000 Schülerinnen und Schülern erfasst. In Deutschland haben sich insgesamt vier Bundesländer, nämlich Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen an dem internationalen Forschungsprojekt beteiligt. In jedem Bundesland wurde die Studie selbstverantwortlich durchgeführt. So haben neben dem Robert Koch-Institut für Berlin, die Fachhochschule Frankfurt am Main für Hessen, die Universität Bielefeld für Nordrhein-Westfalen, sowie die Technische Universität Dresden für Sachsen die Durchführung für das jeweilige Bundesland übernommen. Hierzu haben sich die beteiligten Einrichtungen der Universität Bielefeld, der Fachhochschule Frankfurt am Main, der Technischen Universität Dresden und des Robert Koch-Instituts in Berlin zu einem Forschungskonsortium zusammengeschlossen.

Die Erhebung erfolgte mit Hilfe eines international standardisierten Fragebogens. In allen beteiligten Staaten wurde der gleiche Kernfrage-

bogen eingesetzt, hinzu kamen bundesweit einheitliche Ergänzungen, um einen Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen. Der Fragebogen beinhaltet Themen zum Gesundheitszustand, zur Lebenszufriedenheit und Lebensqualität, zum psychischen Wohlbefinden, zur körperlichen Aktivität, zur Ernährung und zum Essverhalten. Weiterhin wurden Angaben zur schulischen Situation, zu eventuellem Mobbing und verschiedene Aspekte des Schulunterrichts erhoben und Fragen zur sozialen Unterstützung in der Familie und im Freundeskreis gestellt. Außerdem wurden die Jugendlichen zu ihrem Freizeitverhalten, zu Unfällen und ihrem Risikoverhalten wie z. B. Alkohol- und Zigarettenkonsum befragt. In Berlin galt das besondere Interesse des Forschungsteams zusätzlich vertiefend vor allem dem subjektiven Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit der Berliner Schülerinnen und Schüler.

Die Studie ermöglicht sozial-epidemiologische Aussagen zur Gesundheit, zur Lebensqualität und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Berlin, die in der Gesundheitsberichterstattung Verwendung finden können. Sie ermöglicht weiterhin Abschätzungen der sozialen, psychischen und verhaltensbezogenen Ressourcen von Kindern und Jugendlichen, die im Zusammenhang mit sozial-psychologischen Erklärungsmodellen zu einem erweiterten Verständnis der Entwicklungsprozesse führen sowie praktische Ansätze zur Prävention und Intervention bieten können.

In Berlin wurden im Rahmen der WHO-Jugendgesundheitsstudie insgesamt 9704 Schülerinnen und Schüler aus 585 fünften, siebten und neunten Klassen an 136 allgemeinbildenden Schulen befragt. Dabei sind alle regulären Schulformen (Grundschulen, Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen) unter Berücksichtigung des Statusindex für die 23 Berliner Bezirke anhand des Sozialstrukturatlases 1997

¹ Weiterführende Informationen zur »Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)«-Studie finden sich im Internet unter www.hbsc.org.

jeweils repräsentativ für Berlin vertreten. Die Schulen wurden nach einem Zufallsverfahren ausgewählt. Die hier verwendete Stichprobe basiert auf einer statistischen Zufallsauswahl von Schulklassen der fünften, siebten und neunten Klassen (Klumpenstichprobe) aller Schulen in Berlin aus dem Berliner Schulverzeichnis, so dass die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen mit einer Abweichung von etwa einem halben Jahr repräsentiert sind. Die Stichprobe kann als repräsentativ für die rund 97.000 Berliner Schülerinnen und Schüler der entsprechenden Klassenstufen und Schultypen gelten. Die Anzahl der jeweils eingesetzten Fragebögen pro Schule orientierte sich an der statistischen Verteilung der verschiedenen Schulformen und des Statusindex in den jeweiligen Berliner Bezirken.

Die Verteilung der Stichprobe der befragten Schülerinnen und Schüler in Berlin nach Klassenstufe, Geschlecht und Schultyp ist Abbildung 1 zu entnehmen.

Die Befragung in Berlin wurde durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Robert Koch-Instituts in den Schulklassen durchgeführt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und nach den geltenden Datenschutzbestimmungen. 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 zu den Bezirken wurden codierte Angaben

über die besuchte Schule und die Klassenstufe erhoben. Weitere Angaben, die zur Identifikation eng begrenzter Personengruppen oder Einzelpersonen führen können, wurden nicht erfasst. Die Rückgabe der Fragebögen erfolgte in geschlossenen Briefumschlägen, die erst unmittelbar vor der Dateneingabe durch die Beauftragten des Forschungsteams geöffnet wurden. Lehrer und Eltern hatten keine Möglichkeit der Einsicht in die ausgefüllten Fragebögen. Insgesamt dauerte das Ausfüllen des ca. 80 Fragen umfassenden Fragebogens je nach Altersstufe zwischen 1–2 Schulstunden. Durchgeführt wurde die Befragung in Berlin im Zeitraum von Februar bis Juni 2002.

Um die nationale und internationale Vergleichbarkeit von erhaltenen Daten zu gewährleisten, wird in allen an der HBSC-Studie beteiligten Ländern ein nach dem gleichen Forschungsdesign standardisierter, in die jeweilige Landessprache übertragener Kernteil des Fragebogens eingesetzt.²

Die Berliner Daten wurden für den hier vorliegenden Ergebnisband als eigenständiger Datensatz ausgewertet. Zusätzlich wurde eine repräsentative Auswahl aus dem Berliner Datensatz

2 In dem internationalen »Research Protocol« sind für jede einzelne Variable und für jedes einzelne Item die Forschungsfrage und die dahinterstehenden theoretischen Grundlagen ausführlich beschrieben (Currie et al. 2001).

Abb. 1:

Verteilung der Stichprobe der befragten Schülerinnen und Schüler in Berlin

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

Schule	5. Klasse		7. Klasse		9. Klasse		Gesamt
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	
Grundschule	1.363	1.326	–	–	–	–	2.689
Hauptschule	–	–	129	160	188	210	687
Realschule	–	–	485	525	555	522	2.087
Gesamtschule	–	–	343	346	392	363	1.444
Gymnasium	–	–	642	553	739	552	2.486
Mischformen ¹	–	–	48	77	41	37	203
Gesamt	1.363	1.326	1.647	1.661	1.915	1.684	9.596²

1 Schulen mit Realschülern und Hauptschülern

2 Von den insgesamt 9.704 befragten Schülerinnen und Schülern haben einige keine Angaben über Geschlecht, Klassenstufe oder Schultyp gemacht

mit den Datensätzen der anderen beteiligten deutschen Bundesländer zu einem gesamtdeutschen Datensatz zusammengeführt und anschließend im Vergleich mit denen am WHO-Studienverbund teilnehmenden Ländern international ausgewertet. Die Ergebnisse auf gesamtdeutscher Ebene werden in einer Buchpublikation im Herbst 2003 veröffentlicht³. Der internationale Bericht wird in einer Publikationsreihe der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa in Kopenhagen, im Oktober 2003 herausgegeben.

Im folgenden sollen nun ausführlich die Ergebnisse der Berliner HBSC-Daten vorgestellt werden. Die vorliegenden Ergebnisse der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin berücksichtigen dabei sowohl deskriptive Fragestellungen zur

körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten, als auch Beziehungen zwischen Variablenkomplexen. Von Interesse ist hierbei vor allem die Frage, inwieweit gesundheitsrelevante Lebensstile mit subjektiver Gesundheit zusammenhängen und inwieweit personale und soziale Risiko- bzw. Schutzfaktoren für die Prävention der Gesundheitsstörungen zusammen mit ihrer subjektiven Repräsentation sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht identifiziert werden können. Es wird bei der deskriptiven Ergebnisdarstellung vor allem auf wichtige Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, zwischen den Altersgruppen, zwischen den verschiedenen Schultypen sowie zwischen den unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen eingegangen.

3 Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim und München.

3 Ergebnisse der Befragung in Berlin

Nachdem zuerst die Stichprobe sowie die Familienstrukturen, Herkunft und sozioökonomische Lage der Berliner Schülerinnen und Schüler beschrieben werden, soll in dem folgenden Kapitel die Auswertungen der Daten zur subjektiven körperlichen Gesundheit im Vordergrund stehen. Im einzelnen werden die generelle Gesundheitseinschätzung, die Angabe einer chronischen Erkrankung, die Anzahl der berichteten behandlungsbedürftigen Verletzungen im letzten Jahr, das Auftreten von Allergien, die Zahngesundheit, das Körpergewicht und die Körpergröße sowie die Relation zwischen beiden und letztlich die körperliche Lebensqualität dargestellt. Im darauf folgenden Abschnitt werden aus dem Bereich der subjektiven psychischen Gesundheit die Auswertungen zu psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden, zur Lebenszufriedenheit, zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, zur mentalen Gesundheit und zu psychischen Auffälligkeiten beschrieben. Der nächste Bereich stellt die soziale Gesundheit dar. Betrachtet werden die soziale Akzeptanz der Kinder und Jugendlichen durch Freunde, Eltern und Schule, das Auftreten und die Belastung durch kritische Lebensereignisse sowie die schulische, familiäre und peerbezogene Lebensqualität. Darauf folgend wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten Schülerinnen und Schüler beschrieben. Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit dem Themenkomplex des Gesundheits- und Freizeitverhaltens, einschließlich Freizeitbeschäftigungen, Ernährung und Essverhalten, sowie Sexualität. Im letzten Abschnitt wird das Risikoverhalten der Berliner Schülerinnen und Schüler beschrieben – dazu zählen Drogen, Alkohol und Rauchen.

3.1 Familienstrukturen, Herkunft und sozioökonomische Lage

In diesem ersten Abschnitt werden Ergebnisse zu den Familienstrukturen, dem familiären kulturellen Hintergrund, der elterlichen Berufstätigkeit sowie dem sozioökonomischen Status der Familien der befragten Schülerinnen und Schüler in Berlin dargestellt.

Die meisten Kinder und Jugendlichen wachsen auch heutzutage in einer Familie auf, wobei sich jedoch die Familienform im Laufe der letzten Jahrzehnte deutlich gewandelt hat. Wo früher noch in der Regel 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. Um derartigen Strukturen adäquat zu erfassen, wurde den Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit gegeben, Angaben zu einem »hauptsächlichen« Zuhause 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. Ferner wurde erfasst, wie viele Geschwister zu Hause leben. 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. 64,7% der befragten Berliner Schülerinnen und Schüler leben mit beiden leiblichen Elternteilen zusammen, 22,8% mit einem alleinerziehenden Elternteil, und 12,5% mit zwei Elternteilen, wovon aber ein Elternteil nicht das leibliche Elternteil ist. Etwa jedes neunte alleinerziehende Elternteil ist ein Vater. Nur ein verschwindend geringer Anteil von 0,8% der befrag-

ten Kinder und Jugendlichen leben in einem Heim oder in einer betreuten Wohngruppe. Bei 3,2 % bzw. 1,9 % der Familien leben die Großmutter bzw. der Großvater mit im »hauptsächlichen« Zuhause. Im Mittel haben die befragten Kinder und Jugendlichen 1,2 Geschwister, 35,8 % haben mindestens einen Bruder, und 32,8 % mindestens eine Schwester. Die durchschnittliche Haushaltsgröße beträgt 4,05 Personen pro Haushalt.

Insgesamt 8,3 % der befragten Kinder und Jugendlichen gaben 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«. Es zeigt sich kein regelmäßiges Muster bezüglich der Aufenthaltsdauer in dem »zweiten« Zuhause bei den Kindern und Jugendlichen. In über 75 % aller Fälle lebt in dem »zweiten« Zuhause der leibliche Vater, bei jeweils einem Drittel lebt der Vater in einer neuen Partnerschaft. Dies bedeutet, dass die Jugendlichen mit zunehmend mehr Bezugspersonen bzw. »Elternteilen« in ihrer Entwicklung konfrontiert sind.

Um mehr über den kulturellen Hintergrund der Schülerinnen und Schüler zu erfahren, wurde die Herkunft der Eltern erfragt. Bei 19,4 % der Jugendlichen stammen beide Elternteile aus einem anderen Land als Deutschland und bei 9,2 % stammt ein Elternteil aus dem Ausland. Von den Schülerinnen und Schülern mit Elternteilen nicht deutscher Herkunft besuchen bei den weiterführenden Schulen ca. ein Drittel die Hauptschule

und ca. ein Zehntel das Gymnasium (siehe Abbildung 2).

Fast 40 % der ausländischen Eltern stammen aus der Türkei. Weitere häufig genannte Herkunftsländer sind Polen (11,2 %), Russland und andere ehemalige Sowjetrepubliken (zusammen 7,7 %), die Staaten des ehemaligen Jugoslawiens (zusammen 7,3 %) und Libanon (5,3 %). Abbildung 3 liefert eine Übersicht über den prozentualen Anteil der Eltern aus nicht deutschen Herkunftsländern.

Weiterhin wurden die Schülerinnen und Schülern nach der Berufstätigkeit ihrer Eltern befragt. Berufstätig sind insgesamt 81 % der Väter und 76 % der Mütter. Bei alleinerziehenden Vätern sind es 83 % und bei alleinerziehenden Müttern 79 %. Bei 68,3 % der Schülerinnen und Schüler sind beide Eltern berufstätig, wohingegen bei 4,5 % der Familien beide Elternteile zum Zeitpunkt der Befragung nicht berufstätig waren. Fast die Hälfte aller nicht berufstätigen Mütter sowie 15 % der nicht berufstätigen Väter waren im Haushalt tätig, und 24,4 % der Väter sowie 17,3 % der Mütter suchten zum Zeitpunkt der Befragung nach einer neuen Stelle.

Der sozioökonomische Status der Familien ist ein bekannter und wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Schülerinnen und Schüler. Um die sozioökonomische Lage der Familie aus Sicht der Schülerinnen und Schüler zu erfassen, wurden ihnen Fragen zu typischen Wohlstandsindikatoren gestellt: hierbei ging es um die Anzahl der Autos in

Abb. 2:

Schülerinnen und Schüler mit ausländischen Eltern (beide Elternteile)

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

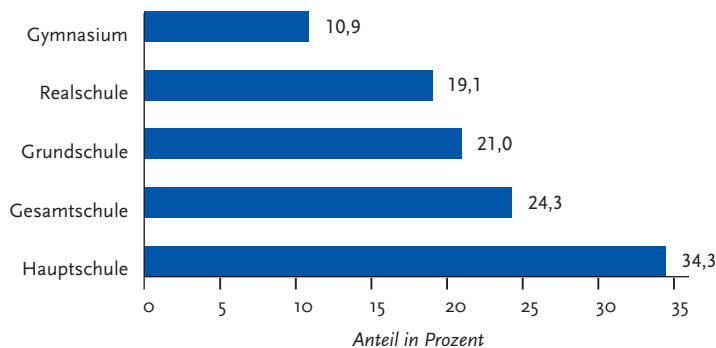
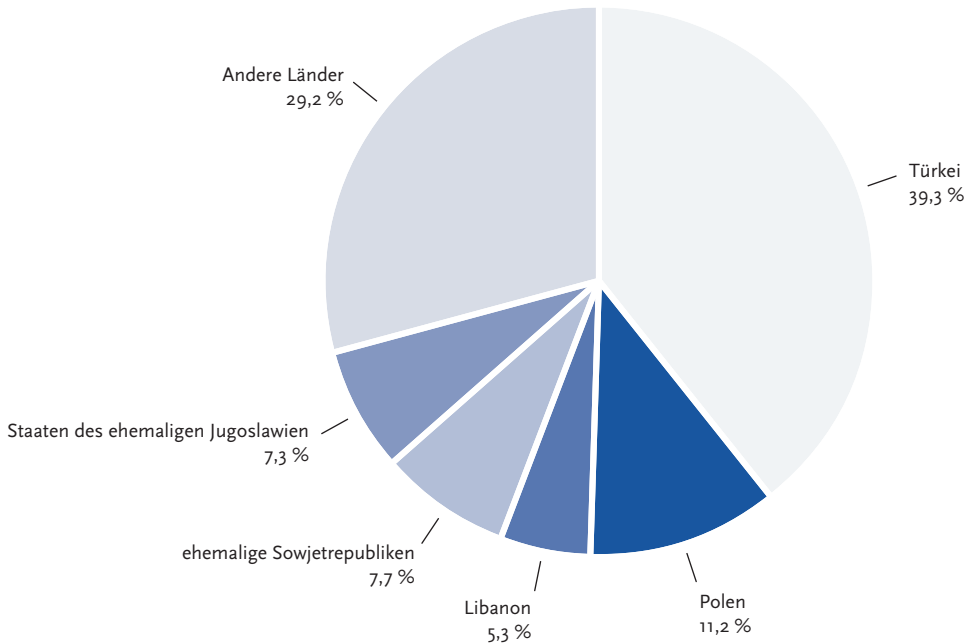


Abb. 3:
Prozentualer Anteil der Eltern aus nicht deutschen Herkunftsländern

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



der Familie, das Vorhandensein eines eigenen Zimmer, die Anzahl der Urlaubsreisen mit der Familie, die Anzahl der Computer und die Anzahl der Bücher, die die Familie besitzt. Weiterhin spielte eine Rolle, ob die Befragten manchmal hungrig zur Schule oder ins Bett gehen, weil zu Hause nicht genügend Lebensmittel vorhanden sind. Ferner wurde erfasst, wie die Kinder und Jugendlichen die finanzielle Lage ihrer Familie einschätzen. Eine Übersicht über diese Daten gibt Abbildung 4.

Aus Abbildung 4 wird deutlich, dass die meisten aller Befragten nie hungrig ins Bett oder in die Schule gehen und dass es hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Wohlstandes keine Unterschiede zwischen den Schülerinnen und Schülern der verschiedenen Schultypen gibt. Nicht zutreffend ist dies allerdings für die Grundschüler, die die finanzielle Lage ihrer Eltern am positivsten einschätzen – und dies vielleicht auch noch nicht so realistisch abschätzen können. Ob-

wohl Schülerinnen und Schüler von Hauptschulen deutlich weniger materielle Güter angeben, schätzen sie die finanzielle Situation ihrer Eltern genau so gut ein wie Schülerinnen und Schüler anderer weiterführender Schulen. Nach materiellen Gütern betrachtet, haben die Familien von GymnasiastInnen ein insgesamt höheres Wohlstandsniveau als Schülerinnen und Schüler anderer Schultypen. Diese Familien besitzen mehr materielle Güter wie Bücher, Computer und Autos und fahren mindestens zweimal im Jahr mit ihren Kindern in den Urlaub. Die Schülerinnen und Schüler verfügen häufiger über ein eigenes Zimmer. Dies kann damit erklärt werden, dass Jugendliche von Gymnasien vermehrt als Einzelkinder aufwachsen.

Abb. 4:
Erfragte subjektive Wohlstandsindikatoren

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

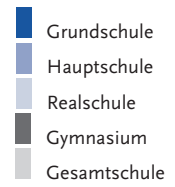
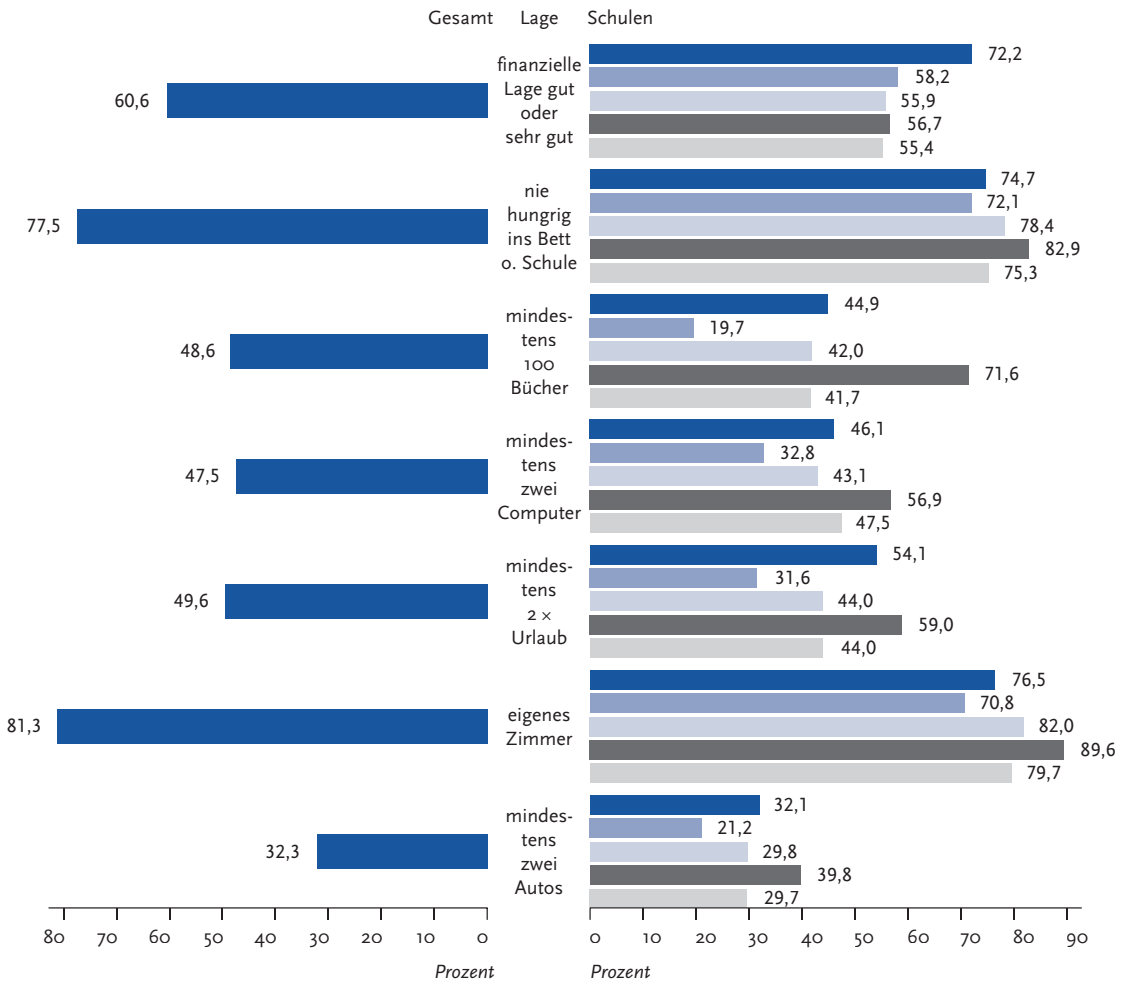


Abb. 5:
Taschengeld im vergangenen Monat (Angaben in Prozent)

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

Euro	Grundschule	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Gesamtschule
0 – 5	10,6	4,9	2,7	1,8	2,8
6 – 15	25,2	10,8	10,6	10,9	9,9
16 – 25	20,1	17,8	21,2	23,1	18,9
26 – 35	12,1	13,4	15,7	19,4	18,2
36 – 45	6,2	10,5	11,4	10,3	9,7
46 – 55	5,4	9,4	9,3	8,3	8,9
56 – 65	3,7	6,5	5,7	5,5	5,8
Mehr als 65	16,8	26,8	23,4	20,6	25,8

Die Schülerinnen und Schüler wurden zusätzlich gefragt, wie viel eigenes Taschengeld sie im vergangenen Monat für sich zur freien Verfügung hatten (siehe Abbildung 5).

Betrachtet man nur die Berliner Oberschüler so wird folgendes ersichtlich: Jugendliche von Hauptschulen haben in der Regel monatlich größere Taschengeldbeträge zur Verfügung als Befragte anderer weiterführender Schultypen. Schülerinnen und Schüler von den Gymnasien haben monatlich am wenigstens zur Verfügung. In diesem Zusammenhang erscheint es begründlich, warum Schülerinnen und Schüler von Hauptschulen die finanzielle Lage ihrer Eltern ebenfalls als gut bis sehr gut beschreiben.

3.2 Körperliche Gesundheit

3.2.1 Allgemeiner Gesundheitszustand und körperliches Wohlbefinden

Im Rahmen der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin wurde die subjektive Einschätzung des eigenen körperlichen Befindens als ein bedeutsamer Bestandteil der Kinder- und Jugendgesundheit einbezogen. Wenn man Jugendliche fragt, wie sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen, so erfasst man tatsächlich ihre eigene Wahrnehmung und Definition ihrer Gesundheit. Auch wenn sich bei den subjektiven Beurtei-

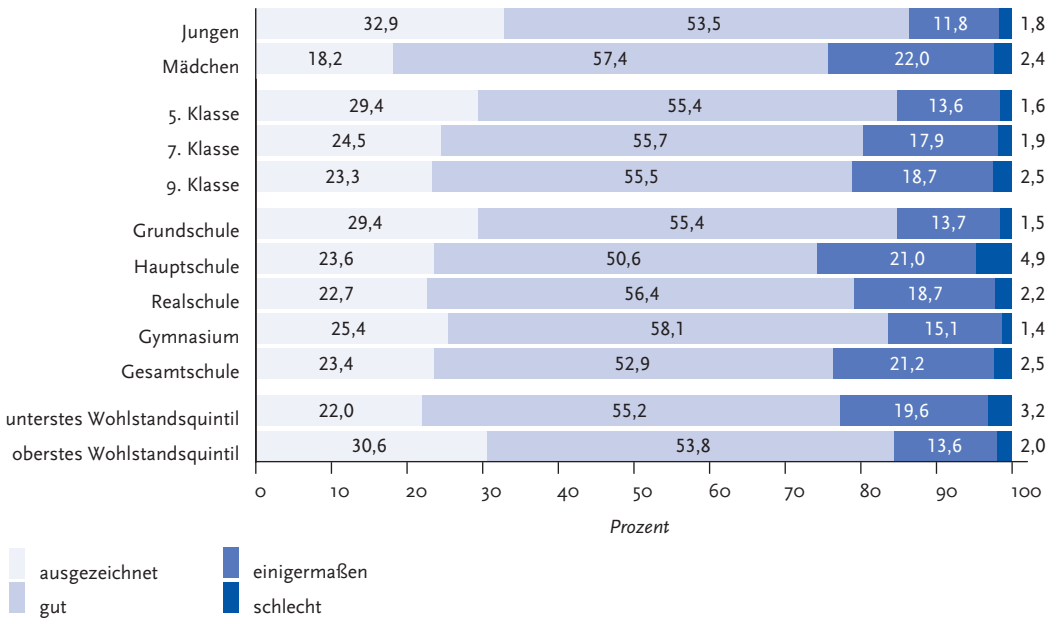
lungen im Gegensatz zu klaren standardisierten medizinischen Diagnosen in der Regel große Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, Alter, Wohlstands- und Bildungsniveau finden, sind derartige subjektive Informationen wertvoll, da sie den tatsächlichen objektiven Gesundheitszustand (Outcome) gut vorhersagen können und somit einen wichtigen Indikator für Gesundheit darstellen.

In der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin wurden die Jugendlichen gebeten, ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit den vorgegebenen Antwortkategorien »ausgezeichnet«, »gut«, »einigermaßen« und »schlecht« zu beschreiben.

Wie aus Abbildung 6 deutlich wird, beschreibt etwa ein Viertel (25,4%) aller Schülerinnen und Schüler ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet und mehr als die Hälfte (55,5%) als gut, was als zufriedenstellendes Ergebnis gewertet werden kann. Dennoch kann bei 19,1% der Jugendlichen, die ihren Gesundheitszustand als einigermaßen oder schlecht einschätzen, ein größeres gesundheitliches Risiko vermutet werden. Es zeigt sich, dass Jungen ihren Gesundheitszustand deutlich positiver einschätzen als Mädchen. Das gleiche gilt auch für Jüngere im Vergleich zu Älteren. Wenn man die Einschätzungen eines ausgezeichneten und guten Gesundheitszustandes zusammenfasst, so findet man, unterschieden nach Schultypen, die »gesündesten« Schülerinnen und Schüler an Grundschulen und Gymnasien. Ein wichtiger Einflussfaktor auf den selbst berichteten allgemeinen Gesundheitszu-

Abb. 6:
Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



stand der Schülerinnen und Schüler scheint der sozioökonomische Status der Familien zu sein. Man findet einen deutlichen Unterschied hinsichtlich des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes, wenn man die Stichprobe nach den oben genannten Wohlstandsindikatoren in fünf Quintile teilt und jeweils 20% der Schülerinnen und Schüler aus dem höchsten Wohlstandsniveau und 20% aus dem niedrigsten Wohlstandsniveau für die Analysen als Extremgruppen vergleicht. Schülerinnen und Schüler, die ein geringes Wohlstandsniveau berichten, schätzen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Jugendliche aus der obersten Wohlstandsschicht. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant. Demnach beeinflusst der wahrgenommene Wohlstand das Erleben der eigenen Gesundheit wesentlich.

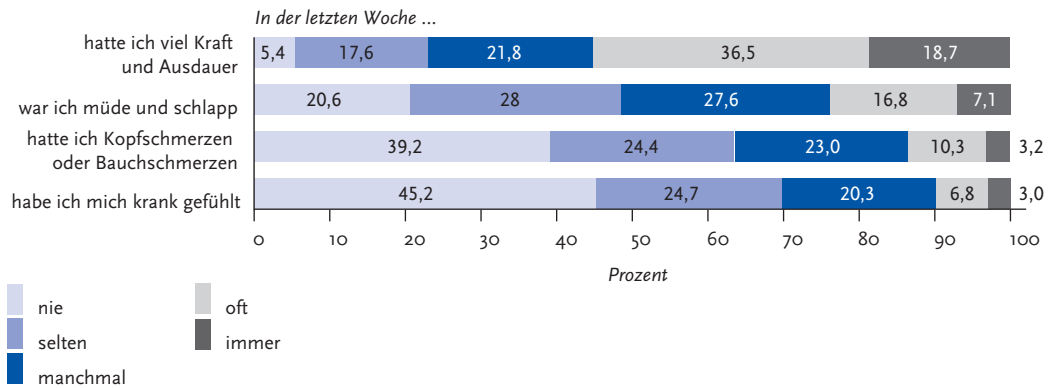
Neben einer Einschätzung der allgemeinen Gesundheit wurden Schülerinnen und Schüler in der WHO-Jugendgesundheitsstudie Fragen zum körperlichen Wohlbefinden gestellt. Bei diesen Fragen handelt es sich um Teile eines Fragebogens (KINDL^R-Fragebogen) zur Bestimmung der

gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000). Die Schülerinnen und Schüler wurden gefragt, ob sie sich in der letzten Woche krank gefühlt haben, Kopf- oder Bauchschmerzen hatten, müde und schlapp waren und ob sie viel Ausdauer und Kraft hatten. Die 5 Antwortkategorien lauten »nie«, »selten«, »manchmal«, »oft« und »immer« (siehe Abbildung 7).

In der Beantwortung der Fragen zeigt sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied. Jungen geben ein besseres körperliches Wohlbefinden an als Mädchen. Dies bedeutet, dass die Jungen sich weniger häufig krank, müde und schlapp fühlen, weniger häufig unter Kopf oder Bauchschmerzen leiden, sich als kräftiger und ausdauernder erleben als die Mädchen und sich insgesamt subjektiv besser fühlen. Vergleiche zwischen den Klassenstufen ergeben, dass die jüngeren Schülerinnen und Schüler ihr körperliches Wohlbefinden insgesamt positiver als die älteren Schülerinnen und Schüler beschreiben. Am schlechtesten bewerten Schülerinnen und Schüler der 9. Klassen ihr kör-

Abb. 7:
Körperliches Wohlbefinden

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



perliches Wohlbefinden. Es ergeben sich keine Unterschiede bezüglich des Wohlstandsniveaus und der Schultypen.

3.2.2 Chronische Erkrankungen, Behinderung und Verletzungen

Im vorhergegangenen Abschnitt wurde der allgemeine Gesundheitszustand sowie das körperliche Wohlbefinden der befragten Schülerinnen und Schüler beschrieben. Im Folgenden geht es darum aufzuzeigen, wie viele Schülerinnen und Schüler, die an der WHO-Jugendgesundheitsstudie teilgenommen haben, tatsächlich an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leiden, die ihren Alltag einschränkt und wie viele Schülerinnen und Schüler behandlungsbedürftige Verletzungen im letzten Jahr erlitten haben.

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). Das Management 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

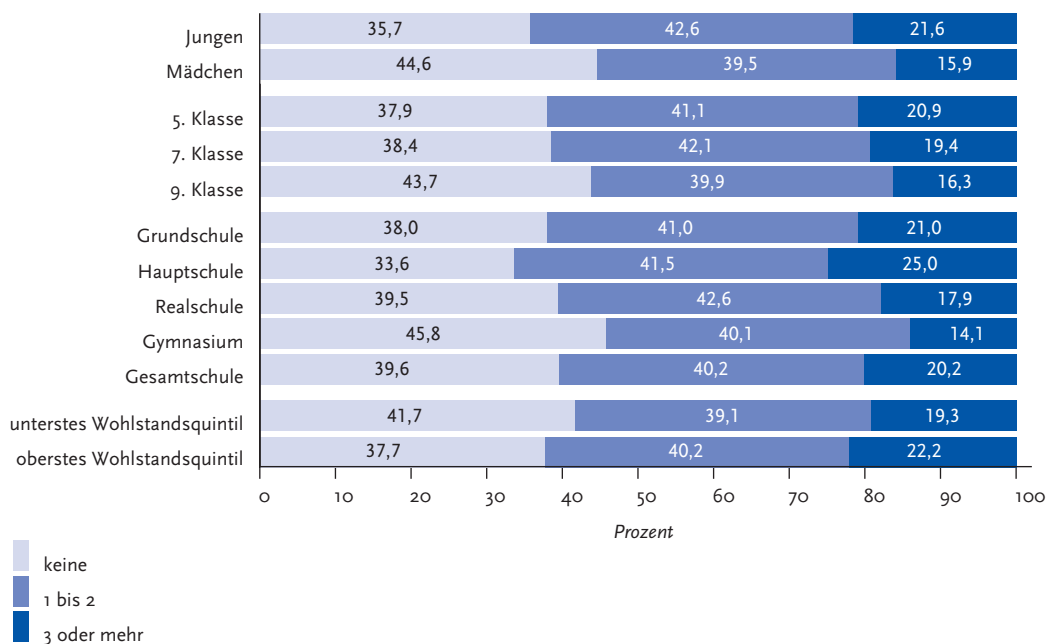
sozialen Bereich. Die Prävalenz chronischer Erkrankungen beläuft sich nach Ergebnissen bisheriger epidemiologischer Studien international derzeit auf ca. 7–10%.

Von den 9704 Befragten in Berlin geben insgesamt 12,9% der Schülerinnen und Schüler an, an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung zu leiden, die sie in ihrem Alltag beeinträchtigt. Dieses Ergebnis zeigt eine etwas höhere Prävalenz als bisherige Studien, liegt aber im Normbereich. Somit fühlt sich etwa jede(r) Zehnte der befragten Schülerinnen und Schüler in Berlin aufgrund einer dauerhaften Erkrankung oder Behinderung im Alltag eingeschränkt. Da es sich um selbstberichtete Daten handelt, können keine verifizierten Aussagen bezüglich der Art und des Schweregrades der Erkrankung sowie des Ausmaßes der Einschränkung im Alltag getroffen werden.

Im Zusammenhang mit einschränkenden Erkrankungen oder Behinderungen sind besonders Daten zu behandlungsbedürftigen Verletzungen von enormer Wichtigkeit, da Verletzungen die körperliche Gesundheit entscheidend mitbestimmen und beeinflussen. Kinder entdecken die Welt durch Bewegung und erweitern von Geburt an täglich ihre Bewegungsspielräume. Verletzungen haben in der letzten Hälfte des 20. Jahrhunderts in einigen Ländern Infektionskrankheiten in ihrer Häufigkeit als Todesursache bei der jungen Bevölkerung überholt. Kinder und Jugendliche gelten als größte Risikogruppe was

Abb. 8:
Behandlungsbedürftige Verletzungen in den letzten 12 Monaten

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Verletzungen anbetrifft, gerade im Sportbereich kommt es häufig zu behandlungsbedürftigen Verletzungen.

Die Schülerinnen und Schüler wurden gefragt, wie häufig sie sich innerhalb der letzten 12 Monate verletzt haben und deswegen von einem Arzt oder einem Sanitäter behandelt wurden. Zu diesen Verletzungen zählten ebenfalls Verbrennungen und Vergiftungen, aber 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 Schüler berichten 40,3 %, dass sie im letzten Jahr keinerlei behandlungsbedürftige Verletzungen erlitten haben. Aus Abbildung 8 wird ersichtlich, dass Mädchen tendenziell weniger Unfälle angeben als Jungen, was dadurch erklärt werden könnte, dass Jungen eher Sportarten mit größerem Verletzungsrisiko ausüben. Zwischen den Klassenstufen gibt es hinsichtlich der Verletzungshäufigkeit keine signifikanten Unterschiede. Es zeigt sich,

dass sich im Zeitraum des letzten Jahres mehr Jugendliche aus dem untersten Wohlstandsniveau nicht oder nicht so stark verletzt haben, dass sie behandelt werden mussten, als solche mit einem höheren sozioökonomischen Hintergrund.

3.2.3 Allergien

Die Auftretenshäufigkeit von allergischen Erkrankungen nimmt in der Gesamtbevölkerung immer mehr zu. Die Ursachen für das Auftreten der meisten Allergief Formen sind multifaktoriell, unter anderem werden ein »gelangweiltes« Immunsystem und zunehmende Umweltbelastung ebenso dafür verantwortlich gemacht, wie genetische Dispositionen und bestimmte Lebensstile. Die verschiedenen allergischen Ausprägungen sind altersabhängig, beginnen aber meist im Kindes- und Jugendalter (Petermann & Bergmann, 1994).

In der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin basierte die Bestimmung der Auftretenshäufigkeit für Erkrankungen des allergischen

Formenkreises auf der Selbsteinschätzung der Schülerinnen und Schüler. Als Antwortkategorien zum Vorliegen allergischer Erkrankungen konnte »ja« und »nein« angegeben werden. Zusätzlich wurde die Art der Allergie erfragt. Vorgegebene Kategorien waren Heuschnupfen, Asthma, Hausstaub, Tierhaare oder Federn, bestimmte Nahrungsmittel, bestimmte Chemikalien, Kleidungsstoffe und Neurodermitis. Im Zusammenhang mit Allergien wurde zusätzlich erfasst, ob wegen der Allergie bisher eine Ärztin oder ein Arzt konsultiert wurde.

In der Befragung geben insgesamt 36,5% der Schülerinnen und Schüler an, an einer Allergie zu leiden, 46,9% geben an, keine Allergie zu haben und 16,6% geben an, es nicht zu wissen. Diese selbsteingeschätzte Prävalenz ist höher, als in der Literatur berichtete Prävalenzen von ca. 20–25% allergiekranker Kinder und Jugendlicher (Angaben der Arbeitsgemeinschaft Allergiekranke Kind, AAK). Die Vermutung, dass mehr Jungen als Mädchen betroffen sind, kann in dieser Studie nicht bestätigt werden. In den Daten zeigt sich eine minimale Abnahme der Allergien von der 5. bis zur 9. Klasse (siehe Abbildung 9).

Abb. 9: Allergien

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

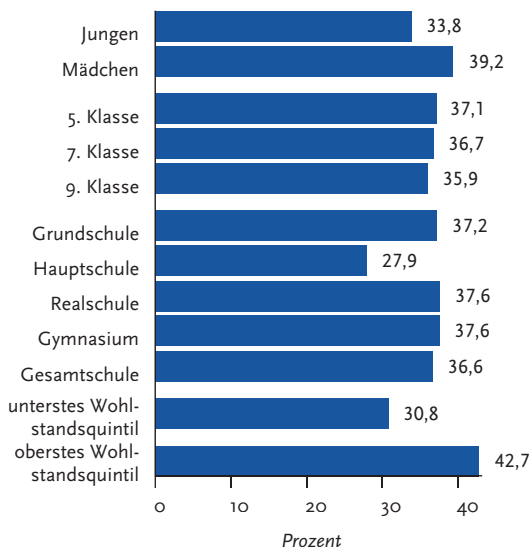
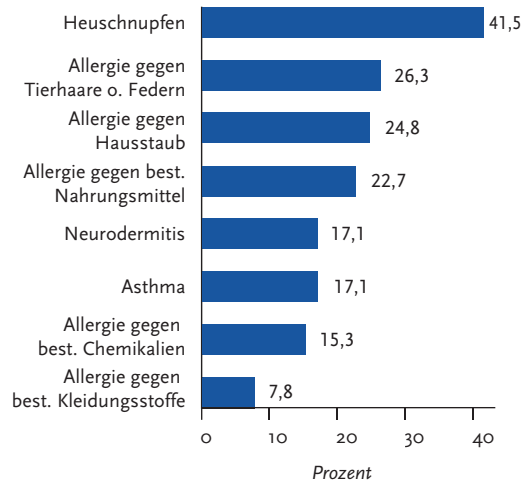


Abb. 10: Häufigkeiten selbstberichteter spezifischer Allergien

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Haupt Schüler leiden seltener unter Allergien als Schülerinnen und Schüler der anderen Schultypen und mit 42,7% geben vor allen Schülerinnen und Schüler des obersten Wohlstandsniveaus für sich eine allergische Erkrankung an. Von allen Kindern und Jugendlichen, die unter einer Allergie leiden, waren 61% deswegen bereits bei einem Arzt in Behandlung.

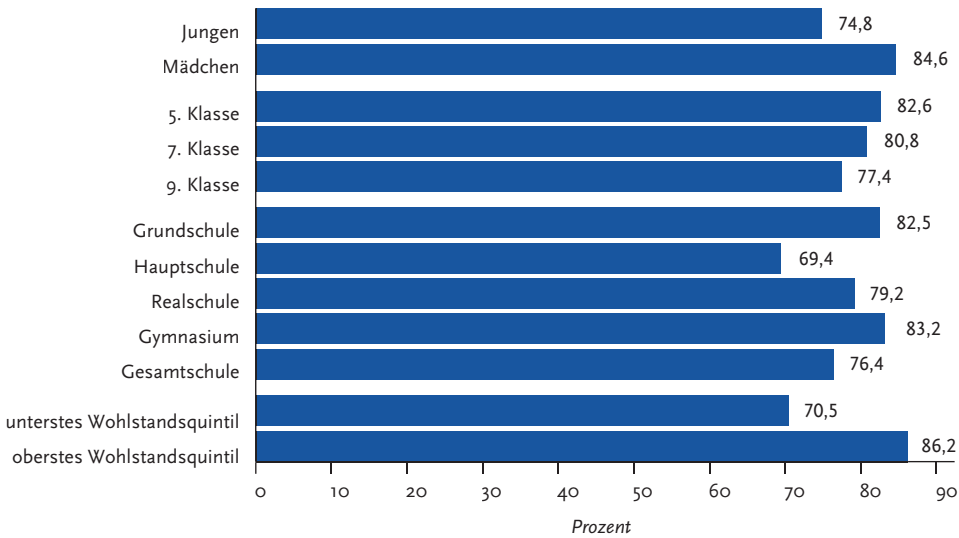
Abbildung 10 stellt eine Übersicht der häufigsten Allergien dar. In den Häufigkeitsangaben sind Mehrfachnennungen mitenthalten. Die drei am häufigsten genannten Allergien sind Heuschnupfen, Allergie gegen Tierhaare oder Federn und Allergie gegen Hausstaub.

3.2.4 Zahngesundheit

Zahnkrankheiten wie Karies und Parodontose zählen zu den häufigsten Krankheiten in den Industrieländern (Honkala et al., 2000). Gerade im Kindes- und Jugendalter ist die Gesunderhaltung des Zahngebisses wichtig, da Kariesschäden an bleibenden Zähnen irreversibel sind und die Zahngesundheit im Erwachsenenalter beeinflussen. Im Prinzip lassen sich die häufigsten Zahnkrankheiten Karies und Parodontose fast voll-

Abb. 11:
Mehrmals täglich Zähneputzen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



ständig vermeiden, indem man den Konsum von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln stark einschränkt, auf die Mundhygiene achtet und regelmäßig die Zähne, am besten zweimal täglich, mit fluorhaltiger Zahnpasta putzt (Addy et al., 1990).

In der WHO-Jugendgesundheitsstudie lautete die Frage zur Erfassung der Zahngesundheit, 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«. Fast 80% aller befragten Schülerinnen und Schüler geben an, dass sie sich mehrmals am Tag die Zähne putzen. Fast jede(r) Fünfte tut dies wenigstens einmal pro Tag, für 2,6% ist Zahnpflege jedoch keine tägliche Routine.

Hinsichtlich der Zahnpflegefrequenz finden sich deutliche Geschlechtsunterschiede. Mädchen putzen ihre Zähne signifikant häufiger als Jungen (84,6% mehrmals täglich vs. 74,8%). Das Wohlstandsniveau spielt eine deutliche Rolle. 86,2% der Jugendlichen aus dem obersten Wohlstandskuintil putzen ihre Zähne entsprechend den Empfehlungen mehrmals täglich. Bei den Ju-

gendlichen aus dem untersten Quintil sind es dahingegen nur 70,5%.

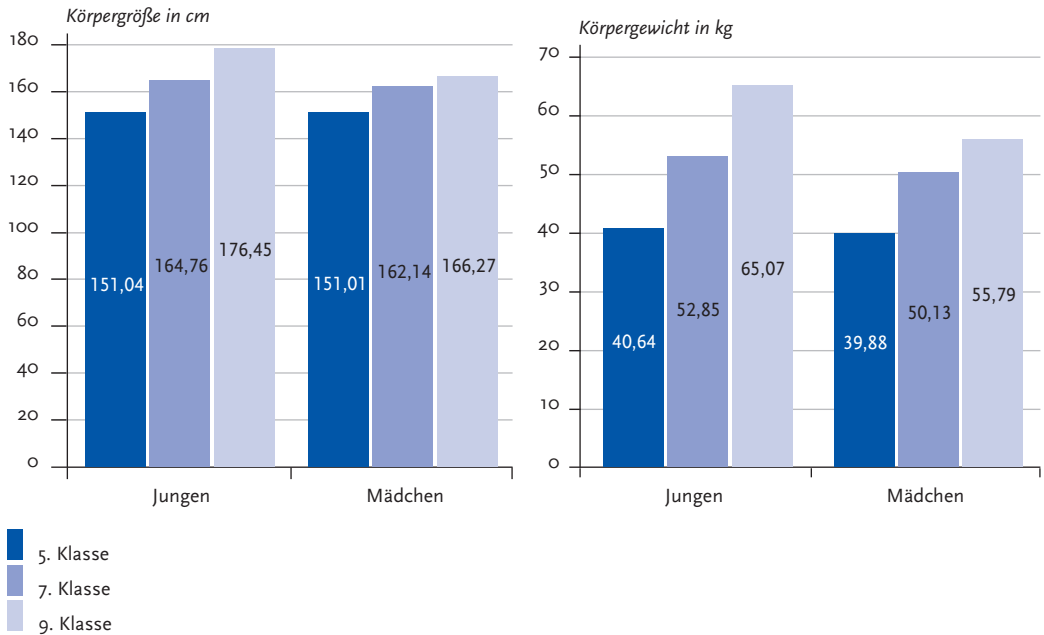
Diese Ergebnisse bezüglich der Zahnpflegefrequenz stimmen optimistisch, allerdings gilt dies nur mit Einschränkung für die Kinder und Jugendlichen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Hintergrund sowie für Jungen. In dieser Gruppe wird die Zahnpflege nachlässiger durchgeführt und daher besteht ein höheres Risiko für Zahnkrankheiten. Demnach sollten Präventionsmaßnahmen vermehrt diese Risikogruppen einschließen.

3.2.5 Körpergewicht, Körpergröße und altersspezifischer Body-Mass-Index (BMI)

Ein wichtiger körperlicher Reifeprozess mit säkularem Trend ist das Körperwachstum der Kinder und Jugendlichen (Pudel & Westenhöfer, 1998). Eine objektive, gemessene Erfassung der Körpergröße und des Körpergewichtes war in dieser Studie nicht möglich, da die Schülerinnen und Schüler den Fragebogen selbständig ausfüllten und eine Messung durch Dritte nicht stattfand. Abbildung 12 zeigt die durchschnittliche Körpergröße

Abb. 12:
Körpergröße und Gewicht nach Klassenstufen und Geschlecht

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



und das mittlere Gewicht getrennt nach Klassenstufe und Geschlecht.

Da das absolute Körpergewicht nur eine geringe Aussagekraft hat, wird in der Regel der Body-Mass-Index nach Quetelet (1869) berechnet, der das Körpergewicht in Relation zur quadrierten Körperlänge setzt [BMI = Körpergewicht (in kg) / Körpergröße² (in m)] und mit dessen Hilfe beurteilt werden kann, ob jemand über- oder untergewichtig ist. Gerade im Kindes- und Jugendalter ist der BMI wegen der unterschiedlichen Wachstumsverläufe schwierig zu interpretieren und daher sollten Alter und Geschlecht mit berücksichtigt werden. Um präzise Aussagen bezüglich Übergewicht bzw. Untergewicht für Kinder und Jugendliche machen zu können, wurden populationspezifische Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001) zur Auswertung der Daten dieser Studie herangezogen. Abbildung 13 stellt eine Übersicht nach Klassenstufen, Geschlecht, Schultyp und Wohlstandsindex bezüglich der alters- und geschlechtsadjustierten Gewichtsperzentile dar.

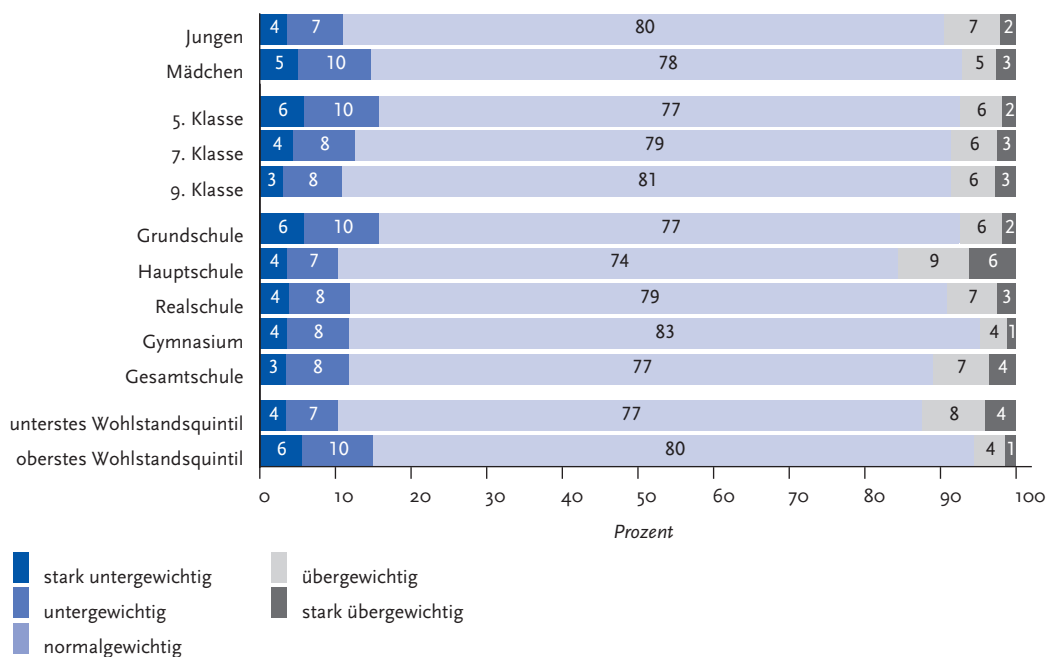
8,3% aller Befragten können als übergewichtig oder stark übergewichtig betrachtet werden, etwa 12,9% als untergewichtig oder stark untergewichtig. Mädchen sind vermehrt untergewichtig, während mehr Jungen übergewichtig sind. HauptschülerInnen sowie SchülerInnen mit niedrigerem Wohlstandsniveau weisen ebenfalls häufiger Übergewicht auf.

3.2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zur körperlichen Gesundheit

Die hier dargestellten Ergebnisse geben einen guten Überblick über die körperliche Gesundheit der Berliner Schülerinnen und Schüler an Hand der erhobenen Variablen zum allgemeinen Gesundheitszustand sowie zum körperlichen Wohlbefinden, zu chronischen Erkrankungen und Behinderungen, zu behandlungsbedürftigen Verletzungen, Allergien, zur Zahngesundheit und zur Körpergröße und -gewicht.

Abb. 13:
Gewichtszperzentile für die befragten Schülerinnen und Schüler

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



In dem Kapitel konnte gezeigt werden, dass die große Mehrheit der Jugendlichen ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihr körperliches Wohlbefinden als relativ gut einschätzt. Es zeigen sich aber auch Problembereiche. Im Einzelnen können folgende Ergebnisse festgehalten werden:

Die Verbreitung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen, die die Funktionsfähigkeit im Alltag einschränken, ist verhältnismäßig gering. 13% der befragten Jugendlichen geben an, dass sie an einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung leiden. Die Ergebnisse lassen allerdings nicht auf die Art und den Schweregrad der Erkrankung und das Ausmaß der Einschränkung im Alltag schließen.

Über die Hälfte der Befragten hatte mindestens eine behandlungsbedürftige Verletzung in den letzten 12 Monaten. Es besteht also ein Bedarf an geeigneten Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung leichter und schwerer Verletzungen in dieser Altersgruppe.

Ein großer Teil der Jugendlichen berichtet von einer oder mehreren Allergien. 39% der Mädchen und 34% der Jungen geben an, dass sie an einer Allergie leiden. Zu den häufigsten spezifischen Allergien zählen nach wie vor Heuschnupfen, Allergie gegen Tierhaare oder Federn und Stauballergie. Alle diese Beeinträchtigungen beeinflussen die subjektive Beurteilung des körperlichen allgemeinen Gesundheitszustandes nachhaltig.

Die Studie konnte darüber hinaus zeigen, dass Aspekte der subjektiven körperlichen Gesundheit in Verbindung mit Faktoren wie Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status betrachtet werden sollten. Häufig beurteilen Mädchen und ältere Jugendliche ihren Gesundheitszustand negativer als Jungen und jüngere Schülerinnen und Schüler. Ein ebenso bedeutsames Ergebnis zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Sie erleben ihren eigenen körperlichen Gesundheitszustand häufig schlechter als Befragte mit einem

besseren sozioökonomischen Hintergrund, obwohl diese häufiger von tatsächlich gesundheitsmindernden Faktoren, wie Allergien oder Verletzungen betroffen sind.

3.3 Psychische Gesundheit

Neben der körperlichen Gesundheit steht bei der Einschätzung der Gesundheit von Jugendlichen die psychische Gesundheit im Vordergrund. Diese beinhaltet die Bereiche: psychosomatische Beschwerden, allgemeine Lebenszufriedenheit, generelle Selbstwirksamkeitserwartung, mentale Gesundheit und psychische Auffälligkeiten. Alle genannten Aspekte geben Auskunft über die psychische Befindlichkeit der Befragten.

3.3.1 Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden

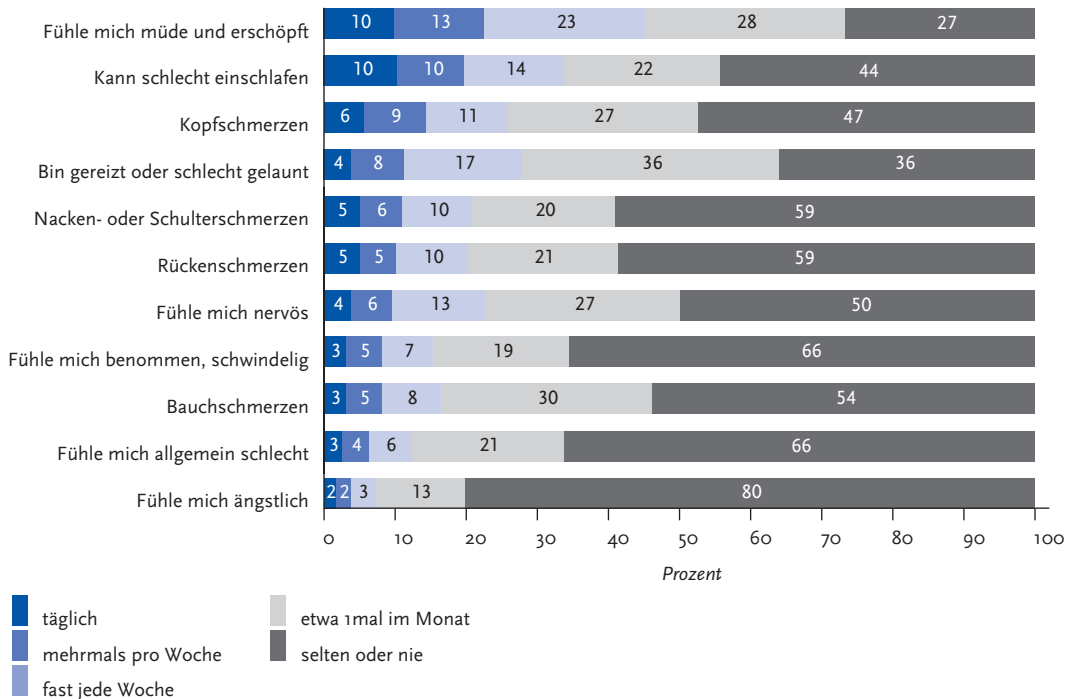
In den vergangenen Jahren sind zunehmend psychosomatische Gesundheitsbeschwerden in den Blickpunkt der Gesundheitsforschung gerückt, da sie häufig mit schwerwiegenden individuellen und gesellschaftlichen Konsequenzen einhergehen (Ihlebaek et al., 2002; Ericksen et al., 1998). Psychosomatische Symptome sind per definitionem klinische Symptome ohne zugrundeliegende organische Ursachen. Mit dem Begriff psychosomatisch werden die komplexen Einwirkungen psychischer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen mit körperlichen Funktionsstörungen verstanden. Dies bedeutet, dass bestimmte Körpersymptome durch seelische Ursachen mitbedingt bzw. mitgeformt werden können (Payk, 1998).

Psychosomatische Gesundheitsbeschwerden wurden in der WHO-Jugendgesundheitsstudie

Abb. 14:

Häufigkeit psychosomatischer Gesundheitsbeschwerden

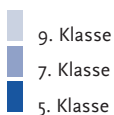
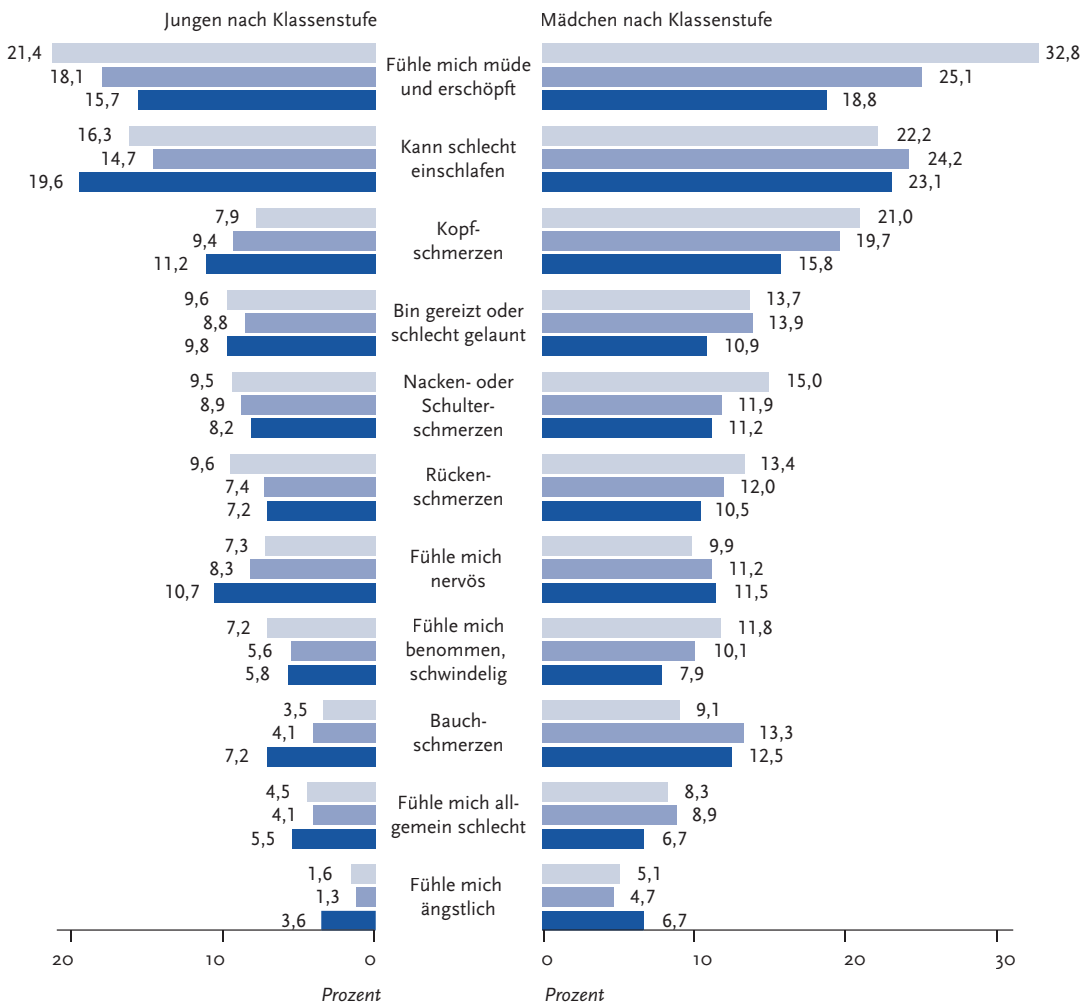
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



erfasst, indem die Jugendlichen gebeten wurden anzugeben, wie oft sie in den letzten 6 Monaten folgende Symptome erlebt haben: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen und Nacken- oder Schulterschmerzen. 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, nervös waren, sich ängstlich gefühlt haben oder sich

Abb. 15:
Mehrmals wöchentlich oder täglich auftretende Beschwerden
 Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



müde und erschöpft fühlten. Als Antwortmöglichkeiten standen den Schülerinnen und Schülern die Kategorien »fast täglich« – »mehrmals pro Woche« – »fast jede Woche« – »etwa 1 mal im Monat« – »selten oder nie« zur Verfügung (Haughland et al., 2001) (siehe Abbildung 14).

Erschöpfungszustände, Einschlafstörungen und Kopfschmerzen gefolgt von schlechte Laune werden von den befragten Schülerinnen und Schüler als mehrmals pro Woche bis sogar täglich auftretende Beschwerden genannt. Eher selten sind Bauchschmerzen, allgemein schlechte Befindlichkeit und Angstzustände.

Mädchen klagen insgesamt deutlich häufiger über mehrmals pro Woche oder täglich auftretende Beschwerden als Jungen. Besonders deutlich wird der Unterschied bei Kopfschmerzen. Während diese mit dem Alter bei Mädchen zunehmen, sind sie bei den Jungen rückläufig. Hinsichtlich des Alters kann man keinen eindeutigen Trend feststellen: es gibt einige Symptome, die mit dem Alter zunehmen – wie zum Beispiel Müdigkeit und Erschöpfung oder Rückenschmerzen – und andere Symptome – wie zum Beispiel Bauchschmerzen und Nervosität –, die mit dem Alter abnehmen.

Immerhin 40,2% der befragten Kinder und Jugendlichen leiden unter mindestens einer der genannten Beschwerden mehrmals pro Woche oder täglich. 17,7% sogar unter drei Beschwerden oder mehr. Wie Abbildung 16 zeigt, variieren diese für die Betroffenen ganz erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen besonders deutlich nach Geschlecht, Schulform und sozioökonomischen Hintergrund.

3.3.2 Lebenszufriedenheit

In der vorliegenden Studie wurde die Lebenszufriedenheit der untersuchten Schülerinnen und Schüler mit der sogenannten Cantrill Leiter erhoben (Cantrill, 1965). Die Cantrill Leiter basiert auf der grafischen Darstellung einer Leiter mit 10 Sprossen. Die erste Sprosse stellt dabei das denkbar schlechteste Leben dar, während die zehnte Sprosse das denkbar beste Leben darstellt (siehe Abbildung 17).

Die Lebenszufriedenheit der befragten Schülerinnen und Schüler lag im Mittel zwischen der 7. und der 8. Sprosse der Cantrill-Leiter ($M=7,20$; $SD=1,78$). Fast die Hälfte aller Jugendlichen ent-

Abb. 16:

Anzahl mehrmals pro Woche auftretender psychosomatischer Beschwerden

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

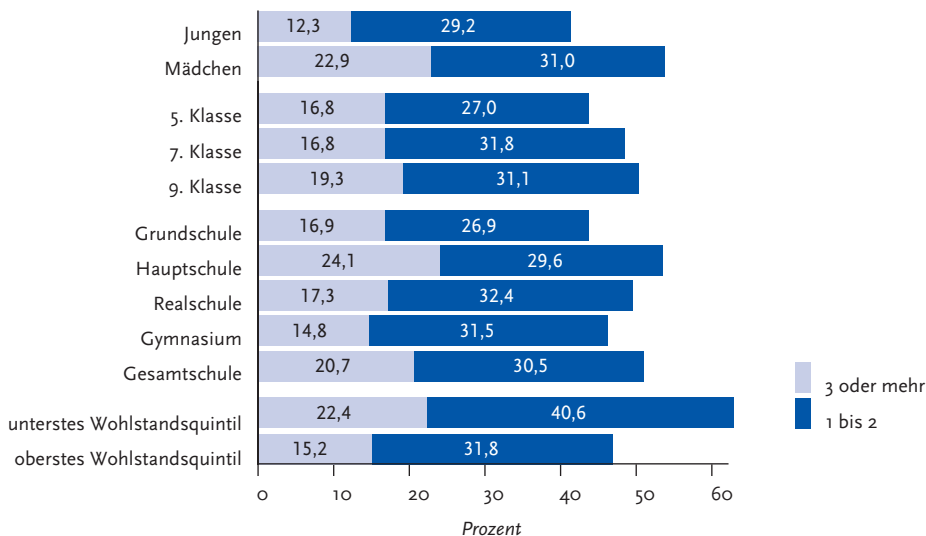
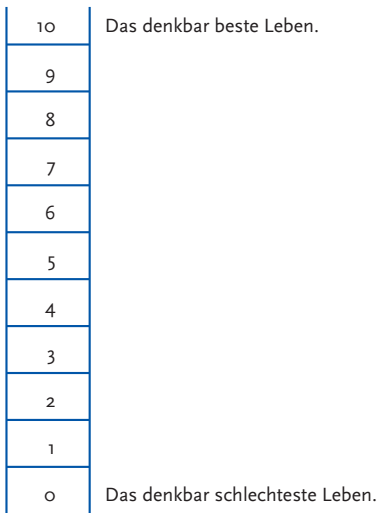


Abb. 17:
Cantrill Leiter

Quelle: HBSC-Fragebogen 2002

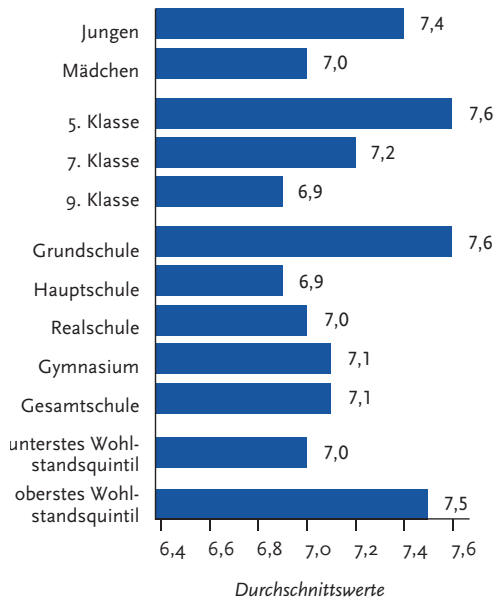
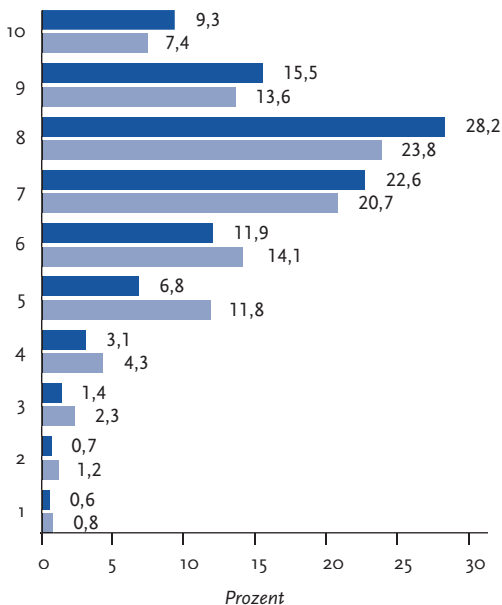


schied sich für eine der vier obersten Sprossen. Wie Abbildung 18 zu entnehmen ist, gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Altersstufen sowie dem Wohlstandsindex. Jungen und jüngere Schüler und Schülerinnen und Schüler mit einem höheren Wohlstandsniveau sind mit ihrem Leben zufriedener. Bei den weiterführenden Schulen geben die Schülerinnen und Schüler der Hauptschulen für sich eine etwas geringere Lebenszufriedenheit an.

Um die Lebenszufriedenheit nicht nur über die grafische Darstellung der Leiter zu erfassen, wurden den Schülerinnen und Schüler zusätzlich andere Fragen zu ihrer Lebenszufriedenheit gestellt. Die Ergebnisse sind in der Abbildung 19 dargestellt. Insgesamt berichten über 60% aller befragten Schülerinnen und Schüler, dass sie mit ihrem Leben zufrieden sind, da sie oft bzw. fast immer ein gutes Leben haben und ihr Leben oft oder immer gut verläuft. Dennoch geben ca. 41% der Befragten an, viele Dinge in ihrem Leben ändern zu wollen.

Abb. 18:
Lebenszufriedenheit

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

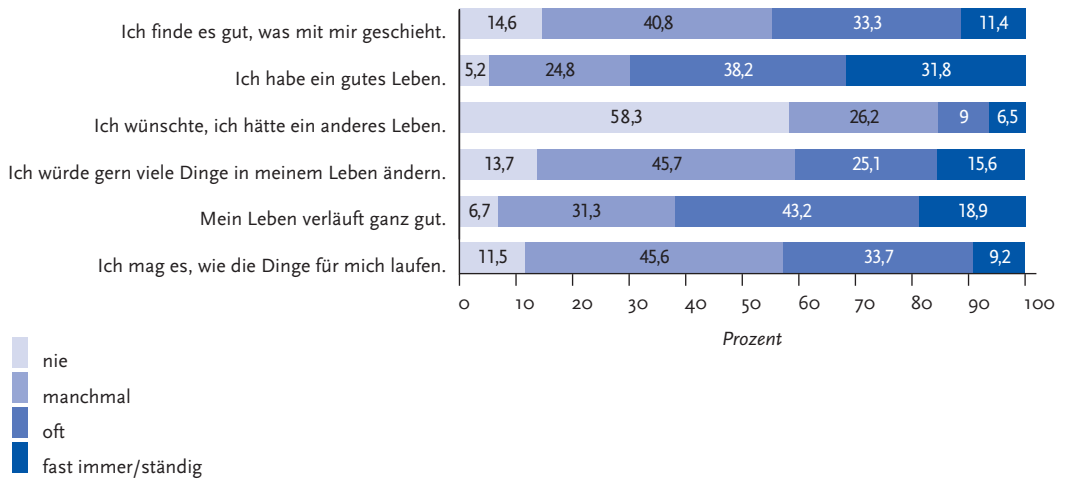


■ Jungen
■ Mädchen

Abb. 19:

Aussagen zur Lebenszufriedenheit

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



3.3.3 Selbstwirksamkeitserwartung

Ein weiteres bedeutendes Konzept der subjektiven psychischen Gesundheit stellt die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung dar. Schwarzer (1994) definiert die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung als »eine stabile Persönlichkeitsdimension, die die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können«. Die Skala zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung umfasst 10 Aussagen, mit den folgenden Antwortkategorien »stimmt nicht« – »stimmt kaum« – »stimmt eher« – »stimmt genau«.

Wie Abbildung 20 zeigt, erleben sich die meisten Jugendlichen (d.h. deutlich mehr als 50%) als Personen, die in der Lage sind, selbständig ihre Schwierigkeiten und Probleme zu meistern. Sie sehen schwierige Aufgaben als Herausforderung an, sind neugierig und handlungsorientiert, investieren viel Anstrengung auch für schwer lösbare Aufgaben, halten lange an ihren Zielen fest und geben nicht so schnell auf. Sie erholen sich schnell von Rückschlägen und haben bessere Leistungsergebnisse als Personen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung. Neben

der Auswertung auf der Ebene der einzelnen Items, lassen sich die Antworten auf die einzelnen Aussagen zu einem individuellen Messwert allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung zusammenfassen. Dieser Wert kann zwischen 1 (geringste Selbstwirksamkeitserwartung) und 4 (höchste Selbstwirksamkeitserwartung) liegen.

Hinsichtlich des Geschlechts liegen Unterschiede vor. So erleben sich Jungen signifikant selbstwirksamer bei der Bewältigung von Problemen als Mädchen (siehe Abbildung 21). Obwohl die Selbstwirksamkeitserwartung der Kinder und Jugendlichen über die Sozialschichten des Wohlstandsniveaus geringfügig von der untersten auf die oberste Schicht ansteigt, sind dieser Effekt und der Geschlechtseffekt jedoch zu gering, um praktische Bedeutung zugesprochen zu bekommen.

3.3.4 Mentale Gesundheit

Die mentale Gesundheit bzw. psychisches Wohlbefinden stellt ein weiteres wichtiges Konzept der psychischen subjektiven Gesundheit dar und wird in dieser Studie mit Hilfe von zehn Fragen erfasst, die aus zwei internationalen Fragebögen für Kin-

Abb. 20:
Selbstwirksamkeitserwartung

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

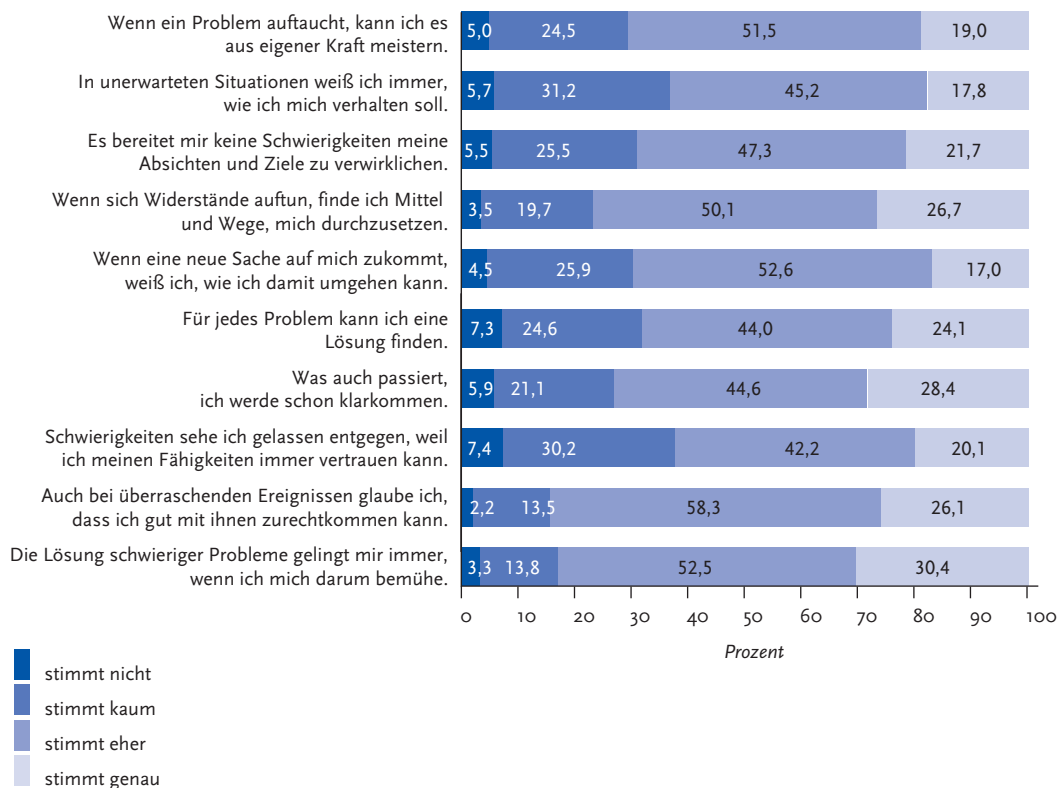
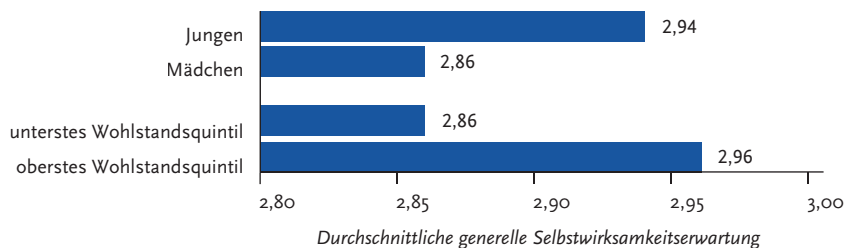


Abb. 21:
Selbstwirksamkeitserwartung nach Geschlecht und Wohlstandsniveau

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



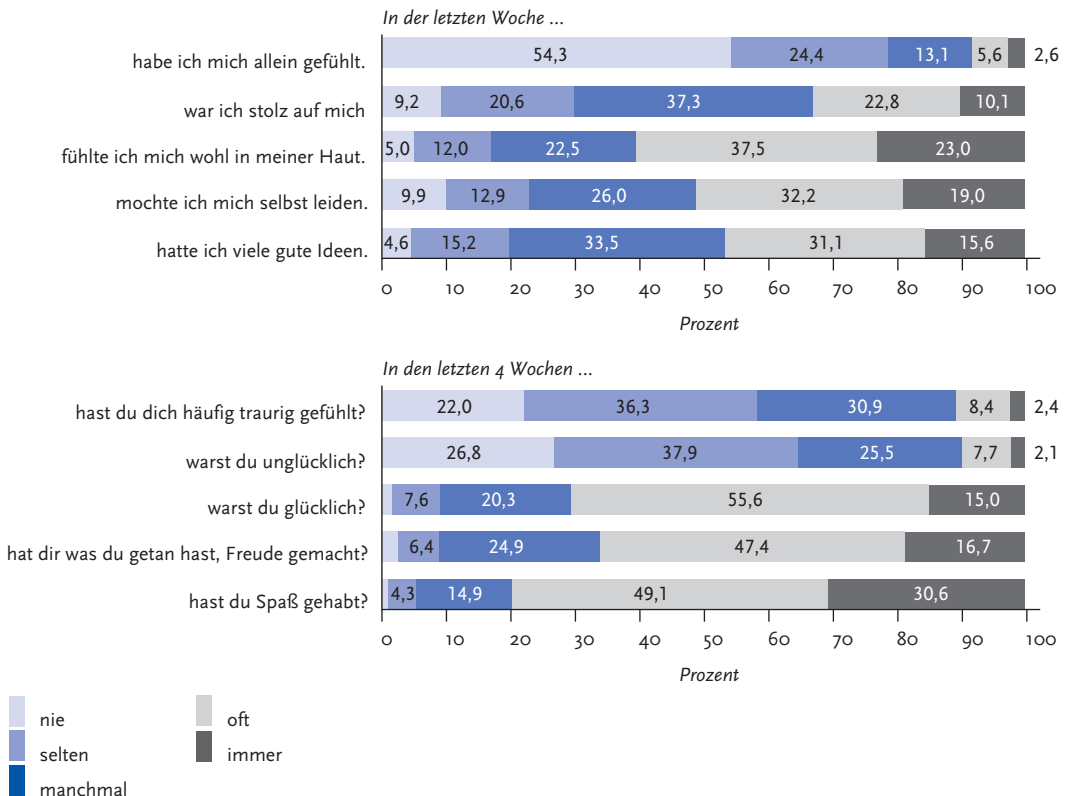
der stammen: dem KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) und dem Child Health Questionnaire – CHQ (Landgraf et al., 1997).

Die mentale Gesundheit der Schülerinnen und Schüler wird erfasst, indem die Schülerinnen und Schüler angeben, wie häufig sie sich in den letzten 4 Wochen traurig gefühlt haben, unglücklich waren, glücklich waren, ob das, was sie getan haben, Freude machte und ob sie Spaß hatten. Weiterhin sollten sie angeben, ob sie in der letzten Woche stolz auf sich waren, sich in ihrer Haut wohl fühlten, sich selbst gut leiden mochten, viele gute Ideen hatten oder ob sie sich allein gefühlt haben. Als Antwortmöglichkeiten standen die 5 Kategorien »nie« – »selten« – »manchmal« – »oft« – »immer« zur Verfügung.

Werden die Häufigkeiten betrachtet, mit denen die Schülerinnen und Schüler in Berlin angegeben haben, die aufgeführten Befindlichkeiten in den letzten vier Wochen »oft« oder »immer« erlebt zu haben so berichten weit über 50% aller Kinder und Jugendlichen positive psychische Befindlichkeiten wie Spaß im Leben zu haben, Freude am Leben zu empfinden, glücklich zu sein und sich selbst zu mögen, jedoch berichten immerhin noch 10% aller Befragten häufige negative Befindlichkeiten wie Traurigkeit, Unglücklichsein oder Einsamkeit (siehe Abbildung 22). Hierbei existieren deutliche und signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Mädchen berichten häufiger negative und seltener positive Empfindungen.

Abb. 22:
Mentale Gesundheit

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Die zehn Fragen können zu einem globalen Wert der mentalen Gesundheit zusammengefasst werden, der zwischen 1 und 5 liegt, wobei 1 die schlechtest mögliche und 5 die bestmögliche mentale Gesundheit bezeichnet. Die Berliner Kinder und Jugendlichen erzielten hinsichtlich ihrer mentalen Gesundheit im Mittel einen Wert, der für eine recht gutes selbsteingeschätztes psychisches Wohlbefinden spricht ($M=3,66$; $SD=0,65$).

3.3.5 Psychische Auffälligkeiten

Die bisher untersuchten Aspekte der psychischen Gesundheit konzentrieren sich auf gesundheitliche Belastungen in Form von subjektiven Gesundheitsbeschwerden, auf die kognitive und emotionale Bewertung und Beurteilung des eigenen Lebens als Lebenszufriedenheit und auf den eher persönlichkeitsbezogenen Faktor der generellen Selbstwirksamkeitserwartung. Das Vorliegen von diagnostizierbaren psychischen Auffälligkeiten stellt dagegen einen anderen Aspekt psychischer Gesundheit dar. In Berlin wurde daher der sogenannte Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von Goodman (1997) eingesetzt. Der SDQ ist ein sogenanntes Screening Verfahren für erste Einschätzungen möglicher psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Der Fragebogen ermöglicht es, Aussagen über das generelle Vorliegen einer oder mehrerer psychischer Störungen bzw. Auffälligkeiten zu treffen. Außerdem können mögliche Auffälligkeiten spezifiziert werden, z. B. ob eine emotionale Störung/Auffälligkeit, Verhaltensprobleme, ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom bzw. Hyperaktivität (ADHS) oder Probleme mit Gleichaltrigen vorliegen. Zu den emotionalen Störungen zählen vor allem Ängste, Niedergeschlagenheit und Somatisierungstendenzen. Unter Verhaltensproblemen versteht man Störungen im Sozialverhalten wie z. B. häufige Prügeleien, Wutausbrüche, Ungehorsam, Lügen und Stehlen. ADHS ist vornehmlich charakterisiert durch starken Bewegungsdrang, Impulsivität und Unkonzentriertheit. Kinder und Jugendliche, die Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (Peers) aufweisen, sind meistens für sich alleine, sind sozial isoliert, wer-

den häufig gehänselt und kommen in der Regel besser mit Erwachsenen als mit Gleichaltrigen aus.

Jedem dieser Bereiche sind 5 Fragen zugeordnet, die typische Verhaltensweisen und Symptome betreffen, welche einen Hinweis auf die jeweilige psychische Störungs-/Auffälligkeitskategorie liefern können. Inwieweit diese Symptome und Verhaltensweisen auf sie zutreffen, können die Kinder und Jugendlichen mithilfe der Antwortkategorien »Nicht zutreffend« – »Teilweise zutreffend« und »Eindeutig zutreffend« angeben. Die Antworten auf die Fragen können zu störungsspezifischen Messwerten zusammengefasst werden. Des Weiteren wird ein globaler Wert ermittelt, der in toto psychische Auffälligkeit beschreibt. Ab einem gewissen Summenwert wird der Befragte als »grenzwertig auffällig« und ab einem bestimmten weiteren Wert als »auffällig« klassifiziert.

Betrachtet man die Ergebnisse zu psychischen Auffälligkeiten (gemessen mit dem SDQ) von den in Berlin befragten Kindern und Jugendlichen, so lässt sich feststellen, dass insgesamt etwas über 80% als psychisch unauffällig klassifiziert werden können. Allerdings lassen sich fast 19% der befragten Kinder und Jugendlichen aufgrund ihrer Selbstangaben im SDQ als grenzwertig (12,8%) oder psychisch auffällig (6%) einstufen, eine Zahl, die gesundheitspolitisch keinesfalls zu vernachlässigen ist (siehe Abbildung 23).

Am häufigsten lassen sich Störungen des Sozialverhaltens bei 11,8% der Schülerinnen und Schüler berichten, gefolgt von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen bei 9,7% der befragten der Schülerinnen und Schüler. Die geringsten Auffälligkeiten für Kinder und Jugendlichen lassen sich im emotionalen Bereich konstatieren.

Betrachtet man die Ergebnisse der Gruppe der als grenzwertig oder auffällig einzuordnenden Kinder und Jugendlichen in Hinblick auf den Gesamtwert etwas differenzierter nach Geschlecht (Abbildung 24) und Alter/Klassenstufe (Abbildung 25), so lässt sich erkennen, dass – zieht man die als grenzwertig klassifizierten hinzu – es signifikant mehr Mädchen sind, die eine psychische Auffälligkeit aufweisen und dass die psychische Auffälligkeit mit ansteigendem Alter und Klassenstufe abnimmt.

Abb. 23:
Psychische Auffälligkeiten (SDQ)

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

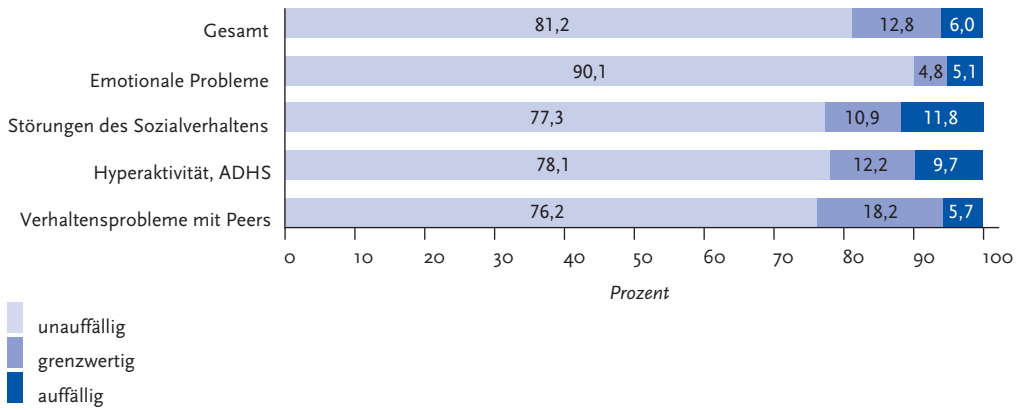


Abb. 24:
Psychische Gesamtauffälligkeit (SDQ) nach Geschlecht

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

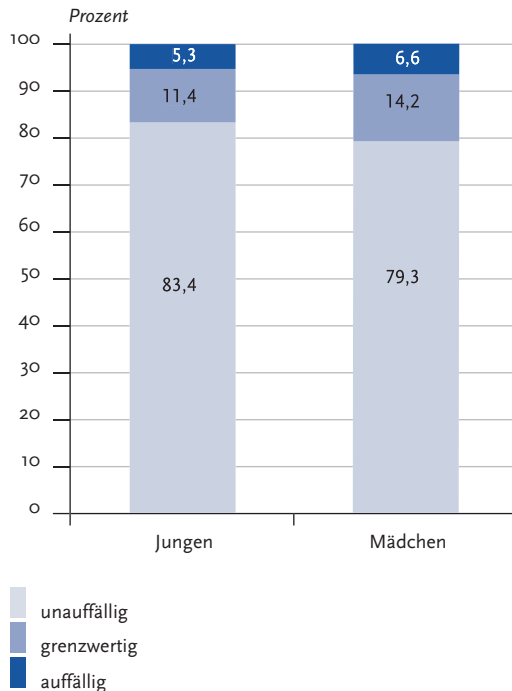
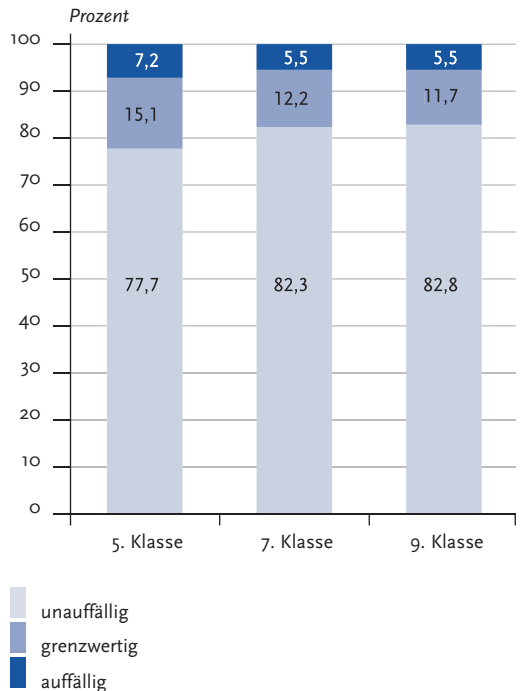


Abb. 25:
Psychische Gesamtauffälligkeit (SDQ) nach Klassenstufen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Wie aus den Abbildungen 24 und 25 ebenfalls entnommen werden kann, unterscheidet sich die Prozentzahl der ausschließlich als auffällig klassifizierten Schülerinnen und Schüler hinsichtlich Alter und Klassenstufe und Geschlecht kaum. Die oben beschriebenen Unterschiede sind vor allem auf die als grenzwertig klassifizierten Schülerinnen und Schüler zurückzuführen.

Dieses Muster lässt sich nicht replizieren, wenn man die Unterschiede nach sozialer Schicht bzw. Wohlstandsniveau betrachtet. Hier sind es deutlich und signifikant mehr Jugendliche der unteren sozialen Schicht, die eine psychische Auffälligkeit oder ein grenzwertiges Ergebnis aufweisen (siehe Abbildung 26). In der Abbildung sind jeweils die untersten bzw. die obersten 20% aus dem Schichtkontinuum dargestellt. Die Schichtunterschiede weisen auf die Bedeutung sozioökonomischer Bedingungen für das Herausbilden einer psychischen Störung hin.

Abb. 26:
Psychische Gesamtauffälligkeit (SDQ) nach Wohlstandsniveau

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

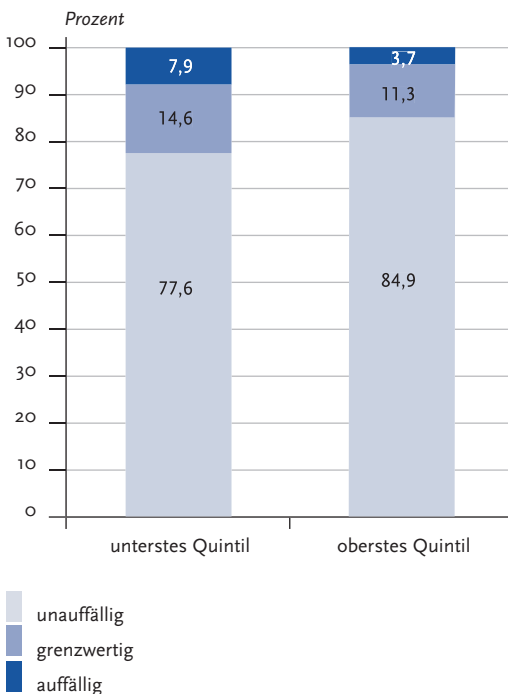


Abb. 27:
Komorbiditäten psychischer Auffälligkeiten

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

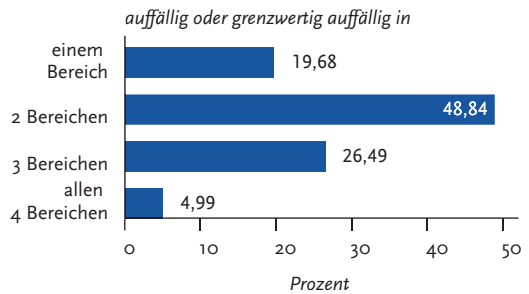


Abbildung 27 soll darüber Aufschluss geben, wie viele von den Kinder und Jugendlichen, die als insgesamt psychisch auffällig oder grenzwertig auffällig eingestuft werden, in mehreren Bereichen gleichzeitig auffallen, also eine Komorbidität psychischer Auffälligkeiten vorliegt.

Fast die Hälfte aller Befragten zeigt in zwei Störungsbereichen Auffälligkeiten, ein Viertel der Jugendlichen in drei der vier Bereiche. Nur ein Fünftel weist eine isolierte Störung auf. Liegen mehrere Auffälligkeiten gleichzeitig vor, so lässt sich der größte Zusammenhang zwischen Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung und Störungen des Sozialverhaltens ($r=0,27$; $p<0,001$) aufzeigen, d. h. diese beiden Störungsbilder treten häufig gemeinsam auf.

Mit einem Anteil von 6% als psychisch auffällig und 12,8% als grenzwertig auffällig klassifizierten Kindern und Jugendlichen liegen die Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten in dieser Studie im Bereich vergleichbarer Studien, wenn auch leicht darunter. Zwei neuere repräsentative Untersuchungen in einem etwas anderen Altersbereich fanden übereinstimmend eine Gesamtprävalenz von 9–10% behandlungsbedürftigen sowie 18% mäßig auffälligen bzw. diagnostikbedürftigen Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 18 Jahren (Döpfner et al., 1997, Barkmann & Schulte-Markwort, 2002). Dieser Unterschied kann u. a. damit erklärt werden, dass die WHO-Jugendgesundheitsstudie in Schulen im Klassenverband durchgeführt wird. Die klinische Population von Kindern und Jugendlichen ist damit weitgehend ausgeschlossen,

d. h. dass die Kinder und Jugendlichen, die wegen einer psychischen Auffälligkeit nicht am Unterricht teilnehmen oder aber sich in stationärer Behandlung befinden, nicht miterfasst werden. Möglicherweise wird die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten um den Prozentsatz dieser Kinder und Jugendlichen unterschätzt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den beiden häufigsten Störungsbildern, Störungen des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (vgl. Abbildung 21), differenzierter dargestellt:

3.3.5.1 Störungen des Sozialverhaltens

Etwa 11,8% der untersuchten Kinder und Jugendlichen werden hinsichtlich Störungen des Sozialverhaltens als auffällig klassifiziert, d. h. sie werden »leicht wütend«, »machen nicht, was man ihnen sagt«, »schlagen sich häufig«, »lügen oder mogeln« oder »nehmen sich oft Dinge die ihnen nicht gehören«, weitere 10,9% können als grenzwertig klassifiziert werden. Es handelt sich dabei signifikant mehrheitlich um Jungen, von denen insgesamt 15,1% auffällig und 12,2% grenzwertig auffällig sind, während von den Mädchen 8,6% in ihrem Verhalten auffällig und weitere 9,8% grenzwertig auffällig sind (siehe Abbildung 28).

Nicht-Gymnasiasten fallen mit 13,2% fast doppelt so häufig durch Störungen des Sozialverhaltens auf als Gymnasiasten, weitere 11,7%

der Nicht-Gymnasiasten und 8,8% der Gymnasiasten sind grenzwertig auffällig. Erneut sind Kinder und Jugendliche aus der untersten Schicht des Wohlstandsindex mit 13,7% häufiger in ihrem Verhalten auffällig als ihre Mitschüler aus der obersten Schicht, von denen 9,3% durch Störungen des Sozialverhaltens auffallen. Weitere 13,6% der Jugendlichen aus der untersten sowie 9,0% aus der obersten zeigen ein grenzwertig auffälliges Verhalten (siehe Abbildung 29).

Die höhere Auftretenshäufigkeit von Störungen des Sozialverhaltens bei Nicht-Gymnasiasten und Kindern und Jugendlichen aus unteren Sozialschichten mag einerseits mit einer generell größeren psychosozialen Belastung dieser Schülerinnen und Schülern zusammenhängen, auf der anderen Seite fehlen diesen Kindern und Jugendlichen möglicherweise auch die personalen Ressourcen und Konfliktbewältigungskompetenzen mit solchen Belastungen umzugehen.

3.3.5.2 Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung

Bei 9,7% der befragten Kinder und Jugendlichen finden sich starke Auffälligkeiten hinsichtlich einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung, die sich in Form von »Unruhe, »dauerndem in Bewegung sein«, »Ablenkbar-

Abb. 28:

Störungen des Sozialverhaltens (SDQ) nach Klassenstufen und Geschlecht

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

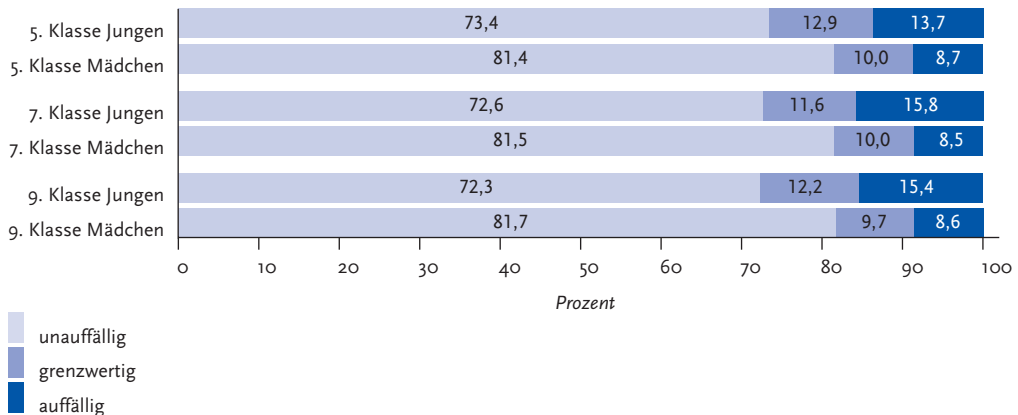
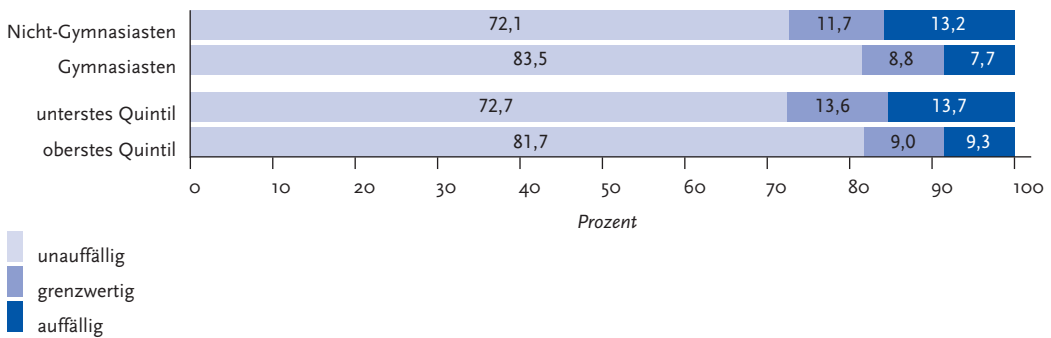


Abb. 29:
Störungen des Sozialverhaltens (SDQ) nach Schultyp und Wohlstandsindex

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



keit«, »Handeln ohne vorheriges Nachdenken« und »nicht zu Ende machen, was angefangen wurde« ausdrückt. 12,2% der Befragten sind grenzwertig auffällig. Der Anteil hyperaktiver Kinder und Jugendlicher steigt von der 5. Klassenstufe bis zur 7. Klassenstufe an, und sinkt danach bis zur 9. Klassenstufe leicht ab (siehe Abbildung 30).

Im Gegensatz zu den gängigen Befunden aus der Literatur (Baumgaertel, 1995; Döpfner et al., 2000) findet sich in der vorliegenden Studie hinsichtlich Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen kein Geschlechtsunterschied.

Gymnasiasten sind mit einem Anteil von 9,4% auffälliger und 10,8% als grenzwertig klassifizierter Schülerinnen und Schüler seltener betroffen als Nicht-Gymnasiasten, von denen 9,7% als auffällig und 12,7% als grenzwertig klassifiziert sind (siehe Abbildung 31).

An dieser Stelle ist es wichtig noch einmal anzumerken, dass es sich bei der vorliegenden Klassifizierung psychischer Störungen nicht um gesicherte Diagnosen von Störungsbildern handelt. Mit dem eingesetzten Screeningverfahren (SDQ) ergeben sich Hinweise auf das mögliche Vorliegen von Störungen, die durch zusätzliche

Abb. 30:
Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (SDQ) nach Jahrgangsstufen und Geschlecht

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

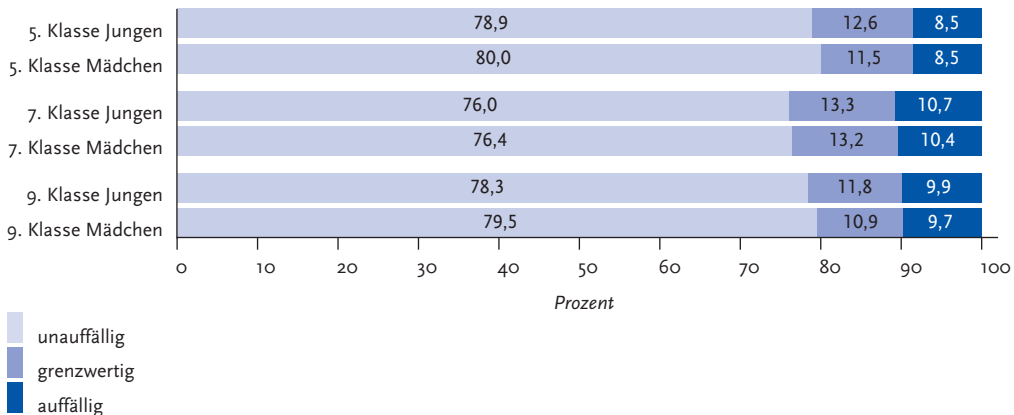
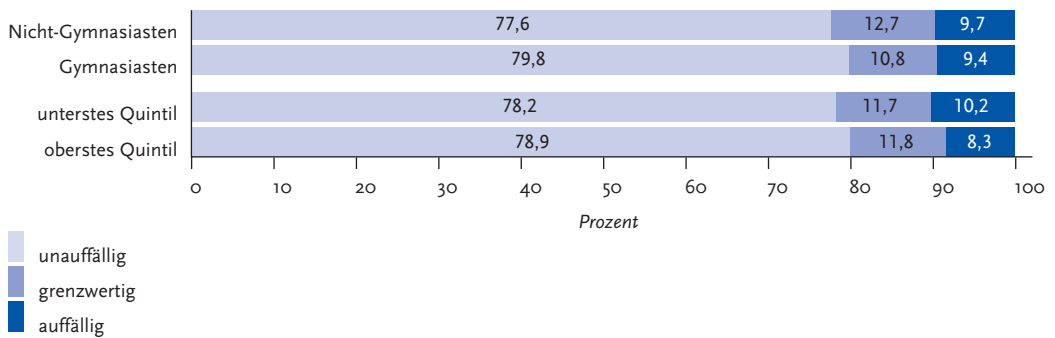


Abb. 31:
Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (SDQ) nach Schultyp und Wohlstandsindex
 Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



diagnostische Untersuchungen erhärtet werden müssen.

3.3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zur psychischen Gesundheit

Insgesamt zeigt die WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin, dass etwa 80% der befragten Schülerinnen und Schüler eine gute psychische Gesundheit im Sinne von psychischer Unauffälligkeit aufweisen. Bei einem Fünftel der Jugendlichen ist die psychische Gesundheit jedoch beeinträchtigt. Mädchen, jüngere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler aus den unteren Wohlstandsschichten sind besonders stark von psychischen Auffälligkeiten betroffen.

Die Studie zeigt, dass ein großer Teil der Jugendlichen (d. h. mindestens jede(r) Fünfte) regelmäßig, und zwar täglich, mehrmals pro Woche oder fast jede Woche, unter psychosomatischen Beschwerden leidet. Zu diesen psychosomatischen Beschwerden zählen nicht nur Symptome wie Kopfschmerzen, Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen, Schlafstörungen, Müdigkeit und Erschöpfung, sondern auch psychische Symptome wie Gereiztheit und Nervosität. Mädchen, ältere Jugendliche und Schülerinnen und Schüler aus niedrigen sozialen Schichten leiden häufiger als Jungen, als jüngere Jugendliche und als Schülerinnen und Schüler aus höheren sozialen Schichten unter psychosomatischen Beschwerden.

Die Studie ermittelte ebenfalls die Lebenszufriedenheit der Jugendlichen. Die meisten Befragten berichten von einer relativ hohen Lebenszufriedenheit. Es ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter oder Sozialschichtzugehörigkeit. Jungen und jüngere Schüler und Schülerinnen und Jugendliche mit einem höheren Wohlstandsniveau sind mit ihrem Leben zufriedener.

Ein bedeutendes Konzept psychischer Gesundheit ist die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung, nämlich die individuelle Gewissheit, die eigene Lebenssituation beeinflussen zu können. Die meisten Jugendlichen erleben sich als Personen, die in der Lage sind, selbständig ihre Schwierigkeiten und Probleme zu meistern. Geschlechts- oder schichtspezifische Unterschiede waren hier nicht bedeutsam.

Mentale Gesundheit bzw. psychisches Wohlbefinden wurde in der Studie mit Fragen aus zwei bewährten Fragebögen ermittelt. Die Ergebnisse zeigen, dass Jungen, jüngere Schülerinnen und Schüler und Jugendliche aus höheren sozialen Schichten ein höheres psychisches Wohlbefinden bzw. eine bessere mentale Gesundheit aufweisen als Mädchen, als Befragte aus höheren Altersstufen und als Schülerinnen und Schüler aus der untersten sozialen Schicht.

Bei einer differenzierteren Betrachtung psychischer Auffälligkeiten können von den befragten Schülerinnen und Schülern insgesamt ca. 12% als psychisch auffällig bezüglich Störungen des Sozialverhaltens und ca. 10% als psychisch

auffällig bezüglich Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen eingestuft werden.

Wie gezeigt werden konnte, ist die psychische Gesundheit im Jugendalter in hohem Maße abhängig von dem sozialen Wohlstandsniveau. Jugendliche mit einem niedrigen sozialen Status berichten häufiger über psychosomatische Beschwerden und psychische Auffälligkeiten. Zudem ist ihr psychisches Wohlbefinden bzw. ihre mentale Gesundheit im Vergleich zu Jugendlichen aus höheren sozialen Schichten schlechter. Im Hinblick auf die Ergebnisse ist zu betonen, dass es unter dem Aspekt der Prävention nicht nur darum gehen kann, bereits eingetretene manifeste Störungen und Auffälligkeiten zu erfassen, die als klinisch behandlungsbedürftig einzustufen sind. Darüber hinaus müssen Indikatoren gefunden werden – wie in dieser Studie mit dem Screeningfragebogen SDQ gezeigt –, die es im Sinne eines Frühwarnsystems erlauben, in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigte Jugendliche zu identifizieren.

3.4 Soziale Gesundheit

Zu den wichtigen Aufgaben und Herausforderungen im Jugendalter zählt nach Erikson (in Oerter & Montada, 2002) die Entwicklung der eigenen Identität sowie eines gefestigten Selbstkonzepts. Ausschlaggebend für die soziale Gesundheit sind

gute soziale Kontakte in der Schule, Familie und im Freundeskreis. In diesem Abschnitt soll Bezug genommen werden auf die im Schulalter bedeutsamen Bereiche der sozialen Gesundheit: Schule, Familie und Freunde sowie kritische soziale Lebensereignisse.

3.4.1 Freunde

Jugendliche definieren sich mit ansteigendem Alter in ihrem Sozialgefüge zunehmend über ihre Kontakte zu Gleichaltrigen (Peers). Die Peers helfen bei Problembewältigungen und geben 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.

Die Schülerinnen und Schüler in der WHO-Jugendgesundheitsstudie wurden gefragt, wie viele enge Freunde und Freundinnen sie zur Zeit haben, um Aussagen über das Ausmaß der sozialen Unterstützung durch Gleichaltrige machen zu können.

Die große Mehrheit von 82,5% der befragten Schülerinnen und Schüler gibt an, dass sie drei oder mehr enge Freunde des gleichen Geschlechts haben, d.h. dass sie sozial gut eingebunden sind (siehe Abbildung 32). Jungen verteilen ihre engen Kontakte tendenziell auf mehr Freunde, während Mädchen ihre Freundschaften

Abb. 32:

Enge Freunde des gleichen Geschlechts

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

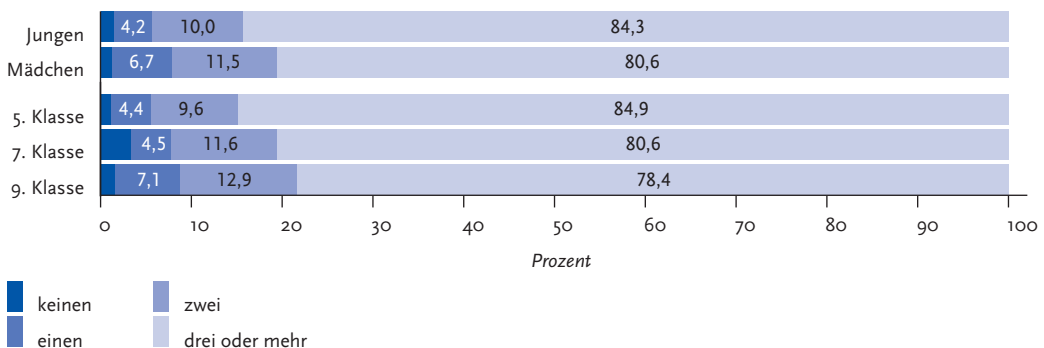
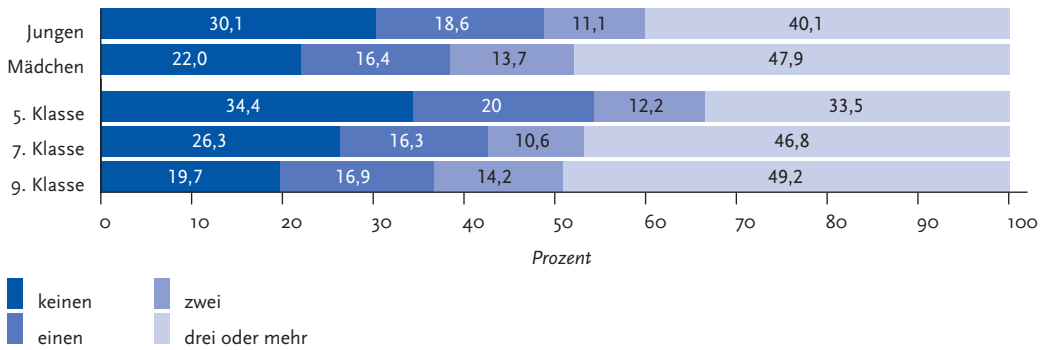


Abb. 33:
Enge Freunde des anderen Geschlechts

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



etwas häufiger auf ein oder zwei Freundinnen konzentrieren. Mit zunehmenden Alter zeigt sich die gleiche Tendenz der Fokussierung auf wenige enge Freundschaften.

Wenn man sich die Ergebnisse der engen Freundschaften zwischen den Geschlechtern anschaut, so ergibt sich, dass die Zahl der engen Freundschaften zwischen den Geschlechtern deutlich geringer ist als die Zahl der Freundschaften mit Schülerinnen und Schülern des eigenen Geschlechts (siehe Abbildung 33).

Es zeigt sich, dass Mädchen mehr Freunde haben als Jungen Freundinnen. Mit zunehmenden Alter nimmt die Zahl der andersgeschlechtlichen Freundschaften jedoch deutlich zu, das

andere Geschlecht wird mit dem Einsetzen der Pubertät attraktiver.

In der Studie wurde ebenfalls gefragt, wie leicht es den Kindern und Jugendlichen fällt über wichtige Dinge mit ihren Freunden zu sprechen (siehe Abbildung 34). In die Analyse wurden nur die Angaben von Kindern und Jugendlichen einbezogen, die angaben, mindestens einen Freund/Freundin zu haben.

Der wichtigste Ansprechpartner bei Dingen, die den Schülerinnen und Schüler wirklich wichtig sind, ist die beste Freundin oder der beste Freund. Aber immerhin ein Drittel (32,4%) finden es sehr leicht mit ihren Freunden des gleichen Geschlechts über wichtige Themen zu spre-

Abb. 34:
Mit Freunden über wichtige Dinge sprechen können

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

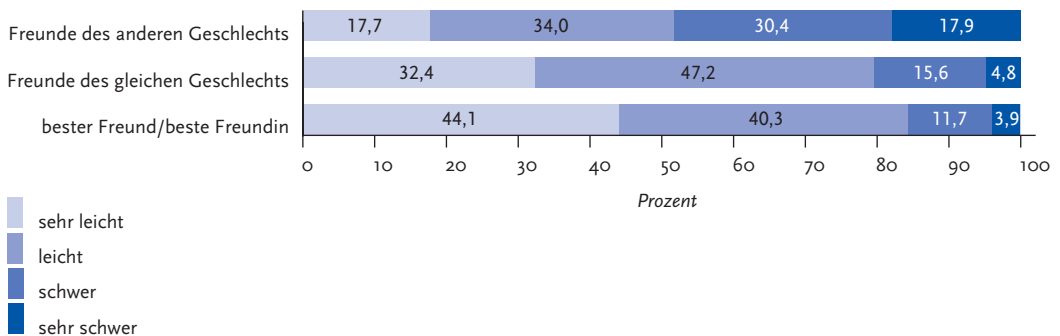
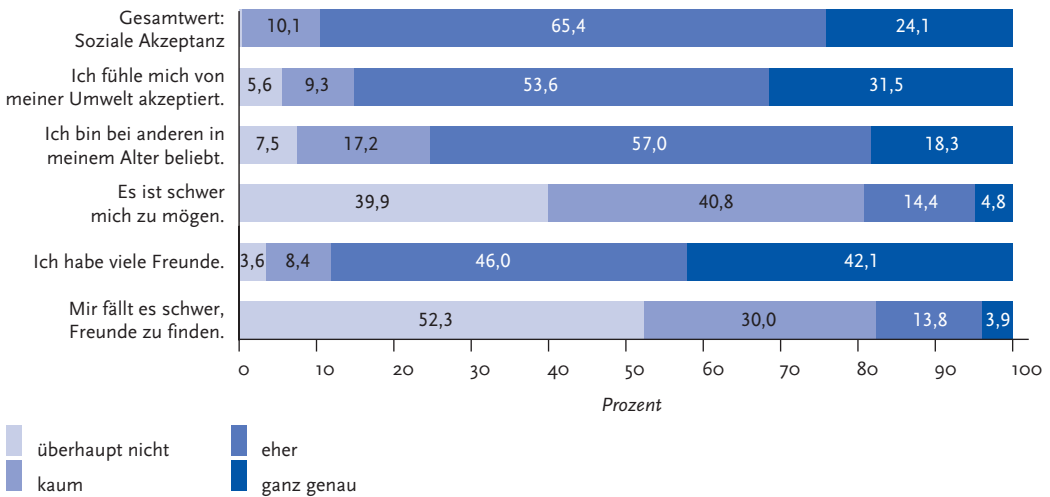


Abb. 35:
Soziale Akzeptanz durch Gleichaltrige

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



chen. Sehr viel schwerer fällt es den Schülerinnen und Schülern allerdings, mit Freunden des anderen Geschlechts über wichtige Themen zu sprechen.

Ferner wurde erfasst, in wie weit sich die Schülerinnen und Schüler von ihren Freunden und Freundinnen akzeptiert und angenommen fühlen. Zur Erfassung der Selbstwahrnehmung von sozialer Akzeptanz wurde in der Studie ein Fragebogen eingesetzt der die Berechnung eines Wertes der sozialen Akzeptanz insgesamt erlaubt (Harter-Scale, Asendorpf & van Aken, 1993).

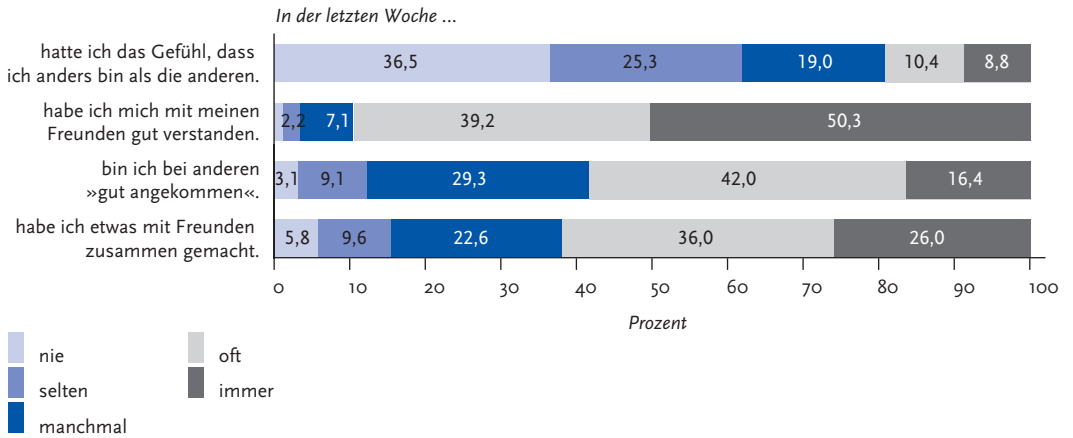
In der Beantwortung der Fragen zeigen sich keine Geschlechts- oder praktisch relevanten Altersunterschiede (siehe Abbildung 35). Die Mehrheit (89,6%) aller befragten Jugendlichen fühlt sich von den Gleichaltrigen akzeptiert und gemocht. Sie haben keine Probleme Freunde zu finden. Dennoch sollte der Anteil von knapp über 10% der Schülerinnen und Schüler, die sich nicht oder kaum von Gleichaltrigen akzeptiert fühlen, besonders beachtet werden, da diesen Jugendlichen möglicherweise wichtige soziale Kompetenzen im Umgang mit Gleichaltrigen fehlen und sie somit als potenzielle Risikogruppe betrachtet werden müssen.

Neben der sozialen Akzeptanz wurden die Schülerinnen und Schüler zu ihrem subjektiven Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige gefragt. Die Peergruppe kann zur Stabilität und Orientierung der Jugendlichen beitragen, kann damit auch emotionale Geborgenheit liefern und somit in großem Maße die allgemeine Lebensqualität der Schülerinnen und Schüler beeinflussen.

Das Wohlbefinden und die soziale Akzeptanz in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige als Aspekt der sozialen Gesundheit wurde zusätzlich mit vier weiteren Fragen des Fragebogens KINDL^R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) erfasst. Die Fragen betreffen ähnliche Inhalte wie in der o.g. Harter-Scale beschrieben: mit Freunden etwas unternehmen, gut ankommen bei anderen, sich gut verstehen mit den Freunden oder das Gefühl haben, anders zu sein als die anderen. Jungen zeigen hier tendenziell ein positiveres Antwortmuster als Mädchen. Es zeigen sich hier ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Jahrgangsstufen. Die Beziehungen zu den Freunden wird von den Berliner Jugendlichen generell als positiv eingeschätzt (siehe Abbildung 36), was eine hohe soziale Akzeptanz durch Gleichaltrige bestätigt.

Abb. 36:
Wohlbefinden bezüglich Freunde/Gleichaltrige

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



3.4.2 Eltern

Auch wenn im Jugendalter mit zunehmendem Maße die Peer-Group an Bedeutung gewinnt, so bleiben die Eltern dennoch weiterhin ein wichtiger Bezugspunkt im Leben der Jugendlichen. Ein gutes Familienklima zu Hause beeinflusst das Wohlbefinden von Jugendlichen deutlich. In der WHO-Jugendgesundheitsstudie wurde erfasst, wie gut die Schülerinnen und Schüler mit ihren Eltern über wichtige Themen, die ihnen nahe gehen, sprechen können.

Vor allem die liebevolle Mutter ist ein sehr wichtiger Ansprechpartner für die befragten Kinder und Jugendlichen. Nur mit dem besten Freund bzw. mit der besten Freundin ist es noch leichter, über wichtige Dinge zu sprechen. Mit den Stiefeltern oder neuen Partnern sind die Kommunikationsschwierigkeiten dagegen am größten. Während Mädchen und Jungen es in etwa gleich leicht finden, mit ihrer Mutter zu sprechen, ist die Kommunikation mit dem Vater für Jungen um einiges leichter. Insgesamt fällt es den befragten Kindern und Jugendlichen mit zuneh-

Abb. 37:
Mit Eltern über wichtige Dinge sprechen können

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

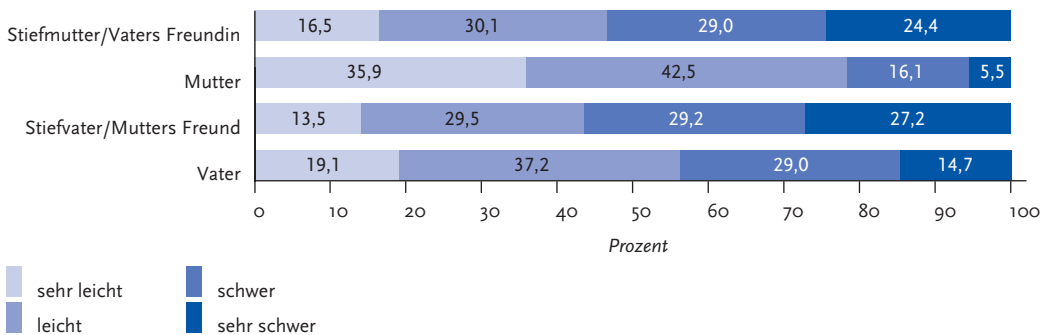
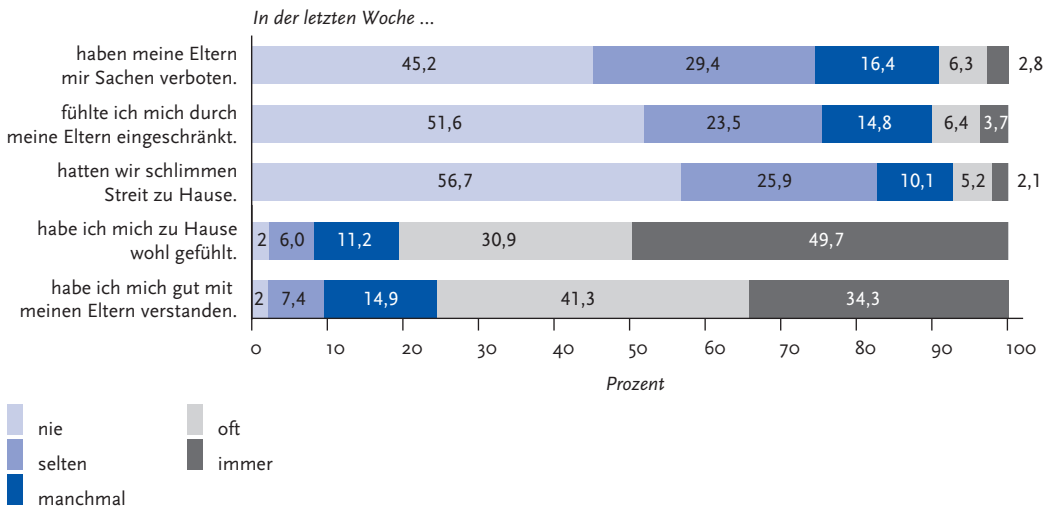


Abb. 38:
Wohlbefinden in der Familie

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



mendem Alter immer schwerer, sich mit den Eltern auszusprechen.

Nicht nur die Kommunikation mit den Eltern ist ein wichtiger Bestandteil der Beziehungsqualität zu den Eltern, sondern auch das Wohlbefinden in der Familie insgesamt ist von Bedeutung und ein weiterer wichtiger Faktor der sozialen Gesundheit. Daher wurden in der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin die ebenfalls zum KINDL^R-Fragebogen gehörenden fünf Fragen zum familiären Wohlbefinden eingesetzt. Die Schülerinnen und Schüler wurden gefragt, ob sie sich gut mit ihren Eltern verstanden haben, sie sich zu Hause wohl gefühlt haben, ihre Eltern ihnen Sachen verboten haben, sie sich durch ihre Eltern eingeschränkt gefühlt haben oder ob sie zu Hause schlimmen Streit hatten.

Insgesamt wird das Wohlbefinden in der Familie von den Mädchen und Jungen als positiv beschrieben. Mehr als zwei Drittel der Schülerinnen und Schüler fühlen sich zu Hause wohl und verstehen sich gut mit ihren Eltern. Etwa 10% der Befragten berichten jedoch, sich oft oder immer durch ihre Eltern eingeschränkt zu fühlen, zu Hause schlimmen Streit oder Verbote zu erleben.

3.4.3 Schule

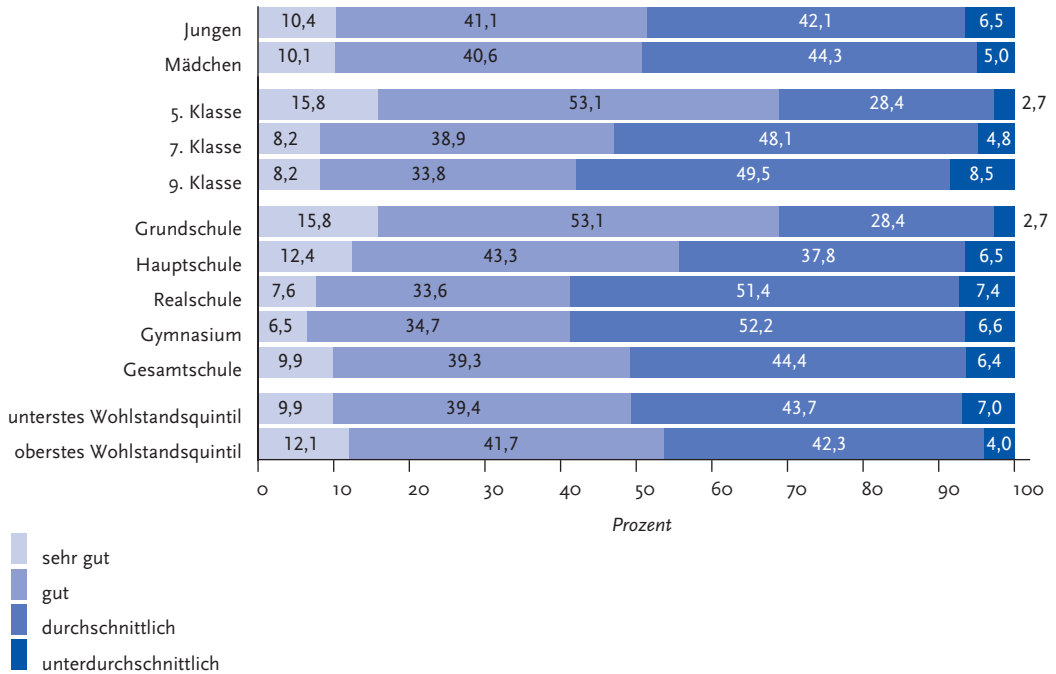
Da Kinder und Jugendliche einen großen Teil ihrer Zeit in der Schule verbringen, wird die Lebensumwelt Schule ebenfalls als Komponente der subjektiven sozialen Gesundheit dargestellt. Sorgen in der Schule aufgrund von schlechten Noten oder schulischem Druck haben einen großen Einfluss auf das Befinden der Schülerinnen und Schüler.

Der Themenbereich Schule war daher einer der umfangreichsten der WHO-Jugendgesundheitsstudie. Zunächst wurde gefragt, was die Kinder und Jugendlichen glauben, wie die Lehrerinnen und Lehrer ihre schulischen Leistungen im Vergleich zu den Mitschülern einschätzen. Insgesamt glauben 10%, dass ihre Leistungen als sehr gut eingeschätzt werden, weitere 40% erwarten eine Bewertung als gut und nur knapp 6% befürchten, dass ihre Leistungen als unterdurchschnittlich angesehen werden. Der Rest hält seine Leistungen für durchschnittlich. Zwischen Mädchen und Jungen ist dabei kaum ein Unterschied festzustellen, wohl aber nach Klassenstufe, Schulform und Wohlstandsniveau.

Mit zunehmendem Alter/Klassenstufe sehen die befragten Schülerinnen und Schüler ihre

Abb. 39:
Leistungen in der Schule

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Schulleistungen immer pessimistischer. Die größten Optimisten bezüglich ihrer schulischen Leistungen bei den weiterführenden Schulen sind die Hauptschüler, aber auch die Gesamtschüler glauben eher an ihre Leistungen als Realschüler oder Gymnasiasten (siehe Abbildung 39).

Aufschluss über einige der Gründe für die überwiegend positive Einschätzung der eigenen Leistungen in der Schule gibt die Selbstwahrnehmung der Kinder und Jugendlichen. Gefragt nach der Einschätzung der eigenen schulischen Fertigkeiten, schätzen sich etwa zwei Drittel als ziemlich intelligent und genau so klug wie andere Gleichaltrige ein und beschreiben sich als sehr gut bei Klassenarbeiten in der Schule. Weniger als ein Drittel der Schülerinnen und Schüler geben Probleme bei der Beantwortung von Fragen im Unterricht an, und weniger als ein Viertel bezeichnen sich als ziemlich langsam bei Schularbeiten (siehe Abbildung 40).

Weiterhin wurde erfragt, wie es den Kindern und Jugendlichen derzeit in der Schule gefällt. Et-

wa einem Viertel aller Befragten gefällt es in der Schule sehr gut, mehr als der Hälfte gefällt es einigermaßen gut und knapp ein Viertel gibt an, dass es ihnen nicht so gut oder überhaupt nicht in der Schule gefällt. Dabei fühlen sich etwa 5,1% der befragten Schülerinnen und Schüler von dem, was in der Schule von ihnen verlangt wird, stark belastet. Für ein Fünftel (20,4%) sind die Belastungen immerhin noch einigermaßen stark. Mehr als die Hälfte (56,6%) bzw. knapp ein Fünftel (18%) fühlt sich allerdings höchstens etwas bzw. gar nicht belastet. Ob es den Kindern und Jugendlichen in der Schule gefällt und wie sehr sie über Belastungen klagen, variiert zum Teil nach Geschlecht, Alter und Schulform.

Aus der Abbildung 41 wird deutlich, dass vor allem jüngere Schülerinnen und Schüler Freude an der Schule haben und dass das Gefallen an der Schule mit zunehmender Klassenstufe kontinuierlich abnimmt. Ein Grund für die altersspezifischen Unterschiede ist vermutlich die Zunahme der schulischen Belastung in höheren Klassenstu-

Abb. 40:
Selbstwahrnehmung der eigenen schulischen Fertigkeiten

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

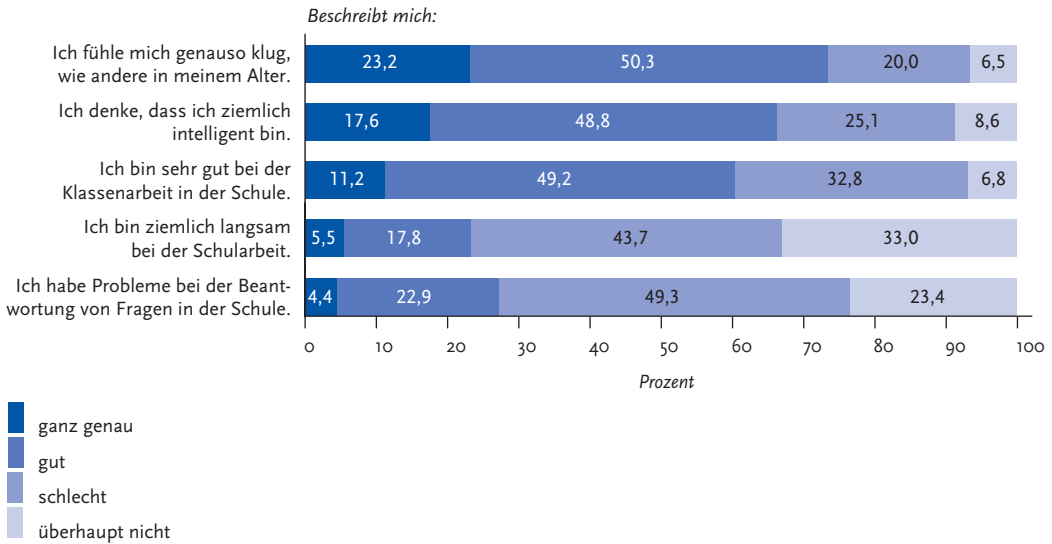
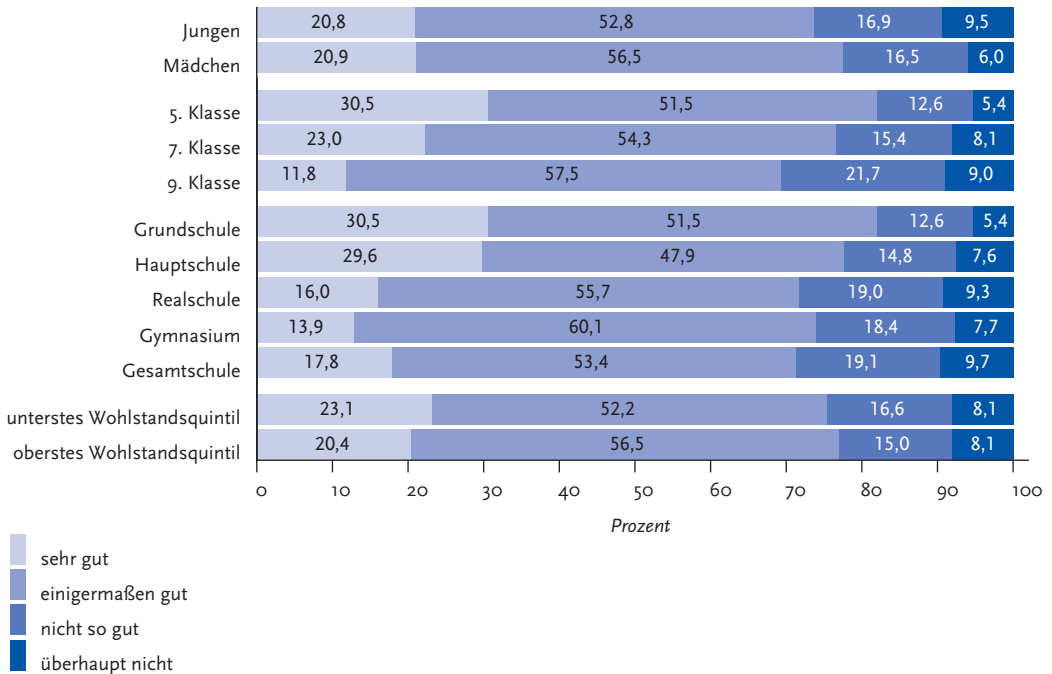


Abb. 41:
Wie gefällt es den Schülerinnen und Schülern derzeit in der Schule?

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



fen. Neben den jüngeren Schülerinnen und Schülern sind es vermehrt die Hauptschüler, denen es in ihrer Schule sehr gut gefällt. Dieses Ergebnis zeigt überraschenderweise, dass die Schülerinnen und Schüler der Hauptschulen in Berlin ihre Schulzeit positiver bewerten als Schülerinnen und Schüler anderer weiterführender Schulformen.

Mobbing stellt ein immer wichtiger werdendes und ernstzunehmenderes Thema im Schullalltag der Kinder und Jugendlichen dar, da es nachhaltig die Lebensqualität der Betroffenen einschränkt und weitreichende Konsequenzen für die persönliche Entwicklung hat. In dem Fragebogen wurden die Schülerinnen und Schüler deshalb gefragt, ob sie in den letzten Monaten von Mitschülern gemobbt oder schikaniert wurden oder dabei mitgemacht haben, eine andere Person zu mobben oder zu schikanieren. Ferner wurde erfasst, wie oft die Schülerinnen und Schüler in den letzten 12 Monaten in eine ernsthafte Schlägerei verwickelt waren.

Insgesamt geben 41 % der Schülerinnen und Schüler zu, selber mitgemacht zu haben, als ein anderer Mitschüler gemobbt wurde (siehe Abbildung 42). 30 % geben an, Opfer von Mobbing und Schi-

kane durch Mitschüler gewesen zu sein (siehe Abbildung 43), was darauf hindeutet, dass es immer mehrere Täter bei einem Opfer zu geben scheint.

31 % geben an, im letzten Jahr sogar in eine ernsthafte Schlägerei verwickelt gewesen zu sein (siehe Abbildung 44).

Hinsichtlich Mobbing und Gewalt an Schulen zeigen sich deutliche Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Schulform. Jungen sind häufiger Opfer, aber auch häufiger Täter. Insbesondere was tätliche Gewalt angeht, stehen Mädchen weit hinter den Jungen zurück. Interessant ist, dass die Opferrolle mit zunehmendem Alter zurückgeht, während die Täterrolle mit zunehmendem Alter häufiger ausgeübt wird. Nach Schulformen betrachtet, fällt vor allem auf, dass Schülerinnen und Schüler von Hauptschulen in den letzten 12 Monaten mehr als doppelt so häufig in eine Schlägerei verwickelt waren als Schülerinnen und Schüler von Gymnasien.

Leistungen, Spaß haben an der Schule, schulische Belastung und Gewalt in der Schule sind wichtige Komponenten, die das schulische Wohlbefinden beeinflussen. Daher wurden in der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin die

Abb. 42:
Mobbing und Schikanieren von Mitschülern – Täter
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002,
HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

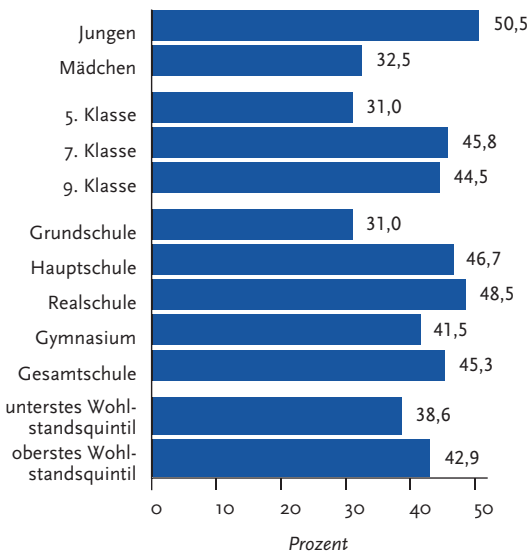


Abb. 43:
Von Mitschülern gemobbt und schikaniert werden – Opfer
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002,
HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

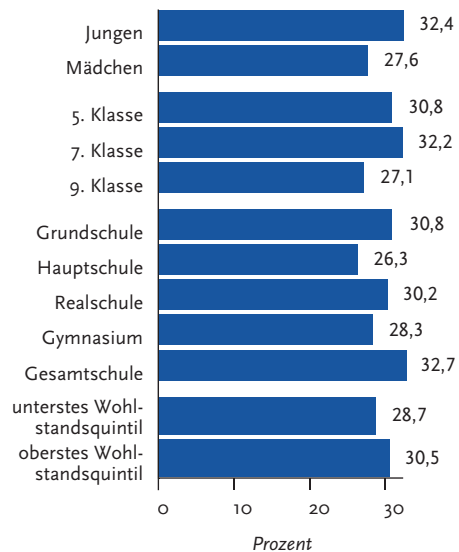
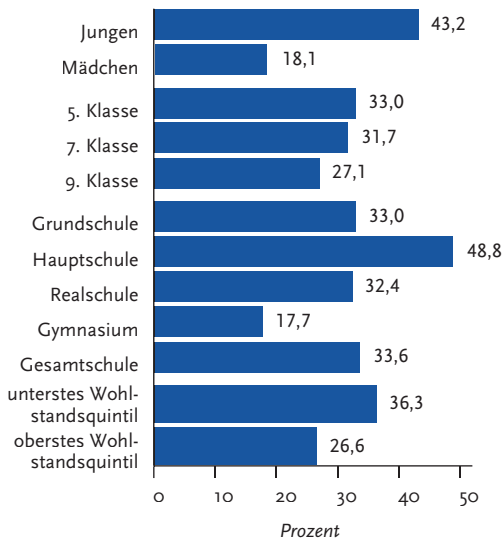


Abb. 44:
In der Schule in ernsthafte Schlägerei verwickelt
 Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



ebenfalls zum KINDLR^R-Fragebogen gehörenden Fragen zum schulischen Wohlbefinden eingesetzt (siehe Abbildung 45).

Mehr als die Hälfte der befragten Schülerinnen und Schüler in Berlin hat sich auf die nächsten Wochen in der Schule gefreut, ca. zwei Drittel haben das Gefühl, dass sie die Aufgaben in der Schule gut schaffen. Allerdings interessieren sich nur 40 % der Schülerinnen und Schüler meistens oder immer für den durchgeführten Unterricht, dabei haben ein Drittel Angst vor schlechten Noten. Darüber hinaus machen sich fast ein Drittel der Schülerinnen und Schüler in Berlin starke Sorgen um ihre Zukunft. Es gibt keine nennenswerten Unterschiede in den Antwortmustern zwischen Jungen und Mädchen. Das Wohlbefinden in der Schule nimmt ab, je älter die Schülerinnen und Schüler werden. In der 9. Klasse machen sich die Schülerinnen und Schüler die stärksten Sorgen um ihre Zukunft und setzen sich zwangsläufig vermehrt mit ihren beruflichen Plänen und Perspektiven auseinander.

Außerdem wurden den Kindern noch viele weitere Aussagen über die Schule, die Lehrer, die Mitschüler, die schulische Unterstützung sowie der Selbstwahrnehmung ihrer schulischen Fertigkeiten vorgelegt. In der folgenden Abbildung werden diese Aussagen in der Reihenfolge der jeweiligen Zustimmung präsentiert (siehe Abbildung 46) und es wird exemplarisch nur auf Aus-

Abb. 45:
Wohlbefinden in der Schule
 Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

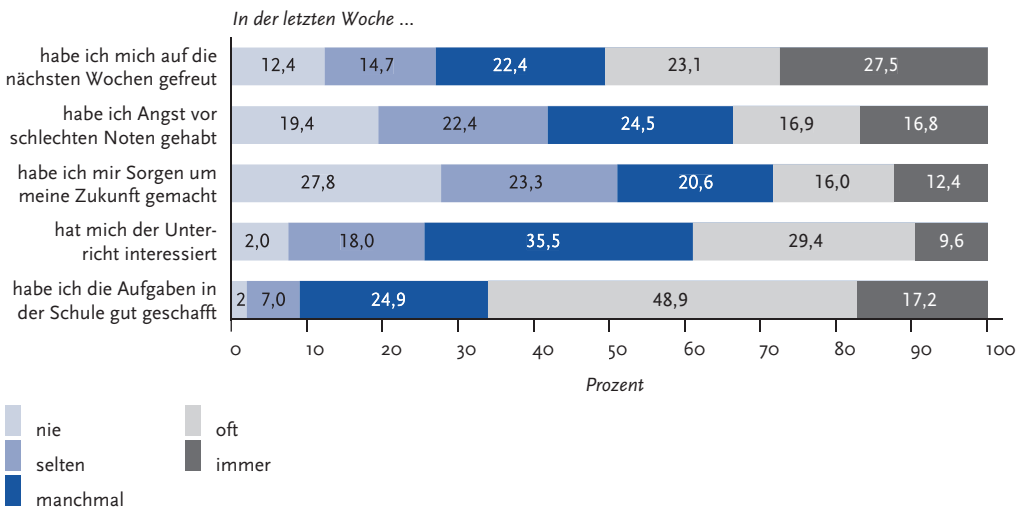


Abb. 46:

Aussagen zum Bereich Schule

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



sagen mit der höchsten und niedrigsten Zustimmung eingegangen.

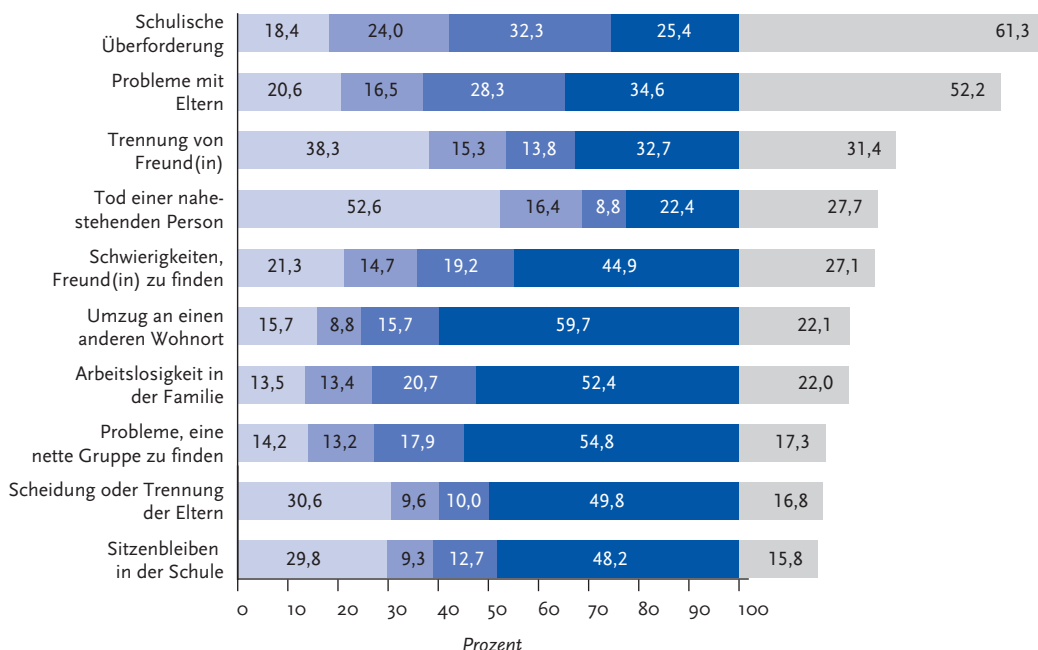
Generell erleben Schülerinnen und Schüler in Berlin, dass ihre Eltern an schulischen Inhalten sehr interessiert sind und sie fühlen sich durch ihre Eltern bei der Bewältigung schulischer Leistungsanforderungen stark unterstützt. In der Schule selber erleben die Schülerinnen und Schüler wenig Mitspracherecht bei der Gestaltung des Unterrichts. Die Schüler finden nicht, dass sie bei Schulaktivitäten und Lerninhalten mitentscheiden können.

3.4.4 Belastungen durch kritische Lebensereignisse

Unter kritischen Lebensereignissen werden belastende Ereignisse im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld, den Eltern, Freunden oder der Schule verstanden. Abhängig von den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten, eigenen Ressourcen und der Häufigkeit der belastenden Ereignisse in einem bestimmten Zeitraum erleben sich Jugendliche unterschiedlich beeinträchtigt. Die Schülerinnen und Schüler wurden gefragt, ob sie eine der folgenden belastenden Situationen in dem letzten halben Jahr erlebt haben und wurden bei Auftreten von solchen Ereignissen gebeten, die Stärke der Belastung einzuschätzen (siehe Abbildung 47).

Abb. 47:
Erleben von belastenden Situationen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



und das war ...



Situationen, welche die Kinder und Jugendlichen am meisten belasten, sind der Tod einer nahestehenden Person, die Trennung von Freund oder Freundin und die Scheidung oder Trennung der Eltern. Die ersten beiden Situationen kommen dazu noch recht häufig vor, denn mehr als ein Viertel hat sie im letzten halben Jahr erlebt.

Zu den am häufigsten genannten kritischen Lebensereignissen insgesamt zählen schulische Überforderung, Probleme mit den Eltern, Trennung von dem Freund oder der Freundin und Tod einer nahestehenden Person.

Insgesamt hat mehr als ein Viertel aller Schülerinnen und Schüler im letzten halben Jahr mindestens zwei oder mehr belastende Situationen erlebt (siehe Abbildung 48). Mädchen geben dabei deutlich mehr belastende Situationen an als Jungen. Das gleiche gilt für Schülerinnen und Schüler der neunten Klasse. Unterscheidet man nach Schulformen, so sind es die Gymnasiasten, die sich am wenigsten häufig belastenden Situationen ausgesetzt sehen. Auch der sozioökonomische Status ist mit der Anzahl der belastenden Lebensereignisse assoziiert. Jugendliche aus dem untersten Wohlstandskuintil berichten deutlich

mehr kritische Ereignisse als die des obersten Quintils.

3.4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zur sozialen Gesundheit

Neben der körperlichen und psychischen Gesundheit stellt das Konzept der sozialen Gesundheit einen dritten erfassten Bereich dar und bezieht verschiedene wichtige Aspekte des sozialen Umfeldes von Jugendlichen mit ein: Gleichaltrige, Familie und Schule.

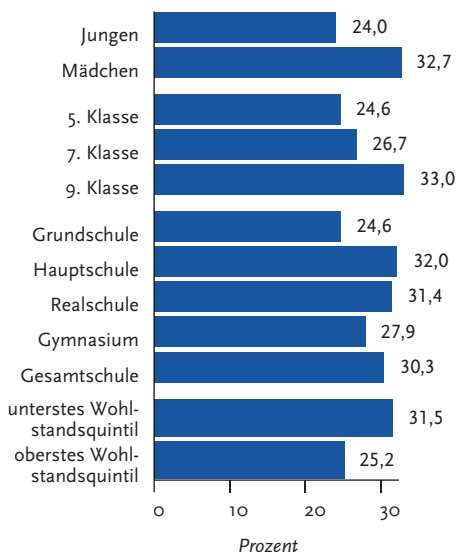
Ca. 90% aller Befragten fühlen sich von den Gleichaltrigen akzeptiert und gemocht und haben keine Probleme, Freunde zu finden. Die Qualität der Beziehung zu Freunden wird generell als positiv eingeschätzt. Der Rest der Jugendlichen fühlt sich jedoch von Gleichaltrigen nicht akzeptiert. Dies lässt auf unzureichende soziale Kompetenzen schließen.

Die meisten der befragten Jugendlichen schätzen die Beziehungen zu ihren Eltern und die Unterstützung durch diese als positiv ein. Probleme mit den Eltern (52%) werden als häufig erlebtes Lebensereignis genannt, das aber die wenigsten Jugendlichen belastet und im Sinne einer »normalen« Entwicklungsaufgabe bewältigt wird. Allerdings berichten etwa 10% der Befragten, sich oft oder immer durch ihre Eltern eingeschränkt zu fühlen oder zu Hause schlimmen Streit und Verbote zu erleben.

Was die schulische Situation betrifft waren die Aussagen bei der Mehrzahl der Schülerinnen und Schüler nicht immer positiv, da sie Angst vor schlechten Noten haben, sie die Unterrichtsinhalte oft nur wenig interessieren und sie Mitbestimmung und Mitspracherecht in der Schule vermissen. Markante Ergebnisse sind eine höhere Zufriedenheit mit der Schule bei Hauptschülern und eine geringere Zufriedenheit mit der Schule gerade bei älteren Schülerinnen und Schülern. Viele Jugendliche machen sich große Sorgen über ihre berufliche Zukunft. Mobbing und Gewalt bleiben wichtige Themen in der Berliner Schullandschaft und zeigen Bedarf für Präventionsmaßnahmen auf.

Die von den Jugendlichen am häufigsten genannten kritischen Lebensereignisse sind schulische Überforderung, Probleme mit den Eltern,

Abb. 48:
Zwei oder mehr belastende Situationen
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002,
HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Trennung von dem Freund oder der Freundin und Tod einer nahestehenden Person. Die Ereignisse werden allerdings hinsichtlich ihrer Belastung unterschiedlich bewertet. Für die Mehrheit sind schulische Überforderung und Probleme mit den Eltern nur wenig belastend. Im Gegensatz dazu wird der Tod einer nahestehenden Person oder die Trennung von dem Freund oder der Freundin als sehr belastend erlebt.

Die soziale Gesundheit Jugendlicher ist altersabhängig. Jüngere Schülerinnen und Schüler äußern eine höhere Zufriedenheit mit ihrer Schule als ältere Jugendliche. Zudem berichten sie über ein besseres familiäres Wohlbefinden und sind weniger häufig von kritischen Lebensereignissen betroffen als ältere Schülerinnen und Schüler.

Aufgrund von Wechselwirkungen der verschiedenen sozialen Dimensionen erscheint es angebracht, dass alle Bereiche gleichermaßen im Fokus von Präventions- und Interventionsmaßnahmen stehen. Erfolgsversprechende Maßnahmen können insbesondere Trainingsprogramme der sozialen Kompetenz sein, in denen die Jugendlichen grundlegende soziale Fertigkeiten, Problemlösestrategien und Kommunikationsstile im Umgang mit anderen lernen.

3.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

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

Die Erfassung eines solchen globalen Lebensqualitätsfaktors bzw. der globalen Lebensqualität erforderte in der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin den Einsatz des Fragebogens KINDL^R. Dieser in Berlin eingesetzte Fragebogen (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) stellt

ein gesundheitsbezogenes Lebensqualitätsmessinstrument für Kinder und Jugendliche dar, welches 6 Inhaltsbereiche zu den körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten der subjektiven Gesundheit bereitstellt. Von diesen wurden in den Ergebnisdarstellungen der vorangegangenen Kapitel bereits die Inhaltsbereiche »körperliches Wohlbefinden«, »mentale Gesundheit/Selbstwert« »Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige«, »schulisches Wohlbefinden« und »Wohlbefinden in der Familie« beschrieben. Zusammen mit dem zusätzlichen Inhaltsbereich »Emotionales Wohlbefinden« kann ein übergreifender individueller Lebensqualität-Messwert berechnet werden, in den die Antworten aller KINDL^R Fragen einfließen. Außer den sechs Skalenwerten zu jedem der Lebensqualitäts-Inhaltsbereiche wird ein Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität berechnet. Alle Werte werden auf einer Skala von 0 bis 100 dargestellt, wobei höhere Werte jeweils eine bessere Lebensqualität anzeigen. Die mit diesem Index gemessene Lebensqualität der Schülerinnen und Schüler in Berlin und der Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der körperlichen und psychischen Gesundheit soll im Folgenden berichtet werden.

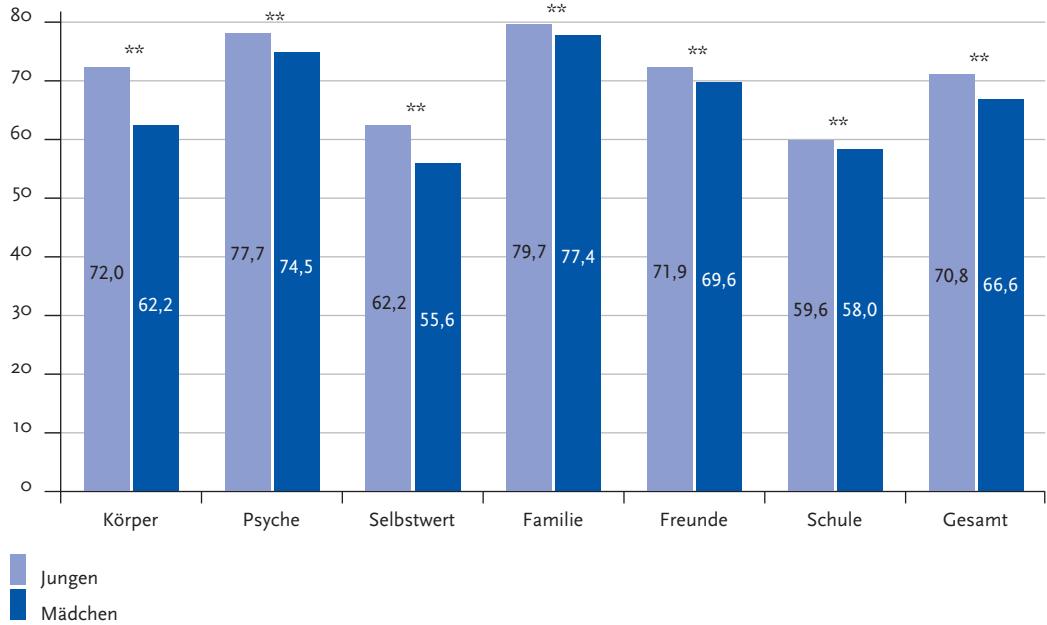
Der Gesamtwert der Lebensqualität liegt bei den befragten Kindern und Jugendlichen im Mittel bei 68,6 (Streuung: 12,5). Die einzelnen Subskalen zeigen ein typisches Profil mit den höchsten Werten für psychische und familiäre Lebensqualität und den niedrigsten für Selbstwert, gefolgt von schulischer Lebensqualität.

Es zeigt sich eine Tendenz zu einer höheren selbstberichteten Lebensqualität der Jungen im Vergleich zu den Mädchen (siehe Abbildung 49). Mit dem Alter nimmt die Lebensqualität ab. Ein umgekehrter Effekt zeigt sich nur für den Selbstwert, der bei den Älteren höher ausgeprägt ist als bei den Jüngeren. Unterschiede hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit sind im Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und in den einzelnen Skalenwerten zu beobachten mit einer geringeren Lebensqualität für Schülerinnen und Schüler aus einem niedrigeren Wohlstandsniveau.

Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen weisen erwartungsgemäß eine im Vergleich zu gesunden Jugendlichen verringerte

Abb. 49:
Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



ANOVA: * $p < .05$, ** $p < .01$

Lebensqualität auf. Die Lebensqualitätsunterschiede werden auf der Gesamtskala und für alle Inhaltsbereiche des KINDL^R Fragebogens deutlich und statistisch signifikant (siehe Abbildung 50).

Ein Zusammenhang der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit psychischer Auffälligkeit (SDQ) lässt sich ebenfalls erkennen: Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche weisen über sämtliche Inhaltsbereiche und den Gesamtwert des KINDL^R eine deutlich und signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als unauffällig klassifizierte Kinder (siehe Abbildung 51).

Kinder und Jugendliche mit einer höheren gesundheitsbezogenen Gesamtlebensqualität leiden weniger und seltener unter psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden. Sie sind mit geringerer Wahrscheinlichkeit psychisch auffällig und schätzen ihre Gesundheit allgemein besser ein. Außerdem haben Kinder und Jugendliche

mit einer höheren Lebensqualität mit geringerer Wahrscheinlichkeit kritische Lebensereignisse erlebt.

Die Erfassung der an sich multidimensionalen Lebensqualität mittels eines globalen Index erscheint nach den vorliegenden Resultaten sinnvoll. Die globale Lebensqualität spiegelt die wichtigsten Aspekte und Charakteristika (z. B. typische Alters- und Geschlechtsunterschiede) subjektiver Gesundheit gut wider. Berücksichtigt man, dass mit den körperlichen, psychischen und sozialen Inhaltsbereichen bereits bedeutende Komponenten der subjektiven Gesundheit in der globalen Lebensqualität enthalten sind, so vermag der KINDL^R Index die subjektive Gesundheit umfassend und aussagekräftiger abzubilden als die bisher betrachteten Gesundheitsmaße alleine.

Abb. 50:
Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

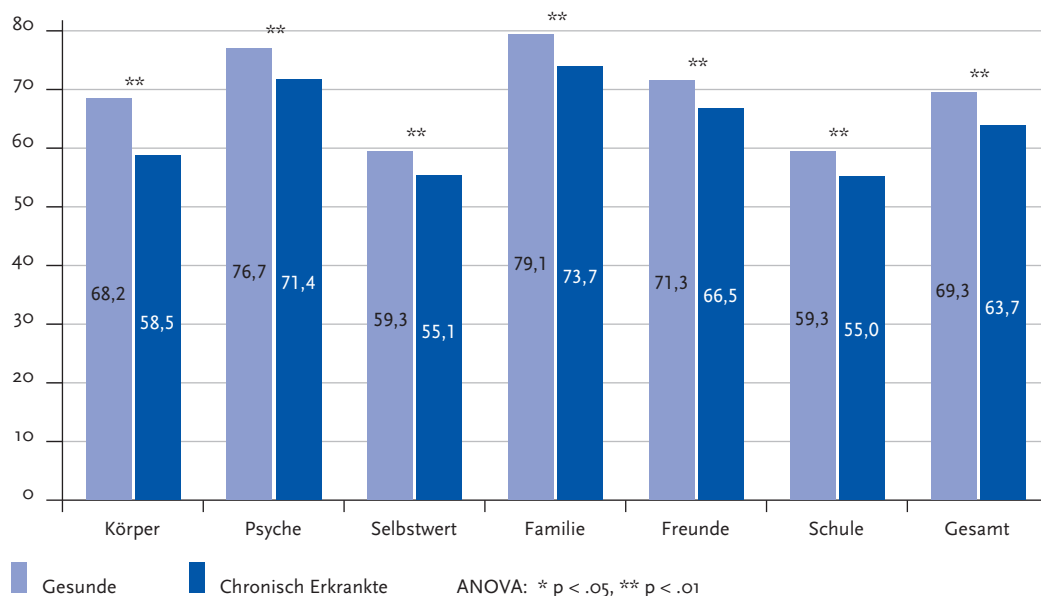
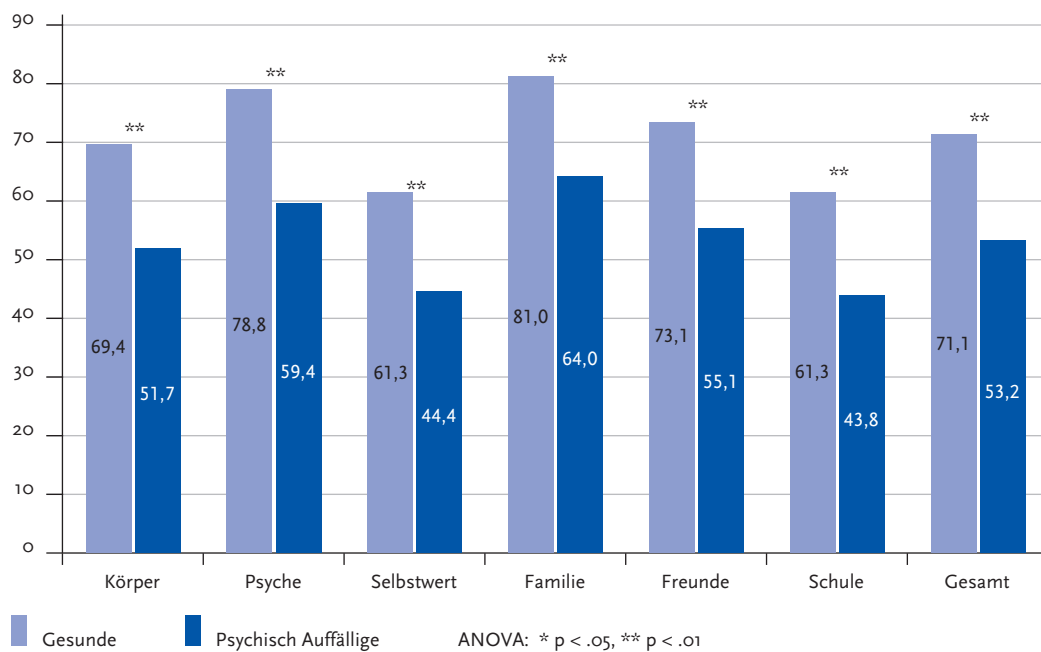


Abb. 51:
Lebensqualität bei psychischer Auffälligkeit

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



3.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Jüngere Kinder beschreiben ihre Lebensqualität im Vergleich zu Jugendlichen als besser und Jungen stufen ihre Lebensqualität höher ein als Mädchen. Diese Ergebnisse stimmen mit Befunden aus früheren bevölkerungsbezogenen und klinischen Studien mit dem KINDL-R überein. Hinsichtlich anderer Determinanten der Lebensqualität konnte gezeigt werden, dass Kinder mit einer chronischen Erkrankung für sich eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität angeben als gesunde Kinder und Jugendliche. Kinder mit einer identifizierten psychischen Auffälligkeit berichten ebenfalls eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Vor dem Hintergrund der bisher noch sehr spärlichen Literatur zum Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogener Lebensqualität und Risikogruppen von Kindern und Jugendlichen leistet der eingesetzte Fragebogen einen wichtigen Beitrag. Die hier berichteten Ergebnisse zeigen, dass der Fragebogen für eine mögliche Risikogruppe eine deutlich geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität ermittelt als für unauffällige Kinder und Jugendliche und somit zur Identifikation von Risikogruppen beitragen kann.

Die Ergebnisse zum Lebensqualitätsfragebogen KINDL-R belegen seine Eignung für die Gesundheitsberichterstattung und bevölkerungsbezogenen Studien im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen.

3.6 Gesundheits- und Freizeitverhalten

Die gesundheitliche Lage einer Person kann sich ebenso durch gesundheitsrelevante Lebensstile, d. h. unterschiedliche Verhaltensmuster und Einstellungen ausdrücken, die sich im täglichen Handeln von Personen äußern (Pietilä et al., 1995; Abel, 1999). Das Gesundheitsverhalten kann dabei sowohl gesundheitsförderliche (z. B. gesunde Ernährung, viel Bewegung) als auch gesundheits-

schädigende Verhaltensweisen (wie etwa Substanzkonsum) umfassen (Pinquart & Silbereisen, 2002). Ein wesentliches Merkmal vieler dieser Gesundheitsverhaltensweisen im Jugendalter ist die überwiegende Ausübung in der »Freizeit«, d. h. außerhalb der elterlichen und schulischen Kontrolle im Verbund mit anderen Jugendlichen, den Freunden.

3.6.1 Ernährung

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

Da für eine gesunde Ernährung ein ausgewogenes Frühstück unverzichtbar ist, wurden in der WHO-Jugendgesundheitsstudie die Kinder und Jugendlichen unter anderem dazu befragt, mit welcher Regelmäßigkeit sie die drei Hauptmahlzeiten – morgens, mittags und abends – zu sich nehmen (siehe Abbildung 52). Insbesondere an Schultagen fällt auf, dass die Frühstücksmahlzeit häufig vernachlässigt wird. Im Durchschnitt frühstücken die befragten Schülerinnen und Schüler nur an drei Tagen in der Woche. Jede(r) Fünfte der befragten Schülerinnen und Schüler in Berlin geht ohne Frühstück in die Schule.

Aus Abbildung 53 lässt sich entnehmen, dass es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern beim Verzicht auf das Frühstück gibt. Mädchen verzichten häufiger auf das Frühstück als Jungen. Ferner verzichten mehr ältere Jugendliche morgens auf das Frühstück. Es zeigen sich weiterhin sowohl deutliche Schultypen- als auch Wohlstandseffekte. Von den Schülerinnen und Schülern, die auf das Frühstück an Schultagen ganz verzichten, sind es vor allem die Hauptschüler und am wenigsten häufig die Gymnasiasten. Die größten »Frühstücksmuffel« unter den Kindern und

Abb. 52:
Regelmäßige Mahlzeiten

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

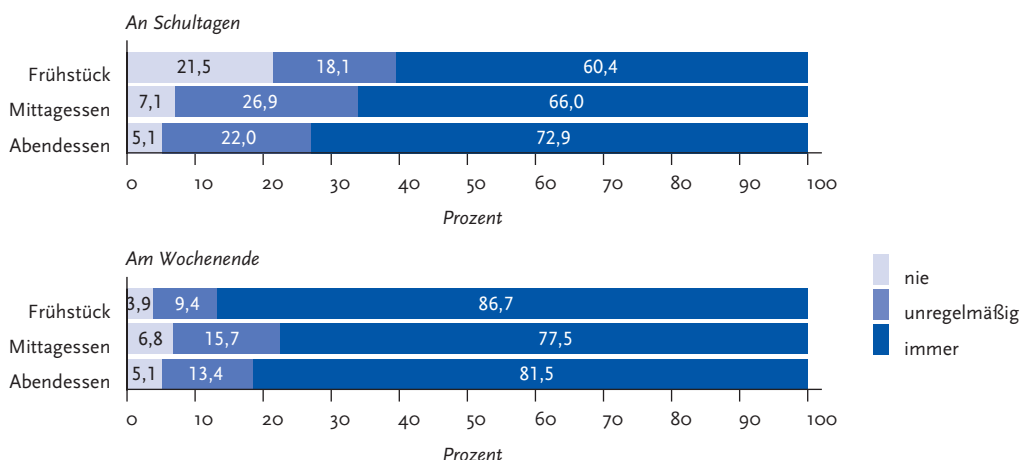
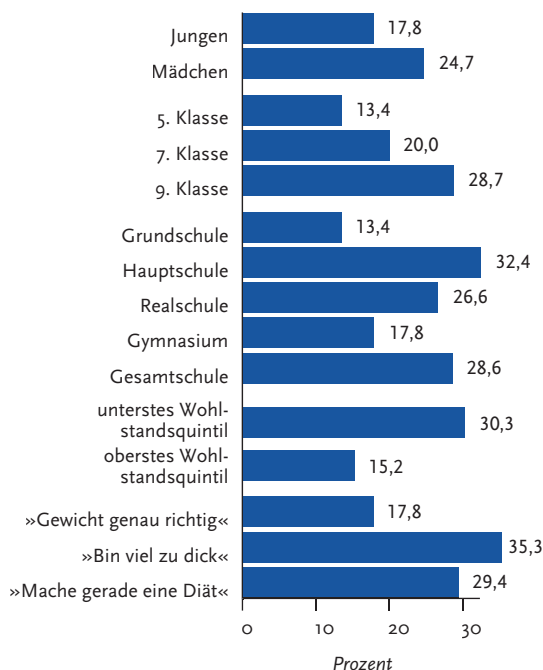


Abb. 53:
Ohne Frühstück zur Schule

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



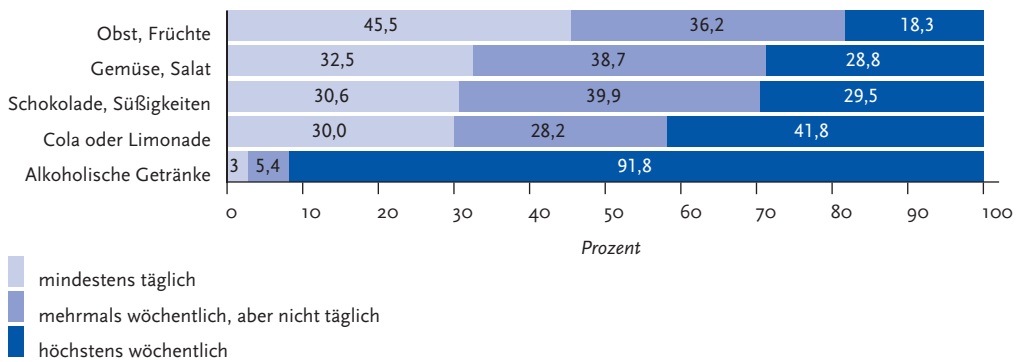
Jugendlichen sind aber eindeutig diejenigen, die mit ihrem Gewicht unzufrieden sind oder eine Diät machen. Ob der Verzicht auf das Frühstück der Bekämpfung des Übergewichts dienen soll oder es durch spätere Heißhungerattacken auf Snacks sogar verursacht wird, sei dahingestellt.

Nicht nur die Regelmäßigkeit der Mahlzeiten ist für eine gesunde Ernährung wichtig, sondern auch die Wahl der Nahrungsmittel, die man zu sich nimmt. In der Studie wurde ermittelt, wie häufig bestimmte Nahrungsmittel und Getränke von den Kindern und Jugendlichen konsumiert werden (siehe Abbildung 54).

Obst und Früchte werden häufiger gegessen als Süßigkeiten und Limonaden. Gemüse und Salat rangiert auf der Beliebtheitsskala nur knapp vor Süßigkeiten und Limonaden. Es ist bedenklich, dass mehr als ein Viertel aller Befragten nur höchstens einmal pro Woche Gemüse und Salat isst – im Sinne einer ausgewogenen Ernährung eindeutig zu selten. Der Konsum von Lebensmitteln variiert auch mit dem Alter, hier fällt der mit zunehmendem Alter deutlich rückläufige Verzehr von Obst und Früchten auf und der mit dem Alter zunehmende Konsum von Cola und anderen Limonaden sowie Schokolade und Süßigkeiten. Mädchen essen im Vergleich zu Jungen deutlich mehr Obst und Gemüse. Ein ähnliches Muster findet man bei

Abb. 54:
Konsumhäufigkeit von Nahrungsmitteln und Getränken

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



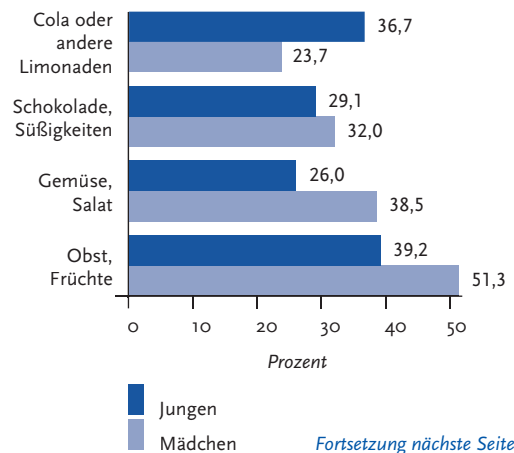
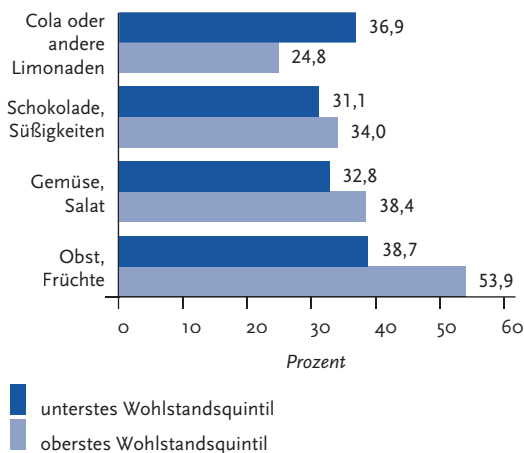
den Schülerinnen und Schülern mit einem höheren Wohlstands- und Bildungsniveau, die sich ausgewogener ernähren als solche mit einem geringeren Wohlstands- und Bildungsniveau (siehe Abbildung 55).

Ein wichtiger Einflussfaktor in Bezug auf das Ernährungsverhalten vieler Jugendlicher, insbesondere der Mädchen, ist die Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts bzw. des Körperbildes. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass bei der eigenen Körperbildwahrnehmung das tatsächliche

Gewicht keine Rolle spielt. Insgesamt finden sich 43,3 % der befragten Schülerinnen und Schüler in Bezug auf ihr Körperbild genau richtig. 31,5 % der Schülerinnen und Schüler halten sich für ein wenig und 7,6 % für viel zu dick. Angesichts des selbstangegebenen Übergewichts (errechneter Body-Mass-Index) bei ca. 8–9 % der Schülerinnen und Schüler ist dies ein erschreckendes Ergebnis. 15–20 % der übrigen Schülerinnen und Schüler glauben, eher zu dünn zu sein.

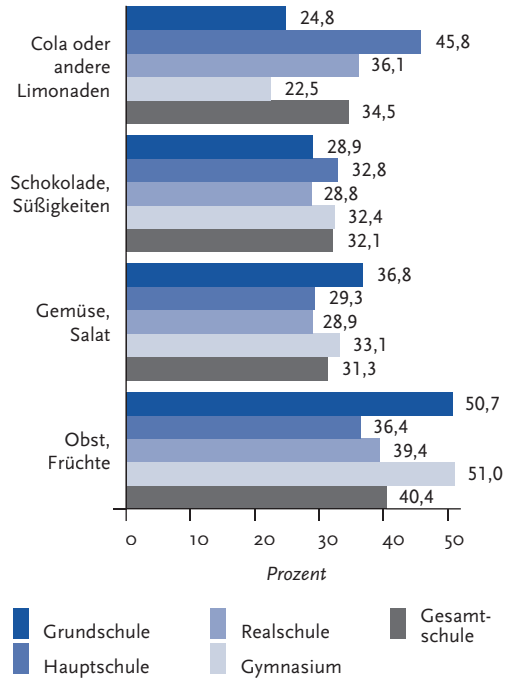
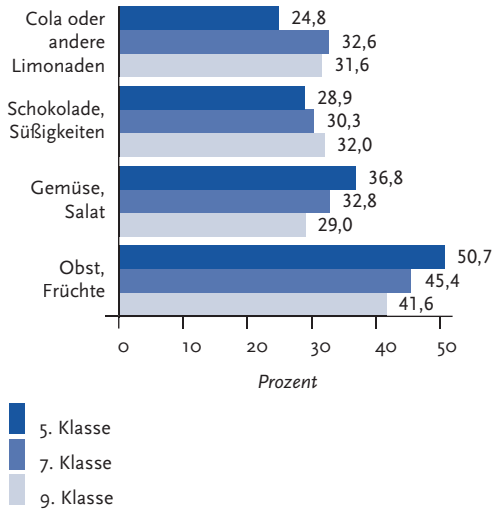
Abb. 55:
Mindestens täglicher Konsum von Nahrungsmitteln

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Fortsetzung nächste Seite

Abb. 55:
Fortsetzung



Wie man aus Abbildung 56 entnehmen kann, gibt es deutliche Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Wahrnehmung der eigenen Figur. Mädchen finden sich deutlich häufiger zu dick als Jungen, was auf eine problematische Körperwahrnehmung hinweisen könnte. Im Folgenden soll daher der Fokus nur auf die Mädchen gelegt werden, die sich zu dick finden.

Es zeigt sich, dass die Unzufriedenheit der Schülerinnen mit ihrem Körperbild mit dem Alter deutlich zunimmt. Im Vergleich zu den Haupt-, Real- und Gesamtschülerinnen findet man an Gymnasien weniger Mädchen, die sich als zu dick einschätzen (siehe Abbildung 57).

Die Unzufriedenheit mit der eigenen wahrgenommenen Figur motiviert viele Kinder und Jugendliche zum Abnehmen (siehe Abbildung 58). Insgesamt machen zum Zeitpunkt der Befragung rund 13,4 % eine Diät. Fast ein Viertel der Befragten glaubt immerhin, dass sie eine Diät nötig hätten. Auch hier sind die Anteile bei Mädchen wesentlich höher als bei Jungen. Fast ein Fünftel aller Mädchen machen zum Zeitpunkt der Befragung eine Diät und mehr als ein Viertel der Mädchen meinen, dass sie eigentlich eine Diät

Abb. 56:
Wahrnehmung des Körperbildes
Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

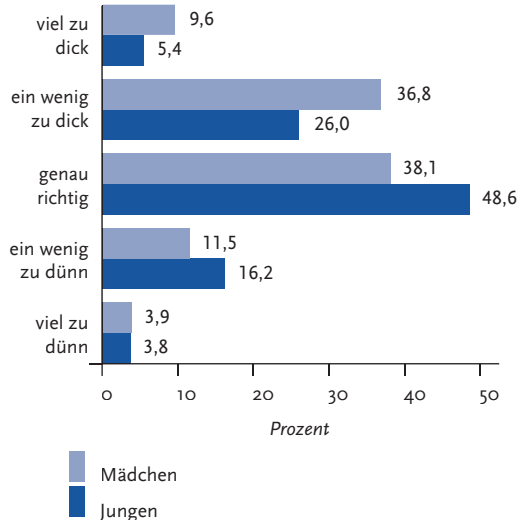


Abb. 57:
Mädchen, die sich zu dick finden

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

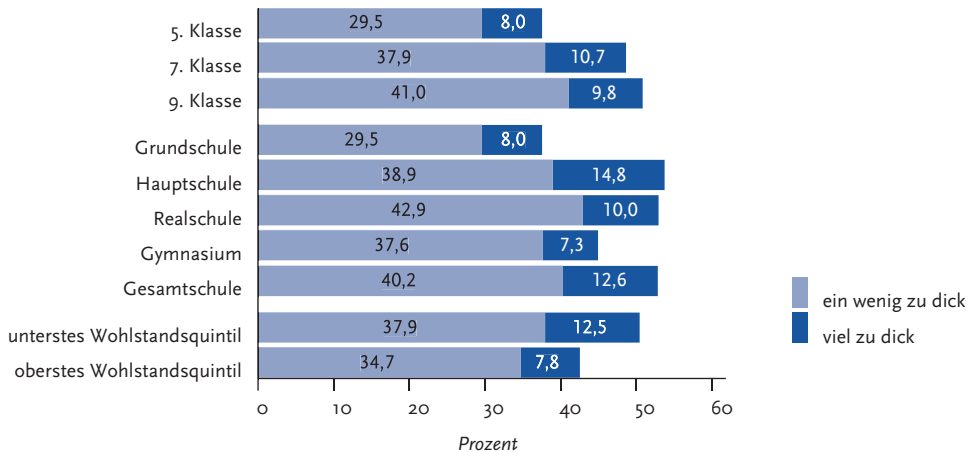
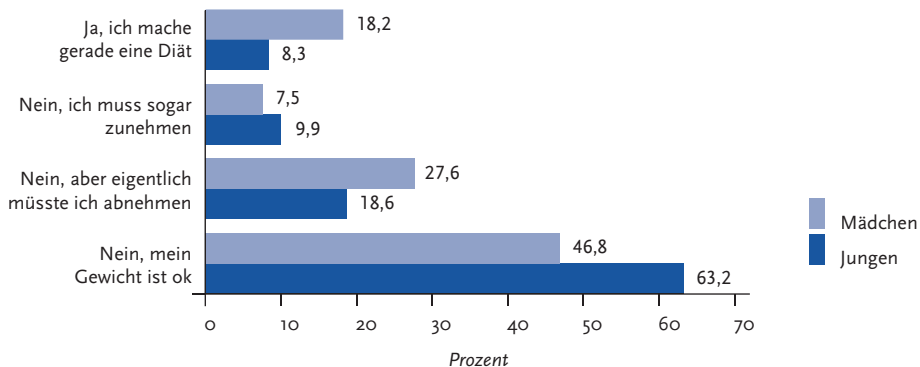


Abb. 58:
Gegenwärtige Diät

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



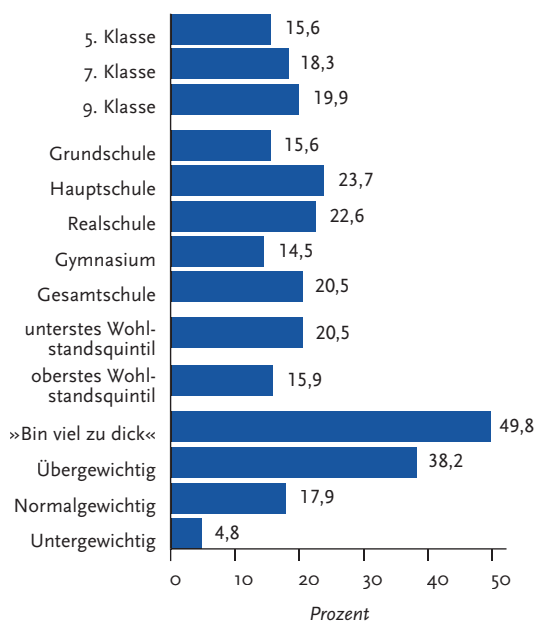
nötig hätten. Der Anteil von Mädchen, die denken, dass sie eine Diät bzw. keine Diät brauchen, ist vergleichbar hoch. Die meisten Jungen hingegen scheinen mit ihrer Figur soweit zufrieden zu sein und denken an keine Diät.

Betrachtet man wiederum die Mädchen, so kann festgestellt werden, dass vor allem die älteren Mädchen eine Diät machen. Mädchen von Gymnasien machen weniger Diäten als Mädchen von anderen weiterführenden Schultypen. Den

größten Anteil an Mädchen, die eine Diät machen, findet man bei solchen, die sich für viel zu dick halten oder nach den oben im Kapitel körperliche Gesundheit dargestellten Gewichtsperzentilen tatsächlich als übergewichtig oder gar stark übergewichtig klassifiziert wurden (BMI). Es ist besorgniserregend, dass immerhin etwa 18% der Mädchen, die so als normalgewichtig eingestuft werden können und sogar etwa 5%, die gar untergewichtig oder stark untergewichtig eingestuft

Abb. 59:
Mädchen, die eine Diät machen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



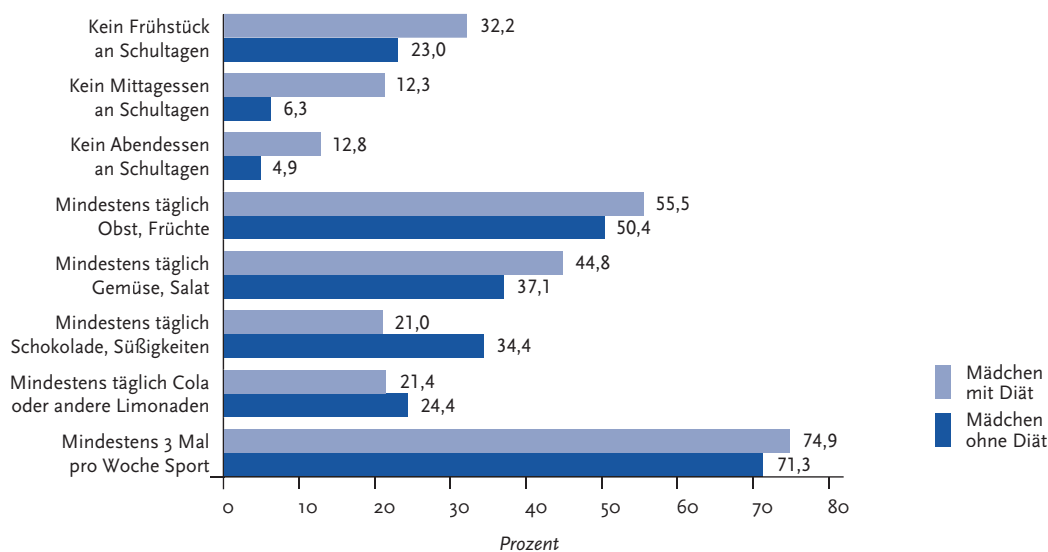
wurden, versuchen, durch eine Diät abzunehmen (siehe Abbildung 59).

Es ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung zu hinterfragen, welche Ernährungsverhaltenweisen Mädchen an den Tag legen, die eine Diät halten im Vergleich zu den Mädchen, die keine Diät halten (siehe Abbildung 60).

Mädchen, die gerade Diät halten, verzichten häufiger auf bestimmte Mahlzeiten: so essen fast ein Drittel der Mädchen unter Diät an Schultagen kein Frühstück. Etwa ein Zehntel dieser Mädchen verzichtet sogar auf das Mittagessen und/oder das Abendessen. Es lässt sich nicht nur der Verzicht auf Mahlzeiten, sondern auch eine Umstellung der Ernährung bei Mädchen unter Diät feststellen. Sie essen mehr Obst und Gemüse, reduzieren den Verzehr von Süßigkeiten und Schokolade sowie Cola und anderer Limonaden. Es gibt jedoch keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Häufigkeit der sportlichen Aktivität zwischen Mädchen, die versuchen abzunehmen und solchen, die nicht Diät halten. Dies bedeutet, dass die Mädchen unter Diät zwar anders und weniger essen, aber nicht, dass sie mehr Sport treiben.

Abb. 60:
Ernährungsverhalten von Mädchen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



3.6.2 Körperliche Aktivität

Kinder und Jugendliche sind in der Regel körperlich aktiv. Das Ausmaß und die Formen körperlicher Bewegung reichen dabei vom Umhergehen, Radfahren, Inlineskaten bis hin zu hartem, leistungsorientiertem sportlichen Training. Der natürliche Bewegungsdrang der Kinder und Jugendlichen wird allerdings im Verlauf der Sozialisation eingeschränkt. 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. Da aber in unserer Gesellschaft die Kindheit und Jugend – gerade in größeren Städten – aus der natürlichen Umwelt stärker in die Wohnung verlegt wird, 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 (Hüttner et al., 1997).

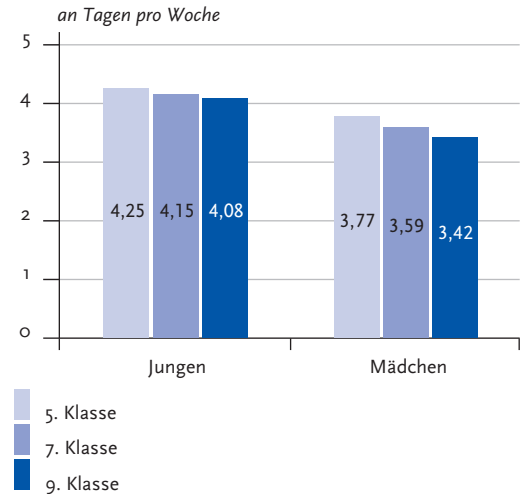
Aktuelle Richtlinien, die speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt wurden, empfehlen körperliche Aktivität mit *moderater* oder *erhöhter Intensität* von insgesamt 60 Minuten an den meisten Tagen der Woche (Biddle et al., 1998; Prochaska et al., 2001).

Die körperliche Aktivität der Jugendlichen wurde in der WHO-Jugendgesundheitsstudie mit Hilfe des MVPA-Index (moderate to vigorous physical activity) erfasst (vgl. Prochaska et al., 2001; Currie et al., 2001). Dieser Index misst die Anzahl der Tage, an denen die Jugendlichen während *der letzten 7 Tage* und *normalerweise* (in einer typischen Woche) für zusammen 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«. Der Durchschnittswert beschreibt die Anzahl der Tage pro Woche, an denen die Jugendlichen für zusammen 60 Minuten moderat bis intensiv körperlich aktiv sind. Ein Wert von über fünf Tagen in der Woche entspricht dabei den empfohlenen Richtlinien zur körperlichen Aktivität.

Abb. 61:

Körperliche Aktivität

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Sport bzw. körperliche Aktivität spielt in der Freizeit bei den Schülerinnen und Schülern eine herausragende Rolle. 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 bei Mädchen signifikant abnimmt (siehe Abbildung 61).

Zieht man die o.g. Richtlinie von optimaler körperlicher Aktivität an mindestens fünf Tagen in der Woche heran, so lässt sich jedoch feststellen, dass nur etwa 40 % der Jungen und ein Viertel der Mädchen entsprechend den Richtlinien agieren. Zudem besteht ein großer Unterschied zwischen Jungen und Mädchen: Mädchen bewegen sich signifikant seltener entsprechend der empfohlenen Richtlinie zur körperlichen Aktivität als Jungen.

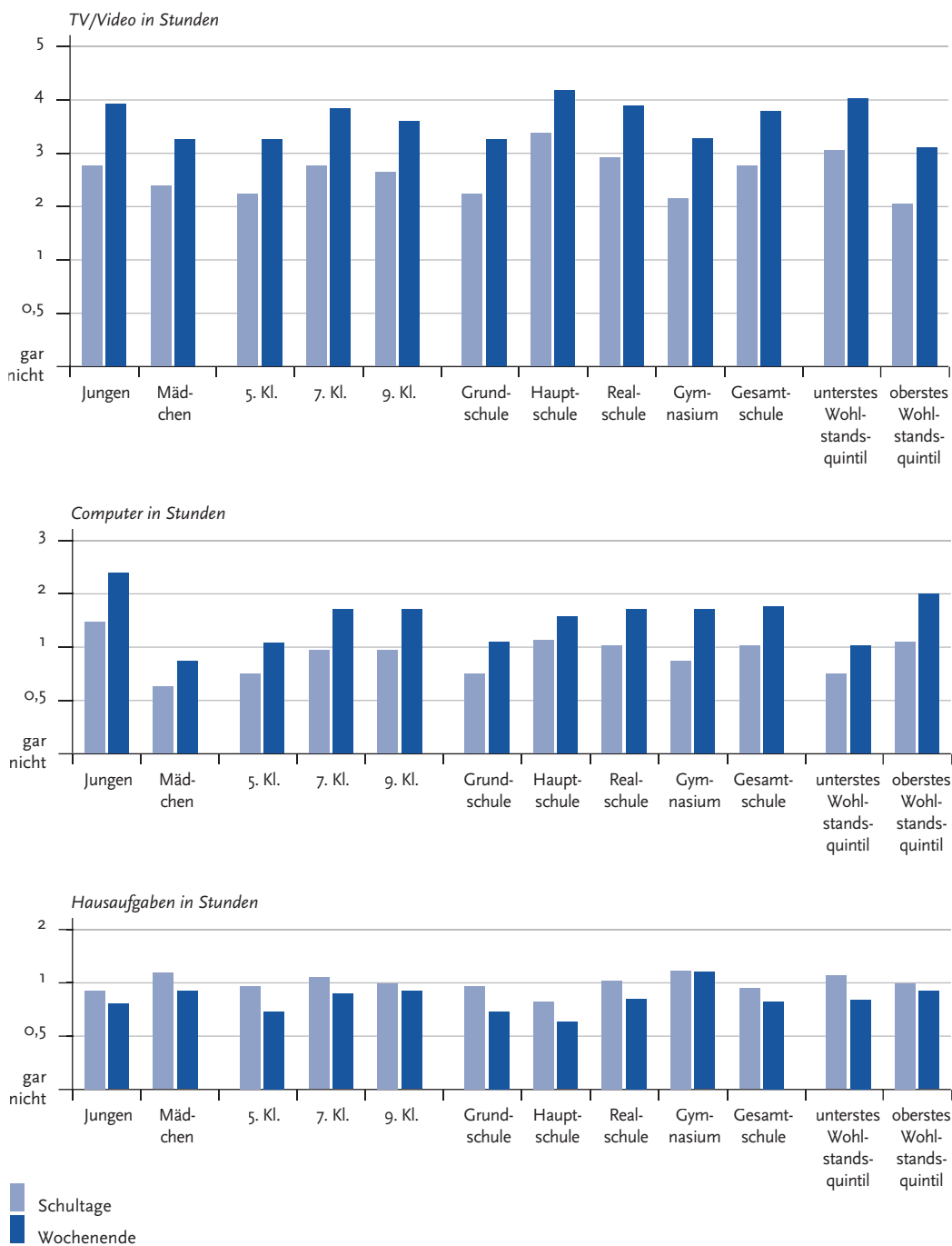
3.6.3 Freizeit und Medienkonsum

Natürlich interessiert in der Studie neben der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit auch, was die Berliner Schülerinnen und Schüler

Abb. 62:

Beschäftigung mit Fernsehen und Video, Hausaufgaben und Computer

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



in ihrer Freizeit unternehmen. Deshalb wurden die Jugendlichen gefragt, wie viele Stunden sie sich pro Tag an Schultagen und am Wochenende mit Fernsehen und Videos, mit Hausaufgaben und mit dem Computer beschäftigen (siehe Abbildung 62 auf Seite 59). Spitzenreiter ist ganz deutlich das Fernsehen bzw. das Anschauen von Videos mit fast 2 bis 3 Stunden an Schultagen und 3 bis 4 Stunden an Wochenenden. Die meiste Zeit vor dem Fernseher verbringen dabei Schülerinnen und Schüler der 7. Klassen. In der 9. Klasse nimmt der Fernsehkonsum eher ab – möglicherweise, weil andere Interessen in den Vordergrund treten. Differenziert nach Schultypen sind es in Berlin eher die Schülerinnen und Schüler der Hauptschulen, die an Wochenenden über 4 Stunden täglich vor dem Fernseher verbringen.

Die befragten Kinder und Jugendlichen verbringen mittlerweile an Schultagen bis zu einer Stunde und an Wochenenden bis zu 2 Stunden täglich vor dem Computer. Der Computer ist aber insbesondere bei Jungen eine beliebte Freizeitbeschäftigung. Während Jugendliche aus schlechte-

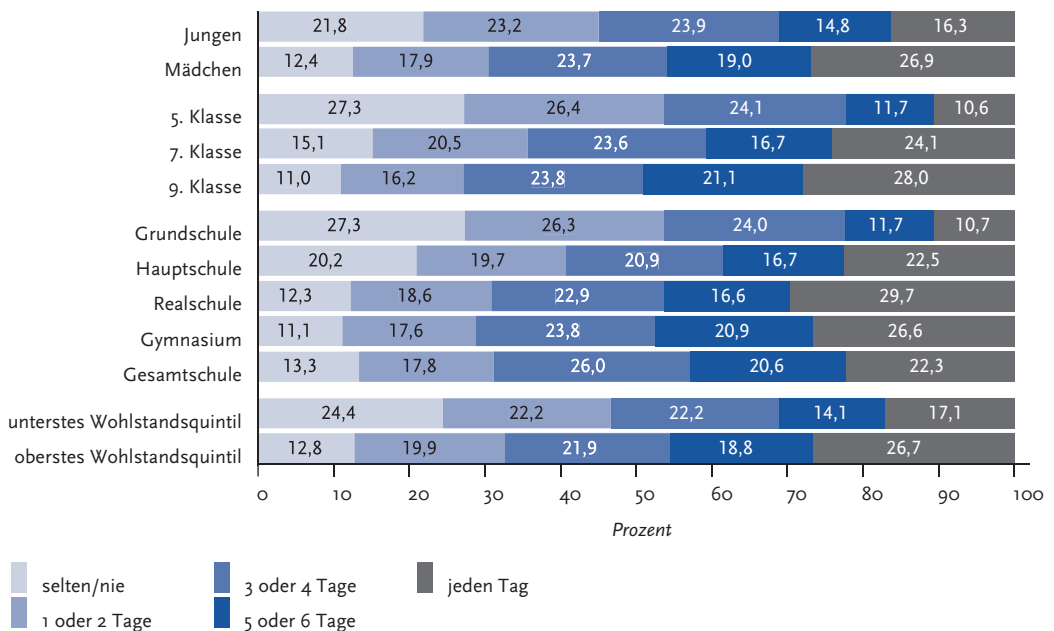
ren sozioökonomischen Verhältnissen statistisch mehr Fernsehen als Jugendliche aus dem oberen Wohlstandsniveau, scheint es bei der Benutzung des Computers deutliche Schichtunterschiede in die andere Richtung zu geben: mehr Jugendliche mit höherem Wohlstandsniveau benutzen den Computer häufiger. Dies ist sicherlich auch für viele Familien mit niedrigerem Wohlstandsniveau eine Kostenfrage.

Betrachtet man die durchschnittliche Beschäftigung mit den Hausaufgaben so lässt sich feststellen, dass die Schülerinnen und Schüler ca. eine halbe Stunde bis Stunde an Schultagen ihre Zeit mit den Hausaufgaben verbringen, während Schülerinnen und Schüler an Gymnasien meistens mehr Zeit benötigen.

In Bezug auf die Mediennutzung sind im heutigen Zeitalter Telefon, Handy und PC als wichtige Kommunikationsmittel der Jugend nicht mehr wegzudenken. Daher wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie häufig sie mit ihren Freunden und Freundinnen telefonieren oder SMS oder E-Mails schicken (siehe Abbildung 63).

Abb. 63:
Telefonieren, SMS und E-Mails

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Mädchen nutzen Telefone, SMS und E-Mails signifikant häufiger als Jungen, um mit ihren Freundinnen und Freunden zu kommunizieren. Mit dem Alter nimmt diese Art der Kommunikationsform stetig zu. Auch zwischen den unterschiedlichen Schultypen zeichnen sich deutliche Unterschiede ab. Hier sind es Schülerinnen und Schüler von Gymnasien und Realschulen, die sich mittels Telefon, SMS oder E-Mail am häufigsten mit ihren Freunden austauschen.

Telefon, aber vor allem SMS und E-Mails, sind ein hoher Kostenfaktor, dies zeigt sich auch in der Auswertung bei den Schülerinnen und Schülern aus der untersten Wohlstandsschicht. Sie nutzen diese Mittel deutlich weniger als die Befragten aus der obersten Wohlstandsschicht.

Kinder und Jugendliche sind in ihrer Freizeit gerne mit Gleichaltrigen zusammen. Wie viel Freizeit verbringen die Kinder und Jugendlichen 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. Ferner wurde erfasst wie viele Abende pro Woche sie gewöhnlich mit den Freunden und Freundinnen verbringen.

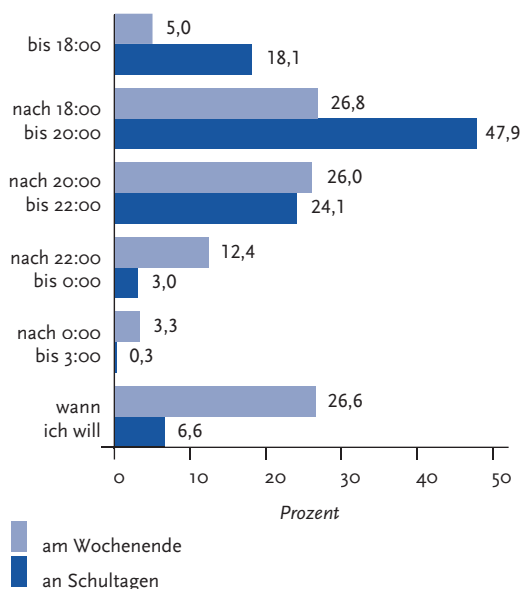
Nach der Schule verbringen die Schülerinnen und Schüler etwa drei Nachmittage pro Woche mit ihren Freundinnen und Freunden, zusätzlich dazu noch zwei Abende pro Woche. Die Häufigkeit der abendlichen Treffs nimmt mit dem Alter zu, was in vielen Fällen sicherlich mit der Erlaubnis der Eltern zusammenhängt. Auffallend ist, dass die Schülerinnen und Schüler von Hauptschulen mehr Nachmittage und Abende (vier bzw. drei) mit Gleichaltrigen verbringen als Schülerinnen und Schüler von anderen Schulformen.

An Schultagen muss mehr als die Hälfte der befragten Schülerinnen und Schüler bis spätestens 20:00 Uhr zu Hause sein. Am Wochenende hingegen darf weit mehr als die Hälfte der Jugendlichen nach 20:00 Uhr nach Hause kommen. Jede(r) Vierte darf nach Hause kommen, wann er oder sie will (siehe Abbildung 64). Sowohl Mädchen als auch jüngere Schülerinnen und Schüler müssen insgesamt zeitiger zu Hause sein als Jungen und ältere Schülerinnen und

Abb. 64:

Zu Hause sein müssen an Schultagen und Wochenenden

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Schüler. Differenziert nach Schultyp zeigt sich, dass Hauptschüler an Schultagen durchschnittlich länger wegbleiben dürfen als andere Schülerinnen und Schüler.

3.6.4 Sexualität

Im Jugendalter entdecken die Schülerinnen und Schüler ihre eigene Sexualität und zeigen Interesse an dem anderen Geschlecht. Ein weiterer Fragenkomplex in der WHO-Jugendgesundheitsstudie bezog sich auf das Thema Liebe und Sexualität. Diese Fragen wurden allerdings nur den Schülerinnen und Schülern der 9. Klassen vorgelegt. Es ging darum, zu erfahren, ob die Schülerinnen und Schüler schon einmal Geschlechtsverkehr hatten, und wenn ja, wie alt sie dabei waren und wie sie verhüten (Mehrfachnennungen waren möglich). Insgesamt 34,3% der Jugendlichen der 9. Klassen berichten, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Den ersten Geschlechtsverkehr haben die Schülerinnen und Schüler zwischen 13

und 14 Jahren (durchschnittliches Alter 13,9 Jahre). Hinsichtlich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr gibt es keine signifikanten Geschlechts- oder Schultypunterschiede, es liegt aber ein Unterschied zwischen den Extremgruppen des Wohlstandsniveaus vor. Jugendliche mit einem schlechteren sozioökonomischen Sozialstatus sind bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr älter als Jugendliche mit einem besseren sozioökonomischen Hintergrund.

Zu den bevorzugten Verhütungsmethoden zählen Kondome (81%) und die Anti-Baby-Pille (73,8%). Den Geschlechtsverkehr »rechtzeitig abbrechen« (Koitus Interruptus) wenden 15,8% der Befragten an. Darüber hinaus verhüten ein Viertel der befragten Schülerinnen und Schüler (24,6%) überhaupt nicht. Bei der Wahl der Verhütungsmethode liegen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen vor. Einzig der Vergleich zwischen Gymnasiasten und Hauptschülern brachte signifikante Unterschiede beim Geschlechtsverkehr ohne jegliche Kontrazeptiva. Fast ein Drittel (32,2%) der HauptschülerInnen gab in dem Fragebogen an, beim letzten Geschlechtsverkehr nicht verhütet zu haben. Diese Zahl erscheint erschreckend hoch, zumal die Mädchen im geschlechtsreifen Alter sind und eine Schwangerschaft nicht auszuschließen ist, und ist wesentlich höher im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern von Gymnasien, von denen nur 14,6% nicht verhütet haben. Ein weiterer Unterschied zeigt sich auch im Vergleich des Kondomgebrauchs zwischen Jungen und Mädchen. Mehr Jungen (84,4%) geben an, beim letzten Geschlechtsverkehr mit ihrer Partnerin ein Kondom benutzt zu haben als Mädchen (71,9%).

3.6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Gesundheits- und Freizeitverhalten

Das Gesundheits- und Freizeitverhalten in diesem Kapitel umfasste die Aspekte: Ernährungsverhalten, Körperliche Aktivität, Freizeit und Medienkonsum sowie Sexualität.

Im Bereich der Ernährung konnten für die Berliner Schülerinnen und Schüler positive Ergebnisse festgestellt werden. Anscheinend achtet die Mehrheit aller Befragten auf gesunde Ernäh-

rung. Gemüse und Obst zählen zu regelmäßigen Komponenten des wöchentlichen Speiseplans und werden durchschnittlich von den meisten Schülerinnen und Schülern mehr konsumiert als Süßigkeiten und süße Limonaden.

Ernährungsroutinen werden in der Kindheit und Jugend ausgebildet und bleiben häufig auch in späteren Lebensphasen bestehen. Umso alarmierender ist es, dass zunehmend mehr Jugendliche auf die Einnahme regelmäßiger Mahlzeiten verzichten. Was die Regelmäßigkeit der Mahlzeiten betrifft, sind es hier vornehmlich die Mädchen, die auf ihr Frühstück öfters verzichten. In den neunten Klassen nehmen beispielsweise ein Viertel der Mädchen und knapp ein Fünftel der Jungen kein Frühstück zu sich. Das Auslassen oder die unregelmäßige Einnahme von Mahlzeiten ist ein Risikofaktor für Übergewicht. Ein regelmäßiger Rhythmus in den Hauptmahlzeiten ist für Jugendliche daher unverzichtbar.

Die Pubertät geht häufig mit einem problematischen subjektiven Körperempfinden einher. So sind fast die Hälfte der Mädchen mit ihrem Gewicht unzufrieden und nehmen sich als zu dick wahr, obwohl dies objektiv oft nicht der Fall ist. So halten sich sogar untergewichtige Mädchen und Jungen trotz objektivem Untergewichts für zu dick.

Diäten zur Gewichtsregulation sind auch im Alter von 11–15 Jahren schon weit verbreitet. So berichten 8% der Jungen und 18% der Mädchen, dass sie zum Zeitpunkt der Befragung eine Diät einhalten. Hauptsächlich gilt dies für übergewichtige Jugendliche, allerdings gibt es auch einen nicht geringen Anteil an Jugendlichen, die trotz eines Untergewichts weiterhin Diäten durchführen. Es könnte vermutet werden, dass Untergewichtige, die weiterhin von Diäten berichten, möglicherweise bereits an einer beginnenden Essstörung leiden. Mädchen sind auch hier stärker gefährdet als Jungen.

Die positiven Auswirkungen körperlicher Aktivität auf die Gesundheit sind unbestritten. Die Ausbildung von Bewegungsmustern und -fähigkeiten in der Kindheit ist von hoher Bedeutung für den Erhalt und die Weiterentwicklung dieser Fähigkeiten im Erwachsenenalter. Die Mehrheit der Jugendlichen gibt an, an zwei oder mehr Tagen in der Woche körperlich aktiv zu sein. Allerdings verhalten sich nur 40% der Jungen und ein

Viertel der Mädchen entsprechend der Richtlinien von optimaler körperlicher Aktivität (an fünf oder mehr Tagen der Woche 60 Min. körperlich aktiv zu sein). Jungen sind durchschnittlich häufiger als Mädchen körperlich aktiv.

Die Nutzung von Medien durch Jugendliche hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Es ist jedoch umstritten, wie sich erhöhter Medienkonsum auf die Gesundheit von Jugendlichen auswirkt. Jugendliche verbringen an Schultagen durchschnittlich bis zu 2 bis 3 Stunden vor dem Fernseher/Videorecorder und 2 Stunden vor dem Computer. Jungen verbringen mehr Zeit als Mädchen vor dem Fernseher und vor dem Computer. Die soziale Lage der Jugendlichen hat einen starken Effekt auf das Freizeitverhalten. Es konnte festgestellt werden, dass Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus deutlich mehr Zeit vor dem Fernseher verbringen als Jugendliche mit einem höheren Status.

3.7 Risikoverhalten

Mit zunehmendem Alter entwickeln Jugendliche eine eigenständige Identität und lösen sich aus der Abhängigkeit von ihren Eltern. Neue Rollen, Verhaltensweisen und Einstellungen werden ausprobiert und getestet. Hierzu gehört auch das Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Alkohol und illegalen Drogen (Freitag & Hurrelmann, 1999). Die aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht kritischen Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und illegaler Drogenkonsum können von Jugendlichen auch aktiv eingesetzt werden und zur Bewältigung alltäglicher Lebensprobleme und -herausforderungen dienen, um spezifischen Anforderungen der Lebensphase zu begegnen. Was in den Gesundheitswissenschaften oft als unerwünschtes Risikoverhalten angesehen wird, kann aus der Perspektive der Jugendlichen als ein Bewältigungsverhalten erscheinen. Risikoverhalten ist danach nicht immer als negativ zu bewerten (Janin Jacquat et al., 2001). Substanzkonsum ist vor allem dann problematisch, wenn er sehr früh oder exzessiv einsetzt oder wenn er in Kombination mit anderen problematischen Verhaltensweisen auftritt und daraus eine

instrumentelle Gewohnheit wird, die zu einer frühen Einschränkung des Verhaltensrepertoires bei Problemen und Anforderungen führt.

3.7.1 Rauchen

Der regelmäßige Konsum von Tabak stellt eine der wichtigsten vermeidbaren Krankheitsursachen dar. Dem Tabakkonsum kommt daher aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht eine besonders große Bedeutung zu (vgl. Murray & Lopez, 2002).

Zur Einschätzung der Häufigkeit bezüglich des Rauchens, wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, ob sie schon einmal geraucht haben und wie oft sie zur Zeit rauchen. Insgesamt haben 53,8% der befragten Schülerinnen und Schüler angegeben, schon einmal geraucht zu haben. Diese Statistik variiert stark nach Altersgruppen: während in der fünften Klasse 23,6% schon einmal geraucht haben, sind es in der neunten Klasse bereits fast drei Viertel aller Schülerinnen und Schüler, die schon einmal geraucht haben. Die erste Zigarette haben die Schülerinnen und Schüler, die es jemals probiert haben, im Alter von durchschnittlich 11,6 Jahren geraucht.

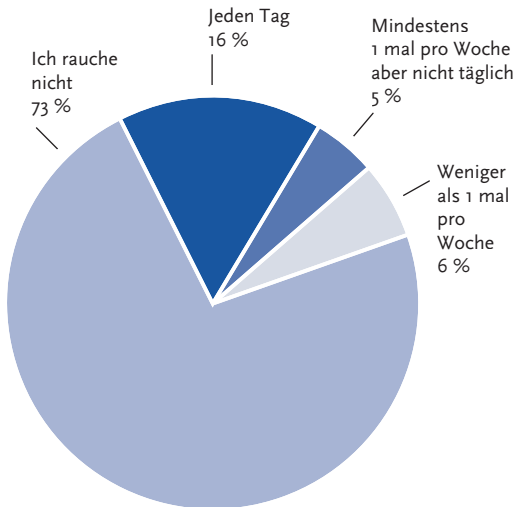
Zusätzlich wurde in der WHO-Jugendgesundheitsstudie auch der aktuelle Konsum von Tabak über die Frage »Wie oft rauchst du zur Zeit?« erfasst. Jugendliche, die angaben, mindestens einmal wöchentlich oder täglich zu rauchen, wurden dabei als »regelmäßige Raucher« eingestuft. Diejenigen, die seltener als einmal pro Woche rauchen, gelten als »Gelegenheitsraucher«.

Aus der Abbildung 65 lässt sich entnehmen, dass fast 3/4 aller Schülerinnen und Schüler angaben, nicht zu rauchen. 6% können als Gelegenheitsraucher eingestuft werden, die weniger als einmal pro Woche rauchen. Zu den regelmäßigen Rauchern zählen 5%, die nicht täglich aber mindestens einmal pro Woche rauchen sowie 16% der Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen.

Das bedeutet also: Gut ein Viertel der Berliner Schülerinnen und Schüler rauchen zur Zeit, davon sind 22% der Schülerinnen und Schüler Gelegenheitsraucher, während 78% sogar als regelmäßige Raucher einzustufen sind. 60% der Berliner Schülerinnen und Schüler, die rauchen, rauchen sogar täglich.

Abb. 65:
Rauchen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Zwischen Jungen und Mädchen gibt es hinsichtlich aktuellen Rauchkonsums praktisch keinen bedeutsamen Unterschied, tendenziell rauchen mittlerweile mehr Mädchen als Jungen. Der Anteil rauchender Schülerinnen und Schüler nimmt mit dem Alter deutlich zu. Besonders hoch ist der Anteil der Schülerinnen und Schülern an Hauptschulen, die angeben täglich zu Rauchen (siehe Abbildung 66).

3.7.2 Alkohol

Neben Rauchen wurde auch das Thema Alkohol in der WHO-Jugendgesundheitsstudie erfasst. Die ersten Erfahrungen mit Alkohol erfolgen im selben Alter wie die ersten Erfahrungen mit dem Rauchen, nämlich im Alter von durchschnittlich 11,6 Jahren. Der erste Alkoholrauschzustand wird durchschnittlich etwa 1 1/2 Jahre später im Alter von 13 Jahren erlebt. Insgesamt waren ein Drittel aller befragten Kinder und Jugendlichen schon einmal betrunken. Mit dem Alter nimmt die Rauscherfahrung deutlich zu: während in der 5. Klasse 10,3 % schon einmal betrunken waren, wa-

Abb. 66:

Rauchen bei verschiedenen soziodemografischen Gruppen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)

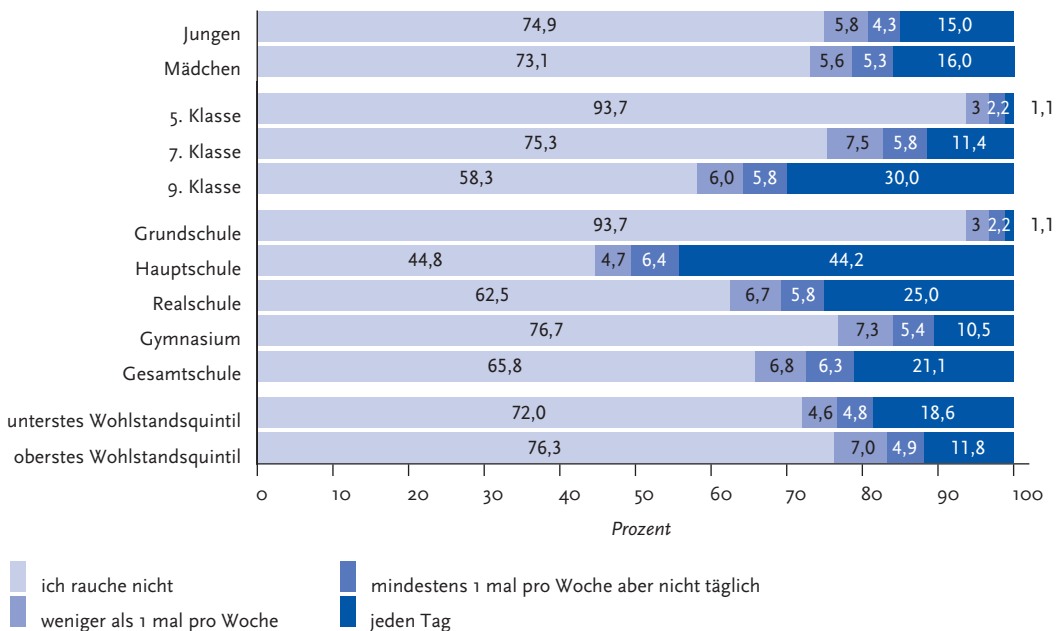
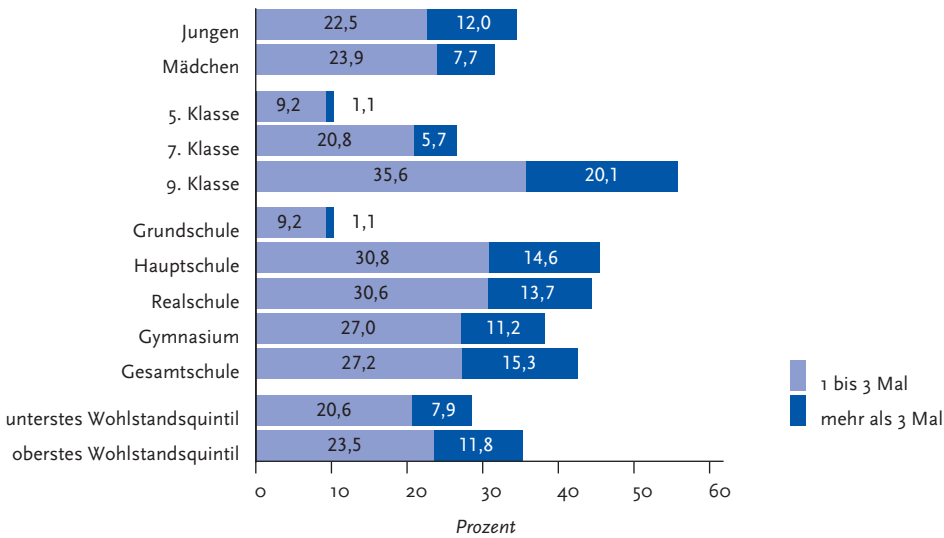


Abb. 67:
Betrunken gewesen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



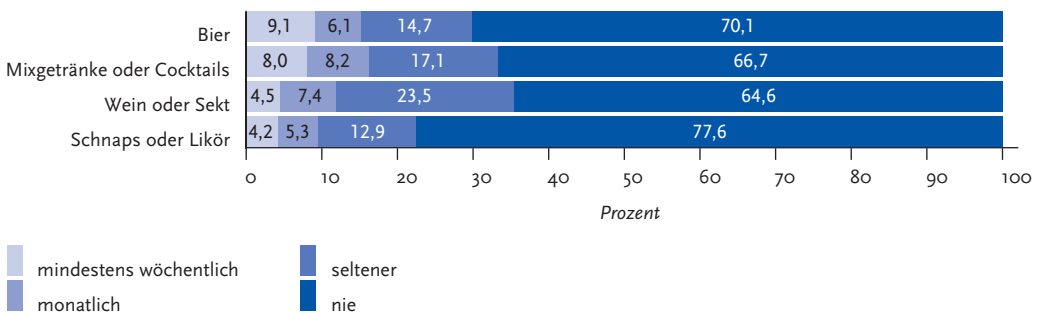
ren es in der siebten bzw. neunten Klasse bereits 26,5% bzw. 55,7%. Geschlechtsunterschiede zeigen sich vor allem bezüglich mehrmaliger Rauscherlebnisse. Hier sind es vor allem die Jungen, die häufiger mehrfach betrunken waren. Darüber hinaus sind es eher die Schülerinnen und Schüler aus dem obersten Wohlstandsniveau, die über häufigere Rauschzustände berichten als Schülerinnen und Schüler aus dem untersten Wohlstandsniveau (siehe Abbildung 67).

Es ist bekannt, dass Jugendliche, die rauchen, auch vermehrt Alkohol trinken. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den Berliner Daten wieder: Von denjenigen Kindern und Jugendlichen, die täglich rauchen, waren 61% bereits mehr als vier Mal betrunken.

Zu den am häufigsten konsumierten alkoholischen Getränken unter Kindern und Jugendlichen zählen vor allem Bier und Mixgetränke/Cocktails – die sogenannten Alcopops. Wein und

Abb. 68:
Konsumhäufigkeiten verschiedener Alkoholsorten

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



Sekt zählen zu den Getränken, die eher gelegentlich, vermutlich zu bestimmten Festivitäten, wie Geburtstagen, konsumiert werden (siehe Abbildung 68 auf Seite 65). In der neunten Klasse trinkt ein Viertel der befragten Schülerinnen und Schüler mindestens eine der angegebenen Alkoholsorten mindestens wöchentlich.

3.7.3 Drogen

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 gilt, dass Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland ist (Freitag & Hurrelmann, 1999).

In der WHO-Jugendgesundheitsstudie wurden ausschließlich Jugendliche der 9. Klassen zusätzlich nach ihren Erfahrungen mit illegalen Drogen befragt. Im Gegensatz zum Gebrauch legaler Drogen zeigt sich bei den illegalen Drogen, dass die Mehrzahl der befragten Jugendlichen bisher keine Erfahrungen mit diesen Substanzen gemacht hat. Auf die Frage, ob sie jemals in ihrem Leben Cannabis, Haschisch oder Marihuana genommen habe, gaben 37,1% an, bereits mindestens einmal in ihrem Leben probiert zu haben.

Ein Indikator, der die aktuelle Situation des Drogengebrauchs Jugendlicher relativ zutreffend und verlässlich wiedergibt, ist die 12-Monats-Prävalenz (siehe Abbildung 69). Etwa 31% der Jungen und Mädchen aus der 9. Klasse haben im Jahr vor der Befragung mindestens einmal Cannabis konsumiert, wobei Jungen (37%) signifikant häufiger Cannabis konsumiert hatten als Mädchen (26,3%). Jeder 10. der Jugendlichen gibt an, in den letzten 12 Monaten sogar 40 Mal oder häufiger Cannabis konsumiert zu haben.

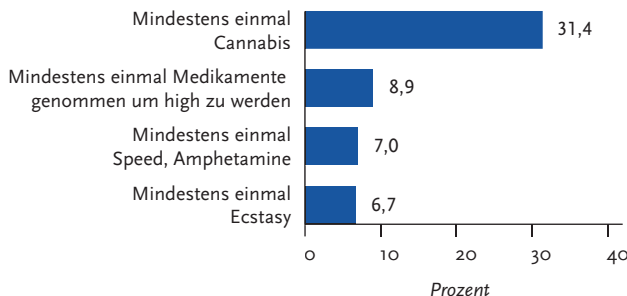
Der Missbrauch von Medikamenten folgt mit großem Abstand (7%) an zweiter Stelle. Aufputzmittel, zu denen die Amphetamine und »Speed« genannten Präparate zählen, haben eine 12-Monatsprävalenz des Konsums von 5%. Der gleiche Wert findet sich auch für den Konsum von Ecstasy (5%). Zusammenfassend wird deutlich, dass illegale Drogen mit Ausnahme von Cannabis unter den Jugendlichen eher wenig verbreitet sind. Ebenso findet sich in den Konsumraten kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern, mit Ausnahme von Cannabis. Konsumenten härterer Drogen finden sich jedoch seltener an Gymnasien.

Es wurde auch untersucht, inwieweit Substanzkonsum unter Jugendlichen mit dem sozioökonomischen Status der Schülerinnen und Schüler zusammenhängt. Der sozioökonomische Status der Jugendlichen hat allerdings nur einen geringen Einfluss auf den Substanzkonsum. Es ist also nicht davon auszugehen, dass sozial benachteiligte Jugendliche häufiger Drogen konsu-

Abb. 69:

Drogenkonsum von Jugendlichen (nur 9. Klasse) Jahresprävalenzen

Quelle: WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002, HBSC-Daten für Berlin (N = 9.704)



mieren als Jugendliche aus mittleren und oberen Statusgruppen.

3.7.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Risikoverhalten

In den vorangegangenen Abschnitten wurde das auf Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten bezogene Konsumverhalten der Berliner Schülerinnen und Schüler dargestellt.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und Cannabis unter den 11- bis 15-Jährigen in Berlin weit verbreitet sind. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Jugendlichen haben bereits Erfahrungen mit Tabak und Alkohol gemacht, über ein Drittel der Neutklässler sind schon einmal mit Cannabis in Kontakt gekommen. Diese Erfahrungen beschränken sich jedoch häufig auf einen Experimentier- oder Probierkonsum. Die Mehrheit der Jugendlichen raucht nicht und war noch nie betrunken. Dennoch gibt es bereits vor Erreichen des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestalters für Tabak- und Alkoholkonsum eine Teilgruppe von Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinkt (13%)

und/oder Tabak raucht (20,4%). Hinzu kommen etwa 10% der Jugendlichen, die als Freizeit- und Dauerkonsumenten von Cannabis gelten. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Jugendlichen einem höheren Risiko gesundheitlicher Probleme unterliegen als Gleichaltrige, die sich nur selten oder nie gesundheitsriskant verhalten.

Auffallend ist, dass die Konsumhäufigkeit von Alkohol und Cannabis stark geschlechtsspezifisch geprägt ist: Jungen trinken häufiger regelmäßig Alkohol, berichten häufiger von Alkoholrauscherfahrungen und erleben ihren ersten Alkoholrausch früher als Mädchen. Die Ergebnisse weisen auch darauf hin, dass Jugendliche aus wohlhabenden Familien mehr Alkohol konsumieren als Jugendliche unterer Wohlstandsschichten. Zudem berichten mehr Jungen als Mädchen von Erfahrungen mit Cannabis. Beim Tabakkonsum hingegen ergibt sich eine andere Tendenz. Im Gegensatz zu früheren Jahren rauchen heute mehr Mädchen als Jungen Zigaretten.

Der Konsum von legalen und illegalen Drogen ist altersabhängig. Je älter die Jugendlichen sind, desto häufiger berichten sie von Drogenkonsum. Dieses Ergebnis spricht dafür, früh mit präventiven Maßnahmen zu beginnen.

4 Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen

Die drei Bereiche der subjektiven körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit wurden zwar getrennt voneinander betrachtet, stehen jedoch auch in komplexen, wechselseitigen Beziehungen zueinander. Zusammenhänge zwischen der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit ließen sich eindeutig bestätigen.

Die Studie konnte hoch signifikante Zusammenhänge zwischen den Variablen zur körperlichen Gesundheit zeigen: Je seltener Jugendliche an einer chronischen Erkrankung leiden und von Verletzungen betroffen sind, desto besser schätzen sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein. Auch die Zahngesundheit ist positiv mit der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes assoziiert. Des Weiteren erzielten Jugendliche, die an einer chronischen Erkrankung leiden, erwartungsgemäß deutlich niedrigere Werte bezüglich ihres körperlichen Wohlbefindens im Vergleich zu gesunden Jugendlichen.

Auch die einzelnen Bereiche der psychischen Gesundheit stehen miteinander in Zusammenhang. Die Studie konnte hoch signifikante Zusammenhänge zwischen der psychischen Gesundheit und der Lebenszufriedenheit zeigen. Je höher das psychische Wohlbefinden, desto größer ist auch die Lebenszufriedenheit bei den befragten Schülerinnen und Schülern. Eine geringe Selbstwirksamkeit geht einher mit verringertem psychischen Wohlbefinden und einer geringeren Lebenszufriedenheit. Psychosomatische Beeinträchtigungen sind stark mit schlechtem psychischen Wohlbefinden und verringerter Lebenszufriedenheit assoziiert. Jugendliche, die psychische Auffälligkeiten aufweisen, berichten auch über stärkere psychosomatische Gesundheitsbeschwerden, ein geringeres psychisches Wohlbefinden und eine verringerte Lebenszufrie-

denheit. Diese Ergebnisse zeigen, wie stark die einzelnen Aspekte psychischer Gesundheit miteinander in Beziehung stehen. Interessanterweise scheinen mit psychischer Auffälligkeit eher psychische und soziale Aspekte der subjektiven Gesundheit assoziiert zu sein, körperliche Aspekte spielen kaum eine Rolle, offenbar nicht einmal die individuelle Wahrnehmung körperlicher Gesundheit. Psychische Auffälligkeit im Jugendalter ist damit von körperlicher Gesundheit weitgehend unabhängig.

Die infolge psychosozialer Belastungen auftretenden stärkeren psychosomatischen bzw. subjektiven Gesundheitsbeschwerden insbesondere bei Mädchen und älteren Jugendlichen beeinträchtigen auch die mentale Gesundheit, was sich in den Ergebnissen niederschlägt. Die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren Sozialschicht geht mit wahrgenommener Benachteiligung und einem geringeren Selbstwert einher. Jugendliche aus höheren Schichten des Wohlstandsindex haben tendenziell ein besseres psychisches Wohlbefinden als Jugendliche aus niedrigeren Schichten.

Die Bereiche Schule, Familie und Freunde haben im Leben der Jugendlichen gleichermaßen Einfluss auf ihr Wohlbefinden. Meist zeigt sich, dass Wohlbefinden in einem Bereich sich in den anderen Bereichen widerspiegelt. In der Studie konnten hoch signifikante Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen zur sozialen Gesundheit gefunden werden. Ein geringes Wohlbefinden in der Familie geht beispielsweise mit verringertem schulischen und »peerbezogenen« Wohlbefinden einher. Schulische Überforderung wirkt sich negativ auf das schulische Wohlbefinden aus. Jugendliche, die Probleme mit ihren Eltern haben, berichten erwartungsgemäß über geringeres Wohlbefinden in der Familie.

5 Fazit zum Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Berlin

Gesundheit als Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Perspektive der Jugendlichen wurde in Deutschland und Berlin bisher wenig untersucht. Bislang fehlen umfassende bundesweite epidemiologische Datenquellen zum Gesundheitszustand, -wissen, -einstellungen und -verhalten von Kindern und Jugendlichen. Die hier vorgestellten Ergebnisse sollen einen Beitrag leisten, für Berlin »Licht ins Dunkel« zu bringen und Informationen zu der Lebenssituation der Schülerinnen und Schüler zu liefern.

Die Erfassung der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens in der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin bietet einerseits die Möglichkeit, Auswirkungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf das Wohlbefinden und die persönliche Entwicklung besser abschätzen zu können, und andererseits die Auswirkungen auf die Familie und das soziale Umfeld der Jugendlichen genauer vorherzusehen. 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 das subjektive Wohlbefinden der Jugendlichen ist schließlich auch ein Ansatzpunkt für die Entwicklung von genau abgestimmten präventiven und gesundheitsförderlichen Strategien.

Der vorliegende Ergebnisband präsentiert erstmalig für das Bundesland Berlin systematische und repräsentative Ergebnisse zur selbstberichteten Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von 9.704 Schülerinnen und Schülern der 5., 7. und 9. Klassen. An dieser Stelle soll ein zusammenfassendes Fazit gezogen werden, um einen Gesamtüberblick über die Gesundheit der Jugendlichen in Berlin und einen Ausblick auf mögliche Präventionsansätze zu geben.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten nie losgelöst von wichtigen intermittierenden Faktoren wie Alter, Geschlecht, so-

zioökonomischer Status, Bildungsniveau und der subjektiven Wahrnehmung betrachtet werden dürfen. Häufig sind es Mädchen und ältere Schülerinnen und Schüler (z. B. bei der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes), die die Variablen zur körperlichen Gesundheit negativer beurteilen. Ein ebenso bedeutsamer Effekt zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen mit einem schlechteren sozioökonomischen Hintergrund. Sie erleben ihre Situation subjektiv häufig als schlechter, als Kinder und Jugendliche mit einem besseren sozioökonomischen Hintergrund, obwohl diese teilweise häufiger von tatsächlich gesundheitsmindernden Faktoren, wie z. B. Allergien oder Verletzungen betroffen sind.

Der allgemeine Gesundheitszustand und das körperliche Wohlbefinden der Berliner Schülerinnen und Schüler kann als durchaus zufriedenstellend beschrieben werden. Chronische Erkrankungen oder einschränkende Behinderungen sind verhältnismäßig wenig verbreitet und haben im Vergleich zu früheren Erhebungen nicht zugenommen. Zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zählen die Allergien. Hier findet man keinen Rückgang der Prävalenzen. Zu den häufigsten spezifischen Allergien zählen nach wie vor Heuschnupfen, Stauballergie und Allergie gegen Tierhaare oder Federn.

Der Anteil an sehr stark übergewichtigen (2,4%) oder stark untergewichtigen Kindern (4,3%) hält sich in Grenzen. Da diese Häufigkeiten auf Selbstberichten beruhen und die objektiven Zahlen vermutlich höher liegen sind diese Risikogruppen nicht außer acht lassen: Essstörungen verursachen hohe Kosten, individuelle, medizinische und soziale. Häufig entwickeln die betroffenen Jugendlichen behandlungsbedürftige komorbide psychische Störungen wie Depressionen, Ängste, Zwänge und dissoziales Verhalten. Insbesondere adipöse Jugendliche werden von Gleichaltrigen häufig ausgegrenzt und haben Schwierigkeiten, Freunde zu finden. Sie erfahren eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität und verfügen über ein negatives Selbstkon-

zept. Die Gruppe der übergewichtigen und untergewichtigen Schülerinnen und Schüler sollte bei geeigneten Präventivmaßnahmen berücksichtigt werden, da u. U. erste Weichen für eine Adipositas oder Magersucht gestellt sind.

Weniger als die Hälfte der Jugendlichen haben sich im letzten Jahr nie so stark verletzt, dass sie von einem Mediziner behandelt werden mussten. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings auch, dass sich mehr als die Hälfte aller 9704 Schülerinnen und Schüler wenigstens einmal im letzten Jahr so stark verletzt haben, dass sie von einem Arzt behandelt werden mussten. Auf dem Sektor der Zahngesundheit gibt es erfreuliche Ergebnisse zu verbuchen: die überwältigende Mehrheit aller Befragten putzt mindestens einmal täglich die Zähne.

Bezüglich der psychischen Gesundheit zeigen ca. 80% der Berliner Schülerinnen und Schüler keinerlei psychische Auffälligkeiten in dem eingesetzten Screeningverfahren. Bei Vorliegen von psychischen Auffälligkeiten werden Hyperaktivitäts-/Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens am häufigsten klassifiziert. Es konnte gezeigt werden, dass psychische Auffälligkeiten des Jugendalters in hohem Maße geschlechtsabhängig sind. Mädchen sind tendenziell mehr von depressiven Störungen und Angststörungen betroffen, Jungen mehr von Störungen des Sozialverhaltens. Neben einem umfassenden therapeutischen Angebot bei bereits eingetretenen manifesten Störungen und Auffälligkeiten ist es im Sinne der öffentlichen Gesundheit, diese Kinder früh in ihrer Entwicklung zu identifizieren, um ihnen die entsprechenden Förderungsmöglichkeiten und Präventionsmaßnahmen zukommen zu lassen.

Das Konstrukt der sozialen Gesundheit erfasst einen weiteren Bereich der Gesundheit und bezieht sich auf das soziale Umfeld von Jugendlichen. Zum sozialen Umfeld zählen die Familie, die Schule und die Gruppe der Gleichaltrigen. Im Verlauf der Entwicklung des Jugendlichen kommt es dabei immer wieder zu einschneidenden Lebensereignissen, mit denen er oder sie konfrontiert wird. Anfangs sind es noch die Eltern, die maßgeblich das Denken, Fühlen und Handeln ihrer Kinder beeinflussen, nach Einsetzen der Pubertät sind es zunehmend die Gleichaltrigen, die Impulse in der Auseinandersetzung mit sich

selbst und anderen geben. In der WHO-Jugendgesundheitsstudie konnten wichtige Erkenntnisse zur sozialen Gesundheit der Jugendlichen in Berlin gewonnen werden. Beziehungen zu Gleichaltrigen und zu den eigenen Eltern werden in der Regel meist positiv von den Schülerinnen und Schülern eingeschätzt. Der Abnabelungsprozess von den Eltern und damit häufig erlebte Streitigkeiten wird zwar von vielen Jugendlichen berichtet, aber anscheinend von der Mehrheit eher als »normale« Entwicklungsaufgabe angesehen.

Was die schulische Situation betrifft, waren die Aussagen bei der Mehrzahl der Schülerinnen und Schüler nicht immer positiv, da sie Angst vor schlechten Noten haben, sie die Unterrichtsinhalte oft nur wenig interessieren und sie Mitbestimmung und Mitspracherecht in der Schule vermissen. Markante Ergebnisse sind eine höhere Zufriedenheit mit der Schule bei Hauptschülern und eine geringere Zufriedenheit mit der Schule gerade bei älteren Schülerinnen und Schülern. Viele Jugendliche machen sich große Sorgen über ihre berufliche Zukunft. Die Unterstützung durch Mitschüler und Mitschülerinnen wird von den meisten Befragten positiv bewertet, dennoch gibt es einen Teil von Jugendlichen, die sich von den Mitschülerinnen und -schülern ausgegrenzt fühlen und über mangelnden Anschluss klagen. Besorgniserregend erscheint die Tatsache, dass Mobbing oder gemobbt werden mittlerweile feste Bestandteile des Schulalltags geworden sind. Diesen Problemen 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, die die Jugendlichen befähigen, adäquate Problemlösestrategien und Kommunikationsstile im Umgang mit anderen zu erlernen.

Das Risikoverhalten der Berliner Schülerinnen und Schüler gilt als ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Studie, zumal damit ernsthafte gesundheitliche Schäden in Zusammenhang stehen. Die Ergebnisse zeigen, dass es für Jugendliche in ihrer subjektiven Wahrnehmung oft weder sinnvoll noch attraktiv erscheint, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Riskante Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholkonsum können

für Jugendliche bestimmte Funktionen erfüllen wie die Bewältigung von Stress und die Zugehörigkeit zu bestimmten Gleichaltrigengruppen. Bei der Suche nach der eigenen Identität haben Jugendliche das Bedürfnis gegen die Autorität der Erwachsenen aufzubegehren und dabei jedoch gleichzeitig als »erwachsen« erlebte Verhaltensweisen zu imitieren. Die Erfüllung dieser Bedürfnisse hat für Jugendliche oft einen höheren Wert als die abstrakte Vorstellung von Gesundheit in der Zukunft. Der spezifische Lebenskontext von Jugendlichen und besonders die psychosoziale Funktion von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen haben bisher wenig systematische Beachtung gefunden. Dies ist aber eine notwendige Voraussetzung zur Erstellung von wirksamen präventiven Maßnahmen im Jugendalter.

Die Ergebnisse dieser Berliner Jugendgesundheitsstudie sprechen für eine umfassende Sicht von Gesundheit und für ebenso umfassende Folgerungen für die Gesundheitsförderung in Berlin. Alle Förderansätze sollten daher den sozialen, ökologischen, kulturellen und ökonomischen Lebenskontext miteinbeziehen 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 Jugendlichen beziehen.

Auf der Basis der Ergebnisse der WHO-Jugendgesundheitsstudie ergeben sich folgende Notwendigkeiten für die Praxis der 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 junge Jugendliche (11-Jährige) tendenziell mit ihrer Ge-

sundheit zufriedener sind als ältere (13- und 15-Jährige). Präventionsmaßnahmen sollten also schon zu einem frühen Zeitpunkt einsetzen, nach Möglichkeit bereits im Kindergarten und in der Grundschule, um verringerter subjektiver Gesundheit vorzubeugen. Eine Berücksichtigung von erlebten gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern früh 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 psychische 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 von 13 – 18 Jahren bereits Sekundärprävention beispielsweise Rauchentwöhnung anzubieten. In dieser Altersgruppe gilt es, zwei Zielgruppen zu unterscheiden: Diejenigen, die bereits psychoaktive Substanzen konsumieren und diejenigen, die bisher weitestgehend abstinent waren.

Gesundheitsschädigendes Verhalten beschränkt sich häufig nicht auf eine einzelne Verhaltensweise, sondern umfasst mehrere Risikoverhaltensweisen. Die Ergebnisse zu multiplem Risikoverhalten sprechen für die Notwendigkeit umfassender ganzheitlicher Präventionsprogramme, die sich nicht auf Einzelaspekte beschränken, sondern die unterschiedlichen Verhaltensweisen im Gesamtrepertoire gesundheitsbezogenen Verhaltens in den Mittelpunkt stellen. Dies ist sinnvoll, denn alle 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 Jugendliche sich aufhalten. Die Bereiche Schule, Familie und Freizeit haben gleichermaßen Einfluss auf das Wohlbefinden 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.

Sozial benachteiligte Jugendliche berichten in vielen untersuchten Bereichen von einem schlechteren Gesundheitszustand als Jugendliche aus mittleren und oberen Sozialstatusgruppen. 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 zielgruppenspezifischer Maßnahmen steht die Stärkung der Bewältigungsressourcen von sozial benachteiligten Jugendlichen. Sozial benachteiligte Jugendliche erleben ihren körperlichen Gesundheitszustand schlechter als Jugendliche aus wohlhabenden Familien, obwohl diese Jugendlichen häufiger von Allergien und Verletzungen betroffen sind. Zudem berichten sie über ein höheres Maß an psychosomatischen Beschwerden als Jugendliche aus wohlhabenden Familien. Sie sind häufiger von Übergewicht betroffen und berichten über einen höheren Fernsehkonsum. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sozial benachteiligte Jugendliche mit speziellen zielgruppenspezifischen Maßnahmen angesprochen werden sollten.

Der Schule kommt eine wichtige Rolle bei der Umsetzung von Gesundheitsförderprogrammen zu. Der Inhalt dieser gezielten Programme sollte sich nicht nur auf die Vermittlung von Wissen beschränken, sondern auch personale und soziale Kompetenzen ausbilden. Schulische Programme sollten folgende Inhalte umfassen (Maggs et al., 1997): die Förderung eines gesunden Lebensstils, die Förderung zur Ausbildung von körperlichen, sozialen und psychologischen

Potentialen, die Stärkung von sozialen Kompetenzen, Problemlösefähigkeiten, Copingstrategien und Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung 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 und Essstörungen. Sie könnten in die Curricula der Schulen integriert und fächerübergreifend umgesetzt werden. Gezielte Programme zur Stärkung des Selbstkonzeptes und von sozialen und personalen Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler sowie Ernährungs- und Sportprojekte sind in diesem Zusammenhang als Beispiele zu nennen.

Mit der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin wurde ein erster deskriptiver Beitrag zum Thema körperliche, psychische und soziale Gesundheit sowie Gesundheitsverhalten bei Jugendlichen angestrebt. Mit der Messbarkeit dieser Bereiche erhöht sich die Möglichkeit, das Thema in der Gesundheitsberichterstattung und in der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Die Bedeutung einer solchen Studie für Public Health ergibt sich über die Identifikation von Risikofaktoren und -gruppen sowie der Möglichkeit der Darstellung von epidemiologischen Trends, wenn Vergleiche mit früher durchgeführten Studien vorgenommen werden können. Im Sinne eines Kohortenvergleichs könnten, bei wiederholter Durchführung solcher Studien in Berlin, aufeinander folgende Generationen von Schülerinnen und Schülern verglichen werden. Eine routinemäßige Erhebung solcher Daten zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit und anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen könnte in diesem Sinne zur Früherkennung subjektiver Morbidität im Jugendalter und zu einer Optimierung der Gesundheitsversorgung beitragen.

6 Literatur

- Abel, T. (1999). *Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung*. In C. Maeder, C. Burton-Jeangros & M. Haour-Knipe (Hrsg.), *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft: Beiträge zur Soziologie der Gesundheit* (43–61). Zürich, Seismo.
- 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.
- Asendorpf, J. & van Aken, M. A. (1993). Deutsche Versionen der Selbstkonzeptskalen von Harter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 25, 64–86.
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2002). *Wie gesund sind die Seelen unserer Kinder? Zur Epidemiologie von Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten bei 4–18jährigen in Deutschland*. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter – Wege zur Heilung*. Abstractband des XXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berlin, 3.–6. April.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M. & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629–638.
- Biddle, S., Sallis, J., & Cavill, N. (1998). *Policy framework for young people and health-enhancing physical activity*. In Biddle, S., Sallis, J., & Cavill, N. (Eds.) *Young and Active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications*. London, Health Education Authority.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.) (1998). *Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 3, Köln.
- Cantrill, H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. & Smith, R. (Eds.) (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2001/2002 Survey*. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh.
- Döpfner, M., Plücker, J., Berner, W., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 218–233.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen*. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1. Göttingen, Hogrefe.
- Eriksen, H. R., Svendsrod, R., Ursin, G. & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European Countries in 1993. *European Journal of Public Health*, 8(4), 294–298.
- Freitag, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1999). *Illegale Alltagsdrogen*. Weinheim, Juventa Verlag.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Haughland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaro, L. E. & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11(3), 4–10.
- Honkala 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.
- Hüttner, H., Dortschy, R., Heß, H., Kahl, H., Tietze, K. & Röseler, G. (1997). Körperliche Aktivität unter Berliner Schulkindern – Ergebnisse der Berliner Studie »Gesundheit im Kindesalter« (GiK II) 1994/95. *Bundesgesundheitsblatt*, 8, 270–277.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159–169.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H.R. & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(1), 20–29.
- Janin Jacquat, B., François, Y. & Schmid, H. (2001). *Konsum psychoaktiver Substanzen*. In: H. Schmid, E. N. Kuntsche & M. Delgrande (Hrsg.). *Anpassen, abweichen, auflehnen – Fakten und Hintergründe zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern* (S. 347–394). Bern, Haupt.
- Kolip, P., Hurrelmann, K. & Schnabel, P. E. (1995). *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche*. Weinheim, Juventa-Verlag.

- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V., von Hippel, A., Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J. M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner K., Ziegler, A. & Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 807–818.
- Landgraf, J. M., Abetz, L., and Ware, J. E. (1997). *Child Health Questionnaire (CHQ): A user's manual*. Boston, MA, New England Medical Center.
- Maggs, J. L., Frome P. M., Eccles J. S., & Barber B. L. (1997). Psychosocial resources, adolescent risk behaviour and young adult adjustment: is risk taking more dangerous for some than others?. *Journal of Adolescence*, 20, 103–119.
- Murray, C. & Lopez, A.D. (2002). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and morbidity from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. New York, Harvard University Press and WHO.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (2002). *Entwicklungspsychologie*. Beltz, PVU, Weinheim.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986). *Health promotion*, 1 (4), iii-v.
- Payk, T. (1998). *Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Petermann, F. & Bergmann, K.-Ch. (Hrsg.) (1994). *Lebensqualität und Asthma*. München, Quintessenz.
- Pietilä, A. M., Hentinen, M. & Myhrman, A. (1995): The health behaviour of Northern Finnish men in adolescence and adulthood. *International Journal of Nursing Study*, 3, 325–338.
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt*, 45, 873–878.
- Prochaska, J. J., Sallis, J. F. & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 554–559
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*. Göttingen, Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998). Assessing Health related Quality of Life in Chronically Ill Children with the German KINDL: First Psychometric and Content Analytical Results. *Quality of Life Research*, 7.
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000). *KINDL^R – Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – revidierte Form*. Unveröffentlichtes Manual.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica* 40(2), 105–123.
- Hermann, S., Imme, U., & Meinschmidt, G. (1997). Sozialstrukturatlas 1997 – Eine disaggregierte statistische Sozialraumanalyse.
- 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.
- WHO Regional Office for Europe (1993): *Health for All targets. The health policy for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

7 Danksagung

Von Mitte Februar bis Ende Juni 2002 haben sich 9704 Schülerinnen und Schüler aus 585 fünften, siebten und neunten Klassen an 136 Berliner Grundschulen und weiterführenden Schulen die Zeit genommen, insgesamt über 80 Fragen des Fragebogens der WHO-Jugendgesundheitsstudie für Berlin zu beantworten. Unser Dank gilt daher zuallererst allen Schülerinnen und Schülern in Berlin, 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 Jugendlichen wäre diese Studie nicht gelungen.

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.

Die Befragung der Schülerinnen und Schülern fand vor Ort in den Schulen statt. Teilweise war hierfür ein größerer logistischer Aufwand nötig: es mussten Termine vereinbart, größere Klassenräume und Overhead-Projektoren organisiert, sowie Fragebögen sicher gelagert werden. Erst die tatkräftige Mithilfe und das große Interesse der Lehrerinnen und Lehrer sowie die Unterstützung durch die Schulleiterinnen und Schulleiter ermöglichte einen reibungslosen Ablauf, für den wir uns bei den beteiligten Schulen besonders bedanken.

Natürlich wäre es unmöglich gewesen, diese Befragung in all den vielen Schulklassen ohne hochmotivierte InterviewerInnen und MitarbeiterInnen der epidemiologischen Forschungsgruppe »Subjektive Kinder- und Jugendgesundheit« des Robert Koch-Institutes durchzuführen. Für die unermüdliche Einsatzbereitschaft danken wir: Anja Berger, Nadine Buder, Claudia Berndt, Stephanie Dettweiler, Anja Engel, Barbara Gross, Claas Güthoff, Heike Hölzel, André Krügel, Simone Kuprath, Anne Mrosko, Michael Mutz, Sönke Myrda, Jennifer Nickel, Timo Nieder, Nataly Redlin, Sandra Reichert, Lennart Schalk, Petra Schemmel, Francisca Schmidt, Sandra Wiegandt, Doris Wildt, Conny Wrzus und Gabriele Zuelsdorf.

Ohne den zupackenden Einsatz des Fahrdienstes des Robert Koch-Institutes hätten wir die Mengen der Fragebögen kaum transportieren können, dem Team um Herrn Golisch an dieser Stelle nochmals herzlichen Dank!

Zu bedanken haben wir uns auch besonders bei Herrn Dipl.-Psych. Michael Erhart und Frau Dr. Angela Gosch für ihre fachliche Unterstützung bei der Datenanalyse und Ergebnisbeschreibung.

Abschließend gilt unser Dank den Senatsverwaltungen für Bildung, Jugend und Sport sowie für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Berlin für die freundliche Unterstützung unseres Vorhabens.



© Robert Koch-Institut

ISBN 3-89606-076-7