

3.2 Gesundheitszustand

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

3.2.1 Körperliche Gesundheit

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

Übergewicht

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

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

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

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

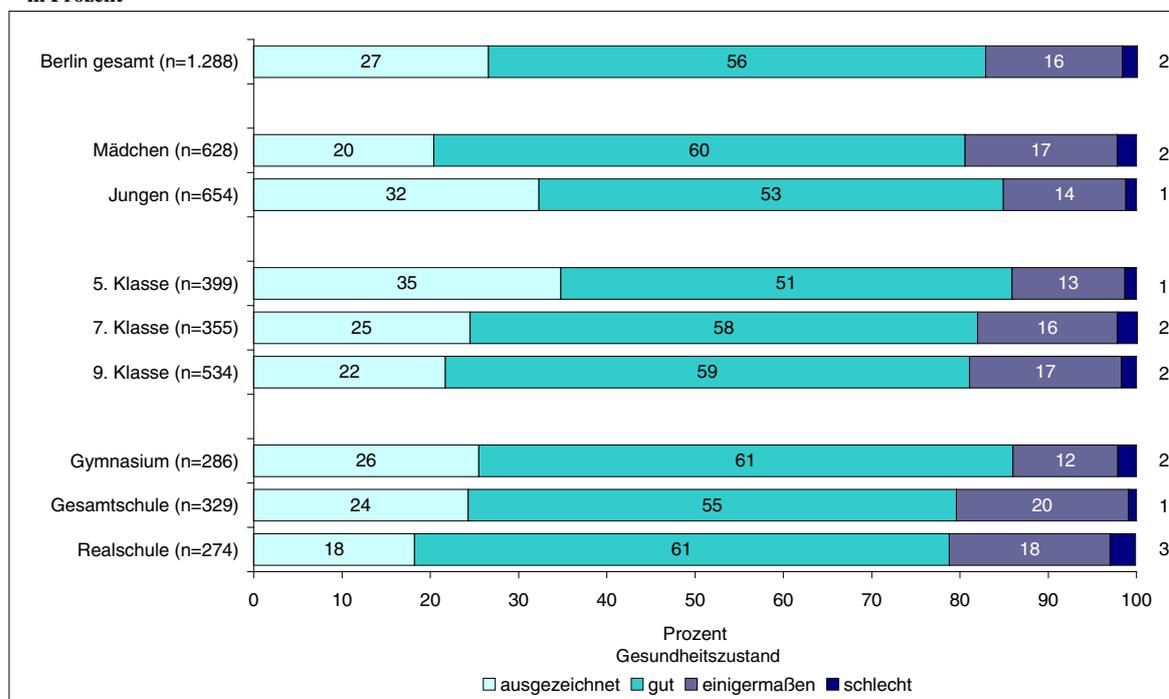
²¹ Body Mass Index: BMI = Körpergewicht [kg] / Körpergröße [m]²

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

Subjektiver Gesundheitszustand

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

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



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

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

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

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

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

Tabelle 3.9:

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

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

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

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

Schmerzen, psychosomatische Beschwerden und Einnahme von Medikamenten

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

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

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

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

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

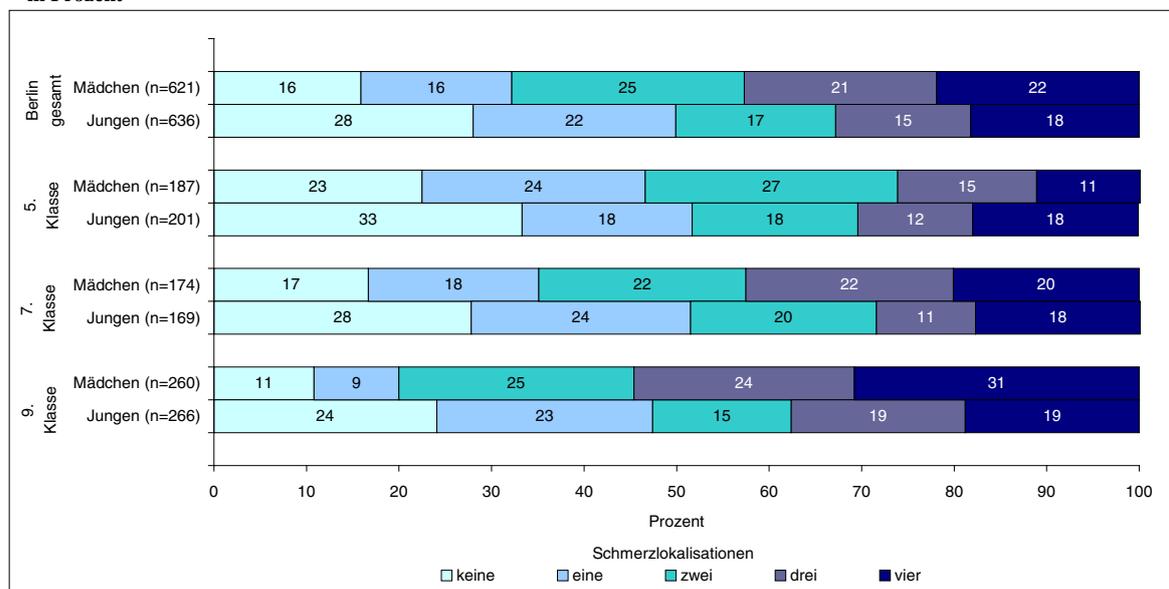
	<i>Kopfschmerzen</i>		<i>Bauchschmerzen</i>		<i>Rückenschmerzen</i>		<i>Nacken-/Schulterschm.</i>	
	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>	<i>Mädchen</i>	<i>Jungen</i>
	<i>(n=628)</i>	<i>(n=644)</i>	<i>(n=628)</i>	<i>(n=643)</i>	<i>(n=626)</i>	<i>(n=640)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

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

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

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

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



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

²⁷ Chi² = 43,8, df = 4, p < 0,001

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

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

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

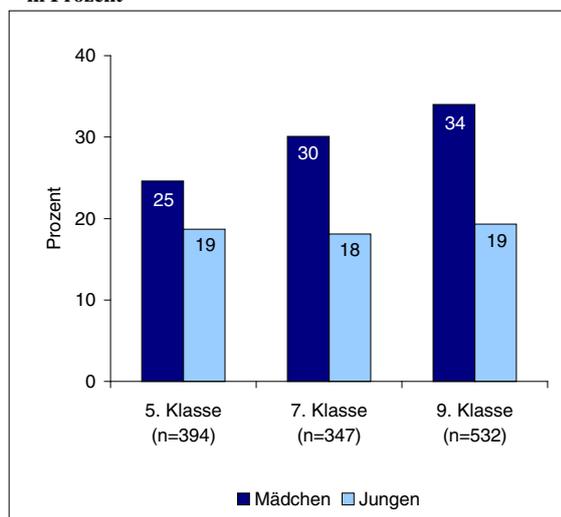
Am häufigsten werden Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen, nämlich von einem Drittel der Mädchen und einem Viertel der Jungen. Der hochsignifikante Geschlechtsunterschied²⁹ spiegelt den ebenfalls deutlichen Unterschied in der Kopfschmerzprävalenz wider. Insgesamt nimmt damit fast die Hälfte (45,9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

²⁸ Fisher's exakter Test: $p < 0,001$

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ Mehrfachnennungen möglich

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

Chronische Erkrankungen

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

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

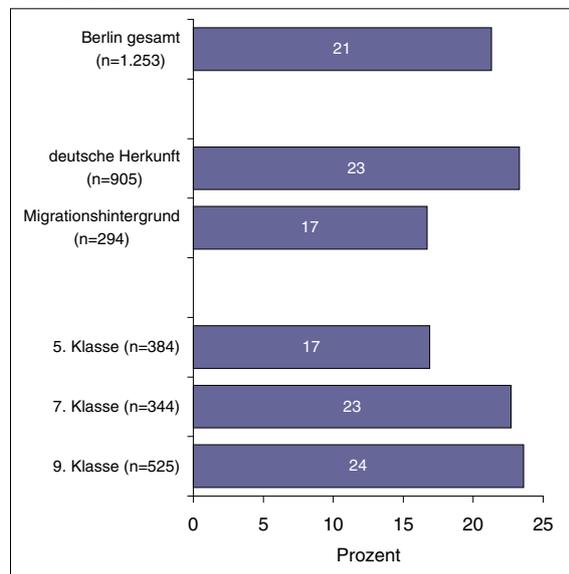
³² $\chi^2 = 22,5$, $df = 6$, $p < 0,01$

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

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

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

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



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

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

Verletzungen

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

³⁴ Fisher's exakter Test: $p < 0,05$

³⁵ $\text{Chi}^2 = 6,5$, $\text{df} = 2$, $p < 0,05$

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

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

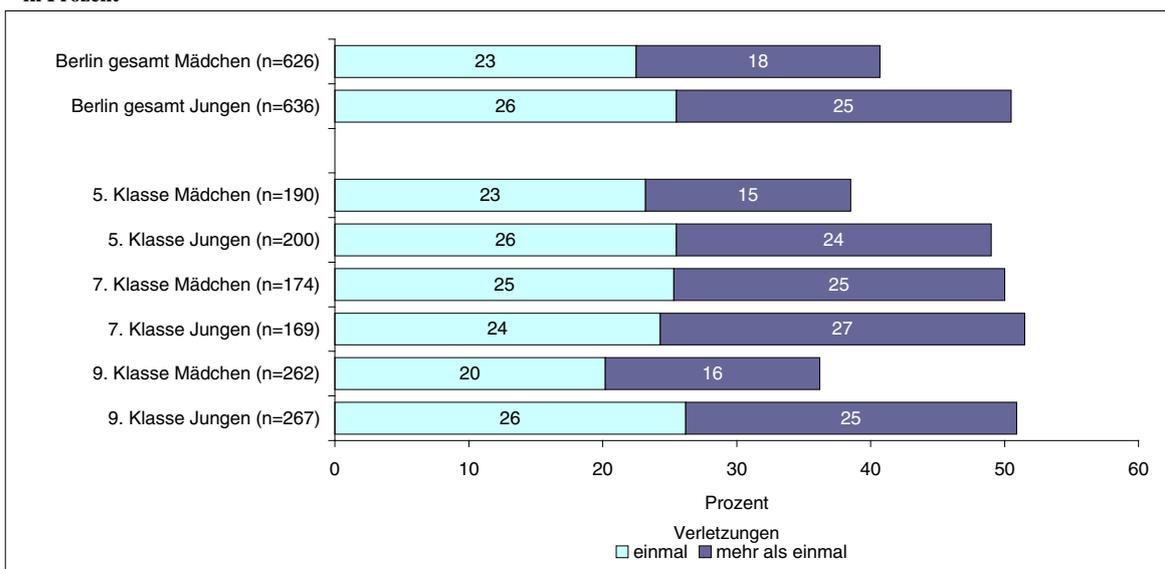
(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

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

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

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

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



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

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

Zusammenfassung

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

³⁶ Chi² = 18,3, df = 4, p < 0,01

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

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

3.2.2 Psychische Gesundheit

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

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

Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Symptomfragen)

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle 3.15:

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

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

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

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

³⁷ <http://www.sdqinfo.com/bb1.html>

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

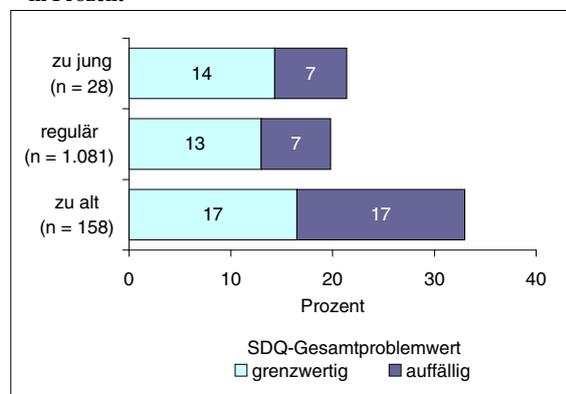
Die überwiegende Mehrheit der Schüler/innen (84,9 %) besucht die ihrem Alter gemäße Klassenstufe. Nur eine kleine Minderheit (2,3 %) ist zu jung für die besuchte Klassenstufe, wurde also vorzeitig eingeschult oder hat eine Klassenstufe übersprungen. Jede/r achte Schüler/in (12,8 %) ist zu alt für die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

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

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

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

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



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

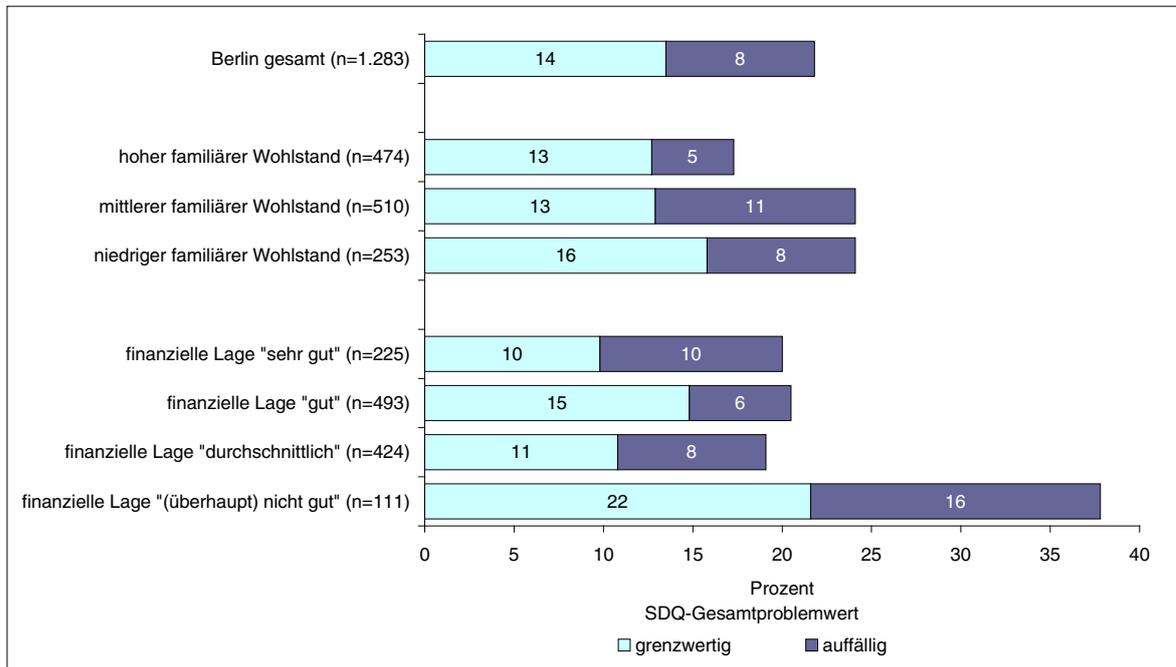
³⁸ $\chi^2 = 20,0$, $df = 4$, $p < 0,001$

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

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

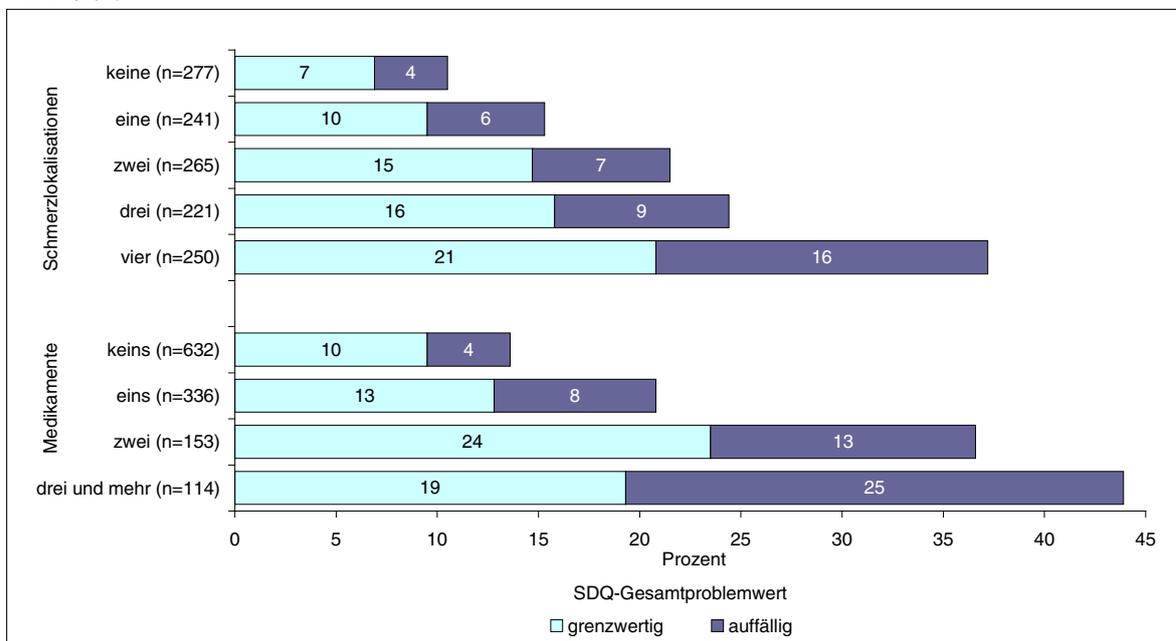
⁴¹ $\chi^2 = 28,4$, $df = 6$, $p < 0,001$

Abbildung 3.11:
Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach familiärem Wohlstand und finanzieller Lage der Familie - in Prozent



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

Abbildung 3.12:
Psychische Auffälligkeiten in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Schmerzen und Medikamenteneinnahme - in Prozent



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

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

⁴² Chi² = 66,8, df = 8, p < 0,001

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

Beeinträchtigung (SDQ-Impact-Fragen)

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

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

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

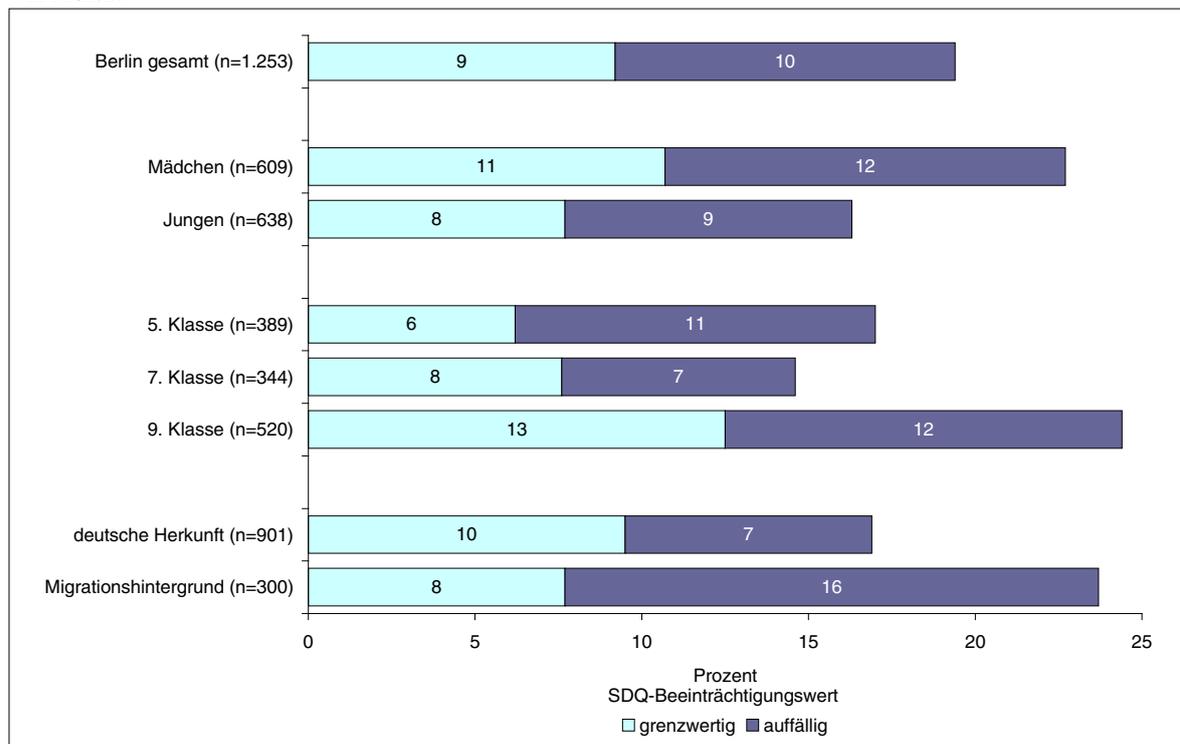
(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

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

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

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

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



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

Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und Beeinträchtigung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zusammenfassung

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

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

3.2.3 Soziale Gesundheit

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

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

Elterliche und soziale Unterstützung

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

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

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

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

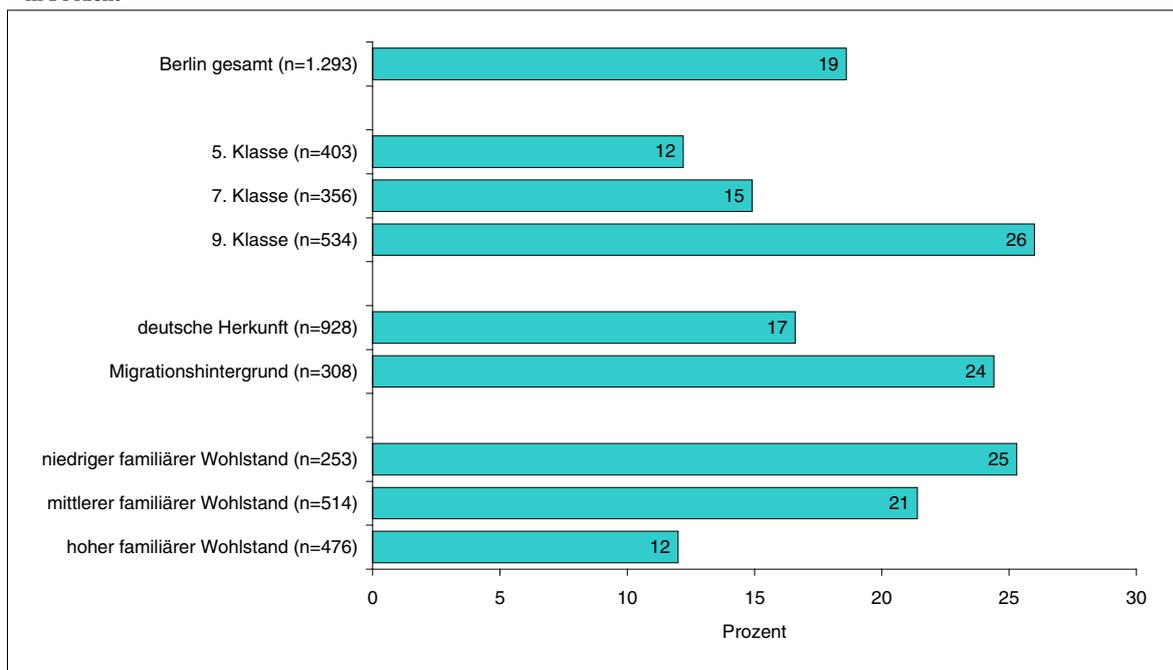
(Datenquelle: HBSC 2006 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

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

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

Abbildung 3.14:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴⁸ Fisher's exakter Test, $p < 0,01$

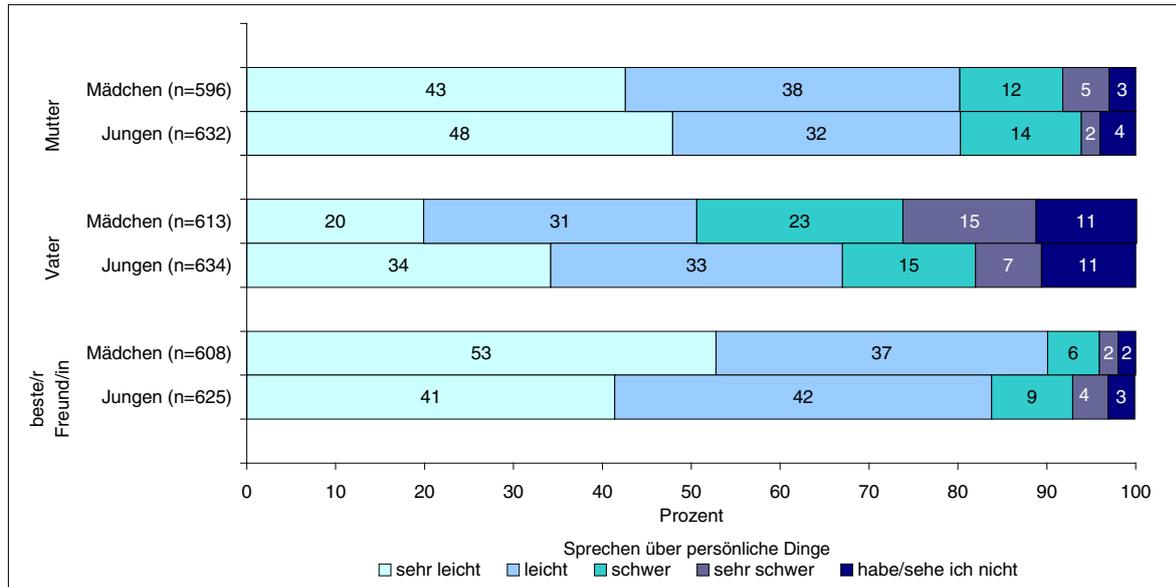
⁴⁹ $\chi^2 = 24,0$, $df = 2$, $p < 0,001$

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

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

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

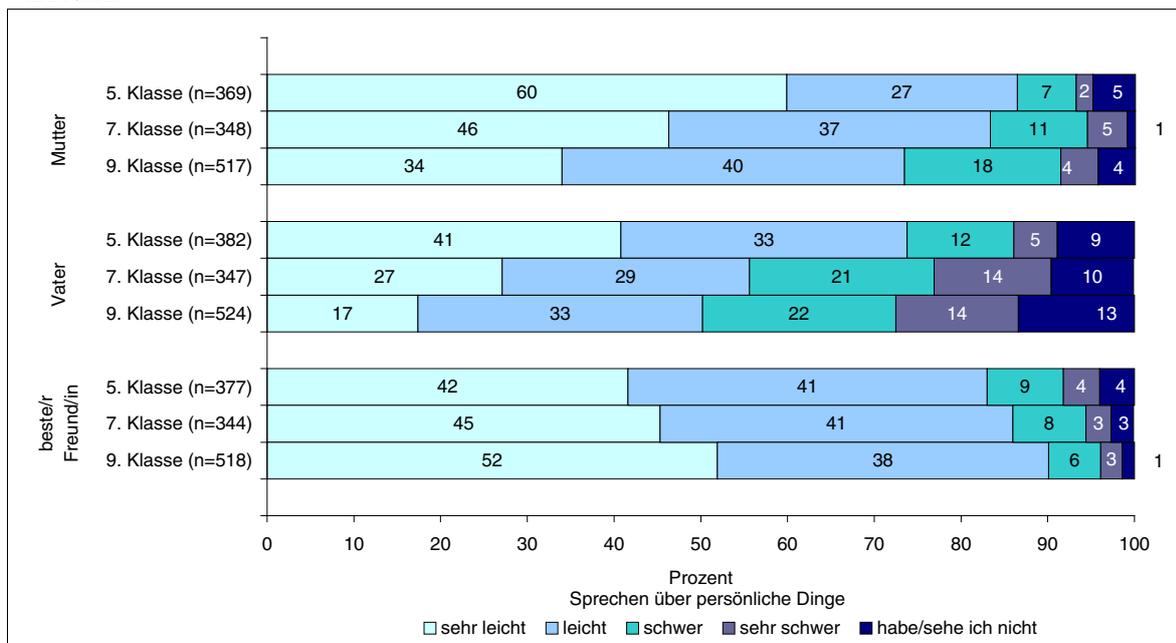
Abbildung 3.15:
Soziale Unterstützung bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Geschlecht
- in Prozent



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

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

Abbildung 3.16:
Soziale Unterstützung bei Schüler/innen in der HBSC-Studie in Berlin 2006 nach Klassenstufe
- in Prozent



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

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

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

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

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

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

Freundschaftskontakte

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

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

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

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

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

⁵⁵ Chi² = 10,9, df = 4, p < 0,05

⁵⁶ Chi² = 13,5, df = 4, p < 0,01

⁵⁷ Mutter: Chi² = 53,6, df = 3, p < 0,001, Vater: Chi² = 50,1, df = 3, p < 0,001

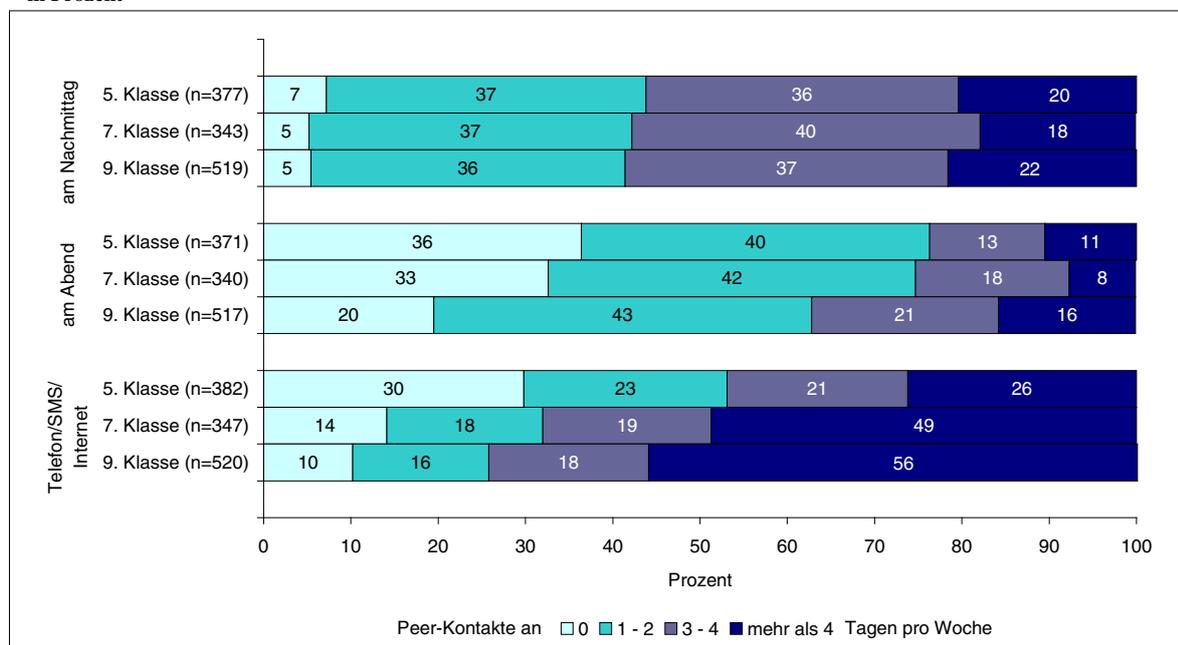
⁵⁸ Chi² = 12,8, df = 3, p < 0,01

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

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

Abbildung 3.17:

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



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

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

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

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

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

Zusammenfassung

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

3.2.4 Kumulation gesundheitlicher Problemlagen

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

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

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

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

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

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

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

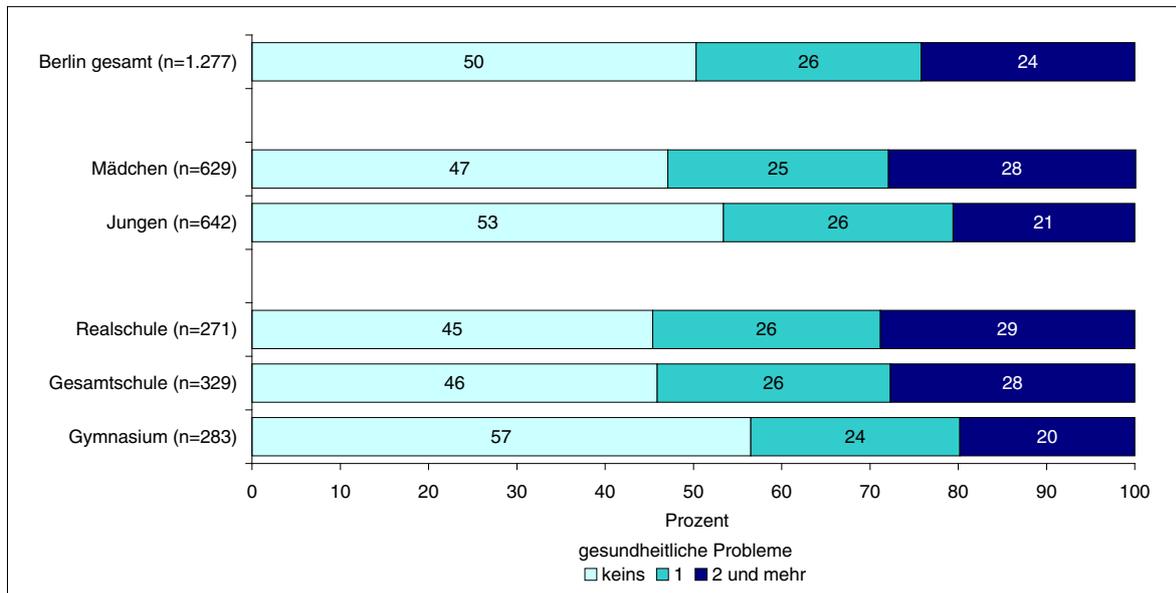
Um eine Problemgruppe zu definieren, wurde aufsummiert, wie viele der genannten Probleme auf jede/n Schüler/in zutreffen (vgl. Kapitel 2.5). Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen hat keins der genannten Probleme. Ein Viertel der Schüler/innen ist von einem der Probleme betroffen. Da die reine Aufsummierung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

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

Abbildung 3.18:

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

- in Prozent



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

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

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

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

Zusammenfassung

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

⁶³ $\chi^2 = 10,5$, $df = 4$, $p < 0,05$