

Vorwort

Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen stehen zunehmend im gesundheitspolitischen und öffentlichen Blickpunkt. Die Kindheit und Jugend ist nicht nur eine Altersspanne, die geprägt ist von verschiedenen Entwicklungsprozessen, sei es physiologischer, psychologischer oder soziologischer Art. Gesundheitsdefizite, die sich möglicherweise in diesem Alter ergeben, können auch einen Einfluss auf die spätere gesundheitliche Lage im Erwachsenenalter haben. Kenntnisse über die gesundheitliche Lage und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen und ihrer Rahmenbedingungen sind daher unabdingbar.

Seit nunmehr dreißig Jahren werden Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren im Rahmen der „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC)-Studie regelmäßig zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Ziel der internationalen Studie ist die Untersuchung der personalen und sozialen Rahmenbedingungen, die die Gesundheit und eine gesunde Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen. Zudem sollen Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert werden. In der aktuellen Befragung wurde zum ersten Mal in der Geschichte der HBSC-Studie in Deutschland eine bundesweit repräsentative Studie durchgeführt. Hamburg ist seit 2006 an der deutschen HBSC-Studie beteiligt.

Das Ziel des vorliegenden Buches ist es, einen vertieften Einblick in die gesundheitliche Situation der Hamburger Schülerinnen und Schüler zu geben, welche die in dem Gesundheitsbericht der Stadt Hamburg publizierten Ergebnisse in zweierlei Weise ergänzt. So werden zusätzliche Vergleiche mit den Hamburger Daten aus der Erhebung in 2006 sowie ein Vergleich mit den bundesweiten Daten aus der aktuellen Erhebung angestellt. In der Gesamtschau ergibt sich eine viele Themen umfassende Beschreibung des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens junger Menschen in Hamburg. Es wird u.a. deutlich, unter welchen Lebensbedingungen die Kinder und Jugendlichen in Hamburg aufwachsen, wie es um ihre körperliche und psychische Gesundheit bestellt ist und welche Verhaltensweisen sie an den Tag legen.

Wer sich nicht nur für die Ergebnisse aus Hamburg, sondern auch für die bundesweiten Studienergebnisse interessiert, kann diese in zwei wichtigen Publikationen des HBSC-Konsortiums nachlesen. Voraussichtlich Ende Sommer 2012 wird das Buch mit dem Titel: „Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive – Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10“ im Juventa Verlag erscheinen. Basis sind die Daten aus der aktuellen bundesweiten HBSC-Studie, die geschlechtsspezifisch ausgewertet und diskutiert werden (Kolip et al., 2012). Eine umfangreiche Auswertung der Daten aus den letzten drei Erhebungen

(2002, 2006, 2010) erfolgt in dem HBSC-Trendsupplement, das als Sonderausgabe in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ Ende Juli 2012 erscheinen wird.

Abschließend möchten wir an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, um uns bei den Personen zu bedanken, ohne deren Unterstützung die HBSC-Studie in Hamburg nicht möglich gewesen wäre. In erster Linie danken wir den zahlreichen Schülerinnen und Schülern, ohne deren Mitwirkung wir weder Daten erheben noch Erkenntnisse gewinnen könnten. Ein besonderer Dank geht selbstverständlich auch an die Eltern, die in die Studie eingewilligt haben, an die Schulleiterinnen und Schulleiter sowie an die Lehrkräfte, ohne deren Unterstützung und Mitwirkung die Befragung nicht durchführbar gewesen wäre.

Nicht zuletzt möchten wir uns auch bei unseren Kooperationspartnern für die konstruktive Zusammenarbeit bedanken: der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, insbesondere Herrn Klaus-Peter Stender und Frau Dr. Regina Fertmann, sowie Frau Beate Proll vom Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung.

Nicht zuletzt sei darauf hingewiesen, dass die HBSC-Studie alle vier Jahre stattfindet und bereits jetzt die ersten Vorbereitungen für die nächste Studie im Frühjahr 2014 laufen.

Die Autorinnen und Autoren

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.3-1: Verteilung der beteiligten Hamburger Schulen auf das Stadtgebiet Hamburg	19
Abbildung 3.1-1: Berufstätigkeit der Eltern nach Kinderzahl in der Familie – in Prozent	31
Abbildung 3.1-2: Familiärer Wohlstand nach Klassenstufe und Schulform – in Prozent	33
Abbildung 3.1-3: Familiärer Wohlstand nach Familienform – in Prozent.....	34
Abbildung 3.1-4: Familiärer Wohlstand nach weiteren Merkmalen der sozialen Lage (finanzielle Lage, Anzahl der Bücher zu Hause, Hungrig zur Schule oder ins Bett)	36
Abbildung 3.1-5: Familiärer Wohlstand nach Migrationshintergrund – in Prozent	40
Abbildung 3.2-1: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform – in Prozent.....	43
Abbildung 3.2-2: Anzahl der Schmerzarten (mindestens einmal im Monat) nach Geschlecht und Klassenstufe – in Prozent.....	46
Abbildung 3.2-3: Wiederholte gesundheitliche Beschwerden nach Klassenstufe und Geschlecht – in Prozent	48
Abbildung 3.2 4: Vorhandensein einer chronischen Erkrankung nach Geschlecht und Klassenstufe – in Prozent	50
Abbildung 3.2-5: Verletzungen in den letzten 12 Monaten bei Mädchen und Jungen nach Klassenstufe – in Prozent	53
Abbildung 3.2-6: Psychische Auffälligkeiten (Gesamtproblemwert) nach familiärem Wohlstand, Schulform und Migrationshintergrund – in Prozent.....	57
Abbildung 3.2-7: Psychische Auffälligkeiten nach Schmerzen und Medikamenteneinnahme – in Prozent.....	59
Abbildung 3.2-8: Beeinträchtigung durch psychische Auffälligkeiten nach Geschlecht, Schulform, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund	61
Abbildung 3.2-9: Geringe elterliche Unterstützung der Schülerinnen und Schüler nach Klassenstufe, Migrationsstatus und familiärem Wohlstand – in Prozent	66
Abbildung 3.2-10: Soziale Unterstützung der Schülerinnen und Schüler nach Geschlecht – in Prozent	68
Abbildung 3.2-11: Soziale Unterstützung der Schülerinnen und Schüler nach Klassenstufe – in Prozent.....	68

Abbildung 3.2-12: Peer-Kontakte der Schülerinnen und Schüler nach Klassenstufe – in Prozent.....	71
Abbildung 3.2-13: Kumulation gesundheitlicher Probleme nach Geschlecht, familiärem Wohlstand und Schulform.....	74
Abbildung 3.3-1: Zähneputzen weniger als zweimal täglich nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Berufstätigkeit der Eltern – in Prozent	76
Abbildung 3.3-2: Körperliche Aktivität in den letzten sieben Tagen nach Geschlecht, Klassenstufe, familiärem Wohlstand und Migrationsstatus – in Prozent	80
Abbildung 3.3-3: Subjektiver Gesundheitszustand der Schülerinnen und Schüler nach körperlicher Aktivität – in Prozent	81
Abbildung 3.3-4: Medienkonsum (TV, Computerspiele) nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform – in Prozent	84
Abbildung 3.3-5: Medienkonsum (TV, Computerspiele) nach Sozialkontakten (Treffen mit Freundinnen und Freunden am Nachmittag) – in Prozent	85
Abbildung 3.3-6: Passivrauchen der Schülerinnen und Schüler nach eigenem Rauchverhalten – in Prozent	89
Abbildung 3.3-7: Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform – in Prozent.....	90
Abbildung 3.3-8: Konsum alkoholhaltiger Getränke (Wein/Sekt, Alkopops, Bier, Biermixgetränke, Spirituosen, andere alkoholische Getränke) – in Prozent	93
Abbildung 3.3-9: Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen der Schülerinnen und Schüler nach Klassenstufe, Migrationsstatus und familiärem Wohlstand – in Prozent.....	94
Abbildung 3.3-10: Anzahl Cannabis konsumierender Freundinnen und Freunde der Schülerinnen und Schüler der 9. Klasse nach Cannabiskonsum (letzte 30 Tage) – in Prozent	96
Abbildung 3.3-11: Cannabiskonsum (jemals) der Schülerinnen und Schüler der neunten Klasse nach Geschlecht, Migrationsstatus und Schulform – in Prozent	97
Abbildung 3.4-1: Frühstück an Schultagen nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe – in Prozent	102
Abbildung 3.4-2: Besuch von Fast Food-Restaurants nach Migrationsstatus und Klassenstufe – in Prozent	104
Abbildung 3.4-3: Verzehrshäufigkeiten von Lebensmitteln – in Prozent.....	105
Abbildung 3.4-4: Ernährungsindex nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe – in Prozent	108
Abbildung 3.4-5: Prozentualer Anteil der Schülerinnen und Schüler mit hoher Ernährungsqualität nach körperlicher Aktivität, BMI und Wohlbefinden – in Prozent	109

Abbildung 3.4-6: Frühstück mit Mutter oder Vater nach Geschlecht, Schulform und Klassenstufe – in Prozent	110
Abbildung 3.4-7: Fernsehen/Computer spielen und Mahlzeit/Snacks nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe – in Prozent	112
Abbildung 3.4-8: Erlaubnis der Eltern zum Verzehr ungesunder Lebensmittel (Cola/zuckerhaltige Limonaden, Süßigkeiten/Schokolade, Kekse/Gebäck, Chips) – in Prozent.....	113
Abbildung 3.4-9: Aussagen über Mahlzeiten zu Hause – in Prozent.....	114
Abbildung 3.4-10: Aussagen zu Mahlzeiten in der Familie nach Geschlecht, Migrationsstatus, familiärem Wohlstand und Klassenstufe – in Prozent	115
Abbildung 3.4-11: Notwendigkeit einer Diät ohne Schülerinnen und Schüler, die gerade eine Diät machten, nach Geschlecht und Migrationsstatus – in Prozent	116
Abbildung 3.4-12: Körperselfbild nach Geschlecht, Klassenstufe, Schulform und Diätverhalten – in Prozent	118
Abbildung 3.4-13: Diätverhalten in den letzten 12 Monaten (nur siebte bis neunte Klassenstufe) nach Geschlecht und Schulform – in Prozent	120
Abbildung 3.4-14: Maßnahmen der Gewichtskontrolle (nur siebte bis neunte Klassenstufe) nach Geschlecht – in Prozent.....	121
Abbildung 3.5-1: Schülerinnen und Schüler mit auffällig niedriger Lebensqualität nach Geschlecht – in Prozent	127
Abbildung 3.5-2: Schülerinnen und Schüler mit auffällig niedriger Lebensqualität nach Schulform – in Prozent	130
Abbildung 3.5-3: Schülerinnen und Schüler mit auffällig niedriger Lebensqualität nach familiärem Wohlstand (FAS) – in Prozent.....	133
Abbildung 3.5-4: Schülerinnen und Schüler mit auffällig niedriger Lebensqualität nach allgemeinem Gesundheitszustand – in Prozent	136
Abbildung 3.5-5: Lebenszufriedenheit nach Geschlecht, Klassenstufe und Schulform – in Prozent	137
Abbildung 3.6-1: Schulleistungen der Schülerinnen und Schüler nach Klassenstufe und Schulform – in Prozent	140
Abbildung 3.6-2: Schulzufriedenheit der Schülerinnen und Schüler nach Klassenstufe und Schulform – in Prozent	141
Abbildung 3.6-3: Schulstress der Schülerinnen und Schüler nach Klassenstufe, Migrationsstatus und Schulform – in Prozent	142
Abbildung 3.6-4: Schulklima (Index) nach Klassenstufe, Migrationsstatus und Schulform – in Prozent	145
Abbildung 3.6-5: Zusammenhang von Schulklima mit Schulleistungen, Schulzufriedenheit und Schulstress – in Prozent	147
Abbildung 3.6-6: Zusammenhang von Schulklima mit Rauchverhalten (nur Raucher/innen) nach Klassenstufe – in Prozent.....	148

Abbildung 3.6-7: Zusammenhang von Schulklima mit Rauschtrinken der Schülerinnen und Schüler der neunten Klasse – in Prozent.....	149
Abbildung 3.6-8: Mobbing bzw. Schikanieren der Schülerinnen und Schüler nach Klassenstufe und Schulform – in Prozent	151

1. Einleitung

1.1 Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg

Die Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) ist eine internationale Studie mit dem Ziel, einen Beitrag zum erweiterten Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen zu leisten und die Bedingungen ihrer psychosozialen und gesundheitlichen Entwicklung zu untersuchen (Currie et al., 2004; Richter, 2005). In der Studie erfolgt die Erhebung zahlreicher Daten zum Gesundheits- und Risikoverhalten und zur gesundheitlichen Lage von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern. Es werden neben gesundheitsrelevanten Verhaltens- und Lebensmuster auch Sozialindikatoren zur Alltagswelt der Kinder und Jugendlichen – insbesondere aus den Bereichen Familie, Freundschaft, Freizeit und Schule – sowie zentrale Daten zum Gesundheitszustand der Heranwachsenden erhoben. Die Ergebnisse der Studie sollen als Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung dienen, aber auch Ansatzpunkte für die Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter liefern. Auf diese Weise liefert das vorliegende Buch mit Ergebnissen der Hamburger Studie wichtige Erkenntnisse zur aktuellen Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen in dieser Altersgruppe.

Die aktuelle Hamburger HBSC-Studie wurde in Kooperation mit der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) – Abteilung Gesundheit – Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung durchgeführt. Zentrale Ergebnisse aus dieser Befragung sind in den aktuellen Gesundheitsbericht der Stadt Hamburg eingeflossen („Gesundheits- und Lebenslagen 11- bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg – Berichte und Analysen zur Gesundheit“) und bilden die Grundlage für wichtige regionale Strategieansätze für die Gesundheitsförderung und Prävention. Der Gesundheitsbericht kann als pdf-Datei unter <http://www.hamburg.de/contentblob/3274570/data/hbsc-bericht.pdf> abgerufen werden.

1.2 Die HBSC-Studie

Die HBSC-Studie ist ein internationales kooperatives Forschungsvorhaben, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt und in einer wachsenden Zahl von Ländern durchgeführt wird. Ziel der Studie ist es, die Gesundheit und das gesundheitsre-

levante Verhalten von Heranwachsenden international vergleichend zu erfassen. Damit soll das Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen erweitert und die Bedingungen ihrer Entwicklung untersucht werden.

Seit 1982 werden alle vier Jahre Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Im Befragungszeitraum 2009/10 wurden in 43 Ländern in Europa, Nordamerika und Israel Daten von über 200.000 Schülerinnen und Schülern erfasst. In Deutschland wurde erstmalig eine bundesweit repräsentative Erhebung durchgeführt¹. Darüber hinaus wurden in vier Bundesländern (Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen) sogenannte Ländersurveys durchgeführt, die repräsentative Aussagen zu dem jeweiligen Bundesland erlauben.

Die Gesamtkoordination der HBSC-Studie in Deutschland erfolgte durch das WHO Collaborating Center for Child and Adolescent Health Promotion an der Universität Bielefeld, das von Frau Prof. Dr. Petra Kolip geleitet wird. Die Datenerhebung und Auswertung in den vier Bundesländern wird von den jeweiligen Teamleiterinnen und -leitern koordiniert, die auch das sog. „HBSC-Konsortium“ bilden. Aktuell gehören zum HBSC-Konsortium: Frau Prof. Dr. Petra Kolip (Leiterin der HBSC-Studie in NRW und der bundesweiten Studie, Universität Bielefeld), Frau Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer (Leiterin der Studie in Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Prof. Dr. Wolfgang Melzer (Leiter der Studie in Thüringen, Technische Universität Dresden) und Prof. Dr. Andreas Klocke (Leiter der Studie in Hessen, Fachhochschule Frankfurt am Main). Neben der Datenerhebung gehören zu den Hauptaufgaben des Konsortiums die gemeinsame Auswertung und Publikation der erhobenen Daten sowie die Weiterentwicklung des Forschungsinstrumentariums der HBSC-Studie.

Die Ergebnisse zur bundesweiten HBSC-Studie werden im Sommer 2012 in einer Buchpublikation mit dem Titel „Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive – Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10“ veröffentlicht (Kolip et al., 2012). Darüber hinaus können ausgewählte Ergebnisse zu spezifischen Themen bereits in Form von Faktenblättern auf der deutschen HBSC-Seite (<http://hbsc-germany.de/downloads/>) heruntergeladen werden. Auf internationaler Ebene wird im Frühjahr 2012 ein Bericht mit allen am WHO-Studienverbund teilnehmenden Ländern vom Regionalbüro für Europa der WHO in Kopenhagen herausgegeben (Currie et al., 2012). Die Ergebnisse aus der ersten HBSC-Befragung in Hamburg im Befragungszeitraum 2005/06 wurden bereits veröffentlicht (Ravens-Sieberer et al., 2008).

¹ Ausnahme bildete das Bundesland Baden-Württemberg, das an der HBSC-Befragung nicht teilgenommen hat.

1.3 Aufbau des Buches

Die in diesem Buch präsentierten Ergebnisse basieren auf den aktuellen Daten des Hamburger HBSC-Surveys 2010. Für ausgewählte Themenkomplexe wird darüber hinaus ein Vergleich mit den Hamburger Daten aus der Befragung 2006 sowie mit den bundesweiten Daten aus der aktuellen Studie angestellt.

Die Methodik der HBSC-Befragung sowie der eingesetzte Fragebogen werden im Detail in Kapitel 2 beschrieben. Eine ausführliche Präsentation der Ergebnisse folgt in Kapitel 3. Hier werden zunächst die Merkmale der sozialen Lage und der familiären Lebenssituation sowie der Herkunft beschrieben (Kapitel 3.1). In Kapitel 3.2 folgen Ergebnisse zur körperlichen Gesundheit und zum psychischen Wohlbefinden sowie zu psychosozialen Aspekten der Gesundheit und Kumulation gesundheitsbezogener Problemlagen. Anschließend werden ausgewählte Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen beschrieben (Kapitel 3.3). Beim Gesundheits- und Freizeitverhalten geht es beispielsweise um die körperliche Aktivität und den Medienkonsum der Kinder und Jugendlichen. Das Unterkapitel Risikoverhalten zeigt u.a. Ergebnisse zum Konsum von Zigaretten und Alkohol. Das Kapitel 3.4 widmet sich Fragen zur Ernährung und zum Körperselbstbild, während Kapitel 3.5 den Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler thematisiert. In Kapitel 3.6 werden die Ergebnisse zum Schulklima und zur Integration dargestellt.

Zentrale Ergebnisse, z.B. zum psychischen Wohlbefinden der Hamburger Schülerinnen und Schüler werden in Kapitel 4 mit den Ergebnissen aus der gesamtdeutschen Studie in Beziehung gebracht. Zusätzlich wird ein Vergleich mit den Daten aus der HBSC-Studie 2006 in Hamburg gezogen. Abschließend werden die wichtigsten Ergebnisse im fünften Kapitel zusammengefasst.

2. Methodik

Wie bereits erwähnt, wurde im Rahmen des HBSC-Surveys 2010 erstmals eine bundesweit repräsentative Befragung durchgeführt. In vier der insgesamt 15 Bundesländer, die an der Studie teilgenommen haben, darunter auch Hamburg, wurde zusätzlich eine für das jeweilige Bundesland repräsentative Befragung durchgeführt. Die hier berichteten Ergebnisse beziehen sich auf die Daten aus der repräsentativen Befragung in Hamburg.

2.1 Die Hamburger HBSC-Befragung 2010

Die Hamburger HBSC-Studie wurde als Kooperationsprojekt zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Frau Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer) und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) (Herr Uwe Saier) durchgeführt. Die Hauptverantwortung für die Studienplanung (von der Stichprobenziehung bis zur Datenaufbereitung und -bereitstellung), die Datenerhebung und -eingabe lag bei der Forschungsgruppe Child Public Health unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer. Die enge Zusammenarbeit bestand für alle Schritte, von der Projektplanung bis zur -durchführung und mündete schließlich in zwei gemeinsamen Veröffentlichungen der Ergebnisse: einmal als Gesundheitsbericht der Stadt Hamburg und einmal als wissenschaftliche Buchpublikation.

Im Vorfeld der Befragung wurde das Einverständnis der Behörde für Schule und Berufsbildung und des Datenschutzbeauftragten der Stadt Hamburg eingeholt. Zusätzlich wurde die ethische Unbedenklichkeit von der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg geprüft und ein positives Votum für die Studie erzielt.

2.2 Der Fragebogen

Um die nationale und internationale Vergleichbarkeit der erhaltenen Daten zu gewährleisten, wurde in allen beteiligten Ländern ein nach dem gleichen Forschungsdesign standardisierter und in die jeweilige Landessprache übertragener Kernteil (sogenannte „mandatory items“) des Fragebogens eingesetzt. Dieser Kernfragebogen konnte durch ebenfalls international standardisierte „optionale Pakete“ ergänzt werden. Somit können einzelne Themenbereiche vertiefend untersucht werden. Der Fragebogen beinhaltete neben soziodemografischen und -ökonomischen Angaben Fragen zur subjektiven Gesundheit, zur körperlichen Aktivität, zur Ernährung und zum Körper selbstbild. Weiterhin wurden An-

gaben zur schulischen Situation, zu Mobbing und zu verschiedenen Aspekten des Schulunterrichts erhoben sowie Fragen zur sozialen Unterstützung in der Familie und im Freundeskreis gestellt. Außerdem wurden die Jugendlichen zu ihrem Freizeitverhalten, zu Verletzungen und ihrem Risikoverhalten, wie z.B. Alkohol- und Zigarettenkonsum, befragt.

Die Ergebnisse der Studie ermöglichen damit sozial-epidemiologische Aussagen zur Gesundheit, zur Lebensqualität und zum Gesundheits- und Risikoverhalten von Hamburger Kindern und Jugendlichen, die in der Gesundheitsförderung und Prävention Verwendung finden können.

2.3 Durchführung der Befragung

Um repräsentative Aussagen für Hamburg treffen zu können, wurden die soziale Lage des Stadtteils sowie die Schulform beim Samplingverfahren berücksichtigt². Abbildung 2.3-1 veranschaulicht die Verteilung der an der Befragung teilgenommenen Schulen in Hamburg.



*Abbildung 2.3-1: Verteilung der beteiligten Hamburger Schulen auf das Stadtgebiet Hamburg
(Karte der Stadtbezirke verändert übernommen von wikipedia.org)*

² Zur Beurteilung der sozialen Lage der Stadtteile wurde der folgende Bericht herangezogen:
<http://www.hamburg.de/contentblob/116920/data/stadtdiagnose2-lang.pdf>

Neben den 11-, 13-, und 15-Jährigen wurden in der Hamburg HBSC-Befragung 2010 zusätzlich auch die 12- und 14-jährigen Schülerinnen und Schüler befragt. Die für die Befragung zufällig ausgewählten Schulen wurden per Anschreiben sowie telefonisch kontaktiert und um ihre Teilnahme an der HBSC-Studie gebeten. Schulen, die sich bereit erklärten, an der Befragung teilzunehmen, erhielten im Anschluss die nötigen Informationsschreiben für Lehrerinnen und Lehrer, Eltern sowie Schülerinnen und Schüler. Vor Beginn der Befragung wurde pro befragte Klasse ein Paket mit Informationsmaterialien, Fragebögen, Briefumschlägen, Kugelschreibern und Einverständniserklärungen an die jeweiligen Schulen geliefert. Die Informationsmaterialien erhielten genaue Anweisungen zur Durchführung der Befragung, z.B. wie mit Verständnisfragen umzugehen ist. Dem HBSC-Standard entsprechend war für die Befragung eine Klassenstunde vorgesehen. 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. Für die regionale Zuordnung der Fragebögen zu den Stadtteilen wurden kodierte Angaben über die besuchte Schule und die Klassenstufe erhoben. Weitere Angaben, die zur Identifikation von eng begrenzten Personengruppen oder von Einzelpersonen führen könnten, wurden nicht erfasst. Die Rückgabe der Fragebögen erfolgte in geschlossenen Briefumschlägen, die erst unmittelbar vor der Dateneingabe durch die Beauftragten des Forschungsteams geöffnet wurden. Lehrerinnen und Lehrer sowie Eltern hatten keine Möglichkeit, die ausgefüllten Fragebögen einzusehen. Aufgrund der Frühjahrs- und Osterferien erstreckte sich der Befragungszeitraum in Hamburg von Februar bis Mai 2010. Als kleines Dankeschön für die Teilnahme an der Studie erhielten alle befragten Schülerinnen und Schüler einen Kugelschreiber.

2.4 Befragte und Response

Die Zielgruppe der internationalen HBSC-Befragung sind Schülerinnen und Schüler an allgemeinbildenden öffentlichen Schulen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Diese Altersgruppen sind im deutschen Schulsystem am besten durch die fünfte, siebte, und neunte Klassenstufe repräsentiert. In Hamburg wurde zusätzlich auch die Gruppe der 12- und 14-Jährigen befragt, welche am besten durch die sechste und achte Klassenstufe repräsentiert werden. Die Auswahl der Schulen erfolgte als Zufallsstichprobe aus dem Schulverzeichnis unter Berücksichtigung der verschiedenen Schulformen und der sozialen Lage des jeweiligen Stadtteils. Die dem Buch zugrunde liegende Stichprobe basiert auf einer statistischen Zufallsauswahl von Schulklassen der fünften bis neunten Klassenstufe (Klumpenstichprobe). Pro Schule wurden zwei fünfte und je eine sechste, siebte, achte und neunte Klasse eingeladen. Die Befragung wurde auf maximal zwei Klassen pro Klassenstufe erweitert, sofern die Schule aus organisatorischen Gründen weniger als zwei fünfte Klassen bzw. mehr als nur eine sechste, siebte, achte oder neunte Klasse zur Verfügung

stellen konnte. In den teilnehmenden Klassen selbst wurde die Teilnahme nicht beschränkt.

An der aktuellen Hamburger HBSC-Befragung 2010 wurden insgesamt 1.710 Schülerinnen und Schüler³ aus insgesamt 98 Klassen an 21 Schulen befragt (Tabelle 2.4-1). In Hamburg besuchen die meisten Schülerinnen und Schüler in der Altersgruppe 11 bis 15 Jahre eine der folgenden Schulformen: Hauptschule, Realschule, Haupt- und Realschule (gemeint sind die Schulen, die nicht als Gesamtschulen ausgewiesen sind), Gymnasium oder integrierte bzw. kooperative Gesamtschule. Aus Gründen der besseren Veranschaulichung wurden die Haupt- und die Realschulen in einer Gruppe zusammengefasst. In der vorliegenden Stichprobe besuchen über 53% der befragten Schülerinnen und Schüler ein Gymnasium, etwa 34% eine Haupt- und Realschule und 13% eine Gesamtschule (Tabelle 2.4-1). Die Response-Rate auf der Schülerebene betrug 75% und ist somit im Vergleich zum bundesweiten Survey – hier: 86% (Hoffarth et al., 2012) – etwas niedriger. Gründe für eine Nichtteilnahme der Schülerinnen und Schüler lagen zumeist in einer krankheitsbedingten Abwesenheit am Befragungstag oder im Fehlen der Einverständniserklärung.

Tabelle 2.4-1: Schülerinnen und Schüler nach Geschlecht, Schulform und Klassenstufe (n (%))

	Gesamt	Mädchen	Jungen
Schüler/innen insgesamt	n=1.710	n=839	n=871
Schulform			
Haupt- und Realschule	580 (33,9%)	278 (33,1%)	302 (34,7%)
Gesamtschule	222 (13,0%)	110 (13,1%)	112 (12,9%)
Gymnasium	908 (53,1%)	451 (53,8%)	457 (52,5%)
Klassenstufe			
5. Klasse	455 (26,6%)	219 (26,1%)	236 (27,1%)
6. Klasse	316 (18,5%)	154 (18,4%)	162 (18,6%)
7. Klasse	366 (21,4%)	179 (21,3%)	187 (21,5%)
8. Klasse	261 (15,3%)	137 (16,3%)	124 (14,2%)
9. Klasse	312 (18,2%)	150 (17,9%)	162 (18,6%)

Datenquelle: HBSC Hamburg 2010 (N=1.710)

³ Im aktuellen Gesundheitsbericht der Stadt Hamburg liegt die berichtete Gesamtzahl der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler etwas niedriger (N=1.694). Dies hängt damit zusammen, dass sich die hier berichtete Gesamtzahl aller befragten Schülerinnen und Schüler (unabhängig von ihrem Alter) auf die Klassenstufe bezieht. Demnach wurden hier auch diejenigen berücksichtigt, die eine Klasse übersprungen bzw. wiederholt haben. Im Gesundheitsbericht wurde außerdem ein Gewichtungsfaktor für die Berechnungen verwendet, der hier nicht erfolgt ist.

erklärung der Eltern. Die Altersspanne der befragten Schülerinnen und Schüler in Hamburg reicht von 9,5 Jahren bis 21,3 Jahren. Davon bewegen sich 89,9% im Altersbereich von 11 bis 15 Jahren, auf die sich die HBSC-Studie hauptsächlich konzentriert. In die vorliegenden Auswertungen gehen alle befragten Schülerinnen und Schüler ein, d.h. insgesamt $N=1.710$.

2.5 Datenanalyse und Ergebnisdarstellung

Für das vorliegende Buch wurde ein eigenständiger Datensatz ausgewertet, der die Angaben aller befragten Schülerinnen und Schüler aus Hamburg beinhaltet. Die Überprüfung der verwendeten Variablen hinsichtlich ihrer Plausibilität (Werte außerhalb des gültigen bzw. plausiblen Wertebereichs, Anteil fehlender Werte, Konsistenz mit vorher gemachten Angaben) erfolgte im Social Science Data Service (NSD) Zentrum an der Universität in Bergen, Norwegen. Hier wurden alle im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zentral bereinigt.

Die Auswertungen für die einzelnen Inhaltsbereiche erfolgen zunächst jeweils deskriptiv für die Gesamtgruppe der befragten Schülerinnen und Schüler ($N=1.710$) sowie im Subgruppenvergleich. Als Stratifizierungsmerkmale für die Subgruppenbildung wurden u.a. das Geschlecht, die Klassenstufe, die Schulform, der Migrationshintergrund oder der familiäre Wohlstand herangezogen. Obwohl nicht alle Kinder und Jugendlichen in der Studie die ihrem Alter entsprechende Klassenstufe besuchen, wurde für die Auswertungen das Merkmal „Klassenstufe“ und nicht eine Altersgruppengliederung verwendet, da der Besuch einer entsprechenden Klassenstufe erheblichen Einfluss auf das Alltagsleben und die sozialen Beziehungen der Schülerinnen und Schüler hat. In die Ergebnisdarstellung gehen jeweils nur die Kinder und Jugendlichen mit gültigen Angaben in den ausgewerteten Merkmalen ein, dadurch kann die Fallzahl ggf. geringfügig von der des vollständigen Datensatzes abweichen. Abweichungen, die bei der Aufsummierung der dargestellten Prozentangaben von der Gesamtsumme von 100,0% auftreten, entstehen durch Rundungsungenauigkeiten.

Alle Gruppenunterschiede wurden statistisch auf Signifikanz geprüft. Dabei kamen je nach Skalenniveau der Zielgröße und Stufung der Einflussgröße χ^2 -Tests (im Falle des Vergleichs zweier dichotomer Variablen auch Fisher's exakter Test), t-Tests und Varianzanalysen zum Einsatz. In den Abbildungen dargestellt sind in der Regel nur signifikante Gruppenunterschiede. Für die inhaltlichen Auswertungen wurden aus Einzelvariablen verschiedene Skalen und Indizes berechnet, die in den folgenden Unterkapiteln beschrieben werden.

Aufgrund der Tatsache, dass Hamburg bereits zum zweiten Mal an der HBSC-Studie teilgenommen hat, und somit vergleichbare Daten aus der ersten Befragung im Jahr 2006 vorliegen, wurden Vergleiche zwischen 2006 und 2010 für einige ausgewählte Themenbereiche angestellt. Für diese Analysen wurden die Anteile von Mädchen und Jungen in den entsprechenden Variablen verglichen. Die Stichprobengröße betrug $N=906$ Kinder

und Jugendliche im Befragungsjahr 2006 und $N=1.710$ im Befragungsjahr 2010. Einschränkung muss erwähnt werden, dass es sich hierbei um keine direkten Zeitvergleiche handelt, da sowohl die Schulen als auch die befragten Schülerinnen und Schüler in den Jahren 2006 und 2010 nicht identisch sind (d.h., es handelt sich jeweils um unterschiedliche Stichproben). Die Hamburger Mädchen und Jungen wurden in einer zweiten Analyse den 5.005 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der deutschlandweiten repräsentativen Stichprobe gegenübergestellt. Alle Vergleiche wurden mit Hilfe von χ^2 -Tests durchgeführt (vgl. Kapitel 4).

Für die Interpretation der Ergebnisse in diesem Buch ist zu beachten, dass insbesondere bei sensiblen Themen, wie Gewichtsstatus oder Substanzkonsum, die soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen kann. Auch beim Thema Ernährung kann es sein, dass ein höherer Verzehr von „gesunden“ und ein niedrigerer Verzehr von „ungesunden“ Lebensmitteln angegeben werden. Obwohl das Phänomen eines sozial erwünschten Antwortverhaltens bei Kindern und Jugendlichen weniger gut untersucht ist als bei Erwachsenen, gibt es Anhaltspunkte dafür, dass dieses Verhalten auch bei Kindern und Jugendlichen vorliegt und ihre Antworten beeinflusst (Hebert et al., 1995, 1997, 2001; Taren et al., 1999).

Im Folgenden werden einige der zentralen Instrumente kurz beschrieben.

2.5.1 Family Affluence Scale (FAS)

Eine Einschätzung der sozialen Lage der Schülerinnen und Schüler erfolgt in der HBSC-Studie mit Hilfe der „Family Affluence Scale“ (FAS) (Currie et al., 2008a). Der familiäre Wohlstand (vgl. Kapitel 3.1) wird mit vier Einzelfragen erfasst:

- wie viele Autos die Familie besitzt (keins, eins, zwei oder mehr)
- wie viele Computer die Familie besitzt (keinen, einen, zwei, mehr als zwei)
- ob die oder der Befragte ein eigenes Zimmer nur für sich allein hat (ja, nein)
- wie häufig die oder der Befragte in den letzten 12 Monaten mit der Familie in den Urlaub gefahren ist (überhaupt nicht, einmal, zweimal, mehr als zweimal).

Den Antworten auf die vier Fragen werden Punktzahlen zugeordnet. Mit Hilfe eines Algorithmus werden die Punktzahlen aufaddiert und zu einem Gesamtwert zusammengefasst (Boyce & Dallago, 2004; Richter, 2005). Dabei bedeuten höhere Punktwerte einen höheren familiären Wohlstand (FAS).

Aufgrund der Tatsache, dass der familiäre Besitz eines Computers kein differenzierendes Merkmal für die FAS mehr darstellt, wurde für die Auswertungen in diesem Buch von der ursprünglichen Berechnung des FAS abgewichen. Für die vorliegenden Untersuchungen wurde nur auf drei der vier Fragen zurückgegriffen. Die Einteilung nach niedrigen, mittleren und hohen FAS (ohne Computer) war in diesem Fall: 0-2 Punkte (niedriger FAS), 3-4 Punkte (mittlerer FAS) und 5 Punkte (hoher FAS).

Die FAS spiegelt u.a. auch die materielle Deprivation einer Familie wider. Je größer die materielle Deprivation in einer Familie ist, desto geringer ist der familiäre Wohlstand. Ins-

gesamt handelt sich bei der FAS also um einen indirekten Indikator für den familiären Wohlstand, der über die Verfügbarkeit (bzw. das Fehlen) von Wohlstandsgütern bestimmt wird und eine wichtige Kernvariable zur Operationalisierung des sozialen Status darstellt (Boyce et al., 2006; Currie et al., 2008b).

2.5.2 Body-Mass-Index (BMI)

Der Body-Mass-Index (BMI) setzt sich aus den Angaben zum Körpergewicht (in Kilogramm) und zur Körpergröße (in Metern) zusammen. Die Formel zur Berechnung des BMI lautet:

$$BMI = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{[\text{Körpergröße (in m)}]^2}$$

Als Referenz für die Beurteilung des BMIs der Kinder und Jugendlichen wurden die BMI-Perzentile von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) herangezogen. Demnach liegt ab einem BMI oberhalb des 90. Perzentils Übergewicht vor und oberhalb des 97. Perzentils eine Adipositas. Von Untergewicht wird gesprochen, wenn der BMI unterhalb des 10. Perzentils liegt. Zusätzlich wurden für die Auswertungen alters- und geschlechtsspezifische „Standard Deviation Scores“, die sogenannten BMI-SDS (Cole & Green, 1992) berechnet. Dieser Wert ist ein Maß dafür, um wie viel ein individueller BMI vom durchschnittlichen alters- und geschlechtsabhängigen BMI abweicht.

2.5.3 Gesundheitliche Beschwerden

Mit acht Einzelfragen wurde das Vorliegen gesundheitlicher Beschwerden (vgl. Kapitel 3.2) in den letzten sechs Monaten erfasst (Haugland et al., 2001). Erfragt wurden Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Einschlafprobleme und Benommenheit/Schwindel auf einer fünfstufigen Antwortskala mit den Ausprägungen „fast täglich“, „mehrmals pro Woche“, „fast jede Woche“, „etwa einmal im Monat“, „selten oder nie“. Die Schülerinnen und Schüler wurden der Gruppe mit wiederholten gesundheitlichen Beschwerden zugeordnet, wenn sie angaben, mindestens zwei der acht Beschwerden mindestens einmal wöchentlich zu haben.

2.5.4 Psychische Auffälligkeiten (SDQ)

Daten zur psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman et al., 1998; Goodman,

1999) erhoben. Der erste Teil des SDQ besteht aus 25 Fragen zu Symptomen psychischer Auffälligkeiten (Symptomfragen). Je fünf Symptomfragen sind einer der vier Problemskalen „emotionale Probleme“, „Verhaltensprobleme“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ zugeordnet und decken damit die häufigsten psychischen Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter ab. Die übrigen fünf Symptomfragen werden zur Skala „prosoziales Verhalten“ zusammengefasst. Jede Symptomfrage kann auf einer dreistufigen Skala mit „nicht zutreffend“ (0 Punkte), „teilweise zutreffend“ (1 Punkt) oder „eindeutig zutreffend“ (2 Punkte) beantwortet werden. Mit Ausnahme der Skala „prosoziales Verhalten“ bedeuten hohe Punktwerte eine ausgeprägte Symptomatik (in der Skala „prosoziales Verhalten“ bedeuten hohe Punktwerte dagegen eine positive Beurteilung des Sozialverhaltens). Die Antworten werden skalenweise aufsummiert und anhand vorgegebener Cut-off-Werte in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „psychisch auffällig“ eingeteilt. Aus den Fragen der vier Problemskalen (ausgeschlossen wurde die Skala „prosoziales Verhalten“) wird ein Gesamtproblemwert berechnet, der ebenfalls als „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ klassifiziert wird.

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

2.5.5 Elterliche Unterstützung

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

2.5.6 Kumulation gesundheitlicher Probleme

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

- Einschätzung der eigenen Gesundheit als „einigermaßen“ oder „schlecht“
- wiederholte gesundheitliche Beschwerden (s.o.)
- Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung
- SDQ-Gesamtproblemwert grenzwertig oder auffällig (s.o.)
- soziale Isolation: geringe elterliche Unterstützung (s.o.) und weniger als drei enge Freundinnen oder Freunde.

Für die Indexberechnung wurde die Anzahl vorliegender Probleme aufsummiert. Schülerinnen und Schüler mit keinem der genannten Probleme wurden als unbelastet betrachtet, Schülerinnen und Schüler mit einem Problem als grenzwertig belastet und bei mehr als einem der fünf Probleme wurde die Schülerin bzw. der Schüler der Risikogruppe zugeordnet.

2.5.7 Ernährungsindex

In einen Index zur Beschreibung der Ernährungsqualität (vgl. Kapitel 3.4.1) gingen die Einzelvariablen „Frühstück an allen fünf Schultagen (ja/nein)“, „wenigstens vier Portionen Obst und Gemüse pro Tag (ja/nein)“, „wenigstens zwei Portionen Milch/Milchprodukte pro Tag (ja/nein)“, „wenigstens eine Portion Schwarzbrot/Vollkornbrot pro Tag (ja/nein)“, „wenigstens eine Portion Fisch pro Woche (ja/nein)“ und „höchstens ein Besuch eines Fast Food Restaurants pro Monat (ja/nein)“ ein. Für jedes „ja“ als Antwort auf die genannten Kriterien wurde ein Punkt vergeben, was eine maximal zu erreichende Punktzahl von sechs ergibt. Eine Einteilung in die Kategorien hohe, mittlere und niedrige Ernährungsqualität wurde folgendermaßen vorgenommen:

5 bis 6 Punkte = hohe Ernährungsqualität

3 bis 4 Punkte = mittlere Ernährungsqualität

2 Punkte und weniger = niedrige Ernährungsqualität.

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

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (vgl. Kapitel 3.5.) der befragten Schülerinnen und Schüler wurde mit Hilfe des KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe,

2006) erfasst. Dieser Fragebogen besteht aus 27 Fragen (Items), die fünf Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zugeordnet sind: körperliches Wohlbefinden (5 Fragen), psychisches Wohlbefinden (7 Fragen), Beziehungen zu Eltern und Autonomie (7 Fragen), soziale Unterstützung und Gleichaltrige (4 Fragen), schulisches Umfeld (4 Fragen). Ein Teil der Fragen des KIDSCREEN-27 geht in einen Index (KIDSCREEN-10 Index) zur globalen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein. Für jede Frage stehen fünf Antwortmöglichkeiten („nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“ bzw. „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“, „sehr“) zur Verfügung.

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

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

2.5.9 Schulklima

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

2.5.10 Lebenszufriedenheit

Die eigene Bewertung des Lebens – die allgemeine Lebenszufriedenheit – kann wichtige Hinweise über das eigene Wohlbefinden liefern. In der HBSC-Studie wird diese über die sogenannte „Cantril Ladder“ (Cantril, 1965) erhoben. Die Schülerinnen und Schüler in der HBSC-Studie wurden gebeten, auf einer 11-stufigen visuellen Analogskala in Form

einer Leiter anzugeben, auf welcher Stufe auf dieser Skala sie ihr Leben derzeit zuordnen würden. Die unterste Sprosse (Wert: 0) bezeichnet dabei das „denkbar schlechteste Leben“, die oberste Sprosse (Wert: 10) das „denkbar beste Leben“. Für die Auswertung wurden die 11 Antwortmöglichkeiten in „niedrige Lebenszufriedenheit“ (Werte 0 bis 5) und „hohe Lebenszufriedenheit“ (Werte 6 bis 10) eingeteilt.