



Gesunde Lebenswelt Schule
– das PLUS für alle!

SCHÜLERGESUNDHEIT IN THÜRINGEN 2010

Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie und
Perspektiven der schulischen Gesundheitsförderung
im Freistaat Thüringen

Ludwig Bilz, Wolfgang Melzer

Ludwig Bilz, Wolfgang Melzer

Schülergesundheit in Thüringen 2010

SCHÜLERGESUNDHEIT IN THÜRINGEN 2010

ERGEBNISSE DER HBSC-GESUNDHEITSSTUDIE
UND PERSPEKTIVEN DER SCHULISCHEN
GESUNDHEITSFÖRDERUNG
IM FREISTAAT THÜRINGEN

Ludwig Bilz, Wolfgang Melzer

Fakultät Erziehungswissenschaften
Technische Universität Dresden
Dresden 2010

Impressum

Technische Universität Dresden
Fakultät Erziehungswissenschaften
Forschungsgruppe Schulevaluation
Weberplatz 5
01217 Dresden
(Postanschrift: 01062 Dresden)

Dr. Ludwig Bilz
Prof. Dr. Wolfgang Melzer

weitere Autoren:
Marion Dörfler, TMBWK
Andrea Kruse, TU Dresden
Brit Oppat, AOK PLUS
Matthias Ritter, TU Dresden

Tel.: 0351 / 463-34944
Fax: 0351 / 463-37242
E-Mail: ludwig.bilz@tu-dresden.de
Internet: www.tu-dresden.de

Titellayout: Sybill Friese

Inhalt

	Geleitwort des Thüringer Ministers für Bildung, Wissenschaft und Kultur	9
	Geleitwort der AOK PLUS	11
	Vorwort der Forschungsgruppe Schulevaluation	13
1	DIE HBSC-GESUNDHEITSSTUDIE IN THÜRINGEN (L. Bilz)	15
1.1	HBSC – Health Behaviour in School-aged Children	15
1.2	Stichprobe	16
1.3	Das Erhebungsinstrument	16
1.4	Durchführung	17
1.5	Auswertung und Darstellung der Befunde	18
2	ERGEBNISSE ZUR GESUNDHEIT (A. Kruse)	19
2.1	Körperliche Gesundheit	21
2.2	Psychische Gesundheit	26
2.3	Soziale Gesundheit	35
2.4	Zwischenresümee	46
3	ERGEBNISSE ZUM GESUNDHEITS- UND RISIKOVERHALTEN (L. Bilz).....	49
3.1	Substanzkonsum.....	49
3.2	Ernährungsverhalten	57
3.3	Körperliche Aktivität.....	60
3.4	Zwischenresümee	61
4	EINFLUSSFAKTOREN UND UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME (M. Ritter, L. Bilz)	63
4.1	Familie und sozioökonomische Lage	64
4.2	Schule und Schulkultur	67
4.3	Gleichaltrigengruppe und Freizeit	85
4.4	Selbstkonzept und Persönlichkeit.....	91
4.5	Zwischenresümee	95
5	RESÜMEE UND PERSPEKTIVEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	97
5.1	Schülergesundheit in Thüringen 2010: Fazit und Schlussfolgerungen für die schulische Gesundheitsförderung (L. Bilz)	97
5.2	Schulische Gesundheitsförderung an Thüringer Schulen (M. Dörfler)	100
5.3	Das Modellprojekt „Gesunde Lebenswelt Schule – ein PLUS für alle“ (B. Oppat, L. Bilz).....	103
	Literatur.....	115

Abbildungen

Abb. 1 – Die HBSC-Teilnehmerstaaten (2005/2006)	15
Abb. 2 – Eine Seite aus dem Online-Fragebogen	17
Abb. 3 – „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“	20
Abb. 4 – Subjektive Gesundheitseinschätzung im Vergleich 2005 vs. 2010	21
Abb. 5 – Behandlungsbedürftige Verletzungen in den letzten 12 Monaten (Prozent)	22
Abb. 6 – Behandlungsbedürftige Verletzungen der letzten 12 Monate im Vergleich 2005 vs. 2010	22
Abb. 7 – Beurteilung der Zahngesundheit (in Prozent)	23
Abb. 8 – Zusammenhang zwischen Zahnpflege und Zahngesundheit (in Prozent)	24
Abb. 9 – Gewichtsstatus im Vergleich 2005 vs. 2010 (in Prozent)	26
Abb. 10 – Mittelwerte psychosomatischer Beschwerden im Vergleich 2005 vs. 2010	28
Abb. 11 – Verteilung der SDQ-Teilskalen und der Gesamtskala (in Prozent)	29
Abb. 12 – Geschlechtsspezifische Anteile der SDQ-Risikogruppen (in Prozent)	30
Abb. 13 – Wohlstandsbezogene Anteile der SDQ-Risikogruppen (in Prozent)	31
Abb. 14 – Geschlechts- und klassenspezifische Anteile der emotional auffälligen Jugendlichen (in Prozent)	32
Abb. 15 – Geschlechts- und klassenspezifische Verteilung der verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schüler (in Prozent)	33
Abb. 16 – Auszug aus dem Fragebogen: Die Cantrill-Leiter	34
Abb. 17 – Lebenszufriedenheit (Mittelwerte)	34
Abb. 18 – Enge Freunde des gleichen Geschlechts	36
Abb. 19 – Enge Freunde des anderen Geschlechts	36
Abb. 20 – Über wichtige Dinge sprechen können	37
Abb. 21 – „Wie oft warst du in den letzten 12 Monaten in eine Schlägerei verwickelt?“ (in Prozent)	39
Abb. 22 – Zusammenhang Verletzung und Häufigkeit der Verwicklung in Schlägerei (in Prozent)	40
Abb. 23 – Anteile der Mädchen und Jungen, die mindestens 1mal schikaniert worden bzw. mindestens 1mal eine/n Mitschüler/in schikaniert haben (in Prozent)	41
Abb. 24 – Verteilung Täter-Opfer-Typologie (in Prozent)	44
Abb. 25 – Vergleich Täter-Opfer-Typologie 2005 und 2010 (in Prozent)	45
Abb. 26 – Tägliche Raucher in Thüringen 2005 und 2010 (Prozent)	50
Abb. 27 – Anteil täglicher Raucher in Thüringen 2003, 2005 und 2010 in Klassenstufe 9 (Prozent)	50
Abb. 28 – Tägliche Raucher nach Klassenstufe, Schulform, sozialer Herkunft und Geschlecht (Prozent)	51
Abb. 29 – „In welchem Alter hast du zum ersten Mal geraucht?“ (Klassenstufe 9, Prozent)	52
Abb. 30 – Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du betrunken warst? (Prozent f. 2005 und 2010)	52
Abb. 31 – Wie oft betrunken gewesen? (Prozent für „ja, öfter als 3 mal“)	53
Abb. 32 – Zehn und mehr binge-drinking-Episoden in den letzten 30 Tagen (Neuntklässler, Prozent)	54
Abb. 33 – Alkohol: Konsumierte Getränkearten (Prozent)	55
Abb. 34 – Konsum illegaler Drogen (Neuntklässler, 12-Monate-Prävalenz, Prozent)	55
Abb. 35 – Cannabiskonsum 2005 und 2010 (Neuntklässler, Prozent)	56
Abb. 36 – Cannabiskonsum, 12-Monate-Prävalenz (Neuntklässler, Prozent)	57
Abb. 37 – „Wie oft isst du zum Frühstück?“ (Prozent)	58
Abb. 38 – „Ich frühstücke nie an Wochentagen“ (Prozent)	58
Abb. 39 – „Ja, ich mache gerade eine Diät“ (Prozent)	59
Abb. 40 – Machst du zurzeit eine Diät oder etwas anderes um abzunehmen? (Prozent für 2005 und 2010)	60
Abb. 41 – Tage pro Woche mit mindestens einer Stunde sportlicher Aktivität (Mittelwerte)	61
Abb. 42 – Belastungs-Bewältigungs-Modell nach Hurrelmann (2004, S.160)	63
Abb. 43 – Die fünf Handlungsfelder der guten gesunden Schule (in Anlehnung an Paulus, 2003)	67
Abb. 44 – Schulzufriedenheit im Zeitvergleich (Prozent für „sehr gut“)	69
Abb. 45 – Partizipation im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)	71
Abb. 46 – Mitschülerunterstützung im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)	72
Abb. 47 – Elternunterstützung im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)	74
Abb. 48 – Lehrerunterstützung im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)	75
Abb. 49 – Unterrichtsqualität im Zeitvergleich (Skalenmittelwert)	77
Abb. 50 – Schülerzentrierte Bezugsnormorientierung (Skalenmittelwerte)	78
Abb. 51 – Schulische Belastungen im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)	80
Abb. 52 – intrinsische Lernmotivation (Skalenmittelwerte)	82
Abb. 53 – wettbewerbsorientierte Lernmotivation (Skalenmittelwerte)	82

Abb. 54 – Modell der Zusammenhänge von Gesundheit und Gesundheitsverhalten hinsichtlich Schule und Schulkultur.....	84
Abb. 55 – Nach der Schule mit Freunden / Freundinnen im Zeitvergleich (Mittelwert: Tage pro Woche)	86
Abb. 56 – Abende mit Freunden / Freundinnen im Zeitvergleich (Mittelwert: Tage pro Woche)	87
Abb. 57 – Fernsehen an Schultagen im Zeitvergleich (Mittelwert: Stunden pro Tag).....	89
Abb. 58 – Fernsehen am Wochenende im Zeitvergleich (Mittelwert: Stunden pro Tag).....	90
Abb. 59 – Dimensionen der Schülerpersönlichkeit nach Fend (1997, S. 58).....	91
Abb. 60 – Gruppierung der Schüler anhand ihres sozialen und schulischen Selbstkonzepts	94
Abb. 61 – Themenfelder der Gesundheitsförderung.....	102

Tabellen

Tab. 1 – Verteilung der Stichprobe (N = 4.788)	16
Tab. 2 – Zusammenhang zwischen Wohlstand der Familie und besuchter Schulform	18
Tab. 3 – Gewichtsstatus von Mädchen und Jungen in Prozent	25
Tab. 4 – Psychosomatische Beschwerden (Prozent für „fast jede Woche“ bis „fast jeden Tag“)	27
Tab. 5 – Mobbing – Opfererfahrungen (Prozent für 2 mal im Monat und öfter).....	42
Tab. 6 – Mobbing – Tätererfahrungen (Prozent für 2 mal im Monat und öfter).....	43
Tab. 7 – Gewichtsstatus von Diät haltenden Mädchen und Jungen in 2010 (Prozent).....	60
Tab. 8 – Familienformen in Thüringen	64
Tab. 9 – Familienformen und Gesundheit / Gesundheitsverhalten	65
Tab. 10 – Familienklima-Skala I: Positiv emotionales Klima (Roth, 2002).....	65
Tab. 11 – Familienklima-Skala II: Kontrolle (Roth, 2002).....	66
Tab. 12 – Erziehungsstil und Gesundheit / Gesundheitsverhalten	66
Tab. 13 – Schulzufriedenheit und Gesundheit / Gesundheitsverhalten.....	69
Tab. 14 – Skala Partizipation (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“).....	70
Tab. 15 – Skala Mitschülerunterstützung (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“).....	72
Tab. 16 – Skala Elternunterstützung (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)	73
Tab. 17 – Skala Lehrerunterstützung (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)	74
Tab. 18 – Skala Unterrichtsqualität (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)	76
Tab. 19 – Skala schülerzentrierte Bezugsnormorientierung (Prozent für „trifft eher zu“ u. „trifft zu“)	78
Tab. 20 – Skala schulische Belastungen (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)	79
Tab. 21 – Skala intrinsische Lernmotivation (Prozent für „trifft eher zu“ u. „trifft zu“)	81
Tab. 22 – Skala wettbewerbsorientierte Lernmotivation (Prozent für „trifft eher zu“ u. „trifft zu“).....	81
Tab. 23 – Peerkontext und Gesundheit / Gesundheitsverhalten	88
Tab. 24 – Fernsehkonsum und Gesundheit / Gesundheitsverhalten	90
Tab. 25 – Skala: Allgemeine Selbstwirksamkeit	92
Tab. 26 – Selbstwirksamkeit und Gesundheit / Gesundheitsverhalten	92
Tab. 27 – Items und interne Konsistenz der Selbstkonzept-Skalen	93
Tab. 28 – Selbstkonzept und Gesundheit / Gesundheitsverhalten.....	94

Geleitwort des Thüringer Ministers für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Thüringer Schulen haben sich nach 2005 zum zweiten Mal an der Health Behaviour in School-aged Children Studie (HBSC Studie) beteiligt.

Diese zweite Beteiligung war Bestandteil des Rahmenvertrages zwischen dem Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (TMBWK), der AOK PLUS und der TU Dresden. Teil dieses Rahmenvertrages war es aber nicht nur Daten zu liefern, sondern auch eine wirksame Unterstützung für Schulen bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise zu erproben und den Schulen zur Verfügung zu stellen.

Die Gesundheitsförderung an Thüringer Schulen ist ein außerordentlich wichtiger Aspekt der Schulentwicklung. Verschiedene wissenschaftliche Forschungen und Befragungen, auch aus dem Bereich der Lernforschung der letzten Jahre, haben belegt, dass positive Emotionen das Lernen unterstützen, während negative Emotionen hinderlich sind. Das heißt in einem zufriedenstellenden Umfeld können Lernende ihr volles Potential an geistigen und körperlichen Möglichkeiten ausschöpfen. Das gesamte Lernverhalten wird dabei beeinflusst. Folgerichtig genießt die Gesundheitsförderung an Thüringer Schulen hohe Priorität.

Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung müssen sich in das Gesamtkonzept der schulischen Entwicklung einordnen. Dabei sind die Beteiligten sowie die Partner der Schule, wie Lehrer, Schüler, Eltern, nichtpädagogisches Personal und außerschulische Partner in die Konzepterstellung mit einzubeziehen bzw. zu berücksichtigen.

Aufgrund der Tatsache, dass die Kinder und Jugendlichen einen Großteil ihres Alltags im Lebensraum Schule verbringen, haben besonders die Schulen eine wesentliche und bedeutende Verantwortung für den Bereich der Gesundheitserziehung. „Schulische Gesundheitserziehung ist Teil einer umfassenden Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung, zu der alle individuellen, familiären und öffentlichen Bemühungen um die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Menschen gehören“ (BzGA „Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung“ 2000; Heft 10).

Es ist also nun die große Herausforderung der Gesundheitsförderung, den jungen Menschen dahingehend zu befähigen, dass er selbstbestimmt und verantwortungsbewusst eine gesundheitsorientierte Lebensweise führt. Ferner kann es durch die Förderung der Stärken und Ressourcen der Lernenden und der Lehrenden gelingen, die gesundheitliche Chancenungleichheit positiv zu verändern.

Schulen sollten ihre vielfältigen Aktivitäten bündeln, systematisieren und entsprechend der schulinternen Zielstellung ausrichten. Im Vordergrund der schulischen Konzepte muss dabei die Prävention stehen. Das schulische Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise ist somit ein Teil des Qualitätsrahmens der Schulen. Dabei orientiert sich die Leitidee dieses Konzeptes einerseits an einer Entwicklung der Schulen zu einem insgesamt gesunden Lebensraum und andererseits an einer Verbesserung der Lernbedingungen der Schülerinnen und Schüler. Ebenfalls steht die Stabilisierung der Arbeitszufriedenheit der Lehrkräfte im Fokus.

Wichtig ist dabei auch eine Abstimmung zwischen der Schule und dem Elternhaus. Die Schüler sollen während des gesamten Prozesses die Chance erhalten, sich aktiv an der Gesundheitsförderung zu beteiligen und diese auch mit zu gestalten.

Mit der vorliegenden Studie zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern besteht nun die Möglichkeit, die Schulen im Freistaat Thüringen sowohl national als auch international im Vergleich zu betrachten. Sie regt unter anderem zum Nachdenken an und bietet einen Anlass für Verbesserungsvorschläge.

Mein Dank gilt den Partnern des Rahmenvertrages, der AOK PLUS, der TU Dresden und selbstverständlich den Begleitern, ohne die das Projekt „Gesunde Lebenswelt Schule – das PLUS für alle“ in seiner Gesamtheit nicht umgesetzt werden kann. Dies sind das Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (ThILLM) und die Friedrich-Schiller-Universität Jena. Allen Beteiligten wünsche ich vor allem Gesundheit und viele kreative Ideen bei der Umsetzung der weiteren Vorhaben.

Christoph Matschie
Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Kinder sind unsere Zukunft

Es gibt für unsere Gesellschaft nichts Wichtigeres als die Gesundheit unserer Kinder. Dabei kommt es in hohem Maße auf die Einstellung der Eltern an. Denn die Familie hat eine starke Vorbildfunktion für die zukünftigen Verhaltensmuster der Heranwachsenden. Aber auch die Gesellschaft ist hier gefordert, denn außerhalb der Familie wird immer noch zu wenig getan, um den Kleinsten in unserer Gesellschaft eine gute Zukunft zu sichern.

Probleme erkennen reicht nicht

Die Probleme sind seit langem bekannt: Die Fitness der Kinder und Jugendlichen lässt immer mehr nach. Die Kluft zwischen den Kindern und Jugendlichen, die fit sind und ihren unспортlichen Altersgenossen wird immer größer. Der Schulsport könnte hier zu entscheidenden Verbesserungen führen. Aber jede vierte Sportstunde an den Schulen fällt heute aus. Andere Zahlen zeichnen auch kein optimistischeres Bild: 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind übergewichtig. Ein Drittel der Kinder und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren kann nicht schwimmen. Mehr als die Hälfte hat Haltungsschäden. Immer mehr Kinder klagen über die Folgen psychischer Belastungen. Bei Kindern und Jugendlichen bereiten Fehlernährung und Bewegungsmangel den Boden dafür, dass sie in späteren Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit an chronischen Krankheiten wie Diabetes erkranken oder Probleme mit Herz, Kreislauf und Gelenken bekommen.

AOK PLUS hat langjährige Erfahrungen bei Kindergesundheit

Die AOK PLUS sieht sich in der Pflicht, diese Probleme anzupacken. In zahlreichen Projekten engagiert sich die AOK PLUS im Rahmen der Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ für ein gesundes Lebensumfeld und eine optimale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Gesundheitskasse betritt kein Neuland, sondern blickt auf eine langjährige Erfahrung in den Bereichen Primär- und Sekundärprävention für Kinder und Jugendliche zurück.

Zukunftsorientierte Kooperation

Dazu gehört auch das Projekt „Gesunde Lebenswelt Schule“. Es verfolgt das Ziel, Schulen im Freistaat Thüringen aktiv bei der Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages zu unterstützen. Wir freuen uns ganz besonders, dass wir dabei bereits seit 2009 eng mit dem Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und der Technischen Universität Dresden kooperieren.

Mit der vorliegenden Studie liegen jetzt bereits zum zweiten Mal konkrete und verwertbare Ergebnisse vor. Diese werden wir in Thüringen nutzen, um Veränderungsprozesse weiter gemeinsam voranzubringen. Wir setzen damit auch ein bundesweites Signal, wie ein breites, gesellschaftliches Engagement zu einer zukunftsorientierten Kindergesundheit führen kann.

Schule und Partner arbeiten gemeinsam

Mit seinem Entwicklungsvorhaben „Eigenverantwortliche Schule“ hat der Freistaat Thüringen Schulen ein Leitziel und Methodenkonzept an die Hand gegeben. Dieses befähigt die Thüringer Schulen, eigenständig schulische Entwicklung zu gestalten, um eine hohe Qualität des Unterrichts und der Lernergebnisse der Schülerinnen und Schüler zu erreichen und nachhaltig zu sichern.

Die Projektpartner unterstützen die Akteure in der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihres Schulentwicklungsprozesses und bei der Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen. Das Ziel:

nachhaltig für alle Beteiligten in der Schule ein gesundes Lebensumfeld zu gestalten und somit Rahmenbedingungen für eine hohe Qualität in der Erfüllung des Bildungs- und Erziehungsauftrages zu erreichen. Gesundheitsförderung ist dabei also nicht noch eine weitere Aufgabe von Schule, sondern bildet die Basis für ein gesundes Lernumfeld, positives Schulklima und eine höhere Schulfreude für Lehrer und Schüler. Dabei lassen sich alle drei Projektpartner von den Prinzipien Bedarfsorientierung, Selbstbestimmung, Partizipation und Nachhaltigkeit leiten.

5.000 Schüler wurden befragt

Diese Broschüre spiegelt Grundlagen der so genannten „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“-Studie der Weltgesundheitsorganisation WHO wider und bricht diese auf Thüringen herunter. Es wurde erforscht, welchen Einfluss die Sozialisationsbedingungen von Kindern und Jugendlichen, beispielsweise Milieueinflüsse oder Effekte der Schulumwelt und der Lernkultur, auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitsstatus haben.

Mittels Fragebogenerhebung wurden bis Februar 2010 rund 5.000 Schüler zwischen 11 und 16 Jahren untersucht. Aus den vorliegenden Daten wird für jede befragte Schule ein Einzelprofil erstellt. Diese sind wichtige Orientierungspunkte für die weitere intensive Zusammenarbeit mit interessierten Pilotschulen in Thüringen.

Projekte mit Zukunft

Das Projekt „Gesunde Lebenswelt Schule“ reiht sich ein in eine große Palette von Angeboten der AOK PLUS zu mehr Kindergesundheit. Erinnern möchte ich in diesem Zusammenhang an unsere Impfangebote und Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche, an den jährlichen AOK-Familientag mit Gesundheitsangeboten für die ganze Familie oder das Kindertheater „Möhren, Kinder, Sensationen“. Gleichzeitig bieten wir im Bundesland Thüringen unseren Versicherten derzeit bei über 720 Anbietern über 1800 qualitativ hochwertige individuelle Gesundheitsangebote für Kinder und Jugendliche.

In Kindergarten oder Betrieb unterstützen wir seit vielen Jahren die Akteure in der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebenswelt und bei der Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen. Zur Zeit betreuen wir z. B. in Thüringen über 5200 Kindergartenkinder in über 110 Einrichtungen im Rahmen des Programms „TigerKids“ und beraten jährlich über 200 Unternehmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Kindergesundheit wird das überragende Thema in der Präventionsarbeit der AOK PLUS für die nächsten Jahre sein. Deshalb danke ich allen Partnern für die hier vorliegende Studie. Wir werden die Ergebnisse nutzen, um weitere Angebote speziell zur Gesundheit der Schüler und Jugendlichen in Thüringen darauf aufzubauen. Denn gerade sie benötigen unsere Hilfe – das Engagement der ganzen Gesellschaft.

Frank Storsberg

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK PLUS

Vorwort der Forschungsgruppe Schulevaluation

Die Forschungsgruppe Schulevaluation an der Technischen Universität Dresden führt seit ihrer Gründung im Jahre 1993 schulbezogene Studien zu drei Schwerpunkten durch: Zur Schulqualität und Schulentwicklung, zur Gewalt in der Schule sowie zum Gesundheitsstatus und zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen im Schulsetting. Eine Haupteckenerkenntnis ist, dass diese drei Forschungsschwerpunkte theoretisch, empirisch und in der Schulpraxis sehr eng zusammenhängen, wobei „Schulkultur und Schulklima“ zentrale Variablen darstellen. Daher ist unsere wichtigste Schlussfolgerung, dass die Qualitätsentwicklung von Schule auch einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention leisten kann.

Die gesundheitliche Situation der jungen Generation gibt, insgesamt betrachtet, Anlass zur Besorgnis. Nur vordergründig handelt es sich bei der jungen Bevölkerungsgruppe um die gesündeste, bei genauerem Hinsehen lassen sich erhebliche Defizite im Gesundheitsstatus feststellen – das bestätigen frühere und auch die jetzt vorgelegte Thüringer Schüler-Gesundheitsstudie, die im Rahmen des WHO-Forschungsverbundes „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) von der Forschungsgruppe Schulevaluation der Technischen Universität Dresden durchgeführt wurde. Zwar spielen beim Übergang von der Kindheits- in die Jugendphase sowohl die klassischen Infektionskrankheiten als auch die in den letzten Jahrzehnten im Erwachsenenalter immer stärker um sich greifenden chronischen Erkrankungen heute keine große Rolle, aber in den Schnittbereichen zwischen psychischen und körperlichen Anforderungen auf der einen Seite und sozialen und physischen Umweltbedingungen auf der anderen Seite ergeben sich Probleme. Sie schlagen sich in körperlichen, psychischen und sozialen Befindlichkeitsstörungen von Jugendlichen nieder. Störungen des Immunsystems, des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie Belastungs-Bewältigungs-Probleme bieten sich hierfür als Erklärungen an.

Der Aufgabe, dieses komplexe Gefüge des gesundheitlichen Geschehens, also der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit einschließlich der Einfluss- und Risikofaktoren auf die Gesundheit sowie der Präventionsmöglichkeiten systematisch und kontinuierlich zu untersuchen, hat sich die Weltgesundheitsorganisation mit ihrem Regionalbüro Europa seit vielen Jahren gestellt. Deutsche Forschungsteams beteiligen sich seit 1994 an den international abgestimmten Erhebungen zur gesundheitlichen Situation von Jugendlichen (HBSC-Studie), die Dresdner Forschungsgruppe ist seit zehn Jahren Mitglied in diesem WHO-Forschungsverbund. Im Herbst 2003 wurde erstmalig ein deutscher Jugendgesundheitsurvey vorgelegt, ein zweiter folgte im Jahre 2008 mit dem thematischen Schwerpunkt „Gesundheit und soziale Ungleichheit“. Die erste Repräsentativbefragung von Schülerinnen und Schülern in Thüringen führten wir im Jahre 2005 durch, so dass wir zusammen mit den aktuellen Untersuchungen in der Lage sind, Trendaussagen zu zentralen Parametern der Gesundheit von Heranwachsenden vorzunehmen.

Die Studie ist primär auf die Analyse des Gesundheitsstatus sowie gesundheitsrelevanter Verhaltens- und Lebensmuster bei Heranwachsenden ausgerichtet. Zusätzlich werden Sozialindikatoren zur jugendlichen Alltagswelt, insbesondere aus den Bereichen Familie, Schule, Freundschaft und Freizeit erhoben. Die Untersuchung bedient sich der Methode des Selbstberichts, die sich in der Gesundheitsforschung immer mehr durchsetzt. Wir wollen mit der Veröffentlichung der Ergebnisse einen Impuls für die Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitszielbestimmung geben und darüber hinaus auch die Debatte um die Kompetenzentwicklung von He-

ranwachsenden produktiv beeinflussen. Denn die Belastungen, denen sich Jugendliche - zum Beispiel durch schulischen Leistungsdruck bei gleichzeitig unzureichender Unterstützung - ausgesetzt sehen, führen nicht nur zu einem eingeschränkten Leistungsstatus und niedrigen Rangplätzen bei den internationalen Schulleistungsvergleichen, sondern auch zu Defiziten im Bereich der mentalen Gesundheit und einer Zunahme psychosomatischer Beschwerden.

Die Ergebnisse der Studie geben Hinweise für die Neuausrichtung von Angeboten und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung, die dringend geboten ist. Positiv ist in diesem Zusammenhang die Verpflichtung der Thüringer Schulen, sich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Rahmen der Schulprogrammarbeit zu widmen. Bei der Analyse der allgemeinen Problemlagen kann die Lektüre dieses Landesberichts als Hintergrundinformation hilfreich sein, für eine Beurteilung der Situation an den Einzelschulen sind spezifische Ist-Analysen erforderlich, die wir für die an der Befragung beteiligten Einrichtungen aufbereiten und zur Verfügung stellen. Wir entwickeln für jede der beteiligten 53 Einzelschulen Leistungs- und Defizitprofile zu einer Auswahl von Variablen, die für die Praxis der Schulentwicklung und Gesundheitsförderung wichtig sind. Zu jeder Variablen zeigen wir der jeweiligen Schule, wie sie im Spektrum aller Schulen positioniert ist, ob sie für ein bestimmtes Kriterium im Durchschnitt der Schulen bzw. der Bezugsschulform liegt oder „besser“ bzw. „schlechter“ abschneidet. Mit dieser „Benchmarkingstrategie“, die auf einer wissenschaftlichen Bedingungsanalyse beruht, können sich die Schulen, z. B. bei einem „Pädagogischen Tag“ auseinandersetzen und die notwendigen Schritte und Maßnahmen für eine Qualitätsoffensive einsetzen. Hier setzt die Präventionsarbeit der Schulberater der AOK Plus ein, die gemeinsam mit dem Thüringer Kultusministerium Finanz- und Auftraggeber sowie kompetenter Kooperationspartner ist.

Die Zusammenarbeit dieser drei Institutionen, Ministerium – Krankenkasse – Wissenschaft, ist als modellhaft und Paradebeispiel einer „Public-Private-Partnership“ zu würdigen, ich bedanke mich für die professionelle Zusammenarbeit.

Mein Dank gilt darüber hinaus den beteiligten Schulen und Schulleitungen, Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern. Weiterhin bedanke ich mich bei allen Institutionen und Personen, die die Durchführung und Auswertung in anderer Weise unterstützt haben, bei Dr. Christof Nachtigall und Mario ten Venne von der Universität Jena, Brit Oppat und Frank Vieweg von der AOK PLUS, Marion Dörfler vom TMBWK sowie meinem Forschungsteam unter der Leitung von Dr. Ludwig Bilz und den Mitarbeitern Johanna Kliem, Andrea Kruse und Matthias Ritter.

An der diesjährigen Studie der WHO – herzlichen Dank auch an das HBSC Deutschland- Konsortium für die Kooperation – sind insgesamt 40 Länder der Welt beteiligt, Thüringen ist das erste deutsche Bundesland, in dem die 2010er Untersuchung abgeschlossen wurde. Hier bietet sich die Möglichkeit, nationale und internationale Vergleichsanalysen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung durchzuführen. Außerdem besteht das Angebot, den eingesetzten Schülerfragebogen zu einem kompakten Befragungsinstrument aufzubereiten, das dauerhaft allen Schulen im Lande zur Verfügung gestellt werden kann, um auf diese Weise gemeinsam mit den verabredeten Präventionsmaßnahmen die Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung zu sichern.

Dresden und Erfurt, im Oktober 2010
Prof. Dr. Wolfgang Melzer

1 DIE HBSC-GESUNDHEITSSTUDIE IN THÜRINGEN

Ludwig Bilz

1.1 HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

Die Erhebung von aussagefähigen, international vergleichbaren Daten zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen, die Analyse möglicher Bedingungsfaktoren und das Finden von Ansatzpunkten für Präventionsmaßnahmen sind die zentralen Aufgaben der HBSC-Studie. Um diese Aufgabe zu meistern, haben sich Forschergruppen aus inzwischen über 40 Ländern unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu einem Konsortium zusammengeschlossen, welches seit 1982 im vierjährigen Turnus Erhebungen in allen Teilnehmerstaaten durchführt (s. Abbildung 1).



Abb. 1 – Die HBSC-Teilnehmerstaaten (2005/2006)

In Deutschland beteiligen sich Forscherteams der Universität Bielefeld, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Technischen Universität Dresden und der Fachhochschule Frankfurt am Main unter der Leitung des WHO Collaborating Centers der Fakultät Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld an dieser Studie. In Deutschland wird die HBSC-Studie stellvertretend in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Thüringen und Hamburg durchgeführt. Die Ergebnisse der ersten deutschen Erhebung im Jahre 2002 sind im Jugendgesundheitsurvey (Hurrelmann, Klocke, Melzer, & Ravens-Sieberer, 2003) dokumentiert, die Befunde der zweiten Erhe-

bungswelle (2005/2006) wurden 2008 veröffentlicht (Richter, Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2008). Zusätzlich zu den Befragungen in den vier Bundesländern wird bei der aktuellen dritten Erhebungswelle zum ersten Mal eine bundesweit repräsentative Stichprobe Jugendlicher im Alter von 11 bis 16 Jahren befragt. Diese von der Universität Bielefeld aus koordinierte bundesweite Erhebung ermöglicht es erstmals, die Ergebnisse der einzelnen Bundesländer mit dem gesamtdeutschen Befunden zu vergleichen.

In Thüringen konnte mit Unterstützung der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) zum ersten Mal im Jahr 2005 eine HBSC-Befragung realisiert werden (Bilz & Melzer, 2005). Die aktuelle zweite Thüringer HBSC-Befragung, deren Ergebnisse in diesem Bericht vorgestellt werden, geht auf eine gemeinsame Initiative der Technischen Universität Dresden, der AOK PLUS und des Thüringer Ministeriums für Wissenschaft, Bildung und Kultur (TMBWK) zurück. Zum ersten Mal kann jetzt für eine breite Palette von Gesundheitsindikatoren ein Entwicklungstrend über fünf Jahre hinweg nachgezeichnet werden.

1.2 Stichprobe

Die Zielpopulation der Befragung sind – gemäß den Richtlinien des HBSC-Konsortiums – Schüler und Schülerinnen der 5., 7. und 9. Klassen an allgemeinbildenden Schulen des Freistaates Thüringen. Die nach Schulform geschichtete Klumpenstichprobe wurde im sog. PPS-Design (probability proportional to size, vgl. Schnell, Hill, & Esser, 1989) gezogen. Das bedeutet, dass Regelschüler und Gymnasiasten entsprechend der Verteilung aller Thüringer Schüler dieser Altersklassen auf diese Schulformen in der Stichprobe vertreten sind. Zusätzlich wurde bei der Zufallsauswahl der Schulen die Schulgröße berücksichtigt. Aufgrund des untergeordneten Stellenwertes der Gesamtschule in Thüringen wurde diese Schulform bei der Stichprobenauswahl nicht berücksichtigt.

Befragt wurden insgesamt 4.908 Schüler und Schülerinnen klassenweise an 53 Schulen im Freistaat. Im Zuge der Datenbereinigung und Plausibilitätsprüfung reduzierte sich der Datensatz auf N = 4.788 (s. Tabelle 1). Diese für die o. a. Altersgruppe und den Freistaat Thüringen repräsentative Stichprobe ist Grundlage der im Folgenden dargestellten Auswertungen.

Tab. 1 – Verteilung der Stichprobe (N = 4.788)

Schulform	5. Klasse		7. Klasse		9. Klasse		Gesamt	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Regelschule	437	486	409	485	354	392	1200	1363
Gymnasium	452	393	422	357	339	262	1213	1012
Gesamt	889	879	831	842	693	654	2413	2375

1.3 Das Erhebungsinstrument

Die Inhaltsbereiche der Befragung lassen sich an der Gliederung der Kapitel dieser Broschüre ablesen. Um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird in allen an der HBSC-Studie beteiligten Ländern nach dem gleichen Forschungsdesign mit einem standardisierten, in die jeweilige Landessprache übertragenen Kernteil des Fragebogens gearbeitet. Zusätzlich haben die lokalen Forscherteams die Möglichkeit, mit zusätzlichen Fragen eigene Schwerpunkte zu setzen. Für die Befragung in Thüringen waren dies die Themenbereiche Schulkultur und die psychische Gesundheit. In Kooperation mit der Forschungsgruppe *kompetenztest.de* an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena wurde der HBSC-Fragebogen in ein Online-Erhebungs-Instrument übertragen.

In Abbildung 2 sind beispielhaft zwei Fragen aus dem HBSC-Fragebogen dargestellt. Bestimmte Themenbereiche, wie z. B. die Zahngesundheit wurden mit *einer* Frage (Nr. 49) erhoben. Für andere Inhalte, so z. B. die Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden (Nr. 50), wäre eine einzelne Frage nicht ausreichend. Deshalb wurden verschiedene psychosomatische Einzelbeschwerden mit elf Fragen erhoben. Bei der Auswertung können nun die Angaben der Schüler zu den einzelnen Symptomen (z. B. Einschlafprobleme) berichtet werden, viel aussagekräftiger und genauer sind aber zusammengefasste Summenwerte. Wenn in dieser Broschüre zusammengefasste Werte berichtet werden, so werden die Begriffe „Skala“ bzw. „Faktor“ verwendet.

49.		Wie schätzt du deine Zahngesundheit ein?				
sehr gut						(4)
gut						(3)
schlecht						(2)
sehr schlecht						(1)

50.		Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten die folgenden Beschwerden? Bitte mache in jeder Zeile ein Kreuz!				
		fast täglich	mehrmals pro Woche	fast jede Woche	ungefähr einmal im Monat	selten oder nie
1.	Kopfschmerzen	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
2.	Bauchschmerzen	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3.	Rückenschmerzen	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4.	Nacken- oder Schulterschmerzen	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5.	fühle mich ängstlich	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6.	fühle mich müde und erschöpft	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
7.	fühle mich allgemein schlecht	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
8.	bin gereizt oder schlecht gelaunt	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9.	fühle mich nervös	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
10.	kann schlecht einschlafen	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
11.	fühle mich benommen, schwindelig	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

Abb. 2 – Eine Seite aus dem Online-Fragebogen

1.4 Durchführung

Die Befragung wurde im Frühjahr 2010 durchgeführt und fand freiwillig und anonym statt. Hierzu bearbeiteten die Schüler einer Klasse den Fragebogen online im PC-Pool ihrer Schule. Die Schülerinnen und Schüler wurden nur dann befragt, wenn sie sich zur Teilnahme bereit erklärten und eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern vorlag. Zur regionalen Zuordnung der Fragebögen wurden codierte Angaben über die besuchte Schule und die Klassenstufe erhoben. Weitere Angaben, die zur Identifikation von Einzelpersonen führen könnten, wurden nicht erfasst. Die Studie wurde vom Thüringer Kultusministerium datenschutzrechtlich geprüft und genehmigt.

1.5 Auswertung und Darstellung der Befunde

Die Darstellung der Befunde (z. B. zum Rauchen) in den folgenden Kapiteln wird durch folgende Hintergrundvariablen strukturiert: das Geschlecht, die Altersstufen (5., 7., 9. Klasse), die Schulform (Regelschule oder Gymnasium) und der Wohlstand als Indikator für die soziale Herkunft. Zur Bestimmung des Wohlstandes haben wir die Schülerinnen und Schüler nach dem Vorhandensein verschiedener Wohlstandsgüter in ihren Elternhäusern (z. B. Autos, eigenes Zimmer, Urlaubsreisen) befragt und aus diesen Angaben einen zusammengefassten Wert – den Wohlstandsindex gebildet. Anhand dieses Index, der das Herkunftsmilieu spiegelt, wurde die Stichprobe in fünf gleich große Gruppen (Quintile) eingeteilt: 1 – unterstes Wohlstandsquintil, 5 – oberstes Wohlstandsquintil. So wird beispielsweise für das Rauchen angegeben, ob Jungen oder Mädchen mehr rauchen, ob Rauchen mit dem Alter zunimmt, es eher an Regelschulen oder Gymnasien verbreitet ist und eher Kinder aus Familien mit hohem oder niedrigem Wohlstand rauchen. Dabei muss beachtet werden, dass es zwischen der besuchten Schulform und dem Wohlstand der Familie einen engen Zusammenhang gibt (vgl. Tabelle 2).

Tab. 2 – Zusammenhang zwischen Wohlstand der Familie und besuchter Schulform

	Regelschule	Gymnasium
Unterstes Wohlstandsquintil	76,5 %	23,5 %
Oberstes Wohlstandsquintil	30,0 %	70,0 %

Während im untersten Wohlstandsquintil nur 24 Prozent der Schüler das Gymnasium besuchen, sind es im obersten Wohlstandsquintil mehr als zwei Drittel. Dieser Zusammenhang ist statistisch hoch signifikant. Angaben zur statistischen Signifikanz geben darüber Auskunft, ob gefundene Unterschiede oder Zusammenhänge so bedeutsam sind, dass sie über die Stichprobe hinaus verallgemeinert werden können. Vergleicht man diesen Zusammenhang mit dem 2005 gefundenen, ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Veränderungen. Der Einfluss der sozialen Herkunft auf die Bildungsbeteiligung ist unverändert hoch.

Die Darstellung der Ergebnisse in diesem Bericht gliedert sich in vier Teile: In Kapitel 2 werden Befunde zur Gesundheit und in Kapitel 3 zum Gesundheits- und Risikoverhalten der befragten Thüringer Mädchen und Jungen dargestellt. Das Kapitel 4 widmet sich den zentralen Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die wir untersucht haben und bereitet so die Ableitung von Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Kapitel 5 vor. In diesem Kapitel wird zudem auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen gesundheitsfördernder Maßnahmen im Freistaat Thüringen eingegangen und das innovative Konzept des Modellprojekts „Gesunde Lebenswelt Schule – ein PLUS für alle“ vorgestellt. Im Rahmen dieses gemeinsamen Projekts der AOK PLUS, des TMBWK und der TU Dresden sollen den Thüringer Schulen auf der Grundlage der HBSC-Daten Angebote zu einer bedarfsorientierten Gesundheitsförderung unterbreitet werden.

2 ERGEBNISSE ZUR GESUNDHEIT

Andrea Kruse

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Gesundheit eines Menschen als „einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (WHO, 1946). Das Kindes- und Jugendalter gilt zwar immer noch als die „gesündeste“ Lebensphase, allerdings lässt sich seit mehreren Jahrzehnten ein Trend feststellen, der einen Anstieg von gesundheitlichen Risikofaktoren besonders auf der psychischen und sozialen Dimension von Gesundheit dokumentiert (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2003, S. 21). Neben dem Zurückdrängen von Infektionskrankheiten ergibt sich aufgrund des fortschreitenden sozialen Wandels eine Verschiebung gesundheitlicher Beeinträchtigungen von der physischen hin zur psychischen und sozialen Dimension (vgl. ebd., S. 20). Aufgrund dieses Trends wächst neben der Betrachtung der physischen Gesundheitsaspekte die Bedeutung der Betrachtung psychischer und sozialer Gesundheitsindikatoren.

Ziel dieses Kapitels ist es, zum einen die aktuelle Gesundheitssituation von Thüringer Schülerinnen und Schülern darzustellen und zum anderen auf der Grundlage von Vergleichsanalysen mit der im Jahr 2005 durchgeführten Erhebung Verbesserungen bzw. Verschlechterungen bei ausgewählten Gesundheitsindikatoren zu dokumentieren. Anlehnend an die obige Definition von Gesundheit werden dafür die folgenden drei Bereiche betrachtet: physische, psychische und soziale Gesundheit. Die drei Gesundheitsbereiche stehen, obwohl sie in diesem Bericht nahezu unabhängig voneinander analysiert werden, in engen Wechselwirkungsbeziehungen zueinander. Grundlage der folgenden Analysen ist der international eingesetzte HBSC-Fragebogen.

Unabhängig von den drei oben genannten Gesundheitsbereichen wurden die Schülerinnen und Schüler zunächst nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit gefragt. Die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitsstatus ist insbesondere aufgrund der Betrachtung sozialer, psychischer und physischer Gesundheitsdimensionen ein wichtiger Indikator für den aktuellen Gesundheitszustand (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2003, S. 19). Die Selbstauskunft über den eigenen Gesundheitsstatus birgt den Vorteil, dass das Gesundheits-Konzept der befragten Person in der Beantwortung der Frage Berücksichtigung findet. Anders als die Erfassung klinischer Gesundheitsdeterminanten erlaubt die Selbstauskunft einen Rückschluss auf den ganzheitlichen Gesundheitsstatus und das Wohlbefinden der Person, welcher sowohl die physischen aber auch die psychischen und die sozialen Gesundheitsdeterminanten umfasst (vgl. ebd., S. 22). Die Selbstauskunft ersetzt dabei zweifelsohne nicht die Erhebung klinischer Gesundheitsaspekte, ergänzt diese aber sinnvoll.

Für die Beurteilung des Gesundheitsstatus sollten die Schülerinnen und Schüler aus vier Antwortmöglichkeiten (von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“), die Antwortkategorie auswählen, welche ihren derzeitigen Gesundheitszustand am besten beschreibt. Insgesamt schätzen in Thüringen im Jahr 2010 34 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ und über 54 Prozent als „gut“ ein. Nur bei einer Gruppe von 11 Prozent, die ihren Gesundheitszustand als „einigermaßen“ oder „schlecht“ einschätzen, muss ein größeres gesundheitliches Risiko vermutet werden. Mädchen schätzen, wie schon in der Erhebung 2005 festgestellt werden konnte, ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Jungen. Den 13 Prozent der Mädchen, die ihren Gesundheitszustand negativ beurteilen (einigermaßen oder schlecht), stehen nur zehn Prozent der Jungen gegenüber, die ihre Gesundheit kritisch einschätzen.

Entgegen der Ergebnisse aus der 2005 erhobenen Stichprobe lassen sich signifikante Unterschiede in der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes sowohl in Bezug auf das Alter als auch in Bezug auf den sozialen Hintergrund feststellen (Abbildung 3).

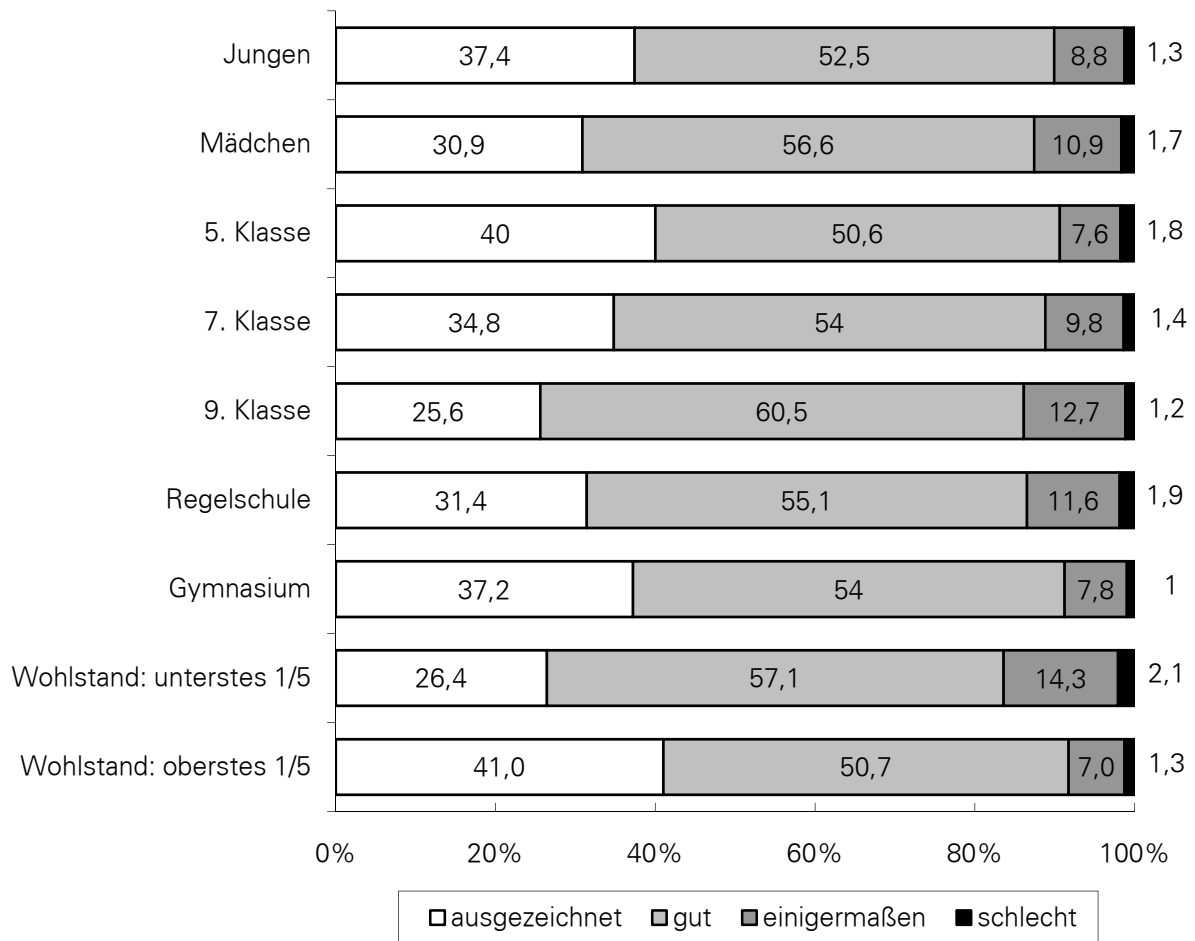


Abb. 3 – „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“

Demzufolge wird der Gesundheitsstatus mit zunehmendem Alter aber auch mit niedrigerem Wohlstand schlechter eingeschätzt. Während in der fünften Klasse noch 91 Prozent der Schülerinnen und Schüler ihren Gesundheitszustand positiv beurteilen (ausgezeichnet oder gut), sind es in der neunten Klassenstufe nur noch 86 Prozent.

Den 16 Prozent der Schülerinnen und Schüler aus dem untersten Wohlstandsquintil, die ihren Gesundheitsstatus negativ (einigermaßen oder schlecht) beurteilen, stehen acht Prozent der Schülerinnen und Schüler aus dem obersten Wohlstandsquintil gegenüber, die ihren Gesundheitsstatus negativ beurteilen.

Gymnasiasten beurteilen, wie in 2005, ihren Gesundheitsstatus positiver als Regelschüler. Während nur 87 Prozent der Regelschüler ihren Gesundheitsstatus als positiv beurteilen, sind 91 Prozent aller befragten Gymnasiasten dieser Meinung. Hier zeigt sich, dass sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler ihren Gesundheitsstatus negativer beurteilen als sozial besser gestellte.

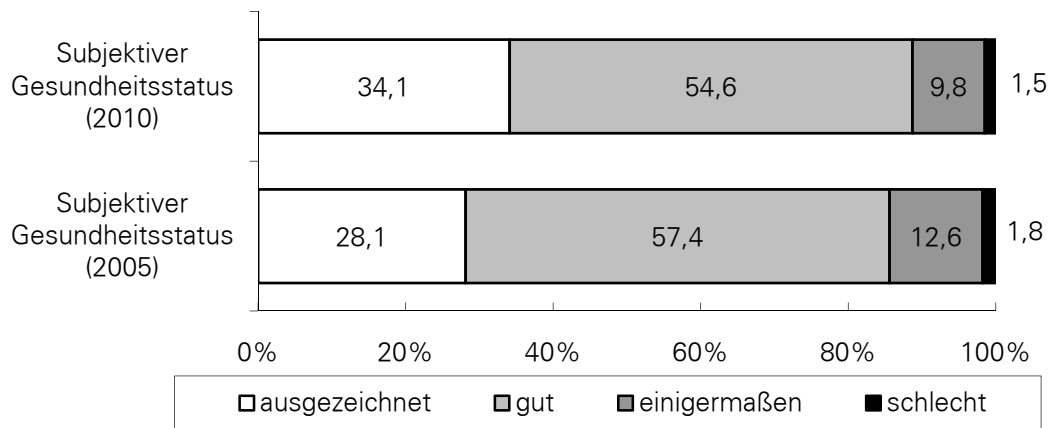


Abb. 4 – Subjektive Gesundheitseinschätzung im Vergleich 2005 vs. 2010

In der Abbildung 4 ist der Vergleich zwischen der Einschätzung der subjektiven Gesundheit in den Erhebungsjahren 2005 und 2010 dargestellt. Insgesamt schätzen die in 2010 befragten Schülerinnen und Schüler ihren Gesundheitsstatus positiver ein als die Befragten in 2005.

2.1 Körperliche Gesundheit

Eine wichtige Dimension der Gesundheit ist die körperliche Gesundheit. In diesem Abschnitt werden Fragen zur physischen Gesundheit ausgewertet, die sich unter anderem auf die Anzahl der Verletzungen, die Mundhygiene und das Körpergewicht beziehen. Die hier behandelten Fragen können den Bereich physischer Gesundheit nicht erschöpfend betrachten, stellen aber besonders in Bezug auf das Jugendalter wichtige Indikatoren der körperlichen Gesundheit dar.

Behandlungsbedürftige Verletzungen

Ein wichtiger Indikator der physischen Gesundheit ist die Anzahl behandlungsbedürftiger Verletzungen. Die Anzahl behandlungsbedürftiger Verletzungen wurde durch folgende Frage erfasst: „Während der letzten 12 Monate, wie häufig hast du dich verletzt und musstest deswegen von einem Arzt oder einem Sanitäter behandelt werden?“ (Abb. 5). Für die Beantwortung der Frage standen vier Antwortkategorien von „keine Verletzungen“ bis „viermal oder häufiger“ zur Verfügung.

Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Häufigkeit der Verletzungen feststellen. Während 39 Prozent der Jungen angaben, in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal behandlungsbedürftig verletzt gewesen zu sein, sind lediglich 36 Prozent der Mädchen in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal behandlungsbedürftig verletzt gewesen. Entgegen den Befunden in 2005 lässt sich ein signifikanter Unterschied in der Anzahl der Verletzungen in Bezug auf das Alter feststellen. Den 65 Prozent der befragten Fünftklässler, die keine Verletzungen in den letzten zwölf Monaten aufgewiesen haben, stehen 62 Prozent und 60 Prozent der Siebent- bzw. Neuntklässler gegenüber, die keine behandlungsbedürftigen Verletzungen aufgewiesen haben.

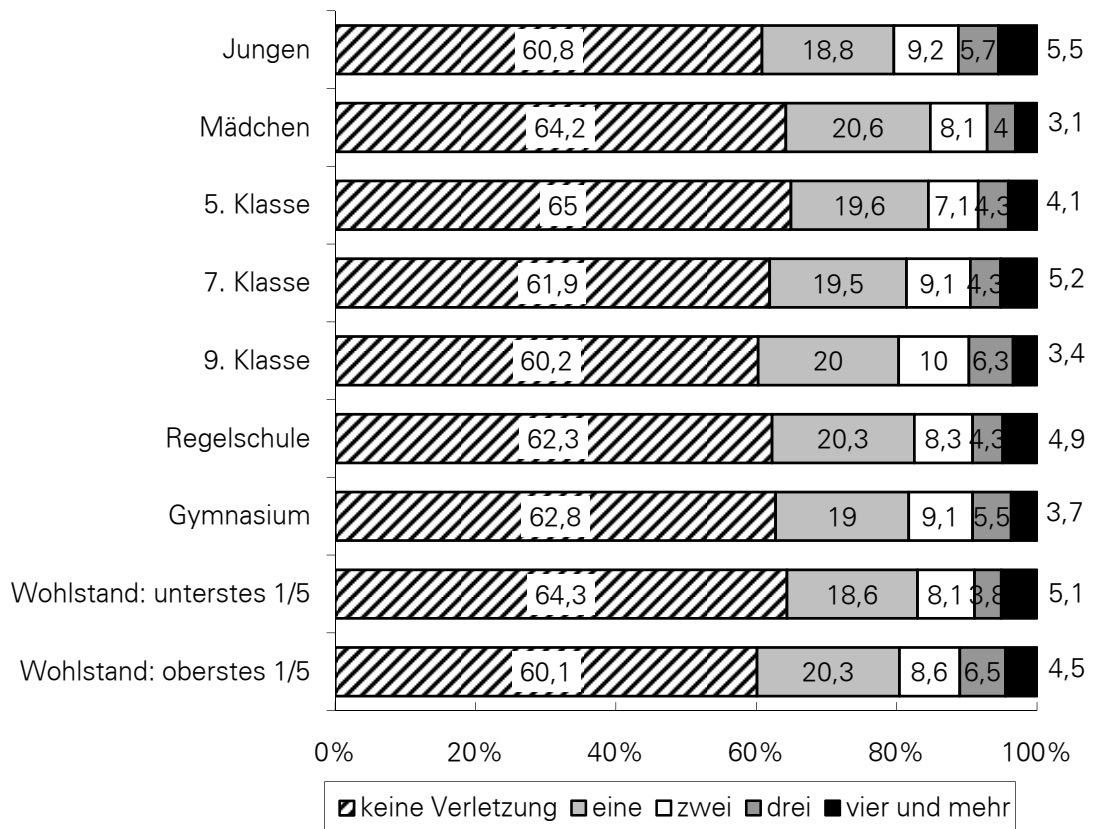


Abb. 5 – Behandlungsbedürftige Verletzungen in den letzten 12 Monaten (Prozent)

Im Gegensatz zu den Befunden in 2005 lassen sich in der Erhebung 2010 weder signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Verletzungen und dem sozialen Hintergrund noch in Bezug auf die besuchte Schulform feststellen. In der Abbildung 6 werden die Unterschiede zwischen der Häufigkeit der behandlungsbedürftigen Verletzungen in 2005 und 2010 dargestellt.

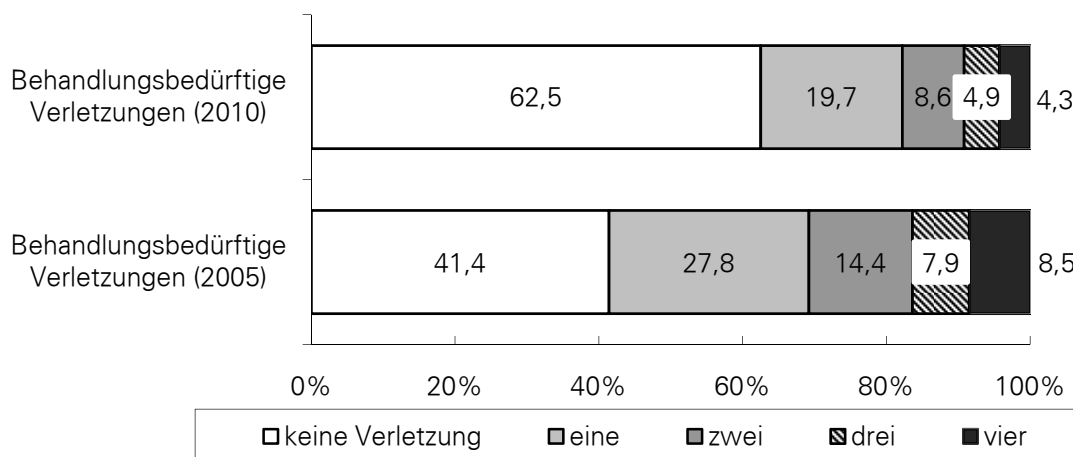


Abb. 6 – Behandlungsbedürftige Verletzungen der letzten 12 Monate im Vergleich 2005 vs. 2010

Allgemein lässt sich feststellen, dass in 2010 die Schülerinnen und Schüler deutlich weniger behandlungsbedürftige Verletzungen aufweisen als im Jahr 2005. Während in 2005 noch ca. 59 Pro-

zent der Befragten mindestens eine behandlungsbedürftige Verletzung hatten, ist dieser Anteil in 2010 auf 38 Prozent der Befragten geschrumpft.

Zahngesundheit

Die Zahngesundheit ist ein wichtiger Indikator des Gesundheitszustandes, da Karies und Parodontose zu den häufigsten Krankheiten im Jugendalter zählen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2003, S. 35). Die Zahngesundheit wurde über die Selbsteinschätzung der eigenen Zahngesundheit und die Häufigkeit des Zähneputzens erhoben. Die meisten Schülerinnen und Schüler (96%) beurteilen ihre Zahngesundheit als „gut“ oder „sehr gut“. Dies deckt sich mit der Beurteilung zur Zahngesundheit in der Erhebung 2005. In Abbildung 7 ist die Verteilung der einzelnen Antwortmöglichkeiten für das Erhebungsjahr 2010 graphisch dargestellt.

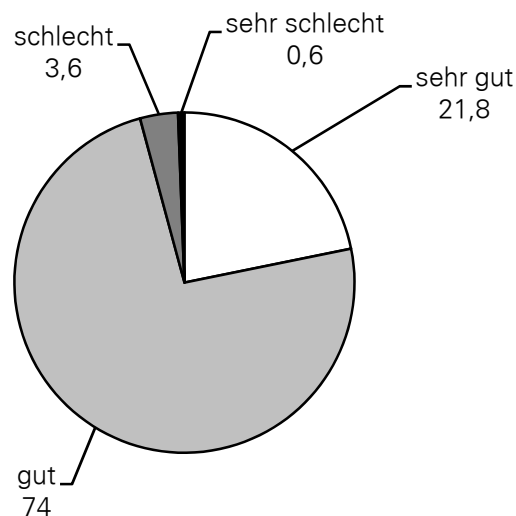


Abb. 7 – Beurteilung der Zahngesundheit (in Prozent)

Die Schülerinnen und Schüler wurden außerdem nach der Häufigkeit des Zähneputzens gefragt. Während nur 77 Prozent angaben sich mehrmals am Tag die Zähne zu putzen, gibt es einen geringen allerdings dennoch besorgniserregenden Anteil an Schülerinnen und Schülern (3%), die sich eher selten die Zähne putzen, d.h. weniger als einmal pro Tag. 21 Prozent der Befragten putzen sich einmal am Tag die Zähne. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden der Erhebung 2005. Jungen putzen sich seltener die Zähne als Mädchen. Während nur 19 Prozent der Mädchen sich seltener als zweimal am Tag die Zähne putzen, gehören 29 Prozent der befragten Jungen dieser Gruppe an.

Während sich bei den Gymnasiasten nur 1,5 Prozent der Befragten weniger als einmal am Tag die Zähne putzen, geben fast vier Prozent der Regelschüler an, sich weniger als einmal am Tag die Zähne zu putzen. Außerdem lässt sich ein leichter Unterschied zwischen der Häufigkeit des Zähneputzens und dem sozialen Hintergrund feststellen. Während 4,4 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler des untersten Wohlstandsquintils sich weniger als einmal am Tag die Zähne putzen, putzen sich nur 1,6 Prozent des obersten Wohlstandsquintils weniger als einmal am Tag die Zähne.

In der Abbildung 8 ist der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Zähneputzens und der Einschätzung der eigenen Zahngesundheit als schlecht oder sehr schlecht dargestellt.

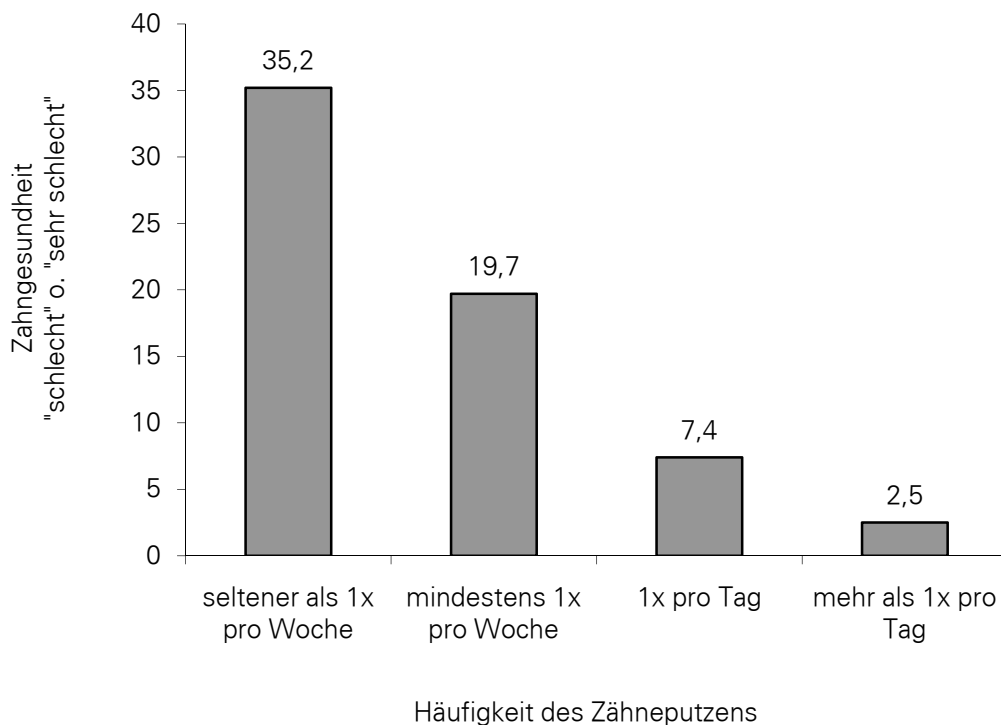


Abb. 8 – Zusammenhang zwischen Zahnpflege und Zahngesundheit (in Prozent)

Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Zähneputzens und der Beurteilung der eigenen Zahngesundheit dergestalt feststellen, dass je seltener man sich die Zähne putzt, desto schlechter wird die eigene Zahngesundheit eingeschätzt.

Über- und Untergewicht

Gewichtsprobleme bei Kindern und Jugendlichen stellen in der heutigen Zeit ein immer größer werdendes Gesundheitsrisiko dar. Dabei wirkt sich Über- bzw. Untergewicht nicht nur auf der physischen Gesundheitsdimension, durch ein erhöhtes Risiko an Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes zu erkranken, sondern auch auf der psychischen Ebene aus, durch ein erhöhtes Risiko an depressiven Verstimmungen und mangelndem Selbstwertgefühl zu leiden (Holub & Götz 2003, S. 233f.).

Der Body Mass Index ($BMI = \text{kg} / [\text{Größe in m}]^2$) ist ein akzeptables Maß für die Gesamtkörperfettmasse (vgl. Kromeyer-Hausschild et al. 2001, S. 807).

Da Körperfettanteile besonders im Kindes- und Jugendalter alters- und geschlechtsabhängig schwanken, müssen für die Klassifizierung der unterschiedlichen Gewichtsklassen (Über-, Normal- und Untergewicht) geschlechts- und altersspezifische Perzentile Anwendung finden. Die hier verwendeten Perzentile beruhen auf der Metaanalyse von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) von Daten aus 17 verschiedenen Studien mit insgesamt 34.000 deutschen Kindern und Jugendlichen. Anhand von Normwerten, welche aus den Normierungsstudien gewonnen wurden, lassen sich die BMI-Werte der Jugendlichen relativ zum Alter und zum Geschlecht in fünf Gewichtsstatus-Gruppen einteilen. Die ersten beiden Gruppen sind Untergewichtskategorien, wobei zwischen

ausgeprägtem Untergewicht und Untergewicht unterschieden wird. Das mittlere Perzentil repräsentiert die Normalgewichtigen. Die beiden letzten BMI- Perzentile sind Übergewichtskategorien, wobei zwischen Übergewicht und Adipositas unterschieden wird.

Tabelle 3 gibt Aufschluss über die allgemeine und die geschlechtsspezifische Verteilung der BMI-Perzentile in Thüringen.

Tab. 3 – Gewichtsstatus von Mädchen und Jungen in Prozent

Gewichtsstatus (BMI)¹	Gesamt	Mädchen	Jungen
ausgeprägtes Untergewicht (< P3)	4,3%	5,0%	3,5%
Untergewicht (P3 – P10)	8,4%	9,9%	6,9%
Normalgewicht (P10 – P90)	77,0%	77,1%	76,9%
Übergewicht (P90 – P97)	7,0%	5,1%	8,9%
Adipositas (> P97)	3,3%	2,8%	3,8%

In Thüringen sind über drei Prozent der Fünft- bis Neuntklässler adipös (stark übergewichtig), sieben Prozent übergewichtig und knapp 13 Prozent untergewichtig, davon sogar über vier Prozent ausgeprägt untergewichtig. Es gibt signifikante Verteilungsunterschiede des Gewichtsstatus zwischen Mädchen und Jungen. Mädchen sind häufiger untergewichtig (15%) als Jungen (10%), wohingegen Jungen (13%) häufiger übergewichtig oder adipös sind als Mädchen (8%). Regelschüler (13%) sind häufiger übergewichtig oder adipös als Gymnasiasten (8%). Hohe Anteile an Untergewichtigen finden sich im obersten (19%) und untersten Wohlstandsquintil (18%), während in den mittleren drei Quintilen im Durchschnitt nur 14 Prozent der Kinder und Jugendlichen untergewichtig sind. Während der Anteil der übergewichtigen Schülerinnen und Schüler über das Alter hinweg relativ konstant bleibt, zeigt sich das Untergewicht als ein altersspezifisches Phänomen bei jüngeren Schülerinnen und Schülern. 14 Prozent der Fünft- und 15 Prozent der Siebentklässler sind untergewichtig bzw. stark untergewichtig, wohingegen nur noch acht Prozent der Neuntklässler als untergewichtig bzw. stark untergewichtig klassifiziert werden können.

In Abbildung 9 ist der Anteil der über- und untergewichtigen Thüringer Schülerinnen und Schüler im Jahresvergleich (2005 vs. 2010) zu sehen.

Der Anteil der untergewichtigen Schülerinnen und Schüler ist im Vergleich zu 2005 zurückgegangen. Dieser Rückgang geht mit einem Zuwachs des Anteils der Normalgewichtigen einher, während der Anteil der übergewichtigen oder adipösen Schülerinnen und Schüler nahezu konstant geblieben ist.

¹ nach Perzentilen von Kromeyer-Hauschild et al. (2001)

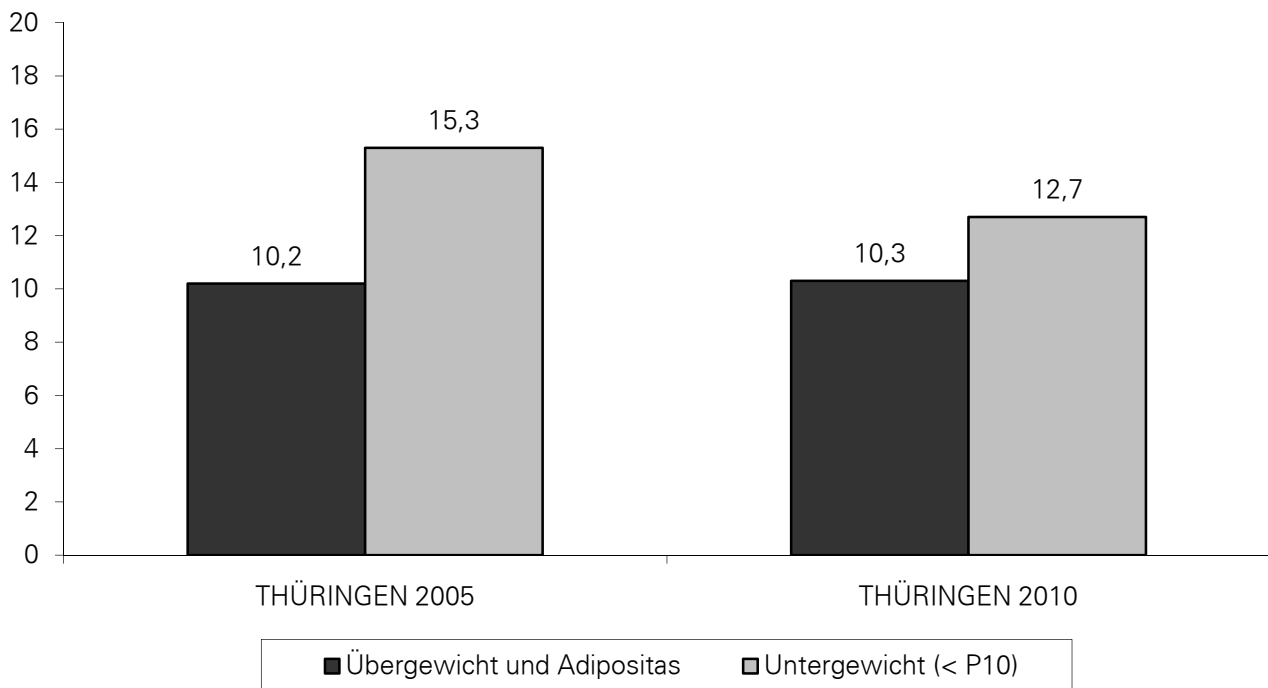


Abb. 9 – Gewichtsstatus im Vergleich 2005 vs. 2010 (in Prozent)

2.2 Psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gewinnt zunehmend an Bedeutung, insbesondere für die Gesundheitsforschung. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind durchaus ernstzunehmende Krankheitsbilder, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Erkrankung im Erwachsenenalter deutlich erhöhen (vgl. Hautzinger & Petermann 2003). Demzufolge ist das Jugendalter bzgl. der Entstehung oder Prävention psychischer Erkrankungen eine bedeutsame Entwicklungsphase (vgl. Bilz 2008, S. 10).

Es hat sich gezeigt, dass Depressionen und Ängste insbesondere im Kindes- und Jugendalter häufig zusammen mit körperlichen Beschwerden, wie Kopf- und Bauchschmerzen auftreten. Daher ist die Erhebung sog. psychosomatischer Beschwerden ein wichtiger Indikator der psychischen Gesundheit. Begleiterscheinungen psychischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter sind bspw. häufige Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.

In der vorliegenden Erhebung wurde die Dimension der psychischen Gesundheit durch drei Indikatoren erfasst: psychosomatische Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen), die allgemeine Lebenszufriedenheit und erstmals die psychischen Auffälligkeiten (z. B. Emotionale Probleme, Hyperaktivität) mit Hilfe eines psychometrisch getesteten und validierten Messinstrumentes, dem SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).

Psychosomatische Beschwerden

Psychosomatische Beschwerden können als körperliche Reaktionen auf psychischen Stress verstanden werden, welche keine organischen Ursachen haben (vgl. Lieb et al., 2002). Die psychosomatischen Beschwerden wurden in der vorliegenden Erhebung durch eine Symptom-Checkliste erfasst. Dieses Instrument wurde in allen bisherigen HBSC-Befragungen unter anderem auch in der Thüringen-Befragung 2005 eingesetzt und hat sich in seiner Aussagekraft bewährt. Neben

psychischen Symptomen wie Gereiztheit oder Nervosität gehören auch körperliche Symptome wie Kopf- und Rückenschmerzen zu den psychosomatischen Beschwerdebildern. Die Befragten sollten die Häufigkeit des Auftretens der in der Symptom-Checkliste enthaltenen Symptome in Bezug auf die letzten sechs Monate beurteilen. Ihnen standen dafür folgende fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „fast täglich“, „mehrmals pro Woche“, „fast jede Woche“, „ungefähr einmal im Monat“, „selten oder nie“.

Aus den genannten Häufigkeiten für jedes Symptom wird durch das Bilden einer Summe über alle zehn Items für jeden der befragten Schülerinnen und Schüler ein Summenwert gebildet, der Auskunft über das Ausmaß der psychosomatischen Beschwerden gibt.

In der Tabelle 4 sind die prozentualen Anteile der befragten Schülerinnen und Schüler dargestellt, welche angaben, in den letzten sechs Monaten „fast jede Woche“, „mehrmals pro Woche“ oder „fast jeden Tag“ unter dem jeweiligen Symptom gelitten zu haben.

Tab. 4 – Psychosomatische Beschwerden (Prozent für „fast jede Woche“ bis „fast jeden Tag“)

<i>α</i> der Gesamtskala = .88	Gesamt	Mädchen	Jungen	Signifikanz (p)
Kopfschmerzen	24,3	30,2	18,4	< .001
Bauchschmerzen	17,9	23,5	12,3	< .001
Rückenschmerzen	22,0	26,0	17,9	< .001
Fühle mich ängstlich	9,4	11,6	7,2	< .001
Nacken- und Schulterschmerzen	25,7	29,5	21,8	< .001
Fühle mich müde u. erschöpft	45,3	49,1	41,5	< .001
Bin gereizt o. schlecht gelaunt	31,6	34,6	28,5	< .001
Fühle mich nervös	20,0	22,0	17,9	< .001
Kann schlecht einschlafen	29,2	34,4	24,0	< .001
Fühle mich benommen, schwindlig	14,5	17,5	11,4	< .001

Antwortskala: fast täglich – mehrmals pro Woche – fast jede Woche – ungefähr einmal im Monat – selten o. nie

Bis auf die Angaben zum Angstgefühl liegen alle anderen Angaben der Schülerinnen und Schüler zur Häufigkeit der Symptome der Checkliste auf einem hohen Niveau. Wie schon in der Erhebung 2005 und mit den Befunden anderer Studien zu psychosomatischen Beschwerden im Einklang stehend, leiden die Mädchen deutlich häufiger an den hier aufgeführten Symptomen als die Jungen. Besonders hervorzuheben ist, dass fast die Hälfte aller befragten Schülerinnen und Schüler (45%) berichtet, sich häufig (mindestens „fast jede Woche“) müde und erschöpft zu fühlen.

Es zeigen sich schwache geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in Bezug auf das Symptom „sich müde und erschöpft zu fühlen“. Demzufolge fühlen sich Mädchen häufiger müde und erschöpft als Jungen und die wahrgenommene Erschöpfung steigt mit dem Alter. Während sich 39 Prozent der Fünftklässler häufig müde und erschöpft fühlen, fühlen sich 47 Prozent der Siebent- und sogar 58 Prozent der Neuntklässler häufig müde und erschöpft. Fast ein Drittel der Befragten (32%) fühlt sich häufig gereizt oder ist schlecht gelaunt. Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden, lässt sich ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Alter und den psychosomatischen Beschwerden dergestalt feststellen, dass mit höherem Alter die psychosomatischen Beschwerden zunehmen. Es ergeben sich schwache Zusammenhänge zwischen der besuchten Schulform und den psychosomatischen Beschwerden. Insbesondere berichten die Re-

gelschüler signifikant häufiger als die Gymnasiasten, dass sie öfter unter Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen leiden, dass sie sich öfter gereizt, nervös, benommen, schwindelig und ängstlich fühlen, sowie unter Nackenschmerzen leiden. Außerdem lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Wohlstandsk quintilen dergestalt feststellen, dass der größte Anteil der Befragten, der über häufige Beschwerden berichtet, dem untersten Wohlstandsk quintil zuzurechnen ist. Hier zeigt sich, dass ein großer Zusammenhang zwischen den Dimensionen sozialer Ungleichheit (Wohlstand) und der Gesundheit dergestalt besteht, dass sozial benachteiligte Gruppen auch gesundheitlich benachteiligt sind, insbesondere im Bereich psychosomatischer Beschwerden.

In Abbildung 10 sind die Mittelwerte der psychosomatischen Beschwerden nach Jungen und Mädchen getrennt für das Erhebungsjahr 2005 und 2010 abgebildet.

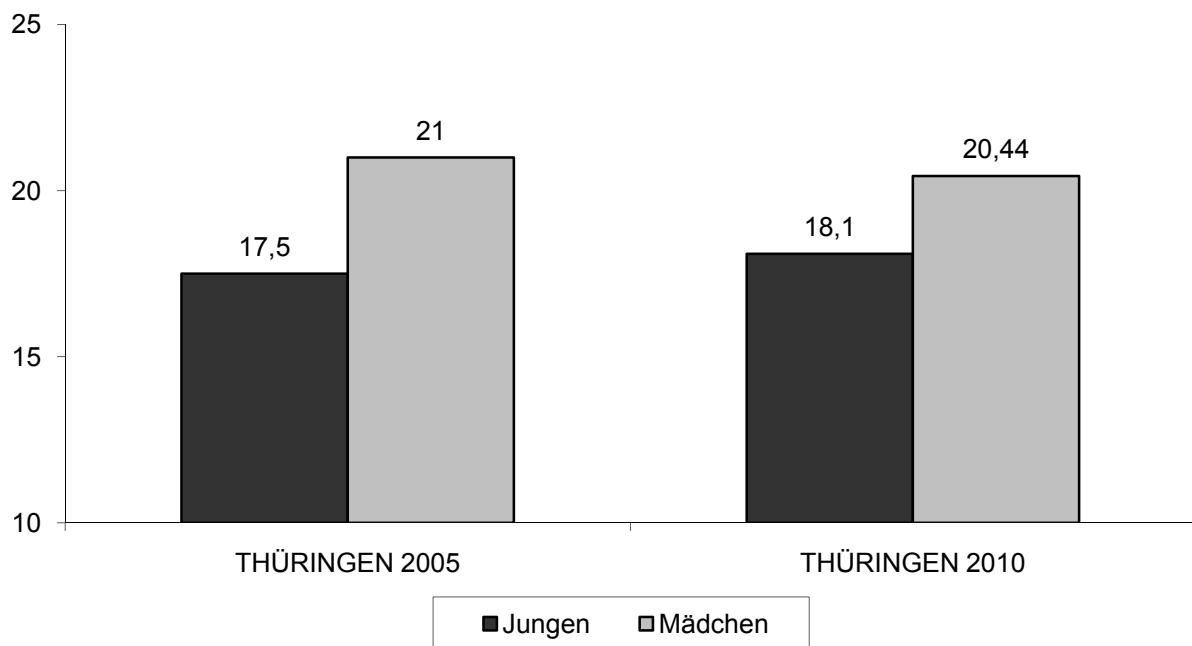


Abb. 10 – Mittelwerte psychosomatischer Beschwerden im Vergleich 2005 vs. 2010 (Ausprägungen: 10-50)

Generell lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeiträumen bzgl. der psychosomatischen Beschwerden feststellen. Allerdings lässt sich im Vergleich zu 2005 bei den in 2010 befragten Jungen ein geringer Anstieg der psychosomatischen Beschwerden beobachten. Dieser Anstieg und die Tatsache, dass der Wert der Mädchen auf einem konstant hohen Niveau bleibt, geben Anlass zur Besorgnis.

Psychische Auffälligkeiten

Der SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) erfasst Symptome psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Die psychischen Auffälligkeiten lassen sich grob in internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten unterteilen. Bei internalisierenden Auffälligkeiten richten sich die Probleme der jeweiligen Person gegen sich selbst (emotionale Probleme wie Angst oder Depression), während sich externalisierende Auffälligkeiten im sozialem Umfeld der Person etablieren (z. B. aggressives Verhalten).

Die Verwendung des Begriffes psychischer Auffälligkeit impliziert, dass es neben der normalen Entwicklung so etwas wie eine gestörte oder problematische Entwicklung gibt. Die Unterscheidung von Normalität und Abweichung ist jedoch im Kindes- und Jugendalter besonders schwierig. Obwohl in der klinischen Praxis Kriterien für die Diagnostik von Erkrankungen herangezogen werden (müssen), besteht in der Forschung Einigkeit darüber, eher von unterschiedlichen Ausprägungen auf einer Dimension zwischen Normalität und Abweichung auszugehen (Achenbach, 1997). Um Informationen über die Lage der Befragten auf dieser Dimension geht es bei den folgenden Daten. Aussagen wie „grenzwertig“ oder „auffällig“ stehen hierbei keinesfalls für eine Diagnose, sondern für einen ersten Hinweis aus den Angaben der Schüler, dass mit erhöhter Wahrscheinlichkeit klinisch relevante Probleme vorliegen. Gegenstand einer fachmännischen Diagnostik müssen neben den von uns im Selbstbericht erhobenen Angaben der Kinder und Jugendlichen auch Informationen der Eltern und Lehrer sowie Angaben zur Beeinträchtigung und zum Leidensdruck sein.

In der Befragung wurden über die Selbstauskunft der befragten Schülerinnen und Schüler vier Problembereiche erhoben: „Emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ (sog. Peerprobleme). Der Bereich „Emotionale Probleme“ erfasst internalisierende Auffälligkeiten wie Ängste und depressive Störungen. Dissoziales und aggressives Verhalten charakterisieren den Bereich der „Verhaltensauffälligkeiten“. Die Items „meistens für mich alleine sein“, „Besitz eines oder mehrerer guter Freunde(-)“, „beliebt sein bei Gleichaltrigen(-)“, „von anderen schikaniert werden“ und „besser mit Erwachsenen als mit Gleichaltrigen auszukommen“ charakterisieren den Bereich der Peerprobleme. Der Problembereich der Hyperaktivität umfasst Symptome motorischer Unruhe, Impulsivität und von Aufmerksamkeitsdefiziten (vgl. Robert Koch-Institut 2007, S. 114). Jeder Bereich wird durch fünf Items erfasst.

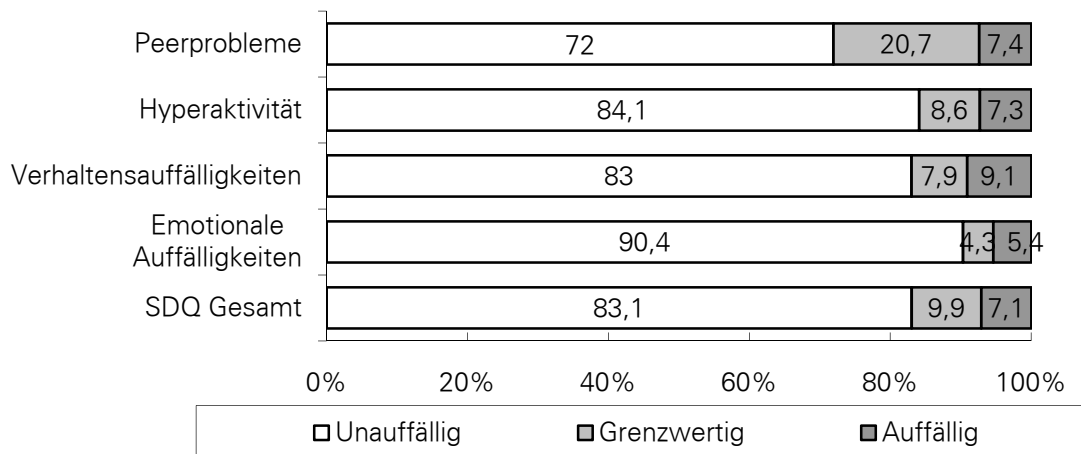


Abb. 11 – Verteilung der SDQ-Teilskalen und der Gesamtskala (in Prozent)

Die Schülerinnen und Schüler sollten beurteilen, inwieweit Behauptungen, wie z. B.: „Ich bin oft unruhig, ich kann nicht lange still sitzen.“ auf sie zutreffen (0=nicht zutreffend, 1=teilweise zutreffend, 2=eindeutig zutreffend). Durch das Zusammenfassen der fünf Items eines Problembereichs ergibt sich eine Summenskala (Ausprägungen: 0-10), welche das Ausmaß der psychischen Auffälligkeit im jeweiligen Problembereich darstellt. Eine Zusammenfassung der Teilskalen zu einer globalen Problemskala ist möglich und erlaubt die Erfassung genereller psychischer Auffälligkeiten. Mit Hilfe von Normwerten ist es sowohl in Bezug auf die Teilskalen als auch in Bezug auf die Gesamtskala möglich, die Befragten als „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ in Bezug auf

den jeweiligen Problembereich zu klassifizieren. Die Verteilung dieser Klassifikation ist in Abbildung 11 sowohl für die Gesamtskala als auch die Einzelskalen zu sehen.

Für die deutsche Selbstbericht-Version des SDQ liegen noch keine alters- und geschlechtsspezifischen Normierungsdaten vor. Die Anwendung der Normwerte aus englischen Normierungsstudien auf deutsche Stichproben führt dazu, dass häufig Personen fälschlich als unauffällig klassifiziert werden. Deshalb wird in dem vorliegenden Bericht davon ausgegangen, dass die Schülerinnen und Schüler, die als „grenzwertig“ oder „auffällig“ in einem Problembereich klassifiziert sind, in diesem Problembereich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit unter klinisch bedeutsamen Beschwerden leiden (vgl. Bilz 2008, S. 111). Demzufolge werden die als „grenzwertig“ oder „auffällig“ klassifizierten Jugendlichen zu einer Risikogruppe bzgl. dieses Problembereichs zusammengefasst. Anhand dieser Klassifizierung zeigen sich folgende (siehe Abbildung 12) geschlechtsspezifischen Anteile der Risikogruppen der einzelnen Skalen des SDQ.

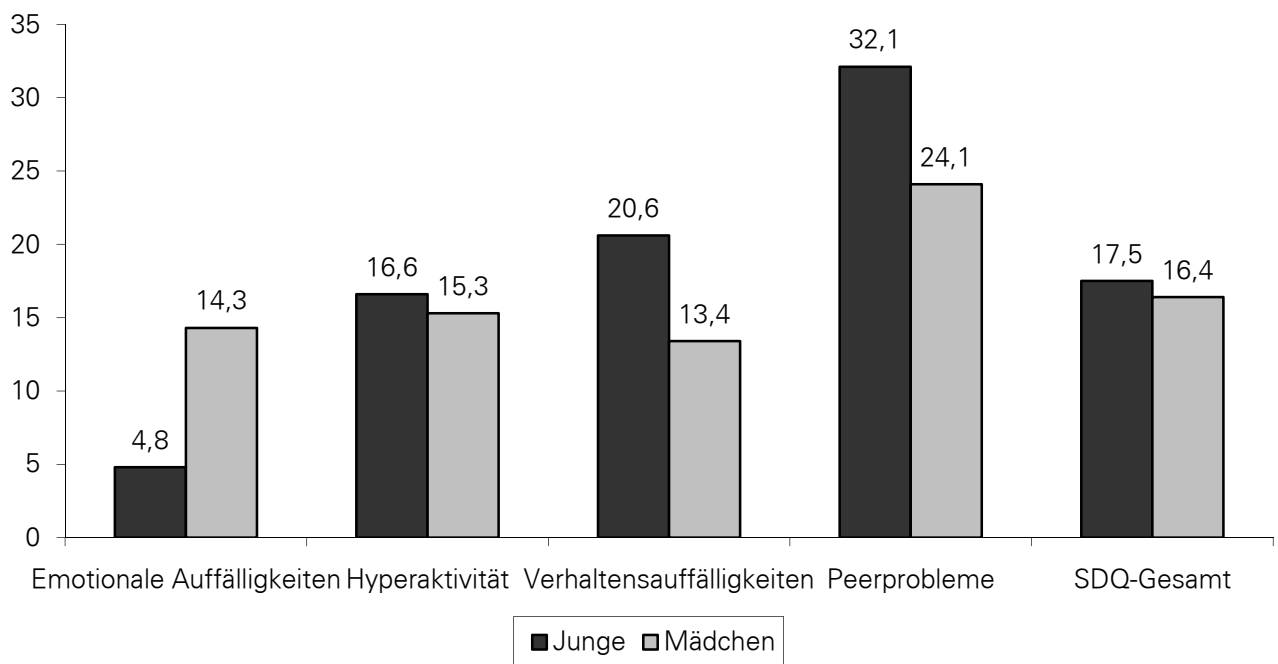


Abb. 12 – Geschlechtsspezifische Anteile der SDQ-Risikogruppen (in Prozent)

Mädchen neigen erwartungsgemäß stärker zu internalisierenden, Jungen hingegen eher zu externalisierenden Auffälligkeiten. Nur fünf Prozent der Jungen aber 14 Prozent der Mädchen zählen zur Risikogruppe des emotionalen Problembereichs. In den anderen drei Problembereichen, die eher zu externalisierenden Auffälligkeiten zu zählen sind, befinden sich deutlich mehr Jungen als Mädchen in den Risikogruppen. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Bereich externalisierender Auffälligkeiten finden sich in den Problembereichen der „Verhaltensauffälligkeiten“ und der „Peerprobleme“. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied bzgl. des Auftretens psychischer Auffälligkeiten (Risikogruppe der SDQ-Gesamtskala) lässt sich hingegen nicht bestätigen. Außer bei den Peerproblemen lassen sich in allen anderen Problembereichen des SDQ sowie auf der Gesamtskala signifikante Unterschiede zwischen den Klassenstufen derart feststellen, dass mit ansteigender Klassenstufe die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten wächst. Der größte altersspezifische Unterschied zeigt sich bei den Verhaltensauffälligkeiten. Während nur 14 Prozent der Fünftklässler Symptome einer Verhaltensauffälligkeit angeben, lassen sich 19 Prozent der Sie-

bent- und 18 Prozent der Neuntklässler als verhaltensauffällig klassifizieren. Regelschüler sind in allen Problembereichen signifikant auffälliger als Gymnasiasten. Am stärksten zeigt sich dieser Unterschied bei den Verhaltensauffälligkeiten. Während lediglich 10 Prozent der befragten Gymnasiasten zur Risikogruppe der Verhaltensauffälligkeiten zählen, berichten 23 Prozent der befragten Regelschüler Symptome einer Verhaltensauffälligkeit.

Außerdem lassen sich in allen Problembereichen des SDQ sowie auf der Gesamtskala signifikante Unterschiede zwischen den Wohlstandsquintilen feststellen. Die Befragten des untersten Wohlstandsquintils sind signifikant häufiger auffällig in den einzelnen Problembereichen sowie auf der SDQ-Gesamtskala als die Befragten der anderen Wohlstandsquintile, wobei das oberste Wohlstandsquintil am unauffälligsten auf diesen Skalen ist. Dies zeigt sich auch, wenn man die Anteile des obersten und untersten Wohlstandsquintils in den Risikogruppen der einzelnen Problembereiche betrachtet.

Abbildung 13 verdeutlicht, wie viel Prozent des obersten und untersten Wohlstandsquintils zu den Risikogruppen der Problembereiche und der SDQ-Gesamt-Skala zählen.

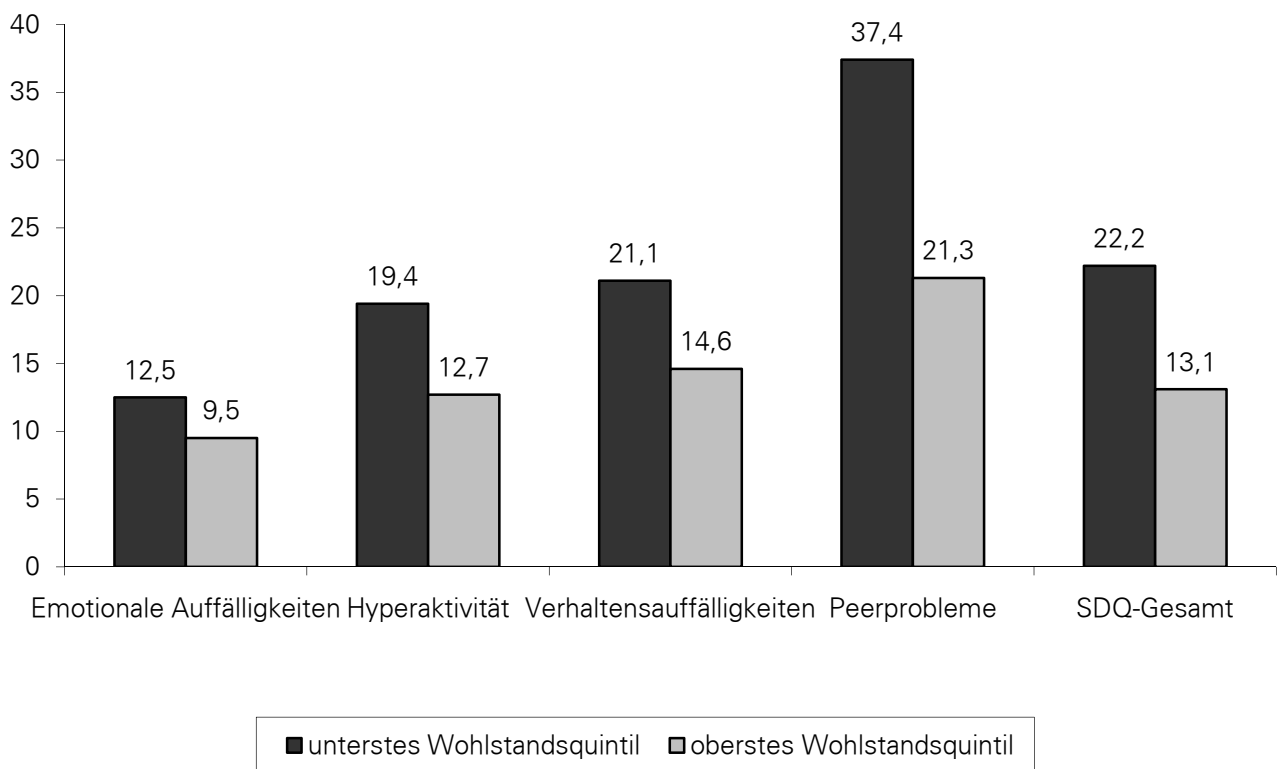


Abb. 13 – Wohlstandsbezogene Anteile der SDQ-Risikogruppen (in Prozent)

Über ein Drittel der Befragten des untersten Wohlstandsquintils (37%) weist Probleme mit Gleichaltrigen auf, wohingegen nur 21 Prozent der Schülerinnen und Schüler des obersten Wohlstandsquintils in die Risikogruppe des Peerproblembereichs fallen.

Während die Zusammenhänge zwischen Alter und Geschlecht Zusammenhänge auf der Mikroebene (Individualebene) dokumentieren, weisen die schulform- und wohlstandsbezogenen Unterschiede eindeutig ein erhöhtes gesundheitliches Risiko im Bereich der psychischen Auffälligkeiten für Gruppen nach, die sich durch einen weniger privilegierten sozialen Hintergrund oder die Zugehörigkeit zur Regelschule auszeichnen (vgl. Richter 2008, S. 23).

In Bezug auf alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede sind besonders der emotionale Problembereich und der Bereich der Verhaltensauffälligkeiten hervorzuheben. In der Abbildung 14 und der Abbildung 15 sind die geschlechtsspezifischen Zusammenhänge relativ zum Alter sowohl für die emotional auffälligen als auch die verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schüler dargestellt.

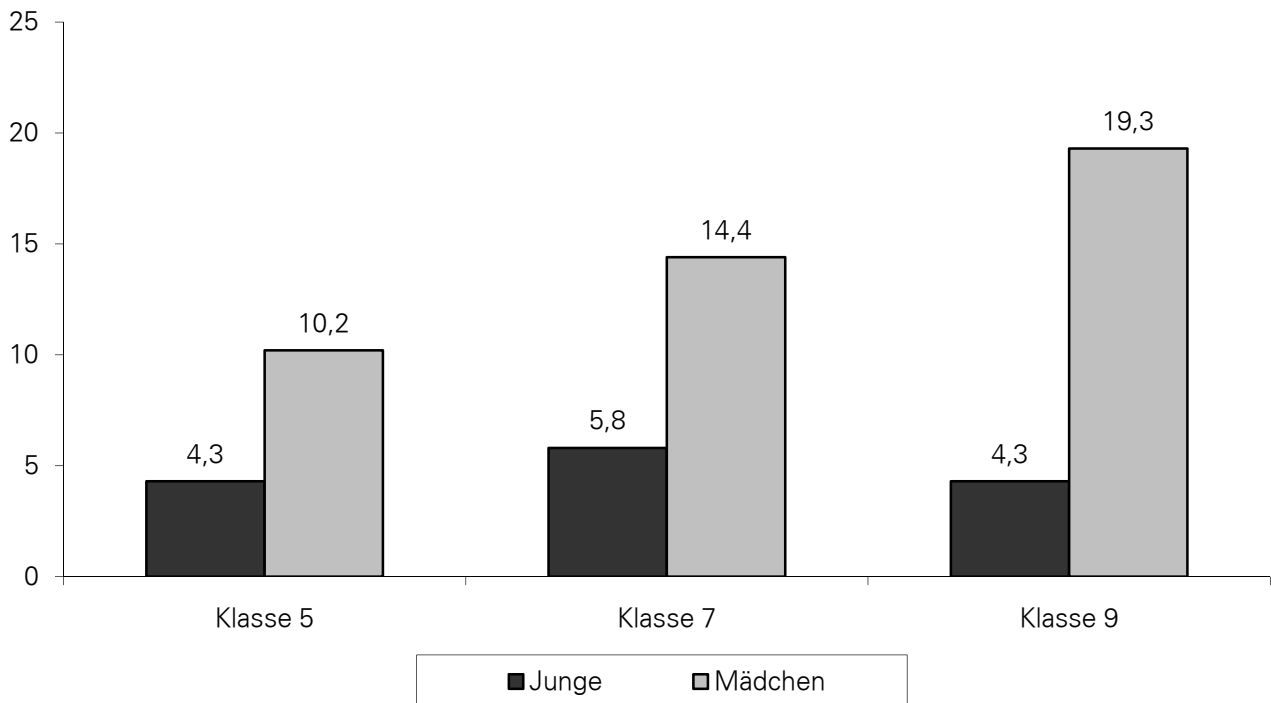


Abb. 14 – Geschlechts- und klassenspezifische Anteile der emotional auffälligen Jugendlichen (in Prozent)

Deutlich zu erkennen ist, dass der Anteil emotional auffälliger Mädchen mit zunehmendem Alter stark ansteigt, während der Anteil emotional auffälliger Jungen über das Alter hinweg relativ konstant bleibt. Erwartungsgemäß stehen die psychosomatischen Beschwerden in einem sehr hohen Zusammenhang mit dem Problembereich emotionaler Auffälligkeiten ($r=0,53$) und der SDQ-Gesamtskala ($r=0,52$). Das heißt Schülerinnen und Schüler mit Ängsten und depressiven Symptomen haben eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit unter psychischen Auffälligkeiten zu leiden. Dies gilt insbesondere für die internalisierenden Auffälligkeiten.

Im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten ist dieser geschlechts- und altersspezifische Zusammenhang genau entgegengesetzt. Während der Anteil der verhaltensauffälligen Mädchen über das Alter hinweg relativ konstant bleibt, steigt der Anteil verhaltensauffälliger Jungen bis zur 7. Klassenstufe stark an.

Da der SDQ in der Befragung 2005 nicht eingesetzt wurde, können für diesen Gesundheitsindikator keine Zeitvergleiche berichtet werden.

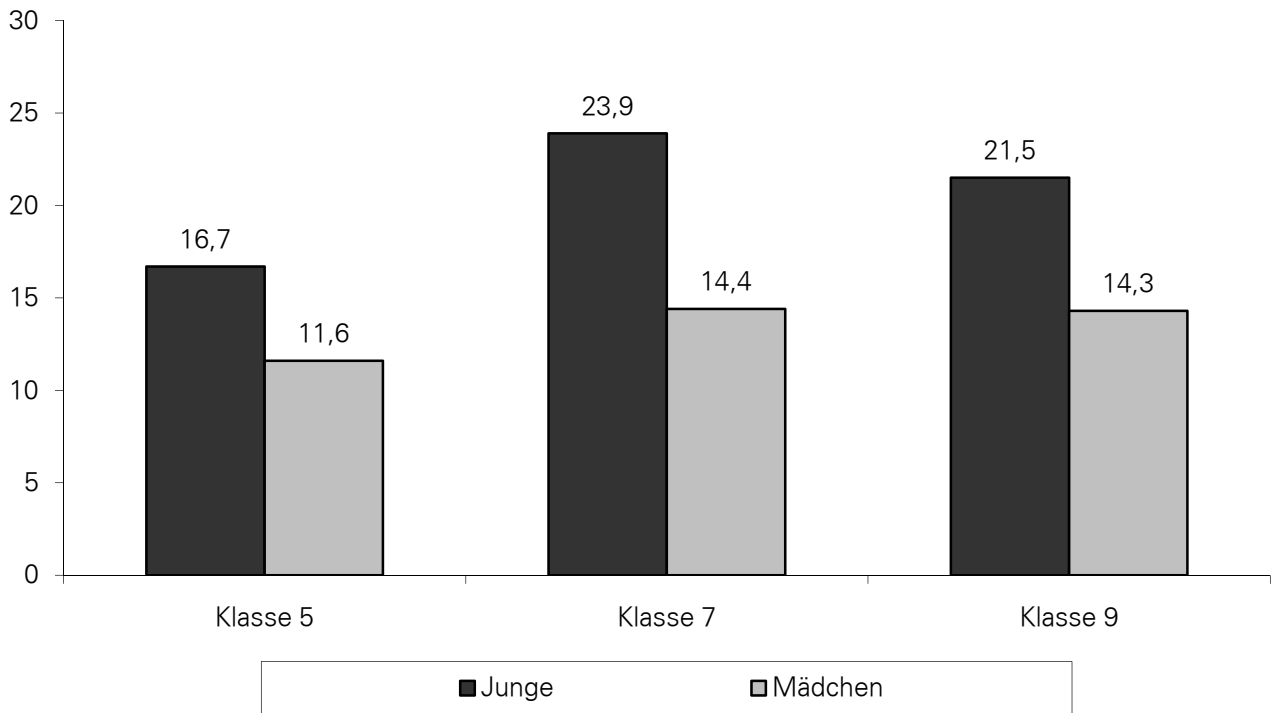


Abb. 15 – Geschlechts- und klassenspezifische Verteilung der verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schüler (in Prozent)

Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler wurde mit der sog. Cantrill-Leiter (Cantrill, 1965) erhoben (siehe Abbildung 16). Dieses Instrument ist vielfach erprobt und hat sich als Indikator des subjektiven Wohlbefindens bewährt. Die Schülerinnen und Schüler sollten ihr gegenwärtiges Leben anhand einer zehnsprossigen Leiter einschätzen. Die Stufe „0“ kennzeichnet, wie in der Abbildung 16 zu sehen ist, das denkbar schlechteste Leben und die Stufe „10“ das denkbar beste Leben.

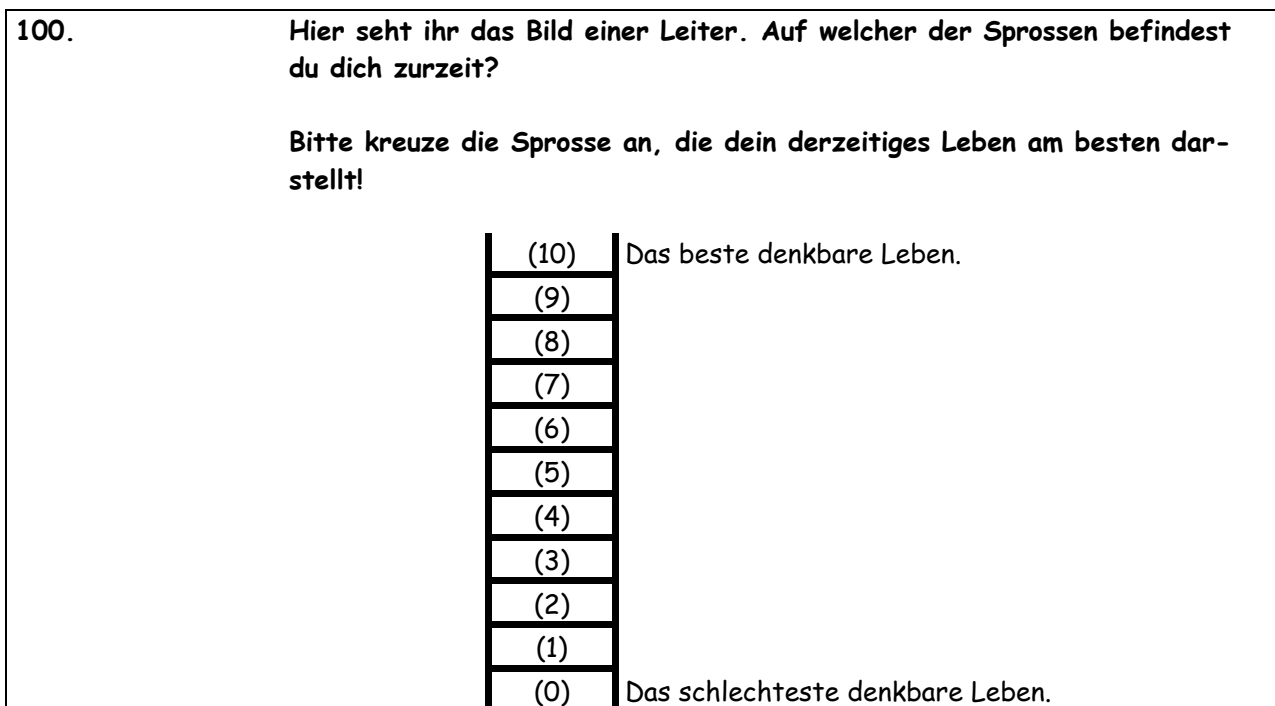


Abb. 16 – Auszug aus dem Fragebogen: Die Cantrill-Leiter

Am häufigsten (27%) kreuzten die Thüringer Schülerinnen und Schüler die 8. Sprosse (Modalwert) an, der Mittelwert liegt bei 7,6. In der Abbildung 17 sind Mittelwertunterschiede in Bezug auf das Geschlecht, die Altersstufe, die Schulform und den sozialen Hintergrund abgebildet.

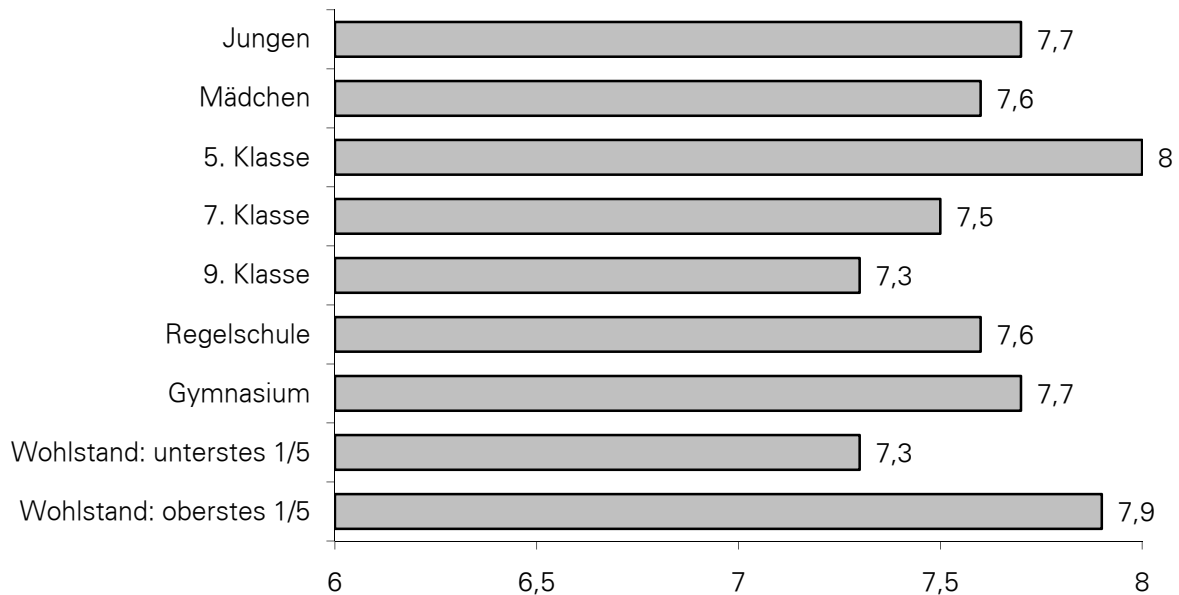


Abb. 17 – Lebenszufriedenheit (Mittelwerte)

Aus der Abbildung 17 wird deutlich, dass Jungen sowie jüngere Schülerinnen und Schüler eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen als Mädchen und ältere Schüler. Auch Gymnasiasten und Jugendliche aus dem obersten Wohlstandsquintil bewerteten ihre derzeitige Lebenssituation positiver als Schülerinnen und Schüler, die eine Regelschule besuchen bzw. einem niedrigeren Wohl-

standsquintil entstammen. Demzufolge steht die Lebenszufriedenheit mit den Dimensionen sozialer Ungleichheit in einem engen Zusammenhang. Alle Differenzen sind statistisch signifikant und bestätigen die Ergebnisse aus der Befragung 2005. Die befragten Schülerinnen und Schüler im Jahr 2005 waren insgesamt etwas weniger zufrieden (7,1) mit ihrer damaligen Lebenssituation als die Befragten in der Erhebung 2010 (7,6).

2.3 Soziale Gesundheit

Neben der physischen und der psychischen Dimension von Gesundheit ist die soziale Dimension von enormer Bedeutung. Wird nach den Ursachen von körperlichen sowie psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gefragt, dann zeigt sich, dass sich ein Großteil der psychosozialen und körperlichen Beschwerden von Schülerinnen und Schülern neben der genetischen Disposition auf die sozialen Faktoren, wie zum Beispiel auf die Qualität der sozialen Unterstützungssysteme (die Familie oder die Freunde), vor allem aber auch auf den sozialen Hintergrund und die Bildung zurückführen lassen (vgl. Richter 2008, S. 10f.).

Die sozialen Determinanten, welche die Gesundheit beeinflussen, können ebenso wie die physischen (z.B. Ernährungsverhalten) oder psychischen (z.B. Lebenszufriedenheit) Determinanten sowohl Schutz- als auch Risikofaktor für die Gesundheit sein (vgl. Ravens-Sieberer 2003, S. 20). Wo hingegen die Dimensionen sozialer Ungleichheit, wie der soziale Hintergrund und die besuchte Schulform, ein gewisses Erklärungspotential für die Ungleichverteilung gesundheitlicher Beeinträchtigungen beinhalten. Die Unterscheidung sozialer Gesundheitsdeterminanten von Dimensionen sozialer Ungleichheit rechtfertigt dementsprechend das Vorgehen innerhalb dieses Abschnittes, in welchem u.a. der soziale Hintergrund und die besuchte Schulform als Prädiktoren für Unterschiede in der Verteilung der sozialen Determinanten der Gesundheit (z.B. die Qualität der sozialen Unterstützungssysteme, das soziale Verhalten) Anwendung finden.

Die sozialen Determinanten von Gesundheit wurden in der zugrunde liegenden Erhebung vor allem durch die Anzahl enger Freunde und die Qualität der Kommunikation mit den engsten Bezugspersonen abgebildet. Im Jugendalter zählen immer noch die Eltern und vor allem die besten Freunde zu den engsten Bezugspersonen. Der Bereich des sozialen Verhaltens wird in der vorliegenden Betrachtung ebenfalls dem Bereich der sozialen Gesundheit zugeordnet und demnach als soziale Determinante der Gesundheit aufgefasst. Das soziale Verhalten zeigt enorme Wechselwirkungsbeziehungen mit allen Dimensionen der Gesundheit auf und ist daher ein wichtiger Indikator des allgemeinen Gesundheitsstatus einer Person. So stellt zum Beispiel aggressives Verhalten sowohl einen Risikofaktor für die physische Gesundheit (z.B. durch ein erhöhtes Verletzungsrisiko), als auch für die psychische Gesundheit dar.

Soziale Unterstützungssysteme dienen u.a. der Prävention körperlicher und psychischer Krankheiten. Folglich sind der Aufbau und die Erhaltung sozialer Kontakte im Jugendalter von enormer Bedeutung (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2003, S. 20). Während jedoch die Eltern als erste wichtige Bezugspersonen mit zunehmendem Alter ein wenig an Bedeutung verlieren, stellt der Aufbau sozialer Kontakte mit Gleichaltrigen eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben dieser Entwicklungsphase dar (vgl. Richter 2008, S. 17).

Freunde

Um die Quantität der sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen zu erfassen, wurden die Thüringer Schülerinnen und Schüler gefragt: „Wie viele enge Freundinnen und Freunde hast du zurzeit?“. Den Schülerinnen und Schülern standen vier Antwortkategorien von „keinen“ bis „drei und mehr“ zur

Verfügung. Die Häufigkeitsangaben waren zusätzlich nach dem Geschlecht der engen Freunde getrennt. Dies ermöglicht eine Auswertung der Anzahl enger Freunde des gleichen sowie des anderen Geschlechts. Es ist demnach möglich, die engen Freundschaften näher zu charakterisieren. Die Abbildungen 18 und 19 verdeutlichen die Ergebnisse.

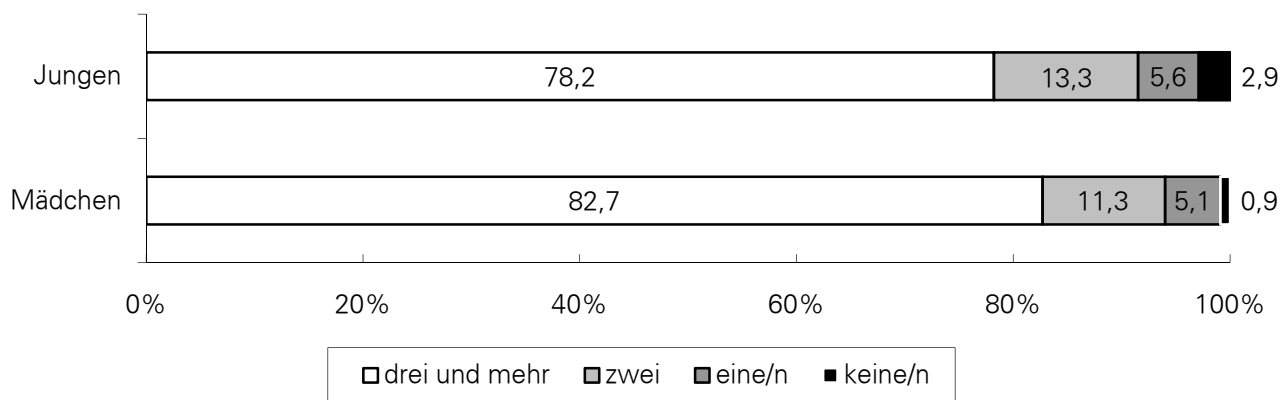


Abb. 18 – Enge Freunde des gleichen Geschlechts

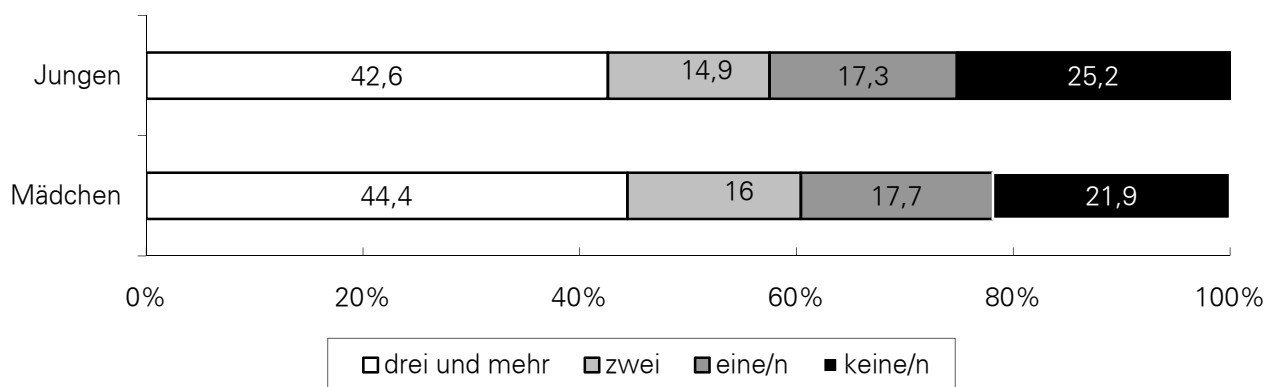


Abb. 19 – Enge Freunde des anderen Geschlechts

Ungefähr 83 Prozent der Mädchen und 78 Prozent der Jungen gaben an, drei oder mehr enge Freunde des gleichen Geschlechts zu besitzen.

Die Anzahl der engen Freunde des gleichen Geschlechts nimmt mit zunehmendem Alter leicht ab, während die Anzahl der engen Freunde des anderen Geschlechts für Jungen und Mädchen mit zunehmendem Alter zunimmt. Während 34 Prozent der Jungen (33% der Mädchen) der fünften Klasse angeben, keine enge Freundin (keinen engen Freund) zu haben, trifft dies nur noch auf 25 Prozent (21%) der Siebent- und 15 Prozent (10%) der Neuntklässler zu.

Es lassen sich signifikante Unterschiede in der Anzahl der Freunde des anderen Geschlechts sowohl für Mädchen als auch für Jungen über die Schulform dergestalt feststellen, dass Mädchen und Jungen des Gymnasiums weniger Freunde des anderen Geschlechts aufweisen als Mädchen und Jungen, die eine Regelschule besuchen. Während am Gymnasium 28 Prozent der Jungen und 25 Prozent der Mädchen berichten, dass sie keinen engen Freund des anderen Geschlechts haben, geben nur 23 Prozent der Jungen und 19 Prozent der Mädchen, die eine Regelschule besuchen, an, dass sie über keinen engen Freund des anderen Geschlechts verfügen. Für die Anzahl

der Freunde des gleichen Geschlechts ergeben sich keine schulformspezifischen Verteilungsunterschiede.

Die Anzahl der engen Freunde des gleichen Geschlechts nimmt in der Gruppe der Jungen mit wachsendem Wohlstand zu. Während sechs Prozent der Jungen des untersten Wohlstandsquintils berichten, dass sie keinen engen (männlichen) Freund haben, geben nur zwei Prozent der Jungen des obersten Wohlstandsquintils dasselbe Urteil ab. Derartige wohlstandsbezogenen Unterschiede lassen sich weder in Bezug auf enge Freunde des anderen Geschlechts bei den Jungen, noch auf enge Freunde des anderen Geschlechts sowie desselben Geschlechts in der Gruppe der Mädchen finden.

Während sich bei den Jungen im Vergleich zu 2005 eine deutliche Zunahme der Anzahl der engen Freunde des anderen Geschlechts feststellen lässt, zeigt sich eine derartige Zunahme weder in Bezug auf die Freunde des gleichen Geschlechts der Mädchen und Jungen noch für die Freunde des anderen Geschlechts der Mädchen.

Waren es in der Erhebung 2005 nur 60 Prozent der Jungen, die mindestens ein Mädchen als enge Freundin besaßen, sind es 2010 schon fast drei Viertel (75%) aller befragten Jungen.

Kommunikation mit den Eltern und dem/der besten Freund/in

Obwohl die Eltern im Jugendalter zugunsten der sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen an Bedeutung verlieren, sind sie dennoch wichtige Bezugspersonen der Heranwachsenden (vgl. Richter 2008, S. 17). Die Einschätzung der Jugendlichen, mit den Eltern über Probleme leicht reden zu können, ist ein wichtiger Indikator für die Qualität der Kommunikation und in diesem Sinne für die soziale Gesundheit der Jugendlichen. Defizite in der Qualität der Kommunikation mit den Eltern können, wenn sie nicht durch andere (z.B. gleichaltrige) Bezugspersonen aufgefangen werden, zu psychosozialen Problemen führen.

Die Schülerinnen und Schüler wurden gefragt, wie leicht oder schwer es ihnen fällt mit bestimmten Personen über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen (Antwortmöglichkeiten: „sehr leicht“, „leicht“, „schwierig“, „sehr schwierig“).

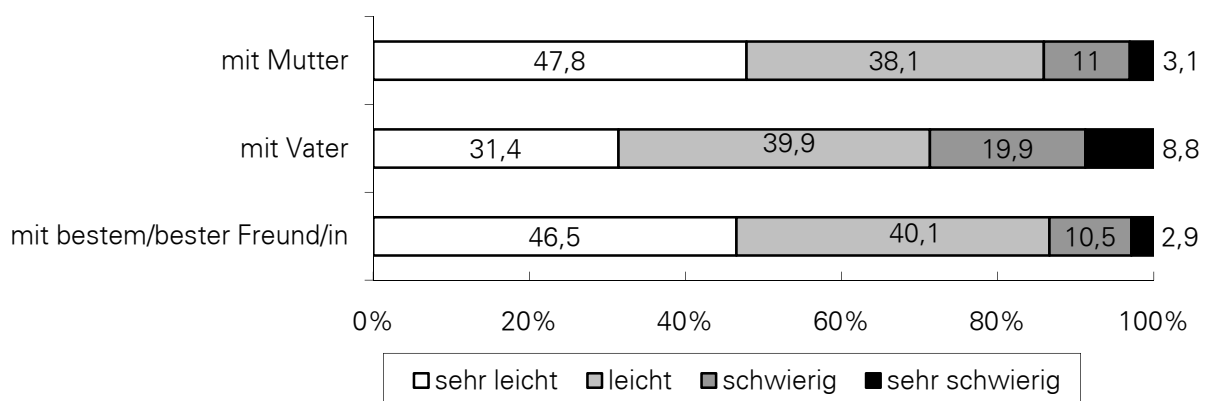


Abb. 20 – Über wichtige Dinge sprechen können

Während die Jungen leichter mit dem Vater kommunizieren können als die befragten Mädchen, zeigen sich bei der Qualität der Kommunikation mit der Mutter keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (Abbildung 20). Mädchen können allerdings besser als Jungen mit dem besten Freund/der besten Freundin kommunizieren. Während 83 Prozent der befragten Mädchen ange-

ben, leicht bzw. sehr leicht mit dem besten Freund/der besten Freundin über Probleme reden zu können, geben nur 70 Prozent der befragten Jungen an, sich leicht bzw. sehr leicht mit dem besten Freund/der besten Freundin über Probleme unterhalten zu können.

Die Leichtigkeit mit den Eltern (Mutter und Vater) über die eigenen Probleme zu reden nimmt mit zunehmendem Alter ab. Hingegen steigt der Anteil der Personen, die leicht bzw. sehr leicht mit dem besten Freund/der besten Freundin über ihre Probleme reden können. Dies ist ein eindeutiger Indikator für den Bedeutungszuwachs der sozialen Kontakte mit Gleichaltrigen im Jugendalter, der oft mit einem alterstypischen Bedeutungsverlust der elterlichen Bezugspersonen einhergeht. Es gibt keine Zusammenhänge zwischen der besuchten Schulform und der Güte der Kommunikation mit den Eltern oder dem besten Freund/der besten Freundin.

Mit steigendem Wohlstand lässt sich ein geringer Anstieg in der Qualität der Kommunikation mit den Eltern (Vater und Mutter) sowie mit dem besten Freund/der besten Freundin feststellen. Während 69 Prozent der Schülerinnen und Schüler des untersten Wohlstandskuintils mit ihrem Vater sehr leicht oder leicht über wichtige Dinge reden können, beurteilen 74 Prozent der Angehörigen des obersten Wohlstandskuintils, dass ihnen das Reden mit ihrem Vater leicht bzw. sehr leicht fällt. Ein analoges Bild liefert sich, wenn man die Beurteilung der Kommunikation mit der Mutter (unterstes Wohlstandskuintil: 84%; oberstes Wohlstandskuintil: 88%) sowie mit der besten Freundin/dem besten Freund (unterstes Wohlstandskuintil: 83%; oberstes Wohlstandskuintil: 88%) als leicht oder sehr leicht, betrachtet.

Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen lässt sich im Vergleich zur Erhebung 2005 ein Qualitätsanstieg der Kommunikation mit den Eltern feststellen. Während 2005 nur 61 Prozent der Jungen und nur 40 Prozent der Mädchen mit ihrem Vater leicht oder sehr leicht über wichtige Dinge reden konnten, sind es 2010 73 Prozent der Jungen und 58 Prozent der Mädchen, die sich leicht oder sehr leicht mit dem Vater über Probleme unterhalten können. In Bezug auf die Qualität der Kommunikation mit der Mutter ist der Anstieg nicht so groß aber dennoch bedeutend, in 2005 gaben nur 81 Prozent der Jungen und 77 Prozent der Mädchen an, dass sie leicht bzw. sehr leicht mit der Mutter über wichtige Dinge reden können, in 2010 können 84 Prozent der Jungen und 82 Prozent der Mädchen mit ihrer Mutter leicht oder sehr leicht über Probleme sprechen.

Aggressives Verhalten

Aggressives Verhalten stellt einen Risikofaktor für die physische, psychische und soziale Gesundheit dar. Dieses Konstrukt wurde unter anderem durch die Häufigkeit der Verwicklungen in Schlägereien und durch die Abfrage spezifischer „Mobbing“-Verhaltensweisen (sowohl aus Täter als auch aus Opferperspektive) erhoben.

Schlägereien

Ein wichtiger Indikator aggressiven Verhaltens stellt die Häufigkeit der Verwicklungen in Schlägereien dar. Die Schülerinnen und Schüler wurden gefragt, wie oft sie in den letzten zwölf Monaten in eine ernsthafte Schlägerei verwickelt waren. Ihnen standen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung (von „nie“ bis „4mal und öfter“). Die Abbildung 21 verdeutlicht die Häufigkeitsverteilung der Anzahl von Schlägereien.

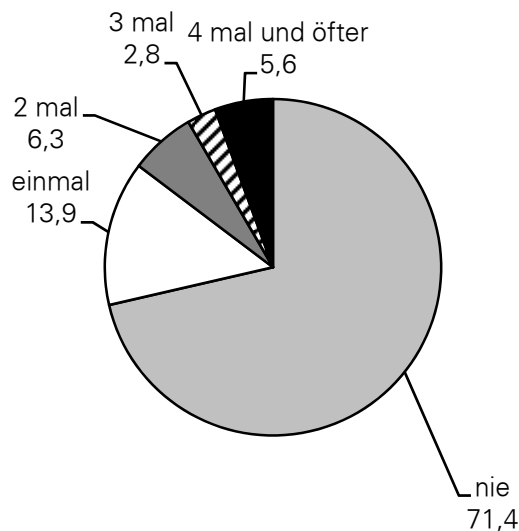


Abb. 21 – „Wie oft warst du in den letzten 12 Monaten in eine Schlägerei verwickelt?“ (in Prozent)

Die Mehrheit der Befragten (71%) war in den letzten zwölf Monaten nicht in eine Schlägerei verwickelt. Über ein Viertel der befragten Schülerinnen und Schüler waren mindestens einmal in eine Schlägerei verwickelt, wobei bei acht Prozent der Befragten (mindestens dreimal in eine Schlägerei verwickelt) ein erhöhtes Aggressions- und Gewaltpotential vermutet werden kann. Es ergeben sich Unterschiede in der Häufigkeit der Schlägereien im Vergleich zu 2005, die wie folgt zu interpretieren sind. Obwohl der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die in den letzten zwölf Monaten in keine Schlägerei verwickelt waren, über die Zeit konstant geblieben ist, zeichnet sich ein leicht ansteigender Trend in Bezug auf die Verteilung der Personen ab, die mindestens einmal in eine Schlägerei verwickelt waren (2005: 28%; 2010: 29%).

Wird diese Gruppe genauer betrachtet, fällt auf, dass sich der Anteil der Personen, die mindestens einmal in eine Schlägerei verwickelt waren, im Vergleich zu 2005 (2005: 17%; 2010: 14%) zwar verringert hat, dieser Rückgang allerdings mit einem Zuwachs sowohl in der Gruppe der Schülerinnen und Schüler, die zweimal in eine Schlägerei verwickelt waren (2005: 5%; 2010: 6%), sowie mit einem Zuwachs um fast das Doppelte in der Gruppe der Personen, die viermal oder häufiger in eine Schlägerei verwickelt waren (2005: 3%; 2010: 6%), einhergeht.

Es lassen sich mittlere Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und der Häufigkeit der Verwicklungen in Schlägereien feststellen (Abbildung 22). Demzufolge sind die Mädchen signifikant seltener in Schlägereien verwickelt als die Jungen. Während in den letzten zwölf Monaten 42 Prozent der befragten Jungen in mindestens eine Schlägerei verwickelt waren, sind nur 15 Prozent der befragten Mädchen in den letzten zwölf Monaten in mindestens eine Schlägerei involviert gewesen.

Die Häufigkeit der Schlägereien geht mit zunehmendem Alter zurück. Während in der fünften Klasse noch 32 Prozent der Befragten Schülerinnen und Schüler angaben, mindestens einmal in eine Schlägerei verwickelt gewesen zu sein, sind es in der siebenten Klasse nur noch 28 Prozent und in der neunten Klasse nur noch 24 Prozent. Dieser Rückgang ist statistisch signifikant. Regelschüler (36% mindestens einmal) sind häufiger in Schlägereien verwickelt als Gymnasiasten (21%

mindestens einmal). Es lässt sich kein statistisch abgesicherter Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und der Häufigkeit der Involviertheit in Schlägereien feststellen.

Die verhaltensauffälligen Schülerinnen und Schüler sind signifikant häufiger in Schlägereien verwickelt als Schülerinnen und Schüler, die bzgl. dieses Problembereichs unauffällig sind. Dies lässt sich an den prozentualen Häufigkeiten wie folgt verdeutlichen: Während nur 23 Prozent der verhaltensunauffälligen Jugendlichen in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal in eine Schlägerei verwickelt waren, sind über die Hälfte (56%) der als verhaltensauffällig eingestuften Jugendlichen mindestens einmal in einer Schlägerei involviert gewesen.

Es lässt sich ein mittlerer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Verletzungen und der Anzahl der Verwicklungen in eine Schlägerei feststellen. Demnach weisen Personen, die häufig in Schlägereien verwickelt sind, ein höheres Verletzungsrisiko auf. Folglich geht mit der Verwicklung in Schlägereien, aggressivem Verhalten und Verhaltensauffälligkeiten im Allgemeinen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko einher.

Während in der Gruppe derer, die in den letzten zwölf Monaten in keine Schlägerei verwickelt waren, lediglich 32 Prozent mindestens einmal behandlungsbedürftig verletzt waren, wachsen die prozentualen Anteile derer, die mindestens einmal verletzt waren, mit der Häufigkeit der Schlägereien.

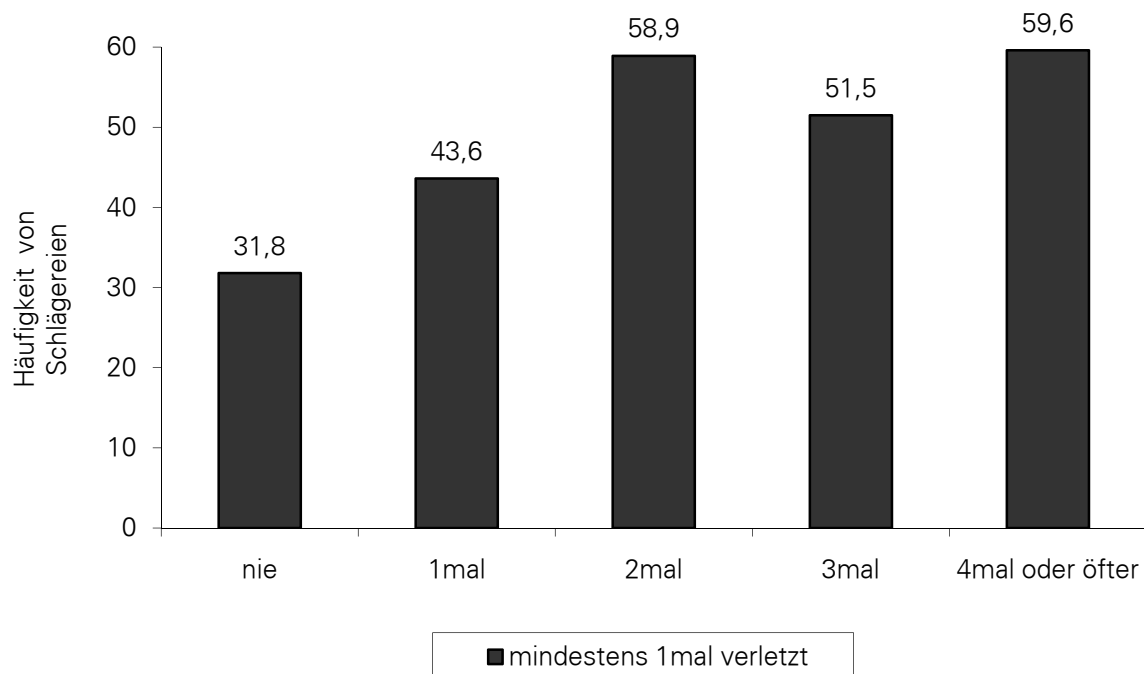


Abb. 22 – Zusammenhang Verletzung und Häufigkeit der Verwicklung in Schlägerei (in Prozent)

Mobbing

In der vorliegenden Erhebung wurde die Häufigkeit des Schikaniert-Werdens und des aktiven Schikanierens sowie die Häufigkeit des Anwendens bzw. Ausgesetzt-Seins bestimmter Mobbing-Methoden mittels der Olweus-Skalen erfragt.

Unter Gewalttätigkeit oder Mobbing versteht Dan Olweus folgendes: „Ein Schüler oder eine Schülerin ist Gewalt ausgesetzt oder wird gemobbt, wenn er oder sie wiederholt und über einen längeren Zeitraum negativen Handlungen eines oder mehrerer anderer Schüler oder Schülerinnen ausgesetzt wird. (...) Es liegt eine negative Handlung vor, wenn jemand absichtlich einem anderen Verletzungen oder Unannehmlichkeiten zufügt“ (Olweus 2002, S. 22).

Die Schülerinnen und Schüler wurden zum einen gefragt, wie oft sie in den letzten Monaten schikaniert wurden. Zum anderen wurden die Thüringer Schülerinnen und Schüler gefragt, wie oft sie in den letzten Monaten dabei mitgemacht haben, einen Mitschüler zu schikanieren.

Über ein Drittel (35%) der befragten Schülerinnen und Schüler gab an, mindestens einmal in den letzten Monaten schikaniert worden zu sein. 41 Prozent der Thüringer Schülerinnen und Schüler gaben an, in den letzten Monaten mindestens einmal an der Schikaniierung eines Mitschülers beteiligt gewesen zu sein. In Abbildung 23 sind die prozentualen Häufigkeiten des Schikaniert-Werdens und des aktiven Schikanierens nach Geschlecht aufgeteilt.

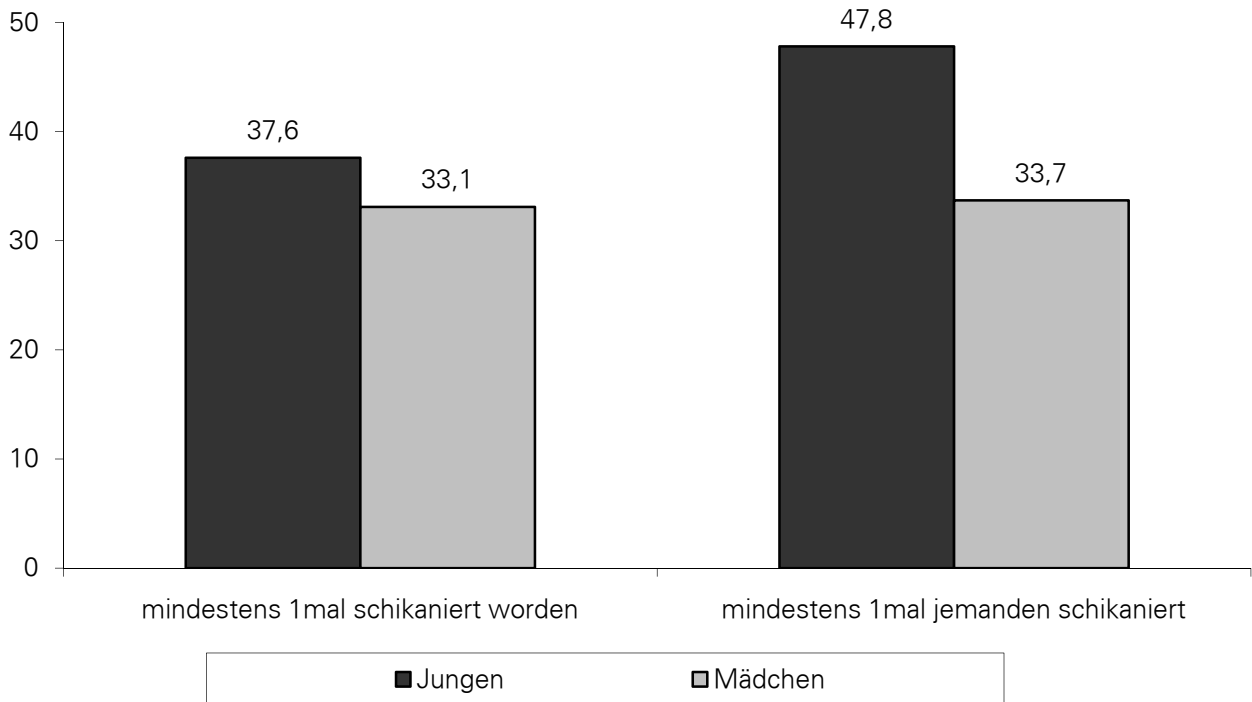


Abb. 23 – Anteile der Mädchen und Jungen, die mindestens 1mal schikaniert worden bzw. mindestens 1mal eine/n Mitschüler/in schikaniert haben (in Prozent)

Aus dieser geschlechtsspezifischen Betrachtung ergibt sich, dass 38 Prozent der Jungen und 33 Prozent der Mädchen in den letzten Monaten mindestens einmal schikaniert worden sind, während fast die Hälfte aller Jungen (48%) und nur ein Drittel der Mädchen (34%) angaben, in den letzten Monaten mindestens einmal einen anderen Mitschüler schikaniert zu haben. Generell lässt sich sagen, dass Jungen häufiger als Mädchen Schikaniierungen erleben sowie aktiv schikanieren. Die Häufigkeit des Schikaniert-Werdens (mindestens einmal in den letzten Monaten) nimmt mit höherem Alter ab (Klasse 5: 36%; Klasse 9: 32%), wohingegen die Häufigkeit des aktiven Schikanierens mit höherem Alter ansteigt. Während 29 Prozent der Fünftklässler angeben, in den letzten Monaten mindestens einmal einen anderen Mitschüler schikaniert zu haben, geben 45 Prozent der Siebent- und die Hälfte (50%) der Neuntklässler an, mindestens einmal aktiv schikaniert zu haben. Gymnasiasten sind seltener als Regelschüler Opfer von Schikaniierung (38% der Regelschüler und 33% der Gymnasiasten) bzw. aktiv an Schikaniierungen (45% der Regelschüler und 36% der Gymnasiasten) beteiligt. Mit höherem Wohlstand nimmt der Anteil der Personen, die mindestens einmal in den letzten Monaten schikaniert wurden, ab (unterstes Wohlstandsquintil: 39%; oberstes Wohlstandsquintil: 34%). Auch bzgl. des Erlebens von Schikaniierungen lässt sich

demzufolge ein erhöhtes gesundheitliches Risiko seitens sozial benachteiligter Gruppen feststellen. Hingegen lässt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und dem Schikanieren anderer Mitschüler feststellen.

Es lassen sich außerdem keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit des Schikaniert-Werdens zwischen dem Erhebungsjahr 2005 und 2010 feststellen. Während allerdings in 2005 noch 46 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler angaben, in den letzten Monaten mindestens einmal einen anderen Mitschüler schikaniert zu haben, sind es 2010 nur 41 Prozent der Befragten. Dieser Rückgang ist statistisch signifikant.

Im Folgenden werden unterschiedliche Methoden des Schikanierens sowohl nach ihrer Häufigkeit des Anwendens als auch nach der Häufigkeit des Selbsterfahrens ausgewertet. Dabei interessieren uns besonders die Ausprägungen der Personen, die mindestens zweimal im Monat oder öfter anhand der nachfolgenden Methoden schikaniert wurden bzw. andere selbst schikaniert haben. In Tabelle 5 und 6 werden zum einen die prozentualen Häufigkeiten der Mobbingmethoden für die Schülerinnen und Schüler berichtet, welche mindestens zweimal monatlich unter der jeweiligen Methode zu leiden hatten. Zum anderen werden die prozentualen Häufigkeiten der Mobbingmethoden für die Schülerinnen und Schüler berichtet, welche die jeweilige Methode mindestens zweimal monatlich angewandt haben.

Tab. 5 – Mobbing – Opfererfahrungen (Prozent für 2 mal im Monat und öfter)

<i>α</i> der Gesamtskala = .905	Gesamt	Mädchen	Jungen	Sign. (p)
Ich wurde hässlich beschimpft, man hat sich über mich lustig gemacht und ich wurde in gemeiner Weise gehänselt.	8,9	8,3	9,7	n.s.
Andere Schüler haben mich absichtlich nicht mitmachen lassen, mich aus ihrem Freundeskreis ausgeschlossen oder mich absichtlich nicht beachtet.	5,8	5,6	6,1	n.s.
Ich wurde geschlagen, getreten, gestoßen, herumgeschubst oder eingeschlossen.	5,2	3,9	6,5	<.000
Andere Schüler haben über mich Lügen und Gerüchte verbreitet und haben versucht, mich bei den anderen unbeliebt zu machen.	8,8	8,0	9,8	n.s.
Ich wurde wegen meiner Hautfarbe oder Nationalität hässlich beschimpft.	3,7	3,0	4,4	<.000
Ich wurde wegen meiner Religion hässlich beschimpft.	3,1	2,4	3,9	<.000
Andere Schüler haben mich mit sexuellen Witzen oder Kommentaren belästigt, oder sich mit vulgären Gesten über mich lustig gemacht.	5,8	4,3	7,3	<.000
Ich wurde über den Computer oder mit Emailnachrichten oder Bildern schikaniert.	2,9	2,4	3,5	n.s.
Ich wurde über das Handy schikaniert.	3,1	2,5	3,8	<.01

Antwortskala: Ich wurde in den letzten Monaten nicht schikaniert – ein- oder zweimal – zwei- bis dreimal im Monat – ungefähr einmal pro Woche – mehrmals pro Woche

Betrachtet man die Methoden des Mobbings, so wird deutlich, dass die Opfer von Schikaniierungen am häufigsten unter Beschimpfungen (9%) und der Verbreitung von Lügen und Gerüchten

(9%) zu leiden haben. Aber die Schülerinnen und Schüler berichten auch vom Ausschluss aus dem Freundeskreis (6%), von der Belästigung mit sexuellen Witzen (6%) sowie körperlichen Gewaltanwendungen (5%). Auffällig, aber auch den Erwartungen entsprechend ist, dass Jungen häufiger als Mädchen unter körperlichen Gewaltanwendungen und der Belästigung mit sexuellen Witzen zu leiden haben.

Im Vergleich zur Erhebung 2005 geben mehr Schülerinnen und Schüler an, aus dem Freundeskreis ausgeschlossen worden zu sein (2005: 3%), sowie aufgrund ihrer Nationalität oder Hautfarbe schikaniert worden zu sein (in 2005: 1,2%, in 2010: 3,7%).

Tab. 6 – Mobbing – Tätererfahrungen (Prozent für 2 mal im Monat und öfter)

<i>α</i> der Gesamtskala = .936	Gesamt	Mädchen	Jungen	Sign. (p)
Ich habe einen anderen Schüler hässlich beschimpft, ich habe mich über ihn/sie lustig gemacht und ich habe ihn/sie in gemeiner Weise gehänselt.	7,5	5,8	9,4	<.000
Ich habe ihn/sie absichtlich nicht mitmachen lassen, habe ihn/sie aus meinem Freundeskreis ausgeschlossen oder ihn/sie absichtlich nicht beachtet.	5,4	4,2	6,8	<.000
Ich habe ihn/sie geschlagen, gestoßen, getreten, herumgeschubst oder eingeschlossen.	4,8	2,6	7,0	<.000
Ich habe über ihn/sie Lügen und Gerüchte verbreitet und habe versucht ihn/sie bei den anderen unbeliebt zu machen.	3,9	2,6	5,4	<.000
Ich habe ihn/sie wegen seiner/ihrer Hautfarbe oder Nationalität hässlich beschimpft.	3,6	2,0	5,2	<.000
Ich habe ihn/sie wegen seiner/ihrer Religion hässlich beschimpft.	3,1	1,9	4,6	<.000
Ich habe ihn/sie mit sexuellen Witzen oder Kommentaren belästigt, oder mich mit vulgären Gesten über ihn/sie lustig gemacht.	5,1	2,9	7,4	<.000
Ich habe ihn/sie über den Computer oder mit Emailnachrichten oder Bildern schikaniert.	3,5	2,4	4,5	<.000
Ich habe ihn/sie über das Handy schikaniert.	3,0	1,9	3,9	<.000

Antwortskala: Ich habe in den letzten Monaten niemanden schikaniert – ein- oder zweimal – zwei- bis dreimal im Monat – ungefähr einmal pro Woche – mehrmals pro Woche

Bei der Abfrage von Mobbing-Aktivitäten aus der Täterperspektive zeigt sich, dass die am häufigsten verwendete Mobbingmethode das Beschimpfen der Mitschüler ist (8%). Aber auch der Ausschluss aus dem Freundeskreis (5%) und die Belästigung mit sexuellen Witzen (5%) sind häufig angewandte Mobbingmethoden. Fünf Prozent der Befragten geben an, durch körperliche Gewaltanwendung andere Mitschüler schikaniert zu haben.

Erwartungsgemäß ergeben sich starke Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bzgl. des Anwendens der oben genannten Mobbing-Methoden. Demzufolge wenden die Jungen signifikant häufiger alle oben aufgeführten Mobbingmethoden an als die Mädchen.

Im Vergleich zu 2005 wird in 2010 seltener das Beschimpfen anderer Mitschüler als Mobbing-Methode eingesetzt (2005: 10%). Allerdings ist im Vergleich zu 2005 der Anteil der Schülerinnen und Schüler die aus der Täterperspektive berichten, dass sie ihre Mitschüler durch rassistische Beschimpfungen schikanieren, um fast das Doppelte gestiegen (2005: 1,9%, 2010: 3,6%).

Aufgrund der Angaben zur Häufigkeit des Schikaniert-Werdens und des aktiven Schikanierens können Extremgruppen sowohl in Bezug auf die Mobbing-Opfer als auch in Bezug auf die Mobbing-Täter gebildet werden. Eine Person, die mindestens einmal wöchentlich von Schikaniierungen betroffen ist, bzw. mindestens einmal wöchentlich aktiv andere Mitschüler schikaniert, kann somit als Opfer bzw. Täter charakterisiert werden. Anhand dieser Klassifizierung ist es möglich, eine Täter-Opfer-Typologie (Kreuzklassifikation) zu erstellen, welche die Unterscheidung von Mobbing-Tätern, Mobbing-Opfern (wie oben beschrieben) sowie Unbeteiligten und Täter-Opfern ermöglicht. Eine Person zählt zur Klasse der Täter-Opfer genau dann, wenn sie sowohl Täter als auch Opfer ist. Unbeteiligt ist eine Person genau dann, wenn sie weder Opfer noch Täter ist.

Nach dieser Täter-Opfer-Typologie werden 84 Prozent der Thüringer Schülerinnen und Schüler als Unbeteiligte charakterisiert, acht Prozent gelten als Opfer, sieben Prozent als Täter und 1,5 Prozent sind sowohl Täter als auch Opfer und damit sog. Täter-Opfer. In der Abbildung 24 sind die Verteilungen der Täter-Opfer-Typologie in Bezug auf unterschiedliche Gruppen (Geschlecht, Klassenstufe, Schulform, Wohlstand) abgebildet.

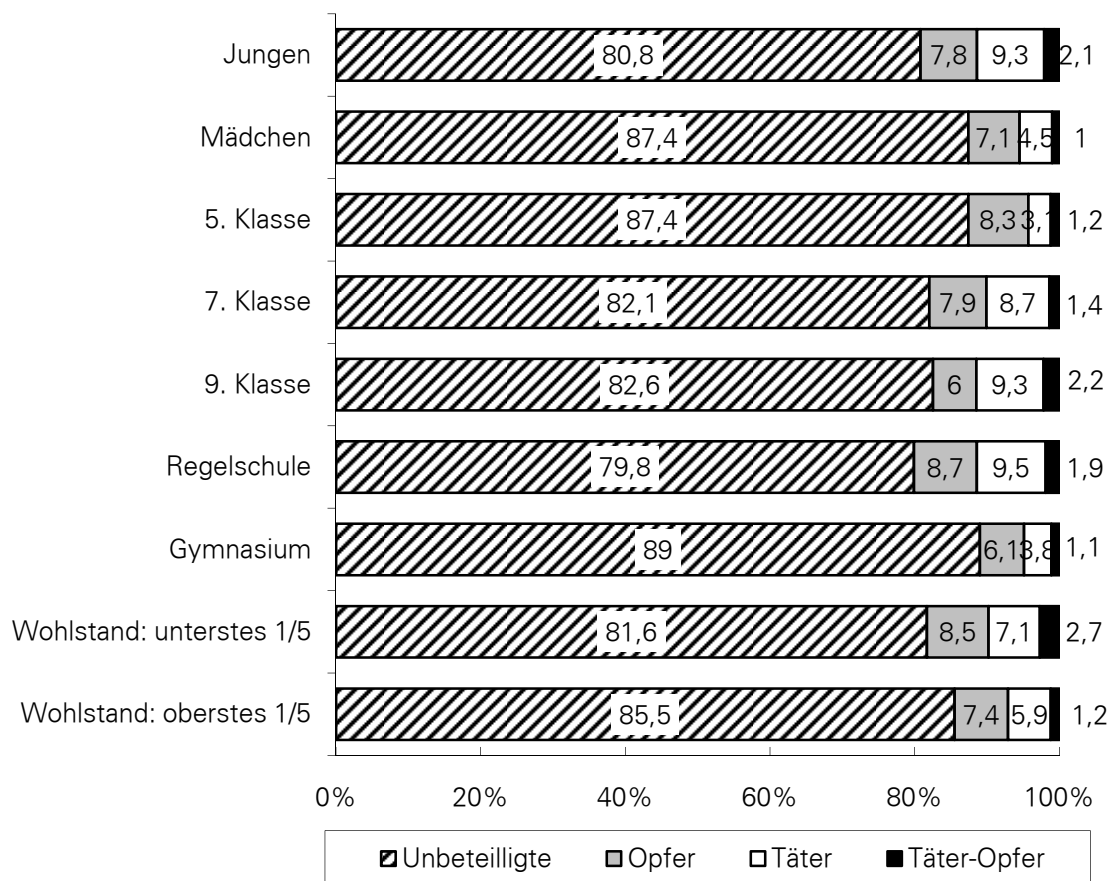


Abb. 24 – Verteilung Täter-Opfer-Typologie (in Prozent)

Aus der Abbildung wird deutlich, dass die befragten Jungen im Vergleich zu den Mädchen fast doppelt so häufig Täter bzw. Täter-Opfer sind. Nur fünf Prozent der befragten Mädchen gelten als Täter während neun Prozent der Jungen dieser Gruppe angehören. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die Gruppe der Täter-Opfer. Während zwei Prozent der Jungen dieser Gruppe angehören, lässt sich nur ein Prozent der befragten Mädchen als Täter-Opfer charakterisieren. Etwas beunruhigend ist der sich ergebende Zusammenhang zwischen dem Alter und der Täter-Opfer-Typologie. Während die Anteile der Unbeteiligten (von 87% in Klasse 5 auf 82% in Klasse 7 und 82% in Klasse 9) sowie der Opfer (Klasse 5: 8%; Klasse 7: 8%; Klasse 9: 6%) mit zunehmenden Alter abnehmen, wird der Anteil der Täter (Klasse 5: 3%; Klasse 7: 9%; Klasse 9: 9%) sowie der Täter-Opfer (Klasse 5: 1%; Klasse 7: 1%; Klasse 9: 2%) mit zunehmendem Alter größer. Auffallend ist, dass mehr Gymnasiasten (89%) als Regelschüler (80%) zu der Gruppe der Unbeteiligten zählen und fast dreimal mehr Regelschüler (10%) als Gymnasiasten (4%) der Gruppe der Täter zuzuordnen sind. Insgesamt sind mehr Regelschüler als Gymnasiasten in den Problemgruppen (Opfer, Täter, Täter-Opfer) zu finden. Es lässt sich ein leichter Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und der Täter-Opfer-Typologie dergestalt feststellen, dass mit höherem Wohlstand die Gruppe der Unbeteiligten größer wird. Mit höherem Wohlstand sinkt außerdem der Anteil der Täter (unterstes Wohlstandsquintil: 7%; oberstes Wohlstandsquintil: 6%, wobei der Anteil der Täter-Opfer bis zum mittleren Wohlstandsniveau sinkt (unterstes Wohlstandsquintil: 2,7%; mittleres Wohlstandsquintil: 0,8%), allerdings mit höherem Wohlstand wieder ein wenig ansteigt (1,2%). In der Abbildung 25 ist die Verteilung der Täter-Opfer-Typologie im Vergleich zu 2005 dargestellt.

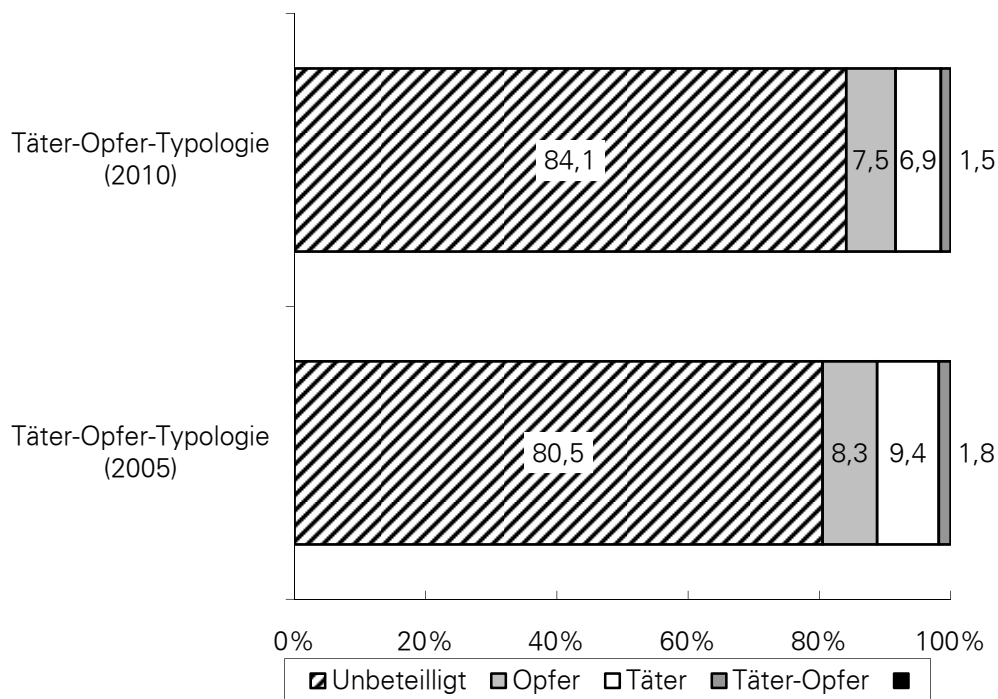


Abb. 25 – Vergleich Täter-Opfer-Typologie 2005 und 2010 (in Prozent)

Im Vergleich zu 2005 zeigt sich in 2010 ein eher positiver Trend. Während die Gruppe der Unbeteiligten größer wird, nimmt der Anteil aller Problemgruppen (Opfer, Täter, Täter-Opfer) ab. Bemerkenswert ist, dass die Gruppe der Täter im Vergleich zu 2005 fast um ein Drittel geschrumpft ist. Während in 2005 noch neun Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler als Täter charakteri-

siert werden konnten, umfasst die Tätergruppe in der Befragung 2010 nur noch sieben Prozent der Befragten.

2.4 Zwischenresümee

In den meisten Punkten werden die Befunde aus der Erhebung im Jahr 2005 bestätigt. Die Schülerinnen und Schüler beurteilen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu 2005 positiver. Allerdings zeichnet sich ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für sozial benachteiligte Gruppen ab. Unter anderem schätzen die Schülerinnen und Schüler, die eine Regelschule besuchen oder einem unteren Wohlstandsquintil angehören, ihren aktuellen Gesundheitsstatus schlechter ein als Schülerinnen und Schüler mit höherem sozialem Status oder aus dem Gymnasium.

Insgesamt lässt sich im Vergleich zu 2005 ein Rückgang der behandlungsbedürftigen Verletzungen feststellen. Während 2005 noch 59 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler angaben, im letzten Jahr mindestens einmal behandlungsbedürftig verletzt gewesen zu sein, betrug der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die im letzten Jahr mindestens einmal behandlungsbedürftig verletzt waren, 2010 nur noch 38 Prozent. Außerdem nimmt die Häufigkeit der Verletzungen mit zunehmendem Alter ab.

Weiterhin lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Mundhygiene und dem sozialen Status, sowie der besuchten Schulform feststellen. Demzufolge putzen sich Schülerinnen und Schüler aus weniger wohlhabenden Familien oder aus der Regelschule seltener die Zähne als Schülerinnen und Schüler, die einen höheren sozialen Hintergrund aufweisen oder ein Gymnasium besuchen.

Beim Körpergewicht zeigen die Daten keine Veränderungen beim Übergewicht (10% der Schüler sind übergewichtig) jedoch ist die Zahl untergewichtiger Schülerinnen und Schüler im Vergleich zu 2005 zurückgegangen.

Dieser insgesamt eher positive Trend im Bereich der körperlichen Gesundheit muss in Anbetracht der Ergebnisse zur psychischen Gesundheit jedoch relativiert werden. In Bezug auf die psychosomatischen Beschwerden fällt auf, dass fast die Hälfte der befragten Schülerinnen und Schüler sich häufig müde und erschöpft fühlen und ein Anstieg der psychosomatischen Beschwerden der befragten Jungen im Vergleich zu 2005 zu beobachten ist. Erwartungsgemäß weisen Mädchen signifikant mehr psychosomatische Beschwerden auf als Jungen. Dieses Bild wird auch durch die Daten zu emotionalen und verhaltensbezogenen psychischen Problemen bestätigt. Während sich bei der psychischen Gesamtbelastung keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen lassen, ergeben sich starke geschlechtsspezifische Unterschiede in den Teilbereichen. Im Bereich der internalisierenden psychischen Auffälligkeiten (Ängste, depressive Symptome) überwiegen die Mädchen, wohingegen im Bereich der externalisierenden Auffälligkeiten (Verhaltensauffälligkeiten, Peerprobleme und Hyperaktivität) die Jungen überwiegen. Am deutlichsten zeigen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten und dem Bereich der emotionalen Probleme.

Außerdem weisen bestimmte Gruppen ein erhöhtes Risiko auf, an psychosomatischen Beschwerden und psychischen Auffälligkeiten zu leiden. Regelschüler berichten häufiger als Gymnasiasten von psychosomatischen Beschwerden und psychischen Auffälligkeiten (z.B. Verhaltensauffälligkeiten). Außerdem haben die Schülerinnen und Schüler, welche dem untersten Wohlstandsquintil angehören, deutlich häufiger Probleme mit Gleichaltrigen.

Die Lebenszufriedenheit der befragten Schülerinnen und Schüler ist im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2005 leicht gestiegen. Die in 2005 festgestellten geschlechts-, alters-, schulform- und wohlstandsbezogenen Zusammenhänge bestätigen sich in 2010. Insbesondere die Zusammenhänge

zwischen der Lebenszufriedenheit und der besuchten Schulform sowie dem sozialen Hintergrund dokumentieren, dass die sozialen Ungleichheitsdimensionen einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler haben (vgl. Richter 2008, S. 10f.).

Beim Sozialverhalten gibt es erwartungsgemäß einen starken geschlechtsspezifischen Effekt, wonach Mädchen seltener an Schlägereien beteiligt sind als Jungen. Die Häufigkeit der Schlägereien sinkt mit zunehmendem Alter.

Beim Mobbing gibt über ein Drittel der Thüringer Schülerinnen und Schüler an, in den letzten Monaten mindestens einmal schikaniert worden zu sein, und sogar 41 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler berichten, in den letzten Monaten mindestens einmal einen Mitschüler aktiv schikaniert zu haben. Im Vergleich zu 2005 ist bzgl. der Häufigkeit des aktiven Mobbings jedoch ein Rückgang zu verzeichnen. Dass die Angaben aus der Opferperspektive jedoch unverändert hoch sind, lässt Zweifel aufkommen, ob hier wirklich ein Rückgang zu verzeichnen ist. Denkbar wäre, dass die erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit für schulisches Mobbing in den letzten Jahren und die damit einhergehende Ächtung die Bereitschaft verringert hat, solche Taten aus der Täterperspektive einzugestehen. Analysiert man die einzelnen Formen des Mobbings, so ist besorgniserregend, dass sowohl aus der Opfer- als auch aus der Täterperspektive ein deutlicher Anstieg fremdenfeindlicher Beschimpfungen zu verzeichnen ist.

Schaut man sich die einzelnen in schulische Gewalt involvierten Gruppen im Vergleich zum Erhebungsjahr 2005 an, zeichnet sich ein eher positiver Trend ab. Zum einen ist der Anteil der Unbeteiligten größer geworden, während die Anteile der Problemgruppen (Opfer, Täter, Täter-Opfer) geschrumpft sind. Hierbei ist insbesondere die Tätergruppe um fast ein Drittel geschrumpft. Auch hier zeichnet sich auch in Bezug auf die soziale Dimensionen der Gesundheit ein Zusammenhang mit den sozialen Ungleichheitsdimensionen ab. Demzufolge sind die Regelschülerinnen und die Regelschüler sowie Personen mit niedrigem sozialen Status häufiger in Schlägereien verwickelt, häufiger Schikaniierungen ausgesetzt und schikanieren auch häufiger andere Mitschüler als Gymnasiasten oder Angehörige eines höheren Wohlstandsquintils.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die physische, psychische und soziale Gesundheit von Schülerinnen und Schülern eng mit Dimensionen sozialer Ungleichheit (Wohlstandsindex) und der besuchten Schulform in Verbindung steht.

3 ERGEBNISSE ZUM GESUNDHEITS- UND RISIKO- VERHALTEN

Ludwig Bilz

In diesem Kapitel werden Verhaltensweisen untersucht, die in einem engen Verhältnis zur Gesundheit stehen. Während das Gesundheitsverhalten im frühen Kindesalter noch stark vom Elternhaus geprägt wird, gewinnen bei den hier befragten Jugendlichen andere Bereiche an Einfluss. Für die Frage, wie sie auf der Verhaltensebene mit ihrer Gesundheit umgehen, welchen Risiken sie sich aussetzen oder welche gesundheitsbezogenen Lebensstile sie sich aneignen, werden z. B. Einflüsse der Gleichaltrigen-Gruppe immer wichtiger.

Zu den untersuchten Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen gehören im Einzelnen der Substanzkonsum (Alkohol, Rauchen, illegale Drogen), die Ernährung und die körperliche Aktivität.

3.1 Substanzkonsum

Unter Substanzkonsum zählen wir im Rahmen dieser Studie den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Diese Verhaltensweisen verstehen wir im Kontext der Auseinandersetzung mit Entwicklungsanforderungen im Jugendalter (Bewältigung schulischer Leistungsanforderungen, Aufbau von sozialen Kontakten zu Gleichaltrigen u. a.) als Ausdruck einer ausweichenden Problembewältigung. Sie helfen kurzfristig dabei, Problemen aus dem Weg zu gehen oder mit Versagens- und Stresssituationen umzugehen. Sie bergen jedoch langfristig viele gesundheitliche Risiken. Daneben kann der Konsum psychoaktiver Substanzen auch andere Funktionen haben, wie z. B. die bewusste Verletzung elterlicher Normen oder die Erleichterung des Zugangs zu Peer-Gruppen. Problematisch wird der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen vor allem dann, wenn er sehr früh und exzessiv einsetzt (Entwicklungsstörungen), wenn daraus eine instrumentelle Gewohnheit wird (Abhängigkeit) oder wenn er in Kombination mit anderen problematischen Verhaltensweisen auftritt (Delinquenz).

Rauchen

Wir haben die Kinder und Jugendlichen in Thüringen gefragt, wie häufig sie rauchen. In Abbildung 26 werden die Angaben der Befragten von 2005 und 2010 gegenübergestellt. Hierbei zeigt sich, dass der Anteil der Schüler, die täglich rauchen, im Verlauf der letzten fünf Jahre um mehr als 8 Prozent zurückgegangen ist. Dieser Rückgang ist besonders stark auf Veränderungen bei den Mädchen und bei den Neuntklässlern zurückzuführen. Während 2005 mehr Mädchen als Jungen täglich rauchten (16% vs. 13%), sind es 2010 nur noch sechs Prozent der Mädchen und sieben Prozent der Jungen. Betrachtet man nur die Neuntklässler, so hat sich hier der Anteil der täglichen Raucher von 32 Prozent in 2005 auf 16 Prozent in 2010 halbiert.

Dieser erfreuliche Befund bestätigt Ergebnisse der letzten Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2009), die bei 12- bis 17-Jährigen ebenfalls einen deutlichen Rückgang des täglichen Tabakkonsums feststellen konnten. Demnach rauchten im Jahr 2008 deutschlandweit in dieser Altersgruppe rund 15 Prozent täglich (Mädchen: 16%, Jungen: 15%). Als Erklärungshintergrund führt die BZgA die verstärkte Verbreitung von Präventionsprogrammen und die gesetzlichen Neuregelungen (Rauchverbote, Tabaksteuererhöhungen) der letzten Jahre ins Feld.

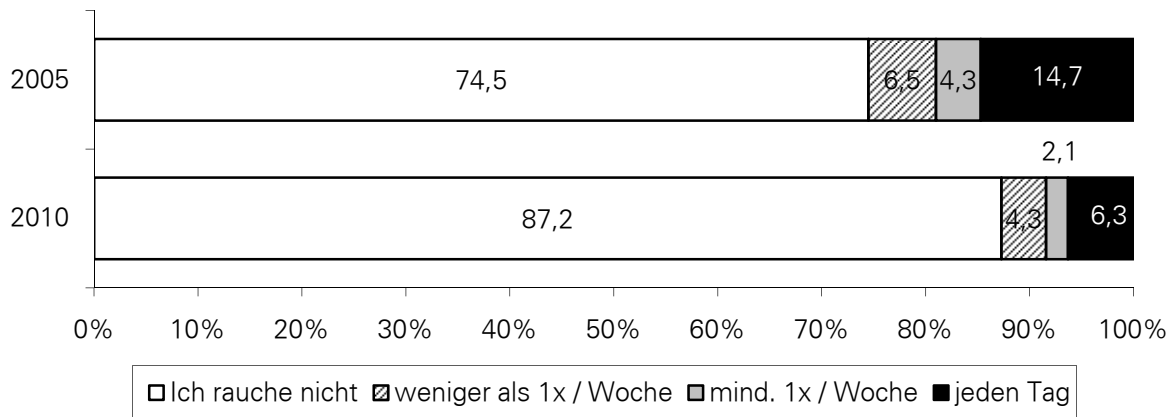


Abb. 26 – Tägliche Raucher in Thüringen 2005 und 2010 (Prozent)

Mit Hilfe der Daten aus der ESPAD-Studie (Kraus et al., 2004) lässt sich ausgehend vom Jahr 2003 eine Tendaussage für die Schülerinnen und Schüler der neunten Klassenstufe in Thüringen machen. Abbildung 27 zeigt, dass der Anteil der täglichen Raucher in dieser Altersgruppe in den letzten acht Jahren um 60 Prozent gesunken ist.

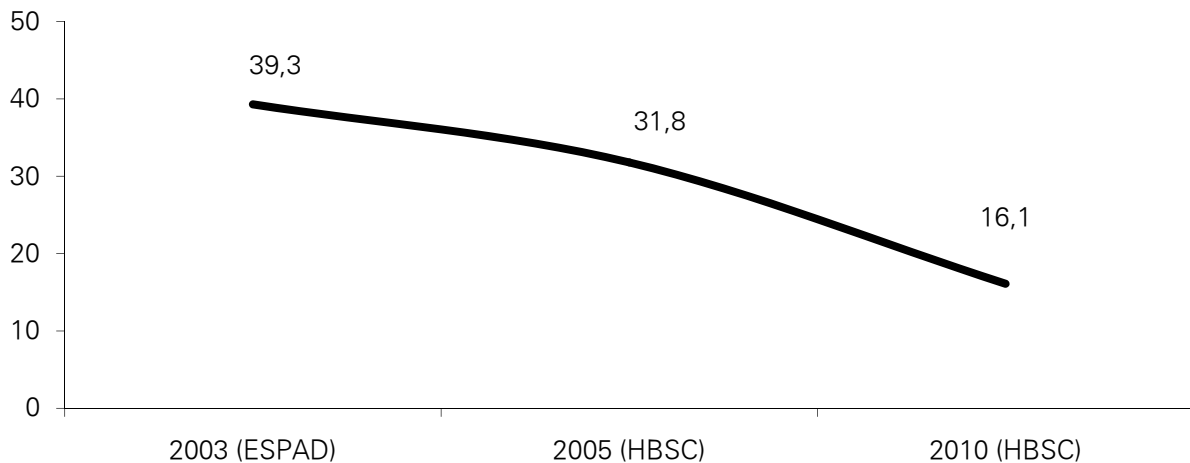


Abb. 27 – Anteil täglicher Raucher in Thüringen 2003, 2005 und 2010 in Klassenstufe 9 (Prozent)

Abbildung 28 informiert darüber, wie sich die Gruppe der täglichen Raucher hinsichtlich Geschlecht, Altersstufe, sozialer Herkunft und Schulform zusammensetzt. Demnach sind Raucher insbesondere an Regelschulen und in den neunten Klassenstufen vorzufinden. Besonders deutlich sind die Verteilungsunterschiede hinsichtlich der Schulform und der sozialen Herkunft: Während an Gymnasien nur zwei Prozent der Schüler täglich rauchen, sind es an Regelschulen fünfmal so viel. Auch die soziale Herkunft steht in einem engen Zusammenhang mit dem Tabakkonsum (3% Raucher im obersten Wohlstandsquintil vs. 10% Raucher im untersten). Die beobachteten Geschlechtsunterschiede, wonach der Anteil der weiblichen Jugendlichen (6%), der täglich raucht einen Prozentpunkt niedriger liegt als der Anteil männlicher Raucher (7%), erreicht keine statistische Signifikanz. Hier bestätigt sich der Befund aus dem Jahr 2005 nicht, wo mehr Mädchen als Jungen angaben, täglich zu rauchen.

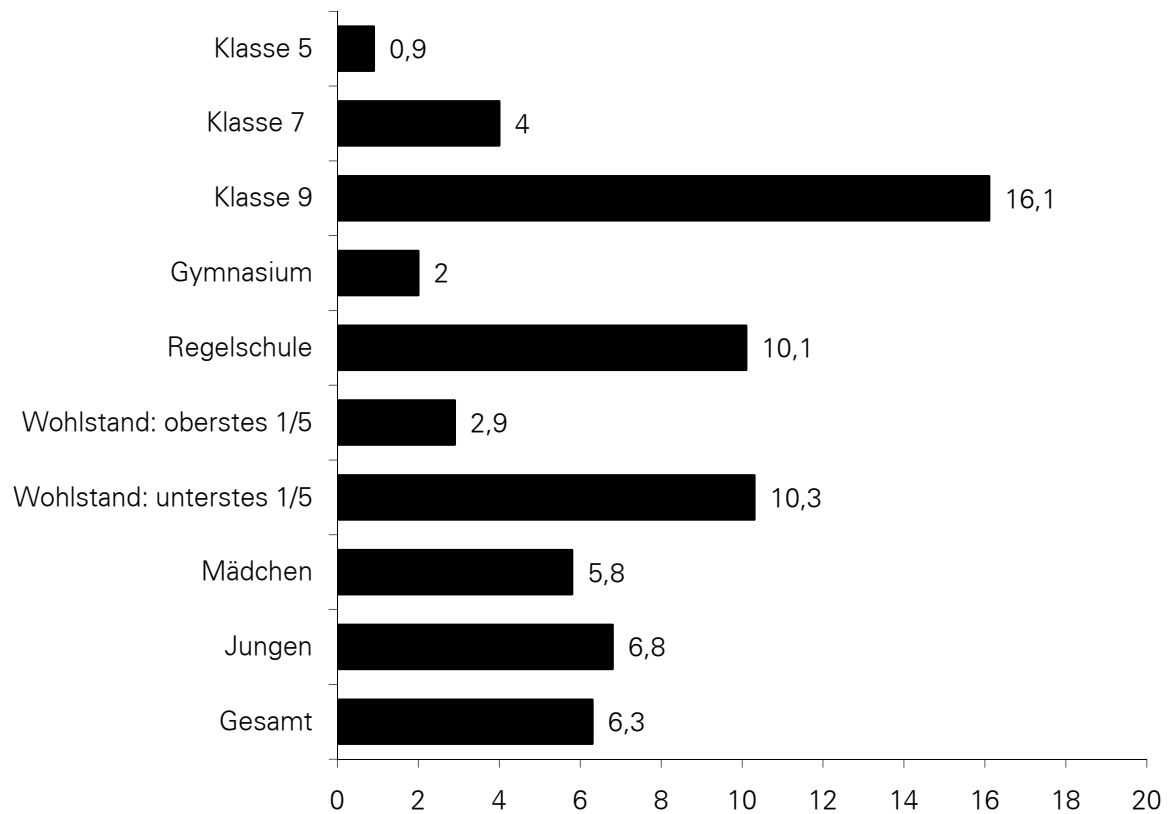


Abb. 28 – Tägliche Raucher nach Klassenstufe, Schulform, sozialer Herkunft und Geschlecht (Prozent)

Die Schüler der neunten Klassenstufe wurden zusätzlich gefragt, wann sie zum ersten Mal eine Zigarette geraucht haben. Betrachtet man hierbei nur die Angaben derjenigen Neuntklässler die täglich rauchen (Abbildung 29), so wird deutlich, dass ein Großteil dieser Schüler bereits im Alter von 11 Jahren und früher erste Erfahrungen mit Zigaretten sammelt. Die leichte Tendenz, dass Mädchen früher mit dem Rauchen beginnen als Jungen, erreicht keine statistische Signifikanz.

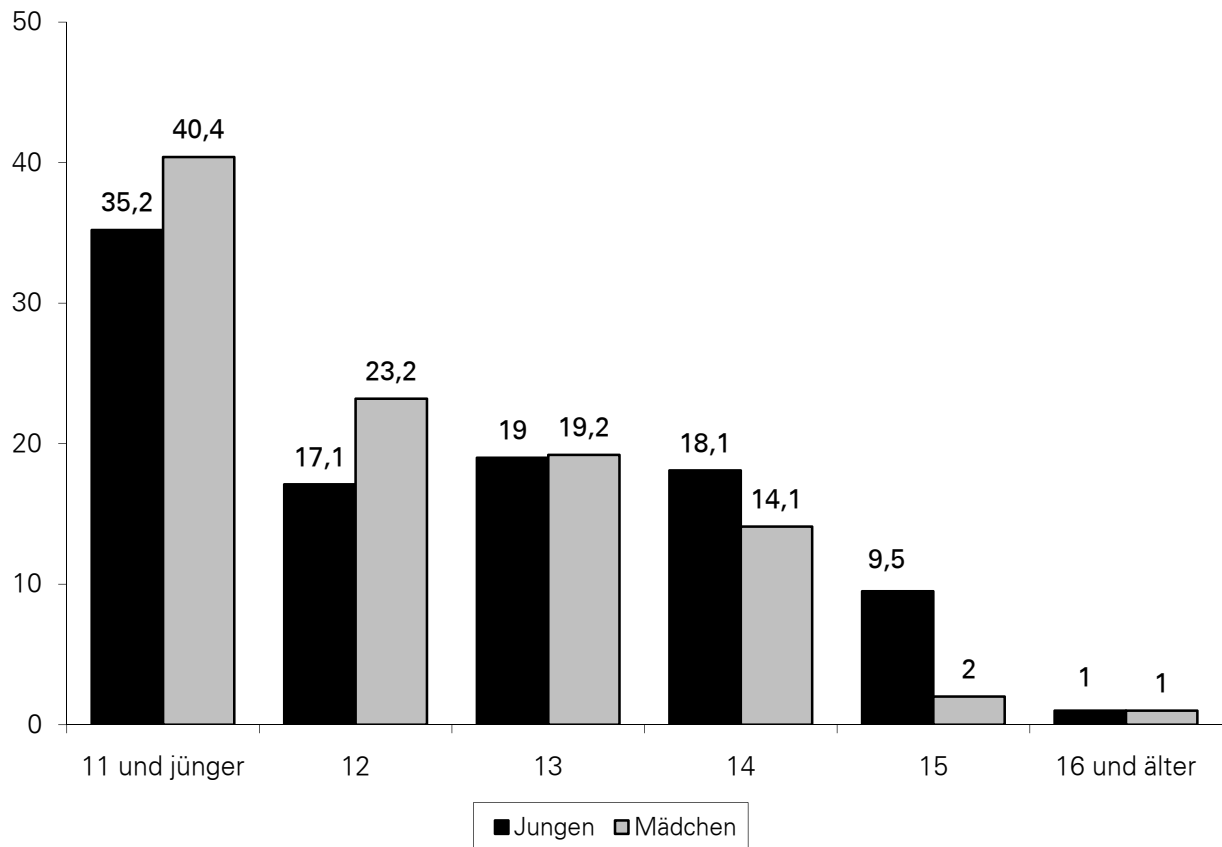


Abb. 29 – „In welchem Alter hast du zum ersten Mal geraucht?“ (Klassenstufe 9, Prozent)

Alkohol

Um ein Bild vom Umgang Thüringer Schüler mit Alkohol zu bekommen, haben wir u. a. Fragen zu Rausch-Erfahrungen, zum sog. binge-drinking und zu den konsumierten Getränkesorten gestellt.

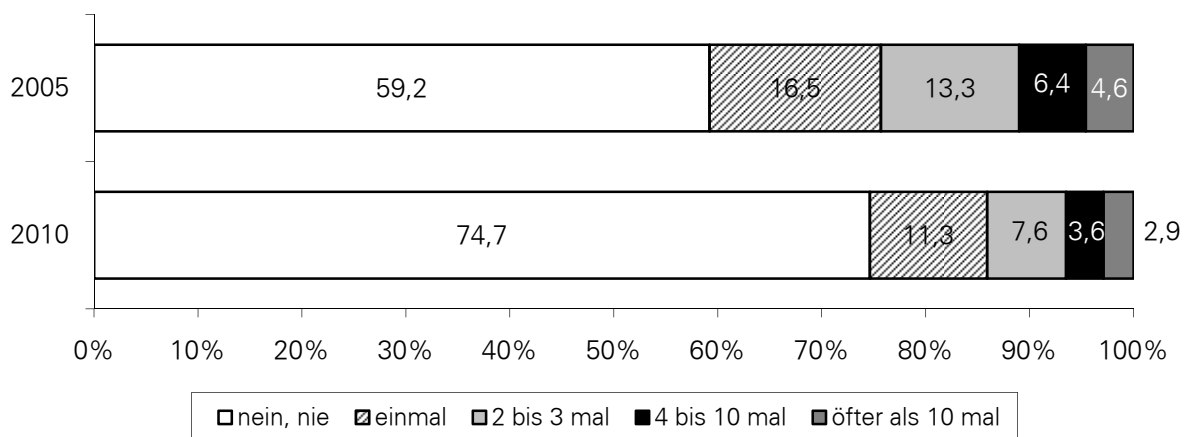


Abb. 30 – Hast du jemals so viel Alkohol getrunken, dass du betrunken warst? (Prozent für 2005 und 2010)

Risikantes Alkoholkonsumverhalten mit Rauscherfahrungen wird von den befragten Jugendlichen deutlich seltener berichtet als vor fünf Jahren (Abbildung 30). Der Anteil derjenigen, die noch keine Rauscherfahrungen mit Alkohol gemacht haben, ist von 59 auf 75 Prozent gestiegen. Der Anteil derjenigen, die öfter als dreimal betrunken gewesen sind, ist von 11 auf 6,5 Prozent gesunken.

Zusätzliche Analysen zeigen, dass dieser Rückgang bei den Fünft- und Siebentklässlern stärker ausfällt als bei den Neuntklässlern.

Abbildung 31 zeigt, wie sich diese Gruppe hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schulform und sozialer Herkunft zusammensetzt.

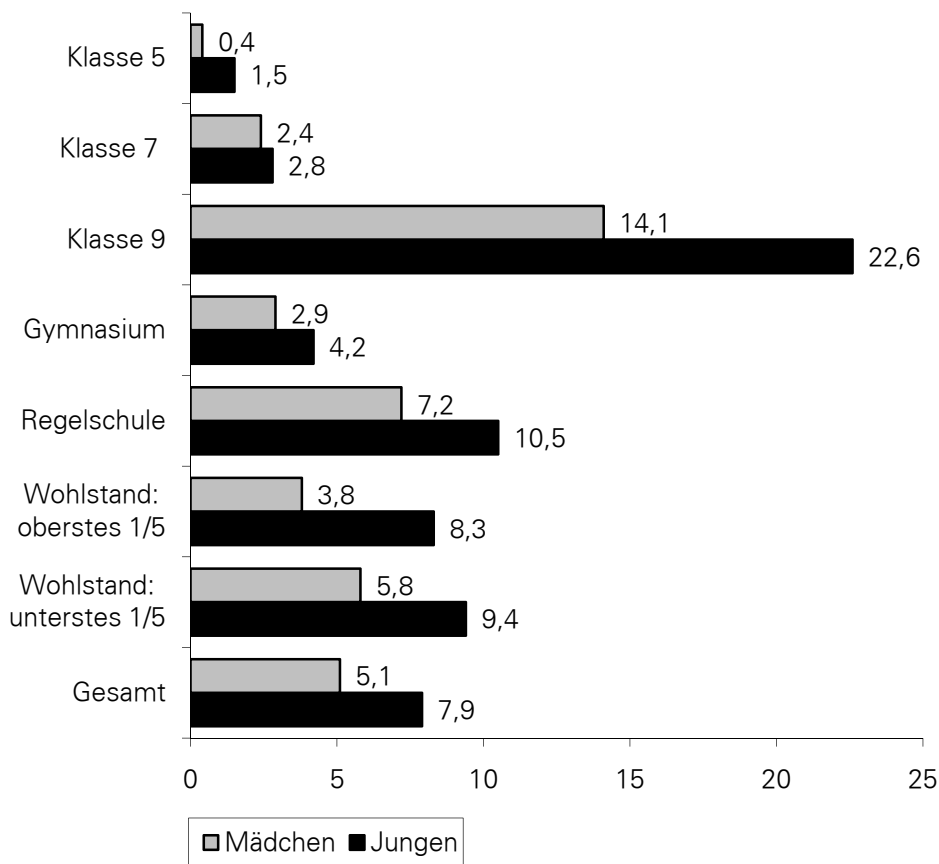


Abb. 31 – Wie oft betrunken gewesen? (Prozent für „ja, öfter als 3 mal“)

Erwartungsgemäß sind Rauscherfahrten mit Alkohol bei älteren Schülerinnen und Schülern verbreiteter als bei jüngeren. Weiterhin zeigen die Ergebnisse in Abbildung 31, dass Jungen häufiger davon berichten, betrunken gewesen zu sein als Mädchen. Deutlich sind auch bei diesem Risikoverhalten die Schulformunterschiede: Der Anteil der Schüler mit häufigen Rauscherfahrten ist an der Regelschule um das Zweifache höher als am Gymnasium. Hingegen spielt die soziale Herkunft kaum eine Rolle.

Unter dem Begriff *binge-drinking* (oder auch „Koma-Saufen“) wird in letzter Zeit über besonders riskante Konsummuster beim Alkohol berichtet. Um hierfür vergleichbare Daten erheben zu können, ist eine genaue Definition der Trinkmenge nötig. In Anlehnung an die Definition von Wechsler et al. (2004) verstehen wir unter binge-drinking den Konsum von mindestens fünf Gläsern Alkohol pro Trinkgelegenheit. Hierbei steht eine Glaseinheit für z. B. ein Glas Bier (0,33l), 0,04 Liter Schnaps oder 0,1 Liter Wein/Sekt. Angaben zum binge-drinking wurden bei der aktuellen HBSC-Studie in Thüringen erstmals von den Neuntklässlern erhoben.

Für die letzten 30 Tage geben knapp 60 Prozent der Neuntklässler an, bei mindestens einer Gelegenheit eine selbst für Erwachsene riskante Alkoholmenge getrunken zu haben. Ähnliche Werte

berichten die Autoren der ESPAD-Studie von 2007 (Kraus, Pabst & Steiner, 2008). Hier geben 59 Prozent der deutschlandweit befragten Neunt- und Zehntklässler eine vergleichbare Trinkmenge in den letzten 30 Tagen an. Da die Thüringer Stichprobenpopulation (Klassenstufe 9) jünger ist als die der ESPAD-Studie (Klassenstufe 9 und 10), sind die Thüringer Zahlen zum binge-drinking im Vergleich als hoch einzustufen.

Von zehn und mehr Episoden des binge-drinkings in den letzten 30 Tagen berichten knapp sieben Prozent der Befragten. Abbildung 32 schlüsselt diese Gruppe nach Geschlecht, Schulform und sozialer Herkunft auf. Häufiges binge-drinking berichten vor allem die Jungen und deutlich mehr Regelschüler als Gymnasiasten. Die soziale Herkunft steht mit exzessivem Alkoholkonsum nicht in Verbindung.

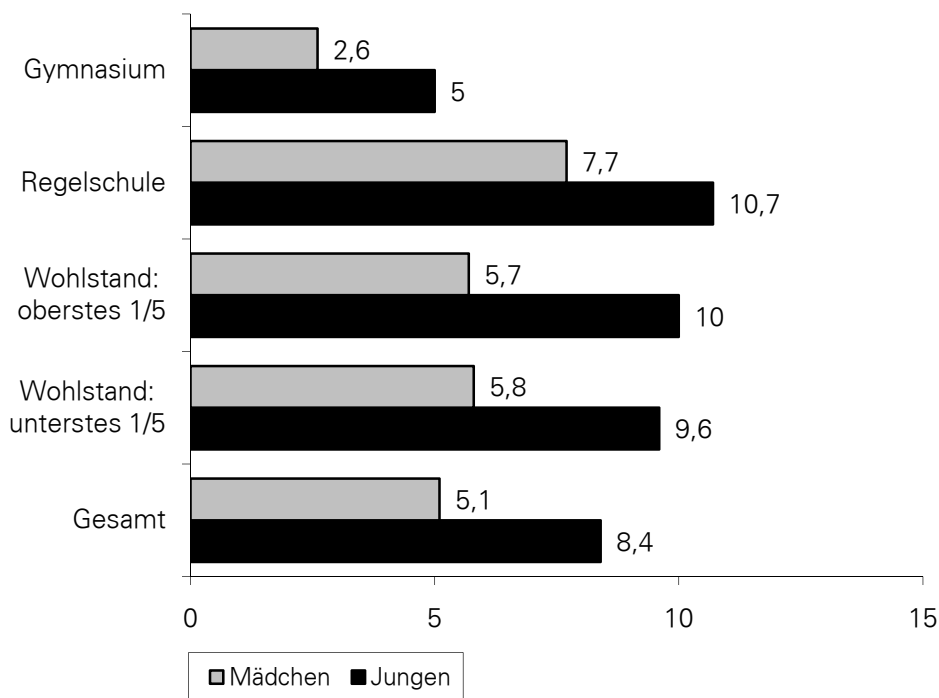


Abb. 32 – Zehn und mehr binge-drinking-Episoden in den letzten 30 Tagen (Neuntklässler, Prozent)

Hinsichtlich der konsumierten Getränkesorten (Abbildung 33) rangieren Biermixgetränke auf dem ersten Platz. Diese werden von knapp 10 Prozent der Befragten mindestens einmal wöchentlich, darunter von 1,3 Prozent mindestens einmal täglich konsumiert.

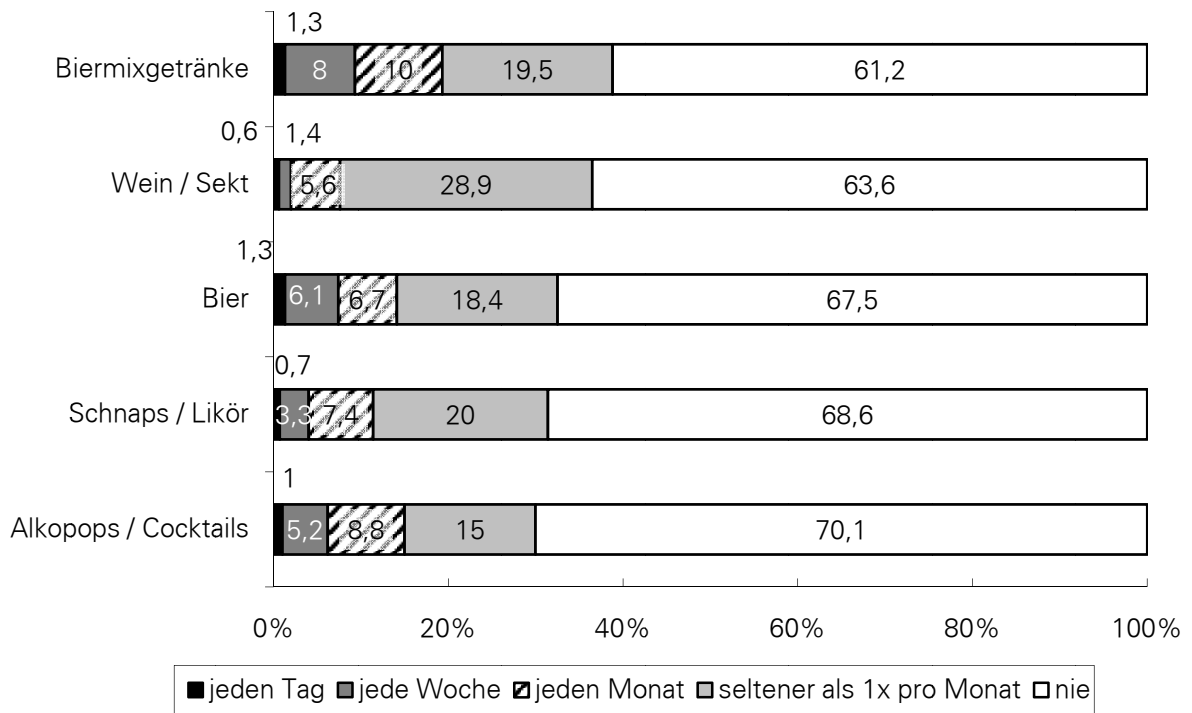


Abb. 33 – Alkohol: Konsumierte Getränkesorten (Prozent)

Illegale Drogen

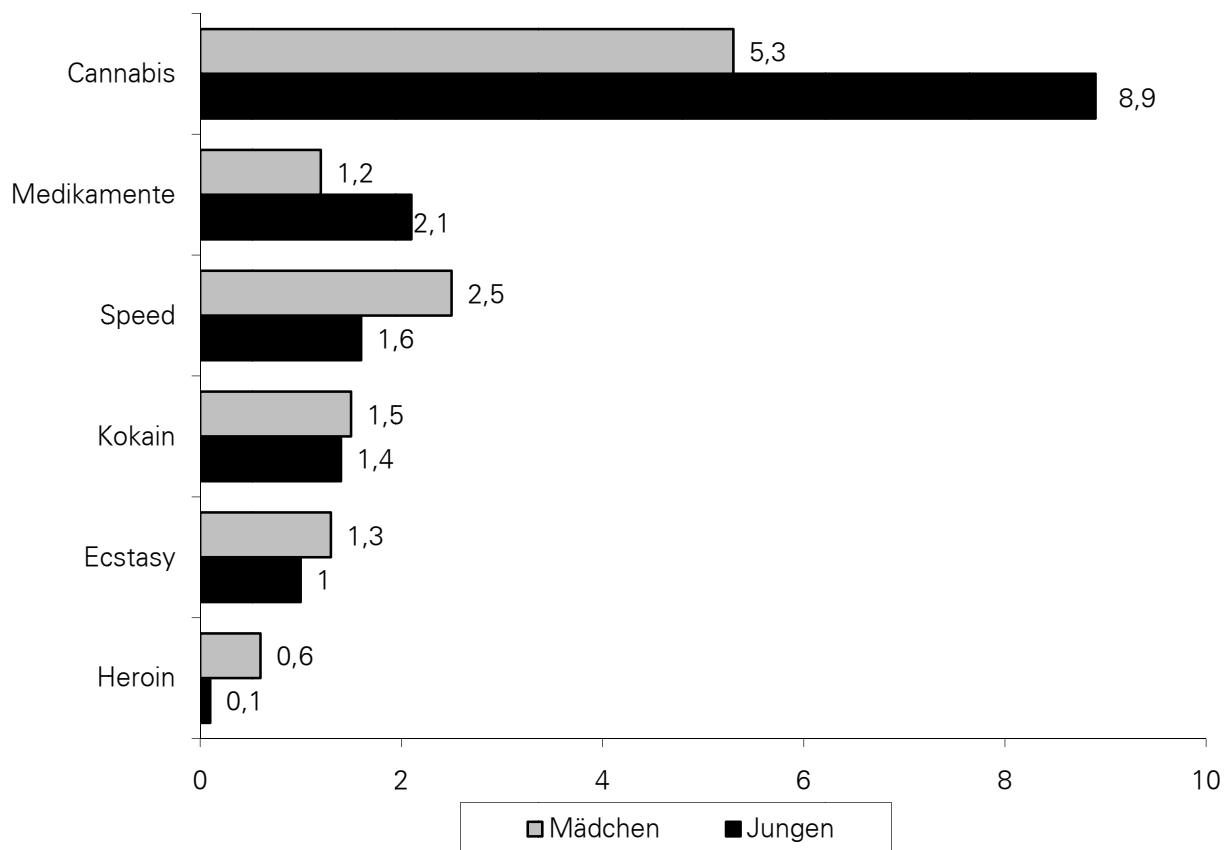


Abb. 34 – Konsum illegaler Drogen (Neuntklässler, 12-Monate-Prävalenz, Prozent)

Neben den legalen „Alltagsdrogen“ Alkohol und Tabak existiert eine ganze Palette weiterer illegaler psychoaktiver Substanzen. Wir haben die Schüler und Schülerinnen der neunten Klassenstufe gefragt, wie häufig sie in den letzten zwölf Monaten eine dieser Substanzen konsumiert haben. Abbildung 34 informiert über den mindestens einmaligen Konsum im letzten Jahr (12-Monate-Prävalenz).

Wie auch bei der letzten Befragung stehen Cannabis und Cannabisprodukte im Bereich der illegalen Drogen an erster Stelle. Sie wurden von sieben Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal konsumiert. Der Missbrauch von Medikamenten und Amphetaminen (Speed) folgt mit großem Abstand (2%) und ist genauso wenig verbreitet wie der Konsum von Kokain, Heroin oder Ecstasy. Bedeutsame Geschlechtsunterschiede sind nur beim Cannabiskonsum zu beobachten. Demnach wird Cannabis häufiger von Jungen (9%) als von Mädchen (5%) konsumiert.

Im Vergleich zu 2005 spielt der Suchtstoff Cannabis im Jahr 2010 für Thüringer Jugendliche eine deutlich geringere Rolle. Sowohl bei der Lebenszeitprävalenz, als auch bei der 12-Monate- und 30-Tage-Prävalenz sind die Konsumhäufigkeiten deutlich zurückgegangen (Abbildung 35). Während bei der letzten Befragung ungefähr jeder vierte Neuntklässler bereits Cannabis probiert hatte, ist es aktuell nur noch jeder Zehnte.

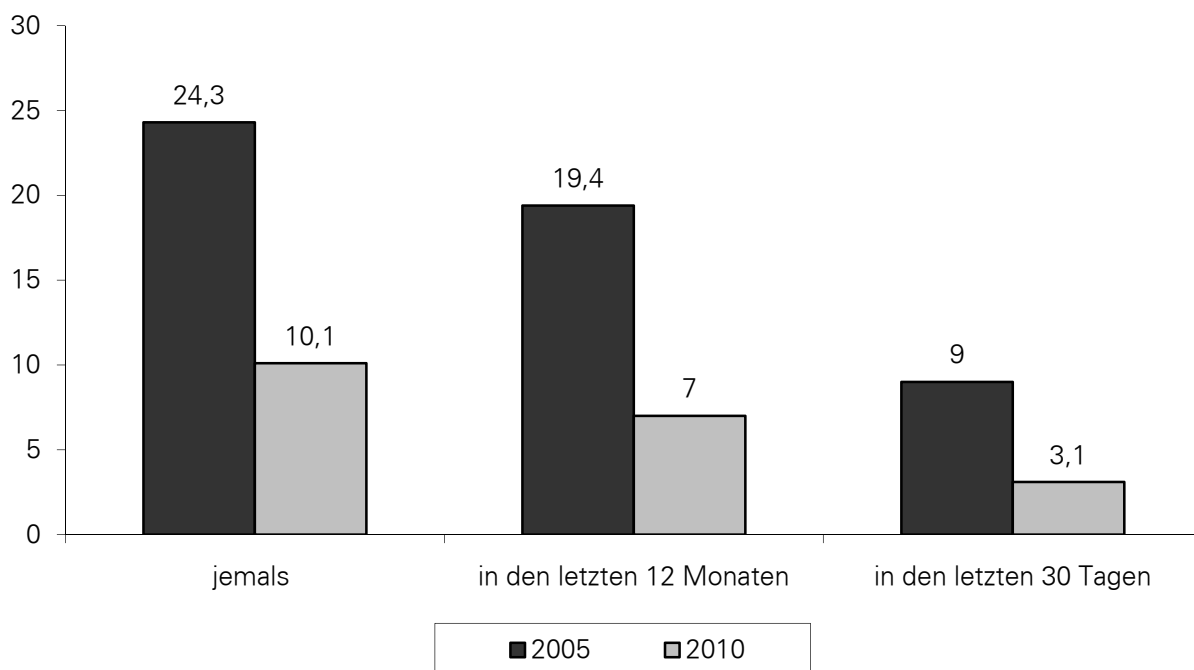


Abb. 35 – Cannabiskonsum 2005 und 2010 (Neuntklässler, Prozent)

In der Abbildung Nr. 36 werden die Schüler mit Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten nach Schulform und sozialer Herkunft aufgeschlüsselt.

Insgesamt konsumieren mehr Jungen als Mädchen Cannabis und mehr Regelschüler als Gymnasiasten. Wie bereits bei der letzten Befragung in 2005 betreffen diese Schulformunterschiede nur die Jungen. Die Rate der weiblichen Cannabiskonsumenten an Regelschulen und Gymnasien unterscheidet sich nicht. Aufgrund der geringen Zellenbesetzungen erreichen die auf den ersten Blick vorhandenen Disparitäten hinsichtlich des familiären Wohlstands keine statistische Signifi-

kanz. Ebenso wie der Alkoholkonsum erweist sich der Konsum von Cannabis als von der sozialen Herkunft unabhängig.

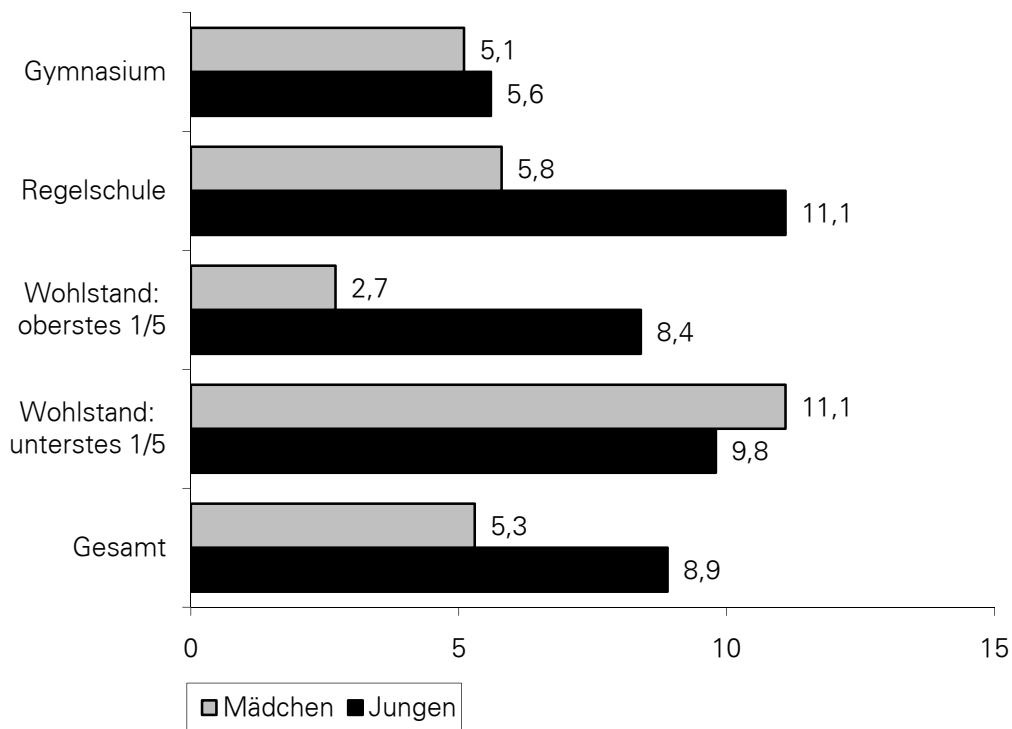


Abb. 36 – Cannabiskonsum, 12-Monate-Prävalenz (Neuntklässler, Prozent)

3.2 Ernährungsverhalten

Für die Ausbildung eines gesunden Ernährungsverhaltens stellt das Jugendalter eine kritische Phase dar. Zu den riskanten Ernährungsgewohnheiten zählen z. B. unregelmäßiges oder übermäßiges Essen, Monodiäten und Fasten. Folgen eines unzulänglichen Ernährungsverhaltens sind Übergewicht und Adipositas oder die Begünstigung der Entstehung von Essstörungen (Bulimie, Anorexie).

Wir haben die Kinder und Jugendlichen gefragt, wie regelmäßig sie Mahlzeiten einnehmen. Beispielfhaft seien die Daten zur Regelmäßigkeit des Frühstücks an Wochentagen berichtet (Abbildung 37).

Zwei Drittel der befragten Schüler und Schülerinnen geben an, jeden Schultag zu frühstücken. Das von Ernährungswissenschaftlern als wichtigste Mahlzeit eingestufte Frühstück wird von fast 18 Prozent der Schüler jeden Schultag ausgelassen. Über die Zusammensetzung dieser Gruppe im Zeitvergleich informiert Abbildung 38.

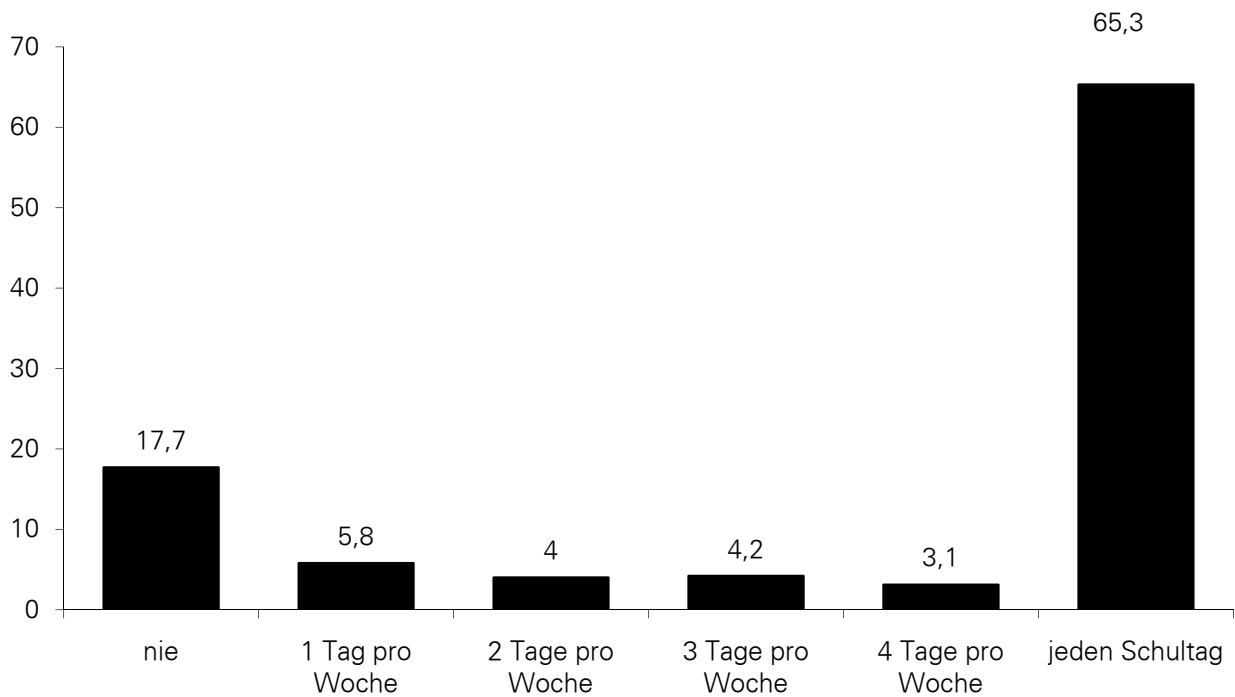


Abb. 37 – „Wie oft isst du zum Frühstück?“ (Prozent)

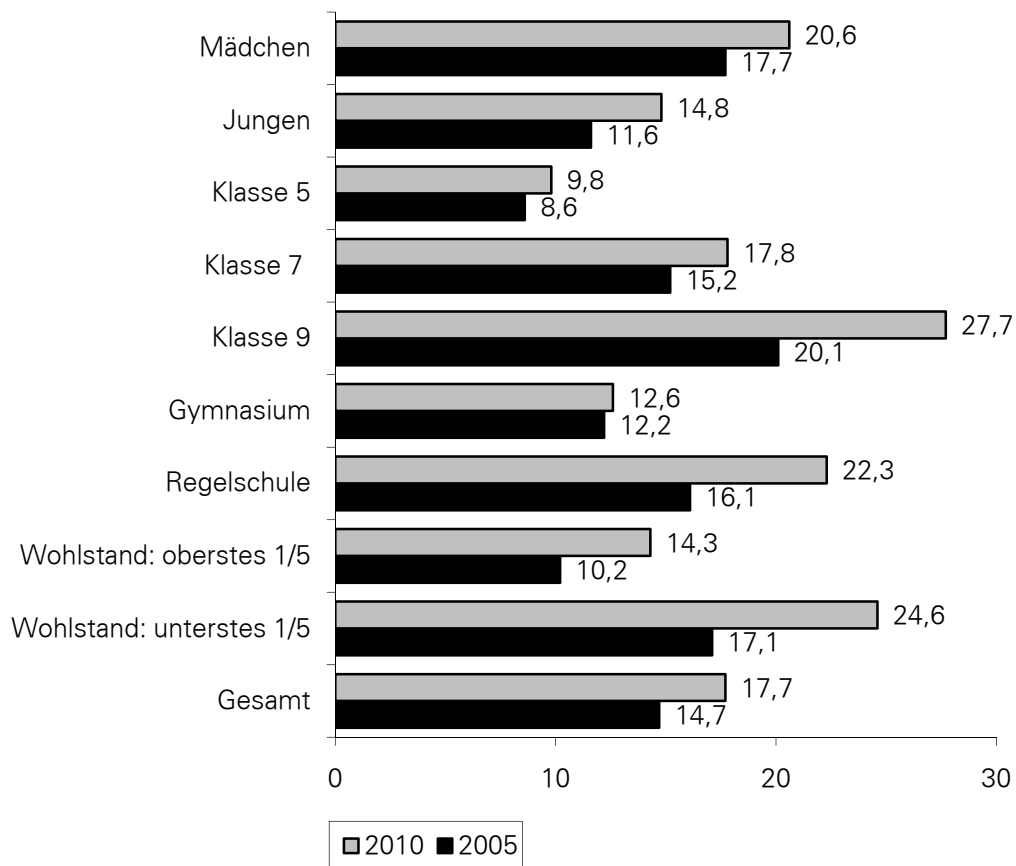


Abb. 38 – „Ich frühstücke nie an Wochentagen“ (Prozent)

Das regelmäßige Auslassen des Frühstücks ist vor allem bei Mädchen und hier insbesondere in Klassenstufe 9 verbreitet. Bei der aktuellen Befragung geben mehr Jugendliche an, das Frühstück wegzulassen als noch vor fünf Jahren. Dieser Anstieg fällt bei den Neuntklässlern stärker aus als bei den Fünft- und Siebentklässlern. Sowohl die besuchte Schulart als auch die soziale Herkunft haben an Bedeutung für das Frühstücksverhalten gewonnen. Jeder vierte Schüler aus dem untersten Quintil des familiären Wohlstands lässt 2010 das Frühstück ausfallen (2005: 18%). Damit ist der Abstand zwischen dem untersten und dem obersten Fünftel von sieben Prozent in 2005 auf zehn Prozent in 2010 gestiegen. Während die Schulform für dieses problematische Ernährungsverhalten vor fünf Jahren kaum eine Rolle spielte, ist der Abstand zwischen Gymnasiasten und Regelschülern ebenfalls deutlich angestiegen. Veränderungen gab es vor allem bei den Regelschülern: Hier hat sich der Anteil der Schüler, die ohne Frühstück in den Tag starten von 16 auf 22 Prozent erhöht.

Abbildung 39 gibt Auskunft über den Anteil der Jugendlichen, die angeben momentan eine Diät zu machen.

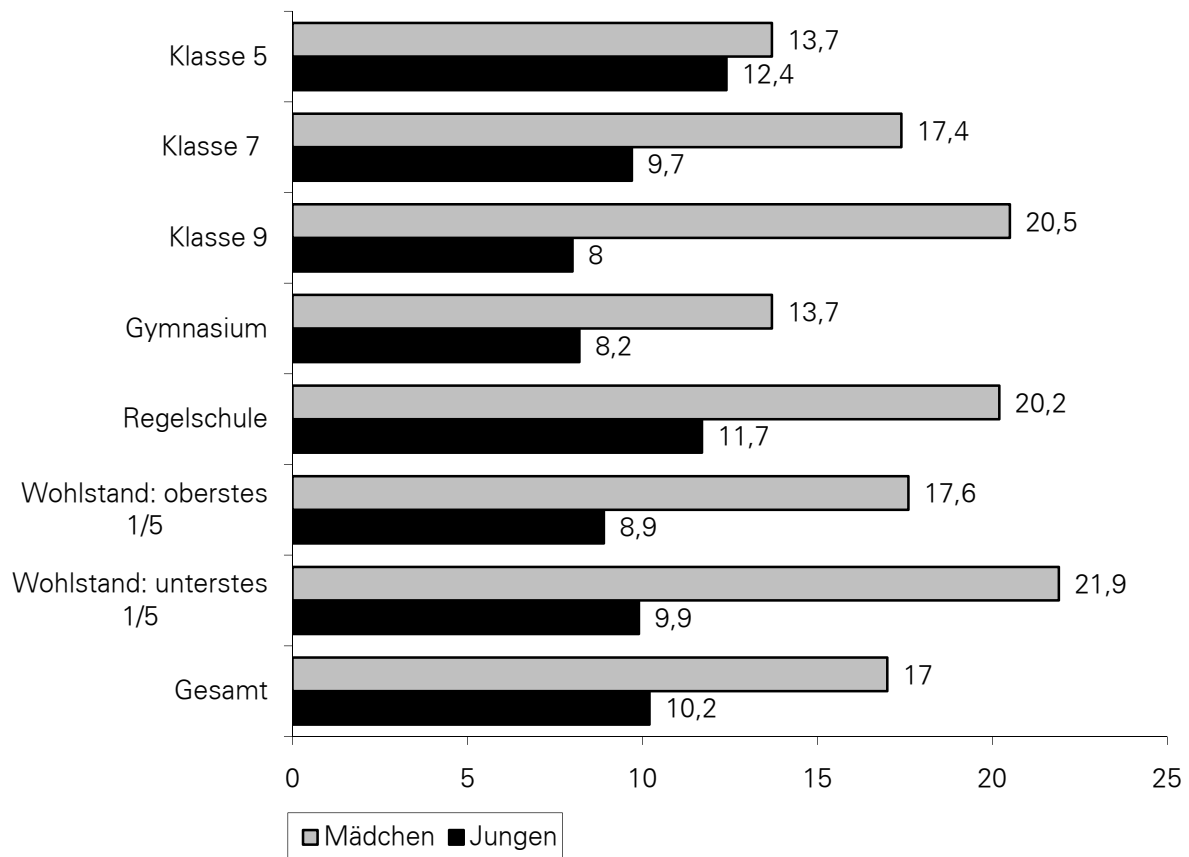


Abb. 39 – „Ja, ich mache gerade eine Diät“ (Prozent)

Diäten werden deutlich häufiger von Mädchen als von Jungen gemacht. Dieser Geschlechtsunterschied tritt aber erst ab der siebenten Klassenstufe zu Tage. Mit steigendem Alter wird der Anteil der Mädchen, die sich restriktiv ernähren immer größer, während er bei den Jungen leicht zurückgeht. In Klassenstufe 9 gibt jede fünfte Schülerin an, gerade eine Diät zu machen. Diätverhalten ist bei Regelschülern und bei Schülern aus dem unteren Fünftel des familiären Wohlstands verbreiteter.

Schaut man sich den Gewichtsstatus der Diät haltenden Jugendlichen an, wird deutlich, dass nur eine Minderheit dieser Gruppe übergewichtig ist (Tabelle 7). Der größte Anteil ist als normalgewichtig einzustufen. Ungefähr sechs Prozent der Jugendlichen die eine Diät machen sind sogar untergewichtig. In dieser Problemgruppe befinden sich deutlich mehr Mädchen (8%) als Jungen (3%). Dass in dieser Gruppe Risikobedingungen für die Entwicklung von Essstörungen vorliegen, zeigt sich auch in einem verzerrten Körper-Selbstbild: 43 Prozent der Jungen und 74 Prozent der Diät haltenden Mädchen mit Untergewicht schätzen sich selbst als „zu dick“ ein.

Tab. 7 – Gewichtsstatus von Diät haltenden Mädchen und Jungen in 2010 (Prozent)

Gewichtsstatus (BMI)	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht
Geschlecht			
Jungen	3,2	67,8	29
Mädchen	7,7	73,3	19

Im Vergleich zur letzten Befragung hat sich der Anteil Diät haltender Jugendlicher insgesamt nicht signifikant verändert (Abbildung 40). Weitere Analysen zeigen jedoch, dass es bei den Neuntklässlern zu einem statistisch bedeutsamen Anstieg von 10,5 Prozent in 2005 auf 14,5 Prozent in 2010 gekommen ist.

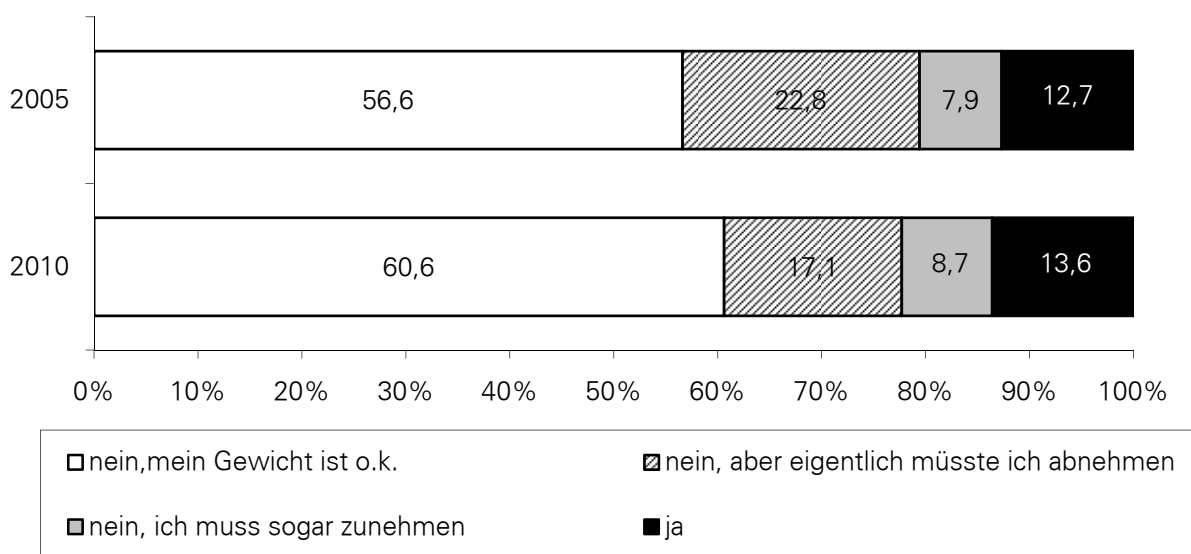


Abb. 40 – Machst du zurzeit eine Diät oder etwas anderes um abzunehmen? (Prozent für 2005 und 2010)

3.3 Körperliche Aktivität

Die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität für die Gesundheit (physisch und psychisch) ist unumstritten. Aktuell wird mindestens eine Stunde moderate oder erhöhte körperliche Aktivität pro Tag für Kinder und Jugendliche empfohlen (vgl. Currie, Samdal, Boyce, & Smith, 2001). Gefragt wurde, an wie vielen der letzten sieben Tage sich die Kinder und Jugendlichen mindestens eine Stunde körperlich angestrengt oder Sport getrieben haben.

Im Durchschnitt treiben die Kinder und Jugendlichen in Thüringen an vier Tagen mindestens eine Stunde Sport. Abbildung 41 veranschaulicht, in welchen Subgruppen wie viel Sport getrieben wird.

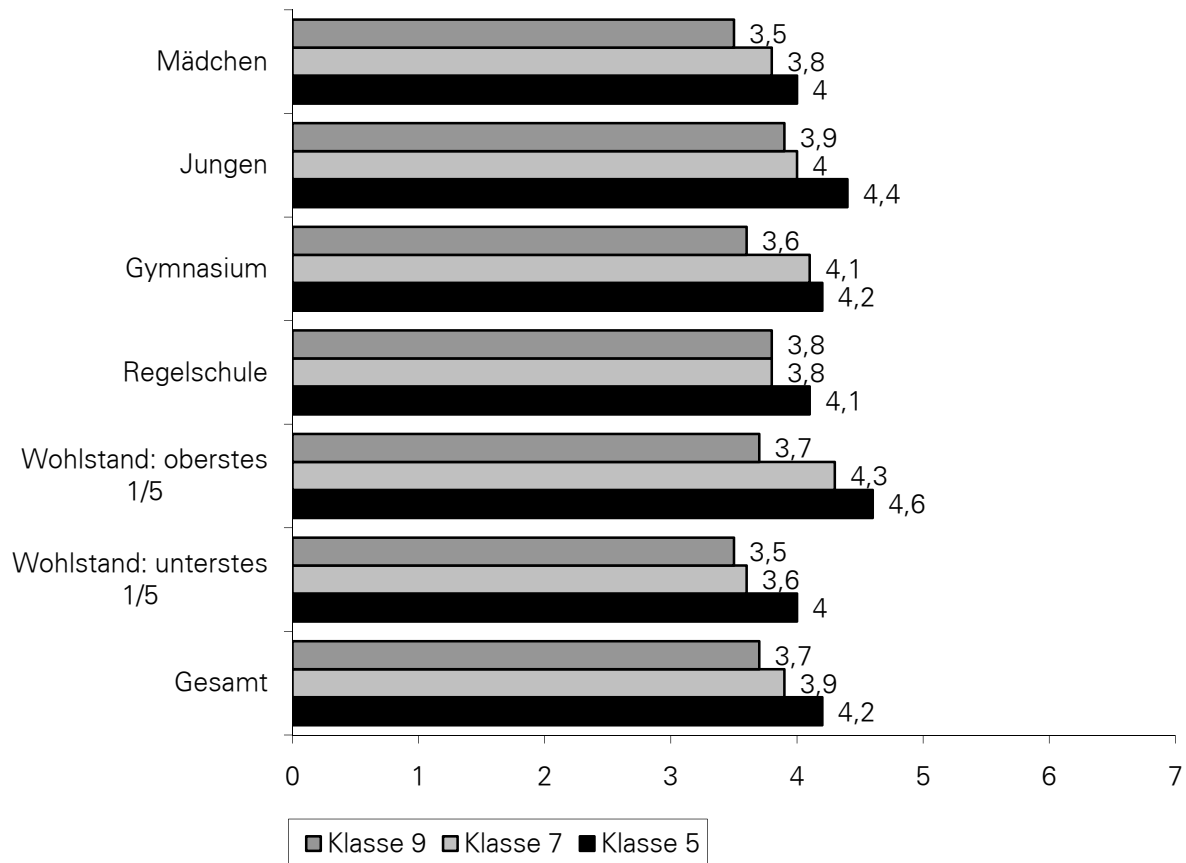


Abb. 41 – Tage pro Woche mit mindestens einer Stunde sportlicher Aktivität (Mittelwerte)

Jungen berichten in Thüringen häufigere sportliche Aktivitäten als Mädchen. Die Tendenz, sich körperlich zu betätigen, geht mit ansteigendem Alter zurück. Bei den Neuntklässlern gibt es im Schnitt einen halben Tag weniger, an dem die Jugendlichen mindestens eine Stunde Sport treiben. Weiterhin gibt es Zusammenhänge zwischen der sozialen Herkunft und dem Sporttreiben. Kinder aus Familien mit höherem Wohlstand treiben öfter Sport als Kinder aus Familien mit niedrigerem Wohlstand. Dieser Herkunftseffekt fällt bei den Fünft- und Siebentklässlern stärker aus als bei den Neuntklässlern. Ob die Befragten Schüler eines Gymnasiums oder einer Regelschule sind, hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit sportlicher Betätigung.

3.4 Zwischenresümee

Ein zentraler Untersuchungsbereich dieser Studie war das Gesundheits- und Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen im Freistaat Thüringen. Untersucht wurden der Substanzkonsum, die Ernährung und die sportliche Aktivität.

- Im Bereich der Alltagsdrogen zeigen sich positive Entwicklungen beim Rauchverhalten und beim Alkoholkonsum. Insbesondere unter den weiblichen Jugendlichen ist der Anteil der täglichen Raucherinnen deutlich zurückgegangen. Dem deutschlandweiten Trend folgend, gibt es in allen drei befragten Altersgruppen (Klassenstufe 5, 7 und 9) nur noch halb so viel

tägliche Raucher wie vor fünf Jahren. Die verbleibenden Raucher finden sich vor allem in den neunten Klassen der Regelschulen und sie haben einen weniger privilegierten familiären Hintergrund. Unsere Daten zeigen, dass viele von ihnen bereits sehr früh mit dem Rauchen beginnen.

- Auch beim Alkoholkonsum zeigt sich eine rückläufige Tendenz, jedoch nur bei den jüngeren Schülern der 5. und 7. Klassenstufe. Bei den Neuntklässlern haben 60 Prozent in den letzten 30 Tagen Erfahrungen mit dem in dieser Erhebungswelle erstmals erfragten binge-drinking („Rauschtrinken“, „Koma-Saufen“) gesammelt. Besonders beliebt sind Biermixgetränke. Auch der Konsum von Alkohol ist an Regelschulen verbreiteter als an Gymnasien.
- Fragen zum Gebrauch illegaler Drogen haben wir ausschließlich den Neuntklässlern gestellt. Diese spielen – bis auf Cannabis – in Thüringen keine große Rolle. Auch der Konsum von Cannabis und Cannabisprodukten ist seit der letzten Erhebung in 2005 rückläufig. Neun Prozent der Jungen und fünf Prozent der Mädchen geben aktuell an, im letzten Jahr Cannabis konsumiert zu haben. Auch hier zeigt sich ein höherer Konsum an Regelschulen als an Gymnasien.
- Eine ungünstige Entwicklung zeigt sich beim Ernährungsverhalten. So gibt es in Thüringen immer mehr Schüler, die ohne Frühstück in den Tag starten, hierunter insbesondere Mädchen der neunten Klassen an Regelschulen. Die Bedeutung der Schulform und der familiären Herkunft für dieses Risikoverhalten hat seit der letzten Befragung zugenommen. Auch Diäten sind insbesondere bei weiblichen Jugendlichen und bei Neuntklässlern verbreitet. In dieser Altersgruppe zeigt sich seit 2005 ein Anstieg Diät haltender Jugendlicher um vier Prozent auf 14,5 Prozent in 2010. Dass insbesondere bei den Mädchen die große Mehrheit derjenigen, die gerade eine Diät machen, normalgewichtig und zum Teil sogar untergewichtig ist, lässt auf Risikobedingungen für die Entwicklung von Essstörungen schließen.
- Das von Gesundheitswissenschaftlern für Kinder und Jugendliche empfohlene Pensum sportlicher Aktivität (eine Stunde pro Tag) wird in Thüringen nicht erreicht. Im Schnitt betätigen sich die Kinder und Jugendlichen nur an vier Tagen der Woche mindestens eine Stunde körperlich. Aufgrund veränderter Erhebungsmethoden ist hier ein Zeitvergleich nicht möglich. Es zeigt sich, dass das Sporttreiben unabhängig von der besuchten Schulform ist, jedoch eng mit der sozialen Herkunft zusammenhängt: Kinder aus wohlhabenderen Familien treiben deutlich häufiger Sport als Kinder aus weniger wohlhabenden Familien.

4 EINFLUSSFAKTOREN UND UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME

Matthias Ritter, Ludwig Bilz

Im folgenden Kapitel werden die Einflüsse verschiedener Sozialisationsinstanzen auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten vorgestellt. In Abbildung 42 ist ein Modell dargestellt, welches die Bewältigungskompetenz im Spannungsfeld von Ressourcen und Anforderungen thematisiert. Kinder und Jugendliche stehen vor einer Vielzahl von Anforderungen, die sich als Entwicklungsaufgaben charakterisieren lassen. Sind ausreichend personale und soziale Ressourcen vorhanden, können diese Anforderungen angemessen bewältigt werden und die Voraussetzungen für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung sind erfüllt.

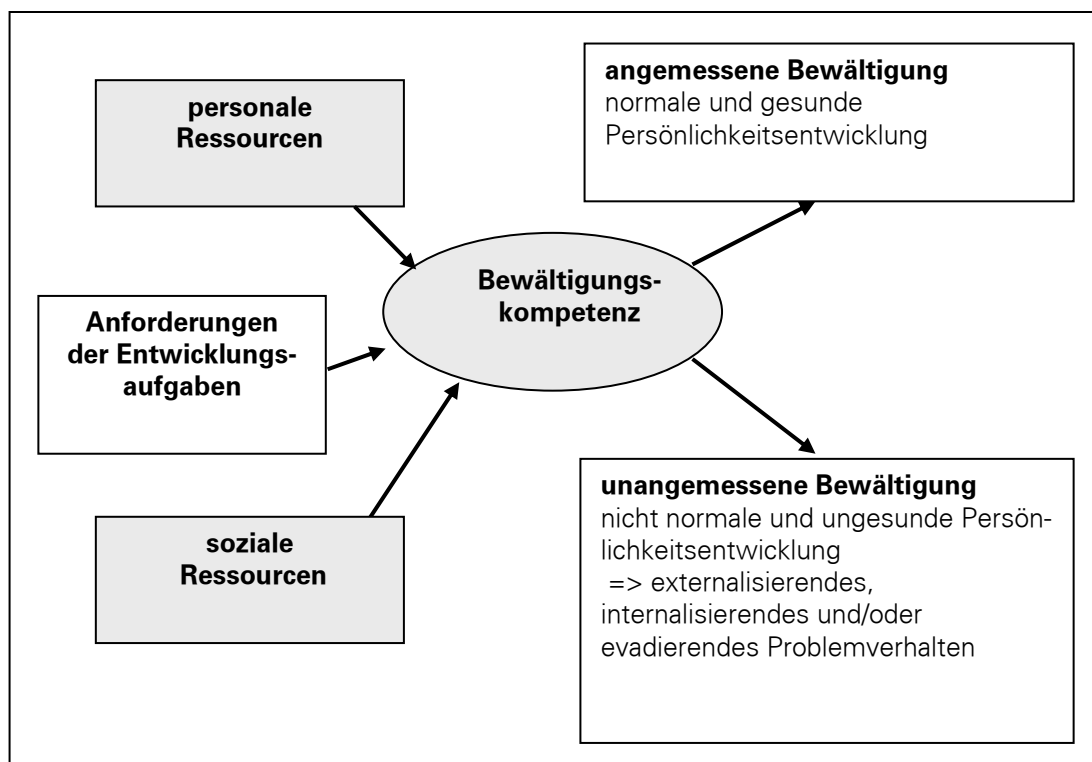


Abb. 42 – Belastungs-Bewältigungs-Modell nach Hurrelmann (2004, S.160)

Sind jedoch nicht genügend personale sowie soziale Ressourcen verfügbar oder existieren übermäßige Anforderungen, ist mit Problemen im Entwicklungsprozess der Kinder und Jugendlichen zu rechnen, die die weitere gesunde Persönlichkeitsentwicklung gefährden. Die Folgen einer unangemessenen Bewältigung können in drei Varianten unterteilt werden: Sie sind nach außen gerichtet (externalisierend) und äußern sich z. B. in Gewalthandlungen; sie sind nach innen gerichtet (internalisierend) und können sich in psychosomatischen Beschwerden und Depressionen niederschlagen und/oder sie sind ausweichend (evadierend) und offenbaren sich beispielsweise im Konsum psychoaktiver Substanzen (Hurrelmann, 2004).

Quellen sozialer Ressourcen bilden insbesondere die Familie, die Schule und die Gleichaltrigen-gruppe. Jedoch können aus diesen so genannten Sozialisationsinstanzen ebenso Belastungen hervorgehen. Neben den sozialen Ressourcen können aber auch eigene personale Ressourcen

Bewältigungskompetenz vermitteln: z. B. ein hohes Selbstwertgefühl oder die Fähigkeit, sich aktiv mit Problemen auseinanderzusetzen und ihnen nicht aus dem Weg zu gehen.

Im Folgenden werden Einflüsse auf die Gesundheit aus den Bereichen Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe und Persönlichkeit dargestellt. Vier exemplarisch ausgewählte Gesundheitsindikatoren werden für diese Gegenüberstellung genutzt: 1. die Selbsteinschätzung der Gesundheit, 2. emotionale Auffälligkeiten (Ängste, depressive Symptome), 3. tägliches Rauchen und 4. Mobbingtäterschaft. In dieser Auswahl sind Indikatoren für den körperlichen, psychischen und sozialen Bereich der Gesundheit und für das Gesundheitsverhalten vertreten. Soweit es möglich ist und angemessen erscheint, werden zudem die Befunde aus dem Jahr 2005 vergleichend gegenübergestellt.

4.1 Familie und sozioökonomische Lage

Der Einfluss der sozioökonomischen Lage ist in den vorangestellten Kapiteln bereits dargestellt worden. Es hat sich gezeigt, dass die Zugehörigkeit zu den unteren Sozial-, Bildungs- und Einkommensschichten (Wohlstandsindex) mit einer niedrigeren subjektiven Gesundheit, einer niedrigeren Lebenszufriedenheit, vermehrten psychischen Problemen, häufigerem Rauchen, ungesünderen Ernährungsgewohnheiten und weniger sportlicher Aktivität einhergeht (s. o.).

Ein weiteres relevantes Merkmal der Familie ist die Familienstruktur. Die Familienstruktur unterliegt in Deutschland in den letzten Jahrzehnten einem starken Wandel: traditionelle Familienformen lösen sich immer mehr auf und geben Raum für vielfältige Familienkonstellationen. Die Zusammensetzung der Familie kann für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von wesentlicher Bedeutung sein. Es zeigt sich bspw., dass Kinder und Jugendliche, die lediglich mit einem allein erziehenden Elternteil aufwachsen, eher zu risikobehafteten Gesundheitsverhalten neigen (z. B. Amato, 2001). Tabelle 8 informiert über die Verteilung der verschiedenen Familienformen, die wir in unserer Thüringer Stichprobe gefunden haben. Etwa 70 Prozent der Schülerinnen und Schüler wachsen bei ihren beiden leiblichen Eltern auf. Die restlichen ca. 30 Prozent setzen sich aus alternativen Familienformen zusammen, wobei sich die Daten mit denen des statistischen Bundesamtes (2006) für Ostdeutschland decken.

Tab. 8 – Familienformen in Thüringen

Kinder wohnen im hauptsächlichen Zuhause zusammen mit:	Anteil
beiden leiblichen Elternteilen	70,2%
allein erziehendem Elternteil ohne Partner, davon	13,1%
mit Mutter	11,6%
mit Vater	1,5%
allein erziehendem Elternteil mit Partner	9,3%
allein erziehendem Elternteil und mindestens einem Großelternanteil	5,4%
sonstige Familienstrukturen / kein leibl. Elternteil	2,1%

In Tabelle 9 haben wir die Ausprägung der vier Gesundheitsindikatoren in den verschiedenen Familienformen verglichen.

Tab. 9 – Familienformen und Gesundheit / Gesundheitsverhalten

	Gesamt	Eltern- paare	Allein- er- ziehend o. Partner	Allein- erziehend m. Partner	Allein- erziehend m. Groß- elternteil	Keine leib- lichen Eltern	Sign. (p)
Selbsteinschätzung der Gesundheit „einigermaßen“ oder „schlecht“	11,3%	9,6%	15,3%	14,3%	12,9%	23,4%	< .001
Emotionale Probleme: „grenzwertig“ und „auffällig“	9,6%	9,1%	12,1%	9,4%	9,5%	19,1%	< .01
Tägliches Rauchen	6,4%	4,7%	8,0%	13,2%	9,4%	18,7%	< .001
Mobbing: Täter	8,4%	7,3%	10,0%	11,6%	7,6%	17,0%	< .001

Signifikante Unterschiede ergeben sich für alle hier verwendeten Gesundheitsindikatoren. Mit beiden leiblichen Eltern aufzuwachsen, scheint ein Schutzfaktor für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der befragten Kinder und Jugendlichen zu sein. Wenn Kinder und Jugendliche hingegen mit einem allein erziehenden Elternteil aufwachsen, sei es mit oder ohne Partner, wird die eigene Gesundheit schlechter eingeschätzt, die Täterschaft beim Mobbing erhöht sich und es wird deutlich häufiger geraucht. Gravierende Unterschiede ergeben sich, wenn kein einziges leibliches Elternteil als Familienmitglied genannt wurde, wobei die geringe Fallzahl dieser Kategorie zu beachten ist und somit die Angaben nur bedingt interpretierbar sind.

Gesundheitseinflüsse seitens der Familie gehen jedoch über die reine Familienkonstellation hinaus. Ein weiteres wichtiges Merkmal im Lebensbereich der Familie ist das Familienklima. Mit den beiden in Tabelle 10 und 11 dargestellten Skalen haben wir zwei zentrale Dimensionen des Familienklimas erhoben: das positiv-emotionale Familienklima sowie die Dimension Strenge und Kontrolle. Die Antwortvorgabe war eine 5-stufige Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft fast völlig zu“.

Tab. 10 – Familienklima-Skala I: Positiv emotionales Klima (Roth, 2002)

Jeder hat in unserer Familie die gleichen Rechte, wenn es etwas zu entscheiden gibt.
In unserer Familie wird es nicht gern gesehen, wenn jemand sagt, dass einem etwas nicht passt. (-)
Bei uns zuhause sind wir eher zurückhaltend, wenn es darum geht, seine Meinung offen zu sagen. (-)
In unserer Familie findet man es ganz in Ordnung, wenn jeder seine eigenen Interessen vertritt.
In unserer Familie kann jeder seinen eigenen Interessen und Vorlieben nachgehen, ohne dass die anderen deswegen sauer sind.
Bei uns zuhause hat jeder die gleiche Stimme, wenn etwas entschieden wird, was für die ganze Familie wichtig ist.
In unserer Familie ist es eher so, dass man seine Gefühle nicht zeigt. (-)
In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.
In unserer Familie achten wir darauf, dass jeder möglichst unabhängig und auf sich selbst gestellt sein kann.

α der Gesamtskala = .69, Antwortskala: trifft fast völlig zu – überwiegend – mittelmäßig – wenig – gar nicht

Tab. 11 – Familienklima-Skala II: Kontrolle (Roth, 2002)

An den Regeln, die es in unserer Familie gibt, wird ziemlich starr festgehalten.
Bei uns gibt es feste Regeln, wie man bestimmte Dinge tun muss.
Bei uns zuhause ist ziemlich genau festgelegt, was getan werden darf und was nicht.
Bei uns zuhause sind die Pflichten sehr genau aufgeteilt und jeder weiß, was er zu tun hat.
Pünktlichkeit ist in unserer Familie oberstes Gebot.

α der Gesamtskala = .79, Antwortskala: trifft fast völlig zu – überwiegend – mittelmäßig – wenig – gar nicht

Auf der Grundlage der Schülerangaben zu diesen beiden Dimensionen haben wir vier verschiedene Erziehungsstile identifiziert:

restriktiver/ autoritärer Erziehungsstil (bei 34%)

Dieser Erziehungsstil zeichnet sich durch ein hohes Ausmaß an Kontrolle (Skala 2) und wenig positiv-emotionaler Unterstützung (Skala 1) aus. Die Erziehenden stellen in dieser Form der Erziehung meist strenge Regeln auf, wobei unerwünschtes Verhalten bestraft wird.

gleichgültiger / laissez-faire Erziehungsstil (bei 25%)

Bei diesem Erziehungsstil gibt es weder Kontrolle noch positiv-emotionale Unterstützung durch die Eltern. Erziehung wird seitens der Erziehenden eher als unnötiger Eingriff in die Entwicklung des Kindes verstanden. Das Kind wird im Wesentlichen sich selbst überlassen.

sozial-integrativer / autoritativer Erziehungsstil (bei 17%)

Ein hohes Ausmaß an Kontrolle sowie positiv-emotionaler Unterstützung zeichnet diesen Erziehungsstil aus. Die Erziehenden stellen hohe Anforderungen an das Kind, unterstützen es aber gleichsam in einem sehr hohen Maße. Konfrontationen können angstfrei und für beide Seiten zufriedenstellend bewältigt werden. Gleichzeitig fördert dieser Erziehungsstil die Verbundenheit mit der Familie als auch die Selbständigkeit der Kinder optimal (Baumrind, 1971).

nachsichtiger/ permissiver Erziehungsstil (bei 24%)

Der permissive Erziehungsstil zeichnet sich durch ein niedriges Maß an Kontrolle bei gleichzeitig hoher positiv-emotionaler Unterstützung aus. Das Verhalten des Kindes wird in hohem Maße toleriert. Kontrolle oder Bestrafung werden eher selten ausgeübt, auch Grenzen werden seitens der Erziehenden kaum gesetzt.

In der Tabelle 12 werden die vier Erziehungsstile den Gesundheitsindikatoren der Schüler gegenübergestellt.

Tab. 12 – Erziehungsstil und Gesundheit / Gesundheitsverhalten

	Gesamt	Restriktiv	Gleichgültig	Sozial-integrativ	Nachsichtig	Sign. (p)
Selbsteinschätzung der Gesundheit „einigermaßen“ oder „schlecht“	11,3%	13,8%	16,2%	7,9%	9,2%	< .001
Emotionale Probleme: „grenzwertig“ und „auffällig“	9,6%	10,2%	12,4%	8,5%	7,6%	< .01
Tägliches Rauchen	6,4%	7,6%	8,4%	4,3%	4,8%	< .001
Mobbing: Täter	8,4%	12,6%	9,9%	6,4%	5,1%	< .001

Die beiden Erziehungsstile, welche mit einem hohen Ausmaß an positiv-emotionaler Unterstützung assoziiert sind, zeigen deutlich weniger auffällige Werte hinsichtlich der ausgewählten Gesundheitsindikatoren. Kinder, die von einem sozial-integrativen bzw. nachsichtigen Erziehungsstil berichten, schätzen ihre Gesundheit besser ein, zeigen geringfügig weniger emotionale Auffälligkeiten, rauchen weniger und treten signifikant seltener als Mobbingtäter in Erscheinung. Hingegen scheint insbesondere der gleichgültige und in ähnlichem Maße auch der restriktive Erziehungsstil anhand dieser Daten ein Gesundheitsrisiko darzustellen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht wird empfohlen, in der Erziehung gleichermaßen sozial- unterstützend als auch Grenzen setzend auf das Kind einzuwirken (z. Bsp. Grotevant & Cooper, 1986).

4.2 Schule und Schulkultur

Bei der folgenden Darstellung (vgl. Abbildung 43) zu schulischen Hintergrundbedingungen orientieren wir uns am Konzept der guten gesunden Schule von Paulus (2003). Hierbei beziehen wir uns in erster Linie auf die Dimensionen des Lernens und Lehrens sowie des Schulklimas und der Schulkultur. Die Dimension der Führung und des Managements einer Schule wird zugunsten einer Fokussierung auf die Schülerperspektive hier nicht thematisiert. Angemerkt sei jedoch, dass ein professionelles Führungsverhalten neben den Dimensionen „Lernen und Lehren“ sowie „Schulklima und Schulkultur“ für die Gesamtzufriedenheit an einer Schule und somit für die Erfüllung des Bildungs- und Erziehungsauftrags von hoher Bedeutsamkeit ist.

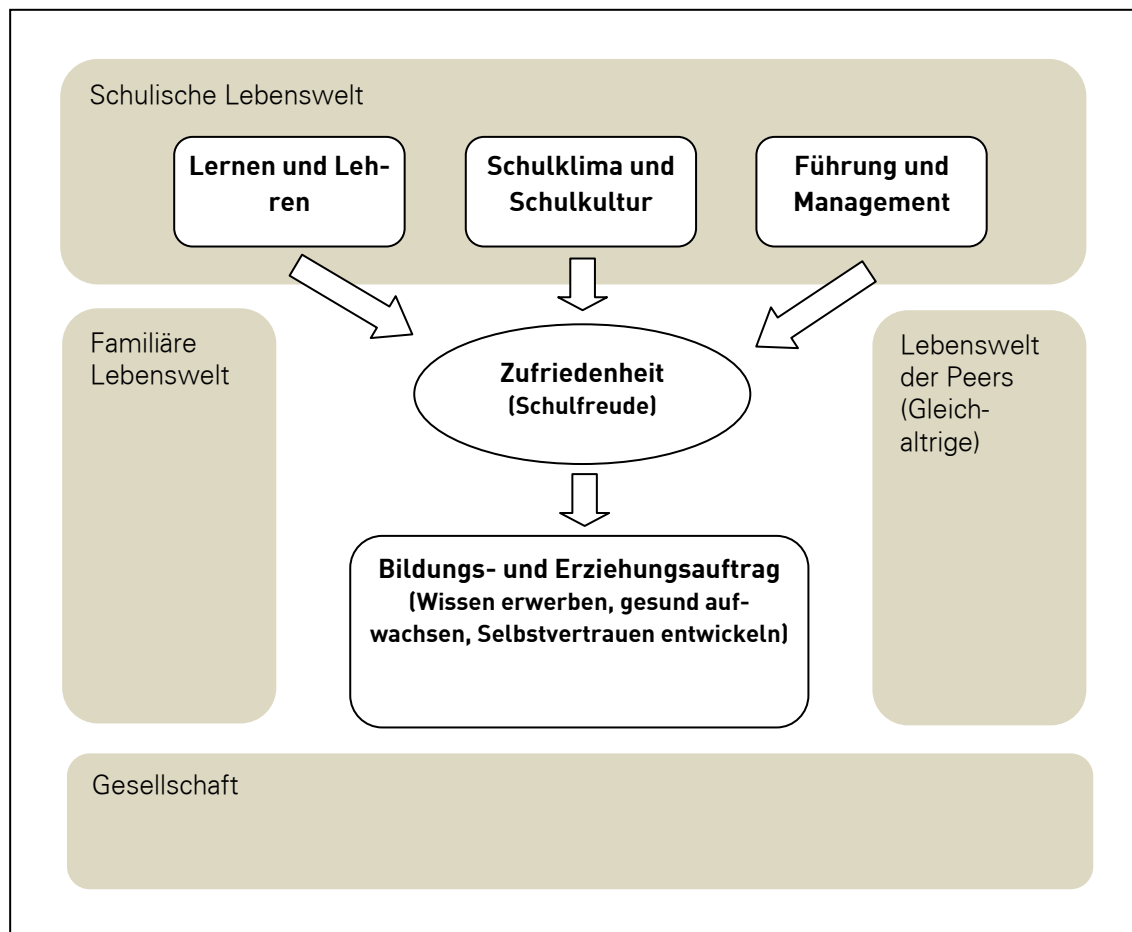


Abb. 43 – Die fünf Handlungsfelder der guten gesunden Schule (in Anlehnung an Paulus, 2003)

Im folgenden Kapitel wird zum einen die Schulfreude als zentrale Vermittlervariable zwischen den schulischen Prozessen und der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten vorgestellt. Zum anderen werden die Bereiche „Schulklima und Schulkultur“ sowie „Lernen und Lehren“ thematisiert und empirisch beschrieben. Schließlich werden Wirkungszusammenhänge zur Gesundheit dargestellt. Das Kapitel gliedert sich daher wie folgt:

1. Schulzufriedenheit
2. Schulklima und Schulkultur
 - Schulische Partizipation
 - Unterstützungssysteme (Schüler, Eltern, Lehrer)
3. Lernen und Lehren
 - Unterrichtsqualität
 - Schülerzentrierte Bezugsnormorientierung der Lehrer
 - Schulische Belastung
 - Lernmotivation
4. Zusammenhänge zur Gesundheit

Schulzufriedenheit

Wie das Modell in Abbildung 43 zeigt, wird Schulzufriedenheit als Vermittler zwischen den schulischen Handlungsfeldern aufgefasst. Das bedeutet, dass durch die Zufriedenheit schulbezogene Effekte auf das Lernen sowie auf die Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten vermittelt werden. Nur wenn Schüler gern zur Schule gehen und sich aufgrund eines unterstützenden Klimas und anregender Lernbedingungen im schulischen Umfeld wohl fühlen, ist die Umsetzung des Bildungs- und Erziehungsauftrages möglich. Zu diesem Kerngeschäft der Schule gehört neben der Wissensvermittlung auch die Gesundheit der Schüler (Paulus, 2003). Der Schulzufriedenheit kommt in diesem Kontext eine Ampelfunktion zu, denn sie kann Störungen in den Handlungsfeldern der Schule aufzeigen. Alle Handlungsfelder sind deshalb auch immer in Bezug auf die Schulzufriedenheit zu reflektieren. Um die Schulzufriedenheit zu erfassen, haben wir die Schüler gefragt, ob sie gern zur Schule gehen (Schulfreude).

Insgesamt 39 Prozent und damit über acht Prozent mehr als 2005, beantworteten diese Frage mit „sehr gut“. Der Wert der Antwortkategorie „einigermaßen gut“ bleibt mit 47 Prozent in etwa gleich. „Nicht so gut“ und „überhaupt nicht“ gaben zehn bzw. vier Prozent der Schülerinnen und Schüler zu Protokoll. Die negative Einschätzung wird im Vergleich zur vorherigen Erhebung von deutlich weniger Schülerinnen und Schülern geteilt. Im Vergleich zum Erhebungsjahr 2005 hat sich die Schulfreude signifikant erhöht und befindet sich somit auf einem deutlich höheren Niveau.

Wie Abbildung 44 zeigt, nimmt auch in der aktuellen Erhebung die Schulfreude mit zunehmender Klassenstufe deutlich ab, wobei sich der Wert in der 9. Klassenstufe fast wieder dem Wert von 2005 angeglichen hat. Im Vergleich zur Erhebung von 2005 bewerten Gymnasiasten nun die Schulzufriedenheit signifikant höher ein als die Regelschüler. Zusammenhänge hinsichtlich des Wohlstands der Familie und des Geschlechts sind, wie im Jahr 2005, nicht nachzuweisen.

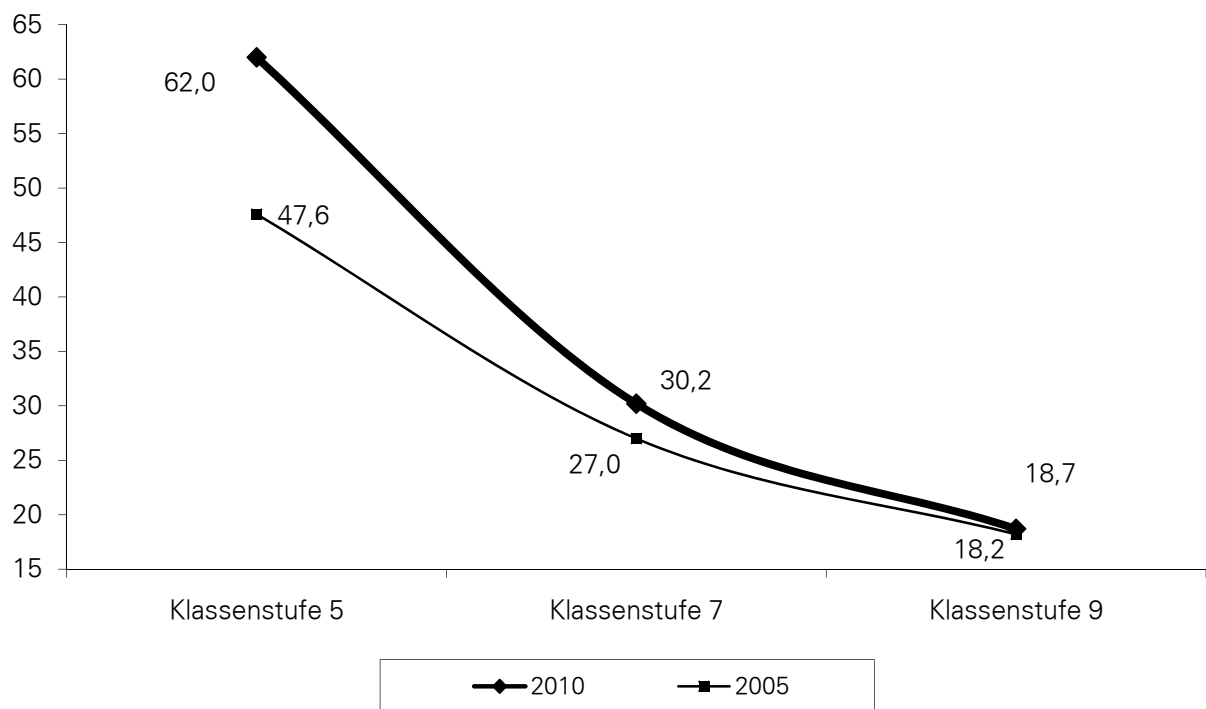


Abb. 44 – Schulzufriedenheit im Zeitvergleich (Prozent für „sehr gut“)

Weiterhin wird die Beziehung zwischen der Schulzufriedenheit und der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten anhand der vier Gesundheitsindikatoren betrachtet (vgl. Tabelle 13).

Tab. 13 – Schulzufriedenheit und Gesundheit / Gesundheitsverhalten

	Gesamt	Sehr gut/ einigermaßen gut	Weniger gut / überhaupt nicht	Sign. (p)
Selbsteinschätzung der Gesundheit „einigermaßen“ oder „schlecht“	11,3%	9,2%	23,9%	< .001
Emotionale Probleme: „grenzwertig“ und „auffällig“	9,6%	8,2%	18,3%	< .001
Tägliches Rauchen	6,4%	4,9%	14,4%	< .001
Mobbing: Täter	8,4%	6,8%	18,4%	< .001

Theoriekonform ergeben sich deutliche Unterschiede in allen hier verwendeten Gesundheitsbereichen. Schülerinnen und Schüler, die angeben, dass ihnen die Schule „weniger gut“ bzw. „überhaupt nicht gefällt“, schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, zeigen mehr emotionale Auffälligkeiten, rauchen häufiger und treten häufiger als Mobbingtäter in Erscheinung.

Schulklima und Schulkultur

Das Schulklima oder die Schulkultur einer Schule wird als einer der wichtigsten Rahmenbedingungen für den Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule angesehen. Die Schulkultur bezieht sich auf die Gesamtheit aller schulischen Prozesse, die das Handeln, Lernen, Erziehen sowie die Beziehungen und Interaktionen der Beteiligten betreffen. Man geht davon aus, dass ein positiv wahrgenommenes Schulklima Einfluss auf die Schulfreude hat und somit auch emotionale und physische Sicherheit bietet (Paulus, 2003). Wie vorliegende Studien berichten, existieren zum Teil

deutliche Zusammenhänge zwischen schulkulturellen Variablen und der psychischen Gesundheit (Holler-Nowitzki, 1994; Winkler Metzke & Steinhausen, 2001; Bilz, 2008), dem aggressiven Verhalten (Melzer et al., 1998) und dem Gesundheitsverhalten (Bilz & Hähne, 2005; Bilz, Hähne & Melzer, 2003). Das Schulklima bzw. die Schulkultur wird im Folgenden anhand schulischer Mitbestimmungsmöglichkeiten sowie den Unterstützungsleistungen seitens der Mitschüler, der Eltern und der Lehrer empirisch sichtbar.

Partizipation

Einen zentralen Aspekt der Schulkultur stellen die Mitbestimmungsmöglichkeiten seitens der Schüler dar. Differenziert nach Schulform sind in Tabelle 14 die Ergebnisse zur Partizipation in Schule und Unterricht dargestellt. Die Fragen erfassen bspw. das Mitspracherecht der Schüler hinsichtlich der Gestaltung der Unterrichtszeiten oder der Partnerwahl bei Gruppenarbeiten.

Tab. 14 – Skala Partizipation (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)

<i>α</i> der Gesamtskala = ,48	Gesamt 2005	Gesamt 2010	Regel- schule	Gym- nasium	Sign. (p)
Die Schüler dürfen nach ihrem eigenen Tempo arbeiten.	47,7	46,2	52,8	38,6	<.001
Die Schüler wählen ihre Partner für die Gruppenarbeiten selbst aus.	72,4	63,4	68,2	57,8	<.001
Die Schüler haben ein Mitspracherecht, wie die Unterrichtszeit genutzt wird.	20,6	31,9	36,0	27,2	<.001
Die Schüler können über ihre Schulaktivitäten/ Lerninhalte mitentscheiden.	23,1	34,1	39,4	28,0	<.001
Den Schülern wird gesagt, wie sie ihre Arbeit machen müssen. (-)	79,0	82,4	82,8	81,9	n.s.
Der Lehrer entscheidet, welche Schüler zusammenarbeiten. (-)	44,0	50,6	52,2	48,7	<.05

Antwortskala: Stimmt genau – stimmt ziemlich – weder/noch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

Geringe Mitwirkungsmöglichkeiten werden den Schulen bei der Unterrichtszeit und den Lerninhalten bescheinigt. Jedoch ist in diesen beiden Bereichen der größte Zuwachs im Vergleich zur vorherigen Erhebung zu verzeichnen (11 bzw. 11,3 Prozentpunkte). Deutlich weniger wird jedoch angegeben, den Partner selbst für die Gruppenarbeit auswählen zu können (Abnahme von 9 Prozentpunkten). Wie auch in der Befragung 2005 nehmen Regelschüler signifikant mehr Mitspracherechte als Gymnasiasten wahr. Hinsichtlich des Alters hat sich der Zusammenhang verstärkt: Schülerinnen und Schüler der 5. Klassenstufen geben einen deutlich höheren Grad an Mitbestimmung an, als Schülerinnen und Schüler der Klassenstufen 7 und 9. Es bestätigt sich, dass der familiäre Wohlstand keinen Einfluss auf die Mitbestimmungsmöglichkeiten hat. Geringe Unterschiede lassen sich nun auch zwischen den Geschlechtern nachweisen: Jungen scheinen etwas mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten wahrzunehmen als Mädchen.

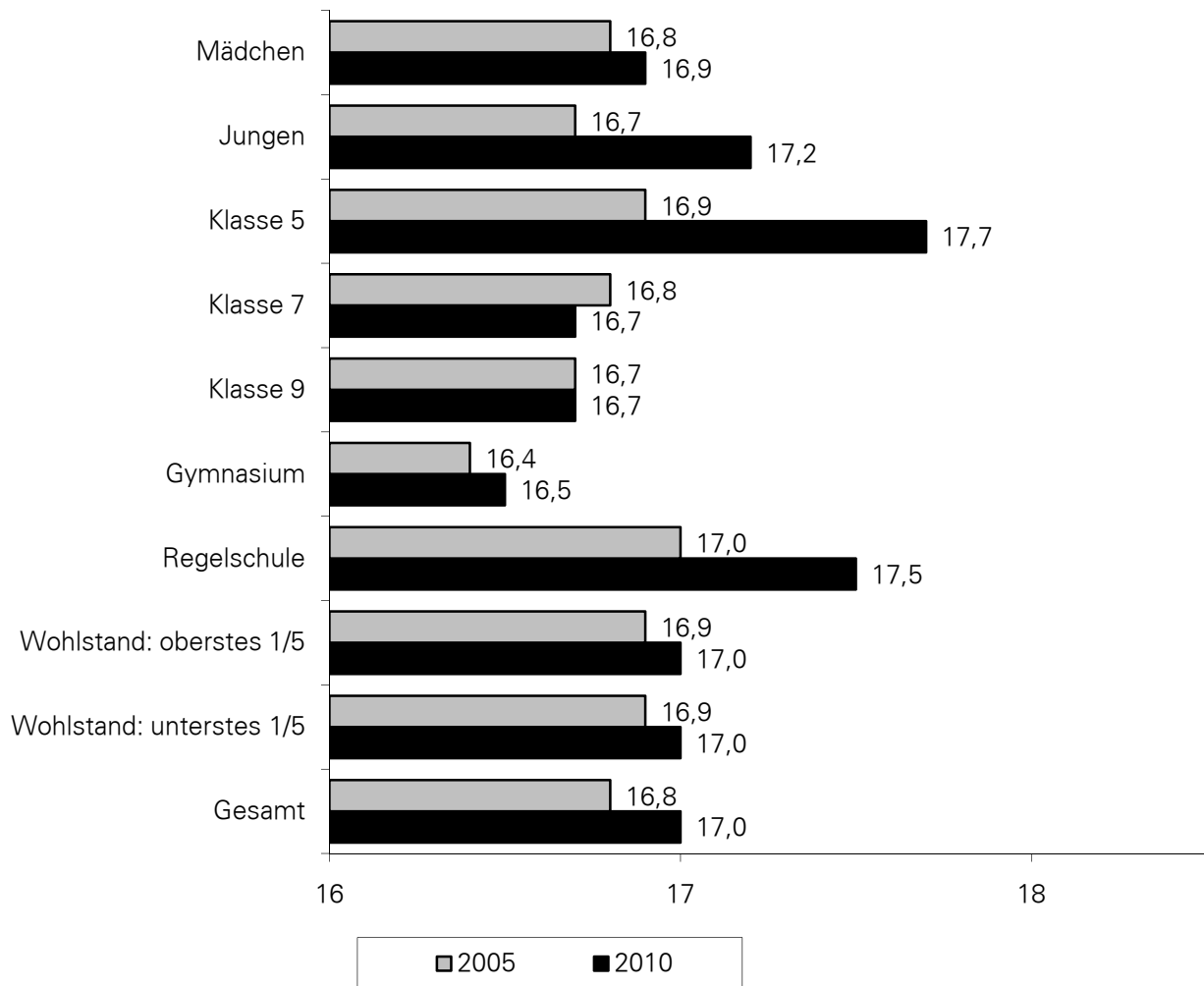


Abb. 45 – Partizipation im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)

Die ermittelten Mitbestimmungsmöglichkeiten der Schüler liegen im aktuellen Erhebungsjahr auf einem etwas höheren Niveau als 2005. Dazu tragen deutlich bessere Bewertungen bei den Schülern der 5. Klassenstufen, den Regelschülern sowie bei den Jungen bei (vgl. Abbildung 45). Es scheint, dass ein höheres Maß an Mitspracherechten insbesondere innerhalb der 5. Klassenstufen in Regelschulen umgesetzt wird.

Schulische Unterstützungsnetzwerke

Schüler sind vielfachen Anforderungen in der Schule ausgesetzt, die unter anderem durch soziale Ressourcen bewältigt werden können. Den Unterstützungsnetzwerken kommt somit eine besondere Bedeutung zu. Unterstützung von Seiten der Mitschüler, der Eltern sowie der Lehrerinnen und Lehrer kann als protektiver Faktor helfen, Belastungserlebnisse abzufedern und die Schulfriedenheit zu stärken.

Mitschülerunterstützung

Mit insgesamt vier Fragen wurde die Mitschülerunterstützung erfasst (vgl. Tabelle 15). Diese Fragen beziehen sich darauf, ob die Schüler einer Klasse gern zusammen sowie nett und hilfsbereit sind und ob sie sich von ihren Mitschülern akzeptiert und unterstützt fühlen.

Tab. 15 – Skala Mitschülerunterstützung (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)

α der Gesamtskala = .74	Gesamt 2005	Gesamt 2010	Regel- schule	Gym- nasium	Sign. (p)
Wenn es einem Schüler mal schlecht geht, hilft ihm jemand aus der Klasse.	83,9	81,2	78,2	84,6	<.001
Die meisten Schüler in meiner Klasse sind gern zusammen.	85,6	87,7	85,1	90,7	<.001
Die meisten Schüler in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.	76,8	79,1	74,4	84,6	<.001
Die anderen Schülerinnen und Schüler akzeptieren mich so, wie ich bin.	83,7	84,6	81,5	88,2	<.001

Antwortskala: Stimmt genau – stimmt ziemlich – weder/noch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

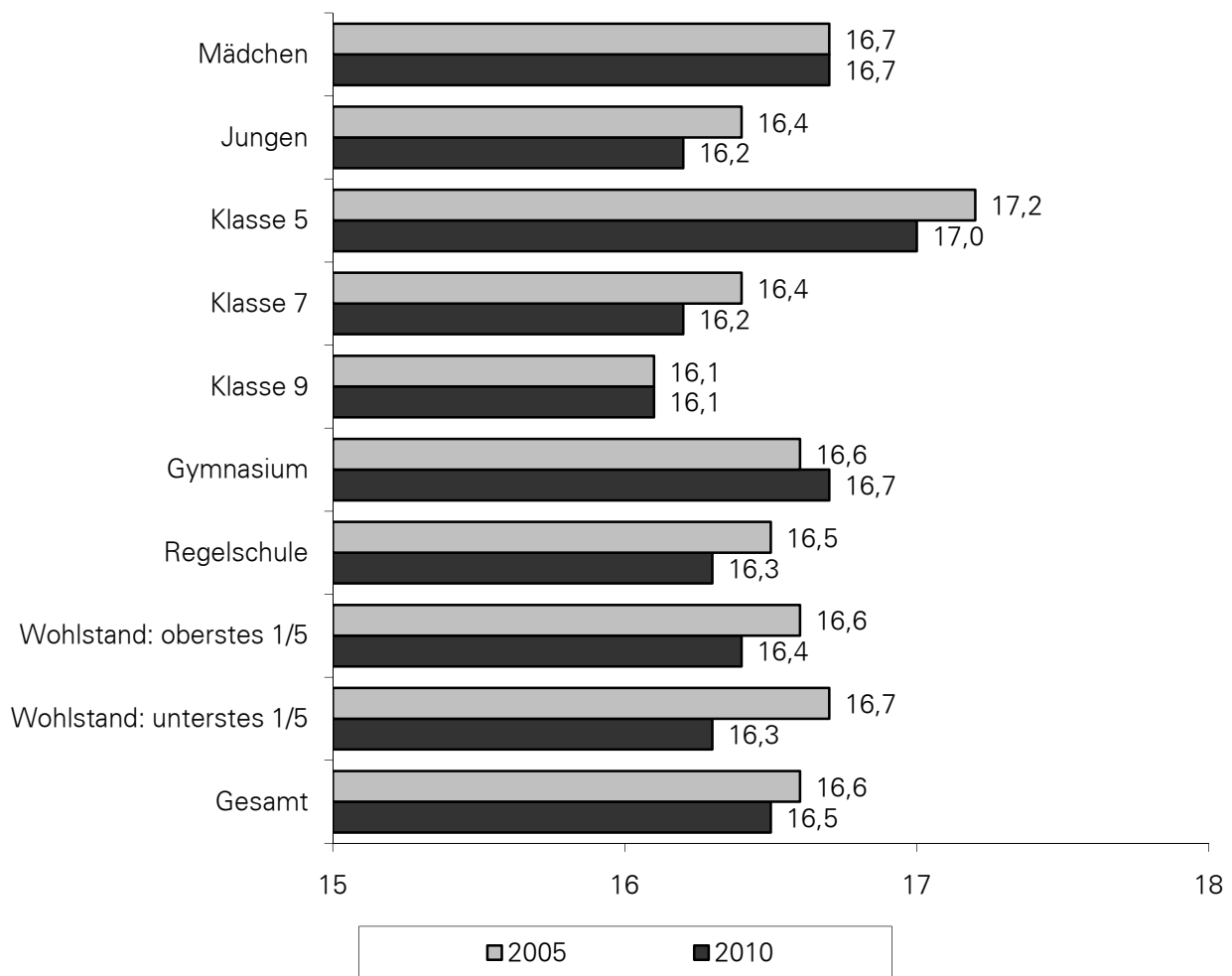


Abb. 46 – Mitschülerunterstützung im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)

Die Zustimmungsraten sind, wie im Jahr 2005, bei allen vier Fragen als sehr hoch einzustufen. Zudem sind in allen Antwortkategorien bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Schulform festzustellen. Gymnasiasten geben an, deutlich häufiger von ihren Mitschülern unterstützt zu werden als Regelschüler. Wie in Abbildung 46 zu erkennen, nimmt die Einschätzung der Mitschülerunterstützung, wie im Jahr 2005, mit zunehmender Klassenstufe deutlich ab. Im Gegensatz zu 2005 sind

zwischen Jungen und Mädchen signifikante Unterschiede in der Mitschülerunterstützung zu erkennen. Die Mädchen bleiben in ihrer Wahrnehmung gleich, die Jungen berichten von etwas weniger Unterstützung als ihre Geschlechtsgenossen im Jahr 2005. Keine signifikanten Verteilungsunterschiede ergeben sich wiederum für den Wohlstand der Familie. Insgesamt kann man im Vergleich zu 2005 von einer eher konstanten Mitschülerunterstützung ausgehen.

Unterstützung durch die Eltern

Die Fragen nach der schulbezogenen Unterstützung seitens der Eltern werden in Tabelle 16 dargestellt. Unter anderem wurde das Interesse der Eltern für schulische Belange oder die Unterstützung bei den Hausaufgaben abgefragt.

Tab. 16 – Skala Elternunterstützung (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)

<i>α der Gesamtskala = .86</i>	Gesamt	Gesamt	Klasse	Klasse	Klasse	Sign. (p)
	2005	2010	5	7	9	
Meine Eltern interessieren sich dafür, wie es mir in der Schule geht.	93,1	92,1	95,8	91,2	88,6	<.001
Meine Eltern sind bereit, mir bei den Hausaufgaben zu helfen.	88,8	87,9	94,8	87,3	79,8	<.001
Wenn ich in der Schule ein Problem habe, kann ich auf die Hilfe meiner Eltern zählen.	90,7	90,4	95,1	89,1	85,8	<.001
Meine Eltern sind dazu bereit, in die Schule zu kommen, um mit dem Lehrer zu reden.	86,1	86,9	89,2	86,3	84,6	<.01
Meine Eltern ermuntern mich dazu, in der Schule gute Leistungen zu bringen.	89,8	90,3	94,2	89,7	86,3	<.001

Antwortskala: Stimmt genau – stimmt ziemlich – weder/noch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

Die Zustimmungsraten sind, ebenso wie in der Befragung davor, auf hohem Niveau. Auch kann die Tendenz einer kritischeren Bewertung der Elternunterstützung in den höheren Klassenstufen bestätigt werden.

Insgesamt bleibt das Niveau der Elternunterstützung im Vergleich zum Erhebungszeitraum 2005 jedoch gleich. Ein starkes Auseinanderdriften ist bei den Variablen Schulform und Wohlstand zu erkennen (Abbildung 47). In der aktuellen Erhebung ergeben sich für beide Variablen demnach signifikante Unterschiede in der Elternunterstützung. Gymnasiasten sowie Schülerinnen und Schüler aus eher wohlhabenden Familien geben an, deutlich mehr Unterstützung durch die Eltern zu erhalten als Regelschüler und Kinder von weniger wohlhabenden Eltern. Herkunftsbedingte Auswirkungen auf die elterliche Unterstützung scheinen sich demnach verstärkt zu haben.

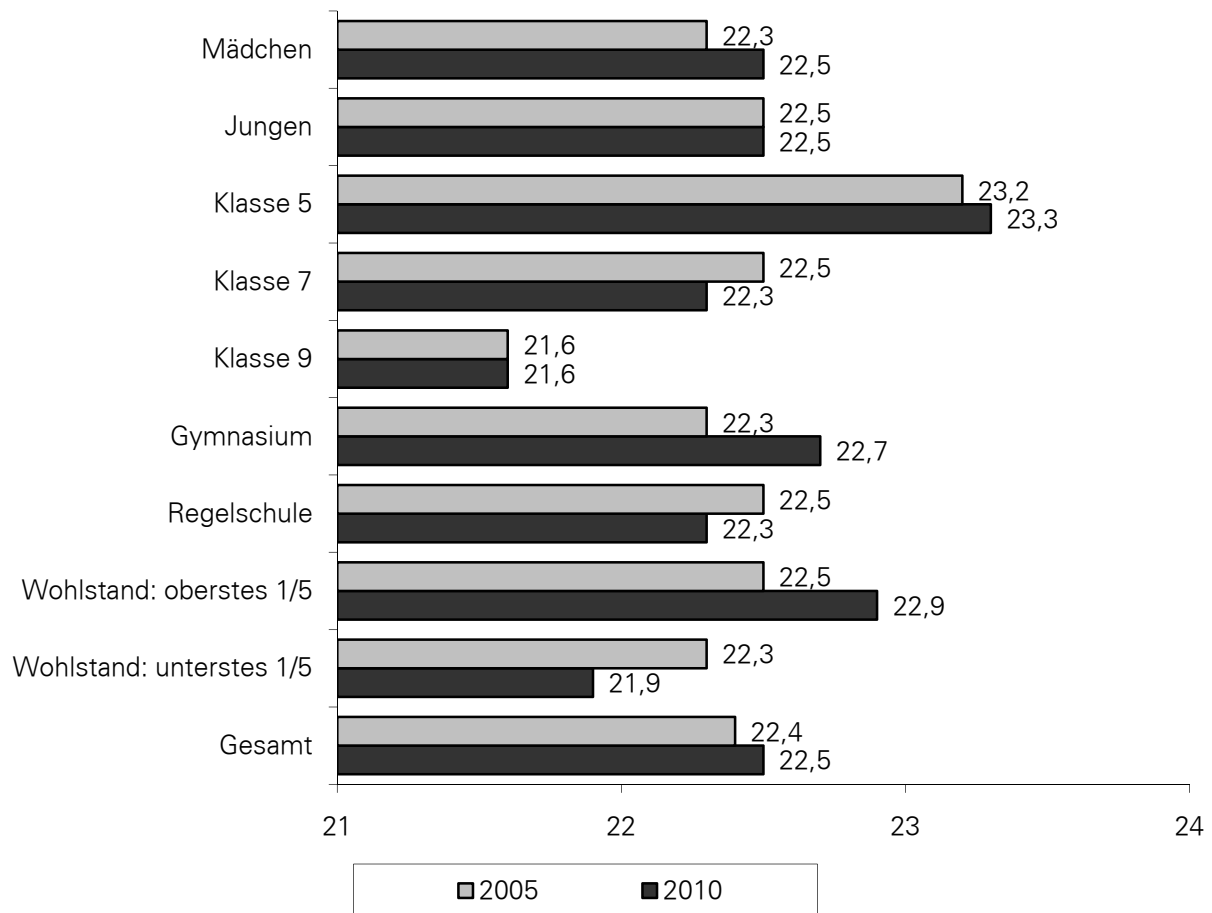


Abb. 47 – Elternunterstützung im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)

Unterstützung durch die Lehrer

Bei diesen Fragen geht es um die Unterstützung durch die Lehrer: Werden die Schüler ermuntert, ihre eigene Meinung zu vertreten? Werden die Lehrer als gerecht wahrgenommen?

Tab. 17 – Skala Lehrerunterstützung (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)

α der Gesamtskala = .74	Gesamt 2005	Gesamt 2010	Klasse 5	Klasse 7	Klasse 9	Sign. (p)
Meine Lehrer sind an mir persönlich interessiert.	24,4	37,9	43,6	35,0	34,1	<.001
Die meisten Lehrer sind nett.	82,5	84,9	94,9	80,9	77,1	<.001
Ich werde dazu ermuntert, in der Klasse meine eigenen Ansichten zu vertreten.	53,7	65,1	70,0	64,6	59,8	<.001
Unsere Lehrer behandeln uns gerecht.	75,3	71,9	86,6	67,3	59,0	<.001
Wenn ich zusätzliche Hilfe brauche, bekomme ich sie.	77,1	80,6	90,3	79,4	69,7	<.001

Antwortskala: Stimmt genau – stimmt ziemlich – weder/noch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

Im Vergleich zu 2005 sind deutliche Zuwächse in der Lehrerunterstützung zu erkennen (Tabelle 17). Insbesondere das persönliche Interesse der Lehrer an den Schülern sowie die Ermunterung, dass Schüler ihre eigenen Ansichten vertreten können, wird mit 14 bzw. 11 Prozentpunkten deut-

lich besser bewertet als vor fünf Jahren. Vergleichbar mit der Mitschüler- und Elternunterstützung kann mit zunehmendem Alter auch bei der Lehrerunterstützung eine kritischere Bewertung der Schülerinnen und Schüler aufgezeigt werden. Für das Geschlecht, Schulform und Wohlstand sind keine Verteilungsunterschiede zu beobachten.

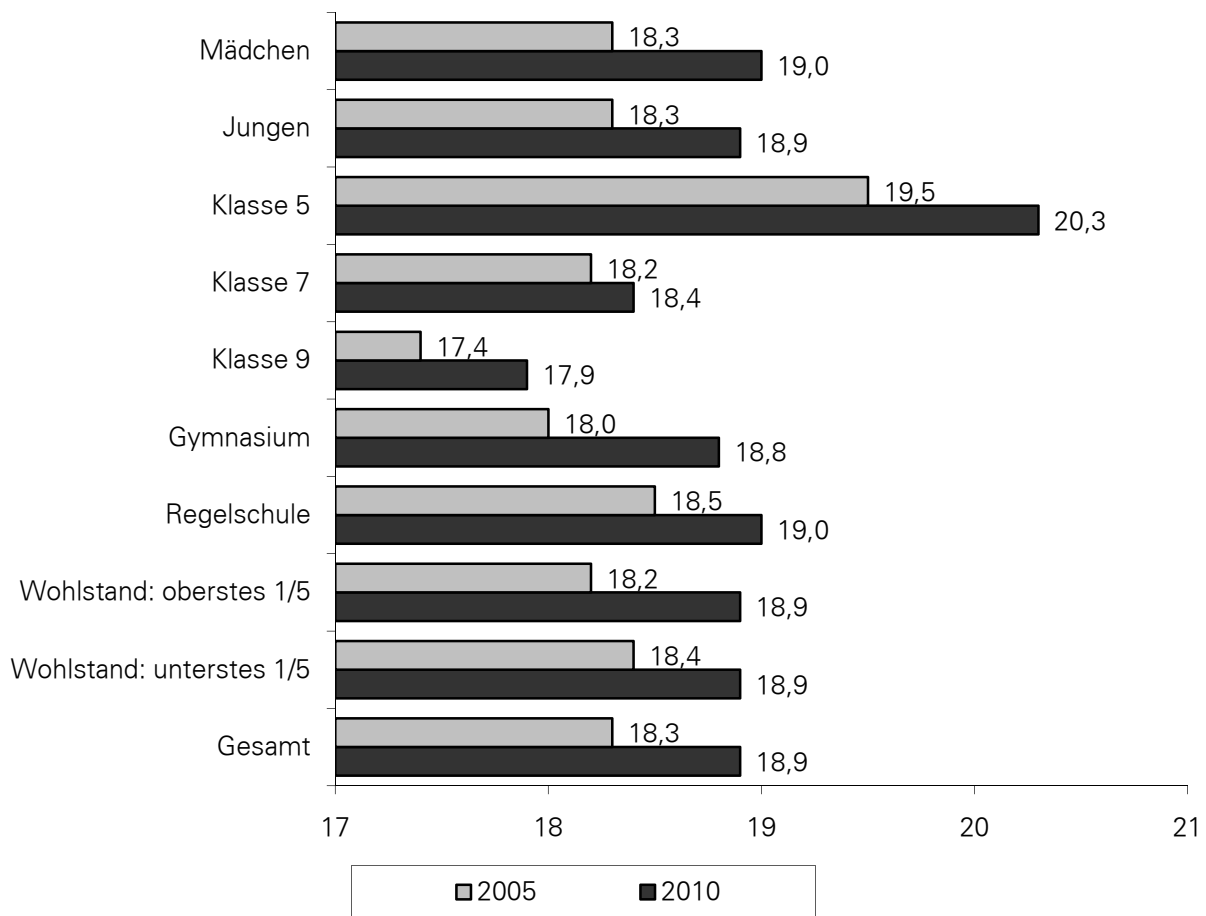


Abb. 48 – Lehrerunterstützung im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)

Im Zeitvergleich zeigt sich, dass über alle betrachteten Hintergrundvariablen hinweg für 2010 eine deutlich höhere, d.h. positivere Bewertung, der Lehrerunterstützung erfolgte (Abbildung 48). Innerhalb der Klassenstufen verzeichnen die Schülerinnen und Schüler der 5. Klassen den größten Zuwachs an Unterstützung durch ihre Lehrer. Die Ergebnisse geben Anhaltspunkte dafür, dass die Schüler und Schülerinnen samt ihrer persönlichen Interessenlagen deutlich mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit der Lehrer gerückt sind.

Lernen und Lehren

Im Bereich des Lernen und Lehrens liegt das zentrale Tätigkeitsfeld der Schulen. Hier befindet sich ihr Kerngeschäft und liegt ihre Kompetenz. Erziehung und Bildung werden als Hauptziele der Schule betrachtet und sollen maßgeblich im und durch den Unterricht erreicht werden. Fünf Indikatoren werden für diesen Bereich herangezogen und im Folgenden beschrieben und dargestellt: die Unterrichtsqualität, eine schülerzentrierte Bezugsnormorientierung, schulbezogene Belastungen sowie eine Lernzielorientierung bzw. Leistungszielorientierung seitens der Schülerinnen und Schüler.

Unterrichtsqualität

Eine zentrale Variable im Bereich des Lehrens und Lernens spielt die Unterrichtsqualität. Mit insgesamt fünf Fragen wurden Dimensionen eines guten Unterrichts seitens der Schüler bewertet, bspw. ob der Unterricht aus ihrer Sicht abwechslungsreich und schülerorientiert ist (vgl. Tabelle 18).

Tab. 18 – Skala Unterrichtsqualität (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)

<i>α</i> der Gesamtskala = .70	Gesamt 2005	Gesamt 2010	Regel- schule	Gym- nasium	Sign. (p)
Die meisten Lehrer machen den Unterricht nicht anschaulich, so dass man keinen guten Durchblick bekommt. (-)	36,3	32,7	37,3	27,3	<.001
Im Unterricht gehen die Lehrer/innen viel zu schnell vor, man kommt gar nicht mit. (-)	30,3	29,5	34,2	24,0	<.001
Die meisten unserer Lehrer/innen können gut erklären.	78,5	81,1	82,2	79,8	<.05
In den meisten Unterrichtsstunden kommt bei den Schüler/innen Langeweile auf. (-)	62,4	60,4	66,8	53,1	<.001
Der Unterricht wird von den meisten Lehrer/innen abwechslungsreich gestaltet.	58,5	64,0	64,7	63,3	n.s.

Antwortskala: Stimmt genau – stimmt ziemlich – weder/noch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

Ein leichter Anstieg der Unterrichtsqualität zur Erhebung 2005 ist in den Kategorien zur Anschaulichkeit und Erklärungskraft sowie – noch deutlicher – in der Kategorie abwechslungsreicher Unterricht festzustellen. Kritisch bewerten wiederum etwas weniger als ein Drittel der Schüler das zu schnelle Tempo des Unterrichts. In der aktuellen Erhebung findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Unterrichtsqualität und Schulform: Die Gymnasiasten bewerten die Qualität des Unterrichts deutlich besser als Regelschüler. Ähnlich wie in 2005 sind signifikante Unterschiede hinsichtlich der Klassenstufe in dergestalt zu finden, dass mit zunehmender Klassenstufe die Bewertung der Qualität des Unterrichts abnimmt. Keine bedeutsamen Unterschiede lassen sich für die Variable Wohlstand sowie zwischen Jungen und Mädchen ausmachen (vgl. Abbildung 49).

Insgesamt ist von einem leicht höherem Niveau der Unterrichtsqualität in der aktuellen Erhebung auszugehen. Es zeigt sich, dass insbesondere Schüler der 5. Klassenstufen und Gymnasiasten im Vergleich zu 2005 deutlich positivere Bewertungen abgegeben haben und somit wohl deutlich häufiger einen anschaulichen und abwechslungsreicheren Unterricht erleben.

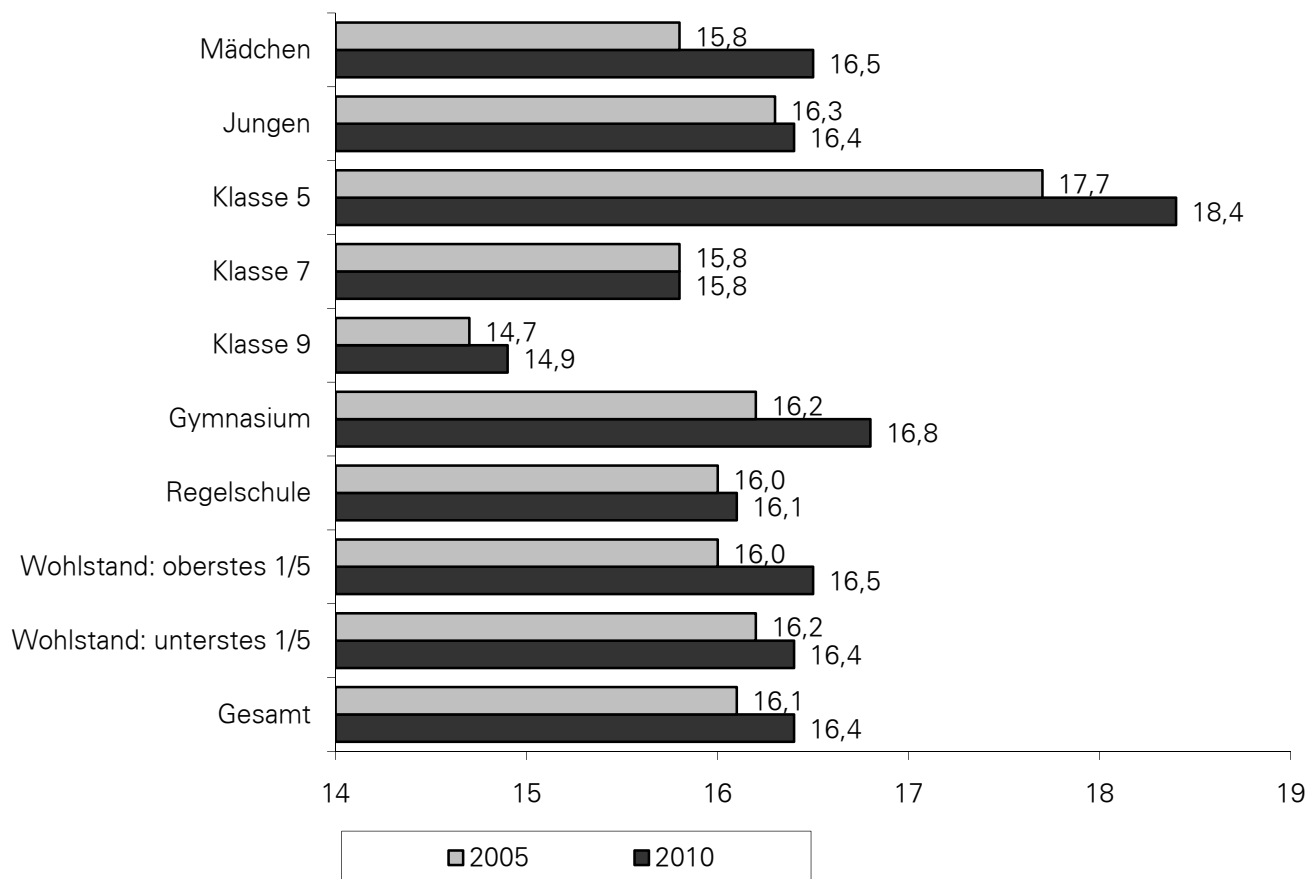


Abb. 49 – Unterrichtsqualität im Zeitvergleich (Skalenmittelwert)

Schülerzentrierte Bezugsnormorientierung

Ein weiterer zentraler Aspekt des Unterrichts wird in der individuellen Zuwendung und Unterstützung durch den Lehrer gesehen und kann mit dem Konzept der schülerzentrierten Bezugsnormorientierung erfasst werden (Rheinberg, 1999). Ein hohes Ausmaß an schülerzentrierter Bezugsnormorientierung zeigt sich bspw. darin, dass Leistungen sensibler unterschieden werden und selbst kleine Verbesserungen erkannt werden. Insbesondere leistungsschwächere Schüler profitieren davon, wenn positive Wertschätzungen seitens der Lehrer erfolgen. Weiter oben wurde bereits die Lehrerunterstützung thematisiert. Es hat sich gezeigt, dass im Vergleich zum Vorjahr die Interessen der Schüler mehr in den Vordergrund gerückt sind. Der Aspekt der individuellen Unterstützung wird nun noch genauer gefasst. Diese in Tabelle 19 beschriebene Skala wurde neu in den Fragebogen aufgenommen und lediglich den Schülerinnen und Schülern der 7. und 9. Klassenstufe vorgelegt.

Über drei Viertel der Schülerinnen und Schüler geben an, dass auch schwächere Schüler bei Leistungsverbesserungen gelobt werden und diese Leistung als positiv anerkannt wird. Persönlich erfahren dies die Schüler jedoch zu einem etwas geringeren Prozentsatz (63%). Leichte Unterschiede sind zwischen den Schulformen festzustellen, wobei dem Gymnasium tendenziell eine höhere Schülerzentrierung bescheinigt wird. Ein signifikanter Verteilungsunterschied kann ebenfalls bei der Variable Geschlecht festgestellt werden. Mädchen erfahren demnach etwas mehr Zuwendung und Unterstützung durch die Lehrer. Die Klassenstufen sowie der familiäre Wohlstand zeigen keine bedeutenden Einflüsse auf die schülerzentrierte Bezugsnormorientierung.

Tab. 19 – Skala schülerzentrierte Bezugsnormorientierung (Prozent für „trifft eher zu“ u. „trifft zu“)

	Gesamt	Regel-	Gym-	Sign.
	2010	schule	nasium	(p)
Wenn sich ein schwacher Schüler verbessert, ist das für unsere Lehrer eine gute Leistung, auch wenn der Schüler immer noch unter dem Klassendurchschnitt liegt.	77,3	74,5	80,6	<.001
Wenn ich mich besonders angestrengt habe, loben mich die Lehrer meistens, auch wenn andere Schüler noch besser sind als ich.	62,7	63,8	61,5	n.s.
Wenn ein Schüler seine Leistungen verbessert, wird er von den Lehrern gelobt, auch dann, wenn er im Vergleich zur Klasse unter dem Durchschnitt liegt.	73,0	71,7	74,6	n.s.
Unsere Lehrer loben auch die schlechten Schüler, wenn sie merken, dass sie sich verbessern.	80,7	78,8	83,0	<.01

Antwortskala: Stimmt genau – stimmt ziemlich – weder/noch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

Fasst man die Fragen wiederum zu einem Index zusammen, ergeben sich anhand der Differenzierung nach Jungen und Mädchen folgende Werte (Abbildung 50).

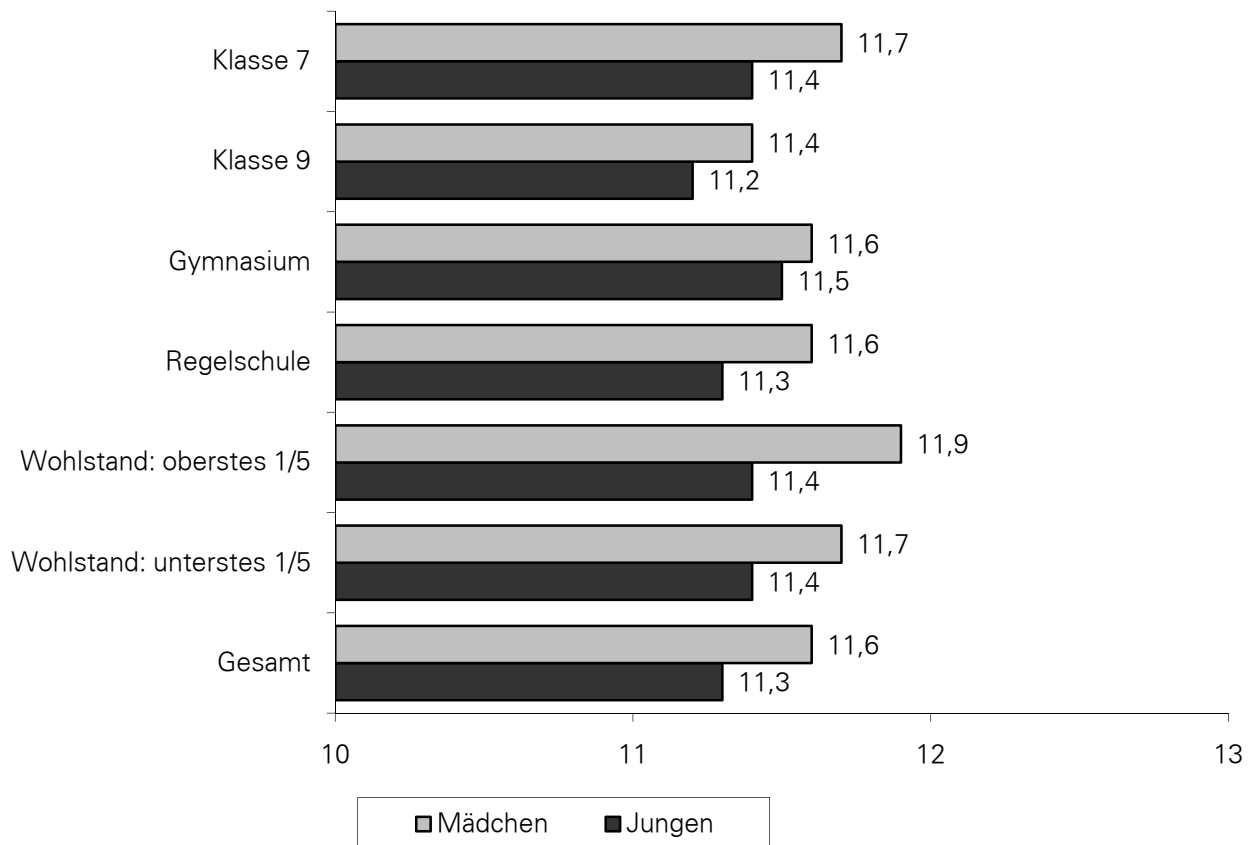


Abb. 50 – Schülerzentrierte Bezugsnormorientierung (Skalenmittelwerte)

Das etwas höhere Niveau der wahrgenommenen Bezugsnormorientierung seitens der Mädchen zeigt sich in allen Bereichen.

Im Rahmen des Bereichs Lernen und Lehren war die Perspektive bisher auf das Lehr(er)verhalten gerichtet. Die folgenden Variablen beschreiben demgegenüber die persönliche Sicht des Schülers. Wir stellen nun die Ergebnisse für die Fragen nach der wahrgenommenen schulischen Belastung sowie die Fragen nach der Lernzielorientierung vor.

Schulische Belastungen

Lehrer stellen unterschiedliche Anforderungen an ihre Schüler. Angenommen wird, dass Schüler optimale Leistungen nur bei angemessenen Anforderungen erreichen (Siegrist 1996). Werden die Anforderungen als zu hoch wahrgenommen, bestehen höhere Prävalenzen für psychische als auch physische Krankheiten (Siegrist 2002). Folgende Fragen liefern erste Anzeichen darüber, in welchem Ausmaß und welcher Form Belastungen der Schülerinnen und Schüler vorliegen (Tabelle 20).

Tab. 20 – Skala schulische Belastungen (Prozent für „stimmt ziemlich“ u. „stimmt genau“)

α der Gesamtskala = .78	Gesamt	Gesamt	Klasse	Klasse	Klasse	Sign.
	2005	2010	5	7	9	(p)
Für die Schule muss ich zu viel arbeiten.	35,4	41,3	33,1	45,5	46,6	<.001
Ich finde das Lernen in der Schule schwer.	24,7	27,6	24,6	29,5	29,2	<.01
Ich finde das Lernen in der Schule ermüdend.	32,4	38,8	26,9	42,0	49,9	<.001
Ich kann die Menge der Aufgaben in der Schule nicht bewältigen.	-	16,0	16,3	16,8	14,6	n.s.

Antwortskala: Stimmt genau – stimmt ziemlich – weder/noch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

Die wahrgenommenen Belastungen sind im Vergleich zur vorherigen Erhebung bedeutsam angestiegen. Etwa jeder vierte Schüler klagt nun über ein zu hohes Arbeitspensum und empfindet das Lernen als ermüdend. Auffällig ist dabei der jeweils große Sprung von der 5. zur 7. Klassenstufe. Die in der Befragung 2010 neu aufgenommene vierte Frage zeigt wiederum, dass von einem Großteil der Schüler (84%) die Menge der gestellten Aufgaben bewältigt werden kann. Neben den Klassenstufen zeigen sich hinsichtlich der Schulform signifikante Unterschiede, wonach an Regelschulen mehr Belastungen wahrgenommen werden als an Gymnasien. Zwischen Jungen und Mädchen sowie den Wohlstandsquintilen sind keine Unterschiede auszumachen.

Die Abbildung 51 zeigt den Belastungsindex, wobei die letzte Frage nach der Menge der Aufgaben nicht aufgenommen wurde, da hierfür keine Vergleichswerte existieren.

Wird die schulbezogene Belastung mit den Ergebnissen aus dem Jahre 2005 verglichen, zeigt sich ein deutlich höheres Belastungsniveau in allen Subgruppen der aktuellen Stichprobe. Die größten Anstiege in den wahrgenommenen Anforderungen an der Schule sind in der 7. Klassenstufe, bei den Jungen, im unteren Wohlstandsquintil und in der Regelschule zu verorten.

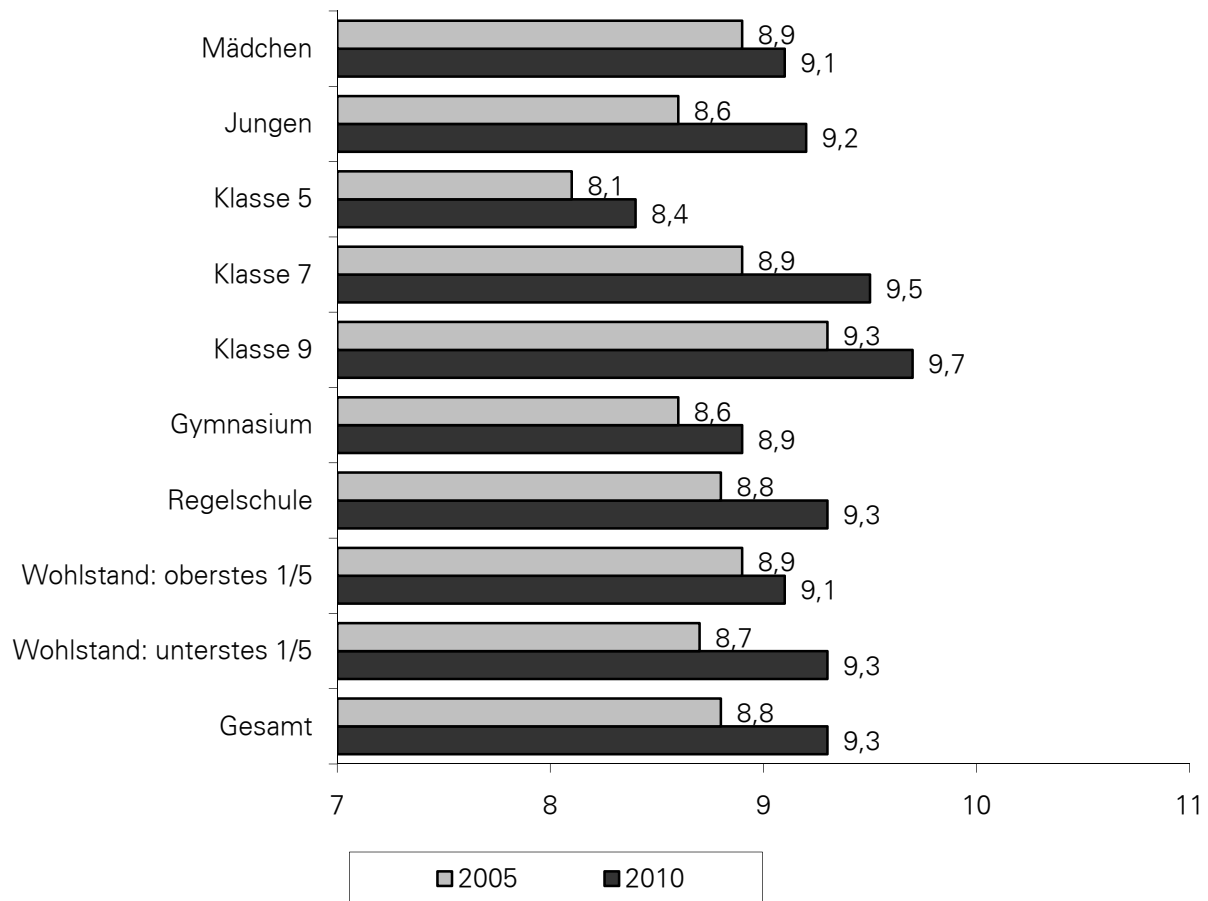


Abb. 51 – Schulische Belastungen im Zeitvergleich (Skalenmittelwerte)

Lernmotivation: intrinsisch vs. wettbewerbsorientiert

Die Lernmotivation der Schülerinnen und Schüler im Unterricht kann entweder intrinsisch oder wettbewerbsorientiert sein. Eine intrinsische Orientierung an Lernzielen bedeutet, dass Schülerinnen und Schüler in erster Linie das Ziel haben, ihr Wissen und Können zu erweitern. Schülerinnen und Schüler die wettbewerbsorientiert sind, strengen sich vor allem deshalb in der Schule an, um ihre Kompetenz zu demonstrieren (Midgley et. al., 2000). Es wird davon ausgegangen, dass eine optimale Kompetenzentwicklung bei einer intrinsischen Orientierung seitens der Schülerinnen und Schüler stattfindet. Die innerhalb dieser Befragung erstmals aufgenommenen Konzepte wurden mit jeweils vier Fragen zur persönlichen Motivation im Unterricht erfasst (vgl. Tabelle 21 und 22). Die Antwortkategorien „trifft eher zu“ bzw. „trifft zu“ werden bei der intrinsischen Lernmotivation durchschnittlich von 64 Prozent der Schülerinnen und Schüler angekreuzt, hinsichtlich der Wettbewerbsorientierung sind es 36 Prozent. Insgesamt sind hohe Zustimmungsraten bei den Fragen zur intrinsischen Orientierung festzustellen. Lediglich die Freude an der Beschäftigung mit schwierigen Aufgaben wird von einem deutlich geringeren Anteil (39%) als Motivation für das Lernen angegeben. Insgesamt sind keine substantiellen Verteilungsunterschiede hinsichtlich der Schulform und zwischen Jungen und Mädchen festzustellen. Die intrinsische Lernmotivation steht lediglich in einem schwachen Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand und dem Alter: Einen etwas höheren Grad an intrinsischer Lernmotivation weisen Schülerinnen und Schüler im obersten Wohlstandsquintil und der 7. Klassenstufe auf.

Tab. 21 – Skala intrinsische Lernmotivation (Prozent für „trifft eher zu“ u. „trifft zu“)

<i>α</i> der Gesamtskala = .82	Gesamt	Regel- schule	Gym- nasium	Sign. (p)
Ich arbeite im Unterricht mit, weil ich neue Dinge lernen möchte.	72,0	71,2	72,9	n.s.
In der Schule beschäftige ich mich am liebsten mit Aufgaben und Problemen, bei denen ich richtig nachdenken muss.	39,2	39,4	39,0	n.s.
Ich strenge mich in der Schule an, weil ich etwas dazulernen möchte.	76,9	75,0	79,2	<.01
Ich beteilige mich am Unterricht, damit ich möglichst viel lerne.	69,5	70,4	68,3	n.s.

Tab. 22 – Skala wettbewerbsorientierte Lernmotivation (Prozent für „trifft eher zu“ u. „trifft zu“)

<i>α</i> der Gesamtskala = .86	Gesamt	Regel- schule	Gym- nasium	Sign. (p)
In der Schule strenge ich mich an, um besser als die anderen zu sein.	40,9	41,5	40,2	n.s.
Ich beteilige mich am Unterricht, um zu zeigen, dass ich klüger bin als die meisten anderen in der Klasse.	26,8	31,6	21,1	<.001
Im Unterricht versuche ich, den anderen zu zeigen, wie gut ich bin.	38,6	43,7	32,5	<.001
In der Schule achte ich darauf, dass mich die anderen für besonders fähig halten.	35,9	39,5	31,6	<.001

„Besser als die anderen zu sein“ bzw. zu „zeigen, wie gut [man ist]“ wird am häufigsten (41% bzw. 39%) innerhalb der Dimension der Wettbewerbsorientierung angegeben. Unterschiede in der Schulform von teilweise über elf Prozent zeigen auf, dass Schülerinnen und Schüler der Regelschule deutlich wettbewerbsorientierter sind als Gymnasiasten. Auch Jungen weisen einen deutlich höheren Grad an wettbewerbsorientierter Motivation auf. Innerhalb der Klassenstufen und dem familiären Wohlstand sind keine statistisch belegbaren Unterschiede nachzuweisen.

In den Abbildungen 52 und 53 werden die Konzepte der intrinsischen und wettbewerbsorientierten Lernmotivation zusammenfassend dargestellt und nach Klassenstufe, Geschlecht und Wohlstand differenziert.

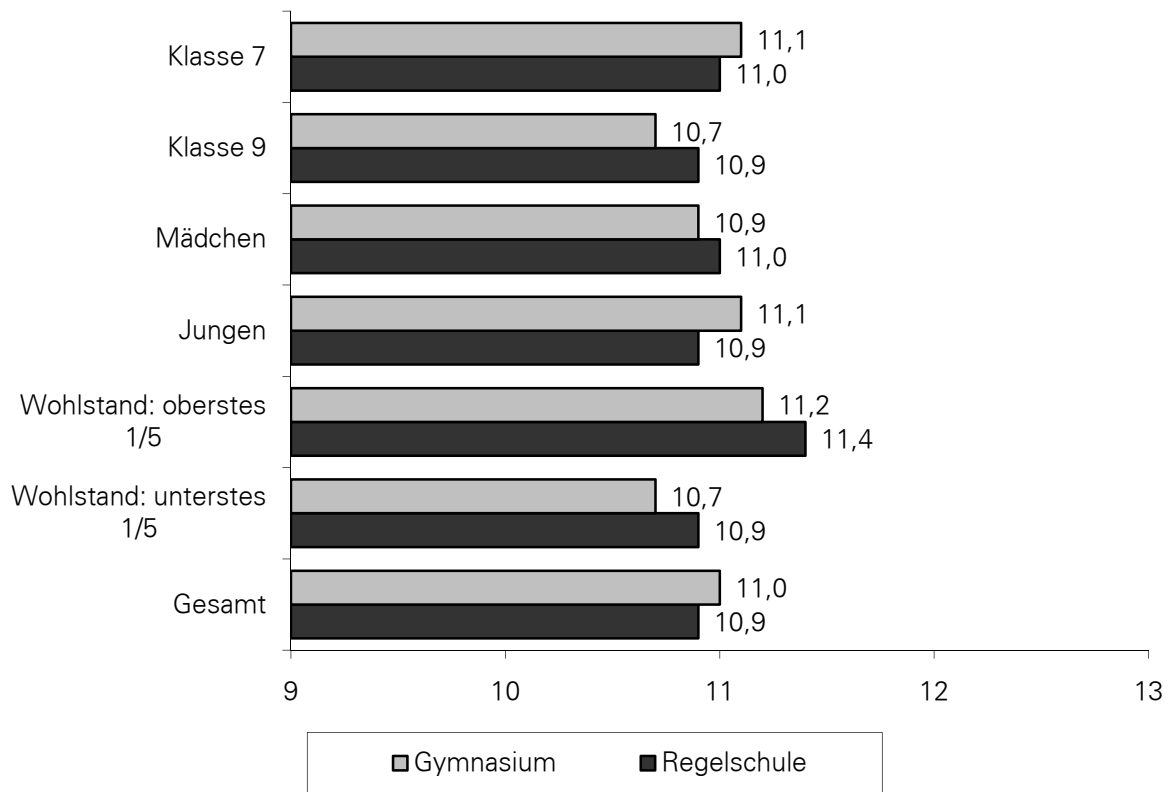


Abb. 52 – intrinsische Lernmotivation (Skalenmittelwerte)

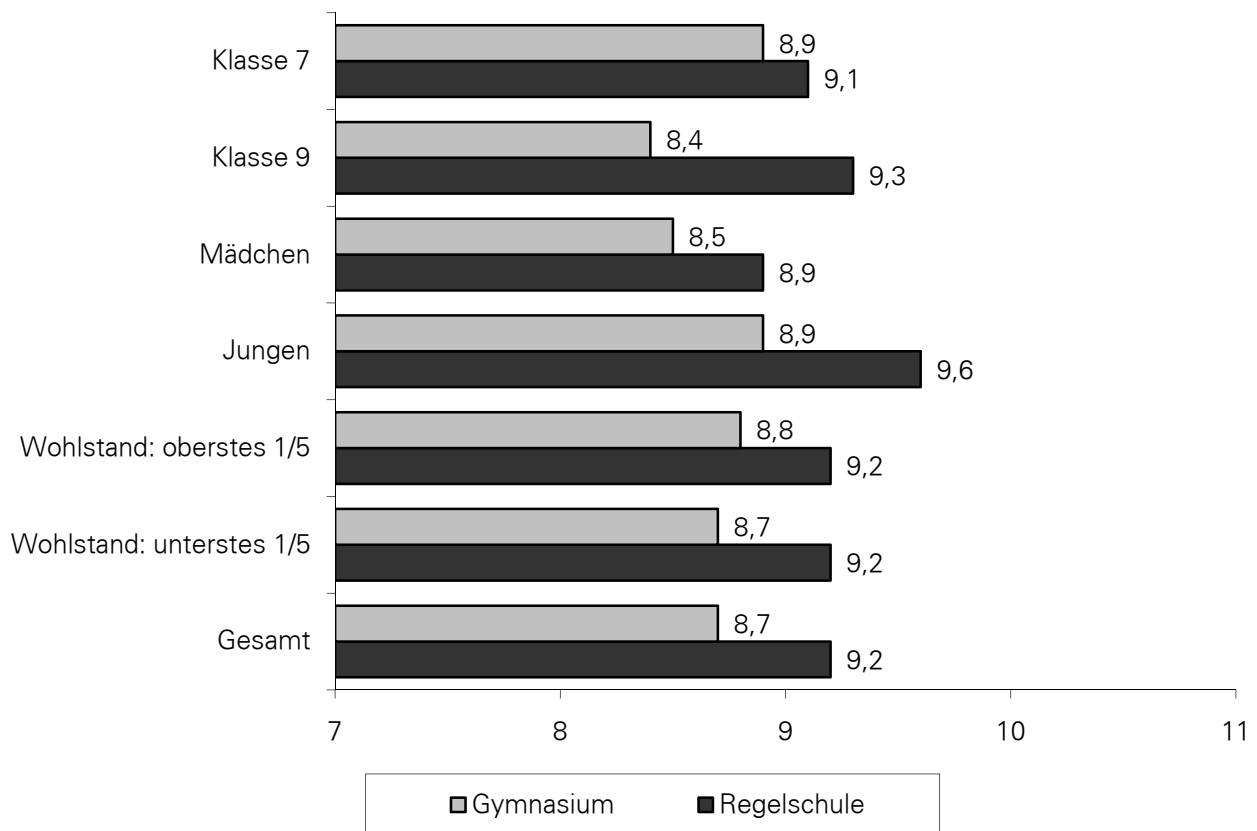


Abb. 53 – wettbewerbsorientierte Lernmotivation (Skalenmittelwerte)

Interessant ist, dass zwischen dem Index der schülerzentrierten Bezugsnormorientierung (s. o.) und der intrinsischen Lernmotivation ein mittlerer positiver Zusammenhang von $r = 0,30$ besteht. Das bedeutet, dass die individuelle Zuwendung eines Lehrers mit der Motivation eines Schülers, sich Kompetenzen und Fähigkeiten anzueignen, einhergeht. Schülerinnen und Schüler, die mehr Lob und Zuwendung erfahren, zeigen deutlich mehr Freude am Lernen an sich: Sie wollen nicht von anderen als klüger oder fähiger gehalten werden, sondern nehmen am Unterricht aktiv teil, um tatsächlich etwas zu lernen.

Zusammenhänge zur Gesundheit

Wie gestalten sich nun die Zusammenhänge zwischen den vorgestellten Aspekten der Schulkultur und den vier Gesundheitsindikatoren? Orientierend am Modell der guten gesunden Schule (s. o.) werden im Folgenden die Einflüsse der vorgestellten Variablen im Bereich des Lernen und Lehrens sowie des Schulklimas und der Schulkultur auf die Schulzufriedenheit beleuchtet. Im ersten Schritt werden demnach die Variablen schulische Partizipation, schulbezogene Unterstützung (seitens der Mitschüler, der Eltern und der Lehrer), Unterrichtsqualität, schülerzentrierte Bezugsnormorientierung, schulische Belastung, intrinsische und wettbewerbsorientierte Lernmotivation in ihrem Einfluss auf die Schulfreude betrachtet. Wie weiter oben bereits erläutert, wird die Schulzufriedenheit als Vermittler schulklimatischer Einflüsse auf den Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule verstanden. In einem zweiten Schritt wird die Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten als ein wichtiger Aspekt des Erziehungs- und Bildungsauftrag als Resultierende der Schulfreude analysiert.

Zur besseren Interpretation werden die positiven Ausprägungen der Gesundheitsindikatoren (Schüler mit „ausgezeichneter“ oder „gut“ eingeschätzter Gesundheit, Schüler ohne emotionale Auffälligkeiten, Schüler die nicht als Täter in schulische Gewalt involviert sind und Schüler, die nicht täglich rauchen) genauer angeschaut. Diese Gruppen werden im Verhältnis zur Risikogruppe betrachtet (z. B. den täglichen Rauchern). Untersucht wird jetzt, ob die Schulfreude Einfluss darauf nimmt, ob Schüler der Gruppe derjenigen angehören die nicht täglich rauchen.

Verglichen werden nun die Chancen der eher schulzufriedenen mit den Chancen der eher schulunzufriedenen Schüler, einer dieser Gruppen anzugehören. Ein Wert größer 1 indiziert dabei eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die schulzufriedenen Jugendlichen z. B. der Gruppe der Nichtraucher anzugehören, ein Wert unter 1 indiziert hingegen eine niedrigere Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit zu dieser Gruppe im Vergleich mit den Schulunzufriedenen. Ist der Wert gleich oder nahe 1 gibt es keine Unterschiede in der Gruppenzugehörigkeit in Abhängigkeit von der Schulzufriedenheit, also auch keinen Zusammenhang zwischen beiden Aspekten. Der Abbildung 54 ist beispielsweise zu entnehmen, dass die Wahrscheinlichkeit der Schüler, die gern zur Schule gehen, keine emotionalen Auffälligkeiten zu haben fast zweieinhalb Mal höher ist als bei den Schülern, die weniger zufrieden mit der Schule sind.

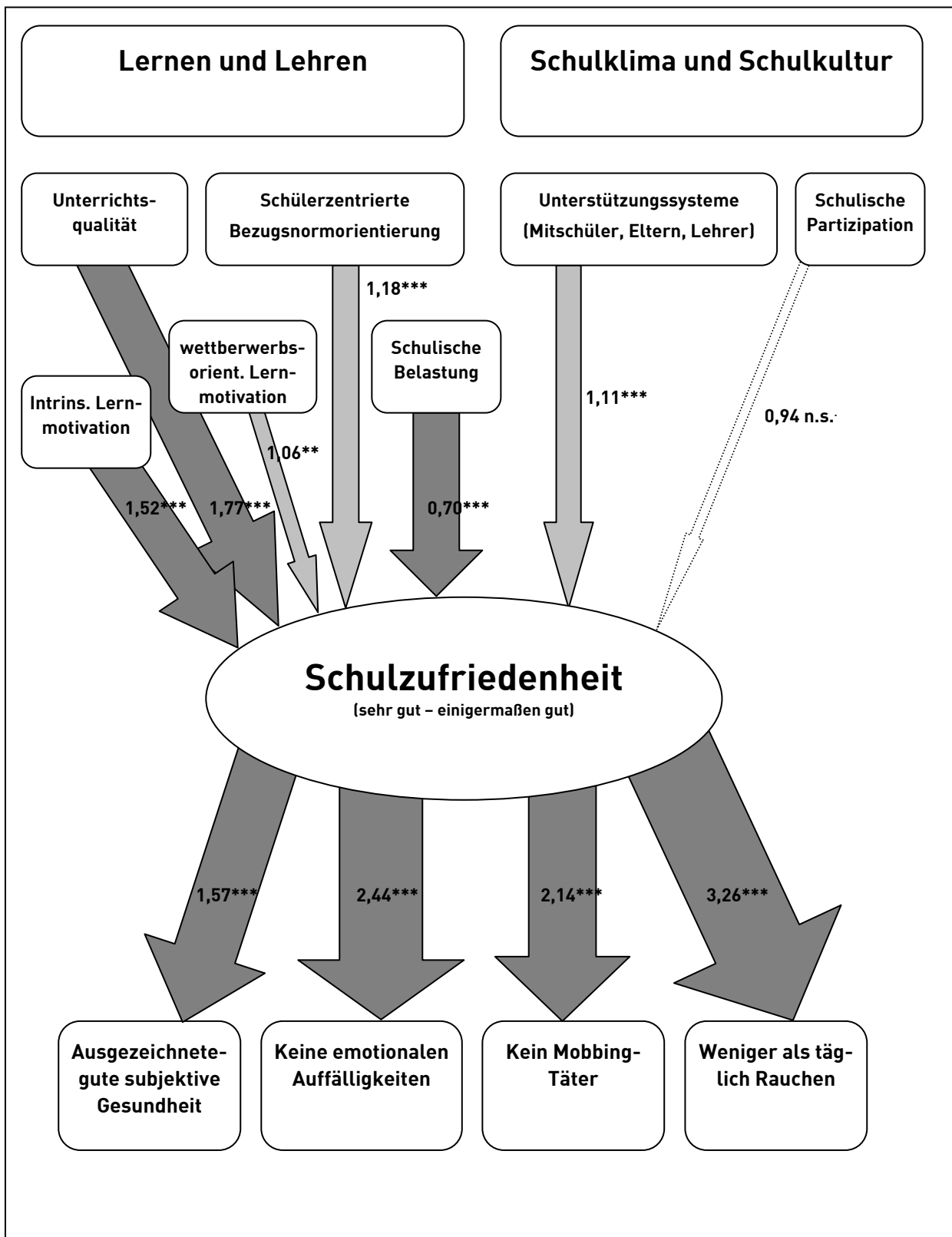


Abb. 54 – Modell der Zusammenhänge von Gesundheit und Gesundheitsverhalten hinsichtlich Schule und Schulkultur

Im Folgenden wollen wir das Modell unter dem Aspekt der Bedeutsamkeit für die Schulzufriedenheit kurz beschreiben. Im Bereich des Lernen und Lehren zeigen vier Variablen einen signifikanten Einfluss auf die Schulzufriedenheit. Zwei Variablen stechen dabei hervor: Insbesondere eine hohe Unterrichtsqualität als auch eine intrinsische Lernmotivation steigern die Wahrscheinlichkeit bedeutend, dass sich ein Schüler in der Schule wohl fühlt: und zwar ist die Wahrscheinlichkeit bei hoher Unterrichtsqualität sowie intrinsischer Lernmotivation etwa 1,8 bzw. 1,5 Mal höher, sehr zufrieden (bzw. einigermaßen zufrieden) mit der Schule zu sein, als bei eher niedriger Unterrichtsqualität bzw. intrinsischer Lernmotivation. Hohe Belastungen zeigen demgegenüber - höchst signifikant - negative Auswirkungen auf den Status der Zufriedenheit: Je mehr sich die Schülerinnen und Schüler belastet fühlen, desto häufiger sind sie mit der Schule unzufrieden. Die Variablen wettbewerbsorientierte Lernmotivation, Schülerzentrierung als auch die Unterstützungssysteme (zusammengefasst für Mitschüler, Eltern, Lehrer) zeigen zwar einen signifikanten Einfluss auf die Schulzufriedenheit wonach sich ein hoher Grad an wettbewerbsorientierter Lernmotivation, an Schülerorientierung sowie ein hohes Maß an Unterstützung eher positiv auf die Bewertung auswirken, die Effekte sind jedoch geringer als z. B. bei der Unterrichtsqualität. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten zeigen hingegen keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrnehmung der Zufriedenheit in der Schule.

Im Bereich der Gesundheitsindikatoren ist ersichtlich, dass alle vier Ausprägungen der Gesundheitsindikatoren in einem sehr bedeutenden Maß mit der Schulzufriedenheit in Verbindung stehen. Wenn die Schulzufriedenheit als sehr gut (bzw. einigermaßen gut) eingeschätzt wird, ist die Wahrscheinlichkeit 1,6 bis zu 3,3 Mal erhöht, dass die Schülerinnen und Schüler ihre Gesundheit als ausgezeichnet bzw. gut bezeichnen, sie keine emotionalen Auffälligkeiten haben, nicht als Täter schulischen Mobbings in Erscheinung treten und seltener als täglich rauchen.

Einen besonders hohen Stellenwert für die Schulzufriedenheit haben hierbei die Unterrichtsqualität, die Lernzielorientierung und die berichteten schulischen Belastungen. Die Mitwirkungsmöglichkeiten der Schüler zeigen in diesem Modell keinen Einfluss auf die Schulzufriedenheit. Die schulbezogenen Unterstützungssysteme, eine schülerzentrierte Bewertung von Leistungen durch Lehrer und eine Leistungszielorientierung auf Seiten der Schüler zeigen eine signifikante, aber etwas geringere Verbindung zur Schulzufriedenheit. Sehr deutlich sind jedoch die Auswirkungen auf die Gesundheitsindikatoren.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es statistisch gesicherte Zusammenhänge zwischen schulkulturellen Aspekten und der Gesundheit bzw. dem Gesundheitsverhalten der Schüler gibt, die über die Schulzufriedenheit vermittelt werden.

4.3 Gleichaltrigengruppe und Freizeit

Für Kinder und Jugendliche werden die Gleichaltrigen als Bezugsgruppe mit zunehmendem Alter immer wichtiger. Die Gleichaltrigen helfen sich gegenseitig bei der Identitätsfindung und entwickeln dabei zentrale persönliche sowie soziale Kompetenzen. Wie oft sich die Thüringer Schülerinnen und Schüler in der Freizeit mit Gleichaltrigen treffen und inwiefern das Fernsehen eine Rolle in der Freizeitgestaltung spielt, wird - kontrastierend zu den Ergebnissen von 2005 - im folgenden Kapitel erläutert.

Gleichaltrigengruppe (Peers)

Die Häufigkeit der Kontakte zu Gleichaltrigen wurde, differenziert nach Anzahl der Tage und Abende, wie folgt abgefragt:

1. an wie vielen Tagen pro Woche sie sich normalerweise nach der Schule mit Freunden und Freundinnen treffen und
2. wie viele Abende pro Woche sie gewöhnlich mit ihren Freunden und Freundinnen verbringen.

Wie in Abbildung 55 und 56 ersichtlich, geben im Vergleich zu der Befragung von vor fünf Jahren, die Schülerinnen und Schüler fast durchweg niedrigere Werte bei der Kontakthäufigkeit sowohl an den Nachmittagen als auch am Abend an. Das heißt, dass die befragten Schüler am Nachmittag und Abend deutlich seltener Kontakt zu ihren Gleichaltrigen haben als vor fünf Jahren. Dieser Trend zeigt sich weniger stark bei den Fünftklässlern und bei Kindern, die aus wohlhabenden Familien stammen.

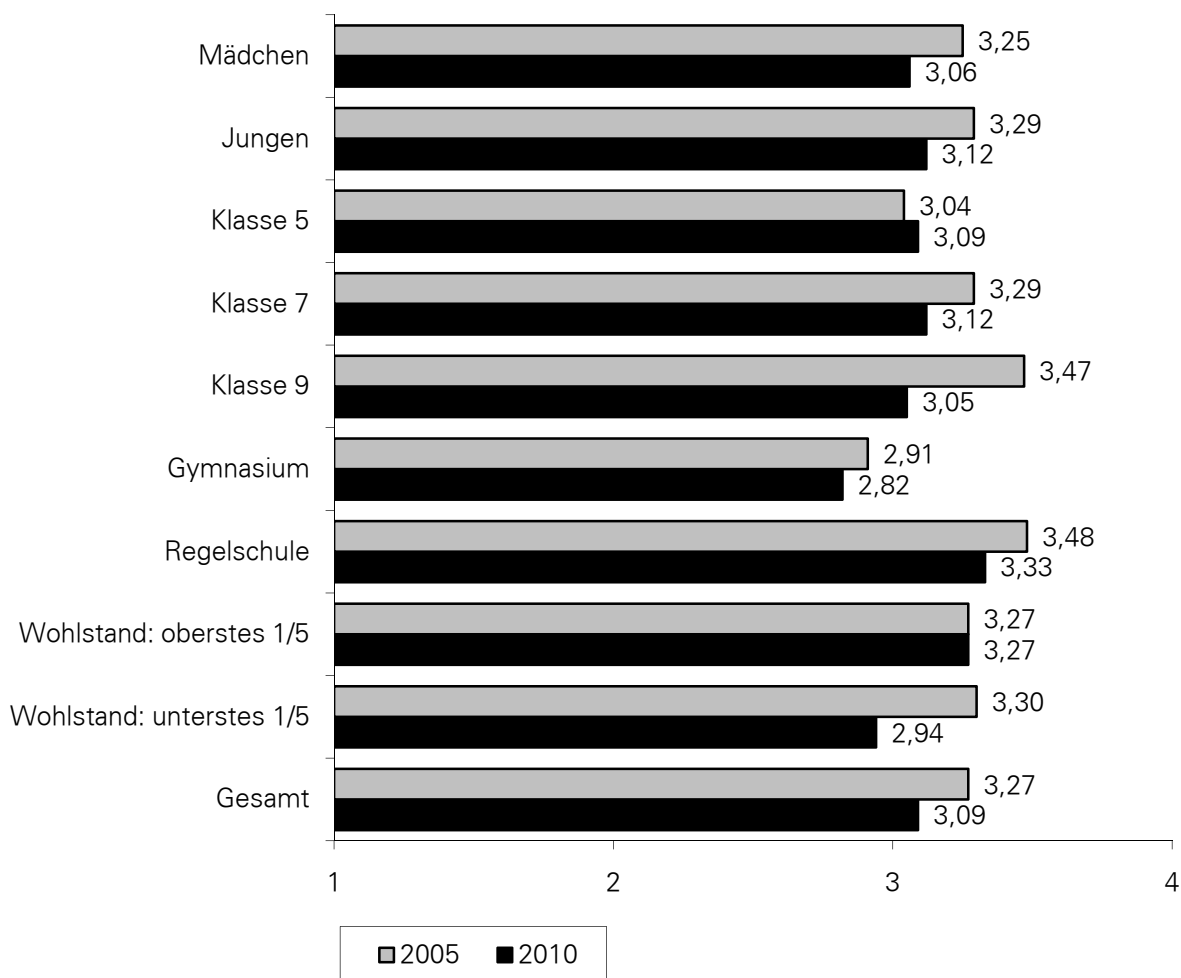


Abb. 55 – Nach der Schule mit Freunden / Freundinnen im Zeitvergleich (Mittelwert: Tage pro Woche)

Die in 2005 beschriebene Tendenz, dass die Kontakthäufigkeit bei Regelschülern häufiger ist als bei Gymnasiasten, kann bestätigt werden. Das Wohlstandsniveau steht ebenso in Beziehung zur Kontakthäufigkeit der Schülerinnen und Schüler mit Gleichaltrigen: Etwas häufiger treffen sich eher privilegierte Schülerinnen und Schüler als weniger privilegierte mit ihren gleichaltrigen Freun-

dinnen und Freunden. Keine signifikanten Verteilungsunterschiede sind zwischen Jungen und Mädchen nachzuweisen.

Differenziert müssen die Klassenstufen betrachtet werden. Überraschenderweise ist die Kontakthäufigkeit am Nachmittag für die Befragung im Jahr 2010 innerhalb der Klassenstufen stabil, obwohl die vorherige Studie einen Anstieg der Kontakthäufigkeit mit zunehmender Klassenstufe nahelegte. Für die Kontakthäufigkeit am Abend bestätigen sich wiederum die Befunde der letzten Befragung, wenn auch auf etwas niedrigerem Niveau.

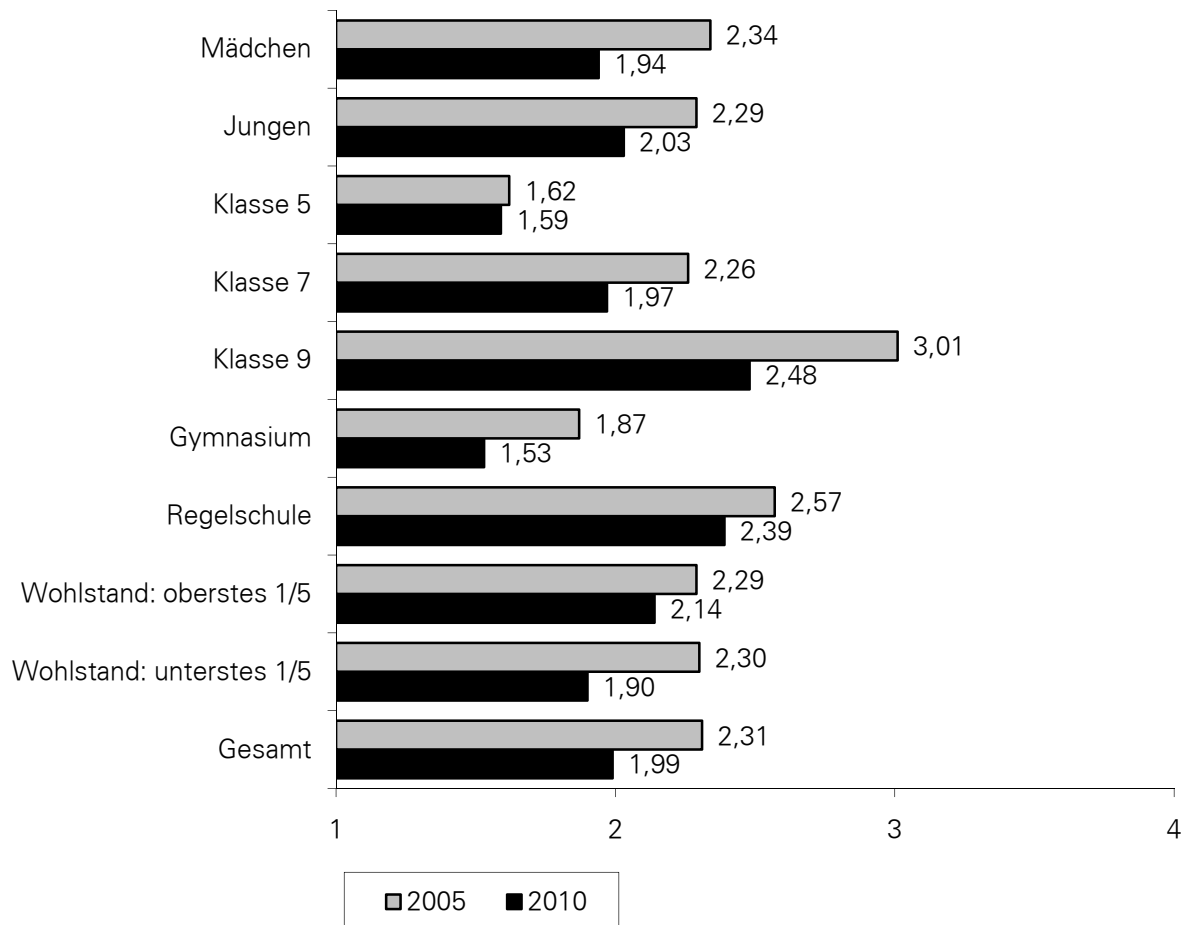


Abb. 56 – Abende mit Freunden / Freundinnen im Zeitvergleich (Mittelwert: Tage pro Woche)

In Tabelle 23 wird die Angabe der Kontakthäufigkeit mit den Ausprägungen der vier Gesundheitsindikatoren in Beziehung gesetzt. Zu sehen ist die durchschnittliche Kontakthäufigkeit am Nachmittag bzw. Abend in den jeweiligen Risikogruppen. So verbringen z. B. tägliche Raucher/innen deutlich mehr Abende pro Woche mit ihren Freunden als der Durchschnitt (4,2 vs. 2).

Auch in der aktuellen Befragung ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Quantität der Peer-Kontakte und gesundheitlichem Risikoverhalten (Rauchen und Mobbingtäterschaft) festzustellen. Wie in der Erhebung 2005 bleibt dieser Zusammenhang auch bestehen, wenn der Einfluss von Drittvariablen (Alter, Geschlecht) kontrolliert wird. Schüler und Schülerinnen, die rauchen oder als Mobbingtäter an schulischer Gewalt beteiligt sind, verbringen mehr Zeit am Nachmittag und am Abend mit ihren Freunden und Freundinnen. Die beschriebenen Effekte können im Zeitvergleich als äußerst konstant gewertet werden.

Tab. 23 – Peerkontext und Gesundheit / Gesundheitsverhalten²

	Nachmittage mit Freunden (Mittelwert) 2010	Abende mit Freunden (Mittelwert) 2010
Selbsteinschätzung der Gesundheit „einigermaßen“ oder „schlecht“	**2,88	**2,21
Emotionale Probleme: „grenzwertig“ und „auffällig“	**2,87	2,09 (ns)
Tägliches Rauchen	***3,90	***4,16
Mobbing: Täter	***3,46	***3,05
Gesamtdurchschnitt	3,09	1,99

Im Gegensatz zur Erhebung 2005 ergeben sich außerdem leichte Effekte zwischen der subjektiven Einschätzung der Gesundheit und der Häufigkeit des Kontakts zu Gleichaltrigen. Die Stärke dieser Effekte ist jedoch sehr gering. Zudem ist die Richtung dieser Effekte unterschiedlich. Schüler mit eher „schlecht“ eingeschätzter Gesundheit treffen sich am Nachmittag etwas weniger als der Durchschnitt, am Abend jedoch etwas häufiger als der Durchschnitt der Schülerinnen und Schüler. Auch der leicht signifikante Zusammenhang zwischen den emotionalen Auffälligkeiten und der Kontakthäufigkeit fällt sehr gering aus. Emotional auffällige Schüler treffen sich etwas weniger mit Gleichaltrigen am Nachmittag als Schüler ohne solche Auffälligkeiten.

Ansatzweise wird hier sichtbar, dass der Kontakt zu den Gleichaltrigen einerseits mit Risikoverhaltensweisen in Verbindung steht, jedoch als Ressource auch vor psychischen Problemen schützen kann.

Fernsehkonsument

Befragt wurden die Thüringer Schülerinnen und Schüler auch in dieser Erhebung, wie viele Stunden pro Tag sie an Wochentagen und am Wochenende fernsehen. Waren es im Jahr 2005 durchschnittlich 2,6 Stunden, geben die Schülerinnen und Schüler nun an, etwa 2,4 Stunden an Schultagen fernzusehen. Jungen schauen dabei wieder bedeutsam mehr fern als die Mädchen. Hoch signifikante Unterschiede lassen sich ebenso für das Alter und die Schulform nachweisen. Regelschüler sowie Schüler der 7. und 9. Klassenstufe schauen sehr viel häufiger fern als Gymnasiasten und Schüler der 5. Klassenstufe.

Wie in Abbildung 57 zu sehen, zieht sich die Abnahme des Fernsehkonsums durch alle Bereiche. Der Rückgang der Fernsehdauer ist bei allen drei Klassenstufen, bei Jungen und Mädchen, für das Gymnasium und für die Wohlstandsquintile im Vergleich zum Jahr 2005 äußerst bedeutsam. Es wird in allen genannten Gruppen deutlich weniger ferngesehen. Einzig die Regelschüler bleiben auf einem konstant hohen Niveau des Fernsehkonsums am Nachmittag. Vermuten lässt sich, dass an die Stelle des Fernsehers andere Medien, wie das Internet oder Spielkonsolen gerückt sind. Diese Form der Freizeitgestaltung wurde jedoch nicht abgefragt.

² ns: nicht signifikant, * p < .05 (signifikant), ** p < .01 (sehr signifikant), *** p < .001 (höchst sign.)

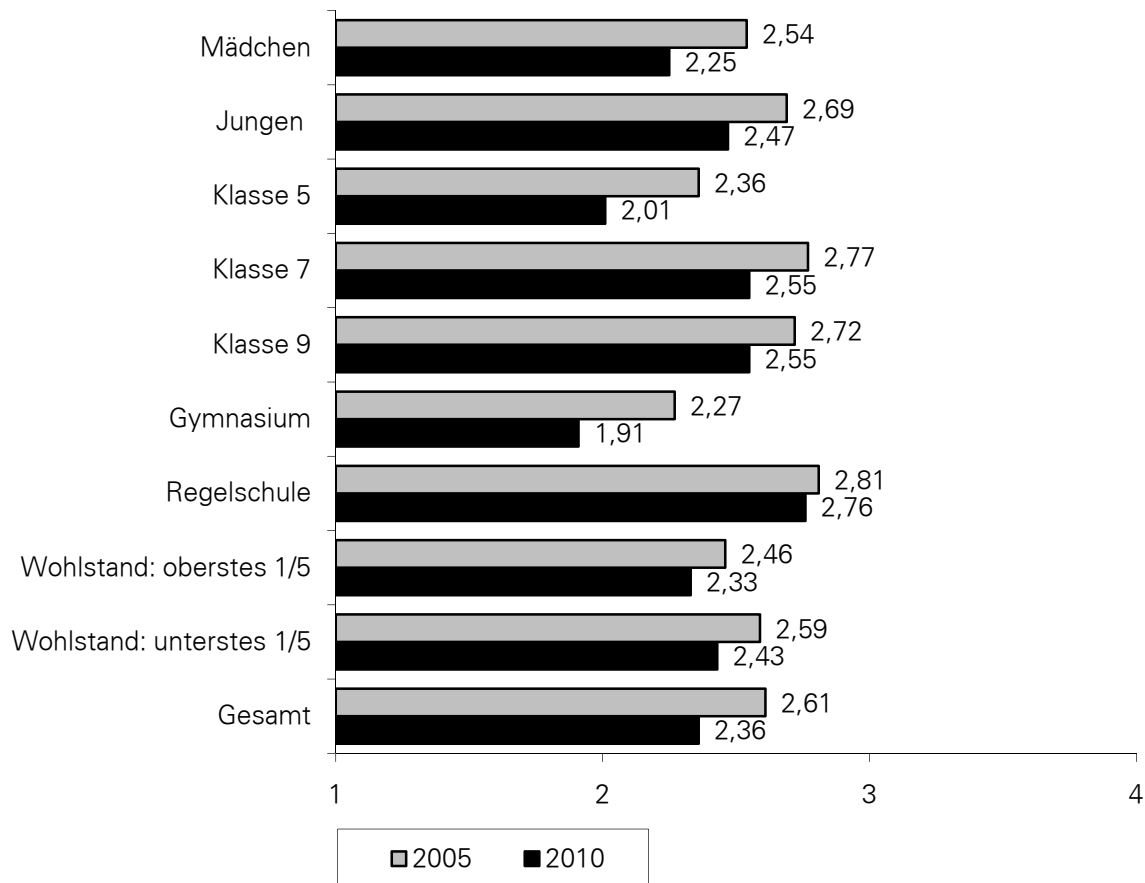


Abb. 57 – Fernsehen an Schultagen im Zeitvergleich (Mittelwert: Stunden pro Tag)

Während der Fernsehkonsum an Schultagen im Vergleich zu 2005 deutlich abgenommen hat, zeigt sich für den Fernsehkonsum am Wochenende ein anderes Bild (vgl. Abbildung 58). Insgesamt ist die durchschnittliche Stundenanzahl für das Fernsehen am Wochenende konstant geblieben. Die Verteilungsunterschiede für das Fernsehen am Nachmittag bestätigen sich auch für das Fernsehen am Abend. Mädchen schauen weniger fern als Jungen, Gymnasiasten schauen deutlich weniger fern als Regelschüler und Schülerinnen und Schüler der 5. Klassenstufe schauen weniger fern als die Schüler der Klassenstufen 7 und 9. Die Wohlstandsunterschiede sind auch hier eher klein. Weniger privilegierte Schüler schauen etwas mehr fern als privilegiere Schüler und Schülerinnen, der Abstand ist jedoch nicht sehr groß.

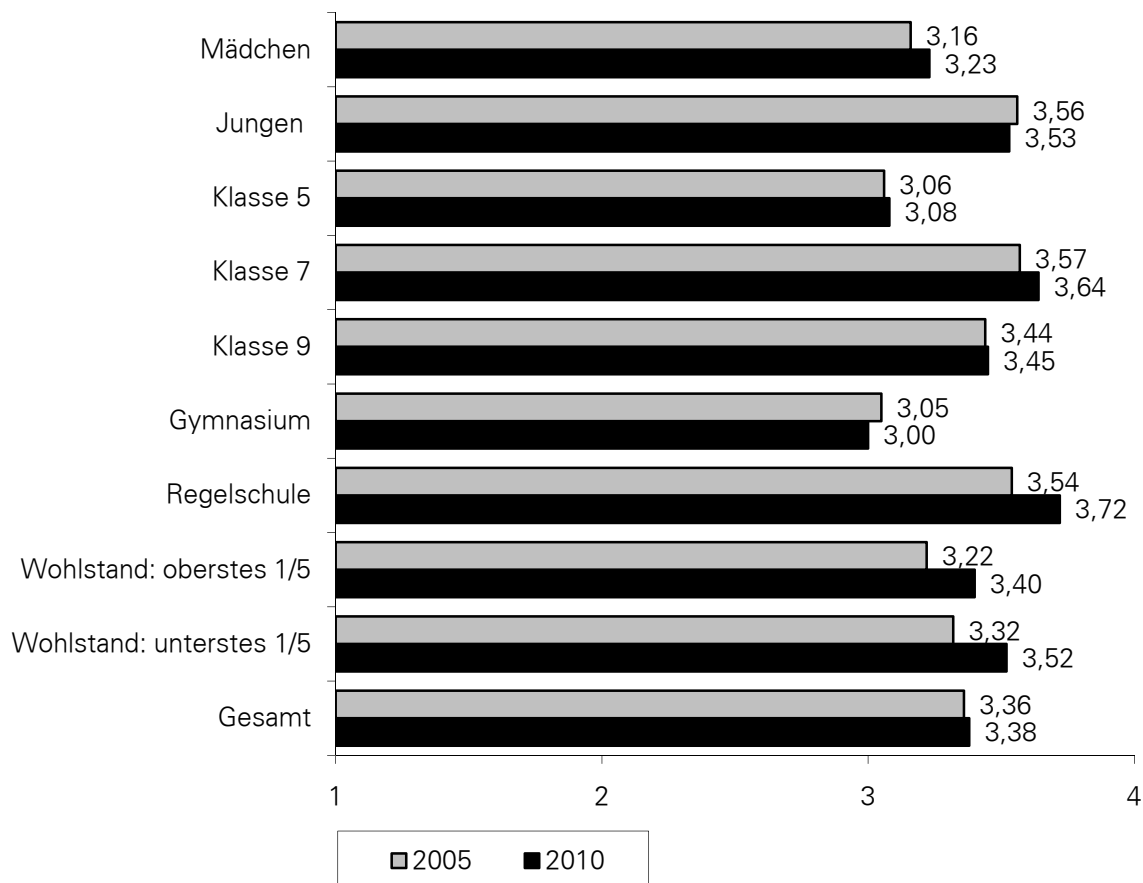


Abb. 58 – Fernsehen am Wochenende im Zeitvergleich (Mittelwert: Stunden pro Tag)

In Tabelle 24 werden die Zusammenhänge zwischen Fernsehkonsum und Gesundheit beleuchtet. Als zusätzlicher Indikator wird hier das Vorliegen von Übergewicht oder Adipositas betrachtet.

Tab. 24 – Fernsehkonsum und Gesundheit / Gesundheitsverhalten³

	Fernsehen an Schultagen (Mittelwert) 2010	Fernsehen am Wochenende (Mittelwert) 2010
Selbsteinschätzung der Gesundheit „einigermaßen“ oder „schlecht“	***2,66 h	**3,62 h
Emotionale Probleme: „grenzwertig“ und „auffällig“	**2,61 h	*3,62 h
Tägliches Rauchen	*2,99 h	*3,64 h
Mobbing: Täter	***2,98 h	***4,04 h
Übergewicht / Adipositas	***2,85 h	***3,94 h
Gesamtdurchschnitt	2,35 h	3,38 h

Im Gegensatz zur Erhebung 2005 steht der Fernsehkonsum an Schultagen und am Wochenende nun im Zusammenhang mit der selbst eingeschätzten Gesundheit. Der Zusammenhang ist aber als gering zu bezeichnen. Auch emotionale Auffälligkeiten und das Rauchverhalten weisen lediglich schwache Zusammenhänge zum Fernsehkonsum auf. Betrachtet man die Gesundheitsindika-

³ ns: nicht signifikant, * p < .05 (signifikant), ** p < .01 (sehr signifikant), *** p < .001 (höchst sign.)

toren von Mobbing-Tätern sowie den übergewichtigen Schülerinnen und Schüler, gibt es höchst signifikante Zusammenhänge zu berichten. Es bestätigen sich die Hinweise, dass Schüler und Schülerinnen, welche Übergewicht aufweisen und an schulischer Gewalt in Form einer Mobbingtäterschaft beteiligt sind, signifikant mehr Zeit pro Tag vor dem Fernseher verbringen als der Durchschnitt.

4.4 Selbstkonzept und Persönlichkeit

Bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben spielt neben den Ressourcen und Anforderungen der sozialen Umwelt (Familie, Schule, Peers) auch die Konstitution der eigenen Persönlichkeit eine wichtige Rolle. Während sie sich einerseits in der Auseinandersetzung mit entwicklungsbezogenen Herausforderungen ausformt, beeinflusst sie andererseits auch, wie erfolgreich sich Jugendliche mit den folgenden Entwicklungsaufgaben auseinandersetzen. Sie ist somit gleichzeitig Einflussgröße und Resultierende des Entwicklungsprozesses.

Häufig werden nur leistungsbezogene Merkmale der Schülerpersönlichkeit in den Blick genommen, z. B. die Intelligenz, das schulische Interesse oder die Motivation. Helmut Fend (1997) schlägt ein breiteres Verständnis der Schülerpersönlichkeit vor. Für ihn ist die Auseinandersetzung mit Schule in ein Bedürfnissystem eingebettet, das sich aus drei Komponenten zusammensetzt (Abbildung 59).

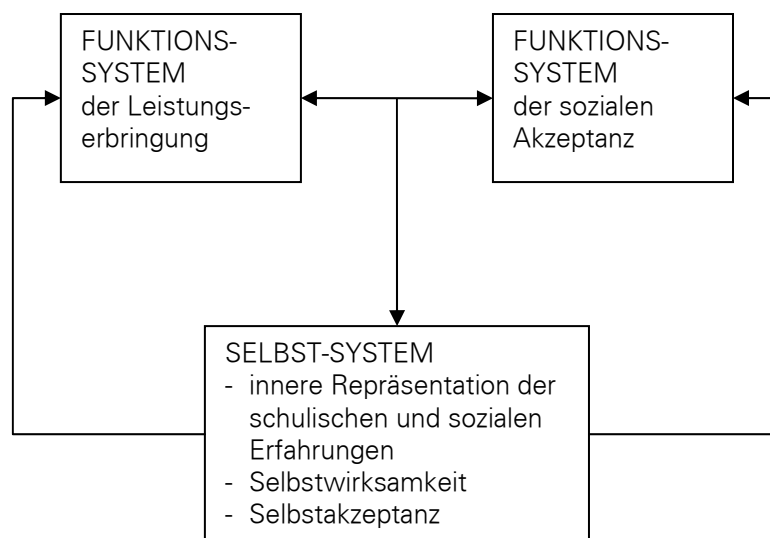


Abb. 59 – Dimensionen der Schülerpersönlichkeit nach Fend (1997, S. 58)

Dabei repräsentiert das Funktionssystem der Leistungserbringung die basalen Bedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und Kontrolle. Gleichwertig steht es neben dem Funktionssystem der sozialen Akzeptanz, das sich aus dem Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit und Bindung speist. Die Schule bietet vielfältige Möglichkeiten, soziale und leistungsbezogene Erfahrungen zu sammeln und gibt Rückmeldungen über Kompetenzen in beiden Bereichen. Für die interne Repräsentation dieser Erfahrungen steht das Selbst-System. Hier machen sich Schülerinnen und Schüler anhand ihrer schulischen Erfahrungen ein Bild davon, wer sie sind, was sie können und wie ihre soziale Position ist. Tangiert wird hierbei das Bedürfnis nach positiver Selbstbewertung. Mit Hilfe

der HBSC-Daten soll ein genauere Blick auf das Selbstkonzept geworfen werden. Wie sehen die Jugendlichen sich selbst? Wie kompetent schätzen sie sich im Umgang mit schulischen und sozialen Anforderungen ein? Wie sehr vertrauen sie ihren eigenen Fähigkeiten, mit zukünftigen Problemen erfolgreich umgehen zu können?

Selbstwirksamkeit

Bei der Selbstwirksamkeit handelt es sich nach Schwarzer (1994) um eine „stabile Persönlichkeitsdimension, die die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können“. Sie wurde im Rahmen unserer Studie mit sechs Fragen erfasst (Tabelle 25).

Tab. 25 – Skala: Allgemeine Selbstwirksamkeit

Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
Was auch passiert, ich werde schon klarkommen.
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.

Antwortskala: Stimmt genau (4) – stimmt eher (3) – stimmt kaum (2) – stimmt nicht (1) , α der Gesamtskala = .89

Summiert man die Antworten der Schüler über diese sechs Fragen auf, so ergibt sich ein Index für die Selbstwirksamkeit der Jugendlichen. Über die gesamte Stichprobe hinweg fällt dieser Wert bei der aktuellen Befragung etwas niedriger aus als vor fünf Jahren. Thüringer Jugendliche vertrauen ihren Fähigkeiten 2010 etwas weniger als 2005. Betrachtet man einzelne Fragen dieser Skala stimmen z. B. nur noch 78 Prozent der Befragten folgender Aussage zu: „Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe“ (2005: 84%). Den Umgang mit „überraschenden Ereignissen“ trauen sich 80 Prozent der Jugendlichen zu (2005: 86%). Das Geschlecht und das Alter spielen für die Höhe der Selbstwirksamkeit keine Rolle. Wichtigere Hintergrundvariablen sind die besuchte Schulart und der familiäre Hintergrund: Gymnasiasten sind selbstwirksamer als Regelschüler und Schüler aus privilegierteren Familien selbstwirksamer als Schüler aus weniger wohlhabenden Familien. Schulformunterschiede sind insbesondere bei den jüngeren Schülern in den Klassenstufen 5 und 7 zu beobachten.

Tab. 26 – Selbstwirksamkeit und Gesundheit / Gesundheitsverhalten

	Niedrige Selbstwirksamkeit (unteres Drittel)	Hohe Selbstwirksamkeit (oberes Drittel)	Sign.
Selbsteinschätzung der Gesundheit „einigermaßen“ oder „schlecht“	17,1 %	8,0 %	$p < .001$
Emotionale Probleme: „grenzwertig“ und „auffällig“	16,2 %	6,1 %	$p < .001$
Tägliches Rauchen	6,8 %	5,5 %	n.s.
Mobbing: Täter	10,2 %	7,2 %	$p < .01$

Setzt man die Selbstwirksamkeit mit den Gesundheitsindikatoren in Verbindung (Tabelle 26) ergeben sich signifikante Zusammenhänge zur selbst eingeschätzten Gesundheit, zu emotionalen Problemen und zum Mobbing-Verhalten. Hoch selbstwirksame Jugendliche schätzen ihre Ge-

sundheit besser ein, leiden seltener unter Ängsten sowie depressiven Symptomen und sind weniger in Mobbing-Aktivitäten involviert. Kein Zusammenhang besteht zwischen der Selbstwirksamkeit und dem Rauchverhalten.

Selbstkonzept sozialer und schulischer Kompetenzen

Wie die Jugendlichen ihre sozialen und schulischen Kompetenzen einschätzen, wird mit einer von Wichstrom (1995) überarbeiteten Version des verbreiteten *Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)* von Harter (1982) gemessen. Grundlage dieses Instruments ist die Annahme, dass Selbstkognitionen bereichsspezifisch organisiert sind. Die eingesetzten Skalen zur schulischen und sozialen Kompetenz setzen sich aus jeweils fünf Items zusammen. In Tabelle 27 sind die Reliabilitäten und je Skala ein Item im Originalwortlaut aufgeführt. Die Antwortvorgaben sind bei beiden Skalen vierstufig und lauten: „beschreibt mich überhaupt nicht“ – „beschreibt mich schlecht“ – „beschreibt mich gut“ – „beschreibt mich ganz genau“.

Tab. 27 – Items und interne Konsistenz der Selbstkonzept-Skalen

Skala	Beispielitem	α	Anzahl Items
1. Schulische Kompetenz	„Ich fühle mich genauso klug wie andere in meinem Alter.“	.60	5
2. Soziale Kompetenz	„Mir fällt es schwer, Freunde zu finden.“ (-) ¹	.69	5

1 – Dieses Item geht invertiert in die Berechnung der Skala ein

Die Analyse der Zustimmungsraten („beschreibt mich gut“ + „beschreibt mich ganz genau“) zu den einzelnen Items der Skala zum Selbstkonzept Schulischer Kompetenz zeigt, dass sich die Mehrzahl der Schülerinnen und Schüler als kompetent einstuft. So schätzen sich drei Viertel der befragten Jugendlichen (75%) als „genauso klug wie andere“ in ihrem Alter ein. Zwei Drittel geben an „ziemlich intelligent“ (68%) bzw. „sehr gut bei der Klassenarbeit / in der Schule“ zu sein (64%). Probleme bei der Beantwortung von Fragen in der Schule haben nach eigenen Angaben 24% der Schüler; 21% sagen, dass sie „ziemlich langsam bei der Schularbeit“ sind.

Bei der Skala zum Selbstkonzept sozialer Kompetenzen erfährt das Item „Ich habe viele Freunde“ mit 85% die höchste Zustimmung. 84% der Mädchen und Jungen fühlen sich von ihrer Umwelt akzeptiert und knapp drei Viertel (72%) meinen, dass sie bei anderen in ihrem Alter beliebt sind. Nur eine Minderheit von jeweils 17% sagt, dass es schwer sei, sie zu mögen und dass es ihnen nicht leicht fällt, Freunde zu finden.

Vergleicht man die Angaben der Schüler zu ihrem Selbstkonzept mit den Daten von 2005 lassen sich weder für die Selbstsicht schulischer Kompetenzen noch für den Bereich der sozialen Kompetenzen signifikante Veränderungen nachweisen. Bedeutsam für das Selbstkonzept ist vor allem die Schulform. Gymnasiasten schätzen ihre schulischen Kompetenzen deutlich höher ein als Regelschüler. Nur am Gymnasium ist jedoch ein stetiger Rückgang von Klassenstufe 5 bis 9 zu beobachten. Ähnlich verhält es sich beim sozialen Selbstkonzept: In Klassenstufe 5 liegen die Gymnasiasten mit ihren Einschätzungen in diesem Bereich deutlich über den Regelschülern. Während jedoch das Vertrauen in die eigenen sozialen Kompetenzen bei den Gymnasiasten bis zur Klassenstufe 9 absinkt, steigt es bei den Regelschülern an und liegt in Klassenstufe 9 über dem der Gymnasialschüler. Beide Bereiche des Selbstkonzepts stehen in einem engen Zusammenhang mit der

sozialen Herkunft. Je höher der Wohlstand der Familie, umso höher das Vertrauen in die eigenen schulischen und sozialen Kompetenzen. Das Geschlecht spielt nur beim sozialen Selbstkonzept eine Rolle: Hier schätzen Mädchen ihre Fertigkeiten etwas höher ein als Jungen.

Um die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und dem Selbstkonzept der Schüler zu beleuchten, wurden die Angaben zum schulischen und sozialen Selbstkonzept zusammengefasst. Anhand der Ausprägung auf beiden Dimensionen wurden die Jugendlichen in vier Gruppen eingeteilt (siehe Abbildung 60). In der ersten Gruppe befinden sich Jugendliche mit einem überdurchschnittlich hohen sozialen und einem unterdurchschnittlichen schulischen Selbstkonzept. Hohe Ausprägungen auf beiden Dimensionen haben die Schüler in Gruppe 2, in Gruppe 3 liegen sie in beiden Bereichen unter dem Durchschnitt. In der vierten und kleinsten Gruppe berichten die Schüler ein hohes schulisches und gleichzeitig ein niedriges soziales Selbstkonzept.

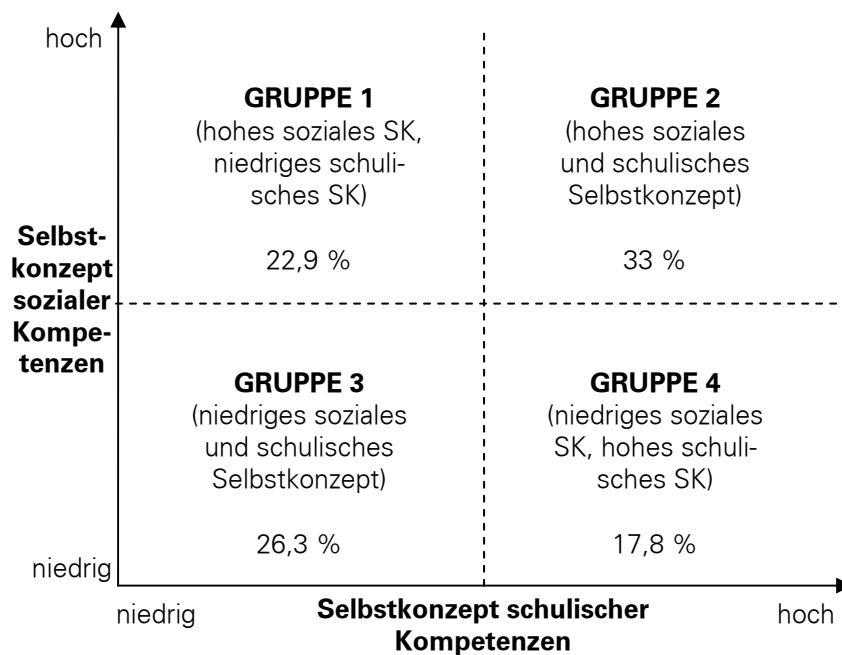


Abb. 60 – Gruppierung der Schüler anhand ihres sozialen und schulischen Selbstkonzepts

Tab. 28 – Selbstkonzept und Gesundheit / Gesundheitsverhalten

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Sign.
Selbsteinschätzung der Gesundheit „einigermaßen“ oder „schlecht“	11,6 %	5,3 %	18,9 %	10,2 %	$p < .001$
Emotional Probleme: „grenzwertig“ und „auffällig“	9,8 %	4,5 %	15,4 %	11,2 %	$p < .001$
Tägliches Rauchen	11,3 %	4,7 %	6,2 %	3,2 %	$p < .001$
Mobbing: Täter	10,2 %	6,5 %	9,9 %	5,9 %	$p < .001$

Die auf der Grundlage des schulischen und sozialen Selbstkonzepts gebildeten Schülergruppen stehen mit allen vier Gesundheitsindikatoren in Verbindung (Tabelle 28). Die beste gesundheitliche Konstitution lässt sich bei den Schülern der Gruppe 2 beobachten, die sich als überdurchschnittlich sozial und schulisch kompetent einstufen. Emotionale Probleme und eine niedrige Selbsteinschätzung der Gesundheit liegen bei den Schülern mit einem niedrigen sozialen und schulischen

Selbstbild vor. Beim Rauchen und beim Mobbing sind die auffälligsten Werte jedoch in Gruppe 1 zu beobachten. Diese Schüler haben zwar ein niedriges schulisches Selbstkonzept, schätzen sich aber als sozial kompetent ein. Es ist zu vermuten, dass bei diesen wahrscheinlich eher auf die Gleichaltrigen-Gruppe hin orientierten Schülern Problemverhaltensweisen, wie Rauchen und Mobbing, auch die Distanz zur Schule ausdrücken.

4.5 Zwischenresümee

In diesem Kapitel wurden Variablen aus den Bereichen Familie, Schule, Peers und Persönlichkeit auf ihre Zusammenhänge zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten hin überprüft. Ein Großteil der Variablen kann kontrastierend zum Erhebungsjahr 2005 dargestellt werden. Bedeutsame Einflüsse hinsichtlich der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens von Schülerinnen und Schülern wurden in allen Bereichen festgestellt.

Die Familie als zentrale Sozialisationsinstanz beeinflusst im besonderen Maße die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsbezogenes Verhalten wird zum einen in der Familie erlernt, zum anderen stellen Familienangehörige vielfältige Ressourcen sowie emotionale Unterstützung bei der Bewältigung von Entwicklungsanforderungen zur Verfügung. Es konnte gezeigt werden, dass die Verfügbarkeit von Wohlstands- und Bildungsgütern in der Familie im Zusammenhang mit fast allen in dieser Studie untersuchten Aspekten der Gesundheit sowie dem Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen steht. Auch die Familienstruktur steht im Zusammenhang mit der Gesundheit; wie wir aus anderen Studien wissen v. a. aufgrund der ungünstigeren Verdienst- und Betreuungssituation bei allein Erziehenden (Klocke & Becker, 2003). Aber auch der elterliche Erziehungsstil beeinflusst die Gesundheit. Optimal ist ein Erziehungsverhalten, das ein hohes Ausmaß emotionaler Unterstützung mit moderater Kontrolle verbindet. Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit der Kinder und Jugendlichen wird deutlich schlechter bewertet, wenn der Erziehungsstil wenig positiv-emotionale Unterstützung aufweist.

Inhaltlich breit wurden die Schülerinnen und Schüler zum Lernen in der Schule und zur Schulkultur befragt. Die Schulzufriedenheit als zentraler Vermittler zwischen schulischer Umwelt und Schülergesundheit hat sich im Vergleich zur Erhebung 2005 erhöht. Auch die Unterrichtsqualität ist im Vergleich zu den Einschätzungen der Schüler von vor fünf Jahren leicht angestiegen. Bemerkenswert ist ebenso der deutliche Anstieg der Unterstützung durch die Lehrer bei gleichzeitiger Zunahme der wahrgenommenen Belastungen in der Schule. Die Schüler scheinen von den Lehrern deutlich mehr gefordert zu werden, wobei sie gleichzeitig ein höheres Maß an Aufmerksamkeit und Unterstützung durch die Lehrer erfahren.

In Zusammenhangsanalysen wurden die verschiedenen Aspekte der Schulkultur sowie des Lehrens und Lernens mit den Gesundheitsindikatoren in Verbindung gesetzt. Hierbei erwies sich die Schulzufriedenheit als bedeutsame Vermittlungsvariable. Insbesondere drei Variablen zeigen einen bedeutsamen Einfluss auf die Schulzufriedenheit: diese steigt, wenn die Unterrichtsqualität hoch ist, weniger schulische Belastungen vorliegen und die Schüler intrinsisch motiviert lernen. Eine so geprägte Schulzufriedenheit steht wiederum in einem engen Zusammenhang mit allen vier verwendeten Gesundheitsindikatoren. Sind Schülerinnen und Schüler zufriedener mit der Schule, bewerten sie ihre Gesundheit besser, sie rauchen seltener und sind weniger anfällig für emotionale Auffälligkeiten oder aggressives Verhalten. Wir vermuten, dass an Schulen mit hoher Schulzu-

friedenheit die Schüler nicht nur gesünder sind sondern auch das schulische Lernen erfolgreicher möglich ist.

Auch die Beziehung zu Gleichaltrigen (Peers) und das Freizeitverhalten wurden in der Schülerbefragung thematisiert. Die Thüringer Schüler treffen sich, zumindest am Nachmittag etwas weniger mit ihren Freunden als vor fünf Jahren. Es bestätigen sich darüber hinaus die Befunde, dass Rauchen und aggressives Verhalten vermehrt auftreten, je öfter die Schülerinnen und Schüler Kontakt zu ihren Peers haben. Positive Effekte der Peer-Gruppe sollten jedoch nicht außer Acht gelassen werden: So übernimmt die Peer-Gruppe auch wichtige Aufgaben bei der Sozialisation von Jugendlichen, z. B. bei der Entwicklung sozialer Kompetenzen. So geht ein intensiver Kontakt mit Gleichaltrigen mit einer besseren subjektiven Gesundheit und weniger emotionalen Problemen einher.

Beim Fernsehkonsum zeigt sich, dass dieser zumindest am Nachmittag deutlich abgenommen hat. Denn der Befund, dass häufiges Fernsehen mit einem erhöhten Risiko für Übergewicht und aggressives Verhalten einhergeht, bestätigt sich auch dieses Mal.

Auch in der Persönlichkeit der Kinder liegende Faktoren beeinflussen die Gesundheit. Untersucht wurden hier Aspekte, die bei der Bewältigung von Belastungen eine wichtige Rolle spielen. Als protektiv kann ein hohes Ausmaß an Selbstwirksamkeit, also der Überzeugung, mit neuen Anforderungen aus eigener Kraft zurechtzukommen, angesehen werden. Auch wie sich die Schüler selber einschätzen ist von Bedeutung. Hierbei geht es nicht nur um die schulischen Kompetenzen sondern auch um die Selbstsicht hinsichtlich sozialer Kompetenzen. Als förderlich für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erweist sich hier ein positives Selbstkonzept in beiden Bereichen.

5 RESÜMEE UND PERSPEKTIVEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

5.1 Schülersgesundheit in Thüringen 2010: Fazit und Schlussfolgerungen für die schulische Gesundheitsförderung

Ludwig Bilz

Wie lässt sich der Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen in Thüringen beschreiben und welche Veränderungen haben sich in den letzten fünf Jahren ergeben?

Die große Mehrheit der befragten Fünft- bis Neuntklässler schätzt ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ bzw. „gut“ ein. Schaut man sich die verschiedenen körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte der Gesundheit jedoch genauer an, entsteht ein differenzierteres Bild. So ist im Bereich der körperlichen Gesundheit zwar ein Rückgang des Untergewichts und der behandlungsbedürftigen Verletzungen zu verzeichnen, die Zahl der übergewichtigen Schüler ist jedoch nach wie vor auf hohem Niveau.

Ebenfalls konstant auf hohem Niveau ist das Ausmaß psychischer Auffälligkeiten bei Thüringer Jugendlichen; bei den Jungen ist die Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden sogar noch weiter angestiegen. Mit Hilfe eines bei dieser Befragung erstmals verwendeten normierten Erhebungsinstruments sind Aussagen über Risikogruppen in den verschiedenen Bereichen psychischer Fehlentwicklungen möglich. So gibt es eine beträchtliche Zahl von Schülerinnen und Schülern, die Probleme im Bereich Angst und Depressivität, beim Sozialverhalten und Symptome einer Hyperaktivität berichten.

Im Bereich der sozialen Gesundheit ist eine konstant hohe Einbindung in Freundschaftsbeziehungen zu beobachten, gleichzeitig wird die Beziehung zu den Eltern besser eingeschätzt als 2005. Gewalttätiges Verhalten ist bei der aktuellen Befragung im gleichen Ausmaß zu beobachten, wie vor fünf Jahren. Die Häufigkeit von Schlägereien und das Ausmaß des Mobbings sind konstant hoch. Zwar wird Mobbingverhalten aus Täter-Perspektive etwas seltener berichtet; dass die Angaben aus der Opferperspektive jedoch unverändert hoch sind, lässt Zweifel aufkommen, ob hier wirklich ein Rückgang zu verzeichnen ist. Möglicherweise hat die erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit für schulische Gewalt in den letzten Jahren die Bereitschaft verringert, solches Verhalten aus der Täterperspektive einzugestehen. Eine andere Erklärung wäre, dass sich das Täterverhalten auf weniger Personen konzentriert, die ihre Aktionen jedoch gegen eine höhere Zahl von Opfern richten. Beunruhigend ist der Befund, dass die Häufigkeit fremdenfeindlicher und rassistischer Beschimpfungen an Schulen stark zugenommen hat. Dieser Anstieg zeigt sich sowohl in der Opfer- als auch in der Täter-Perspektive!

Positive Entwicklungen gibt es beim Gesundheits- und Risikoverhalten zu vermelden. So gibt es deutlich weniger Schüler, die täglich rauchen oder Cannabis konsumieren. Hier setzt sich ein schon 2005 rückläufiger Trend weiter fort. Neue gesetzliche Regelungen und verstärkte Aktivitäten in der Prävention bilden hierfür den Erklärungshintergrund. Beim Alkoholkonsum ist zwar ein Rückgang von Rauscherfahrten vor allem bei den Fünft- und Siebentklässlern zu verzeichnen. Hohe Zustimmungsraten gibt es jedoch für das sog. binge-drinking, das wir erstmals bei den

Neuntklässlern erhoben haben. Einen Konsum hoher Mengen Alkohol bei einer Gelegenheit – dafür steht dieser Begriff – berichten ca. 60 Prozent der Mädchen und Jungen in der neunten Klassenstufe für die letzten 30 Tage.

Beim Ernährungsverhalten ist eine Zunahme riskanter Ernährungsgewohnheiten zu beobachten. Immer mehr Jugendliche starten ohne Frühstück in den Tag und geben an, dass sie gerade eine Diät machen. Insbesondere die Diät haltenden Mädchen sind auf der Grundlage ihrer Angaben zu Gewicht und Körpergröße nur selten als übergewichtig sondern in der Mehrzahl in die Gruppe der Normalgewichtigen und zum Teil sogar in die der Untergewichtigen einzustufen!

Das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten ist nach wie vor hoch. Für die meisten Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens finden wir ungünstigere Werte bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit geringerem Wohlstand. Diese schätzen ihre Gesundheit negativer ein, sie berichten eine schlechtere Zahngesundheit, eine geringere Lebenszufriedenheit und mehr psychische Auffälligkeiten. Sie sind häufiger Opfer schulischer Gewalt, rauchen mehr, haben ein ungesünderes Ernährungsverhalten und treiben weniger Sport. Der auch in unseren Daten ablesbare Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungsbeteiligung in Thüringen hat zur Folge, dass Einschränkungen der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens ausnahmslos an Regelschulen verbreiteter sind als an Gymnasien.

Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern?

Im Rahmen der HBSC-Studie haben wir die Vielfalt jugendlicher Lebenswelten (Familie, Gleichaltrige, Schule) in den Blick genommen und analysiert, welchen Stellenwert sie für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und damit einhergehend für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Mädchen und Jungen haben. Exemplarisch haben wir hierfür vier Gesundheitsindikatoren ausgewählt, die den körperlichen, sozialen und psychischen Bereich der Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten abdecken.

Die Bedeutung der familiären Umwelt zeigt sich nicht nur auf der strukturellen, sondern auch auf der Prozessebene. Im Durchschnitt zeigen Jugendliche eine bessere gesundheitliche Konstitution, wenn sie mit beiden Elternteilen aufwachsen und der elterliche Erziehungsstil ein hohes Ausmaß an emotionaler Unterstützung mit moderater Kontrolle verbindet.

Der Bedeutung der Gleichaltrigen-Gruppe für die Gesundheit ist zweischneidig: Einerseits geht ein häufiger Kontakt mit Gleichaltrigen mit höheren Risikoverhaltensweisen einher, andererseits berichten sozial gut integrierte Jugendliche weniger psychische Probleme und eine bessere subjektive Gesundheit.

Auch in der Persönlichkeit der Jugendlichen liegen wichtige Ressourcen für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit Entwicklungsanforderungen. Diese sind Ergebnis der bisherigen Entwicklung, aber auch Voraussetzungen für die Bewältigung zukünftiger Herausforderungen. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die sog. Selbstwirksamkeit, ist bei den Thüringer Jugendlichen leicht zurückgegangen. Fragt man differenziert nach der Selbsteinschätzung schulischer und sozialer Kompetenzen zeigen sich jedoch keine Veränderungen. Die Daten zeigen, dass für eine gesunde Entwicklung im Schulalter beides zusammenkommen muss: Vertrauen in die eigenen schulischen Fähigkeiten und Vertrauen in die Fähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen herstellen und aufrecht erhalten zu können.

Viel Aufmerksamkeit haben wir schulischen Einflüssen auf die Gesundheit gewidmet. Dies nicht allein deswegen, weil wir der Schule einen wichtigen Stellenwert für die Gesundheit beimessen, sondern vor allem weil sich hier viele Anknüpfungspunkte für gesundheitsförderliche Maßnahmen

in der Schule ergeben. Viele der von uns im Bereich Schulkultur sowie Lehrern und Lernen erfassten Aspekte sind nicht nur für eine gesunde Entwicklung bedeutsam, sondern gleichzeitig wichtige Voraussetzungen für erfolgreiches Lernen in der Schule.

Die Daten zeigen, dass die Zufriedenheit der Schüler mit ihrer Schule insbesondere bei den Fünft- und Siebentklässlern angestiegen ist. Dazu passt der Befund, dass vor allem jüngere Schüler von mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten, einer gestiegenen Unterstützung von Seiten der Lehrer und einer etwas höheren Unterrichtsqualität berichten. Gleichzeitig ist das Ausmaß schulischer Belastungen angestiegen. Mehr Schüler als vor fünf Jahren geben an, dass das Arbeitspensum zu hoch ist und ihnen das Lernen schwer fällt. Hier kann das höhere Unterstützungspotential die gestiegenen Anforderungen nicht vollständig ausgleichen.

Ein Zusammenhang zwischen Schule und Gesundheit lässt sich vor allem über die Schulzufriedenheit herstellen. Sie steht als Vermittlungsvariable zwischen der Schulkultur sowie den Lernbedingungen auf der einen und der Gesundheit auf der anderen Seite. Schülerinnen und Schüler, die mit ihrer Schule zufrieden sind, haben deutlich weniger gesundheitliche Einschränkungen und einen gesünderen Lebensstil. Wichtig für die Schulzufriedenheit ist eine hohe Unterrichtsqualität, eine intrinsische Lernmotivation, die auf den Erwerb von Wissen ausgerichtet ist, ein geringes Ausmaß an Überforderung, eine hohe Schülerzentriertheit der Lehrer und Unterstützung von Seiten der Lehrer, Eltern und Mitschüler. Die Daten zeigen weiterhin auf, dass für alle diese Aspekte die Bedingungen an Gymnasien günstiger ausfallen als an Regelschulen.

Welche Schlussfolgerungen ergeben sich für die schulische Gesundheitsförderung?

Auf der Grundlage dieser für Thüringen repräsentativen Daten lassen sich zwar in der Gesamtschau bestimmte Problemfelder benennen (psychische Gesundheit, Übergewicht, Ernährungsverhalten, Mobbing), für die Praxis der schulischen Gesundheitsförderung empfehlen wir jedoch den Blick auf die spezifischen Gegebenheiten der Einzelschule. So können z. B. die von uns geplanten Einzelauswertungen für die beteiligten Schulen („Schulprofile“) Ansatzpunkte für eine bedarfsorientierte Planung gesundheitsförderlicher Maßnahmen liefern.

Ein generell höherer Bedarf zeichnet sich in unseren Daten für die Thüringer Regelschulen ab. Hier ist ein höherer Anteil der Schüler gesundheitlich eingeschränkt und es gibt mehr gesundheits-schädigende Verhaltensweisen als an Gymnasien. Leider fehlt es deutschlandweit noch an Programmen und Konzepten, die auf die spezifischen Bedingungen dieser Schulform zugeschnitten sind. Eine schulische Gesundheitsförderung, die diesen schulformspezifischen Bedarf ernst nimmt und aktiv aufgreift, könnte auch zum Abbau der nach wie vor hohen gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen.

Dass die Schule selbst der ideale Ort für gesundheitsförderliche Maßnahmen ist, wird kaum noch bestritten. Unsere Analysen fügen hier als weiteres Argument den engen Zusammenhang zwischen schulischen Umfeldbedingungen, Schulzufriedenheit und Gesundheit hinzu. Indem Schulen an dieser Stelle ansetzen und im Rahmen von partizipativen Schulentwicklungsprozessen ihre Schulkultur und die Bedingungen des Lehrens und Lernens weiterentwickeln, schaffen sie nicht nur ein gesünderes Umfeld für Schüler und Lehrer, sie stärken damit auch die Umsetzung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags.

Das Modellprojekt „Gesunde Lebenswelt Schule“ hat sich die Umsetzung einer solchen Strategie zum Ziel gesetzt. Im Abschnitt 5.3 wird auf den Entstehungshintergrund und die geplante Ausrichtung dieses Projekts detailliert eingegangen.

5.2 Schulische Gesundheitsförderung an Thüringer Schulen

Marion Dörfler

Mit der Novellierung des § 47 des Thüringer Schulgesetzes vom 04. April 2007 und der darin verankerten Pflicht jeder Thüringer Schule zur Erstellung eines Konzepts zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise wurde das Thema Gesundheitsförderung vom Gesetzgeber besonders hervorgehoben.

Im § 47 „Gesundheits- und Sexualerziehung“ des Thüringer Schulgesetzes heißt es:

„1) Die Schule hat durch geeignete Maßnahmen die Gesundheitserziehung zu unterstützen. Sie entwickelt ein umfassendes Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise. Ein Schwerpunkt des Konzepts ist die Prävention des Konsums von illegalen Drogen sowie von Tabak und Alkohol. Die in den Lehrplänen festgeschriebenen Bildungsinhalte zur Gesundheitserziehung sind fächerübergreifend und über den Unterricht hinaus zu vermitteln. Gesunde Lebensweise ist an jeder Schule aktiv zu gestalten.“

Das Schulkonzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise im Entwicklungsvorhaben der „Eigenverantwortlichen Schule“ wird ein Teil des Qualitätsrahmens von Schule. Im Zusammenhang mit dem Entwicklungsvorhaben „Eigenverantwortliche Schule“ ist es als integrativer Schwerpunkt der schulischen Entwicklungskonzepte zu sehen.

Die Leitidee dieser Konzepte orientiert sich an

- einer Entwicklung der Schule (insgesamt) zu einem gesunden Lebensraum,
- einer Verbesserung der Lernbedingungen der Schülerinnen und Schüler sowie an
- einer Stabilisierung der Arbeitszufriedenheit der Lehrkräfte.

Folgende Schrittfolge sollte bei der Konzeptentwicklung gegangen werden (vgl. „Schulentwicklung konkret“, Homepage des ThILLM):

1. Bestandsaufnahme (z.B. Welche Projekte wurden an der Schule durchgeführt, welche laufen derzeit?)
2. Ziele (z. B. Welche Ziele sollen erreicht werden? Wie will sich die Schule profilieren?)
3. Maßnahmenplanung bzw. Planung der Aktivitäten (Termine, personelle Maßnahmen, Fortbildungen, Verantwortlichkeiten)
4. Dokumentation und Evaluation

Mit der Implementation des Konzepts ist beabsichtigt, mittel- oder langfristig ein positiv wirkendes Gleichgewicht von ausreichend Bewegung bzw. Sport und eine darauf abgestimmte gesunde Ernährung sowie eine gesundheitsorientierte Lebensweise der Schülerinnen und Schüler anzustreben. Ein ganzheitlich angelegtes Konzept, das zwischen Schule und Elternhaus abgestimmt ist, ist unabdingbar. Den Schülern soll dabei im gesamten Prozess die Chance gegeben werden, aktiv an der Gesundheitsförderung teilzunehmen und diese zu gestalten.

In den vergangenen Schuljahren wurden bereits vielfältige Aktivitäten von Schulen unternommen, um die Gesundheitserziehung zu stärken. Mit dem schulischen Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise sollen diese Aktivitäten gebündelt, systematisiert und vertieft werden.

Zum Auftrag der Schule zur Gesunderhaltung:

Kinder und Jugendliche verbringen einen Großteil ihres Alltags im Lebensraum Schule. Damit hat die Schule eine besondere Verantwortung im Bereich der Gesundheitserziehung der Kinder und Jugendlichen.

„Schulische Gesundheitserziehung ist Teil einer umfassenden Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung, zu der alle individuellen, familiären und öffentlichen Bemühungen um die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Menschen gehören“ (BzgA „Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung“ 2000; Heft 10)

Ein wesentlicher Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung ist die Selbstbefähigung des Menschen in seinem Entwicklungsprozess zu einer gesundheitsorientierten Lebensweise. Ermutigung und Förderung der Stärken und Ressourcen der Schüler sind damit auch Möglichkeiten, gesundheitliche Chancenungleichheit positiv zu verändern.

Mögliche Themenfelder des Gesundheitskonzeptes

Folgende Themenfelder sollten übergreifend als Grundlage des schulischen Konzeptes der Gesundheitsförderung in Betracht gezogen werden (siehe Abbildung 61).

Mit den Daten aus der „Health Behaviour in School-aged Children“-Studie (HBSC-Studie) soll den Schulen ein Instrument an die Hand gegeben werden, mit dem sie das schuleigene Profil schärfen können. Im Vergleich der eigenen Daten mit denen aus ca. 40 Ländern können Stärken und Schwächen eingeordnet werden.

Mit der Unterstützung der Staatlichen Schulämter und unter Nutzung der Angebote von schulischen oder außerschulischen Partnern kann die Schule ihre Konzeptentwicklung optimieren bzw. an dem jeweils schulisch definierten Themenfeld arbeiten. Dabei erhält sie Unterstützung nicht nur vom Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (ThILLM), sondern auch im Rahmen des Projekts „Gesunde Lebenswelt Schule – das PLUS für alle“ von gezielt ausgebildeten AOK Gesundheitsberatern. Dieses Unterstützungsangebot ist Teil eines besonderen Rahmenvertrages des Thüringer Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur (TMBWK), der AOK PLUS sowie der TU Dresden. Den Projektpartnern gilt an dieser Stelle der besondere und ausdrückliche Dank für diese Kooperation.

Die Schule entscheidet in eigener Verantwortung über das Unterstützungsangebot, den Unterstützer oder die jeweilige Maßnahme. Entscheidendes Kriterium für die Auswahl sind die Bedarfe der einzelnen Schule. Schulische Gesundheitsförderung kann und darf nicht losgelöst von der allgemeinen Schulentwicklung betrachtet werden, sondern ist integraler Bestandteil des jeweiligen schulischen Entwicklungskonzeptes. Ziel muss es sein, durch Gesundheit, gesunde Lebensweise und durch die Gestaltung eines gesunden schulischen Umfeldes die Bildungsqualität der Schule insgesamt zu erhöhen.

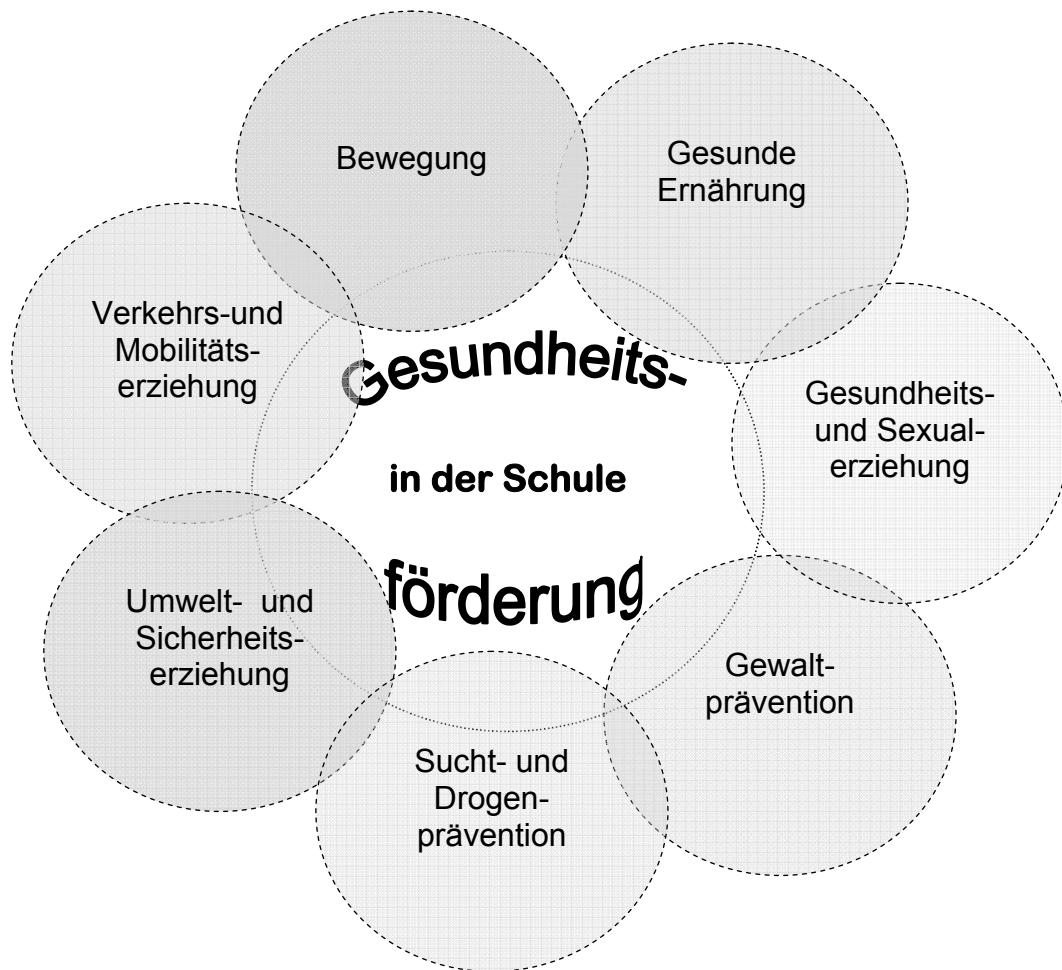


Abb. 61 – Themenfelder der Gesundheitsförderung

Gesundheit ist die Basis für eine gute Leistungsfähigkeit und damit auch für gelingende Schulbildung. Gute Bildung und gute Schulabschlüsse sind nur realisierbar mit Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften, die sich wohl fühlen, aber auch sicher und gesund fühlen. Positives Wohlbefinden fördert die Leistungsmotivation der Lernenden und der Lehrenden. Negative Emotionen wie Angst und Hilflosigkeit wirken sich ungünstig auf Lernen und Lehre aus. (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: „Mit Gesundheit gute Schule entwickeln.“ 2010)

5.3 Das Modellprojekt „Gesunde Lebenswelt Schule – ein PLUS für alle“

Brit Oppat, Ludwig Bilz

Die alltäglichen Arbeits-, Lern-, und Lebensbedingungen haben einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung des Einzelnen und prägen gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen. Deshalb empfiehlt insbesondere die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Präventionsaktivitäten in Lebenswelten. Mit diesem Ansatz sind primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen gemeint, die sich statt auf Individuen auf Lebensräume richten, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden können.

Aus gesundem Interesse an gesunden Kindern setzt die AOK als Gesundheitskasse verstärkt auf präventive Maßnahmen in solchen Lebenswelten wie z. B. Kommunen/Stadtteile, Kindergärten, Schulen, und Betriebe. Im Rahmen der Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ engagiert sich die AOK PLUS für ein gesundes Lebensumfeld und eine optimale Entwicklung der jungen Generation.

Ziel dieses Engagements ist es, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen die jeweiligen Gesundheitspotenziale und -risiken im Lebensbereich zu ermitteln und einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen. Dieser Prozess soll über die Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffenen nachhaltig verbessern. Die Schule eignet sich insbesondere für zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, weil hier alle Kinder und Jugendlichen einer bestimmten Altersstufe erreicht werden können und weil dem schulischen Umfeld, wie die Daten der HBSC-Studie zeigen, selbst eine große Bedeutung für die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler beizumessen ist.

Das Ideal – die gute gesunde Schule

Hauptziel einer gesundheitsfördernden Schulentwicklung muss es sein, eine hohe Qualität des Unterrichts und der Lernergebnisse der Schülerinnen und Schüler aller Bildungsgänge zu erreichen und nachhaltig zu sichern. Die gesundheitlichen Bedingungen des Lehrens und Lernens an Schulen sind mitentscheidend dafür, mit welcher Qualität die Schule ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag erfüllen kann.

Eine gute gesunde Schule verständigt sich über ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag, setzt ihn erfolgreich um und leistet damit einen Beitrag zur „Bildung für nachhaltige Entwicklung.“ Sie weist gute Qualitäten in folgenden Bereichen auf und sorgt für deren stetige und nachhaltige Verbesserung durch Schulentwicklung (Definition der guten gesunden Schule n. Brägger, Paulus & Posse, Sigriswiler Erklärung 2005).

Merkmale einer guten gesunden Schule:

- Sie fördert bei den Schülerinnen und Schülern Kompetenzen und Haltungen, die ihre Bereitschaft zum lebenslangen Lernen stärken und sie befähigen, in einer sich verändernden Gesellschaft ein erfolgreiches und gesundes Leben zu führen.
- Sie wendet bei der Gestaltung der Strukturen und Prozesse von Schule und Unterricht konsequent Erkenntnisse der Gesundheits- und Bildungswissenschaften an und leistet damit gezielt einen integralen Beitrag zur Qualität der Schul- und Unterrichtsprozesse, zur Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit der Lehrpersonen und Schüler/-innen und zur Zufriedenheit und zum Wohlbefinden der Beteiligten.
- Sie fördert das Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein und die Gesundheitskompetenzen von Schülerinnen und Schülern durch gesundheitsfördernde Unterrichtsprinzipien und die Integration gesundheits- und sicherheitsbezogener Inhalte in den Unterricht und in das Schulleben
- Die Ausrichtung auf die Salutogenese im Sinne von Aaron Antonovsky ist ein weiteres zentrales Merkmal der Arbeit der guten gesunden Schule. Menschen in der Schule zu stärken, sie dabei zu unterstützen, dass sie Zutrauen zu sich selbst entwickeln und erhalten können (Gefühl der Machbarkeit), dass ihr Handeln ihnen (wieder) sinn- und wertvoll erscheint (Gefühl der Sinnhaftigkeit), dass ihr Leben und das, was sich darum herum abspielt, (wieder) begreifbar wird (Gefühl der Verstehbarkeit), sind in diesem Konzept die leitenden Gedanken.

Das Projekt „Gesunde Lebenswelt Schule“

Dem Rechnung tragend, vereinbaren die AOK PLUS, das Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und die TU Dresden eine Zusammenarbeit, welche eine qualitative Schulentwicklung und Gesundheitsförderung an allen Schulen in Thüringen unterstützt.

Das Projekt „Gesunde Lebenswelt Schule“ verfolgt das Ziel, Schulen im Freistaat Thüringen aktiv bei der Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages zu unterstützen. Die Projektpartner unterstützen die Akteure dieses Prozesses bei der Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierbei geht es nicht nur um die Umsetzung der in § 47 des Thüringer Schulgesetzes geforderten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitserziehung, sondern um eine Unterstützung der Bildungsarbeit an sich. Pädagogisch-psychologische Studien und auch die Daten dieses Berichts zeigen übereinstimmend, dass ein gesundes Lern- und Lehrumfeld sowie ein positives Schulklima mit einer höheren Schulfreude, geringeren gesundheitlichen Einschränkungen bei Schülern und Lehrer und besseren Lernergebnissen einhergehen.

Für die drei Projektpartner sind hierbei folgende Prinzipien leitend:

1. Bedarfsorientierung

Ausgangspunkt der Projektarbeit sind die Ergebnisse der HBSC Studie 2010 in Thüringen. Mögliche Handlungsfelder für die Schulen ergeben sich aus den repräsentativen Thüringer Gesundheitsdaten, die nun zum zweiten Mal in Folge seit 2005 erhoben werden. Gleichzeitig erhält jede Schule eine Einzelauswertung („Schulprofil“), die neben den Daten zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten der eigenen Schülerschaft auch viele Schülereinschätzungen zu den Bereichen „Lehren und Lernen“, „Zufriedenheit“ und „Schulklima/Schulkultur“ enthält (siehe Abbildung 62).

Der Vergleich dieser Daten mit dem Landesdurchschnitt kann erste Hinweise für mögliche Entwicklungsvorhaben an den Modellschulen liefern.

2. Selbstbestimmung

Jede Schule entscheidet selbst, auf welchen Feldern der Gesundheitsförderung und der Schulentwicklung sie aktiv wird. Sie wird dabei von Gesundheitsberatern unterstützt, die an den Steuerkreissitzungen der Schulen teilnehmen und diese moderieren. Ihre Aufgabe ist es, Hinweise zur Interpretation der Schulprofile zu geben, die Umsetzung der geplanten Vorhaben zu begleiten, bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen zu beraten, den Kontakt zu außerschulischen Partnern herzustellen und die Schulen bei der Selbstevaluation zu unterstützen.

3. Partizipation

Für den Erfolg und die Akzeptanz gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist die Beteiligung aller an der Schule vertretenen Personengruppen wesentlich. Neben der Schulleitung sollten auch die Lehrer, Schüler und Eltern in die Entscheidungsprozesse und deren Umsetzung einbezogen und wesentliche Informationen an alle Beteiligten weitergeleitet werden.

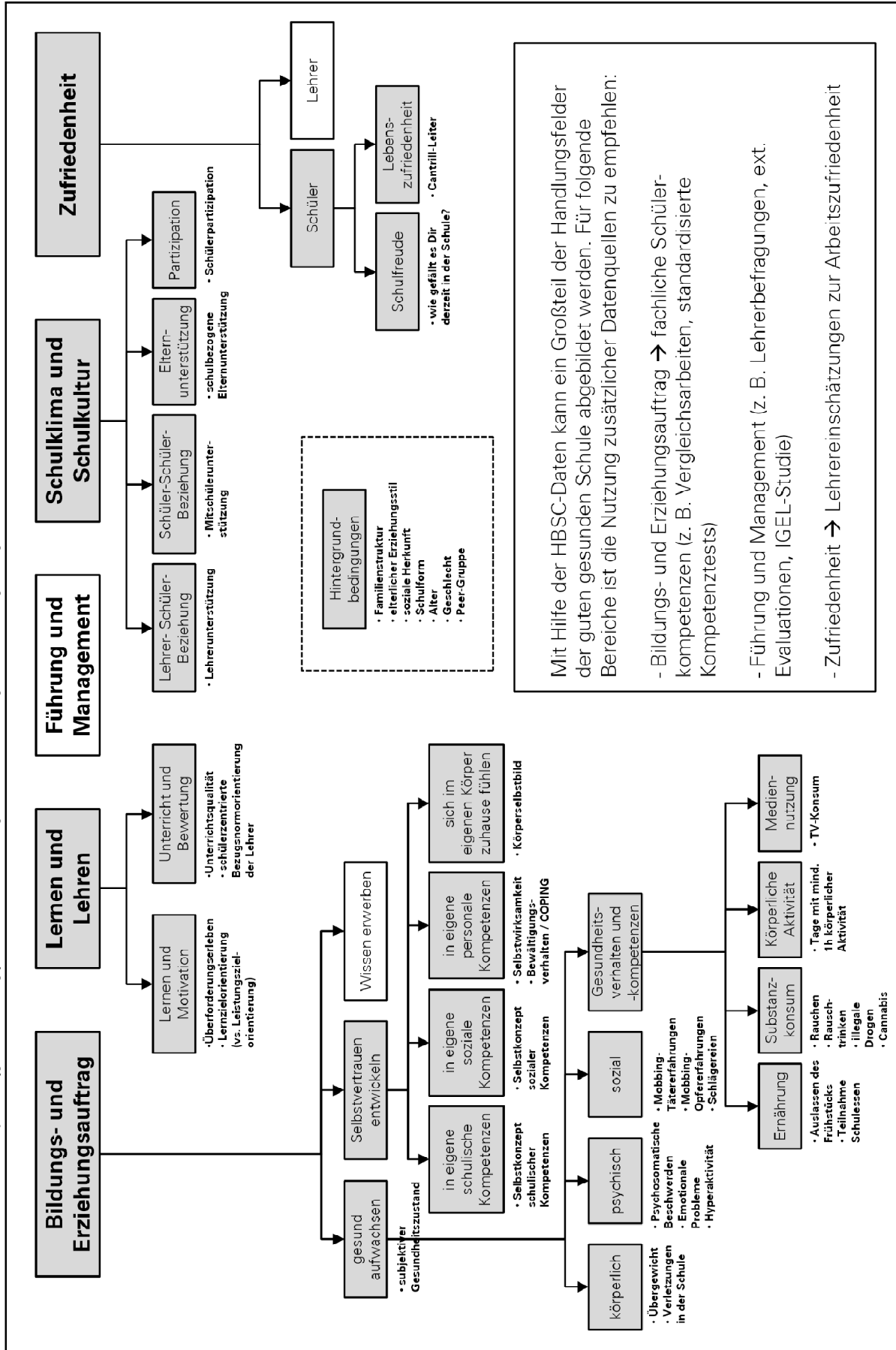
4. Nachhaltigkeit

Indem Gesundheitsförderung als Beitrag zum Kerngeschäft der Schule (vgl. Paulus, 2003) verstanden wird und Schulentwicklungsprozesse angestoßen werden, soll die Nachhaltigkeit der eingeleiteten Veränderungen abgesichert werden. Dazu werden die Gesundheitsberater ihre Fachkompetenz anbieten und einbringen.

Ein Entwicklungsziel des Modellprojekts und seiner Evaluation ist die Fortentwicklung des HBSC-Fragebogens zu einem Screening- und Evaluationsinstrument zum Thema Schülersgesundheit, das an allen Thüringer Schulen eingesetzt werden kann. Die Evaluationsergebnisse des Modellprojekts sollen für die Auswahl geeigneter Indikatoren, für die Gestaltung von Handreichungen u. ä. genutzt werden.

In Anlehnung an Paulus (2003) werden die fünf Handlungsfelder der guten gesunden Schule in das Zentrum der Betrachtung gerückt. Im Mittelpunkt steht die Zufriedenheit aller, an der Schule Beteiligten (s. Abbildung 43, Kapitel 4.2). Sie konstituiert sich einerseits aus den schulischen Lern- und Umfeldbedingungen (z. B. der Unterrichtsgestaltung oder der Schulkultur), andererseits ist sie eine wichtige Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung der Schüler und die Vorbeugung gesundheitlicher Beschwerden. Zwar ist die schulische Lebenswelt für Kinder und Jugendliche ein wichtiger Entwicklungskontext, gleichzeitig dürfen jedoch Einflüsse anderer Sozialisationsinstanzen (z. B. Familie, Peers) nicht aus dem Blickfeld geraten. So ist z. B. die soziale Herkunft der Schülerschaft ein wichtiger und bei der Interpretation der Schulprofil-Ergebnisse unbedingt zu berücksichtigender Einflussfaktor.

Abb. 62 – Indikatoren der Schulprofile (grau hinterlegt) und ihre Zuordnung zu den Handlungsfeldern der guten gesunden Schule



Legt man den Thüringer Qualitätsrahmen zur Schulentwicklung zugrunde, geben die Schulprofile Auskunft über zentrale Prozess- und Wirkungsqualitäten der Schule. Dem Bereich der Prozessqualitäten sind die Daten zum Schulklima und der Schulkultur sowie dem Lehren und Lernen zuzuordnen. Hinsichtlich der Wirkungsqualitäten erhalten die Schulen Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Schüler, ihren Sozial- und Selbstkompetenzen.

Die zentrale Instanz der Projektarbeit ist eine Steuergruppe, die an jeder der Modellschulen aktiv wird. Sie wertet die Schulprofile aus und organisiert im Auftrag der Schulkonferenz die Umsetzung und Evaluation der Entwicklungsvorhaben. Jeder Steuergruppe werden zwei Gesundheitsberater des Modellprojekts beratend zur Seite gestellt.

Die AOK PLUS stärkt in enger Zusammenarbeit mit den Experten für Schul- und Unterrichtsentwicklung in den Projekten die Akteure in der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihres Schulentwicklungsprozesses und bei der Etablierung gesunder Strukturen für Lehren und Lernen. Gesundheitsförderung ist dabei nicht noch eine weitere Aufgabe von Schule, sondern bildet die Basis für ein gesundes Lernumfeld, positives Schulklima und eine höhere Schulfreude für alle Beteiligten.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1997). What is normal? What is abnormal? Developmental perspectives on behavioral and emotional problems. In S. S. Luthar, J. A. Burack & et al. (Eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Amato, P.R. (2001). Children of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1269-1287.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 1, 1-102.
- Bilz, L. (2008). *Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bilz, L. & Hähne, C. (2005). Der Einfluss von Schule auf das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Schule und psychische Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bilz, L. & Melzer, W. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2005 im Freistaat Thüringen*. Dresden: Fakultät Erziehungswissenschaften der Technischen Universität Dresden.
- Bilz, L., Hähne, C. & Melzer, W. (2003). Die Lebenswelt Schule und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZgA (2009). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Köln: BZgA.
- Cantrill, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (Eds.). (2001). *Health behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2001/2002 Survey*. University of Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU).
- Fend, H. (1997). *Der Umgang mit Schule in der Adoleszenz. Aufbau und Verlust von Lernmotivation, Selbstachtung und Empathie*. Bern: Hans Huber.
- Grotevant, H. D. & Cooper, C. R. (1986). Individuation in family relationships. *Human Development*, 29, 82-100.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Hautzinger, M. & Petermann, F. (2003). Depression im Kindes- und Jugendalter - Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 127-132.
- Holler-Nowitzki, B. (1994). *Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streßreaktionen*. Weinheim: Juventa.
- Holub, M. & Götz, M. (2003). Ursachen und Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 151, S. 227-236.
- Hurrelmann, K. (2004). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2003). *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.

- Klocke, A. & Becker, U. (2003). Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.
- Kraus, L., Heppehausen, K., Barrera, A. & Orth, B. (2004). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. München: IFT - Institut für Therapieforchung.
- Kraus, L., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen*. München: IFT - Institut für Therapieforchung.
- Kromeyer-Hauschild, K. et al. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(8), 807-818.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R.H., Höfler, M., Tholen, S., Wittchen, H.U. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: A prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry* 17, 321-331.
- Melzer, W., Mühl, M. & Ackermann, C. (1998). Schulkultur und ihre Auswirkungen auf Gewalt. In Forschungsgruppe Schulevaluation (Hrsg.), *Gewalt als soziales Problem in Schulen*. Opladen: Leske & Budrich.
- Midgley, C., Maehr, M. L., Hruda, L. Z., Anderman, E., Anderman, L., Freeman, K. E., Gheen, M., Kaplan, A., Kumar, R., Middleton, M. J., Nelson, J., Roeser, R., & Urdan, T., (2000). *Manual for the Patterns of Adaptive Learning Scales (PALS)*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Olweus, D. (2002). *Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten - und tun können*. Bern: Huber.
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In K. Aregger & U. P. Lattmann (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven*. Luzern: Sauerländer.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. & Erhart, M. (2003). Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.), *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.
- Rheinberg, F. (1999). Motivation und Emotion im Lernprozeß: Aktuelle Befunde und Forschungsperspektiven. In M. Jerusalem & R. Pekrun (Hrsg.), *Emotion, Motivation und Leistung*. Göttingen: Hogrefe.
- Richter, M. (2008). Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: Der WHO-Jugendgesundheitsurvey. In: M. Richter, K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer, & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Weinheim: Juventa.
- Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (2008) (Hrsg.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Weinheim: Juventa.
- Roth, M. (2002). Entwicklung und Überprüfung einer Kurzform der Familienklimaskalen für Jugendliche (K-FKS-J). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 47-58.

- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (1989). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40(2), 105-123.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. (2002). Effort–reward imbalance at work and health. In: P. L. Perrowe & D. C. Ganster (Eds.), *Historical and current perspectives on stress and health*. Amsterdam, Holland: Elsevier.
- Statistisches Bundesamt (2006). *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., Castillo, S. (1994): Health and Behavioral Consequences of Binge Drinking in College. A National Survey of Students at 140 Campuses. *JAMA*, 272(21), 1672–1677.
- Wichstrom, L. (1995). Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: Reliability, validity, and evaluation of the question format. *Journal of Personality Assessment*, 65(1), 100-116.
- Winkler Metzke, C. & Steinhausen, H.-C. (2001). Merkmale der Schulumwelt und psychische Befindlichkeit. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 33(1), 30-41.