



Open Access Repository

www.ssoar.info

Kinder- und Jugendgesundheit in Hessen: Zentrale Ergebnisse der HBSC-Studie, Hessen 2014

Komorowski, Felix; Maier, Sarah

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Forschungsbericht / research report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Komorowski, F., & Maier, S. (2015). *Kinder- und Jugendgesundheit in Hessen: Zentrale Ergebnisse der HBSC-Studie, Hessen 2014*. (FZDW-Kurzberichte, 5). Frankfurt am Main: Frankfurt University of Applied Sciences, Forschungszentrum Demografischer Wandel (FZDW). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-66960-4>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

2015

FZDW-KURZBERICHTE [NO. 5]



FORSCHUNGSZENTRUM
DEMOGRAFISCHER
WANDEL (FZDW)

KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT IN HESSEN
ZENTRALE ERGEBNISSE DER HBSC-STUDIE, HESSEN 2014
FELIX KOMOROWSKI, SARAH MAIER



Verfasst von:

Felix Komorowski, Sarah Maier

Zitationsvorschlag:

Komorowski, F. & Maier, S. (2015). Kinder- und Jugendgesundheit in Hessen. *FZDW-Kurzberichte*, 5.

Keywords:

Schüler, Gesundheit, Gewicht, Zahnhygiene, Lebenszufriedenheit

Kontakt:

Frankfurt University of Applied Sciences
Forschungszentrum Demografischer Wandel (FZDW)
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main
E-Mail: info@fzdw.de



Dieses Werk ist unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ Namensnennung 4.0 International zugänglich. Um eine Kopie dieser Lizenz einzusehen, konsultieren Sie <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> oder wenden Sie sich brieflich an Creative Commons, Postfach 1866, Mountain View, California, 94042, USA.

Vorwort

Das Forschungszentrum Demografischer Wandel (FZDW) wurde 2007 an der Frankfurt University of Applied Sciences als zentrales hochschulweites Forschungszentrum gegründet.

Zentraler Anspruch des FZDW ist es, den demografischen Wandel unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Hessen zu erforschen und anwendungsbezogen wissenschaftliche Beiträge zur Gestaltung und Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels aufzuzeigen.

Der hier vorgelegte FZDW-Bericht greift das wichtige Thema der Gesundheit der jungen Generation auf und stellt zentrale Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) für das Bundesland Hessen vor. Damit steht die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen im Zentrum der Betrachtung. Eine Schwerpunktsetzung, die nur selten im Zusammenhang mit dem Thema demografischer Wandel erfolgt, aber im Prozess der Schrumpfung der Bevölkerung umso bedeutender ist. Der Bericht bündelt zentrale Ergebnisse der HBSC-Erhebung 2013/14 und blickt zu Beginn eines jeden Kapitels in einer Rückschau auf die Vergleichsdaten der Erhebung 2009/10. So können erste Hinweise auf Tendenzen erkannt und ein Beitrag zu einem Gesundheitsmonitoring geleistet werden.

Mehr Informationen zur HBSC Studie sind im Internet unter www.fzdw.de/hbsc sowie unter www.hbsc.org einsehbar.

Den kompletten HBSC-Bericht 2013/14 finden Sie als Download auf der Homepage des FZDW (www.fzdw.de/hbsc).

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre dieses Kurzberichts!

Frankfurt am Main, im August 2015

Andreas Klocke, Geschäftsführender Direktor des FZDW

Inhalt

Die HBSC-Studie in Hessen 2014	4
1. Subjektive Gesundheit.....	5
2. Gesundheitliche Beschwerden	8
3. Zahnhygiene	11
4. Lebenszufriedenheit	14
5. Gewichtsstatus.....	17

Die HBSC-Studie in Hessen 2014

Hintergrund

Die Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) wurde im Jahr 1982 „von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus England, Finnland und Norwegen konzipiert“ (Kolip, Hoffarth, Ottova 2013: 25-38) und unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt. Deutschland nimmt seit 1993 teil, wobei sich die Stichprobe zunächst allein auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen beschränkte. In der Erhebungswelle 2002 schloss sich u. a. das Bundesland Hessen der HBSC-Studie an. Der HBSC-Survey wird in einem Turnus von vier Jahren in aktuell 44 Ländern aus Europa und Nordamerika durchgeführt.

Ziel des HBSC-Survey ist es, „Daten zur physischen und psychischen Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu erfassen und so wichtige Einblicke in die Lebenswelt und die Bedingungen ihres Aufwachsens zu erhalten“ (Ottava et al 2012: 8-14). Der Gesundheitsbegriff der HBSC-Studie wird im Kontext der Lebenswelt betrachtet mit der Annahme, dass das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen ein Teil des Lebensstils ist „und dieser (...) wiederum (...) ganz stark im Zusammenhang mit den objektiven sozialen Lebensbedingungen als Determinanten von Gesundheit und Krankheit wahrgenommen“ (Hurrelmann 2012: 1-2) wird.

Stichprobe

Der HBSC-Survey richtet sich an Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Daher umfasst die Zielpopulation Schülerinnen und Schüler der 5ten, 7ten und 9ten Klasse. In Hessen wurden in der Erhebungswelle 2013/14 1064 Kinder und Jugendliche aus 22 Schulen befragt (Rücklauf auf Schülerebene: 70%). Es handelte sich, wie im Jahr 2010, um eine geschichtete Klumpenstichprobe, welche im PPS-Design (probability proportional to size) gezogen wurde (vgl. HBSC-Team DE 2012).

Aufbereitung der Kapitel

Ziel dieses Kurzberichts ist, die einzelnen Themenbereiche möglichst übersichtlich und verständlich aufzubereiten. Zu Vergleichszwecken werden durchgängig die Werte aus der vorherigen Erhebungswelle aus dem Jahr 2010 mit ausgewiesen (vgl. Sittig; Becklas 2010).

Die Analysen wurden so aufbereitet, dass zunächst ein allgemeiner Überblick über den Themenbereich gegeben wird. Anschließend wird die geschlechtsspezifische Häufigkeitsverteilung des Themenbereichs betrachtet. In einem weiteren Schritt werden die objektiven Merkmale „Klassenstufe“, „familiärer Wohlstand“ und „Migrationshintergrund“ als weitere Determinanten des Gesundheitsverhaltens – getrennt nach Mädchen und Jungen – betrachtet.

Der Themenbereich, der in diesem Bericht skizziert wird, ist die Gesundheit im Allgemeinen. Diesem Themenbereich sind folgende Subthemen zugeordnet: „Subjektive Gesundheit“, „Gesundheitliche Beschwerden“, „Zahnhygiene“, „Lebenszufriedenheit“ und „Gewichtstatus“.

Den kompletten HBSC-Bericht 2013/14 finden Sie als Download auf der Homepage des FZDW.

1. Subjektive Gesundheit

So war's 2010

Die Ergebnisse aus dem Jahr 2010 zeigen, dass Mädchen im Vergleich zu den Jungen ihren Gesundheitszustand schlechter bewerten.

2010 wurde zudem konstatiert, dass der Anteil der Mädchen, die ihren Gesundheitszustand als einigermaßen oder schlecht einstufen, in den höheren Klassenstufen ansteigt.

Vor diesem Hintergrund wird angenommen, dass sich der geschlechtsspezifische Unterschied und der Zusammenhang von Klassenstufe und subjektivem Gesundheitszustand auch in dieser Erhebungswelle wiederfinden lassen.

Wie wurde das subjektive Gesundheitsempfinden erfasst?

Die Bewertung der eigenen Gesundheit wurde über die Frage, wie die Jugendlichen ihren Gesundheitszustand einstufen würden, operationalisiert. Hierbei konnten die Befragten zwischen folgenden Antwortmöglichkeiten wählen: „ausgezeichnet“, „gut“, „einigermaßen“ und „schlecht“.

Abbildung 1 skizziert die geschlechtsspezifische Verteilung der subjektiven Gesundheit getrennt nach der Klassenstufe. Für die Analyse wurden die beiden Antwortmöglichkeiten „einigermaßen“ und „schlecht“ und die Antworten „gut“ und „ausgezeichnet“ jeweils in einer Kategorie zusammengefasst.

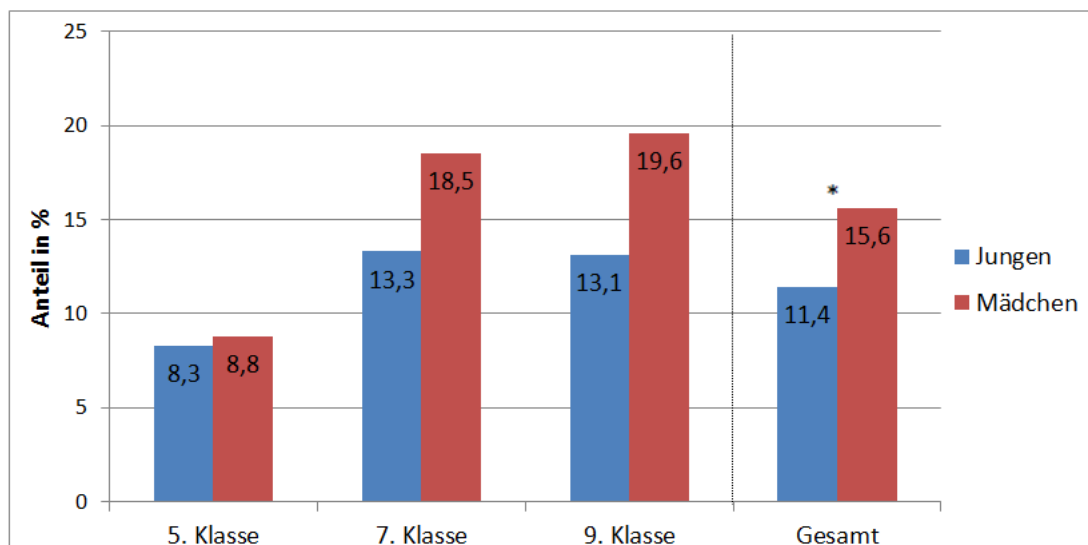


Abbildung 1: Geschlechts- und klassenspezifischer Anteil (in %) von Jugendlichen, die ihren eigenen Gesundheitszustand schlecht/einigermaßen beschreiben

(*: $p < 0,05$) | Quelle: HBSC-Studie 2014 (Hessen), $n=1046$

Tabelle 1 und **Tabelle 2** beschreiben die prozentualen Häufigkeitsverteilungen der subjektiven Gesundheit unter Berücksichtigung der Klassenstufe, des Migrationshintergrunds und des familiären Wohlstands¹, wobei die **Tabelle 1** die Häufigkeitsverteilung der Jungen und **Tabelle 2** die Häufigkeitsverteilung der Mädchen beschreibt.

¹ In die Berechnung der Determinante „Familiärer Wohlstand“ fließen folgende Fragen ein: „Wie viele Computer besitzt deine Familie insgesamt?“, „Besitzt deine Familie ein Auto?“, „Hast du ein eigenes Zimmer nur für dich allein?“, „Wie viele

Hauptergebnisse

- 13,5% der Jugendlichen bewerten ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht/einigermaßen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 86,5% der hessischen Jugendlichen mit ihrer Gesundheit gut oder sogar ausgezeichnet zufrieden sind.
- Im Durchschnitt beschreiben Mädchen (15,6%) im Vergleich zu Jungen (11,4%) ihre Gesundheit signifikant häufiger als schlecht. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied repliziert sich auch in den einzelnen Klassenstufen, wobei er in der 5ten Klasse am schwächsten ausfällt.
- Es zeigt sich, dass die subjektive Bewertung der Jungen hinsichtlich des familiären Wohlstands, des Migrationshintergrunds oder der Klassenstufe nur wenig variiert (maximal 5 Prozentpunkte).
- Je wohlhabender eine Familie ist, desto besser fällt die subjektive Einschätzung der Gesundheit seitens der Mädchen aus: 24% der Mädchen mit niedrigem Wohlstand und lediglich 9% der Mädchen mit hohem Wohlstand beschreiben ihre Gesundheit als schlecht.
- In der Bewertung der Gesundheit lassen sich größere signifikante Unterschiede im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund der weiblichen Befragten ausmachen: 23% der Mädchen mit einem beidseitigem Migrationshintergrund bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht/einigermaßen, wohingegen der Anteil der Mädchen ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund deutlich geringer ausfällt: 14% bzw. 7%.

Bewertung und Schlussfolgerungen

Die erste Hypothese, wonach ein geschlechtsspezifischer Unterschied zwischen Jungen und Mädchen bei der Bewertung des eigenen Gesundheitszustands besteht, trifft zu. Damit schließen die aktuellen Ergebnisse an die aus dem Jahr 2010 an.

Weiterhin kann auch die klassenspezifische Annahme (je älter die Mädchen, desto schlechter die subjektive Einschätzung der Gesundheit) bestätigt werden.

Dass insbesondere Mädchen mit einem beidseitigem Migrationshintergrund oder einem niedrigem familiären Wohlstand ihre Gesundheit am schlechtesten beurteilen, spricht für einen besonderen Fokus dieser Gruppe bei Präventionsprogrammen oder Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Badezimmer habt ihr zu Hause?“, „Hat deine Familie eine Geschirrspülmaschine zu Hause?“, „Wie häufig bist du im letzten Jahr in den Urlaub ins Ausland gefahren?“ und „Wie viele Bücher gibt es ungefähr bei dir zu Hause?“. Für die Berechnung wurden die obigen Variablen z-standardisiert und anschließend aufaddiert. Der dabei entstandene additive Index wurde in drei gleich große Terzile eingeteilt. Das unterste Terzil bildet dabei den untersten, das mittlere Terzil den mittleren und das obige Terzil einen hohen familiären Wohlstand ab.

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der subjektiven Gesundheit von **Jungen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund

	schlecht/einigermaßen	gut/ausgezeichnet
	%	%
Jungen gesamt (n=534) ♂	11,4	88,6
Klassenstufe (n=534)		
5te Klasse	8,3	91,7
7te Klasse	13,3	86,7
9te Klasse	13,1	86,9
Familiärer Wohlstand (n=482)		
Niedrig	12,1	87,9
Mittel	11,0	89,0
Hoch	11,8	88,2
Migrationshintergrund (n=530)		
Kein	11,8	88,2
Einseitig	8,9	91,1
Beidseitig	12,5	87,5
Gesamt (n=1046)		
♂ und ♀	13,5	86,5

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der subjektiven Gesundheit von **Mädchen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (***: p<0,001; **: p<0,01)

	schlecht/einigermaßen	gut/ausgezeichnet
	%	%
Mädchen gesamt (n=512) ♀	15,6	84,4
Klassenstufe (n=512) *		
5te Klasse	8,8	91,2
7te Klasse	18,5	81,5
9te Klasse	19,6	80,4
Familiärer Wohlstand (n=478) **		
Niedrig	24,1	75,9
Mittel	13,3	86,7
Hoch	9,3	90,7
Migrationshintergrund (n=508) **		
Kein	14,0	86,0
Einseitig	7,0	93,0
Beidseitig	22,9	77,1
Gesamt (n=1046)		
♂ und ♀	13,5	86,5

2. Gesundheitliche Beschwerden

So war's 2010

Wie wurden die gesundheitlichen Beschwerden erfasst?

Die gesundheitlichen Beschwerden wurden über die Frage „In den letzten 6 Monaten: Wie oft hattest du die folgenden Beschwerde?“ gemessen. Anschließend wurden acht verschiedene Beschwerden² aufgeführt. Die Jugendlichen konnten auf einer Skala von 1 (fast täglich) bis 5 (selten oder nie) für jeden Beschwerdetyp eine Einschätzung vornehmen.

Für die tabellarische Aufbereitung wurden die Ausprägungen „fast täglich“ und „mehrmals pro Woche“ (Ausprägungen 1 und 2 der Antwortskala) sowie „fast jede Woche“, „ungefähr 1-mal im Monat“ und „selten oder nie“ (Ausprägungen 3 bis 5 der Antwortskala) zusammengefasst. Nachfolgend beschreiben **Tabelle 3** und **Tabelle 4** die prozentuale Häufigkeitsverteilung der am häufigsten vorkommenden Beschwerden (Kopf- und Rückenschmerzen sowie Einschlafprobleme) unter Berücksichtigung der Klassenstufe, des Migrationshintergrunds und des familiären Wohlstands. **Tabelle 3** beschreibt die Häufigkeitsverteilung der Jungen und **Tabelle 4** die Häufigkeitsverteilung der Mädchen.

Für **Abbildung 2** wurden die umcodierten Beschwerdetypen aufaddiert. Die Balken skizzieren die geschlechtsspezifische Verteilung von mehr als zwei Beschwerden pro Woche.

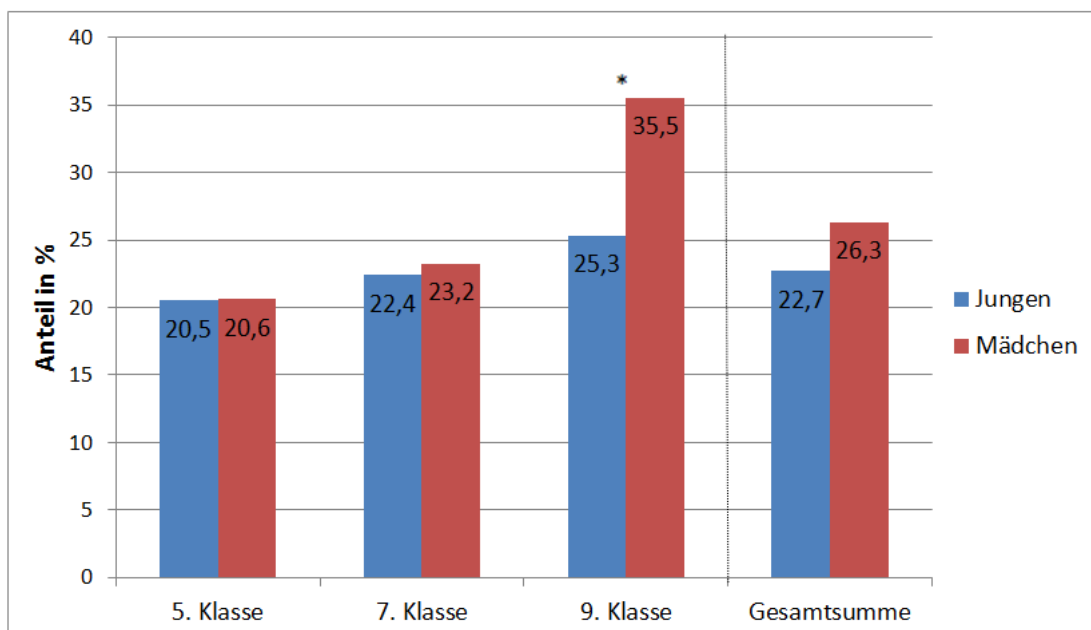


Abbildung 2: Geschlechts- und klassenspezifischer Anteil (in %) von Jugendlichen mit 2 oder mehr Beschwerden pro Woche
 (*: $p < 0,05$) | Quelle: HBSC-Studie 2014 (Hessen), $n=981$

² Folgende Beschwerden wurden abgefragt: *Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen, fühle mich niedergeschlagen, bin gereizt oder schlecht gelaunt, fühle mich nervös, kann schlecht einschlafen und fühle mich benommen, schwindelig.*

Hauptergebnisse

- 24,5% der Jugendlichen insgesamt und 23% der Jungen sowie 26% der Mädchen haben wöchentlich mindestens zwei Beschwerden.
- In der 9ten Klasse berichten Mädchen signifikant häufiger (35,5%) von zwei oder mehr Beschwerden als die Jungen (25,3%). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied lässt sich für die anderen Klassenstufen nicht bzw. in nur geringem Ausmaß beobachten.
- Mädchen sind insgesamt häufiger von Kopfschmerzen (17%), Rückenschmerzen (15%) und Einschlafproblemen (20%) betroffen als Jungen (Kopf- und Rückenschmerzen je 11%, Einschlafstörungen 18%).
- Jungen mit einem hohen familiären Wohlstandsniveau leiden signifikant häufiger unter Kopfschmerzen als Jungen mit einem geringen oder mittleren familiären Wohlstandshintergrund. Letztere sind jedoch häufiger von Rückenschmerzen und Einschlafproblemen betroffen.
- Mädchen mit einem geringen familiären Wohlstand leiden häufiger unter Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Einschlafproblemen als Mädchen mit einem mittleren oder hohen familiären Wohlstand.
- Auch berichten Mädchen mit ein- und zweiseitigem Migrationshintergrund häufiger von Kopf- und Rückenschmerzen (je ca. 19% bzw. 20%) als Mädchen ohne Migrationshintergrund (15% und 12%).

Bewertung und Schlussfolgerungen

Es kann festgehalten werden, dass, bei Vergleich der prozentualen Häufigkeit, kaum eine Veränderung von 2010 zu 2014 zu verzeichnen ist. Weiterhin kann die oben aufgestellte Hypothese, wonach es einen geschlechtsspezifischen Unterschied für einzelne Beschwerdetypen (Kopfschmerzen und Rückenschmerzen und Einschlafprobleme) gibt, bestätigt werden: Mädchen leiden häufiger unter diesen Beschwerden.

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Beschwerden (täglich/mehrmals pro Woche) von **Jungen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (**: p<0,01)

	Kopfschmerzen	Rückenschmerzen	Einschlafprobleme
	%	%	%
Jungen gesamt ♂	11,3	10,8	18,1
Klassenstufe	(n=524)	(n=519)	(n=520)
5te Klasse	11,1	9,1	16
7te Klasse	12,3	9,3	18,5
9te Klasse	10,5	14	19,9
Familiärer Wohlstand	(n=472) **	(n=469)	(n=470)
Niedrig	7,5	13,7	22,1
Mittel	8,7	10	17,6
Hoch	17,6	9,8	16,9
Migrationshintergrund	(n=519)	(n=515)	(n=516)
Kein	12,5	10,8	19,6
Einseitig	9,2	9,1	18,2
Beidseitig	11,4	12,2	14,8
Gesamt			
♂ und ♀	13,9	13,1	18,8

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Beschwerden (täglich/mehrmals pro Woche) von **Mädchen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (**: p<0,01; *: p<0,05)

	Kopfschmerzen	Rückenschmerzen	Einschlafprobleme
	%	%	%
Mädchen gesamt ♀	16,6	15,4	19,6
Klassenstufe	(n=507) **	(n=506)	(n=504)
5te Klasse	12,4	14,7	19
7te Klasse	12,5	14,2	16,6
9te Klasse	25,3	17,5	23,6
Familiärer Wohlstand	(n=475) *	(n=475) *	(n=474) *
Niedrig	22,8	21,4	26,5
Mittel	13,9	12,7	17,6
Hoch	13,3	12,8	14,8
Migrationshintergrund	(n=503)	(n=502) *	(n=501)
Kein	14,7	12,0	19,5
Einseitig	19,7	20	21,4
Beidseitig	19,3	20,6	18,8
Gesamt			
♂ und ♀	13,9	13,1	18,8

3. Zahnhygiene

So war´s 2010

Die Untersuchung 2010 zeigte hinsichtlich der Zahnpflege einen geschlechtsspezifischen Unterschied von 12 Prozentpunkten zugunsten der Mädchen: 86% der Mädchen und lediglich 74% der Jungen putzten sich mehr als einmal täglich die Zähne.

Vor diesem Hintergrund wird für die aktuelle Erhebungswelle angenommen, dass der geschlechtsspezifische Unterschied in der Zahnhygiene weiterhin besteht.

Wie wurde die Zahnhygiene erfasst?

Die Bewertung der eigenen Zahnhygiene wurde über die Frage, wie oft sich die Jugendlichen die Zähne putzen, erhoben. Hierbei hatten die Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit zwischen folgenden Antwortkategorien zu wählen: „mehr als 1-mal pro Tag“, „1-mal pro Tag“, „mindestens 1-mal pro Woche, aber nicht täglich“, „seltener als 1-mal pro Woche“ und „nie“.

Abbildung 3 skizziert die geschlechtsspezifische Verteilung der Zahnhygiene getrennt nach der Klassenstufe. Hierfür wurden zwei Kategorien gebildet. Die erste Kategorie umfasst jene Jugendliche, die sich „mehr als 1-mal pro Tag“ die Zähne putzen. Die andere Kategorie umfasst die übrigen Antwortoptionen.

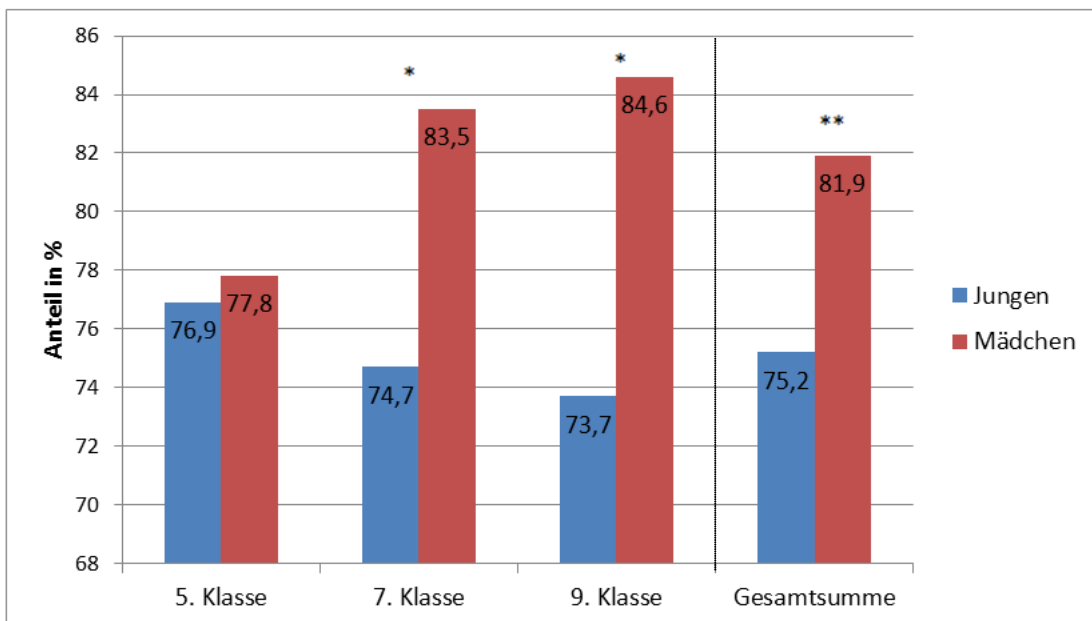


Abbildung 3: Geschlechts- und klassenspezifischer Anteil (in %) von Jugendlichen, die mehr als 1-mal pro Tag die Zähne putzen (**: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$) | Quelle: HBSC-Studie 2014 (Hessen), $n = 1045$

Tabelle 5 und **Tabelle 6** stellen die prozentuale Häufigkeitsverteilung der Zahnhygiene unter Berücksichtigung der Klassenstufe, des Migrationshintergrunds und des familiären Wohlstands dar, wobei die **Tabelle 5** die Häufigkeitsverteilung der Jungen und **Tabelle 6** die Häufigkeitsverteilung der Mädchen beschreibt.

Hauptergebnisse

- 78,5% aller Jugendlichen putzen sich öfter als 1-mal pro Tag die Zähne.
- Hierbei ist ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied zu beobachten. Demnach sind Jungen in der Kategorie „Zahnhygiene – mehr als 1-mal pro Tag“ signifikant weniger (75%) anzutreffen als Mädchen (82%).
- Dieser geschlechtsspezifische Unterschied lässt sich auch in den Klassenstufen 5, 7 und 9 erkennen. In der 7 und 9 Klassestufe fällt der Unterschied recht deutlich aus: Demnach putzen sich in beiden Klassenstufen die Mädchen (84% und 85%), signifikant häufiger die Zähne als die Jungen (75% und 74%).
- Hinsichtlich der Zahnhygiene lassen sich im Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand Unterschiede feststellen: Je geringer dieser ist, desto geringer ist der Anteil der Jungen, die sich mehrfach täglich die Zähne putzen. Zwischen den Jungen mit niedrigem familiärem Wohlstand (64%) und jenen mit hohem familiärem Wohlstand (84%) liegen immerhin 20 Prozentpunkte.
- Ein ähnlicher Verlauf ist bei Jungen hinsichtlich des Migrationsstatus zu beobachten: Der Anteil sinkt von keinem über einseitigem bis hin zum beidseitigen Migrationsstatus um 18 Prozentpunkte.
- Auch bei den Mädchen lassen sich diese Differenzen hinsichtlich des Migrationsstatus und des familiären Wohlstands beobachten, wobei die Differenzen geringer ausfallen als bei den Jungen: Zwischen den Mädchen mit niedrigem (75%) und jenen mit hohem familiären Wohlstand (91%) beträgt der Unterschied 16 Prozentpunkte, bei Betrachtung des Migrationsstatus beträgt er nur 7 Prozentpunkte.

Bewertung und Schlussfolgerungen

Die aus dem empirischen Ergebnis 2010 abgeleitete Hypothese, wonach ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Zahnhygiene zu erwarten ist, kann auch für die hiesige Erhebungswelle bestätigt werden: Mädchen haben insgesamt ein besseres Zahnputzverhalten als Jungen.

Des Weiteren kann insbesondere für die Kinder und Jugendlichen mit niedrigem familiären Wohlstand und Migrationshintergrund hinsichtlich der zahnmedizinischen Gesundheitsförderung ein erhöhter Bedarf festgestellt werden.

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung des Zähneputzens von **Jungen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (***: $p < 0,001$)

	> 1 Mal pro Tag	<= 1 Mal pro Tag
	%	%
Jungen gesamt (n=536) ♂	75,2	24,8
Klassenstufe (n=536)		
5te Klasse	76,9	23,1
7te Klasse	74,7	25,3
9te Klasse	73,7	26,3
Familiärer Wohlstand (n=482) ***		
Niedrig	63,9	36,1
Mittel	77,6	22,4
Hoch	84,1	15,9
Migrationshintergrund (n=531) ***		
Kein	80,2	19,8
Einseitig	74,7	25,3
Beidseitig	62,0	38,0
Gesamt (n=1045)		
♂ und ♀	78,5	21,5

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung des Zähneputzens von **Mädchen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (***: $p < 0,001$)

	> 1 Mal pro Tag	<= 1 Mal pro Tag
	%	%
Mädchen gesamt (n=509) ♀	81,9	18,1
Klassenstufe (n=509)		
5te Klasse	77,8	22,2
7te Klasse	83,5	16,5
9te Klasse	84,6	15,4
Familiärer Wohlstand (n=476) ***		
Niedrig	74,6	25,4
Mittel	82,3	17,7
Hoch	91,3	8,7
Migrationshintergrund (n=506)		
Kein	83,6	16,4
Einseitig	85,9	14,1
Beidseitig	76,1	23,9
Gesamt (n=1045)		
♂ und ♀	78,5	21,5

4. Lebenszufriedenheit

So war´s 2010

Die empirischen Ergebnisse aus dem Jahr 2010 hielten fest, dass der Anteil der Jugendlichen, die ihre Lebenszufriedenheit insgesamt als sehr positiv bewerten, mit steigender Klassenstufe prozentual zurückgeht. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass von 2002 bis 2010 die Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler zwar gering (knapp 4 Prozentpunkte), aber in der Tendenz stetig sank.

Vor diesem Hintergrund wird angenommen, dass einerseits der Anteil von unzufriedenen Schülerinnen und Schülern weitgehend gleich geblieben ist und ein Zusammenhang zwischen der Klassenstufe und der Lebenszufriedenheit erkennbar wird.

Wie wurde die subjektive Lebenszufriedenheit erfasst?

Die Bewertung der eigenen Lebenszufriedenheit wurde über die Frage: „Auf welcher Stufe befindest du dich derzeit?“ und dazugehöriger Abbildung einer endpunktbenannten Leiter gemessen. Die oberste Sprosse der 11 Stufen umfassenden Leiter beinhaltete „das beste denkbare Leben“, die unterste Sprosse „das schlechteste denkbare Leben“.

Abbildung 4 skizziert die geschlechtsspezifische Verteilung eines zufriedenen Lebens getrennt nach der Klassenstufe. Hierfür wurden zwei Kategorien gebildet. Die erste Kategorie umfasst jene Jugendlichen, die bei der Leiter die sechste Sprosse oder höher angekreuzt haben, also ihr Leben als zufrieden einstufen. Die andere Kategorie umfasst die Leiterpunkte null bis fünf und beschreibt demnach Schülerinnen und Schüler, die derzeit unzufrieden oder weder zufrieden noch unzufrieden mit ihrem Leben sind.

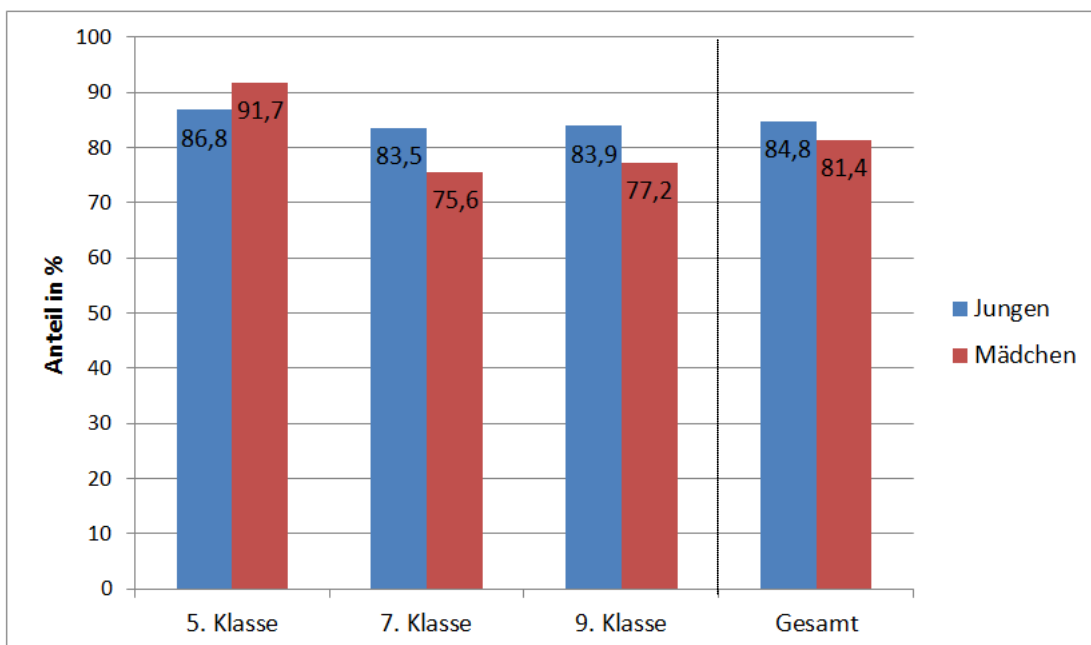


Abbildung 4: Geschlechts- und Klassenspezifischer Anteil (in %) von Jugendlichen, die mit ihrem Leben zufrieden sind
Quelle: HBSC-Studie 2014 (Hessen), n=1034

Tabelle 7 und **Tabelle 8** beschreiben die prozentuale Häufigkeitsverteilung der Lebenszufriedenheit unter Berücksichtigung der Klassenstufe, des Migrationshintergrunds und des familiären Wohlstands, wobei **Tabelle 7** die Häufigkeitsverteilung der Jungen und **Tabelle 8** die Häufigkeitsverteilung der Mädchen zeigt. Hierfür wurde die Lebenszufriedenheit in drei Kategorien recodiert: Die erste Kategorie beschreibt Schülerinnen und Schüler mit einem unzufriedenen, die zweite mit einem mittelmäßig zufriedenen und die dritte Kategorie Schülerinnen und Schüler mit einem zufriedenen Leben.

Hauptergebnisse

- Knapp 82% aller Jugendlichen sind mit ihrem Leben zufrieden.
- Durchschnittlich sind geringfügig mehr Jungen (84,8%) als Mädchen (81,4%) mit ihrem Leben zufrieden.
- In der 7ten und 9ten Klassenstufe ist dieser geschlechtsspezifische Unterschied ebenfalls zu beobachten. Für die 5te Klasse kehrt sich die Beobachtung um, demnach sind 92% aller Mädchen und 87% aller Jungen mit ihrem Leben zufrieden.
- Für die Mädchen kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Klassenstufe und der Lebenszufriedenheit konstatiert werden. Dabei sind Fünftklässlerinnen häufiger (Unterschied von knapp 16 Prozentpunkten) mit ihrem Leben zufrieden als Siebt- oder Neuntklässlerinnen.
- Auch bei den Jungen ist dieser Trend zu beobachten. Hier nimmt die Lebenszufriedenheit mit steigender Klassenstufe ebenfalls, allerdings nicht so stark, ab (Differenz von lediglich 3 Prozentpunkten).
- Auch der familiäre Wohlstand hat einen nachweisbaren Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit. So bewerten Mädchen mit einem hohen familiären Wohlstand ihre Lebenszufriedenheit häufiger in einem oberen Segment als Mädchen aus einer vergleichsweise niedrigeren sozialen Schicht (Unterschied von knapp 19 Prozentpunkten).
- Bei den Jungen mit hohem familiärem Wohlstand ist der Unterschied zu den weniger wohlhabenden Schichten nicht so groß. Hier liegen die Differenzen bei 6 (mittlerer familiärer Wohlstand) und knapp 5 Prozentpunkten (niedriger familiärer Wohlstand).

Bewertung und Schlussfolgerungen

Abschließend ist festzuhalten, dass die Lebenszufriedenheit im Jahr 2014, verglichen zu 2010, durchschnittlich zugenommen hat und insgesamt recht hoch liegt. Allerdings ist mit zunehmendem Alter eine Abnahme der Lebenszufriedenheit – insbesondere bei den Mädchen – zu beobachten.

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Lebenszufriedenheit von **Jungen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund

	eher unzufrieden mit dem Leben (0-4)	mittelmäßig zufrieden (5)	eher zufrieden mit dem Leben (6-10)
	%	%	%
Jungen gesamt (n=528) ♂	7,4	7,8	84,8
Klassenstufe (n=528)			
5te Klasse	6,3	6,8	86,8
7te Klasse	6,7	9,8	83,5
9te Klasse	9,2	6,9	83,9
Familiärer Wohlstand (n=478)			
Niedrig	6,8	8,9	84,2
Mittel	7,4	9,8	82,8
Hoch	6,5	4,7	88,8
Migrationshintergrund (n=524)			
Kein	6,9	7,8	85,3
Einseitig	6,4	1,3	92,3
Beidseitig	7,9	11,9	80,2
Gesamt (n=1034)			
♂ und ♀	7,6	9,2	83,2

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Lebenszufriedenheit von **Mädchen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (***: p<0,001; **: p<0,05)

	eher unzufrieden mit dem Leben (0-4)	mittelmäßig zufrieden (5)	eher zufrieden mit dem Leben (6-10)
	%	%	%
Mädchen gesamt (n=506) ♀	7,9	10,7	81,4
Klassenstufe (n=506) **			
5te Klasse	2,4	6,0	91,7
7te Klasse	10,8	13,6	75,6
9te Klasse	10,5	12,3	77,2
Familiärer Wohlstand (n=475) ***			
Niedrig	14,2	14,8	71,0
Mittel	6,3	8,9	84,8
Hoch	3,4	6,8	89,9
Migrationshintergrund (n=502)			
Kein	6,8	8,9	84,2
Einseitig	11,8	10,3	77,9
Beidseitig	8,5	14,1	77,5
Gesamt (n=1034)			
♂ und ♀	7,6	9,2	83,2

5. Gewichtsstatus

So war's 2010

2010 wurde der Gewichtsstatus nicht in Form des BMIs berichtet, sondern über die subjektive Wahrnehmung des Körpergewichts abgedeckt. Es zeigte sich, dass knapp die Hälfte der Schülerinnen und Schüler ihr Körpergewicht als „genau richtig“ empfindet. Zudem wurde konstatiert, dass mit zunehmendem Alter die Einschätzung, wonach das Körpergewicht als „genau richtig“ postuliert wird, zurückgeht. Hiernach ist anzunehmen, dass ein Zusammenhang zwischen Klassenstufe und Gewichtsstatus zu erwarten ist.

Wie wurde die körperliche Aktivität erfasst?

Auf Basis der Frage, wie viel die Jugendlichen ohne Kleidung wiegen und in Verbindung mit den Angaben zum Alter und dem Geschlecht, wurde der Body-Mass-Index (BMI) berechnet. Die Berechnung erfolgte über die L-M-S Methode nach Cole (Cole 1990: 45 -60) und Kromeyer-Hauschild (Kromeyer-Hauschild 2001: 807 – 818). Nach Ermittlung des BMIs wurden die einzelnen Werte in vier Kategorien zusammengefasst: Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas.

Abbildung 5 skizziert die geschlechtsspezifische Verteilung von übergewichtigen oder adipösen Jugendlichen getrennt nach der Klassenstufe.

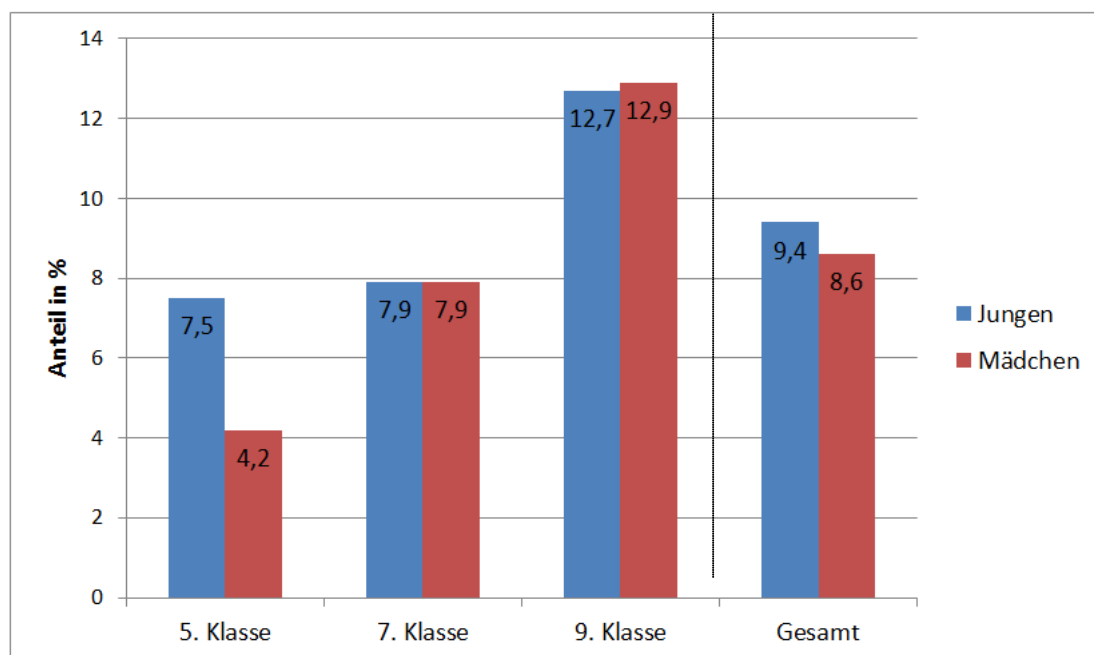


Abbildung 5: Geschlechts- und klassenspezifischer Anteil (in %) von übergewichtigen oder adipösen Jugendlichen
Quelle: HBSC-Studie 2014 (Hessen), n=824

Tabelle 9 und **Tabelle 10** beschreiben die prozentuale Häufigkeitsverteilung vom Gewichtsstatus unter Berücksichtigung der Klassenstufe, des Migrationshintergrunds und des familiären Wohlstands. **Tabelle 9** beschreibt die Häufigkeitsverteilung der Jungen und **Tabelle 10** die Häufigkeitsverteilung der Mädchen.

Hauptergebnisse

- Durchschnittlich sind 9% aller hessischen Jugendlichen übergewichtig/adipös, 75,6% aller Jugendlichen normalgewichtig und 15,4% untergewichtig.
- Zwischen den Jungen (9,4%) und den Mädchen (8,6%) mit Übergewicht gibt es nur einen marginalen Unterschied von 0,8 Prozentpunkten.
- Bei den Mädchen nimmt der Anteil der Übergewichtigen mit ansteigendem Alter zu. Demnach sind Schülerinnen der 9ten Klasse signifikant häufiger von Übergewicht betroffen (+8,7 Prozentpunkte im Vergleich zu den 5-Klässlern). Dieser Zusammenhang lässt sich auch bei den Jungen beobachten, gleichwohl die Zunahme nicht so stark ausfällt.
- 13,1% der Mädchen mit einem niedrigen familiären Wohlstandsniveau und nur 5,9% der Mädchen mit einem hohen familiären Wohlstand sind übergewichtig. Gegenläufig ist der Trend mit Blick auf das Untergewicht: Hier sind knapp 25% der Mädchen mit einem hohen und nur 12% der Mädchen mit einem niedrigen familiären Wohlstandsniveau untergewichtet.

- Für die Jungen können ganz ähnliche Zusammenhänge zwischen familiärem Wohlstand und Übergewicht bzw. Untergewicht beobachtet werden. Sie fallen aber weniger stark aus als bei den Mädchen
- Interessant ist, dass Jungen mit einem beidseitigem Migrationshintergrund signifikant häufiger (knapp 11 Prozentpunkte) übergewichtig sind als Schüler mit einem einseitigen oder keinem Migrationshintergrund.

Bewertung und Schlussfolgerungen

Die HBSC-Daten der Welle 2013/14 zeigen, dass ein Gros der Jugendlichen (76%) normalgewichtig ist.³ Je höher das Alter der Befragten, desto größer ist der Anteil der übergewichtigen/adipösen Jugendlichen. Aus Sicht der Gesundheitsförderung ist folglich ein möglichst frühes Intervenieren ratsam.

³ Ein Vergleich mit der Erhebungswelle 2010 wird an der Stelle nicht gezogen, da hier lediglich die subjektive Körperzufriedenheit berichtet wurde.

Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung des Gewichtsstatus von **Jungen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (**: $p < 0,01$)

	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht/ Adipositas
	%	%	%
Jungen gesamt (n=427) ♂	11,7	78,9	9,4
Klassenstufe (n=427)			
5te Klasse	15,8	76,7	7,5
7te Klasse	12,2	79,9	7,9
9te Klasse	7,0	80,3	12,7
Familiärer Wohlstand (n=385)			
Niedrig	8,8	78,9	12,3
Mittel	9,7	81,3	9,0
Hoch	16,1	78,1	5,8
Migrationshintergrund (n=425) **			
Kein	14,1	79,8	6,1
Einseitig	9,2	81,5	9,2
Beidseitig	7,2	74,2	18,6
Gesamt (n=824)			
♂ und ♀	15,4	75,6	9,0

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung des Gewichtsstatus von **Mädchen** nach Klassenkategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (*: $p < 0,05$)

	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht/ Adipositas
	%	%	%
Mädchen gesamt (n=397) ♀	19,4	72,0	8,6
Klassenstufe (n=397) *			
5te Klasse	27,7	68,1	4,2
7te Klasse	14,4	77,7	7,9
9te Klasse	17,3	69,8	12,9
Familiärer Wohlstand (n=375) *			
Niedrig	12,3	74,6	13,1
Mittel	19,7	73,2	7,1
Hoch	24,6	69,5	5,9
Migrationshintergrund (n=395)			
Kein	19,8	72,2	7,9
Einseitig	27,8	63,0	9,3 ⁴
Beidseitig	14,0	76,3	9,6
Gesamt (n=824)			
♂ und ♀	15,4	75,6	9,0

⁴ Die erwartete Häufigkeit für diese Merkmalskombination ist kleiner 5 (4,65). Für die mädchenstpezifische Kreuztabellierung Migrationshintergrund mit Gewichtsstatus wird kein Chi² berechnet.

Literatur

- Cole, T.J. (1990). The LMS method for constructing normalized growth standards. *European Journal of Clinical Nutrition* 44 (1), 45-60.
- Hurrelmann, K. (2012). Jugend, Gesundheit, Lebensstil, Entstehung und Konzeption des HBSC-Projekts. *Gesundheitswesen* 74, Supplement 1, 1-2.
- Kolip, P., Hoffarth, K. & Ottova, V. (2013). Die Methodik des HBSC-Surveys 2009/10. In: P. Kolip, A. Klocke & W. Melzer (Hrsg.): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurvey „Health Behaviour in School-Aged Children“* (S. 25-38). Weinheim: Beltz.
- Kromeyer-Hauschild, K. et al. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 149 (8), 807-818
- Sittig, M. & Becklas, C. (2010). *Health Behaviour in School-aged Children – HBSC 2010. Ergebnisse der Kinder und Jugendgesundheitsstudie in Hessen*. Frankfurt: Forschungszentrum Demografischer Wandel (FZDW).