



Gesundheitsbericht

zur gesundheitlichen Situation von Schülerinnen und Schülern
an Haupt- und Förderschulen (5. und 7. Klasse) in Mannheim

Februar 2010

Dr. Sabine Seidenstücker
Dr. Holle Engler-Thümmel



STADT MANNHEIM²
Fachbereich Gesundheit

Vorwort

In den vergangenen Jahren ist die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen immer stärker in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt: aktuelle Studien zeigen negative Entwicklungen der Kinder- und Jugendgesundheit auf. Falsche Ernährung, Bewegungsmangel, einseitiges Freizeitverhalten, mangelnde psychische Belastbarkeit und Probleme in der Schule sind Faktoren, die in diesem Zusammenhang immer wieder thematisiert werden.

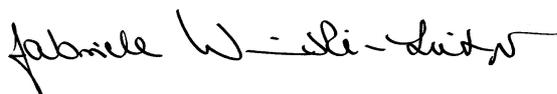
Die Förderung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien muss daher verstärkt in den Mittelpunkt gesellschaftlichen Handelns rücken. Hierbei ist es notwendig, ganzheitlich vorzugehen, also auch die Lebensbedingungen und das soziale Umfeld zu betrachten, denn es zeigen sich große Unterschiede. Mittlerweile ist bekannt, dass gerade Kinder, die aus sozial benachteiligten Familien kommen, die in sozialen Brennpunkten aufwachsen und die vielleicht sogar noch einen Migrationshintergrund haben, schlechter abschneiden, was die gesundheitliche Entwicklung, aber auch den schulischen Erfolg angeht.

Insbesondere Gesundheit und Bildung stehen in einer engen Beziehung zueinander. Auf der einen Seite ist Gesundheit eine Voraussetzung für den Bildungserfolg: gesündere Kinder und Jugendliche nehmen regelmäßiger am Schulunterricht teil und können sich kognitiv besser entwickeln. Auf der anderen Seite stellt Bildung neben den verfügbaren finanziellen Mitteln eine der wichtigsten Ressourcen für Gesundheit dar, denn sie spielt bei der Ausprägung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensmuster eine entscheidende Rolle. Der Bildungserfolg und gute individuell-gesundheitliche Voraussetzungen wirken sich wiederum positiv auf die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und damit auf die individuellen Einkommens- und Aufstiegsmöglichkeiten aus. Vor diesem Hintergrund können Bildung und Gesundheit auch als wirtschaftliche Standortfaktoren bezeichnet werden.

Die Förderung der Gesundheit insbesondere von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und Familien ist daher ein zentrales Anliegen der Stadt Mannheim. Der Fachbereich Gesundheit hat zu diesem Zweck in der „Jugendgesundheitsstudie Mannheim“ Schülerinnen und Schüler aller Mannheimer Haupt- und Förderschulen befragt und untersucht. Die Ergebnisse zeigen Handlungsbedarfe auf, die für die weitere Arbeit im Gesundheitswesen, aber auch in der Jugendhilfe und im Bildungsbereich wegweisend sind. Sie sollen zu gezielten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zu politischen Entscheidungen führen, die allen zugute kommen.

„Kein Kind darf verloren gehen!“ – mit Hilfe des Gesundheitsberichts kann die Stadt Mannheim dieses wichtige Ziel künftig noch effektiver umsetzen.

Allen Akteuren in Mannheim, die mittelbar und unmittelbar mit Kindergesundheit zu tun haben, sei es gestaltend oder beobachtend, legen wir diesen ersten Gesundheitsbericht „ans Herz“, verbunden mit der Hoffnung, dass sie daraus Schlüsse für ihre künftige Arbeit zur Verbesserung der Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen ziehen können.



Gabriele Warminski-Leitheußer
Bürgermeisterin



Dr. Holle Engler-Thümmel
Leitende Stadtmedizinaldirektorin

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	2
Einleitung	4
1. Die Jugendgesundheitsstudie Mannheim (JuGeS)	6
1.1 Organisation und Durchführung der Studie	6
1.2 Datenerhebung	7
1.3 Beteiligung an der Studie	7
2. Gesundheitsrelevantes Verhalten	9
2.1 Körperliche Aktivität und Sport	9
2.2 Alkoholkonsum	13
2.3 Rauchverhalten und Passivrauchen	16
2.4 Konsum illegaler Drogen und Medikamente	19
2.5 Nutzung elektronischer Medien	20
2.6 Körperhygiene	24
2.7 Mundgesundheitsverhalten	25
2.8 Ernährungsverhalten.....	27
3. Körperliche Gesundheit	31
3.1 Übergewicht und Adipositas.....	31
3.2 Funktionsfähigkeit der Sinnesorgane: Augen und Ohren	33
4. Zusammenhänge gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen	24
5. Kinder und Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund	37
5.1. Sozialer Status der Familien	38
5.2. Gesundheitsrelevantes Verhalten	39
5.2.1 Körperliche Aktivität und Sport	39
5.2.2 Alkoholkonsum	40
5.2.3 Rauchverhalten	42
5.2.4 Nutzung elektronischer Medien	43
5.2.5 Zahnputzhäufigkeit	44
5.2.6 Körperhygiene	44
5.2.7 Ernährungsverhalten	45
5.3 Übergewicht und Adipositas	46
6. Zusammenfassung und Interventionsbedarf	48
7. Handlungsempfehlung	55
8. Literatur	57
Abbildungsverzeichnis	
Tabellenverzeichnis	
Anhang: Feldbericht	

Einleitung

Die aktuellen wissenschaftlichen Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit (KiGGS, HBSC¹) (1, 2) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland insgesamt als gut bezeichnet werden kann. Die vorliegenden Ergebnisse erfordern jedoch eine differenziertere Betrachtung, denn es liegen durchaus Defizite im Gesundheitsstatus der Kinder und Jugendlichen vor, die „Anlass zur Unruhe“(2) geben. In den Studien konnte eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen (Bronchitis, Heuschnupfen) und von den somatischen zu den psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter festgestellt werden. Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen darüber hinaus, dass bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien und zusätzlich bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in vielen Bereichen eine erhöhte gesundheitliche Risikoexposition anzutreffen ist. Erklärt wird dies unter anderem durch deren Lebensstile und Lebensbedingungen. Diese neuen Erkenntnisse lassen die These einer „neuen Morbidität“ bei Kindern und Jugendlichen entstehen. Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens sind Begleiterscheinungen dieser Veränderungen (3).

Die KiGGS-Studie legt erstmals umfassende Ergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit für die Bundesrepublik Deutschland vor. Sie liefern einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen.

Weitere Studien auf kommunaler Ebene sind notwendig, um die Kinder- und Jugendgesundheit vor dem Hintergrund lokaler sozialräumlicher Bedingungen und bevölkerungsstruktureller Merkmale zu untersuchen. So konnten beispielsweise im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen in Mannheim durch den Fachbereich Gesundheit gesundheitliche Risikogruppen identifiziert werden (z.B. Übergewicht). Die Analyse der gesundheitlichen Bedingungen auf kommunaler Ebene bildet eine Grundlage zur Entwicklung zielgruppenorientierter Handlungsempfehlungen (z.B. in Form eines lokalen Handlungsplans), die das Ziel des Abbaus der Ungleichheit gesundheitlicher Chancen von Kindern und Jugendlichen verfolgen.

Vor diesem Hintergrund führte der Fachbereich Gesundheit der Stadt Mannheim eine lokale Jugendgesundheitsstudie durch.

Die Studie verfolgt zwei Hauptziele:

1. Erfassung und Beschreibung der spezifischen gesundheitlichen Situation der Schülerinnen und Schüler an Haupt- und Förderschulen in Mannheim
2. Ableitung von Handlungsempfehlungen für zielgruppenorientierte Interventionsmaßnahmen (Prävention und Gesundheitsförderung)

Die Zielgruppe der Jugendgesundheitsstudie sind Schülerinnen und Schüler der Mannheimer Haupt- und Förderschulen. In diesen Schulformen ist ein hoher Anteil an Kindern und

¹ Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status anzutreffen. Darüber hinaus hat ein hoher Anteil der Angehörigen der Zielgruppe einen Migrationshintergrund (türkischer Migrationshintergrund dominiert in Mannheim). Aus diesen Schulformen wurden als Untersuchungskollektiv Schülerinnen und Schüler ausgewählt, die im Schuljahr 2008/09 die 5. und 7. Klassen besuchten, da sich in dieser Lebensphase bestimmte langfristige Verhaltensmuster ausprägen: wer beispielsweise als Jugendlicher nicht raucht, bleibt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch als Erwachsener Nichtraucher. Durch die Untersuchung dieser Klassenstufen bietet sich die Möglichkeit, für die Zielgruppe der Jugendlichen im Setting (Lebenswelt) Schule Interventionsmaßnahmen zu planen und umzusetzen, so dass die Kinder und Jugendlichen während ihrer Schullaufbahn davon profitieren können.

1. Die Jugendgesundheitsstudie Mannheim (JuGeS)

1.1 Organisation und Durchführung der Studie

Zwischen November 2008 und April 2009 führte der Fachbereich Gesundheit der Stadt Mannheim in Kooperation mit dem Staatlichen Schulamt Mannheim an allen Mannheimer Haupt- und Förderschulen eine Jugendgesundheitsstudie in den 5. und 7. Jahrgangsstufen durch. Dabei handelt es sich insgesamt um 21 Haupt- und um 5 Förderschulen.

Das Untersuchungsprogramm der Jugendgesundheitsstudie umfasste eine Fragebogenerhebung zu gesundheitsrelevanten Themen und Screening-Untersuchungen für die Kinder und Jugendlichen sowie einen Elternfragebogen. Hierbei wurden die gekürzten Datenerhebungsinstrumente eingesetzt, die auch in der deutschlandweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS des Robert-Koch-Instituts angewendet worden waren.

In den Fragebogenerhebungen wurden folgende Bereiche thematisiert:

- Gesundheitsrelevantes Verhalten
- Psychische Gesundheit
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Körperliche Gesundheit, Krankheiten, Schmerzen
- Persönliche Daten der Studienteilnehmer

In den Screening-Untersuchungen wurden die folgenden Tests und Messungen durchgeführt:

- Körpermaße (Größe, Gewicht)
- Sehtest
- Hörtest
- Blutdruck- und Pulsmessung

Zu Beginn der Studie besuchten ca. 1.682 Schülerinnen und Schüler die 5. und die 7. Jahrgangsstufen der Haupt- und Förderschulen. Da nicht alle Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern befragt und untersucht werden konnten, wurde in Abhängigkeit von der Schulgröße eine Stichprobe von jeweils 1-2 fünften und siebten Klassen aus jeder Schule gezogen. Die Stichprobe umfasste 1.042 Schülerinnen und Schüler.

Nach Abschluss der Stichprobenziehung wurden die Schulleiter und Schulleiterinnen um ihre Beteiligung an der Studie gebeten. Alle 26 Schulen konnten in die Studie einbezogen werden. Anschließend vereinbarte eine Mitarbeiterin des Fachbereichs Gesundheit einen Gesprächstermin mit den Klassenlehrerinnen und -lehrern, an welchem der formale Ablauf der Datenerhebung besprochen wurde und die Übergabe der Einverständniserklärungen für die Eltern erfolgte.

1.2 Datenerhebung

In den ersten beiden Schulstunden am Untersuchungstag füllten die Schülerinnen und Schüler der teilnehmenden Klassen im Klassenverband einen Fragebogen zu gesundheitsrelevanten Themenbereichen aus. Beim Ausfüllen des Fragebogens wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einem Untersuchungsteam des Fachbereichs Gesundheit betreut. Das Team bestand aus pädagogischem Personal und aus sozialmedizinischen Assistentinnen. Im Anschluss daran fanden die Screening-Untersuchungen in einem separaten Raum in der Schule statt. Die Elternfragebögen wurden den Schülern am Untersuchungstag mit einem Rückumschlag, versehen mit dem Aufdruck „Porto zahlt Empfänger“, zur Weiterleitung an ihre Eltern ausgehändigt.

Vor der Datenerhebungsphase in den Schulen fand zur Qualitätssicherung eine Schulung aller an der Datenerhebung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachbereichs Gesundheit statt.

Die Daten der Schülerinnen und Schüler sowie die Daten der Eltern wurden nach Abschluss der Erhebungsphase elektronisch im Datenverarbeitungsprogramm SPSS erfasst und anschließend anonymisiert.

1.3 Beteiligung an der Studie

In die Jugendgesundheitsstudie wurden alle Schülerinnen und Schüler einbezogen, die selbst mit der Teilnahme einverstanden waren und deren Eltern eine Teilnahme ihrer Kinder nicht schriftlich untersagt hatten. Insgesamt nahmen 799 Schülerinnen und Schüler an der Jugendgesundheitsstudie teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 76,7%. Krankheitsbedingt konnten 86 Schülerinnen und Schüler nicht an der Studie teilnehmen (8,3%) und 154 Kinder und Jugendliche hatten kein Einverständnis der Eltern (14,8%). Von den 799 ausgeteilten Elternfragebögen wurden insgesamt 458 Fragebögen an den Fachbereich Gesundheit zurückgegeben. Die Beteiligungsquote der Eltern liegt bei 57,3%.

Ein Vergleich der Schülerinnen und Schüler, die an der Studie teilgenommen haben, mit den Nicht-Teilnehmern zeigte keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Merkmale Geschlecht und Migrationshintergrund². Die Teilnahmequote der Schülerinnen und Schüler an den Förderschulen (84,4%) war höher als die Teilnahmequote an den Hauptschulen (75,7%). Es handelt sich hierbei insgesamt um eine hohe Beteiligung der Kinder und Jugendlichen, die sehr stark vom Engagement der Klassenlehrerinnen und -lehrer abhängig war.

² Die folgenden Ergebnisse basieren auf gewichteten Daten, die an die Anzahl der Förderschüler angepasst wurden. Die Ergebnisse sind auf die Grundgesamtheit der Haupt- und Förderschülerinnen aus den 5. und 7. Jahrgangsstufen übertragbar.

Hinweis zum Lesen der Graphiken und der Tabellen:

In den Graphiken werden jeweils die Prozentanteile der Mädchen (helle Säule) und die Prozentanteile der Jungen (hellgraue Säule) vergleichend dargestellt. Zusätzlich werden die Gesamtanteile von Jungen und Mädchen zusammen aufgeführt (dunkelgraue Säule).

An der Jugendgesundheitsstudie haben 420 Jungen (52,6%) und 379 Mädchen (47,4%) im Altersbereich zwischen 10 und 16 Jahren teilgenommen. Das Alter von 16 Jahren hatten drei Jugendliche erreicht (Abb. 1).

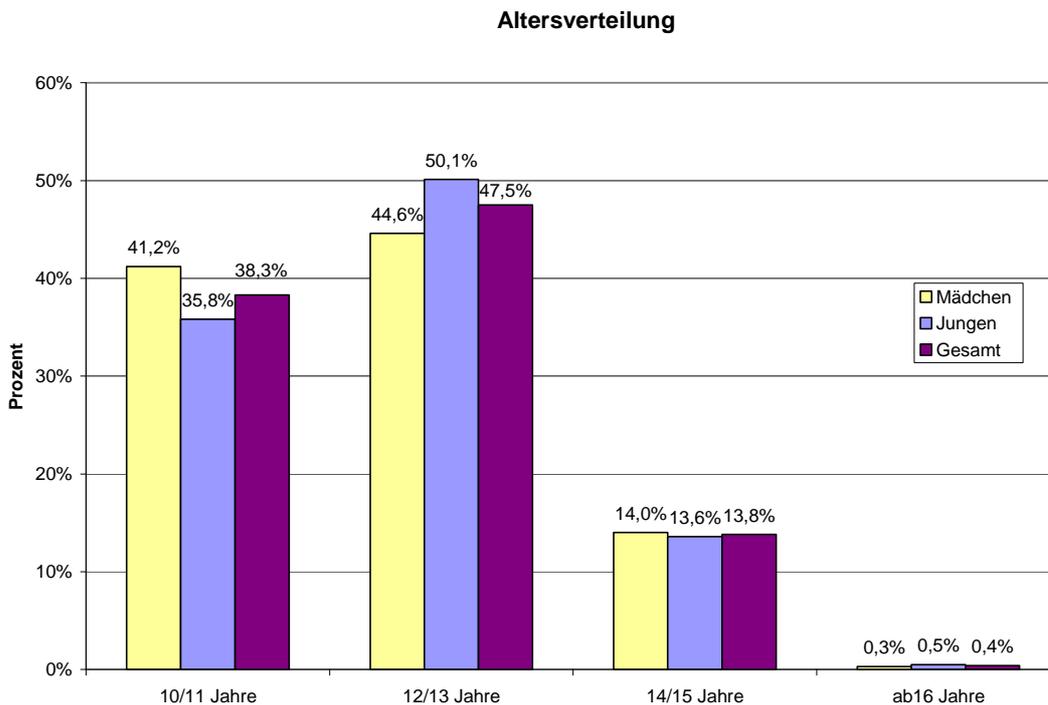


Abb. 1: Altersverteilung

Der überwiegende Anteil der Schülerinnen und Schüler (69,7%) hatte einen persönlichen oder familiären Migrationshintergrund. In Anlehnung an die Definition des Migrationshintergrunds in der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert-Koch Instituts (KiGGS) wurde unterschieden in einen einseitigen Migrationshintergrund und in einen zweiseitigen Migrationshintergrund (Abb. 2).

Definition des Migrationshintergrunds (in Anlehnung an KiGGS)

Einseitiger Migrationshintergrund: Kind ist in Deutschland geboren und ein Elternteil ist zugewandert und/oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit.

Zweiseitiger Migrationshintergrund: Kind ist selbst aus einem anderen Land zugewandert und mindestens ein Elternteil ist zugewandert und/oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit.

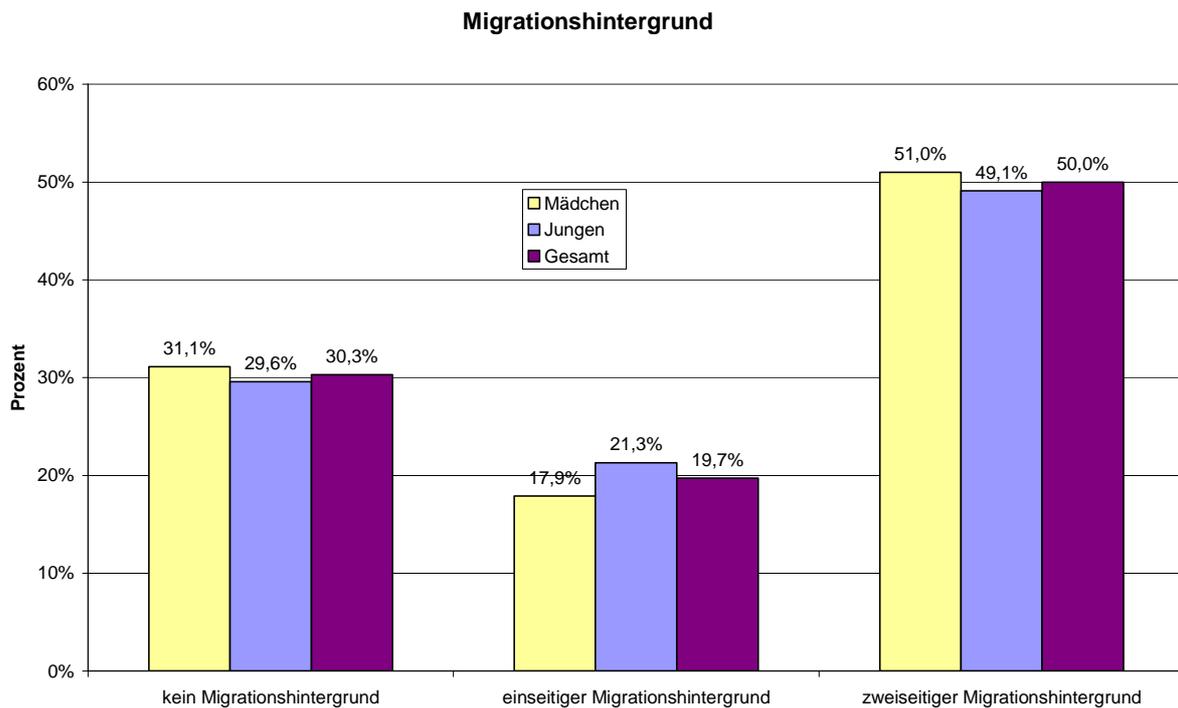


Abb. 2: Migrationshintergrund

Aktuelle Studien (z.B. KiGGS, HBSC 1, 2) belegen, dass die Merkmale Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation und dem gesundheitsrelevanten Verhalten von Kindern und Jugendlichen spielen.

2. Gesundheitsrelevantes Verhalten

2.1 Körperliche Aktivität und Sport

Körperliche Aktivität und Sport sind zentrale Faktoren für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Regelmäßige Bewegungsaktivitäten können vielfältige positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Beispielsweise werden im Bereich der körperlichen Gesundheit das Herz-Kreislaufsystem, das Immunsystem und der Bewegungsapparat gestärkt, im psychosozialen Bereich zeigen sich positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden und Bewegungsaktivitäten, die zusammen mit anderen ausgeübt werden, tragen dazu bei, soziale Erfahrungen zu sammeln (4).

Insgesamt üben 86,4% der Haupt- und Förderschülerinnen und –schüler mindestens einmal pro Woche informelle oder organisierte Bewegungs- und Sportaktivitäten in der Freizeit aus. (Abb. 3)

Körperliche Aktivität und Sport

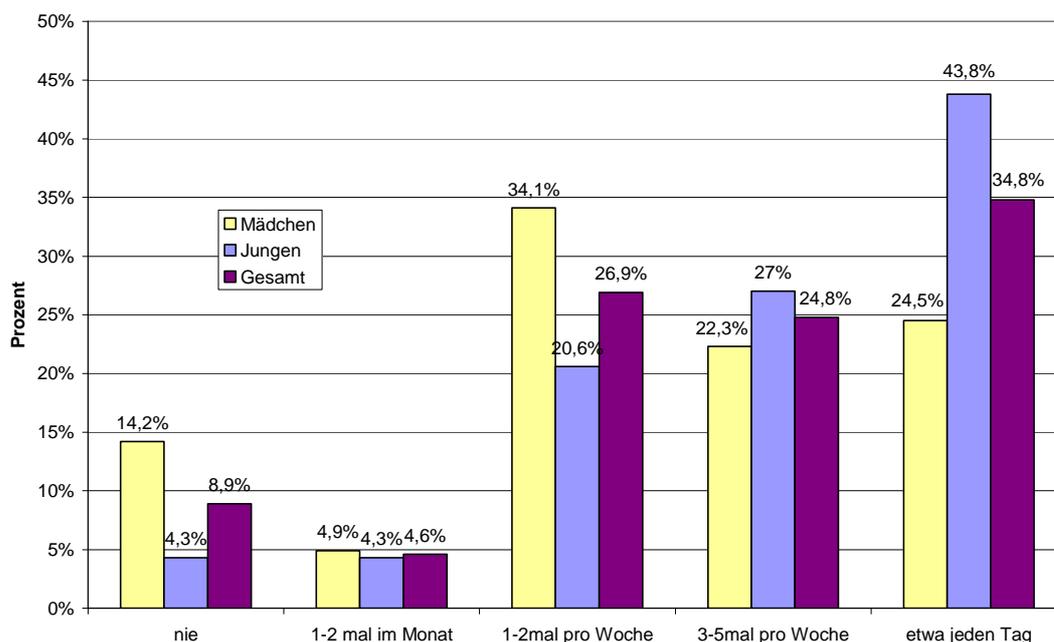


Abb. 3.: Körperliche Aktivität und Sport

Ein Vergleich zwischen Mädchen und Jungen ergibt, dass ein signifikant höherer Anteil der Mädchen keine oder gelegentliche Bewegungs- und Sportaktivitäten ausübt und ein höherer Anteil der Jungen zwischen dreimal pro Woche und täglich körperlich aktiv ist.

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die dreimal pro Woche bis täglich Bewegungs- und Sportaktivitäten ausüben, signifikant ab (Tab. 1). Entsprechend steigt der Gesamtanteil der Schülerinnen und Schüler, die sich seltener bewegen oder sportlich aktiv sind.

Häufigkeit von körperlicher Aktivität und Sport in den Altersgruppen						
Altersgruppen	nie	1-2x pro Monat	1-2x pro Woche	3-5x pro Woche	etwa jeden Tag	gesamt % der Altersgruppe
10/11 Jahre	7,5%	6,4%	21,0%	24,9%	40,2%	100%
12/13 Jahre	9,3%	3,6%	27,2%	26,7%	33,2%	100%
14-16 Jahre	11,0%	4,2%	39,8%	17,8%	27,1%	100%

Tab. 1: Häufigkeit von körperlicher Aktivität und Sport in den Altersgruppen

Die Abnahme der körperlichen Aktivität weist signifikante Geschlechtsunterschiede auf. Sie ist bei den Mädchen deutlicher ausgeprägt als bei den Jungen.

Hinsichtlich der Mitgliedschaft im Sportverein kann festgehalten werden, dass ein Anteil von insgesamt 37,7% aller Schülerinnen und Schüler im Sportverein organisiert sind. Das

bedeutet, dass weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (44,5%), welche körperlich aktiv sind, ihre Sport- und Bewegungsaktivitäten im Sportverein ausüben (Abb. 4).

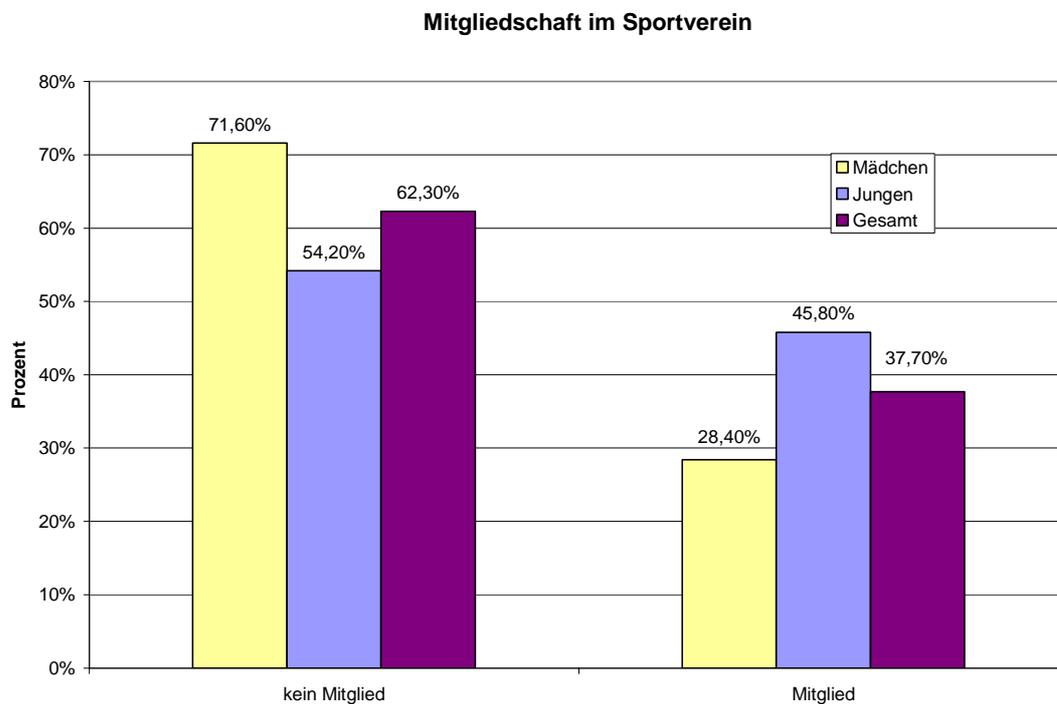


Abb. 4: Mitgliedschaft im Sportverein

Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Mitgliedschaften im Sportverein zeigt signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Es ist eine deutliche Dominanz der Jungen erkennbar.

Der Anteil der im Sportverein aktiven Kinder und Jugendlichen bleibt über die Altersgruppen sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen weitestgehend stabil. Dies kann als Zeichen dafür gewertet werden, dass das organisierte Sporttreiben bei den Schülerinnen und Schülern einen höheren Bindungscharakter hat als die Ausübung informeller, selbstorganisierter Bewegungs- und Sportaktivitäten.

Die Schülerinnen und Schüler üben ein breites Spektrum an Bewegungs- und Sportaktivitäten im Sportverein aus. Es wurden insgesamt 42 Sportarten genannt. Die beliebteste, mit Abstand am häufigsten im Verein ausgeübte Sportart der Jungen ist Fußball (66%), gefolgt von Kampfsportarten (17,6%), Basketball (6,9%), Handball (6,4) und Schwimmen (4,8%). Bei den Mädchen rangieren auf der ersten Position der im Verein ausgeübten Sportarten Formen des Tanzens (31,4%) gefolgt von Fußball (16%) sowie Handball, Reiten, Schwimmen mit jeweils 10,5% und Kampfsport mit 9,5%.

In einem Vergleich der Mannheimer Daten mit den Ergebnissen der bundesweiten KiGGS-Studie zeigt sich, dass ein geringfügig höherer Prozentanteil der männlichen Haupt- und Förderschüler im Alter von 11 und 12 Jahren dreimal pro Woche und häufiger Bewegungs-

und Sportaktivitäten ausübt als in der KiGGS-Vergleichsgruppe (Tab. 2). In den Altersgruppen der 10-, 13- und 14Jährigen übt ein annähernd gleicher Anteil an Jungen dreimal pro Woche und häufiger Bewegungsaktivitäten und Sport aus (7).

Sportlich-körperliche Aktivität der Jungen (mind. 3mal pro Woche) (Vergleich Mannheim/KiGGS)					
Jungen	10 Jahre	11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre
Mannheim	54,5%	75,7%	77,7%	72,0	62,8%
KiGGS	56,4%	ca. ³ 71,0%	ca. 68,0%	ca. 72,0	ca. 66,0%

Tab. 2: Sportlich-körperliche Aktivität der Jungen (mind. 3mal pro Woche) (Vergleich Mannheim/KiGGS)

In der Gruppe der Mädchen ergibt sich beim Vergleich mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie ein anderes Bild (Tab. 3): während unter den 10Jährigen Haupt- und Förderschülerinnen in Mannheim ein vergleichsweise hoher Prozentanteil (Ma: 64,9%, KiGGS: 48,0%) dreimal pro Woche bis täglich körperlich aktiv ist, fällt der Anteil der aktiven Mädchen in den Altersgruppen der 11 bis 14Jährigen kontinuierlich ab. Im Altersbereich der 11Jährigen treten annähernd gleich hohe Werte (Ma: 55,6%, KiGGS: 59%) auf und ab dem Altersbereich von 12-14 Jahre liegen die Mannheimer Werte der dreimal wöchentlich bis täglich aktiven Mädchen unter den Werten der KiGGS Studie.

Sportlich-körperliche Aktivität der Mädchen (mind. 3mal pro Woche) (Vergleich Mannheim/KiGGS)					
Mädchen	10 Jahre	11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre
Mannheim	64,9%	56,6%	44,8%	38,4%	30,1%
KiGGS	ca. 48%	ca. 59%	ca. 55%	ca. 48,5%	ca. 40,5%

Tab. 3: Sportlich-körperliche Aktivität der Mädchen (mind. 3mal pro Woche) (Vergleich Mannheim/KiGGS)

Geschlechterdifferenzen in der Häufigkeit wöchentlicher Sportaktivität konnten übereinstimmend in beiden Studien nachgewiesen werden. Jungen sind zu größeren Anteilen mehrmals pro Woche sportlich-körperlich aktiv als Mädchen (7).

Der Organisationsgrad im Sportverein bei den Mannheimer Schülerinnen und Schülern liegt in den Altersgruppen der 10-12Jährigen⁴ sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen unter dem in der KiGGS-Studie ermittelten Bundesdurchschnitt (Tab. 4).

³ da die Werte der KiGGS-Studie überwiegend aus Graphiken entnommen werden mussten, können nur circa-Angebote gemacht werden.

⁴ Vergleiche zur Kiggs-Studie können für diese Altersgruppen vorgenommen werden.

Organisationsgrad im Sportverein (Vergleich Mannheim/KiGGS)			
Jungen	10 Jahre	11 Jahre	12 Jahre
Mannheim	46,2%	47,7%	47,4%
KiGGS	ca. 69%	ca. 64%	ca. 66%
Mädchen	10 Jahre	11 Jahre	12 Jahre
Mannheim	29,2%	28,6%	34,6%
KiGGS	ca. 51%	ca. 51%	ca. 52%

Tab. 4: Sportlich-körperliche Aktivität der Jungen (Vergleich Mannheim/KiGGS)

Bezüglich des Organisationsgrads im Sportverein ist in beiden Studien eine Dominanz der Jungen erkennbar.

Bei den Vergleichen der Mannheimer Daten mit den Daten der KiGGS-Studie muss berücksichtigt werden, dass in die KiGGS-Studie Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsschichten einbezogen waren. In Mannheim dagegen handelte es sich fast ausschließlich um Kinder und Jugendliche aus Familien, die aus der unteren und mittleren Sozialschicht stammen und einen Migrationshintergrund haben. Das Bewegungs- und Sportverhalten der Mädchen ist in Anlehnung an LAMPERT ET. AL. (5) abhängig von der sozialen Lage der Familie und dem Migrationshintergrund. Je weiter unten auf der sozialen Leiter die Familien angesiedelt sind, desto passiver sind die Lebensstile der Mädchen. Bei den Jungen konnten diese Unterschiede nicht festgestellt werden. Der starke Rückgang der Bewegungsaktivitäten bei den Mädchen ab dem Alter von 11 Jahren könnte darin begründet liegen, dass viele Mädchen mit türkischem Migrationshintergrund an der Mannheimer Studie teilgenommen haben, die ab der Pubertät bestimmte Regeln zum Sporttreiben einhalten müssen und auch häufig zunehmend in familiäre Aufgaben eingebunden werden.

2.2 Alkoholkonsum

In der Jugendphase, die auch eine Experimentierphase für die Entwicklung individueller Lebensstile darstellt, spielt der Konsum von Alkohol in vielen Kulturen eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Die Entwicklungsaufgabe, welche sich in diesem Zusammenhang für die Jugendlichen stellt, besteht im Erlernen eines vernünftigen Umgangs mit Alkohol.

Das Alkoholkonsumverhalten bei Jugendlichen ließ in den letzten Jahren sehr negative Entwicklungen erkennen. Das durchschnittliche Einstiegsalter für regelmäßigen Alkoholkonsum weist eine stetig sinkende Tendenz auf und schädliche Konsumverhaltensmuster wie das Komatrinken sind immer häufiger zu beobachten (6). Ein Beispiel hierfür sind die wegen Alkoholmissbrauchs in das Mannheimer Klinikum eingelieferten Jugendlichen. Im Jahr 2007

wurden nach Auskunft des bwlv. (Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation) 46 Jugendliche unter 18 Jahre wegen übermäßigen Alkoholkonsums aufgenommen, im Jahr 2008 waren es 72 Jugendliche und im Jahr 2009 handelte es sich bis einschließlich Juni um 36 Personen.

Alkoholkonsum im Jugendalter steht mit hohen gesundheitlichen Risiken in Verbindung. Einerseits weisen jugendliche Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten ein höheres Risiko auf, im Verlauf ihres Lebens alkoholabhängig zu werden und andererseits sind Jugendliche anfälliger gegenüber alkoholbedingten Gesundheitsrisiken (z. B. Alkoholvergiftung, Störungen im psycho-sozialen Bereich) als Erwachsene. Ein längerfristiger Alkoholkonsum kann zur Entstehung zahlreicher Erkrankungen beitragen wie zum Beispiel Leberschäden, Krebserkrankungen, Störungen im Bereich des Nervensystems, Herz-Kreislauf- oder Magen-Darm-Erkrankungen (7).

Zur Beschreibung des Alkoholkonsums wurden 3 Kategorien gebildet:

nie	= kein Alkoholkonsum
gelegentlich	= seltener als 1x pro Woche
regelmäßig	= mindestens 1x pro Woche

Die Daten der Jugendgesundheitsstudie an Mannheimer Haupt- und Förderschulen zeigen, dass ca. 22% der Schülerinnen und Schüler aus den 5. und 7. Klassen schon einmal Alkohol getrunken haben. Das Konsumverhalten weist beim überwiegenden Anteil Kinder und Jugendlichen, die Alkohol trinken, einen unregelmäßigen Konsum auf (Abb. 5). Es bestehen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums.

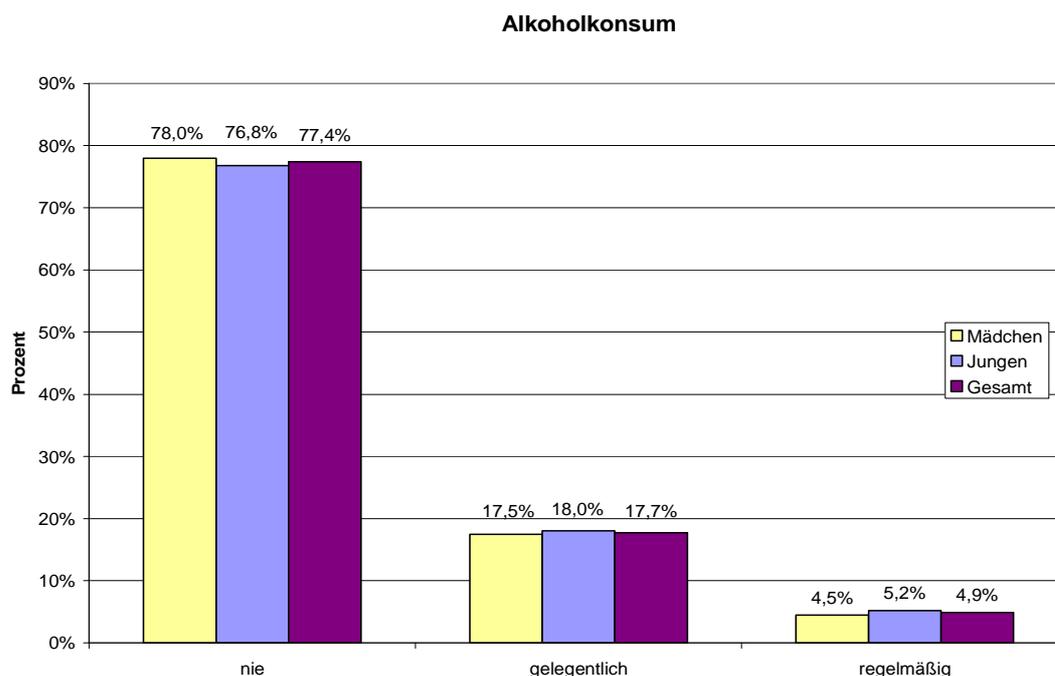


Abb. 5: Alkoholkonsum

Die Analyse des altersspezifischen Alkoholkonsums ergibt, dass mit zunehmendem Alter die Anzahl der Jugendlichen, die alkoholische Getränke trinken, signifikant ansteigt (Tab. 5). Dieser Anstieg in der Häufigkeit des Alkoholkonsums ist bei Jungen und Mädchen gleichermaßen zu beobachten. Er tritt schwerpunktmäßig bei den 14-16-Jährigen auf.

Alkoholkonsum in den Altersgruppen				
Altersgruppen	nie	gelegentlich	regelmäßig	Gesamt % der Altersgruppe
10/11 Jahre	91,2%	8,4%	0,4%	100%
12/13 Jahre	73,9%	22,0%	4,1%	100%
14-16 Jahre	55,6%	26,6%	17,8%	100%

Tab. 5: Alkoholkonsum in den Altersgruppen

Hinsichtlich des Konsums der alkoholhaltigen Getränke Bier, Wein/Sekt, Schnaps/Likör und Alkopops liegen keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede vor. Ungefähr die gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen konsumiert diese Getränke.

Das Rauschtrinken ist auch unter den Schülerinnen und Schülern der 5. (!) und 7. Jahrgangsstufen an Mannheimer Haupt- und Förderschulen ein Thema. Von den Schülerinnen und Schülern, die schon einmal Alkohol getrunken haben, waren 20,3% (ca. 35 Schülerinnen und Schüler) schon ein- oder mehrmals so betrunken, dass sie sich an nichts mehr erinnern konnten. Dies betrifft Mädchen und Jungen zu annähernd gleichen Anteilen. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die alkoholische Getränke bis zum Verlust des Erinnerungsvermögens konsumieren. Eine Behandlung durch den Arzt war bei 6,4% der Schülerinnen und Schüler, die schon einmal Alkohol getrunken haben, erforderlich. Hierbei handelt es sich überwiegend um Jungen.

Ein Abgleich mit den Ergebnissen der Elternbefragung zeigt, dass die Eltern größtenteils den Alkoholkonsum ihrer Kinder unrealistisch einschätzen. Eltern, deren Kinder gelegentlich Alkohol trinken, geben mit einem Anteil von 72% an, dass ihr Kind noch nie Alkohol getrunken habe und 42,1% der Eltern, deren Kind regelmäßig Alkohol trinkt, sind der Meinung, ihr Kind habe noch nie Alkohol getrunken.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zum Alkoholkonsum zeigen, dass Jungen, welche die Haupt- oder Realschule besuchen, häufiger Alkohol trinken als Gymnasiasten. Diese Beobachtung bestätigt sich nicht für die Mädchen. Obwohl an der Mannheimer Studie ausschließlich Schülerinnen und Schüler der Haupt- und Förderschulen teilgenommen haben, sind die Anteile der Jungen, die regelmäßig Alkohol trinken bis zum Alter von 14 Jahren im Vergleich zu den Ergebnissen der KiGGS-Studie annähernd gleich groß. Es zeichnet sich die Tendenz ab, dass der Alkoholkonsum der Mannheimer Haupt- und Förderschüler in die-

sen Altersgruppen etwas unter dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt. In der Gruppe der Mädchen zeigt sich ein anderes Bild. Bis zum Alter von 13 Jahren weicht der Anteil der Mädchen an den Haupt- und Förderschulen, die regelmäßig Alkohol trinken, kaum vom bundesdeutschen Durchschnitt ab. Es zeichnet sich bei den 14Jährigen Mädchen ab, dass Unterschiede zu den KiGGS-Ergebnissen auftreten. In Mannheim trinken 20% der 14Jährigen Mädchen regelmäßig Alkohol, die KiGGS-Studie verweist in dieser Altersgruppe auf einen Anteil von 8,8%.

2.3 Rauchverhalten und Passivrauchen

Tabakkonsum wird im aktuellen Drogenbericht der Bundesregierung als das immer noch größte vermeidbare Gesundheitsrisiko bezeichnet. Ungefähr 140.000 Menschen sterben jedes Jahr in Deutschland vorzeitig an den direkten Folgen des Rauchens (8). Rauchen begünstigt bekanntlich zum Beispiel die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und verschiedener Krebsarten. Diese Gesundheitsprobleme treten jedoch überwiegend erst im mittleren und höheren Erwachsenenalter auf. Die Gefahr für Kinder und Jugendliche besteht in der Entwicklung einer Nikotinabhängigkeit. Je früher Jugendliche mit dem Rauchen anfangen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch als Erwachsene rauchen und nikotinabhängig werden (9).

Die neueste Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Thema Suchtmittelkonsum konnte belegen, dass der Raucheranteil unter Kindern und Jugendlichen in den letzten acht Jahren eine rückläufige Tendenz zeigte (8).

Zur Beschreibung des Rauchverhaltens wurden 3 Kategorien gebildet:

nie =	Nichtraucher
gelegentlich =	seltener als 1x pro Woche
regelmäßig =	mindestens 1x pro Woche

Die Ergebnisse der Mannheimer Jugendgesundheitsstudie bestätigen den deutschlandweiten Trend. Unter den Schülerinnen und Schülern der 5. und 7. Jahrgangsstufen an den Haupt- und Förderschulen ist die Raucherquote ebenfalls gering (Abb. 6). Insgesamt rauchen 9% der Jugendlichen gelegentlich oder regelmäßig. Es liegen keine Geschlechtsunterschiede vor.

Rauchverhalten

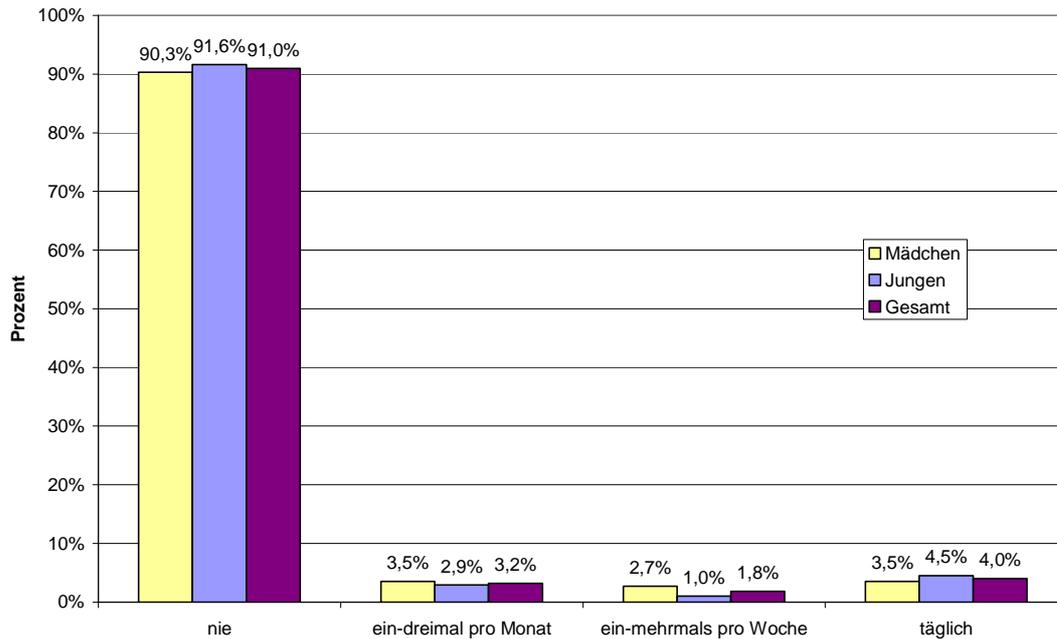


Abb. 6: Rauchverhalten

Ebenso wie bei den Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Raucherinnen und Raucher signifikant an (Tab. 6).

Rauchverhalten in den Altersgruppen					
Altersgruppen	nie	ein- bis dreimal pro Monat	einmal- bis mehrmals pro Woche	täglich	Gesamt % der Altersgruppe
10/11 Jahre	98,5%	0,4%	0,4%	0,7%	100%
12/13 Jahre	91,7%	3,4%	1,8%	3,1%	100%
14-16 Jahre	72,2%	9,0%	4,9%	13,9%	100%

Tab. 6: Rauchverhalten in den Altersgruppen

Das durchschnittliche Einstiegsalter des regelmäßigen Zigarettenkonsums befindet sich sowohl in der Altersgruppe der 12-13Jährigen als auch bei den 14-16Jährigen zwischen 11 und 12 Jahren.

Die Anzahl der konsumierten Zigaretten liegt bei 56,7% der Schülerinnen und Schüler, die täglich rauchen, unter 10 Zigaretten, 29,5% der täglich rauchenden Jugendlichen konsumieren zwischen 10 und 19 Zigaretten. Zu den sehr starken Rauchern mit einem Zigarettenkonsum von 20 und mehr Zigaretten pro Tag gehören 13,8% der täglichen Raucher.

Unter den Haupt- und Förderschülerinnen und -schülern sind mehr Raucherinnen und Raucher aus Familien anzutreffen, in denen mindestens ein Erwachsener zu Hause raucht als

unter den Kindern und Jugendlichen aus Nichtraucherhaushalten (Tab. 7). Ebenso rauchen Kinder und Jugendliche mit Rauchern im engen Freundeskreis häufiger als Schülerinnen und Schüler mit einem abstinenten Freundeskreis.

Soziale Einflüsse auf das Rauchverhalten			
Bezugsgruppe	Nichtraucher	Raucher	Gesamt % der Gruppe
Kein Erwachsener raucht im Haushalt	97,0%	3,0%	100%
Mindestens ein Erwachsener raucht im Haushalt	88,3%	11,7	100%
Wichtige Freunde, die rauchen	72,4%	27,6%	100%
Keine wichtigen Freunde, die rauchen	98,2%	1,8%	100%

Tab. 7: Soziale Einflüsse auf das Rauchverhalten

Unter den Haupt- und Förderschülerinnen und -schülern spielt neben dem Rauchen von Zigaretten auch das Rauchen von Wasserpfeifen eine Rolle. Diese Information teilten die Jugendlichen in persönlichen Gesprächen während der Befragung oder während der Screening-Untersuchungen mit.

Tabakrauch gilt als bedeutendster Innenraumschadstoff und ist zugleich vollständig vermeidbar. Rauchen gefährdet wie bereits beschrieben nicht nur die Gesundheit der Rauchenden. Vielmehr bringt das Passivrauchen ein Risiko für alle betroffenen Personen mit sich, die sich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird.

Ein Anteil von 69,9% Haupt- und Förderschülerinnen und -schüler aus den 5. und der 7. Jahrgangsstufen lebt in Haushalten, in welchen mindestens eine Person raucht. Diese Personen rauchen zum Teil in Anwesenheit der Kinder. Von den Schülerinnen und Schülern, die selbst nicht rauchen, halten sich 18,1% ein- mehrmals pro Woche und 18,7% täglich in Räumen auf, in denen geraucht wird. 26,7% der Kinder und Jugendlichen, die selbst nicht rauchen, sind seltener als einmal pro Woche dem Tabakrauch in Innenräumen ausgesetzt.

Ein Vergleich mit der KiGGS-Studie zeigt einen höheren Raucheranteil unter den 12-, 14- und 15jährigen Schülerinnen und Schülern an den Mannheimer Haupt- und Förderschulen. Vergleichsdaten aus der KiGGS-Studie liegen erst ab dem Alter von 11 Jahren vor (Tab. 8).

Rauchverhalten der Kinder und Jugendlichen (Vergleich Mannheim/KiGGS)					
	11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre
Mannheim	2,2%	7,6%	8,8	25,3	36,8%
KiGGS	ca. 0,6%	ca. 1,6%	ca. 8,2	ca. 15,3	ca. 28%

Tab. 8: Rauchverhalten der Kinder und Jugendlichen (Vergleich Mannheim/KiGGS)

Dieser höhere Raucheranteil könnte darin begründet liegen, dass den Ergebnissen der KiGGS-Studie zufolge der Raucheranteil unter den Hauptschülerinnen und –schülern im Vergleich zu den anderen Schularten höher ist (10). In Mannheim haben überwiegend Schülerinnen und Schüler aus der Hauptschule an der Studie teilgenommen.

Ein Vergleich des Anteils der Passivraucherinnen und –raucher unter den Schülerinnen und Schülern an Haupt- und Förderschulen in Mannheim mit den Daten der KiGGS-Studie ergibt einen geringfügig höheren Anteil in Mannheim (Ma: 36,8%; KiGGS: 32,8%).

2.4 Konsum illegaler Drogen und Medikamente

Der Konsum von Drogen und Medikamenten im Kindes– und Jugendalter kann ebenso wie der Konsum von Alkohol oder das Rauchen von Tabakprodukten schwerwiegende Schädigungen der körperlichen Gesundheit sowie negative psycho-soziale Folgen nach sich ziehen. Beispiele hierfür sind die Schädigung innerer Organe, körperliche und psychische Abhängigkeit sowie auffälliges Sozialverhalten.

Die Schülerinnen und Schüler der 5. und 7. Jahrgangsstufen konsumieren zu geringen Prozentanteilen illegale Drogen und psychoaktive Medikamente. Marihuana/Haschisch und psychoaktive Medikamente haben jeweils 2,4% der Jugendlichen einmal oder mehrmals ausprobiert (Abb. 7)

Drogen- und Medikamentenkonsum

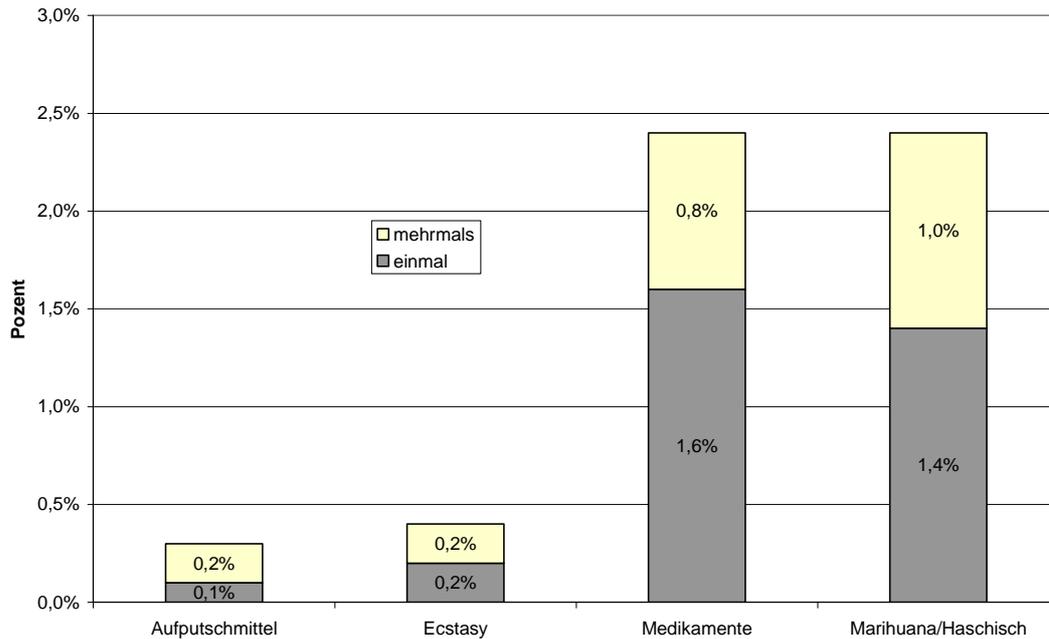


Abb. 7: Drogen- und Medikamentenkonsum

Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen können nur Tendenzen hinsichtlich des geschlechts- und des altersspezifischen Gebrauchs dieser Substanzen aufgezeigt werden. Aufputzmittel werden ausschließlich von Mädchen eingenommen. Medikamente, Marihuana/Haschisch und Ecstasy werden von beiden Geschlechtern konsumiert. Die Substanzen Ecstasy und Aufputzmittel werden nur in den Altersgruppen der 12/13Jährigen und der 14-16Jährigen konsumiert, während der Gebrauch Marihuana/Haschisch und Medikamenten, um sich zu berauschen, bereits in der Altersgruppe der 10/11Jährigen vereinzelt auftritt.

Die geringe Anzahl der Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen und psychoaktiver Medikamente sowie unterschiedliche Referenzzeiträume des Substanzkonsums lassen keine Vergleiche zu den Ergebnissen der KiGGS-Studie zu.

2.5 Nutzung elektronischer Medien

Die letzten 10 Jahre waren durch rasante Entwicklungen des Medienangebots geprägt. Neben der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Möglichkeiten, die das Fernsehen bietet, steht die kaum noch überschaubare technische und inhaltliche Entwicklung von Handy und Internet (11). Den Ergebnissen der neuesten JIM-Studie (Jugend, Information, (Multi-)Media) aus dem Jahr 2008 zufolge ist die Nachfrage nach diesen elektronischen Medien in Deutschland sehr groß. Laut JIM-Studie sind jeweils über 95% der deutschen Haushalte mit mindestens einem Handy, einem Fernseher, einem Computer/Laptop und Internetzugang ausgestattet. Diese medialen Entwicklungen eröffnen einerseits die Möglichkeiten von nahezu uneingeschränkter Kommunikation und Informationsbeschaffung, andererseits werden

insbesondere im Hinblick auf die Nutzergruppe der Kinder und Jugendlichen viele Problemlagen im schulischen Bereich sowie in familiären und anderen sozialen Kontexten in einen Zusammenhang mit der Mediennutzung gebracht. Die übermäßige Nutzung elektronischer Medien durch Kinder und Jugendliche steht häufig mit einem insgesamt entwicklungsschädlichen körperlich passiven Lebensstil in Verbindung. Darüber hinaus scheint sich ein neues Krankheitsbild heraus zu kristallisieren: die „Onlinesucht“. Der neueste Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung geht von ca. 2 Millionen Internetabhängigen in Deutschland aus (3-5%). Davon sind 20% Kinder und Jugendliche (8). Ein ebenso hoher Anteil gilt als stark suchtgefährdet.

Die Daten der Jugendgesundheitsstudie Mannheim zum Themenschwerpunkt Medienkonsum verdeutlichen, dass das Fernsehen trotz der Verfügbarkeit eines breiten Spektrums an elektronischen Medien vom größten Anteil der Schülerinnen und Schüler (95%) täglich genutzt wird (Abb. 8). Geringere Anteile von Kindern und Jugendlichen beschäftigen sich täglich mit Internet, Spielkonsolen und Handys. Hinsichtlich der Nutzung von Fernsehen, Internet und Handy liegen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede vor. Sie werden von nahezu gleichen Anteilen der Jungen und Mädchen täglich genutzt. Mit der Spielkonsole beschäftigen sich signifikant mehr Jungen (80,2%) als Mädchen (42,2%) täglich.

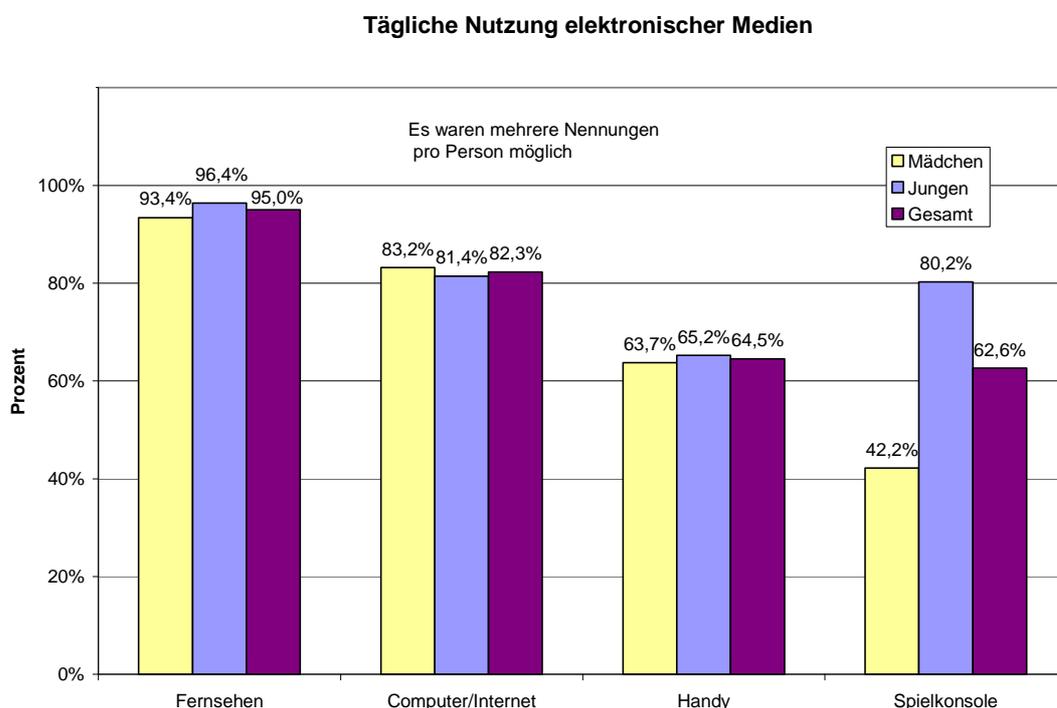


Abb. 8: Tägliche Nutzung elektronischer Medien

Die Analyse der täglichen Nutzungszeit elektronischer Medien lässt erkennen, dass sich über die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (54,4%) täglich über vier Stunden mit den elektronischen Medien Fernsehen, Computer/Internet, Handy und/oder Spielkonsole beschäftigt (Abb. 9). Bei Mädchen (45,1%) ist die über vier Stunden liegende tägliche

Nutzung elektronischer Medien zu geringeren Anteilen zu beobachten als bei Jungen (62,4%). Mädchen sind signifikant häufiger bei den unter vier Stunden liegenden täglichen Nutzungszeiten anzutreffen als Jungen.

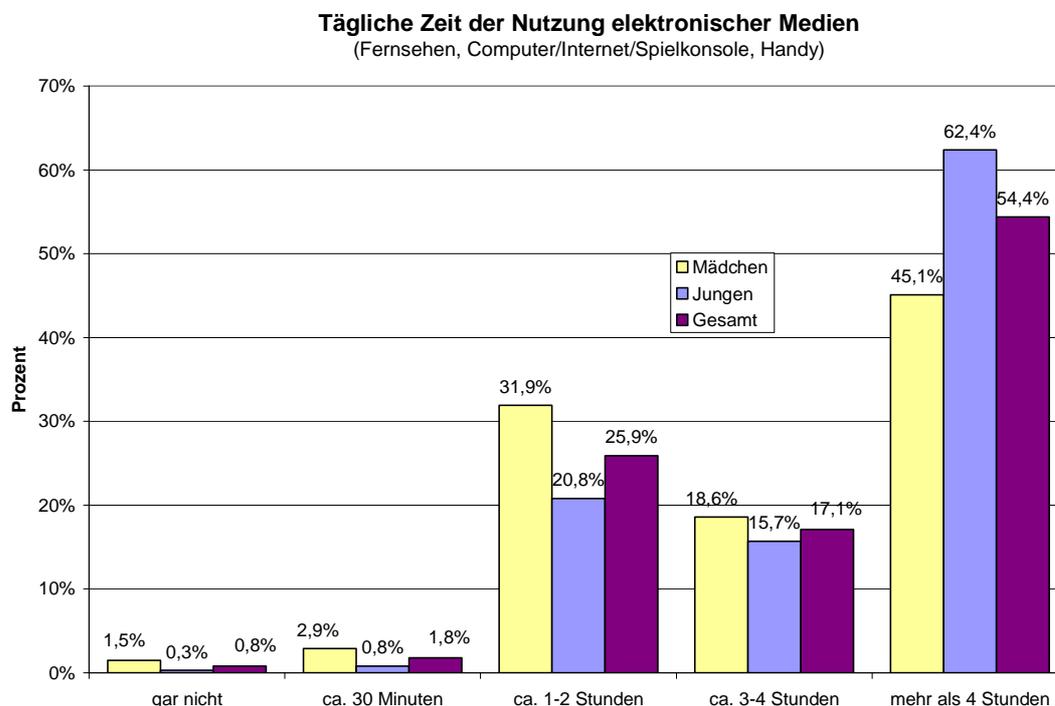


Abb. 9: Tägliche Zeit der Nutzung elektronischer Medien

Die tägliche Nutzungsdauer der elektronischen Medien ist vom Alter der Schülerinnen und Schüler abhängig. Mit zunehmendem Alter ist eine signifikant steigende tägliche Nutzungsdauer erkennbar (Tab. 9). In der Altersgruppe der 14/16-Jährigen ist die Anzahl der Schülerinnen und Schüler am größten (70,9%), die sich mehr als vier Stunden mit den elektronischen Medien Fernsehen, Computer/Internet, Spielkonsole und/oder Handy beschäftigen.

Tägliche Zeit der Nutzung elektronischer Medien in den Altersgruppen					
Altersgruppen	gar nicht bis ca. 30 Minuten	ca. 1-2 Stunden	ca. 3-4 Stunden	mehr als 4 Stunden	gesamt % der Altersgruppe
10/11 Jahre	4,2%	38,0%	20,9%	36,9%	100%
12/13 Jahre	1,4%	21,2%	15,1%	62,3%	100%
14-16 Jahre	2,6%	12,0%	14,5%	70,9%	100%

Tab. 9: Tägliche Zeit der Nutzung elektronischer Medien in den Altersgruppen

Ein Vergleich der Mannheimer Ergebnisse mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie ergibt, dass Fernsehen nicht nur unter den Mannheimer Haupt- und Förderschülerinnen und -schülern, sondern bei Kindern und Jugendlichen im gesamten Bundesgebiet das am

häufigsten und mit dem höchsten zeitlichen Umfang genutzte elektronische Medium ist (Tab. 10). Unterschiede zwischen den Mannheimer Ergebnissen und den Ergebnissen der KiGGS-Studie treten im Anteil der 11-13Jährigen Kinder und Jugendlichen auf, welche die elektronischen Medien Fernsehen, Internet/Computer, Spielkonsole und Handy mehr als drei Stunden pro Tag nutzen. Bei der Nutzung aller genannten Medien liegen die Mannheimer Werte deutlich über den Werten der KiGGS-Studie. Dies trifft für beide Geschlechter zu. Eine Ausnahme bildet die Nutzung der Spielkonsole bei den Mädchen. Hier bestehen keine Unterschiede zwischen den Ergebnissen der KiGGS-Studie und den Ergebnissen der Jugendgesundheitsstudie Mannheim.

Nutzung elektronischer Medien \geq 3h täglich⁵ Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)				
Jungen	Fernsehen	Spielkonsole	Computer/ Internet	Handy
Mannheim	29,0%	19,2%	25,3%	17,0%
KiGGS	17,8%	6,3%	7,7%	2,5%
Mädchen	Fernsehen	Spielkonsole	Computer/ Internet	Handy
Mannheim	26,9%	2,2%	21,5%	13,0%
KiGGS	18,4%	1,8%	3,4%	5,1%

Tab. 10: Nutzung elektronischer Medien \geq 3h täglich Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)

Während in der KiGGS-Studie geschlechtsspezifische Unterschiede in der Nutzungsdauer der Medien Internet und Handy festgestellt werden konnten (12), weisen die Daten der Jugendgesundheitsstudie Mannheim diese Unterschiede nicht auf. Im Zusammenhang mit der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass in Mannheim ausschließlich Kinder und Jugendliche aus Haupt- und Förderschulen in die Studie einbezogen wurden, während an der KiGGS-Studie Kinder und Jugendliche aus allen Schultypen beteiligt waren. Den Ergebnissen der KiGGS-Studie zufolge verbringen Hauptschülerinnen und Schüler mehr Zeit mit der Nutzung elektronischer Medien als die Vergleichsgruppen an Realschulen und Gymnasien.

⁵ Es liegen nur Vergleichsdaten aus der KiGGS-Studie für die Nutzungsdauer ab 3 Stunden vor.

2.6 Körperhygiene

Einen zentralen Stellenwert im Rahmen der Körperpflege nimmt ab dem Beginn der Pubertät, bei Mädchen ab ca. 9 Jahren und bei Jungen ab ca. 10 Jahren, die Körperhygiene ein. Die Phase der Pubertät ist durch eine Vielzahl von körperlichen Veränderungen geprägt. In der Pubertät entwickeln sich Schweißdrüsen unter den Armen, im Bereich der Geschlechtsorgane und an den Füßen. Wenn der abgesonderte Schweiß von Bakterien zersetzt wird, beginnt der Körper zu riechen (13). Durch eine vermehrte Fettproduktion der Haut werden bei vielen Jugendlichen die Haare schnell fettig. Bei Mädchen setzt in der Pubertät die Menstruation ein. An diesen Tagen ist eine besondere Beachtung der Körperhygiene angezeigt. Es wird empfohlen, ab der Pubertät täglich zu duschen oder sich täglich zu waschen und die Unterwäsche zu wechseln (13).

Diese Empfehlung wird von einem Fünftel der Haupt- und Förderschülerinnen und -schüler im Alltag umgesetzt (Abb. 10). Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Hygieneverhalten, also der Häufigkeit des Duschens oder Badens, bei Mädchen und Jungen.

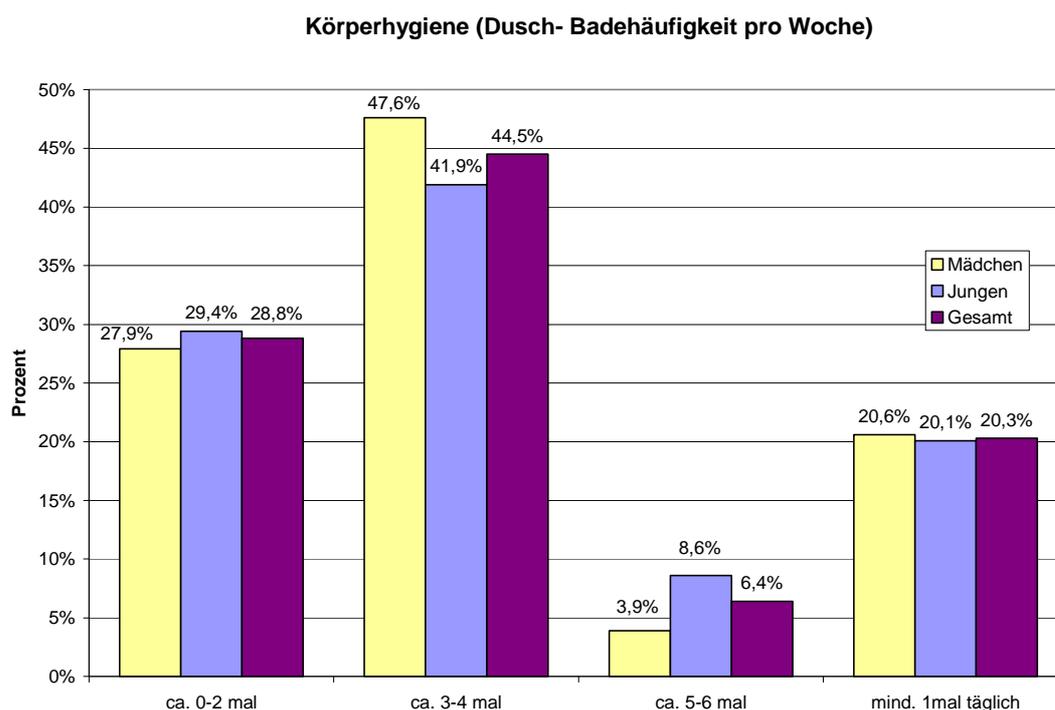


Abb. 10: Körperhygiene (Dusch- und Badehäufigkeit pro Woche)

Mit zunehmendem Alter verbessert sich das Hygieneverhalten der Schülerinnen und Schüler signifikant (Tab. 11). Der Anteil der Jugendlichen, die mindestens einmal pro Tag duschen oder baden nimmt zu.⁶

⁶ Die Frage zum Hygieneverhalten wurde nachträglich in die Befragung aufgenommen, da einige Schülerinnen und Schüler in den Screening-Untersuchungen durch sehr starken Körpergeruch aufgefallen sind.

Hygieneverhalten: Häufigkeit des Duschens/Badens pro Woche					
Altersgruppen	ca. 0-2 mal pro Woche	ca. 3-4 mal pro Woche	ca. 5-6 mal pro Woche	mind. 1 mal täglich	Gesamt % der Altersgruppe
10/11 Jahre	36,9%	45,6%	4,6%	12,9%	100%
12/13 Jahre	25,3%	45,6%	7,6%	21,5%	100%
14-16 Jahre	18,9%	38,7%	7,5%	34,9%	100%

Tab. 11: Hygieneverhalten: Häufigkeit des Duschens/Badens pro Woche

Hinsichtlich des Hygieneverhaltens liegen keine Vergleichsdaten vor. Dieses gesundheitsrelevante Verhaltensmerkmal wurde in keiner der aktuellen Kinder- und Jugendstudien erfasst.

2.7 Mundgesundheitsverhalten

Im Zeitraum der letzten 12 bis 15 Jahre konnte durch zahnmedizinische Prophylaxe und gute zahnärztliche Versorgung ein deutlicher Rückgang der Karieshäufigkeit erreicht werden. In den Jahren 1994/1995 hatten Jugendliche im Alter von zwölf Jahren im Durchschnitt 2,44 kariöse, wegen Karies gefüllte oder entfernte Zähne. Im Jahr 2007 lag dieser Wert im Mittel bei 0,7. Neben einer zahngesunden Ernährung, einer ausreichenden Versorgung der Zähne mit Fluoriden zur Stärkung des Zahnschmelzes gilt die Mundhygiene als klassische Säule der Kariesprävention (14). Die Empfehlungen zur Zahnputzhäufigkeit liegen bei einer Mindesthäufigkeit von zweimal pro Tag, morgens nach dem Frühstück und abends vor dem Zubettgehen, bis zu einem Ideal der Putzhäufigkeit nach jeder Mahlzeit (7, 15).

Die Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie zeigen, dass knapp drei Viertel der Schülerinnen und Schüler an den Mannheimer Haupt- und Förderschulen mindestens zweimal täglich die Zähne putzen (Abb. 11). Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen putzt die Zähne nicht oft genug. Hinsichtlich der Mundhygiene liegen geschlechtsspezifische Unterschiede vor. Der Anteil der Mädchen, die mindestens zweimal täglich die Zähne putzen, ist signifikant größer als der Anteil der Jungen. Es bestehen keine signifikanten Altersunterschiede bezüglich des Zahnputzverhaltens.

Zahnputzhäufigkeit

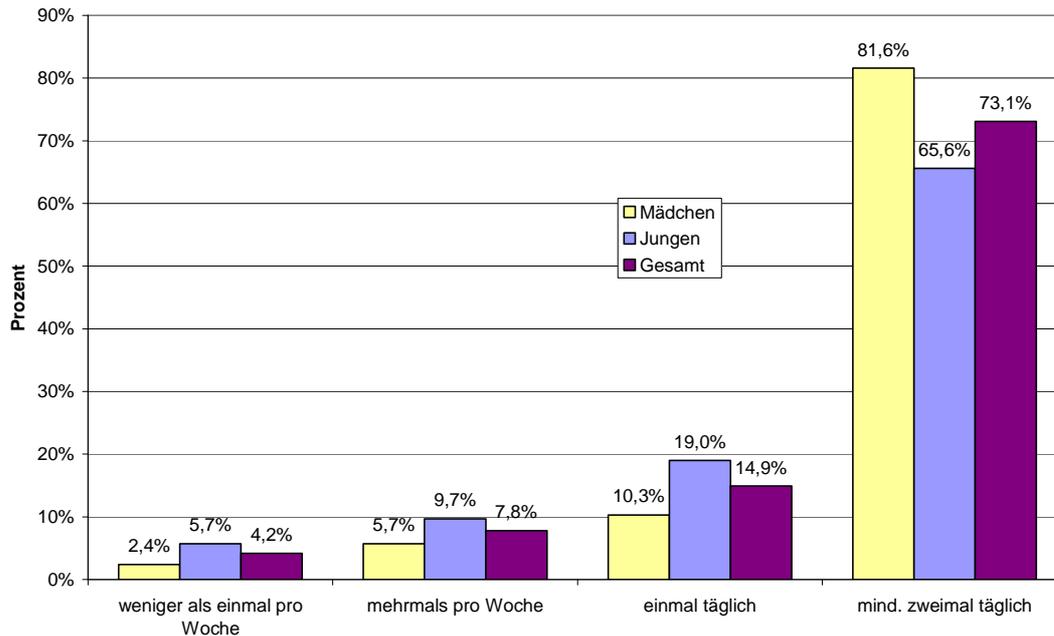


Abb. 11: Zahnputzhäufigkeit

Die Auswertung der Elternbefragung ergibt, dass 93% der Eltern angeben, mit ihren Kindern jährliche Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt in Anspruch zu nehmen. Dieser hohe Anteil an Kontrolluntersuchungen, der auch in vergleichbarer Höhe (96%) in der KiGGS-Studie beobachtet werden konnte, wird von den Autoren der KiGGS-Veröffentlichungen zur Zahngesundheit aufgrund von Ergebnissen aus Zusatzerhebungen als überschätzt angesehen (7). Ein Vergleich mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie zur Zahnputzhäufigkeit ergibt, dass in der Altersgruppe der 11-13-Jährigen die in Mannheim auftretenden Geschlechterdifferenzen bei bezüglich der Zahnputzhäufigkeit bestätigt werden können. Bei einer direkten Gegenüberstellung der prozentualen Anteile von Mädchen und Jungen, die weniger als zweimal am Tag ihre Zähne putzen, zeigen sich annähernd gleiche Anteile unter den Jungen (Ma: 31,8%; KiGGS: ca. 30%). Unter den Schülerinnen an Mannheimer Haupt- und Förderschulen ist der Prozentanteil derjenigen, die seltener als zweimal täglich die Zähne putzen etwas geringer als in der KiGGS-Studie (Ma: 20,4%; KiGGS ca. 26,5). Als positiv erweist sich, dass der Anteil der Mädchen an den Mannheimer Haupt- und Förderschulen, die mindestens zweimal täglich Zähne putzen, trotz der sozialstrukturellen Besonderheiten des Untersuchungskollektivs über dem Bundesdurchschnitt liegen, der für alle Schultypen berechnet wurde, die Jungen weisen annähernd gleiche Werte auf. Beide Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass das Mundgesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen aus unteren Sozialschichten und/oder mit Migrationshintergrund schlechter ist als in Bevölkerungsgruppen, die höheren Sozialschichten angehören (7). An der Mannheimer Studie haben nur Haupt- und Förderschülerinnen und -schüler teilgenom-

men. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund lag bei ca. 70% und die Schülerinnen und Schüler gehören überwiegend der unteren und unteren Bereichen der mittleren Sozialschicht an.

2.8 Ernährungsverhalten

Eine ausgewogene Ernährung ist eine wichtige Grundlage für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Unausgewogene Ernährung und über dem Nährstoffbedarf liegende Nahrungsaufnahme kann zu Mangelerscheinungen im Organismus von Kindern und Jugendlichen und/oder zu Übergewicht und Adipositas führen. Als weitere Folgeerscheinungen einer unausgewogenen Ernährung im Kindes- und Jugendalter lassen sich z.B. Konzentrationsmängel, Störungen im Knochen- und Muskelaufbau anführen (16).

Obst und Gemüse gelten als gesunde Nahrungsmittel, die auch dazu beitragen können, bestimmten Krankheiten vorzubeugen (z.B. Krebs). Seit einigen Jahren wird versucht, mit der Kampagne „5 am Tag“ den täglichen Verzehr von Obst und Gemüse zu steigern (17). Unter den Mannheimer Haupt- und Förderschülerinnen und –schülern ist ein relativ hoher Obstkonsum erkennbar. Mindestens einmal täglich wird Obst von 73,8% der Mädchen und von 59,1% der Jungen verzehrt. Ein ähnlicher Trend zeigt sich für den Verzehr von rohem Gemüse und Salat. Ein Anteil von 58% der Mädchen isst mindestens einmal täglich rohes Gemüse und Salat. In der Gruppe der Jungen liegt der prozentuale Anteil bei 40,5%. Ein Vergleich mit den Ergebnissen der KiGGS- Studie zeigt, dass der mindestens einmal tägliche Konsum von Obst und rohem Gemüse/Salat bei einem höheren Anteil der Mannheimer Haupt- und Förderschülerinnen in der Vergleichsgruppe der 11-13 Jährigen zu beobachten ist (Tab. 12).

Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse, Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)		
Obst	mehrmals täglich	täglich
Mädchen Mannheim	33,0%	41,7%
Mädchen KiGGS	21,0%	28,1%
Jungen Mannheim	25,8%	35,4%
Jungen KiGGS	11,8%	28,4%

Rohes Gemüse/Salat	mehrmals täglich	täglich
Mädchen Mannheim	24,5%	35,6%
Mädchen KiGGS	6,1%	20,5%
Jungen Mannheim	12,4%	26,9%
Jungen KiGGS	3,1%	15,6%

Tab. 12: Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse, Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)

Getreideprodukte wie Brot sollten mehrmals täglich gegessen werden, wobei der Verzehr von Vollkornbrot aufgrund der ernährungsphysiologisch wichtigen Nährstoffe, die in Weißbrot nicht enthalten sind, günstiger ist. Vollkornbrot wird von 51% der Mädchen und von 38,6% der Jungen mindestens einmal täglich gegessen. Weißbrot verzehren 46,8% der Mädchen und 52,1% der Jungen täglich.

Im Vergleich mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie wird deutlich, dass der mindestens einmal tägliche Konsum von Vollkornbrot bei einem deutlich höheren Anteil der Mannheimer Haupt- und Förderschülerinnen in der Vergleichsgruppe der 11-13Jährigen zu beobachten ist. Weißbrot wird von einem höheren Anteil der Mannheimer Schülerinnen und Schüler einmal täglich verzehrt (Tab. 13). Der Anteil der Jungen und Mädchen, die mehrmals täglich Weißbrot essen, ist annähernd gleich.

Täglicher Verzehr von Vollkorn- und Weißbrot, Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)		
Vollkornbrot	mehrmals täglich	täglich
Mädchen Mannheim	22,6%	28,2%
Mädchen KiGGS	15,8%	17,9%
Jungen Mannheim	14,3%	27,2%
Jungen KiGGS	15,6%	18,7%

Weißbrot	mehrmals täglich	täglich
Mädchen Mannheim	16,9%	27,2%
Mädchen KiGGS	17,4%	20,9%
Jungen Mannheim	18,3%	35,6%
Jungen KiGGS	21,5%	22,1%

Tab. 13: Täglicher Verzehr von Vollkorn- und Weißbrot, Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)

In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Ernährung sollten täglich **Milchprodukte** verzehrt werden, denn sie gelten als Eiweißquelle, als Quelle für viele Vitamine und als Quelle des für den Knochenaufbau wichtigen Kalziums. Die Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie in Mannheim zeigen, dass 52,6% der Mädchen und 49,6% der Jungen mindestens einmal täglich Milchprodukte zu sich nehmen.

Im Vergleich mit den Ergebnissen der KiGGS Studie für den Altersbereich der 11-13Jährigen zeigt sich, dass die Schülerinnen und Schüler aus den fünften und siebten Klassen der Mannheimer Haupt- und Förderschulen zu deutlich höheren Anteilen täglich Milchprodukte verzehren (Tab. 14).

Täglicher Verzehr von Milchprodukten, Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)		
Vollkornbrot	mehrmals täglich	täglich
Mädchen Mannheim	22,1%	30,5%
Mädchen KiGGS	2,6%	15,5%
Jungen Mannheim	14,7%	34,9%
Jungen KiGGS	4,3%	19,0%

Tab. 14: Täglicher Verzehr von Milchprodukten, Altersgruppe 11-13J, (Vergleich Mannheim/KiGGS)

Fast-Food und Knabberartikel gelten als Nahrungsmittel mit hohem Fettanteil und/oder hohem Anteil an ernährungsphysiologisch wertlosen Kohlehydraten. Fast Food und Pommes Frites werden von den Haupt- und Förderschülerinnen der 5. und 7. Jahrgangsstufen von 46,5% der Mädchen und von 53,9% der Jungen regelmäßig mindestens einmal pro Woche gegessen. Der Verzehr von Knabberartikeln weist noch höhere Werte auf, 68,5% der Mädchen essen regelmäßig Knabberartikel und 66,4% der Jungen⁷.

Süßigkeiten, Kuchen, Eis und Kekse sind Nahrungsmittel mit überwiegend hohen Fett- und/oder Zuckeranteilen. Häufiger Konsum von Süßigkeiten, Kuchen, Eis und Keksen kann zur Gewichtszunahme und zur Entstehung von Karies führen. Mindestens einmal täglich essen 35,1% der Mädchen und 30,8% der Jungen Süßigkeiten, Kuchen, Eis und/oder Kekse. Etwas höhere Anteile konsumieren diese Nahrungsmittel 1-6mal pro Woche (Mä: 38,7%, Ju: 38,8%)⁷.

Nudeln, Reis und Kartoffeln sind wichtige Kohlehydratlieferanten, die auch von hohen Anteilen der Kinder und Jugendlichen an den Mannheimer Haupt- und Förderschulen regelmäßig verzehrt werden. Regelmäßig mindestens einmal pro Woche essen 83,3% der Mädchen Nudeln oder Reis und 82,5% der Jungen. Etwas geringere Anteile sind beim

⁷ Der Vergleich zu den Ergebnissen der KiGGS- Studie kann an dieser Stelle aufgrund unterschiedlicher Erfassungskriterien und/oder unterschiedlicher altersbezogener Referenzgruppen nicht vorgenommen werden.

Verzehr von Kartoffeln zu beobachten. Kartoffeln essen 71,9% der Mädchen regelmäßig mindestens einmal pro Woche und 70,1% der Jungen ⁷.

Die deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt einen **Fleischkonsum** von 1-6mal pro Woche (17). Bei 26,2% der Mädchen und 32,5% der Jungen ist ein Fleischkonsum dieser Häufigkeit zu beobachten, 45,9% der Mädchen und 50,5% der Jungen essen mindestens einmal täglich Fleisch⁷.

Die Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie Mannheim deuten darauf hin, dass unter den Mädchen größtenteils ein positiveres Ernährungsverhalten zu beobachten ist als in der Gruppe der Jungen (Tab. 15). Ein signifikant höherer Anteil der Mädchen isst im Vergleich zu den Jungen mehrmals täglich (Mä: 33,3%, Ju:25,2%) oder einmal täglich (Mä: 40,5%, Ju: 33,9%) Obst. Ein ähnliches Ergebnis ergibt sich für den mehrmals täglichen (Mä: 20,6%, Ju:11,7) und einmal täglichen (Mä: 37,4%; Ju: 28,3%) Verzehr von Salat und rohem Gemüse. Signifikante Geschlechterdifferenzen treten auch bei der Verzehrhäufigkeit von Vollkornbrot auf. Vollkornbrot essen 21,7% der Mädchen und 13,2% der Jungen mehrmals täglich und 29,3% der Mädchen und 25,4% der Jungen einmal täglich. Darüber hinaus ist bei Mädchen (11,1%) häufiger eine fleischlose Ernährung zu beobachten als bei Jungen (2,9%). Hinsichtlich der Verzehrhäufigkeiten von Weißbrot, Fastfood und Pommes sowie Süßigkeiten, Kuchen, Eis, Keksen und Nudeln oder Reis, Milchprodukten, Knabberartikeln (Chips, Salzgebäck etc.) und Kartoffeln treten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede auf. Im Vergleich zu den Ergebnissen der KiGGS-Studie ist die Tendenz erkennbar, dass mehr Kinder und Jugendliche an den Haupt- und Förderschulen in Mannheim täglich Obst und Gemüse, Vollkornbrot und Milchprodukte essen. Es zeichnet sich jedoch auch ein relativ häufiger Konsum an Fast-Food/Pommes Frites, Fleisch, Süßwaren und Knabberartikeln ab.

Verzehrhäufigkeit von Nahrungsmitteln						
Nahrungsmittel/ Geschlecht		mehrmals täglich	einmal täglich	1-6 mal pro Woche	1-3 mal pro Monat	nie / Signifik.
Obst	M	33,3%	40,5%	17,3%	6,3%	2,7% sig.
	J	25,2%	33,9%	26,2%	10,6%	4,1%
Salat/rohes Gemüse	M	20,6%	37,4%	22,3%	11,5%	8,2% sig.
	J	11,7%	28,3%	28,3%	17,6%	14,1%
Weißbrot	M	15,8%	31,0%	20,8%	15,5%	16,9% n.sig.
	J	17,3%	34,8%	22,9%	10,0%	15,1%
Vollkornbrot	M	21,7%	29,3%	18,6%	11,3%	19,2% sig.
	J	13,2%	25,4%	22,5%	16,4%	22,5%
Fastfood/ Pommes	M	6,7%	10,6%	29,2%	43,6%	10,0% n.sig.
	J	7,0%	12,1%	34,8%	38,2%	8,0%
Süßigkeiten/ Kuchen/Eis	M	14,2%	20,9%	38,7%	23,1%	3,1% n.sig.
	J	8,8%	22,0%	38,3%	26,7%	4,2%

Nahrungsmittel/ Geschlecht		mehrmals täglich	einmal täglich	1-6 mal pro Woche	1-3 mal pro Monat	nie / Signifik.
Nudeln/Reis	M	17,8%	27,7%	37,8%	13,7%	3,0% n.sig.
	J	14,8%	28,9%	38,8%	15,0%	
Fleisch	M	13,9%	32,0%	26,2%	16,7%	11,1% sig.
	J	14,1%	36,4%	32,5%	14,1%	
Milch- produkte	M	21,3%	32,0%	24,3%	15,2%	7,2% n.sig.
	J	16,3%	33,0%	32,5%	11,8%	
Knabber- artikel	M	14,7%	16,9%	36,6%	23,5%	8,3% n.sig.
	J	9,1%	20,4%	36,9%	24,4%	
Kartoffeln	M	14,4%	19,5%	37,9%	22,5%	5,7% n.sig.
	J	9,7%	19,4%	41,0%	23,8%	

Tab. 15: Verzehrhäufigkeit von Nahrungsmitteln; (n.)sig: (nicht) signifikante Unterschiede

3. Körperliche Gesundheit

3.1 Übergewicht und Adipositas

Die Anteile der übergewichtigen und adipösen (stark übergewichtigen) Kinder und Jugendlichen haben in den letzten 20 Jahren in Deutschland stark zugenommen (3). Übergewicht im Kindes- und Jugendalter kann –wie im Erwachsenenalter auch– schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben. Beispielsweise leiden übergewichtige Kinder und Jugendliche häufig unter vorzeitigem Gelenkverschleiß, Störungen des Fett- und Zuckerstoffwechsels sowie unter Herz-Kreislauf-Problemen. Darüber hinaus treten auch Probleme im psycho-sozialen Bereich bei Kindern und Jugendlichen mit zu hohem Körpergewicht auf. Sie werden oft von Gleichaltrigen in der Schule oder in der Freizeit gehänselt und ausgegrenzt, haben ein geringes Selbstwertgefühl und leiden unter ihrem Körper (18). Interventionsprojekte zur Therapie des Übergewichts konnten bisher nur mäßige Erfolge verbuchen (19).

Zur Berechnung des Übergewichts und der Adipositas (starkes Übergewicht) wird der Body-Mass-Index BMI herangezogen:

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körpergröße}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

Da sich Kinder und Jugendliche in verschiedenen Wachstumsphasen befinden und Entwicklungen bei Mädchen und Jungen unterschiedlich verlaufen, muss der Body-Mass-Index geschlechts- und altersspezifisch berechnet werden. KROMEYER-HAUSCHILD (20) entwickelte im Jahr 1990 anhand einer großen Anzahl von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung von Geschlechts- und Altersunterschieden eine Tabelle zur Berechnung des Body-Mass-Index. Die Werte dieser Tabelle werden auch heute noch zur Berechnung von Übergewicht und Adipositas herangezogen. Sie bilden eine wichtige Grundlage zur Bewertung der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Zu hohes Körpergewicht haben Kinder und Jugendliche, deren Body-Mass-Index im Wertebereich der

10% mit dem höchsten Body-Mass-Index von 1990 liegen (Prozentrang 90). Als übergewichtig gelten Kinder und Jugendliche, deren Gewicht zwischen Prozentrang 90 und Prozentrang 97 der Vergleichsgruppe liegt, als adipös werden diejenigen bezeichnet, deren Body-Mass-Index im Wertebereich der 3% mit dem höchsten Body-Mass-Index liegen (Prozentrang 97).

Der Anteil der Schülerinnen und Schüler der 5. und 7. Jahrgangsstufen an Mannheimer Haupt- und Förderschulen mit zu hohem Körpergewicht liegt insgesamt bei 34,1% (Abb. 12). Hierbei kann nochmals eine Ausdifferenzierung in Übergewicht und starkes Übergewicht (Adipositas) vorgenommen werden. Übergewicht liegt bei 18,4% der Kinder und Jugendlichen vor, Adipositas bei einem Anteil von 15,7%. Jungen und Mädchen sind zu annähernd gleichen Anteilen von beiden Erscheinungsformen des zu hohen Körpergewichts betroffen.

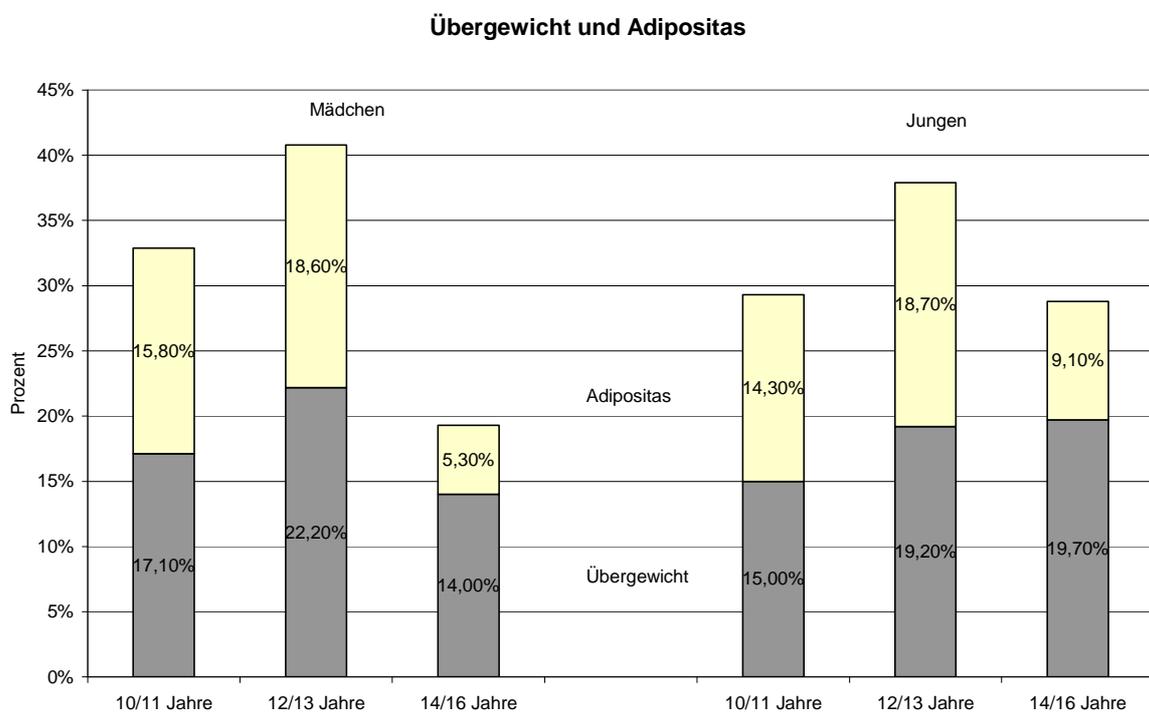


Abb. 12: Übergewicht und Adipositas⁸

Signifikante Unterschiede der Anteile von Mädchen und Jungen mit zu hohem Körpergewicht treten zwischen den Altersgruppen auf. In der mittleren Altersgruppe der 12/13-Jährigen ist bei beiden Geschlechtern der Anteil übergewichtiger und adipöser Schülerinnen (40,8%) und Schüler (37,9%) am größten.

Im Vergleich zu den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS liegt der Anteil der übergewichtigen und adipösen 11-13-Jährigen Mannheimer Haupt- und Förderschülerinnen und -schüler deutlich über dem Bundesdurchschnitt (ÜG Ma: 18,6% ÜG KiGGS: 11,4%; Adipositas Ma: 18,5%, Adipositas KiGGS: 7,2%). Besonders auffällig ist die Differenz bei den adipösen Kindern und Jugendlichen. In der KiGGS-Studie konnte nach-

⁸ Die Fallzahlen in der Altersgruppe der 14/16-Jährigen sind sehr klein, es liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen vor.

gewiesen werden, dass Übergewicht und Adipositas am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen aus Familien der unteren Sozialschichten und bei bestimmten Migrantengruppen auftreten. Diese Bevölkerungsgruppen sind in der Jugendgesundheitsstudie Mannheim überwiegend vertreten. Dadurch wird ein Teil der Differenz erklärt.

3.2 Funktionsfähigkeit der Sinnesorgane: Augen und Ohren

Uneingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit sind entscheidende Voraussetzungen für Kinder und Jugendliche zur aktiven Teilhabe am Schulunterricht und am gesellschaftlichen Leben in der Freizeit. Die Funktionsfähigkeit dieser Sinnesorgane nimmt einen direkten Einfluss auf die Bildungschancen.

Das Untersuchungsprogramm der Jugendgesundheitsstudie Mannheim umfasste sowohl einen Sehtest als auch einen Hörtest. Beim Sehtest wurden die Kinder und Jugendlichen gebeten, ihre Brille oder Kontaktlinsen aufzuziehen. Es stellte sich in Gesprächen mit den Kindern und Jugendlichen sowie mit den Lehrkräften heraus, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Schülerinnen und Schüler eine Brille besitzt, diese aus Eitelkeit aber nie trägt.

In der Screening-Untersuchung der Sehfähigkeit konnten bei einem Großteil der Jugendlichen Defizite festgestellt werden (Abb.13/14). Die Defizite betreffen die Fernsicht („Kurz-sichtigkeit“ 44,1%) häufiger als die Nahsicht („Weitsichtigkeit“ 31%). Es liegen signifikante Geschlechtsunterschiede vor, bei Mädchen wurde häufiger eine Sehschwäche festgestellt als bei Jungen. Dies trifft sowohl für die Fernsicht als auch für die Nahsicht zu.

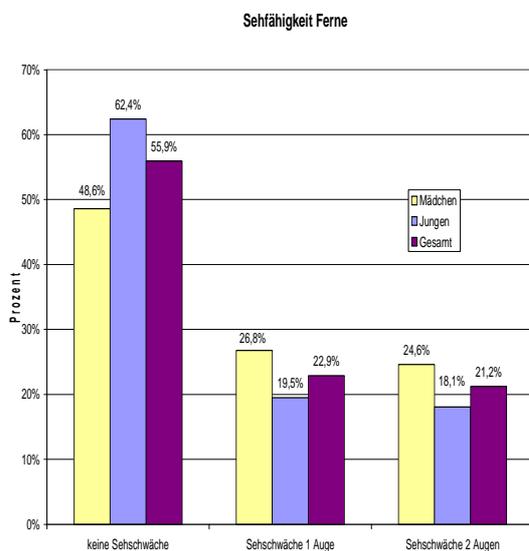


Abb. 13: Sehfähigkeit Ferne

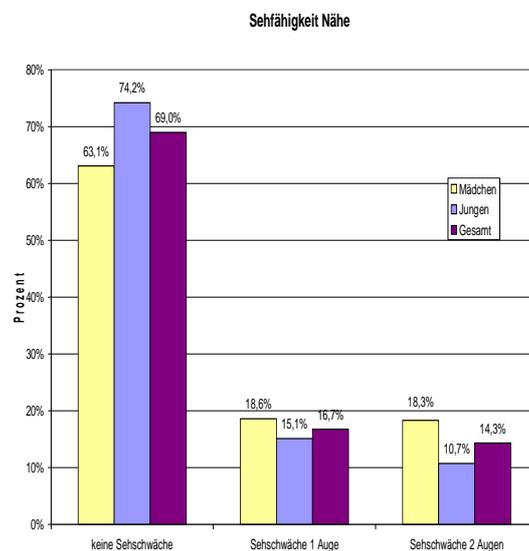


Abb. 14: Sehfähigkeit Nähe

Die Ergebnisse bleiben über die Altersklassen der 10/11Jährigen, der 12/13Jährigen und der 14/16Jährigen stabil.

Die Analyse der Hörfähigkeit ergibt, dass über 90% der Kinder und Jugendlichen keine Hörschwäche aufweisen (Abb. 15). Dies trifft für Mädchen und Jungen in allen drei Alters-

gruppen zu. Die Ergebnisse zur Hörfähigkeit müssen vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass die Screening-Untersuchungen überwiegend im Winter durchgeführt wurden und bei einigen Kindern bedingt durch Erkältungskrankheiten eine eingeschränkte Hörfähigkeit vorlag.

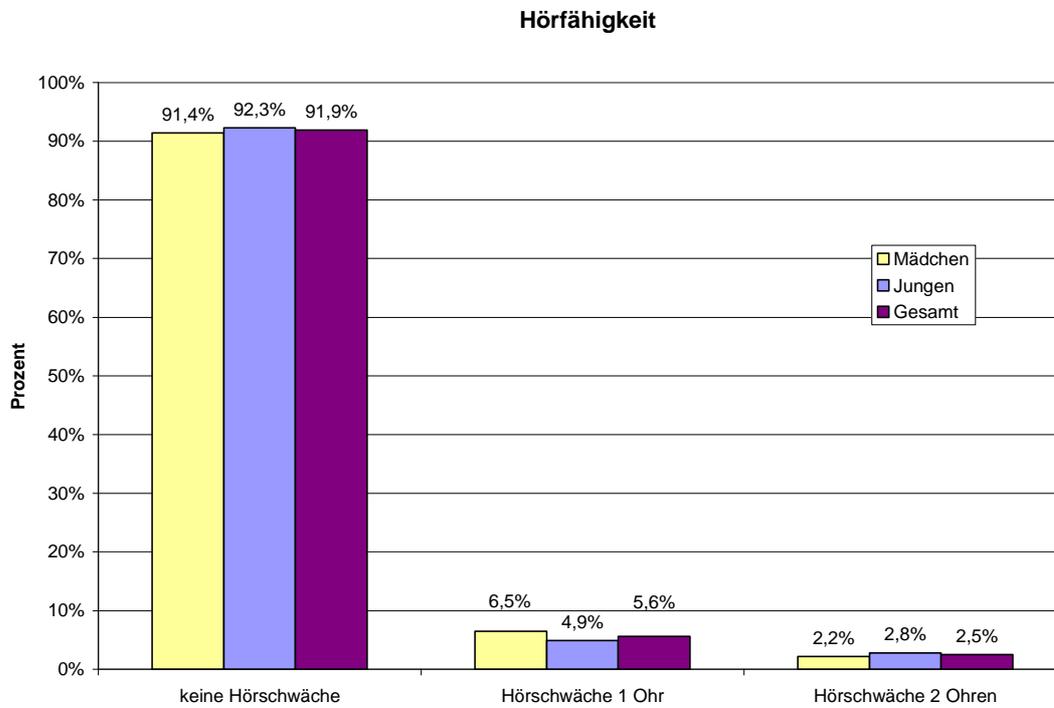


Abb. 15: Hörfähigkeit

Ein Vergleich zu den Ergebnissen der aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsstudien kann an dieser Stelle nicht vorgenommen werden, da in den Studien nicht die gleichen Messinstrumente verwendet wurden und die Kriterien zur Festlegung von eingeschränkter Hör- oder Sehfähigkeit sich in den Studien unterscheiden.

Die Ergebnisse der Screening-Untersuchungen zur Seh- und Hörfähigkeit müssen durch entsprechende Fachärzte validiert werden.

4. Zusammenhänge gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen

In verschiedenen wissenschaftlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Ausprägungen des gesundheitsrelevanten Verhaltens Zusammenhänge aufweisen (z.B. 21). Die Kenntnis derartiger Zusammenhänge spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Interventionsmaßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung.

In der Gruppe der Mannheimer Haupt- und Förderschülerinnen bestehen statistisch signifikante Zusammenhänge in den Bereichen Freizeitverhalten, Gebrauch psychoaktiver Substanzen und Hygieneverhalten.

Im Rahmen der Zusammenhangsanalyse des Freizeitverhaltens wurden die Ausübung organisierter sportlich-körperlicher Aktivität im Sportverein und die Nutzungsdauer elektronischer Medien betrachtet (Abb. 16). Es zeigt sich, dass sich ein höherer Prozentanteil der Kinder und Jugendlichen, die nicht im Sportverein aktiv sind, zwischen 3-4 Stunden (18,6%) und mehr als vier Stunden täglich (57,7%) mit elektronischen Medien beschäftigt. Unter den Mitgliedern im Sportverein liegt der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die sich bis zwei Stunden täglich mit elektronischen Medien beschäftigen, ca. 10% über dem Anteil der Nichtmitglieder im Sportverein. Diese Unterschiede treten bei Jungen und Mädchen gleichermaßen auf. Organisierte Sportaktivität scheint eine Freizeitbeschäftigung zu sein, die für einen bestimmten Anteil der Kinder und Jugendlichen eine Alternative zum Medienkonsum ist.

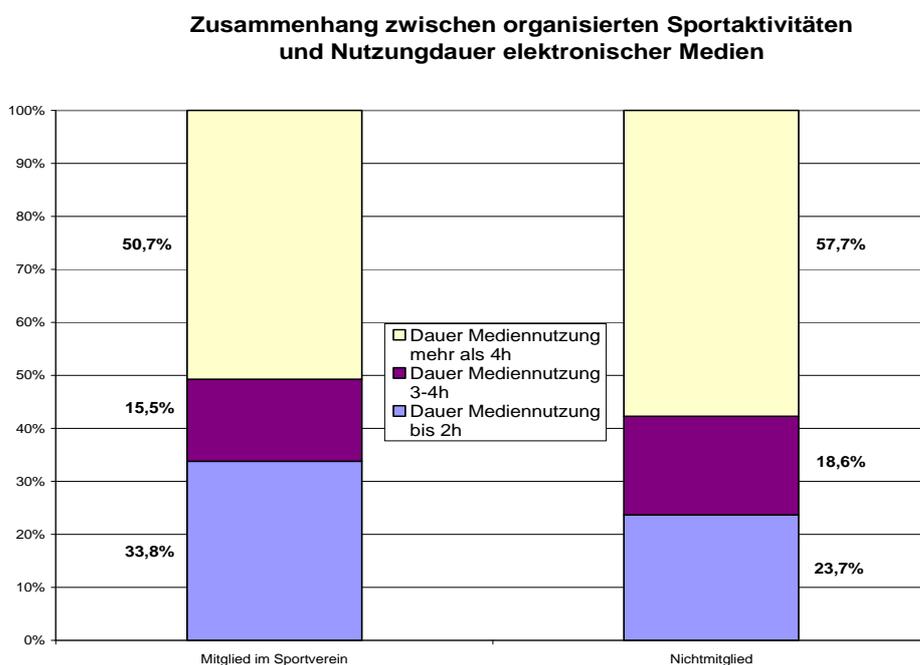


Abb. 16: Zusammenhang zwischen organisierten Sportaktivitäten und Nutzungsdauer elektronischer Medien

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Ausübung sportlich-körperlicher Aktivität pro Woche und dem Fernsehkonsum in der Altersgruppe der 11-13-Jährigen auf: Kinder und Jugendliche, die häufiger aktiv sind, schauen weniger Fernsehen. Dieses Ergebnis konnte in Mannheim nur für die Mädchen in dieser Altersgruppe bestätigt werden. Unter den Mädchen, die weniger als einmal pro Woche Bewegungsaktivitäten ausüben, sind signifikant mehr Personen anzutreffen, deren täglicher Fernsehkonsum bei mindestens drei Stunden liegt (47,9%) als bei den Mädchen, die regelmäßig ein- bis mehrmals pro Woche aktiv sind (22,4%).

Die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen dem Konsum der psychoaktiven Substanzen Alkohol und Tabak zeigt deutlich, dass unter den Schülerinnen und Schülern, die regelmäßig Alkohol trinken, auch der Anteil der regelmäßigen Raucher mit 48,7% signifikant am höchsten ist (Abb. 17). Der Anteil der regelmäßigen Raucher nimmt ab, je seltener Alkohol

konsumiert wird. Zusammenhänge zwischen dem Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen konnten aufgrund der geringen Fallzahl der Konsumenten nicht berechnet werden. Es zeichnet sich ab, dass unter den Sportvereinsmitgliedern ein höherer Anteil an Kindern und Jugendlichen Alkohol trinkt als unter den Nichtmitgliedern. Dieses Ergebnis konnte in mehreren Sozialisationsstudien bestätigt werden (z.B. 22).

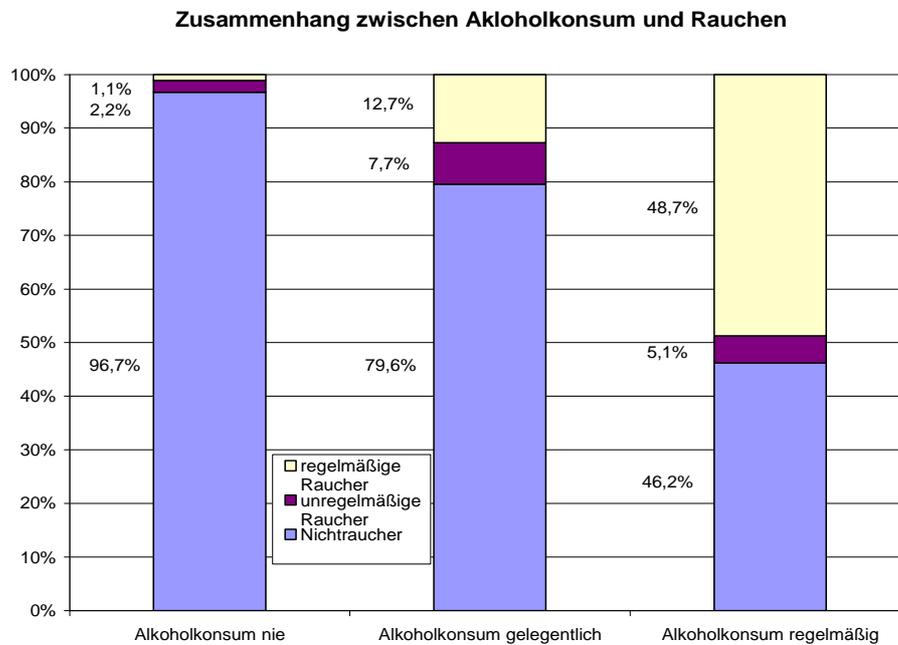
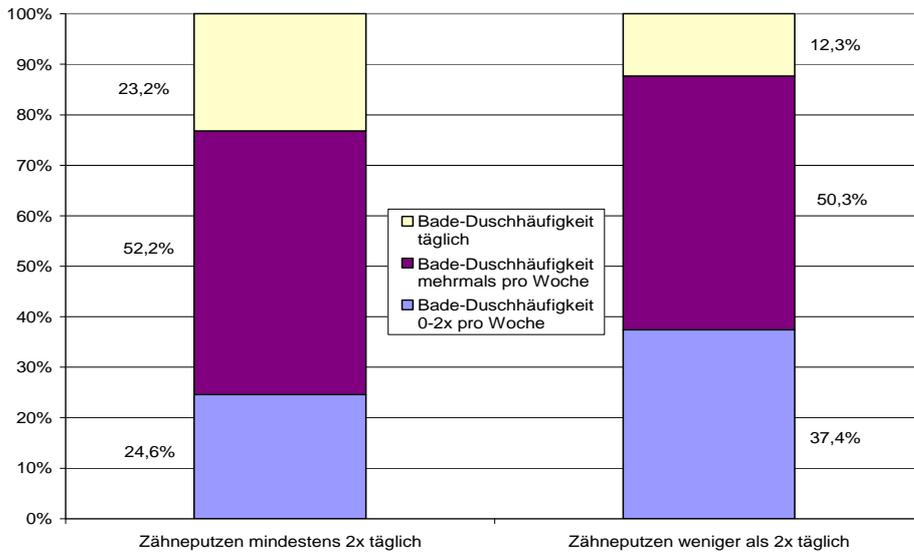


Abb. 17: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Rauchen

Eine Analyse des Mund- und Körperhygieneverhaltens ergibt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang (Abb. 18). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich duschen oder baden ist unter denjenigen, die mindestens 2x am Tag die Zähne putzen (23,3%), fast doppelt so hoch wie unter den Kindern und Jugendlichen, die weniger als zweimal am Tag Zähne putzen (12,3%).

Zusammenhang zwischen Mund- und Körperhygiene



Ab

b. 18: Zusammenhang zwischen Mund- und Körperhygiene

5. Kinder und Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund

Die Ergebnisse aktueller bundesweiter Studien (KiGGS, HBSC) weisen darauf hin, dass die gesundheitliche Situation und das gesundheitsrelevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund Besonderheiten aufweisen. Diese Besonderheiten erfordern zielgruppenspezifische und kultursensible Ansätze der Intervention. Die auftretenden Unterschiede zu den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund werden verschiedenen Ursachen zugeschrieben wie zum Beispiel kulturell-religiösen Hintergründen sowie der Integrationssituation und der sozialen Lage der Familie (24).

Im Rahmen der Jugendgesundheitsstudie Mannheim können auf der Basis des Herkunftslands nur annähernd verlässliche Aussagen zur gesundheitlichen Situation und dem gesundheitsrelevanten Verhalten der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund und mit türkischem Migrationshintergrund gemacht werden. Die Anzahl der untersuchten Kinder und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund (N=252) entspricht ungefähr der Anzahl der Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund (N=223). Im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse muss unbedingt berücksichtigt werden, dass es sich bei den in Deutschland lebenden Menschen mit türkischem Migrationshintergrund um eine sehr heterogene Gruppe handelt. In dieser Gruppe sind viele unterschiedliche Lebensstile zu beobachten, welche in verschiedenartigen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie in unterschiedlichen Ausprägungen kultureller Verbundenheit und Religiosität zum Ausdruck kommen.

Aufgrund der geringeren Anzahl der an der Studie beteiligten Kinder und Jugendlichen mit italienischem (N=56), arabisch-islamischem (N=46) und polnischem (N=41) Migrationshintergrund können lediglich Tendenzen für diese Nationalitätengruppen aufgezeigt werden.

Die Analyse der Ergebnisse nach Herkunftsländern der Kinder und Jugendlichen entspricht der Vorgehensweise des Robert-Koch Instituts zur Analyse der migrantenspezifischen Daten des KiGGS-Surveys (24). Das Herkunftsland bzw. die Herkunftsregion wird als Indikator für kulturelle Einflüsse auf Aspekte des gesundheitsrelevanten Verhaltens angesehen. Vergleiche zur KiGGS-Studie werden aufgrund unterschiedlicher Zuordnungskriterien der Herkunftsländer bzw. -regionen nicht vorgenommen.

Die folgenden Ergebnisse sollen ausschließlich vor dem Hintergrund der Entwicklung kultursensibler Interventionsmaßnahmen aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung für gesundheitliche Risikogruppen betrachtet werden.

5.1 Sozialer Status der Familien

Zur Analyse des sozialen Status der Herkunftsfamilien von Kindern und Jugendlichen in den 5. und 7. Klassen an Mannheimer Haupt- und Förderschulen wurde in Anlehnung an die KiGGS-Studie der Sozialschichtindex nach Winkler (25) verwendet. In diesen Index fließen die Schulbildung und der Ausbildungsabschluss der Eltern, die Stellung der Eltern im Beruf und das Haushaltsnettoeinkommen ein. Diese Daten wurden im Rahmen des Elternfragebogens erhoben. Von 432 Familien (94,3% der Elternfragebögen) liegen Daten zum sozialen Status vor.

Die Analyse der Schichtzugehörigkeit ergibt, dass in allen Nationalitätengruppen mit Ausnahme der Schülerinnen und Schüler polnischer Herkunft weit über die Hälfte der Familien der unteren Sozialschicht angehören (Abb. 19). Unter Familien mit türkischem (80%) und italienischem Migrationshintergrund (75,7%) sind die meisten Angehörigen der untersten Sozialschicht anzutreffen. Ebenso wie bei den Familien aus den arabisch-islamischen Ländern befinden sich unter den Familien mit türkischem und italienischem Migrationshintergrund keine Angehörigen der oberen Sozialschicht. Der niedrigste Anteil der Familien aus der untersten Sozialschicht (46,4%) und gleichzeitig der höchste Anteil der Angehörigen der oberen Sozialschicht (11,3%) ist unter den Familien mit polnischem Migrationshintergrund anzutreffen.

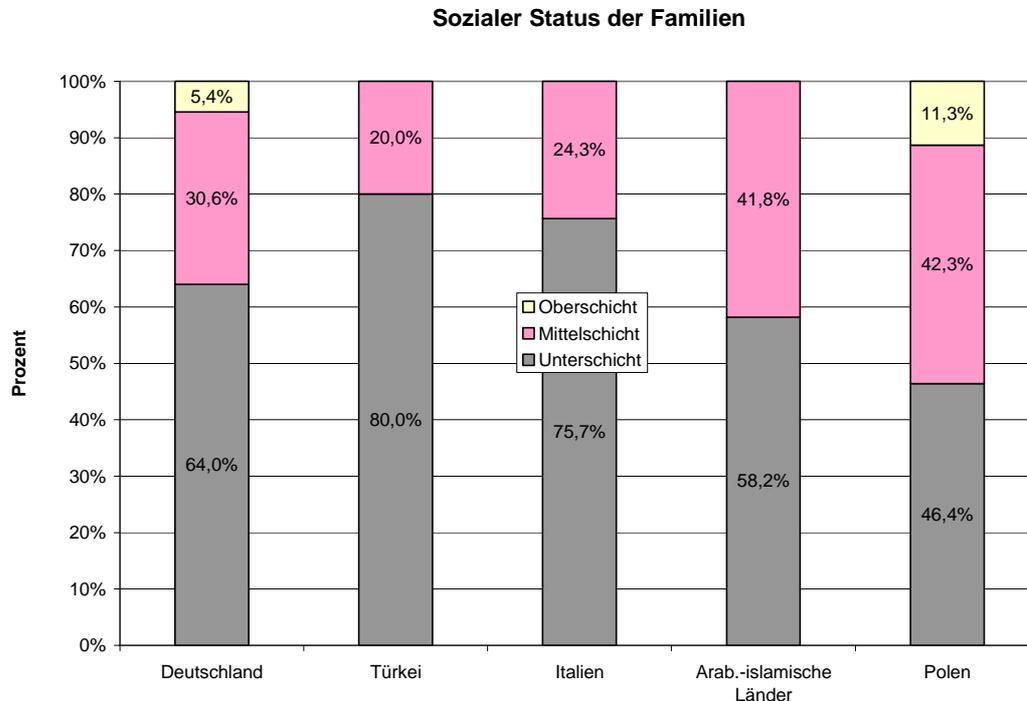


Abb. 19: Sozialer Status der Familien

Ein Vergleich mit den Verteilungen des sozialen Status der Familien aus der KiGGS-Studie kann an dieser Stelle nicht vorgenommen werden, da die Daten der KiGGS-Studie für den gesamten Altersbereich von 0-17 Jahre vorliegen.

5.2 Gesundheitsrelevantes Verhalten

5.2.1 Körperliche Aktivität und Sport

Die Analyse des herkunftsspezifischen Bewegungsverhaltens ergibt, dass die höchsten Anteile an sportpassiven und unregelmäßig aktiven (weniger als einmal pro Woche) Schülerinnen und Schülern in den Gruppen der deutschen (14,4%) und der türkischstämmigen (12,8%) Kinder und Jugendlichen zu beobachten sind (Abb. 20). Die höchsten Anteile an Kindern und Jugendlichen, die regelmäßig dreimal pro Woche bis täglich Bewegungs- und Sportaktivitäten ausüben, sind unter den polnischen (70,4%) und auch unter den deutschen (65,6%) Schülerinnen und Schülern anzutreffen. Hinsichtlich der Ausübung sportlich körperlicher Aktivität liegen Geschlechtsunterschiede vor. In den Gruppen der Kinder und Jugendlichen mit türkischem und polnischem Migrationshintergrund übt ein signifikant höherer Anteil der Jungen regelmäßige (mindestens einmal pro Woche) sportlich-körperliche Aktivitäten in der Freizeit aus. Diese deutlichen Geschlechterdifferenzen bestehen bei den Schülerinnen und Schülern deutscher, italienischer und arabisch-islamischer Herkunft nicht.

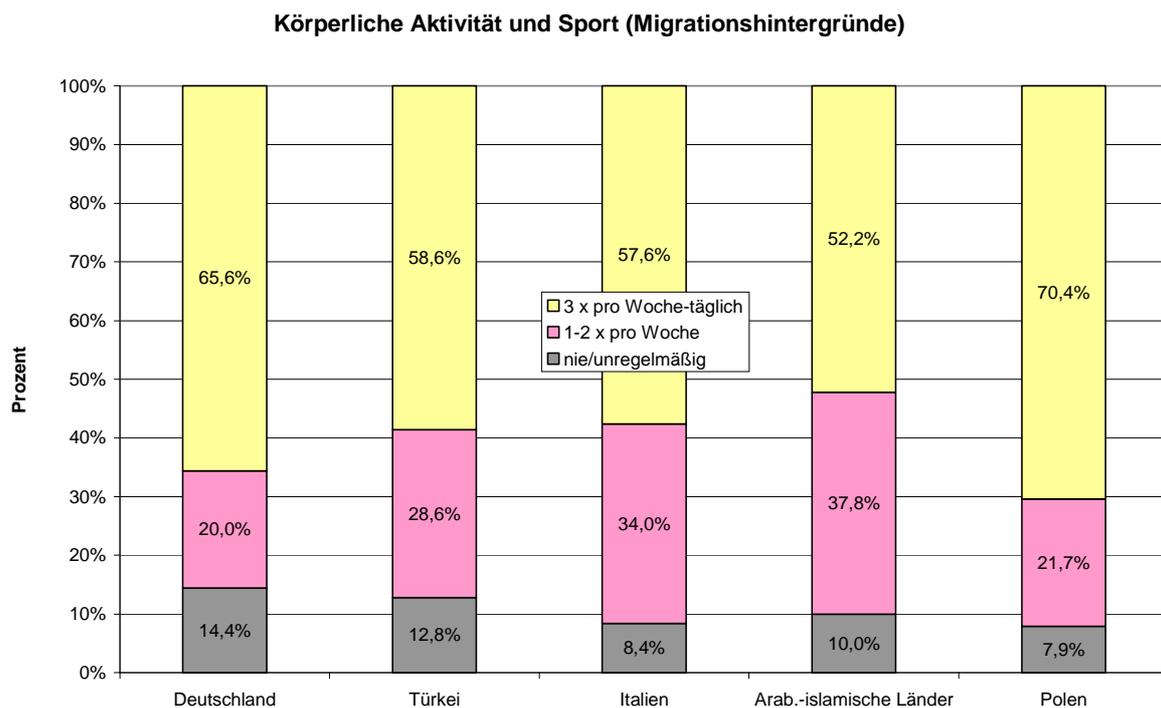


Abb. 20: Körperliche Aktivität und Sport (Migrationshintergründe)

Die Mitgliedschaft im Sportverein zeigt geschlechts- und herkunftsspezifische Differenzen (Abb. 21). Der Organisationsgrad im Sportverein bei den Kinder und Jugendlichen türkischer, arabisch-islamischer und deutscher Herkunft liegt zwischen 32% und 37%. Die italienischen (45,4%) und polnischen (52,2%) Schülerinnen und Schüler sind zu höheren Anteilen im Sportverein organisiert. Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Mitgliedschaft im Sportverein zeigt deutlich, dass unter den türkischen (14,5) und unter den polnischen

(21,4%) Mädchen der Organisationsgrad am niedrigsten ist. Jungen sind in den Gruppen ohne Migrationshintergrund, mit türkischem und polnischem Migrationshintergrund statistisch signifikant zu höheren Anteilen im Sportverein organisiert. Diese Geschlechtsunterschiede bestehen in den Gruppen der italienischen und arabisch-islamischen Kinder und Jugendlichen nicht.

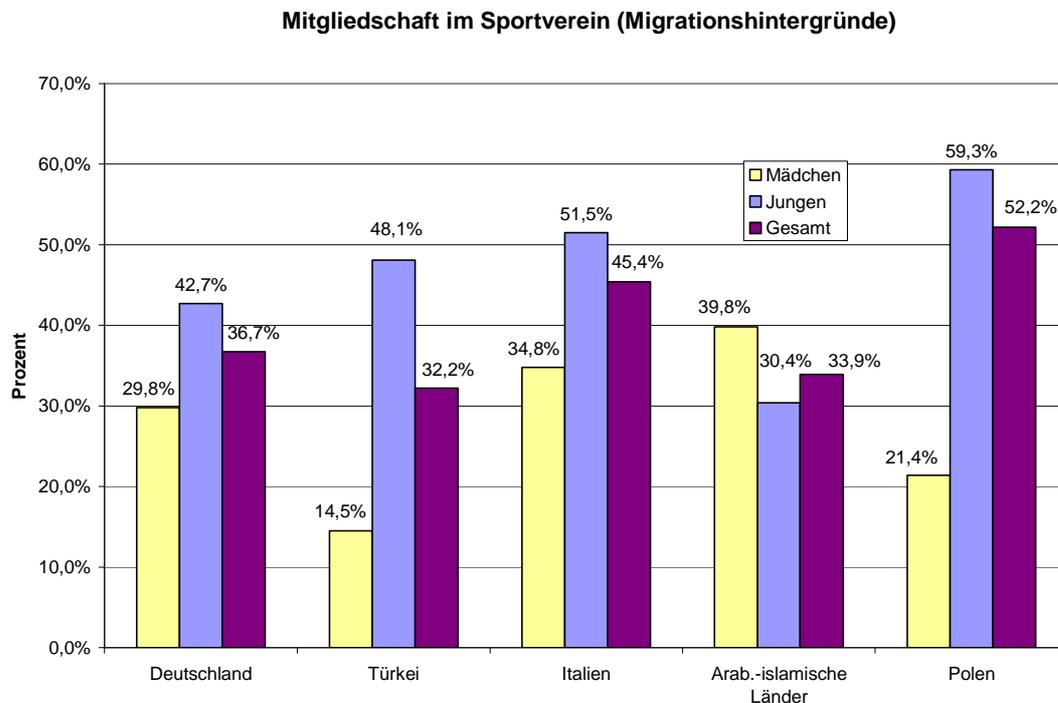


Abb. 21: Mitgliedschaft im Sportverein (Migrationshintergründe) (Die Zahlen ergeben in der Summe nicht 100%, da nur die Prozentanteile der Vereinsmitglieder jeweils unter Jungen und Mädchen aufgeführt sind)

5.2.2 Alkoholkonsum

Der Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen sowie auch bei Erwachsenen ist sehr stark von kulturellen und religiösen Einflussfaktoren geprägt (24). Vor diesem Hintergrund treten große Unterschiede im Alkoholkonsumverhalten zwischen den Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Herkunftsländern auf (Abb. 22). Erwartungsgemäß trinken geringere Anteile der Schülerinnen und Schüler aus den 5. und 7. Klassen an Mannheimer Haupt- und Förderschulen mit türkischem Migrationshintergrund (8,0%) und aus arabischen Ländern (17,0%) Alkohol. Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund, mit italienischer oder polnischer Herkunft zeigen keine bedeutenden Unterschiede hinsichtlich ihres Alkoholkonsums. In diesen Gruppen liegen die prozentualen Anteile der gelegentlich oder regelmäßigen Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten zwischen 29,6% und 32,8%. Aufgrund der geringen Fallzahlen der Alkoholkonsumenten unter den türkischen, arabisch islamischen Kindern und Jugendlichen wurde die geschlechtsspezifische Konsumhäufigkeit nur für die Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund, polnischer und italienischer Herkunft berechnet. In diesen Gruppen liegen keine Geschlechterdifferenzen vor.

Alkoholkonsum (Migrationshintergründe)

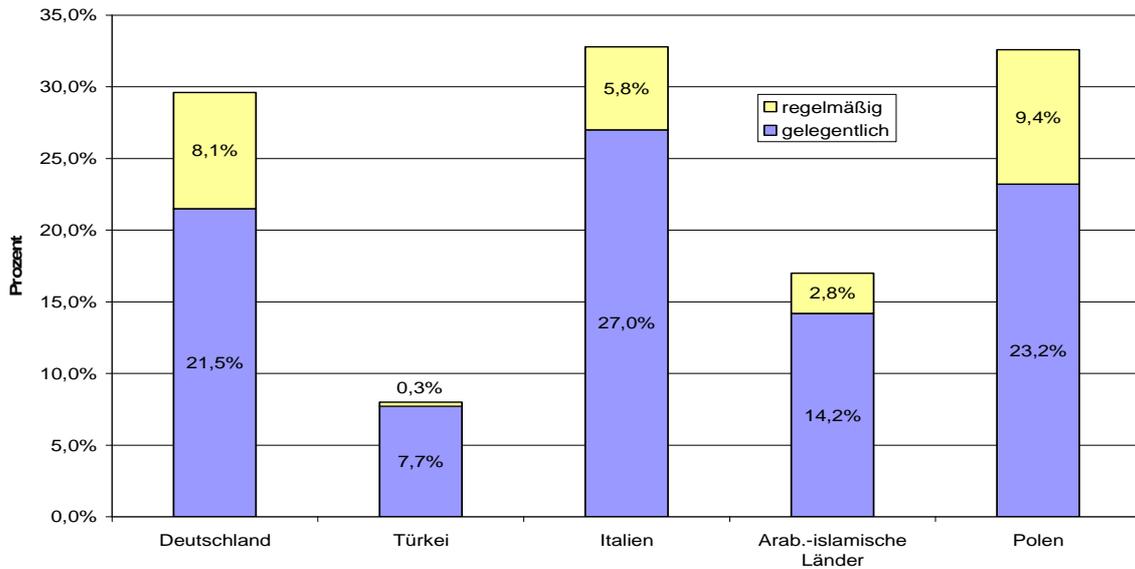


Abb. 22: Alkoholkonsum (Migrationshintergründe)

Die folgende Abbildung (Abb. 23) verdeutlicht, dass das Trinken bis zum Erinnerungsverlust schwerpunktmäßig unter deutschen und polnischen Kindern und Jugendlichen auftritt. Von den deutschen Schülerinnen und Schülern gaben 8,1% der Befragten an, schon ein- oder mehrmals so betrunken gewesen zu sein, dass sie sich an nichts mehr erinnern konnten. In der polnischen Vergleichsgruppe liegt der Anteil bei 7,3%. Aufgrund der geringen Fallzahlen der Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten in den Nationalitätengruppen können auch an dieser Stelle nur Aussagen für Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund gemacht werden. Es bestehen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bei den Mädchen und Jungen ohne Migrationshintergrund bezüglich des exzessiven Alkoholkonsums.

Erinnerungsverlust durch Alkoholkonsum (Migrationshintergründe)

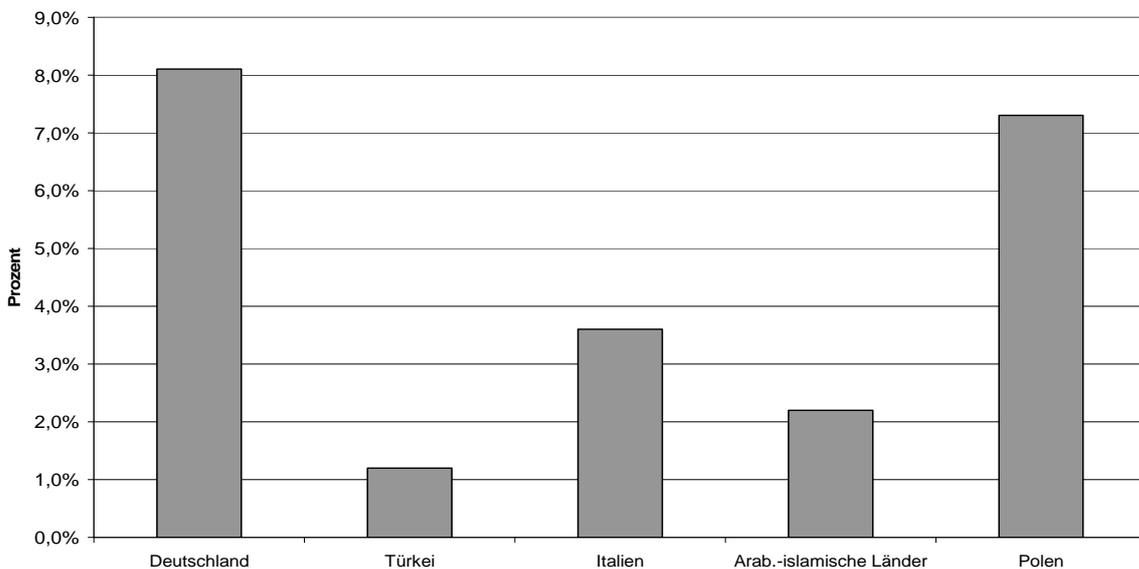


Abb. 23: Erinnerungsverlust durch Alkoholkonsum (Migrationshintergründe)

5.2.3 Rauchverhalten

Das Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler in den 5. und 7. Klassen der Mannheimer Haupt- und Förderschulen weist ebenso wie der Alkoholkonsum herkunftsspezifische Unterschiede auf. Kinder und Jugendliche mit türkischem (3,1%), italienischem (4,3%) und arabisch-islamischen (2,8%) Migrationshintergrund sind mit annähernd gleichen Anteilen unter den regelmäßigen Rauchern vertreten. Etwas höhere Anteile der deutschen (8,5%) und polnischen (7,9%) Kinder und Jugendlichen rauchen regelmäßig. Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der gelegentlichen und regelmäßigen Raucher weisen die türkischstämmigen (5,3%) Schülerinnen und Schüler den geringsten und die Kinder und Jugendlichen mit polnischem Migrationshintergrund den höchsten (15,8%) Raucheranteil auf. Aufgrund der geringen Fallzahlen der Raucher in den Nationalitätengruppen können an dieser Stelle nur Aussagen für die Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund gemacht werden. Es bestehen keine Geschlechtsunterschiede bei den Mädchen und Jungen ohne Migrationshintergrund bezüglich der Regelmäßigkeit des Rauchens.

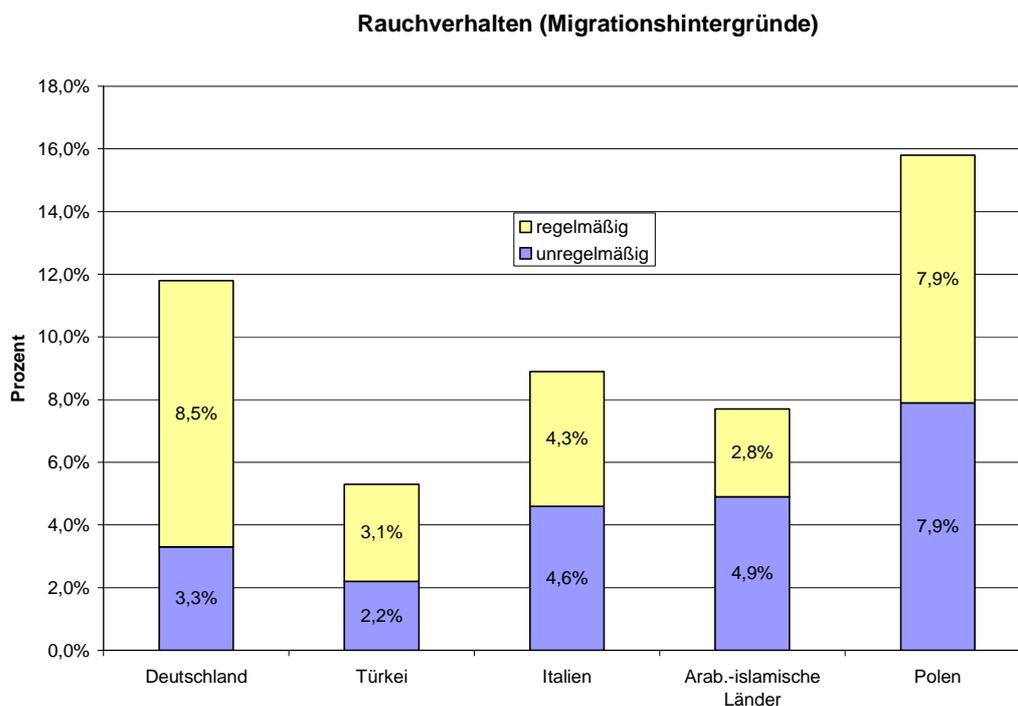


Abb. 24: Rauchverhalten (Migrationshintergründe)

5.2.4 Nutzung elektronischer Medien

Die tägliche Zeit der Nutzung elektronischer Medien (Fernsehen, Spielkonsole, Computer/Internet, Handy) unterscheidet sich in den Vergleichsgruppen der Kinder und Jugendlichen aus verschiedenen Herkunftsländern zum Teil nur geringfügig (Abb. 25). Unter den Schülerinnen und Schülern mit italienischem und mit arabisch-islamischen Migrationshintergrund sind im Vergleich die geringsten Anteile an Nutzerinnen und Nutzern anzutreffen, die sich täglich nur bis zwei Stunden mit elektronischen Medien beschäftigen (Ital. 20,4%; arab.-isl. 23%). Gleichzeitig sind in diesen beiden Gruppen die Anteile der Nutzerinnen und Nutzer, die sich täglich mehr als vier Stunden mit elektronischen Medien beschäftigen, mit 66,1% bei den italienischen und mit 65,5% bei den arabisch-islamischen Kindern und Jugendlichen am höchsten. Kinder und Jugendliche türkischer Herkunft sind mit dem geringsten Prozentanteil unter den Nutzern elektronischer Medien mit einer Nutzungsdauer von mehr als vier Stunden täglich vertreten. Ein Vergleich zwischen Jungen und Mädchen liefert Hinweise darauf, dass sich in den Gruppen der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, mit türkischem und polnischem Migrationshintergrund die Mädchen zu größeren Anteilen unter drei Stunden täglich mit elektronischen Medien beschäftigen als die Jungen. Es zeichnet sich auch die Tendenz ab, dass bei Schülerinnen und Schülern mit italienischem und arabisch-islamischem Migrationshintergrund diese Unterschiede nicht auftreten.

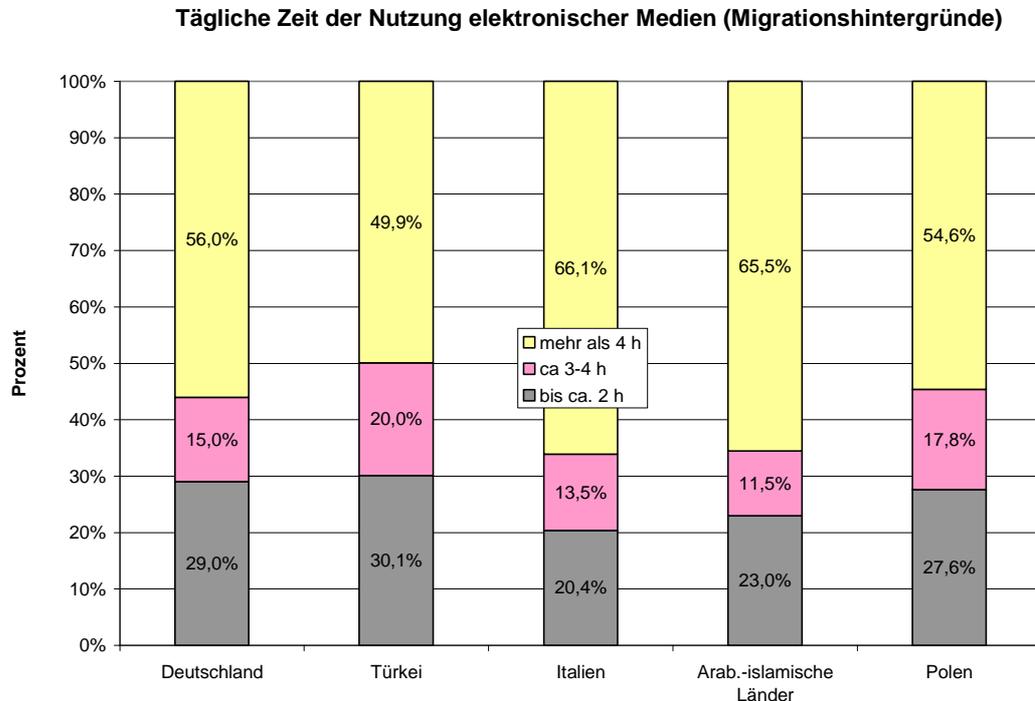


Abb. 25: Tägliche Zeit der Nutzung elektronischer Medien (Migrationshintergründe)

5.2.5 Zahnputzhäufigkeit

Die empfohlene Zahnputzhäufigkeit von mindestens zweimal täglich wird außer bei den Kindern und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund in allen anderen Vergleichsgruppen von 77,1% bis 85,8% der Schülerinnen und Schüler erreicht (Abb. 26). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit türkischem Hintergrund, die nicht oft genug die Zähne putzen, ist im Vergleich der Nationalitätengruppen mit 34,9% am höchsten, gefolgt von den deutschen Schülerinnen und Schülern mit einem Anteil von 22,9%. Eine geschlechtsspezifische Analyse der Zahnputzhäufigkeit innerhalb der Nationalitätengruppen ergibt, dass Mädchen türkischer und deutscher Herkunft signifikant häufiger mindestens zweimal täglich die Zähne putzen als Jungen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Unterschiede in den anderen Nationalitätengruppen nicht auftreten.

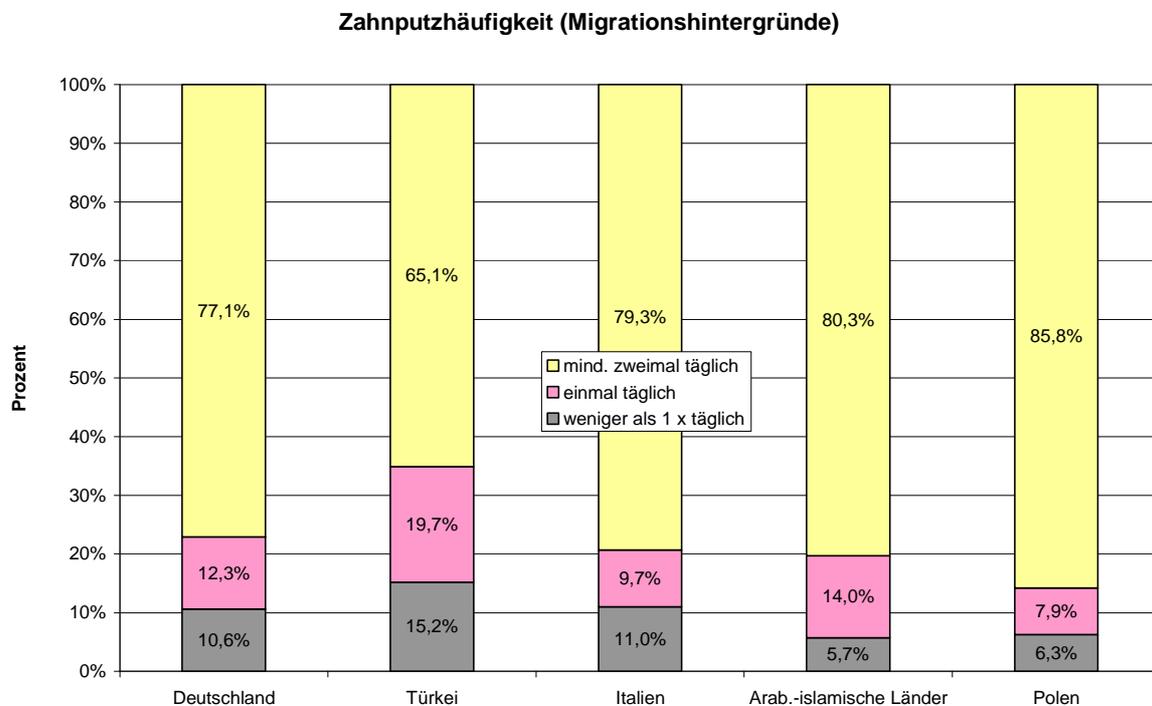


Abb. 26: Zahnputzhäufigkeit (Migrationshintergründe)

5.2.6 Körperhygiene

Das Dusch- und Badeverhalten lässt einige Übereinstimmungen in den Vergleichsgruppen erkennen (Abb. 27). Parallelen treten bei den Kindern und Jugendlichen türkischer und arabisch-islamischer Herkunft auf. In beiden Gruppen ist das Körperhygieneverhalten nahezu gleich ausgeprägt. Anteile von 7%-8% der Kinder und Jugendlichen duschen oder baden täglich und Anteile von 40%-43% duschen null bis zweimal pro Woche. Weiterhin tritt ein ähnliches Muster des Dusch- und Badeverhaltens unter den Kindern und Jugendlichen deutscher und polnischer Herkunft auf. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich duschen oder baden, ist bei den Schülerinnen und Schülern deutscher und polnischer

Herkunft mit jeweils ca. 31% am höchsten. Unter Schülerinnen und Schülern mit polnischem Migrationshintergrund ist der Prozentsatz derjenigen, die nur null bis zweimal pro Woche duschen oder baden am geringsten (8,4%). Eindeutige Geschlechtsunterschiede konnten in den Nationalitätengruppen nicht festgestellt werden.

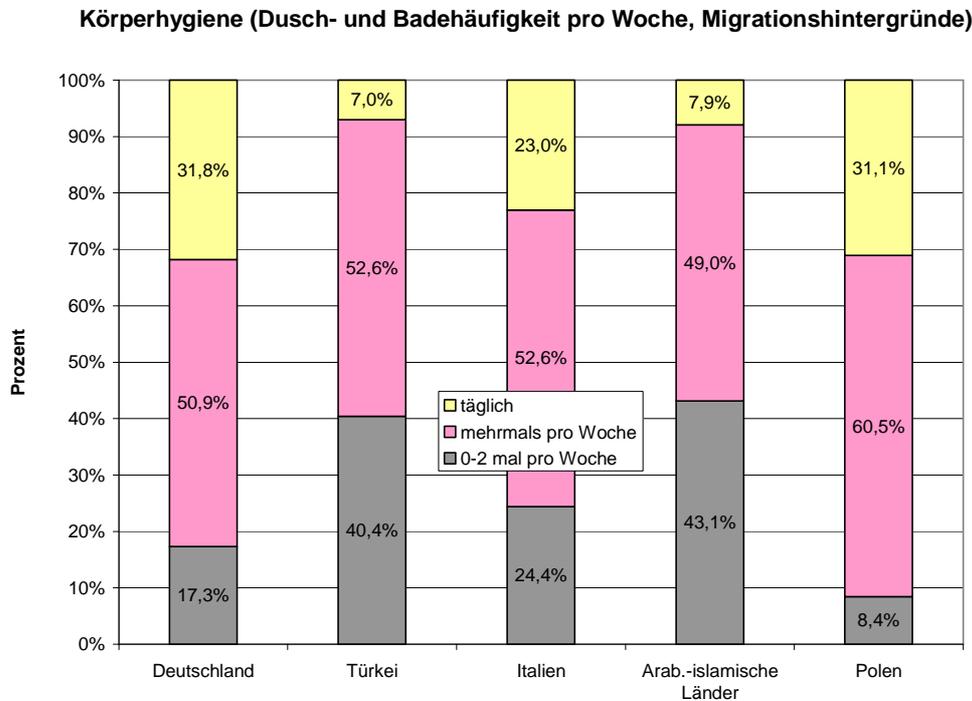


Abb. 27: Körperhygiene (Dusch- und Badehäufigkeit pro Woche, Migrationshintergründe)

5.2.7 Ernährungsverhalten

Hinsichtlich der Verzehrhäufigkeiten bestimmter Nahrungsmittel bestehen in den Nationalitätengruppen große Unterschiede. In den Gruppen der Kinder und Jugendlichen mit türkischem und mit arabisch-islamischem Migrationshintergrund sind die höchsten Anteile an Schülerinnen und Schülern vertreten, die täglich Obst (tk: 71,9%; ar.-isl: 73,3%) und Gemüse (tk: 54,1%; ar.-isl: 54,5%) verzehren. Gleichzeitig essen Kinder und Jugendliche aus diesen Migrantengruppen auch zu hohen Anteilen täglich Fast-Food (tk: 24,0%; ar.-isl: 37,2%). Kinder und Jugendliche mit italienischem Migrationshintergrund weisen das ungünstigste Verzehrprofil in Bezug auf die in Tabelle 16 dargestellten Nahrungsmittel auf. Im Vergleich zu den anderen Nationalitätengruppen essen sie zu geringen Anteilen täglich Obst (51,9%) oder Gemüse (35,4%), Vollkornbrot (38,5%), Milchprodukte (42,0%). Gleichzeitig verzehrt ein hoher Anteil der italienischen Schülerinnen und Schüler täglich Weißbrot (62,0%). Die Analyse des geschlechtsspezifischen Ernährungsverhaltens ergibt kein einheitliches Bild in den Nationalitätengruppen. Die deutlichsten Unterschiede bestehen bei der Konsumhäufigkeit von Obst und rohem Gemüse/Salat zwischen den Jungen und Mädchen mit türkischem und mit polnischem Migrationshintergrund. Mädchen weisen in diesen Gruppen das weitaus

günstigere Ernährungsverhalten auf als die Jungen. In der folgenden Tabelle sind nur die Nahrungsmittel aufgeführt, bei denen für tägliche Verzehrhäufigkeiten eine Auswertung wissenschaftlich abgesichert ist oder sinnvoll erscheint⁹.

Täglicher Verzehr von Nahrungsmitteln (Migrationshintergründe)					
Nahrungsmittel	Kein Migrationsh.	Türkischer Migrationsh.	Italienischer Migrationsh.	Polnischer Migrationsh.	Arab.-ilsam. Migrationsh.
Obst	63,7%	71,9%	51,9%	65,9%	73,3%
Salat/rohes Gemüse	46,7%	54,1%	35,4%	52,5%	54,5%
Weißbrot	41,4%	56,9%	62,0%	51,3%	44,4%
Vollkornbrot	46,0%	44,4%	38,5%	61,5%	42,2%
Fastfood/Pommes	12,4%	24,0%	15,4%	12,2%	37,2%
Milchprodukte	49,3%	52,7%	42,0%	56,1%	45,5%

Tab. 16: Täglicher Verzehr von Nahrungsmitteln (Migrationshintergründe)

5.3 Übergewicht und Adipositas

Die differenzierte Analyse von Übergewicht und Adipositas zeigt in allen Herkunftsgruppen im Vergleich zu den Daten aus der KiGGS-Studie für Gesamtdeutschland überdurchschnittlich hohe Werte (Abb. 28). Unter den Schülerinnen und Schülern der 5. und 7. Klassen an Mannheimer Haupt- und Förderschulen mit italienischem Migrationshintergrund ist der größte Anteil an Übergewichtigen (20,5%) und Adipösen (26,5%) zu beobachten. Sie sind auch die einzige Gruppe, in welcher der Anteil der adipösen Kinder und Jugendlichen über dem Anteil der Übergewichtigen liegt. In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit polnischem Migrationshintergrund ist der prozentuale Anteil der Adipösen (8,7%) im Vergleich zu den anderen Nationalitätengruppen am geringsten. Bei einer Gesamtbetrachtung der Anteile von Kindern und Jugendlichen mit zu hohem Körpergewicht treten außer im Vergleich zu den italienischen Schülerinnen und Schülern (47%) nur geringfügige Unter-

⁹ Der Verzehr von Nahrungsmitteln wird aufgrund der kleinen Fallzahlen in den Nationalitätengruppen der Schülerinnen und Schüler mit italienischem, polnischem und arabisch-islamischem Migrationshintergrund nur für Nahrungsmittel ausgewertet, bei denen die Differenzierung in täglichen und nicht täglichem Verzehr aussagekräftig ist.

schiede auf. Die prozentualen Anteile liegen alle zwischen 31,3% und 37,8%. Es bestehen keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede in den Nationalitätengruppen.

Übergewicht und Adipositas (Migrationshintergründe)

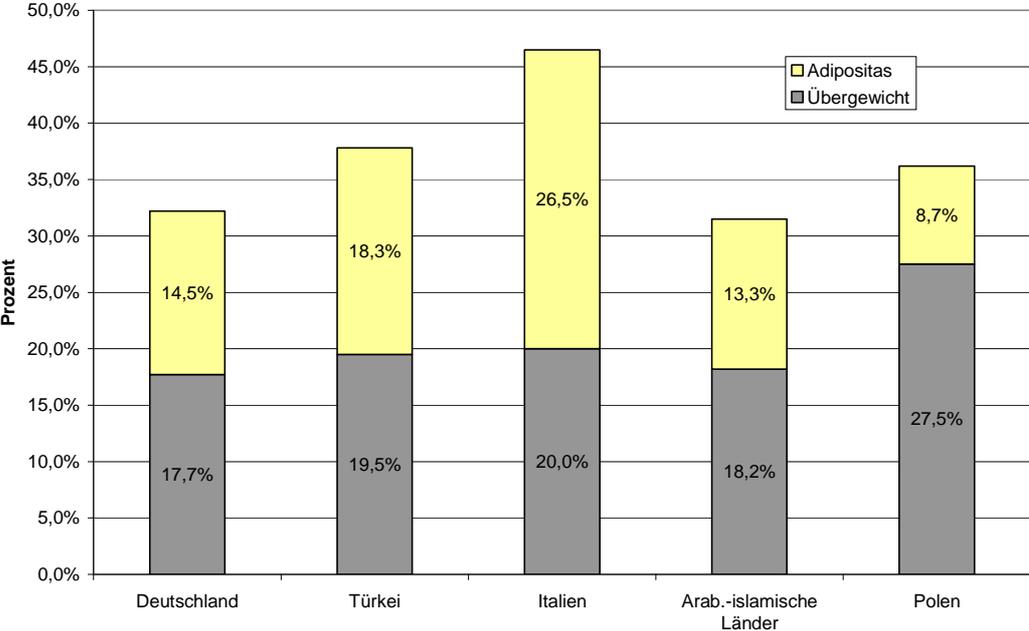


Abb. 28: Übergewicht und Adipositas (Migrationshintergründe)

6. Zusammenfassung und Interventionsbedarf

Von Oktober 2008 bis April 2009 führte der Fachbereich Gesundheit der Stadt Mannheim an allen Mannheimer Haupt- und Förderschulen eine Jugendgesundheitsstudie durch. In dieser Studie wurden Schülerinnen und Schüler den 5. und 7. Jahrgangsstufen (10-16 Jahre) zu gesundheitsrelevanten Themen befragt und untersucht. Zusätzlich wurden die Eltern darum gebeten, einen Fragebogen zu beantworten. Es haben 799 Schülerinnen und Schüler (77%) und 457 Eltern (57,2%) an der Studie teilgenommen. Insgesamt hatten 69% der Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund.

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Schülerinnen und Schüler der 5. und 7. Jahrgangsstufen der Mannheimer Haupt- und Förderschulen. Als Vergleichsdaten wurden die Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) herangezogen. In Anlehnung an die KiGGS-Studie erfolgte im Rahmen der Datenanalyse der Jugendgesundheitsstudie Mannheim eine differenzierte Auswertung nach Migrationshintergründen. In die vergleichende Analyse konnten aufgrund der Fallzahlen in den Nationalitätengruppen Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund, mit türkischem, italienischem, polnischem und arabisch-islamischen Migrationshintergrund aufgenommen werden.

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Körperliche Aktivität und Sport

- Insgesamt üben 86,4% der Schülerinnen und Schüler regelmäßig Bewegungs- und Sportaktivitäten in der Freizeit aus. Jungen sind aktiver als Mädchen.
- Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit der wöchentlichen Sportaktivität ab.
- Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind die Mädchen ab dem Alter von 12 Jahren deutlich geringer aktiv.
- Das Bewegungs- und Sportverhalten unterscheidet sich in den Nationalitätengruppen. Anteile der regelmäßig Aktiven liegen zwischen 85,6% bei Schülerinnen und Schülern ohne Migrationshintergrund und 92,1% bei Schülerinnen und Schülern polnischer Herkunft. Jungen türkischer und polnischer Herkunft sind deutlich aktiver als Mädchen.
- Jungen sind insgesamt zu höheren Anteilen (45,8%) im Sportverein organisiert als Mädchen (28,4%). Der Organisationsgrad im Sportverein liegt bei Jungen und Mädchen unter den Vergleichswerten für Gesamtdeutschland.
- Der in der KiGGS-Studie festgestellte deutliche Rückgang der Sportvereinsmitgliedschaften mit zunehmendem Alter konnte in der Mannheimer Studie nicht bestätigt werden.
- Geschlechterdifferenzen des Organisationsgrads treten in allen Nationalitätengruppen außer bei den arabisch-islamischen Kindern und Jugendlichen auf.

Interventionsbedarf:

Hinsichtlich der Ausübung von sportlich-körperlicher Aktivität ist ein Interventionsbedarf erkennbar:

- Steigerung der Quote regelmäßig sportaktiver Mädchen.
- Steigerung der wöchentlichen Bewegungshäufigkeit unter den bereits aktiven Mädchen.
- Steigerung organisierter Bewegungsaktivitäten bei Mädchen und Jungen. Diese scheinen mit zunehmendem Alter der Jugendlichen einen höheren Bindungswert zu haben als informelle, unorganisierte Bewegungs- und Sportaktivitäten.

Mögliche Maßnahmen:

- Schaffung von strukturellen räumlichen Voraussetzungen in Settings.
- Entwicklung von zielgruppenspezifischen Bewegungsangeboten unter Beachtung der Kultur- und Geschlechtersensibilität.

Alkoholkonsum

- Ungefähr 22% der Schülerinnen und Schüler haben schon einmal Alkohol getrunken, 4,9% der Kinder und Jugendlichen trinken regelmäßig Alkohol. Es bestehen hinsichtlich der Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums keine Geschlechterdifferenzen.
- Mit zunehmendem Alter steigt der Alkoholkonsum an.
- Das Rauschtrinken tritt auch bei den Mannheimer Schülerinnen und Schülern auf. Von den Jugendlichen, die schon einmal Alkohol getrunken haben, waren 20,3% mindestens einmal so betrunken, dass sie sich an nichts mehr erinnern konnten. Es liegen keine Geschlechtsunterschiede vor. Eine Behandlung durch den Arzt war überwiegend bei Jungen erforderlich.
- Bei den 14Jährigen Mädchen liegt der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumentinnen über dem Bundesdurchschnitt. Der Alkoholkonsum der Jungen liegt bis zum Alter von 14 Jahren etwas unter dem Bundesdurchschnitt.
- Unter den Kindern und Jugendlichen mit türkischem und mit arabisch-islamischem Migrationshintergrund spielt der Alkoholkonsum eine untergeordnete Rolle. In den Nationalitätengruppen ohne Migrationshintergrund (8,1%) und mit polnischem Migrationshintergrund (9,1%) treten die höchsten Anteile des regelmäßigen Alkoholkonsums auf.
- Die Eltern der Schülerinnen und Schüler sind häufig nicht über den Alkoholkonsum ihrer Kinder informiert.

Interventionsbedarf:

Auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse zum Alkoholkonsum ist ein Interventionsbedarf erkennbar:

- Erhöhung des Einstiegsalters,

- Verhinderung des regelmäßigen Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen,
- Verhinderung des exzessiven Alkoholkonsums (Missbrauch),
um langfristig einer Abhängigkeit vorzubeugen und um körperliche Schäden zu vermeiden.

Mögliche Maßnahmen:

- Frühzeitige Aufklärung über Gefahren des Alkoholkonsums, Vermittlung eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Alkohol.
- Stärkung der abstinenten Kinder und Jugendlichen.
- Information von Betreuungspersonen zum Thema (exzessiver) Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen.
- Beratungsangebote zur Reflexion des Alkoholkonsums.
- Schülermentorenprogramme.

Rauchverhalten und Passivrauchen

- Insgesamt rauchen 9% der Schülerinnen und Schüler gelegentlich oder regelmäßig. Es liegen keine Geschlechtsunterschiede vor.
- Mit zunehmendem Alter steigt der Tabakkonsum an.
- Neben dem Rauchen von Zigaretten spielt auch das Rauchen von Wasserpfeifen eine Rolle.
- Im Vergleich zu den KiGGS-Ergebnissen ist der Anteil der gelegentlichen und regelmäßigen Raucherinnen und Raucher in Mannheim in den Altersgruppen der 12-, 14- und 15Jährigen höher.
- Unter den Kindern und Jugendlichen mit türkischem und mit arabisch-islamischem Migrationshintergrund spielt das Rauchen von Zigaretten eine untergeordnete Rolle. In den Nationalitätengruppen ohne Migrationshintergrund (8,5%) und mit polnischem Migrationshintergrund (7,9%) sind die höchsten Anteile regelmäßiger Raucher anzutreffen.
- Von den Nichtraucher unter den Schülerinnen und Schülern halten sich 36,8% regelmäßig in Räumen auf, in welchen geraucht wird, 18,8% der Nichtraucher sind täglich dem Tabakrauch in Innenräumen ausgesetzt.

Interventionsbedarf

Die Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie zum Rauchen und Passivrauchen lassen einen Interventionsbedarf erkennen:

- Erhöhung des Einstiegsalters, je später der Einstieg erfolgt, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit.
- Weitere Reduktion des Raucheranteils ab dem Alter von 12 Jahren.
- Reduktion des Anteils der Eltern, die in Anwesenheit ihrer Kinder rauchen.

Mögliche Maßnahmen:

- Aufklärung über Gefahren des Zigaretten- und Wasserpfeiferauchens.
- Stärkung der Nichtraucherinnen und Nichtraucher.
- Schülermentorenprogramme.
- Belohnungssysteme für Nichtraucher (z.B. Schülerwettbewerbe).
- Aufklärung/Information der Eltern und Betreuungspersonen über Gefahren des Passivrauchens.

Konsum illegaler Drogen und Medikamente

- Der Konsum illegaler Drogen und Medikamente ist gering. Marihuana/Haschisch und psychoaktive Medikamente haben jeweils 2,4% der Jugendlichen ausprobiert.

Hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen und Medikamente zeichnet sich **kein direkter Interventionsbedarf** ab. Die Anteile der Kinder und Jugendlichen, welche illegale Drogen und Medikamente konsumieren, sind erfreulicherweise sehr gering. Die Entwicklung sollte beobachtet und Aufklärungsmaßnahmen über Risiken und Schäden weiterhin durchgeführt werden. Alkohol und Tabak haben eine höhere Relevanz diesen Altersgruppen.

Nutzung elektronischer Medien

- Über die Hälfte (54,4%) der Schülerinnen und Schüler beschäftigt sich mehr als vier Stunden täglich mit den elektronischen Medien Fernsehen, Computer/ Internet, Handy und/oder der Spielkonsole.
- Mit zunehmendem Alter steigt die tägliche Nutzungsdauer an.
- Bei der Nutzung der genannten Medien liegen die Mannheimer Werte deutlich über den KiGGS-Werten. Dies trifft für beide Geschlechter zu.
- Die höchsten Anteile der über vier Stunden täglich liegenden Nutzungsdauer sind unter den Kindern und Jugendlichen mit italienischem (66,1%) und mit arabisch-islamischem (65,5%) Migrationshintergrund zu beobachten.

Interventionsbedarf

Die vorliegenden Ergebnisse zum Medienkonsum lassen einen Interventionsbedarf erkennen:

- Reduktion des täglichen Medienkonsums.
- Schutz der Nutzerinnen und Nutzer vor Gefahren des Internets.

Mögliche Maßnahmen:

- Interesse wecken für alternative Freizeitgestaltung und Aufzeigen von Möglichkeiten.
- Vermittlung von Medienkompetenz (Aufklärung über Möglichkeiten und Gefahren).
- Prävention von Internetabhängigkeit.

Zahnputzhäufigkeit

- Knapp drei Viertel Kinder und Jugendlichen kommen der Empfehlung des Robert-Koch-Instituts nach und putzen ihre Zähne mindestens zweimal täglich. Der Anteil der Mädchen, die mindestens zweimal täglich die Zähne putzen, ist größer als der Anteil der Jungen.
- Hinsichtlich des Zahnputzverhaltens liegen keine Altersunterschiede vor.
- Die Mannheimer Ergebnisse sind besser als die Ergebnisse der KiGGS-Studie.
- In der Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund ist der höchste Anteil an Kinder und Jugendlichen anzutreffen, die weniger als zweimal täglich die Zähne putzen (34,9%).

Interventionsbedarf:

Die Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie zum Zahnputzverhalten zeigen schwerpunktmäßig einen geschlechtsspezifischen Interventionsbedarf auf.

- Erhöhung des Anteils der Kinder und Jugendlichen (Schwerpunkt Jungen), die 2x täglich Zähne putzen.

Mögliche Maßnahmen:

- Implementierung präventiver Maßnahmen der Zahngesundheitserziehung in Settings.

Körperhygiene

- Lediglich ca. 20% der Kinder und Jugendlichen duschen oder baden täglich. Es treten keine Geschlechterdifferenzen auf.
- Ca. 29% duschen oder baden null bis zweimal pro Woche.
- Mit zunehmendem Alter verbessert sich das Körperhygieneverhalten: der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich duschen oder baden, steigt deutlich an.
- Unter den Kindern und Jugendlichen mit türkischem und mit arabisch-islamischem Migrationshintergrund tritt das negativste Körperhygieneverhalten auf. Jeweils ca. 40% duschen oder baden null bis zweimal pro Woche.

Interventionsbedarf:

Die Ergebnisse zur Körperhygiene zeigen einen Interventionsbedarf auf:

- Verbesserung des Körperhygieneverhaltens.

Mögliche Maßnahmen:

- Implementierung von Maßnahmen zur Hygieneerziehung und zur Thematik der Pubertät in Settings.

Ernährung

- Bei den Mädchen ist überwiegend ein positiveres Ernährungsverhalten zu beobachten als bei den Jungen. Ein höherer Anteil der Mädchen isst im Vergleich zu den Jungen täglich Obst, rohes Gemüse und Salat sowie Vollkornbrot.
- Hinsichtlich der Verzehrhäufigkeiten von Weißbrot, Fastfood/Pommes sowie Süßwaren und Nudeln oder Reis, Milchprodukten, Knabberartikeln (Chips, Salzgebäck etc.) und Kartoffeln treten keine Geschlechtsunterschiede auf.
- Kinder und Jugendliche mit türkischem und arabisch-islamischem Migrationshintergrund essen zu hohen Anteilen täglich Obst und rohes Gemüse/Salat, aber auch Fast-Food. Ein ungünstiges Ernährungsprofil weisen italienische Schülerinnen und Schüler auf.

Interventionsbedarf:

Die Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie zum Ernährungsverhalten zeigen schwerpunktmäßig einen geschlechtsspezifischen Interventionsbedarf auf.

- Stärkung einer ausgewogenen Ernährung (schwerpunktmäßig im Hinblick auf die Zielgruppe der Jungen).

Mögliche Maßnahmen:

- Implementierung von Maßnahmen der Ernährungserziehung, Ernährungsberatung jeweils mit Praxisanteilen in Settings.
- Schulverpflegung: Obst.
- Gesunde, ausgewogene Ernährung in Ganztagschulen bei der Schulverpflegung.

Körperliche Gesundheit

Übergewicht und Adipositas

- Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit zu hohem Körpergewicht liegt insgesamt bei ca. 34%, davon haben ca. 16% starkes Übergewicht (Adipositas). Das Auftreten von zu hohem Körpergewicht ist häufig die Folge von gesundheitsrelevantem Fehlverhalten.
- Es bestehen keine Geschlechterdifferenzen bezüglich des Auftretens von Übergewicht und Adipositas.
- Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Schülerinnen und Schüler liegt im Altersbereich der 11-13Jährigen deutlich über den Werten für Gesamtdeutschland.

Interventionsbedarf:

Die hohen Anteile von Übergewicht und Adipositas bilden einen Anlass für gezielte Interventionen:

- Vermeidung des Anstiegs von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, evtl. Reduktion der Anteile der Übergewichtiger und Adipöser.

Mögliche Maßnahmen:

Bewegung und Sport (s.o.):

- Schaffung von strukturellen räumlichen Voraussetzungen.
- Entwicklung von zielgruppenspezifischen Bewegungsangeboten in Settings

Ernährung (s.o.):

- Implementierung von Maßnahmen der Ernährungserziehung, Ernährungsberatung jeweils mit Praxisanteilen in Settings (Schwerpunkt Prävention).
- Schulverpflegung: Obst.
- Gesunde Ernährung in Ganztagschulen.

Funktionsfähigkeit der Sinnesorgane Augen und Ohren

- In der Screening-Untersuchung der Sehfähigkeit waren (41,1%) kurzsichtig und (31%) weitsichtig. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen.
- Gespräche mit den Kindern und Jugendlichen sowie mit Lehrkräften ergaben, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Schülerinnen und Schüler eine Brille besitzt, diese aus Eitelkeit aber nie trägt.
- Über 90% der Kinder und Jugendlichen hören gut.

Interventionsbedarf:

- Reduktion des Anteils an Kindern und Jugendlichen mit unkorrigierten Defiziten der Sehfähigkeit (Schwerpunkt Mädchen).

Hinsichtlich der Hörfähigkeit liegt kein aktueller Interventionsbedarf vor.

Mögliche Maßnahmen:

- Durchführung von Screening-Untersuchungen der Sehfähigkeit; bei auffälligem Ergebnis wird ein Informationsschreiben an die Eltern ausgehändigt mit der Aufforderung, den Augenarzt aufzusuchen oder darauf zu achten, dass das Kind die vorhandene Brille trägt; zusätzliche Information der Lehrkräfte.

7. Handlungsempfehlung

Zusammenfassend ergibt sich ein Interventionsbedarf in den Bereichen Sport und körperliche Aktivität, Alkoholkonsum, Rauchen und Passivrauchen, Nutzung elektronischer Medien, Körper- und Mundhygiene, Kontrolle der Sehfähigkeit, Ernährung und Übergewicht/Adipositas,

der zu nachfolgender Handlungsempfehlung führt:

Handlungsempfehlung:

Erarbeitung eines Maßnahmenplans mit dem strategischen Ziel der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen

Auf der Grundlage der Ergebnisse aus der Jugendgesundheitsstudie an Mannheimer Haupt- und Förderschulen wird ein kommunaler Maßnahmenplan erarbeitet, mit dem das strategische Ziel der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen durch die Entwicklung passgenauer Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung verfolgt werden soll.

Das Konzept beinhaltet verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze der Intervention. Die zuvor abgeleiteten Interventionsbedarfe und Maßnahmen werden als integrative Module in das Gesamtkonzept aufgenommen. Bereits im Fachbereich Gesundheit vorhandene Maßnahmenkonzepte werden in den Plan integriert.

Häufig liegen in Interventionsgruppen Risikokonstellationen vor, die nicht erfolgreich mit Maßnahmen angegangen werden können, die auf einzelne Risikofaktoren fokussieren. Dies trifft auch für die Haupt- und Förderschülerinnen und Schüler im Mannheim zu. Es bestehen zum Beispiel statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den folgenden gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen:

- Alkoholkonsum und Rauchen (Kinder und Jugendliche, die regelmäßig Alkohol trinken, rauchen auch zu höheren Anteilen regelmäßig)
- Körperliche Aktivität und Medienkonsum (Kinder und Jugendliche mit hohen täglichen Zeiten der Nutzung elektronischer Medien, üben seltener sportlich-körperliche Aktivitäten in der Freizeit aus als Kinder und Jugendliche mit geringeren Nutzungszeiten)
- Körperhygieneverhalten und Zahnputzverhalten (Kinder und Jugendliche mit negativem Körperhygieneverhalten haben zu höheren Anteilen auch ein negatives Zahnputzverhalten)

Die Ergebnisse der Jugendgesundheitsstudie Mannheim und die Ergebnisse weiterer Kinder- und Jugendgesundheitsstudien wie zum Beispiel KiGGS weisen darauf hin, dass die Interventionsmaßnahmen multifaktoriell ansetzen müssen, um die gesundheitliche Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen in ihrer Komplexität zu fördern. In den Maßnahmenplan sollten darüber hinaus verschiedene Zielgruppen einbezogen werden, wie zum Beispiel Kinder und Jugendliche, Eltern, pädagogisches Personal. Es sollte weiterhin nicht nur eine Ausrichtung auf verhaltensbezogene Interventionsmaßnahmen im Maßnahmenplan enthalten sein, sondern die Veränderung struktureller Bedingungen wie zum Beispiel die Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten sollte ebenfalls aufgegriffen werden. Die Umsetzung sollte schwerpunktmäßig nach dem Setting-Ansatz erfolgen.

Die Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen erfolgen nach den Kriterien für „gute Praxis“ in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte in Anlehnung an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheit e.V. Berlin.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen aus den Interventionsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention geht es nicht primär darum, neue Maßnahmenkonzepte und Strategien zur Anwerbung schwierig erreichbarer Zielgruppen zu entwickeln. Es gibt sehr viele bereits evaluierte „models of good practice“, die an lokale Bedingungen angepasst und danach implementiert werden können.

In Anlehnung an die im Ergebnisteil formulierten Interventionsbedarfe werden die Module für den Maßnahmenplan zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen auf der Basis bereits bestehender Interventionskonzepte und Erfahrungen entwickelt und umgesetzt. Dieser Prozess sollte in der Stadt Mannheim fachbereichsübergreifend erfolgen.

8. Literatur

- (1) Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys. Bundesgesundheitsblatt Bd. 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007.
- (2) Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim 2003.
- (3) Kurth, B.M.: Zusammenhänge zwischen sozialer Lage, Bildung und Gesundheit. Vortragsmanuskript im Rahmen der Dreiländerkonferenz, 60 Jahre Ärzteverband ÖGD Bayern. Würzburg 2009.
- (4) Schlicht, W./Brand, R.: Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim 2007.
- (5) Lampert et. al.: körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder – und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Bd. 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007, S. 634-642.
- (6) Stolle, M./Sack, P.-M./ Thomasius, R.: Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 19, 2009, S. 323-328.
- (7) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln 2008.
- (8) Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht 2009. Berlin 2009.
- (9) IFT-Nord – Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung: „Just be smokefree“. Unsere Familie - rauchfrei? Wie motivieren Eltern zum Rauchstopp. Kiel 2009.
- (10) Lampert, T./Thamm, M.: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Bd. 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007, S. 600-608.
- (11) Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.): JIM 2008. Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisstudie zum Medienumgang 12-19jähriger in Deutschland. Stuttgart 2008.
- (12) Lampert, T./Sygusch, R./Schlack, R.: Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Bd. 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007, S. 643-652.
- (13) Mellvil, ein Kinderforum zum Klarkommen. <http://www.labbe.de/mellvil>

- (14) Schenk, L./Knopf, H.: Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Band 50, Heft 5/6. Mai/Juni 2007, S. 653-658.
- (15) Onmeda für meine Gesundheit. <http://www.onmeda.de/ratgeber/zahnmedizin/zahn-pflege>.
- (16) Ernährung bei Kindern <http://www.klinikschoensicht.de/InfoWeb/erna5.htm>
- (17) Mensink, G.B.M./Kleiser, C./Richter, A.: Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Band 50, Heft 5/6. 2007, S. 609-623.
- (18) Allgemeiner Informationsdienst (aid)/Ministerium für Ernährung und ländlicher Raum BaWü (Hrsg.): Esspedition Schule. Materialien zur Ernährung Klasse 1-6. Stuttgart 2005.
- (19) Pollähne, H./Seidenstücker, S.: Evaluation des Adipositas-Projekts „Kinderleicht in Landau“. Unveröffentlichter Projektbericht. Landau 2006.
- (20) Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (a-g-a): BMI-Referenz. <http://www.a-g-a.de>
- (21) Abel, T./Rütten, A.: Die komplexe Struktur moderner Lebensstile: Grundlagen für ein neues empirisches Konzept. In: J. Blasius & J. Dangschat (Hrsg.). Lebensstile in den Städten. Konzepte und Methoden. Opladen, 216-234.
- (22) Brinkhoff, K.: Sport und Sozialisation im Jugendalter. Weinheim 1998.
- (23) Bundesministerium für Gesundheit/in form (Deutsche Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung) (Hrsg.): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Berlin 2009.
- (24) Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin 2008.
- (25) Lange, M et al.: Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder – und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt Bd. 50, Heft 5/6, Mai/Juni 2007, S. 578-589.
- (26) Bös, K./Woll, A./Worth, A.: Bundesweites Survey zur Fitness und Aktivität von Kindern und Jugendlichen-MoMo-Studie. Vortrag auf dem Kongress Kinder bewegen. Energien nutzen. Karlsruhe 2007.

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Altersverteilung
- Abb. 2: Migrationshintergrund
- Abb. 3.: Körperliche Aktivität und Sport
- Abb. 4: Mitgliedschaft im Sportverein
- Abb. 5: Alkoholkonsum
- Abb. 6: Rauchverhalten
- Abb. 7: Drogen- und Medikamentenkonsum
- Abb. 8: Tägliche Nutzung elektronischer Medien
- Abb. 9: Tägliche Zeit der Nutzung elektronischer Medien
- Abb. 10: Körperhygiene (Dusch- und Badehäufigkeit pro Woche)
- Abb. 11: Zahnputzhäufigkeit
- Abb. 12: Übergewicht und Adipositas
- Abb. 13: Sehfähigkeit Ferne
- Abb. 14: Sehfähigkeit Nähe
- Abb. 15: Hörfähigkeit
- Abb. 16: Zusammenhang zwischen organisierten Sportaktivitäten und Nutzungsdauer elektronischer Medien
- Abb. 17: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Rauchen
- Abb. 18: Zusammenhang zwischen Mund- und Körperhygiene
- Abb. 19: Sozialer Status der Familien
- Abb. 20: Körperliche Aktivität und Sport (Migrationshintergründe)
- Abb. 21: Mitgliedschaft im Sportverein (Migrationshintergründe)
- Abb. 22: Alkoholkonsum (Migrationshintergründe)
- Abb. 23: Erinnerungsverlust durch Alkoholkonsum (Migrationshintergründe)
- Abb. 24: Rauchverhalten (Migrationshintergründe)
- Abb. 25: Tägliche Zeit der Nutzung elektronischer Medien (Migrationshintergründe)
- Abb. 26: Zahnputzhäufigkeit (Migrationshintergründe)
- Abb. 27: Körperhygiene (Dusch- und Badehäufigkeit pro Woche, Migrationshintergründe)
- Abb. 28: Übergewicht und Adipositas (Migrationshintergründe)

Tabellenverzeichnis

- Tab. 1: Häufigkeit von körperlicher Aktivität und Sport in den Altersgruppen
- Tab. 2: Sportlich-körperliche Aktivität der Jungen (mind. 3mal pro Woche) (Vergleich Mannheim/KiGGS)
- Tab. 3: Sportlich-körperliche Aktivität der Mädchen (mind. 3mal pro Woche (Vergleich Mannheim/KiGGS)
- Tab. 4: Sportlich-körperliche Aktivität der Jungen (Vergleich Mannheim/KiGGS)
- Tab. 5: Alkoholkonsum in den Altersgruppen
- Tab. 6: Rauchverhalten in den Altersgruppen
- Tab. 7: Soziale Einflüsse auf das Rauchverhalten
- Tab. 8: Rauchverhalten der Kinder und Jugendlichen (Vergleich Mannheim/KiGGS)
- Tab. 9: Tägliche Zeit der Nutzung elektronischer Medien in den Altersgruppen
- Tab. 10: Nutzung elektronischer Medien \geq 3h täglich Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)
- Tab. 11: Hygieneverhalten: Häufigkeit des Duschens/Badens pro Woche
- Tab. 12: Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse, Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)
- Tab. 13: Täglicher Verzehr von Vollkorn- und Weißbrot, Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)
- Tab. 14: Täglicher Verzehr von Milchprodukten, Altersgruppe 11-13J (Vergleich Mannheim/KiGGS)
- Tab. 15: Verzehrhäufigkeit von Nahrungsmitteln; (n.)sig: (nicht) signifikante Unterschiede
- Tab. 16: Täglicher Verzehr von Nahrungsmitteln (Migrationshintergründe)

Anhang: Feldbericht

Reaktionen der Rektoren, der Lehrkräfte sowie der Schülerinnen und Schüler auf die Studie

Alle Rektoren der 21 Haupt- und 5 Förderschulen haben die Beteiligung ihrer Schulen zugesagt. Ein Rektor verweigerte zunächst die Teilnahme, konnte sich jedoch nach einem ausführlichen Telefongespräch und anschließender e-mail doch zur Teilnahme seiner Schule entschließen.

Bis auf eine Klassenlehrerin haben alle Lehrkräfte eingewilligt, dass ihre Klasse an der Studie teilnimmt. Eine Lehrerin hatte vergessen, die Klasse zu informieren, dass das Untersuchungsteam des FB Gesundheit am vereinbarten Tag in die Schule kommt und sie war auch an diesem Tag nicht anwesend. Die Situation gestaltete sich etwas schwierig, denn eine Schülerin wollte die ganze Aktion zum Scheitern bringen und es stellten sich vier weitere Schüler der Klasse, die eigentlich mitmachen sollten, hinter sie. Ein anderer Schüler aus der Klasse meldete sich und sagte, dass er gerne mitmache und die ganze Sache gut fände. Die Klasse beruhigte sich und das Untersuchungsteam konnte starten.

Die Unterstützung durch die Lehrkräfte während der Befragung war unterschiedlich ausgeprägt. Einige Lehrkräfte unterstützten das Untersuchungsteam aktiv, andere blieben in der Klasse, beobachteten den Ablauf und kümmerten sich um Schülerinnen und Schüler, die nicht mitmachten. Wieder andere Lehrkräfte verließen den Raum und ließen das Untersuchungsteam alleine mit den Schülerinnen und Schülern in der Klasse zurück.

Organisatorischer Ablauf

Die Motivation der meisten Kinder zum Ausfüllen des Fragebogens und zur Beteiligung an den Screening-Untersuchungen war sehr hoch. Die Lehrer waren teilweise überrascht über den reibungslosen Ablauf am Untersuchungstag. Es gab allerdings auch einzelne Schülerinnen und Schüler, die sich über den Umfang des Fragebogens beschwerten und die nur durch intensive Unterstützung in der Lage waren, alle Fragen zu beantworten. Die beteiligten Kinder und Jugendlichen in den meisten Klassen fielen durch ihr diszipliniertes Verhalten und Ihre Höflichkeit auf.

Einige (stark) übergewichtige Schülerinnen und Schüler wollten das Wiegen verweigern. Sie konnten jedoch bis auf wenige Ausnahmen dazu überredet werden, sich wiegen zu lassen, wenn das Untersuchungsteam vorgeschlagen hat, dass sie sich mit geschlossenen Augen auf die Waage stellen und das Ergebnis „geheim“ bleibt.

Psychische Auffälligkeiten

Einige Schülerinnen und auch Schüler hatten eine sehr unrealistische Körperwahrnehmung, sie fanden sich viel zu dick, obwohl sie schlank waren, und wollten das Wiegen verweigern.

Sie waren zum Teil der Meinung, sie müssten dringend abnehmen und fragten auch das Untersuchungsteam, was sie tun könnten, um abzunehmen.

Selbstverletzungen (autoaggressives Verhalten) scheinen bei einigen Kindern und Jugendlichen ein Thema zu sein. Einzelne Kinder und Jugendliche wollten bei der Hautinspektion ihre Arme nicht zeigen oder sie wollten sich den Blutdruck nicht messen lassen. Zwei Schülerinnen haben das Untersuchungsteam auch direkt darauf angesprochen.

In einer Klasse haben 50% der Schülerinnen und Schüler Ritalin eingenommen.

Jungen wollten an den einzelnen Stationen der Screening-Untersuchungen häufig Leistungsvergleiche vornehmen: wer hat ein besseres oder das beste Ergebnis beim Sehtest/Hörtest, wer ist am größten etc. Sie wollten auch wissen, ob ihre Ergebnisse im Vergleich zu den anderen „gut“ sind.

Körperhygiene

Nachdem in der zweiten Schule, in der die Jugendgesundheitsstudie durchgeführt wurde, ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen durch extrem starken Körpergeruch aufgefallen war, wurde eine Frage zur Körperhygiene (Häufigkeit des Duschens/Badens pro Woche) mit in die Befragung aufgenommen. Die Erfahrungen einer Lehrerin während eines Landschulheimaufenthalts haben gezeigt, dass die Kinder zum Teil nach dem Duschen die bereits getragenen Socken und die bereits getragene Unterwäsche wieder anziehen, weil sie keine Socken/Unterwäsche zum Wechseln haben. Es gab zwei Kinder, die gerne duschen würden, aber nicht duschen können, weil zu Hause das Wasser aufgrund nicht bezahlter Rechnungen abgestellt wurde. Einige Mädchen erzählten dem Untersuchungsteam, dass sie während der Periode nie duschen oder baden, denn das sei ja eklig...

Sonstige Beobachtungen/Situationen

Drei Mädchen aus Sinti/Romafamilien waren seit mehreren Wochen nicht mehr in der Schule, keine Abmeldung war erfolgt und es gab auch keine Adresse. Die Beteiligung an der Studie war in dieser Gruppe sehr gering.

In einer fünften Klasse einer Förderschule waren am Untersuchungstag drei Jungen, die an der Jugendgesundheitsstudie teilnehmen sollten, morgens nicht anwesend. Die Lehrerin berichtete, dass die Eltern arbeiten würden und keiner darauf achte, ob die Kinder in die Schule gingen oder nicht. Sie hat bei den drei Schülern zu Hause angerufen. Die Jungen trudelten nach dem Anruf irgendwann in der Schule ein, alle drei waren stark übergewichtig. Einer der Jungen sagte, als er den Klassenraum betrat: „Da sind ja die vom Gesundheitsamt und wenn wir nichts sehen, müssen wir zum Augenarzt und wenn wir nichts hören, müssen wir zum Ohrenarzt und weil wir alle fett sind, müssen wir zum Fettarzt ...!“