

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Department Gesundheitswissenschaften
Studiengang Gesundheit

**Gesundheitsverhalten und soziale Lage
von Grundschulkindern**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe:
vorgelegt von:

13.06.2007
Simone Skupin


Betreuender Prüfer:
Zweite Prüfende:


Prof. Dr. Detlef Krüger
Dipl.-Ges. Angela Schröder

Zusammenfassung

Die Gesundheit von Kindern stellt eine wichtige gesellschaftliche Ressource dar, die im Zusammenhang mit sozialen Determinanten unterschiedlich beeinflusst wird. Die soziale Lage von Kindern ist insbesondere von den Eltern abhängig.

In der hier vorliegenden Diplomarbeit wurde der Einfluss der sozialen Lage auf die Kindergesundheit untersucht. Die soziale Lage wurde für diese Untersuchung durch die Schulbildung und Erwerbstätigkeit der Eltern erfasst. Die Ergebnisse zeigen schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten, der subjektiven Gesundheit und dem Gesundheitsstatus.

Neben der Verringerung der sozialen Ungleichheiten als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sollten zukünftige Präventionsprogramme für Kinder das familiäre Umfeld mit einbeziehen.

Schlüsselwörter: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsstatus, subjektive Gesundheit, Kinder, soziale Lage

Abstract

Children's health is an important resource of the larger society. In association with social determinants health outcomes differ between different social groups. Children's socioeconomic status depends on their parents.

The main aim of the present diploma thesis was to investigate the influence of the socioeconomic status on children's health. Indicators of socioeconomic status were parental education and occupation. The results show social differences in health behaviour, subjective health and health status.

Future prevention strategies for children have to take into account the family environment for effective action. Moreover social inequalities have to be reduced as an overall social assignment.

Keywords: children, health behaviour, subjective health, health status, socioeconomic status

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	ii
Abstract	iii
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis.....	vii
1 Einleitung	1
2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern	2
2.1 Determinanten von Gesundheit.....	2
2.1.1 Bildung	5
2.1.2 Berufstätigkeit.....	5
2.1.3 Wohnverhältnisse.....	6
2.1.4 Soziale Umwelt.....	7
2.2 Gesundheitliche Auswirkungen im Kindesalter	9
2.2.1 Entwicklungsstörungen.....	10
2.2.2 Subjektive Gesundheit und Beschwerden	12
2.2.3 Übergewicht und Adipositas	13
2.2.4 Gesundheitsverhalten.....	13
2.3 Erklärungsansätze für die gesundheitliche Chancenungleichheit.....	16
2.4 Interventionsansätze	17
3 Methodenbericht	20
3.1 Ziele und Forschungsfragen.....	20
3.2 Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule („primakids“).....	20
3.3 Erhebungsmethode	21
3.4 Zentrale Variablen der Untersuchung.....	22

3.4.1 Soziale Lage.....	22
3.4.2 Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten	23
3.4.3 Gesundheitsstatus.....	28
3.5 Auswertung	29
4 Ergebnisse.....	30
4.1 Studienpopulation.....	30
4.2 Soziale Lage	30
4.3 Gesundheitsstatus.....	32
4.4 Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten	34
5 Diskussion.....	41
5.1 Ergebnisdiskussion	41
5.2 Methodendiskussion.....	44
5.3 Fazit und Ausblick	45
6 Literaturverzeichnis.....	47
Anhang.....	I

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Das Mandala-Modell der Gesundheit.....	3
Abbildung 2:	Entwicklungsstörungen bei Einschülern nach Sozialstatus	11
Abbildung 3:	Schulbildung der Eltern.....	31
Abbildung 4:	Berufstätigkeit der Eltern.....	31
Abbildung 5:	Sozialstatus der Kinder	32
Abbildung 6:	Gewichtsklassen und Sozialstatus.....	33
Abbildung 7:	Anteil gesunder Nahrungsmittel und Sozialstatus.....	35
Abbildung 8:	Anteil ungesunder Nahrungsmittel und Sozialstatus	36
Abbildung 9:	Aktivität und Sozialstatus	37
Abbildung 10:	Inaktivität und Sozialstatus	38
Abbildung 11:	Umfeld und Selbstwert und Sozialstatus.....	39
Abbildung 12:	Wohlbefinden und Sozialstatus.....	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bildung der Variable Sozialstatus (Sozialindex)	23
Tabelle 2:	Itemzusammensetzung der Faktoren „gesunde Ernährung“ und „ungesunde Ernährung“	24
Tabelle 3:	Itemzusammensetzung der Faktoren „Aktivität“ und „Inaktivität“	26
Tabelle 4:	Itemzusammensetzung der Faktoren „Umfeld und Selbstwert“ sowie „Wohlbefinden“	27
Tabelle 5:	Studienpopulation nach Alter und Geschlecht	30
Tabelle 6:	Anthropometrische Maße und Sozialstatus	33

1 Einleitung

Die Gesundheit von Kindern ist von großer Bedeutung und stellt eine wichtige Ressource für die Gesellschaft dar. In den letzten Jahrzehnten hat sich das Krankheitsspektrum von Kindern deutlich verändert. Mittlerweile stehen chronische und psychische Erkrankungen sowie Entwicklungsverzögerungen im Vordergrund. Internationale Längsschnittuntersuchungen zeigen deutlich, dass frühzeitig erworbene Gesundheitsstörungen und das in der Kindheit geprägte Gesundheitsverhalten sich auf die körperliche und psychische Gesundheit in den späteren Lebensjahren auswirken. Soziale Ungleichheiten werden in diesem Zusammenhang immer häufiger diskutiert. Diese Tatsache unterstreicht die Bedeutung der sozialen Lage für den Einzelnen und rückt die Problematik der sozialen Ungleichheiten in unserer Gesellschaft in den Vordergrund.

Die soziale Lage von Kindern und ihre Auswirkung auf die Gesundheit bilden den Schwerpunkt verschiedener Untersuchungen in Deutschland. Vorrangig werden hier die Mortalität und Morbidität von Krankheiten betrachtet. Die Zielgruppen sind hauptsächlich Kinder im Einschulungsalter oder heranwachsende Jugendliche. Die Altersgruppe der 7-11 Jährigen ist in Deutschland deutlich unterrepräsentiert.

Die hier durchgeführte Untersuchung analysiert die soziale Lage und deren Einfluss auf die Gesundheit von Grundschulkindern in Hamburg und liefert zugleich für die Altersgruppe der 10-jährigen Kinder in Hamburg eine Datengrundlage. Die Aspekte, mit der die Gesundheit von Kindern dargestellt wird, umfassen das Gesundheitsverhalten, die subjektive Gesundheit und den Gesundheitsstatus. Die Untersuchung basiert auf Daten der Interventionsstudie „primakids“, die aufgrund ihres vierjährigen Untersuchungszeitraums für Grundschul Kinder wertvolle Daten, besonders zum Gesundheitsverhalten von Kindern erfasst hat. Der theoretische Teil der Arbeit befasst sich mit sozialen Determinanten von Gesundheit und erläutert mögliche Auswirkungen auf ausgewählte Gesundheitsaspekte. Weiterhin werden Erklärungsansätze und mögliche Interventionsansätze beschrieben. Der empirische Teil dieser Arbeit zeigt das methodische Vorgehen der Analyse auf und enthält eine Darstellung der Ergebnisse, die in Anlehnung an die theoretische Ausarbeitung diskutiert werden.

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

2.1 Determinanten von Gesundheit

Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit war bis 1946 in den unterschiedlichsten Ausführungen eine übliche Begriffserklärung für Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit ihrer Gesundheitsdefinition maßgeblich zu einer ganzheitlichen Betrachtungsweise beigetragen und definiert Gesundheit als einen

„...Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen ...“(WHO 1946).

Trotz der Kritik der Unerreichbarkeit und der sehr idealistischen Darstellung von Gesundheit spielt die WHO-Definition bis heute eine bedeutende Rolle in vielen wissenschaftlichen Disziplinen.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird durch die unterschiedlichsten Faktoren beeinflusst. Die folgende Abbildung zeigt das „Mandala-Modell der Gesundheit“ von dem Kanadier Hancock und gibt einen Überblick über die Komplexität und Eingebundenheit der Determinanten von Gesundheit in das menschliche Ökosystem.

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

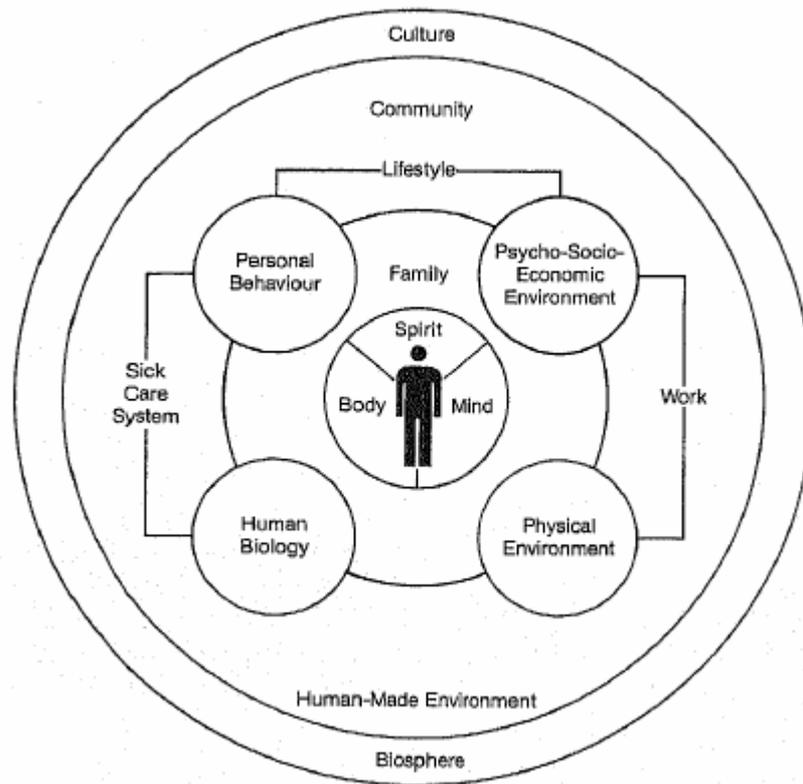


Abbildung 1: Das Mandala-Modell der Gesundheit

Quelle: Hancock, T. (1985)

Den Mittelpunkt des Mandalas bildet das Individuum, bestehend aus Körper, Seele und Geist. Das Mandala verdeutlicht die primäre Verortung des Individuums in der Familie, welche in kontinuierlicher Weise die Gesundheit ihrer Mitglieder beeinflusst, indem sie Werte, Einstellungen und Gewohnheiten in entscheidender Weise prägt. Beide, das Individuum und die Familie, sind maßgeblich von vier Bereichen beeinflusst:

- durch die Humanbiologie und damit z.B. genetische, physiologische, biochemische und immunologische Aspekte
- durch das persönliche Verhalten, das sowohl gesundheitsförderlich als auch gesundheitsschädigend sein kann
- durch die psychosoziale Umwelt, die sich z.B. auf soziale Unterstützungsnetzwerke, den sozio-ökonomischen Status oder Gruppendruck bezieht
- durch die physikalische Umwelt, wie z.B. das direkte Wohn- und Schulumfeld

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

In einer zweiten Ebene zeigt das Modell drei besondere Verbindungen dieser vier Bereiche auf, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Hierzu gehören die Arbeit, das Krankenversorgungssystem und die Lebensweise (Hancock 1985). All diese Faktoren fungieren in einer dritten Ebene des Mandalas, nämlich der Gemeinde und der vom Menschen gemachten Umwelt. Die Gemeinde mit ihren eigenen Werten und Normen sowie speziellen sozialen und kulturellen Charakteristika wirkt auf die Gesundheit ein. Hier sind die unterschiedlichsten Organisationen oder Gruppen verankert, die die für die sozialen Aspekte von Gesundheit wichtigen Netzwerke und Unterstützungssysteme bereitstellen. Die vom Menschen gemachte Umwelt umfasst einerseits die Nachbarschaft und Wohngegend, andererseits aber auch die modifizierte Umwelt, z.B. durch die Landwirtschaft oder das Verkehrssystem. Als letzte Ebene umschließen die Kultur und die Biosphäre das komplexe System. Kulturelle Werte, Normen und Glaubensvorstellungen beeinflussen die Wahrnehmung von Gesundheit und den Umgang mit Krankheit. Die Biosphäre bildet letztlich die Lebensgrundlage für den Menschen als biologisches Wesen (Hancock 2000).

Hancock entwickelt hier ein ganzheitliches Modell von Gesundheit und stellt Dynamik und Wechselwirkung der Determinanten von Gesundheit heraus.

„It is dynamic in that the effects within the model act in two directions: (1) the health of individuals is influenced by any or all factors in the model and (2) each factor can be influenced by the person acting alone or in concert with other people. Interactive means that the various components of the model act on and interact with each other. They either reinforce or cancel out one another” (Hancock 1985, S.4).

Im weiteren Verlauf sollen die für diese Arbeit relevanten Determinanten von Gesundheit genauer betrachtet werden. Nach einer Spezifizierung der einzelnen Determinanten und der Erläuterung der relevanten Aspekte folgt die Darstellung ihrer Verteilung in Deutschland. Außerdem werden Zusammenhänge mit anderen Determinanten aufgezeigt. Teilweise wird auch auf internationale Daten zurückgegriffen, gleichwohl die Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher und kultureller Hintergründe nicht per se auf Deutschland übertragen werden können, bieten sie dennoch einen Ansatz für das zukünftige Forschungsgeschehen in Deutschland.

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

2.1.1 Bildung

Bildung als Determinante von Gesundheit lässt sich im Mandala von Hancock in der psychosozialen Umwelt verorten. Neben dem Beruf und dem Einkommen ist die Bildung ein Indikator für den sozioökonomischen Status einer Person. In Bezug auf die Zielgruppe dieser Arbeit ist vor allem die elterliche Bildung von Bedeutung und wird hier vorrangig betrachtet.

Die Bildung ist für Eltern und Kinder von entscheidender Bedeutung für die Teilhabe und Verwirklichung von Chancen im sozialen, kulturellen und politischen Leben. Im überwiegend öffentlichen und für jeden Menschen zugänglichen Bildungssystem werden Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen ausgebildet, die jedes einzelne Individuum bei der Bewältigung von Anforderungen und Problemen im Leben unterstützen. Außerdem ist der erlangte Bildungsabschluss für das folgende Berufsleben von Bedeutung (siehe 2.2.1). Betrachtet man die Verteilung der Schulabschlüsse, so ist eine Tendenz zu den höheren Abschlüssen zu sehen. Trotz dieser Entwicklung ist der Zugang zu höheren Schulabschlüssen nach wie vor abhängig von Herkunft, Bildungsstand und beruflicher Herkunft der Eltern. So überwiegen bei Schulabgängern mit Migrationshintergrund immer noch die niedrigeren Bildungsabschlüsse (Deutscher Bundestag 2005, S. 85-90).

Bildung stellt im Leben eine wesentliche Ressource dar, die für ein gesundheitsförderliches Leben wichtig ist. Relevant sind in diesem Zusammenhang die durch den Bildungshintergrund gefärbten elterlichen Einflüsse auf die Entwicklung, gesundheitliche Einstellungen und Verhaltensweisen der Kinder, die später auch in den Bildungsinstitutionen weitergeformt werden (Lampert, T. 2005).

2.1.2 Berufstätigkeit

Die Berufstätigkeit ist ebenso wie die Bildung nach dem Mandala-Modell in der psychosozialen Umwelt lokalisiert. Die ökonomische Lage einer Familie hängt im Wesentlichen von der Berufstätigkeit der Eltern ab. Sie beeinflusst in Verbindung mit der Determinante Bildung die Gesundheit von Individuen.

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

Menschen mit einer höheren beruflichen Ausbildung sind deutlich weniger gefährdet, jemals arbeitslos zu werden. Mit steigender beruflicher Qualifikation steigt auch die Einkommenssituation in den einzelnen Haushalten (Deutscher Bundestag 2005, S. 93-95).

Die Ausübung einer Beschäftigung hat einen nachweislichen Effekt auf die körperliche, mentale und soziale Gesundheit von Menschen. Von Bedeutung ist nicht nur das Einkommen, das aus dem Beschäftigungsverhältnis resultiert, sondern auch der Einfluss der Beschäftigung auf das Selbstwertgefühl, die sozialen Kontakte und die Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung. Bei Verlust der Tätigkeit kann es zu verheerenden Folgen für die Gesundheit des Einzelnen aber auch für dessen Familie kommen (CPHA 1996).

In Deutschland sind es mit 87,6% nach wie vor überwiegend die Ehemänner, die den Lebensunterhalt für die Familie bestreiten. Frauen in alternativen Familienmodellen und alleinerziehende Frauen sind dagegen häufiger erwerbs- und berufstätig als Ehefrauen (Lebenspartnerin 62% und Alleinerziehende 55,8% vs. Ehefrau 49,4%). Rund 30% der alleinerziehenden Frauen sind bei der Sicherung des Lebensunterhalts von staatlichen Transferleistungen abhängig (Statistisches Bundesamt 2006, S.49).

2.1.3 Wohnverhältnisse

Als Bestandteil der physikalischen Umwelt sind die Wohnverhältnisse eine weitere Determinante von Gesundheit, die mit anderen Einflussfaktoren, wie Bildung oder Einkommen interagiert. Auswertungen von Längsschnittdaten aus Kanada zeigen, dass die Wohnverhältnisse einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit von Kindern haben (Marsh 1999, nach Health Canada 2002).

Die Wohnsituation lässt sich anhand verschiedener Charakteristika beschreiben. Hierunter fallen z.B. die Ausstattung und der Zustand der Wohnung, aber auch die Anzahl der Haushaltsmitglieder und die Wohnfläche pro Person. Untersuchungen zeigen, dass die Wohnbedingungen von der schulischen Ausbildung der Eltern abhängig sind. Je niedriger die Schulbildung der Eltern ist, desto kleiner ist die Wohnfläche pro Person (Heinrich 2001). Weitere Zusammenhänge bestehen zwi-

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

schen dem Einkommen und der Wohnsituation. Ergebnisse des Kinderpanels vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) zeigen, dass mehr als 50% der Kinder aus armen Verhältnissen in risikobelasteten Wohnanlagen leben. Grundsätzlich stellt sich die Wohnsituation bei den teilnehmenden Kindern wie folgt dar, bei 31% der teilnehmenden Kinder ist sie als risikobelastet, bei 34% der Kinder als durchschnittlich und bei 35% als positiv anzusehen ist. Ein Drittel der 5- bis 6-jährigen Kinder wohnt in kleinen und schlecht ausgestatteten Wohnungen (Steinhübl 2005).

2.1.4 Soziale Umwelt

Die soziale Umwelt von Kindern als Determinante von Gesundheit besteht neben der Familie aus dem Kindergarten und der Schule. Zusätzlich spielen das soziale Wohnumfeld und Freizeiteinrichtungen eine Rolle. Hier wird die Entfaltung der Persönlichkeit sowie das Leistungsvermögen beeinflusst (Hurrelmann 2003, S. 96). Es wird deutlich, dass verschiedene Lebensbereiche zeitgleich auf Kinder einwirken. Dies kann synergetische Effekte aber auch Spannungen verursachen, die sich auf die Entwicklung von Kindern auswirken können. Die für diese Arbeit relevanten Lebensbereiche Familie und Schule werden im Folgenden erläutert.

Familie

Das Mandala der Gesundheit stellt deutlich die Verankerung des Individuums in der Familie als zentrales Gefüge dar.

Die Familie ist der erste und zugleich wichtigste Lebensraum von Kindern. Sie bietet in den ersten Jahren den Rahmen für die kindliche Entwicklung auf emotionaler, kognitiver und sprachlicher Ebene (Hurrelmann 2003, S. 96). Die zentrale Bedeutung von Familie setzt sich in der Regel über die Jugendzeit fort und besteht ein Leben lang.

Der gesellschaftliche Wandel führt in der heutigen Zeit zur Veränderung von Familienstrukturen. Die zunehmende Berufstätigkeit von Müttern, Trennung und Scheidung der Eltern, Anzahl der Geschwister oder Erwerbslosigkeit zeigen hier ihre Auswirkung (Hurrelmann 2003, S.98-104). Zwar ist in Deutschland nach wie vor die traditionelle Familienform (Ehepaare mit Kindern) vorherrschend, jedoch ist im zeitlichen Verlauf gesehen ein Anstieg von alternativen Familienmodellen (1996:

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

21% gegenüber 2005: 27%) zu beobachten, hierzu zählen die Alleinerziehenden und Lebensgemeinschaften mit Kindern. Im Jahr 2005 waren 73% der in Deutschland lebenden Familien Ehepaare mit Kindern, 21% alleinerziehende Mütter oder Väter und 6% Lebensgemeinschaften mit Kindern (Statistisches Bundesamt 2006, S. 43) .

Die Familie ist besonders in Hinsicht auf die Entwicklung von kindlichen Ressourcen von Bedeutung. Sie ist aber auch ein sensibler Lebensbereich, indem Risikofaktoren entstehen können. Außerdem wird hier die Einstellung zum eigenen Körper, zum Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten geprägt (Kolip 1998).

Schule

Die Schule als eine weitere Determinante von Gesundheit ist nach dem Mandala-Modell Bestandteil der Gemeinde und der vom Mensch gemachten Umwelt.

Aufgrund der allgemeinen Schulpflicht in Deutschland ist die Schule ein Ort, an dem in der Regel alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden. Die Schule gehört somit zu den klassischen Settings der Gesundheitsförderung. Es handelt sich um ein abgegrenztes soziales System, das Einfluss auf die für sie spezifischen Personengruppen nimmt und zugleich Bedingungen gestalten kann, die auf Krankheit und Gesundheit einwirken können (Grossmann 2003).

Die schulischen Leistungen und der Erwerb von intellektuellen Kompetenzen stehen hier im Vordergrund (Hurrelmann 2003, S. 130). Schule als solche kann entsprechend auf die Schulerfahrung und das schulische Leistungsniveau der Kinder und Jugendlichen einwirken. Von Bedeutung sind hier zum einen strukturelle Aspekte, wie die Ausstattung der Schule, die Schüleranzahl oder das zahlenmäßige Lehrer-Schüler-Verhältnis. Zum anderen können sich Risiken und protektive Faktoren aus der Organisation des Klassenzimmers, den angewendeten Unterrichtsmethoden und dem Klassenklima ergeben (Keogh 1999). Auch persönliche Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen, wie Erfolg, Ausdauer, Konzentrationsvermögen oder Selbstwertgefühl und die Familie haben einen Einfluss auf die schulischen Leistungen (Hurrelmann 2003, S.130).

2.2 Gesundheitliche Auswirkungen im Kindesalter

Die Ausprägungen der unterschiedlichen Determinanten von Gesundheit im Kontext der Familie haben Konsequenzen für das Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern. Die hieraus resultierenden gesellschaftlichen Vor- oder Nachteile für Menschen werden unter dem Begriff der sozialen Ungleichheit zusammengefasst. Hierunter versteht man die ungleiche Verteilung von Gütern in der Gesellschaft. Einerseits können hiermit Ressourcen wie das Einkommen oder der Bildungsabschluss gemeint sein. Andererseits kann soziale Ungleichheit auch belastende oder begünstige Lebensbedingungen, wie z.B. Arbeits-, Wohn- oder Umweltbedingungen beinhalten (Hradil 2006).

Im Verlauf des letzten Jahrhunderts hat sich der Gesundheitszustand von Kindern enorm verändert. Für die zu jener Zeit weit verbreiteten Infektionskrankheiten gab es weder Behandlungsmöglichkeiten noch prophylaktische Maßnahmen. Andere Krankheiten, wie z. B. Diabetes mellitus, Asthma, Krebs oder angeborene Herzfehler waren nicht therapierbar. Erst durch den medizinischen Fortschritt kam es zu neuen Erkenntnissen in der Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen. Die Morbidität, Mortalität und Letalität vieler Krankheiten konnte so deutlich verringert werden (Kurth 2002).

Diese Entwicklung hat zur Folge, dass sich das Krankheitsspektrum von Kindern und Jugendlichen deutlich verändert hat. In Fachkreisen spricht man auch von der neuen Morbidität (Schlack 2001). Man kann eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen und von den somatischen zu den psychischen Erkrankungen feststellen (Schubert 2004, S. 34).

Das biomedizinische Modell reicht als Erklärungsversuch für das veränderte Krankheitsspektrum nicht mehr aus. Genetische und biologische Faktoren rücken in den Hintergrund. Ökologische, verhaltensbedingte und milieubedingte Aspekte müssen heute im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung bei der Entstehung von Erkrankungen mit berücksichtigt werden. Die zunehmende Luftverschmutzung, belastete Nahrungsmittel oder starke Lärmbelastungen sind als Folgen der Industrialisierung für eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung der Kinder

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

und Jugendlichen mit verantwortlich. Die neue Lebenssituation, die persönlichen Lebensbedingungen, besonders die sozialen Verhältnisse und das familiäre Umfeld haben Auswirkungen auf die Vulnerabilität und beeinflussen neben der Ausbildung persönlicher Ressourcen auch ganz entscheidend Verhaltensweisen, die Kindern und Jugendlichen zur Belastungsbewältigung von Gesundheitsproblemen zur Verfügung stehen (Hurrelmann 2003, S.79-100).

Die folgenden Abschnitte zeigen gesundheitliche Auswirkungen sozialer Ungleichheiten, die im Zusammenhang mit den Determinanten beschrieben werden. Dabei werden nur für diese Arbeit relevante Aspekte von Gesundheit betrachtet. Oftmals untersuchen Studien nicht die Auswirkung einzelner Einflussfaktoren, sondern fassen mehrere Merkmale zusammen. Die Erfassung der sozialen Lage von Kindern ist in vielen Untersuchungen uneinheitlich.

2.2.1 Entwicklungsstörungen

Zu jedem einzelnen Lebensabschnitt, den ein Mensch durchläuft, gehören unterschiedliche Entwicklungsaufgaben biologischer, psychischer und gesellschaftlicher Art. Es gilt individuelle Handlungskompetenzen zu erwerben, um die Anforderungen des Lebens bewältigen zu können (Hurrelmann 2003, S.73). Die normativen Anforderungen im Sinne der Entwicklungsaufgaben können nicht immer ohne Probleme gemeistert werden. Im Rahmen einer in Brandenburg durchgeführten Einschulungsuntersuchung zeigt sich deutlich, dass bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus vermehrt Seh- und Sprachstörungen, psychische und körperliche Auffälligkeiten sowie geistige Entwicklungsdefizite auftreten. Der Brandenburger Sozialindex beinhaltet die Schulbildung und die Erwerbstätigkeit der Eltern (Ellsäßer 2002).

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

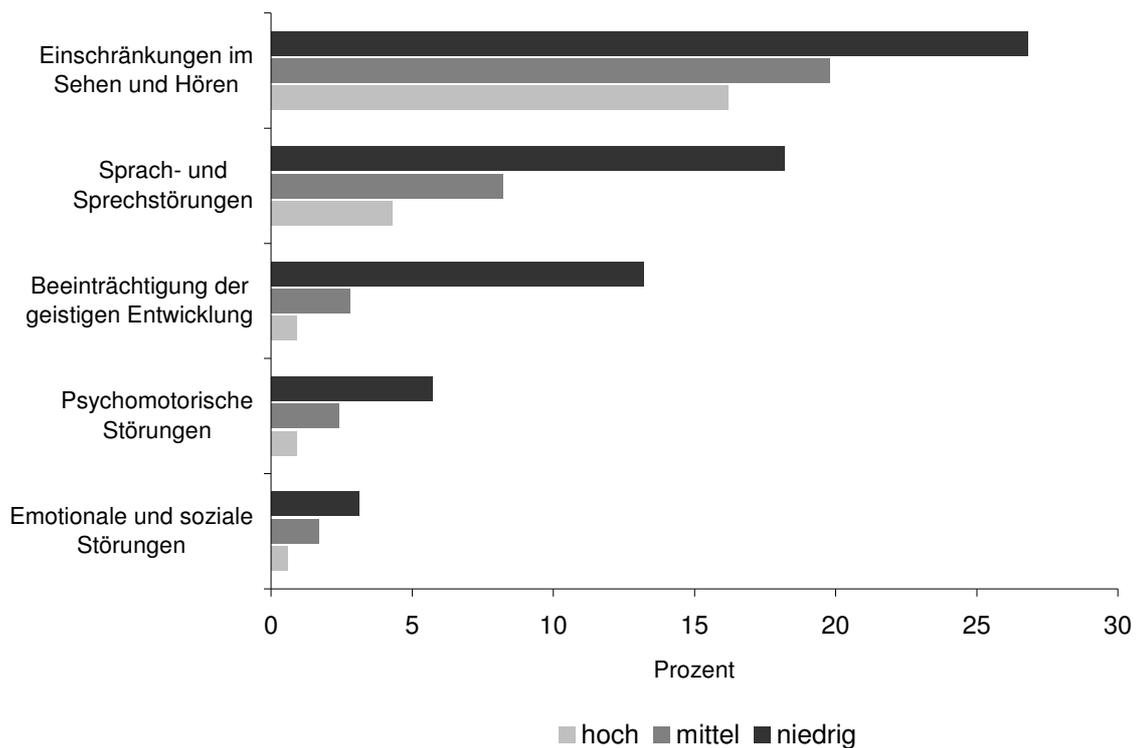


Abbildung 2: Entwicklungsstörungen bei Einschülern nach Sozialstatus

n = 15.641

Quelle: nach Ellsäßer et al. 2002

Mit diesen Entwicklungsstörungen geht einher, dass Kinder Schwierigkeiten haben dem Unterricht zu folgen, weil grundlegende Fähigkeiten nicht oder nur unvollständig ausgebildet sind. Dies kann sich im weiteren negativ auf den Bildungsverlauf eines Kindes auswirken (Haskins 2005).

Es gibt eine Reihe von kritischen Lebensereignissen, die Kinder in der normativen Entwicklung beeinträchtigen können, dazu gehören z. B. die Geburt eines jüngeren Geschwisterkindes, das eigene Schulversagen, ein Wohnungswechsel der Familie, die Scheidung der Eltern oder der Tod eines oder beider Elternteile. Die Reaktion eines Kindes auf solche Ereignisse ist sehr unterschiedlich und reicht von Abwehr oder Rückzug bishin zur Ausbildung affektiver Störungen. Je nach Hilfestellung und persönlichen Voraussetzungen des Kindes kann die Bewältigung zeitlich und auch in den entwicklungspsychologischen Folgen variieren (Feser 2003). Die Resilienzforschung befasst sich mit den Fähigkeiten von Kindern trotz widriger Umstände kein Problemverhalten zu entwickeln. Es werden Risiko- und Schutzfaktoren untersucht, die einen Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben.

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

Zu den protektiven Faktoren gehören lebensbegünstigende Eigenschaften von Kindern, wie eine gut entwickelte Problemlösefähigkeit, eine hohe Sozialkompetenz, die Fähigkeit zur Selbstregulation oder eine gute Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Zusätzlich gibt es schützende Umgebungsfaktoren, hierzu gehören eine starke emotional-positive Bindung an mindestens eine Bezugsperson, wie die Mutter, Großeltern oder Geschwister, positive Freundschaftsbeziehungen, positive Rollenmodelle und positive Erfahrungen mit Bildungsinstitutionen wie der Schule (Werner 2000).

2.2.2 Subjektive Gesundheit und Beschwerden

Die subjektive Gesundheit, auch als subjektives Wohlbefinden oder gesundheitsbezogene Lebensqualität bezeichnet, ist sowohl im medizinischen als auch im gesundheitswissenschaftlichen Bereich in den letzten Jahren in den Vordergrund gerückt. Es stehen nicht mehr nur somatische Beschwerden im Vordergrund, sondern auch die persönliche Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands (Ravens-Sieberer 2003). Die subjektive Gesundheit umfasst mehrere Komponenten, „...zu denen die körperliche Verfassung, das psychische Befinden, die sozialen Beziehungen und die Fähigkeiten, den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden, gehören“ (Ravens-Sieberer 2003, S.19).

Nach Ergebnissen der internationalen Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) zeigt sich, dass die sozioökonomische Situation von Kindern und Jugendlichen die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands, das Leiden an psychosomatischen Beschwerden und die Bewertung der mentalen Gesundheit beeinflusst. Schülerinnen und Schüler mit dem geringsten Wohlstandsniveau bewerten ihren Gesundheitszustand schlechter, leiden stärker an psychosomatischen Beschwerden und haben ein schlechteres psychisches Wohlbefinden als die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit dem höchsten Wohlstandsniveau (Ravens-Sieberer 2003).

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

2.2.3 Übergewicht und Adipositas

Keine Thematik ist in den letzten Jahren so ausführlich in den Medien diskutiert worden wie die steigende Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder. Ist der Körperfettanteil im Verhältnis zu der Gesamtkörpermasse erhöht, spricht man je nach Ausmaß von Übergewicht oder Adipositas. Als Ursachen für Adipositas werden neben einer genetischen Prädisposition auch die Lebensbedingungen und das Bewegungsverhalten gesehen. Kinder, die adipös sind, haben häufig mit Adipositas assoziierte Gesundheitsstörungen wie erhöhte Cholesterinwerte, eine Leberverfettung oder eine pathologische Glukosetoleranz bis hin zu Diabetes mellitus. Als Risikofaktor kann Adipositas auch die spätere Gesundheit maßgeblich beeinflussen und zu kardiovaskulären Erkrankungen führen (Wabitsch 2002).

In Deutschland zeigen neueste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS), dass 15% der Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 6,3% adipös sind. Auffällig ist, dass bei der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas ein starker Anstieg im Grundschulalter zu beobachten ist. Außerdem sind Kinder mit niedrigerem Sozialstatus häufiger adipös. In der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen sind 9,8% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus gegenüber 3% der Kinder mit hohem Sozialstatus adipös (Schaffrath Rosario 2006).

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in Berlin-Mitte zeigen, dass ein niedrigerer Bildungsstatus der Mutter mit einem höheren Anteil adipöser Kinder einhergeht, ausgenommen sind hier jedoch die Mütter ohne Schulabschluss, die zu einem etwas geringeren Anteil adipöse Kinder haben als Mütter mit Hauptschulabschluss (Bezirksamt Mitte von Berlin 2001, S.52).

2.2.4 Gesundheitsverhalten

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind von großer Bedeutung, weil sie ganz entscheidend an der Entstehung der heutigen Zivilisationskrankheiten beteiligt sind und in direkter Verbindung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen stehen, die sowohl gegenwärtig als auch im späteren Leben auftreten (Chen 2002).

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

Essverhalten

Eine gesunde Ernährung ist in vielerlei Hinsicht von Bedeutung. Sie beeinflusst zu einem großen Anteil die Gesundheit, das Wachstum und die Entwicklung eines Menschen. Gerade die Kindheit und die Jugend sind eine wichtige Zeit, um ein gesundes Essverhalten zu lernen. So kann der Entwicklung chronischer Zivilisationskrankheiten, wie Arteriosklerose oder Adipositas, im späteren Leben vorgebeugt werden (WHO 2003, S.30-46).

Während der Kindheit spielen die Eltern und die Familie eine entscheidende Rolle bei der Prägung der Ernährungsgewohnheiten. Die Eltern können durch die Auswahl der Nahrungsmittel, deren Zubereitung und Verfügbarkeit sowie durch gemeinsame Mahlzeiten die Ernährungsroutinen von Kindern maßgeblich bestimmen (Alexy 2003). Eltern dienen als Vorbilder für ein gesundes Ernährungsverhalten. Dem mütterlichen Einfluss auf die kindliche Ernährung kommt eine besondere Bedeutung zu. Eine Studie aus Großbritannien hat ergeben, dass Mütter ihre Kinder nicht so gesund ernähren wie sich selber, obwohl sie bei der Auswahl der Ernährung ihrer Kinder stärker auf gesundheitliche Aspekte achten (Alderson 1999). Mit dem Beginn der Schulzeit nimmt die familiäre Kontrolle ab und das Ernährungsverhalten wird zusätzlich äußeren Einflüssen ausgesetzt, z.B. durch die Schulkantine (Vögele 2006).

In dem Hamburger Bezirk Altona wurde 1996 eine Befragung zum Frühstücksverhalten von Grundschulern durchgeführt, die zur Hälfte aus Schulen in schlechter sozialer Lage kamen. Das Gesamtbild zeigt, dass ein großer Anteil der Schüler zu Hause ein gesundes Frühstück zu sich nimmt. Allerdings ist der Anteil der Kinder an sozialen Brennpunktschulen, die selten oder nie zu Hause frühstücken, dreimal so hoch wie der Anteil der übrigen Kinder. Weiterhin kommen 37% der Kinder von sozialen Brennpunktschulen ohne Frühstück in die Schule (Behörde für Arbeit Gesundheit und Soziales 2001, S.80).

Bewegungsverhalten

Die körperliche Bewegung ist in der heutigen Zeit immer mehr eingeschränkt. Die Urbanisierung führt zu engeren Wohnverhältnissen und damit einhergehend zu mangelnden Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen.

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

Die zunehmende Technisierung und Motorisierung sowie bewegungsarme Freizeitaktivitäten, wie Computer- oder Videospiele verstärken den Bewegungsmangel zusätzlich. Dabei ist eine frühzeitige und regelmäßige körperliche Aktivität wichtig für die körperliche Entwicklung (Zimmer 2003). Bereits in der frühen Kindheit müssen motorische Fertigkeiten ausgebildet werden. Ein Entwicklungsdefizit kann neben Einschränkungen in der Bewegungsmöglichkeit auch andere Beeinträchtigungen nach sich ziehen (vgl.2.2.1). Außerdem vermindert körperliche Aktivität das Risiko der Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen, Darmkrebs, insulinunabhängigem Diabetes und Adipositas im Erwachsenenalter und hat eine positive Wirkung auf das psychische Wohlbefinden sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (U. S. Department of Health and Human Services 1996, S.81-144). Es wird deutlich, dass regelmäßige körperliche Aktivität nicht nur Risiken minimiert, sondern auch personale Ressourcen stärkt.

Die Ergebnisse des KiGGS zeigen, dass sich die Mehrheit der 3-10jährigen Kinder regelmäßig bewegt. 77% der Kinder spielen fast täglich im Freien und 52% treiben mindestens einmal in der Woche Sport. Auffällig ist, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund weniger körperlich aktiv sind. Kinder dieser Gruppe sind 2- bis 3- Mal seltener sportlich aktiv (Lampert, T 2006b).

Zurzeit besagen neuere Empfehlungen aus den USA über das notwendige Ausmaß körperlicher Betätigung, dass Kinder im Schulalter täglich 60 Minuten oder mehr körperlich aktiv sein sollten. Dies beinhaltet moderate bis kraftvolle Anstrengungen, die eine positive Wirkung auf gesundheitliche und verhaltensbedingte Faktoren haben (Strong 2005).

Früherkennungsuntersuchungen

Im Rahmen der Prävention sind die neun kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) bei Kindern von großer Bedeutung für die frühzeitige Diagnostik von körperlichen und neurologischen Störungen sowie Fehlentwicklungen (Schubert 2004, S.164) .

Bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen gibt es bezogen auf den Berufsstatus der Eltern deutliche Unterschiede. Die Inanspruchnahme der U1 liegt bei hoher beruflicher Qualifikationen des Vaters bei 97,2%, bei niedriger

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

beruflicher Qualifikation des Vaters bei 89,2%. Weiterhin ist festzustellen, dass mit steigendem Alter der Kinder die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8 sinkt, die U9 wird dann wieder geringfügig häufiger in Anspruch genommen. Die U9 nehmen 87,4% der Kinder mit einem Vater mit einer hohen beruflichen Qualifikation in Anspruch und nur noch 72,5% der Kinder mit einem Vater mit niedriger beruflicher Qualifikation (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2007, S.24).

2.3 Erklärungsansätze für die gesundheitliche Chancenungleichheit

In den vorherigen Abschnitten wurden die gesundheitlichen Chancenungleichheiten von Kindern in Verbindung mit dem sozioökonomischen Status, der sozialen und der physikalischen Umwelt beschrieben. Hierfür gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze, die im Folgenden skizziert werden sollen.

Auf internationaler Ebene wird sich hauptsächlich mit den Erklärungsansätzen für gesundheitliche Chancenungleichheiten beschäftigt, die Anfang der achtziger Jahre im „Black Report“ aus Großbritannien formuliert worden sind. Im Fokus der Forschung stehen hierbei:

- das Gesundheitsverhalten (cultural/ behavioral explanation) und
- strukturelle/materielle Lebensbedingungen (materialist/ structuralist explanation)

Studien zeigen, dass ein großer Teil der gesundheitlichen Ungleichheiten mit verhaltensbedingten und materiellen/strukturellen Faktoren erklärt werden kann. Die Ergebnisse machen aber auch deutlich, dass die strukturellen Aspekte überwiegen und ihnen somit eine deutlich größere Bedeutung zukommt als dem Gesundheitsverhalten. Es bedarf jedoch weiterer empirischer Überprüfungen, um diesen bislang noch fragwürdigen Sachverhalt zu manifestieren (Giesecke 2006).

Darüber hinaus werden in jüngster Zeit weitere Aspekte erörtert, wie z.B. psychosoziale Faktoren, Lebensereignisse oder Einflüsse aus der frühen Kindheit bzw.

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

aus dem sozialen Lebensumfeld. Die noch recht junge gesundheitsbezogene Lebenslaufforschung beschäftigt sich vorrangig mit zwei Modellvorstellungen:

- Modell kritischer Perioden
- Modell kumulativer Expositionen

Das Modell kritischer Perioden legt den Fokus bei der Ursachenforschung der Krankheitsentstehung auf die fötale Entwicklung und das Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Das Modell kumulativer Expositionen (Kumulationsmodell) befasst sich mit der Summierung von Belastungen im Lebenslauf und der Beeinflussung der Gesundheit im Erwachsenenalter, je nach Dauer und Intensität der erfahrenen Belastungen (Dragano 2006).

Der in Deutschland diskutierte Erklärungsansatz befasst sich mit dem Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit. Für Arbeitsbedingungen, Wohnbedingungen, Gesundheitsvorsorge und gesundheitsgefährdendes Verhalten konnten Untersuchungen bereits Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten leisten (Mielck 2003).

2.4 Interventionsansätze

Für die Interventionen gibt es zwei unterschiedliche Ansatzpunkte. Zum einen sollten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten auch die Sozialen angegangen werden. Zum anderen sollte der Gesundheitszustand von Menschen mit schlechter sozioökonomischer Situation verbessert werden. Der erste Ansatzpunkt impliziert ein breit angelegtes politisches Handeln von Seiten der unterschiedlichsten Sparten, wie z.B. der Finanz-, Bildungs-, Familien-, Arbeitsmarkt- oder Sozialpolitik und natürlich der Gesundheitspolitik mit Akteuren vor Ort. Hierbei kann nur in langfristigen Dimensionen gedacht werden. Anders steht es um den zweiten Ansatzpunkt, der sich z.B. an der Verbesserung der gesundheitsförderlichen Umweltbedingungen oder des Gesundheitsverhaltens orientieren sollte. Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten wären hier wahrscheinlich erfolgreicher (Mielck 2003).

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

In Deutschland ist die politische Handlungsgrundlage jedoch noch nicht sehr ausgeprägt. Es gibt Ansätze in der Gesundheitsberichterstattung, die soziale Aspekte integriert und auch einen auf Bundesebene herausgegebenen Armuts- und Reichtumsbericht. Außerdem werden für ausgewählte Themenbereiche Gesundheitsziele formuliert, in denen die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten aber noch nicht ausreichend berücksichtigt wird. Es fehlt schlicht der offizielle Handlungsrahmen, der sich explizit mit der Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten beschäftigt (Lampert, T 2006a). Im Gegensatz zu Deutschland haben Länder wie Großbritannien, Schweden, die Niederlande oder Finnland bereits politische Handlungsstrategien zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten entwickelt. Die Schwedische Nationale Public Health Kommission hat z.B. im Jahr 2000 ihre Gesundheitspolitik mit dem Fokus auf die Reduzierung von gesundheitlichen Ungleichheiten ausgerichtet. Hier geht es um die Stärkung von sozialem Kapital, das Aufwachsen in einer zufrieden stellenden Umwelt, die Verbesserung von Arbeitsbedingungen, die Schaffung einer befriedigenden physischen Umwelt, die Anregung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise und die Entwicklung einer zufrieden stellenden Infrastruktur für Gesundheit (Mackenbach 2006).

Einen weiteren Handlungsansatz in Deutschland stellt die Fassung des §20 im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) aus dem Jahr 2000 dar. Hier heißt es: „... Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ (§20 SGB V Satz 1).

Zur Umsetzung der sozial bedingten gesundheitlichen Chancenungleichheiten wird der Setting-Ansatz empfohlen. Ein geeignetes Setting ist die Schule (vgl. 2.1.4); hier kann die Zielgruppe der sozial benachteiligten Kinder sehr gut erreicht werden, ohne dass die Gefahr der Stigmatisierung besteht (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006). Allerdings gehen bislang keine ausreichenden Handlungen von den Krankenkassen aus. Rosenbrock (2000) stellt in Frage, ob die Krankenkassen sich im notwendigen Maß den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen als vermeintlich schlechte Risiken annehmen werden.

2 Einflussfaktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

Das Projekt „primakids“, von dem die Daten für die statistische Auswertung stammen, ist nach dem Setting-Ansatz gestaltet und berücksichtigt zugleich die Zielgruppe der sozial benachteiligten Kinder, denn die in das Projekt einbezogenen Schulen liegen in mittleren und benachteiligten sozialen Lagen.

3 Methodenbericht

3.1 Ziele und Forschungsfragen

Die folgende Untersuchung hat mehrere Ziele:

1. Darstellung der sozialen Lage der Studienpopulation unter Berücksichtigung der bereits erläuterten sozialen Determinanten Bildung und Berufstätigkeit der Eltern
2. Untersuchung des Einflusses der sozialen Lage auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitsstatus und die subjektive Gesundheit von Kindern

Abgeleitet von den vorstehenden Zielen ergeben sich die folgenden Forschungsfragen:

1. Wie stellt sich die soziale Lage der Studienpopulation dar?
2. Wirkt sich die soziale Lage auf das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitsstatus oder das subjektive Wohlbefinden aus?
 - Wie stellen sich das Gesundheitsverhalten, der Gesundheitsstatus und die subjektive Gesundheit in den einzelnen Schichten dar?
 - Welche Aspekte von Gesundheit sind besonders betroffen?
 - Ist ein sozialer Gradient erkennbar?

3.2 Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule („primakids“)

Das auf dem Setting-Ansatz basierende Projekt „primakids“ wurde in den Jahren 2002-2006 in Hamburg durchgeführt. Ziel der kontrollierten Interventionsstudie war im Rahmen einer systematischen Gesundheitsförderung die Verbesserung des Gesundheitsstatus und des Gesundheitsverhaltens der teilnehmenden Kinder. Zusätzlich wurde eine Schulentwicklung mit dem Ziel einer gesundheitsfördernden Schule angestrebt.

Die Studienpopulation umfasste eine Kohorte von rund 500 Kindern aus 14 Hamburger Grundschulen in mittlerer und schlechter sozialer Lage, die von der ersten

3 Methodenbericht

bis zur vierten Klasse begleitet wurde. Sie unterteilte sich in zwei Interventionsgruppen aus insgesamt neun Grundschulen und einer Kontrollgruppe bestehend aus fünf Grundschulen. An den Schulen der beiden Interventionsgruppen fanden jährlich jeweils im zweiten Schulhalbjahr Interventionsmaßnahmen statt. Hierbei handelte es sich zum einen um Lerneinheiten mit gesundheitsförderlichen Inhalten, die Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Gewaltprävention und Stressprävention thematisierten. Zum anderen ging es um Lerneinheiten mit Maßnahmen zur Adipositasprävention, die sich mit ausgewogener Ernährung, Bewegung, Fernsehkonsum und gemeinsamen Mahlzeiten der Familie befassten.

3.3 Erhebungsmethode

Zur Erhebung der Daten wurde ein Fragebogen eingesetzt. Die Kinder wurden durch standardisierte Face-to-face-Interviews in jedem ersten Schulhalbjahr befragt. Die letzten Interviews erfolgten nach Beendigung der Interventionen im zweiten Schulhalbjahr. Zusätzlich wurden hierbei regelmäßig mit einem standardisierten Vorgehen die Körpergröße und das Körpergewicht von den Kindern gemessen. Auch die Eltern sind im Rahmen des Projekts einmalig schriftlich befragt worden.

Der Fragebogen für die Kinder

Der Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitssituation von Kindern in der Grundschule (siehe Anhang) beinhaltete Informationen zu verschiedenen Dimensionen: zur Person, Familiensituation, Ernährung, Schulsituation, zu Freunden und Freizeit sowie zum Selbstbild. Das Ziel des Fragebogens war es, die Interventionsschwerpunkte zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens und zur gesundheitlichen Situation abzubilden. Fragen zum Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden wurden vom Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL) übernommen. Die Fragen zur Ernährung entstanden in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE).

Der Fragebogen für die Eltern

Der Fragebogen für die Eltern beinhaltete neben dem Geburtsgewicht und der Geburtsgröße des Kindes, auch Daten zum Körpergewicht, zur Körpergröße, zur Bildung und Berufstätigkeit der Eltern sowie zur Wohnsituation der Familie (siehe Anhang).

Die Untersuchung

Die hier durchgeführte Querschnittsanalyse basiert auf Daten des letzten Erhebungszeitpunktes im Frühjahr 2006.

3.4 Zentrale Variablen der Untersuchung

3.4.1 Soziale Lage

Die soziale Lage kann anhand der unterschiedlichsten Einzelindikatoren abgebildet werden, wie z.B. Einkommen, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe oder Bildungsniveau. Auch soziale Schichtmodelle finden hier ihre Anwendung. Der Brandenburger Sozialindex berücksichtigt als vereinfachtes Modell zwei der wesentlichen Indikatoren sozialer Schicht nämlich Bildung und Erwerbstätigkeit (Böhm 2006). In den folgenden Abschnitten wird zunächst auf die einzelnen Indikatoren eingegangen und schließlich das Brandenburger Sozialindexmodell genauer erläutert.

Schulbildung

Die Schulbildung der Eltern wurde für die Mütter und Väter separat erfragt. Die Antworten wurden folgendermaßen kategorisiert:

- 1 niedrige Schulbildung (weniger als 10 Klassen)
- 2 mittlere Schulbildung (10 Klassen)
- 3 höhere Schulbildung (mehr als 10 Klassen)

Berufstätigkeit

Die Berufstätigkeit wurde mit einer dichotomen Variable (1= ja, 2= nein) für die einzelnen Elternteile erfasst.

3 Methodenbericht

Brandenburger Sozialindex

Der Sozialstatus der Schülerinnen und Schüler wurde für diese Untersuchung mit Hilfe des Brandenburger Sozialindexmodells abgebildet. Der additive Sozialindex setzt sich aus der Schulbildung und der Erwerbstätigkeit von den Eltern zusammen und wird mittels festgelegter Punktzahlen für die einzelnen Ausprägungen der Variablen gebildet.

Indikator	Punkte je Elternteil
Schulbildung	
Niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen)	1
Mittlere Schulbildung (10 Klassen)	2
Hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)	3
Erwerbstätigkeit	
Nicht erwerbstätig	1
Erwerbstätig (Vollzeit oder Teilzeit)	2

Tabelle 1: Bildung der Variable Sozialstatus (Sozialindex)
Quelle: Ellsäßer et al. 2002

Für die Bildung des Sozialindexes müssen die Angaben zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit von mindestens einem Elternteil erfasst sein, andernfalls wird ein Fall von der Berechnung ausgeschlossen. Fehlende Werte eines Elternteils werden mit dem entsprechenden Wert des anderen Elternteils doppelt gewichtet. Der niedrigste Indexwert beträgt 4, d.h. beide Elternteile haben eine niedrige Schulbildung und sind nicht erwerbstätig. Haben die Eltern eine hohe Schulbildung und sind sie erwerbstätig, beträgt der höchste Indexwert 10. Folgende Kategorien wurden für die Indexwerte gebildet:

- 1 niedriger Sozialstatus (4-6 Punkte)
- 2 mittlerer Sozialstatus (7-8 Punkte)
- 3 hoher Sozialstatus (9-10 Punkte) (Ellsäßer 2002)

3.4.2 Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Zur Abbildung der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens wird auf Faktoren zurückgegriffen, die im Rahmen einer projektinternen Faktorenanalyse

3 Methodenbericht

se ermittelt wurden. Es wurden sieben Faktoren mit einer Varianzaufklärung von 40% ermittelt. Gegenstand dieser Arbeit sind die folgenden sechs Faktoren, die sowohl Ressourcen als auch Risiken der Verhaltensweisen und des Wohlbefindens widerspiegeln:

- Faktor „Gesunde Ernährung“
- Faktor „Ungesunde Ernährung“
- Faktor „Umfeld und Selbstwert“
- Faktor „Wohlbefinden“
- Faktor „Aktivität“
- Faktor „Inaktivität“

Essverhalten

Die Faktoren „gesunde Ernährung“ und „ungesunde Ernährung“ beinhalten die folgenden Items:

Faktor	Item	Inhalt
Gesunde Ernährung (Erklärte Varianz 7,23%)		Wie häufig hast du in der letzten Woche folgende Nahrungsmittel gegessen?
	11	Käse
	12	Obst
	14	Gemüse
	20	Wurst/Würstchen
Ungesunde Ernährung (Erklärte Varianz 6,07%)		Wie häufig hast du in der letzten Woche folgende Nahrungsmittel gegessen?
	10	Pommes
	13	Nutella
	15	Pizza
	18	Knabbergebäck
		Wie häufig hast du in der letzten Woche...
	23	...die Aufgaben in der Schule gut geschafft?
	25	...mit deinen Freunden gespielt?

Tabelle 2: Itemzusammensetzung der Faktoren „gesunde Ernährung“ und „ungesunde Ernährung“

3 Methodenbericht

Der Faktor „gesunde Ernährung“ kann einen Wert zwischen 1 und 4 annehmen. Je höher dieser Wert ausfällt, desto häufiger werden gesunde Nahrungsmittel verzehrt. Item 20 wurde für diesen Faktor umgepolt, d.h. eine hohe Ausprägung des Items bedeutet einen niedrigen Wert für den Faktor. Die dazugehörige Skala unterteilt sich in drei Kategorien:

- 1 niedriger Anteil gesunder Nahrungsmittel ($< 2,25$)
- 2 mittlerer Anteil gesunder Nahrungsmittel ($\geq 2,25$ und $< 2,75$)
- 3 hoher Anteil gesunder Nahrungsmittel ($\geq 2,75$)

Für den Faktor „ungesunde Ernährung“ liegen die erreichbaren Werte zwischen 1,66 und 5,98. In diesem Faktor wurden Items mit einer unterschiedlichen Skalierung zusammengefasst und es wurde ein einheitlicher Wertebereich durch Normierung festgesetzt. Die Items 23 und 25 wurden für die Berechnung umgepolt. Ein niedriger Wert steht hier für einen hohen Anteil von ungesunden Lebensmitteln, Probleme mit den Schulaufgaben und seltenes Spielen mit den Freunden. Höhere Werte hingegen stehen für ein positives Verhalten. Die Skala für den Faktor „ungesunde Ernährung“ ist in drei Kategorien aufgeteilt:

- 1 hoher Anteil ungesunder Nahrungsmittel (< 3)
- 2 mittlerer Anteil ungesunder Nahrungsmittel (≥ 3 und $< 5,5$)
- 3 niedriger Anteil ungesunder Nahrungsmittel ($\geq 5,5$)

Bewegungsverhalten

Im Rahmen der Faktorenanalyse konnten zwei Faktoren ermittelt werden, die das Bewegungsverhalten der Kinder abbilden. Es handelt sich um die Faktoren „Aktivität“ und „Inaktivität“ (vgl. Tab. 3).

3 Methodenbericht

Faktor	Item	Inhalt
Aktivität (Erklärte Varianz 4,03%)		Was hast du nach der Schule und am Wochenende gemacht?
	28	Fahrrad gefahren
	29	Sport gemacht / Sportverein / Schwimmen gegangen
Inaktivität (Erklärte Varianz 4,69%)		Wie häufig hast du in der letzten Woche folgende Nahrungsmittel gegessen?
	16	Schokolade
		Was hast du nach der Schule und am Wochenende gemacht?
	30	Spielen (draußen)
	31	Spielen (drinnen)
	32	Computer, Playstation, Gameboy, Nintendo gespielt
33	TV, Video, DVD	

Tabelle 3: Itemzusammensetzung der Faktoren „Aktivität“ und „Inaktivität“

Für den Faktor „Aktivität“ kann ein minimaler Wert von 0,66 und ein maximaler Wert von 1,98 erreicht werden. Beide Items wurden für den Faktor umgepolt, so dass ein hoher Wert für ein hohes Aktivitätsniveau steht. Die Skala für diesen Faktor umfasst zwei Kategorien:

- 1 geringe Aktivität ($< 1,32$)
- 2 hohe Aktivität ($\geq 1,32$)

Der Faktor „Inaktivität“ kann Werte zwischen 1,57 und 4,96 annehmen. Items mit unterschiedlichen Skalierungen wurden für diesen Faktor normiert. Das Item 30 wurde umgepolt. Ein kleiner Wert steht demnach für eine hohe Inaktivität, hohe Werte dagegen sind positiv besetzt und stehen für eine geringe Inaktivität. Die Skala für den Faktor unterteilt sich in drei Kategorien:

- 1 hohe Inaktivität (< 2)
- 2 mittlere Inaktivität (≥ 2 und $< 3,5$)
- 3 geringe Inaktivität ($\geq 3,5$)

3 Methodenbericht

Subjektive Gesundheit

Für die subjektive Gesundheit stehen zwei Faktoren, die sich aus folgenden Items zusammensetzen:

Faktor	Item	Inhalt
Umfeld und Selbstwert (Erklärte Varianz 7%)	5	Wie häufig hast du dich in der letzten Woche... ...mit deinen Eltern gut verstanden?
	6	...zu Hause wohl gefühlt?
	24	Wie häufig... ...hat dir in der letzten Woche der Unterricht Spaß gemacht?
	27	...mochten dich in der letzten Woche die anderen Kinder?
	36	...hast du in der letzten Woche gelacht und Spaß gehabt?
	39	...warst du in der letzten Woche stolz auf dich?
	40	...mochtest du dich in der letzten Woche selber leiden?
Wohlbefinden (Erklärte Varianz 5,58%)	37	Wie häufig... ...war dir in der letzten Woche langweilig?
	38	...hast du in der letzten Woche Angst gehabt?
	42	...hast du dich in der letzten Woche krank gefühlt?
	43	...hast du in der letzten Woche Kopfweg gehabt?
	44	...warst du in der letzten Woche müde oder schlapp?

Tabelle 4: Itemzusammensetzung der Faktoren „Umfeld und Selbstwert“ sowie „Wohlbefinden“

Für den Faktor „Umfeld und Selbstwert“ beträgt der minimale Wert 2,31 und der maximale Wert 6,93. Je größer der Wert für diesen Faktor ausfällt, desto positiver werden das Umfeld und der Selbstwert dargestellt. Die dazugehörige Skala unterteilt sich in drei Kategorien:

- 1 niedriger Wert für Umfeld/Selbstwert (< 3,5)
- 2 mittlerer Wert für Umfeld/Selbstwert ($\geq 3,5$ und < 6,0)
- 3 hoher Wert für Umfeld/Selbstwert ($\geq 6,0$)

3 Methodenbericht

Der Faktor „Wohlbefinden“ kann Werte zwischen 1,65 und 3,96 annehmen. Alle Items wurden für diesen Faktor umgepolt. Ein kleiner Wert steht somit für ein geringes Wohlbefinden und ein hoher Wert entspricht einem hohen Wohlbefinden. Für den Faktor wurden drei Kategorien gebildet:

- 1 geringes Wohlbefinden (< 2)
- 2 mittleres Wohlbefinden (≥ 2 und $< 3,5$)
- 3 hohes Wohlbefinden ($\geq 3,5$)

3.4.3 Gesundheitsstatus

Der Gesundheitsstatus wird in dieser Untersuchung anhand des Body-Mass-Indexes abgebildet.

Body-Mass-Index

Der BMI lässt sich aus der Körpergröße und dem Körpergewicht ableiten ($\text{BMI} = \text{Körpergewicht}/\text{Körpergröße}^2$). Bei Kindern und Jugendlichen müssen anders als bei Erwachsenen die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen zur Beurteilung des BMI berücksichtigt werden. Deshalb gibt es für Kinder und Jugendliche jeden Alters und Geschlechts Referenzwerte in Form von den so genannten Perzentilkurven, die eine individuelle Einschätzung des BMI-Wertes ermöglichen. Hiernach sind Kinder mit einem BMI zwischen dem 3. bis 10. Perzentil untergewichtig, zwischen dem 10. bis 90. Perzentil normalgewichtig, zwischen dem 90. bis 97. Perzentil übergewichtig und ab dem 97. Perzentil adipös (Kromeyer-Hausschild 2001). Folgende Kategorien wurden für den BMI gebildet:

- 1 Untergewicht
- 2 Normalgewicht
- 3 Übergewicht
- 4 Adipositas

3.5 Auswertung

Die Daten wurden mit SPSS 13.0 für Windows analysiert. Es wurden Methoden der deskriptiven und analytischen Statistik angewendet.

Alle statistischen Tests waren zweiseitig. Das Signifikanzniveau wurde bei 5% festgelegt, d.h. ein p-Wert, der gleich oder kleiner war als 0,05 galt als signifikant. Zur Überprüfung der Variablen auf Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test angewendet. Dieser kommt zum Einsatz, wenn die Stichprobe mehr als 50 Fälle enthält. Ein signifikantes Ergebnis bedeutet, dass keine Normalverteilung der geprüften Variable anzunehmen ist (Field 2006, S.93).

Die deskriptive Statistik beinhaltet für univariate Analysen Häufigkeitszählungen und entsprechend des Skalenniveaus statistische Kennwerte. Um die Verteilung für zwei kategoriale Variablen zu beschreiben, wurden Kreuztabellen erstellt. Zusätzlich wurde zur Überprüfung der Unabhängigkeit beider Variablen der Chi-Quadrat-Test durchgeführt, wenn der Anteil der Zellen mit einer Fallzahl kleiner als fünf nicht größer als 20% war (Bühl 2005, S. 247).

Zum Vergleich mehrerer unabhängiger Stichproben wurde bei nicht normalverteilten Variablen der H-Test nach Kruskal und Wallis angewendet. Dieser Test basiert auf dem Vergleich von Rangwerten der Daten. Zu Beginn werden für die einzelnen Daten Rangplätze vergeben, die dann entsprechend der Gruppenzugehörigkeit zu Rangsummen zusammengefasst werden, um die Testgröße H zu ermitteln. Bei einem signifikanten Ergebnis ist davon auszugehen, dass sich die Gruppen unterscheiden. Um festzustellen, welche paarweisen Gruppenkombinationen sich im Einzelnen signifikant unterscheiden, wird der U-Test nach Mann und Withney angewendet. Der U-Test nach Mann und Withney basiert ebenso wie der H-Test nach Kruskal und Wallis auf dem Vergleich von Rangwerten der Daten. Um einer α -Fehler-Inflation vorzubeugen, wurde eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt, d.h. es wurde das Signifikanzniveau durch die Anzahl der durchgeführten Tests geteilt. Das Signifikanzniveau der U-Tests nach Mann und Withney, die im Anschluss an die H-Tests durchgeführt worden sind, lag für diese Auswertung folglich bei 0,0167 (Field 2006, S. 542-553).

4 Ergebnisse

4.1 Studienpopulation

Es wurden insgesamt 401 Kinder während des letzten Erhebungszeitpunktes interviewt. In 363 Fällen waren Daten der Eltern vorhanden, wobei die notwendigen Daten zur Berechnung des Sozialindex aufgrund fehlender Angaben nur in 357 Fällen vorlagen. Die statistische Auswertung bezog sich demnach auf Daten von 357 Kindern, das durchschnittliche Alter der Kinder betrug 9,8 Jahre.

	MW (s)	n	%
Alter (Jahre)	9,84 (0,46)	355	
Geschlecht		357	100
Weiblich		169	47,3
Männlich		188	52,7

Tabelle 5: Studienpopulation nach Alter und Geschlecht
MW=Mittelwert, s=Standardabweichung

4.2 Soziale Lage

Schulbildung

Die Mehrzahl der Eltern verfügten über eine hohe Schulbildung, bei den Müttern waren es 45,9% und bei den Vätern 52,4%. Weiterhin hatten mehr Mütter als Väter eine mittlere Schulbildung (Mütter 32,6% vs. Väter 23,5%). Der Anteil der Väter mit einem niedrigen Schulabschluss war mit 24,1% etwas höher als bei den Müttern mit 21,5% (vgl. Abb. 3).

4 Ergebnisse

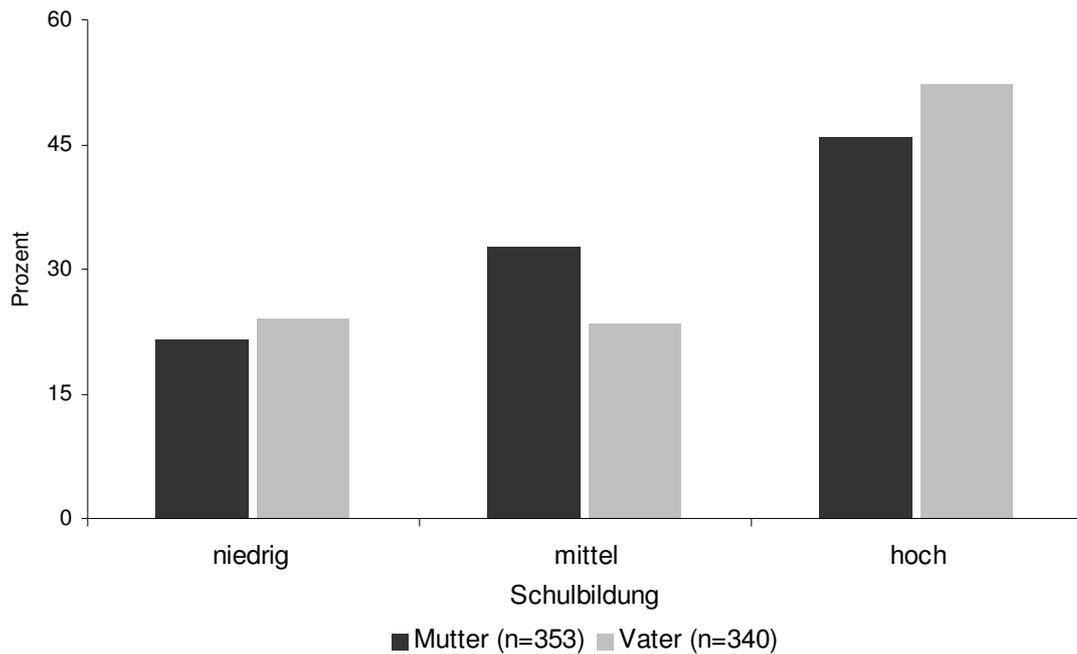


Abbildung 3: Schulbildung der Eltern

Berufstätigkeit

Die überwiegende Mehrheit der Eltern war berufstätig, dabei lag der Anteil der Väter mit 91,8% deutlich über dem der Mütter mit 63,1%. Nicht berufstätig waren 36,9% der Mütter gegenüber 8,2% der Väter (vgl. Abb. 4).

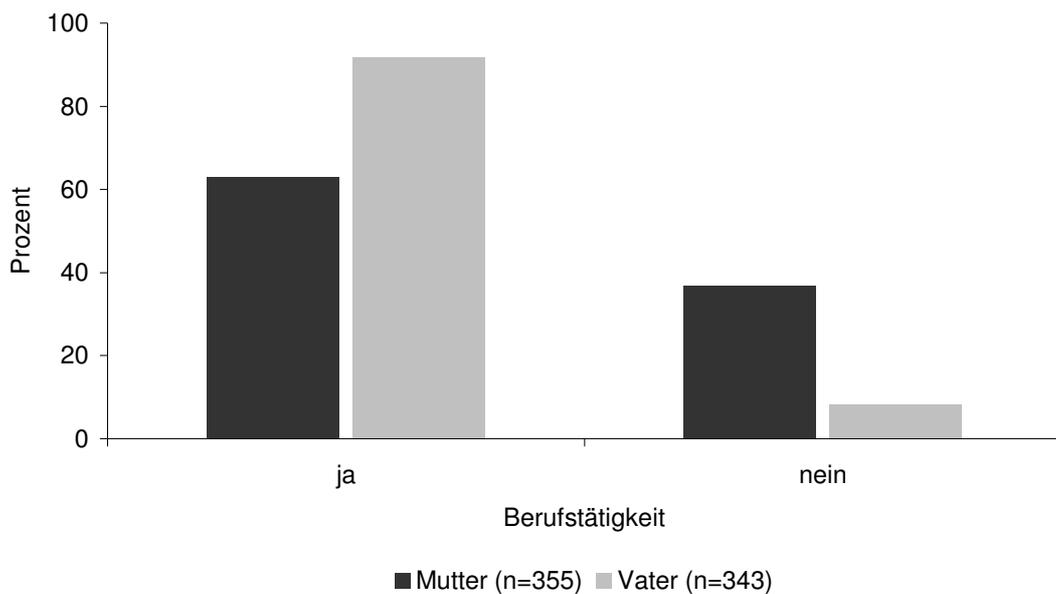


Abbildung 4: Berufstätigkeit der Eltern

4 Ergebnisse

Sozialstatus

Bei der Zusammenfassung der beiden Indikatoren für den Sozialindex entsprechend des Brandenburger Modells ergab sich für die Verteilung des Sozialstatus unter den Kindern folgendes Bild:

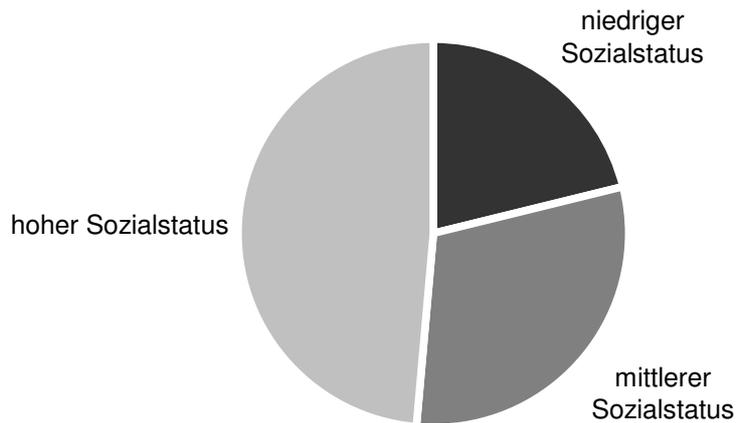


Abbildung 5: Sozialstatus der Kinder
n=357

Fast die Hälfte der Kinder nämlich 48,5% konnte Familien mit einem hohen Sozialstatus zugeordnet werden. Es folgten mit einem Anteil von 30,5% Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus und schließlich mit 21% Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.

4.3 Gesundheitsstatus

Body-Mass-Index

Die anthropometrischen Maße in den einzelnen Gruppen zeigt die folgende Tabelle:

4 Ergebnisse

	n	MW (s)	Range	n	MW (s)	Range	n	MW (s)	Range
	Niedriger Sozialstatus			Mittlerer Sozialstatus			Hoher Sozialstatus		
Größe (cm)	75	144,4 (6,45)	130,0 – 159,1	109	144,3 (7,44)	130,0 – 173,4	172	145,0 (6,1)	127,6 – 168,0
Gewicht (kg)	74	40,2 (8,86)	24,0 – 64,1	109	39,0 (9,04)	24,5 – 74,0	172	37,5 (6,5)	25,5 – 59,9
BMI (kg/m ²)	74	19,2 (3,4)	13,65 – 29,99	109	18,59 (3,28)	14,23 – 28,92	172	17,76 (2,4)	13,95 – 25,93

Tabelle 6: Anthropometrische Maße und Sozialstatus
MW=Mittelwert, s=Standardabweichung

Die durchschnittliche Körpergröße war in den Gruppen mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus fast gleich. Die Kinder mit hohem Sozialstatus waren dagegen im Mittel etwas größer. Für das Körpergewicht zeigte sich, dass es vom niedrigen Sozialstatus über den mittleren bis hin zum hohen Sozialstatus im Durchschnitt kleiner wurde. Das gleiche galt für den BMI.

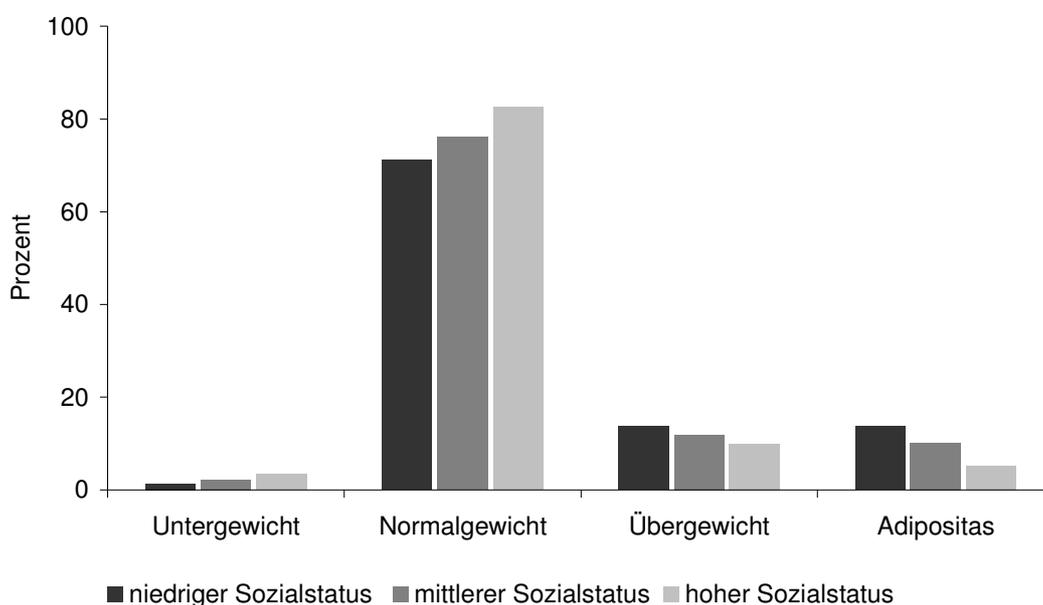


Abbildung 6: Gewichtsklassen und Sozialstatus
n=353

Die große Mehrheit der Kinder in allen drei Sozialschichten war normalgewichtig. Bezogen auf die einzelnen Gruppen galt dies für 71,2% der Kinder mit niedrigem,

4 Ergebnisse

76,1% der Kinder mit mittlerem und 82,5% der Kinder mit hohem Sozialstatus. Ein marginaler Prozentsatz der Kinder in den einzelnen Schichten war untergewichtig. Übergewichtig waren 13,7% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus gegenüber 11,9% der Kinder mit mittleren und 10% der Kinder mit hohem Sozialstatus. Ähnlich stellte sich die Verteilung für Adipositas dar, auch hier waren 13,7% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus betroffen, 10,1% der Kinder mit mittlerem und 5,3% der Kinder mit hohem Sozialstatus. In beiden Gewichtsklassen zeigte sich, dass mit steigendem Sozialstatus der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas sank. (vgl. Abb. 6 und siehe Anhang Tab. 1).

Der H-Test nach Kruskal und Wallis zeigte einen sehr signifikanten Unterschied zwischen dem BMI und dem Sozialstatus ($H= 10,76$; $df=2$; $p= 0,005$). Betrachtete man die Gruppen paarweise, konnte festgestellt werden, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe mit mittlerem und hohem Sozialstatus ($U= 8351,0$; $p= 0,12$) sowie zwischen der Gruppe mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus vorlagen ($U= 3469,0$; $p= 0,11$). Allerdings bestand ein höchst signifikanter Unterschied zwischen der niedrigen und hohen Sozialschicht ($U= 4674,5$; $p= 0,001$), d.h. Kinder mit niedrigem Sozialstatus hatten einen signifikant höheren BMI als Kinder mit hohem Sozialstatus (siehe Anhang Abb. 1).

4.4 Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung für die Faktoren dargestellt.

Essverhalten

Ein hoher Anteil gesunder Nahrungsmittel konnte für 57,8% der Kinder mit hohem Sozialstatus ermittelt werden. Es folgten Kinder mit niedrigem Sozialstatus mit 45,3% und schließlich Kinder der mittleren Schicht mit 39,8%. Ein mittlerer Anteil an gesunden Nahrungsmitteln ergab sich für 41,3% der unteren Sozialschicht, für 43,5% der mittleren und für 31,8% der oberen Sozialschicht. Ein niedriger Anteil gesunder Nahrungsmittel zeigte sich für 16,7% der mittleren Schicht, gefolgt von 13,3% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus und 10,4% der hohen Sozialschicht.

4 Ergebnisse

Diese Unterschiede waren statistisch signifikant (vgl. Abb.7 und siehe Anhang Tab. 2).

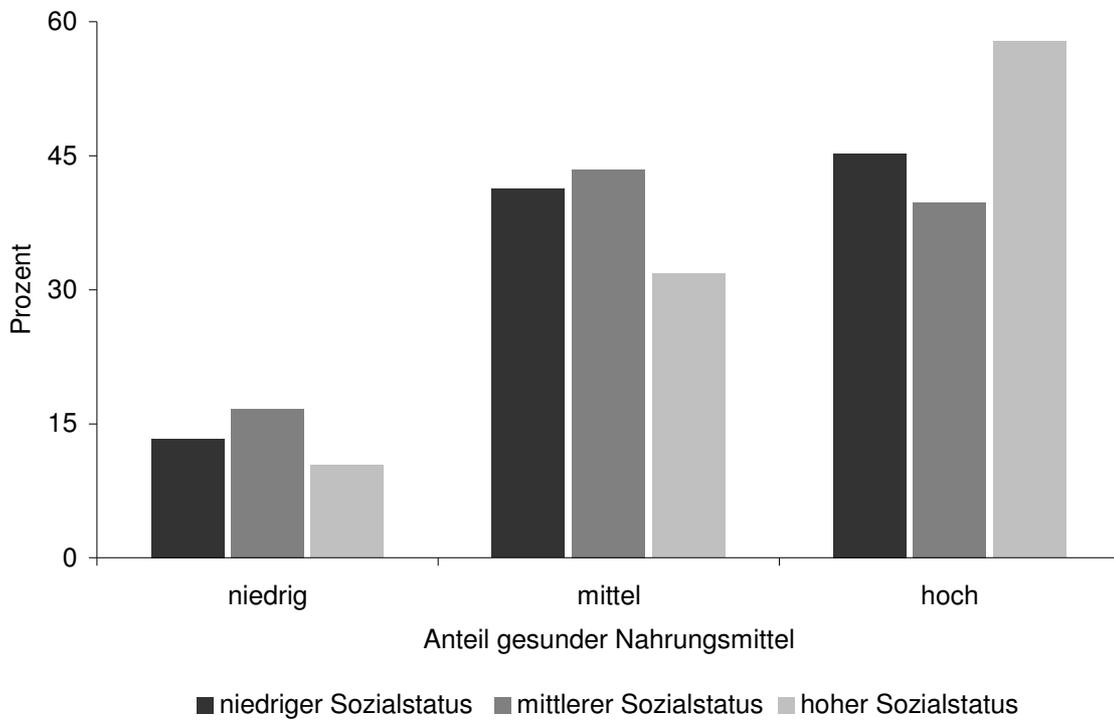


Abbildung 7: Anteil gesunder Nahrungsmittel und Sozialstatus
n=356, p=0,048, χ^2

Der H-Test nach Kruskal und Wallis ergab einen signifikanten Unterschied hinsichtlich des erreichten Wertes für den Faktor „gesunde Ernährung“ und den Sozialstatus ($H= 6,712$; $df= 2$; $p= 0,035$). Auf die einzelnen Gruppen bezogen zeigte sich, dass der Unterschied zwischen dem niedrigen und hohen Sozialstatus nicht signifikant war ($U= 5858,0$; $p= 0,22$), gleiches galt für den niedrigen und mittleren Sozialstatus ($U= 3703,5$; $p= 0,32$). Ein signifikanter Unterschied lag allerdings für den mittleren und hohen Sozialstatus vor ($U= 7676,0$; $p= 0,011$). Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus hatten signifikant höhere Werte für den Faktor „gesunde Ernährung“ als Kinder mit mittlerem Sozialstatus (siehe Anhang Tab. 3 und Abb. 2).

4 Ergebnisse

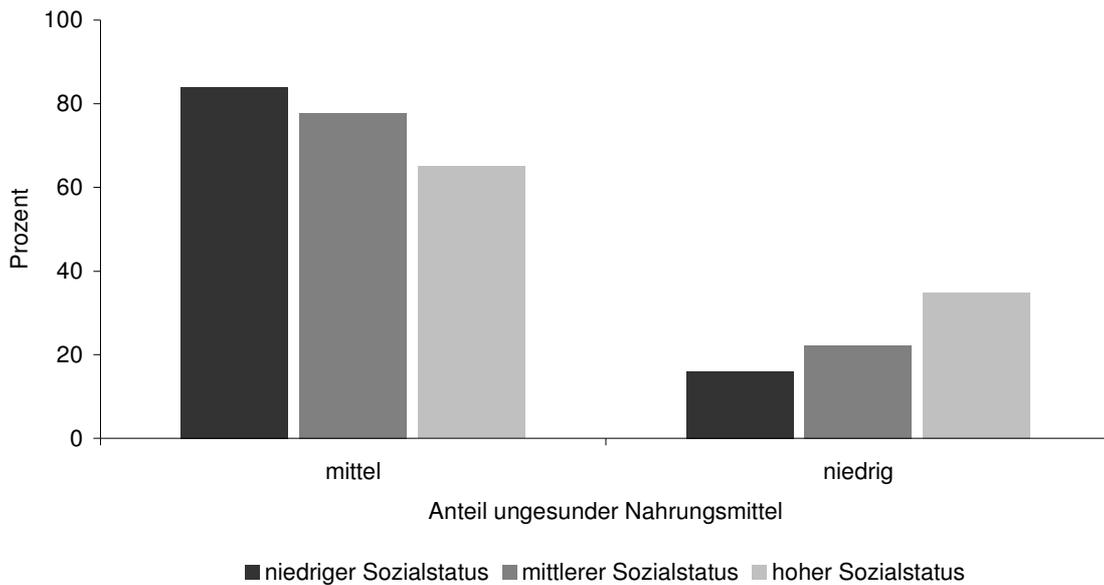


Abbildung 8: Anteil ungesunder Nahrungsmittel und Sozialstatus
n=355, p=0,004, chi²

Abbildung 8 zeigt, dass über die Hälfte aller drei Gruppen mittlere Werte für den Faktor „ungesunde Ernährung“ erreichten, dies waren für Kinder mit niedrigem Sozialstatus 84%, für Kinder der mittleren Schicht 77,8% und für die Kinder mit hohem Sozialstatus 65,1%. Der prozentuale Anteil der Kinder mit einem mittleren Anteil ungesunder Nahrungsmittel nahm mit steigendem Sozialstatus ab. Einen niedrigen Wert erreichten 16% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus, 22,2% der Kinder aus der mittleren Schicht und 34,9% der Kinder aus der hohen Sozial-schicht. Für diese Kategorie nahm mit steigender Schichtzugehörigkeit der Anteil der ungesunden Nahrungsmittel ab. Diese Unterschiede waren statistisch sehr signifikant (siehe Anhang Tab. 4).

Der H-Test nach Kruskal und Wallis ergab einen höchst signifikanten Unterschied der erreichten Werte für den Faktor „ungesunde Ernährung“ und der sozialen Schicht (H= 22,93; df= 2; p= 0,001). Die im weiteren Verlauf durchgeführten U-Tests nach Mann und Withney ergaben keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus (U= 3620,5; p= 0,221), jedoch höchst signifikante Unterschiede zwischen dem niedrigen und hohen Sozialstatus (U= 4247; p= 0,001) sowie zwischen dem mittleren und dem hohen Sozialstatus (U= 7024; p= 0,001). Kinder aus Familien mit einem hohen Sozialstatus

4 Ergebnisse

erreichten somit signifikant höhere Werte für den Faktor „ungesunde Ernährung“ als Kinder aus der mittleren und niedrigen Sozialschicht (siehe Anhang Tab. 3 und Abb. 3).

Bewegungsverhalten

Über die Hälfte der Kinder in den jeweiligen Gruppen waren körperlich sehr aktiv. Dies galt für 69,3% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus, 84,1% der Kinder der mittleren Schicht und 86,7% der Kinder mit hohem Sozialstatus. Der prozentuale Anteil der Kinder mit hohem Aktivitätsniveau nahm mit einer steigenden Schichtzugehörigkeit zu. Kinder mit niedrigem Sozialstatus hatten mit 30,7% im Vergleich zur mittleren Schicht mit 15,9% und zur hohen Schicht mit 13,3% den prozentual höchsten Anteil für ein niedriges Aktivitätsniveau. Hier zeigte sich, dass mit steigender Schichtzugehörigkeit der Anteil der Kinder mit einem niedrigen Aktivitätsniveau abnahm. Die Unterschiede waren statistisch sehr signifikant (vgl. Abb. 9 und siehe Anhang Tab 5).

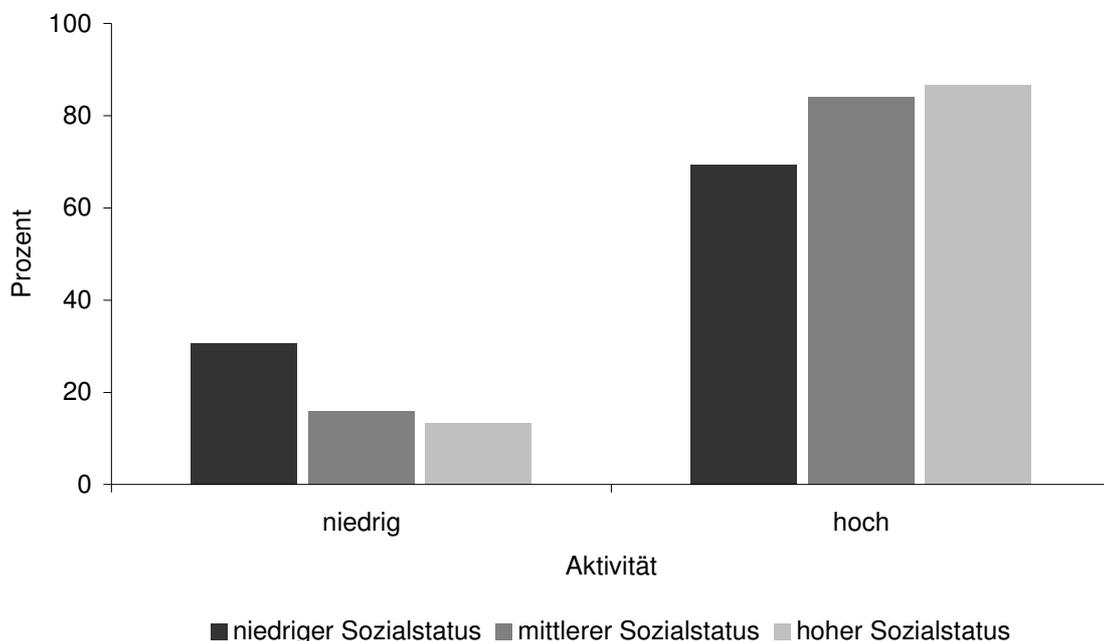


Abbildung 9: Aktivität und Sozialstatus
n=355, p=0,004, χ^2

Der H-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen dem erreichten Wert für den Faktor Aktivität und dem Sozialstatus ($H= 9,11$; $df= 2$; $p= 0,01$). Testete man die Gruppen paarweise, stellte sich heraus, dass der Unterschied zwischen

4 Ergebnisse

den Gruppen der niedrigen und hohen Sozialschicht sehr signifikant war ($U=4995,0$; $p=0,003$). Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus waren demnach signifikant aktiver als Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus. Zwischen der Gruppe der Kinder mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden ($U=3422,0$; $p=0,08$), das gleiche galt für die mittlere und hohe Schicht ($U=8430,0$; $p=0,19$) (siehe Anhang Tab. 6 und Abb. 4).

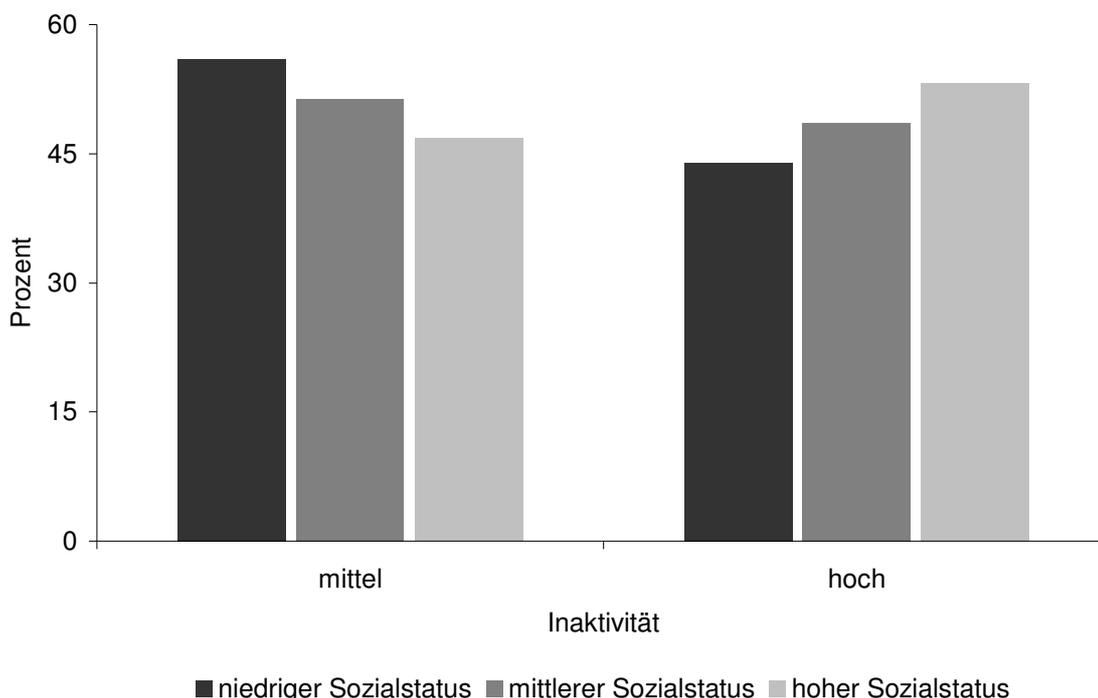


Abbildung 10: Inaktivität und Sozialstatus
 $n=355$, n.s., χ^2

Die Untersuchung ergab, dass mit steigendem Sozialstatus das mittlere Inaktivitätsniveau sank. 56% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus, 51,4% der Kinder mit mittlerem Sozialstatus und 46,8% der Kinder mit hohem Sozialstatus waren dieser Kategorie zuzuordnen. Für das niedrige Inaktivitätsniveau stellte es sich umgekehrt dar, hier erhöhte sich mit steigender Schichtzugehörigkeit der Anteil der Kinder. 44% der unteren Schicht, 48,6% der mittleren und 53,2% der oberen Schicht hatten ein niedriges Inaktivitätsniveau. Diese Unterschiede waren statistisch nicht signifikant (siehe Abb. 10 und Anhang Tab. 7).

4 Ergebnisse

Der H-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den erreichten Werten des Faktors „Inaktivität“ und den Sozialschichten ($H= 2,74$; $df= 2$; $p= 0,25$) (siehe Anhang Tab. 6 und Abb. 5).

Subjektive Gesundheit

Die Verteilung der Werte für den Faktor „Umfeld und Selbstwert“ in den einzelnen Kategorien zeigte, dass für die mittlere Kategorie mit steigendem Sozialstatus der prozentuale Anteil der Kinder abnahm. So waren 61,6% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus, 54,7% der Kinder mit mittlerem Sozialstatus und 42,9% der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus dieser Kategorie zuzuordnen. Für die hohe Kategorie stellte sich die Verteilung für die einzelnen Sozialschichten genau umgekehrt dar, hier nahm der prozentuale Anteil mit steigender Sozialschicht zu. Der prozentuale Anteil der Kinder mit niedrigem Sozialstatus betrug 38,4%, für Kinder mit mittlerem Sozialstatus waren es 45,3% und den größten Anteil stellten mit 57,1% Kinder aus der hohen Schicht. Diese Unterschiede waren statistisch signifikant (vgl. Abb. 11 und siehe Anhang Tab. 8).

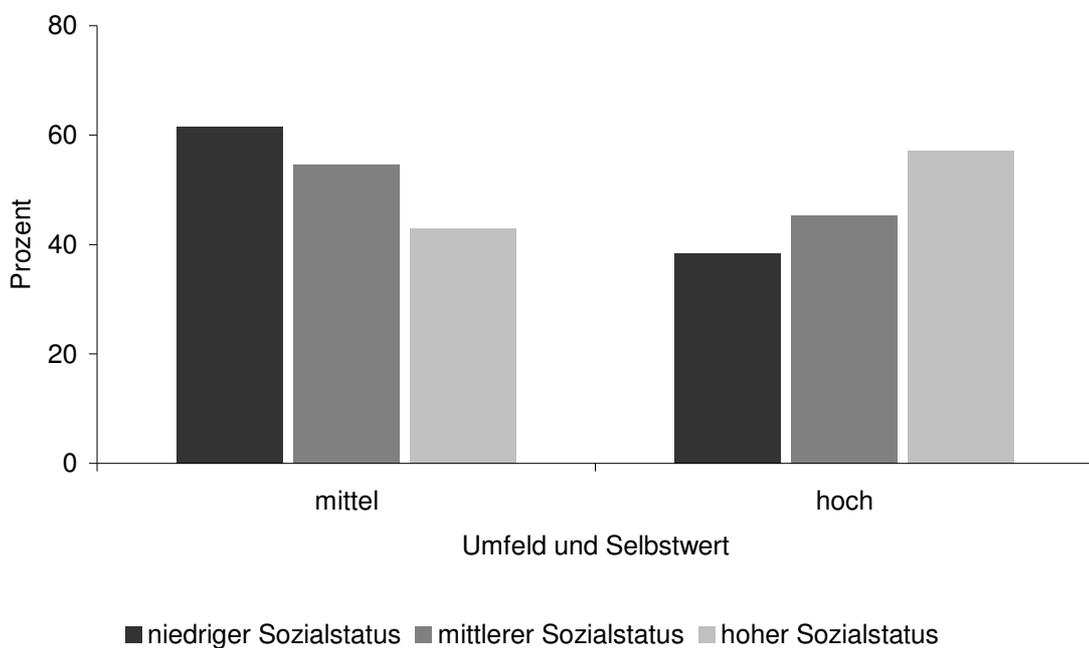


Abbildung 11: Umfeld und Selbstwert und Sozialstatus
 $n= 349$, $p=0,016$, χ^2

Der H-Test ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den erreichten Werten und den sozialen Schichten ($H= 6,53$; $df= 2$; $p= 0,038$). Bei der paarweisen Be-

4 Ergebnisse

trachtung der einzelnen Gruppen konnte jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ermittelt werden (siehe Anhang Tab. 9 und Abb. 6).

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Kategorien des Faktors „Wohlbefinden“:

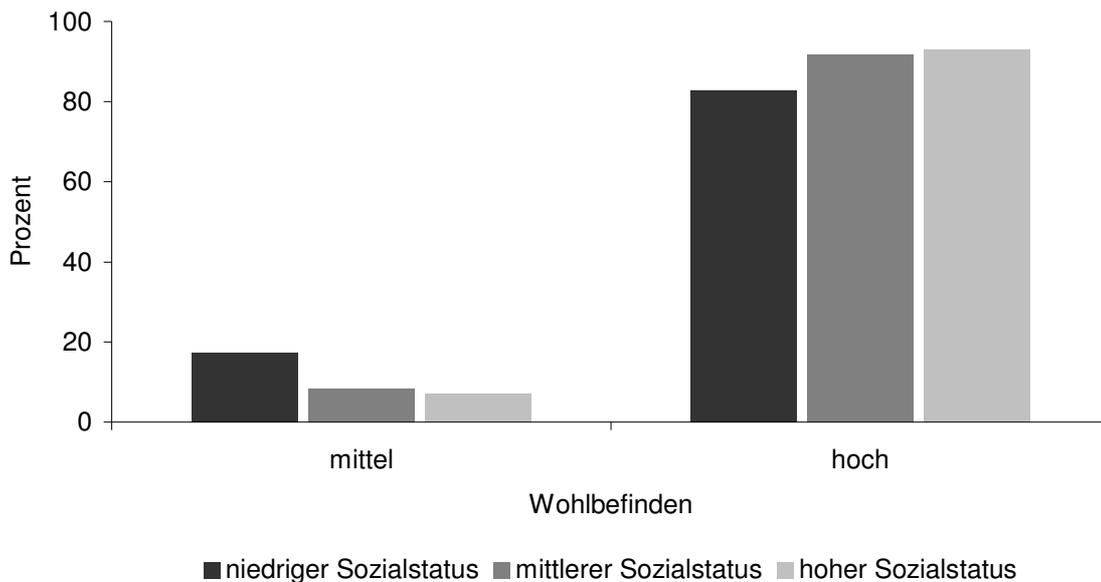


Abbildung 12: Wohlbefinden und Sozialstatus
n=356, p=0,034, χ^2

Für die überwiegende Mehrheit der Kinder aller Gruppen zeigte sich ein hohes Wohlbefinden. Der prozentuale Anteil der Kinder mit hohem Wohlbefinden nahm mit steigender Schichtzugehörigkeit zu. 82,7% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus, 91,7% der Kinder mit mittlerem und 93% der Kinder mit hohem Sozialstatus waren dieser Kategorie zuzuordnen. Der restliche Anteil der Kinder verteilte sich auf die Kategorie mit mittlerem Wohlbefinden, dies galt für 17,3% der unteren Sozialschicht, 8,3% der mittleren und 7% der hohen Sozialschicht. Der prozentuale Anteil der Gruppen nahm für diese Kategorie mit steigender Sozialschicht ab. Die Unterschiede waren statistisch signifikant (siehe Anhang Tab. 10).

Der H-Test zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Werten für den Faktor „Wohlbefinden“ und der sozialen Schicht ($H= 6,181$; $df= 2$; $p= 0,045$). Bei der paarweisen Betrachtung der Gruppen mit dem U-Test gab es keine signifikanten Unterschiede (siehe Tab. 9 und Abb. 7).

5 Diskussion

5.1 Ergebnisdiskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass es beim Ernährungs- und Bewegungsverhalten, der subjektiven Gesundheit und dem Gesundheitszustand Unterschiede zwischen Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus gibt. Ein ungesundes Ernährungsverhalten oder körperliche Inaktivität können die Entwicklung von Adipositas begünstigen (vgl. 2.2.3 und 2.2.4). Im Zusammenhang mit der sozialen Schicht wird besonders deutlich, dass überwiegend Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus betroffen sind. Hier können viele ungünstige Ausprägungen sozialer Determinanten von Gesundheit (vgl. 2.1) zusammen kommen, wie z.B. ein niedriger Bildungsstand der Eltern, Erwerbslosigkeit oder schlecht bezahlte Beschäftigungen der Eltern sowie ungünstige Wohn- und Umgebungsbedingungen. Die Gesundheit wird also durch den Sozialstatus geprägt. Mielck (2001) geht hier zum einen von einem direkten Einfluss auf die Gesundheit aus, betont aber auch den indirekten Einfluss, indem der Sozialstatus prägend auf das Verhalten wirkt.

Das oben beschriebene Mandala-Modell der Gesundheit gibt zu diesem Sachverhalt einen Überblick über die Vielschichtigkeit und Komplexität der Determinanten von Gesundheit. Diese Arbeit hat sich schwerpunktmäßig mit der psychosozialen Umwelt und dem persönlichen Verhalten von Kindern beschäftigt. Die statistische Auswertung lässt moderierende Effekte der sozialen Lage bezogen auf gesundheitsförderliches sowie gesundheitsschädigendes Verhalten vermuten.

Die folgenden Abschnitte diskutieren die Ergebnisse im Kontext existierender Studien.

Gesundheitsstatus

Die durchgeführte Untersuchung lässt einen inversen sozialen Gradienten für Übergewicht und Adipositas bei den Kindern der Studienpopulation erkennen. Des Weiteren konnte im direkten Gruppenvergleich festgestellt werden, dass die Kin-

5 Diskussion

der aus Familien mit niedrigem Sozialstatus einen signifikant höheren BMI aufweisen als Kinder aus der hohen Sozialschicht.

Diese Ergebnisse werden durch andere Untersuchungen bestätigt, wie durch eine im Rahmen der Einschulungsuntersuchung durchgeführte Querschnittsstudie in Aachen. Der soziale Status dieser Studie umfasst drei Indikatoren: elterliche Bildung, alleinerziehende Elternschaft und anteiliger Wohnraum in Quadratmeter pro Haushaltsmitglied. Es zeigt sich, dass Kinder mit dem niedrigsten Sozialstatus ein mehr als 3-fach erhöhtes Risiko haben adipös zu werden als Kinder mit dem höchsten Sozialstatus. Der inverse soziale Gradient zeigt sich bereits bei Kindern im Alter von sechs Jahren (Lamerz 2005). Auch die Kieler Adipositas Präventionsstudie (KOPS) bestätigt in den bisherigen Auswertungen einen inversen sozialen Gradienten für Übergewicht in den Altersgruppen der 5-7jährigen und der 9-11jährigen Kinder. Der soziale Status beruht in dieser Studie auf einem Einzelindikator: die Bildung der Eltern. Es zeigt sich mit der Altersgruppe der 5-7 Jährigen eine frühe Manifestation des sozialen Gradienten (Danielzik 2006).

Gesundheitsverhalten

Das Essverhalten wurde in dieser Auswertung sowohl ressourcen- als auch risikoorientiert untersucht. Während sich in dem Bereich der gesunden Ernährung keine eindeutigen Ergebnisse zeigen, gelingt dies für den Bereich der ungesunden Ernährung. Die Untersuchung ergibt signifikante Unterschiede zwischen den sozialen Schichten. Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus verzehren im Vergleich zu Kindern aus der mittleren und niedrigen Sozialschicht signifikant weniger ungesunde Nahrungsmittel. Signifikante Unterschiede ergeben sich zusätzlich zwischen den Gruppen mit niedrigem und hohem sowie zwischen den Gruppen mit mittlerem und hohem Sozialstatus.

Diese Ergebnisse lassen sich auch in der HBSC-Studie wieder finden. Der soziale Status der Mutter, aber auch der des Vaters üben einen Einfluss auf das Ernährungsverhalten des Kindes aus. Mädchen und Jungen mit Müttern mit einem hohen Sozialstatus stellen den größten Anteil beim täglichen Verzehr von gesunden Nahrungsmitteln, wie Obst, rohes und gekochtes Gemüse oder fettarme Milch. Im Gegensatz dazu stehen Jugendliche mit Müttern mit niedrigem Sozialstatus: sie

5 Diskussion

stellen den größten Anteil beim täglichen Konsum ungesunder Lebensmittel, wie z.B. Softdrinks, Süßigkeiten, Chips oder Pommes (Vereecken 2000).

Bei den Ergebnissen für das Bewegungsverhalten wird deutlich, dass Kinder mit hohem Sozialstatus sich signifikant mehr bewegen als Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus. Für körperliche Inaktivität lassen sich jedoch in dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ermitteln.

Die HBSC-Studie hingegen zeigt, dass der familiäre Wohlstand einen hochsignifikanten Einfluss auf die körperliche Inaktivität hat, besonders deutlich zeigt sich das bei den Mädchen: Bei ihnen erhöht sich das Risiko körperlicher Inaktivität um mehr als das Dreifache mit sinkender Wohlstandskategorie. Für den Medienkonsum (Fernseh- und Videokonsum) zeigt sich ein linearer sozialer Gradient für beide Geschlechter. Je niedriger der soziale Status, desto höher ist das Risiko, dass Mädchen und Jungen einen großen Teil ihrer Zeit vor dem Fernseher verbringen. Für die Nutzung des Computers lässt sich hingegen kein Unterschied in den sozialen Schichten nachweisen (Richter 2003). Auch die Studienreihe Kinder und Medien (KIM) zeigt schichtspezifische Auffälligkeiten beim Medienkonsum von Kindern. Bezogen auf den Bildungsgrad der hauptsächlich erziehenden Person nimmt die Fernsehnutzung mit steigender Bildung ab. Der Computergebrauch hingegen steigt mit zunehmendem Bildungsgrad an (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2007, S.60).

Subjektive Gesundheit

Die Ergebnisse für die subjektive Gesundheit lassen sowohl für den Faktor „Umfeld und Selbstwert“ als auch für den Faktor „Wohlbefinden“ erkennen, dass es statistisch signifikante Unterschiede zwischen der subjektiven Gesundheit und der sozialen Schicht gibt. Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus stellen den größten Anteil in der jeweils hohen Kategorie und auch für diesen Bereich ist ein sozialer Gradient erkennbar.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch das europäische Projekt KIDSCREEN. Hier wird zum einen der Einfluss der elterlichen Bildung und zum anderen der Einfluss des familiären Wohlstandes auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht. Sowohl für die Bildung als auch für den familiären Wohlstand zeigen

sich bezogen auf die subjektive Gesundheit signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Schichten (Rueden 2006).

5.2 Methodendiskussion

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um ein Querschnittsdesign. Im Rahmen solcher Studien können nur Aussagen zu einem Zeitpunkt gemacht werden. Es können also weder zeitliche Verläufe noch kausale Zusammenhänge dargestellt werden.

Die Auswertung beinhaltet Daten des letzten Erhebungszeitpunkts der Interventionsstudie. Bei einem Teil der Studienpopulation wurden jährlich Interventionsmaßnahmen der Primär- und Adipositasprävention durchgeführt. Dies könnte aufgrund des ungleichen Wissenszuwachses bei der Interventions- und Kontrollgruppe zu einer Beeinflussung der Ergebnisse geführt haben.

Außerdem beruht der angewandte Sozialindex auf Indikatoren, die im Rahmen der Elternbefragung bereits vor zwei Jahren erfasst worden sind. Für die Schulbildung lässt sich konstatieren, dass es sich hier um einen relativ robusten Indikator handelt, der kaum Änderungen ausgesetzt ist. Für die Erwerbstätigkeit kann angenommen werden, dass sie sich unter Berücksichtigung der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen in Hamburg nur geringfügig verändert hat. Insgesamt betrachtet wird davon ausgegangen, dass die Unterschiede zum letzten Erhebungszeitpunkt nicht allzu groß ausgefallen sind.

Beinahe die Hälfte der Kinder der Studienpopulation kommt aus Familien mit hohem Sozialstatus. Es ist anzunehmen, dass die fehlenden 44 Fälle, die für die Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten, der mittleren oder niedrigen Sozialschicht zuzuordnen sind. Diese Annahme sieht die Verfasserin vor allem darin begründet, dass das Antwortverhalten in Schichten mit niedrigem Sozialstatus bekanntlich geringer ist.

5.3 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die soziale Lage einen Einfluss auf die Kindergesundheit hat. Es konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse dieser Auswertung durch viele andere Studien bestätigt werden. Die hier durchgeführte Untersuchung konnte die soziale Lage und die Auswirkung auf die Gesundheit von Kindern und vielschichtig darstellen. Es konnten Aussagen zum Gesundheitsverhalten, der subjektiven Gesundheit und dem Gesundheitsstatus von 10-jährigen Schülerinnen und Schülern in Hamburg gemacht werden, die in dieser Form noch nicht vorliegen.

Die Einstufung in eine soziale Schicht ist insbesondere bei Kindern von den Eltern abhängig. Dies bedeutet gerade auch für schulische Gesundheitsförderungsprogramme, dass die Eltern einbezogen werden müssen. Das Setting Schule, das Kinder aller Schichten erreicht, sollte also um das Setting Familie ergänzt werden. Denn gerade in der Familie werden schon früh das Gesundheitsverständnis und -verhalten geprägt. Es bedarf einer erhöhten Aufmerksamkeit auf das Elternhaus, um Veränderungen im Gesundheitsverhalten nachhaltig zu festigen. Sinnvollerweise sollte damit schon sehr früh begonnen werden, z.B. in Kindertagesstätten. Wichtig ist die gewünschte Zielgruppe, wie z. B. sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, auch tatsächlich zu erreichen und zu motivieren Interventionsmaßnahmen anzunehmen und in den Alltag zu integrieren.

Die Verringerung der sozialen Ungleichheiten stellt sich in diesem Zusammenhang natürlich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Es bedarf politischer Anstöße besonders in der Bildungs-, Familien und Arbeitsmarktpolitik. Grundsätzlich müssen weitreichende politische Handlungsanstöße zur Verringerung der sozialen Ungleichheiten gegeben werden.

Die Daten die bereits im Rahmen der hier vorgestellten Interventionsstudie „primakids“ zur Verfügung stehen, sollten unbedingt weitergeführt werden. Insbesondere für Hamburg könnten mit einer prospektiven Kohortenstudie, basierend auf der bereits bestehenden Studienpopulation von „primakids“, Grundschul Kinder

5 Diskussion

über den Zeitraum der Pubertät hinaus beobachtet werden. Anhand dieser Längsschnittdaten könnten weitere Aspekte betrachtet werden:

- Welche sozialen Determinanten haben vorrangigen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?
- Verändert sich der Einfluss der sozialen Determinanten im Lebenslauf, gibt es Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen?
- Gibt es Indikatoren aus den Lebensbereichen Familie, Freunde oder Schule, die sozialer Benachteiligung entgegenstehen?

Neue Erkenntnisse könnten so bei der Planung zukünftiger Interventionen und Präventionsprogramme integriert werden und zu einer Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

6 Literaturverzeichnis

- Alderson, T. J. & Ogden, J. (1999): What do mothers feed their children and why? Health Education Research 14 /6 S.717-727
- Alexy, U. (2003): Die Ernährung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Empfehlungen und Realität. In: Hamburg Münchener Krankenkasse (Hrsg.): Präventionsstrategien für eine gesunde Kindheit. S.154-171 Hamburg
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. Bergisch Gladbach
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2001): Stadtdiagnose 2. Zweiter Gesundheitsbericht für Hamburg. Hamburg
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2007): Kindergesundheit in Hamburg. Hamburg
- Bezirksamt Mitte von Berlin (Hrsg.) (2001): Gesundheitliche und soziale Lage der Schüler in Berlin-Mitte. Berlin
- Böhm, A. (2006): Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene. Frankfurt a. M.
- Bühl, A. & Zöfel, P.(2005): SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 9. Auflg. München
- Chen, E., Matthews, K. A. & Boyce, W. T. (2002): Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age. Psychological Bulletin 2 S.295-329
- CPHA (1996): The Health Impacts of Unemployment: A Position Paper. Eingesehen am 20.02.2007, <http://www.cpha.ca/english/policy/resolu/1990s/1996/paper96e.pdf>
- Danielzik, S. & Müller, M. J. (2006): Sozioökonomische Einflüsse auf Lebensstil und Gesundheit von Kindern. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 57 /9 S.214-219
- Deutscher Bundestag. (2005). Lebenslagen in Deutschland - Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht: Drucksache 15/5015 vom 03.03.2005.

6 Literaturverzeichnis

- Dragano, N., Siegrist, J. (2006): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheiten. S.171-184 Wiesbaden
- Ellsäßer, G., Böhm, A., Kuhn, A. et al. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern - Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Kinderärztliche Praxis 73 S.248-257
- Feser, H. (2003): Entwicklungsaufgaben und Psychohygiene vom dritten bis zum zwölften Lebensjahr. In: Hamburg Münchener Krankenkasse (Hrsg.): Präventionsstrategien für eine gesunde Kindheit. S.98-115 Hamburg
- Field, A. (2006): Discovering statistics using SPSS. 2. Auflg. London
- Giesecke, J., Müters, S. (2006): Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheiten. S.339-352 Wiesbaden
- Grossmann, R. & Scala, K. (2003): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: P. Franzkowiak, L. Kaba-Schönstein, M. Lehmann et al. (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung 4.Auflg., S.205-206 Schwabenheim a. d. Selz
- Hancock, T. (1985): The mandala of health: a model of the human ecosystem. Family & Community Health 8 /3 S.1-10
- Hancock, T. (2000): Urban Ecosystem and Human Health. Eingesehen am 23.02.2007, http://www.idrc.ca/es/ev-22828-201-1-DO_TOPIC.html
- Haskins, R. & Rouse, C. (2005): Closing achievement gaps. Future Child 2005. Eingesehen am 12.02.2007, http://www.aecf.org/upload/PublicationFiles/Policy_Brief__SPRING_2005pdf.pdf
- Heinrich, J. (2001): Exposition durch Umweltschadstoffe im Wohnumfeld und im Innenraum. In: A. Mielck & K. Bloomfield (Hrsg.): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. S.157-174 Weinheim
- Hradil, S. (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheiten. S.33-52 Wiesbaden
- Hurrelmann, K., Bründel, H.(2003): Einführung in die Kindheitsforschung. 2. Auflg. Weinheim

6 Literaturverzeichnis

- Keogh, B. (1999): Risiko und protektive Einflussfaktoren in der Schule. In: G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. S.191-203 München
- Kolip, P. (1998): Familie und Gesundheit. In: K. Hurrelmann, Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. S.497-517 Weinheim
- Kromeyer-Hausschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., et al (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 8 S.S.807-818
- Kurth, B. M., Bergmann, K. E., Dippelhofer, A. et al. (2002): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 45 /11 S.852-858
- Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Wehle, C. et al. (2005): Social class, parental education and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany. International Journal of Obesity 29 S.373-380
- Lampert, T. & Richter, M. (2006a): Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheiten. S.199-220 Wiesbaden
- Lampert, T. & Saß, A.-C. e. a. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut
- Lampert, T., Starker, A. & Mensink, G. B. M. (2006b). Sport und Bewegung. Präsentation auf dem KiGGS Symposium, Berlin
- Mackenbach, J. P. (2006): Socio-economic inequalities in health in Western Europe. From description to explanation to intervention. In: J. Siegrist, Marmot, M. (Hrsg.): Social inequalities in health. S.223-250 Oxford
- Marsh, A. et al.(1999): Nach: Health Canada (2002): Housing as a Determinant of Health. Toronto Eingesehen am 2.02.2006, http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/overview_implications/09_housing_e.pdf
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg.) (2007): KIM-Studie 2006. Kinder und Medien, Computer und Internet. Stuttgart
- Mielck, A. (2001): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Ein zentrales Thema der Public-Health-Diskussion. Public Health Forum 33 S.2-4
- Mielck, A. (2003): Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: BZgA (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. S.10-17 Köln

6 Literaturverzeichnis

- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C. und Erhart, M. (2003): Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer et al. (Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. S.19-98 Weinheim
- Richter, M. & Settertobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer et al. (Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. S.99-157 Weinheim
- Rosenbrock, R. (2000): Prävention durch Krankenkassen. Prävention 3 S.69-72
- Rueden, U. v., Gosch, A., Rajmil, L. et al. (2006): Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. Journal of Epidemiology and Community Health 60 S.130-135
- Schaffrath Rosario, A. & Kurth, B.-M. (2006): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Präsentation auf dem KiGGS Symposium, Berlin
- Schlack, H. G. (2001): Lebenswelten von Kindern heute - neue Anforderungen an die kommunale Gesundheitsfürsorge. In: 100 Jahre im Dienste der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - Einführung und Weiterentwicklung des Schularztsystems in Köln. S.18-24
- Schubert, I., Horch, K. (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (2000). Eingesehen am 25.02.2007, http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/___20.html
- Statistisches Bundesamt. (2006). Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005: Wiesbaden.
- Steinhübl, D. (2005): Sag mir wo du wohnst...Risiken und Ressourcen unterschiedlicher Räume für Kinder. In: C. Alt (Hrsg.): Kinderleben. Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. S.239-267 Wiesbaden
- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J. et al. (2005): Evidence based physical activity for school-age youth. Journal of Pediatrics 146 /6 S.719-720
- U. S. Department of Health and Human Services (1996): Physical activity and health. A Report of the Surgeon General. Eingesehen am 20.02.2007, <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>

6 Literaturverzeichnis

- Vereecken, C. & Maes, L. (2000): Eating habits, dental care and dieting. In: C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte et al. (Hrsg.): Health and health behaviour among young people. S.83-96 Kopenhagen: WHO
- Vögele, C. & Ellrott, T. (2006): Ernährung, Über- und Untergewicht. In: A. Lohaus, M. Jerusalem & J. Klein-Heßling (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. S.176-200 Göttingen
- Wabitsch, M., Kunze, D., Keller, E. et al. (2002): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Fortschritte der Medizin Originalien 120 /IV S.99-106
- Werner, E. (2000): Protective Factors and Individual Resilience. In: J. P. Shenkoff & S. J. Meisels (Hrsg.): Handbook of Early Childhood. S.115-132 Cambridge
- WHO(1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946. Genf: WHO
- WHO & FAO (2003): Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Genf: WHO
- Zimmer, R. (2003): Gesundheit braucht Bewegung. In: Hamburg Münchener Krankenkasse (Hrsg.): Präventionsstrategien für eine gesunde Kindheit. S.188-203 Hamburg

Anhang

1. Kinderfragebogen.....	II
2. Elternfragebogen.....	VI
3. Statistik.....	VII
Eidesstattliche Erklärung.....	XVI

1. Kinderfragebogen



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fragebogen zur
Lebens- und Gesundheitssituation
von Kindern
in der Grundschule

Anhang

Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitssituation von Kindern in der Grundschule

Code-Nr.:	_ _ _ _ _ _ _			
Gewicht in KG:	_ _ _ _ _ _ _ , _			
Größe in cm:	_ _ _ _ _ _ _ , _			
Persönliche Angaben				
1. Geschlecht	1 <input type="checkbox"/> Mädchen 2 <input type="checkbox"/> Junge			
2. Wie alt bist du?	_ _ Jahre			
3. Wie viele Geschwister hast du?	1 <input type="checkbox"/> 0 2 <input type="checkbox"/> 1 3 <input type="checkbox"/> 2 4 <input type="checkbox"/> 3 5 <input type="checkbox"/> 4 6 <input type="checkbox"/> über 4			
4. Was machst du nach der Schule?	1 <input type="checkbox"/> Betreuung durch Eltern / Großeltern / Geschwister 2 <input type="checkbox"/> Betreuung durch Hort / Tagesmutter 3 <input type="checkbox"/> Sonstiges 4 <input type="checkbox"/> wechselndes Betreuungsangebot			
Familiensituation *				
5. Wie häufig hast du dich in der letzten Woche mit deinen Eltern gut verstanden?	oft / immer 1 <input type="checkbox"/>	manchmal 2 <input type="checkbox"/>	nie / selten 3 <input type="checkbox"/>	
6. Wie häufig hast du dich in der letzten Woche zu Hause wohl gefühlt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Wie häufig hast du in der letzten Woche mit deiner Familie zusammen gegessen?	oft / immer	manchmal	nie / selten	
7. Frühstück	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
8. Mittagessen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
9. Abendbrot	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
Ernährung				
Wie häufig hast du in der letzten Woche folgende Nahrungsmittel gegessen?	mehrmals täglich	täglich	manchmal 1-5x / Woche	nie / selten
10. Pommes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Käse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Obst (Äpfel, Bananen, Erdbeeren, Mandarinen...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Nutella	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. Gemüse (Erbsen, Möhren, Tomaten, Paprika, Gurke)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Pizza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Schokolade (Riegel: Mars, Duplo, Twix...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. Kuchen / Kekse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. Knabbergebäck	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. Hamburger	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. Wurst / Würstchen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

* Beim Interview sollten die Fragen zum Thema Ernährung vor den Fragen zur Familiensituation gestellt werden.

13.08.2004

Anhang

Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitssituation von Kindern in der Grundschule

Schulsituation			
Wie kommst du überwiegend zur Schule?			
21. Hinweg <i>(mehrere Angaben möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem Fahrrad / Roller <input type="checkbox"/> Mit dem Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Mit dem Auto (Eltern)		
22. Rückweg <i>(mehrere Angaben möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem Fahrrad / Roller <input type="checkbox"/> Mit dem Bus / Bahn <input type="checkbox"/> Mit dem Auto (Eltern)		
23. Wie häufig hast du in der letzten Woche die Aufgaben in der Schule gut geschafft?	oft / immer 1 <input type="checkbox"/>	manchmal 2 <input type="checkbox"/>	nie / selten 3 <input type="checkbox"/>
24. Wie häufig hat dir in der letzten Woche der Unterricht Spaß gemacht?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Freunde / Freizeit			
25. Wie häufig hast du in der letzten Woche mit deinen Freunden gespielt?	oft / immer 1 <input type="checkbox"/>	manchmal 2 <input type="checkbox"/>	nie / selten 3 <input type="checkbox"/>
26. Wie häufig hast du dich in der letzten Woche mit deinen Freunden gut verstanden?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
27. Wie häufig mochten dich in der letzten Woche die anderen Kinder?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Was hast du nach der Schule und am Wochenende gemacht ?			
29. Sport gemacht / Sportverein / Schwimmen gegangen	oft 2-4x / Woche 1 <input type="checkbox"/>	manchmal 1x / Woche 2 <input type="checkbox"/>	nie / selten 3 <input type="checkbox"/>
28. Fahrrad gefahren	oft / immer 1 <input type="checkbox"/>	manchmal 2-4x / Woche 2 <input type="checkbox"/>	nie / selten 1x / Woche 3 <input type="checkbox"/>
30. Spielen (draußen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
31. Spielen (drinnen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
32. Computer, Playstation, Gameboy, Nintendo gespielt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
33. TV, Video, DVD	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
34. Welche Sendungen hast du gestern gesehen? (TV, Video, DVD)			
35. Wie viele Minuten waren das zusammen? (überschlagen)	1 <input type="checkbox"/> 0 – 30 2 <input type="checkbox"/> 31 – 60 3 <input type="checkbox"/> 61 – 90 4 <input type="checkbox"/> 91 – 120 5 <input type="checkbox"/> 121 – 180 6 <input type="checkbox"/> > 180		

13.06.2004

Anhang

Fragebogen zur Lebens- und Gesundheitssituation von Kindern in der Grundschule

Selbstbild			
Wie fühlst du dich?	oft / immer	manchmal	nie / selten
36. Wie häufig hast du in der letzten Woche gelacht und Spaß gehabt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
37. Wie häufig war dir in der letzten Woche langweilig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
38. Wie häufig hast du in der letzten Woche Angst gehabt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Was hältst du von dir selbst?	oft / immer	manchmal	nie / selten
39. Wie häufig warst du in der letzten Woche stolz auf dich?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
40. Wie häufig mochtest du dich in der letzten Woche selber leiden?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
41. Wie häufig hast du in der letzten Woche gute Ideen gehabt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Wie geht es deinem Körper?	oft / immer	manchmal	nie / selten
42. Wie häufig hast du dich in der letzten Woche krank gefühlt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
43. Wie häufig hast du in der letzten Woche Kopfweh oder Bauchweh gehabt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
44. Wie häufig warst du in der letzten Woche müde oder schlapp?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

13.08.2004

2. Elternfragebogen

Liebe Eltern,

Ihr Kind nimmt an der wissenschaftlichen Begleitstudie zum Projekt „Gesundheitsförderung in der Grundschule“ der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg teil. Im Rahmen dieser Studie benötigen wir noch einige Familienangaben von Ihnen. Ihre Angaben werden den Daten Ihres Kindes zugeordnet. Deshalb finden Sie auf diesem Fragebogen die Kodierungsnummer Ihres Kindes.

Wir bitten Sie, an der nachstehenden Befragung **freiwillig** teilzunehmen und versichern Ihnen, dass diese Daten nur für die wissenschaftliche Auswertung dieses Projektes verwendet werden.

1. Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?
..... cm Körperlänge

2. Wie viel hat Ihr Kind bei seiner Geburt gewogen?
.....Gramm

3. Wie groß sind Sie?

	Mutter	Vater
Größe (in cm)		

4. Wie viel wiegen Sie?

	Mutter	Vater
Gewicht (in Kg)		

5. Sind Sie berufstätig?

Mutter	Vater
<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein

6. Welchen Schulabschluss haben Sie?

	Mutter	Vater
Hauptschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachabitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges		

7. Wie viele Personen wohnen ständig in Ihrem Haushalt?
.....Personen

8. Wie groß ist Ihre Wohnung?
ca. qm

3. Statistik

	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Untergewicht	1	1,4	2	1,8	4	2,4	7	2,0
Normalgewicht	52	71,2	83	76,1	141	82,5	275	78,1
Übergewicht	10	13,7	13	11,9	17	10,0	40	11,4
Adipositas	10	13,7	11	10,1	9	5,3	30	8,5
insgesamt	73	100	109	100	171	100	353	100

Tabelle 1: Gewichtsklassen und Sozialstatus

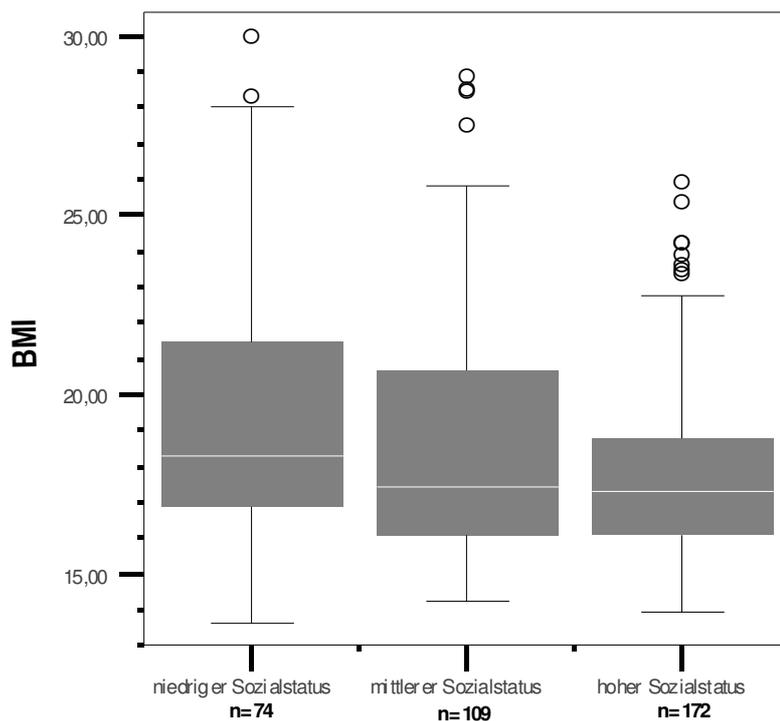


Abbildung 1: Boxplot für den BMI und Sozialstatus

Anhang

	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anteil gesunder Nahrungsmittel niedrig	10	13,3	18	16,7	18	10,4	46	12,9
mittel	31	41,3	47	43,5	55	31,8	133	37,4
hoch	34	45,3	43	39,8	100	57,8	177	49,7
insgesamt	75	100	108	100	173	100	356	100

Tabelle 2: Anteil gesunder Nahrungsmittel und Sozialstatus

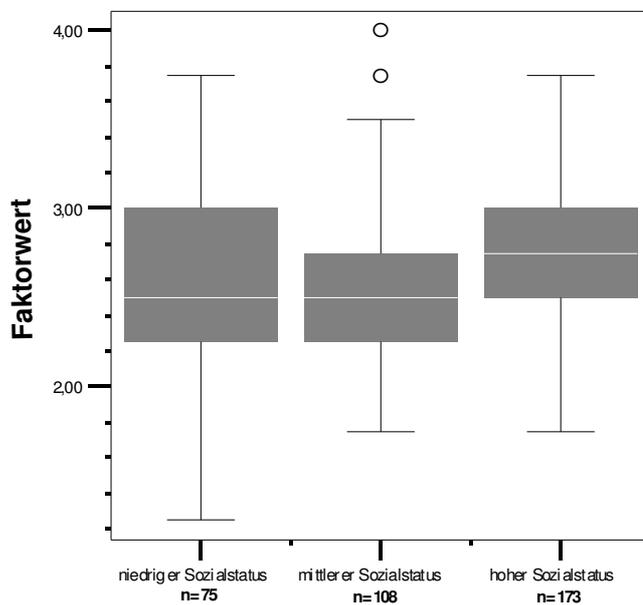


Abbildung 2: Boxplot für den Faktor „gesunde Ernährung“

Anhang

Faktor	Niedriger Sozialstatus			Mittlerer Sozialstatus			Hoher Sozialstatus		
	n	MW(s)	Range	n	MW(s)	Range	n	MW(s)	Range
Gesunde Ernährung (Punkte)	75	2,61 (0,05)	1,25- 3,75	108	2,56 (0,04)	1,75- 4,0	173	2,67 (0,03)	1,75- 3,75
Ungesunde Ernährung (Punkte)	75	5,16 (0,04)	3,99- 5,98	108	5,22 (0,03)	4,15- 5,98	172	5,38 (0,03)	3,57- 5,98

Tabelle 3: Statistische Kennwerte für die Faktoren „gesunde Ernährung“ und „ungesunde Ernährung“

	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anteil ungesunder Nahrungsmittel								
mittel	63	84,0	84	77,8	112	65,1	259	73,0
hoch	12	16,0	24	22,2	60	34,9	96	27,0
insgesamt	75	100	108	100	172	100	355	100

Tabelle 4: Anteil ungesunder Nahrungsmittel und Sozialstatus

Anhang

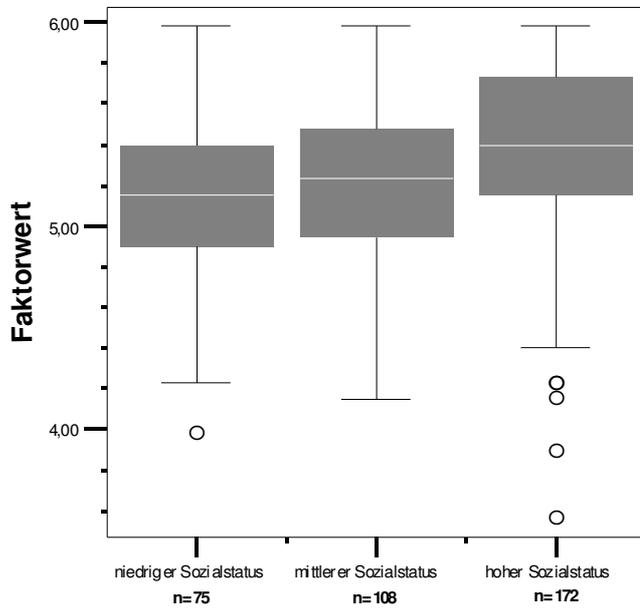


Abbildung 3: Boxplot für den Faktor „ungesunde Ernährung“

	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aktivität								
niedrig	23	30,7	17	15,9	23	13,3	63	17,7
hoch	52	69,3	90	84,1	150	86,7	292	82,3
insgesamt	75	100	107	100	173	100	355	100

Tabelle 5: Aktivität und Sozialstatus

Anhang

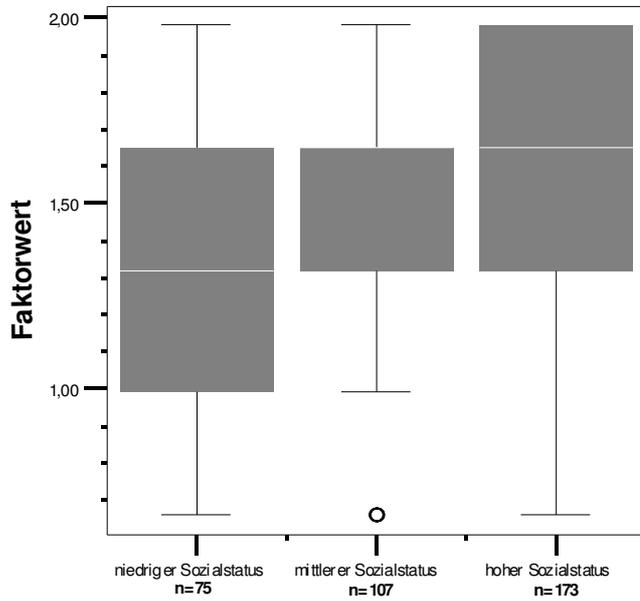


Abbildung 4: Boxplot für den Faktor „Aktivität“

Faktor	Niedriger Sozialstatus			Mittlerer Sozialstatus			Hoher Sozialstatus		
	n	MW(s)	Range	n	MW(s)	Range	n	MW(s)	Range
Aktivität (Punkte)	75	1,38 (0,04)	0,66- 1,98	10 7	1,47 (0,03)	0,66- 1,98	173	1,53 (0,03)	0,66- 1,98
Inaktivität (Punkte)	75	3,42 (0,06)	2,07- 4,63	10 7	3,52 (0,06)	2,23- 4,96	173	3,54 (0,04)	2,15- 4,63

Tabelle 6: Statistische Kennwerte für die Faktoren „Aktivität“ und „Inaktivität“

Anhang

	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inaktivität mittel	42	56,0	55	51,4	81	46,8	178	50,1
Inaktivität hoch	33	44,0	52	48,6	92	53,2	177	49,9
Inaktivität insgesamt	75	100	107	100	173	100	355	100

Tabelle 7: Inaktivität und Sozialstatus

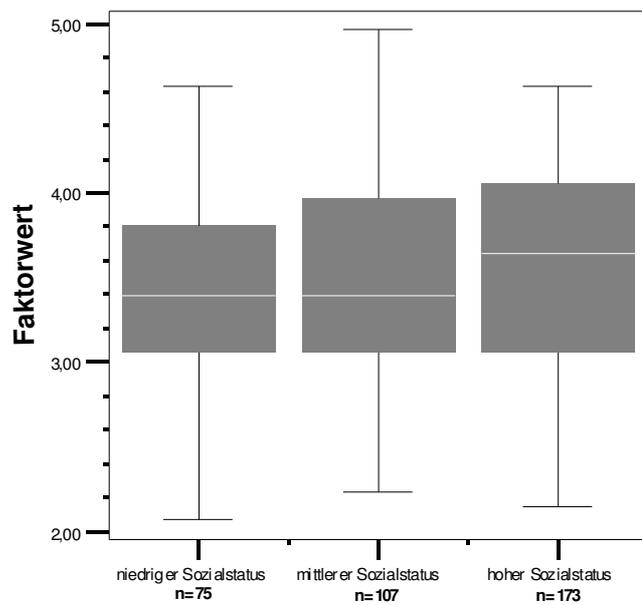


Abbildung 5: Boxplot für den Faktor „Inaktivität“

Anhang

	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Umfeld und Selbstwert mittel	45	61,6	58	54,7	73	42,9	176	50,4
hoch	28	38,4	48	45,3	97	57,1	173	49,6
insgesamt	73	100	106	100	170	100	349	100

Tabelle 8: Umfeld und Selbstwert und Sozialstatus

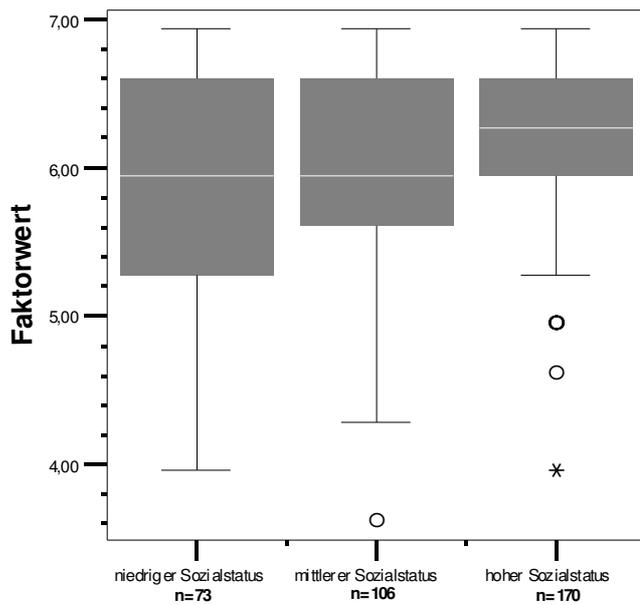


Abbildung 6: Boxplot für den Faktor „Umfeld und Selbstwert“

Anhang

Faktor	Niedriger Sozialstatus			Mittlerer Sozialstatus			Hoher Sozialstatus		
	n	MW(s)	Range	n	MW(s)	Range	n	MW(s)	Range
Umfeld und Selbstwert (Punkte)	73	5,94 (0,08)	3,96- 6,93	106	5,96 (0,06)	3,63- 6,93	170	6,13 (0,04)	3,96- 6,93
Wohlbefinden (Punkte)	75	4,14 (0,07)	2,31- 4,95	109	4,34 (0,05)	2,31- 4,95	172	4,36 (0,04)	2,31- 4,95

Tabelle 9: Statistische Kennwerte für die Faktoren „Umfeld und Selbstwert“ sowie „Wohlbefinden“

Wohlbefinden	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus		insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
mittel	13	17,3	9	8,3	12	7,0	34	9,6
hoch	62	82,7	100	91,7	160	93,0	322	90,4
insgesamt	75	100	109	100	172	100	356	100

Tabelle 10: Wohlbefinden und Sozialstatus

Anhang

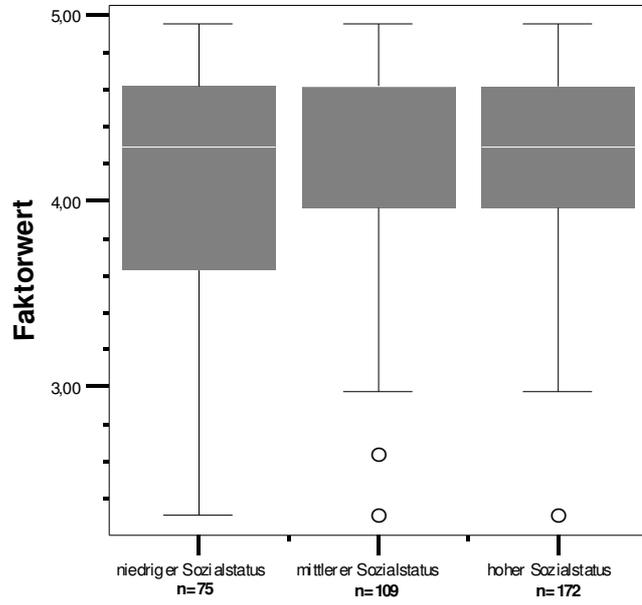


Abbildung 7: Boxplot für den Faktor „Wohlbefinden“

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die hier vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Datum, Unterschrift

Simone Skupin