



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Gesundheitliche Ungleichheit bei
Kindern und Jugendlichen in Deutschland**



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Autoren: Thomas Lampert, Christine Hagen, Boris Heizmann

Robert Koch-Institut, Berlin 2010

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Thomas Lampert, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin

Autoren

Dr. Thomas Lampert
Dr. Christine Hagen, Boris Heizmann
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
berichterstattung, Robert Koch-Institut

Abonnentenservice

Die »Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung
des Bundes« können kostenlos bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Grafik/Satz

Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Westkreuz Druckerei, Berlin

ISBN

978-3-89606-189-8

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
2 Soziale Lage von Kindern und Jugendlichen	7
3 Bisheriger Forschungsstand	10
4 Design und Methodik der KiGGS-Studie	21
5 Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	24
6 Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund der Einkommens- und Erwerbssituation ihrer Eltern	39
7 Bildungsbeteiligung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	49
8 Familiäre Ressourcen und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	63
9 Zusammenfassung	76
Literaturverzeichnis	78

1 Einleitung

Die gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland hat zu einem allgemeinen Zugewinn an Wohlstand, Bildung, sozialer Sicherheit und gesundheitlicher Versorgung geführt, nicht aber zum Verschwinden von Armut und sozialer Ungleichheit. In den letzten drei Jahrzehnten ist vielmehr eine Auseinanderentwicklung der Lebensbedingungen und Teilhabechancen zu beobachten. Mit dazu beigetragen haben die Zunahme von Arbeitslosigkeit und prekären Arbeitsverhältnissen, die Entwertung von niedrigen Bildungsabschlüssen auf dem Arbeitsmarkt, der Wandel von Lebens- und Familienformen sowie die Zuwanderung von Menschen aus ökonomisch benachteiligten Ländern (BMGS 2005; BMAS 2008).

Bei Kindern und Jugendlichen zeichnet sich diese Entwicklung besonders deutlich ab. Festgemacht werden kann dies z. B. an dem hohen Armutsrisiko in der heranwachsenden Generation, das Kinder und Jugendliche, die bei arbeitslosen und allein erziehenden Eltern sowie in Familien mit vielen Kindern oder einem Migrationshintergrund aufwachsen, überproportional betrifft (BMGS 2005; Statistisches Bundesamt 2006a). Nachteilige Lebensumstände in der Kindheit und Jugend erhöhen das Risiko für Armut und Arbeitslosigkeit im späteren Leben. Eine Ursache für diese »Vererbung der Armut« wird in der engen Verknüpfung der sozialen Herkunft mit der Bildungsbeteiligung und dem Bildungserfolg gesehen (Prenzel et al. 2004, 2007).

Armut und soziale Benachteiligung wirken sich nicht nur auf die Bildungschancen und beruflichen Perspektiven der Heranwachsenden, sondern auch auf ihre gesundheitliche Entwicklung aus. Die bisherigen Studien weisen z. B. auf ein vermehrtes Vorkommen von frühkindlichen Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen sowie Unfallverletzungen und zahnmedizinischen Problemen bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien hin (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005; Klocke, Lampert 2005). Für das Jugendalter wird darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Auftreten von psychosomatischen Beschwerden sowie psychischen und Verhaltensauffälligkeiten berichtet. Auch verhaltenskorrelierte Risikofaktoren wie Rauchen, Bewe-

gungsmangel und Übergewicht, die für einen Großteil des Krankheits- und Sterbegeschehens im mittleren und höheren Lebensalter verantwortlich zeichnen, kumulieren in den unteren Statusgruppen (Richter 2005; Lampert, Richter 2006).

Kinder und Jugendliche, die unter ungünstigen Lebensumständen aufwachsen, stellen deshalb eine wichtige Zielgruppe der Prävention und Gesundheitsförderung dar. Im Zusammenhang mit der Formulierung von Gesundheitszielen, der Gründung des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Verabschiedung der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit wurde wiederholt betont, dass neben der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen auch eine Verringerung der gesundheitlichen Chancenungleichheit in der heranwachsenden Generation anzustreben ist (Altgeld 2006; Rosenbrock, Kümpers 2006).

Für die Planung, Umsetzung und Evaluation entsprechender Maßnahmen und Programme sind Daten erforderlich, die es ermöglichen, die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen umfassend zu beschreiben und gesundheitspolitisch relevante Problemlagen zu identifizieren. Die bislang vorhandenen Erhebungen und Statistiken reichen hierzu nicht aus, da sie zumeist nur einzelne Aspekte der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter abbilden, auf bestimmte Altersgruppen begrenzt sind oder keine allgemeine Geltung beanspruchen können. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), der vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt wurde, hat sich die Datenlage wesentlich verbessert. Die KiGGS-Studie stellt bundesweit repräsentative Informationen zu fast allen Facetten der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter bereit und ermöglicht zudem vertiefende Analysen zum Einfluss der sozialen Lage.

Mit dem vorliegenden Bericht verbindet sich die Zielsetzung einer umfassenden und differenzierten Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in

Deutschland. Nach einer kurzen Darstellung der sozialen Lage der heranwachsenden Generationen wird der gegenwärtige empirische Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage berichtet. Dazu wird unter anderem auf Daten der amtlichen Statistik, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, einzelner gesetzlicher Krankenkassen sowie verschiedener epidemiologischer Studien zurückgegriffen. Es folgt eine systematische Zusammenstellung der KiGGS-Ergebnisse zum Einfluss des sozialen Status auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen, bevor für einzelne Gesundheitsindikatoren, für die sich ein Zusammenhang zum sozialen Status zeigt, die Ergebnisse vertiefender Analysen zu drei Fragestellungen präsentiert werden.

Erstens wird danach gefragt, welcher Zusammenhang zwischen den Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen und der Einkommens- und beruflichen Situation ihrer Eltern

besteht. Zweitens wird die Bedeutung der Bildung für die Gesundheit der Heranwachsenden betrachtet, wobei sich das Augenmerk sowohl auf das Bildungsniveau der Eltern als auch auf die schulische Bildung der Kinder und Jugendlichen richtet. Und drittens wird auf die familiäre Situation eingegangen und die Gesundheit der Heranwachsenden vor dem Hintergrund der Familienkonstellation und der vorhandenen familiären Ressourcen diskutiert.

Der Bericht konzentriert sich auf die Darstellung empirischer Ergebnisse zu den genannten Themenkomplexen. Die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen für die Politik und Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung wird im Bericht »Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland«, den das Robert Koch-Institut gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erarbeitet hat, beschrieben (RKI, BZgA 2008).

2 Soziale Lage von Kindern und Jugendlichen

Seit Anfang der 1970er-Jahre hat der Bevölkerungsanteil der Heranwachsenden infolge eines anhaltenden Anstiegs der Lebenserwartung und Rückgangs der Geburtenhäufigkeit sukzessive abgenommen. Im Jahr 2006 lebten in Deutschland etwa 14 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis 18 Jahre, was einem Anteil von 17 % an der Gesamtbevölkerung entsprach. Bevölkerungsvoraberechnungen des Statistischen Bundesamtes gehen davon aus, dass der Altersstrukturwandel im Jahr 2050 soweit vorangeschritten sein wird, dass auf jedes Kind und jeden Jugendlichen mindestens zwei Menschen kommen, die 60 Jahre oder älter sind (Statistisches Bundesamt 2008). Allein diese Zahlen verdeutlichen, wie groß die gesellschaftliche Verantwortung gegenüber einer heranwachsenden Generation ist, die künftig auf schmalere Schultern immer größere Lasten tragen muss.

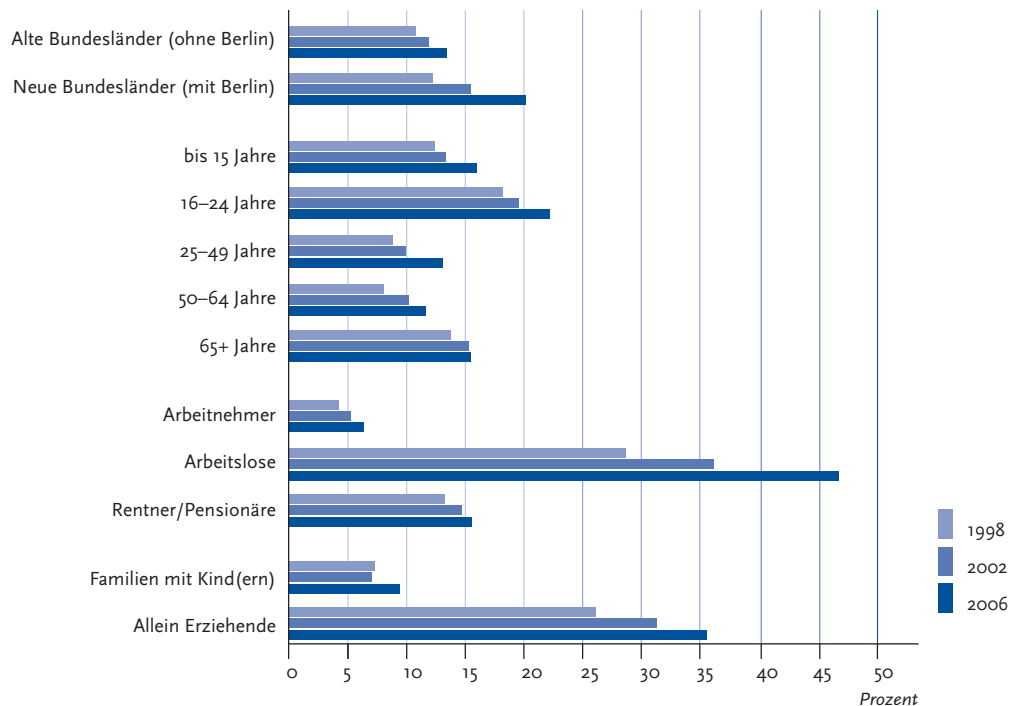
Umso problematischer erscheint die hohe Armutsbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen. Einem Armutsrisiko, das gemäß einer auf EU-Ebene erzielten Vereinbarung an einem Netto-Äquivalenzeinkommen unter 60 % des gesamtgesellschaftlichen Medians festgemacht wird, waren nach Daten des Sozio-oekonomischen Panels im Jahr 2006 16 % der bis 15-Jährigen und sogar 22 % der 16- bis 24-Jährigen ausgesetzt. Das Armutsrisiko liegt damit in der heranwachsenden Generation deutlich über dem der Bevölkerung im mittleren und höheren Lebensalter, wobei diese Unterschiede in den letzten Jahren relativ konstant geblieben sind, wie der Vergleich mit den Daten aus den Jahren 1998 und 2002 zeigt (Abbildung 2.1).

Im internationalen Vergleich belegt Deutschland damit einen Platz im Mittelfeld. Das macht eine Studie der UNICEF deutlich, die sich auf die

Abbildung 2.1

Zeitliche Entwicklung der Armutsrisikoquoten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Datenquelle: Sozio-oekonomisches Panel 1998, 2002, 2006 (Grabka, Frick 2010)



Situation von Kindern und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahre in den Ländern der OECD bezieht. Um Armut abzugrenzen, wurde in dieser Studie die Grenze bei 50 % des Medianeinkommens gezogen und damit von einem strengeren Kriterium ausgegangen. Im Jahr 2005 lebten demnach in Deutschland 11 % der unter 18-Jährigen in Armut. Deutlich niedriger war die Kinderarmut in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden mit jeweils unter 5 %, höher war sie z. B. in den Vereinigten Staaten, Großbritannien, Italien und Irland mit über 15 %. Schlechter schneidet Deutschland ab, wenn die zeitliche Entwicklung betrachtet wird. Während die Armutsquote hierzulande im Zeitraum 1991 bis 2005 um 3,4 Prozentpunkte stieg, war für die meisten anderen Wohlfahrtsstaaten eine weitaus geringere Zunahme oder sogar ein Rückgang, so z. B. in den USA, Großbritannien und Norwegen, zu beobachten (Corak et al. 2005).

Die hohe Armutsbetroffenheit der Kinder und Jugendlichen ist vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels und den damit einhergehenden Veränderungen der Armutsrisiken zu sehen. Bis Mitte der 1980er-Jahre lebten überwiegend ältere Menschen, insbesondere allein stehende ältere Frauen mit unzureichender Rente in Armut. Heute ist die Hauptursache für Armut die Arbeitslosigkeit, die verstärkt Personen im jungen und mittleren Lebensalter betrifft, also Personen, die in der überwiegenden Zahl in Familien mit Kindern leben. Da mehr als die Hälfte der Arbeitslosen einem Armutsrisiko ausgesetzt ist (Abbildung 2.1), wachsen viele Kinder über eine kürzere oder längere Zeit in Armut auf. Arbeitslosigkeit ist aber nicht nur in Bezug auf die Eltern zu betrachten, sondern auch mit Blick auf die Heranwachsenden. Viele Jugendliche und junge Erwachsene werden auch bei erfolgreicher Ausbildung nicht oder nur in unsichere Arbeitsverhältnisse übernommen. Ein derart schlechter Start ins Erwerbsleben setzt sich oftmals in Erwerbsbiografien fort, die durch weitere Arbeitslosigkeitserfahrungen und Armutsepisoden gekennzeichnet sind.

Eine wichtige Rolle spielt daneben der Wandel der Familien- und Lebensformen. Seit Anfang der 1970er-Jahre ist die Zahl der Familien um rund ein Drittel gesunken, obwohl die Zahl junger Erwachsener, also der potenziellen Eltern, um mehr als

10 % gestiegen ist (BMFSFJ 2005). Gleichzeitig haben die Diskontinuitäten in den familiären Konstellationen zugenommen. Immer mehr Ehen und Partnerschaften scheitern oder sind von vornherein nicht auf ein Zusammenleben angelegt. Für die Kinder bedeutet dies, dass sie häufig nur bei einem Elternteil aufwachsen und dass sie weniger Geschwister haben oder mit diesen nicht zusammen leben. Der Anteil der Einelternfamilien an allen Familien ist in den alten Bundesländern kontinuierlich gestiegen und betrug im Jahr 2006 knapp 19 %; in den neuen Bundesländern beläuft sich dieser Anteil sogar auf 27 % (Statistisches Bundesamt 2008). Da die Kinder in der Regel bei der Mutter aufwachsen, handelt es sich bei den allein Erziehenden zu 87 % um Frauen. Wenn die Mutter langfristig alleine für die Erziehung der Kinder sorgen muss, verringert dies ihre Erwerbs- und Einkommenschancen. Damit nimmt unweigerlich auch das Armutsrisiko zu. Im Jahr 2005 waren Haushalte von allein Erziehenden im Vergleich zu Paarhaushalten mit Kindern doppelt so häufig einem Armutsrisiko ausgesetzt, wobei sich dieser Anteil mit steigender Kinderzahl und abnehmenden Alter der Kinder weiter erhöht (BMAS 2008). Auch Paarhaushalte mit kleinen oder sehr vielen Kindern sind stärker durch Armut gefährdet, allerdings bei weitem nicht in dem Maße wie Einelternfamilien. Paare mit ein bis zwei Kindern, die bereits älter als drei Jahre sind, unterliegen hingegen keinem überproportionalen Armutsrisiko (Grabka, Krause 2005).

Eine benachteiligte Lebenslage lässt sich daneben an verminderten Bildungschancen festmachen. Bereits in Kindertagesstätten sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien unterrepräsentiert, was die Möglichkeit der Kompensation von sozialen Nachteilen und Defiziten durch eine gezielte Frühförderung von vornherein vermindert (IfK 2005). Auch das deutsche Schulsystem trägt eher zu einer Verfestigung als zu einer Verringerung der Chancenungleichheit bei. Die relativ kurze Grundschulzeit in Deutschland reicht in der Regel nicht aus, um Entwicklungsdefizite auszugleichen und die Bildungsaspirationen in den unteren Statusgruppen soweit zu steigern, dass eine Empfehlung für eine weiterführende Schule erteilt wird. So zeigen verschiedene Studien, dass Kinder von Eltern mit niedrigem Sozial-

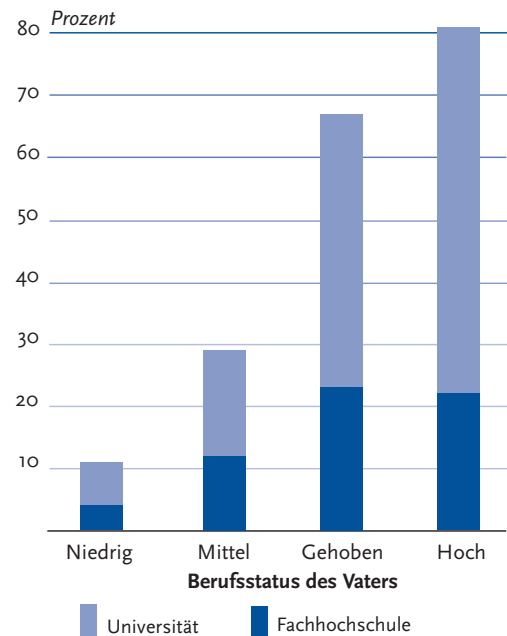
status auch bei gleicher schulischer Leistung eine weitaus geringere Wahrscheinlichkeit haben, eine Gymnasialempfehlung zu erhalten (Lehmann et al. 1997; Bos et al. 2007). Dass die sozialen Unterschiede auch im internationalen Vergleich stark ausgeprägt sind, wird durch die PISA-Studien regelmäßig verdeutlicht. Beispielsweise weist die Studie aus dem Jahr 2000 auf einen Zusammenhang zwischen der schulischen Leistung, insbesondere der Lesekompetenz, der Kinder und ihrer sozialen Herkunft hin, der deutlich stärker als in den meisten anderen Ländern ausgeprägt ist: Die Lesekompetenzunterschiede zwischen Kindern aus Familien des unteren und des oberen Viertels der Sozialstruktur betragen umgerechnet mehr als zwei Schuljahre (Artelt et al. 2001). Die PISA-Studie aus den Jahren 2003 und 2006 bestätigen diese Ergebnisse: Zwar hat sich Deutschlands Position im internationalen Vergleich insgesamt leicht verbessert, diese Verbesserung ist jedoch vor allem auf Leistungssteigerungen im Gymnasium und in der Realschule und dort eher bei Kindern aus sozial besser gestellten Haushalten zurückzuführen (Prenzel et al. 2004, 2007).

Die unterschiedlichen Bildungswege münden letztlich in sozial differenzielle Zugänge zur Hochschul- und Fachhochschulausbildung. Wie Daten des Deutschen Studentenwerks für das Jahr 2003 belegen, haben Kinder, deren Väter einen niedrigen beruflichen Status haben, eine um den Faktor 7,4 verringerte Chance, ein Studium aufzunehmen, im Vergleich zu Kindern von Vätern mit hohem Berufsstatus (Abbildung 2.2) (BMGS

2005). Der Einfluss der sozialen Herkunft auf die Bildung scheint demnach ein kumulativer Prozess zu sein, der bereits im Vorschulalter einsetzt und an den Übergängen im Bildungssystem, insbesondere dem Wechsel auf eine weiterführende Schule und dem Zugang zur Hochschul- und Fachhochschulausbildung, weiter verstärkt wird.

Abbildung 2 2
Hochschul- und Fachhochschulzugang nach sozialer Herkunft bei 19- bis 24-Jährigen

Datenquelle: Deutsches Studentenwerk 2003 (BMGS 2005)



3 Bisheriger Forschungsstand

Dass Armut und soziale Benachteiligung erhebliche Konsequenzen für die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter haben, wird inzwischen durch eine Vielzahl empirischer Studien belegt (Jungbauer-Gans, Kriwy 2004; Klocke, Lampert 2005; Richter 2005). Im Hinblick auf das Kindesalter wurden bislang vor allem Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen, zum Teil auch Unfallverletzungen und zahnmedizinische Probleme untersucht. Darüber hinaus lassen sich vereinzelt Aussagen über die Säuglingssterblichkeit, chronische Krankheiten und die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten treffen. Im Hinblick auf das Jugendalter sind zudem Betrachtungen des psychosozialen Wohlbefindens und Gesundheitsverhaltens möglich.

Säuglingssterblichkeit und Frühgeburtlichkeit

Noch zu Beginn der 1960er-Jahre lag die Säuglingssterblichkeit in Deutschland mit 33,8 gestorbenen Säuglingen auf 1.000 Lebendgeborenen über der in den meisten anderen westlichen Industrieländern. Nach der Einführung der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und der Betreuung von Risikoschwangerschaften, aber auch durch Fortschritte in der Gynäkologie und Perinatalmedizin konnte sie inzwischen auf 4,4 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeburt und damit auf einen auch im internationalen Vergleich sehr niedrigen Wert gesenkt werden (Robert Koch-Institut 2004). Systematische Auswertungen der Säuglingssterblichkeit nach sozialen Merkmalen sind relativ selten. Die vorhandenen Erkenntnisse sprechen dafür, dass die Säuglingssterblichkeit einem sozialen Gefälle folgt und dementsprechend in der unteren Statusgruppe am höchsten ist (Mielck 2000; Seifert 2002). Das gilt auch für ein niedriges Geburtsgewicht und angeborene Fehlbildungen, die Risikofaktoren der Sterblichkeit im Kindesalter darstellen. Eine höhere Säuglingssterblichkeit wird außerdem für Kinder berichtet, die von ausländischen Frauen geboren werden. Als Gründe werden eine geringere oder spätere Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen, im Hin-

blick auf Mütter aus den unteren Statusgruppen auch das Rauchen während der Schwangerschaft, diskutiert (Schneider et al. 2008).

Ein weiterer wichtiger Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der heranwachsenden Generation ist die Frühgeburtenrate. Je kürzer die Schwangerschaftsdauer, desto höher ist das Risiko einer Schädigung des Kindes, insbesondere das Risiko für Cerebralpareesen, Seh- und Hörstörungen sowie geistige und Mehrfachbehinderungen. Neben dem zunehmendem Alter der Mutter und dem Rauchen während der Schwangerschaft ist der soziale Status ein wichtiger Risikofaktor für Frühgeburten. Dies lässt sich z. B. mit Daten aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen belegen, wo die höchsten Frühgeburtenraten in Regionen gefunden wurden, die durch hohe Arbeitslosigkeit und einen hohen Anteil an Sozialhilfeempfängern charakterisiert sind. Neben Lebensstilfaktoren dürfte auch die aus der sozial benachteiligten Lebenssituation erwachsende Stressbelastung ein wichtiger Grund für die höhere Frühgeburtenrate sein (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2002; Sozialministerium Baden-Württemberg 2000).

Entwicklungsstörungen

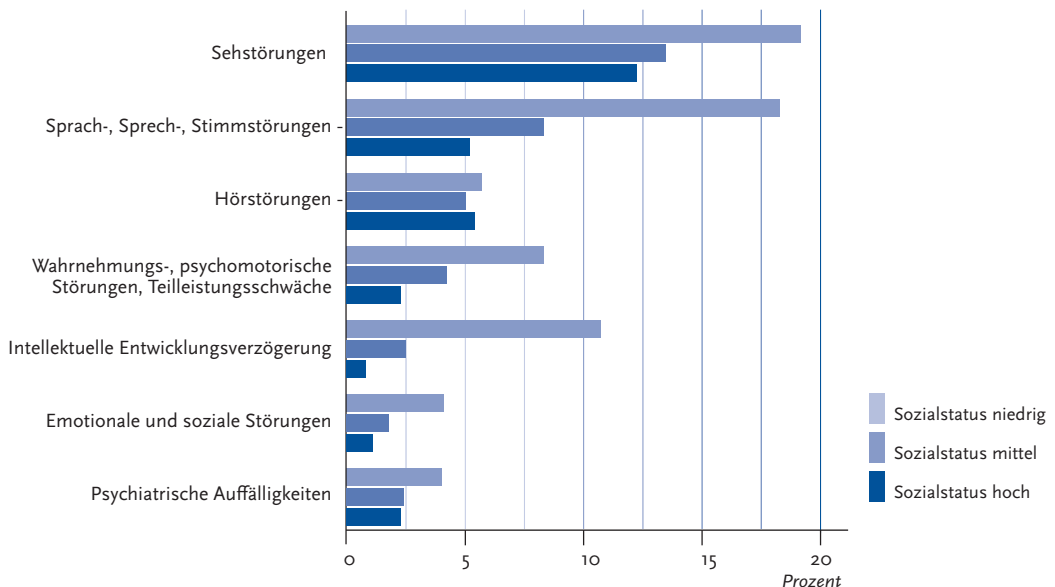
Bei Kindern werden seit einigen Jahren vermehrt Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen diagnostiziert, die oftmals einen langfristigen Behandlungs- und Versorgungsbedarf nach sich ziehen. Das lässt sich z. B. mit Daten der Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes belegen, die klären sollen, inwieweit die körperliche, kognitive und psychosoziale Entwicklung der Kinder eine Einschulung sinnvoll erscheinen lässt. Sofern medizinisch relevante Auffälligkeiten festgestellt werden oder sogar eine Rückstellung erforderlich ist, werden die Eltern über Beratungs-, Behandlungs- und Fördermöglichkeiten informiert. In einigen Kommunen und Bundesländern werden von den Eltern auch Angaben zu deren Erwerbsstatus und Schulbildung erhoben, so dass die Entwicklung

der Kinder im Zusammenhang mit ihrer sozialen Herkunft betrachtet werden kann, z. B. in Brandenburg, Berlin und Schleswig-Holstein. In Brandenburg wurde im Jahr 2005 bei 30 % der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein für die Frühförderung relevanter Befund gestellt. Bei Kindern aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus traf dies auf 15 % bzw. 9 % zu. Eine ärztliche Empfehlung für eine weitere Diagnostik bzw. Behandlung wurde bei 10 % der Kinder aus der niedrigen im Vergleich zu 4 % aus der hohen Statusgruppe ausgesprochen. Besonders deutlich zeichnen sich die statusspezifischen Unterschiede bei Sehstörungen, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Wahrnehmungs- und psychomotorischen Störungen, intellektuellen Entwicklungsverzögerungen, emotionalen und sozialen Störungen sowie psychiatrischen Auffälligkeiten ab (Abbildung 3.1). Im Zeitverlauf lässt sich anhand der Einschulungsuntersuchungen in Brandenburg feststellen, dass sich die sozialen Unterschiede im Auftreten von frühen Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerung seit Ende der 1990er-Jahre kaum verändert haben (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005, 2007).

Interessant sind in diesem Kontext auch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Berlin, die in Bezug auf die Feststellung von Entwicklungsstörungen einen Schwerpunkt auf sprachliche und motorische Defizite legen. Für das Jahr 2004 zeigen diese, dass sich der höchste Anteil von Kindern mit visuomotorischen Beeinträchtigung in Berliner Bezirken findet, in denen viele Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund leben. Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Entwicklungsdefiziten lässt sich am Beispiel der Sprachprobleme verdeutlichen: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind, wenn man nur von Herkunftseingesessenen und Kindern mit akzentfreier deutscher Sprache ausgeht, zu 22 % in Bezug auf die Artikulation, zu 29 % in der Grammatik und zu 24 % in der sprachlichen Differenzierung auffällig. In der Vergleichsgruppe der Kinder mit hohem sozialen Status liegen die entsprechenden Anteile bei 12 %, 9 % und 12 % (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006).

Die statusspezifischen Unterschiede in der Sprachentwicklung werden auch durch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen

Abbildung 3 1
Entwicklungsstörungen bei Einschülern und Einschülerinnen nach sozialem Status
 Datenquelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005



in Schleswig-Holstein bestätigt. Für das Jahr 2006 wird berichtet, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Bildungsstand mit 35% mehr als doppelt so häufig Sprachauffälligkeiten (einschließlich Sprech- und Stimmstörungen) zeigen im Vergleich zu Kindern aus Familien mit höherem Bildungsstand, die zu 15% betroffen sind. Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Behandlung von Sprachauffälligkeiten. Von den Kindern aus bildungsfernen Familien, die Sprachauffälligkeiten aufweisen, wird etwa die Hälfte bereits behandelt. Von den Kindern höher gebildeter Eltern trifft dies auf zwei Drittel zu (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren 2006).

Chronische Krankheiten

Chronische Krankheiten kommen bei Kindern und Jugendlichen weitaus seltener vor als bei Erwachsenen, die Folgen für die Betroffenen sind aber nicht minder gravierend. Am weitesten verbreitet sind allergische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Stoffwechselstörungen (Robert Koch-Institut 2004). Nach der Befundung in der Brandenburger Einschulungsuntersuchung des Jahres 2005 sind insgesamt 14% der Kinder von mindestens einer chronischen Erkrankung betroffen. Ein Teil der erfassten Erkrankungen treten gehäuft bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien auf, so z. B. Diabetes mellitus, Psoriasis, zerebrales Anfallsleiden, bronchitisches Syndrom sowie Fehler und Erkrankungen des Herzens. Erkrankungen des atopischen und allergischen Formenkreises hingegen betreffen verstärkt Kinder aus der mittleren und hohen Statusgruppe. Das gilt insbesondere für Neurodermitis, allergische Rhinitis und Kontaktdermatitis (Tabelle 3.1). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass das Immunsystem von Kindern, die behütet aufwachsen, zu wenig stimuliert wird und dadurch allergische Sensibilisierungen begünstigt werden (Strachan et al. 1996). Denkbar ist aber auch, dass die Symptome atopischer Erkrankungen in den unteren Statusgruppen nicht erkannt oder unterschätzt werden.

Ein weiterer Zugang für Analysen zum Zusammenhang zwischen sozialem Status und chronischer Krankheit eröffnet sich über die

Tabelle 3 1
Verbreitung chronischer Krankheiten bei Einschülern und Einschülerinnen nach sozialem Status (je 1 000 untersuchter Kinder)

Datenquelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005

	Sozialstatus		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Neurodermitis	65,98	74,18	88,97
Fehler- und Erkrankungen des Herzens	19,07	19,67	15,91
Asthma bronchiale	18,63	21,55	21,32
Allergische Rhinitis	9,21	18,09	21,50
Erkrankungen und Anomalien der Nieren/Harnwege	8,99	8,42	9,44
Andere chronische Ekzeme	3,29	2,12	1,40
Kontaktdermatitis	2,19	3,30	3,85
Zerebrale Anfallsleiden	6,36	4,72	1,92
Bronchitisches Syndrom	4,38	3,93	3,15
Psoriasis, Ichtiosis	1,97	0,71	0,35
Diabetes mellitus	2,42	0,94	0,87
Allergische Erkrankungen der Verdauungsorgane	0,22	0,16	0,17
Pulmonale Mukoviszidose	0,22	0,00	0,00

Routinedaten der Krankenkassen. Beispielsweise wurde mit Daten der AOK Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1995 untersucht, inwieweit Krankenhauseinweisungen und die zugrunde liegenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen im Alter bis 15 Jahre mit dem Berufsstatus der Hauptversicherten variieren. Für Erkrankungen der oberen Luftwege konnten dabei keine Unterschiede festgestellt werden. Allerdings wurden Kinder aus den unteren Statusgruppen länger im Krankenhaus behandelt, was auf einen höheren Schweregrad der Erkrankung zurückzuführen sein könnte. Für akute Infektionen der Atmungsorgane zeigte sich ein ähnliches Muster, wenn Kinder aus der niedrigen mit denjenigen aus der hohen Statusgruppe verglichen werden. Bezogen auf chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Pneumonie und Grippe sowie Neurosen, nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder und spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters ließen sich weder in Bezug auf Krankenhauseinweisungen noch Verweildauern im Krankenhaus bedeutsame Unterschiede beobachten (Geyer et al. 2002).

Umweltbelastungen und Unfallgefahren

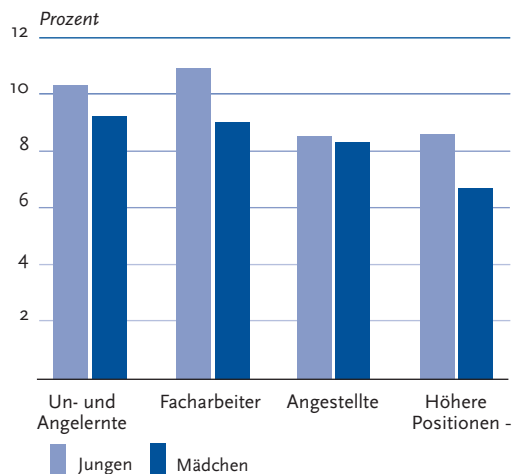
Für ein gesundes Aufwachsen sind die Umweltbedingungen, denen Kinder alltäglich ausgesetzt sind, von großer Bedeutung. Dazu lassen sich auch Unfallgefahren, z. B. im Wohnumfeld und Straßenverkehr, zählen. Seit einigen Jahren wird vermehrt auf die sozial ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen aufmerksam gemacht, die z. B. aus dem stärkeren Verkehrsaufkommen, der höheren Lärm- und Luftbelastung sowie den in geringerem Umfang vorhandenen Grünflächen und Spielmöglichkeiten in den sozial schwächeren Wohngebieten resultiert. Bislang ist die Datenlage zu Fragen der »Umweltgerechtigkeit« noch unzureichend. Einen Anhaltspunkt für die Diskussion und weiterführende Forschung zeigt die Kinderkohortenstudie »Einfluss von Lebensbedingungen und Verhaltensweisen auf die Entwicklung von Immunsystem und Allergien im Ost-West-Vergleich (LISA)« auf, an der zwischen November 1997 und Januar 1999 geborene Kinder aus vier deutschen Städten (München, Leipzig, Wesel und Bad Honnef) teilnehmen (Bolte et al. 2004). Die Ergebnisse der LISA-Studie weisen auf einen Einfluss des Sozialstatus – gemessen über die Bildung der Eltern – auf die Exposition gegenüber verkehrabhängigen Umweltbelastungen hin. Statusniedrige Familien leben demnach häufiger an viel befahrenen Hauptstraßen und sind stärkerem Verkehrslärm ausgesetzt. Soziale Unterschiede finden sich außerdem bei Luftschadstoffen in der Innenraumluft, unter anderem als Folge des höheren Tabakkonsums und des häufigeren Heizens mit Holz oder Kohle in Haushalten mit niedrigem Sozialstatus. Besonders stark sind die Unterschiede in den Großstädten München und Leipzig ausgeprägt. Zumindest beim Tabakkonsum findet sich aber in den kleineren Studienregionen Wesel und Bad Honnef ein ebenso starkes soziales Gefälle (Bolte et al. 2004).

Die Ergebnisse zu einer stärkeren Exposition gegenüber Verkehrslärm und Passivrauchbelastungen werden durch andere Studien bestätigt (Schulze, Lampert 2006; Lampert 2008). Darüber hinaus gibt es Hinweise auf soziale Unterschiede in der Innenraumbelastung, die sich an der Konzentration verschiedener Allergene und bakterieller Substanzen im Hausstaub festmachen (Bolte et al. 2001; Krämer et al. 2006). Familien mit niedrigem

Sozialstatus leben außerdem häufiger in kleinen bzw. beengten Wohnungen, die zu einem höheren Anteil Mängel wie Feuchtigkeit oder Schimmel aufweisen (Bolte 2000). Die systematische Analyse von Humanbiomonitoringdaten zur Frage der sozialen Verteilung von Umweltexpositionen bzw. der körperlichen Belastung mit Schadstoffen steht erst am Anfang. Bisherige Analysen ergaben z. B. eine höhere Bleibelastung von Kindern bei niedrigem Sozialstatus (Begerow et al. 1994; Meyer et al. 1998).

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen stellen im Kindes- und Jugendalter den häufigsten Grund für eine Krankenhauseinweisung und die mit Abstand bedeutendste Todesursache dar (Robert Koch-Institut 2004). Die größte Rolle spielen dabei Unfälle in der Schule bzw. Kindertagesstätte, zu Hause, in der Freizeit und im Straßenverkehr. Schätzungen zufolge ist in diesen Bereichen von jährlich bis zu 2 Millionen Unfallverletzungen bei Kindern unter 15 Jahren auszugehen (Ellsäßer, Diepgen 2002). Zusammenhänge zur sozialen Lage der Heranwachsenden wurden bislang nur vereinzelt untersucht. Anhand von Routinedaten der AOK Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1996 konnte gezeigt werden, dass Kinder von un- und angelernten Arbeitern häufiger wegen einer Unfallverletzung im Krankenhaus behandelt werden als Kinder von Eltern mit einem hohen Berufsstatus (Abbildung 3.2) (Geyer, Peter 1998).

Abbildung 3 2
Unfallbedingte Krankenhausaufenthalte bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre nach beruflichem Status der Eltern
Datenquelle: AOK Mettmann 1987–1996 (Geyer, Peter 1998)



Dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien einem erhöhten Unfallrisiko unterliegen, wird auch durch die Brandenburger Einschulungsuntersuchungen bestätigt. Die Ergebnisse für die Jahre 2001 bis 2005 sprechen dafür, dass Kinder aus der niedrigen im Vergleich zu denen aus der hohen Statusgruppe in den ersten Lebensjahren etwa doppelt so häufig im Straßenverkehr verunglücken. Auch für Verbrühungen, die oftmals mit entstellenden Narben und funktionellen Beeinträchtigungen verbunden sind und eine lange Nachsorge erforderlich machen, lässt sich eine verstärkte Betroffenheit in der niedrigen Statusgruppe feststellen. Für andere Unfälle und Verletzungen, z. B. Stürze oder Vergiftungen, zeigte sich kein Zusammenhang zum sozialen Status (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005).

Mund- und Zahngesundheit

Aussagekräftige Daten zur Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen werden durch die Deutsche Mundgesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) bereitgestellt. Die aktuellste Erhebung stammt aus dem Jahr 2005 und liefert bundesweit repräsentative Daten. Im Vergleich zur vorherigen Mundgesundheitsstudie, die im Jahr 1997 durchgeführt wurde, zeigt sich bei Kindern ein deutlicher Rückgang der Kariesprävalenz. Bei den 12-Jährigen werden heute im Durchschnitt 0,7 Zähne festgestellt, die akut kariös sind oder aufgrund von Karies fehlen bzw. mit Füllungen versorgt wurden. Ende der 1990er-Jahre lag dieser Wert noch bei 1,7 Zähnen. Mehr als zwei Drittel der Kinder im Alter von 12 Jahren und fast die Hälfte der Jugendlichen im Alter von 15 Jahren haben ein naturgesundes Gebiss ohne Karies, Füllungen oder Extraktionen.

Als Gründe für diese positive Entwicklung lassen sich neben der häufigeren Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasten die zunehmenden Aktivitäten der Gruppenprophylaxe und eine Ausweitung der Fissurenversiegelung im Rahmen der zahnärztlichen Individualprophylaxe benennen (Institut der Deutschen Zahnärzte 2006).

Eine Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit ist in allen sozialen Statusgruppen festzustellen. Nach wie vor lässt sich aber ein verstärktes Vorkommen zahnmedizinischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus beobachten. In Bezug auf Karieserfahrungen hat die soziale Ungleichverteilung sogar weiter zugenommen. So waren im Jahr 1997 bei den 12-Jährigen etwa 60 % aller Karieserkrankungen auf 22 % der Kinder verteilt. Im Jahr 2005 konzentrierte sich die gleiche Krankheitslast auf nur noch rund 10 % der Kinder. In dieser Risikogruppe hat zudem das Ausmaß der Karies anders als im Durchschnitt der Altersgruppe nicht nennenswert abgenommen. Für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus lässt sich feststellen, dass sie häufiger Karieserfahrungen machen und die befallenen Zähne seltener versorgt bzw. saniert werden (Tabelle 3.2).

Die Daten der Berliner Einschulungsuntersuchungen aus dem Jahr 2005 zeigen, dass von den Einschülerinnen und Einschülern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus etwa 29 % kariöse oder wegen Karies behandelte Zähne aufweisen, während dies nur auf 14 % bzw. 7 % der Kinder aus der mittleren und hohen Statusgruppe zutrifft. Bezüglich der sozialräumlichen Verteilung fällt auf, dass sich ein umgekehrt proportionaler Zusammenhang zwischen dem Sozialindex des Bezirks und dem Anteil der Kinder mit Karies zeigt (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2007).

Tabelle 3 2

Karieserkrankung und Sanierungsgrad bei 12-jährigen Kindern nach Schulbildung der Eltern

Datenquelle: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie 2005 (Institut der Deutschen Zahnärzte 2006)

	Schulbildung der Eltern					
	Niedrig		Mittel		Hoch	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
Kariesindex (DMFT) ¹	1,6 Zähne	0,8 Zähne	2,0 Zähne	0,7 Zähne	1,4 Zähne	0,5 Zähne
Kariessanierungsgrad	78,6%	73,6%	80,2%	79,1%	80,5%	82,7%

¹ Anzahl der kariös zerstörten (Decayed), wegen Kariesbefall entfernten (Missing) oder gefüllten (Filled) Zähne (Teeth)

Psychosoziale Gesundheit

Um die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen umfassend einschätzen zu können, ist auch das psychosoziale Wohlbefinden zu betrachten, das in engem Zusammenhang mit sozialen Kontakten und Kompetenzen sowie subjektiven Wahrnehmungen, Einstellungen und Bewertungen zu sehen ist (Ravens-Sieberer et al. 2003). Eine gute Datengrundlage hierfür stellt die von der WHO koordinierte Studie »Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)« dar, an der in Deutschland zuletzt Jugendliche im Alter zwischen 11 und 15 Jahren aus fünf Bundesländern

(Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen, Berlin und Hamburg) teilgenommen haben (Richter et al. 2008). Als Indikatoren des sozialen Status der Familie werden in der HBSC-Studie neben der beruflichen Stellung und dem Bildungsniveau der Eltern der familiäre Wohlstand herangezogen, der anhand von Angaben zur Anzahl der Autos in der Familie, der Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten, der Computer im Haushalt und zum eigenen Zimmer der Jugendlichen ermittelt wird (Richter 2005).

Die Ergebnisse der Erhebung aus dem Jahr 2006 zeigen, dass Jungen und Mädchen aus der niedrigen im Vergleich zu denen aus der hohen

Tabelle 3 3
Gesundheitliche Situation von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach familiärem Wohlstand
 Datenquelle: Health Behaviour in School-aged Children-Studie 2006

	Familiärer Wohlstand					
	Jungen			Mädchen		
	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch
Gesundheitszustand Einigermaßen/schlecht	14,4	11,1	10,6 ^{**}	20,8	15,1	13,0 ^{***}
Lebenszufriedenheit Hoch ¹	78,7	84,7	90,5 ^{***}	73,8	79,4	84,0 ^{***}
Mentale Gesundheit Niedrig ²	34,7	30,8	25,8 ^{***}	39,3	34,9	30,6 ^{***}
Fühle mich allgemein schlecht Mehr als einmal pro Woche	6,8	6,5	7,9	12,4	11,8	10,5
Schwierigkeiten beim Einschlafen Mehr als einmal pro Woche	9,1	7,0	7,3	11,3	11,4	8,6 [*]
Bin gereizt/schlecht gelaunt Mehr als einmal pro Woche	15,5	14,3	13,5	21,0	19,0	17,7
Fühle mich nervös Mehr als einmal pro Woche	15,9	13,0	11,8	21,4	18,1	16,2 ^{**}
Fühle mich benommen/schwindlig Mehr als einmal pro Woche	6,3	6,1	4,8	12,3	10,0	9,2 [*]
Rückenschmerzen Mehr als einmal pro Woche	9,6	9,0	9,1	13,3	11,5	10,7
Kopfschmerzen Mehr als einmal pro Woche	11,4	8,2	8,5 [*]	19,4	15,8	15,6 [*]
Magenschmerzen Mehr als einmal pro Woche	7,1	5,0	4,7 [*]	13,8	11,6	10,5 [*]
Verletzungen Mindestens eine im letzten Jahr	44,7	53,2	57,3 ^{***}	41,6	40,2	48,5 ^{***}
Opfer von Mobbing in der Schule Mindestens 2–3-mal im Monat	16,8	14,6	12,4 [*]	14,7	14,3	10,8 [*]
Mobbing-Täter in der Schule Mindestens 2–3-mal im Monat	15,9	16,1	15,7	8,0	7,4	6,0

Signifikanzniveau: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

¹ Score von 0 bis 10 (hoch ≥ 6); ² Unterstes Terzil

Wohlstandsgruppe ihren eigenen Gesundheitszustand auf einer vierstufigen Skala häufiger als nur einigermaßen oder schlecht beurteilen und mit ihrem Leben seltener hoch zufrieden sind (Tabelle 3.3). Außerdem geben sie vermehrt an, dass sie mehrmals in der Woche an Kopf- und Magenschmerzen leiden. Lediglich beim Auftreten von Rückenschmerzen zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Wohlstandsgruppen. Mädchen aus Familien mit niedrigem Wohlstand sind darüber hinaus häufiger von Befindlichkeitsstörungen betroffen, was sich z. B. an Einschlafstörungen, Nervosität und Schwindelgefühlen festmachen lässt. Bei Jungen, die insgesamt seltener als Mädchen über Störungen der Befindlichkeit berichten, ist kein Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand festzustel-

len. Eine gesundheitliche Benachteiligung von Jugendlichen aus Familien am unteren Ende der Wohlstandsverteilung kommt auch darin zum Ausdruck, dass sie häufiger Verletzungen haben und Opfer von Mobbing in der Schule werden.

Weiteren Aufschluss über die psychosoziale Gesundheit geben die Ergebnisse der vorangegangenen HBSC-Studie, die im Jahr 2002 stattfand. So wurde bei Jungen und Mädchen der niedrigsten im Vergleich zu denjenigen der höchsten Wohlstandsgruppe 1,8-mal häufiger eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit festgestellt, wobei neben dem mentalen und sozialen Befinden auch das Selbstwertgefühl der Heranwachsenden berücksichtigt wurde. Ein deutlicher Einfluss des familiären Wohlstands zeigte sich außerdem beim Auftreten von psycho-

Tabelle 3 4

Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach familiärem Wohlstand

Datenquelle: Health Behaviour in School-aged Children-Studie 2006

	Familiärer Wohlstand					
	Jungen			Mädchen		
	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch
Tabakkonsum Mindestens einmal pro Woche	9,0	7,9	7,7	13,5	10,9	8,1 ^{***}
Alkohol trinken Mindestens wöchentlich	9,8	11,3	13,6 ^{**}	6,3	8,0	6,4
Cannabiskonsum Mindestens einmal im Leben	16,2	18,7	17,7	16,7	13,3	11,8
Körperliche Aktivität Jeden Tag in der Woche	20,6	19,1	20,4	14,1	12,8	14,3
TV-Video Konsum Zwei Stunden oder mehr am Tag	69,8	60,4	55,9 ^{***}	68,3	57,4	52,7 ^{***}
Obst, Früchte Täglich	28,5	28,6	34,1 ^{**}	37,9	42,1	43,6 ^{**}
Gemüse, Salat Täglich	17,0	18,1	20,8	26,6	29,6	30,7
Cola, Süßgetränke Täglich	24,9	21,7	20,3 ^{**}	22,6	16,1	12,0 ^{***}
Frühstück an Schultagen Nie	24,5	18,2	13,4 ^{***}	31,0	24,0	20,0 ^{***}
Diätverhalten Mache zurzeit eine Diät	10,3	9,8	10,2	18,8	17,7	16,1
Zähneputzen Mehr als einmal täglich	63,7	73,4	80,9 ^{***}	77,6	85,3	87,4 ^{***}
Kondombenutzung bei letztem Geschlechtsverkehr ¹	79,7	79,6	81,9	67,0	59,7	70,1

Signifikanzniveau: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ ¹ Nur Jugendliche, die schon einmal Geschlechtsverkehr hatten

somatischen Beschwerden, die mit einer zehn Items umfassenden Symptomcheckliste erfasst wurden. Jungen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe hatten 1,8-mal und Mädchen 1,9-mal häufiger mindestens zweimal pro Woche mit Beschwerden zu tun im Vergleich zu Gleichaltrigen aus der höchsten Wohlstandsgruppe (Richter 2005).

Gesundheitsverhalten

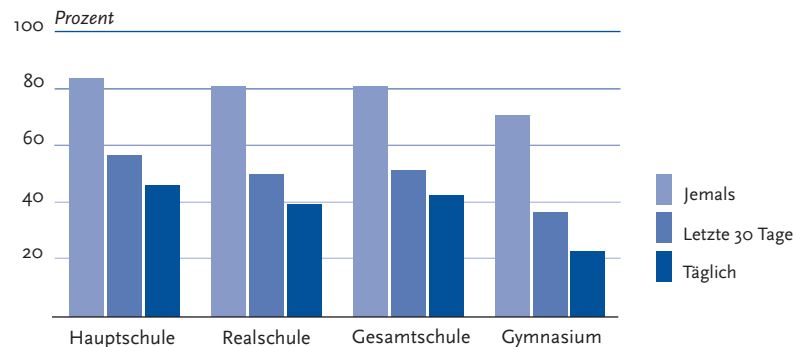
Die HBSC-Studie liefert außerdem belastbare Daten zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen, unter anderem zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, zur körperlichen Aktivität, zur Ernährung, zur Mundhygiene und zum Sexualverhalten. Ein Zusammenhang zum familiären Wohlstand lässt sich insbesondere für das Ernährungsverhalten feststellen (Tabelle 3.4). Der Speiseplan von Jugendlichen aus sozial schlechter gestellten Familien umfasst seltener frisches Obst und ein regelmäßiges Frühstück an Schultagen. Cola und andere gezuckerte Getränke werden von ihnen hingegen häufiger konsumiert. Bedeutsame Unterschiede zu Ungunsten der Jugendlichen aus Familien mit geringem Wohlstand sind außerdem in Bezug auf das regelmäßige Zähneputzen und die starke TV- und Video-Nutzung festzustellen. Keine Unterschiede zeigen sich bei der körperlichen Aktivität, da in allen Wohlstandsgruppen mit etwa einem Fünftel der Jungen und einem Siebtel der Mädchen nur ein geringer Anteil das eigentlich gewünschte Niveau einer täglichen kör-

perlichen Betätigung erreicht. Auch im Hinblick auf die Nutzung von Kondomen lassen sich keine gruppenspezifischen Unterschiede beobachten. Von den Jugendlichen, die jemals Geschlechtsverkehr hatten, geben insgesamt vier Fünftel der Jungen und zwei Drittel der Mädchen an, sich bei der letzten Gelegenheit mit einem Kondom geschützt zu haben. Eine differenzierte Bewertung legen die Ergebnisse zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum nahe. Während Mädchen aus der niedrigen Wohlstandsgruppe häufiger rauchen, zeigen sich bei Jungen keine Unterschiede nach dem familiären Wohlstand. Dafür sind bei Jungen anders als bei Mädchen Wohlstandsunterschiede im Alkoholkonsum festzustellen, allerdings mit einem höheren Anteil regelmäßiger Konsumenten in der hohen Wohlstandsgruppe. In Bezug auf die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums treten weder bei Jungen noch bei Mädchen signifikante Unterschiede zwischen den Wohlstandsgruppen zutage (Tabelle 3.4).

Für die Betrachtung des Tabak- und Alkoholkonsums im Jugendalter kann außerdem auf die »Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)« zurückgegriffen werden, die im Jahr 2003 in sechs Bundesländern (Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen) durchgeführt wurde. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass 15- bis 16-jährige Haupt-, Real- und Gesamtschüler häufiger rauchen als gleichaltrige Gymnasiasten (Abbildung 3.3). Außerdem gehören sie vermehrt zu den starken Rauchern, beginnen im jüngeren Alter mit dem Konsum und unterschätzen häufiger das

Abbildung 3 3
Tabakkonsum von 15- bis 16-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform

Datenquelle: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2003 (BMGS 2004)



mit dem Rauchen verbundene Gesundheitsrisiko. Der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig alkoholhaltige Getränke konsumieren, variiert nicht mit der besuchten Schulform. Auch im Hinblick auf die bevorzugte Getränkesorte und dem Alter bei Erstkonsum zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Haupt-, Real- und Gesamtschüler neigen jedoch eher zu riskantem Trinkverhalten, was sich unter anderem an der Alkoholmenge und den Rauscherfahrungen festmachen lässt. Darüber hinaus berichten sie häufiger von sozialen Problemen infolge des Alkoholkonsums, z. B. von Unfällen, Verletzungen oder Problemen mit Gleichaltrigen (BMGS 2004).

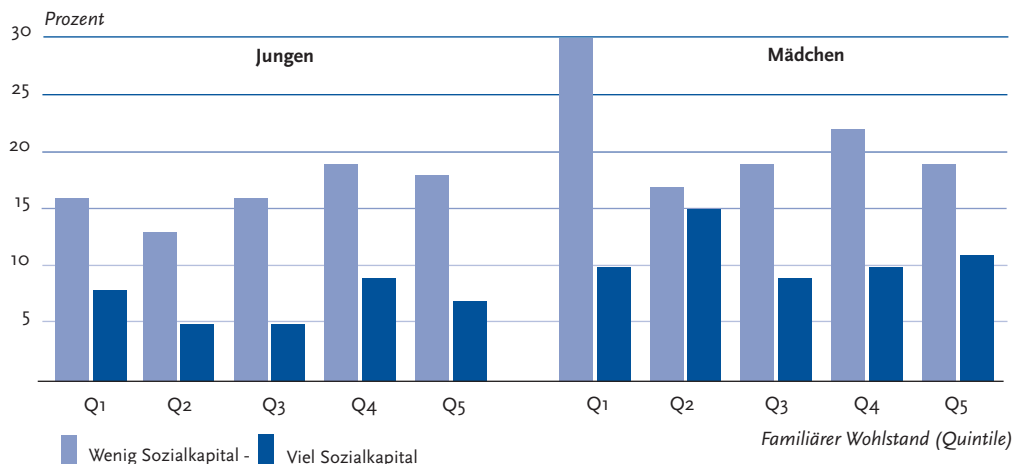
Gesundheitsressourcen

Im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung kommt nicht nur der Vermeidung von Krankheitsrisiken, sondern auch der Stärkung von Gesundheitsressourcen große Bedeutung zu. Mit Blick auf Kinder und Jugendliche wird dabei unter anderem die Gesundheitswirksamkeit der sozialen Einbindung, Teilhabe und Unterstützung diskutiert, in den letzten Jahren zunehmend unter dem Stichwort »soziales Kapital« (Klocke, Becker 2003; Klocke 2004). Vieles spricht dafür, dass Kinder und Jugendliche, die in ihrem sozialen Umfeld

unterstützt und gefördert werden, seltener gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen und sich gesundheitsbewusster verhalten. In der HBSC-Studie 2002 wurden in diesem Zusammenhang auf Vertrauen und Unterstützung basierende Sozialbeziehungen in der Familie, im Freundeskreis, in der Nachbarschaft und in Institutionen wie Vereinen, Jugendclubs oder Jugendgruppen analysiert. Um das Gesamtvolumen des sozialen Kapitals zu beschreiben, wurde ein aggregierter Index gebildet und zwischen den Jugendlichen mit wenig und viel sozialem Kapital unterschieden.

Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass in allen Wohlstandsgruppen der Anteil der Jugendlichen mit einer nur einigermaßen oder schlechten Gesundheitseinschätzung bei niedrigem sozialem Kapital deutlich erhöht ist (Abbildung 3.4). Dem sozialen Kapital ist demnach ein vom familiären Wohlstand weitgehend unabhängiger Einfluss auf die Gesundheit zu bescheinigen. Ebenso lässt sich feststellen, dass ein hohes soziales Kapital den Effekt einer Armutslage auf die Gesundheit deutlich abschwächt. Zwischen Jungen und Mädchen zeigen sich in dieser Hinsicht kaum Unterschiede. Zwar verfügen Jungen über eine etwas bessere Ausstattung mit sozialem Kapital und beurteilen ihre gesundheitliche Situation insgesamt gesehen besser als die gleichaltrigen Mädchen, die Gesundheitswirksamkeit des sozialen Kapitals und der

Abbildung 3 4
Anteil der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen mit einem als »einigermaßen« oder »schlecht«
beurteiltem Gesundheitszustand nach familiärem Wohlstand und sozialem Kapital
 Datenquelle: Health Behaviour in School-aged Children-Studie 2002 (Klocke, Lampert 2005)



protektive Effekt bei einer vorhandenen Armutslage stellen sich aber bei beiden Geschlechtern ganz ähnlich dar (Klocke, Lampert 2005).

Neben dem sozialen Kapital kommt personalen Ressourcen und sozialen Kompetenzen ein hoher Stellenwert für die Gesundheit der Heranwachsenden zu. Als bedeutsam für das Risiko zu Rauchen stellten sich in der HBSC-Studie unter anderem hohe schulische Anforderungen und daraus resultierender Stress, die Unzufriedenheit mit der schulischen Situation, eine schlechte Beurteilung der Unterrichtsqualität sowie eine unterdurchschnittliche schulische Leistung und Kompetenz heraus. Der familiäre Wohlstand und der berufliche Status der Eltern hatten hingegen keinen signifikanten Einfluss auf das Rauchverhalten der Jugendlichen (Richter, Lampert 2007). Auch im Hinblick auf die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes und die mentale Gesundheit bestätigte sich, dass die Situation in der Schule und in der Gleichaltrigengruppe einen mindestens ebenso hohen, zum Teil sogar einen höheren Stellenwert besitzt als der familiäre Wohlstand oder auch die berufliche Stellung der Eltern (Richter 2005).

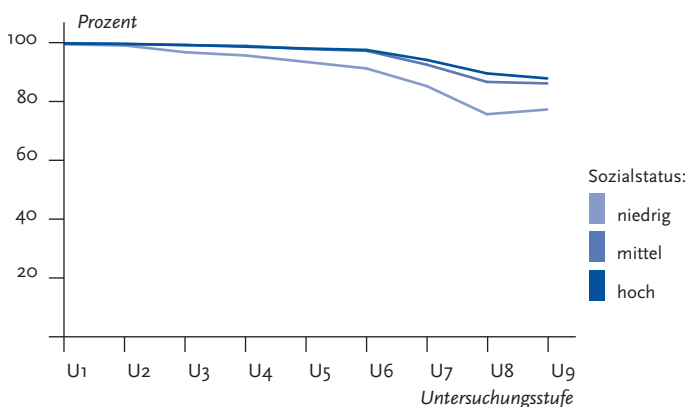
Inanspruchnahme von Präventionsangeboten

Angesichts der sozial differenziell verlaufenden gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter stellt sich die Frage, inwieweit die

vorhandenen Präventionsangebote unterschiedlich genutzt werden. Große Bedeutung kommt der Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder zu, das zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehört und damit von den Versicherten ohne Zuzahlung in Anspruch genommen werden kann. Viele Krankenkassen erinnern ihre Mitglieder zudem mit Rundschreiben an die insgesamt neun Untersuchungstermine, die sich bis ins sechste Lebensjahr erstrecken. Mit Daten der Berliner Einschulungsuntersuchung aus dem Jahr 2005 wurde gezeigt, dass die Inanspruchnahme der Vorsorgen im Säuglingsalter (U1 bis U5) mit Werten über 95% sehr hoch ist, danach aber von Untersuchungstermin zu Untersuchungstermin abnimmt, bis auf 83% bei der U9. Trotz der insgesamt hohen Teilnahme zeigen sich spätestens ab der U3 statusspezifische Unterschiede in der Teilnahme, die dann im weiteren Verlauf der Untersuchungsreihe zunehmen (Abbildung 3.5). Einen vollständigen Untersuchungsstatus, bezogen auf die U1 bis U8, lässt sich für 64% der Kinder aus der niedrigen, 80% derjenigen aus der mittleren und 84% derjenigen aus der hohen Statusgruppe feststellen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2007). Ein Vergleich mit früheren Jahrgängen zeigt aber auch, dass in den letzten Jahren insbesondere die Teilnahme von Kindern aus sozial benachteiligten Familien gestiegen ist und infolge

Abbildung 3 5
Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen)

Datenquelle: Schuleingangsuntersuchungen Berlin 2005 (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2007)



dessen die sozialen Unterschiede abgenommen haben (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2006; Delekat, Kis 2001).

In einigen anderen Bundesländern sind die statusspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen stärker ausgeprägt. So wurden in der Brandenburger Einschulungsuntersuchung im Jahr 2005 bei 47% der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus eine vollständige Untersuchungsreihe festgestellt. Die Vergleichswerte bei Kindern aus der mittleren bzw. hohen Statusgruppe lagen bei 67% und 71% (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2007).

Bei der Vermeidung von Krankheiten kommt Schutzimpfungen aufgrund ihrer Effektivität und der günstigen Risiko-Nutzen-Abwägung ein hoher Stellenwert zu. In Deutschland sind die Durchimpfungsraten bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. In den Jahren 2000 bis 2002 waren bundesweit

96% der Einschüler und Einschülerinnen gegen Diphtherie, 97% gegen Tetanus, 87% gegen Pertussis, 95% gegen Kinderlähmung, 87% gegen Hib und 67% gegen Hepatitis grundimmunisiert (RKI 2004). Unbefriedigend ist nach wie vor der Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln, da viele Kinder nicht die für einen vollständigen Impfschutz erforderliche zweite Impfung erhalten (Meyer et al. 2002). Einer Aufstellung der Durchimpfungsraten bei Brandenburger Einschülern und Einschülerinnen aus dem Jahr 2005 ist zu entnehmen, dass sich bei Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B, Hib und Keuchhusten in den unteren Statusgruppen um 2 bis 4 Prozentpunkte geringere Werte feststellen lassen. Die höchsten Durchimpfungsraten weisen Einschüler aus Familien mit mittlerem sozialen Status auf. Die Durchimpfungsraten von Kindern aus der hohen Statusgruppe liegen in etwa im Bereich derjenigen der Kinder aus der unteren Statusgruppe (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005).

4 Design und Methodik der KiGGS-Studie

An der KiGGS-Studie haben zwischen Mai 2003 und Mai 2006 insgesamt 17.641 Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren sowie deren Eltern teilgenommen (Kurth 2007). Für die Studie wurde in Kooperation mit dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) in Mannheim eine zweistufig geschichtete Zufallsstichprobe (stratified multi-stage probability sample) gezogen (Kamtsiuris et al. 2007a) (Tabelle 4.1). Auf der ersten Stufe wurden 167 Untersuchungsorte ermittelt, die für die sozialräumliche Struktur Deutschlands repräsentativ sind. Die Ziehung der Orte erfolgte mit einer Wahrscheinlichkeit großensproportional zur Häufigkeit ihrer Wohnbevölkerung bezogen auf die Grundgesamtheit der bis 17-jährigen Bevölkerung in Deutschland. Um für Ost- und Westdeutschland separat repräsentative Aussagen mit vergleichbarer Genauigkeit treffen zu können, wurden dispropotional zu den Bevölkerungszahlen in den neuen Bundesländern 50, in den alten Bundesländern 112 und in Berlin 5 Sample points ausgewählt (Ost-West-Oversampling). Auf der zweiten Stufe wurden aus den Adressendateien der Einwohnermeldeämter die Zielpersonen durch uneingeschränkte Zufallsauswahl bestimmt. Um die erfahrungsgemäß hohe Quote qualitätsneutraler Ausfälle und die niedrigere Teilnahmebereitschaft bei Ausländern zu kompensieren, wurde eine Aufstockung von Kindern und Jugendlichen ohne deutsche Staatsangehörigkeit vorgenommen (Ausländer-Oversampling). Die ausgewählten Zielpersonen wurden in eigens für diesen Zweck vor Ort eingerichtete Studienzentren eingeladen (Teilnahmequote: 66,6%). Dort wurden die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern befragt und die Heranwachsenden zusätzlich körperlich untersucht. Die Befragung wurde mittels Selbstausfüllfragebögen durchgeführt, die von den Eltern und ab dem 11. Lebensjahr auch von den Jugendlichen auszufüllen waren. Zu den Themenschwerpunkten der Befragung zählten neben der körperlichen und psychischen Gesundheit das subjektive Befinden, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung. Die Eltern haben zudem an einem computer-assistierte ärztlichen Interview zu Krankheiten, Impfungen

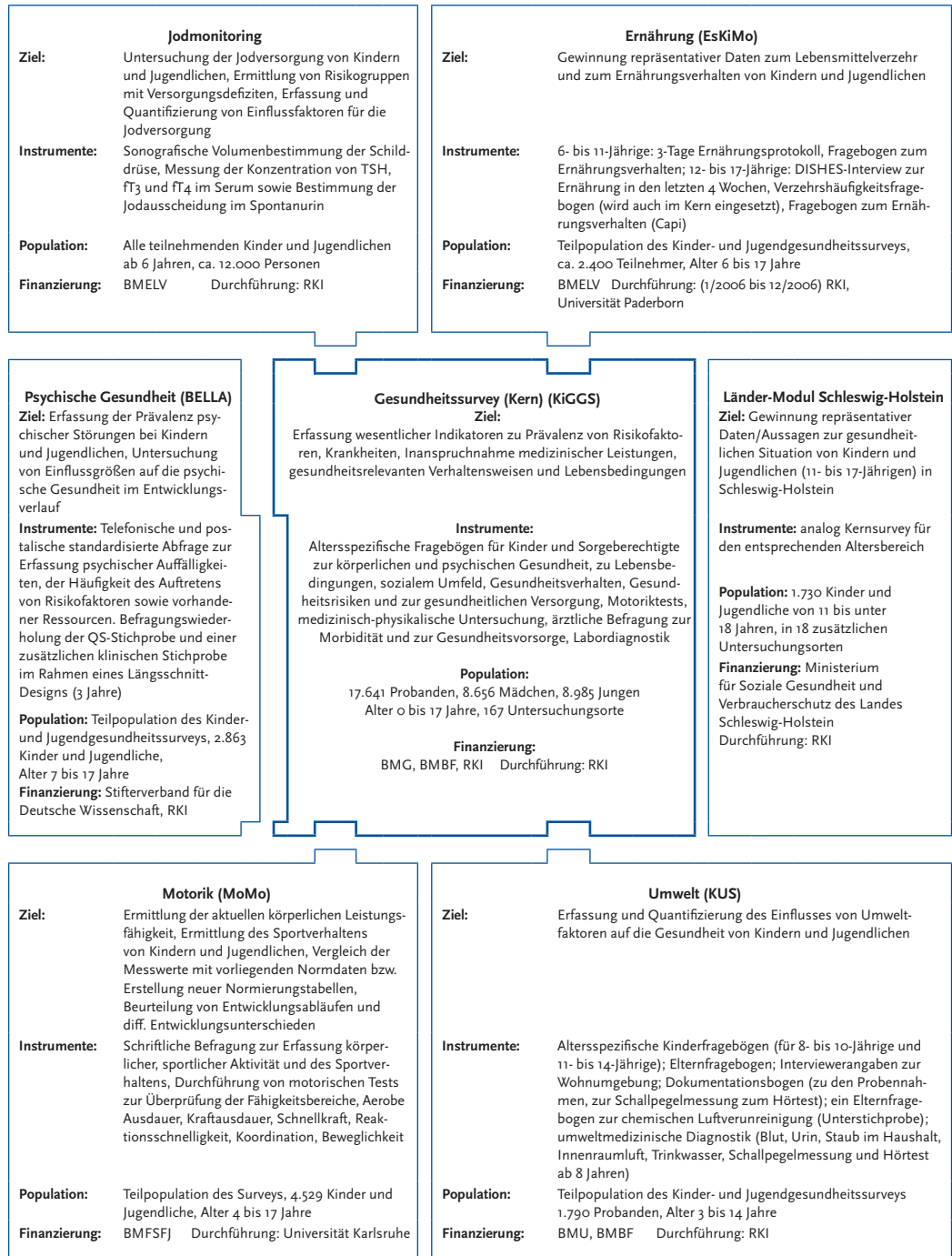
und Arzneimittelgebrauch ihrer Kinder teilgenommen; Jugendliche ab 14 Jahren wurden selbst befragt. Im Rahmen der medizinischen Untersuchung wurden Körpermesswerte erhoben, der körperliche Reifestatus festgestellt, der Blutdruck gemessen, Sehtests und Hautuntersuchungen durchgeführt sowie die motorischen Fähigkeiten und die körperliche Fitness der Heranwachsenden überprüft. Außerdem wurden Blut- und Urinproben genommen, um Laboranalysen durchführen zu können, die Hinweise auf die Nährstoffversorgung und latente Gesundheitsrisiken liefern. Um eine differenzierte, dem jeweiligen Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen entsprechende

Tabelle 4 1
Beschreibung der Stichprobe der KiGGS-Studie nach zentralen soziodemografischen Merkmalen (n=17 641)

Merkmale	Fallzahl (n)	Stichprobe	Grundgesamtheit ¹
Alter			
0–2 Jahre	2.805	15,9 %	13,6 %
3–6 Jahre	3.875	22,0 %	21,0 %
7–10 Jahre	4.148	23,5 %	21,7 %
11–13 Jahre	3.076	17,4 %	17,3 %
14–17 Jahre	3.737	21,2 %	26,3 %
Geschlecht			
Jungen	8.985	50,9 %	51,3 %
Mädchen	8.656	49,1 %	48,7 %
Sozialer Status			
Niedrig	4.794	27,2 %	27,5 %
Mittel	7.998	45,3 %	45,4 %
Hoch	4.423	25,1 %	27,1 %
Fehlende Werte	426	2,4 %	–
Wohnregion			
Alte Bundesländer	11.741	66,6 %	83,2 %
Neue Bundesländer	5.900	33,4 %	16,8 %
Migrationshintergrund			
Nein	14.971	84,9 %	82,9 %
Ja	2.590	14,7 %	17,1 %
Fehlende Werte	80	0,5 %	–

¹ Hochgerechnet auf die Alters-, Geschlechts- und regionale Verteilung in der bis 17-jährigen Wohnbevölkerung Deutschlands am 31.12.2004 (ohne fehlende Werte)

Abbildung 4 1
Kernsurvey und Zusatzmodule der KiGGS-Studie (Kurth 2007)



Abstimmung der Untersuchungsinhalte und Erhebungsinstrumente zu ermöglichen, wurden fünf Altersgruppen unterschieden: Säuglings- und Kleinkindalter (0–2 Jahre), Vorschulalter (3–6 Jahre), Grundschulalter (7–10 Jahre), Pubertät (11–13 Jahre) und Jugendalter (14–17 Jahre). Die Eignung und Praktikabilität des Designs und der Methodik der KiGGS-Studie wurden in einem Pretest ($n=1.629$), der von März 2001 bis März 2002 stattfand, geprüft und bewertet (Kamtsiuris et al. 2002).

Neben diesem Kernsurvey, der sich an alle Studienteilnehmer richtete, umfasste das Erhebungsprogramm der KiGGS-Studie mehrere Zusatzmodule, die zu ausgewählten Themen vertiefende Betrachtungen an Unterstichproben erlauben und zum Teil in Kooperation mit anderen Institutionen durchgeführt wurden (Abbildung 4.1). Dazu zählten Module zur Erfassung psychischer Störungen und Einflussfaktoren (»BELLA-Studie«), der motorischen Entwicklung und körperlich-sportlichen Aktivität (»Motorik-Modul«), des Einflusses von Umweltbelastungen (»Kinder-Umweltsurvey«), des Ernährungsverhaltens (»EsKiMo-Studie«) sowie der Jodversorgung (»Jodmonitoring«). Den Bundesländern wurde die Möglichkeit eingeräumt, durch eine Aufstockung der Stichprobe und unter Nutzung der Methodik und Logistik von KiGGS mit relativ geringem zusätzlichem Aufwand repräsentative Daten auf Landesebene zu gewinnen. Diese Option, die sich nur auf die im Rahmen des Kernsurveys durchgeführten Erhebungen erstreckte, wurde letztlich einzig von Schleswig-Holstein wahrgenommen (RKI 2007).

Die statistischen Analysen beziehen sich von wenigen Ausnahmen abgesehen auf die Daten des KiGGS-Kernsurveys. Um altersspezifische Unterschiede zu ermitteln, wird zumeist zwischen Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren unterschieden. Nur wenn die Altersverteilung des betrachteten Gesundheitsoutcomes dies sinnvoll erscheinen

lässt, wird eine andere Altersdifferenzierung vorgenommen. Die Altersgruppe der 0- bis 2-jährigen wird in der Regel nicht berücksichtigt, da aufgrund der zahlreichen Besonderheiten der ersten Lebensjahre die Ergebnisse einer spezifischen Betrachtung und Bewertung bedürfen. Neben Prävalenzen werden im Folgenden die Ergebnisse binär logistischer Regressionen berichtet, die mit dem Programmpaket SPSS 17 für Windows durchgeführt wurden. Die ausgewiesenen odds ratios sind als Chancenverhältnisse zu interpretieren, d. h. als Chance des Auftretens z. B. eines Gesundheitsproblems in der jeweils betrachteten Gruppe im Verhältnis zur definierten Referenzgruppe. Als Kontrollvariablen wurden in die logistischen Regressionsmodelle standardmäßig neben dem Alter der Studienteilnehmer auch die Wohnregion und der Migrationshintergrund der Familie integriert. Im Hinblick auf die Wohnregion wurde zwischen alten und neuen Bundesländern differenziert. Von einem Migrationshintergrund wird ausgegangen, wenn die Kinder und Jugendlichen selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, oder wenn beide Eltern zugewandert bzw. nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind (Schenk et al. 2007). Ob die in den Prävalenzen und odds ratios zum Ausdruck kommenden gruppenspezifischen Unterschiede signifikant sind, wird anhand von 95 %-Konfidenzintervallen beurteilt. Ermittelt wurden diese mit den SPSS-17-Verfahren für komplexe Stichproben, um die Korrelation der Probanden innerhalb einer Gemeinde berücksichtigen zu können.

Die Ergebnisse sind für die bis 17-jährige, in Deutschland lebende und mit Hauptwohnsitz in den Einwohnermelderegistern eingetragene Bevölkerung repräsentativ, da die Auswertungen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt wurden, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stichtag: 31.12.2004) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnregion und Staatsangehörigkeit korrigiert.

5 Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Zur allgemeinen Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen wird in der KiGGS-Studie ein mehrdimensionaler Index des sozialen Status herangezogen, der bereits in früheren Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts verwendet wurde (vgl. Winkler, Stolzenberg 1999). Anhand dieses Status-Indexes ist es möglich, die relative Position der Studienteilnehmer bzw. ihrer Familien im gesellschaftlichen Ungleichheitsgefüge zu bestimmen. Als Berechnungsgrundlage dienen die Angaben der Eltern

zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung und zum Haushaltsnettoeinkommen (Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben), die gemäß der Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie erhoben wurden (Jöckel et al. 1998). Die drei Ausgangsvariablen werden für die Indexbildung in ordinale Skalen mit jeweils sieben Kategorien überführt und diesen Punktwerte von 1 bis 7 zugewiesen (Tabelle 5.1). Liegen zu allen drei Dimen-

Tabelle 5 1
Berechnungsgrundlage für den Status-Index in der KiGGS-Studie (vgl. Winkler 1999; Lange et al. 2007a)

Schulbildung		Berufliche Qualifikation	Haushaltsnettoeinkommen	Berufliche Stellung	Punktwert pro Spalte
Schüler, ohne Abschluss, Haupt-/Volksschule, Realschule/Mittlere Reife, POS ¹ /10. Klasse, Fachhochschulreife/Fachoberschule, anderer Schulabschluss	und	Keinen Berufsabschluss, anderer Berufsabschluss, in Lehre, in Berufsausbildung	unter 1.250€	Schüler in Lehre, in Berufsausbildung, Studenten, ungelernete Arbeiter	1
Ohne Abschluss, Haupt-/Volksschule, anderer Schulabschluss	und	Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule	1.250–1.749€	Angelernte Arbeiter, gelernte oder Facharbeiter, sonstige Arbeiter, selbstständige Landwirte bzw. Genossenschaftsbauern	2
Realschule/Mittlere Reife	und	Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, Studenten	1.750–2.249€	Vorarbeiter/Kolonnenführer/Meister/Poliere/Brigadiere, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, Beamte im einfachen Dienst, mithelfende Familienangehörige	3
POS ¹ /10. Klasse, Fachhochschulreife/Fachoberschule	und	Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, Studenten	2.250–2.999€	Angestellte Industrie-/Werkmeister, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit, sonstige Angestellte, Beamte im mittleren Dienst	4
Abitur/EOS ²	und	Keinen Berufsabschluss, Lehre, Berufsfachschule, Handelsschule, Fachschule, in Lehre, Studenten	3.000–3.999€	Selbstständige mit bis zu 9 Mitarbeitern	5
Abitur/EOS ²	und	Fachhochschule/Ingenieurschule	4.000–4.999€	Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit, Beamte im gehobenen Dienst, Freiberuflich/selbstständige Akademiker	6
Abitur/EOS ²	und	Universität/Hochschule	5.000€ und mehr	Angestellte mit umfassender Führungstätigkeit, Beamte im höheren Dienst, Selbstständige mit 10 und mehr Mitarbeitern	7

¹ Polytechnische Oberschule

² Erweiterte Oberschule

sionen gültige Angaben vor, ergibt sich der Indexwert aus der Summe der einzelnen Punktwerte. Fehlt eine der drei Basisgrößen, so wird diese durch Ausnutzung bekannter Zusammenhänge zwischen den Sozialvariablen geschätzt. Auf diese Weise war es möglich, den Anteil fehlender Werte mit 2,6 % sehr gering zu halten.

In der KiGGS-Studie wurden die soziodemografischen Angaben von beiden Eltern erhoben, so dass sich der Status-Index als Merkmal des Haushaltes bilden lässt. Dazu wurde der Index zunächst für Mutter und Vater separat berechnet und der höhere Wert dem Haushalt – und somit auch dem untersuchten Kind bzw. Jugendlichen – zugewiesen. Bei getrennt lebenden Eltern war ausschlaggebend, bei wem das Kind hauptsächlich lebt. Für die statistischen Analysen wurden die Studienteilnehmer je nach erreichtem Punktwert drei Statusgruppen zugeordnet: »niedriger Sozialstatus« (3 bis 8 Punkte), »mittlerer Sozialstatus« (9 bis 14 Punkte), »hoher Sozialstatus« (15 bis 21 Punkte).

Nach dem zugrunde gelegten Algorithmus gehören in Deutschland 28 % der Kinder und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahre der unteren, 45 % der mittleren und 27 % der hohen Statusgruppe an. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den so ermittelten Statusgruppen um statistische Konstrukte handelt, die erlauben, Aussagen über die relativ benachteiligten im Vergleich zu den relativ begünstigten Bevölkerungsgruppen zu treffen. Im Zusammenhang mit der unteren Statusgruppe sollte jedoch nicht von »Unterschicht«, »abgehängtem Prekariat« oder »Armutbevölkerung« gesprochen werden. Ebenso wenig lässt sich von der Zugehörigkeit zur hohen Statusgruppe auf Privilegien der gesellschaftlichen Oberschicht oder auf Reichtum schließen (siehe hierzu Lampert, Kroll 2006).

Subjektiver Gesundheitszustand

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes ist ein fester Bestandteil der meisten Gesundheitssurveys. Das subjektive Gesundheitsurteil spiegelt nicht nur vorhandene Krankheiten und Beschwerden wider, sondern auch gesundheitsbezogene Einstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen, die häufig auf sozialen Vergleichen und einer Einschätzung der individuellen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten beruhen. Zahlreiche Studien bestätigen die subjektive Einschätzung der Gesundheit als guten Prädiktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die fernere Lebenserwartung, und zwar auch bei Kontrolle für »objektive« Gesundheitsparameter (Idler, Benyamini 1997).

In der KiGGS-Studie wurde die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes von den Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren erhoben. Außerdem wurden die Eltern um eine Einschätzung der Gesundheit ihrer Kinder gebeten. Da auch die Eltern von Kindern bis 10 Jahren befragt wurden, ist anhand der Elternangaben ein Vergleich zwischen der Situation im Kindes- und Jugendalter möglich. Bei der Frageformulierung wurde von einer Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation ausgegangen und zwischen fünf Antwortkategorien von »sehr gut« bis »sehr schlecht« unterschieden.

Legt man die Elternangaben zugrunde, dann haben 39 % der Kinder und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahre einen sehr guten und weitere 54 % einen guten allgemeinen Gesundheitszustand. Nur bei etwa 7 % der Heranwachsenden wird die Gesundheit von den Eltern als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beschrieben. Der Gesundheitszustand von Kindern wird etwas besser beurteilt als der von Jugendlichen, aber auch unter den 14- bis 17-Jährigen liegt der Anteil derjenigen mit sehr guter Gesundheit noch bei 31 % und derjenigen mit guter Gesundheit bei 60 %, wobei sich kaum Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zeigen (Lange et al. 2007a).

Eltern mit niedrigem Sozialstatus schätzen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder am häufigsten als nur mittelmäßig bis sehr schlecht ein. Dies lässt sich sowohl für das Kindes- als auch das Jugendalter sowie gleichermaßen

Tabelle 5.2

Allgemeiner Gesundheitszustand (»mittelmäßig« bis »sehr schlecht«) von Kindern und Jugendlichen nach sozialem Status

	3- bis 10-jährige		11- bis 17-jährige		Gesamt	
	% (95%-KI)	OR (95%-KI)	% (95%-KI)	OR (95%-KI)	% (95%-KI)	OR (95%-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	9,2 (7,3–11,5)	2,01 (1,24–3,25)	11,5 (9,3–14,1)	1,59 (1,07–2,35)	10,3 (8,8–12,2)	1,76 (1,32–2,34)
Mittlerer Sozialstatus	6,7 (5,5–8,3)	1,77 (1,16–2,69)	8,2 (6,7–9,9)	1,27 (0,85–1,89)	7,5 (6,5–8,6)	1,46 (1,10–1,94)
Hoher Sozialstatus	3,6 (2,5–5,0)	Ref.	6,3 (4,7–8,5)	Ref.	4,9 (3,9–6,0)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	9,1 (7,1–11,7)	2,06 (1,23–3,44)	10,7 (8,3–13,6)	2,09 (1,27–3,44)	9,9 (8,2–11,9)	2,08 (1,43–3,02)
Mittlerer Sozialstatus	4,7 (3,7–5,9)	1,18 (0,74–1,89)	8,4 (6,9–10,3)	1,78 (1,17–2,71)	6,6 (5,6–7,8)	1,51 (1,11–2,05)
Hoher Sozialstatus	3,6 (2,5–5,3)	Ref.	4,9 (3,4–7,0)	Ref.	4,2 (3,3–5,4)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

ßen für Jungen wie Mädchen feststellen (Tabelle 5.2). Bei statistischer Kontrolle für Alter, Wohnregion (Ost/West) und Migrationshintergrund kommt man zu der Aussage, dass Eltern aus der niedrigen Statusgruppe im Vergleich zu denen aus der hohen Statusgruppe etwa zweimal häufiger die Gesundheit ihrer Kinder als mittelmäßig bis sehr schlecht beurteilen. Auch zwischen Eltern aus der mittleren und hohen Statusgruppe zeigt sich ein signifikanter Unterschied, so dass von einem »Statusgradienten« in der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes gesprochen werden kann.

Krankheiten und Beschwerden

Ein vorrangiges Ziel der KiGGS-Studie war es, verlässliche Informationen zur Verbreitung von akuten und chronischen Erkrankungen sowie psychosomatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen zu erheben. Bislang war dies aufgrund fehlender oder nicht verknüpfbarer Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich nur eingeschränkt möglich (Kamtsiuris et al. 2007b). Akute Erkrankungen sind im Kindes- und Jugendalter häufig, nehmen aber zumeist einen gutartigen Verlauf ohne nachhal-

tige Folgen. Chronische Krankheiten treten bei Kindern und Jugendlichen deutlich seltener auf als bei Erwachsenen. Für die Betroffenen haben sie aber oftmals erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Gesundheitschancen im späteren Leben (Kuh, Ben-Shlomo 1997).

Angaben zu akuten und chronischen Erkrankungen wurden in der KiGGS-Studie im Rahmen der Befragung der Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren, der Elternbefragung und im ärztlichen Interview erhoben. Dabei sollte angegeben werden, ob die betreffenden Krankheiten jemals aufgetreten sind, ob dies auch in den letzten 12 Monaten der Fall war und eventuell wie häufig die Kinder bzw. Jugendlichen mit diesen zu tun haben. Außerdem wurde im ärztlichen Interview danach gefragt, ob die Krankheit von einem Arzt festgestellt wurde. Erhoben wurden Informationen zu insgesamt 27 Krankheiten, darunter auch typische Kinderkrankheiten wie Keuchhusten, Windpocken und Masern.

Am häufigsten sind Kinder und Jugendliche von akuten Atemwegsinfektionen betroffen. Fast 90 % der Heranwachsenden hatten innerhalb der letzten 12 Monate eine Erkältung oder einen grippalen Infekt. Eine Bronchitis kam bei 20 % und eine Mandelentzündung bei 19 % vor.

Neben Atemwegsinfektionen wurden Magen-Darm-Infekte mit einer 12-Monats-Prävalenz von 47 % sehr häufig als akuter Erkrankungsgrund genannt. Weiterhin waren 13 % der Kinder und Jugendlichen von einer Herpes-Infektion, 8 % von einer Bindehautentzündung und 5 % von einer Harnwegsinfektion betroffen. Von den infektiösen Kinderkrankheiten haben Windpocken und Scharlach, mit einer Lebenszeitprävalenz von 71 % bzw. 24 %, die stärkste Verbreitung. Keuchhusten, Masern, Mumps und Röteln kamen bei weniger als 10 % der Kinder und Jugendlichen schon einmal vor. Unter den chronischen Krankheiten haben obstruktive Bronchitis und Neurodermitis mit Lebenszeitprävalenzen von jeweils 13 % sowie Heuschnupfen mit 11 % die größte Bedeutung (Kamtsiuris et al. 2007b).

Für die meisten akuten Erkrankungen lässt sich kein Zusammenhang zum sozialen Status feststellen. Ausnahmen sind Erkältungen, Bindehautentzündungen, Windpocken und Scharlach, die etwas häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus der hohen Statusgruppe auftreten, sowie Angina und Masern, von denen die Heranwachsenden mit niedrigem Sozialstatus vermehrt betroffen sind (Kamtsiuris et al. 2007b). Auch in der Verbreitung chronischer Krankheiten zeigen sich nur geringe Statusunterschiede. Die Ausnahme stellt hier die Neurodermitis dar, die bei 17 % der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus vorkommt im Vergleich zu 11 % derjenigen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (siehe auch Schlaud et al. 2007). Die Heranwachsenden aus der hohen Statusgruppe sind außerdem von Skoliose stärker betroffen.

Die Verbreitung psychosomatischer Beschwerden lässt sich anhand der KiGGS-Daten unter anderem in Bezug auf die Häufigkeit, Intensität und Lokalisation von Schmerzen beurteilen. In Bezug auf Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren kann dazu auf die Angaben der Eltern zurückgegriffen werden, Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt. Die 3-Monats-Prävalenz von Schmerzen betrug bei Kindern 65 % und bei Jugendlichen 78 %. Schmerzen, die mindestens einmal in der Woche auftreten, kamen bei jedem 10. Kind und jedem vierten Jugendlichen vor. Häufigste Schmerzlokalisationen waren bei Kindern der Bauch gefolgt von Kopf und Hals. Die Jugendlichen berichteten zuvor

erst von Kopfschmerzen, es folgten Bauch- und Rückenschmerzen. Dabei zeigte sich, dass Mädchen in allen Altersstufen deutlich häufiger Schmerzen haben als Jungen. Ein Zusammenhang mit dem sozialen Status ließ sich weder für das allgemeine Schmerzvorkommen noch für die einzelnen Schmerzlokalisationen nachweisen (Ellert et al. 2007).

Unfälle und Verletzungen

Die Fragen zum Unfallgeschehen richteten sich an die Eltern. Zunächst sollten diese beantworten, ob sich ihr Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt oder vergiftet hat und deshalb ärztlich behandelt werden musste. Wurde diese Frage bejaht, sollten außerdem Angaben zum Unfallort, zu Unfallursachen, zu den Verletzungsfolgen und zur ambulanten bzw. stationären Versorgung gemacht werden. Wenn im angegebenen Zeitraum mehrere Unfälle vorgekommen sind, war bei der Beantwortung der Fragen nur der zeitlich letzte zu berücksichtigen. Außerdem wurden Informationen zu Schutzmaßnahmen wie dem Tragen eines Helms oder von Protektoren beim Fahrradfahren oder Inlineskaten erhoben (Kahl et al. 2007).

Insgesamt hatten 16 % der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in den vergangenen 12 Monaten mindestens einen Unfall. Bei den Jungen nahm die Unfallhäufigkeit vom Kindes- zum Jugendalter zu, bei den Mädchen, die insgesamt seltener betroffen waren als Jungen, zeigte sich kein altersabhängiger Anstieg. Bei den Unfallorten dominieren Sport- und Freizeitunfälle gefolgt von Unfällen in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, häuslichen Unfällen sowie Verkehrsunfällen. Die häufigsten Unfallfolgen sind Prellungen, Verrenkungen und Zerrungen sowie offene Wunden. Knochenbrüche und Gehirnerschütterungen machen einen kleineren Anteil am Unfallgeschehen aus, sind aber hinsichtlich der Prävalenzen und der Ernsthaftigkeit der Verletzung nichtsdestotrotz zu beachten. Mehr als die Hälfte der Jungen und Mädchen trägt beim Fahrradfahren und Inlineskaten einen Helm. Der Anteil der Heranwachsenden, die sich beim Inlineskaten mit Protektoren schützen, ist mit über 70 % noch höher.

Für das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter lässt sich mit den KiGGS-Daten nur für Straßenverkehrsunfälle ein Zusammenhang mit dem sozialen Status feststellen. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind in den letzten 12 Monaten zu 11 % im Straßenverkehr verunfallt im Vergleich zu 7 % und 5 % der Kinder aus Familien mit mittlerem bzw. hohem Sozialstatus (Kahl et al. 2007). Statusspezifische Unterschiede zeigen sich zudem bei den ergriffenen Maßnahmen zum Schutz vor Unfällen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus tragen zu 63 % beim Fahrradfahren einen Helm im Vergleich zu 46 % der Gleichaltrigen aus der niedrigen Statusgruppe. Hinsichtlich der Verwendung von Protektoren beim Inlineskaten fallen die Statusunterschiede mit 83 % gegenüber 61 % ähnlich stark aus (Kahl et al. 2007).

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

Zu den Bereichen der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, bei denen bislang erhebliche Daten- und Informationsdefizite bestanden, gehören psychische und Verhaltensauffälligkeiten. In der KiGGS-Studie wurde ein Instrument eingesetzt, das Hinweise auf emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen liefert (Hölling et al. 2007). Insgesamt sind 7 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren als auffällig einzustufen. Jungen sind mit 9 % stärker betroffen als Mädchen mit 5 %, was vor allem auf Unterschiede bei Verhaltensproblemen, Hyperaktivität und Problemen mit Gleichaltrigen zurückzuführen ist. Im Altersgang verlieren Hyperaktivitätsprobleme etwas an Bedeutung, während Probleme mit Gleichaltrigen zunehmen. Bei Mädchen treten außerdem emotionale Probleme im Laufe der Adoleszenz vermehrt auf.

Im Alter von 3 bis 10 Jahren sind Jungen und Mädchen aus der niedrigen Statusgruppe deutlich häufiger von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen als die Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe (Tabelle 5.3). Auch zwischen der mittleren und hohen Statusgruppe bestehen

Tabelle 5.3

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach sozialem Status

	3- bis 10-Jährige		11- bis 17-Jährige		Gesamt	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	16,4 (14,2–18,8)	4,66 (3,29–6,59)	13,0 (10,5–15,9)	2,72 (1,78–4,17)	14,7 (13,0–16,6)	3,58 (2,74–4,67)
Mittlerer Sozialstatus	8,1 (6,6–9,9)	2,09 (1,41–3,11)	7,9 (6,5–9,6)	1,54 (1,00–2,39)	8,0 (7,0–9,3)	1,80 (1,35–2,39)
Hoher Sozialstatus	4,0 (3,0–5,4)	Ref.	5,5 (3,9–7,7)	Ref.	4,7 (3,8–5,9)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	10,5 (8,7–12,6)	6,45 (3,62–11,50)	8,7 (6,8–10,9)	3,18 (1,88–5,38)	9,6 (8,2–11,1)	4,43 (2,95–6,66)
Mittlerer Sozialstatus	4,1 (3,1–5,3)	2,44 (1,42–4,18)	5,2 (4,2–6,4)	1,94 (1,18–3,19)	4,7 (4,0–5,4)	2,15 (1,45–3,18)
Hoher Sozialstatus	1,7 (1,0–2,7)	Ref.	2,7 (1,8–4,2)	Ref.	2,2 (1,5–3,1)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

signifikante Unterschiede. In der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen fallen die Unterschiede weitaus geringer aus. Zumindest bei Jungen lässt sich aber ein verstärktes Vorkommen von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten in der niedrigen im Vergleich zur hohen Statusgruppe feststellen. Eine nach Problembereichen differenzierte Betrachtung zeigt, dass die sozialen Unterschiede bei Hyperaktivität am stärksten ausgeprägt sind.

Zur Feststellung von Hyperaktivität kann in der KiGGS-Studie außerdem auf Angaben der Eltern zu einer bei ihrem Kind von einem Arzt oder Psychologen gestellten Diagnose zurückgegriffen werden. Wird diese Information herangezogen, dann wurde bei 5 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren jemals eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) festgestellt. Bei Jugendlichen ist ADHS etwa zweimal häufiger verbreitet als bei Kindern. Jungen sind mehr als viermal häufiger betroffen als Mädchen, wobei diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in allen Altersgruppen ähnlich sind (Schlack et al. 2007). Bezüglich der statusspezifischen Unterschiede fällt auf, dass diese im Kindesalter einen noch stärkeren Ausdruck erfahren als im Jugendalter und bei Mädchen etwas ausgeprägter sind als bei Jungen (Tabelle 5.4).

Zu den psychischen und Verhaltensauffälligkeiten, denen seit einiger Zeit verstärktes öffentliches Interesse entgegengebracht wird, gehören auch Essstörungen. Ein Grund hierfür dürften die nachhaltigen Auswirkungen auf die gesundheitliche wie soziale Entwicklung der Heranwachsenden sein (Deutsche Hauptstelle für Suchfragen 2004; Franke 2002). In der KiGGS-Studie wurde ein Screening-Instrument (SCOFF-Fragebogen) eingesetzt, das anhand von fünf Items Anhaltspunkte für ein essgestörtes Verhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen identifiziert. Gefragt wurde unter anderem danach, ob sich die Jugendlichen übergeben, wenn sie sich unangenehm fühlen, ob sie sich Sorgen machen, weil sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können, oder ob sie sich zu dick fühlen, obwohl andere sie zu dünn finden. Wenn zwei der fünf Fragen bejaht wurden, galt dies als Hinweis auf eine mögliche Essstörung, insbesondere im Hinblick auf Anorexia und Bulimia nervosa (Hölling, Schlack 2007).

Von den 11- bis 17-Jährigen ergaben sich bei 22 % Hinweise auf ein essgestörtes Verhalten. Mädchen sind mit 29 % häufiger betroffen als Jungen mit 15 %. Im Laufe der Adoleszenz nimmt die Prävalenz bei Mädchen zu, während sie bei Jungen abnimmt, so dass sich die

Tabelle 5.4

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen nach sozialem Status

	3- bis 10-jährige		11- bis 17-jährige		Gesamt	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	8,2 (6,5–10,4)	2,65 (1,64–4,26)	12,4 (9,9–15,5)	1,83 (1,27–2,64)	10,3 (8,6–12,3)	2,12 (1,52–2,92)
Mittlerer Sozialstatus	5,4 (4,3–6,8)	1,55 (0,98–2,44)	10,3 (8,6–12,4)	1,39 (0,97–2,00)	7,9 (6,8–9,2)	1,45 (1,07–1,96)
Hoher Sozialstatus	3,6 (2,5–5,2)	Ref.	7,8 (5,8–10,4)	Ref.	5,6 (4,4–7,2)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	1,8 (1,1–2,9)	3,82 (1,43–10,23)	3,0 (1,9–4,5)	2,90 (1,29–6,54)	2,4 (1,7–3,3)	3,19 (1,65–6,16)
Mittlerer Sozialstatus	1,4 (0,9–2,3)	2,65 (0,99–7,15)	2,6 (1,8–3,7)	2,51 (1,19–5,26)	2,0 (1,5–2,7)	2,55 (1,40–4,65)
Hoher Sozialstatus	0,5 (0,2–1,2)	Ref.	1,1 (0,5–2,2)	Ref.	0,8 (0,5–1,4)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

Tabelle 5 5
Verdacht auf Essstörungen bei Jugendlichen nach sozialem Status

	11- bis 13-Jährige		14- bis 17-Jährige		Gesamt	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	23,5 (19,1–28,5)	2,31 (1,46–3,67)	17,1 (13,6–21,2)	2,25 (1,40–3,60)	19,9 (17,1–23,0)	2,28 (1,64–3,16)
Mittlerer Sozialstatus	17,1 (14,1–20,5)	1,69 (1,09–2,62)	13,6 (11,4–16,1)	1,78 (1,16–2,73)	14,9 (13,2–16,8)	1,74 (1,29–2,35)
Hoher Sozialstatus	10,5 (7,5–14,6)	Ref.	8,1 (5,7–11,2)	Ref.	9,0 (7,2–11,3)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	33,6 (28,5–39,1)	2,39 (1,58–3,64)	37,2 (32,5–42,2)	1,50 (1,14–1,99)	35,7 (32,3–39,3)	1,78 (1,41–2,23)
Mittlerer Sozialstatus	21,1 (17,5–25,2)	1,36 (0,92–2,02)	32,3 (29,0–35,7)	1,29 (0,98–1,68)	27,8 (25,3–30,6)	1,30 (1,05–1,62)
Hoher Sozialstatus	16,1 (12,1–21,0)	Ref.	26,6 (22,3–31,2)	Ref.	22,6 (19,5–26,0)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

geschlechtsspezifischen Unterschiede ausweiten. Ein Verdacht auf Essstörungen ergibt sich am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen aus der niedrigsten Statusgruppe. Signifikante Unterschiede zwischen der mittleren und hohen Statusgruppe sind nur bei Jungen festzustellen (Tabelle 5,5).

Ernährung und Übergewicht

Die Ernährungsweise ist von grundlegender Bedeutung für die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Die vorhandenen Forschungsbefunde sprechen dafür, dass sich viele Kinder und Jugendliche einseitig und zum Teil ungesund ernähren. Repräsentative Aussagen waren aber bisher häufig nicht möglich. Mit den Daten der KiGGS-Studie kann nun eine umfassende Beschreibung des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland vorgenommen werden. Eingesetzt wurde unter anderem ein neu entwickelter Verzehrshäufigkeitsfragebogen, der sich auf die durchschnittliche Verzehrshäufigkeit und Portionsgröße von 54 Lebensmitteln und Getränken bezieht (Mensink, Burger 2004; Mensink et al. 2007a). Beim Ausfüllen des Fragebogens, der

sich an die Eltern der Kinder im Alter bis 10 Jahre und an die Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren richtete, sollte an die Verzehrsgewohnheiten in den letzten Wochen vor der Befragung gedacht werden.

Dass die Ernährung vieler Kinder und Jugendlicher nicht optimal ist, lässt sich anhand der KiGGS-Daten z. B. für den Verzehr von Obst und Gemüse, Brot und Getreide, Milch und Milchprodukte sowie Süßigkeiten verdeutlichen. Frisches Obst wird nur von etwa der Hälfte der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren täglich gegessen. Auch Gemüse und Salat sind zu selten Bestandteil der Mahlzeiten. Für den Verzehr von Getreideprodukten lässt sich feststellen, dass die empfohlenen Portionsmengen nur von etwa einem Viertel der Heranwachsenden erreicht werden. Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt man hinsichtlich des Verzehrs von Milch und Milchprodukten. Bezüglich Süßigkeiten und Süßgetränken lässt sich hingegen feststellen, dass viele Kinder und Jugendliche die maximal empfohlenen Verzehrsmengen zum Teil deutlich überschreiten (Mensink et al. 2007b).

Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe zeigen häufiger ein ungünstiges Ernährungsverhalten als die Gleichaltrigen aus

Tabelle 5.6

Verzehr von frischem Obst (»weniger als einmal am Tag«) bei Kindern und Jugendlichen nach sozialem Status

	3- bis 10-Jährige		11- bis 17-Jährige		Gesamt	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	49,6 (45,8–53,5)	2,25 (1,79–2,82)	68,3 (64,3–72,0)	1,77 (1,40–2,22)	59,0 (56,3–61,6)	2,00 (1,70–2,36)
Mittlerer Sozialstatus	42,9 (39,9–45,9)	1,62 (1,33–1,97)	64,7 (61,8–67,6)	1,43 (1,18–1,73)	54,1 (52,0–56,2)	1,53 (1,33–1,75)
Hoher Sozialstatus	32,2 (28,9–35,7)	Ref.	57,4 (53,6–61,2)	Ref.	44,1 (41,0–47,1)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	43,4 (40,0–46,8)	2,41 (1,95–2,98)	59,0 (55,3–62,5)	1,78 (1,45–2,19)	51,4 (48,6–54,1)	2,06 (1,78–2,39)
Mittlerer Sozialstatus	39,6 (36,6–42,7)	2,03 (1,65–2,49)	55,0 (51,9–58,1)	1,43 (1,16–1,75)	47,6 (45,5–49,8)	1,68 (1,45–1,94)
Hoher Sozialstatus	24,8 (21,7–28,2)	Ref.	47,4 (43,6–51,3)	Ref.	35,5 (32,9–38,3)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

den sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen. Exemplarisch hierfür ist, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zweimal häufiger nicht täglich frisches Obst essen (Tabelle 5.6). Auch andere Nahrungsmittel, die aufgrund einer hohen Nährstoffdichte als physiologisch hochwertig einzustufen sind, werden von den Heranwachsenden aus der niedrigen Statusgruppe seltener verzehrt. Lebensmittel mit einer hohen Energiedichte, einem hohen Fett- und niedrigen Nährstoffgehalt hingegen werden von ihnen in größeren Mengen konsumiert. Diese Tendenzen lassen sich sowohl für Mädchen als auch für Jungen beobachten und sind weitgehend altersunabhängig.

In engem Zusammenhang mit einem ungünstigen Ernährungsverhalten ist das Vorkommen von Übergewicht zu sehen, wenngleich auch andere Einflussfaktoren, wie z. B. ein Mangel an körperlicher Aktivität, zu beachten sind. Die bisherigen Schätzungen zur Verbreitung von Übergewicht in der heranwachsenden Bevölkerung basierten allesamt nicht auf bundesweit repräsentativen Daten, so dass auch in dieser Hinsicht mit den KiGGS-Daten ein wichtiger Erkenntnisgewinn verbunden ist, zumal auf Messwerte zu Körpergewicht und Körpergröße zurückgegriffen werden kann. Entsprechend einer Empfehlung

der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) werden Kinder und Jugendliche als übergewichtig eingestuft, wenn ihr Body-Mass-Index (BMI) höher liegt als bei 90 % der Gleichaltrigen. Liegt der Wert oberhalb des 97. Perzentils wird von Adipositas ausgegangen. Als Bezugsgröße dienen dabei die Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. (2001), die auf der Basis von Studien im Zeitraum 1985 bis 1999 ermittelt wurden.

Nach den KiGGS-Daten sind 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig. Etwa zwei Fünftel davon, also rund 6 % der Heranwachsenden, sind adipös. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren sind mit 18 % häufiger übergewichtig als Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren mit 12 %. Zwischen Jungen und Mädchen sind in dieser Hinsicht kaum Unterschiede zu beobachten. In Bezug auf den Zeitraum, in dem die Referenzwerte erhoben wurden, lässt sich feststellen, dass der Anteil der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen um 50 % zugenommen hat, während sich der Anteil der adipösen Heranwachsenden sogar verdoppelt hat (Kurth, Schaffrath-Rosario 2007).

Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind deutlich häufiger übergewichtig als die Gleichaltrigen aus den höheren

Tabelle 5 7
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach sozialem Status

	3- bis 10-jährige		11- bis 17-jährige		Gesamt	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	17,0 (14,7–19,6)	2,20 (1,62–2,98)	22,5 (19,7–25,5)	1,83 (1,38–2,42)	19,7 (17,8–21,8)	1,98 (1,61–2,43)
Mittlerer Sozialstatus	12,7 (11,0–14,6)	1,63 (1,24–2,14)	17,4 (15,2–19,8)	1,40 (1,07–1,84)	15,1 (13,6–16,7)	1,50 (1,23–1,82)
Hoher Sozialstatus	7,8 (6,2–9,8)	Ref.	12,8 (10,5–15,6)	Ref.	10,2 (8,7–11,9)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	16,2 (13,9–18,7)	2,14 (1,54–2,97)	27,0 (23,9–30,4)	3,34 (2,45–4,55)	21,6 (19,6–23,8)	2,80 (2,25–3,49)
Mittlerer Sozialstatus	12,6 (10,9–14,6)	1,75 (1,28–2,39)	16,1 (14,2–18,2)	1,72 (1,29–2,31)	14,4 (13,0–15,9)	1,73 (1,40–2,14)
Hoher Sozialstatus	7,2 (5,6–9,2)	Ref.	10,1 (8,0–12,7)	Ref.	8,6 (7,3–10,1)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

Statusgruppen (Tabelle 5.7). Am stärksten zum Ausdruck kommt dies bei den 11- bis 17-jährigen Mädchen. Bei Mädchen im Alter von 3 bis 10 Jahren fallen die Unterschiede etwas schwächer aus. Bei Jungen hingegen macht sich der Einfluss des Sozialstatus im Kindesalter stärker bemerkbar als im Jugendalter. Wird anstelle von Übergewicht die Adipositas betrachtet, zeichnen sich die statusspezifischen Unterschiede noch deutlicher ab. Beispielsweise ergibt sich bei den 11- bis 17-jährigen Mädchen ein 4,8-fach erhöhtes Vorkommen in der niedrigen im Vergleich zur hohen Statusgruppe (vgl. Lampert 2010).

Körperlich-sportliche Aktivität

Wie für eine ausgewogene und hochwertige Ernährung, so gilt auch für regelmäßige körperliche Bewegung, dass sie eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen im Kindes- und Jugendalter ist. Positive Effekte lassen sich unter anderem auf das Herz-Kreislauf-System, die Atmung, den Stoffwechsel, die motorische Entwicklung und nicht zuletzt auf das allgemeine Wohlbefinden nachweisen (Sallis, Owen 1998; USDHHS 1996). Für Kinder und Jugendliche verbinden sich mit körperlicher und sportlicher Aktivität zudem positive Erfahrungen und Erlebnisse, was auch im Hinblick auf den Kontakt und Austausch mit den Gleichaltrigen sowie die Herausbildung von sozialen Kompetenzen von Bedeutung ist (Bös 1999; Hoffmann et al. 2006).

Die körperlich-sportliche Aktivität wurde in der KiGGS-Studie mit altersspezifisch abgestimmten Instrumenten erhoben (Lampert et al. 2007a). Im Fall von Kindern zwischen 3 und 10 Jahren sollten die Eltern angeben, wie häufig diese Sport im oder außerhalb eines Vereins machen. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden gefragt, wie häufig sie in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind (z. B. beim Sport oder Fahrradfahren), dass

Tabelle 5 8
Körperlich-sportliche Inaktivität¹ bei Kindern und Jugendlichen nach sozialem Status

	Sportliche Inaktivität von 3- bis 10-Jährige		Körperlich-sportliche Inaktivität von 11- bis 17-Jährige	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen				
Niedriger Sozialstatus	36,2 (32,8–39,8)	3,09 (2,49–3,84)	10,3 (8,1–12,9)	1,28 (0,87–1,89)
Mittlerer Sozialstatus	21,0 (19,0–23,3)	1,48 (1,17–1,88)	10,1 (8,4–12,1)	1,17 (0,81–1,69)
Hoher Sozialstatus	14,9 (12,7–17,3)	Ref.	8,9 (6,8–11,5)	Ref.
Mädchen				
Niedriger Sozialstatus	40,4 (37,0–43,8)	4,01 (3,15–5,10)	28,1 (24,7–31,8)	2,13 (1,56–2,92)
Mittlerer Sozialstatus	24,2 (21,9–26,7)	2,30 (1,81–2,91)	20,2 (18,0–22,6)	1,38 (1,05–1,80)
Hoher Sozialstatus	12,1 (10,1–14,4)	Ref.	15,8 (12,9–19,2)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West);

95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

¹ Angabe der Eltern zur sportlichen Aktivität ihrer Kinder und Selbstangaben der Jugendlichen zu ihrer körperlich-sportlichen Aktivität (Inaktivität meint weniger als einmal in der Woche sportlich bzw. körperlich-sportlich aktiv)

sie richtig ins Schwitzen oder außer Atem kommen. Die KiGGS-Ergebnisse verdeutlichen, dass ein Großteil der Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren sportlich aktiv ist: Drei Viertel der Jungen und Mädchen treiben mindestens einmal in der Woche Sport im oder außerhalb eines Vereins; mehr als ein Drittel sogar dreimal oder häufiger in der Woche. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings, dass etwa jedes vierte Kind nicht regelmäßig Sport macht.

Auch die Ergebnisse zur körperlich-sportlichen Aktivität von Jugendlichen spiegeln auf den ersten Blick ein positives Bild wider: 90 % der Jungen und fast 80 % der Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren gaben an, sich mindestens einmal in der Woche körperlich oder sportlich zu betätigen. Zwei Drittel der Jungen und etwas weniger als die Hälfte der Mädchen sind dreimal oder häufiger pro Woche aktiv. Dem eigentlich gewünschten Niveau täglicher Aktivität werden aber nur 28 % der Jungen und 17 % der Mädchen gerecht. Im Laufe der Adoleszenz nimmt die körperlich-sportliche Aktivität weiter ab. Im Alter von 17 Jahren sind nur noch 18 % der Jungen und 11 % der Mädchen fast jeden Tag aktiv. Der Anteil derjenigen, die sich weniger als einmal in

der Woche körperlich-sportlich betätigen, steigt hingegen auf 18 % bei den Jungen und 36 % bei den Mädchen.

In Bezug auf die sportliche Aktivität im Kindesalter zeigen sich deutliche Unterschiede nach dem sozialen Status: In der unteren Statusgruppe beläuft sich der Anteil der Jungen und Mädchen, die seltener als einmal in der Woche Sport treiben, auf mehr als ein Drittel; in der hohen Statusgruppe trifft dies hingegen nur auf ein Siebtel der Jungen und ein Achtel der Mädchen zu (Tabelle 5.8). Weiterführende Analysen zeigten, dass die Statusunterschiede vor allem beim Vereinssport stark ausgeprägt sind; beim Sport, der außerhalb von Vereinen betrieben wird, treten sie deutlich schwächer zutage (Lampert et al. 2007a).

Bei den 11- bis 17-jährigen Jungen sind keine statusspezifischen Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität zu beobachten: Mit 10 % ist der Anteil der Jungen, die weniger als einmal in der Woche aktiv sind, in der niedrigen Statusgruppe ähnlich hoch wie in den sozial besser gestellten Gruppen. Bei Mädchen dieses Alters kommt hingegen ein Statusgefälle zum Ausdruck, das jedoch schwächer ausgeprägt ist als bei der Sportausübung im Kindesalter.

Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum

Die Verringerung des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums ist eines der wichtigsten Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Der Gebrauch dieser psychoaktiven Substanzen steht im engen Zusammenhang mit einer Vielzahl von Erkrankungen, die im mittleren und höheren Erwachsenenalter das Krankheits- und Todesursachenspektrum dominieren. Der frühe Einstieg in den Konsum zieht besondere Probleme nach sich, weil die organische Vulnerabilität während des Wachstums erhöht ist und die Gefahr einer Abhängigkeit von den Substanzen steigt (Deutsches Krebsforschungszentrum 2002; Pott et al. 2003).

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zum Substanzgebrauch stehen weitgehend im Einklang mit den Erkenntnissen, die z. B. aus der Drogenaffinitätsstudie der BZgA und der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen des Instituts für Therapieforschung vorliegen (Lampert, Thamm 2007). Für den Einstieg ins Rauchen kommt dem Alter 13 bis 14 Jahre große Bedeutung zu. Von den 14- bis 17-jährigen rauchen 31 % der Jungen und 32 % der Mädchen. Ein Viertel der Jugendlichen, die rauchen, greift mindestens einmal in der Woche zur Zigarette,

ein Fünftel sogar täglich. Alkohol haben 65 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 64 % der gleichaltrigen Mädchen schon einmal getrunken. Als regelmäßige Alkoholkonsumenten können, geht man von denjenigen aus, die mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken, 22 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 13 % der Mädchen gleichen Alters bezeichnet werden. Ähnlich wie beim Rauchen lässt sich auch für den Alkoholkonsum spätestens ab dem 14. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg der Prävalenzen beobachten. Ein Unterschied zum Rauchen besteht darin, dass Jungen deutlich häufiger als Mädchen Alkohol konsumieren. Haschisch oder Marihuana wurden in den letzten 12 Monaten von 9 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 6 % der gleichaltrigen Mädchen mindestens einmal genommen. Erneut gilt, dass dem Alter von 14 Jahren große Bedeutung für den Einstieg zukommt. Die stärkste Verbreitung erfährt das Haschisch- oder Marihuanarauchen bei den 17-jährigen mit einer 12-Monats-Prävalenz von 25 % bei den Jungen und 15 % bei den Mädchen. Andere illegale Drogen spielen für die Jugendlichen eine untergeordnete Rolle: Ecstasy wurde in den letzten 12 Monaten von 0,5 % der 14- bis 17-jährigen Jungen und 0,6 % der gleichaltrigen Mädchen genommen, Aufputschmittel, wie z. B. Speed oder

Tabelle 5 9
Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen nach sozialem Status

	Rauchen (aktuell)		Alkoholkonsum (wöchentlich)		Haschisch/Marihuana (jemals)	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	36,4 (31,7–41,4)	1,97 (1,38–2,81)	30,6 (26,1–35,4)	1,10 (0,78–1,55)	13,8 (10,8–17,6)	1,08 (0,69–1,70)
Mittlerer Sozialstatus	30,1 (26,9–33,5)	1,32 (0,98–1,79)	39,0 (35,5–42,4)	1,31 (0,98–1,75)	15,4 (13,0–18,1)	1,25 (0,87–1,80)
Hoher Sozialstatus	25,8 (21,3–30,9)	Ref.	34,6 (29,7–39,9)	Ref.	13,3 (10,1–17,2)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	39,1 (34,1–44,3)	2,99 (2,11–4,23)	16,9 (13,3–21,3)	0,94 (0,65–1,37)	8,8 (6,3–12,2)	0,92 (0,56–1,53)
Mittlerer Sozialstatus	33,0 (29,9–36,2)	1,93 (1,47–2,52)	21,5 (18,3–25,0)	0,94 (0,68–1,29)	10,4 (8,3–13,1)	1,03 (0,67–1,60)
Hoher Sozialstatus	21,6 (18,0–25,6)	Ref.	23,1 (18,8–27,9)	Ref.	10,5 (7,6–14,4)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

Amphetamine, von 0,6 % der Jungen und 0,8 % der Mädchen. Ähnlich gering ist in diesem Alter die Verbreitung des Gebrauchs von Medikamenten oder Lösungsmitteln, um eine berauschende Wirkung zu erzielen.

Ein bedeutsamer Einfluss des sozialen Status lässt sich nur für den Tabakkonsum feststellen, mit einem stärkeren Zuspruch in der niedrigen und auch in der mittleren im Vergleich zur hohen Statusgruppe (Tabelle 5.9). In Bezug auf den Alkohol- und Drogenkonsum ist darauf zu verweisen, dass riskante Konsummuster, den bisherigen Erkenntnissen zufolge häufiger in den statusniedrigen Gruppen anzutreffen sind, in der KiGGS-Studie nicht untersucht werden konnten. Weiterführende Analysen sprechen außerdem dafür, dass der Schulbildung der Jugendlichen für den Substanzkonsum weitaus größere Bedeutung zukommt als dem sozialen Status der Familie (Lampert 2008).

Bezüglich des Tabakkonsums sind nicht nur die Gesundheitsrisiken für die Raucher, sondern auch für die dem Rauch ausgesetzten Nichtraucher zu beachten. Prinzipiell führt Passivrauchen zu ähnlichen Gesundheitsschäden wie aktives Rauchen. Kinder und Jugendliche, die Tabakrauch ausgesetzt sind, leiden zudem häufiger an Mittelohrentzündungen, Infektionen der Atem-

wege und Asthma (Deutsches Krebsforschungszentrum 2005). Wie die Daten der KiGGS-Studie zeigen, halten sich mehr als 85 % der 11- bis 17-Jährigen, die selbst nicht rauchen, zumindest gelegentlich in Räumen auf, in denen geraucht wird. Etwa 40 % sind mindestens mehrmals in der Woche einer Passivrauchbelastung ausgesetzt, knapp 16 % sogar täglich, wobei sich kaum Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen feststellen lassen. Dabei zeigt sich ein deutlicher Statusgradient mit der stärksten Passivrauchbelastung in der niedrigen Statusgruppe. Auffallend ist, dass sich das Statusgefälle bereits bei den 11- bis 13-Jährigen, die insgesamt seltener passivrauchbelastet sind als die 14- bis 17-Jährigen, deutlich abzeichnet (Tabelle 5.10).

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung von Zuzahlungen und privaten Käufen von Gesundheitsleistungen wird aktuell darüber diskutiert, ob und inwieweit die bestehende gesundheitliche Ungleichheit durch eine unterschiedliche Inanspruchnahme des Gesundheitswesens verfestigt oder sogar noch verstärkt wird. Die bisher vorhandenen Studien liefern allerdings

Tabelle 5.10
Passivrauchbelastung (»mindestens mehrmals pro Woche«) bei Jugendlichen nach sozialem Status

	11- bis 13-Jährige		14- bis 17-Jährige		Gesamt	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	35,3 (30,6–40,3)	3,22 (2,24–4,63)	59,6 (54,1–64,9)	3,33 (2,34–4,74)	49,1 (45,3–52,9)	3,31 (2,58–4,26)
Mittlerer Sozialstatus	25,8 (21,9–30,1)	1,87 (1,28–2,73)	50,9 (47,0–54,8)	2,15 (1,62–2,84)	41,2 (38,3–44,3)	2,06 (1,65–2,56)
Hoher Sozialstatus	16,0 (12,4–20,5)	Ref.	34,8 (30,1–39,7)	Ref.	27,3 (24,1–30,7)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	44,7 (39,1–50,4)	3,66 (2,40–5,59)	58,7 (53,4–63,8)	3,22 (2,32–4,47)	53,1 (49,4–56,7)	3,41 (2,67–4,37)
Mittlerer Sozialstatus	30,0 (26,0–34,3)	1,86 (1,26–2,74)	50,6 (46,9–54,3)	2,17 (1,67–2,84)	42,4 (39,7–45,2)	2,06 (1,66–2,56)
Hoher Sozialstatus	18,8 (14,2–24,5)	Ref.	33,4 (28,5–38,5)	Ref.	27,8 (24,3–31,6)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

nur wenige Anhaltspunkte für starke soziale Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten (Janßen et al. 2006). Die KiGGS-Daten bestätigen den aus den Einschulungsuntersuchungen bekannten Befund einer geringeren Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder (U-Untersuchungen) in der niedrigen Statusgruppe. Die Informationen stammen aus der Elternbefragung, wobei die Eltern auf das gelbe U-Heft ihres Kindes zurückgreifen konnten, sofern sie dieses, wie vorab erbeten, mitgebracht hatten. Bei der U1 bis U7, die in den ersten beiden Lebensjahren durchgeführt werden, liegt die Inanspruchnahme der einzelnen Untersuchungen über 93%. Erst bei der U8 und U9, die im vierten und sechsten Lebensjahr stattfinden, geht sie merklich auf 89% bzw. 86% zurück. Eine vollständige Untersuchungsreihe, d. h. die Teilnahme an allen U-Untersuchungen, wird für 81% der Kinder berichtet (Kamtsiuris et al. 2007c). Trotz der insgesamt hohen Teilnahmeraten sind ab der U3 Unterschiede nach dem sozialen Status festzustellen, die sich im Laufe der Untersuchungsreihe weiter verstärken. An allen neun U-Untersuchungen haben 75% der Kinder aus der niedrigen, 85% derjenigen aus der mittleren und 86% derjenigen aus der hohen Statusgruppe teilgenommen. Bei Kontrolle für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion ist die Chance, an der gesamten Untersuchungsreihe teilzunehmen, bei Kindern aus der niedrigen im Vergleich zu denen aus der hohen Statusgruppe um den Faktor 1,5 verringert.

Mit den KiGGS-Daten lassen sich außerdem Aussagen über den Impfstatus der heranwachsenden Bevölkerung treffen. Die Grundlage dazu liefern die Impfausweise der Kinder, die bei der Untersuchung vorgelegt werden sollten. Im Durchschnitt liegen die Quoten der vollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie und Polio sowie der ersten Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln über 90%. Impflücken zeigen sich bei der empfohlenen zweiten Masern-, Mumps- und Rötelnimpfungen sowie der Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Bei den Jugendlichen lässt sich außerdem eine nicht ausreichende Umsetzung der Empfehlung zur Nachholung der Impfungen gegen Pertussis und Hepatitis B feststellen. Insgesamt finden sich bei Kindern und Jugend-

lichen aus Familien mit mittlerem Sozialstatus die höchsten Impfquoten. Insbesondere haben 2- bis 17-Jährige aus der mittleren Statusgruppe häufiger eine vollständige Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis im Vergleich zu Gleichaltrigen aus der niedrigen und hohen Statusgruppe.

Am Beispiel der Hepatitis B Immunisierung lässt sich zeigen, dass die prinzipielle Impfbereitschaft in Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger als bei Familien mit hohem Sozialstatus vorhanden ist, jedoch die komplette Impfserie von ihnen wesentlich seltener abgeschlossen wird. Aufschlussreich für Bemühungen um eine weitere Verbesserung der Teilnahme an Impfungen sind sicherlich auch die unterschiedlichen Gründe, die für eine Nichtinanspruchnahme von den Eltern genannt werden: Eltern mit niedrigem Sozialstatus nennen am häufigsten die Erkrankung des Kindes als Grund für die nicht in Anspruch genommene Impfung. Eltern mit hohem Sozialstatus geben hingegen häufiger Angst vor Nebenwirkungen und die Überzeugung an, dass es besser sei, wenn das Kind die Erkrankungen durchmache (Poethko-Müller et al. 2007; Poethko-Müller et al. 2009).

Eine Beurteilung von statusspezifischen Unterschieden in der ärztlichen Versorgung ist mit der Schwierigkeit verbunden, dass diesen der unterschiedliche Versorgungsbedarf gegenübergestellt werden muss, was auch mit den KiGGS-Daten nur sehr eingeschränkt möglich ist. Gezeigt werden kann, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mit 38% signifikant häufiger jemals operiert wurden als die Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe mit 34%. Festmachen lässt sich dies unter anderem an der Entfernung der Polypen und der Mandeln sowie bei Jungen auch an der Vorhautbeschneidung. Statusspezifische Unterschiede treten außerdem in der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte zutage. So haben die Heranwachsenden aus der niedrigen Statusgruppe in den letzten 12 Monaten häufiger einen Allgemeinmediziner konsultiert. Fachärzte werden hingegen häufiger von der hohen Statusgruppe aufgesucht. Das gilt insbesondere für Kinder-, Augen- und Hautärzte. Um die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen, wurden in einer weiterführenden Analyse

Kinder und Jugendliche mit einem schlechten oder sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand gesondert betrachtet. Dabei zeigte sich, dass in dieser Gruppe, bei der ein Versorgungsbedarf angenommen wurde, die Heranwachsenden aus Familien mit hohem Sozialstatus häufiger einem Arzt vorgestellt werden als diejenigen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (Kamtsiuris et al. 2007c).

Sonstige Themen

Um das Bild der statusspezifischen Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zu vervollständigen, werden abschließend Ergebnisse zu Themen referiert, die bislang noch nicht behandelt wurden. Dazu gehört das Stillen, das nachweislich einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Säuglings hat und vor zahlreichen Krankheiten schützt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt Müttern mindestens sechs Monate ausschließlich zu stillen. Diese Empfehlung wird nach den KiGGS-Daten von 31 % der Mütter aus der niedrigen Statusgruppe umgesetzt im Vergleich zu 37 % der Mütter aus der mittleren und 48 % der Mütter aus der hohen Statusgruppe. Dass sie gestillt haben, wenn auch nur kurzzeitig, gaben 67 % der Mütter mit niedrigem Sozialstatus an, während es in der mittleren und hohen Statusgruppe 80 % bzw. 91 % waren (Lange et al. 2007b).

Neben dem Stillen wurden in der KiGGS-Studie eine Reihe weiterer perinataler Einflussfaktoren untersucht, die nachhaltige Auswirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter haben können, unter anderem die Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft, das Geburtsgewicht des Kindes sowie der Tabak- und Alkoholkonsum der Mutter. Für die Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft konnte kein statusspezifischer Unterschied festgestellt werden. Das Geburtsgewicht des Kindes lag hingegen in Familien mit niedrigem Sozialstatus signifikant unter dem von Kindern aus den höheren Statusgruppen. Der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchten, war in der unteren Statusgruppe mit 31 % annähernd doppelt so hoch als in der mittleren Statusgruppe mit 16 % und fast

viermal so hoch als in der hohen Statusgruppe mit 8 %. Dass sie in der Schwangerschaft alkoholhaltige Getränke konsumiert haben, wurde hingegen von Frauen aus der hohen Statusgruppe mit 20 % deutlich häufiger angegeben als von Frauen aus der mittleren und niedrigen Statusgruppe mit 13 % bzw. 9 % (Bergmann et al. 2007).

Zu den zentralen Aspekten der Kinder- und Jugendgesundheit, die mit den KiGGS-Daten nicht umfassend betrachtet werden können, gehört die Mund- und Zahngesundheit. Von einer zahnärztlichen Untersuchung im Rahmen der KiGGS-Studie wurde unter anderem deshalb abgesehen, weil durch die fast zeitgleich durchgeführte Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie bevölkerungsrepräsentative Daten zu diesem Themenbereich bereitgestellt wurden (Institut der Deutschen Zahnärzte 2006). Bestandteil des Erhebungsprogramms von KiGGS war aber das Mundgesundheitsverhalten. Mit den verfügbaren Informationen lässt sich zeigen, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die sich nicht wenigstens zweimal am Tag die Zähne putzen, in der niedrigen Statusgruppe bei 39 % liegt, während er in der mittleren und hohen Statusgruppe 28 % bzw. 22 % beträgt. Außerdem ist der Anteil der Heranwachsenden, die seltener als einmal im Jahr zu den zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen gehen, in der unteren Statusgruppe mit 13 % mehr als doppelt so hoch als in der mittleren und hohen Statusgruppe mit jeweils 6 %. Bei der Anwendung von Kariesprophylaxemitteln, die bereits ab dem 6. Lebensmonat empfohlen wird, zeigen sich hingegen keine bedeutsamen statusspezifischen Unterschiede (Schenk, Knopf 2007).

Hinzuweisen ist außerdem auf die mit den KiGGS-Daten verbundene Möglichkeit einer umfassenden Betrachtung der motorischen Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen. Eingesetzt wurden spezifische Kurztests zur Erfassung von Kraft, Schnelligkeit, Koordination, Beweglichkeit und Ausdauer. Die Auswertungen zeigen tendenziell bessere Testergebnisse für die Heranwachsenden aus Familien mit hohem Sozialstatus. Ein signifikanter Unterschied war aber nur in Bezug auf die mit einem Fahrradergometer geprüfte Ausdauerleistung von 11- bis 17-jährigen Jugendlichen festzustellen (Starker et al. 2007; vgl. Ergebnisse des an die KiGGS-Studie angeschlossenen Motorikmoduls bei Bös et al. 2009). Eine Gesamtbe-

wertung wird allerdings erst möglich sein, wenn auch die Daten des an den KiGGS-Kernsurvey angeschlossenen Motorik-Moduls ausgewertet sind. Dies gilt gleichfalls für die körperlich-sportliche Aktivität der Heranwachsenden, da im Motorik-Modul zusätzliche Informationen, z. B. zu Art, Dauer und Intensität der Aktivität, erhoben wurden (Opper et al. 2007).

Ein im Zusammenhang mit dem hohen Anteil an körperlich-sportlich inaktiven Kindern und Jugendlichen rege diskutiertes Thema ist die zunehmend stärkere Nutzung von elektronischen Medien. Mit den KiGGS-Daten kann dazu unter anderem gezeigt werden, dass fast jeder dritte Jugendliche im Alter von 11- bis 17-Jahren, der aus Familien mit einem niedrigem sozialen Status stammt, drei Stunden und mehr am Tag vor dem Fernseher sitzt oder Videos schaut. Von den Jugendlichen aus der hohen Statusgruppe trifft dies nur auf jeden achten Jugendlichen zu. Außerdem lassen sich bei Jugendlichen aus der niedrigen Statusgruppe zweimal häufiger eine mehrstündige Nutzung des Mobiltelefons feststellen, bei Jungen zudem eine fast dreimal häufigere Nutzung von Spielkonsolen (Lampert et al. 2007b).

Die KiGGS-Daten geben darüber hinaus Auskunft über Gewalterfahrungen von Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren, wobei sowohl die Opfer- als auch die Täterperspektive beleuchtet wurde. Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe waren zu 12 % mindestens einmal im letzten Jahr Opfer von Gewalt im Vergleich zu 8 % der Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe. Noch größer fallen die statusspezifischen Unterschiede in Bezug auf die Ausübung von Gewalt mit 27 % gegenüber 15 % aus. Als Mittel zur Durchsetzung

von eigenen Interessen hält jeder dritte Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe Gewaltanwendung zumindest gelegentlich für gerechtfertigt. In der hohen Statusgruppe trifft dies hingegen nur auf jeden neunten Jugendlichen zu. Ganz ähnliche statusspezifische Unterschiede zeigen sich in Bezug auf die Bereitschaft, Gewalt in bestimmten Situationen anzuwenden, z. B. um auf eine Beleidigung zu reagieren oder zur Selbstbehauptung (Schlack, Hölling 2007).

Schließlich werden durch die KiGGS-Studie umfassende Informationen zu vorhandenen Ressourcen sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen verfügbar gemacht. Zur Erfassung von Ressourcen wurden Instrumente eingesetzt, die z. B. auf Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwirksamkeit und Optimismus, das Familienklima oder die den Heranwachsenden zuteil werdende soziale Unterstützung fokussieren. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird entlang der Dimensionen körperliches Wohlbefinden, emotionales Wohlbefinden, Selbstwert, Wohlbefinden in der Familie, Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige sowie schulisches Wohlbefinden gemessen. Die Analysen zum Einfluss des sozialen Status machen deutlich, dass Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren, die aus Familien mit niedrigem Sozialstatus kommen, über geringere personale, familiäre und soziale Ressourcen verfügen als die Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe (Erhart et al. 2007). Außerdem sprechen die bisherigen Ergebnisse dafür, dass sie im Durchschnitt eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen als Kinder und Jugendliche aus sozial besser gestellten Familien (Ravens-Sieberer et al. 2007).

6 Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund der Einkommens- und Erwerbssituation ihrer Eltern

Die sozioökonomische Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen ist weitgehend durch die finanzielle Situation des elterlichen Haushaltes sowie durch die Beteiligung und Stellung der Eltern in der Erwerbswelt geprägt. Zunehmende Armut und eine nach wie vor hohe Arbeitslosigkeit tragen häufig zu benachteiligten Lebensumständen bei, die auch in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zu sozialen Ungleichheiten und Polarisierungen führen können. Familiäre Krisensituationen wie finanzielle Schwierigkeiten oder Arbeitslosigkeit der Eltern gefährden für einen größer werdenden Teil von Kindern deren Wohlfahrt und stellen besondere Herausforderungen für die betroffenen Kinder dar.

Die in den vergangenen Jahren gestiegene Armut von Kindern ist ein Indiz dafür, dass es einem Teil der Familien unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen immer weniger gelingt, verlässliche und ökonomisch stabile Bedingungen für das Aufwachsen von Kindern bereitzustellen. Vor allem sind es Familien mit sehr jungen oder vielen Kindern, deren Einkommenssituation sich besonders prekär gestaltet. Häufige Ursache für die Einkommensknappheit sind Trennung oder Scheidung der Eltern oder Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile. So erhöht sich die Armutsrisikoquote von Familien auf etwa 80 %, wenn beide Eltern nicht erwerbstätig sind (Grabka, Krause 2005).

Die elterlichen finanziellen Ressourcen entscheiden wesentlich über die Teilhabemöglichkeiten von Kindern (z. B. im Wohn-, Betreuungs-, Bildungs-, Freizeit- und Konsumbereich) und somit auch über ihre Handlungs-, Lebens- und Gesundheitschancen. Ein Aufwachsen in Armut bedeutet für viele Kinder einen Ausschluss von sozialen und kulturellen Lebensbereichen und eine unmittelbare Beeinflussung des Sozialisationskontextes. Kinder aus ärmeren Haushalten machen die Erfahrungen, dass im Vergleich zu anderen Familien keine oder nur eingeschränkte Anschaffungen möglich sind, auf Urlaubsreisen verzichtet werden muss oder die Freizeitaktivitäten eingeschränkt werden müssen. Inwieweit Kinder solche und andere Zurücksetzungen verarbeiten, hängt stark von der Wahrnehmung

ihrer eigenen Statuslagen ab. In einer reichen Gesellschaft, in der bereits kleine Unterschiede im Auftreten, Kleidung und Habitus wichtig sind, können für Kinder, die sehr sensible Beobachter sind, bereits schon geringe Abweichungen zu Belastungen der Selbstdefinition oder zum Rückzug aus sozialen Bezügen führen (Hurrelmann 2000; Klocke, Lampert 2005; Hock et al. 2000). Nicht selten trägt die finanzielle Knappheit jedoch auch zu Belastungen der Elternteile und zu einer Verschlechterung des Familienklimas sowie des Erziehungsverhaltens bei. Fehlende soziale Kompetenzen aber auch mangelnde Unterstützung der Eltern können dann zu familiären Konflikten und restriktiven Erziehungsmethoden führen bzw. diese verstärken (Walper 1999). Armut von Kindern und Jugendlichen ist damit nicht nur mit materiellen Nachteilen verbunden, sondern auch mit emotionalen Belastungen, die je nach Temperament und Persönlichkeit des Kindes zu Entwicklungskrisen, Problemverhalten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können.

Neben den finanziellen Ressourcen der Familie kann auch die berufliche Situation der Eltern auf die gesundheitliche Situation der Kinder einen Einfluss ausüben. Vor dem Hintergrund einer starken Arbeitsorientierung in unserer Gesellschaft gilt die Einbindung und Positionierung im Berufsleben als einer der wichtigsten Bereiche der Integration und Teilhabe. Ob man am Arbeitsmarkt teilhat oder davon ausgeschlossen ist oder mit welchem Prestige bzw. Status die berufliche Tätigkeit verbunden ist, beeinflusst die Ausgestaltung aller anderen Lebensbereiche ganz wesentlich und wirkt vermittelt über die Eltern indirekt auch auf die kindliche Lebenswelt.

So führt der Verlust des Arbeitsplatzes meist nicht nur zu finanziellen Einschränkungen des Haushaltes, sondern kann – vor allem bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit der Eltern – für die gesamte Familie mit psychischen Belastungen einhergehen. Belastungen, die sich bei längerer Arbeitslosigkeit bei den Betroffenen häufig einstellen, wie z. B. Selbstzweifel, Frustrationen oder Einschränkung sozialer Kontakte, wirken in den familiären Kontext hinein. Vor diesem Hintergrund können Eltern ihren Kindern dann nicht

mehr oder nur sehr eingeschränkt ein Gefühl von Sicherheit und positiven Zukunftsperspektiven vermitteln sowie sozialen Rückhalt oder emotionale Unterstützung bieten.

Der berufliche Status der Eltern steht ebenso in engem Zusammenhang mit der finanziellen Situation des Haushaltes und kann sich somit – zumindest indirekt – auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen auswirken. Da in modernen Gesellschaften der Berufsstatus eng mit dem Ansehen, Prestige und den Machtpositionen einer Person verknüpft ist, kann eine niedrige oder hohe berufliche Stellung der Eltern darüber hinaus für die Kinder insbesondere in Bezug auf ihre Peer-Group einen starken Maßstab für das dortige Hierarchiegefüge darstellen und Auswirkungen auf ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstwirksamkeit haben. Ein niedriges Ansehen bzw. Berufsprestige der Eltern kann z. B. mit Diskriminierungen einhergehen. Ebenso kann ein niedriger Berufsstatus im alltäglichen Berufsalltag durch erhöhte Arbeitsplatzunsicherheit und belastende körperliche und/oder psychische Arbeitsbedingungen gekennzeichnet sein, die zu eher nachteiligen Lebensumständen und Gesundheitsverhalten der Betroffenen beitragen, die dann indirekt auch einen negativen Einfluss auf die alltäglichen Lebensbereiche und die gesundheitliche Situation der Kinder hat.

Eine vertiefende Analyse dieser einzelnen sozioökonomischen Einflussfaktoren, die im Zusammenspiel mit der Bildung der Eltern die soziale Herkunft der Kinder bestimmen, soll im Folgenden die eher allgemeinen Befunde in Kapitel 5 zum Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit der Heranwachsenden ergänzen.

Methodische Vorbemerkungen

Um in den nachfolgenden Analysen die finanzielle Situation der Haushalte beschreiben zu können, wird das so genannte Netto-Äquivalenzeinkommen betrachtet, d. h. das nach der Anzahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen. Entsprechend einer auf EU-Ebene erzielten Konvention wird für die Bedarfsgewichtung die neue OECD-Skala zugrunde gelegt (BMGS 2005). Damit wird davon ausgegangen, dass jede weitere Person im Haus-

halt, die älter als 16 Jahre ist, ein Einkommensbedarf vom 0,5-fachen des Haushaltsvorstandes hat. Bei Personen im Alter bis einschließlich 15 Jahre wird ein Bedarfsgewicht von 0,3 angesetzt. Auf Basis der resultierenden Einkommensverteilung werden drei Gruppen gebildet: Die ärmsten 20%, die mittleren 60% und die reichsten 20% der Haushalte. Schwerpunktmäßig werden in den Auswertungen die Kinder im unteren Einkommensquintil (»niedriges Einkommen«) im Vergleich zu den Kindern im obersten Einkommensquintil (»hohes Einkommen«) betrachtet. Um zu beurteilen, ob ein gradueller Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit der Kinder vorliegt, wird zum Teil auch der »mittlere Einkommensbereich« berücksichtigt.

Bei der Erfassung des Berufsstatus der Eltern wurde vom Haushalt als Untersuchungseinheit ausgegangen und der Index der Autonomie des beruflichen Handelns nach Hoffmeyer-Zlotnik (2003) zugrunde gelegt. Dabei handelt es sich um ein Maß, das die beruflichen Stellungen in eine Rangfolge nach den Handlungs- und Entscheidungsbefugnissen bringt. Ein »niedriger Berufsstatus« ist demnach für un- und angelernte Arbeiter kennzeichnend, während gelernten und Facharbeitern, Angestellten mit einfacher Tätigkeit, Beamten im einfachen Dienst sowie selbstständigen Landwirten ein »einfacher Berufsstatus« zugewiesen wird. Von einem »mittleren Berufsstatus« wird vor allem im Zusammenhang mit Vorarbeitern und Kolonnenführern, Angestellten mit qualifizierter Tätigkeit und Beamten im mittleren Dienst gesprochen. In der Gruppe mit »gehobenen Berufsstatus« finden sich unter anderem Industrie- und Werkmeister, Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit, Beamte im gehobenen Dienst, Personen in akademisch freien Berufen sowie Selbstständige mit bis zu neun Mitarbeitern. Die höchste Handlungsautonomie haben Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben, Beamte im höheren Dienst sowie Selbstständige mit 10 und mehr Mitarbeitern (»hoher Berufsstatus«). Für die Auswertung werden die beiden am besten gestellten Statusgruppen zusammengefasst, da die höchste Gruppe relativ schwach besetzt ist.

Auch der Erwerbsstatus der Eltern wurde als Haushaltskonzept umgesetzt. Als Erwerbslosenhaushalte gelten diejenigen, in denen beide Partner bzw. das allein erziehende Elternteil entwe-

der erwerbslos, arbeitslos oder freigestellt sind. Verglichen werden diese mit den Haushalten von Erwerbstätigen. Zu diesen werden alle Haushalte gezählt, in denen mindestens ein Elternteil zeitbeschäftigt ist.

Gesundheit und Einkommenslagen

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys verdeutlichen, dass die Einkommenssituation des Haushaltes für viele Bereiche einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder hat. Dies zeigt sich bereits bei der Elterneinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen. Während etwa die Hälfte der Eltern in der höchsten Einkommensgruppe die Gesundheit ihrer 3- bis 10-jährigen Kinder als »sehr gut« beurteilten, trifft dies in der untersten Einkommensgruppe auf lediglich knapp ein Drittel der Eltern zu. Bei den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen zeigen sich ähnlich ausgeprägte Unterschiede, wenngleich die Gesundheit mit zunehmendem Alter insgesamt etwas schlechter eingeschätzt wird. Generell gilt, dass die Einschätzung von Eltern der mittleren Einkommensgruppe jeweils zwischen den Extremen liegt (Abbildung 6.1).

Eine multivariate Betrachtung unter Berücksichtigung des Alters, der Wohnregion, des Migrationshintergrundes sowie des Erwerbsstatus und der beruflichen Stellung der Eltern zeigt: Bei den 3- bis 10-jährigen sind Kinder aus Haushalten mit mittlerem und niedrigem Einkommen gegenüber denjenigen mit hohem Einkommen signifikant schlechter gestellt. Für 11- bis 17-Jährige zeichnet sich dieser Zusammenhang bei Jungen nur noch für die niedrige Einkommensgruppe, bei Mädchen nur noch für die mittlere Einkommensgruppe ab (Tabelle 6.1). Für den Berufsstatus wird ebenfalls ein negativer Einfluss der unteren Kategorien ermittelt. Dieser wirkt jedoch vor allem bei Jugendlichen und bei jungen Mädchen; Bei Jungen zwischen 3 und 10 Jahren weisen nur diejenigen aus der mittleren Kategorie eine gegenüber Haushalten mit hohem Berufsstatus signifikant verschlechterte allgemeine Gesundheit aus.

Das bedeutet, dass vor allem für Mädchen neben der finanziellen Lage innerhalb des Haushalts auch Belastungsstrukturen im elterlichen

Berufsleben eine Auswirkung auf die Gesundheit haben. Zwar gehört die Berufswelt der Eltern nicht zum unmittelbaren Alltagskontext der Kinder und Jugendlichen, aber es scheint, dass die dortigen Probleme auch auf die Familie belastend wirken. Für die Arbeitslosigkeit können unter gleichzeitiger Berücksichtigung der eben diskutierten Merkmale keine Auswirkungen festgestellt werden; etwaige Unterschiede zwischen Kindern aus Arbeitslosenhaushalten und den anderen scheinen damit vor allem auf die schlechtere Einkommenssituation zurückzuführen zu sein.

Eine besonders wichtige Rolle scheint die Einkommenssituation im Elternhaus hinsichtlich des Auftretens von psychischen und Verhaltensproblemen zu spielen. Es gilt: Je niedriger das Einkommen, desto häufiger wird von den Eltern über psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen berichtet. Auffällig sind zum einen die geschlechtsspezifischen Unterschiede, da Jungen generell häufiger von ihren Eltern als psychisch auffällig eingeschätzt werden. Zum Anderen fallen die besonders hohen Prävalenzen der jüngeren Jungen in den einkommensniedrigen Haushalten auf (Abbildung 6.2). Weitere altersdifferenzierte Betrachtungen weisen auf eine besonders sensible Entwicklungsphase im Grundschulalter hin: Immerhin 20% der 7- bis 10-jährigen Jungen in der niedrigsten Einkommensgruppe werden von ihren Eltern als psychisch auffällig eingeschätzt.

Die multivariate Betrachtung zeigt, dass bei den 3- bis 10-jährigen sowohl ein niedriges Einkommen als auch ein niedriger Berufsstatus mit einem erhöhten Auftreten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten verbunden sind. Bei den Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren spielt lediglich ein niedriges Einkommen, bei den Mädchen gleichen Alters ein niedriger Berufsstatus eine Rolle. Bei den Mädchen zeigt sich darüber hinaus ein Einfluss der Nichterwerbstätigkeit der Eltern (Tabelle 6.2).

Für den Verdacht auf Essstörungen kann mit den KiGGS-Daten ebenfalls ein enger Zusammenhang zu der familiären Einkommenssituation belegt werden (Abbildung 6.3). Insgesamt nehmen die Hinweise auf Essstörungen bei Mädchen während der Pubertät zu, bei Jungen dagegen ab. Bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen werden 40% in den einkommensschwächsten und 25% in

Abbildung 6 1
Allgemeiner Gesundheitszustand (»sehr gut«) von Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen

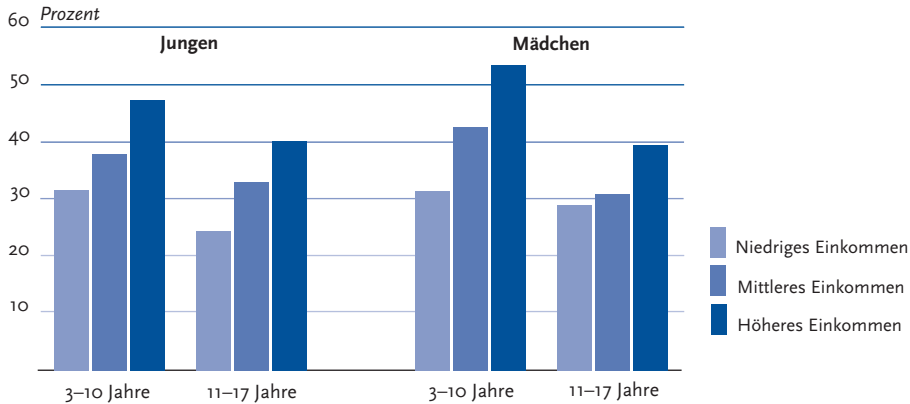


Tabelle 6 1
Allgemeiner Gesundheitszustand (»sehr gut«) von Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen, Berufsstatus und Erwerbsstatus der Eltern

	3- bis 10-jährige		11- bis 17-jährige		Gesamt	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Äquivalenzeinkommen						
Niedrig	0,62 (0,47–0,83)	0,53 (0,39–0,72)	0,66 (0,46–0,94)	0,73 (0,51–1,03)	0,65 (0,51–0,82)	0,61 (0,49–0,77)
Mittel	0,77 (0,63–0,95)	0,78 (0,62–0,97)	0,83 (0,66–1,04)	0,76 (0,60–0,98)	0,80 (0,68–0,93)	0,77 (0,65–0,91)
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Berufsstatus der Eltern						
Niedrig	0,98 (0,72–1,33)	0,62 (0,43–0,88)	0,52 (0,34–0,79)	0,61 (0,39–0,94)	0,74 (0,58–0,95)	0,62 (0,47–0,82)
Einfach	0,86 (0,71–1,05)	0,66 (0,52–0,84)	0,68 (0,54–0,84)	0,82 (0,63–1,07)	0,77 (0,66–0,89)	0,74 (0,61–0,88)
Mittel	0,82 (0,68–0,98)	0,79 (0,64–0,99)	0,66 (0,53–0,81)	0,75 (0,60–0,95)	0,73 (0,64–0,85)	0,78 (0,66–0,92)
Gehoben/hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Erwerbsstatus der Eltern						
Erwerbslos	1,20 (0,87–1,67)	0,74 (0,50–1,09)	0,85 (0,58–1,25)	1,07 (0,70–1,63)	1,03 (0,81–1,32)	0,89 (0,67–1,19)
Erwerbstätig	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

Abbildung 6 2
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen

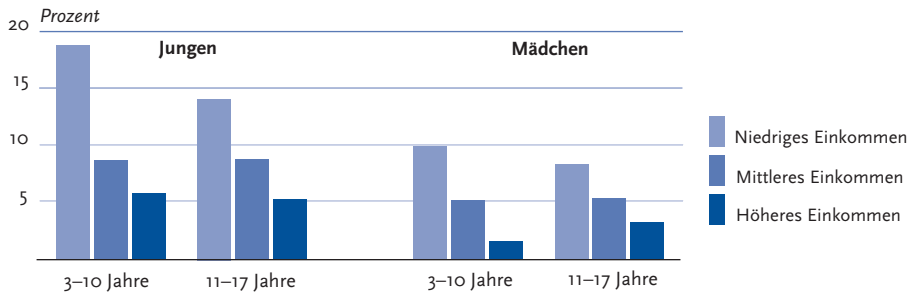


Tabelle 6 2
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen, Berufsstatus und Erwerbsstatus der Eltern

	3- bis 10-jährige		11- bis 17-jährige		Gesamt	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Äquivalenzeinkommen						
Niedrig	2,55 (1,41–4,59)	3,17 (1,20–8,37)	2,03 (1,09–3,76)	1,65 (0,59–4,63)	2,33 (1,57–3,46)	2,14 (1,04–4,40)
Mittel	1,33 (0,85–2,08)	2,63 (1,04–6,65)	1,46 (0,92–2,29)	1,51 (0,74–3,10)	1,38 (1,02–1,86)	1,87 (1,04–3,39)
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Berufsstatus der Eltern						
Niedrig	2,37 (1,26–4,46)	3,96 (1,76–8,90)	1,32 (0,70–2,46)	2,28 (1,05–4,94)	1,81 (1,22–2,69)	3,03 (1,78–5,15)
Einfach	2,08 (1,37–3,14)	2,98 (1,65–5,38)	1,42 (0,90–2,24)	1,52 (0,84–2,76)	1,76 (1,34–2,33)	2,17 (1,43–3,30)
Mittel	1,21 (0,82–1,79)	1,27 (0,68–2,39)	0,78 (0,50–1,21)	1,14 (0,63–2,06)	0,98 (0,75–1,29)	1,22 (0,81–1,83)
Gehoben/hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Erwerbsstatus der Eltern						
Erwerbslos	1,50 (0,96–2,35)	1,40 (0,78–2,49)	1,27 (0,72–2,25)	2,19 (1,08–4,45)	1,31 (0,95–1,82)	1,79 (1,15–2,77)
Erwerbstätig	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

den einkommensstärksten Haushalten bezüglich ihres Essverhaltens als auffällig eingestuft; bei den gleichaltrigen Jungen liegen die entsprechenden Prävalenzen lediglich bei 19 % bzw. 8 %.

Für die Entstehung von Essstörungen wird in der Regel eine Vielzahl von gesellschaftlichen, peer-bezogenen aber auch familiären Risikofaktoren benannt. Die multivariaten Analysen zeigen, dass

bei den hier betrachteten sozioökonomischen Einflussfaktoren die Essstörungen der Jugendlichen nicht nur mit der finanziellen Lage im Elternhaus korrelieren, sondern darüber hinaus der elterliche Berufsstatus eine wichtige Rolle spielt (Tabelle 6.3). Bei gemeinsamer Betrachtung der Variablen ist das Risiko für eine auffällige Essstörung beispielsweise bei den 11- bis 13-jährigen Mädchen, deren Eltern

Abbildung 6 3
Verdacht auf Essstörungen bei Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen

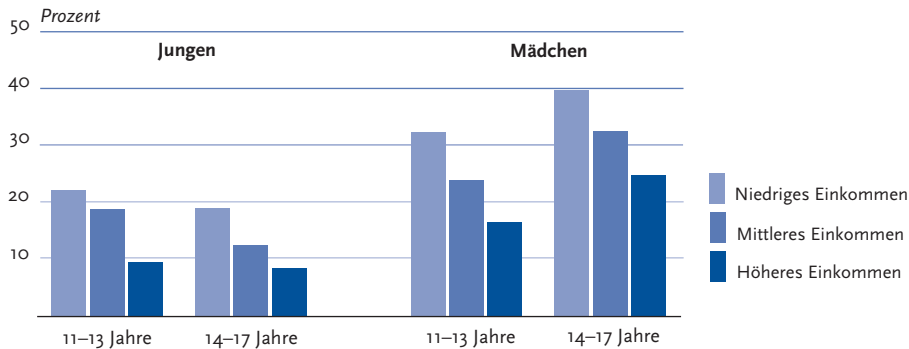


Tabelle 6 3
Verdacht auf Essstörungen bei Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen, Berufsstatus und Erwerbsstatus der Eltern

	11- bis 13-Jährige		14- bis 17-Jährige		Gesamt	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Äquivalenzeinkommen						
Niedrig	1,83 (0,91–3,68)	2,03 (1,13–3,63)	1,34 (0,65–2,78)	1,55 (1,04–2,32)	1,57 (0,96–2,58)	1,75 (1,27–2,40)
Mittel	1,84 (1,07–3,17)	1,37 (0,84–2,24)	1,38 (0,83–2,28)	1,34 (0,99–1,80)	1,57 (1,08–2,27)	1,38 (1,08–1,77)
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Berufsstatus der Eltern						
Niedrig	1,79 (0,85–3,76)	1,80 (1,01–3,22)	1,64 (0,80–3,37)	1,49 (0,94–2,36)	1,73 (1,06–2,83)	1,57 (1,09–2,26)
Einfach	1,18 (0,68–2,03)	1,26 (0,79–1,99)	1,12 (0,67–1,88)	1,18 (0,81–1,70)	1,15 (0,80–1,65)	1,19 (0,89–1,59)
Mittel	1,13 (0,70–1,83)	1,23 (0,83–1,83)	0,97 (0,62–1,50)	1,00 (0,72–1,40)	1,07 (0,77–1,48)	1,07 (0,83–1,38)
Gehoben/hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Erwerbsstatus der Eltern						
Erwerbslos	0,62 (0,32–1,23)	0,91 (0,45–1,86)	2,30 (1,25–4,23)	0,76 (0,43–1,34)	1,35 (0,85–2,13)	0,83 (0,53–1,29)
Erwerbstätig	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie

einen niedrigen Berufsstatus haben, 1,8-mal so hoch wie bei gleichaltrigen Mädchen, deren Eltern einen hohen Berufsstatus aufweisen. Die Integration in den Arbeitsmarkt hat hingegen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Faktoren keinen signifikanten Einfluss auf das Vorkommen einer als auffällig einzuschätzenden Essstörung.

Auch für die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas gilt, dass die Quote der Betroffenen umso höher liegt, je geringer das familiäre Einkommen ist, wobei Übergewicht und Adipositas mit dem Alter der Kinder in allen Einkommensgruppen zunimmt (Abbildung 6.4). Insgesamt finden sich im untersten Ein-

Abbildung 6 4
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen

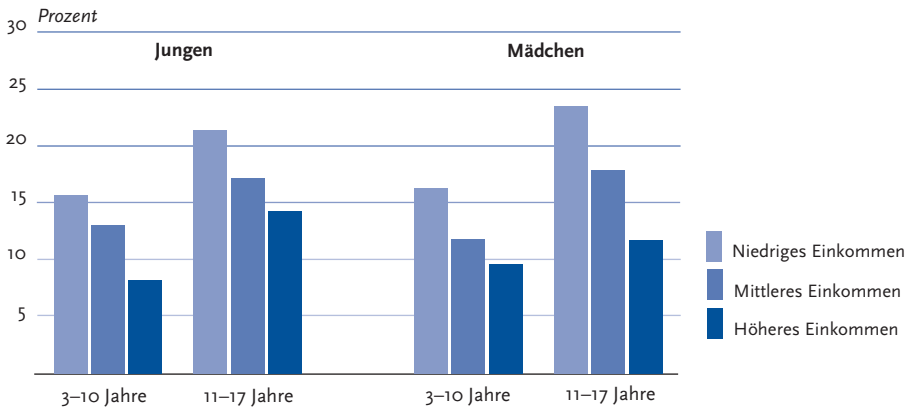


Tabelle 6 4
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen, Berufsstatus und Erwerbsstatus der Eltern

	3- bis 10-jährige		11- bis 17-jährige		Gesamt	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Äquivalenzeinkommen						
Niedrig	1,26 (0,77–2,07)	1,19 (0,78–1,80)	1,16 (0,79–1,71)	1,78 (1,16–2,74)	1,20 (0,87–1,66)	1,46 (1,08–1,98)
Mittel	1,55 (1,07–2,25)	0,98 (0,71–1,37)	1,05 (0,77–1,42)	1,47 (1,04–2,08)	1,22 (0,98–1,53)	1,22 (0,96–1,54)
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Berufsstatus der Eltern						
Niedrig	1,30 (0,84–2,01)	1,45 (0,82–2,55)	1,31 (0,84–2,05)	1,99 (1,20–3,28)	1,29 (0,93–1,78)	1,79 (1,26–2,55)
Einfach	1,20 (0,85–1,69)	1,78 (1,21–2,61)	1,23 (0,90–1,68)	1,53 (1,09–2,17)	1,22 (0,98–1,53)	1,64 (1,26–2,12)
Mittel	0,87 (0,63–1,21)	1,26 (0,88–1,80)	1,07 (0,80–1,42)	1,06 (0,78–1,43)	0,99 (0,80–1,22)	1,15 (0,91–1,45)
Gehoben/hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Erwerbsstatus der Eltern						
Erwerbslos	1,53 (0,94–2,49)	0,77 (0,46–1,31)	1,22 (0,82–1,82)	1,04 (0,62–1,74)	1,32 (0,97–1,81)	0,95 (0,65–1,37)
Erwerbstätig	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

kommensquintil 19 % bzw. 20 % übergewichtige 3- bis 17-jährige Jungen und Mädchen, im obersten sind es nur jeweils 11 %.

Der Einfluss des Einkommens und des Berufsstatus stellt sich in den betrachteten Gruppen – vor allem bei den 3- bis 10-jährigen Kindern

– als sehr heterogen dar (Tabelle 6.4). Bei Jungen erweist sich eine mittlere Einkommenslage und bei Mädchen ein einfacher Berufsstatus der Eltern als Risikofaktor für Übergewicht, während sich in den benachteiligten Einkommens- und Berufsstatusgruppen kein verstärktes Auftreten

Abbildung 6 5
Sportliche Inaktivität von Kindern und körperlich-sportliche Inaktivität von Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen

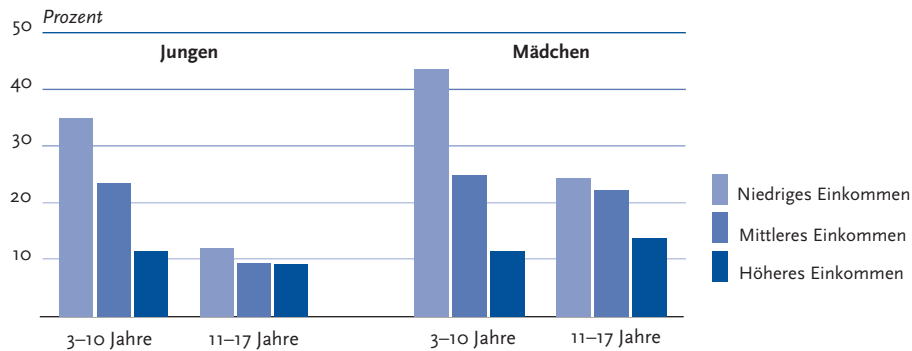


Tabelle 6 5
Sportliche Inaktivität von Kindern und körperlich-sportliche Inaktivität von Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen, Berufsstatus und Erwerbsstatus der Eltern

	3- bis 10-jährige		11- bis 17-jährige		Gesamt	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Äquivalenzeinkommen						
Niedrig	2,17 (1,48–3,17)	1,97 (1,31–2,96)	1,43 (0,77–2,65)	1,02 (0,70–1,47)	1,81 (1,30–2,50)	1,48 (1,14–1,91)
Mittel	1,82 (1,39–2,39)	1,57 (1,12–2,19)	1,06 (0,72–1,56)	1,46 (1,09–1,96)	1,50 (1,20–1,87)	1,52 (1,23–1,88)
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Berufsstatus der Eltern						
Niedrig	1,71 (1,14–2,56)	3,35 (2,28–4,93)	1,02 (0,54–1,94)	1,64 (1,06–2,56)	1,40 (1,03–1,91)	2,23 (1,71–2,93)
Einfach	1,55 (1,17–2,06)	1,93 (1,44–2,59)	0,94 (0,61–1,46)	1,48 (1,08–2,04)	1,27 (1,01–1,60)	1,68 (1,37–2,05)
Mittel	1,03 (0,80–1,33)	1,72 (1,31–2,25)	1,09 (0,74–1,61)	1,02 (0,78–1,33)	1,05 (0,84–1,30)	1,33 (1,11–1,60)
Gehoben/hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Erwerbsstatus der Eltern						
Erwerbslos	1,46 (0,93–2,29)	2,17 (1,46–3,23)	1,11 (0,59–2,06)	1,72 (1,13–2,61)	1,31 (0,94–1,82)	1,76 (1,32–2,35)
Erwerbstätig	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie

feststellen lässt. Im Jugendalter sind nur bei Mädchen bedeutsame Unterschiede zu beobachten, und zwar zu Ungunsten derjenigen aus der niedrigen und mittleren Einkommensgruppe und derjenigen aus der niedrigen und einfachen Berufsstatusgruppe.

Die KiGGS-Ergebnisse verdeutlichen darüber hinaus, dass das familiäre Einkommen einen starken Einfluss auf die sportliche Aktivität von Kindern hat. Der Anteil der Jungen und Mädchen, die seltener als einmal in der Woche Sport treiben, ist bei den einkommensärmsten Haushalten

mit 35 % bzw. 44 % am höchsten; in den Haushalten mit hohem Einkommen trifft dies hingegen nur auf jeweils 12 % der 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen zu (Abbildung 6.5). Eine weiterführende Betrachtung zeigt, dass diese Unterschiede vor allem beim Vereinssport zutage treten: Nur etwa 20 % der 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen aus der niedrigsten Einkommensgruppe sind in einem Sportverein aktiv im Vergleich zu 50 % in der höchsten Einkommensgruppe. Bei den Jugendlichen spielt die Einkommenssituation hinsichtlich der körperlich-sportlichen Aktivität eine weitaus geringere Rolle. Bei Jungen lassen sich hinsichtlich des Anteils derer, die sich weniger als einmal pro Woche körperlich oder sportlich betätigen, keinerlei Unterschiede feststellen. Bei Mädchen ist dieser Anteil in der niedrigsten Einkommensgruppe etwa doppelt so hoch wie in der höchsten Einkommensgruppe.

Die multivariaten Analysen zeigen auf, dass bei den 3- bis 10-Jährigen ausgeprägte Zusammenhänge sowohl zum Einkommen als auch zum Berufsstatus bestehen (Tabelle 6.5). Jungen und Mädchen aus den niedrigen Einkommens- und Berufsstatusgruppen haben ein weitaus höheres Risiko, sportlich selten aktiv zu sein. Die Nichterwerbstätigkeit der Eltern schlägt sich nur bei Mädchen in der sportlichen Aktivität nieder. In der Gruppe der 11- bis 17-Jährigen lassen sich signifikante Zusammenhänge zum Berufs- und Erwerbsstatus feststellen, allerdings erneut nur bei Mädchen.

In Bezug auf die Passivrauchbelastung zeigen die KiGGS-Daten, dass in allen Altersgruppen Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Haushalten signifikant häufiger Zigarettenrauch in den Wohnräumen ausgesetzt sind als Gleichaltrige in Haushalten mit einem höheren Einkommen (Abbildung 6.6). Darüber hinaus zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter der Kinder die Rauchbelastung in der Wohnung steigt. Diesbezüglich ist zu betonen, dass die höhere Belastung der Jugendlichen durch Rauchen in der Wohnung nicht auf deren eigenes Rauchverhalten zurückzuführen ist. Nur 0,7 % der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen, deren Eltern Nichtraucher sind, sind nach der elterlichen Einschätzung Zigarettenrauch in der Wohnung ausgesetzt. Die Ergebnisse sprechen vielmehr dafür, dass in Haushalten mit jüngeren Kindern – unabhängig der Einkommenssituation – anscheinend mehr Rücksicht auf die Gesundheit der Kinder genommen wird.

Auch bei Berücksichtigung weiterer relevanter Variablen wie Alter, Wohnregion, Migrationshintergrund, Erwerbsstatus und berufliche Stellung der Eltern ist das Risiko einer Rauchbelastung in den Wohnräumen von Kindern und Jugendlichen in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe deutlich erhöht. Noch deutlichere Unterschiede lassen sich am Berufsstatus der Eltern festmachen. Innerhalb der Gruppe der 0- bis 2-Jährigen haben Kinder aus Haushalten mit niedrigem Berufsstatus ein vierfach erhöhtes Risiko einer Passivrauchbelastung in der Woh-

Abbildung 6 6
Passivrauchbelastung (>in der Wohnung<) von Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen

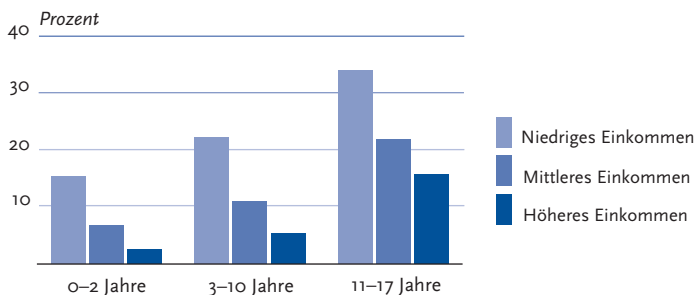


Tabelle 6 6

Passivrauchbelastung (>>in der Wohnung<<) von Kindern und Jugendlichen nach Äquivalenzeinkommen, Berufsstatus und Erwerbsstatus der Eltern

	0- bis 2-jährige	3- bis 10-jährige	11- bis 17-jährige	Gesamt
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Äquivalenzeinkommen				
Niedrig	3,08 (1,07–8,88)	2,41 (1,64–3,55)	1,78 (1,32–2,39)	2,00 (1,54–2,60)
Mittel	1,92 (0,84–4,38)	1,61 (1,17–2,21)	1,25 (1,00–1,56)	1,36 (1,12–1,65)
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Berufsstatus der Eltern				
Niedrig	4,11 (2,07–8,15)	3,05 (2,14–4,33)	2,91 (2,16–3,92)	3,05 (2,43–3,83)
Einfach	2,91 (1,64–5,17)	2,29 (1,79–2,92)	1,69 (1,36–2,10)	2,00 (1,71–2,35)
Mittel	1,18 (0,64–2,19)	1,05 (0,82–1,34)	1,12 (0,91–1,38)	1,11 (0,95–1,30)
Gehoben/hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Erwerbsstatus der Eltern				
Erwerbslos	1,37 (0,73–2,56)	1,76 (1,28–2,41)	1,40 (1,02–1,92)	1,52 (1,21–1,92)
Erwerbstätig	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

nung. Im höheren Alter ist das Risiko um das Dreifache erhöht (Tabelle 6.6).

Fazit

Die KiGGS-Daten verdeutlichen, dass ein niedriges Einkommen mit geringeren Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter einhergeht. Sehr deutlich zeigt sich dies in Bezug auf das Auftreten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten sowie Essstörungen. Auch in der körperlich-sportlichen Aktivität und der Passivrauchbelastung zeichnen sich markante Einkommensunterschiede ab. In den meisten Bereichen ist der Zusammenhang zwischen der Einkommenssituation und den Gesundheitschancen im Kindesalter stärker ausgeprägt als im Jugendalter. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass der Berufsstatus der Eltern einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausübt, und zwar auch wenn der Einkommenseffekt statistisch kontrolliert wird. Der Erwerbsstatus

der Eltern hingegen ist von nachgeordneter Bedeutung. Ein von den beiden anderen Merkmalen unabhängiger Effekt lässt sich nur vereinzelt beobachten, z. B. in der Passivrauchbelastung oder für 3- bis 10-jährige Mädchen auch bei der sportlichen Aktivität. Dass die Erwerbslosigkeit der Eltern keinen stärkeren Einfluss auf die Gesundheitschancen der Heranwachsenden hat, könnte auch mit der zeitpunktbezogenen Messung dieses Konstrukts zusammenhängen. In der KiGGS-Studie stehen keine Informationen darüber zur Verfügung, wie lange die Eltern bereits erwerbslos sind. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass insbesondere eine längerfristige Erwerbslosigkeit der Eltern mit Auswirkungen auf die soziale wie gesundheitliche Entwicklung der Heranwachsenden verbunden ist. Ähnlich lässt sich auch in Bezug auf eine Armutslage argumentieren, so dass die aufgezeigten Einkommensunterschiede in der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen möglicherweise noch stärker hervortreten, wenn dauerhafte Armutserfahrungen betrachtet werden könnten.

7 Bildungsbeteiligung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Eine frühe Förderung sowie eine gute schulische und berufliche Ausbildung sind wesentliche Voraussetzungen dafür, dass sich Kinder und Jugendliche eine eigene Lebensperspektive erschließen und später einen ihren Fähigkeiten und Interessen entsprechenden Platz in der Gesellschaft einnehmen. Neben den Bildungsinstitutionen kommt insbesondere der Familie entscheidende Bedeutung für die Sozialisation und Bildung der Heranwachsenden zu. In der Familie werden nicht nur die Bereitschaft und die Fähigkeit zu lebenslangem Lernen angelegt, ebenso werden Einstellungen, Werthaltungen und Überzeugung vermittelt, die auch für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von grundlegender Bedeutung sind. Die Bildungsressourcen der Eltern können sich dabei z. B. über den elterlichen Erziehungsstil, das Familienklima und die Vorbildfunktion der Eltern auswirken. Ebenfalls eng an den elterlichen Bildungshintergrund sind die Entscheidungen über die Bildungswege der Kinder gekoppelt.

Die Bildungsexpansion hat zwar über alle sozialen Lagen hinweg zu einer höheren Bildungsbeteiligung geführt, die sozialen Disparitäten im deutschen Bildungssystem haben jedoch die Reformen überdauert. Bereits zum Zeitpunkt der Einschulung verfügen Kinder aus bildungsnahen Elternhäusern im Durchschnitt über einen erheblichen Wissensvorsprung, der sich während der weiteren Schulzeit häufig noch verstärkt (Prenzel et al. 2007). Daneben zeigen sich Herkunftseffekte bezüglich der Bildungsentscheidungen, die Familien während der Schullaufbahn treffen, z. B. in Bezug auf die Wahl einer weiterführenden Schule und die Leistungsbeurteilung durch die Lehrkräfte (Bos et al. 2007).

Die Schule ist nicht nur eine Institution der Wissens- und Kompetenzvermittlung, sie ist auch sozialer Lebensraum und neben der Familie die wohl wichtigste Sozialisationsinstanz von Kindern und Jugendlichen. Als Ort des informellen Bildungsgeschehens und durch die Kommunikation mit Mitschülern, Freunden und Lehrern nimmt die Schule einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit des Einzelnen. Durch die Ausdehnung der Schulzeit auf die Lebens- und Alltagszeit von Kindern und Jugendlichen umfasst sie einen zunehmend größeren

Anteil der Biografie und bestimmt den Alltag der Kinder und Jugendlichen maßgeblich. Schule ist dabei ein wichtiger Ort des Zusammentreffens von Gleichaltrigen. Die Verhaltensnormen bzw. die Verhaltensgewohnheiten der entstehenden »Peers« sind prägend und können problematische Verhaltensweisen auffangen oder verstärken.

Eine gelungene Sozialisation in der Schule kann zu einem Ausgleich der Lebens- und Gesundheitschancen beitragen und familiäre Defizite kompensieren, wenn die Heranwachsenden dazu befähigt werden, sich eine eigene Lebensperspektive zu erschließen. Positive Beziehungen zu Lehrern und Mitschülern können dabei als wichtige Unterstützungsressourcen gesehen werden. Die Schule kann ein anregender Bestandteil des Alltags von Jugendlichen sein, der wichtige Erfahrungsräume eröffnet und die persönliche Selbstentfaltung fördert. Andererseits können ein hoher Leistungsdruck, ein schlechtes Klassenklima sowie Konflikte mit Lehrern und Mitschülern zu Belastungen führen, die auch im Hinblick auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Heranwachsenden zu beachten sind (Joos 2001; Hurrelmann 2005).

Im Folgenden wird zunächst die Bedeutung der elterlichen Bildung für die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen betrachtet. Eine entscheidende Frage ist dabei, ob die elterliche Bildung auch unabhängig von den Einkommensverhältnissen einen Einfluss auf die Gesundheitschancen hat oder ob über beide Indikatoren dasselbe abgebildet wird. In Bezug auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren wird anschließend der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Gesundheitschancen der Heranwachsenden nach der von ihnen besuchten Schulform unterscheiden. Aufgrund des vielfach belegten Zusammenhangs zwischen der sozialen Herkunft und den Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen, werden diese Betrachtungen für die verschiedenen Statusgruppen getrennt angestellt. Auf diese Weise soll unter anderem geprüft werden, ob Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, die ein Gymnasium besuchen, bessere Gesundheitschancen haben, als diejenigen, die auf eine Hauptschule gehen.

Methodische Vorbemerkungen

Um den Bildungshintergrund der Kinder erfassen zu können, wird zwischen »bildungsfernen« Haushalten, in denen beide Eltern höchstens einen Hauptschulabschluss besitzen, und »bildungsnahen« Haushalten, in denen beide Eltern mindestens die Fachhochschulreife erlangt haben, unterschieden. Die mittlere Bildungsgruppe schließt alle anderen Kombinationen von Bildungsabschlüssen der Eltern ein. Lag in Partnerhaushalten für ein Elternteil keine verwertbare Information vor, so wurde der Haushalt entsprechend der gültigen Information des anderen Elternteils eingestuft. Bei allein Erziehenden wurde nur der Bildungsgrad des erziehenden Elternteils berücksichtigt.

Im Hinblick auf die von den Heranwachsenden besuchte Schulform wurden nur weiterführende Schulen betrachtet und die Analyse auf Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren begrenzt. In diesem Zusammenhang ist auf einige Besonderheiten und Probleme eines Schulformenvergleichs aufmerksam zu machen. Bedingt durch die bildungspolitische Kultushoheit der Bundesländer herrscht in Deutschland bezüglich der Struktur und Organisation des Schulsystems eine große Heterogenität vor. Die unterschiedlichen Vorstellungen und Umsetzungen der Schullaufbahnangebote zwischen den Ländern erschweren einen Schulformenvergleich und bedeuten für die empirischen Analysen einige Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. So steht z. B. der allgemein üblichen vierjährigen Grundschulzeit eine sechsjährige Grundschulzeit in Berlin und Brandenburg gegenüber. Dies bedeutet, dass in diesen beiden Bundesländern viele der 11- und 12-jährigen Jungen und Mädchen noch keinen Wechsel auf eine weiterführende Schule hinter sich haben und damit bei der vorgenommenen Differenzierung des Sekundarbereiches (in Hauptschüler, Real-/Gesamtschüler und Gymnasiasten) nicht zugeordnet werden konnten. Darüber hinaus ist der Anteil der Hauptschüler in den Bundesländern sehr unterschiedlich. In drei westdeutschen Bundesländern – Saarland, Hamburg und Schleswig-Holstein – wurde oder wird die Hauptschule derzeit abgeschafft, in anderen Bundesländern werden Überlegungen hierzu diskutiert. In den

neuen Bundesländern hat die Hauptschule nach der Wiedervereinigung Deutschlands erst gar nicht richtig Fuß gefasst. Zudem ist die Rolle der Hauptschule von Bundesland zu Bundesland verschieden und auch innerhalb der Länder gibt es große Unterschiede bzgl. der Klassenzusammensetzung und Unterrichtsqualität zwischen den existierenden Hauptschulen. Trotz dieser Schwierigkeiten wurde ein Schulformenvergleich vorgenommen und die gesundheitliche Situation von Hauptschülern mit der von Real-/Gesamtschülern sowie Gymnasiasten verglichen. Es werden die Ergebnisse für alle Schüler und Schülerinnen auf weiterführenden Schulen ausgewiesen, in den multivariaten Modellen allerdings bei statistischer Kontrolle des Einflusses des Merkmals Bundesland. Bei Jugendlichen, die ihre Schullaufbahn bereits abgeschlossen haben, wurde die Angabe zum höchsten erreichten Schulabschluss als Zuordnungskriterium herangezogen.

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys bestätigen, dass das Bildungsmilieu, in dem die Kinder und Jugendlichen aufwachsen, einen erheblichen Einfluss auf ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten hat. So haben 43 % der 3- bis 10-jährigen Jungen und 53 % der gleichaltrigen Mädchen von Eltern mit hohem Bildungsniveau einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zu 32 % der Jungen und 35 % der Mädchen aus den bildungsfernen Gruppen. Für die 11- bis 17-Jährigen lässt sich bei Jungen ein noch stärkerer Zusammenhang zwischen der elterlichen Bildung und dem allgemeinen Gesundheitszustand feststellen. Auch bei 11- bis 17-jährigen Mädchen zeigt sich ein Zusammenhang, der allerdings schwächer ausgeprägt ist als in der jüngeren Altersgruppe (Abbildung 7.1).

Hinsichtlich des Auftretens von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten spielt der Bildungshintergrund ebenfalls eine wichtige Rolle. Im Allgemeinen gilt: Je niedriger die Bildung der Eltern, desto häufiger wird von psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder berichtet. Bei Jungen wie Mädchen treten diese Unter-

schiede im Kindesalter deutlich stärker hervor als im Jugendalter (Abbildung 7.2).

Gleichermaßen kann mit den KiGGS-Daten ein Zusammenhang zwischen elterlichem Bildungsniveau und einer möglichen Essstörung der Jugendlichen belegt werden. Bei über einem Drittel der 11- bis 17-jährigen Mädchen aus den bildungsfernen Haushalten besteht ein Verdacht auf Essstörungen, während dies lediglich auf etwa ein Fünftel der Mädchen, deren Eltern eine hohe Bildung haben, zutrifft. Die entsprechenden Anteile für die Jungen liegen bei 18 % bzw. 10 %.

Auch für die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas zeigt sich, dass die Quote der Betroffenen umso höher liegt, je geringer die Bildung der Eltern ist. Während Übergewicht und Adipositas mit dem Alter der Kinder bzw. Jugendlichen in allen Bildungsgruppen zunehmen, vergrößern sich gleichzeitig die Unterschiede zwischen Kindern mit niedrigem und hohem Bildungshin-

tergrund. Bei Mädchen ist der Zusammenhang zwischen dem Vorkommen von Übergewicht und Adipositas sowie dem Bildungsniveau der Eltern noch etwas stärker ausgeprägt als bei Jungen (Abbildung 7.3).

Sehr starke Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen zeigen sich in Bezug auf die Passivrauchbelastung in der Wohnung. Dass sie mindestens mehrmals wöchentlich zuhause rauchen, wird von 18 % der Eltern von 0- bis 2-jährigen Kinder, die ein niedriges Bildungsniveau haben, angegeben. In den bildungsnahen Haushalten trifft dies nur auf 1 % der Eltern zu. Von den 3- bis 10-jährigen Kindern aus Haushalten mit niedrigem Bildungsgrad sind viermal so viele regelmäßig dem Tabakrauch ihrer Eltern ausgesetzt im Vergleich zu den Gleichaltrigen aus der hohen Bildungsgruppe. Auch bei den 11- bis 17-jährigen zeigen sich deutliche Bildungsunterschiede in Bezug auf das elterliche Rauchen in der Wohnung (Abbildung 7.4).

Abbildung 7 1
Allgemeiner Gesundheitszustand (»sehr gut«) von Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern

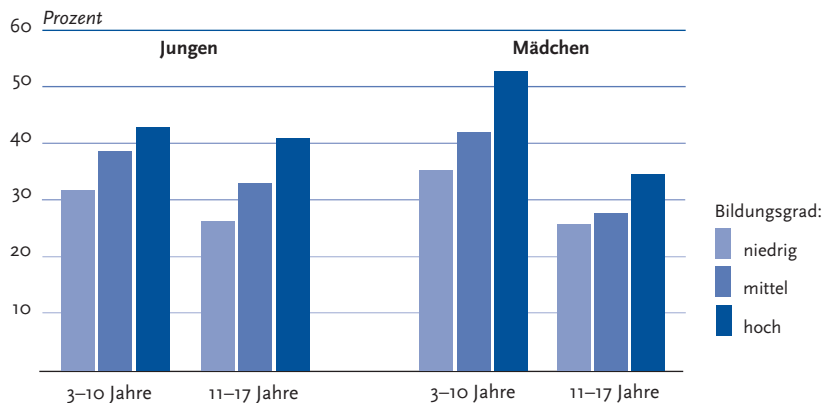


Abbildung 7 2
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern

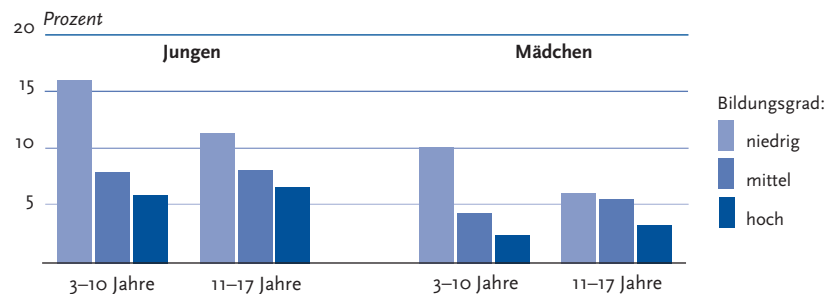


Abbildung 7 3
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern

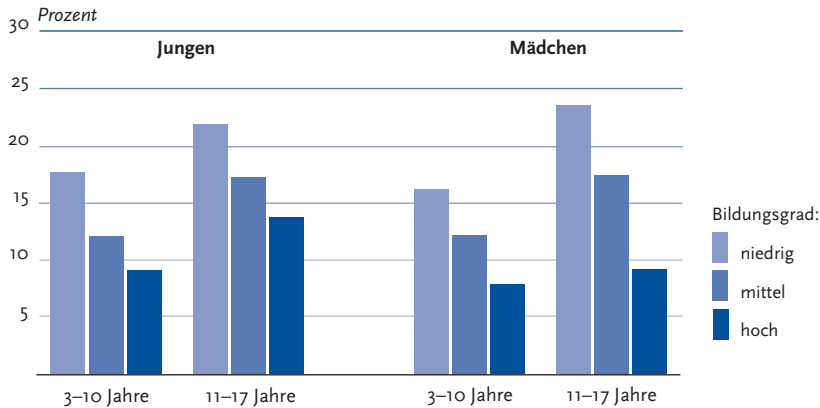
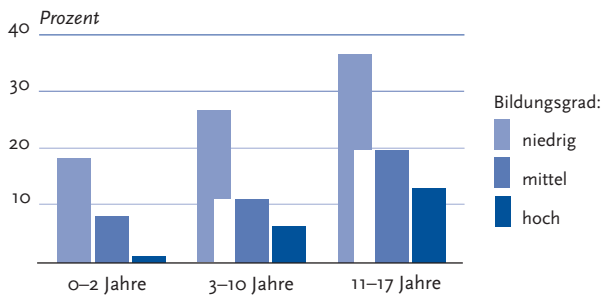


Abbildung 7 4
Passivrauchbelastung (>in der Wohnung<) von Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern



Auch in Bezug auf Fernsehen und Videoschauen wird deutlich, dass dem Bildungsniveau der Eltern große Bedeutung zukommt. Der Anteil der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen aus der niedrigsten Bildungsgruppe, die drei und mehr Stunden pro Tag vor dem Fernseher oder Videogerät verbringen, liegt bei 28 % bzw. 30 %. Von den gleichaltrigen Jugendlichen aus der mittleren Bildungsgruppe trifft dies auf 22 % der Jungen und 24 % der Mädchen zu. Die entsprechenden Anteile für Jungen und Mädchen aus der höchsten Bildungsgruppe liegen hingegen nur bei 13 % bzw. 11 %.

Wie zentral der Bildungsgrad der Eltern für das gesundheitsrelevante Verhalten der Kinder und Jugendlichen ist, wird auch bei Betrachtung des Zahnputzverhaltens deutlich. Von den 3- bis 10-jährigen Jungen mit bildungsferner Herkunft putzen sich mehr als jeder Dritte nur einmal oder sogar noch seltener am Tag die Zähne. In der Gruppe der Jungen, deren Eltern eine hohe

Bildung haben, gilt dies nur für jeden Fünften. Bei den gleichaltrigen Mädchen sind diese Unterschiede sogar noch etwas stärker ausgeprägt. Auch im Jugendalter zeichnen sich bildungsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Zahnpflege ab, allerdings auf geringerem Niveau als im Kindesalter. Darüber hinaus ist festzustellen, dass Mädchen in allen Bildungs- und Altersgruppen seltener die Zahnpflege vernachlässigen als Jungen (Abbildung 7.5).

Inwieweit Gesundheitschancen bzw. Krankheitsrisiken bereits vor der Geburt ungleich verteilt sind, kann mit den KiGGS-Daten anhand des Verhaltens der Mutter während der Schwangerschaft und in der Stillzeit betrachtet werden (Abbildung 7.6). Regelmäßigen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft gibt es nur in der Gruppe mit niedrigem Bildungsabschluss, und dort nur bei einem verschwindend geringen Anteil. Allerdings zeigt sich, dass mit zunehmendem Bildungsgrad

Abbildung 7 5
Zahnpflege (»einmal oder seltener am Tag«) bei Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern

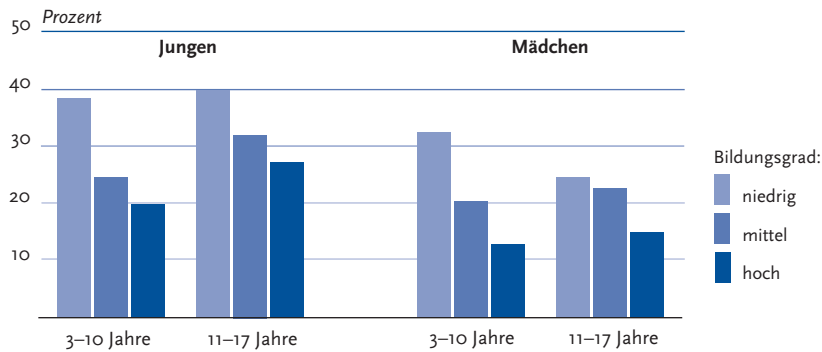
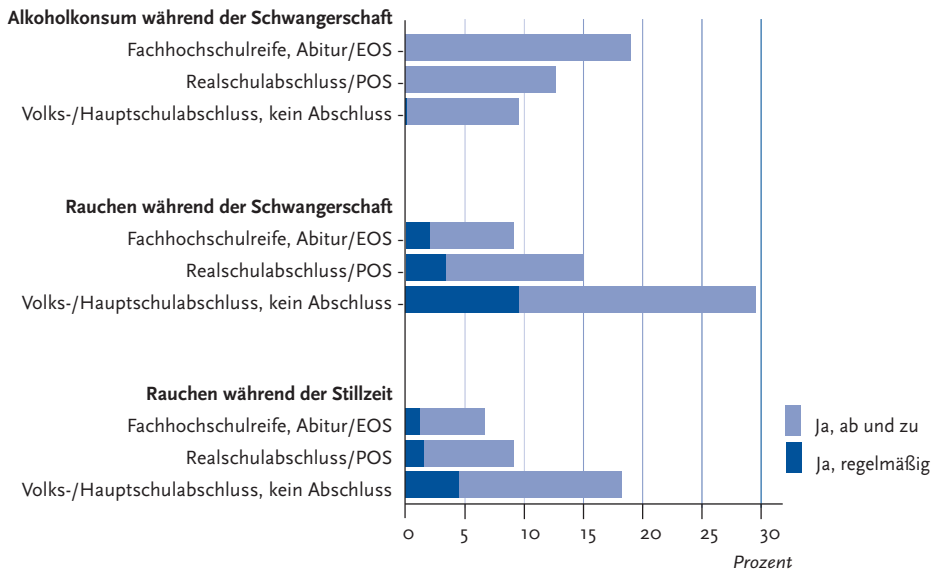


Abbildung 7 6
Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft und Tabakkonsum während der Stillzeit nach Bildung der Mutter



der Anteil derjenigen mit gelegentlichem Alkoholkonsum zunimmt, sodass Frauen der höchsten Bildungsstufe doppelt so häufig über gelegentlichen Alkoholkonsum berichten im Vergleich zu Frauen mit niedriger Bildung.

Bezüglich des Tabakkonsums während der Schwangerschaft zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Während in den höheren Bildungsgruppen Mütter nur zu 2% regelmäßig und zu 7% gelegentlich rauchen, finden sich in der niedrigen Bildungsgruppe mit 10% bzw. 20% deutlich höhere

Anteile. Auch in der Stillzeit zeigen sich in Bezug auf das Rauchverhalten deutliche Unterschiede zu Ungunsten von Müttern mit niedrigem Bildungsniveau. Dass die Prävalenzen insgesamt niedriger liegen als während der Schwangerschaft, ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass starke Raucherinnen häufiger nicht stillen oder früher abstillen. Darüber hinaus lässt sich mit den KiGGS-Daten zeigen, dass werdende Mütter mit höherer Bildung häufiger das Rauchen aufgeben als diejenigen mit niedriger Bildung.

Um zu prüfen, welchen Einfluss der Bildungshintergrund der Eltern unabhängig von der Einkommenslage des Haushaltes auf die Gesundheit der Kinder hat, wurden für einzelne Gesundheitsindikatoren, bei denen sich in der bivariaten Betrachtung deutliche Unterschiede zeigten, multivariate Analysen durchgeführt. Die Ergebnisse der binär logistischen Regressionen, in die die elterliche Bildung gleichzeitig mit dem Netto-Äquivalenzeinkommen bei Kontrolle für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion einbezogen wurden, legen eine differenzierte Bewertung nahe (Tabelle 7.1).

Für psychische und Verhaltensauffälligkeiten lässt sich ein verstärktes Vorkommen in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe feststellen. Zwischen der mittleren und höheren Bildungsgruppe bestehen hingegen keine signifikanten Unterschiede. Die relative Bedeutung des Einkommenseffektes überwiegt die des Bildungseffektes. Anders als bei der Bildung ist auch in der mittleren im Vergleich zur am besten gestellten Gruppe ein erhöhtes Risiko für psychische und Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten. Dieses Muster zeigt sich gleichermaßen bei Jungen wie bei Mädchen.

Auch in Bezug auf Übergewicht lässt sich feststellen, dass die elterliche Bildung und die Einkommenssituation unabhängig voneinander zu einer Erhöhung des Risikos beitragen. Der Bildungseffekt ist dabei bedeutsamer als der Einkommenseffekt, was bei Mädchen noch stärker zum Ausdruck kommt als bei Jungen. Unterschiede zwischen den mittleren und hohen Bildungs- bzw. Einkommensgruppen sind nur bei Mädchen zu beobachten.

Ein sehr starker Einfluss des Bildungshintergrundes zeigt sich hinsichtlich des regelmässigen Rauchens der Eltern in der Wohnung. Das Risiko für Kinder und Jugendliche aus der niedrigsten Bildungsgruppe ist im Vergleich zu dem der Gleichaltrigen aus der höchsten Gruppe um fast das Vierfache erhöht. Kinder und Jugendliche aus der mittleren Bildungsgruppe haben ein um etwa den Faktor 1,6 erhöhtes Risiko. Auch die Einkommenssituation wirkt sich deutlich in einer Risikohöherung aus. Die Bedeutung des Einkommenseffektes bleibt aber hinter der des Bildungseffektes zurück.

Auch bei anderen Indikatoren sind die Ergebnisse uneinheitlich. Bezüglich eines Verdachts auf Essstörungen (nur 11- bis 17-Jährige) werden sowohl für Mädchen als auch für Jungen signifi-

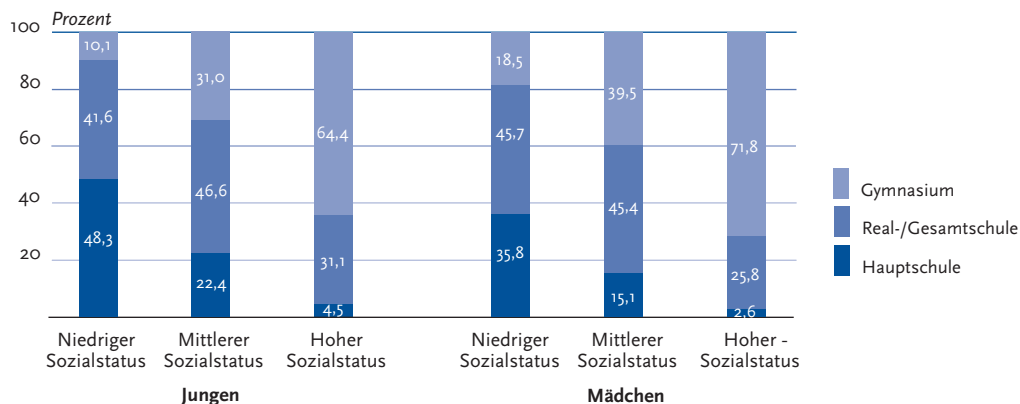
Tabelle 7.1

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Übergewicht sowie Passivrauchbelastung (»in der Wohnung«) bei Kindern und Jugendlichen nach Bildungshintergrund und Äquivalenzeinkommen

	Psychische und Verhaltensauffälligkeiten (3 bis 17 Jahre)		Übergewicht (3 bis 17 Jahre)		Passivrauchbelastung (0 bis 17 Jahre)	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Bildung der Eltern						
Niedrig	1,65 (1,18–2,33)	2,08 (1,36–3,18)	1,66 (1,30–2,12)	2,20 (1,64–2,94)	3,84 (3,00–5,00)	3,67 (2,77–4,86)
Mittel	1,10 (0,82–1,47)	1,47 (0,98–2,21)	1,26 (0,99–1,61)	1,72 (1,35–2,18)	1,62 (1,29–2,05)	1,54 (1,18–2,00)
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Äquivalenzeinkommen						
Niedrig	2,88 (2,07–4,01)	2,95 (1,69–5,13)	1,35 (1,02–1,79)	1,51 (1,18–1,93)	2,75 (2,09–3,61)	2,08 (1,59–2,72)
Mittel	1,47 (1,12–1,94)	1,86 (1,13–3,05)	1,17 (0,95–1,46)	1,15 (0,95–1,41)	1,49 (1,20–1,84)	1,21 (0,96–1,53)
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

Abbildung 7 7
Besuchte Schulform der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Sozialstatus



kante Einflüsse der Bildung und des Einkommens berichtet, die sich in ihrer Stärke entsprechen. Für den allgemeinen Gesundheitszustand (3- bis 17-Jährige) ergibt sich ein ähnliches Bild wie für psychische und Verhaltensauffälligkeiten: Die elterliche Bildung übt einen Einfluss aus, dieser ist jedoch schwächer ausgeprägt als derjenige der Einkommenssituation.

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach besuchter Schulform

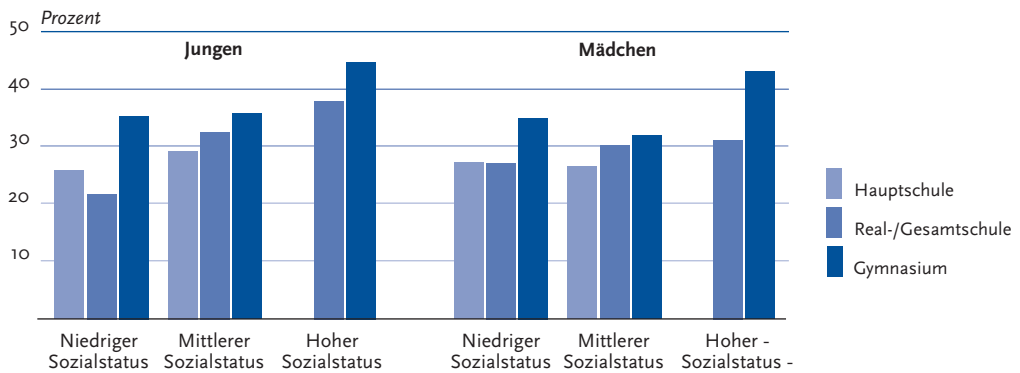
Wie eingangs erläutert, ist die Schullaufbahn eng an die soziale Herkunft der Kinder und Jugendlichen gekoppelt. Dies kann auch mit den KiGGS-Daten bestätigt werden (Abbildung 7.7). Für die 11- bis 17-Jährigen, die bereits eine weiterführende Schule besuchen, gilt: Je niedriger der Sozialstatus des Elternhauses, desto geringer die Chance, ein Gymnasium zu besuchen. Bei Jungen zeigt sich dies noch eindrücklicher als bei Mädchen.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass Jugendliche aus Haushalten mit hohem Sozialstatus nur zu einem sehr geringen Anteil die Hauptschule besuchen. Aus diesem Grund wurde bei der im Folgenden dargestellten Analyse des Zusammenhangs zwischen der von den Heranwachsenden besuchten Schulform und ihrer gesundheitlichen Situation auch der soziale Status der Familie berücksichtigt.¹

Mit den KiGGS-Daten lässt sich unter anderem zeigen, dass Jungen und Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren, die eine Hauptschule besuchen, zu 28% bzw. 27% einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand haben. Von den Jugendlichen auf einer Realschule trifft dies auf 31% der Jungen und 30% der Mädchen zu. Signifikant

¹ Allerdings ist dies nicht für alle denkbaren Konstellationen zwischen besuchter Schulform und sozialem Status möglich. So lassen sich aufgrund der geringen Fallzahlen keine Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Kindern aus der hohen Statusgruppe, die eine Hauptschule besuchen, treffen.

Abbildung 7 8
Allgemeiner Gesundheitszustand (>sehr gut<) von 11- bis 17-jährigen Jugendlichen
nach besuchter Schulform und Sozialstatus



häufiger weisen Gymnasiasten und Gymnasiastinnen einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand auf. Bei ihnen betragen die entsprechenden Anteile 40 % bzw. 37 %. Der Zusammenhang zwischen der besuchten Schulform und dem allgemeinen Gesundheitszustand zeichnet sich in allen sozialen Statusgruppen ab. Auch in der niedrigsten Statusgruppe gilt tendenziell, dass Jugendliche, die ein Gymnasium besuchen, häufiger einen sehr guten Gesundheitszustand haben (Abbildung 7.8). In der multivariaten Betrachtung erwiesen sich aber nur die Ergebnisse für Jungen aus der hohen Statusgruppe als statistisch signifikant. In dieser Gruppe haben Gymnasiasten eine um den Faktor 1,5 erhöhte Chance, einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand zu haben (Tabelle 7.2).

Noch deutlichere Unterschiede zeigen sich hinsichtlich psychischer und Verhaltensauffälligkeiten. Von den Hauptschülern und Hauptschülerinnen sind 13 % bzw. 10 % auffällig im Vergleich zu 4 % der Jungen und 3 % der Mädchen, die ein Gymnasium besuchen. Bei Jungen und Mädchen auf einer Real- oder Gesamtschule liegt der Anteil der psychisch oder Verhaltensauffälligen bei 8 % bzw. 5 %.

Berücksichtigt man darüber hinaus den sozialen Status der Schüler und Schülerinnen so zeigt sich in allen Statusgruppen ein Unterschied nach der besuchten Schulform (Abbildung 7.9). Besonders stark ist dieser bei Jungen mit niedrigem Sozialstatus. In der multivariaten Betrachtung haben Hauptschüler im Vergleich

zu Gymnasiasten in dieser Gruppe ein um das 11-fache erhöhte Risiko, psychisch oder verhaltensauffällig zu sein (Tabelle 7.2). Der Anteil der Gymnasiasten mit psychischen und Verhaltensauffälligkeiten ist in der niedrigsten Statusgruppe sogar geringer als in der mittleren und hohen Statusgruppe.

Ausgeprägte Unterschiede zeigen sich ferner in Bezug auf die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Jungen auf einer Hauptschule sind zu 17 % betroffen im Vergleich zu 10 % der Jungen auf einer Real- oder Gesamtschule und 4 % der Jungen auf einem Gymnasium. Bei Mädchen betragen die entsprechenden Anteile 4 %, 3 % und 0,5 %.²

Bei einer gemeinsamen Betrachtung von Sozialstatus und Schulformbesuch zeigt sich, dass der Anteil der Jugendlichen mit einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in allen Sozialstatusgruppen bei Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, deutlich höher liegt als bei den Gleichaltrigen auf einer Real-/Gesamtschule oder auf einem Gymnasium (Abbildung 7.10).

In der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas zeigen sich bei Jungen keine signifikanten Unterschiede nach der besuchten Schulform. Mit 20 % liegt der Anteil der übergewichtigen oder

² Im Zusammenhang mit den stark ausgeprägten geschlechtsspezifischen Unterschieden wird diskutiert, ob ADHS bei Mädchen möglicherweise seltener diagnostiziert wird, weil sie überwiegend einen unaufmerksamen Subtyp der Erkrankung aufweisen (Schlack et al. 2007).

adipösen Jungen in der Gruppe der Hauptschüler nur geringfügig über den Vergleichswerten von 18 % und 15 % für Real- oder Gesamtschülern sowie Gymnasiasten. Bei Mädchen hingegen treten deutliche Unterschiede zutage: Während 28 % der Hauptschülerinnen übergewichtig oder sogar adipös sind, trifft dies auf 18 % der Mädchen auf einer Real- oder Gesamtschule und 12 % der Mädchen auf einem Gymnasium zu.

Die zusätzliche Berücksichtigung des Sozialstatus bringt keine zusätzlichen Erkenntnisse. Dass zwischen der Schulform und der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nur bei Mädchen ein Zusammenhang besteht, ist in allen sozialen Statusgruppen festzustellen (Abbildung 7.11).

Das Thema Gewalt – vor allem im Rahmen des Schulalltags – hat in den letzten Jahren in den Medien verstärkte Aufmerksamkeit erfahren und wird in der Öffentlichkeit breit diskutiert. Gewalterfahrungen können sich äußerst belastend auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen auswirken und schwerwiegende Konsequenzen für die physische und psychische Gesundheit bedeuten. Diese Problematik lässt sich mittels der KiGGS-Daten detaillierter untersuchen. Ein allgemeiner Indikator ist die generelle Frage nach Gewalterfahrungen Jugendlicher, die jedwede Gewalterfahrung innerhalb der letzten 12 Monate sowohl als Opfer als auch als Täter abbildet. Werden die Gewalterfahrungen der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen nach Schulform differenziert, so zeigt sich dass die Gymnasiasten gegenüber den Real- und Gesamt- sowie Hauptschülern klar die am wenigsten von Gewalterlebnissen betroffene Gruppe sind. Mehr als vier Fünftel waren weder als Täter noch als Opfer in Gewalthandlungen verwickelt. Der besonders hohe Anteil der Täter unter den Hauptschülern (24 %) weist auf die offensichtlich bestehende Gewaltproblematik bei Schülern dieser Schulform hin (Schlack et al. 2007).

Für die Einschätzung der Gewaltbereitschaft der Jugendlichen stehen in KiGGS zwei Skalen bereit, welche die Neigung zu instrumenteller und expressiver Gewalt messen. Instrumentelle Gewalt bezeichnet dabei Formen von Gewalt, die eingesetzt werden, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, die also einen planvollen Charakter haben. Demgegenüber ist unter »expressiver Gewalt« die Neigung zu situationsbezogener und eher spontaner Gewalt zu verstehen.

Instrumentelle Gewalt wird mit 80 % von der großen Mehrheit der Jugendlichen abgelehnt. Die Anteile der Jugendlichen, die gewaltorientierte Konfliktlösungen gelegentlich einsetzen oder befürworten variieren erwartungsgemäß signifikant mit der besuchten Schulform. Jeder dritte Hauptschüler und jede dritte Hauptschülerin neigt dazu, Gewalt als Mittel zur Erreichung eines Zieles einzusetzen. Bei Real- und Gesamtschüler/innen liegen die Werte bei 26 % der Jungen bzw. 14 % der Mädchen, auf den Gymnasien neigen nur 14 % der Jungen und 7 % der Mädchen dazu, Konflikte gewaltsam zu lösen. Auffällig ist, dass der Anteil der Mädchen, die Gewalt als Lösung von Konflikten einsetzen oder befürworten, in der Hauptschule ähnlich hoch wie der der Jungen ist, in den höheren Schultypen jedoch deutlich niedriger.

Bei gleichzeitiger Betrachtung der Schulformen und des sozialen Status findet sich bei Jungen wie Mädchen ein starker schulbezogener Effekt in der unteren und mittleren Statusgruppe (Abbildung 7.12). In der hohen Statusgruppe lässt sich nur bei Jungen ein Zusammenhang zwischen der Schulform und der Neigung zu instrumenteller Gewalt feststellen. Dies wird allerdings erst in der multivariaten Analyse deutlich (Tabelle 7.2). Besonders hoch ist die Neigung zu instrumenteller Gewalt bei Jungen und Mädchen, bei denen ein niedriger sozialer Status mit einem Hauptschulbesuch zusammentrifft.

Expressive Gewalt ist bei Jungen insgesamt stärker ausgeprägt als die Befürwortung und Ausübung instrumenteller Gewalt. Die Geschlechtsunterschiede sind hier noch deutlicher: Jungen geben fast dreimal so häufig wie Mädchen an, diese Form der Gewalt auszuüben. Die schulspezifischen Unterschiede sind allerdings geringer als bei der instrumentellen Gewalt. 38 % der Jungen und 18 % der Mädchen auf der Hauptschule neigen dazu Gewalt situativ-impulsiv auszuüben. Auf der Real- und Gesamtschule sind hierzu 36 % der Jungen und 12 % der Mädchen bereit, bei den Gymnasiasten liegen die entsprechende Anteile bei 26 % und 7 %.

Bei zusätzlicher Betrachtung des Sozialstatus zeigt sich zunächst bei den Jungen, dass die besuchte Schulform keinen nennenswerten Einfluss auf die Neigung impulsiver Gewalt hat (Abbildung 7.13). Lediglich der Besuch des Gymnasiums geht für die beiden höheren Sozialsta-

Abbildung 7 9
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen
nach besuchter Schulform und Sozialstatus

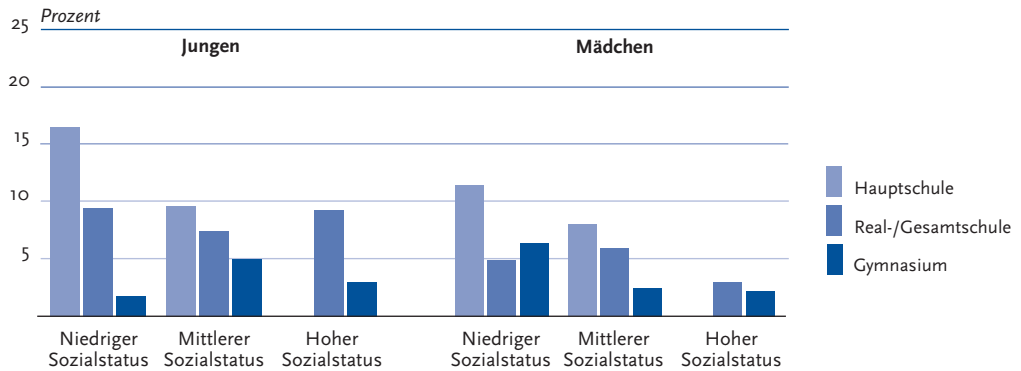


Abbildung 7 10
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen
nach besuchter Schulform und Sozialstatus

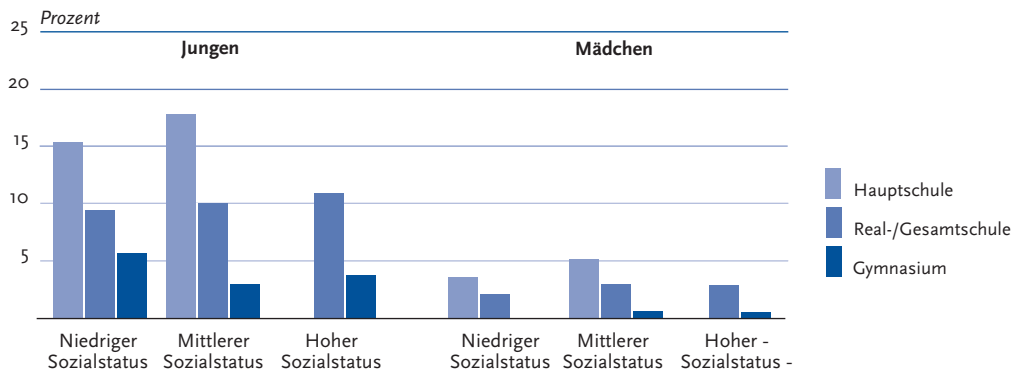


Abbildung 7 11
Übergewicht bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform und Sozialstatus

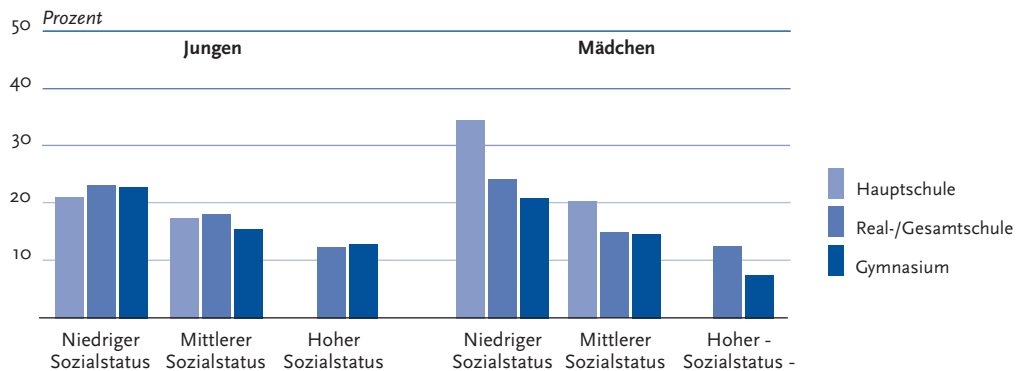


Abbildung 7 12
Neigung zu instrumenteller Gewalt bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform und Sozialstatus

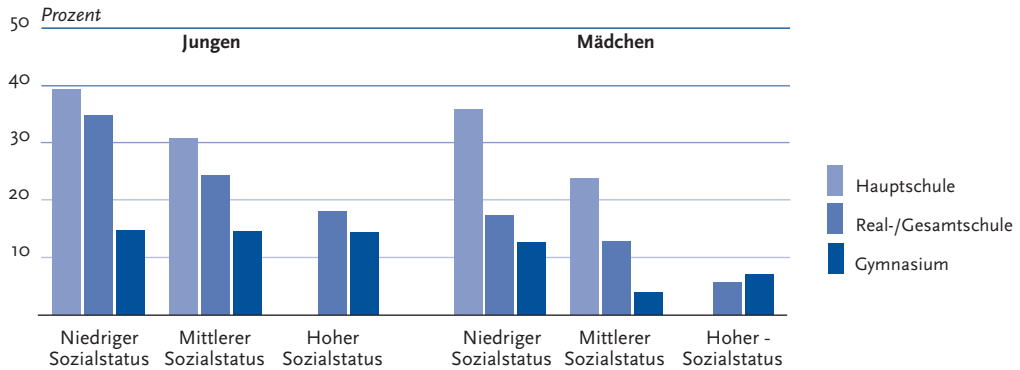


Abbildung 7 13
Neigung zu expressiver Gewalt bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform und Sozialstatus

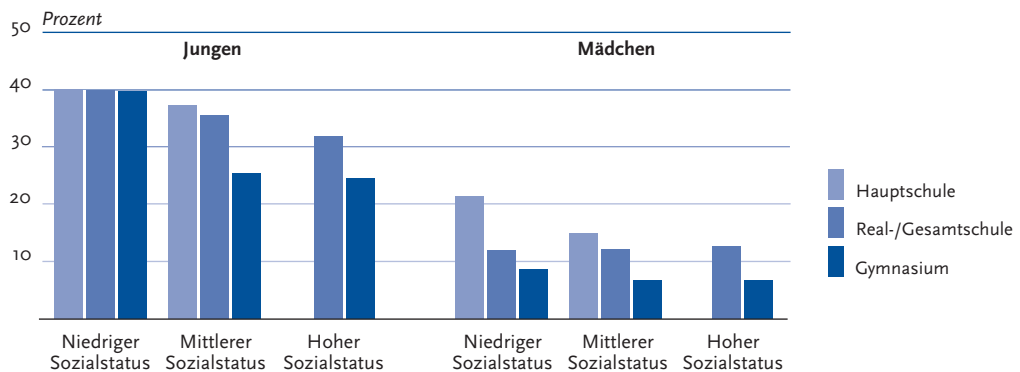


Abbildung 7 14
Tabakkonsum bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen nach besuchter Schulform und Sozialstatus

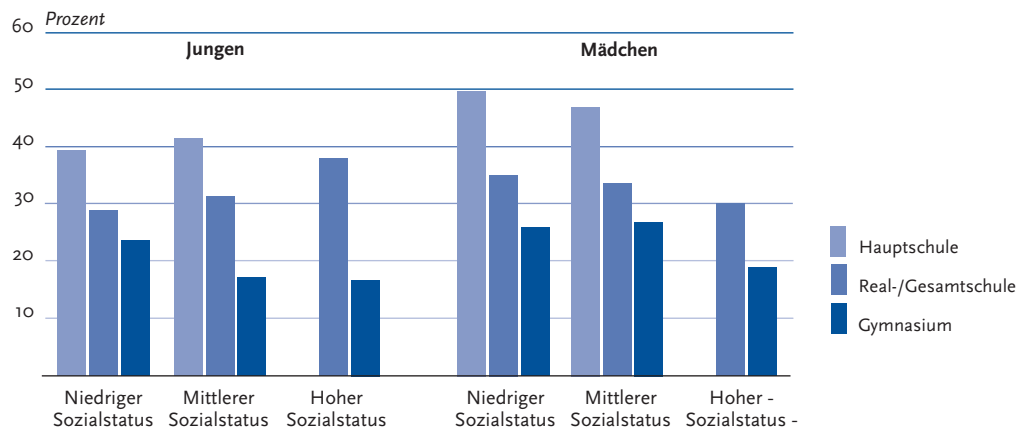


Tabelle 7 2 Fortsetzung

Multivariate Analyse der Gesundheitschancen von Jugendlichen nach besuchter Schulform und Sozialstatus

	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus ¹	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Tabakkonsum (14 bis 17 Jahre)						
Gymnasium	0,34 (0,10–1,19)	0,24 (0,12–0,48)	0,22 (0,13–0,38)	0,33 (0,19–0,57)	0,24 (0,14–0,42)	0,49 (0,29–0,84)
Real-/ Gesamtschule	0,60 (0,36–0,99)	0,40 (0,23–0,69)	0,54 (0,36–0,81)	0,52 (0,31–0,89)	Ref.	Ref.
Hauptschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

¹ Aufgrund der Fallzahlen umfasst die Referenzkategorie hier die Haupt- sowie die Real- und Gesamtschüler

² Aufgrund geringer Fallzahl nicht berechenbar

tusniveaus mit leicht verminderten Prävalenzen einher. Die Unterschiede zwischen den Sozialstatusgruppen sind jedoch relativ moderat, sodass hier von einem generellen Problem auszugehen ist, das zwar in niedrigen Statusgruppen und unteren Schultypen gehäuft auftritt, sich aber bei weitem nicht auf diese beschränkt. Bei Mädchen gibt es kaum statusspezifische, aber deutliche schulbezogene Unterschiede. Allerdings wird deutlich, dass der Besuch einer Hauptschule gerade bei Mädchen aus den unteren beiden Statusgruppen zu einer Erhöhung des Risikos der Ausbildung einer solchen Gewaltneigung führt.

Darüber hinaus lässt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten und der von den Jugendlichen besuchten Schulform feststellen. Auf der Hauptschule rauchen 42 % der 14- bis 17-jährigen Jungen und 47 % der gleichaltrigen Mädchen, auf der Real-/Gesamtschule betragen die Werte 32 % bzw. 34 % und auf dem Gymnasium 18 % bzw. 23 %.³

Dem sozialen Status kommt im Vergleich zur besuchten Schulform eine untergeordnete Bedeutung für das Rauchverhalten der Jugendlichen zu. In allen drei Statusgruppen zeichnet sich der Effekt der Schulform deutlich ab, was auch durch die multivariate Analyse bestätigt wird (Tabelle 7.2).

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Bildungshintergrund der Eltern einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen ausübt. Dieser Einfluss ist auch zu beobachten, wenn gleichzeitig die Einkommenssituation der Familie berücksichtigt wird. In einigen Bereichen überwiegt der Bildungs- den Einkommenseffekt, so z. B. im Hinblick auf Übergewicht und Adipositas sowie die Belastung durch das Rauchen der Eltern in der Wohnung. Hinsichtlich anderer Bereiche hat das Einkommen einen stärkeren Einfluss als die Bildung, etwa beim Auftreten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten.

Darüber hinaus lässt sich mit den KiGGS-Daten zeigen, dass der besuchten Schulform ein hoher Stellenwert für die Gesundheitschancen der Heranwachsenden zukommt. Im Allgemeinen haben Jugendliche, die eine Hauptschule besuchen einen schlechteren Gesundheitszustand und zeigen eher ein gesundheitsriskantes Verhalten als die Gleichaltrigen auf einer Real- oder Gesamtschule und insbesondere als die Gleichaltrigen auf einem Gymnasium. Diese Unterschiede zeigen sich fast durchweg in allen sozialen Statusgruppen, d. h. auch Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben deutlich bessere Gesundheitschancen wenn sie den Sprung auf ein Gymnasium geschafft haben.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich wahrscheinlich um einen wechselseitigen Zusammenhang zwi-

³ Da die 11- bis 13-jährigen nur selten rauchen, wurden die Analysen auf die 14- bis 17-jährigen beschränkt.

schen der besuchten Schulform und den Gesundheitschancen der Heranwachsenden handelt. Einerseits ist von einem Effekt der besuchten Schulform auf die Gesundheit auszugehen. Andererseits dürften sich aber durch früh auftretende

Gesundheitsprobleme die Bildungschancen der Jugendlichen verringern. Im Hinblick auf die untersuchten Indikatoren könnte dies insbesondere für psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie ADHS gelten.

8 Familiäre Ressourcen und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Familie stellt die primäre Sozialisationsinstanz dar und ist damit ein Ort, an dem auch Umgangsformen, Einstellungen zur eigenen Person sowie zum Körper und zur Gesundheit geprägt werden. Die Gesundheit der Kinder wird zum einen durch die alltägliche Praxis der elterlichen Lebensweise beeinflusst, zum anderen spielt die unmittelbare emotionale Bindung zwischen Eltern und Kindern eine große Rolle. Neben der wirtschaftlichen Situation des Haushaltes und dem Bildungshintergrund der Eltern sind die emotionale Verbundenheit, das Vertrauen und die soziale Stabilität innerhalb der Familie als zentral für eine gesunde Entwicklung der Kinder zu erachten.

Mit dem Wandel der Familien- und Lebensformen in den vergangenen Jahrzehnten hat sich auch die Lebenswelt vieler Kinder verändert. Eine rückläufige Kinderzahl, eine gesunkene Heiratsneigung, ein hoher Anteil nichtehelicher Geburten sowie steigende Scheidungsraten haben zu einer Zunahme von ehemals unkonventionellen Familienformen, wie z. B. nichteheliche Lebensgemeinschaften, allein Erziehenden, Stieffamilien und Pendlerfamilien, geführt. Die aktuelle Verteilung der Familienformen in Deutschland lässt zwar immer noch eine klare Dominanz der sogenannten Kernfamilie, in der beide Eltern mit ihren leiblichen Kindern zusammenleben, erkennen, dennoch wachsen immer mehr Kinder und Jugendliche in anderen Familienformen auf. Im Jahr 2005 lebten von den insgesamt 14,4 Millionen minderjährigen Kindern 15 % in einem Haushalt mit einem allein erziehenden Elternteil (Statistisches Bundesamt 2006b). Ein nicht kleiner Anteil der Kinder allein erziehender Eltern macht im Verlauf seiner Entwicklung die Erfahrung einer neuen Partnerschaft eines oder beider Elternteile. Nach Daten des Familiensurveys des Deutschen Jugendinstituts (Bien et al. 2002) sind 7 % der Familien mit Kindern Stieffamilien. Hinzu kommt die in amtlichen Statistiken nicht erfasste Zahl von den sogenannten sekundären oder »Wochenend«-Stieffamilien, die durch eine neue Partnerschaft des getrennt lebenden Elternteils entstehen (Wendt, Walper 2007).

Eine Trennung geht sowohl für die Eltern als auch für ihre Kinder mit Anforderungen ein-

her, für die keine eingeübten Verhaltens- und Regelmuster zur Verfügung stehen. Zumindest die erste Phase nach einer Trennung kann mit erhöhten Belastungen verbunden sein, die zu Stressreaktionen und Beeinträchtigungen der psychosozialen Gesundheit führen können (Amato 2000; Bohrhardt 2006). Diese können sich z. B. in Verunsicherungen und Ängsten der Kinder, psychischen und Verhaltensauffälligkeiten sowie in schulischen Problemen und Beziehungskonflikten, nicht nur mit den Eltern, sondern auch im Kreis der Gleichaltrigen, niederschlagen (Gloger-Tippelt, König 2003; Walper 2003; Hagen, Kurth 2007).

Zumeist stellt das Leben in einer Einelternfamilie nur eine Übergangsphase dar. Geht der allein erziehende Elternteil eine neue Partnerschaft ein, müssen alltägliche Routinen zumeist erneut verändert und Erziehungsbefugnisse neu verhandelt werden. Obgleich das Aufwachsen mit zwei Elternteilen häufig mit einem besseren finanziellen Spielraum und mehr sozialen und emotionalen Ressourcen verbunden ist, gehen die neuerlichen Veränderungen im Familienleben mit spezifischen Aufgaben und Unsicherheiten einher, die zu bewältigen sind. Studien zeigen, dass Kinder aus Stieffamilien im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Kernfamilien im Hinblick auf psychosoziale Belastungen durchschnittlich schlechter abschneiden, während sie im Vergleich zu Kindern aus Einelternfamilien keine Nachteile aufweisen (Wendt, Walper 2007).

Sowohl in Einelternfamilien als auch in Patchworkfamilien hängen psychosoziale Belastungen und Stressreaktionen der Kinder jedoch ganz wesentlich von den Beziehungen zu ihren Eltern ab. Entscheidend für die Entlastung von Kindern ist v. a. die Art der Beziehung der Eltern zu- und miteinander, ihre Fähigkeit und ihr Wille zur Kommunikation, Kooperation und zur wechselseitigen Akzeptanz ihrer Elternverantwortung. Gelingt es den Eltern sensibel für die Bedürfnisse, Interessen, Nöte, Ängste aber auch Freunden ihrer Kinder zu bleiben, sind das gute Voraussetzungen, um familiäre Veränderungen zu bewältigen (Franz, Lensche 2003; Proksch 2002).

Dies weist auf die Wichtigkeit von familiären Ressourcen wie emotionale und soziale Stabilität, Vertrauen und Geborgenheit hin. Vor dem Hintergrund, dass die Familie ein außerordentlich komplexes Sozialgebilde darstellt, welches aus Personen verschiedener Generationen und verschiedenen Geschlechts, mit gemeinsamen und divergierenden Interessen besteht, stellt die Verwirklichung eines befriedigenden Familienlebens bereits im normalen Familienalltag eine Herausforderung dar. Um die vielfältigen alltäglichen Aufgaben zu meistern und ein gesundheitsförderliches Leben führen zu können, müssen die Familienmitglieder miteinander im Gespräch bleiben, es müssen Gelegenheiten für ein gutes gemeinsames Leben geschaffen werden und die gegenseitig erwartete Unterstützung eingelöst werden (Grundmann et al. 1994). Empirische Untersuchungen zeigen, dass neben den materiellen Ressourcen dem sozialen und dem kulturellen Kapital der Familien dabei ein zentrales Gewicht zukommt und unterstreichen damit die Bedeutung der Erziehungskompetenz der Eltern. Auf die Lebenslage und die zu meisternden Entwicklungsaufgaben der Kinder und Jugendlichen wirken sich insbesondere regelmäßige gemeinsame Aktivitäten in der Familie sowie ein gutes Familienklima günstig aus (Holz 2005).

Ziel dieses Kapitels ist es einerseits die Gesundheit von Kindern nach der Familienkonstellation zu beschreiben. Dazu wird zwischen Kindern, die mit beiden leiblichen Eltern und Kindern, die mit nur einem Elternteil oder in einer Stieffamilie aufwachsen, differenziert. Sofern sich Unterschiede nach der Familienkonstellation zeigen, werden diese unter Einbeziehung weiterer Merkmale, z. B. Sozialstatus und Zahl der Geschwister, analysiert. Als familiäre Ressourcen werden darüber hinaus Aspekte des Familienklimas betrachtet, z. B. Aktivitäten im Familienkreis und die Eltern-Kind-Beziehung. Ausgegangen wird von der Annahme, dass ein gutes Familienklima sich unabhängig von der sozialen Lage positiv auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen auswirkt.

Methodische Vorbemerkungen

Im Folgenden wird bezüglich der Familienform zwischen drei Gruppen unterschieden: Kernfamilie, Einelternfamilie und Stieffamilie. Die Familienformen werden anhand der Elternangaben zum Hauptaufenthaltsort des Kindes bestimmt. Kinder aus Kernfamilien wachsen bei beiden leiblichen Eltern auf. Kinder in Einelternfamilien wachsen entweder nur bei der Mutter oder nur beim Vater auf. Stieffamilien schließlich sind durch das Vorhandensein eines leiblichen Elternteils sowie dessen neuem Partner gekennzeichnet. Alle anderen Möglichkeiten werden nicht in die Analysen einbezogen.

Des Weiteren wird in diesem Kapitel die Auswirkung der familiären Ressourcen betrachtet. Da hier die subjektive Einschätzung der Heranwachsenden im Vordergrund steht, wurden nur diese in die Betrachtung einbezogen. Diese Angaben stehen für Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren zur Verfügung; zu Kindern im Alter bis 10 Jahren lassen sich keine Aussagen treffen. Die familiären Ressourcen wurden auf Basis der im KiGGS erhobenen Version der Schneewind-Familienklimaskala operationalisiert, welche Einschätzungen zum familiären »Zusammenhalt«, zur »aktiven Freizeitgestaltung« sowie zur Stärke der »Kontrolle« innerhalb der Familien zusammenfasst (vgl. Erhart et al. 2007; Schneewind 1988). Die erstgenannten zwei dieser drei Themenfelder wurden als Subdimensionen der größeren Familienklimaskala getrennt ausgewertet, um differenzierte Aussagen zum Einfluss des Familienklimas treffen zu können. Dazu wurde jeweils ein Summenindex gebildet und dieser in Quintile eingeteilt, sodass die 20 % mit den höchsten, die 20 % mit den niedrigsten und die 60 % mit den mittleren Werten verglichen werden können. Die Dimension der »Kontrolle« weist im Hinblick auf die Entwicklungs- und Gesundheitschancen der Heranwachsenden einen ambivalenten Charakter auf: Regeln können negativ als einschränkend empfunden werden oder auch als Handlungsorientierung. Entsprechend kann ein Mangel an Kontrolle sich positiv oder auch negativ auswirken. Aus diesen Gründen und den damit verbundenen interpretatorischen Schwierigkeiten wurde auf eine Einbeziehung dieser Subdimension verzichtet (vgl. Maccoby, Martin 1983).

Gesundheit und Familienformen

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen zunächst, dass sowohl in Kernfamilien als auch in Eineltern- und Stieffamilien ein Großteil der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut bewertet. Die Unterschiede in der Einschätzung der Gesundheit zwischen den Familienkonstellationen fallen eher moderat aus und sind statistisch nicht signifikant (Abbildung 8.1).

Größere Differenzen zwischen Kindern und Jugendlichen in den unterschiedlichen Familienformen zeigen sich, wenn die Eltern nach psychischen und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder befragt werden. Insgesamt werden Kinder in Einelternfamilien, aber auch in Stieffamilien, häufiger als auffällig eingeschätzt als die in Kernfamilien (Abbildung 8.2). Hervorzuheben ist, dass Jungen im Vergleich zu Mädchen – vor allem wenn sie jünger sind – nach Beurteilung

ihrer Eltern in diesen beiden Lebensformen größere Probleme aufweisen. Allerdings lassen sich insbesondere bei den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen im Familienformenvergleich geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen. Jungen in dieser Altersgruppe zeigen häufiger psychische und Verhaltensauffälligkeiten in Stieffamilien, Mädchen hingegen in Einelternfamilien.

Die hohen Auffälligkeiten der Jungen in Stieffamilien bestätigen bisherige Befunde, die Hinweise darauf geben, dass die Situation in einer Stieffamilie besonders für Jungen mit besonderen Herausforderungen verbunden ist (Bien et al. 2002). Vor allem könnten Loyalitäts- und Identitätskonflikte der Jungen den Beziehungsaufbau zum neuen Elternteil – in 90 % der Familien sind es Stiefväter – erschweren. Nicht selten nehmen insbesondere die Söhne während der Teilfamilienphase den Platz des abwesenden Vaters oder Partners der Mutter ein und müssen sich dann

Abbildung 8 1
Allgemeiner Gesundheitszustand (>sehr gut<) von Kindern und Jugendlichen nach Familienform

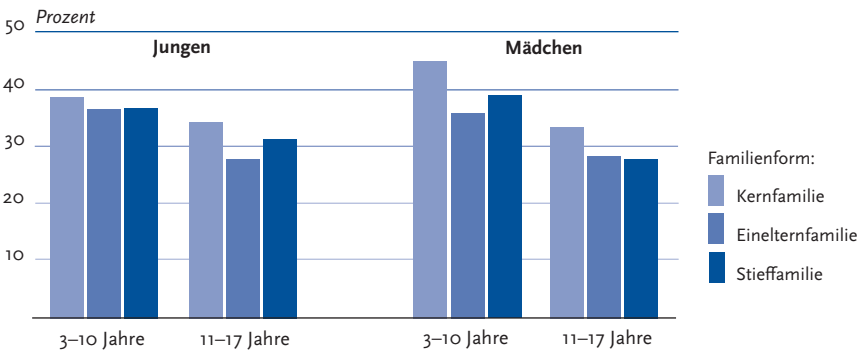


Abbildung 8 2
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach Familienform

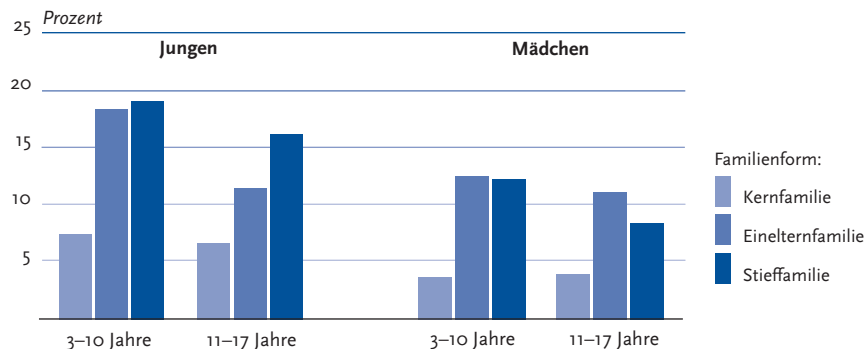
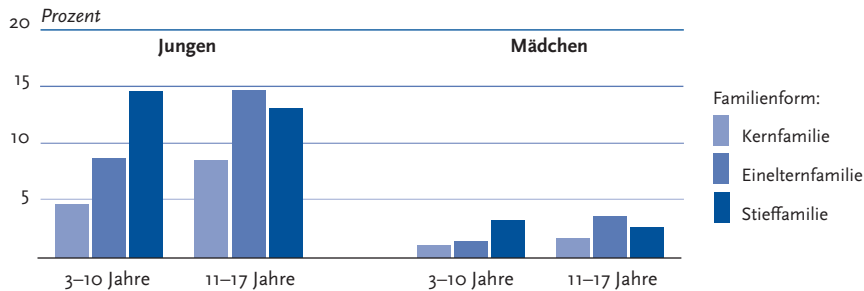


Abbildung 8.3
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen nach Familienform



bei einer neuen Partnerschaft mit der Veränderung ihrer Position im gemeinsamen Haushalt auseinandersetzen. Die vergleichsweise häufigen psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei Mädchen in Einelternfamilien könnten auf Identitätskonflikte zurückzuführen sein, die im Zusammenhang mit einer möglichen belasteten Beziehung zur häufig stark beanspruchten Mutter stehen. Bei Berücksichtigung weiterer Variablen wie Sozialstatus, Geschwisterzahl, Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund zeigt sich in der multivariaten Betrachtung, dass das Risiko einer psychischen oder Verhaltensauffälligkeit von Jungen und Mädchen in Eineltern- und in Stieffamilien zwei- bis dreimal so hoch ist wie bei den Gleichaltrigen, die mit ihren leiblichen Eltern zusammenleben.

Eine diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist bei einer differenzierten Betrachtung nach Familienformen ebenfalls ungleich verteilt. Neben der insgesamt starken geschlechtsspezifischen Betroffenheit zeigt sich, dass ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Eineltern- und Stieffamilien signifikant häufiger diagnostiziert wird als bei denjenigen in Kernfamilien (Abbildung 8.3). Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich die Symptome durch die besonderen Herausforderungen und Belastungen der Kinder und Jugendlichen, die mit einer Trennung der Eltern oder einer Integration eines Stiefelternteils einhergehen, verstärken und damit ADHS vermehrt diagnostiziert wird. Zu berücksichtigen ist aber auch, dass weniger stabile Partnerschaften durch den Umgang mit Kindern, die ADHS haben, zusätzlich belastet werden könnten und dadurch das Trennungs- bzw. Scheidungsrisiko zunimmt.

Auch wenn der Sozialstatus, die Geschwisterzahl sowie Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund berücksichtigt werden, zeigt sich bei 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen in Stieffamilien ein dreifach erhöhtes Risiko einer ADHS-Diagnose im Vergleich zu den Gleichaltrigen in Kernfamilien. Bei 11- bis 17-jährigen Jungen ist das entsprechende Risiko in Einelternfamilien sowie in Stieffamilien um das 1,6-fache erhöht, bei gleichaltrigen Mädchen mit nur einem Elternteil um das 2,6-fache.

Der Zusammenhang zwischen den Lebensformen und Essstörungen von Jugendlichen fällt uneinheitlicher aus. Es wird deutlich, dass die Unterschiede nach Lebensformen bei 11- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen wesentlich ausgeprägter sind als bei älteren Jugendlichen. Den größten Anteil weisen in dieser Altersgruppe Jungen und Mädchen in Stieffamilien auf: hier machen immerhin fast ein Drittel der Mädchen und ein Viertel der Jungen Angaben, die auf ein gestörtes Essverhalten hindeuten (Abbildung 8.4). Auch bei Berücksichtigung weiterer relevanter Indikatoren (Sozialstatus, Geschwisterzahl, Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund) ist das Risiko einer Essstörung bei 11- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen in Stieffamilien im Vergleich zu Gleichaltrigen in Kernfamilien 1,9- bzw. 1,7-mal so hoch. In der Gruppe der 14- bis 17-jährigen hingegen zeigen sich weder bei Jungen noch bei Mädchen signifikante Unterschiede nach der Familienform.

In Bezug auf die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas fällt auf, dass insbesondere Jungen in Einelternfamilien signifikant häufiger betroffen sind als Gleichaltrige, die mit ihren leiblichen Eltern oder in Stieffamilien leben. Bei den Mädchen zeigen sich zwar Unterschiede, diese sind

Abbildung 8 4
Verdacht auf Essstörungen bei Jugendlichen nach Familienform

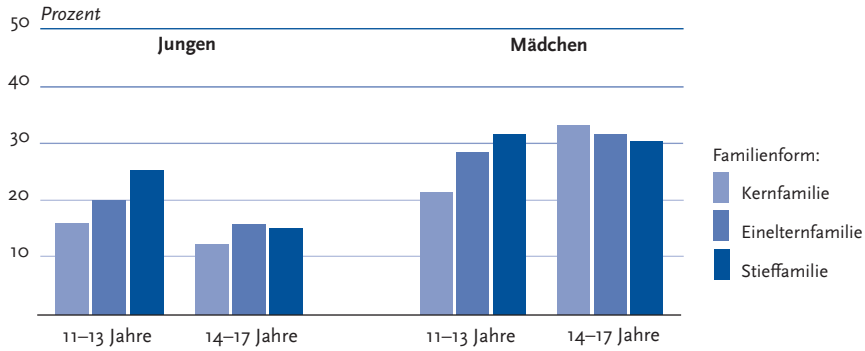


Abbildung 8 5
Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Familienform

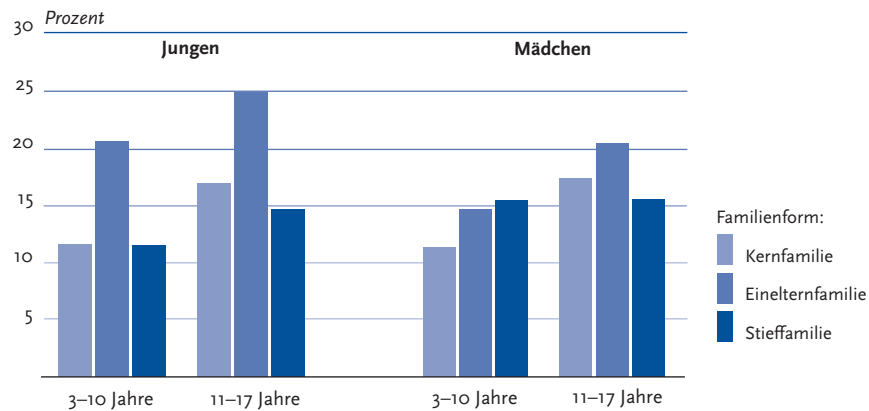
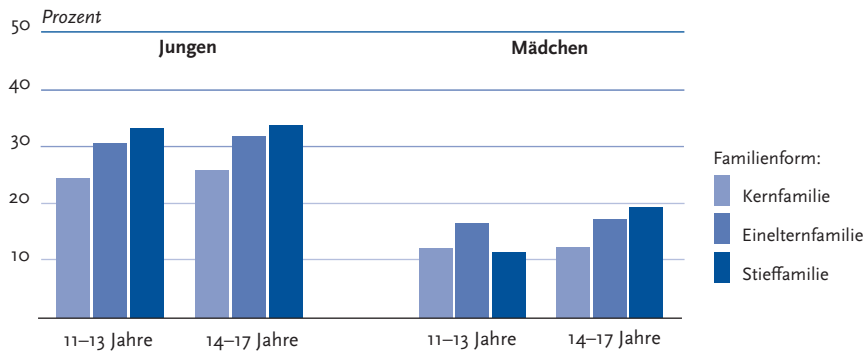


Abbildung 8 6
Gewaltausübung (>mindestens einmal in den letzten 12 Monaten<=) bei Jugendlichen nach Familienform



jedoch nicht signifikant (Abbildung 8.5). Auch bei Berücksichtigung des Sozialstatus, der Geschwisterzahl sowie Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund ist das Risiko für Übergewicht und Adipositas bei den 3- bis 10-jährigen Jungen 1,4-mal und bei den 11- bis 17-jährigen Jungen 1,5-mal so hoch wie bei Gleichaltrigen, die mit zwei Elternteilen aufwachsen.

Hinsichtlich der Gewaltausübung der Jugendlichen werden für die verschiedenen Familienformen ebenfalls unterschiedliche Prävalenzen ermittelt (Abbildung 8.6). Diese sind allerdings nicht signifikant, lediglich für Jungen in Stieffamilien wird auch in der multivariaten Betrachtung unter Berücksichtigung von Sozialstatus, Geschwisterzahl sowie Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund ein signifikant um den Faktor 1,5 erhöhtes Risiko ermittelt, innerhalb der letzten 12 Monate Gewalt ausgeübt zu haben.

Die Analysen zum Rauchverhalten von Jugendlichen zeigen ebenfalls Unterschiede zwischen den Familienkonstellationen auf. Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren, die in Eineltern- bzw. Stieffamilien aufwachsen, rauchen zu 38 % bzw. 39 % im Vergleich zu 27 % der Gleichaltrigen aus Kernfamilien. Bei Mädchen betragen die entsprechenden Anteile 42 % und 45 % gegenüber 27 %. Auch wenn der Sozialstatus, die

Geschwisterzahl sowie Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund berücksichtigt werden zeigt sich bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen in Einelternfamilien ein 1,6-fach und in Stieffamilien ein 2,4-fach erhöhtes Risiko zu rauchen im Vergleich zu den Gleichaltrigen in Kernfamilien. Bei den Jungen ergeben sich für beide Gruppen etwas geringere Werte. Dass Jugendliche aus Eineltern- und Stieffamilien häufiger rauchen, könnte Ausdruck einer höheren psychosozialen Anforderung und daraus resultierender Stressbelastungen sein.

Gesundheit und familiäre Ressourcen

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ergebnisse stellt sich die Frage, ob die teilweise erhöhten Gesundheitsrisiken der Heranwachsenden in Eineltern- und Stieffamilien auf geringere familiäre Ressourcen zurückzuführen sein könnten. Anhaltspunkte hierfür liefert die Verteilung der familiären Ressourcen über die Familienformen (Abbildung 8.7).

Betrachtet man zunächst die Ressource »familiärer Zusammenhalt«, so finden sich vor allem in Stieffamilien niedrigere Werte. Auch Jugendliche in Einelternfamilien berichten häufiger als Gleich-

Abbildung 8 7
Niedrige familiäre Ressourcen in den Bereichen »Zusammenhalt« und »aktive Freizeitgestaltung« bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Familienform

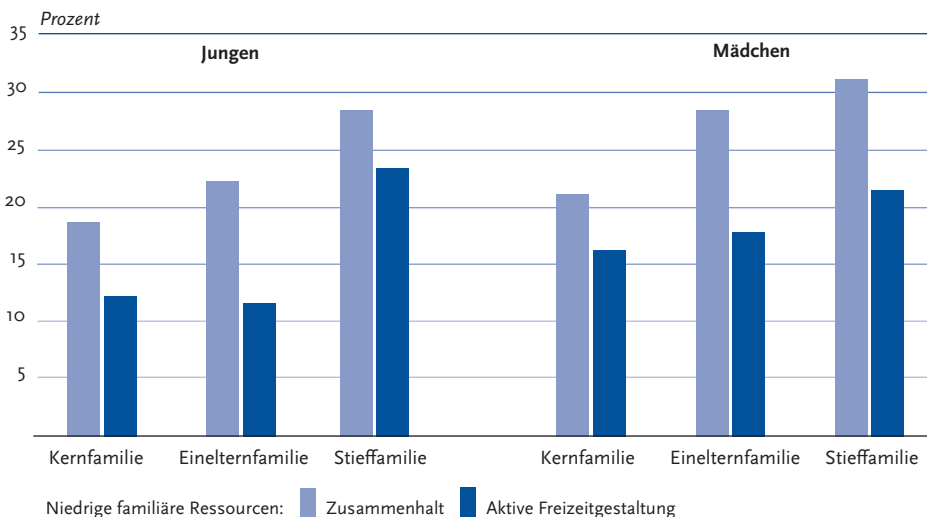


Abbildung 8 8
Allgemeiner Gesundheitszustand (»sehr gut«) von 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach familiären Ressourcen in den Bereichen »Zusammenhalt« und »aktive Freizeitgestaltung«

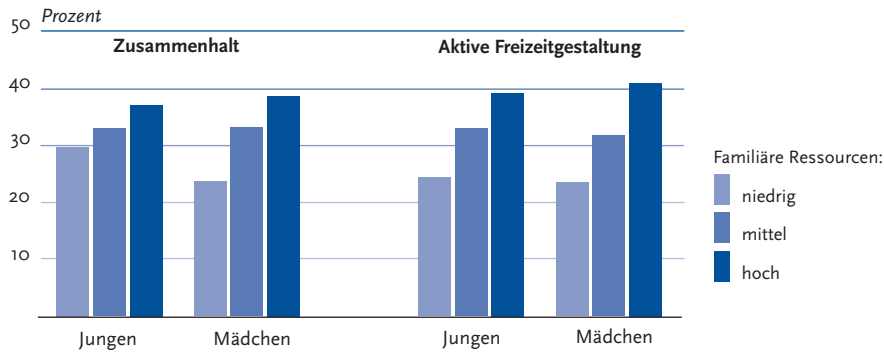
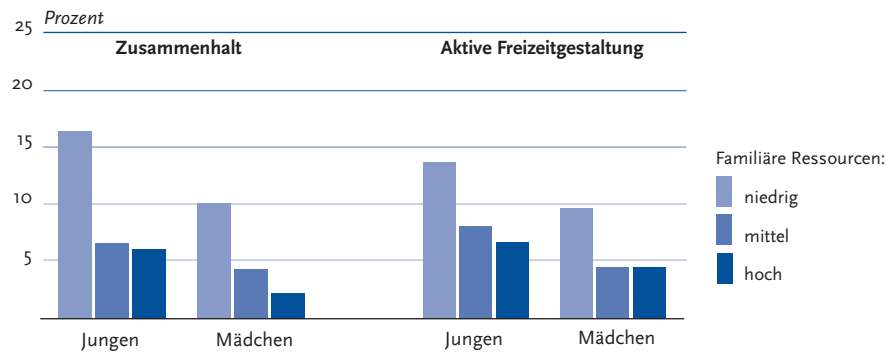


Abbildung 8 9
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach familiären Ressourcen in den Bereichen »Zusammenhalt« und »aktive Freizeitgestaltung«



altrige aus Kernfamilien über einen geringen familiären Zusammenhalt, was sich bei Mädchen noch stärker ausdrückt als bei Jungen.

Bezüglich der »aktiven Freizeitgestaltung« sind die Unterschiede deutlich schwächer ausgeprägt. Jungen aus Stieffamilien berichten häufiger über mangelnde Aktivitäten in der Familie, zwischen Jungen aus Eineltern- und Kernfamilien zeigen sich hingegen keine Unterschiede. Bei Mädchen zeigt sich im Grunde das gleiche Muster, die Unterschiede zwischen denjenigen in Stieffamilien und den anderen beiden Gruppen fallen aber geringer aus als bei den Jungen.

Dass die Ressourcen familiärer Zusammenhalt und aktive Freizeitgestaltung für die gesundheitliche Situation der Heranwachsenden von großer Bedeutung sind, lässt sich mit den KiGGS-Daten eindeutig belegen. Beispielsweise ist der Anteil

der Jugendlichen mit sehr gutem allgemeinem Gesundheitszustand bei Jungen und Mädchen aus Familien mit starkem Zusammenhalt bzw. aktiver Freizeitgestaltung am höchsten. Auch zwischen Jugendlichen, die über eine mittlere und eine höhere Ausstattung mit diesen familiären Ressourcen verfügen, zeigen sich Unterschiede, so dass sich sagen lässt: Je höher die familiären Ressourcen sind, desto besser ist der allgemeine Gesundheitszustand der Heranwachsenden (Abbildung 8.8).

Insbesondere für psychische oder Verhaltensauffälligkeiten lässt sich feststellen, dass sie nicht nur Ergebnis, sondern auch Ursache einer geringen Ausstattung mit familiären Ressourcen sein können. Eine Kausalität zwischen beiden Sachverhalten ist ohne eine Längsschnittperspektive nicht eindeutig bestimmbar. Die KiGGS-Analysen zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen einem

Abbildung 8 10
Verdacht auf Essstörungen bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach familiären Ressourcen
in den Bereichen »Zusammenhalt« und »aktive Freizeitgestaltung«

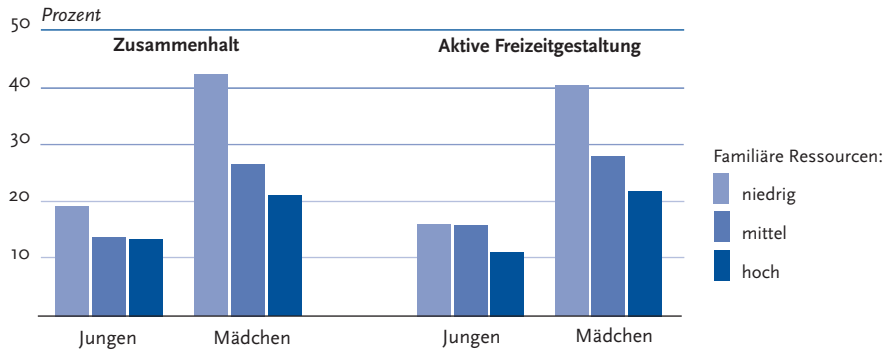


Abbildung 8 11
Übergewicht bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach familiären Ressourcen in den
Bereichen »Zusammenhalt« und »aktive Freizeitgestaltung«

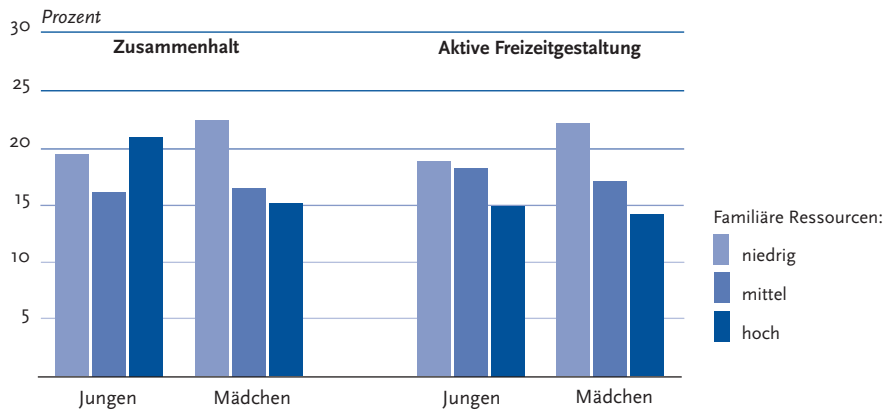


Abbildung 8 12
Gewaltausübung (»mindestens einmal in den letzten 12 Monaten«) bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen
nach familiären Ressourcen in den Bereichen »Zusammenhalt« und »aktive Freizeitgestaltung«

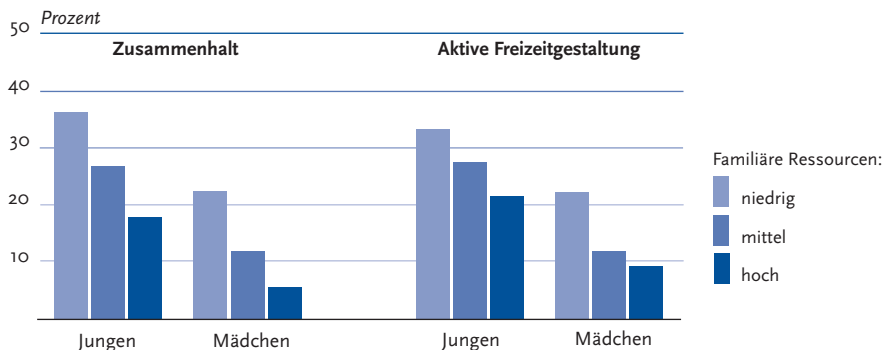
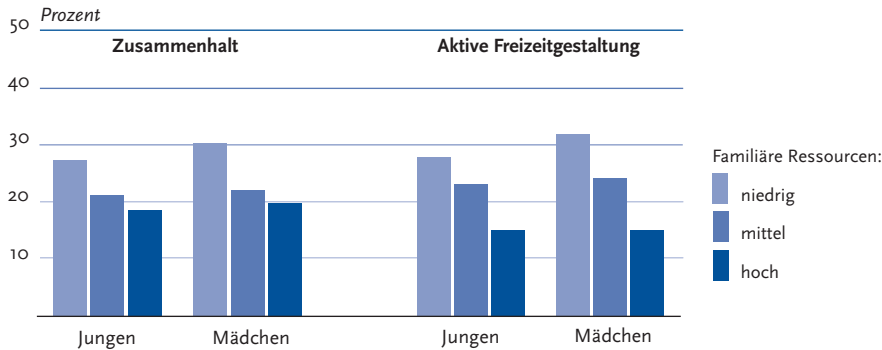


Abbildung 8 13
Häufige TV- und Videonutzung (>mehr als 3 Stunden täglich<)> bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach familiären Ressourcen in den Bereichen »Zusammenhalt« und »aktive Freizeitgestaltung«



niedrigen familiären Zusammenhalt bzw. einer wenig aktiven Freizeitgestaltung und dem Vorliegen psychischer oder Verhaltensauffälligkeiten (Abbildung 8.9).

Bezüglich eines Verdachts auf Essstörungen zeigen sich insbesondere bei Mädchen Zusammenhänge zu den familiären Ressourcen (Abbildung 8.10). Mädchen aus Familien mit niedrigem Zusammenhalt und geringerer gemeinsamer Aktivität in der Freizeit haben zweimal häufiger ein auffälliges Essverhalten im Vergleich zu Mädchen mit einer hohen Ausstattung an diesen Ressourcen. Bei Jungen sind die Unterschiede deutlich schwächer ausgeprägt und statistisch nicht signifikant.

Auch bezüglich des Auftretens von Übergewicht und Adipositas werden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich. Es lassen sich für Jungen nur relativ geringe Unterschiede nach dem familiären Zusammenhalt feststellen (Abbildung 8.11). Eine aktive Freizeitgestaltung wirkt sich hier zwar positiv aus, aber die Unterschiede sind ebenfalls relativ gering. Mädchen hingegen weisen bei niedriger Ausstattung mit beiden Ressourcen deutlich erhöhte Prävalenzen für Übergewicht auf.

Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen sind sehr deutliche Unterschiede hinsichtlich der Gewaltausübung im Zusammenhang mit der Ressource »Zusammenhalt« zu beobachten (Abbildung 8.12). Bei Jungen aus Familien mit niedrigem familiären Zusammenhalt finden sich doppelt so häufig Befragte, die angeben in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Gewalt ausgeübt zu haben, bei Mädchen sogar viermal

häufiger. Der kausale Zusammenhang zwischen der Ausübung von Gewalt und der familiären Ressource »Zusammenhalt« ist anhand der vorhandenen Daten nicht zu prüfen. Grundsätzlich ist von einer Wechselwirkung, evtl. sogar von einer wechselseitigen Verstärkung auszugehen. Bei der aktiven Freizeitgestaltung sind die Unterschiede geringer ausgeprägt, aber dennoch deutlich vorhanden. Auch hier kann nicht abschließend beurteilt werden, welche Richtung der Zusammenhang hat.

In Familien mit niedrigen Werten auf der Dimension »Zusammenhalt« finden sich außerdem häufiger Jugendliche, die mehr als drei Stunden täglich Fernsehen oder Videos anschauen. Unterschiede nach dem Geschlecht bestehen hier kaum. Deutlicher, aber wenig überraschend sind die Unterschiede hinsichtlich der aktiven Freizeitgestaltung. Kinder, die eine hohe Ausstattung mit dieser Ressource berichten, sehen nur etwa halb so häufig mehr als drei Stunden pro Tag fern oder Video. Für die mittlere Kategorie wird ebenfalls ein erhöhter Fernsehkonsum ermittelt, sodass sich sagen lässt: Mit zunehmend aktiver Freizeitgestaltung sinkt das Auftreten starken TV- und Videokonsums (Abbildung 8.13).

Multivariate Betrachtung

Abschließend soll gezeigt werden, inwiefern Auswirkungen der Familienform auch unabhängig vom Sozialstatus des Haushalts bestehen und inwieweit diese auf familiäre Ressourcen zurück-

geführt werden können. Dazu wird zunächst der Einfluss der Familienform dargestellt und neben dem Sozialstatus auch für Alter, Wohnregion, Migrationshintergrund und Geschwisterzahl kontrolliert. In einem zweiten Schritt werden die beiden in diesem Kapitel betrachteten Ressourcen in das Modell aufgenommen. Anhand der Veränderungen der für die Familienform berichteten Werte kann beurteilt werden, wie stark die Familienform unabhängig von ihrem Zusammenhalt und ihrer Freizeitgestaltung eine Wirkung auf verschiedene Gesundheitsindikatoren ausübt. Die Berechnungen wurden exemplarisch für psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Gewaltausübung und Essstörungen durchgeführt.

Betrachtet man zunächst psychische und Verhaltensauffälligkeiten, so wird für beide Geschlechter eine hohe Bedeutung der Familienform ermittelt (Tabelle 8.1). Jungen und Mädchen aus Stieffamilien sind deutlich häufiger von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten

ten betroffen im Vergleich zu denjenigen aus Kernfamilien. Das Aufwachsen in Einelternfamilien ist nur bei Mädchen mit einer signifikant stärkeren Betroffenheit verbunden (Modell 1). Werden zusätzlich die familiären Ressourcen berücksichtigt, so erweist sich insbesondere der familiäre Zusammenhalt als Schutzfaktor vor psychischen und Verhaltensauffälligkeiten. Jungen aus Familien mit starkem Zusammenhalt haben demnach ein um den Faktor 3, Mädchen sogar ein um den Faktor 4 verringertes Risiko, psychisch oder verhaltensauffällig zu sein. Der Einfluss der Familienform ändert sich kaum, so dass den beiden Merkmalen ein voneinander weitgehend unabhängiger Effekt zuzukommen scheint (Modell 2).

Bei der 12-Monats-Prävalenz ausgeübter Gewalt wird für Jungen aus Stieffamilien ein um 1,5-fach erhöhtes Risiko ermittelt (Tabelle 8.2). Bei Mädchen sind die Unterschiede nach der Familienform bereits durch das Einbeziehen des Sozialstatus weitgehend erklärt, sodass sich

Tabelle 8 1

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Familienform und familiären Ressourcen

	Modell 1		Modell 2	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Familienform				
Einelternfamilie	1,49 (0,96–2,32)	2,78 (1,88–4,10)	1,55 (0,98–2,43)	2,55 (1,68–3,86)
Stieffamilie	2,73 (1,84–4,06)	2,33 (1,42–3,82)	2,46 (1,63–3,73)	2,02 (1,20–3,38)
Kernfamilie	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Zusammenhalt				
Hoch			0,34 (0,21–0,56)	0,24 (0,12–0,46)
Mittel			0,38 (0,26–0,54)	0,46 (0,30–0,69)
Niedrig			Ref.	Ref.
Aktive Freizeitgestaltung				
Hoch			0,65 (0,36–1,15)	0,76 (0,45–1,27)
Mittel			0,71 (0,48–1,06)	0,60 (0,38–0,94)
Niedrig			Ref.	Ref.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie

hier keine statistisch bedeutsamen Ergebnisse ergeben (Modell 1). Durch Einbeziehung der Ressourcen ändert sich der Effekt der Familienform kaum. Bei beiden Geschlechtern, jedoch insbesondere bei Mädchen, stellt sich die Ressource »Zusammenhalt« als Schutzfaktor dar. Der familiäre Zusammenhalt hat also ähnlich wie bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten einen starken und von der Familienform unabhängigen Effekt auf die ausgeübte Gewalt in den letzten 12 Monaten.

Für einen Verdacht auf Essstörungen wurden aufgrund der starken altersspezifischen Unterschiede die Berechnungen für die 11- bis 13- und 14- bis 17-jährigen getrennt durchgeführt. Sowohl für Jungen als auch für Mädchen zwischen 11 und 13 Jahren erweist sich das Leben in einer Stieffamilie, nicht aber das Aufwachsen mit nur einem Elternteil als bedeutsam (Modell 1). Nimmt man die familiären Ressourcen hinzu, so ergeben sich für die Jungen kaum Veränderungen des Effektes

der Familienform. Der familiäre Zusammenhalt und die aktive Freizeitgestaltung haben bei Jungen keinen Einfluss auf ein auffälliges Essverhalten. Für die Mädchen ergibt sich ein anderes Bild: Bei Berücksichtigung der familiären Ressourcen ist der Einfluss der Familienform nicht mehr signifikant. Ein starker familiäre Zusammenhalt und eine aktive Freizeitgestaltung hingegen vermindern deutlich das Risiko für einen Verdacht auf Essstörungen. Zumindest ein Teil der nach der Familienform beobachteten Unterschiede kann somit einer geringeren Ausstattung an familiären Ressourcen zugeschrieben werden.⁴

Für die Gruppe der 14- bis 17-jährigen findet sich zunächst kein bedeutsamer Einfluss der Familienform. Von den im zweiten Schritt einbezogenen Ressourcen erweist sich hier lediglich der familiäre Zusammenhalt als Schutzfaktor, wobei bei Jungen nur diejenigen der mittleren Kategorie einen signifikanten Unterschied zu den Familien mit niedrigem Zusammenhalt aufweisen.

Tabelle 8 2
Gewaltausübung (»mindestens einmal in den letzten 12 Monaten«) bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Familienform und familiären Ressourcen

	Modell 1		Modell 2	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Familienform				
Einelternfamilie	1,20 (0,90 – 1,61)	1,28 (0,91 – 1,82)	1,10 (0,83 – 1,46)	1,24 (0,85 – 1,79)
Stieffamilie	1,52 (1,14 – 2,03)	1,32 (0,91 – 1,93)	1,43 (1,01 – 1,91)	1,15 (0,78 – 1,69)
Kernfamilie	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Zusammenhalt				
Hoch			0,40 (0,29 – 0,56)	0,24 (0,14 – 0,40)
Mittel			0,68 (0,54 – 0,87)	0,53 (0,40 – 0,70)
Niedrig			Ref.	Ref.
Aktive Freizeitgestaltung				
Hoch			0,76 (0,54 – 1,07)	0,65 (0,42 – 1,01)
Mittel			0,92 (0,70 – 1,23)	0,62 (0,46 – 0,83)
Niedrig			Ref.	Ref.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie

Tabelle 8 3

Verdacht auf Essstörungen bei 11- bis 13-jährigen Jugendlichen nach Familienform und familiären Ressourcen

	Modell 1		Modell 2	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Familienform				
Einelternfamilie	1,23 (0,77–1,98)	1,10 (0,67–1,78)	1,31 (0,81–2,11)	1,06 (0,63–1,81)
Stieffamilie	1,91 (1,18–3,09)	1,65 (1,06–2,57)	1,89 (1,17–3,07)	1,57 (0,99–2,49)
Kernfamilie	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Zusammenhalt				
Hoch			0,65 (0,40–1,06)	0,44 (0,27–0,71)
Mittel			0,77 (0,49–1,20)	0,48 (0,32–0,72)
Niedrig			Ref.	Ref.
Aktive Freizeitgestaltung				
Hoch			0,80 (0,40–1,60)	0,45 (0,25–0,79)
Mittel			1,39 (0,77–2,51)	0,58 (0,38–0,89)
Niedrig			Ref.	Ref.

OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bei gleichzeitiger Betrachtung der Einflussgrößen; 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

Für den allgemeinen Gesundheitszustand kommt in einer analogen Betrachtung der Familienform keine Bedeutung zu. Betrachtet man zusätzlich die Ressourcen, so zeigt sich für die Mädchen, dass sowohl der familiäre Zusammenhalt als auch die aktive Freizeitgestaltung sich positiv auf die allgemeine Gesundheit auswirken. Bei den Jungen lässt sich dies anhand der ermittelten Ergebnisse lediglich für eine aktive Freizeitgestaltung sagen.

Das Vorliegen der Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) steht für Jungen und Mädchen in einem engen Zusammenhang mit der Familienform; dies beschränkt sich bei Mädchen allerdings auf die Einelternfamilie. Die hier betrachteten weiteren Familienmerkmale haben auf diese Diagnosestellung nur vereinzelt Einfluss: bei den Jungen vermag eine aktive Freizeitgestaltung, bei den Mädchen eine mittelstarke Ausstattung mit der Ressource familiärer Zusammenhalt eine Halbierung des Risikos zu bewirken. Allerdings könnte – wie bei psychischen

und Verhaltensauffälligkeiten – die Wirkungsrichtung auch umgekehrt sein, sodass ADHS über die damit verbundenen Verhaltensproblematiken zu einer Verringerung des Zusammenhalts innerhalb der Familie führen könnte.

Hinsichtlich des Übergewichts wird lediglich für die Jungen ein signifikant erhöhtes Risiko für in Einelternfamilien Lebende ermittelt. Dieser Befund bleibt auch unter Berücksichtigung der familiären Ressourcen stabil. Diese haben bei Jungen keinen statistisch belastbaren Einfluss, während bei Mädchen der familiäre Zusammenhalt eine Verringerung des Risikos, übergewichtig zu sein, bewirkt.

Bei den 14- bis 17-jährigen steht auch das Rauchverhalten in einem Zusammenhang mit der Familienform. Mädchen aus Eineltern- und Stieffamilien sowie Jungen aus Stieffamilien wei-

4 Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist allerdings zu beachten, dass der Effekt für Stieffamilie bei Berücksichtigung der familiären Ressourcen nur sehr knapp nicht mehr signifikant ist.

sen ein gegenüber Kernfamilien erhöhtes Risiko auf, zu rauchen. Diese Unterschiede bleiben auch erhalten, wenn die Ressourcen miteinbezogen werden. Es erweist sich eine mittlere bis hohe Ausstattung mit der Ressource familiärer Zusammenhalt bei beiden Geschlechtern als Schutzfaktor.

Fazit

Die KiGGS-Daten zeigen, dass unabhängig der Familienform, ein Großteil der Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder positiv bewertet. Die Analysen weisen jedoch auch Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Familienformen auf. Besonders deutlich wird dies hinsichtlich der psychischen Gesundheit. So sind Kinder und Jugendliche, die in Eineltern- und Stieffamilien aufwachsen häufiger von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen. Gleiches gilt in Bezug auf einen Verdacht auf Essstörungen und ADHS, wobei für Jungen in dieser Hinsicht noch eine stärkere Betroffenheit in Stieffamilien als in Einelternfamilien festzustellen ist. Unterschiede zeigen sich außerdem in der Gewaltausübung und im Rauchverhalten von Jugendlichen. Die KiGGS-Daten belegen allerdings auch einen protektiven Einfluss familiärer Ressourcen auf die Gesundheit der Heranwachsenden. Für

Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren lässt sich zeigen, dass ein starker familiärer Zusammenhalt und eine aktive Freizeitgestaltung in der Familie mit einem besseren allgemeinen Gesundheitszustand sowie geringeren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit assoziiert sind. Außerdem sind Jugendliche mit einer guten Ausstattung an familiären Ressourcen zu einem geringeren Anteil übergewichtig, sie neigen seltener zu einem starken TV- oder Videokonsum und üben seltener Gewalt aus. In der multivariaten Analyse zeigt sich, dass die Familienform und die familiären Ressourcen häufig unabhängig voneinander einen Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Heranwachsenden ausüben. Zwar verfügen die Jugendlichen aus Eineltern- und Stieffamilien über geringere familiäre Ressourcen, die häufigeren Gesundheitsprobleme in diesen Gruppen lassen sich dadurch aber nicht immer erklären. Die Ergebnisse lassen sich aber auch dahingehend interpretieren, dass ein guter familiärer Zusammenhalt und eine aktive Freizeitgestaltung in allen Familienformen mit einer guten Gesundheit assoziiert ist. Ob die familiären Ressourcen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben oder aber gesundheitliche Probleme der Heranwachsenden sich negativ auf den familiären Zusammenhalt bzw. eine gemeinsame Freizeitaktivität der Familie auswirken, lässt sich mit den im Querschnitt erhobenen Daten der KiGGS-Studie nicht abschließend klären.

9 Zusammenfassung

Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt und verfügt über weit ausgebaute soziale Sicherungssysteme. Trotzdem lässt sich bereits seit längerem eine Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse feststellen. In Bezug auf Kinder und Jugendliche kommt diese unter anderem in der zunehmenden Armutsbetroffenheit und dem nach wie vor starken Zusammenhang zwischen den Bildungschancen und der sozialen Herkunft zum Ausdruck.

Kinder und Jugendliche, die unter sozial benachteiligten Lebensumständen aufwachsen, weisen in zahlreichen Bereichen schlechtere Gesundheitschancen auf. Bisherige Studien belegen dies z. B. für frühe Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen, Unfallverletzungen und Umweltbelastungen, zahnmedizinische Probleme sowie mit Blick auf das Jugendalter auch für die psychosoziale Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten.

Als Datengrundlage für Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurde in der Vergangenheit unter anderem auf Erhebungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen sowie einzelne epidemiologische Studien, wie z. B. die Deutsche Mundgesundheitsstudie oder die WHO-Studie »Health Behaviour in School-aged Children«, zurückgegriffen. Diese sind jedoch in Bezug auf das betrachtete Themen- und/oder Altersspektrum stark fokussiert und erlauben zudem oftmals keine bundesweit repräsentativen Aussagen.

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), der vom Robert Koch-Institut im Zeitraum von Mai 2003 bis Mai 2006 durchgeführt wurde, hat sich die Datenlage erheblich verbessert. Die Studie ist für die bis 17-jährige Bevölkerung in Deutschland repräsentativ und stellt Informationen zu fast allen wichtigen Facetten der gesundheitlichen Situation im Kindes- und Jugendalter bereit. Da auch die Lebensumstände der Heranwachsenden und ihrer Familien ein Themenschwerpunkt waren, ist eine umfassende und differenzierte Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen möglich.

Für den vorliegenden Bericht wurde mit den KiGGS-Daten zunächst der Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation der Heranwachsenden und dem sozialen Status der Herkunftsfamilie analysiert. Zur Ermittlung des sozialen Status wurden Angaben zum Bildungsniveau und zur beruflichen Stellung der Eltern sowie zum Haushaltsnettoeinkommen herangezogen. Anschließend wurden die statusbildenden Merkmale separat betrachtet, um ihre relative Bedeutung für die Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter einschätzen zu können. Dabei wurden mit dem Erwerbsstatus der Eltern und der Familienform zwei weitere, für die Beschreibung der sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen relevante Merkmale berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Analysen weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus in vielen Bereichen geringere Gesundheitschancen haben. Neben dem allgemeinen Gesundheitszustand lässt sich dies insbesondere in Bezug auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Übergewicht und Adipositas, die körperlich-sportliche Aktivität, das Ernährungsverhalten, die Passivrauchbelastung und die Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder (U-Untersuchungen) feststellen. Da häufig auch zwischen Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus signifikante Unterschiede bestehen, kann von einem Statusgradienten der Gesundheitschancen gesprochen werden: Je höher der soziale Status, desto besser sind die Chancen für ein gesundes Aufwachsen. Zu den wenigen Ausnahmen gehören allergische Erkrankungen, die vermehrt bei sozial besser gestellten Kindern und Jugendlichen vorkommen.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Analysen ist, dass die statusbildenden Merkmale Bildungsniveau der Eltern, berufliche Stellung der Eltern sowie Haushaltsnettoeinkommen jedes für sich die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Dies lässt sich z. B. in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand, psychische und Verhaltensauffälligkeiten, die körperlich-sportliche Aktivität sowie die Passivrauchbelastung feststellen. Die relative Bedeu-

tung der Einflussgrößen variiert allerdings mit dem betrachteten Gesundheitsindikator. So zeigt sich bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten ein starker Einkommenseffekt, der den Bildungseffekt überwiegt. Im Hinblick auf Übergewicht und die Passivrauchbelastung hingegen scheint der elterlichen Bildung größere Bedeutung als dem Haushaltseinkommen zuzukommen. Außerdem zeigen sich zum Teil geschlechtsspezifische Unterschiede. Zumindest lässt sich hinsichtlich des Effektes der beruflichen Stellung der Eltern sagen, dass sich dieser in den Gesundheitschancen von Mädchen noch stärker abzeichnet als in den Gesundheitschancen von Jungen.

Relativ schwierig sind die Ergebnisse zum Einfluss des Erwerbsstatus der Eltern auf die Gesundheitschancen der Heranwachsenden zu interpretieren. Zwar weisen Kinder und Jugendliche von erwerbslosen Eltern häufiger Gesundheitsprobleme auf als Gleichaltrige, deren Eltern erwerbstätig sind, diese Unterschiede können aber fast vollständig auf das niedrigere Bildungsniveau ihrer Eltern und das geringere Haushaltseinkommen zurückgeführt werden. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass es mit den KiGGS-Daten nicht möglich ist, die Dauer der Erwerbslosigkeit festzustellen und vor allem Langzeitarbeitslosigkeit der Eltern zu gesundheitsrelevanten Belastungen für die Kinder und Jugendlichen, vermittelt über das Familienklima und den elterlichen Erziehungsstil, führen könnte.

Eindeutiger sind die Ergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Familienform und den Gesundheitschancen der Heranwachsenden. Kinder und Jugendliche in Einelternfamilien und auch in Stieffamilien weisen häufiger Gesundheitsprobleme auf als Gleichaltrige, die mit beiden leiblichen Eltern zusammen leben. Besonders deutlich wird dies im Hinblick auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten, einschließlich dem Verdacht auf Essstörungen und ADHS. Interessant ist dabei, dass Jungen in Stieffamilien häufiger auffäl-

lig sind als Jungen in Einelternfamilien, während es sich bei Mädchen umgekehrt darstellt. Dies weist auf die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Anforderungen in beiden Familienformen hin, die sich unter anderem daraus ergeben, dass es sich bei den allein Erziehenden in der Regel um die Mutter handelt.

Des Weiteren belegen die Analysen der KiGGS-Daten, dass zwischen der gesundheitlichen Situation und der von den Jugendlichen besuchten Schulform ein Zusammenhang besteht. Im Allgemeinen haben Jugendliche, die ein Gymnasium besuchen, bessere Gesundheitschancen als diejenigen, die eine Real- oder Gesamtschule und insbesondere als diejenigen, die eine Hauptschule besuchen. Diese Unterschiede lassen sich in allen Statusgruppen feststellen, d. h. auch Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben eine bessere Gesundheit und verhalten sich gesundheitsbewusster, wenn sie den Sprung aufs Gymnasium schaffen. Die schlechtesten Gesundheitschancen haben die Jugendlichen, bei denen ein niedriger Sozialstatus mit einem Hauptschulbesuch einhergeht.

Darüber hinaus ist auf die Bedeutung des Familienklimas für die Gesundheitschancen der Heranwachsenden zu verweisen. Die stärksten Zusammenhänge treten erneut in Bezug auf die psychische Gesundheit, aber auch im Hinblick auf Gewalterfahrungen zutage. Wie für den Besuch eines Gymnasiums, so zeigt sich auch für eine gute Ausstattung mit familiären Ressourcen, dass sie in allen Statusgruppen mit einer besseren Gesundheit zusammentreffen. Die mit den KiGGS-Daten durchgeführten Analysen zeigen damit nicht nur wichtige Ansatzpunkte für die Definition von Zielgruppen für sozial- und gesundheitspolitische Interventionen auf, sie unterstreichen außerdem den hohen Stellenwert, der einer Stärkung der Ressourcen der Heranwachsenden und ihrer Familien im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter zukommt.

Literaturverzeichnis

- Altgeld T (2006) Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 389–404
- Amato PR (2000) The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family* 62: 1269–1287
- Artelt C, Baumert J, Klieme E et al. (2001) PISA 2000. Zusammenfassung zentraler Befunde. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
- Begerow J, Freier I, Turfeld M et al. (1994) Internal lead and cadmium exposure in 6-year-old children from western and eastern Germany. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 66,243–248
- Bergmann R, Bergmann K, Ellert U et al. (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 670–676
- Bien W, Hartl A, Teubner M (2002) Einführung: Stieffamilien in Deutschland. In: Bien W, Hartl A, Teubner M (Hrsg) *Stieffamilien in Deutschland. Leske+Budrich, Opladen*, S 9–20
- Bohrhardt R (2006) Vom ‚broken home‘ zur multiplen Elternschaft. Chancen und Erschwernisse kindlicher Entwicklung in diskontinuierlichen Familienbiografien. In: Bertram H, Krüger H, Spieß CK (Hrsg) *Wem gehört die Familie der Zukunft? Experten zum 7. Familienbericht der Bundesregierung*. Leske+Budrich, Opladen
- Bos W, Schwippert K, Stubbe TC (2007) Die Kopplung von sozialer Herkunft und Schülerleistung im internationalen Vergleich. In: Bos W et al. (Hrsg) *IGLU 2006. Lesekompetenzen von Grundschulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich*. Münster, S 225–248
- Bolte G (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit von Kindern. Über den Zusammenhang von Indikatoren der sozialen Lage mit immunologischen Parametern und respiratorischen Erkrankungen am Beispiel einer umweltepidemiologischen Studie. S. Roderer Verlag, Regensburg
- Bolte G, Fahlbusch B, Bischof W et al. for the LISA Study Group (2001) Social inequalities in exposures to indoor biocontaminants in early childhood. *Epidemiology* 12: 38–51
- Bolte G, Elvers HD, Schaaf B et al. (2004) Soziale Ungleichheit bei der Belastung mit verkehrsunabhängigen Luftschadstoffen: Ergebnisse der Kinderkohortenstudie LISA. In: Bolte G, Mielck A (Hrsg) *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*. Juventa, Weinheim München, S 175–198
- Bös K (1999) Kinder und Jugendliche brauchen Sport. In: Fessler N et al. (Hrsg) *Gemeinsam etwas bewegen! Sportverein und Schule – Schule und Sportverein in Kooperation*. Hofmann, Schorndorf, S 68–83
- Bös K, Worth A, Opper E et al. (2009) *Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Forschungsreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 5. Nomos Verlag, Baden-Baden
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008) *Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. BMAS, Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) *Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. BMFSFJ, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Forschungsbericht 310*. BMGS, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. BMGS, Berlin
- Corak M, Fertig M, Tamm M (2005) *A Portrait of Child Poverty in Germany*. Unicef – Innocenti Working Paper No. 2005–03, Florenz
- Delekat D, Kis A (2001) *Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin: Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999*. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2004) *Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe. 3*. Eigenverlag, Hamm
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2002) *Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland*. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Sonderband 1. DKFZ, Heidelberg

- Deutsches Krebsforschungszentrum (2005) Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5. DKFZ, Heidelberg
- Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A (2007) Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 711–717
- Ellsäßer G, Diepgen TL (2002) Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (<15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45(3): 267–276
- Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 800–809
- Frank A (2002) Essstörungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- Franz M, Lense H (2003) Allein erziehend – allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungsstichprobe. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 49: 115–138
- Geyer S, Peter R (1998) Unfallbedingte Krankenhausaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status. Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK. Gesundheitswesen 60: 493–499
- Geyer S, Peter R, Siegrist J (2002) Socioeconomic differences in children's and adolescent's hospital admissions in Germany: a report based on health insurance data selected on diagnostic categories. Journal of Epidemiology and Community Health 56: 109–114
- Gloger-Tippelt G, König L (2003) Die Einelternfamilien aus der Perspektive von Kindern. Entwicklungspsychologisch relevante Befunde unter besonderer Berücksichtigung der Bindungsforschung. In: Fegert JM, Ziegenhain U (Hrsg) Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland. Beltz Verlag, Weinheim Basel Berlin
- Gloger-Tippelt G, Vetter J (2005) Ein kleiner Unterschied. Geschlechtstypische schulische Entwicklung aus der Sicht von Müttern und ihren 8- bis 9-jährigen Töchtern und Söhnen. In: Alt C (Hrsg) Kinderleben – Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen, 2, Wiesbaden
- Grabka M, Krause P (2005) Einkommen und Armut von Familien und älteren Menschen. DIW Wochenbericht 72(9): 155–162
- Grabka M, Frick JR (2010) Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. Wochenbericht des DIW 77: 2–11
- Grundmann M, Huinink J, Krappmann L (1994) Familie und Bildung. Empirische Ergebnisse und Überlegungen zur Frage der Beziehung von Bildungsbeteiligung, Familienentwicklung und Sozialisierung. In: Büchner P, Grundmann M, Huinink J et al. (Hrsg) Kindliche Lebenswelten, Bildung und innerfamiliäre Beziehungen. Materialien zum 5. Familienbericht, Band 4. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S 41–104
- Hagen C, Kurth BM (2007) Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. Aus Politik und Zeitgeschichte 42: 25–31
- Hock B, Holz G, Simmedinger R et al. (2000) Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Abschlussbericht zur Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt. ISS-Eigenverlag, Frankfurt a. M.
- Hoffmann A, Brandt R, Schlicht W (2006) Körperliche Bewegung. In: Lohaus A, Jerusalem M, Klein-Heßling J (Hrsg) Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Hogrefe, Göttingen, S 201–219
- Hoffmeyer-Zlotnik J, Geis A (2003) Berufsklassifikation und Messung des beruflichen Status/Prestige. ZUMA-Nachrichten 52: 125–138
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 784–793
- Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 794–799
- Holz G (2005) Frühe Armutserfahrungen und ihre Folgen – Kinderarmut im Vorschulalter. In: Zander M (Hrsg) Kinderarmut. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 87–109
- Hurrelmann K (2000) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag, Weinheim München
- Hurrelmann K (2005) Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa, Weinheim München

- Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38: 21–37
- IfK (2005) Struktur und Gründe des Verzichts der Kindertagesbetreuung in Brandenburg. Studie des Instituts für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung an der Universität Potsdam (IfK). Potsdam: IfK
- Institut der Deutschen Zahnärzte (2006) Vierte Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Kurzfassung. Druckhaus Boeken, Leverkusen
- Janßen C, Grosse Frie K, Ommen O (2006) Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 141–155
- Jöckel KH, Babitsch B, Bellach BM et al. (1998) Messung und Quantifizierung soziodemografischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (Hrsg) *Messung soziodemografischer Merkmale in der Epidemiologie*. RKI-Schriften 1/1998, MMV Medizin Verlag, München, S 7–38
- Joos M (2001) Die soziale Lage der Kinder. Sozialberichterstattung über die Lebensverhältnisse von Kindern in Deutschland. Juventa, Weinheim München
- Jungbauer-Gans M, Kriwy P (2004) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 718–727
- Kamtsiuris P, Bergmann KE, Dippelhofer A (2002) Der Pretest des Kinder- und Jugendgesundheits surveys: Methodische Aspekte und Durchführung. *Gesundheitswesen* 64 (S1): 99–106
- Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007a) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 547–556
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U et al. (2007b) Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 686–700
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007c) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 836–850
- Klocke A, Becker U (2003) Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) *Jugendgesundheits survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO*. Juventa Verlag, Weinheim München, S 183–239
- Klocke A (2004) Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. VS Verlag, Wiesbaden, S 85–96
- Klocke A, Lampert T (2005) Armut bei Kindern und Jugendlichen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 4. RKI, Berlin
- Krämer U, Lemmen C, Bartusel E et al. (2006) Current eczema in children is related to Der f 1 exposure but not to Der p 1 exposure. *British Journal of Dermatology* 154: 99–105
- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M et al. (2001) Perzentile des Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 807–818
- Kuh D, Ben-Shlomo Y (1997) *A life-course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford University Press, Oxford New York Tokio
- Kurth BM (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 533–546
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 736–743

- Lampert T, Kröll L (2006) Messung des sozioökonomischen Status in sozialempidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Theorien, Konzepte und Methoden*. VS Verlag, Wiesbaden, S 297–319
- Lampert T, Richter M (2006) *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen*. Gesundheitliche Ungleichheit. Theorien, Konzepte und Methoden. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 199–220
- Lampert T, Mensink GBM, Romahn N et al. (2007a) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 634–642
- Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007b) Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 643–652
- Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 600–608
- Lampert T (2008) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Deutsches Ärzteblatt 105: 265–271
- Lampert T (2010) *Gesundheitliche Ungleichheit: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu?* In Hackauf H, Ohlbrecht H (Hrsg) *Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick*. Juventa Verlag, Weinheim München, S 44–65
- Landesgesundheitsamt Brandenburg (2005) *Schul eingangsuntersuchungen 2005 im Land Brandenburg*. Landesergebnisse. LGA, Wünsdorf
- Landesgesundheitsamt Brandenburg (2007) *Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg*. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung 5. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg, Potsdam
- Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007a) Messung soziodemografischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 578–589
- Lange C, Schenk L, Bergmann R (2007b) *Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland*. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 624–633
- Lehmann R, Peek R, Gänsfuß R (1997) *Aspekte der Lernausgangslage von Schülerinnen und Schülern der fünften Klassen an Hamburger Schulen*. Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Amt für Schule, Hamburg
- Maccoby E, Martin JA (1983) Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Hetherington EM (ed) *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* Vol. 4. Wiley, New York, S 1–102
- Mensink G, Burger M (2004) Was isst du? Ein Verzehrsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 219–226
- Mensink GBM, Bauch A, Vohmann C et al. (2007a) *EsKiMo – Das Ernährungsmodul im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 902–908
- Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007b) *Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 609–623
- Meyer I, Heinrich J, Trepka MJ et al. (1998) The effect of lead in tap water on blood lead in children in a smelter town. *Science of the total environment* 209: 255–271
- Meyer C, Reiter S, Siedler A et al. (2002) *Über die Bedeutung von Schutzimpfungen*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45: 323–331
- Mielck A (2000) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2002) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen*. Landesgesundheitsbericht 2002
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren (2006) *Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein im Jahr 2006*. Kiel

- Opper E, Worth A, Wagner M et al. (2007) Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS): Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 879–888
- Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 851–862
- Poethko-Müller C, Lampert T (2009) Impfen und soziale Ungleichheit. In: *Public Health Forum*
- Pott E, Lang P, Töppich J (2003) Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 46: 150–155
- Prenzel M, Baumert J, Blum W et al. (2004) PISA 2003. Der Bildungsstand der Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs. Waxmann, Münster
- Prenzel M, Artelt C, Baumert J et al. (2007) PISA 2006. Die Ergebnisse der dritten internationalen Vergleichsstudie. Waxmann, Münster
- Proksch R (2002) Begleitforschung zur Umsetzung der Neuregelungen zur Reform des Kindschaftsrechts. Schlussbericht. Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz, AZ: 3003/2-7p-5-Ri 0067/98. Bonn
- Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 810–818
- Ravens-Sieberer U, Thomas C, Erhart M (2003) Körperliche, psychische und soziale Ungleichheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) *Jugendgesundheits survey*. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO. Juventa Verlag, Weinheim München, S 19–98
- Richter M (2005) Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Richter M, Hurrelmann K, Klocke A et al. (2008) *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Juventa, Weinheim München
- Richter M, Lampert T (2007) Adolescent smoking behaviour: The role of socioeconomic status, peer and school context. *Archives of Public Health* 66: 69–87
- Robert Koch-Institut (2004) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (2007) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. RKI, Berlin
- Rosenbrock R, Kümpers S (2006) Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit*. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 371–388
- Sallis JF, Owen N (1998) *Physical activity and behavioural medicine*. Sage, Thousand Oaks
- Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 653–658
- Schlack R, Hölling H (2007) Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 819–826
- Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) Die Prävalenz des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 827–835
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50(5/6): 701–710
- Schneewind KA (1988) Die Familienskalen (FKS). In: Cierpka M (Hrsg) *Familiendiagnostik*. Springer Verlag, Berlin, S 232–255
- Schneider S, Maul H, Freerksen N et al. (2008) Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health* 122(11): 1210–1216
- Schulze A, Lampert T (2006) *Bundes-Gesundheits survey*. Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. RKI, Berlin

- Seifert B (2002) Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und Auswirkungen sozialer Benachteiligung. Ein Literaturbericht. In: Hackauf H, Seifert B, Beck I et al. (Hrsg) Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. Materialien zum elften Kinder- und Jugendbericht, Band 4. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S 87–173
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2006) Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Spezialbericht 2006 (1) Berlin
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2007) Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Spezialbericht 2007 (1) Berlin
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2000) Kindergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart
- Starker A, Lampert T, Worth A et al. (2007) Motorische Leistungsfähigkeit – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 775–783
- Statistisches Bundesamt (2006) Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus »Leben in Europa« für Deutschland 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2006) Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008) Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Stecher L (2001) Die Wirkung sozialer Beziehungen. Weinheim München
- Strachan DP, Butland BK, Anderson RH (1996) Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort. *BMJ* 312: 1195–1199
- US Department of Health and Human Services (1996) Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Centers of Disease Control and Prevention. CDC, Atlanta
- Walper S (1999) Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern. In: Lепенies A et al. (Hrsg) Kindliche Entwicklungspotentiale. Normalität, Abweichung und ihre Ursachen. DJI, München, S 291–360
- Walper S (2003) Kontextmerkmale gelingender und misslingender Entwicklung von Kindern in Einelternfamilien. In: Fegert JM, Ziegenhain U (Hrsg) Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland. Beltz Verlag, Weinheim Basel Berlin, S 148–166
- Wendt EV, Walper S (2007) Entwicklungsverläufe von Kindern in Ein-Eltern- und Stieffamilien. In: Alt C (Hrsg) Kinderleben – Start in die Grundschule. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 211–242
- Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 61 (S2): 178–183

The great majority of children and young people grow up healthy in Germany. However, health problems and risk factors such as behavioural problems, eating disorders, obesity and lack of exercise are more common among adolescents from socially disadvantaged families. These are some of the findings of this report, which is based on data from the Robert Koch Institute's National Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents. In addition to a comprehensive description of the state of health and health-related behaviour of children and young people as a function of social status, answers are given on three more in-depth questions: How do the parents' income situation and employment status affect health prospects in childhood and adolescence? How important is young people's parental education and school education in this context? To what extent is a child's or adolescent's health situation determined by the family constellation and the family's resources?

In Deutschland wächst die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen gesund auf. Gesundheitsprobleme und Risikofaktoren, wie z.B. Verhaltensauffälligkeiten, Essstörungen, Adipositas oder Bewegungsmangel, sind verstärkt bei Heranwachsenden aus sozial benachteiligten Familien festzustellen. Dies zeigt der vorliegende Beitrag auf Basis von Daten des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys des Robert Koch-Instituts. Neben einer umfassenden Beschreibung des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen nach dem sozialen Status, werden Ergebnisse zu drei vertiefenden Fragestellungen berichtet: Wie wirkt sich die Einkommenssituation und der Erwerbsstatus der Eltern auf die Gesundheitschancen in jungen Jahren aus? Welche Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der elterlichen Bildung und der Schulbildung der Heranwachsenden zu? Inwieweit wird die gesundheitliche Situation im Kindes- und Jugendalter durch die Familienkonstellation und die familiären Ressourcen bestimmt?

