



Kernaussagen

- ▶ Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf.
- ▶ Mit Blick auf im Kindes- und Jugendalter häufig auftretende körperliche Erkrankungen sind nur geringe Unterschiede nach dem sozialen Status festzustellen.
- ▶ Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe haben ein erhöhtes Risiko für einen beeinträchtigten allgemeinen Gesundheitszustand und für psychische Auffälligkeiten.
- ▶ Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen und andere verhaltensbezogene Risiken sind in der niedrigen Statusgruppe stärker verbreitet.
- ▶ Ein niedriger Sozialstatus geht mit einer geringeren Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder und der zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen einher.
- ▶ Die statusspezifischen Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellen hohe Anforderungen an die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung.

1/2015 6. Jahrgang

Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?

Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt und verfügt über ein gut ausgebautes Sozialversicherungssystem. Gleichwohl wachsen Kinder und Jugendliche auch hierzulande unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen auf. Einen Ausdruck erfährt dies darin, dass etwa 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, d. h. in Haushalten leben, die über weniger als 60 % des mittleren gesellschaftlichen Einkommens verfügen. Damit lebt fast ein Fünftel der heranwachsenden Bevölkerung im Alter bis 18 Jahre in Armut oder ist durch Armut bedroht (Der Paritätische Gesamtverband 2015; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2015). Hinzuweisen ist zudem auf den engen Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und den Bildungschancen. Der Einfluss des Elternhauses lässt sich bereits am Besuch von Kindertagesstätten festmachen und tritt an den nachfolgenden Übergängen im Bildungssystem, insbesondere dem Wechsel auf eine weiterführende Schule und dem Zugang zu Fachhochschulen und Universitäten, noch stärker zutage (Krüger et al. 2011; Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2014).

Die soziale Ungleichheit der Lebensbedingungen und Teilhabechancen spiegelt sich in der Gesundheit der heranwachsenden Generation wider. Bereits frühe Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen werden vermehrt bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien festgestellt (Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2013; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2013). Gleiches gilt für psychische Auffälligkeiten und psychosomatische Beschwerden (Richter 2005; Lampert 2011). Mit Blick auf das Gesundheitsverhalten ist unter anderem zu beobachten, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche seltener Sport treiben, sich ungesünder ernähren und zu einem größeren Anteil übergewichtig sind (Lampert, Kurth 2007; RKI 2010). Außerdem rauchen sie häufiger und sind in stärkerem Maße Passivrauchbelastungen ausgesetzt (Lampert 2008). Diese Forschungsergebnisse sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass Gesundheitsbeeinträchtigungen und -risiken, die bereits in frühen Jahren auftreten, oftmals langfristige Auswirkungen haben und noch im mittleren und höheren Lebensalter die Gesundheitschancen beeinflussen können (Dragano et al. 2010; Lampert 2010).

Eine wichtige Datengrundlage zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Heranwachsenden stellt die »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS) dar (Kurth 2007; Kurth et al. 2008). An der Basiserhebung der Studie, die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) durchgeführt wurde, haben in den Jahren 2003 bis 2006 mehr als 17.000 Kinder und Jugendliche in ganz Deutschland

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 1)

Datenhalter:	Robert Koch-Institut
Ziele:	Bereitstellung aktueller Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends, längsschnittliche Betrachtungen
Erhebungsmethode:	Computerunterstützte telefonische Befragung (CATI)
Grundgesamtheit:	0- bis 17-jährige Bevölkerung Deutschlands (Querschnitt- und Trendanalysen)
Stichprobe:	12.368 (Querschnitt, Trend)
Response:	38,8% (Ersteingeladene) bzw. 72,9% (Wiedereingeladene)
Untersuchungszeitraum:	Juni 2009 bis Juni 2012

Mehr Informationen unter www.kiggs-studie.de

teilgenommen. Da die Studienteilnehmer, die zwischen 0 und 17 Jahre alt waren, in eigens dafür eingerichteten Studienzentren sowohl befragt als auch körperlich untersucht wurden, konnten umfassende Informationen zur körperlichen, psychischen und psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gewonnen werden. Dass der soziale Status einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Situation im Kindes- und Jugendalter hat, war ein zentrales Ergebnis der KiGGS-Basiserhebung. Besonders auffällig war, dass sich der Einfluss des sozialen Status in fast allen relevanten Entwicklungs- und Gesundheitsbereichen im Kindes- und Jugendalter bemerkbar machte (RKI, BZgA 2008; RKI 2010; Lampert 2011).

Mittlerweile wird die KiGGS-Studie als Längsschnittstudie fortgeführt (Lange et al. 2014). Dazu hat das RKI in den Jahren 2009 bis 2012 eine erste telefonische Folgebefragung realisiert (KiGGS Welle 1), zu der alle Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung eingeladen wurden. Um auch mit den Daten der neuerlichen Erhebung Aussagen über Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren treffen zu können, wurde für diese Altersgruppe eine neue Stichprobe gezogen. Insgesamt nahmen damit 16.447 Mädchen und Jungen im Alter von 0 bis 24 Jahren an KiGGS Welle 1 teil. Für die Altersspanne der 0- bis 17-Jährigen stehen Informationen zu 12.368 Mädchen und Jungen zur Verfügung.

Die ersten Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 wurden im Sommer 2014 in einem Schwerpunktheft der Fachzeitschrift Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (Band 57, Heft 7) veröffentlicht. Zum Teil wurden in den Beiträgen, die spezifische Themen der Kinder- und Jugendgesundheit behandelten, bereits Zusammenhänge mit dem sozialen Status berichtet. Das gleiche gilt für die themenbezogenen KiGGS-Faktenblätter, die in regelmäßigen

Abständen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlicht werden (RKI 2015a). Das Ziel der vorliegenden GBE kompakt Ausgabe ist es, auf Grundlage einer zusammenfassenden und erweiterten Ergebnisdarstellung zu zeigen, welche Bedeutung dem sozialen Status für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zukommt. Dazu werden zahlreiche Indikatoren zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und assoziierten Risikofaktoren sowie zur gesundheitsbezogenen Versorgung betrachtet. Da es sich bei KiGGS Welle 1 um eine telefonische Befragung handelt, werden zum Teil auch Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung, die neben Befragungen auch Untersuchungskomponenten beinhalten und umfassendere Erhebungen ermöglichte, einbezogen. Andernfalls könnten zu einzelnen, aus Public Health-Sicht relevanten Themen, wie z. B. der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas, keine oder zumindest nicht gleichermaßen verlässliche Aussagen getroffen werden.

Die Ergebnisdarstellung basiert auf Prävalenzen (relativen Häufigkeiten in Prozent), die für die drei Statusgruppen separat ausgewiesen werden. Im Anhang finden sich Ergebnistabellen, denen die 95%-Konfidenzintervalle zu den im Text genannten Prävalenzen entnommen werden können (Tabellen 1–3). Außerdem sind dort altersadjustierte Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen angegeben, die zum Ausdruck bringen, um welchen Faktor die statistische Chance des Auftretens des jeweils betrachteten Gesundheitsoutcomes in der niedrigen bzw. mittleren Statusgruppe im Verhältnis zur hohen Statusgruppe, die als Referenzkategorie definiert wurde, erhöht ist. Repräsentative Aussagen sind möglich, weil alle Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt wurden, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2010) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnregion, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildungsstand des Haushaltsvorstandes korrigiert (Lange et al. 2014).

Definition und Messung des sozialen Status

Der soziale Status beschreibt die Position in der sozialen Hierarchie bzw. auf der sozialen Stufenleiter. Ein niedriger bzw. hoher Sozialstatus ist mit eher benachteiligten bzw. begünstigten Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen verbunden (Hradil 2001; Lampert, Kroll 2009). In der KiGGS-Studie wird der soziale Status mehrdimensional gemessen und dazu auf Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, zu ihrer beruflichen Stellung und zum bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen zurückgegriffen.

Unter Verwendung eines an anderer Stelle ausführlich beschriebenen Algorithmus wird zunächst ein Statusindex berechnet, um anschließend drei Statusgruppen abzugrenzen, wobei die niedrige und hohe Statusgruppe jeweils rund 20% und die mittlere Statusgruppe 60% der Studienpopulation umfasst (Lampert et al. 2014a).

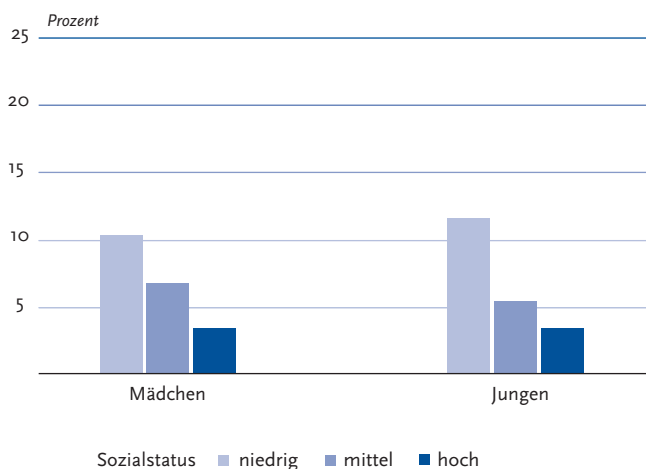
Körperliche und psychische Gesundheit

Allgemeiner Gesundheitszustand

Um Aussagen über den allgemeinen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen treffen zu können, wird in vielen Gesundheitssurveys die subjektive Einschätzung der Eltern oder der Heranwachsenden selbst erhoben. Das subjektive Gesundheitsurteil spiegelt nicht nur vorhandene Krankheiten und Beschwerden wider, sondern basiert auch auf Wahrnehmungen und Bewertungen der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Erhart et al. 2009). Studien zeigen zudem, dass die subjektive Einschätzung der Gesundheit das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beeinflusst (Vingilis et al. 2007; Foti, Eaton 2010).

In KiGGS Welle₁ wurde die Einschätzung der Eltern zum allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder sowie die Selbsteinschätzung von den 11- bis 17-Jährigen erhoben (Lampert et al. 2014a). Die Eltern wurden entsprechend einer von der WHO empfohlenen Formulierung (De Bruin et al. 1996) gefragt: »Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?«. Für die Befragung der Kinder wurde die Frageformulierung entsprechend angepasst. Als Antwortmöglichkeiten wurden jeweils vorgegeben: »sehr gut«, »gut«, »mittelmäßig«, »schlecht«, »sehr schlecht«. Geht man von den Elternangaben aus, dann haben 51,7% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren einen sehr guten und weitere 42,0% einen guten allgemeinen Gesundheitszustand. Nur bei 6,3% der Heranwachsenden wird die Gesundheit von den Eltern als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beschrieben. Der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen ist in dieser Hinsicht gering (6,5% gegenüber 6,1%).

Abbildung 1
Allgemeiner Gesundheitszustand (»mittelmäßig« bis »sehr schlecht«) bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus
Datenquelle: KiGGS Welle₁ (2009–2012)



Eltern mit niedrigem Sozialstatus schätzen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder am häufigsten als nur mittelmäßig bis sehr schlecht ein. Dies zeigt sich sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen. Da sich auch in der Einschätzung der Eltern aus der mittleren und hohen Statusgruppe deutliche Unterschiede abzeichnen, kann mit Blick auf den allgemeinen Gesundheitszustand von einem »sozialen Gradienten« gesprochen werden: Je niedriger der Sozialstatus der Familie, desto häufiger wird der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder als nur mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beurteilt (Abbildung 1).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde in KiGGS Welle₁ der KIDSCREEN-10-Fragebogen eingesetzt, der Angaben zum körperlichen und psychischen Wohlbefinden, zu den Beziehungen zu den Eltern und Freunden sowie zum schulischen Wohlbefinden macht (Ellert et al. 2014). Ausgehend von den Antworten auf zehn Einzelfragen wurde ein Index gebildet, dann wurden die Indexwerte in T-Werte (Mittelwert 50, Standardabweichung 10) transformiert. Legt man die Selbstangaben der Jugendlichen zugrunde, weist die große Mehrheit von ihnen eine sehr gute oder gute gesundheitsbezogene Lebensqualität auf. Mädchen und Jungen unterscheiden sich kaum in ihren Einschätzungen. Eine Ausnahme stellen Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren dar, die ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität besser einschätzen als gleichaltrige Mädchen. Insgesamt betrachtet hat der soziale Status weder bei Mädchen noch bei Jungen einen bedeutsamen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Unterschiede zuungunsten der niedrigen Statusgruppe zeigen sich jedoch, wenn die 11- bis 13-Jährigen separat betrachtet werden (Ellert et al. 2014).

Körperliche Erkrankungen

Körperliche Erkrankungen wurden in KiGGS Welle₁ mittels verschiedener Instrumente erhoben. Die Eltern der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurden unter anderem gefragt, ob ihr Kind eine oder mehrere lang andauernde, chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme hat (Neuhauser et al. 2014). Nach Angaben der Eltern trifft dies auf insgesamt 16,2% der 0- bis 17-Jährigen zu, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (17,9% gegenüber 14,3%). Im Vergleich zwischen den Heranwachsenden aus der niedrigen und hohen Statusgruppe sind keine bedeutsamen Unterschiede festzustellen. Mädchen aus der mittleren Statusgruppe haben aber etwas häufiger als Mädchen aus der hohen Statusgruppe mit lang andauernden, chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen zu tun.

In KiGGS Welle₁ wurden darüber hinaus Informationen zu ausgewählten chronischen und impfpräventablen Erkrankungen erhoben (Neuhauser et al. 2014). Dazu zählen die allergischen Erkrankungen Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis, die bei Kindern und Jugendlichen häufig auftreten und Beeinträchtigungen der gesundheits-

bezogenen Lebensqualität nach sich ziehen können (Jernelöv et al. 2013; Schmitz et al. 2014). Asthma bronchiale ist bei 6,3 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren schon einmal vorgekommen und bei 4,1 % auch in den letzten 12 Monaten aufgetreten. Heuschnupfen und Neurodermitis sind noch stärker verbreitet, was sich sowohl an der Lebenszeitprävalenz (12,6 % bzw. 14,3 %) als auch an der 12-Monats-Prävalenz (9,1 % bzw. 6,0 %) ablesen lässt. Asthma bronchiale und Heuschnupfen treten bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen, während sich hinsichtlich des Vorkommens der Neurodermitis keine geschlechtsspezifischen Unterschiede beobachten lassen.

Die Analysen unter Berücksichtigung des sozialen Status zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus der hohen Statusgruppe häufiger von Neurodermitis betroffen sind als Heranwachsende aus der mittleren und niedrigen Statusgruppe. Dagegen lässt sich feststellen, dass Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe vermehrt mit Asthma bronchiale zu tun haben. Statistisch bedeutsam ist dieser Unterschied aber nur bei Betrachtung der 12-Monats-Prävalenz.

Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 sprechen zudem für ein verstärktes Auftreten von Masern bei Kindern und Jugendlichen der niedrigen Statusgruppe. Auch die Heranwachsenden aus der mittleren Statusgruppe sind häufiger betroffen als diejenigen aus der hohen Statusgruppe. Windpocken hingegen treten in der niedrigen Statusgruppe seltener auf als in der hohen Statusgruppe. Bezüglich der Verbreitung von Keuchhusten zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Statusgruppen. Als weitere Erkrankungen wurden in KiGGS Welle 1 Epilepsie, Fieberkrampf, Migräne, Herzkrankheit und Diabetes untersucht (Neuhauser et al. 2014). Zu diesen Erkrankungen, die weitaus seltener auftreten als die zuvor genannten, liegen bislang aber keine Analysen zu statusspezifischen Unterschieden vor.

Im Rahmen der KiGGS-Basiserhebung wurde eine noch umfassendere Liste der Krankheiten des Kindes- und Jugendalters erhoben (Kamtsiuris et al. 2007; Schlaud et al. 2007). Mit Bezug auf eine Vielzahl akuter und chronischer Erkrankungen wurden die Eltern gefragt, ob diese bei den Kindern jemals aufgetreten sind, ob dies auch in den letzten 12 Monaten der Fall war und gegebenenfalls wie häufig die Kinder mit den Erkrankungen zu tun hatten. Für die meisten akuten Erkrankungen konnte in der KiGGS-Basiserhebung kein Zusammenhang zum sozialen Status festgestellt werden. Ausnahmen waren in Übereinstimmung mit KiGGS Welle 1 Windpocken, die etwas häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus der hohen Statusgruppe vorkamen. Gleiches galt für Erkältungen, Bindehautentzündungen und Scharlach. Von Masern und Angina hingegen waren die Heranwachsenden aus der niedrigen Statusgruppe vermehrt betroffen. Bezüglich chronischer Erkrankungen konnte einzig für Neurodermitis und Skoliose ein Einfluss des sozialen Status festgestellt werden. Beide Erkrankungen traten bei Kindern und Jugendlichen aus der hohen Statusgruppe verstärkt auf.

Unfallverletzungen

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen stellen im Kindes- und Jugendalter den häufigsten Grund für eine Krankenhauseinweisung und die mit Abstand bedeutendste Todesursache dar (Varnaccia et al. 2014). Aus Public Health-Sicht kommt der Unfallprävention daher eine große Bedeutung zu – nicht zuletzt aufgrund der potenziellen Vermeidbarkeit zahlreicher Unfälle (BAG 2007; Saß et al. 2014).

KiGGS Welle 1 ermöglicht eine umfassende Beschreibung des Unfallgeschehens bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, wobei der Schwerpunkt der Erhebung auf Unfallverletzungen lag, die in den letzten 12 Monaten vorkamen und ärztlich behandelt werden mussten. Gefragt wurde in diesem Zusammenhang auch nach dem Unfallort, dem Unfallhergang und der Dauer einer etwaigen Krankenhausbehandlung (Saß et al. 2014).

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung haben 15,5 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 1 bis 17 Jahren mindestens eine behandlungsbedürftige Unfallverletzung erlitten, wobei Jungen mit 17,0 % etwas häufiger betroffen waren als Mädchen mit 14,0 %. Von den Kindern und Jugendlichen, die eine behandlungsbedürftige Verletzung hatten, mussten 12,3 % mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbringen (Mädchen: 13,5 %, Jungen: 11,4 %).

Bezüglich des Unfallgeschehens in den vergangenen 12 Monaten sind keine Unterschiede zwischen den Statusgruppen zu beobachten. Auch hinsichtlich der Orte, an denen die Unfälle passierten, sind keine Unterschiede festzustellen. Bei allen Statusgruppen treten Unfälle am häufigsten zu Hause auf, gefolgt von Betreuungs-/Bildungseinrichtungen und Spielplätzen/Sportstätten. Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe werden aber, wenn sie verunfallen, zu einem größeren Anteil und auch länger im Krankenhaus behandelt als die Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe (Saß et al. 2014).

Die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung weisen darüber hinaus auf statusspezifische Unterschiede bezüglich der ergriffenen Maßnahmen zum Schutz vor Unfällen hin. Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus tragen zu 62,7 % beim Fahrradfahren einen Helm im Vergleich zu 46,3 % der Gleichaltrigen aus der niedrigen Statusgruppe. Hinsichtlich der Verwendung von Protektoren beim Inlineskaten finden die statusspezifischen Unterschiede mit 83,1 % gegenüber 61,9 % einen ebenso deutlichen Ausdruck (Kahl et al. 2007; RKI, BZgA 2008).

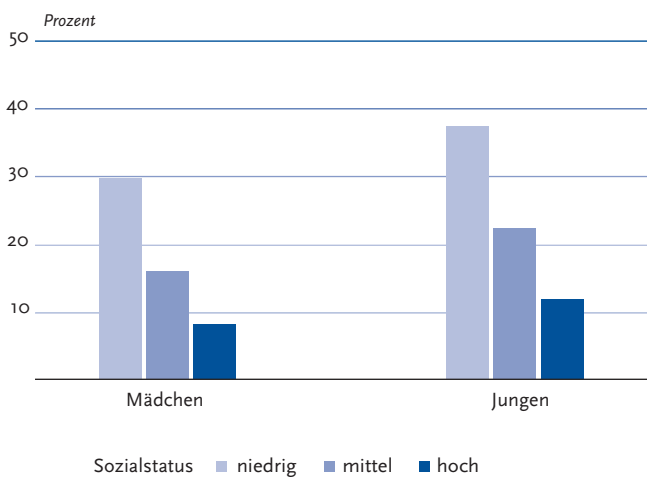
Psychische Auffälligkeiten

Zu den Bereichen der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, die in den letzten Jahren verstärkte Aufmerksamkeit erfahren, gehören psychische Auffälligkeiten. Psychische Auffälligkeiten gehen oftmals mit Beeinträchtigungen der Alltagsgestaltung und der sozialen Kontakte einher und können die Entwicklungschancen der Heranwachsenden, z. B. in Bezug auf die schulische und berufliche Ausbildung, einschränken (Hölling et al. 2007).

In KiGGS Welle₁ wurde zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten der »Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)« eingesetzt, ein Screening-Instrument, das unter anderem Hinweise auf emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen liefert (Goodman 1997). Aus den Informationen zu diesen vier Bereichen kann ein Gesamtproblemwert errechnet werden. Kinder und Jugendliche, die sich im Gesamtproblemwert anhand der Cut-off-Werte einer deutschen Normstichprobe (Woerner et al. 2002) als grenzwertig auffällig oder auffällig klassifizieren lassen, werden zu einer Risikogruppe zusammengefasst (Hölling et al. 2014).

Abbildung 2
Psychische Auffälligkeiten bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus

Datenquelle: KiGGS Welle 1 (2009–2012)



Demnach ist bei 20,2% der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen von einem Risiko für psychische Auffälligkeiten auszugehen, bei Jungen mit 23,4% noch häufiger als bei Mädchen mit 16,9%. Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe sind zu einem Drittel der Risikogruppe zuzurechnen, während dies auf ein Fünftel der Heranwachsenden aus der mittleren und ein Zehntel derer aus der hohen Statusgruppe zutrifft (33,5%, 19,0%, 9,8%). Dieser soziale Gradient tritt bei Mädchen und Jungen gleichermaßen zutage (Abbildung 2).

Zur Feststellung einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann neben den Angaben aus dem SDQ-Fragebogen auch auf Angaben der Eltern zu einer bei ihrem Kind von einem Arzt oder Psychologen gestellten Diagnose zurückgegriffen werden (Schlack et al. 2014). Bei 5,0% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren ist jemals ADHS diagnostiziert worden. Auf Jungen trifft dies mit 8,0% deutlich häufiger zu als auf Mädchen mit 1,7%. Wie bei der Verbreitung psychischer Auffälligkeiten insgesamt, sind auch in Bezug auf die Lebenszeitprävalenz von ADHS deutliche soziale Unterschiede festzustellen. Bei Kindern und Jugendlichen aus der niedrigen Statusgruppe

beträgt diese 8,1%. Die Vergleichswerte für die Heranwachsenden aus der mittleren und hohen Statusgruppe betragen 4,5% bzw. 3,0%.

Essstörungen stellen eine eigene Untergruppe innerhalb der psychischen und Verhaltensstörungen dar. Auch wenn sich hinter dem Begriff der »Essstörung« unterschiedliche Krankheitsbilder wie Anorexia oder Bulimia nervosa verbergen, so ist ihnen doch gemeinsam, dass für die Betroffenen aus der unmittelbaren Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme ein Problem mit häufig schwerwiegenden körperlichen, psychischen und sozialen Folgen geworden ist (Gerlinghoff, Backmund 2006). Mit dem im Rahmen der KiGGS-Basiserhebung eingesetzten Screening-Instrument (SCOFF-Fragebogen) lassen sich Anhaltspunkte für ein essgestörtes Verhalten identifizieren (Hölling, Schlack 2007). Von den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen zeigten insgesamt 21,9% Symptome von Essstörungen, Mädchen mit 28,9% deutlich häufiger als Jungen mit 15,2%. Insgesamt waren Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus fast doppelt so häufig betroffen wie jene aus der hohen Statusgruppe (27,6% gegenüber 15,6%). Die sozialen Unterschiede traten bei Mädchen und Jungen ähnlich deutlich hervor (Hölling, Schlack 2007).

Gewalterfahrungen

In der KiGGS-Basiserhebung wurden die 11- bis 17-jährigen Jugendlichen auch zu Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten befragt. Gewalterfahrungen gehören zu den schwerwiegendsten Risikofaktoren der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter, und zwar sowohl im Hinblick auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit (Schlack, Hölling 2007). Zu unterscheiden ist dabei zwischen Täter- und Opfererfahrungen, wenngleich nicht wenige Täter auch Opfer von Gewalthandlungen sind und umgekehrt. Nach den Daten der KiGGS-Basiserhebung haben rund ein Viertel der Jugendlichen innerhalb der letzten 12 Monate Gewalterfahrungen gemacht. Mit 32,4% gegenüber 17,5% lag dieser Anteil bei Jungen fast doppelt so hoch wie bei Mädchen. Die nach Sozialstatus differenzierten Analysen machen deutlich, dass Mädchen und Jungen mit niedrigem Sozialstatus nicht nur häufiger Gewalt ausgeübt haben als Gleichaltrige aus der hohen Statusgruppe, sondern auch häufiger Opfer von Gewalt waren (Schlack, Hölling 2007).

Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren

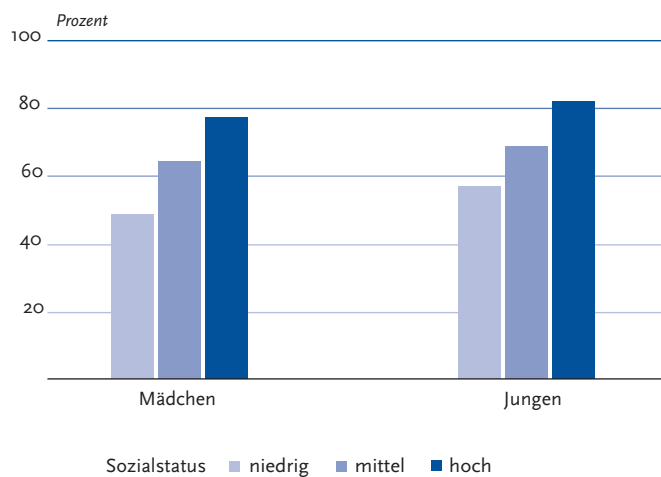
Ernährungsweise

Eine ausgewogene Energie- und Nährstoffzufuhr ist eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen (Mensink et al. 2007). In diesem Zusammenhang ist der regelmäßige Verzehr von Obst und Gemüse von Bedeutung, da diese Lebensmittel große Mengen an Vitaminen, Spurenelementen, Mineral-, Ballast- und sekundären Pflanzenstoffen enthalten (Boeing et al. 2012).

In KiGGS Welle₁ wurden die Eltern von 3- bis 10-jährigen Kindern um Angaben zum Obst- und Gemüseverzehr ihrer Kinder gebeten. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt. Mit 61,1 % isst die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland täglich Obst, Gemüse wird von 43,5 % der Heranwachsenden täglich verzehrt. Mädchen greifen häufiger täglich zu Obst und Gemüse als Jungen. Während insgesamt 49,3 % der Kinder und Jugendlichen aus der niedrigen Statusgruppe täglich Obst essen, trifft dies auf 75,3 % der Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe zu. Auch hinsichtlich des täglichen Gemüsekonsums bestehen ausgeprägte Statusunterschiede zugunsten von Kindern und Jugendlichen mit hohem Sozialstatus.

Das tägliche Frühstück mit einer möglichst gesunden Auswahl an Lebensmitteln ist ein weiterer wichtiger Baustein einer gesunden Ernährung (HBSC-Team Deutschland 2011). Für schulpflichtige Kinder ist ein regelmäßiges Frühstück auch deshalb wichtig, weil es nachweislich Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen fördert (Wesnes et al. 2003). In KiGGS Welle₁ wurden die Eltern von schulpflichtigen Kindern im Alter von 5 bis 10 Jahren gefragt, ob und wenn ja, wie oft ihr Kind an Wochentagen zuhause frühstückt. Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt.

Abbildung 3
Frühstück zuhause an jedem Wochentag bei 5- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schülern nach Sozialstatus
Datenquelle: KiGGS Welle 1 (2009–2012)



Zwei Drittel der 5- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schüler berichten, dass sie an jedem Wochentag zuhause frühstücken. Zwischen den Geschlechtern bestehen keine nennenswerten Unterschiede. Bei der Häufigkeit des zuhause eingenommenen Frühstücks zeichnet sich ein deutlicher sozialer Gradient ab: Während von den Schülerinnen und Schülern mit niedrigem Sozialstatus lediglich 53,2 % an jedem Wochentag zuhause frühstücken, trifft dies auf 66,7 % der Gleichaltrigen mit mittlerem Sozialstatus und auf 79,9 % derjenigen mit hohem Sozialstatus zu (Abbildung 3).

Körperlich-sportliche Aktivität

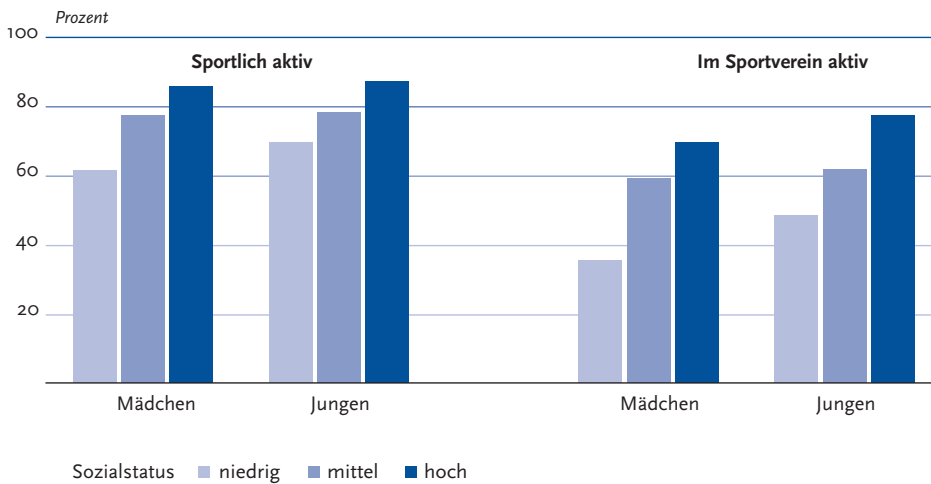
Neben einer ausgewogenen Ernährung spielt ausreichend Bewegung für die gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter eine wichtige Rolle. Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang, dem sie sowohl durch alltägliche körperliche Aktivität als auch durch gezielte Sportausübung nachkommen können (Manz et al. 2014). Positive gesundheitliche Effekte von regelmäßiger Bewegung sind für das Herz-Kreislaufsystem sowie den Muskel- und Skelettsystem belegt (Janssen, LeBlanc 2010). Zudem beugen körperliche Aktivität und Sport Übergewicht vor, fördern die schulische und kognitive Leistungsfähigkeit und tragen zur Persönlichkeitsentwicklung bei (Eime et al. 2013; Hinkley et al. 2014).

Eltern von 3- bis 10-jährigen Kindern wurden in KiGGS Welle₁ gefragt, an wie vielen Tagen einer normalen Woche ihr Kind für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv ist. Jugendliche von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt. Nach Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollten Kinder und Jugendliche jeden Tag für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sein (WHO 2010). Den KiGGS-Daten zufolge erfüllt mit 27,5 % etwas mehr als ein Viertel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität (Manz et al. 2014). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die seltener als an zwei Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, liegt bei 6,3 % (RKI 2014a). Jungen sind etwas häufiger täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv als Mädchen. Auch im Hinblick auf ein gering ausgeprägtes Maß an regelmäßiger körperlicher Aktivität zeichnen sich signifikante Geschlechtsunterschiede zugunsten der Jungen ab. Mit Blick auf die tägliche körperliche Aktivität zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede nach dem sozialen Status. Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe weisen aber den höchsten Anteil an Mädchen und Jungen auf, die seltener als an zwei Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind (RKI 2014a).

Den Angaben zur sportlichen Aktivität zufolge treiben 77,5 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland in ihrer Freizeit Sport, 59,7 % sind in einem Sportverein aktiv (Manz et al. 2014). Insgesamt sind Jungen zwar nicht häufiger sportlich aktiv als Mädchen, üben jedoch signifikant häufiger Vereinssport aus. Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, besteht zwischen dem Sozialstatus und der Sportausübung von Kindern und Jugendlichen ein deutlicher Zusammenhang: Mit zunehmendem Sozialstatus steigt auch der Anteil der Mädchen und Jungen, die Sport treiben bzw. in einem Sportverein aktiv sind (RKI 2014b).

Im Zusammenhang mit der körperlichen und sportlichen Aktivität wurden in KiGGS Welle₁ erstmals auch Informationen zur Schwimmfähigkeit von Kindern und Jugendlichen erhoben (RKI 2015b). Schwimmen ist eine Freizeitaktivität mit großem gesundheits- und entwicklungsförderndem Potenzial und zählt im Kindes- und Jugendalter bei beiden Geschlechtern zu den beliebtesten Sportarten (Pietsch 2007;

Abbildung 4
Sportliche Aktivität bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus
 Datenquelle: KiGGS Welle 1 (2009–2012)



DOSB 2014). Der Aufenthalt im Wasser fördert nicht nur die eigene Körperwahrnehmung, Schwimmen steigert auch die Ausdauerleistung und trainiert wichtige motorische und koordinative Fähigkeiten. Da es die Gelenke schont, wird es gerade übergewichtigen Kindern zur Bewegungsförderung empfohlen (Graf, Dordel 2011).

In KiGGS Welle 1 wurden Eltern von 5- bis 10-jährigen Kindern gefragt, ob ihr Kind schwimmen kann und wenn ja, in welchem Alter es gelernt hat, zu schwimmen. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren haben die beiden Fragen selbst beantwortet. Den Eltern- und Selbstangaben zufolge können 85,5 % der 5- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland schwimmen. Diejenigen, die schwimmen können, haben dies im Schnitt mit etwas mehr als 6 Jahren gelernt (RKI 2015b). Insgesamt gibt es zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Schwimmfähigkeit nur geringe Unterschiede, im Vor- und Grundschulalter können jedoch weniger Jungen schwimmen als Mädchen. Zudem lernen Mädchen im Schnitt rund 4 Monate früher schwimmen als Jungen. Kinder mit niedrigem Sozialstatus können seltener schwimmen als Gleichaltrige mit mittlerem und hohem Sozialstatus (77,0% gegenüber 86,8% und 90,6%). Diejenigen Kinder aus der niedrigen Statusgruppe, die schwimmen können, haben rund 1,5 Jahre später schwimmen gelernt als Kinder aus der hohen Statusgruppe (RKI 2015b).

Übergewicht und Adipositas

Art und Ausmaß des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen spielen bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas eine wichtige Rolle. Neben den unmittelbaren körperlichen und psychosozialen Auswirkungen ergeben sich aus einem zu hohen Körpergewicht im Kindes- und Jugendalter auch langfristige Konsequenzen für die Gesundheit (Biro, Wien 2010). Nach den im Rahmen der KiGGS-Basiserhebung durchgeführten standardisierten Messungen von Körpergröße und Körpergewicht waren insgesamt 15,0 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von

3 bis 17 Jahren übergewichtig, darunter 6,3 % sogar adipös (Kurth, Schaffrath Rosario 2007, 2010). Dabei sind deutliche statusspezifische Unterschiede festzustellen: Mädchen und Jungen aus der niedrigen Statusgruppe sind zu 21,6 % bzw. 19,7 % übergewichtig, während es von den Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe lediglich 8,6 % bzw. 10,2 % sind (RKI 2010).

Nutzung elektronischer Medien

Im Zusammenhang mit Übergewicht und Bewegungsmangel wird die Bedeutung des sich ändernden Freizeitverhaltens von Kindern und Jugendlichen diskutiert. Besondere Aufmerksamkeit erfahren dabei elektronische Bildschirmmedien, die die Lebenswelt vieler Heranwachsender in zunehmendem Maße prägen (mpfs 2014). Nach vorliegenden Studienergebnissen sind Nutzungsmuster elektronischer Bildschirmmedien bei Kindern und Jugendlichen vor allem in Bezug auf eine übermäßige Nutzungsdauer, hinsichtlich der Art der Nutzung (passive vs. interaktive Mediennutzung), bestimmter Medieninhalte sowie durch die mit ihnen verbundenen körperlichen und psychosozialen Konsequenzen von gesundheitlicher Bedeutung (Lampert et al. 2007; Finne, Bucksch 2014; Schlack et al. 2015).

In KiGGS Welle 1 wurden Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren zu ihrer täglichen Nutzungsdauer von Fernsehen/Video, Computer/Internet und Spielkonsole befragt. Die Antwortkategorien lauteten jeweils: gar nicht, bis zu 1 Stunde, bis zu 2 Stunden, bis zu 3 Stunden, bis zu 4 Stunden, mehr als 4 Stunden (Manz et al. 2014). Für die Auswertungen wurde ein additiver Index gebildet, der die tägliche Gesamtnutzungsdauer der Bildschirmmedien in Stunden wiedergibt (Schlack et al. 2015).

Die KiGGS-Daten zeigen, dass 23,1 % der 11- bis 17-Jährigen mehr als 5 Stunden pro Tag mit der Nutzung von Bildschirmmedien verbringen. Von den Jungen weist im Vergleich zu Mädchen ein deutlich höherer Anteil ein derart intensives Nutzungsverhalten auf (29,2 % gegenüber 16,7 %). Mit

30,9 % nutzt knapp ein Drittel der Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus mehr als 5 Stunden täglich Bildschirmmedien. In der mittleren und insbesondere in der hohen Statusgruppe liegen die Vergleichswerte mit 23,5 % bzw. 10,8 % deutlich niedriger. Weiterführende Auswertungen belegen, dass sich die statusspezifischen Unterschiede im Umgang mit elektronischen Medien bereits im Kindesalter deutlich abzeichnen (Schlack et al. 2015).

Alkohol- und Tabakkonsum

Im Jugendalter kommt ein Großteil der Mädchen und Jungen zum ersten Mal mit psychoaktiven Substanzen wie Alkohol und Tabak in Kontakt. Übermäßiger und häufiger Alkoholkonsum sowie jegliche Form des Tabakkonsums gefährden die Gesundheit und gehen mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen einher (Anderson et al. 2012; USDHHS 2014). Kinder und Jugendliche sind die wichtigste Zielgruppe der Alkohol- und Tabakprävention, da in jungen Jahren die Weichen für den Substanzkonsum im späteren Leben gestellt werden und viele Jugendliche die gesundheitlichen Konsequenzen des Alkohol- und Tabakkonsums unterschätzen (Langness et al. 2005; Lampert, Thamm 2007; Lampert et al. 2014b).

In KiGGS Welle₁ wurden Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren detailliert zu ihrem Alkohol- und Tabakkonsum befragt. Um Angaben zum riskanten Alkoholkonsum und zum Rauschtrinken machen zu können, wurde das international häufig eingesetzte Screening-Instrument AUDIT-C (Saunders et al. 1993) verwendet, das aus drei Einzelfragen besteht (Lampert et al. 2014b). Von regelmäßigem Rauschtrinken wird dann ausgegangen, wenn die Jugendlichen angaben, mindestens einmal im Monat oder häufiger 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu konsumieren.

Den Ergebnissen aus KiGGS Welle₁ zufolge ist ein riskanter Alkoholkonsum bei 15,8 % der Jugendlichen

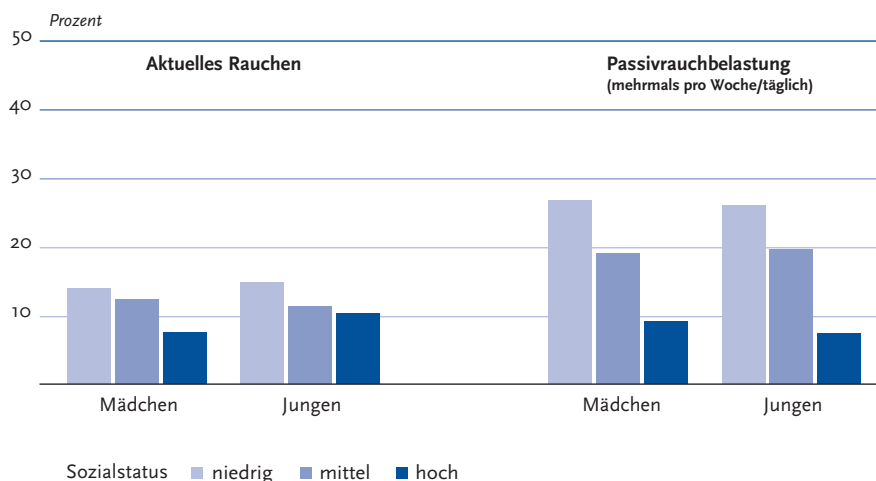
festzustellen, regelmäßiges Rauschtrinken bei 11,5 % der Jugendlichen (Lampert et al. 2014b). In Bezug auf die Häufigkeit des Alkoholkonsums bestehen kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern; lediglich bei den 14- bis 17-Jährigen zeigt sich, dass Jungen häufiger als Mädchen zu regelmäßigem Rauschtrinken neigen. Zwischen dem Sozialstatus der Jugendlichen und den verwendeten Indikatoren für riskanten Alkoholkonsum und Rauschtrinken zeichnen sich keine bedeutsamen Unterschiede ab. Auch mit Blick auf den Tabakkonsum bestehen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Insgesamt rauchen aktuell 12,0 % der Jugendlichen in Deutschland, knapp die Hälfte von ihnen (5,4 %) täglich. Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus rauchen häufiger als Jugendliche mit hohem Sozialstatus (Abbildung 5). Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen und insbesondere mit Blick auf den täglichen Tabakkonsum (Lampert et al. 2014b).

Während die allgemeine Rauchquote und damit vor allem das Zigarettenrauchen bei Jugendlichen in Deutschland in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist (BZgA 2013; Lampert et al. 2014b), hat sich das Wasserpfeifenrauchen als alternative Form des Tabakkonsums etabliert (Kuntz et al. 2015). Entgegen der Annahme, dass der Tabakkonsum mittels Wasserpfeife aufgrund einer dem Wasser zugeschriebenen Filterwirkung weniger gesundheitsschädlich sei als das Rauchen von Zigaretten (Martinasek et al. 2011; Maziak 2014), existiert inzwischen eine Reihe an Studien, die einen Zusammenhang zwischen dem Wasserpfeifenkonsum und gesundheitlichen Folgeschäden nahelegen (Akl et al. 2010; Aslam et al. 2014).

In KiGGS Welle₁ wurden Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren gefragt, ob sie jemals Wasserpfeife geraucht haben, und falls ja, ob sie dies auch innerhalb der letzten 30 Tage getan haben (Kuntz et al. 2015). Den Selbstangaben zufolge haben 28,9 % der Jugendlichen schon einmal Wasserpfeife geraucht, auf 10,0 % der Jugendlichen trifft dies auch für den

Abbildung 5
Rauchen und Passivrauchbelastung* bei 11- bis 17-jährigen Jugendlicher nach Sozialstatus

Datenquelle: KiGGS Welle₁ (2009–2012)



* bezieht sich nur auf nichtrauchende Jugendliche

Zeitraum der letzten 30 Tage vor der Befragung zu. Jungen greifen signifikant häufiger zur Wasserpfeife als Mädchen. Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus rauchen zwar etwas häufiger Wasserpfeife als Gleichaltrige mit höherem Sozialstatus, die Unterschiede sind allerdings statistisch nicht signifikant (Kuntz et al. 2015).

Passivrauchbelastung

Passivrauchen bezeichnet die Aufnahme von Tabakrauch aus der Raumluft. Da dieser zahlreiche giftige, teils krebs-erregende Substanzen enthält, sind neben aktiven Rauchern auch nichtrauchende Personen gefährdet, die regelmäßig Tabakrauch ausgesetzt sind (DKFZ 2005; USDHHS 2006). Kinder und Jugendliche sind durch Passivrauchen besonders gefährdet, da sie aufgrund ihrer im Vergleich zu Erwachsenen erhöhten Atemfrequenz mehr Schadstoffe aufnehmen. Hinzu kommt, dass ihre Organe und Organsysteme noch nicht voll ausgereift und somit besonders empfindlich gegenüber Tabakrauch sind. Kinder und Jugendliche, die regelmäßig Passivrauch ausgesetzt sind, erkranken häufiger an Mittelohrentzündungen, Atemwegsinfektionen und Asthma bronchiale (DKFZ 2005; Lampert, List 2010). Passivrauchbelastung ist zudem ein zentraler Risikofaktor für den plötzlichen Kindstod (DKFZ 2005).

In KiGGS Welle₁ wurden Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren danach gefragt, wie häufig sie sich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird. Werden nur Jugendliche berücksichtigt, die selbst nicht rauchen, zeigt sich, dass 18,7% der Mädchen und 19,0% der Jungen regelmäßig, d. h. mindestens mehrmals pro Woche oder sogar täglich, einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind. Von den selbst nichtrauchenden Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus hält sich ein deutlich größerer Anteil regelmäßig in Räumen auf, in denen geraucht wird, im Vergleich zu gleichaltrigen Nichtrauchern mit hohem Sozialstatus (26,4% gegenüber 8,2%) (Abbildung 5).

Die Eltern der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen wurden zudem gefragt, ob in der elterlichen Wohnung in Gegenwart des Kindes geraucht wird. Insgesamt sind demnach 11,1% der selbst nichtrauchenden Kinder und Jugendlichen Passivrauch in der elterlichen Wohnung ausgesetzt. Von den Kindern und Jugendlichen mit hohem Sozialstatus trifft dies lediglich auf 3,3% zu, während die Vergleichswerte für die Gleichaltrigen aus der mittleren und niedrigen Statusgruppe mit 9,9% bzw. 23,2% deutlich höher liegen.

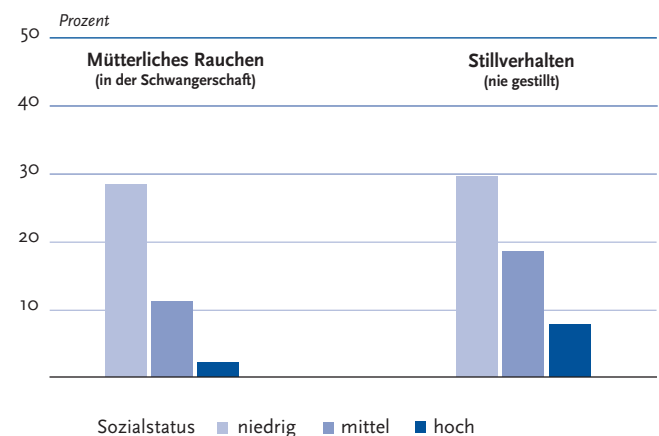
Perinatale Einflussfaktoren

Im Zusammenhang mit der Passivrauchbelastung ist auch das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft zu sehen, das für die Entwicklung des ungeborenen Kindes ein erhebliches Risiko darstellt (DiFranza et al. 2004; Dudenhausen 2009). Die im Tabakrauch enthaltenen Giftstoffe wie Nikotin und Kohlenmonoxid gelangen in den Blutkreislauf des Embryos bzw. Fötus, beeinträchtigen die Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen und hemmen so dessen Wachstum. In der Folge kann es zu Schwangerschaftskomplikatio-

nen bis hin zu Fehl- und Frühgeburten kommen (Jaddoe et al. 2008; Mund et al. 2013). Das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft wirkt sich negativ auf das Geburtsgewicht des Kindes aus und erhöht das Risiko für eine Reihe von Entwicklungsstörungen und Krankheiten (Jaakkola, Gissler 2004; DKFZ 2010).

Im Rahmen der Elternbefragung der 0- bis 6-jährigen Studienteilnehmer wurde in KiGGS Welle₁ danach gefragt, ob die Mutter des Kindes während der Schwangerschaft geraucht hat. Den Elternangaben zufolge waren 12,1% der 0- bis 6-jährigen Kinder bereits im Mutterleib den Auswirkungen mütterlichen Rauchens ausgesetzt. Die Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Herkunft der Kinder sind gravierend: Während der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht haben, in der hohen Statusgruppe 2,2% beträgt, liegen die Prävalenzen in der mittleren und niedrigen Statusgruppe bei 11,1% bzw. 28,4% (Abbildung 6).

Abbildung 6
Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft und Stillverhalten bei 0- bis 6-jährigen Kindern nach Sozialstatus
Datenquelle: KiGGS Welle₁ (2009–2012)



Das Stillen mit Muttermilch ist mit vielen gesundheitlichen Vorteilen verbunden. So haben gestillte Kinder z. B. ein geringeres Risiko für verschiedene Erkrankungen, darunter Infektionskrankheiten, Asthma und Allergien. Gleiches gilt auch für Adipositas und andere Parameter des metabolischen Syndroms im Erwachsenenalter (Heinig, Dewey 1996; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding 2012). In Deutschland hat die Nationale Stillkommission im Jahr 2004 in Anlehnung an die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) offizielle Stillempfehlungen ausgesprochen (Nationale Stillkommission am BfR 2004). Dabei empfiehlt sie für Säuglinge als beste Ernährung im ersten Lebenshalbjahr das ausschließliche Stillen. Mit Beikost sollte nicht vor Ende des 4. Monats und nicht später als Ende des 6. Monats begonnen werden.

In KiGGS Welle₁ wurde das Stillverhalten von den Eltern mit den folgenden Fragen erhoben: »Wurde Ihr Kind jemals gestillt?«, »Bis zu welchem Lebensmonat wurde Ihr Kind

gestillt?«, »In welchem Lebensmonat haben Sie begonnen, zusätzlich Wasser, Tee oder Saft zu geben?« und »In welchem Lebensmonat haben Sie begonnen, zusätzlich Flaschennahrung, Brei, Gläschen oder sonstige Beikost zu füttern?«. Wurde das Kind zum Befragungszeitpunkt noch gestillt, wurde die Frage zur Stilldauer nicht gestellt. Aus den Angaben wurde ermittelt, ob das Kind jemals gestillt wurde (Stillquote) und wie lange das Kind gestillt wurde (Stilldauer) (von der Lippe et al. 2014). Neben der allgemeinen Stillquote kann somit der Anteil der Kinder bestimmt werden, die mindestens 4 Monate lang voll gestillt wurden. Unter dem Begriff des vollen Stillens fasst die WHO das ausschließliche Stillen (Säuglinge erhalten nur Muttermilch) und das überwiegende Stillen (Säuglinge erhalten zusätzlich zur Muttermilch auch Wasser und wasserbasierte Getränke) zusammen.

Die Daten aus KiGGS Welle₁ zeigen, dass 82,1 % der 0- bis 6-jährigen Kinder jemals gestillt wurden. Für mindestens 4 Monate ausschließlich gestillt, wurden 34,0 %. Kinder mit niedrigem Sozialstatus wurden deutlich häufiger nie gestillt als Kinder mit mittlerem und hohem Sozialstatus (Abbildung 6). Ein sozialer Gradient zeichnet sich auch mit Blick auf die Stilldauer ab: Während mit 48,9 % fast die Hälfte der Kinder mit hohem Sozialstatus für mindestens 4 Monate ausschließlich gestillt wurde, trifft dies lediglich auf 32,3 % der Kinder mit mittlerem und 19,4 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus zu.

Gesundheitsbezogene Versorgung

Ärztliche Inanspruchnahme

Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird vorwiegend über ambulant-ärztliche Leistungen erbracht. Die wichtigste Rolle in der ärztlichen Grundversorgung kommt dabei der Kinder- und Jugendmedizin zu. Mit zunehmendem Alter der Heranwachsenden werden verstärkt auch hausärztlich tätige Ärzte und weitere Facharztgruppen in Anspruch genommen (Rattay et al. 2014).

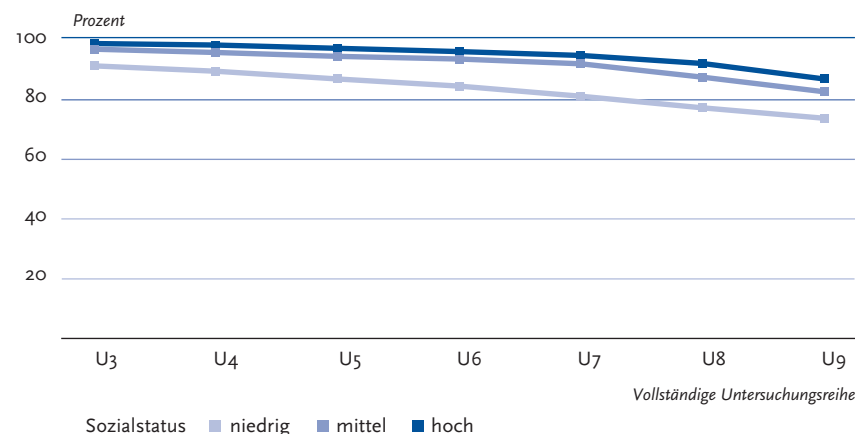
In KiGGS Welle₁ können basierend auf den Angaben der Eltern von 0- bis 13-jährigen Kindern und den Selbstangaben von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 12-Monats-Prävalenzen der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte insgesamt (ohne Zahnärzte und Kieferorthopäden) sowie der Kinder- und Jugendmedizin als einzeln betrachtete Facharztgruppe dargestellt werden (Rattay et al. 2014). Mit 91,9 % hat sich die überwiegende Mehrheit der 0- bis 17-Jährigen innerhalb des letzten Jahres in einer niedergelassenen Arztpraxis vorgestellt. Mit 67,9 % wurden rund zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen in den 12 Monaten vor der Befragung kinder- und jugendärztlich versorgt. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Versorgungsangebote zeigen sich nicht. Zwischen dem Sozialstatus der Kinder und Jugendlichen und der Inanspruchnahme niedergelassener Fachärzte insgesamt und niedergelassener Kinder- und Jugendärzte bestehen keine bedeutsamen Unterschiede.

Krankenhausaufenthalte

Bei schwerwiegenden Erkrankungen, Unfallverletzungen, Vergiftungen oder operativen Eingriffen ist häufig eine stationäre Aufnahme vonnöten, um eine optimale medizinisch-pflegerische Versorgung des betroffenen Kindes sicherzustellen. In KiGGS Welle₁ wurden die Eltern von 0- bis 10-jährigen Kindern danach gefragt, wie viele Nächte ihr Kind in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus gelegen hat. Jugendliche von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt.

Den Eltern- bzw. Selbstangaben zufolge haben 9,6 % der Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht. Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen nicht. Im Schnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei den betroffenen Kindern 6,3 Nächte. Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus mussten mit 13,8 % gegenüber 7,0 % rund doppelt so häufig stationär versorgt werden wie Gleichaltrige aus der hohen Statusgruppe. Zudem dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei ihnen rund zwei Nächte länger.

Abbildung 7
Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U₃ bis U₉ (ohne U_{7a}) bei 7- bis 13-jährigen Kindern nach Sozialstatus
Datenquelle: KiGGS Welle₁ (2009–2012)



Früherkennungsuntersuchungen

Die Durchführung von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U₁ bis U₉) zählt zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindesalter. Ziel des zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zählenden Früherkennungsprogramms ist, Entwicklungsstörungen und Krankheiten frühzeitig zu identifizieren und im Bedarfsfall geeignete Maßnahmen zu deren Behandlung einzuleiten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011). Während die U₁ und U₂ in der Regel routinemäßig noch in der Geburtsklinik stattfinden, werden die darauffolgenden Untersuchungstermine U₃ bis U₉, die sich bis ins sechste Lebensjahr erstrecken, zumeist in einer niedergelassenen Arztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin oder in einer Hausarztpraxis durchgeführt (Rattay et al. 2014).

In KiGGS Welle₁ wurde die Teilnahme am Kinderfrüherkennungsprogramm von den Eltern mit der Frage erfasst: »Welche Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen?«. Erhoben wurden dabei Angaben von der U₁ bis zur U₉; Angaben zu Kindern, die zum Befragungszeitpunkt jünger als die obere zeitliche Toleranzgrenze für die U₉ waren, wurden nicht berücksichtigt. Im Folgenden wird der Anteil der 7- bis 13-jährigen Kinder berichtet, die in Deutschland geboren sind und das Früherkennungsprogramm von der U₃ bis zur U₉ vollständig durchlaufen haben (ohne U_{7a}) (Rattay et al. 2014).

Mit 82,2 % haben rund vier von fünf Kindern an allen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen vollständig teilgenommen. Dies gilt für Mädchen und Jungen gleichermaßen. Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, spielt der Sozialstatus der Kinder mit Fortschreiten der betrachteten vollständigen Untersuchungsreihe U₃ bis U₉ eine immer größere Rolle. Insgesamt zeigt sich, dass Kinder mit hohem Sozialstatus mit 87,3 % gegenüber 74,1 % häufiger das gesamte Früherkennungsprogramm vollständig in Anspruch genommen haben als Kinder aus der niedrigen Statusgruppe. Die sozialen Unterschiede sind bei beiden Geschlechtern zu beobachten, bei Mädchen aber noch stärker ausgeprägt als bei Jungen.

Impfungen

Neben den Früherkennungsuntersuchungen zählen Schutzimpfungen aufgrund ihrer Effektivität und ihres günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter (Poethko-Müller et al. 2007). Empfehlungen für die Durchführung von Impfungen werden jährlich von der am RKI angesiedelten Ständigen Impfkommission (STIKO) herausgegeben (STIKO 2014).

Im Rahmen der KiGGS-Basiserhebung wurden anhand der von den Eltern mitgebrachten Impfpässe der Kinder Impfquoten zu insgesamt neun impfpräventablen Krankheiten berichtet (Poethko-Müller et al. 2007). Die höchsten Impfquoten fanden sich bei 2- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen mit mittlerem Sozialstatus, Gleichaltrige mit

hohem Sozialstatus waren beispielsweise seltener gegen Masern, Mumps oder Röteln geimpft. Seit März 2007 wird Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren in Deutschland die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) empfohlen (Poethko-Müller et al. 2014). HP-Viren sind maßgeblich an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs beteiligt. Im August 2014 wurde die Empfehlung überarbeitet und das Zeitfenster der HPV-Impfung auf die Altersspanne 9 bis 14 Jahre vorgezogen (STIKO 2014).

Anhand der Daten aus KiGGS Welle₁ lässt sich zeigen, dass zum Zeitpunkt der Befragung 52,6 % der befragten Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren mindestens einmal gegen HPV geimpft waren, 39,5 % hatten 3 Dosen und damit eine vollständige Impfung erhalten (Poethko-Müller et al. 2014). Während 52,9 % der Mädchen mit niedrigem und 55,9 % der Mädchen mit mittlerem Sozialstatus angaben, mindestens einmal gegen HPV geimpft worden zu sein, lag die entsprechende Lebenszeitprävalenz bei Mädchen aus der hohen Statusgruppe mit 39,2 % deutlich niedriger. Auch der Erhalt von 3 HPV-Impfdosen wurde von Mädchen mit hohem Sozialstatus am seltensten angegeben. Während von den Mädchen mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus jeweils 41,0 % vollständig gegen HPV geimpft waren, traf dies lediglich auf 32,1 % der Mädchen aus der hohen Statusgruppe zu.

Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen

Zahlreiche Maßnahmen haben zu einer deutlichen Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland geführt. Hierzu zählen die Erhöhung des gruppenprophylaktischen Betreuungsgrades in Kindergärten und Schulen, eine flächendeckend gut ausgebaut zahnärztliche Versorgung und Individualprophylaxe, eine verstärkte Aufklärung über zahngesunde Ernährung, Fluoridzufuhr über Zahnpasta und Speisesalz sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Mundhygiene (Micheelis, Schiffner 2006; Schenk, Knopf 2007). Um die Mund- und Zahngesundheit bereits in jungen Jahren positiv zu beeinflussen, wird auch bei Beschwerdefreiheit die regelmäßige Inanspruchnahme von Kontrollbesuchen beim Zahnarzt empfohlen. In KiGGS Welle₁ wurden die Eltern von 3- bis 10-jährigen Kindern gefragt, in welchen Abständen sie mit ihrem Kind zur Kontrolle zum Zahnarzt gehen. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt.

Insgesamt zeigt sich, dass mit 4,8 % lediglich eine kleine Minderheit der Kinder und Jugendlichen seltener als einmal jährlich oder nie Kontrolltermine beim Zahnarzt in Anspruch nimmt. Während sich zwischen den Geschlechtern in dieser Hinsicht keine bedeutsamen Unterschiede beobachten lassen, finden sich Unterschiede nach dem sozialen Status. Der Anteil der 3- bis 17-Jährigen, die seltener als einmal jährlich zur Kontrolle zum Zahnarzt gehen, beträgt in der niedrigen Statusgruppe 9,9 %, in der mittleren und hohen Statusgruppe hingegen lediglich 3,5 % bzw. 3,2 %.

Diskussion

In der Gesamtschau zeigen die Ergebnisse der KiGGS-Studie einerseits, dass die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst. Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus. Andererseits weisen sie auf zum Teil stark ausgeprägte soziale Unterschiede in der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen hin. Neben dem allgemeinen Gesundheitszustand lässt sich dies für psychische Auffälligkeiten, einschließlich ADHS und Essstörungen, das Gesundheitsverhalten, z. B. die Ernährungsgewohnheiten und die sportliche Aktivität, sowie protektive und Risikofaktoren des frühen Kindesalters, darunter Stillen, Teilnahme an den U-Untersuchungen und mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft, feststellen. Für diese Bereiche gilt, dass das Risiko für Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus höher ist als bei Gleichaltrigen aus der mittleren und insbesondere aus der hohen Statusgruppe. Im Vergleich dazu fallen die sozialen Unterschiede bei der Verbreitung von akuten und chronischen Erkrankungen gering aus. Zu den wenigen Ausnahmen gehören auch einzelne Erkrankungen, wie z. B. Neurodermitis, die vermehrt bei Heranwachsenden aus Familien mit hohem Sozialstatus vorkommen.

Auf die wichtige Frage, inwieweit sich die Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und der gesundheitlichen Situation der Heranwachsenden in Deutschland über die Zeit verändert haben, geben die dargestellten Ergebnisse noch keine Auskunft. Die Auswertungen der Daten aus KiGGS Welle₁ konzentrierten sich bislang auf Querschnittsbetrachtungen, die Aussagen für die Jahre 2009 bis 2012 ermöglichen. Im nächsten Schritt sollen nun Vergleiche mit den Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung, die sich auf die Jahre 2003 bis 2006 beziehen, angestellt werden, sodass die zeitliche Entwicklung über einen Zeitraum von etwa sechs Jahren betrachtet werden kann. Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt werden künftig längsschnittliche Analysen ausmachen, die möglich sind, da der Großteil der Teilnehmer an KiGGS Welle₁ bereits an der KiGGS-Basiserhebung teilgenommen hat. Diese Längsschnittanalysen werden unter anderem Auskunft darüber geben, wie sich die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Studienteilnehmer im Verlauf von sechs Jahren, also z. B. zwischen dem 6. und 12. oder dem 12. und 18. Lebensjahr, entwickelt hat und welchen Einfluss der soziale Status dabei hatte.

Mittlerweile führt das RKI mit KiGGS Welle 2 eine weitere Erhebung der KiGGS-Studie durch. Die Feldarbeit hat 2014 begonnen und wird sich voraussichtlich bis ins Jahr 2016 erstrecken. Da KiGGS Welle 2 wie die Basiserhebung neben Befragungen auch körperliche Untersuchungen umfasst, werden dann auch wieder Untersuchungs- und Messwerte, z. B. zur Anthropometrie, körperlichen Fitness und zum Reifestatus, zur Verfügung stehen. Für die Trendanalysen bedeutet dies, dass Entwicklungen über einen Zeitraum von etwa 10 Jahren betrachtet werden können. Ebenso ergeben

sich erweiterte Zeitfenster für Längsschnittanalysen. So wird es nach Abschluss von KiGGS Welle 2 möglich sein, Studienteilnehmer, die zum Zeitpunkt der Basiserhebung 6 Jahre alt waren, bis zu ihrem 16. Lebensjahr oder damals 16-Jährige bis zu ihrem 26. Lebensjahr, also bis ins junge Erwachsenenalter hinein, weiterzuverfolgen.

Ungeachtet der perspektivisch mit der KiGGS-Studie verbundenen Möglichkeiten zeigen bereits die vorgestellten Ergebnisse die Bedeutung des sozialen Status für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter deutlich auf. Aus Sicht von Public Health und Gesundheitspolitik resultiert daraus die Anforderung einer möglichst früh ansetzenden Prävention und Gesundheitsförderung, die auch die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen erreicht und zu einem sozialen Ausgleich der Gesundheitschancen beiträgt (RKI, BZgA 2008; BZgA 2011). Ebenso ist mit Blick auf die gesundheitsbezogene Versorgung zu berücksichtigen, dass bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein höherer und zum Teil spezifischer Versorgungsbedarf besteht. Dies scheint gerade in Bezug auf die psychische und psychosoziale Gesundheit der Fall zu sein.

Einen Niederschlag haben diese Anforderungen bereits in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (BMG 2008) gefunden, in der mit Bezug auf die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung die Gewährleistung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Kindes- und Jugendalter als ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik herausgestellt wird. Hinzuweisen ist zudem auch auf den nationalen Gesundheitszieleprozess und das überarbeitete Ziel »Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Ernährung, Bewegung«, das Maßnahmen zur Zielerreichung vorschlägt, die Kinder und Jugendliche aus allen Bevölkerungsgruppen erreichen sollen (BMG 2010). Gleiches gilt für den von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) koordinierten Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit«, dessen Arbeit in den letzten Jahren verstärkt auf das Kindes- und Jugendalter ausgerichtet war und wichtige Maßnahmen wie die Frühen Hilfen oder den Aufbau von Präventionsketten in den Kommunen immer auch unter dem Gesichtspunkt der Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit betrachtet (BZgA 2011; Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., BZgA 2013). Weitere Impulse könnten von dem geplanten Präventionsgesetz ausgehen, das eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen soll und dabei die Bedeutung von lebensweltlichen und settingbezogenen Maßnahmen, bei Kindern z. B. mit Blick auf Familien, Kindertagesstätten und Schulen, hervorhebt.

Die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit in der heranwachsenden Bevölkerung kann jedoch nicht alleinige Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, sondern erfordert eine politische Gesamtstrategie und politikbereichsübergreifende Aktivitäten, unter Einbeziehung z. B. der Sozial-, Familien- und Bildungspolitik. Die eingangs angesprochene hohe Armutsbetroffenheit von Kindern und Jugendlichen und die

nach wie vor starke Abhängigkeit der Bildungschancen von der sozialen Herkunft zeigen diesbezüglich konkrete Ansatzpunkte auf.

PD Dr. Thomas Lampert, Dr. Benjamin Kuntz,
KiGGS Study Group
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring

Literatur

- Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK et al. (2010) The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol* 39 (3): 834–857
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding (2012) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 129 (3): e827–841
- Anderson P, Moller L, Galea G (Hrsg) (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- Aslam HM, Saleem S, German S et al. (2014) Harmful effects of shisha: literature review. *Int Arch Med* 7 (1): 16
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg) (2014) Bildung in Deutschland 2014. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur Bildung von Menschen mit Behinderungen. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
- BAG – Bundesarbeitsgemeinschaft. Mehr Sicherheit für Kinder e. V. (2007) Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland. Grundlagen und strategische Ziele. BAG, Bonn
www.kindersicherheit.de (Stand: 20.02.2015)
- Biro FM, Wien M (2010) Childhood obesity and adult morbidities. *Am J Clin Nutr* 91 (5): 1499S–1505S
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. BMG, Berlin
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010) Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. BMG, Berlin
- Boeing H, Bechthold A, Bub A et al. (Hrsg) (2012) Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) Bonn
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2011) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen (5. erweiterte und überarbeitete Auflage). BZgA, Köln
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2013) Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln
- De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A (Hrsg) (1996) Health interview surveys: towards harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. European Series No. 58. WHO, Copenhagen
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg) (2015) Die zerklüftete Republik. Bericht zur regionalen Armutsentwicklung in Deutschland 2014. Eigenverlag, Berlin
www.der-paritaetische.de/armutsbericht (Stand: 20.02.2015)
- DOSB – Deutscher Olympischer Sportbund (2014) Bestandserhebung 2014. DOSB, Frankfurt am Main
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2005) Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5. DKFZ, Heidelberg
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2010) Schutz der Familie vor Tabakrauch. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 14. DKFZ, Heidelberg
- DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M (2004) Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 113 (4 Suppl): 1007–1015
- Dragano N, Lampert T, Siegrist J (2010) Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg) Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S 11–50
- Dudenhausen JW (Hrsg) (2009) Rauchen in der Schwangerschaft: Häufigkeit, Folgen und Prävention. Urban & Vogel, München
- Eime RM, Young JA, Harvey JT et al. (2013) A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act* 10: 135
- Ellert U, Brettschneider A-K, Ravens-Sieberer U et al. (2014) Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 798–806
- Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2009) Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 335–352
- Finne E, Bucksch J (2014) Gesundheitliche Effekte der Mediennutzung. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg) Handbuch Gesundheitskommunikation. Verlag Hans Huber, Bern, S 214–227
- Foti K, Eaton D (2010) Associations of selected health risk behaviors with self-rated health status among U.S. high school students. *Public Health Rep* 125 (5): 771–781
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (»Kinder-Richtlinien«).
www.g-ba.de (Stand: 20.02.2015)
- Gerlinghoff M, Backmund H (2006) Essstörungen. In: Stier B, Weisenrieder N (Hrsg) Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft. Springer, Heidelberg, S 219–229
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38 (5): 581–586
- Graf C, Dordel S (2011) Therapie der juvenilen Adipositas aus sportmedizinisch/sportwissenschaftlicher Sicht. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 54 (5): 541–547
- HBSC-Team Deutschland (2011) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Häufigkeit des Frühstücks bei Kindern und Jugendlichen«. WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion, Bielefeld
- Heinig MJ, Dewey KG (1996) Health advantages of breast feeding for infants: a critical review. *Nutr Res Rev* 9 (1): 89–110
- Hinkley T, Teychenne M, Downing KL et al. (2014) Early childhood physical activity, sedentary behaviors and psychosocial well-being: a systematic review. *Prev Med* 62: 182–192
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 784–793
- Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

- (KiGGS). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 50 (5/6): 794–799
- Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland–Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie–Erste Folgebefragung (KiGGS Welle1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57 (7): 807–819
- Hradil S (2001) Soziale Ungleichheit in Deutschland. 8. Auflage. Leske + Budrich, Opladen
- Jaakkola JJ, Gissler M (2004) Maternal smoking in pregnancy, fetal development, and childhood asthma. *Am J Public Health* 94 (1): 136–140
- Jaddoe VW, Troe EJ, Hofman A et al. (2008) Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 22 (2): 162–171
- Janssen I, LeBlanc AG (2010) Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act* 7: 40
- Jernelöv S, Lekander M, Almqvist C et al. (2013) Development of atopic disease and disturbed sleep in childhood and adolescence — a longitudinal population-based study. *Clin Exp Allergy* 43 (5): 552–559
- Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 50 (5/6): 718–727
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U et al. (2007) Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 50 (5/6): 686–700
- Krüger H-H, Rabe-Kleberg U, Kramer R-T et al. (Hrsg) (2011) Bildungsungleichheit revisited. Bildung und soziale Ungleichheit vom Kindergarten bis zur Hochschule. 2., durchgesehene Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Kuntz B, Lampert T, KiGGS Study Group (2015) Wasserpfeifenkonsum (Shisha-Rauchen) bei Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie–Erste Folgebefragung (KiGGS Welle1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 58: DOI 10.1007/s00103-0015-02128-00103
- Kurth BM (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 50 (5/6): 533–546
- Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGS-Study. *BMC Public Health* 8: 196
- 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). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 50 (5/6): 736–743
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2010) Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 53 (7): 643–652
- Lampert T, Kurth BM (2007) Socioeconomic status and health in children and adolescents — results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Dtsch Arztebl Int* 104 (43): 2944–2949
- Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007) Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–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). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 50 (5/6): 600–608
- Lampert T (2008) Smoking and passive smoking exposure in young people — Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Dtsch Arztebl Int* 105 (15): 265–271
- Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 309–334
- Lampert T (2010) Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 53 (5): 486–497
- Lampert T, List SM (2010) Gesundheitsrisiko Passivrauchen. GBE kompakt 3/2010. RKI, Berlin
- Lampert T (2011) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. *Paediatric up2date* 6 (2): 119–142
- Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014a) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57 (7): 762–770
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014b) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie–Erste Folgebefragung (KiGGS Welle1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57 (7): 830–839
- Landesamt für Umwelt Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2013) Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit www.gesundheitsplattform.brandenburg.de (20.02.2015)
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., BZgA (2013) *Gesund aufwachsen für alle Kinder! Werkbuch Präventionskette*. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen www.gesundheit-nds.de (20.02.2015)
- Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57 (7): 747–761
- Langness A, Richter M, Hurrelmann K (2005) Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse der internationalen "Health Behaviour in School-aged Children"-Studie. *Gesundheitswesen* 67 (6): 422–431

- Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C et al. (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 7(7): 840–848
- Martinasek MP, McDermott RJ, Martini L (2011) Waterpipe (hookah) tobacco smoking among youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 41 (2): 34–57
- Maziak W (2014) The waterpipe: A new way of hooking youth on tobacco. *Am J Addict* 23 (2): 103–107
- Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 609–623
- Micheelis W, Schiffner U (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). IDZ Materialreihe Band 31. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln
- mpfs – Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hrsg) (2014) JIM-Studie 2014. Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. mpfs, Stuttgart
- Mund M, Louwen F, Klingelhofer D et al. (2013) Smoking and pregnancy – a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *Int J Environ Res Public Health* 10 (12): 6485–6499
- Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (2004) Stilldauer – Empfehlung der Nationalen Stillkommission www.bfr.bund.de (Stand: 20.02.2015)
- Neuhaus H, Poethko-Müller C, KiGGS Study Group (2014) Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 779–788
- Pietsch P (2007) Schwimmen – eine universelle Sportart. Lebensretter-Spezial. 2. Symposium Schwimmen. Gesundheit – Kinder – Sicherheit (Kongress-Dokumentation): 14–15
- Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 851–862
- Poethko-Müller C, Buttman-Schweiger N, KiGGS Study Group (2014) Impfstatus und Determinanten der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) bei Mädchen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 869–877
- Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 878–891
- Richter M (2005) Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014a) Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. RKI, Berlin www.rki.de (Stand: 20.02.2015)
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014b) Sport. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. RKI, Berlin www.rki.de (Stand: 20.02.2015)
- RKI – Robert Koch-Institut (2015a) Faktenblätter zur KiGGS Welle 1 www.rki.de (Stand: 22.02.2015)
- RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015b) Schwimmfähigkeit. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. RKI, Berlin www.rki.de (Stand: 20.02.2015)
- RKI, BZgA – Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin/Köln
- Saß AC, Poethko-Müller C, Rommel A et al. (2014) Das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter – Aktuelle Prävalenzen, Determinanten und Zeitvergleich. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 789–797
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction* 88 (6): 791–804
- Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – 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). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 819–826
- Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al. (2014) Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 820–929
- Schlack R, Kuntz B, Lampert T (2015) Bildschirmmediennutzung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1: Erste Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) In: Dadaczynski K, Schiemann S, Paulus P (Hrsg) Gesundheit spielend fördern? Potentiale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Beltz Juventa, Weinheim (Im Druck)
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–710

- Schmitz R, Thamm M, Ellert U et al. (2014) Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 771–778
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Hrsg) (2013) Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012 www.berlin.de (Stand: 20.02.2015)
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2015) Armutsgefährdungsquote nach soziodemografischen Merkmalen in % gemessen am Bundesmedian. Ergebnisse des Mikrozensus www.amtliche-sozialberichterstattung.de (Stand: 20.02.2015)
- STIKO (2014) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2014. Epidemiologisches Bulletin 25. August 2014 / Nr. 34: 304–340
- USDHHS – U.S. Department of Health and Human Services (2006) The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
- USDHHS – U.S. Department of Health and Human Services (2014) The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
- Varnaccia G, Saß AC, Rommel A (2014) Das Unfallgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Datenquellen und Ergebnisse. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (6): 613–620
- Vingilis E, Wade T, Seeley J (2007) Predictors of adolescent health care utilization. J Adoles 30 (5): 773–800
- Von der Lippe E, Brettschneider A-K, Gutsche J et al. (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 57 (7): 849–859
- Wesnes KA, Pincock C, Richardson D et al. (2003) Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. Appetite 41 (3): 329–331
- Woerner W, Becker A, Friedrich C et al. (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 30 (2): 105–111
- WHO – World Health Organization (Hrsg) (2003) Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series 916. WHO, Genf
- WHO – World Health Organization (2010) Global recommendations on physical activity for health. WHO, Genf

Tabelle 1
Körperliche und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus. Prävalenzen / Mittelwerte und altersadjustierte Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen
 Datenquelle: KIGGS Welle1 (2009–2012)

Thema	Indikator(en)	Alter	Mädchen					Jungen					Gesamt ²				
			niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	OR (95%–KI)	niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	OR (95%–KI)	niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	OR (95%–KI)
Subjektive Gesundheit	Prävalenz (>mittelmäßig bis sehr schlecht ¹)	3–17	10,0 (6,9–14,3)	6,5 (5,4–7,8)	3,2 (2,3–4,4)	3,18 ¹ (1,86–5,45)	2,03 ¹ (1,40–2,95)	11,2 (8,1–15,2)	5,2 (4,3–6,4)	3,2 (2,4–4,4)	3,63 ¹ (2,15–6,11)	1,62 ¹ (1,10–2,40)	10,6 (8,3–13,6)	5,9 (5,1–6,7)	3,2 (2,5–4,1)	3,42 ¹ (2,31–5,04)	1,83 ¹ (1,37–2,43)
		11–17	50,9 (49,4–52,4)	52,1 (51,4–52,7)	52,9 (52,0–53,7)	–	–	53,5 (52,5–54,4)	54,4 (53,9–55,0)	54,7 (54,0–55,5)	–	–	52,3 (51,4–53,2)	53,2 (52,8–53,7)	53,8 (53,2–54,4)	–	–
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	KIDSCREEN-10 (MW)	11–17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
		0–17	13,0 (9,7–17,2)	15,5 (13,9–17,3)	12,3 (10,6–14,2)	1,01 (0,69–1,47)	1,26 ¹ (1,03–1,55)	18,8 (14,4–24,1)	18,0 (16,3–19,8)	16,8 (15,0–18,9)	1,03 (0,72–1,49)	1,05 (0,87–1,26)	16,0 (13,1–19,2)	16,8 (15,6–18,0)	14,6 (13,4–16,0)	1,02 (0,79–1,32)	1,13 (0,99–1,30)
Chronisches Kranksein	Prävalenz mind. einer chronischen Erkrankung bzw. lang andauernder Gesundheitsbeschwerden	0–17	4,8 (2,9–7,9)	5,6 (4,6–6,8)	4,2 (3,3–5,5)	1,07 (0,57–2,00)	1,29 (0,92–1,81)	8,8 (6,2–12,2)	7,3 (6,3–8,4)	6,4 (5,0–8,0)	1,30 (0,82–2,05)	1,12 (0,82–1,52)	6,8 (5,1–9,1)	6,5 (5,7–7,3)	5,3 (4,5–6,4)	1,20 (0,83–1,76)	1,18 (0,93–1,50)
		0–17	4,2 (2,4–7,1)	3,6 (2,9–4,5)	2,4 (1,7–3,5)	1,72 (0,86–3,46)	1,48 (0,96–2,28)	6,0 (3,8–9,4)	4,5 (3,7–5,6)	3,7 (2,8–4,9)	1,57 (0,86–2,87)	1,22 (0,84–1,76)	5,1 (3,6–7,3)	4,1 (3,5–4,8)	3,1 (2,5–3,9)	1,63 ¹ (1,02–2,61)	1,32 (1,00–1,74)
Asthma bronchiale	Lebenszeitprävalenz	0–17	8,1 (5,8–11,4)	11,8 (10,2–13,5)	10,0 (8,4–11,8)	0,72 (0,45–1,15)	1,11 (0,87–1,43)	17,7 (14,3–21,8)	13,9 (12,6–15,3)	13,1 (11,0–15,4)	1,20 (0,88–1,65)	1,02 (0,81–1,28)	13,1 (10,8–15,7)	12,8 (11,9–13,9)	11,6 (10,3–13,1)	1,00 (0,77–1,29)	1,06 (0,90–1,25)
		0–17	5,9 (3,9–8,9)	8,6 (7,3–10,0)	7,3 (5,9–9,0)	0,72 (0,42–1,24)	1,11 (0,84–1,47)	10,2 (7,5–13,6)	10,6 (9,4–11,9)	9,6 (7,8–11,7)	0,90 (0,60–1,34)	1,05 (0,81–1,38)	8,1 (6,3–10,4)	9,6 (8,8–10,5)	8,5 (7,4–9,8)	0,82 (0,60–1,13)	1,08 (0,90–1,29)
Neurodermitis	Lebenszeitprävalenz	0–17	10,0 (7,1–14,0)	15,1 (13,6–16,7)	16,6 (14,8–18,5)	0,54 ¹ (0,36–0,81)	0,86 (0,73–1,01)	14,1 (10,7–18,5)	13,4 (12,1–14,9)	17,2 (15,1–19,6)	0,75 (0,52–1,07)	0,73 ¹ (0,61–0,88)	12,2 (9,7–15,1)	14,3 (13,3–15,3)	16,9 (15,5–18,4)	0,64 ¹ (0,49–0,83)	0,79 ¹ (0,71–0,89)
		0–17	4,9 (3,1–7,7)	6,6 (5,6–7,8)	7,0 (5,8–8,4)	0,71 (0,42–1,19)	0,96 (0,75–1,23)	6,2 (3,8–9,9)	4,8 (4,1–5,6)	7,9 (6,5–9,5)	0,88 (0,50–1,52)	0,61 ¹ (0,47–0,79)	5,6 (3,9–7,9)	5,7 (5,0–6,3)	7,4 (6,5–8,4)	0,78 (0,52–1,16)	0,77 ¹ (0,65–0,91)
Häufige Infektionskrankheiten	Masern: Lebenszeitprävalenz	0–17	11,0 (7,9–15,2)	6,8 (5,5–8,3)	3,4 (2,6–4,5)	3,15 ¹ (1,90–5,22)	1,86 ¹ (1,30–2,66)	12,1 (8,8–16,5)	6,4 (5,4–7,5)	3,6 (2,5–5,1)	2,89 ¹ (1,65–5,05)	1,70 ¹ (1,11–2,60)	11,6 (9,1–14,7)	6,6 (5,7–7,5)	3,5 (2,8–4,3)	3,02 ¹ (2,08–4,38)	1,77 ¹ (1,35–2,30)
		0–17	49,7 (43,2–56,1)	55,8 (53,4–58,1)	51,7 (49,1–54,3)	0,61 ¹ (0,40–0,92)	0,95 (0,79–1,15)	53,3 (47,7–58,8)	51,6 (49,2–54,0)	51,3 (48,3–54,3)	0,54 ¹ (0,39–0,75)	0,80 ¹ (0,65–0,97)	51,5 (47,0–56,0)	53,7 (51,8–55,6)	51,5 (49,4–53,6)	0,57 ¹ (0,43–0,74)	0,87 (0,75–1,00)
Psychische Auffälligkeiten	Keuchhusten: Lebenszeitprävalenz	0–17	3,1 (1,7–5,4)	4,1 (3,3–5,1)	4,0 (2,8–5,6)	0,68 (0,33–1,37)	0,95 (0,63–1,45)	7,4 (4,9–10,9)	3,7 (3,0–4,6)	4,3 (3,1–5,9)	1,63 (0,90–2,95)	0,84 (0,56–1,26)	5,3 (3,7–7,4)	3,9 (3,4–4,6)	4,1 (3,3–5,2)	1,15 (0,71–1,86)	0,90 (0,67–1,22)
		3–17	29,4 (23,9–35,6)	15,7 (14,0–17,7)	8,0 (6,6–9,6)	2,15 ¹ (3,36–6,74)	2,15 ¹ (1,66–2,77)	37,0 (31,2–43,3)	22,1 (20,1–24,3)	11,6 (9,6–14,0)	4,66 ¹ (3,28–6,61)	2,20 ¹ (1,74–2,78)	33,5 (29,6–37,6)	19,0 (17,5–20,6)	9,8 (8,6–11,3)	4,69 ¹ (3,67–5,99)	2,18 ¹ (1,81–2,62)
ADHS	Gesamtpbriblemwert Lebenszeitprävalenz	3–17	2,6 (1,2–5,4)	1,6 (1,2–2,2)	1,2 (0,7–2,0)	1,96 (0,74–5,22)	1,27 (0,69–2,34)	13,1 (9,3–18,1)	7,3 (6,0–8,9)	4,8 (3,6–6,2)	2,68 ¹ (1,65–4,35)	1,53 ¹ (1,07–2,17)	8,1 (5,9–11,1)	4,5 (3,8–5,4)	3,0 (2,4–3,9)	2,53 ¹ (1,63–3,94)	1,47 ¹ (1,08–2,00)
		1–17	15,1 (11,4–19,9)	13,6 (12,1–15,2)	14,1 (12,3–16,0)	1,08 (0,75–1,55)	0,95 (0,78–1,16)	15,6 (11,9–20,3)	17,7 (16,0–19,6)	16,4 (14,4–18,6)	0,92 (0,64–1,32)	1,09 (0,89–1,34)	15,4 (12,6–18,6)	15,7 (14,5–17,0)	15,3 (13,8–16,8)	0,99 (0,76–1,29)	1,03 (0,88–1,20)
Unfallverletzungen	Mind. eine Nacht im Krankenhaus wegen des letzten Unfalls	1–17	18,9 (9,6–33,8)	13,3 (9,7–17,8)	8,4 (5,3–13,0)	2,51 (0,92–6,85)	3,04 ¹ (0,90–3,04)	17,8 (9,0–32,2)	11,1 (8,8–14,0)	6,2 (3,7–10,2)	3,44 ¹ (1,24–9,55)	1,90 ¹ (1,03–3,53)	18,3 (11,4–28,2)	12,0 (10,0–14,4)	7,2 (5,1–9,9)	2,92 ¹ (1,41–6,07)	1,78 ¹ (1,17–2,72)

OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall. ¹ statistisch signifikant (p < 0,05). ² Die Odds Ratios sind zusätzlich adjustiert nach Geschlecht.

Tabelle 2
Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus: Prävalenzen/Mittelwerte und altersadjustierte Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen
 Datenquelle: KiGGS Welle 1 (2009–2012)

Thema	Indikator(en)	Alter	Mädchen					Jungen					Gesamt ²				
			Sozialstatus					Sozialstatus					Sozialstatus				
			niedrig (95%–KI)	mittel (95%–KI)	hoch (95%–KI)	niedrig vs. hoch (95%–KI)	OR (95%–KI)	niedrig vs. hoch (95%–KI)	hoch (95%–KI)	niedrig vs. hoch (95%–KI)	OR (95%–KI)	niedrig vs. hoch (95%–KI)	hoch (95%–KI)	niedrig vs. hoch (95%–KI)	OR (95%–KI)	niedrig vs. hoch (95%–KI)	hoch (95%–KI)
Obstverzehr	Täglicher Verzehr	3–17	53,4 (46,9–59,7)	64,9 (62,4–67,4)	80,2 (77,6–82,6)	0,30 ¹ (0,22–0,41)	0,48 ¹ (0,39–0,58)	45,7 (40,2–51,3)	56,4 (54,0–58,8)	70,7 (67,2–74,0)	0,38 ¹ (0,28–0,52)	0,54 ¹ (0,45–0,65)	49,3 (45,2–53,4)	60,7 (58,8–62,5)	75,3 (73,0–77,5)	0,34 ¹ (0,27–0,43)	0,51 ¹ (0,45–0,58)
			42,3 (36,3–48,5)	43,5 (40,8–46,1)	61,2 (58,0–64,4)	0,48 ¹ (0,36–0,63)	0,50 ¹ (0,42–0,59)	33,7 (28,6–39,1)	38,0 (35,3–40,7)	55,1 (51,9–58,3)	0,43 ¹ (0,34–0,56)	0,51 ¹ (0,43–0,60)	37,8 (33,6–42,1)	40,7 (38,6–42,9)	58,1 (55,6–60,5)	0,45 ¹ (0,37–0,55)	0,50 ¹ (0,44–0,57)
Gemüse- verzehr	Täglicher Verzehr	3–17	48,7 (42,0–55,4)	64,5 (61,7–67,2)	77,4 (73,9–80,6)	0,30 ¹ (0,21–0,43)	0,56 ¹ (0,44–0,72)	57,1 (50,8–63,3)	69,0 (66,1–71,7)	82,2 (79,2–84,8)	0,31 ¹ (0,22–0,43)	0,48 ¹ (0,38–0,61)	53,2 (48,0–58,4)	66,7 (64,5–68,9)	79,9 (77,5–82,0)	0,31 ¹ (0,24–0,40)	0,52 ¹ (0,44–0,62)
			28,5 (22,6–35,3)	24,3 (22,0–26,7)	26,9 (24,2–29,9)	1,43 (0,98–2,09)	1,00 (0,82–1,21)	28,0 (23,2–33,4)	30,0 (27,5–32,5)	30,2 (27,3–33,2)	1,12 (0,81–1,56)	1,12 (0,89–1,27)	28,3 (24,2–32,7)	27,1 (25,3–29,0)	28,6 (26,6–30,7)	1,26 (0,97–1,63)	1,03 (0,90–1,18)
Körperliche Aktivität	Täglich mind. 60 Minuten körperlich aktiv	3–17	13,1 (9,4–18,1)	8,0 (6,7–9,4)	3,3 (2,3–4,7)	3,91 ¹ (2,35–6,51)	2,34 ¹ (1,56–3,52)	10,9 (7,4–15,7)	3,7 (3,0–4,7)	1,3 (0,8–2,1)	9,02 ¹ (4,69–17,34)	2,92 ¹ (1,72–4,96)	11,9 (9,2–15,3)	5,8 (5,1–6,7)	2,3 (1,7–3,1)	5,43 ¹ (3,64–8,10)	2,54 ¹ (1,83–3,52)
			62,0 (55,3–68,2)	78,0 (75,8–80,0)	86,5 (83,9–88,7)	0,24 ¹ (0,17–0,33)	0,54 ¹ (0,43–0,67)	70,4 (64,3–75,8)	78,8 (76,6–80,8)	87,7 (85,6–89,6)	0,26 ¹ (0,18–0,37)	0,48 ¹ (0,39–0,59)	66,4 (61,7–70,8)	78,4 (76,8–79,9)	87,1 (85,4–88,6)	0,25 ¹ (0,20–0,33)	0,50 ¹ (0,43–0,59)
Sportliche Aktivität	Sport im Verein	3–17	36,0 (30,0–42,4)	59,7 (56,9–62,5)	70,1 (66,5–73,4)	0,24 ¹ (0,18–0,33)	0,64 ¹ (0,54–0,75)	48,7 (42,3–55,2)	62,2 (59,5–64,9)	77,9 (75,0–80,5)	0,24 ¹ (0,18–0,34)	0,45 ¹ (0,37–0,55)	42,8 (38,5–47,2)	61,0 (58,9–63,0)	74,1 (71,7–76,3)	0,25 ¹ (0,20–0,31)	0,54 ¹ (0,47–0,61)
			78,2 (71,7–83,5)	88,8 (86,8–90,5)	91,5 (89,3–93,3)	0,16 ¹ (0,08–0,30)	0,57 ¹ (0,41–0,80)	76,0 (69,7–81,4)	84,8 (82,3–86,9)	89,8 (87,5–91,6)	0,12 ¹ (0,07–0,21)	0,45 ¹ (0,33–0,62)	77,0 (72,4–81,0)	86,8 (85,1–88,3)	90,6 (89,0–92,0)	0,14 ¹ (0,09–0,21)	0,50 ¹ (0,39–0,64)
Schwimm- fähigkeit	Alter bei Erwerb der Schwimmfähigkeit (MW)	5–17	6,8 (6,5–7,1)	5,9 (5,8–6,0)	5,3 (5,2–5,4)	–	–	7,3 (7,0–7,7)	6,2 (6,0–6,3)	5,7 (5,5–5,8)	–	–	7,1 ¹ (6,8–7,3)	6,0 ¹ (5,9–6,1)	5,5 ¹ (5,4–5,6)	–	–
			24,7 (18,2–32,6)	16,2 (14,0–18,7)	8,1 (5,7–11,3)	3,48 ¹ (2,05–5,90)	2,12 ¹ (1,43–3,14)	36,1 (28,8–44,3)	31,1 (27,8–34,6)	13,4 (10,7–16,6)	3,57 ¹ (2,32–5,50)	2,97 ¹ (2,19–4,03)	30,9 (26,1–36,2)	23,5 (21,4–25,7)	10,8 (8,9–13,1)	3,56 ¹ (2,55–4,98)	2,62 ¹ (2,06–3,32)
Medien- nutzung	Nutzungsdauer von Bildschirmmedien (Fernse- hen/Video, Spielkonsole, PC/Internet) mehr als 5 Std./Tag	11–17	15,6 (10,5–22,7)	17,7 (15,2–20,5)	14,5 (11,3–18,2)	0,80 (0,43–1,50)	1,13 (0,76–1,67)	15,1 (10,7–20,7)	15,0 (12,7–17,7)	16,1 (12,6–20,3)	0,66 (0,37–1,19)	0,85 (0,56–1,31)	15,3 (11,7–19,8)	16,4 (14,4–18,5)	15,3 (13,0–17,9)	0,73 (0,49–1,09)	0,98 (0,73–1,32)
			8,0 (4,4–13,9)	11,3 (9,2–13,8)	7,4 (5,3–10,3)	0,85 (0,40–1,81)	1,47 (0,94–2,31)	12,9 (9,0–18,2)	13,8 (11,6–16,2)	12,0 (9,0–15,9)	0,86 (0,48–1,52)	1,20 (0,78–1,84)	10,7 (7,8–14,3)	12,5 (10,9–14,4)	9,8 (7,9–12,2)	0,86 (0,56–1,32)	1,31 (0,94–1,82)
Alkohol- konsum	Risikokonsum (AUDIT-C)	11–17	13,9 (9,2–20,5)	12,3 (10,1–15,0)	7,5 (5,2–10,5)	1,70 (0,90–3,22)	1,64 ¹ (1,02–2,64)	14,8 (10,2–20,9)	11,3 (9,6–13,3)	10,3 (7,9–13,2)	1,31 (0,74–2,35)	1,10 (0,75–1,62)	14,4 (11,1–18,5)	11,8 (10,4–13,4)	8,9 (7,1–11,1)	1,48 (1,00–2,19)	1,33 (0,97–1,82)
			7,7 (4,7–12,3)	5,6 (4,0–7,7)	1,0 (0,3–3,4)	7,02 ¹ (1,87–26,41)	5,41 ¹ (1,54–19,01)	8,5 (5,3–13,4)	5,1 (3,9–6,6)	3,1 (2,0–4,7)	2,65 ¹ (1,31–5,36)	1,70 ¹ (1,01–2,85)	8,1 (5,8–11,3)	5,3 (4,3–6,5)	2,1 (1,4–3,2)	3,71 ¹ (2,05–6,69)	2,61 ¹ (1,57–4,32)
Tabak- konsum	Rauchen aktuell	11–17	7,7 (4,7–12,3)	5,6 (4,0–7,7)	1,0 (0,3–3,4)	7,02 ¹ (1,87–26,41)	5,41 ¹ (1,54–19,01)	8,5 (5,3–13,4)	5,1 (3,9–6,6)	3,1 (2,0–4,7)	2,65 ¹ (1,31–5,36)	1,70 ¹ (1,01–2,85)	8,1 (5,8–11,3)	5,3 (4,3–6,5)	2,1 (1,4–3,2)	3,71 ¹ (2,05–6,69)	2,61 ¹ (1,57–4,32)
			13,9 (9,2–20,5)	12,3 (10,1–15,0)	7,5 (5,2–10,5)	1,70 (0,90–3,22)	1,64 ¹ (1,02–2,64)	14,8 (10,2–20,9)	11,3 (9,6–13,3)	10,3 (7,9–13,2)	1,31 (0,74–2,35)	1,10 (0,75–1,62)	14,4 (11,1–18,5)	11,8 (10,4–13,4)	8,9 (7,1–11,1)	1,48 (1,00–2,19)	1,33 (0,97–1,82)

OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall

¹ statistisch signifikant ($p < 0,05$)

² Die Odds Ratios sind zusätzlich adjustiert nach Geschlecht.

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 2, Fortsetzung
Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus. Prävalenzen/Mittelwerte und altersadjustierte Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen
 Datenquelle: KiGCS Welle 1 (2009–2012)

Thema	Indikator(en)	Alter	Mädchen				Jungen				Gesamt ²				
			Sozialstatus				Sozialstatus				Sozialstatus				
			niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	
			% (95% - KI)	% (95% - KI)	% (95% - KI)	OR (95% - KI)	% (95% - KI)	% (95% - KI)	% (95% - KI)	OR (95% - KI)	% (95% - KI)	% (95% - KI)	% (95% - KI)	OR (95% - KI)	
Wasserverhalten	Lebenszeitprävalenz	12–17	27,3 (20,3–35,7)	27,3 (24,1–30,7)	22,7 (18,4–27,7)	1,16 (0,70–1,92)	1,17 (0,83–1,64)	27,2 (24,2–30,3)	29,2 (24,8–33,9)	1,49 (0,99–2,25)	0,82 (0,60–1,12)	34,3 (29,1–39,9)	27,2 (24,9–29,7)	26,1 (22,9–29,6)	1,33 (0,97–1,84)
		30-Tage-Prävalenz	9,7 (5,5–16,5)	8,6 (6,8–10,9)	4,9 (2,9–8,1)	1,97 (0,84–4,60)	1,73 (0,98–3,06)	10,3 (8,2–12,9)	9,6 (7,0–13,2)	1,41 (0,81–2,45)	1,03 (0,64–1,68)	12,4 (8,8–17,1)	9,5 (8,0–11,2)	7,4 (5,6–9,8)	1,60 (0,99–2,59)
Passivrauchbelastung (nur nichtrauchende Kinderliche)	Aufenthalt in Räumen, in denen geraucht wird (mind. mehrmals pro Woche)	11–17	26,8 (20,2–34,4)	19,0 (16,2–22,2)	9,1 (6,9–11,8)	3,44 ¹ (2,12–5,58)	2,31 ¹ (1,59–3,34)	19,6 (16,8–22,7)	7,4 (5,2–10,4)	4,33 ¹ (2,53–7,41)	3,14 ¹ (2,04–4,83)	26,4 (21,9–31,5)	19,3 (17,2–21,5)	8,2 (6,5–10,3)	3,84 ¹ (2,64–5,57)
		0–17	22,3 (17,6–27,8)	10,6 (9,0–12,4)	3,4 (2,5–4,7)	7,87 ¹ (5,04–12,27)	3,23 ¹ (2,25–4,63)	24,1 (19,2–29,8)	9,1 (7,6–10,9)	3,1 (2,2–4,4)	8,97 ¹ (5,69–14,15)	3,02 ¹ (2,00–4,57)	23,2 (19,6–27,3)	9,9 (8,8–11,0)	3,3 (2,5–4,2)
Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft	Prävalenz	0–6	29,8 (20,5–41,1)	10,1 (7,4–13,6)	2,6 (1,4–5,0)	16,05 ¹ (6,77–38,03)	4,17 ¹ (2,07–8,43)	12,0 (9,3–15,4)	1,9 (1,1–3,4)	19,11 ¹ (8,23–44,38)	7,02 ¹ (3,58–13,75)	28,4 (21,6–36,3)	11,1 (9,1–13,4)	2,2 (1,5–3,4)	17,33 ¹ (9,67–31,07)
		0–6	73,4 (62,1–82,3)	83,0 (79,5–86,0)	93,4 (90,5–95,5)	0,19 ¹ (0,10–0,38)	0,34 ¹ (0,22–0,53)	66,7 (54,9–76,7)	80,2 (76,2–83,7)	0,20 ¹ (0,11–0,36)	0,39 ¹ (0,27–0,58)	70,4 (62,3–77,3)	81,5 (78,9–83,9)	92,2 (90,1–93,9)	0,20 ¹ (0,13–0,31)
Stillverhalten	Ausschließliches Stillen für mind. 4 Monate	0–6	25,6 (16,3–37,7)	35,4 (31,5–39,4)	49,2 (44,7–53,7)	0,35 ¹ (0,19–0,63)	0,57 ¹ (0,43–0,74)	11,2 (6,9–17,7)	29,5 (26,0–33,4)	0,13 ¹ (0,08–0,23)	0,44 ¹ (0,34–0,56)	19,4 (13,4–27,0)	32,3 (29,6–35,1)	48,9 (45,7–52,2)	0,24 ¹ (0,15–0,37)

OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall

¹ statistisch signifikant (p < 0,05)

² Die Odds Ratios sind zusätzlich adjustiert nach Geschlecht.

Tabelle 3
Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus. Prävalenzen/Mittelwerte und altersadjustierte Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen
 Datenquelle: KIGGS Welle1 (2009–2012)

Thema	Indikator(en)	Alter	Mädchen					Jungen					Gesamt*				
			Sozialstatus					Sozialstatus					Sozialstatus				
			niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	OR (95%-KI)	niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	OR (95%-KI)	niedrig	mittel	hoch	niedrig vs. hoch	OR (95%-KI)
Besuch bei niedergelassenen Ärzten	12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme	0–17	90,8	92,6	90,7	1,09	1,37 [†]	91,3	92,1	92,6	1,03	1,00	91,1	92,4	91,7	1,06	1,17
			(86,6–93,8)	(91,3–93,7)	(88,9–92,3)	(0,66–1,79)	(1,04–1,79)	(88,1–93,8)	(90,8–93,2)	(90,7–94,0)	(0,65–1,63)	(0,75–1,34)	(88,6–93,1)	(91,4–93,2)	(90,3–92,8)	(0,76–1,46)	(0,96–1,43)
Kinderarztbesuche	12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme	0–17	67,2	65,9	70,9	1,04	0,92	65,8	68,9	71	1,19	1,03	66,4	67,4	70,9	1,11	0,97
			(61,6–72,3)	(63,4–68,4)	(67,8–73,8)	(0,74–1,46)	(0,76–1,09)	(60,5–70,6)	(66,2–71,5)	(67,9–73,9)	(0,89–1,61)	(0,85–1,25)	(62,5–70,2)	(65,2–69,5)	(68,6–73,2)	(0,88–1,40)	(0,85–1,11)
Krankenhausaufenthalt	Durchschnittliche Zahl an KH-Nächten bei Kindern mit KH-Aufenthalt i. d. letzten 12 Monaten (MW)	0–17	16,5	8,2	7,8	2,35 [†]	1,06	11,2	9,9	6,3	2,01 [†]	1,65 [†]	13,8	9,0	7,0	2,18 [†]	1,33 [†]
			(12,4–21,5)	(7,1–9,4)	(6,2–9,6)	(1,57–3,52)	(0,80–1,41)	(7,9–15,8)	(8,7–11,1)	(5,1–7,8)	(1,24–3,26)	(1,27–2,16)	(11,1–16,9)	(8,2–9,9)	(6,0–8,2)	(1,67–2,85)	(1,10–1,62)
Früherkennungsuntersuchungen	Vollständige Inanspruchnahme (U3 bis U9)	7–13	70,7	83,4	89,2	0,29 [†]	0,61 [†]	76,9	82,5	85,5	0,57 [†]	0,80	74,1	83,0	87,3	0,42 [†]	0,71 [†]
			(60,4–79,2)	(79,9–86,4)	(86,0–91,7)	(0,17–0,51)	(0,42–0,91)	(68,1–83,8)	(79,4–85,3)	(81,0–89,0)	(0,33–0,99)	(0,55–1,17)	(67,8–79,6)	(80,7–85,1)	(84,7–89,5)	(0,29–0,61)	(0,54–0,93)
HPV-Impfung	Jemals geimpft	14–17	52,9	55,9	39,2	1,72	1,98 [†]	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
			(41,9–63,7)	(51,0–60,6)	(32,2–46,7)	(0,97–3,05)	(1,33–2,94)										
Impfung	Vollständig HPV geimpft (3 Dosen)	14–17	41,0	41,0	32,1	1,45	1,47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
			(31,3–51,4)	(35,9–46,2)	(25,3–39,8)	(0,82–2,54)	(0,95–2,28)										
Kontrollbesuch beim Zahnarzt	Seltener als einmal jährlich	3–17	10,5	3,1	3,4	3,81 [†]	0,97	9,4	3,9	3,1	4,03 [†]	1,34	9,9	3,5	3,3	3,91 [†]	1,15
			(6,7–16,0)	(2,3–4,2)	(2,4–4,9)	(2,03–7,16)	(0,62–1,50)	(5,7–15,3)	(2,9–5,2)	(2,2–4,4)	(2,06–7,86)	(0,87–2,05)	(7,1–13,7)	(2,8–4,3)	(2,6–4,1)	(2,54–6,04)	(0,85–1,55)

OR=Odds Ratio; KI=Konfidenzintervall

[†] statistisch signifikant (p<0,05)

* Die Odds Ratios sind zusätzlich adjustiert nach Geschlecht.

Impressum

GBE kompakt

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Martina Rabenberg, Dr. Livia Ryl
Robert Koch-Institut
Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin

Tel.: 030-18754-3400

E-Mail: gbe@rki.dewww.rki.de/gesundheitsberichterstattung**Zitierweise**

Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015)
Gesund aufwachsen –
Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?
Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin.
GBE kompakt 6(1)
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.03.2015)

ISSN 2191-4974

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit