



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

*Ergebnisse des Nationalen Kinder- und
Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)*



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Bericht für den Sachverständigenrat
zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen

Robert Koch-Institut, Berlin 2008

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
1 Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey	11
2 Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	17
2.1 Soziale Lage	17
2.2 Familiensituation	21
2.3 Migration	24
2.4 Wohnsituation und Umweltbedingungen	26
3 Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen sowie Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	41
3.1 Gesundheitliche Lage.	41
3.1.1 Pränatale und perinatale Einflussfaktoren	41
3.1.2 Körperliche Entwicklung und Akzeleration.	42
3.1.3 Morbidität.	43
3.1.3.1 Somatische Erkrankungen	43
3.1.3.2 Übergewicht und Adipositas	46
3.1.3.3 Unfälle und Verletzungen.	47
3.1.3.4 Psychische Gesundheit	48
3.1.3.4.1 Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten	49
3.1.3.4.2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)	49
3.1.3.4.3 Gewalterfahrungen	50
3.1.3.4.4 Essstörungen	51
3.1.3.4.5 Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung	51
3.1.4 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität	52
3.2 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen	53
3.2.1 Ernährung.	54
3.2.1.1 Stillen	55
3.2.2 Rauchen	56
3.2.3 Alkohol- und Drogenkonsum.	57
3.2.4 Körperlich-sportliche Aktivität	58
3.2.5 Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien.	59
3.2.6 Mundhygiene und Kariesprophylaxe	59
3.3 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	60
3.3.1 Früherkennungsuntersuchungen.	61
3.3.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	62
3.3.3 Impfungen	63
3.3.4 Arzneimittelanwendungen	65
4 Das frühe Kindesalter (0 bis 6 Jahre).	75
4.1 Gesundheitliche Lage.	78
4.1.1 Pränatale und perinatale Einflussfaktoren	78

4.1.2	Körperliche Entwicklung	79
4.1.3	Morbidität	81
4.1.3.1	Somatische Erkrankungen	81
4.1.3.2	Übergewicht und Adipositas	85
4.1.3.3	Unfälle und Verletzungen	86
4.1.3.4	Psychische Gesundheit	87
4.1.3.4.1	Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten	87
4.1.3.4.2	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)	88
4.1.4	Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität	89
4.2	Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen	91
4.2.1	Ernährung	91
4.2.1.1	Stillen	93
4.2.2	Körperlich-sportliche Aktivität	94
4.2.3	Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien	96
4.2.4	Mundhygiene und Kariesprophylaxe	98
4.3	Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	100
4.3.1	Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9)	100
4.3.2	Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	102
4.3.3	Impfungen	104
4.3.4	Arzneimittelanwendungen	105
5	Schulkinder (7 bis 10 Jahre)	111
5.1	Gesundheitliche Lage	114
5.1.1	Körperliche Entwicklung und Akzeleration	114
5.1.2	Morbidität	115
5.1.2.1	Somatische Erkrankungen	115
5.1.2.2	Übergewicht und Adipositas	120
5.1.2.3	Unfälle und Verletzungen	121
5.1.2.4	Psychische Gesundheit	123
5.1.2.4.1	Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten	123
5.1.2.4.2	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)	125
5.1.3	Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität	126
5.2	Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen	127
5.2.1	Ernährung	127
5.2.2	Körperlich-sportliche Aktivität	129
5.2.3	Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien	130
5.2.4	Mundhygiene und Kariesprophylaxe	131
5.3	Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	133
5.3.1	Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	133
5.3.2	Impfungen	134
5.3.3	Arzneimittelanwendungen	136

6	Jugendliche (11 bis 17 Jahre)	143
6.1	Gesundheitliche Lage	146
6.1.1	Körperliche Entwicklung und Akzeleration	146
6.1.2	Morbidität	150
6.1.2.1	Somatische Erkrankungen	150
6.1.2.2	Übergewicht und Adipositas	154
6.1.2.3	Unfälle und Verletzungen	155
6.1.2.4	Psychische Gesundheit	157
6.1.2.4.1	Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten	157
6.1.2.4.2	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)	158
6.1.2.4.3	Gewalterfahrungen	160
6.1.2.4.4	Essstörungen	162
6.1.2.4.5	Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung	162
6.1.3	Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität	165
6.2	Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen	167
6.2.1	Ernährung	167
6.2.2	Rauchen	169
6.2.3	Alkohol und Drogen	170
6.2.4	Körperlich-sportliche Aktivität	172
6.2.5	Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien	173
6.2.6	Mundhygiene und Kariesprophylaxe	176
6.3	Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	177
6.3.1	Früherkennungsuntersuchungen (J1)	177
6.3.2	Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	177
6.3.3	Arzneimittelanwendungen	179

Einleitung

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, ihre Determinanten und Rahmenbedingungen stehen zunehmend im Blickpunkt des gesundheitspolitischen und öffentlichen Interesses. Es ist bekannt, dass gesundheitliche Störungen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zugenommen haben und Gesundheitschancen bereits in dieser Bevölkerungsgruppe ungleich verteilt sind. Die Gesundheitspolitik hat sich der Thematik angenommen und nimmt Schwerpunktsetzungen vor. Das Ausmaß von Gesundheitsdefiziten der jungen Generation und deren Folgen für das Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen im Erwachsenenalter mit den sich daraus ergebenden Anforderungen für eine Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention als gesellschaftliche Zukunftsinvestition werden diskutiert. Dementsprechend wurde in der Public Health Forschung eine Wende von einer bislang geringen Beachtung der Kinder- und Jugendpopulation zu einem erhöhten altersgruppenspezifischen Informations- und Handlungsbedarf eingeleitet.

Im historischen Rückblick haben die allgemein verbesserten Lebensbedingungen sowie der Ausbau und die Erhöhung der Qualität der medizinischen Versorgung zu einer gravierenden Verminderung der Säuglings- und Kindersterblichkeit und einem immensen Rückgang von Infektionskrankheiten geführt. Ausgehend von dieser Entwicklung hat sich die Gesundheitslage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und anderen westlichen Ländern deutlich verbessert und liegt im globalen Vergleich hinsichtlich dieser Indikatoren auf einem hohen Niveau. Zugleich beobachten nationale und internationale Studien eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei einer hohen Problemlage insbesondere hinsichtlich psychosozial vermittelter Gesundheitsstörungen. In der Fachliteratur wird von einer Zunahme chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen, einer Verschiebung von den somatischen hin zu den psychischen Störungen und einer weiten Verbreitung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen berichtet [1]. Zunehmende Bewältigungskonflikte der Kinder und Jugendlichen, die sich in den genannten Störungen niederschlagen, werden in Zusammenhang mit Veränderungen der sozialen Umwelt gebracht.

Aus der sozialepidemiologischen Forschung ist bekannt, dass soziale Ungleichheit die Gesundheit von Menschen mitbestimmt. Die Chancen auf ein gesundes Aufwachsen sind in Deutschland nicht gleich verteilt. Kinder und Jugendliche stellen in unserem Land mittlerweile diejenige Altersgruppe dar, die am häufigsten von Armut bedroht ist. Dies kann sich infolge vielfältiger Wechselwirkungen auf ihre soziale und gesundheitliche Entwicklung auswirken. Kinder und Jugendliche in Armut tragen ein erhöhtes Risiko einer ungünstigen Gesundheitsbiographie [2].

Ein gesunder Start ins Leben ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Wahrnehmung von Zukunftschancen. Damit verbunden ist ein Bedarf nach der Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventionskonzepte für Kinder und Jugendliche, die Erkenntnisse zum Stellenwert von Gegebenheiten des Lebensstils und der sozialen Lage für Gesundheit und Krankheit berücksichtigen. Präventionspotenziale sollten bereits in der jüngsten Bevölkerungsgruppe identifiziert und genutzt werden. Anliegen dieser Zielgruppenorientierung ist die Erarbeitung konsensualer, konkreter Umsetzungskonzepte und Maßnahmen, die den Gesundheitszustand der Kinder- und Jugendpopulation nachhaltig verbessern.

Grundlage dafür ist sowohl eine genaue Kenntnis der gesundheitlichen Lage und des Gesundheitsverhaltens als auch der entsprechenden sozialen Rahmenbedingungen. Die Analyse der epidemiologischen Datenlage und der Daten der Gesundheitsberichterstattung zur Kinder- und Jugendbevölkerung zeigte erhebliche Informationslücken und damit die Notwendigkeit einer konsistenten und kontinuierlichen Erfassung wesentlicher Indikatoren der gesundheitlichen Lage der jüngsten Generation auf. Mit dem bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) konnten diese Defizite überwunden werden. Es liegen nun erstmalig repräsentative Daten für Deutschland zu einem breiten Themenspektrum der Kinder- und Jugendgesundheit für den Altersbereich der 0- bis 17-Jährigen vor. KiGGS ist eine epidemiologische Studie, die als Grundlage einer evidenzbasierten und zukunftsweisenden Kinder- und Jugendgesundheitspolitik genutzt werden kann. Die Auswertungsergebnisse

der Studie weisen auf prinzipiellen Handlungsbedarf hin, erleichtern Prioritätensetzungen und geben Anhaltspunkte für eine übergreifende und konsensuale Abstimmung der Präventionspolitik [3]. Erste Ergebnisse von KiGGS waren Ausgangspunkt der »Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit« in Deutschland. Zentrales Ziel ist es, Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen und die gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Mit der Strategie Kindergesundheit bündelt die Bundesregierung die verschiedenen Initiativen zur Förderung der Kindergesundheit, die weit über das Gesundheitswesen hinaus in alle gesellschaftlichen Bereiche hineinwirken [4].

Mit dem vorliegenden Bericht wird die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland anhand von Ergebnissen des nationalen Kinder- und Jugendsurveys hinsichtlich zahlreicher relevanter Indikatoren beschrieben. Kindheit und Jugend sind ein sehr differenziert zu betrachtender Altersbereich im Hinblick auf physiologische, psychologische und soziologische Entwicklungsprozesse und damit bezüglich der Darstellung ihrer Gesundheitssituation. In diesem Lebensabschnitt vollziehen sich enorme körperliche, geistige und emotionale Veränderungen, die in keinem weiteren so differenziert und vielgestaltig auftreten. Entsprechend der Alters- und Entwicklungsspezifika der 0- bis 17-Jährigen ergeben sich unterschiedliche gesundheitsrelevante Fragestellungen für verschiedene Altersbereiche. Dieser Differenziertheit wird in dem Bericht mit einer lebensphasenspezifischen Betrachtung und Aufbereitung der KiGGS Ergebnisse Rechnung getragen. Dabei werden drei Lebensphasen/Altersgruppen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Lage, ihres Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens betrachtet:

- ▶ Das frühe Kindesalter (0 bis 6 Jahre)
- ▶ Schulkinder (7 bis 10 Jahre)
- ▶ Jugendliche (11 bis 17 Jahre)

Zu berücksichtigen ist, dass selbst diese Altersgruppierung noch ein recht grobes Konstrukt einer Beschreibung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darstellt. Das frühe Kindesalter (0 bis 6 Jahre) umfasst alters-, entwicklungs- und

verhaltensspezifische Merkmale des Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalters. Ein erster Entwicklungsabschnitt findet mit dem vollendeten dritten Lebensjahr seinen Abschluss. Das Vorschulalter (3 bis 6 Jahre) ist in der Regel mit dem Besuch einer Kita oder Vorschule verbunden und geprägt durch die weitere Entwicklung und Differenzierung der fein- und grobmotorischen Fähigkeiten, der Sprache und der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt. Das Alter der 7- bis 10-jährigen Kinder wird durch die Grundschulzeit charakterisiert. Das Jugendalter (11 bis 17 Jahre) umfasst die Pubertät, mit einer frühen Phase (11 bis 13 Jahre) und einer mehr ausgebildeten Reife (14 bis 17 Jahre), in denen unterschiedliche psycho-physische Strukturen der Entwicklung zum Tragen kommen.

Diese Altersspezifika werden in den lebensphasenorientierten Kapiteln beachtet und die Ergebnisse entsprechend differenziert dargestellt. Bei den Auswertungen wurden weitere Populationsmerkmale berücksichtigt, die entscheidenden Einfluss auf die gesundheitliche Lage, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen haben können. Dazu gehören der sozioökonomische Status der Kinder und Jugendlichen, der Migrationshintergrund sowie die Region (Ost/West), in der sie leben.

Hinsichtlich der Bewertung und Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass viele Gesundheitsstörungen nicht auf einen unmittelbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zurückzuführen sind. Sie entstehen durch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren und infolge unterschiedlicher Kausalitäten.

In Kapitel 1 wird der nationale Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) vorgestellt. Beschrieben werden Studiendesign und Erhebungsmethodik sowie die Studienpopulation. Die Relevanz der Studie für Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschung wird hervorgehoben.

Auf die für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und ihre Chancen auf bestmögliche Gesundheit relevanten Rahmenbedingungen geht Kapitel 2 ein. Die KiGGS Studienpopulation wird hinsichtlich der Zugehörigkeit zu Sozialstatusgruppen, des Migrationshintergrundes, der Familiensituation und der Wohnbedingungen beschrieben.

Kapitel 3 stellt eine thematisch einleitende und übergreifende Beschreibung der in den Kapiteln 4 bis 6 dargestellten Ergebnisse dar. Es wird auf die Relevanz des jeweiligen Indikators für die Kinder- und Jugendgesundheit eingegangen. Lebensphasenspezifische Besonderheiten finden Berücksichtigung, werden jedoch in den Kapiteln 4 bis 6 eingehend beschrieben. Für ausgewählte Themen wird altersgruppenübergreifend ein zusammengefasster Wert ausgewiesen.

Die Kapitel 4 bis 6 widmen sich der lebensphasenbezogenen Darstellung der in Kapitel 3 beschriebenen Indikatoren. Diese wurden für die Kinder der Altersgruppen 0 bis 6 Jahre (Kapitel 4) und 7 bis 10 Jahre (Kapitel 5) sowie für die Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren (Kapitel 6) durchgängig nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach der Wohnregion (Ost/West) stratifiziert.

Die Darstellung der Auswertungsergebnisse erfolgt entsprechend der Gliederung von Kapitel 3 in Unterkapiteln zur gesundheitlichen Lage (siehe Kapitel 4.1, 5.1, 6.1), zu Gesundheitsverhalten und -gefährdungen (siehe Kapitel 4.2, 5.2, 6.2) und zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens (siehe Kapitel 4.3, 5.3, 6.3). Diese Struktur ermöglicht, ausgehend von der Ergebnisdarstellung, ein leichtes Auffinden von allgemeinen und zusammenfassenden Informationen zu einem themenbezogenen Indikator und umgekehrt.

Die in diesem Bericht dargelegten lebensphasenspezifischen Auswertungen werden durch weitere Ergebnisdarstellungen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys ergänzt [3, 5, 6, 7]. In der Gesamtschau eröffnen sich mit KiGGS Entwicklungspotenziale für eine kontinuierliche und differenzierte Gesundheitsberichterstattung zu Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf eine umfassende und problemorientierte Bestandsaufnahme. Zugleich liefert die Studie umfangreiche Daten für die epidemiologische und sozialepidemiologische Forschung. Die hier vorgenommene altersgruppen- und lebensphasenbezogene Betrachtungsweise unter Berücksichtigung sozialer Gegebenheiten leistet einen Beitrag zur Förderung des gesellschaftlichen Bewusstseinsprozesses zu spezifischen Gesundheitsproblemen der Kinder und Jugendlichen und damit für settingbezogene Ansatzpunkte (z. B. Kindergarten, Schule) präventiv orientierter Maßnahmen.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
2. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4. RKI, Berlin
3. Robert Koch-Institut (2007) Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGS, Zwischenbericht 2007. In Vorbereitung
4. Bundesministerium für Gesundheit (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/PM-27-05-08_Strategie-der-Bundesregierung.html
5. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In Vorbereitung. RKI, Berlin
6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
7. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007) Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz Band 50 (5/6): Mai/Juni 2007 www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/Basispublikation/index.html

Abbildung 1.1
 Sample Points des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS



1 Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

Nach umfangreichen Konzeptions- und Vorbereitungsarbeiten hat das Robert Koch-Institut von Mai 2003 bis Mai 2006 den bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) durchgeführt. Ausgangspunkt der Konzeptentwicklung war eine genaue Analyse existierender Datenquellen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die einen hohen Bedarf an Daten für die Gesundheitsberichterstattung zu dieser Altersgruppe und für die epidemiologische Forschung deutlich machte [1]. Amtliche Statistiken, Prozessdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen, Statistiken der Leistungserbringer und gesundheitswissenschaftliche Einzelstudien liefern nur partielle Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen der Kinder- und Jugendgesundheit. Auf Teilaspekte, Altersgruppen und Regionen beschränkt sowie wegen inkompatibler Erhebungsmethoden lassen sie keine bundesweit gültigen, räumlich und zeitlich vergleichbaren Aussagen zu und können nur groben Orientierungen dienen. Fehlende Repräsentativität und weitreichende Informationslücken zu wesentlichen Bereichen der Kindergesundheit, wie z. B. zur körperlichen und seelischen Gesundheit, zur sozialen Lage und Lebenssituation, zu gesundheitlich bedeutsamen Verhaltensweisen sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote, zeigten nachdrücklich den Bedarf nach einer einheitlichen und vergleichbaren Datenbasis zur gesundheitlichen Situation der jungen Generation in Deutschland auf. Mit KiGGS wurden Schwerpunktsetzungen vorgenommen, um bestehende Informationslücken zu schließen und eine bundesweit repräsentative, umfassende Datengrundlage für die Konzeption von Präventions- und Interventionsmaßnahmen zur Verfügung zu stellen.

Der nationale Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wurde durch die Bundesministerien für Gesundheit (BMG) sowie Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Mit der epidemiologischen Studie konnten über ein weites Themenspektrum Daten zur gesundheitlichen Situation von rund 18.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren mittels standardisierter Methoden im gesamten Bundesgebiet erfasst werden [2, 3]. Die Untersuchungen wurden von ärztlich gelei-

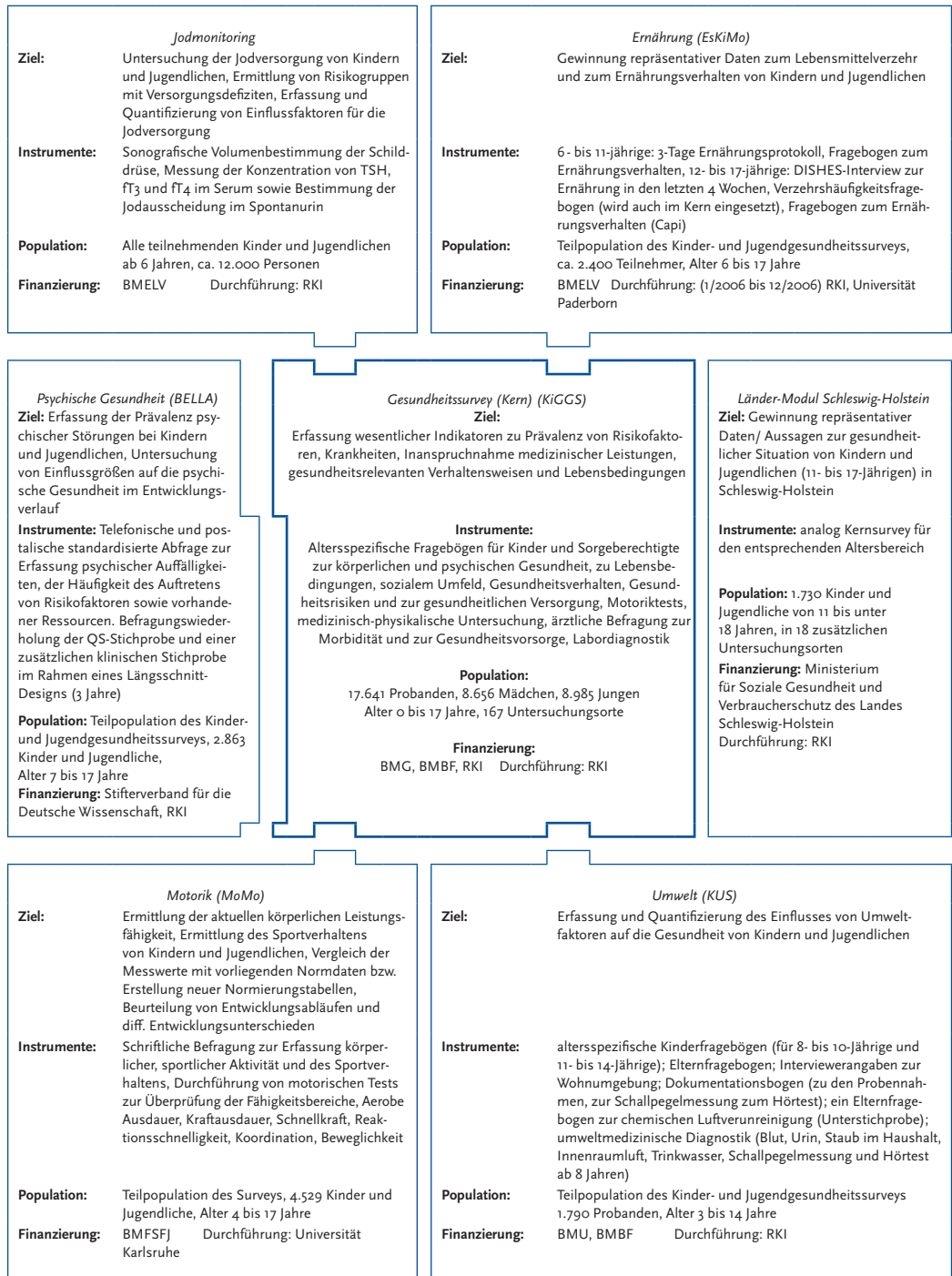
teten Untersuchungsteams in insgesamt 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden (Sample Points) durchgeführt (siehe Abbildung 1.1).

In den vor Ort eingerichteten Studienzentren erfolgten eine schriftliche Befragung, medizinische Untersuchungen und Tests, ein computergestütztes ärztliches Interview (CAPI) sowie die Entnahme von Blut- und Urinproben für Laboruntersuchungen. Befragt wurden die Eltern der Kinder und Jugendlichen sowie ab einem Alter von 11 Jahren die Probandinnen und Probanden selbst. Zu den Themenschwerpunkten der Befragung zählten neben der körperlichen und psychischen Gesundheit das subjektive Befinden, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung. Im Rahmen eines ärztlich geführten Interviews (CAPI – Computer Assisted Personal Interview) wurden Eltern zu Krankheiten, Impfungen und Arzneimittelgebrauch ihrer Kinder befragt, Jugendliche ab 14 Jahren machten die Angaben selbst. Des Weiteren wurden Körpermesswerte erhoben, der körperliche Reifestatus festgestellt, Blutdruck gemessen, Sehtests und Hautuntersuchungen durchgeführt sowie die motorische Fähigkeit und körperliche Fitness der Kinder und Jugendlichen überprüft.

Das Untersuchungsprogramm erfolgte differenziert nach fünf Altersgruppen: Säuglings- und Kleinkindalter (0 bis 2 Jahre), Vorschulalter (3 bis 6 Jahre), Grundschulalter (7 bis 10 Jahre), Pubertät (11 bis 13 Jahre) und Jugendalter (14 bis 17 Jahre).

Zielpopulation des nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys waren die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden und in den Einwohnermelderegistern mit Hauptwohnsitz gemeldeten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Neben der deutschen Bevölkerung wurden auch ausländische Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppe, deren Hauptwohnsitz in Deutschland liegt, in den Survey einbezogen. Um diese Gruppe von Kindern und Eltern bei der Erhebung ausreichend berücksichtigen zu können, wurden besondere Maßnahmen bei der Proban-

Abbildung 1.2
Modularer Aufbau des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS



dengewinnung und der Datenerhebung umgesetzt [4, 5]. Zugleich wurden die Sample Points so ausgewählt, dass für Ost- und Westdeutschland separat repräsentative Aussagen möglich sind [4].

Insgesamt haben an KiGGS zwei Drittel der eingeladenen Kinder und Jugendlichen teilgenommen (Responsequote 66,6%).

Die Durchführung der Stichprobenziehung und Feldarbeit wurde durch interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet [2, 6] und die Praktikabilität des Designs und der Methodik in einem Pretest geprüft und bewertet. Über den gesamten Zeitraum der Studie unterstützte der wissenschaftliche Beirat von KiGGS mit seiner Expertise den methodischen Aufbau. Die Einhaltung ethischer und datenschutzrechtlicher Grundsätze wurde gewährleistet.

Das Erhebungsprogramm von KiGGS orientiert sich an einem modularen Aufbau (siehe Abbildung 1.2). Neben dem Kernsurvey, der sich an alle Studienteilnehmer richtet, wurden an Unterstichproben vertiefende Untersuchungen zu ausgewählten Themen vorgenommen (Module): Erfassung psychischer Störungen und Einflussfaktoren (»BELLA-Studie«), der motorischen Entwicklung und körperlich-sportlichen Aktivität (»Motorik-Modul«), des Einflusses von Umweltbelastungen (»Kinder-Umweltsurvey (KUS)«), des Ernährungsverhaltens (»EsKiMo-Studie«) sowie der Jodversorgung (»Jodmonitoring«). Zusätzlich gab es für die Bundesländer die Möglichkeit einer regionalen Erweiterung der Erhebung durch eine Aufstockung der Stichprobe und unter Nutzung der Methodik und Logistik von KiGGS.

Das Land Schleswig-Holstein hat die Chance genutzt, mit relativ geringem zusätzlichem finanziellem Aufwand repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation seiner altersgleichen Bevölkerung zu erheben, die zugleich zu den bundesweit erhobenen Daten in Beziehung gesetzt werden können. Die Auswertungsergebnisse wurden in einem Gesundheitsbericht zusammengestellt, der Problemlagen auf Landesebene aufzeichnet und als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und Prioritätensetzungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein genutzt werden kann [7].

Insgesamt haben an der KiGGS-Studie 17.641 Kinder und Jugendliche teilgenommen, darun-

ter 8.656 Mädchen (49,1%) und 8.985 Jungen (50,9%). Hinsichtlich Erhebung und Auswertung der Daten wurden zentrale Merkmale benannt bzw. einheitlich konstruiert: Alter, Geschlecht, sozialer Status, Migrationshintergrund und Region (neue Bundesländer/alte Bundesländer). Mit Hilfe dieser Differenzierungsmöglichkeiten können Gruppenunterschiede bezüglich gesundheitlicher Problemlagen, gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aufgezeigt werden.

Das Alter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde entweder als Alter in Jahren oder als Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe berücksichtigt.

Der Sozialstatus wurde anhand eines mehrdimensionalen Index bestimmt. Grundlage dabei waren die Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen. Auf dieser Basis wurden drei Gruppen von Kindern und Jugendlichen mit unterem, mittlerem und hohem Sozialstatus gebildet [8], (siehe auch Kapitel 2.1).

Ein Migrationshintergrund liegt nach der hier verwendeten Definition bei Kindern und Jugendlichen vor, wenn sie entweder selbst aus einem anderen Land zugewandert sind sowie mindestens ein nicht in Deutschland geborenes Elternteil haben oder wenn beide Eltern zugewandert sind bzw. nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen [5], (siehe Kapitel 2.3).

Bei der Wohnregion wird zwischen den alten und neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) unterschieden. Entscheidend ist, wo die Jugendlichen zum Zeitpunkt der Befragung lebten. Für Auswertungen sind weitere Differenzierungen nach städtischem und ländlichem Gebietstyp möglich.

Gruppenunterschiede in diesem Zusammenhang geben erste Hinweise für die Identifikation von Problem- bzw. Risikogruppen sowie relevanter Lebensumfelder (Setting). Tabelle 1.3 beschreibt die KiGGS-Studienpopulation hinsichtlich wesentlicher berücksichtigter Merkmale.

Um ein einheitliches und zweckmäßiges Vorgehen bei den Datenauswertungen zu einzelnen Themenbereichen (siehe Kapitel 3) zu gewährleisten, wurden verschiedene methodische Festlegungen getroffen. Dazu gehört beispielsweise die Berechnung eines Gewichtungsfaktors, der

Tabelle 1.3

Beschreibung der KiGGS-Studienpopulation nach soziodemografischen Merkmalen

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS

Studienpopulation Merkmale	Jungen		Mädchen		Gesamt	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil
Gesamt*	8.656	49,1%	8.985	50,9%	17.641	100,0%
Alter*						
0–2 Jahre	1.389	16,0%	1.416	15,8%	2.805	15,9%
3–6 Jahre	1.925	22,2%	1.950	21,7%	3.875	22,0%
7–10 Jahre	2.021	23,3%	2.127	23,7%	4.148	23,5%
11–13 Jahre	1.488	17,7%	1.588	17,2%	3.076	17,4%
14–17 Jahre	1.904	21,2%	1.833	21,2%	3.737	21,2%
Sozialer Status (Winklerindex)**						
Niedriger sozialer Status	2.286	27,2%	2.436	27,7%	4.722	27,5%
Mittlerer sozialer Status	3.830	45,7%	3.980	45,2%	7.809	45,4%
Hoher sozialer Status	2.274	27,1%	2.379	27,1%	4.653	27,1%
Migrationshintergrund**						
Migrant	1.444	16,9%	1.567	17,4%	3.011	17,1%
Nicht-Migrant	7.103	83,1%	7.453	82,6%	14.556	82,9%
Region**						
Ost	1.446	16,8%	1.526	16,9%	2.972	16,8%
West	7.143	83,2%	7.525	83,1%	14.669	83,2%
Stadt-Land**						
Ländlich	1.612	17,8%	1.529	17,8%	3.141	17,8%
Kleinstädtisch	2.344	27,3%	2.504	27,7%	4.848	27,5%
Mittelstädtisch	2.527	29,4%	2.643	29,2%	5.170	29,3%
Großstädtisch	2.189	25,5%	2.292	25,3%	4.481	25,4%

* ungewichtete Grundgesamtheit

** gewichtet auf die Alters-, Geschlechts- und regionale Verteilung in der 0- bis 17-jährigen Wohnbevölkerung (Stichtag 31.12.2004)

Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2004) bezüglich Alter (in Jahren), Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Region (neue Bundesländer/alte Bundesländer/Berlin) korrigiert und der bei allen Auswertungen hinsichtlich repräsentativer Aussagen zu berücksichtigen ist. Der Datensatz wurde einer umfangreichen Qualitätskontrolle unterzogen. Die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse beruhen überwiegend auf aktuellen Berechnungen (Datensatz-Version 13) und können in Einzelfällen von bereits publizierten Werten geringfügig abweichen.

Konfidenzintervalle und p-Werte wurden in den Survey-Auswertungen unter Berücksichtigung des Stichproben-Designs mit SPSS-14-Verfahren für komplexe Stichproben bzw. mit den Survey-Prozeduren von SAS 9.1 bestimmt [4].

Mit KiGGS können erstmals für die junge Generation in Deutschland Informationen einer Befragung (health interview survey) mit denen einer ärztlichen Untersuchung, einschließlich Laborwerten (health examination survey), miteinander verknüpft werden. Somit steht nicht nur ein umfassender Datenfundus für die Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung, sondern

auch für die epidemiologische Forschung und Methodenentwicklung. Die Studie ermöglicht darüber hinaus die Festlegung von Referenzwerten für wichtige gesundheitlich relevante Messgrößen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse und Daten werden der Politik, der Fachwelt und der interessierten Öffentlichkeit präsentiert und zugänglich gemacht (Public Use File). KiGGS ist Public-Health-orientiert und bildet eine Grundlage für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen auf dem Gebiet von Prävention und Intervention sowie der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.

Die Auswertungen der nationalen Studie liefern valide und repräsentative Informationen zur gegenwärtigen Verteilung vielfältiger, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bestimmender Indikatoren im Bevölkerungsquerschnitt, die wertvolle Ansatzpunkte für Gesundheitsplanung und die Festlegung von Gesundheitszielen liefern. Im Sinne einer Verantwortung für eine stabile Verbesserung der gesundheitlichen Lage der jungen Generation sind jedoch Trendbeobachtungen und die Klärung von Kausalzusammenhängen im Risiko-/Schutzfaktorengefüge notwendig, die sich nur mit Hilfe von Daten im Längsschnitt beobachten lassen. Darauf aufbauend könnte ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring auch Präventionserfolge überprüfen und langfristig gesehen die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und damit auch der späteren Erwachsenen nachhaltig verbessern. Unter diesem Blickwinkel wurde bereits ein Konzept für eine »KiGGS-Kohorte« erstellt, das sich in die Entwicklung eines bevölkerungsweiten Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut einordnet [9, 10, 11].

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
2. Kurth B-M (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 533–546
3. Kurth B-M, Kamtsiuris P 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 (1): 196
4. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007a) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 547–556
5. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 590–599
6. Filipiak-Pittroff B, Wölke G (2007) Externe Qualitätssicherung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Vorgehensweise und Ergebnisse. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 573–577
7. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

8. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 578–589
9. Kurth B-M, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. Ansätze und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48: 261–272
10. Kurth B-M, Ziese T, Tiemann F (2008) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene: Ansätze und Perspektiven. In: Statistik und Wissenschaft. Datengrundlagen für die Gesundheitsforschung in Deutschland. Statistisches Bundesamt (Hrsg) Band 9: 11-33
11. Kurth B-M (2008) Zum aktuellen Stand eines Gesundheitsmonitoringsystems am Robert Koch-Institut. In: Statistik und Wissenschaft. Datengrundlagen für die Gesundheitsforschung in Deutschland. Statistisches Bundesamt (Hrsg) Band 9: 34–36

2 Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als ein komplexes Gefüge vielfältiger sich bedingender Faktoren wird in entscheidendem Maße von gesellschaftlichen und individuellen Rahmenbedingungen bestimmt, unter anderem von der allgemeinen sozialen Lage, der Situation in der Familie, den Umweltbedingungen und für einen Teil der Kinder- und Jugendpopulation durch den Migrationsstatus.

Gesetzliche Regelungen, wie beispielsweise die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sichern Kinder und Jugendliche und ihre Familien in Deutschland gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall ab und gewährleisten grundsätzlich den Zugang zur medizinischen und psychosozialen Versorgung. Dennoch gestalten sich die Bedingungen eines gesunden Aufwachsens in ihrer Vielgestaltigkeit und Wechselwirkung von gesundheitsfördernden und -gefährdenden Faktoren recht unterschiedlich.

In den letzten Jahrzehnten haben sich in Deutschland sowohl die demografische Situation als auch die sozialen Rahmenbedingungen (vermittelt durch Bildung und Einkommen), unter denen Kinder und Jugendliche aufwachsen, verändert. Dies wird deutlich durch einen Rückgang des Anteils von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung und einen tendenziellen Anstieg der Armutsbetroffenheit der heranwachsenden Generation (siehe Kapitel 2.1). In der Familie, dem nach wie vor wichtigsten Bereich für eine primäre Sozialisation, vollziehen sich zunehmend unterschiedlichste Wandlungsprozesse. Dazu gehören die Abnahme der durchschnittlichen Kinderzahl, hohe Scheidungsraten und eine Zunahme nichtehelicher Partnerschaften sowie Alleinerziehender, zumeist Frauen (siehe Kapitel 2.2).

Kinder mit einem Migrationshintergrund haben sich neben den allgemeinen Entwicklungs- und Anpassungsleistungen ihrer Altersgleichen des Weiteren mit einem komplexen Bedingungsgefüge der Lebenssituation von Migranten auseinanderzusetzen (siehe Kapitel 2.3).

Zusätzlich ergeben sich für alle Kinder und Jugendlichen gesundheitliche Einflussfaktoren (förderliche und schädigende) aus den Wohn- und

Umweltbedingungen, die überwiegend mit der sozialen Lage interagieren (siehe Kapitel 2.4).

2.1 Soziale Lage

In einem Sozial- und Wohlfahrtsstaat wie der Bundesrepublik Deutschland existieren unterschiedliche Lebensbedingungen und Entwicklungschancen. Zuwächse im Bildungswesen, beim Einkommen oder bezüglich sozialer Absicherungen haben nicht wie erwartet zu einer Angleichung der Lebensverhältnisse geführt [1]. Die soziale Ungleichheitsproblematik tritt vor allem im Zusammenhang mit den Reformen der Sozialsysteme sowie mit der durch den globalen Wettbewerb beeinflussten wirtschaftlichen Situation auf [2].

Die soziale Lage ist durch unterschiedliche Faktoren bestimmt, beispielhaft angeführt seien hier Bildung, Einkommen sowie Lebensform. Damit verbundene Vor- und Nachteile, mit denen Kinder und Jugendliche aufwachsen, sind bedeutend für ihre Entwicklungschancen.

Einkommensarmut kann nicht nur zu Einschränkungen des Konsum- und Freizeitverhaltens der Kinder und Jugendlichen führen, sondern auch das Familienklima und das Erziehungsverhalten der Eltern ungünstig beeinflussen. Die daraus entstehenden psychosozialen Belastungen können die Heranwachsenden nachhaltig beeinträchtigen. Für Bildung als Merkmal der sozialen Lage gilt, dass sie neben der Platzierung im gesellschaftlichen Gefüge auch für die Ausprägung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensmuster relevant ist.

Aus ressourcenarmen Familien stammend, erleben Kinder und Jugendliche neben Armut häufig auch soziale Ausgrenzung, die in der Folge zu emotionaler Instabilität, Beeinträchtigung von kognitiver und sprachlicher Entwicklung sowie schulischer Leistungen und zu Verhaltensauffälligkeiten führen kann [3, 4, 5, 6]. Weitere Konsequenzen der Armut ergeben sich in Bezug auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Heranwachsenden: Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche bewerten diese seltener als sehr gut; sie weisen vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen, Unfallverletzungen und zahnmedizinische Probleme auf [7]. Insgesamt

samt gesehen ist die soziale Lage mit zahlreichen Gesundheitschancen und -risiken für Kinder und Jugendliche verbunden.

Der Bevölkerungsanteil von Kindern und Jugendlichen nimmt seit den 1970er Jahren infolge von Geburtenrückgang und steigender Lebenserwartung ab. Im Jahr 2006 lebten 14,2 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland. Bezogen auf die hier zu betrachtenden lebensphasenspezifischen Altersgruppen waren dies 2006 insgesamt 5,02 Millionen Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren, 3,2 Millionen im Alter von 7 bis 10 Jahren und insgesamt 6,03 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren [8]. Die Betrachtung der Bevölkerungsentwicklung zeigt, dass Kinder zunehmend in einer alternden Gesellschaft aufwachsen: Im Jahr 2050 kommen auf jeden Minderjährigen unter 18 Jahren mindestens zwei über 60-Jährige [9].

Das Armutsrisiko von Kindern und Jugendlichen ist tendenziell angestiegen [10]. Die materielle Armut kann durch die Armutsrisikoquote ausgedrückt werden: Dabei handelt es sich um den Bevölkerungsanteil, dessen bedarfsgewichtetes Nettoeinkommen pro Kopf (Nettoäquivalenzeinkommen) weniger als 60% des statistischen Mittelwertes (Median) in der Gesellschaft beträgt. Nach Ergebnissen der europaweiten EU-SILC Erhebung betrug die Armutsrisikoquote von Kindern (0 bis 15 Jahre) im Jahr 2005 in Deutschland 12% [10]. Das Risiko der Einkommensarmut in der Bevölkerung insgesamt lag 2005 bei 13% [10]. Europaweit leben nach Ergebnissen der EU-SILC Erhebung insgesamt 18% der Kinder und Jugendlichen unterhalb der Armutsrisikogrenze. Vergleicht man das Verhältnis der Länder untereinander, befindet sich Deutschland hinsichtlich der Armutsrisikoquote im ersten Drittel der 15 Länder in der EU [11].

Je älter die Kinder und Jugendlichen sind, umso häufiger leben sie in Armut. Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren trifft es dabei besonders, hier sind die Armutsrisikoquoten im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen am höchsten [10].

Kinder und Jugendliche sind vor allem dann von Armut betroffen, wenn sie in Alleinerziehenden-Haushalten, in Migrantenhaushalten, in Haushalten, die eine geringe Erwerbsbeteiligung oder (Langzeit-) Arbeitslosigkeit aufweisen oder in Familien, die SGB II Leistungen beziehen, leben [10].

Aus der SGB II-Statistik für Januar 2008 geht hervor, dass ca. 1,8 Millionen Kinder unter 15 Jahren in 1,1 Millionen von insgesamt 3,5 Millionen Bedarfsgemeinschaften leben. Die regionale Verteilung weist nach ALG II-Bezugsdaten auf ein Ost-West-, Nord-Süd- sowie ein Stadt-Landgefälle hin. Beispielsweise lebten im März 2007 in Ostdeutschland 31% der unter 15-Jährigen von ALG II, in Westdeutschland nur 14% [12].

Als Hauptursache für Armut werden Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit mit geringer Arbeitszeit und Niedriglohn geltend gemacht. Im Jahr 2006 lebten ca. 1 Million Heranwachsende in Haushalten ohne Erwerbstätigkeit und ca. 165.000 in Haushalten mit Teilzeitbeschäftigung der Erwachsenen [10].

Da in den letzten 15 Jahren auch die Jugendarbeitslosigkeit gestiegen ist, gestaltet sich der Beginn des Erwerbslebens für Jugendliche häufig schwierig: Wenn sich ihre Chancen auf eine Ausbildung und anschließende Erwerbstätigkeit verringern und sie von Arbeitslosigkeit betroffen sind, hat dies nicht nur Auswirkungen auf ihre finanzielle Situation, sondern prägt auch ihre gesamte Lebenssituation sowie ihre zukünftigen Arbeitsmarktchancen [12].

Der Wandel von Familien- und Haushaltsformen steht in Zusammenhang mit der sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen. Einelternfamilien sind immer häufiger zu finden, was unter anderem der Zunahme von Trennungen und Scheidungen geschuldet ist (siehe Kapitel 2.2). Diese Haushalte sind häufig einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt, da die Einkommens- und Erwerbschancen auf eine Person beschränkt sind [13].

Aufgrund der anhaltenden Zuwanderungsbewegungen treten vermehrt Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien in den Blickpunkt. So hatten im Jahr 2005 Kinder in der Altersgruppe unter 6 Jahren bereits zu 30% einen Migrationshintergrund [10]. Diese Familien befinden sich häufig in einer mit Nachteilen verbundenen sozialen Lage. Kulturelle Unterschiede, sprachliche Barrieren und Migrationserfahrungen verstärken die soziale Benachteiligung (siehe Kapitel 2.3). Im Vergleich zu deutschen Familien unterliegen Migrantenfamilien einem doppelt so hohen Armutsrisiko. Die Armutsrisikoquote bei unter 15-jährigen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund liegt bei 33% [10].

Bildung beeinflusst neben der beruflichen Position auch das Einkommen und somit die soziale Lage. Deshalb erscheint es wichtig, Kinder bereits früh durch Kindergarten- und Schulbesuch zu fördern. Ein Ausgleich von familiären Defiziten könnte auf diese Weise bei bildungsbenachteiligten Kindern möglich werden [14]. Zu beobachten ist jedoch, dass Kinder aus sozial benachteiligten Lebensverhältnissen in Kindertagesstätten häufig unterrepräsentiert sind [15, 16].

Auch in der Schulzeit können in der kurzen Grundschulphase die Entwicklungsdefizite oft nicht ausgeglichen werden. Anhand der Ergebnisse der PISA-Studien wird die Bildungsungleichheit sichtbar: Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der schulischen Leistung und der sozialen Herkunft: Kinder aus Familien mit unterem Sozialstatus sind gegenüber denen mit hohem Sozialstatus, z. B. in Bezug auf ihre Lesefertigkeiten, deutlich weniger kompetent [17]. In Studien konnte weiterhin gezeigt werden, dass bei entsprechenden Schulleistungen Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mit geringerer Wahrscheinlichkeit für eine weiterführende Schule weiterempfohlen wurden [18, 19]. Außerdem wird festgestellt, dass mehr Kinder aus Akademikerhaushalten als aus Nichtakademikerhaushalten studieren [10]. Mit niedriger schulischer und beruflicher Qualifikation bestehen eher geringe Einkommensmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang wird angenommen, dass der Anstieg von Jugendlichen ohne Berufsausbildung zukünftig zu einer Zunahme der Armutgefährdung von Familien führt [11].

Wenn es um gesellschaftliche Teilhabechancen von Kindern geht, ist die Betrachtung allein des monetären Armutsrisikos unzureichend. Auch die defizitäre Lebenslage an sich ist folgenreich: Entwicklungsdefizite können ebenso auftreten wie gesundheitliche Chancenungleichheit. Dies machen die Ergebnisse der KiGGS-Studie deutlich.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die soziale Lage der Kinder und Jugendlichen über den Sozialstatus der Eltern bestimmt. Dafür wurden Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung und Qualifikation, zur beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen erfragt. Diese Informationen wurden zu einem mehrdimensionalen Index [20] verarbeitet, wobei die Ausgangsvariablen in einer siebenstufigen

Skala abgebildet werden. Liegen zu den drei Dimensionen Angaben vor, ergibt sich der Indexwert aus der Summe der einzelnen Punktwerte; es können Werte zwischen 3 und 21 Punkten auftreten. Für statistische Analysen lassen sich die Kinder und Jugendlichen somit einer Statusgruppe zuordnen: Niedriger Sozialstatus (3 bis 8 Punkte), mittlerer Sozialstatus (9 bis 14 Punkte), hoher Sozialstatus (15 bis 21 Punkte).

Auf dieser Grundlage können von den 17.641 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen der KiGGS-Studie 28 % dem niedrigen, 45 % dem mittleren und 27 % dem höheren Sozialstatus zugerechnet werden (siehe Tabelle 2.1.1); zu berücksichtigen ist hierbei, dass es sich um statistische Konstrukte handelt.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind zu 17 % in der KiGGS-Studie repräsentiert und häufiger in der niedrigen Statusgruppe vertreten als Heranwachsende ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 2.1.2, siehe auch Kapitel 2.3).

Kinder und Jugendliche, die einem niedrigen Sozialstatus zugeordnet werden können, haben häufiger als andere Heranwachsende Eltern, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind (siehe Tabelle 2.1.2).

Die meisten der 11- bis 17-Jährigen besuchen ein Gymnasium (35 %), wobei hier der Anteil der Mädchen höher ist als der der Jungen; die Realschule wird von 29 % und die Hauptschule von 20 % der Heranwachsenden besucht. Die Hauptschule wiederum wird von mehr Jungen als Mädchen aufgesucht.

Die geographische Verteilung der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen auf Ost- und Westdeutschland wurde ebenfalls berücksichtigt. Die Klassifikation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte anhand des aktuellen Wohnorts – zum Erhebungsgebiet Ost zählen die fünf neuen Bundesländer inklusive Berlin, dem Erhebungsgebiet West wird das frühere Bundesgebiet zugerechnet. Danach leben 17 % der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen im Osten und 83 % im Westen. Die Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf diese beiden Regionen in Abhängigkeit vom Sozialstatus zeigt kaum Unterschiede (siehe Tabelle 2.1.2).

Unter Berücksichtigung der Wohnortgröße zeigt sich, dass die Mehrheit der Heranwachsenden der KiGGS-Studie in Städten lebt; in ländli-

Tabelle 2.1.1

Mädchen und Jungen nach Sozialstatus und Altersgruppen

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Altersgruppe	Jungen	Mädchen	Gesamt
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
Niedriger sozialer Status			
0–6 Jahre	28,1 (25,8–30,4)	26,9 (24,8–29,1)	27,5 (25,7–29,4)
7–10 Jahre	27,4 (25,1–29,8)	27,7 (25,2–30,3)	27,5 (25,6–29,6)
11–17 Jahre	27,5 (25,6–29,6)	27,3 (25,5–29,2)	27,4 (25,9–29,0)
0–17 Jahre	27,7 (26,1–29,4)	27,2 (25,8–28,7)	27,5 (26,1–28,9)
Mittlerer sozialer Status			
0–6 Jahre	43,4 (41,1–45,8)	43,5 (41,2–45,7)	43,4 (41,5–45,4)
7–10 Jahre	44,8 (42,2–47,3)	45,4 (42,8–48,1)	45,1 (43,1–47,0)
11–17 Jahre	47,0 (45,0–49,0)	47,5 (45,4–49,7)	47,2 (45,8–48,7)
0–17 Jahre	45,2 (43,7–46,8)	45,7 (44,1–47,2)	45,4 (44,2–46,7)
Hoher sozialer Status			
0–6 Jahre	28,5 (25,9–31,2)	29,6 (27,2–32,3)	29,0 (26,8–31,4)
7–10 Jahre	27,8 (25,3–30,5)	26,9 (24,3–29,6)	27,4 (25,3–29,5)
11–17 Jahre	25,5 (23,5–27,6)	25,2 (23,1–27,3)	25,3 (23,7–27,0)
0–17 Jahre	27,1 (25,2–29,0)	27,1 (25,3–29,0)	27,1 (25,4–28,8)

chen Gebieten leben 18%, in Kleinstädten 28%, in mittelgroßen Städten 29% und in Großstädten insgesamt 25% der Kinder und Jugendlichen.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus häufiger Gesundheitsdefizite, wie psychische Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten sowie Defizite in der motorischen Entwicklung aufweisen und auch häufiger übergewichtig sind. Sie haben seltener einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand als diejenigen aus Familien

mit mittlerem und höherem Sozialstatus, berichten eine ungesündere Ernährung, stärkeren Tabakkonsum und eine höhere Passivrauchexposition sowie eine geringere Teilnahme an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen (siehe Kapitel 4 bis 6). Daraus ergeben sich deutliche Hinweise, dass ein Aufwachsen in einer benachteiligten sozialen Lage mit zahlreichen Faktoren verbunden sein kann, die sich in ihrer Summe ungünstig auf die gesundheitliche Chancengleichheit auswirken können.

Tabelle 2.1.2

Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre) nach soziodemografischen Merkmalen

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Niedriger sozialer Status			Mittlerer sozialer Status			Hoher sozialer Status		
	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
Migrationshintergrund									
Migrant	53,2 (49,9–56,4)	54,2 (50,4–58,0)	53,7 (50,9–56,5)	37,4 (34,4–40,5)	35,0 (32,1–38,1)	36,3 (34,0–38,6)	9,4 (7,6–11,5)	10,8 (8,4–13,6)	10,0 (8,4–11,9)
Nicht-Migrant	22,9 (21,2–24,7)	22,3 (20,9–23,8)	22,6 (21,3–24,0)	46,7 (45,0–48,4)	47,6 (46,0–49,3)	47,1 (45,8–48,5)	30,4 (28,2–32,7)	30,1 (28,0–32,3)	30,3 (28,3–32,3)
Arbeitslosigkeit									
Mutter	18,3 (16,3–20,5)	18,0 (15,8–20,3)	18,1 (16,3–20,1)	5,9 (4,9–7,0)	5,1 (4,3–6,2)	5,5 (4,8–6,3)	2,5 (1,9–3,5)	2,5 (1,8–3,3)	2,5 (2,0–3,2)
Vater	19,3 (17,0–21,7)	18,1 (16,1–20,3)	18,7 (16,9–20,6)	5,2 (4,3–6,2)	4,9 (3,9–6,2)	5,0 (4,2–6,0)	1,0 (0,6–1,7)	1,1 (0,8–1,7)	1,0 (0,8–1,5)
Region									
Ost	26,7 (24,3–29,2)	26,5 (24,1–29,1)	26,6 (24,5–28,9)	49,1 (45,8–52,4)	48,4 (45,7–51,2)	48,7 (46,0–51,5)	24,2 (20,2–28,8)	25,1 (21,3–29,2)	24,6 (21,0–28,7)
West	27,9 (26,0–29,9)	27,4 (25,8–29,1)	27,7 (26,1–29,3)	44,5 (42,7–46,2)	45,1 (43,3–46,9)	44,8 (43,3–46,2)	27,6 (25,5–29,8)	27,5 (25,5–29,7)	27,6 (25,7–29,5)
Stadt-Land									
Ländlich	18,2 (12,5–25,7)	17,9 (12,4–25,0)	18,0 (12,6–25,2)	20,5 (14,5–28,1)	21,2 (15,1–29,0)	20,8 (14,8–28,5)	14,2 (9,5–20,8)	12,6 (8,5–18,3)	13,4 (9,0–19,5)
Klein-städtisch	25,8 (19,0–34,0)	24,9 (18,4–32,8)	25,4 (18,8–33,3)	30,4 (23,2–38,8)	29,7 (22,5–38,0)	30,0 (22,9–38,3)	26,0 (18,9–34,5)	26,2 (19,1–34,7)	26,1 (19,1–34,4)
Mittel-städtisch	29,7 (22,5–38,2)	29,6 (22,4–38,0)	29,7 (22,5–38,0)	27,3 (20,8–35,0)	27,9 (21,2–35,8)	27,6 (21,0–35,3)	31,6 (23,7–40,8)	31,8 (24,0–40,8)	31,7 (23,9–40,7)
Groß-städtisch	26,3 (19,3–34,7)	27,6 (20,3–36,2)	26,9 (19,9–35,3)	21,8 (16,0–29,0)	21,2 (15,5–28,3)	21,5 (15,8–28,6)	28,2 (20,6–37,2)	29,4 (21,7–38,6)	28,8 (21,2–37,7)

2.2 Familiensituation

Neben der wirtschaftlichen Situation des Haushaltes sowie dem Berufs- und Bildungshintergrund der Eltern ist die soziale Stabilität und emotionale Verbundenheit innerhalb der Familie für eine gesunde Entwicklung von Kindern wichtig. Die Familie ist die primäre Sozialisationsinstanz für Heranwachsende und der Ort, wo sie Rückhalt und Unterstützung finden sollten. Sozialer Zusammenhalt, emotionaler Beistand und gegenseitige Hilfe bei Alltagsaktivitäten erhöhen die Möglichkeit, ein gesundes und zufriedenes Leben zu führen. Die Gesundheit der Kinder wird zum einen durch die unmittelbare

emotionale Bindung zwischen Eltern und Kindern beeinflusst, zum anderen spielt die alltägliche Praxis der elterlichen Lebensweise eine große Rolle. In der Familie werden Umgangsformen, Einstellungen zur eigenen Person sowie zum Körper und zur Gesundheit geprägt. Um die vielfältigen alltäglichen Aufgaben zu meistern und ein gesundheitsförderliches Leben führen zu können, müssen Gelegenheiten für ein gutes gemeinsames Leben geschaffen und die gegenseitig erwartete Unterstützung ermöglicht werden [21]. Empirische Untersuchungen zeigen, dass neben den finanziellen Möglichkeiten dabei das soziale und kulturelle Kapital sowie die Erziehungskompetenz der Eltern eine große Rolle spie-

len. Insbesondere wirken sich ein gutes Familienklima sowie regelmäßige gemeinsame Aktivitäten in der Familie günstig auf die Lebenslage und die zu meistern den Entwicklungsaufgaben der Kinder und Jugendlichen aus [22].

Mit dem Wandel der Familien- und Lebensformen in den vergangenen Jahrzehnten hat sich auch die Lebenswelt vieler Kinder verändert. Eine rückläufige Kinderzahl, eine gesunkene Heiratsneigung, ein hoher Anteil nichtehelicher Geburten sowie steigende Scheidungsraten haben zur verstärkten Präsenz ehemals unkonventioneller Familienformen, wie z. B. nichteheliche Lebensgemeinschaften, Alleinerziehende, Stieffamilien und Pendlerfamilien, geführt. Obgleich noch immer der Großteil aller Kinder in sogenannten Kernfamilien, d. h. mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammenlebt, wachsen immer mehr Kinder und Jugendliche zumindest zeitweise mit nur einem Elternteil auf [23]. Im Jahr 2005 lebten von den insgesamt 14,4 Millionen minderjährigen Kindern 15 % in einem Haushalt mit einem alleinerziehenden Elternteil. In den alten Bundesländern traf dies auf jedes siebte, in den neuen Bundesländern sogar auf jedes fünfte Kind im Alter unter 18 Jahren zu [24]. Etwa 90 % aller Kinder in Einelternfamilien leben bei ihrer Mutter. Die Haushalte sind meist relativ klein: Zwei Drittel der Kinder leben allein mit ihrer Mutter, lediglich 7 % mit zwei oder mehr Geschwistern zusammen [25].

Das Leben mit nur einem Elternteil stellt häufig jedoch nur ein zeitlich befristetes Übergangsstadium dar. Ein großer Anteil der Kinder alleinerziehender Eltern macht im Verlauf seiner Entwicklung die Erfahrung einer neuen Partnerschaft eines oder beider Elternteile. Nach Daten des Familiensurveys des Deutschen Jugendinstituts [26] sind 7 % der Familien mit Kindern Stieffamilien. Hierzu kommen noch die so genannten sekundären oder »Wochenend«-Stieffamilien, die durch eine neue Partnerschaft des getrennt lebenden Elternteils entstehen [27].

Insbesondere die Scheidungsforschung zeigt, dass das Aufwachsen in Trennungsfamilien mit einer Reihe von Risikofaktoren für die Entwicklung der Kinder verbunden ist [28, 29]. Auch wenn eine Trennung der Eltern vor allem in konfliktreichen Familien ein hilfreicher Ausweg und in langfristiger Perspektive eine Entlastung darstellen kann, weisen empirische Studien vor allem in den ersten beiden

Jahren nach der Scheidung oder Trennung der Eltern auf Stressreaktionen und Beeinträchtigungen der psychosozialen Gesundheit der Kinder hin. Als Belastungsfaktoren erweisen sich neben finanziellen Engpässen und familiären Konflikten vor allem eine beeinträchtigte Beziehung zum alleinerziehenden und auch zum getrennt lebenden Elternteil sowie fehlende soziale Netzwerke und negative Reaktionen des sozialen Umfeldes. Die Probleme der Kinder zeigen sich vor allem in Verunsicherungen und Ängsten, psychischen und Verhaltensproblemen sowie in schulischen Problemen und Beziehungskonflikten, nicht nur mit den Eltern sondern auch innerhalb der Peergroup [30, 31, 32].

Für alle Lebensalter gibt es aus kinderpsychologischer Sicht bestimmte normative Entwicklungsaufgaben und -herausforderungen, die als Entwicklungskonflikte in Folge von Trennungssituationen die Anpassungsfähigkeiten des Kindes beeinträchtigen können [31]. Im Säuglings- und Kleinkindalter sind z. B. typische Regulationsstörungen hinsichtlich der Nahrungsaufnahme, des (Ein-)Schlafens und der Lernfähigkeit im Spielen zu beobachten. Am Ende des ersten Lebensjahres bildet sich darüber hinaus das altersspezifische Bindungsverhalten heraus, welches z. B. durch eine Trennungssituation der Eltern zu unsicheren Bindungsmustern führen kann [33]. Für jüngere Grundschulkinder ist das Trennungserlebnis der Eltern vor dem Hintergrund zu sehen, dass Kindern bis 10 Jahre die kognitive Fähigkeit zur Dritten-Person-Perspektive fehlt, d. h. sie können nicht verstehen, dass die elterlichen Konflikte allein in der Partnerschaft ihrer Eltern begründet liegen. Dies erklärt, dass jüngere Kinder sich oft selbst die Schuld an der Trennung der Eltern geben. Gerade für sie ist hierdurch ein höheres Niveau an Kooperationsbereitschaft auf Seiten ihrer Eltern wichtig. Ihre Belastungen können insbesondere durch Involvierung in elterliche Konflikte verstärkt werden [31]. Die äußeren Faktoren der jüngeren Kinder aus Einelternfamilien stellen sich zudem meist nachteiliger dar: Die entsprechenden Einelternfamilien verfügen häufig über weniger finanzielle Ressourcen und sind sozial stärker belastet. In der Längsschnittstudie von Reis und Meyer-Probst [34] berichten die alleinerziehenden Mütter mit jüngeren Kindern signifikant häufiger über Erziehungsschwierigkeiten und beurteilen ihren Erziehungsstil eher als autoritär. Bei Jugendlichen mit Trennungserfahrungen

hinsichtlich ihrer Eltern wird über eine geringere Lebenszufriedenheit, häufigere Beziehungsstörungen, Depressionen und andere psychische Symptome berichtet [35, 36].

Das Bewältigungsverhalten zeigt insgesamt geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei Jungen eher nach außen gerichtete (externalisierende) und Mädchen eher nach innen gerichtete (internalisierende) Verhaltensmuster verfolgen.

Aber nicht nur die Trennung der Eltern kann für die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit Belastungen verbunden sein, auch wenn der alleinerziehende Elternteil eine neue Partnerschaft eingeht, stellt dies mitunter eine erneute Herausforderung für die Kinder dar. Zumindest im Hinblick auf psychosoziale Belastungen schneiden Kinder aus Stieffamilien im Vergleich mit Gleichaltrigen aus Kernfamilien zumeist schlechter ab, während sie im Vergleich zu Kindern aus Einelternfamilien keine Nachteile aufweisen [27]. Sowohl in Einelternfamilien als auch in Patchworkfamilien hängen psychosoziale Belastungen und Stressreaktionen wesentlich von den Beziehungen zu den Elternteilen ab, bei denen die Kinder leben. Negativen Folgen für die Kinder kann entgegengewirkt werden, wenn es dem alleinerziehenden Elternteil bzw. den (Stief)eltern gelingt, ein stabiles und vertrauensbasiertes familiäres Umfeld zu erhalten oder neu zu schaffen [37].

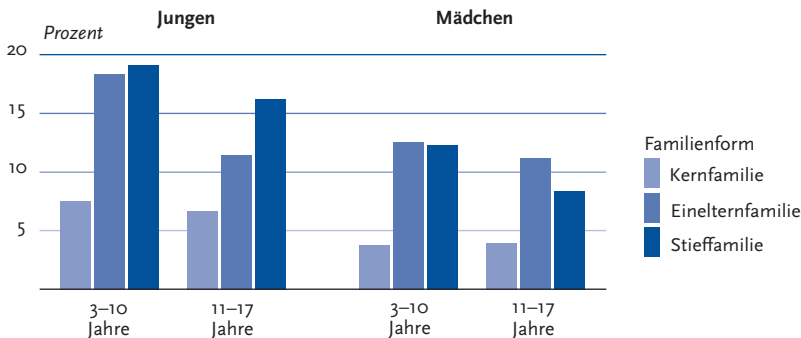
In KiGGS wurde bezüglich der Familienform zwischen drei Gruppen unterschieden: Kernfamilien, Einelternfamilien und Stieffamilien. Die Familienformen werden anhand der Elternangaben zum

Hauptaufenthaltsort des Kindes bestimmt. Kinder und Jugendliche in Kernfamilien wachsen bei beiden leiblichen Eltern auf. Kinder in Einelternfamilien leben entweder nur bei der Mutter oder nur beim Vater. Stieffamilien schließlich sind durch das Vorhandensein eines leiblichen Elternteils sowie dessen neuem Partner gekennzeichnet.

Die KiGGS-Daten zeigen Unterschiede in der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Familienformen [24, 37]. Besonders deutlich wird dies hinsichtlich der psychischen Gesundheit. So sind Kinder und Jugendliche, die in Eineltern- und Stieffamilien aufwachsen, häufiger von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen als diejenigen, die in Kernfamilien aufwachsen. Insbesondere bei den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen, die bisherige Befunde bestätigen [26]: Jungen in dieser Altersgruppe werden häufiger in Stieffamilien von ihren Eltern als psychisch- und verhaltensauffällig erlebt, Mädchen hingegen häufiger in Einelternfamilien (siehe Abbildung 2.2.1).

Unter Berücksichtigung weiterer Variablen, wie Sozialstatus, Geschwisterzahl, Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund (multivariate Betrachtung), zeigt sich, dass das Risiko einer psychischen oder Verhaltensauffälligkeit von Jungen und Mädchen in Einelternfamilien und in Stieffamilien zwei- bis dreimal so hoch liegt wie bei Gleichaltrigen, die mit ihren leiblichen Eltern zusammenleben.

Abbildung 2.2.1
Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten¹ bei Kindern und Jugendlichen nach Familienform
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



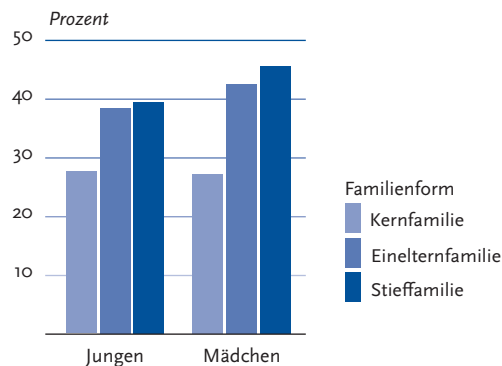
¹ Zur Beschreibung des Untersuchungsinstrumentes und der Methode siehe Kapitel 3.1.3.4.1

Ähnliches gilt hinsichtlich des Verdachts auf Essstörungen und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), wobei hier insbesondere für 3- bis 10-jährige Jungen eine stärkere Betroffenheit in Stieffamilien als in Einelternfamilien festzustellen ist. Unterschiede zeigen sich außerdem in der Gewaltausübung und im Rauchverhalten von Jugendlichen (siehe Abbildung 2.2.2). Die Analysen zum Rauchverhalten ergeben ebenfalls bei multivariater Betrachtung, dass 14- bis 17-jährige Mädchen, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, in Einelternfamilien 1,6-mal und in Stieffamilien 2,4-mal so häufig rauchen wie Gleichaltrige in Kernfamilien. Der erhöhte Tabakkonsum von Jugendlichen in Eineltern- und Stieffamilien könnte Ausdruck einer höheren psychosozialen Anforderung und daraus resultierender Stressbelastung sein.

Die KiGGS-Daten belegen ferner einen protektiven Einfluss familiärer Ressourcen auf die Gesundheit der Heranwachsenden. Bei Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren zeigt sich, dass ein starker familiärer Zusammenhalt und eine aktive Freizeitgestaltung in der Familie mit einem besseren allgemeinen Gesundheitszustand sowie geringeren Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit assoziiert sind. Außerdem sind Jugendliche mit einer guten Ausstattung an familiären Ressourcen zu einem geringeren Anteil überwiegend, sie neigen seltener zu einem starken TV- oder Videokonsum und üben seltener Gewalt

Abbildung 2.2.2
Tabakkonsum bei 14- bis 17-jährigen Jugendlichen nach Familienform

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben



aus. In der multivariaten Analyse zeigt sich, dass die Familienform und die familiären Ressourcen weitgehend unabhängig voneinander einen Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Heranwachsenden ausüben. Zwar verfügen die Jugendlichen aus Eineltern- und Stieffamilien über geringere familiäre Ressourcen, die häufigeren Gesundheitsprobleme in diesen Gruppen lassen sich dadurch aber nicht erklären. Die Ergebnisse können auch dahingehend interpretiert werden, dass familiärer Zusammenhalt und eine aktive Freizeitgestaltung in allen Familienformen mit einer guten Gesundheit assoziiert sind. Ob die familiären Ressourcen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben oder aber gesundheitliche Probleme der Heranwachsenden sich negativ auf den familiären Zusammenhalt bzw. eine gemeinsame Freizeitaktivität der Familie auswirken, lässt sich mit den im Querschnitt erhobenen Daten der KiGGS-Studie nicht ausreichend klären [24].

2.3 Migration

Ein bedeutender Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst in Migrantenfamilien auf. Migration prägt in spezifischer Art und Weise ihre Lebenswelt, ob selbst zugewandert oder in nachfolgenden Generationen geboren. Die Auswanderung ist selten ein individuell gefasster Entschluss. Vielmehr ist sie ein Familienprojekt, d. h. ein kollektiver Lebensentwurf, der die Gesamtfamilie und auch zukünftige Generationen einschließt. Eine ungesicherte aufenthaltsrechtliche Perspektive, Ghettoisierungs- und Stigmatisierungstendenzen sowie eine soziale und schulische Benachteiligung sind einige der Bedingungen im Zuwanderungsland, die die Lebenssituation der Nachfolgegenerationen beeinflussen können. Damit besitzen Migranten und Migrantinnen schlechtere Startchancen für ihr berufliches, soziales und möglicherweise auch für ein gesundes Leben. Im Vergleich zur Erwachsenengeneration stellt der Migrationsprozess zudem besondere Anforderungen an die Kinder und Jugendlichen. Im Zuge rascherer Anpassungsleistungen wie Spracherwerb und Aufbau sozialer Kontakte übernehmen Migrantenkinder oftmals die Rolle als Vermittler zwischen Eltern und Aufnahmegesellschaft und somit bereits im Kindesalter Erwachsenenfunk-

tionen. Insbesondere Jugendliche erfahren unter Umständen eine Diskrepanz zwischen der tradierten Denkweise der Familie und den Normen und Werten der Zuwanderungsgesellschaft und erleben sich auf eine sehr widersprüchliche Weise als Wanderer zwischen verschiedenen kulturellen Welten.

Der Migrationshintergrund ist ein komplexes Bedingungsgefüge all jener Merkmale, die eine Lebenssituation von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen unterscheiden. Solche gesundheitsrelevanten Merkmale sind: Unterschiedliche Umwelt- und Lebensbedingungen im Herkunfts- und Aufnahmeland, die besondere soziale und rechtliche Lage von Migranten/innen im Aufnahmeland, ihre ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse, Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung sowie das Migrationsereignis selbst. Vermittlungsebenen zwischen diesen Dimensionen und der Gesundheit sind das Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten sowie die vorhandenen personalen, familialen und sozialen Ressourcen. Daten der Schuleingangsuntersuchungen weisen in einigen Bereichen im Vergleich zu Nicht-Migranten/innen auf größere Gesundheitsrisiken, wie Übergewicht und eine seltenere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, hin. In anderen Bereichen wird eine geringere Gefährdung, wie eine seltenere Betroffenheit von Atopien und teilweise eine größere Impfbereitschaft festgestellt [38, 39, 40].

Mit der Integration eines migrationspezifischen Zugangs ist es im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. Die Aktivitäten umfassten u. a. ein Oversampling (Übervertretung in der Stichprobe) von Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, die Übersetzung von Einladungs- und Erhebungsmaterialien, eine migrationspezifische Öffentlichkeitsarbeit sowie eine interkulturelle Schulung der Feldteams.

Der beträchtliche Anteil von einem Drittel der Eltern mit Migrationshintergrund, die einen Fragebogen in ihrer Herkunftssprache ausfüllten, verweist insbesondere auf die Notwendigkeit, Ein-

ladungsmaterialien und Erhebungsinstrumente in übersetzter Form anzubieten [41].

An der Studie haben sich 2.590 Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund beteiligt, das sind 17,1% aller Kinder und Jugendlichen. Nach der KiGGS-Definition verfügen über einen beidseitigen Migrationshintergrund Kinder und Jugendliche, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und die mindestens ein Elternteil haben, das nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind. Weitere 8,3% der Kinder und Jugendlichen haben einen einseitigen Migrationshintergrund, d. h. sie sind in Deutschland geboren und ein Elternteil ist aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Insgesamt weisen also 25,4% der Kinder und Jugendlichen einen ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund auf. Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund unterscheiden sich in wichtigen gesundheitsrelevanten Variablen kaum von jenen ohne Migrationshintergrund. Deshalb werden im Folgenden die Kinder und Jugendlichen mit einseitigem und ohne Migrationshintergrund als Nicht-Migranten zusammengefasst und mit den Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, als Migranten bezeichnet, verglichen. Die untersuchten Kinder und Jugendlichen kommen aus der Türkei (5,7%), Mittel- und Südeuropa (4,8%), der ehemaligen Sowjetunion (4,4%), Westeuropa, Kanada und den USA (3,2%), Polen (2,6%), arabisch-islamischen Ländern (2,0%) sowie aus verschiedenen Ländern Lateinamerikas, Afrikas und Asiens (zusammengefasst 3,1%) [42].

Die Alters- und Geschlechtsverteilungen von Migranten und Nicht-Migranten sind insgesamt sehr ähnlich (siehe Tabelle 2.3.1).

Dagegen gibt es deutliche Unterschiede in der sozialen Lage: Unter den Migranten sind fast doppelt so viele Hauptschüler wie unter den Nicht-Migranten, dafür augenfällig weniger Gymnasiasten und Realschüler. Auch der Anteil von arbeitslosen Eltern liegt in der Migrantengruppe dreimal höher (siehe Tabelle 2.3.2). Dies gilt für jede der drei Altersgruppen (0 bis 6 Jahre, 7 bis 10 Jahre, 11 bis 17 Jahre). Migrantenkinder stammen in jeder Altersgruppe deutlich häufiger aus Familien mit niedrigem sozialem Status als Kinder ohne Migrationshintergrund

Tabelle 2.3.1

Vergleich von Migranten und Nicht-Migranten nach Geschlecht und Altersgruppen

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Altersgruppe	Migranten			Nicht-Migranten		
	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
0–6 Jahre	34,8 (32,4–37,3)	33,6 (31,3–35,9)	34,2 (32,5–36,0)	34,5 (33,7–35,3)	34,7 (33,9–35,5)	34,6 (33,9–35,3)
7–10 Jahre	20,6 (18,9–22,3)	21,8 (19,8–24,0)	34,6 (33,9–35,3)	21,9 (21,4–22,5)	21,6 (21,1–22,2)	21,8 (21,3–22,2)
11–17 Jahre	44,6 (42,1–47,1)	44,6 (42,1–47,1)	34,5 (34,0–35,0)	43,8 (43,2–44,4)	43,6 (42,8–44,5)	43,6 (42,9–44,4)
0–17 Jahre	17,4 (15,4–19,6)	16,9 (14,9–19,1)	17,1 (15,2–19,2)	82,6 (80,4–84,6)	83,1 (80,9–85,1)	82,9 (80,8–84,8)

und seltener aus Familien mit hohem sozialem Status. Zusätzlich zeigen sich ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle mit fast 7-mal mehr Migrantenkindern in den Großstädten als in ländlichen Gebieten und ein Ost-West-Unterschied mit mehr als doppelt so vielen Migrantenkindern im Westen wie im Osten (inkl. Berlin). Auch dies gilt wieder für alle drei Altersgruppen gleichermaßen.

Alle im Rahmen der KiGGS Studie erhobenen Indikatoren zur Kinder- und Jugendgesundheit wurden hinsichtlich des Migrationsstatus ausgewertet. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind überproportional häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen. Der allgemeine Gesundheitszustand wird von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund oder deren Eltern seltener als »sehr gut« oder »gut« eingeschätzt als von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund oder deren Eltern. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen zu einem höheren Anteil Merkmale psychischer Störungen auf, haben ein ungünstigeres Mundgesundheitsverhalten und nehmen seltener Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Dennoch kann trotz sozialer Benachteiligung nicht von einer generell prekäreren gesundheitlichen Situation der Migrantenkinder gesprochen werden. So rauchen Jugendliche mit Migrationshintergrund deutlich seltener als Gleichaltrige ohne Migrati-

onshintergrund, trinken seltener Alkohol und wurden häufiger gestillt. Akute und allergische Erkrankungen treten nach Angaben der Eltern bei Kindern mit Migrationshintergrund insgesamt etwas seltener auf als bei Kindern ohne Migrationshintergrund.

Weiterführende Ergebnisse entsprechend der Altersgliederung der Kinder und Jugendlichen in diesem Bericht finden sich in den Kapiteln 4 bis 6.

2.4 Wohnsituation und Umweltbedingungen

Die körperlich-seelische Entwicklung und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind in besonderem Maße von deren Umwelt- und Lebensbedingungen abhängig. Hierbei spielen die Wohnung und die Wohnumgebung eine herausragende Rolle. Kinder sind auch in umweltmedizinischer Hinsicht keine »kleinen Erwachsenen«. Sie unterscheiden sich von erwachsenen Menschen u. a. in Bezug auf die Exposition, die Resorption, den Stoffwechsel, die Verteilung und die Ausscheidung von Fremdstoffen sowie bezüglich der Empfindlichkeit bzw. Vulnerabilität gegenüber Umwelteinflüssen. Die hochkomplexen, außerordentlich dynamischen Wachstums- und Differenzierungsprozesse, die der Embryonal-, Fetal- und Kindesentwicklung zugrunde liegen, sind besonders störanfällig. Ähnliches gilt im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes und des Jugendlichen.

Tabelle 2.3.2

Vergleich von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen nach soziodemografischen Merkmalen

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studien- population Merkmale	0–6 Jahre		7–10 Jahre		11–17 Jahre		Gesamt (0–17 Jahre)	
	Migranten	Nicht- Migranten	Migranten	Nicht- Migranten	Migranten	Nicht- Migranten	Migranten	Nicht- Migranten
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
Sozialstatus								
Niedriger sozialer Status	54,0 (49,5–58,4)	22,5 (20,7–24,4)	56,3 (52,2–60,2)	22,2 (20,3–24,3)	52,1 (48,4–55,8)	22,9 (21,4–24,4)	53,7 (50,9–56,5)	22,6 (21,3–24,0)
Mittlerer sozialer Status	37,5 (33,4–41,8)	44,5 (42,4–46,7)	33,0 (29,2–37,0)	47,3 (45,2–49,5)	36,9 (33,9–40,1)	49,1 (47,6–50,7)	36,3 (34,0–38,6)	47,1 (45,8–48,5)
Hoher sozialer Status	8,5 (6,5–11,1)	33,0 (30,3–35,8)	10,8 (8,0–14,3)	30,4 (28,1–32,9)	10,9 (8,5–13,9)	28,0 (26,1–29,9)	10,0 (8,4–11,9)	30,3 (28,3–32,3)
Schultyp								
Hauptschule					32,7 (28,3–37,5)	17,6 (15,7–19,6)		
Gymnasium					23,0 (20,0–26,3)	38,0 (35,9–40,0)		
Realschule					22,7 (19,3–26,4)	30,5 (28,2–32,8)		
Arbeitslosigkeit								
Mutter	16,4 (13,9–19,3)	6,7 (5,8–7,8)	18,6 (15,5–22,1)	6,4 (5,3–7,7)	19,3 (16,6–22,4)	6,4 (5,4–7,4)	18,1 (16,3–20,1)	6,5 (5,7–7,4)
Vater	19,5 (16,5–22,9)	5,6 (4,8–6,5)	18,4 (15,0–22,3)	5,7 (4,7–6,9)	19,5 (16,6–22,7)	5,3 (4,6–6,2)	19,2 (17,0–21,7)	5,5 (4,8–6,2)
Region								
Ost	8,1 (4,0–15,6)	18,5 (13,9–24,2)	7,4 (3,7–14,4)	14,9 (11,0–19,8)	8,3 (4,6–14,5)	20,7 (15,7–26,7)	8,0 (4,3–14,5)	18,7 (14,1–24,3)
West	91,9 (84,4–96,0)	81,5 (75,8–86,1)	92,6 (85,6–96,3)	85,1 (80,2–89,0)	91,7 (85,5–95,4)	79,3 (73,3–84,3)	92,0 (85,5–95,7)	81,3 (75,7–85,9)
Stadt-Land								
Ländlich	3,3 (1,7–6,4)	20,1 (14,2–27,6)	5,2 (2,7–9,8)	19,9 (13,9–27,5)	4,7 (2,5–8,6)	21,4 (15,4–28,9)	4,3 (2,4–7,7)	20,6 (14,7–28,1)
Klein-städtisch	17,1 (11,2–25,2)	28,2 (21,4–36,2)	22,1 (14,8–31,5)	29,5 (22,3–37,9)	21,1 (14,2–30,3)	29,4 (22,5–37,5)	19,9 (13,5–28,5)	29,0 (22,1–37,1)
Mittelstäd-tisch	36,6 (26,8–47,6)	28,2 (21,5–36,1)	33,7 (24,5–44,3)	28,6 (21,7–36,7)	30,7 (22,1–40,9)	28,6 (22,0–36,4)	33,4 (24,4–43,7)	28,5 (21,8–36,3)
Groß-städtisch	43,1 (32,4–54,4)	23,5 (17,3–30,9)	39,0 (29,0–50,1)	22,0 (16,1–29,3)	43,4 (33,0–54,5)	20,5 (15,1–27,3)	42,4 (32,2–53,3)	21,9 (16,1–29,0)

Die Wohnumwelt eines Menschen wirkt direkt und indirekt auf Wohlbefinden und Gesundheit. Die Lage der Wohnung, ihre Größe, die Nähe zu einer Straße, vorhandene Lärmquellen sowie andere potenzielle Noxen sind wichtige Kriterien der Wohn-

qualität. Daten zur Wohnumwelt wurden innerhalb von KiGGS auch im KUS-Modul – Studie zur Umweltbelastung von Kindern in Deutschland – erhoben. Die Datengrundlage bildeten hierbei 1.790 Kinder im Alter von 3 bis 14 Jahren aus 150 Orten [43],

Tabelle 2.4.1

Lage des Wohngebiets nach Gebietstyp, Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Ländlich	Klein- städtisch	Mittel- städtisch	Groß- städtisch
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
0–6 Jahre				
Niedriger sozialer Status	16,8 (11,6–23,7)	24,4 (18,0–32,2)	31,2 (23,6–40,0)	27,6 (20,3–36,3)
Mittlerer sozialer Status	21,6 (15,2–29,6)	29,5 (22,3–37,9)	26,6 (20,0–34,5)	22,3 (16,3–29,7)
Hoher sozialer Status	11,7 (7,5–17,6)	24,5 (17,6–32,9)	32,8 (24,4–42,5)	31,1 (22,8–40,8)
Migrant	3,3 (1,7–6,4)	17,1 (11,2–25,2)	36,6 (26,8–47,6)	43,1 (32,4–54,4)
Nicht-Migrant	20,1 (14,2–27,6)	28,2 (21,4–36,2)	28,2 (21,5–36,1)	23,5 (17,3–30,9)
Ost	25,1 (15,6–37,9)	19,6 (11,0–32,4)	20,8 (12,0–33,6)	34,5 (20,7–51,5)
West	15,6 (10,0–23,6)	27,7 (20,2–36,7)	31,4 (23,3–40,7)	25,3 (17,9–34,5)
Gesamt	17,2 (12,1–24,0)	26,3 (19,8–34,1)	29,6 (22,6–37,6)	26,8 (20,1–34,9)
7–10 Jahre				
Niedriger sozialer Status	17,8 (12,0–25,6)	25,5 (18,4–34,1)	28,8 (21,4–37,5)	28,0 (20,5–37,0)
Mittlerer sozialer Status	20,0 (13,8–27,9)	31,0 (23,4–39,7)	27,9 (20,9–36,1)	21,2 (15,3–28,6)
Hoher sozialer Status	13,4 (8,8–19,8)	27,2 (19,7–36,1)	32,1 (23,9–41,6)	27,4 (19,8–36,5)
Migrant	5,2 (2,7–9,8)	22,1 (14,8–31,5)	33,7 (24,5–44,3)	39,0 (29,0–50,1)
Nicht-Migrant	19,9 (13,9–27,5)	29,5 (22,3–37,9)	28,6 (21,7–36,7)	22,0 (16,1–29,3)
Ost	25,4 (15,7–38,4)	20,2 (11,2–33,5)	20,0 (11,5–32,6)	34,4 (20,2–52,0)
West	16,1 (10,3–24,3)	29,6 (21,8–38,9)	31,0 (23,0–40,2)	23,3 (16,4–32,0)
Gesamt	17,4 (12,0–24,4)	28,3 (21,3–36,6)	29,5 (22,4–37,6)	24,8 (18,3–32,7)

eine Untermenge der KiGGS-Stichprobe. Angaben zu Gebietstyp, Bebauungsart, Art des Wohnhauses und der Wohnstraße wurden vom Interviewer im Fragebogen zur »Wohnumgebung des Kindes« erfasst. Weitere Angaben zur Wohnumwelt wurden

im interviewergesteuerten Elternfragebogen erhoben und dokumentiert. Im Hauptmodul KiGGS wurden darüber hinaus Angaben zur Wohnsituation der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in selbst ausgefüllten Elternfragebögen erfasst.

Tabelle 2.4.1 Fortsetzung

Lage des Wohngebiets nach Gebietstyp, Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Ländlich	Klein- städtisch	Mittel- städtisch	Groß- städtisch
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
11–17 Jahre				
Niedriger sozialer Status	19,2 (13,4–26,7)	26,1 (19,3–34,3)	28,9 (21,8–37,2)	25,8 (18,9–34,2)
Mittlerer sozialer Status	20,7 (14,9–28,2)	30,0 (22,9–38,2)	28,2 (21,5–35,9)	21,1 (15,5–28,1)
Hoher sozialer Status	15,1 (10,2–21,6)	26,9 (19,8–35,5)	30,6 (23,1–39,2)	27,5 (20,1–36,2)
Migrant	4,7 (2,5–8,6)	21,1 (14,2–30,3)	30,7 (22,1–40,9)	43,4 (33,0–54,5)
Nicht-Migrant	21,4 (15,4–28,9)	29,4 (22,5–37,5)	28,6 (22,0–36,4)	20,5 (15,1–27,3)
Ost	28,4 (18,1–41,6)	20,7 (11,8–33,5)	21,2 (12,4–33,9)	29,7 (17,5–45,8)
West	16,2 (10,4–24,4)	29,6 (21,8–38,9)	30,8 (22,9–40,0)	23,4 (16,5–32,1)
Gesamt	18,5 (13,2–25,3)	28,0 (21,1–35,9)	29,0 (22,3–36,8)	24,6 (18,3–32,2)
0–17 Jahre				
Niedriger sozialer Status	18,0 (12,6–25,2)	25,4 (18,8–33,3)	29,7 (22,5–38,0)	26,9 (19,9–35,3)
Mittlerer sozialer Status	20,8 (14,8–28,5)	30,0 (22,9–38,3)	27,6 (21,0–35,3)	21,5 (15,8–28,6)
Hoher sozialer Status	13,4 (9,0–19,5)	26,1 (19,1–34,4)	31,7 (23,9–40,7)	28,8 (21,2–37,7)
Migrant	4,3 (2,4–7,7)	19,9 (13,5–28,5)	33,4 (24,4–43,7)	42,4 (32,2–53,3)
Nicht-Migrant	20,6 (14,7–28,1)	29,0 (22,1–37,1)	28,5 (21,8–36,3)	21,9 (16,1–29,0)
Ost	26,7 (16,8–39,7)	20,2 (11,5–33,0)	20,9 (12,1–33,5)	32,2 (19,1–48,9)
West	16,0 (10,3–24,1)	29,0 (21,2–38,2)	31,0 (23,1–40,2)	24,0 (17,0–32,9)
Gesamt	17,8 (12,6–24,6)	27,5 (20,8–35,4)	29,3 (22,5–37,3)	25,4 (18,9–33,2)

Etwas mehr als ein Viertel (25,4 %) der Kinder und Jugendlichen der KiGGS-Population wohnt im großstädtischen Raum, wobei dieser Anteil im Osten und bei Migrationshintergrund höher ist (siehe Tabelle 2.4.1). Bezüglich des Sozialstatus wohnen Familien mit hohem oder niedrigem Sozialstatus häufiger in Groß- und Mittelstädten, Familien mit mittlerem Sozialstatus häufiger im ländlichen und kleinstädtischen Raum. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den jüngeren Kindern der Altersgruppe 0 bis 6 Jahre.

Wohnumgebung, Wohnlage und Haustyp

Die im KUS-Modul erfassten Kinder wohnen ganz überwiegend, d. h. zu gut zwei Dritteln, in Ein- bis Zweifamilienhäusern (inkl. Villen) mit Gärten. Fast immer befinden sich Grünflächen oder Gärten am Haus. Lediglich ca. 7 % der Kinder wohnen in einer »zusammenhängenden Blockbebauung ohne Grünfläche am Haus«. Trotz dieser »grü-

nen« Umgebung wohnen knapp zwei Drittel der Kinder im urbanen Raum – also entweder »städtisch« oder »vorstädtisch«.

Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind nicht festzustellen. Dagegen gibt es große Differenzen bezüglich Sozialstatus und Migrationshintergrund. Kinder aus Familien mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus sowie Kinder mit Migrationshintergrund wohnen häufiger in einer Blockbebauung, seltener dagegen in Ein- bis Zweifamilienhäusern (inkl. Villen) als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus.

Der von den Eltern eingeschätzte subjektive Gesundheitszustand ihrer Kinder zeigt einen Zusammenhang mit Bebauungsart und Haustyp (siehe Tabelle 2.4.3). Bei Blockbebauung mit oder ohne Grün wurde der Gesundheitszustand häufiger als mittelmäßig oder schlecht eingeschätzt als dies bei aufgelockerter Bebauung und Ein- bis Zweifamilienhäusern mit Gärten (inkl. Villen) der Fall war. Das Gleiche gilt für den Haustyp. Eltern, die mit ihren Kindern in Hochhäusern,

Tabelle 2.4.2

Unmittelbare Wohnumgebung (Bebauungsart) der 3- bis 14-Jährigen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben, KUS-Modul, Interviewerangaben zur Wohnumgebung des Kindes

Studienpopulation Merkmale	Blockbebauung ohne Grünflächen	Blockbebauung mit Grünflächen	Aufgelockerte, mehrgeschossige Bebauung mit Grünflächen oder Gärten	Ein- bis Zweifamilienhäuser mit Gärten (inkl. Villen)
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
Niedriger sozialer Status	12,4 (8,3–18,0)	21,7 (16,0–28,7)	18,6 (14,7–23,3)	47,3 (39,6–55,1)
Mittlerer sozialer Status	5,8 (3,8–8,7)	10,3 (7,6–13,8)	12,7 (10,0–16,2)	71,2 (65,7–76,1)
Hoher sozialer Status	3,3 (1,5–7,1)	4,7 (2,8–7,8)	14,5 (10,2–20,1)	77,5 (71,2–82,8)
Migrant	20,9 (13,8–30,5)	31,8 (23,6–41,3)	20,4 (14,9–27,3)	26,8 (19,8–35,3)
Nicht-Migrant	4,8 (3,4–6,9)	8,3 (6,5–10,7)	13,9 (11,2–17,2)	72,9 (68,4–77,0)
Ost	16,5 (9,5–27,3)	15,7 (11,5–21,0)	14,5 (10,7–19,5)	53,2 (42,4–63,8)
West	5,2 (3,3–8,0)	10,6 (7,8–14,2)	14,8 (11,9–18,2)	69,4 (64,2–74,2)
Gesamt	6,9 (4,8–9,8)	11,4 (8,9–14,4)	14,8 (12,2–17,7)	67,0 (62,2–71,5)

Wohnblocks oder Mehrfamilienhäusern leben, schätzen den subjektiven Gesundheitszustand ihrer Kinder deutlich schlechter ein als Eltern, die Ein- oder Zweifamilienhäuser bewohnen. Am seltensten beurteilen Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes als mittelmäßig oder schlecht, wenn die Familie in einem Einfamilienhaus lebt.

Dieser Zusammenhang ist insbesondere vor dem Hintergrund der zuvor ausgeführten Sozialstatusverteilung zu bewerten (siehe auch Tabelle 2.4.2), da bisherige Analysen belegen, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus insgesamt einen schlechteren Gesundheitszustand haben und dieser auch subjektiv schlechter eingeschätzt wird als bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit höherem Status (siehe auch Kapitel 3.1.3 und [44]).

Fast die Hälfte der Kinder der KUS-Stichprobe (45,8%) wohnt in Häusern, die vor 1980 gebaut wurden. Lediglich 23,3% der Kinder leben in Häusern, die nach 1994 fertig gestellt wurden. Bei den älteren Kindern (11 bis 14 Jahre) ist der Anteil derjenigen, die in Neubauten leben (Baujahr nach

1994) mit 17,3% deutlich geringer als der entsprechende Anteil bei den jüngsten Kindern (3 bis 6 Jahre) mit 31,9%.

Bezüglich der Wohnraumgröße gibt es eine regionale Tendenz: In den alten Bundesländern steht mehr Wohnfläche pro Person zur Verfügung als in den neuen Bundesländern (siehe Tabelle 2.4.4). Weiterhin nimmt mit zunehmendem Alter der Kinder und mit höherem Sozialstatus der verfügbare Wohnraum zu, bei Kindern mit Migrationshintergrund ist er insgesamt niedriger.

Wohnstraße

Knapp 30% der Kinder (3 bis 14 Jahre) leben an einer stark bis beträchtlich befahrenen Straße, wobei es einen leichten Trend zur Abnahme bei den älteren Kindern gibt; ein Umstand, der vermutlich mit der ungünstigeren Einkommenssituation der jüngeren Familien zusammenhängt.

Für die 3- bis 10-Jährigen ist der Anteil der Kinder, die an einer stark befahrenen Haupt- oder

Tabelle 2.4.3
Zusammenhang zwischen elterlicher subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes des Kindes (3 bis 14 Jahre) und Merkmalen des unmittelbaren Wohnumfeldes

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben, KUS-Modul, Interviewerangaben zur Wohnumgebung des Kindes

Subjektiver Gesundheitszustand	Blockbebauung ohne Grünflächen	Blockbebauung mit Grünflächen	Aufgelockerte, mehrgeschossige Bebauung mit Grünflächen oder Gärten	Ein- bis Zweifamilienhäuser mit Gärten (inkl. Villen)
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
Gut oder sehr gut	89,2 (83,6–93,1)	89,9 (84,5–93,6)	94,5 (89,9–97,1)	95,2 (93,7–96,4)
Mittelmäßig oder schlecht	10,8 (6,9–16,4)	10,1 (6,4–15,5)	5,5 (2,9–10,1)	4,8 (3,6–6,3)

Subjektiver Gesundheitszustand	Hochhaus oder Wohnblock	Mehrfamilienhaus	Zweifamilienhaus	Einfamilienhaus
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
Gut oder sehr gut	88,3 (82,7–92,2)	91,8 (88,4–94,2)	95,3 (92,3–97,2)	95,7 (93,8–97,0)
Mittelmäßig oder schlecht	11,7 (7,8–17,3)	8,2 (5,8–11,6)	4,7 (2,8–7,7)	4,3 (3,0–6,2)

Tabelle 2.4.4

Wohnfläche pro Person (qm) nach Altersgruppen, Geschlecht, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, KUS-Modul, Elternangaben

Wohnfläche pro Person (m ²)	Jungen	Mädchen	Gesamt	Wohnfläche pro Person (m ²)	Jungen	Mädchen	Gesamt
	m ² (95 %-KI)	m ² (95 %-KI)	m ² (95 %-KI)		m ² (95 %-KI)	m ² (95 %-KI)	m ² (95 %-KI)
3–6 Jahre				11–14 Jahre			
Niedriger sozialer Status	24,8 (22,8–26,7)	25,2 (21,5–28,8)	24,9 (23,0–26,9)	Niedriger sozialer Status	26,5 (24,4–28,7)	26,8 (24,3–29,4)	26,7 (24,9–28,4)
Mittlerer sozialer Status	30,6 (28,7–32,5)	30,0 (28,2–31,9)	30,3 (29,0–31,6)	Mittlerer sozialer Status	30,4 (28,5–32,3)	31,2 (29,1–33,3)	30,8 (29,3–32,2)
Hoher sozialer Status	34,8 (32,4–37,1)	34,9 (31,8–37,9)	34,8 (33,0–36,6)	Hoher sozialer Status	39,0 (35,1–42,8)	34,5 (31,0–38,0)	36,9 (34,1–39,7)
Migrant	22,3 (18,8–25,9)	19,9 (18,0–21,7)	21,1 (19,0–23,1)	Migrant	22,4 (19,8–25,1)	26,0 (21,1–30,9)	24,1 (21,3–27,0)
Nicht-Migrant	31,6 (30,1–33,0)	32,0 (30,2–33,7)	31,8 (30,7–32,9)	Nicht-Migrant	33,4 (31,6–35,3)	31,6 (29,9–33,2)	32,5 (31,2–33,8)
Ost	29,8 (27,0–32,5)	29,5 (26,7–32,2)	29,6 (27,5–31,8)	Ost	29,3 (26,7–31,9)	28,2 (26,0–30,4)	28,8 (26,8–30,7)
West	30,7 (29,1–32,3)	30,6 (28,8–32,5)	30,7 (29,5–31,8)	West	32,4 (30,4–34,4)	31,4 (29,7–33,0)	31,9 (30,5–33,3)
Gesamt	30,6 (29,2–31,9)	30,4 (28,8–32,0)	30,5 (29,5–31,5)	Gesamt	31,9 (30,2–33,7)	30,9 (29,4–32,4)	31,4 (30,2–32,7)
7–10 Jahre				3–14 Jahre			
Niedriger sozialer Status	25,4 (22,9–27,9)	25,9 (23,3–28,5)	25,6 (23,8–27,4)	Niedriger sozialer Status	25,5 (24,2–26,9)	26,1 (24,2–27,9)	25,8 (24,6–27,0)
Mittlerer sozialer Status	29,9 (27,4–32,4)	30,5 (28,4–32,5)	30,2 (28,5–31,8)	Mittlerer sozialer Status	30,3 (29,0–31,5)	30,6 (29,3–31,9)	30,4 (29,4–31,4)
Hoher sozialer Status	34,4 (32,3–36,4)	34,5 (32,1–37,0)	34,5 (32,9–36,1)	Hoher sozialer Status	36,1 (34,3–37,9)	34,6 (32,8–36,4)	35,4 (34,1–36,7)
Migrant	21,1 (17,9–24,4)	22,8 (19,5–26,0)	21,8 (19,5–24,2)	Migrant	21,9 (20,0–23,9)	23,0 (20,7–25,3)	22,4 (21,0–23,9)
Nicht-Migrant	31,4 (29,9–33,0)	31,7 (30,2–33,2)	31,6 (30,5–32,6)	Nicht-Migrant	32,2 (31,2–33,2)	31,7 (30,8–32,7)	32,0 (31,2–32,8)
Ost	26,3 (24,3–28,4)	29,1 (26,4–31,7)	27,7 (26,0–29,4)	Ost	28,6 (26,9–30,3)	28,9 (26,9–30,9)	28,7 (27,2–30,3)
West	30,5 (28,8–32,3)	31,0 (29,3–32,6)	30,7 (29,5–32,0)	West	31,2 (30,1–32,4)	31,0 (30,0–32,0)	31,1 (30,3–32,0)
Gesamt	30,0 (28,4–31,5)	30,7 (29,2–32,2)	30,3 (29,3–31,4)	Gesamt	30,9 (29,8–31,9)	30,7 (29,8–31,6)	30,8 (30,0–31,6)

Durchgangsstraße wohnen, mit ca. 17 bis 18 % höher als der Anteil derjenigen, die an einer beträchtlich befahrenen Nebenstraße wohnen (ca. 11 bis 14 %). Bezüglich der Verkehrsbelastung ist ein deutlicher sozialer Gradient zu erkennen. Dies wird besonders an den Merkmalen »stark befah-

rene Haupt- oder Durchgangsstraße« und »sehr wenig befahrene Nebenstraße« deutlich. Kinder aller Altersgruppen mit niedrigem Sozialstatus sind deutlich häufiger einer stärkeren Verkehrsbelastung ausgesetzt als Kinder mit einem höheren Sozialstatus. Ein umgekehrtes Bild ergibt sich für

Kinder, die an einer sehr wenig befahrenen Straße wohnen. Hier sind Kinder aus der hohen sozialen Schicht deutlich häufiger vertreten (siehe Tabelle 2.4.5). Dagegen sind Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus den neuen Bundesländern öfter durch stärkeren Straßenverkehr belastet als ihre Altersgleichen ohne Migrationshintergrund bzw. in den alten Bundesländern.

Die Entfernung der Wohnstraße zur Wohnung der Kinder beträgt im statistischen Mittel 13,8 Meter, mit einer Streubreite von 1 bis 300 Metern. Allerdings liegen 50 % aller Wohnungen mit einer Entfernung von nur maximal 7 Metern sehr nah an der Straße. Wegen der großen Streuung sind zwischen den Teilgruppen (z. B. Altersgruppen, Geschlecht, soziale Schichten) keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zu belegen.

Exposition gegenüber aus der Wohnung stammenden Emissionen

Tabakrauch kann die menschliche Gesundheit schädigen und ist insbesondere gefährlich für Kinder. Mögliche gesundheitliche Auswirkungen umfassen Asthma, Bronchitis und andere Atemwegserkrankungen [45, 46] (siehe auch Kapitel 3.2.2). Ebenso sind Luftschadstoffe, die beim Kochen oder Heizen mit Gas entstehen, als Auslöser für respiratorische Erkrankungen bei Kindern festgestellt worden [47]. Weiterhin ist Schimmelbefall in Wohnungen nicht nur ein Zeichen ungünstiger Wohnverhältnisse, sondern auch ein Risikofaktor für das Auftreten von Hautirritationen, Allergien oder Infektionen [48].

Knapp die Hälfte der im KUS-Modul erfassten Kinder (3 bis 14 Jahre) lebt in Haushalten, in denen hauptsächlich mit Gas geheizt wird (49,9 %), bei den 3- bis 6-Jährigen sind es sogar 54,3 %. Zum Kochen wird in 92,5 % der Haushalte Elektroenergie genutzt, Gas in nur 6,4 % der Haushalte.

In KiGGS wurde von den Eltern auch die Frage nach dem Rauchen in der Wohnung beantwortet. Demnach wird bei 13,5 % der 0- bis 17-Jährigen täglich in der Wohnung geraucht, hinzu kommen 16,2 %, bei denen nicht täglich (mehrmals pro Woche, einmal pro Woche oder seltener) geraucht wird. 70,4 % der Kinder und Jugendlichen leben in Wohnungen, in denen nie geraucht wird. Diese Werte zeigen jedoch eine deutliche Abhängigkeit

vom Alter der Kinder/Jugendlichen und vom Sozialstatus (siehe Tabelle 2.4.6). Mit steigendem Alter sind immer mehr Kinder und Jugendliche dem Rauchen in der Wohnung ausgesetzt. Noch deutlicher ist der Zusammenhang zwischen Rauchen und Sozialstatus. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind ca. 3- bis 10-mal häufiger täglichem Rauchen in der Wohnung ausgesetzt als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus. Zudem wird ein Zusammenhang zwischen Passivrauchbelastung und Gemeindegröße nachgewiesen: Kinder, die in großen oder mittelgroßen Städten wohnen, haben im Vergleich zu Kindern aus ländlichen Regionen ein erhöhtes Risiko für Passivrauchen zu Hause [49].

Zur Exposition hinsichtlich Schimmel wurde im KiGGS von den Eltern folgende Frage beantwortet: »Gibt es in der Wohnung Räume, in denen sich Ihr Kind aufhält, deren Wände schimmelig sind?« Demzufolge leben ca. 5 % der Kinder und Jugendlichen in Wohnungen, in denen es Räume mit schimmelligen Wänden gibt, in denen sie sich aufhalten. Deutliche Unterschiede zeigen sich hierbei bezüglich des Migrationshintergrundes und des Sozialstatus. Kinder von Migranten und von Angehörigen der unteren sozialen Schicht halten sich zu Hause häufiger in Räumen mit Schimmelbefall auf. Im KUS-Modul wurde ein erweitertes Spektrum an Schimmelpilzen hinsichtlich der Sensibilisierung der Kinder getestet. Insgesamt waren 8,3 % der Kinder gegenüber Innenraumschimmelpilzen sensibilisiert. Schimmelbefall wurde häufiger bei städtischem Gebietstyp (im Vergleich zu ländlichem und vorstädtischem), bei Hochhaus/Wohnblock oder Mehrfamilienhaus (im Vergleich zu Ein- und Zweifamilienhäusern) sowie bei älteren Häusern festgestellt [50].

Haustierhaltung in der Wohnung kann einerseits die Wohnqualität erhöhen (Behaglichkeit, Spielgefährten für das Kind), andererseits aber auch bei vorbelasteten Personen eine Allergenexposition bedeuten. Insgesamt leben ca. 45 % der Kinder und Jugendlichen der KiGGS-Population in einer Wohnung, in der mindestens ein Haustier gehalten wird, wobei der Anteil bei den Mädchen etwas höher ist. Neben dem Geschlechterunterschied gibt es Unterschiede bezüglich der Altersgruppen und des Migrationsstatus. In den Woh-

Tabelle 2.4.5

Art der Wohnstraße und Verkehrsbelastung nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, KUS-Modul, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Sehr wenig befahrene Nebenstraße	Mäßig befahrene Nebenstraße	Beträchtlich befahrene Nebenstraße	Stark befahrene Haupt- oder Durchgangsstraße
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
3–6 Jahre				
Niedriger sozialer Status	24,9 (18,0–33,4)	34,8 (26,9–43,6)	14,0 (8,9–21,3)	26,3 (18,9–35,4)
Mittlerer sozialer Status	35,3 (29,1–41,9)	30,3 (24,9–36,4)	16,7 (12,5–21,9)	17,7 (13,6–22,8)
Hoher sozialer Status	50,9 (42,0–59,7)	28,7 (21,5–37,2)	12,1 (7,1–19,8)	8,3 (4,7–14,2)
Migrant	28,0 (17,9–40,9)	34,8 (23,6–48,0)	11,2 (5,3–21,9)	26,0 (16,0–39,3)
Nicht-Migrant	39,4 (35,1–44,0)	30,1 (25,8–34,8)	14,9 (12,1–18,2)	15,5 (12,5–19,1)
Ost	37,1 (30,5–44,2)	38,3 (31,4–45,6)	9,0 (6,0–13,3)	15,6 (11,3–21,3)
West	38,0 (33,3–42,9)	29,5 (25,0–34,5)	15,4 (12,5–18,9)	17,1 (13,8–20,9)
Gesamt	37,9 (33,8–42,1)	30,9 (26,9–35,3)	14,4 (11,8–17,4)	16,8 (14,0–20,1)
7–10 Jahre				
Niedriger sozialer Status	21,2 (14,6–29,8)	34,9 (26,5–44,5)	14,0 (8,5–22,3)	29,9 (22,4–38,6)
Mittlerer sozialer Status	45,0 (38,7–51,5)	30,7 (24,6–37,7)	9,5 (6,5–13,7)	14,8 (10,6–20,3)
Hoher sozialer Status	50,5 (42,1–59,0)	25,9 (19,1–34,1)	12,3 (7,8–19,0)	11,2 (6,5–18,7)
Migrant	28,8 (17,7–43,3)	33,6 (22,1–47,5)	16,8 (8,7–29,9)	20,8 (12,7–32,1)
Nicht-Migrant	42,5 (37,8–47,4)	30,0 (25,3–35,1)	10,6 (8,1–13,8)	16,9 (13,2–21,4)
Ost	30,9 (24,4–38,3)	34,8 (27,1–43,3)	14,7 (9,2–22,7)	19,5 (13,8–26,9)
West	42,2 (37,0–47,5)	29,7 (24,6–35,3)	10,9 (8,2–14,4)	17,3 (13,3–22,2)
Gesamt	40,6 (36,0–45,4)	30,4 (25,8–35,3)	11,4 (8,9–14,5)	17,6 (14,0–21,9)

nungen der älteren Kinder und der Jugendlichen gibt es häufiger ein Haustier als in den Wohnungen der jüngeren; Familien mit Migrationshintergrund halten seltener Haustiere als Familien ohne Migrationshintergrund. So leben beispielsweise

nur 27,2 % der 11- bis 17-jährigen Jungen mit Migrationshintergrund in einer Wohnung mit einem Haustier gegenüber 62,0 % der 11- bis 17-jährigen Mädchen ohne Migrationshintergrund. Hunde und Katzen werden am häufigsten gehalten.

Tabelle 2.4.5 Fortsetzung

Art der Wohnstraße und Verkehrsbelastung nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, KUS-Modul, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Sehr wenig befah- rene Nebenstraße	Mäßig befahrene Nebenstraße	Beträchtlich befah- rene Nebenstraße	Stark befahrene Haupt- oder Durchgangsstraße
	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)
11–14 Jahre				
Niedriger sozialer Status	34,5 (26,5–43,5)	32,2 (24,5–40,9)	9,8 (5,5–16,6)	23,5 (16,9–31,8)
Mittlerer sozialer Status	40,5 (33,9–47,4)	32,8 (26,6–39,6)	14,6 (10,5–20,0)	12,1 (8,3–17,3)
Hoher sozialer Status	49,5 (41,3–57,8)	29,6 (22,1–38,4)	10,2 (6,3–16,3)	10,6 (6,5–16,9)
Migrant	30,7 (20,4–43,4)	37,2 (26,2–49,7)	14,3 (7,6–25,4)	17,8 (10,1–29,3)
Nicht-Migrant	43,1 (37,9–48,5)	31,0 (26,3–36,1)	12,0 (9,1–15,5)	13,9 (10,8–17,8)
Ost	29,2 (21,8–37,9)	37,1 (29,2–45,8)	14,7 (10,3–20,5)	19,0 (12,4–27,8)
West	43,7 (38,3–49,2)	30,8 (25,8–36,4)	11,8 (8,9–15,5)	13,6 (10,4–17,7)
Gesamt	41,5 (36,7–46,4)	31,8 (27,3–36,7)	12,3 (9,6–15,5)	14,4 (11,4–18,1)
3–14 Jahre				
Niedriger sozialer Status	27,1 (22,7–31,9)	33,9 (29,1–39,1)	12,5 (9,3–16,5)	26,5 (22,4–31,1)
Mittlerer sozialer Status	40,3 (36,1–44,7)	31,4 (27,2–35,8)	13,6 (11,3–16,3)	14,7 (12,0–17,8)
Hoher sozialer Status	50,3 (45,6–55,1)	28,1 (23,5–33,2)	11,5 (8,3–15,8)	10,1 (7,5–13,4)
Migrant	29,2 (22,3–37,3)	35,3 (27,7–43,6)	14,2 (10,0–19,6)	21,3 (15,7–28,2)
Nicht-Migrant	41,8 (38,7–44,8)	30,4 (27,3–33,6)	12,5 (10,7–14,5)	15,4 (13,4–17,7)
Ost	32,4 (27,4–37,8)	36,8 (31,9–42,0)	12,8 (10,1–16,1)	18,0 (13,8–23,2)
West	41,4 (38,1–44,8)	30,0 (26,8–33,5)	12,6 (10,8–14,7)	15,9 (13,8–18,3)
Gesamt	40,1 (37,1–43,1)	31,1 (28,2–34,1)	12,7 (11,1–14,4)	16,2 (14,3–18,4)

Umweltbelastungen sind aber nicht nur ein Problem der Familien mit niedrigem Sozialstatus. Produkte zum Textil- und Vorratsschutz werden von etwa doppelt so vielen Familien (ca. 20 %) mit hohem Sozialstatus eingesetzt wie von Familien

mit niedrigem Sozialstatus. Umgekehrt ist es bei der Verwendung von Weichspülnern, Desinfektionsmitteln, Sanitärreinigern, Toilettensteinen und Raumsprays, die stärker von Familien mit niedrigem Sozialstatus eingesetzt werden [51].

Tabelle 2.4.6
Rauchen in der Wohnung nach Altersgruppen und Sozialstatus
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Rauchen in der Wohnung	Täglich	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Seltener	Nie
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
0–6 Jahre					
Niedriger sozialer Status	16,1 (14,0–18,4)	4,2 (3,2–5,5)	0,9 (0,6–1,6)	16,5 (14,4–18,9)	62,2 (58,8–65,5)
Mittlerer sozialer Status	5,5 (4,5–6,7)	2,7 (2,0–3,6)	0,9 (0,5–1,4)	10,3 (8,9–11,8)	80,7 (78,3–82,9)
Hoher sozialer Status	2,0 (1,4–3,1)	0,7 (0,4–1,3)	0,5 (0,3–1,0)	4,3 (3,1–5,8)	92,4 (90,7–93,8)
Gesamt	7,5 (6,5–8,6)	2,6 (2,1–3,1)	0,8 (0,6–1,1)	10,3 (9,1–11,5)	78,9 (76,8–80,9)
7–10 Jahre					
Niedriger sozialer Status	22,3 (19,1–25,8)	4,0 (2,9–5,6)	0,8 (0,4–2,0)	20,0 (17,2–23,1)	52,9 (49,0–56,8)
Mittlerer sozialer Status	9,7 (8,0–11,7)	4,0 (3,1–5,1)	0,8 (0,4–1,3)	13,4 (11,6–15,4)	72,2 (69,2–75,0)
Hoher sozialer Status	3,5 (2,5–4,9)	1,4 (0,8–2,4)	0,7 (0,3–1,4)	7,3 (5,7–9,4)	87,1 (84,6–89,2)
Gesamt	11,5 (10,0–13,1)	3,3 (2,6–4,1)	0,8 (0,5–1,1)	13,5 (12,2–14,9)	71,0 (68,7–73,2)
11–17 Jahre					
Niedriger sozialer Status	30,8 (28,1–33,7)	4,0 (3,1–5,3)	1,4 (0,9–2,2)	16,0 (13,9–18,4)	47,7 (44,2–51,1)
Mittlerer sozialer Status	17,6 (15,6–19,7)	3,2 (2,6–3,9)	0,8 (0,5–1,2)	13,8 (12,3–15,5)	64,6 (61,9–67,3)
Hoher sozialer Status	10,2 (8,5–12,2)	2,7 (1,8–3,8)	1,1 (0,6–1,9)	8,6 (7,1–10,4)	77,5 (74,5–80,2)
Gesamt	19,4 (17,9–21,0)	3,4 (2,9–3,9)	1,0 (0,8–1,3)	13,1 (11,9–14,3)	63,2 (60,9–65,4)
0–17 Jahre					
Niedriger sozialer Status	23,8 (21,9–25,8)	4,1 (3,5–4,9)	1,1 (0,8–1,6)	17,1 (15,6–18,7)	53,9 (51,2–56,5)
Mittlerer sozialer Status	11,8 (10,6–13,2)	3,2 (2,7–3,7)	0,8 (0,6–1,1)	12,5 (11,5–13,7)	71,6 (69,5–73,7)
Hoher sozialer Status	5,7 (4,8–6,7)	1,7 (1,2–2,2)	0,8 (0,5–1,1)	6,7 (5,8–7,7)	85,2 (83,5–86,8)
Gesamt	13,5 (12,4–14,6)	3,1 (2,7–3,4)	0,9 (0,7–1,1)	12,2 (11,3–13,1)	70,4 (68,5–72,2)

Ergebnisse zum Human-Biomonitoring des KUS-Moduls (Stoffgehalte in Blut und Urin der Kinder in Deutschland), die detailliert an anderer Stelle veröffentlicht wurden [43], zeigen deutliche Unterschiede bei der Belastung mit Fremdstoffen bezüglich Altersgruppen, Sozialstatus, Migrationshintergrund und teilweise auch der Wohnregion (Ost/West).

Literatur

1. Lampert T, Schenk L (2004) Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 57–83
2. Habich R, Noll HH (2006) Soziale Schichtung und soziale Lagen. In: Datenreport 2006. Statistisches Bundesamt, Bonn
3. Holz G (2005) Alles schon entschieden? Wege und Lebenssituationen armer und nicht-armer Kinder zwischen Kindergarten und weiterführender Schule. Zwischenbericht zur AWO-ISS-Längsschnittstudie. Frankfurt a. M
4. Ellsäßer G, Böhm A, Kuhn J et al. (2002) Soziale Ungleichheit bei Kindern. Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Kinderärztliche Praxis, 4: 248–257
5. Walper S (2001) Kinder und Jugendliche in Armut. In: Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg) Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden: 181–219
6. Vagerö D, Illsey R (1995) Explaining health inequalities. Beyond Black and Barker. ESR, 11: 219/241
7. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4. RKI, Berlin
8. Statistisches Bundesamt (2008) Bevölkerungsfortschreibung
9. Statistisches Bundesamt (2004) Statistisches Jahrbuch 2003. Wiesbaden
10. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin
11. Böhmer M, Heimer A (2008) Armutsrisiken von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Dossier. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
12. Holz G (2008) Kinderarmut – Eine komplexe Herausforderung für staatliches Handeln. WSI Mitteilungen, 61: 145–150
13. Lampert T, Richter M, Klocke A (2006) Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. Gesundheitswesen, 68: 94–100
14. Robert Koch-Institut (2007) Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGS, Zwischenbericht 2007. In Vorbereitung
15. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005) Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland
16. Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung (2005) Struktur und Gründe des Verzichts auf Kindertagesbetreuung in Brandenburg. www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/1234/schlussbericht-hauskinder.pdf (Stand 14.07.2008)
17. Artelt C, Baumert J, Klieme E et al. (2001) PISA 2000 - Zusammenfassung zentraler Befunde. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
18. Lehmann R, Peek R, Gänsfuß R (1997) Aspekte der Lernausgangslage von Schülerinnen und Schülern der fünften Klassen an Hamburger Schulen. Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung, Amt für Schule, Hamburg
19. Bos W, Schwippert K, Stubbe TC (2007) Die Koppelung von sozialer Herkunft und Schülerleistung im internationalen Vergleich. In: Bos W, Hornberg S, Arnold K-H et al. (Hrsg) IGLU 2006. Lesekompetenzen von Grundschulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich. Münster: 225–248

20. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemografischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 578–89
21. Grundmann M, Huinink J, Krappmann L (1994) Familie und Bildung. Empirische Ergebnisse und Überlegungen zur Frage der Beziehung von Bildungsbeteiligung, Familienentwicklung und Sozialisation. In: Büchner P, Grundmann M, Huinink J et al. (Hrsg) Kindliche Lebenswelten, Bildung und innerfamiliäre Beziehungen. Materialien zum 5. Familienbericht, Band 4. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S 41–104
22. Holz G (2005) Frühe Armutserfahrungen und ihre Folgen – Kinderarmut im Vorschulalter. In: Zander M (Hrsg) Kinderarmut. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 87–109
23. Statistisches Bundesamt (2006). Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
24. Lampert T, Hagen C, Heizmann B (2008) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In Vorbereitung
25. Statistisches Bundesamt (2007). Sonderauswertung des Mikrozensus 2005 im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
26. Bien W, Hartl A, Teubner M (2002) Einführung: Stieffamilien in Deutschland. In: Bien W, Hartl A, Teubner M (Hrsg) Stieffamilien in Deutschland. Leske+Budrich, Opladen, S 9–20
27. Wendt E-V, Walper S (2007) Entwicklungsverläufe von Kindern in Ein-Eltern- und Stieffamilien. In: Alt C (Hrsg) Kinderleben – Start in die Grundschule. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 211–242
28. Amato PR (2000) The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family* 62, S 1269–1287
29. Bohrhardt, R. (2006). Vom ‚broken home‘ zur multiplen Elternschaft. Chancen und Erschwernisse kindlicher Entwicklung in diskontinuierlichen Familienbiografien. In Bertram H, Krüger H, Spieß CK (Hrsg), Wem gehört die Familie der Zukunft? Expertisen zum 7. Familienbericht der Bundesregierung. Budrich, Opladen
30. Franz M, Lensche H (2003) Allein erziehend – allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49, S 115–138
31. Gloger-Tippelt G, König L (2003) Die Einelternfamilien aus der Perspektive von Kindern. Entwicklungspsychologisch relevante Befunde unter besonderer Berücksichtigung der Bindungsforschung. In: Fegert J M, Ziegenhain U (Hrsg) Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland. Beltz Verlag, Weinheim Basel Berlin
32. Walper S (2003) Kontextmerkmale gelingender und misslingender Entwicklung von Kindern in Einelternfamilien. In: Fegert J M, Ziegenhain U (Hrsg) Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland. Beltz Verlag, Weinheim Basel Berlin, S 148–166
33. Solomon J, George C (1999) The Development of Attachment in separated and divorce families: Effects of overnight visitation, parent and couples variables. In: *Attachment and Human Development*, 1, S 2–33
34. Reis, O., Meyer-Probst, B. (1999). Scheidung der Eltern und Entwicklung der Kinder. Befunde der Rostocker Längsschnittstudie. In Walper S, Schwarz B (Hrsg) Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien (S 49–71). München: Weinheim: Juventa
35. Amato PR (2001) Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology* 15 (3), S 355–370
36. Ringbäck Weitoft G, Hjern A, Haglund B, Rosen M (2003) Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. In: *The Lancet*, Vol 361, S 289–295

37. Hagen C, Kurth B-M (2007) Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. Aus Politik und Zeitgeschichte 42, S 25–31
38. Delekat D (2003) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001, Berlin
39. Erb J, Winkler G (2004) Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. Monatsschrift Kinderheilkunde 152 (3): 291–298
40. Gawrich S (2004) Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsstudie. Hessisches Ärzteblatt 2: 73–76
41. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 590ff
42. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
43. Becker K, Müssik-Zufika M, Conrad A et al. (2007) Kinder-Umwelt-Survey 2003/06 – KUS – Human-Biomonitoring. Stoffgehalte in Blut und Urin der Kinder in Deutschland. Umweltbundesamt Dessau/Berlin (Hrsg). WaBoLu-Hefte 01/07
44. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemografischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 578–589
45. Deutsches Krebsforschungszentrum, DKFZ (Hrsg) (2004) Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Vol. 5
46. U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg) (2006) The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A Report of the Surgeon General - Executive Summary. 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
47. Perucci CA (2001) Effect of gas cooking on lung function in adolescents: modifying role of sex and immunoglobulin E. Thorax 56(7): 536–540
48. Chapman JA, Terr AI, Jacobs RL et al. (2003) Toxic mold: phantom risk vs. science. Ann Allergy Asthma Immunol 91(3): 222–232
49. Haftenberger M (2008) Passivrauchen bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGS/KUS
50. Szewzyk R (2008) Schimmelpilzbefall in der Wohnung und Sensibilisierung gegenüber Schimmelpilzen. In: Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGS/KUS
51. Seiwert M (2008) Sozialstatus und Schadstoffbelastung - einige Beispiele. In: Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGS/KUS

3 Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen sowie Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

3.1 Gesundheitliche Lage

Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen hat zahlreiche Facetten und wird durch vielfältige Komponenten beeinflusst. Mithilfe der Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS) können zu vielen wichtigen Aspekten der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen Aussagen gemacht werden.

Bei der körperlichen Entwicklung einschließlich der Akzeleration sind langfristige Trends in der Diskussion, z. B. wegen der wachsenden Verbreitung von Übergewicht und Adipositas. Dabei ist interessant, dass Körpergröße, Körpergewicht und BMI differenzierte Trends haben. Aufmerksamkeit verdienen auch pränatale und perinatale Einflüsse auf die kindliche Gesundheit, die wichtige Weichen für den späteren Gesundheitszustand stellen. Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sind aussagekräftige Indikatoren für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden.

Ein wesentlicher Bereich der Beschreibung der gesundheitlichen Lage sind Aussagen zur körperlichen und psychischen Gesundheit. In KiGGS wurde nach zahlreichen akuten und chronischen Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen gefragt. In den letzten Jahrzehnten ist ein deutlicher Wandel im Morbiditätsspektrum der Heranwachsenden festzustellen, hin zu einer so genannten »neuen Morbidität«, bei der chronische Erkrankungen, wie z. B. Allergien und psychische Störungen, eine zunehmende Rolle spielen. Besonders wird auf Übergewicht und Adipositas sowie auf Unfälle und Verletzungen eingegangen, da diese eine spezielle Relevanz in Bezug auf Präventionsmöglichkeiten haben.

Zur Erfassung der psychischen Gesundheit wurden in KiGGS mehrere, teilweise sehr komplexe Erhebungsinstrumente eingesetzt. So können Aussagen zur Verbreitung von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten, zur Häufigkeit von Symptomen des Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms (ADHS), zur Häufigkeit von Gewalterfahrungen, zur Verbreitung von Essstörungssymptomen, aber auch zum Vorhandensein

von psychischen Ressourcen und personalen, sozialen und familiären Schutzfaktoren gemacht werden.

Bei vielen Aspekten der gesundheitlichen Lage gibt es Hinweise auf gesundheitsbezogene soziale Ungleichheiten: Vor allem Kinder und Jugendliche mit niedrigerem sozioökonomischen Status haben in vielerlei Hinsicht größere gesundheitliche Probleme.

Bei etlichen Aspekten der Gesundheit gibt es auch spezifische Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und solchen ohne Migrationshintergrund (siehe auch [1]).

3.1.1 Pränatale und perinatale Einflussfaktoren

Es wird davon ausgegangen, dass schon vor der Geburt lebenslange Funktionen wie der Appetit, die spätere Wachstumsrate und die endgültigen Körpermaße »programmiert« werden [2]. So kann sich unter anderem das Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft nachhaltig auf die Entwicklung und die Gesundheit des Kindes auswirken. Hierbei können Faktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum und die Ernährung eine Rolle spielen.

Rauchen in der Schwangerschaft kann zu Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht bei den Neugeborenen führen und erhöht zudem die Risiken für fetale Fehlbildungen, perinatale Sterblichkeit (d. h. Totgeburten oder Sterbefälle bis zum Alter von einer Woche), vorzeitige Plazentalösung und Wachstumsstörungen [3]. Als immer deutlicher stellen sich die negativen Folgen eines auch nur geringen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft heraus. In einer Längsschnittstudie wurde z. B. ein Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum der Mütter im ersten und zweiten Schwangerschaftsdrittel und Wachstumsstörungen ihrer 14-jährigen Kinder gefunden [4]. Aktuelle Studien zeigen zudem, dass bestimmte Einwirkungen während der Schwangerschaft zur späteren Entstehung von Adipositas beitragen können. Übergewichtige Mütter gebären beispielsweise schwerere Neugeborene, die auch im

späteren Leben ein erhöhtes Risiko haben, Übergewichtig zu sein. Auch (spätere) Erkrankungen an hohem Blutdruck, Diabetes, Allergien, Asthma und ADHS sowie auch ein späteres Suchtverhalten, die Intelligenz und verschiedene andere Gesundheitsfaktoren und Eigenschaften des Kindes können vor der Geburt mitgeprägt werden. Es gilt als wahrscheinlich, dass einerseits ein hohes Geburtsgewicht, eine rasche Gewichtszunahme in den ersten zwei Lebensjahren und das Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft das Adipositasrisiko erhöhen, während andererseits das Stillen das Adipositasrisiko senkt [5].

Die Auswertungen zu ausgewählten prä- und perinatalen Einflussfaktoren in KiGGS basieren auf schriftlichen Angaben der Eltern (meist der Mütter) über die Schwangerschaft und das Geburtsgewicht. Insgesamt gaben 17,5 % der Mütter an, während der Schwangerschaft geraucht zu haben, und 13,8 % gaben an, während der Schwangerschaft (zumindest) gelegentlich Alkohol konsumiert zu haben. Mütter mit niedrigem Sozialstatus rauchten während der Schwangerschaft häufiger als Mütter mit höherem sozialen Status. Letztere tranken aber häufiger zumindest gelegentlich Alkohol als Mütter mit niedrigem Sozialstatus (siehe auch Kapitel 4.1.1 und [6]).

3.1.2 Körperliche Entwicklung und Akzeleration

Wachstumsparameter wie Körperhöhe und Körpergewicht sind wichtige Indikatoren zur Einschätzung des altersgerechten Wachstums im Kindes- und Jugendalter. Dabei kann der individuelle Wachstumsverlauf eines Kindes, dargestellt z. B. in Form eines so genannten Somatogramms (Grafik von Größe und Gewicht im Zeitverlauf), mit bevölkerungsspezifischen Durchschnittswerten (z. B. Wachstumstabellen) verglichen und bewertet werden. Abweichungen im Wachstum können dadurch in der kinderärztlichen Betreuung erkannt werden. Weitere Indikatoren des Wachstums im Kindesalter sind der Kopfumfang, der Taillen- und Hüftumfang und die Hautfaltendicke.

Mit dem Beginn der geschlechtlichen Entwicklung gewinnt die Einschätzung des Reifestandes bzw. des so genannten Reifegrades als Indikator für eine »normale« Entwicklung ebenfalls an Bedeutung. Als wichtige Reifekriterien gelten Regel-

blutung (Menarche), Stimmbruch (Mutation) und Schambehaarung (Pubes). Die Reifeentwicklung ist mit der Veränderung vieler Parameter verbunden (z. B. Wachstumsschub und Veränderung funktioneller Werte, wie z. B. Blutdruck, Laborwerte).

Außer durch genetische Faktoren wird das individuelle Wachstum wesentlich durch Umwelteinflüsse mitbestimmt. So haben gesellschaftliche Veränderungen in der Ernährung, der gesundheitlichen Betreuung und auch Veränderungen anderer sozialer Bedingungen seit dem vorigen Jahrhundert zu einer Beschleunigung im Wachstum und in der Reifeentwicklung bei Kindern und Jugendlichen geführt, die als säkulare Akzeleration bezeichnet wird. Kinder gleichen Alters sind heute größer und schwerer als vor 100 Jahren und erreichen ca. 2 Jahre früher die geschlechtliche Reife.

Seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts wird aber beobachtet, dass einerseits die Variationsbreite des altersbezogenen Körpergewichtes in den Industrieländern immer weiter zunimmt, andererseits die durchschnittliche Körperhöhe aber nur geringfügig weiter ansteigt. Diese Entwicklung trifft auch für Deutschland zu; die Annahme wird besonders durch Ergebnisse der Schulingangsstudien gestützt und ebenfalls durch Studienergebnisse für Jenaer Kinder für den Zeitraum 1975 bis 1995 [7]. Andere regionale Studien aus dem Saarland [8], aus Brandenburg [9] und Heidelberg [10] bestätigen die altersbezogene Zunahme des mittleren Körpergewichtes und der Variationsbreite des Körpergewichtes sowie den vergleichsweise geringeren Anstieg der Körpergröße. Die Veränderungen bei Körpergewicht und Körperhöhe haben sich zum Großteil in der ersten Hälfte der 1990er Jahre ereignet. Ab Mitte der 1990er Jahre ist für die durchschnittliche Körperhöhe keine Steigerung mehr zu verzeichnen. Dafür spricht auch, dass die in der Nationalen Verzehrsstudie erhobenen Körpermesswerte für 14- bis 17-jährige Jugendliche im Vergleich mit den vorliegenden Referenzwerten aus [11] eine starke Zunahme des Body-Mass-Indexes im oberen Perzentilbereich zeigen [12, 13].

Die in KiGGS erhobenen Körpermaße (Körperhöhe, Körpergewicht, Kopfumfang, Taillen- und Hüftumfang, Hautfaltendicke an zwei Messpunkten, Ellenbogenbreite) und Reifekriterien (erste

Regelblutung, Stimmbruch, Schambehaarung) sollten eine repräsentative Grundlage für bundesweit einheitlich erhobene Referenzwerte liefern. Genauere Erläuterungen zur Mess- und Erfassungsmethodik finden sich in [14] bzw. [15].

Alle untersuchten Körpermaße zeigen eine merkmalspezifische Geschlechts- und Altersabhängigkeit (siehe entsprechende Abschnitte in den Kapiteln 4, 5 und 6). Für die in die Untersuchung einbezogenen Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind die Unterschiede im Vergleich zum Wachstum von Kindern aus Familien ohne Migrationshintergrund durch die ethnische Herkunft erklärbar.

Soziale Unterschiede sind beim Körpergewicht bzw. Körperfettanteil nachweisbar, bei der Körperhöhe nicht in allen Altersgruppen. Auch bei den Umfangmaßen von Taille und Hüfte lassen sich in der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre signifikante Unterschiede nach Sozialstatus bei beiden Geschlechtern nachweisen. Ost/West-Unterschiede sind im Wachstum weniger relevant. Auf die Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Body-Mass-Index (BMI) wird an anderer Stelle im Bericht noch ausführlicher eingegangen (siehe auch Kapitel 3.1.3.2).

3.1.3 Morbidität

Kennzeichnend für die Entwicklung der Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen im zurückliegenden Jahrhundert ist ein historisch beispielloser Rückgang der Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit. Dementsprechend ist in den westlichen Industrienationen die Vermeidung des Todes heute als gesundheitspolitisches Anliegen eher in den Hintergrund getreten zugunsten einer Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität.

In den letzten Jahrzehnten ist zudem ein deutlicher Wandel des Morbiditätsspektrums bei Kindern und Jugendlichen festzustellen, der geprägt ist von einer Verschiebung von den akuten hin zu den chronischen Erkrankungen (z. B. Asthma, Krankheiten des atopischen Formenkreises und Adipositas) und von den somatischen hin zu den psychischen Störungen (Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z. B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Auffälligkeiten sowie

Alkohol- und Drogenkonsum). Diese »neue Morbidität« wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt.

Diesem Trend Rechnung tragend, wurden im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey Daten über bedeutsame Gesundheitsstörungen nicht nur im Bereich der akuten (einschließlich übertragbaren) Krankheiten, sondern auch im Bereich der chronischen Erkrankungen (z. B. Allergien) und der chronischen Belastungsfaktoren wie Übergewicht und Adipositas erhoben. Unfälle mit Verletzungsfolgen sind ebenfalls häufige und dabei grundsätzlich präventable Ereignisse des Kindes- und Jugendalters, die in KiGGS erhoben wurden. Für den Bereich der psychischen Gesundheit erfasst der KiGGS-Datensatz repräsentativ psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Erfahrungen mit der Erduldung und Ausübung körperlicher Gewalt sowie Symptome von Essstörungen und beschreibt zudem feststellbare Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung.

3.1.3.1 Somatische Erkrankungen

Das Kindes- und Jugendalter gilt insgesamt als gesunder Lebensabschnitt: Verglichen mit anderen Altersgruppen sind die Morbiditäts- und Mortalitätsraten in diesem Alter relativ niedrig [16]. Auch im historischen Vergleich zeigt sich, dass in Deutschland sowie in anderen entwickelten Ländern akute infektiöse Krankheiten und insbesondere die klassischen »Kinderkrankheiten« durch verbesserte Lebensbedingungen und eine leistungsfähige, moderne Medizin zurückgedrängt werden konnten [17]. Ebenso hat die Kindersterblichkeit insgesamt und speziell die Mortalität durch Infektionskrankheiten deutlich abgenommen. Zahlreiche Einzelstudien sowie Surveys aus anderen Ländern verzeichnen allerdings für chronisch verlaufende Erkrankungen einen gegenläufigen Trend. Deren Häufigkeiten im Kindes- und Jugendalter sind in den letzten Jahrzehnten – ebenso wie im Erwachsenenalter – deutlich angestiegen [18]. Das Spektrum der Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter unterlag somit im vergangenen Jahrhundert einem erheblichen qualitativen Wandel hin zu einer so genannten »neuen Morbidität«.

Somatische, das heißt körperliche Krankheiten – speziell solche mit chronischem Verlauf – kommen bei Kindern und Jugendlichen insgesamt seltener vor als im Erwachsenenalter. Sie sind aber bereits in dieser Lebensphase von besonderer Bedeutung, weil sie die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen können und das Auftreten chronischer Erkrankungen im Erwachsenenalter mitbestimmen [19]. Ergebnisse diverser Studien weisen darauf hin, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeiten hinsichtlich verschiedener somatischer Erkrankungen in verschiedenen Lebensphasen jeweils unterschiedlich sind.

Eine besondere Bedeutung kommt den Allergien zu, insbesondere den so genannten atopischen Krankheiten: Heuschnupfen, atopisches Ekzem (Neurodermitis) und Asthma bronchiale; häufig ist auch das allergische Kontaktekzem. Zudem können allergische Sensibilisierungen gegenüber spezifischen Antigenen bestehen, ohne dass es (schon) zu einer allergischen Erkrankung gekommen ist.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey verfolgte das Ziel, repräsentative Daten zu den wichtigsten akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen für die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen zu liefern. Im Einzelnen wurden in KiGGS mittels Elternfragebogen und ärztlichem Interview folgende Indikatoren zu körperlichen Erkrankungen erfasst: (siehe Tabelle 3.1.3.1.1)

Während die akuten sowie die so genannten Kinderkrankheiten überwiegend im schriftlichen Fragebogen erfasst wurden und auf Elternangaben beruhen, wurde für die chronischen Krankheiten im standardisierten ärztlichen Interview (CAPI) das Vorhandensein ärztlicher Diagnosen erfragt. Die Feststellung von allergischen Sensibilisierungen wurde mittels Blutproben vorgenommen. Genauere Angaben zur Erhebungs- und Untersuchungsmethodik finden sich in [20] und [21].

Die 12-Monats-Prävalenzschätzungen der einzelnen akuten Erkrankungen (Anteile der Kinder und Jugendlichen, die die jeweilige Krankheit in den letzten 12 Monaten hatten) zeigen, dass Kinder und Jugendliche am häufigsten von infektiösen Atemwegserkrankungen betroffen sind. So hatten 88,5% (Mädchen 89,2%, Jungen 87,8%) der befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mindestens eine Erkältung (grippalen Infekt).

Des Weiteren hatten 19,9% (Mädchen 18,5%, Jungen 21,2%) im vergangenen Jahr eine akute Bronchitis und 18,5% eine Mandelentzündung (Mädchen 19,9%, Jungen 17,2%). An einer Mittelohrentzündung (Otitis media) waren in den vergangenen 12 Monaten 11% (Mädchen 10,9%, Jungen 11,1%) und an Pseudokrupp 6,6% aller Befragten (Mädchen 4,6%, Jungen 8,4%) erkrankt. Die 12-Monats-Prävalenz für Lungenentzündungen liegt bei 1,5% (Mädchen 1,7%, Jungen 1,3%). Magen-Darm-Infekte stellen mit einer Prävalenz von 46,8% (Mädchen 45,3%, Jungen 48,2%) einen häufigen akuten Erkrankungsgrund dar. 12,8% der Kinder und Jugendlichen (Mädchen 14,5%, Jungen 11,3%) litten darüber hinaus in den letzten 12 Monaten an einer Herpesinfektion, 7,8% an einer Bindehautentzündung (Mädchen 7,5%, Jungen 8,1%) und 4,8% an einer Harnwegsinfektion (Mädchen 7,9%, Jungen 1,9%).

Zu beachten ist, dass die 12-Monats-Prävalenzen bei den einzelnen akuten Erkrankungen (teilweise stark) nach dem Alter variieren. Erkältungen, Magen-Darm- und Harnwegsinfekte, Angina, Bronchitis, Lungen- und Mittelohrentzündungen sowie Pseudokrupp waren bei den 3- bis 6-Jährigen am häufigsten, Bindehautentzündungen bei den unter 6-Jährigen und Herpesinfektionen bei den 11- bis 17-Jährigen. Während die 12-Monats-Prävalenzen bei Erkältungen (grippalen Infekten), Mandelentzündungen und Harnwegsinfekten über das gesamte Kindes- und Jugendalter hinweg relativ konstant sind, gehen sie für akute Bronchitis, Pseudokrupp, Lungenentzündungen und Mittelohrentzündungen sowie für Magen-Darm-Infekte und Bindehautentzündungen ab dem Alter von ca. 6 Jahren zurück.

Bei einzelnen Krankheiten zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht. So sind akute Bronchitis, Pseudokrupp und Magen-Darm-Infekte (etwas) häufiger bei Jungen als bei Mädchen zu verzeichnen, während Mädchen (etwas) mehr von Erkältungen (grippalen Infekten), Mandelentzündungen, Harnwegsinfekten und Herpesinfektionen betroffen sind. Darüber hinaus leiden Kinder und Jugendliche im Westen Deutschlands insgesamt häufiger an akuten Erkrankungen als solche im Osten Deutschlands (neue Bundesländer einschließlich Berlin). Auffällig ist zudem, dass Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund von den meisten der erhobenen akuten somatischen Erkrankungen seltener betroffen sind als diejenigen ohne Migrati-

onshintergrund [22]. Erkältungen (grippale Infekte), Magen-Darm-Infekte und Bindehautentzündungen kommen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit höherem Sozialstatus häufiger vor, während Mandelentzündungen und Herpesinfektionen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus vermehrt auftreten.

Für die infektiösen Kinderkrankheiten wurden folgende Lebenszeitprävalenzen (Anteile der Kinder und Jugendlichen, die die jeweilige Krankheit bisher in ihrem Leben hatten) für die 0- bis 17-Jährigen ermittelt: Keuchhusten 8,7%, Masern 7,4%, Mumps 4,0%, Röteln 8,5%, Windpocken 70,6% und Scharlach 23,5%. Diese Prävalenzen steigen mit wachsendem Alter, und es gibt Ost-West-Unterschiede. Dabei spielen auch die (sich verändernden) Impfempfehlungen eine Rolle.

Als chronische Erkrankungen wurden bei 13,3% (Mädchen 10,5%, Jungen 16%) aller einbezogenen Kinder und Jugendlichen eine obstruktive Bron-

chitis, bei 13,2% Neurodermitis (Mädchen 13,4%, Jungen 13,0%) und bei 10,7% Heuschnupfen (Mädchen 8,9%, Jungen 12,5%) jemals ärztlich diagnostiziert.

Die Lebenszeitprävalenzen für eine ärztlich diagnostizierte Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose) liegen bei 5,2% (Mädchen 6,0%, Jungen 4,4%) und für Asthma bei 4,7% (Mädchen 3,9%, Jungen 5,5%). An Diabetes mellitus leiden 0,1%, an Krampfanfällen (epileptischen Anfällen) 3,6% (Mädchen 3,3%, Jungen 3,7%) und an Psoriasis (Schuppenflechte) 1,4% der 0- bis 17-Jährigen (Mädchen 1,5%, Jungen 1,2%). Die Lebenszeitprävalenz von mindestens einer der drei atopischen Erkrankungen liegt bei 22,9% (Mädchen 21,4%, Jungen 24,3%), von allergischem Kontaktekzem sind 9,9% betroffen (Mädchen 13,8%, Jungen 6,2%). Eine Sensibilisierung gegen mindestens eines der getesteten Antigene zeigte sich bei 40,8% der 3- bis 17-Jährigen (Mädchen 36,4%, Jungen 45,0%).

Tabelle 3.1.3.1.1

Somatische Erkrankungen			
Elternfragebogen		Standardisiertes Ärztliches Interview (CAPI)	
Akute Erkrankungen:	<i>Indikatoren:</i>	Chronische Krankheiten:	<i>Indikatoren:</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erkältung, grippaler Infekt ▶ Angina ▶ Krupp/Pseudokrupp ▶ Herpesinfektion ▶ Akute Bronchitis (nicht bei Asthma) ▶ Durchfall, Erbrechen ▶ Blasen- und Harnwegs-entzündung ▶ Bindehautentzündung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 12-Monats-Prävalenz* ▶ Erkrankungshäufigkeit in den vergangenen 12 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Heuschnupfen ▶ Neurodermitis ▶ Asthma ▶ Obstruktive Bronchitis ▶ Herzkrankheit ▶ Epileptische Anfälle ▶ Schilddrüsenkrankheiten ▶ Diabetes ▶ Anämie ▶ Skoliose ▶ Migräne 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebenszeitprävalenz* ▶ 12-Monats-Prävalenz* ▶ 4-Wochen-Prävalenz* ▶ Alter bei Erkrankung
»Kinderkrankheiten«:	<i>Indikatoren:</i>	Akute Erkrankungen:	<i>Indikatoren:</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Keuchhusten ▶ Masern ▶ Mumps ▶ Röteln ▶ Windpocken ▶ Scharlach 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebenszeitprävalenz* 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lungenentzündung ▶ Otitis media 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebenszeitprävalenz* ▶ 12-Monats-Prävalenz* ▶ 4-Wochen-Prävalenz* ▶ Alter bei Erkrankung
Chronische Krankheiten:	<i>Indikatoren:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kontaktekzem ▶ Psoriasis (Schuppenflechte) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lebenszeitprävalenz* 		

* Lebenszeitprävalenz/ 12-Monats-Prävalenz/ 4-Wochen-Prävalenz: Ist die Krankheit jemals / in den letzten 12 Monaten / in den letzten 4 Wochen aufgetreten – ja/nein

Die Lebenszeitprävalenzen der chronischen Krankheiten steigen mit wachsendem Alter unterschiedlich stark an. Bronchitis, Neurodermitis, Herzkrankheiten, Blutarmut sowie Krampfanfälle (epileptische Anfälle) werden zum überwiegenden Teil bereits in der frühen Kindheit diagnostiziert. Bei Asthma, Heuschnupfen, Migräne, Schilddrüsenerkrankungen und Skoliose ist dagegen erst mit zunehmendem Alter ein Anstieg der Prävalenz zu beobachten.

Jungen sind häufiger von Heuschnupfen, Asthma und obstruktiver Bronchitis betroffen als Mädchen, während Schilddrüsenerkrankungen, allergisches Kontaktekzem und Skoliose bei Mädchen öfter vorkommen. Von Neurodermitis, Skoliose und Migräne sind Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund vergleichsweise seltener betroffen [22]. Zusammenhänge zwischen dem Sozialstatus der Familie und dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung zeigen sich lediglich bei den allergischen Erkrankungen Neurodermitis und Heuschnupfen sowie bei der Skoliose – davon sind die Kinder bzw. Jugendlichen mit höherem sozialen Status häufiger betroffen. Signifikante Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland können für die Lebenszeitprävalenzen der erfassten chronischen Krankheiten mit Ausnahme der obstruktiven Bronchitis (West 14,0 %, Ost 10,2 %) und des allergischen Kontaktekzems (West 10,2 %, Ost 8,4 %) nicht festgestellt werden.

3.1.3.2 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht) bei Kindern und Jugendlichen sind weltweit ein wachsendes gesundheitliches Problem, und dies nicht nur in Industrieländern [23], Deutschland bildet dabei keine Ausnahme. Übergewicht, insbesondere Adipositas, kann bereits im Kindes- und Jugendalter unter anderem zu Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder einem erhöhten Blutzuckerspiegel führen und damit das Risiko für die Entstehung von Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten erhöhen [24, 25, 26]. Auch das Risiko für Asthma ist bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen größer. Krankheiten, die früher erst bei Erwachsenen auftraten, sind heute bereits bei Kindern festzustellen, beispielsweise Typ-2-Diabetes, Leberverfettung, Gelenkschäden, nächtliche

Atmungsstörungen und Arterienverkalkung. Insgesamt gesehen ist von einer verringerten Lebenserwartung auszugehen [27, 28].

Darüber hinaus wird Übergewicht, insbesondere Adipositas, oft als psychosoziale Belastung empfunden und geht häufig mit sozialer Diskriminierung, verringerter Lebensqualität und verminderter Selbstachtung einher [29, 30]. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die subjektive Einschätzung der Jugendlichen, »viel zu dick« zu sein (selbst wenn sie normalgewichtig sind), die Lebensqualität stärker beeinträchtigt als eine tatsächlich über den Body-Mass-Index festgestellte Adipositas [31]. Dies macht die Komplexität des Problems deutlich. Es bedeutet unter anderem, dass gesundheitspolitische Maßnahmen gegen Übergewicht nicht ein falsches Schlankheitsideal propagieren (siehe dazu auch Kapitel 3.1.3.4.4) und auch nicht zu einer Verringerung der sozialen Akzeptanz von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen führen sollten.

Die familiäre Häufung von Übergewicht ist zum Teil auf eine genetisch bedingte Veranlagung zurückzuführen, zum Teil darauf, dass innerhalb von Familien gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von den Eltern an die Kinder weitergegeben werden und dass die Familienmitglieder ähnlichen Einflüssen ihres Wohn- und Gesellschaftsumfeldes ausgesetzt sind. Neben elterlichem Übergewicht und sozialem Status gibt es weitere Faktoren, die das Auftreten von Übergewicht und Adipositas begünstigen [29, 32-38]. Dazu zählen Faktoren aus dem frühkindlichen Leben, wie ein hohes Geburtsgewicht, eine hohe Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft und das Rauchen der Mutter während dieser Zeit (siehe auch Kapitel 3.1.1). Zu den verhaltensbedingten Ursachen von Übergewicht zählen mangelnde Bewegung, ein hoher Medienkonsum, zu kurze Schlafdauer und ungünstige Ernährungsgewohnheiten (übergroße Portionen, vor allem von kalorienreichen Lebensmitteln, hoher Konsum von gesüßten Getränken, eine schwach ausgeprägte Esskultur, wie etwa das Essen vor dem Fernseher oder außerhalb von geregelten Mahlzeiten, Flaschenmahlzeiten statt Stillen). Kinder aus Familien, in denen die Eltern rauchen, und aus Familien mit geringem familiären Zusammenhalt sind ebenfalls häufiger von Übergewicht betroffen.

In KiGGS wurden unter anderem die Körpergröße und das Körpergewicht in standardisierter Weise gemessen [39] und daraus der Body-Mass-

Index (BMI) berechnet (Körpergewicht in kg dividiert durch Körpergröße in m zum Quadrat). Zur Festlegung von Grenzwerten zur Definition von Übergewicht und Adipositas wurden Referenzwerte verwendet, die auf mehreren unterschiedlichen, zwischen 1985 und 1998 erhobenen Stichproben in verschiedenen Regionen Deutschlands beruhen [40]. Diese Grenzwerte sind eine statistische Festlegung und beschreiben alters- und geschlechtsspezifisch jeweils den BMI, den nur 10 % (Übergewicht) bzw. nur 3 % (Adipositas – starkes Übergewicht) der damaligen Referenzpopulation überschritten haben. Entsprechend wurden Kinder und Jugendliche in KiGGS als übergewichtig bzw. adipös eingestuft.

Ausgehend von der oben genannten Definition und den verwendeten Grenzwerten zeigen die KiGGS-Daten, dass in Deutschland 15 % (Mädchen 15,0 %, Jungen 15,1 %) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig sind [41]. Davon sind 8,7 % übergewichtig, aber nicht adipös; bei 6,3 % der 3- bis 17-jährigen ist das Übergewicht jedoch so stark ausgeprägt, dass man von Adipositas spricht (Mädchen 6,4 %, Jungen 6,3 %). Im Vergleich zu den oben genannten Referenzdaten von 1985 bis 1998 ist der Anteil der Übergewichtigen auf das Eineinhalbfache gestiegen, der Anteil der Adipösen hat sich sogar verdoppelt.

Dieser Anstieg der Übergewichtsraten ist für die Altersgruppen unterschiedlich: Im Kindergartenalter ist keine Erhöhung der Übergewichtsraten feststellbar. Für die Altersgruppen ab dem Grundschulalter gab es einen starken Anstieg. In absoluten Zahlen ausgedrückt muss man für Deutschland von ca. 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, davon ca. 800.000 adipösen, ausgehen.

Klare Unterschiede in den Übergewichtsraten zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen den alten und neuen Bundesländern sind nicht zu erkennen. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Kindern, deren Eltern übergewichtig sind, bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten und – unabhängig vom Sozialstatus – bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund [41, 42]. Besonders häufig kommt die Adipositas bei 11- bis 17-jährigen Mädchen aus Familien mit niedrigem sozialen Status (14,7 %) vor.

Da der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder besonders stark im Grundschulalter ansteigt, sind wichtige Zielgruppen für die Präventi-

on Grundschulkindern sowie Kinder im Vorschulalter. Präventionsbemühungen sollten nicht nur die Kinder, sondern auch deren Eltern mit einbeziehen. Übergewicht ist jedoch nicht nur ein individuelles Problem angesichts einer Gesellschaft, in der ein sitzender, bewegungsarmer Lebensstil zur Normalität wird und ungesunde, zucker- und fettreiche Nahrungsmittel gerade auch für Kinder propagiert und beworben werden.

3.1.3.3 Unfälle und Verletzungen

Unfälle sind die häufigste Todesursache bei Kindern (über 1 Jahr) und Jugendlichen in Deutschland und Europa [43, 44]. Sie sind außerdem die Hauptursache für die Krankheitslast gemessen an DALYs (years of life lost to disability or premature death) [43, 44]. Nach einer Studie von UNICEF liegt der Anteil der tödlichen Verletzungen an allen Todesfällen im Kindesalter in Europa bei ca. 40 % [45]. Unfälle können weitreichende individuelle und soziale, aber auch ökonomische Folgen haben und sind ein bedeutendes bevölkerungsmedizinisches Problem [46, 47].

Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V. schätzt die Anzahl der verletzten Kinder unter 15 Jahren, die ärztlich behandelt werden mussten, für das Jahr 2004 in Deutschland auf 1,6 Millionen [48]. Eine Studie zur Epidemiologie von Unfällen bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland, die die bundesweit verfügbaren Datenquellen für den Zeitraum von 1990 bis 2004 epidemiologisch aufbereitete, kam zu folgenden Ergebnissen: Die Sterblichkeit von Kindern unter 15 Jahren sowohl an Haus- und Freizeitunfällen als auch an Verkehrsunfällen ging im betrachteten Zeitraum stark zurück. Säuglinge und Kleinkinder hatten das höchste Risiko, an einem Unfall zu sterben bzw. sich schwer zu verletzen, Jungen waren in allen Altersgruppen (über 1 Jahr) häufiger betroffen als Mädchen [49].

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, wie den Niederlanden, Dänemark, Wales/UK, Italien, gibt es für Deutschland keine systematische bevölkerungsbezogene Erfassung (Monitoring) von Verletzten und daher keine repräsentativen Daten zu Kinderunfällen [49, 50].

Eine wesentliche Verbesserung der Datenlage zu Unfällen im Kindes- und Jugendalter in

Deutschland ergibt sich durch den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts [51]. Im KiGGS wurde die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [52] von Verletzungen zugrunde gelegt. Sie unterscheidet zwischen den unbeabsichtigten (unintentionalen) und beabsichtigten (intentionalen) Verletzungen. Die unbeabsichtigten Verletzungen sind die »Unfälle« im engeren Sinne. Beabsichtigte Verletzungen sind dagegen solche, die durch Gewalt, z. B. Schläge oder Suizidversuch, hervorgerufen werden.

Ausgangspunkt für die Erfassung der Verletzungen in KiGGS war die Frage »Hat sich Ihr Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt oder vergiftet und musste deshalb ärztlich behandelt werden?« im Elternfragebogen [53]. Wurde diese Frage bejaht, sollten die Eltern vier weitere Fragenbereiche zum Unfallort, zum Unfallmechanismus, zu den Verletzungsfolgen und zur ambulanten bzw. stationären Behandlung beantworten. Bei mehreren Unfällen des Kindes wurden diese Angaben nur für den zeitlich letzten Unfall aufgenommen. Eine Unterscheidung der Verletzungen insgesamt durch Unfälle und Gewalt war möglich, da die Eltern und die Kinder ab 11 Jahren auch selbst nach Verletzungen durch tätliche Auseinandersetzungen befragt wurden.

Außerdem wurde in KiGGS nach persönlichen Schutzmaßnahmen der Kinder gefragt, d. h. Helmtragen beim Fahrradfahren und Inlineskaten bzw. der Einsatz von Knie- und Armschonern [53]. Die Datenlage dazu war in Deutschland bis dahin ebenfalls unzureichend, lediglich einzelne Untersuchungsergebnisse der Bundesanstalt für Straßenwesen lagen vor. In KiGGS wurden die Fragen nach Schutzmaßnahmen den Eltern der Kinder ab 3 Jahren und den Kindern/Jugendlichen ab 11 Jahren selbst gestellt. Die Analyse der KiGGS-Daten zum Kinderunfallgeschehen in Deutschland wurde gemäß der international üblichen Einteilung für die Altersgruppen 1 bis 4 Jahre (Kleinkinder), 5 bis 14 Jahre (Schülerinnen, Schüler) und 15 bis 17 Jahre (Jugendliche) vorgenommen [52]. Da sich die Unfallschwerpunkte mit zunehmendem Alter deutlich ändern, bietet diese Einteilung die Möglichkeit, jeweils relativ homogene Gruppen zu betrachten. In den folgenden Kapiteln 4 bis 6 wird dementsprechend – abweichend von der in der vorliegenden Publikation gewählten Altersgrup-

pirung – das Unfallgeschehen in der oben genannten Altersgruppierung beschrieben. Kinder unter einem Jahr (Säuglinge) - eine Gruppe mit speziellen Unfallrisiken - wurden von der Analyse ausgeschlossen, weil ein Teil der unter Einjährigen methodisch bedingt im Survey nicht erfasst werden konnte.

Insgesamt hatten von 16.327 Kindern und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre) 15,9 % in den letzten 12 Monaten mindestens eine Verletzung erlitten, darunter 15,2 % durch Unfälle und 0,8 % durch Gewalt [52]. Verletzungen betreffen Jungen im Alter von 1 bis 17 Jahren signifikant häufiger als Mädchen (17,9 % vs. 14,0 %). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied zeigt sich bei den 1- bis 17-jährigen ebenso bei den Verletzungen durch Unfälle (17,0 % vs. 13,4 %) wie bei den Verletzungen durch Gewalt (0,9 % vs. 0,6 %). Die Datenanalyse zu Unfällen nach Sozialstatus konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen höherer Unfallhäufigkeit der Kinder und niedrigerem Sozialstatus nur bei den Straßenverkehrsunfällen (für Mädchen und Jungen) ermitteln. Soziale Unterschiede sind auch beim Durchsetzen der Schutzmaßnahmen beim Fahrradfahren und beim Inlineskaten zu erkennen, wobei Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus, aus den neuen Bundesländern und auch die Kinder mit Migrationshintergrund weniger vor Verletzungen geschützt sind als ihre sozial besser gestellten Altersgefährtinnen und -gefährten.

3.1.3.4 Psychische Gesundheit

Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter beeinträchtigen das individuelle Wohlbefinden und können darüber hinaus auch mit zum Teil erheblichen Belastungen für das soziale Umfeld verbunden sein. Bei der Verursachung und Entwicklung der meisten psychischen Störungen wird derzeit ein multifaktorielles Entstehungsmodell angenommen, bei dem genetische und physiologische Faktoren zusammen mit personalen und individuell-lerngeschichtlichen Aspekten sowie mit psychosozialen und anderen Umgebungsfaktoren zur Entstehung und dem Verlauf psychischer Störungen und Erkrankungen beitragen.

In KiGGS wurden mit vielfältigen Methoden und Erhebungsinstrumenten Informationen zu verschiedenen Aspekten der psychischen Ge-

sundheit, wie psychische und Verhaltensauffälligkeiten, Risiken und Ressourcen, Essstörungen, ADHS und Gewalterfahrungen erhoben. Bei den Ergebnissen ist zu beachten, dass im Rahmen der Surveyerhebung von KiGGS nur Symptome von psychischen Störungen oder Auffälligkeiten bzw. Hinweise darauf erfasst wurden. Individuelle Diagnosen können nicht gestellt werden.

3.1.3.4.1 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

Psychische Auffälligkeiten können unterteilt werden in internalisierende (d. h. Probleme mit sich selbst) und externalisierende (d. h. Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen) [54]. Während zu letzteren unter anderem Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität sowie aggressives und dissoziales Verhalten gehören, stellen z. B. Ängste und Depressivität internalisierende Probleme dar [55].

In KiGGS wurden Merkmale von Verhaltensauffälligkeiten mit dem Stärken- und Schwächenfragebogen SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) [56] erfasst. Mit diesem Fragebogen wurden für die 3- bis 17-Jährigen deren Eltern (über ihre Kinder) und auch die 11- bis 17-Jährigen selbst befragt [57]. Der mehrfach psychometrisch getestete und validierte SDQ erfragt psychische Schwächen in vier Problembereichen (Emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen) und in einem Bereich psychische Stärken (Prosoziales Verhalten). Der Fragebogen erlaubt eine Auswertung für jeden der fünf Bereiche einzeln und auch eine Gesamtauswertung über die vier Problembereiche. Für die Auswertung dieses so genannten Gesamtproblemwertes und der Einzelskalen der fünf Bereiche wurden die Cut-off-Werte (Grenzwerte) der englischen Normstichprobe zu Grunde gelegt [58], die für alle Befragten hinsichtlich der entsprechenden Problembereiche eine Zuordnung »unauffällig«, »grenzwertig« oder »auffällig« ermöglichen.

Die vorliegenden Auswertungen beruhen auf Elternangaben. Beschrieben werden Merkmale und Symptome psychischer Auffälligkeiten. Die als »auffällig« oder »grenzwertig« klassifizierten Kinder und Jugendlichen stellen Einteilungen im Sinne von Risikogruppen dar.

Nach Einschätzung der Eltern werden insgesamt 85,3 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen (3- bis 17-Jährige) als unauffällig, 7,2 % als auffällig bezüglich des Gesamtproblemwertes eingestuft (Mädchen 5,3 %, Jungen 9,0 %), weitere 7,5 % als grenzwertig (Mädchen 6,2 %, Jungen 8,8 %). Jungen werden häufiger als Mädchen von den Eltern als grenzwertig oder auffällig beurteilt. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status werden häufiger als grenzwertig bzw. auffällig eingeschätzt.

Gemäß den Elternangaben liegen bei 9,1 % der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen Hinweise auf emotionale Probleme vor, weitere 7,2 % sind diesbezüglich »grenzwertig« (Mädchen 9,7 % bzw. 7,5 %, Jungen 8,6 % bzw. 6,9 %). Symptome für Verhaltensprobleme wurden im Elternurteil für 14,8 % (Mädchen 11,9 %, Jungen 17,6 %) als auffällig eingeschätzt, als grenzwertig für 16,0 % (Mädchen 14,5 %, Jungen 17,5 %). Hinweise auf Hyperaktivitätsprobleme liegen bei 7,9 % der Kinder und Jugendlichen vor, weitere 5,9 % sind diesbezüglich als »grenzwertig« einzustufen (Mädchen 4,8 % bzw. 4,5 %, Jungen 10,8 % bzw. 7,3 %). Auffällige Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen sahen die Eltern von 11,5 % der Kinder und Jugendlichen (Mädchen 9,9 %, Jungen 13,1 %), als »grenzwertig« sind diesbezüglich 10,5 % einzustufen (Mädchen 9,6 %, Jungen 11,3 %). Die übergroße Mehrheit der Kinder und Jugendlichen wird bezüglich ihres prosozialen Verhaltens als unauffällig eingeschätzt. Bei 3,6 % (Mädchen 2,5 %, Jungen 4,7 %) sehen die Eltern auffällige Defizite und weitere 7,0 % können diesbezüglich als »grenzwertig« angesehen werden (Mädchen 5,0 %, Jungen 9,0 %).

3.1.3.4.2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Die als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS bezeichnete Verhaltensauffälligkeit wird durch die drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und Impulsivität definiert. Sie ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter und bringt sowohl für die Betroffenen als auch meist für deren familiäres und soziales Umfeld erhebliche Probleme mit sich. Häufige Folgen sind z. B. Entwicklungsstörungen, Erziehungsprobleme, erhöhtes Risiko für

Unfälle und Verletzungen, Beziehungsstörungen, psychische und soziale Beeinträchtigungen. Bundesweit repräsentative Daten zur Häufigkeit von ADHS für das gesamte Altersspektrum von 3 bis 17 Jahren gab es bislang nicht.

Aus KiGGS stehen Informationen zu ADHS aus mehreren Quellen zur Verfügung. Zum einen wurden die Eltern der 3- bis 17-Jährigen gefragt, ob bei ihrem Kind jemals eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ärztlich oder psychologisch festgestellt wurde. Um Kinder und Jugendliche mit ADHS-Symptomen zu identifizieren, die noch keine ärztliche oder psychologische Diagnose erhalten hatten, wurde zum anderen der Anteil der »Auffälligen« in der Subskala »Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität« des schon in Kapitel 3.1.3.4.1 genannten Stärken- und Schwächenfragebogen SDQ (abzüglich bereits diagnostizierter Fälle) herangezogen.

Für die 3- bis 11-Jährigen wurde zusätzlich eine Verhaltensbeobachtung während der medizinisch-physikalischen Tests durch die hierfür speziell trainierten Untersucherinnen durchgeführt. Eine detaillierte methodische Beschreibung der KiGGS-Falldefinition findet sich in [59].

Insgesamt haben 4,8% der 3- bis 17-Jährigen eine ärztlich oder psychologisch diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, Jungen (7,9%) wesentlich häufiger als Mädchen (1,8%). Der große Geschlechtsunterschied besteht in allen Altersgruppen. Am häufigsten wurde ADHS mit 11,3% bei den 11- bis 13-jährigen Jungen festgestellt. Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wurde ADHS häufiger diagnostiziert (6,4%) als bei Kindern aus Familien mit mittlerem (5,0%) und höherem sozioökonomischen Status (3,2%). Kinder mit Migrationshintergrund erhielten seltener eine solche Diagnose (3,1%) als Kinder ohne Migrationshintergrund (5,1%). Ost/West- und Stadt/Land-Unterschiede wurden nicht gefunden.

Insgesamt wurden 4,9% der 3- bis 17-Jährigen als zusätzliche ADHS-Verdachtsfälle (laut o.g. Definition) identifiziert. Bei den Jungen sind dies insgesamt 6,4%, bei den Mädchen 3,6%. Auch die ADHS-Verdachtsfälle sind in allen Altersgruppen bei den Jungen häufiger als bei den Mädchen. Ebenfalls gilt, dass je höher der sozioökonomische Status ist, umso seltener die ADHS-Verdachtsfälle auftreten. Im Unterschied zu diagnostizierter ADHS weisen Kinder mit Migrationshintergrund bei den Verdachtsfällen

eine etwas höhere Prävalenz auf (5,9%) als Kinder ohne Migrationshintergrund (4,8%).

Sowohl hinsichtlich diagnostizierter ADHS-Fälle als auch der ADHS-Verdachtsfälle sind die Kinder im Grundschulalter (7 bis 10 Jahre) und die jungen Teenager (11 bis 13 Jahre) am häufigsten betroffen.

3.1.3.4.3 Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend sind mit potenziell schwerwiegenden Schädigungen für die physische und psychische Gesundheit verbunden. Mögliche Folgen von Gewaltopfererfahrungen sind neben Verletzungen Verhaltens- und Beziehungsstörungen, psychosomatische Erkrankungen und Depressionen. Selbstaufgeführte Gewalttätigkeit Jugendlicher wiederum kann als Indikator für deviante (abweichende) und dissoziale Verhaltensauffälligkeiten gewertet werden.

Bundesweit repräsentative und zudem noch mit anderen Gesundheitsindikatoren verknüpfbare Daten zu Gewalterfahrungen gab es bislang nicht. Geschätzt wurde, dass 25 bis 30% der Jugendlichen Gewalt ausüben [60].

In KiGGS wurden die 11- bis 17-Jährigen schriftlich zum einen gefragt: »Wie oft wurdest Du in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt?« und zum anderen: »Wie oft warst Du in den letzten 12 Monaten gewalttätig gegenüber anderen?« Die Antwortkategorien waren jeweils »nie«, »einmal« und »mehrmals«. Entscheidend war dabei, was die Kinder und Jugendlichen subjektiv als Gewalt einwirkung bzw. Gewaltausübung verstanden. Für die Auswertungen wurden die Befragten anhand der Antworten folgenden Gruppen zugeordnet: »Weder Täter noch Opfer«, »ausschließlich Opfer«, »ausschließlich Täter«, »sowohl Täter als auch Opfer«. Darüber hinaus wurde auch nach Einstellungen zu Gewalt gefragt [61].

Insgesamt drei Viertel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren geben an, in den letzten 12 Monaten weder als Opfer noch als Täter mit Gewalt zu tun gehabt zu haben (Mädchen 82,5%, Jungen 67,6%), ausschließlich als Opfer sehen sich 4,6% (Mädchen 3,9%, Jungen 5,2%), ausschließlich als Täter 14,9% (Mädchen 9,9%, Jungen 19,6%). Sowohl Opfer als auch Täter gewesen zu sein, geben 5,7% an (Mädchen 3,6%, Jungen 7,6%).

3.1.3.4.4 *Esstörungen*

Unter dem Begriff Essstörungen werden mehrere unterschiedliche Störungen zusammengefasst. Die bekanntesten sind die Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-/Brechsucht (Bulimia nervosa), aber auch die so genannte Binge Eating Disorder (Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung) und die Adipositas, wenn diese im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen steht [62]. Oft gehen die Krankheitsbilder fließend ineinander über. Ihnen ist jedoch gemeinsam, dass aus dem existenziell notwendigen Essen ein Problem mit erheblichen somatischen, psychischen und oft auch sozialen Folgen entstanden ist. Essstörungen insgesamt sind im Kindes- und Jugendalter ein oft auftretendes chronisches Gesundheitsproblem. Für ihre Häufigkeit gab es bislang keine bundesweit repräsentativen Daten. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen liegt die Prävalenz der Anorexie zwischen 0,5% und 1%, die der Bulimie bei 2% bis 4%. Die Prävalenz für die Binge Eating Disorder wird auf 10% bis 15% geschätzt.

Symptome von Essstörungen wurden in KiGGS bei den 11- bis 17-Jährigen in Form einer schriftlichen Selbstauskunft mittels des SCOFF-Fragebogens [63] erhoben. Dieser enthält 5 Fragen:

1. Übergibst Du Dich, wenn Du Dich unangenehm voll fühlst?
2. Machst Du Dir Sorgen, weil Du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?
3. Hast Du in letzter Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen?
4. Findest Du Dich zu dick, während andere Dich zu dünn finden?
5. Würdest Du sagen, dass Essen Dein Leben sehr beeinflusst?

Werden mindestens 2 dieser Fragen mit »ja« beantwortet, kann auf den Verdacht einer Essstörung geschlossen werden. Auf dieser Grundlage wurden die Befragten als »SCOFF-auffällig« bzw. »unauffällig« eingestuft. Neben den SCOFF-Ergebnissen wurden noch weitere Erhebungsmerkmale herangezogen, die im Zusammenhang mit einer möglichen Essstörung stehen können – Body-Mass-Index, Rauchverhalten, Angaben zum

Körperselbstbild, Erfahrung von sexueller Belästigung und psychischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten aus dem in Kapitel 3.1.3.4.1 genannten Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) [62].

Die Auswertung des SCOFF-Fragebogens ergibt, dass bei 21,9% der befragten 11- bis 17-Jährigen in KiGGS der Verdacht einer Essstörung besteht (Mädchen 28,9%, Jungen 15,2%).

Bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status ist dieser Anteil mit 27,6% fast doppelt so hoch wie bei Kindern aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status (15,6%). Auch bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ergibt sich häufiger der Verdacht einer Essstörung. Signifikante Ost-/West-Unterschiede wurden nicht festgestellt.

Die Auswertungen ergaben weiterhin, dass in der Gruppe der SCOFF-auffälligen Kinder und Jugendlichen der Anteil derer mit psychischen Auffälligkeiten signifikant erhöht ist, ebenso der Anteil der Übergewichtigen, der der Raucher und der Anteil derer, die Erfahrungen mit sexueller Belästigung angeben [62].

3.1.3.4.5 *Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung*

Unter dem Einfluss des salutogenetischen Ansatzes spielen in gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen neben psychischen Störungen und Risiken für die psychische Gesundheit zunehmend Bedingungen und Faktoren eine Rolle, die die Gesundheit schützen und die Widerstandskraft stärken, so genannte Ressourcen oder Schutzfaktoren. Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit lassen sich grob einteilen in personale, familiäre und soziale Ressourcen [64]. Personale Ressourcen sind zum Beispiel der so genannte Kohärenzsinn, Optimismus und Selbstwirksamkeitserwartung. Bei den familiären Ressourcen spielen unter anderem der familiäre Zusammenhalt und das Erziehungsverhalten der Eltern eine Rolle. Die sozialen Ressourcen umfassen zum Beispiel die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare Unterstützung.

Personale Schutzfaktoren wurden in KiGGS über eine aus 5 Items bestehende Skala erfragt [65]. Die Items stammen aus der Selbstwirksam-

keitsskala von Schwarzer & Jerusalem [66] (z. B. »für jedes Problem kann ich eine Lösung finden«), der Optimismusskala des Berner Fragebogens zum Wohlbefinden [67] (»meine Zukunft sieht gut aus«) und der Sense of Coherence Scale [68] (z. B. »die Dinge, die ich jeden Tag mache, bereiten mir Freude und sind lustig«). Die Befragten konnten auf 4-stufigen Antwortvorgaben von »stimmt nicht« bis »stimmt genau« auf die Fragen antworten. Soziale Ressourcen wurden über die deutsche Übersetzung der Social Support Scale [69] erfasst. Die acht Items dieser Skala erfassen im Selbstbericht, wie oft Unterstützung in Form von Zuhören, von Zuneigung, das Vermitteln von Informationen zur Problemlösung sowie die Möglichkeit, gemeinsam Dinge zu unternehmen, erfahren werden. Die 5-stufigen Antwortkategorien reichten von »nie« bis »immer« und wurden mit Werten von 1 bis 5 kodiert und aufsummiert. Für die Erfassung des Bereichs Familiäre Schutzfaktoren wurde eine modifizierte Version der Familienklima-Skala von Schneewind [70] eingesetzt. Für den Indikator »familiärer Zusammenhalt« wurden neun Items dieser Skala herangezogen (z. B. »in unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein«, »wir kommen wirklich alle gut miteinander aus«, »wir gehen oft ins Kino - besuchen Sportveranstaltungen oder machen Ausflüge«), für die es jeweils 4-stufige Antwortmöglichkeiten von »stimmt nicht« bis »stimmt genau« gab.

Auf der Basis einer inhaltlichen Beurteilung der Items und unter Berücksichtigung der aus der KiGGS-Stichprobe ermittelten Antwortverteilungen wurden für die jeweiligen Skalen Cut-off-Werte bestimmt, anhand derer die Ergebnisse in die Kategorien »unauffällig bzw. normal«, »unterdurchschnittlich bzw. grenzwertig« und »deutliche Defizite« eingeteilt wurden [64].

Von den in KiGGS befragten 11- bis 17-Jährigen verfügen nach deren Angaben 79,8 % (Mädchen 77,8 %, Jungen 81,7 %) über ausreichende personale Ressourcen (d. h. sie wurden diesbezüglich als »unauffällig bzw. normal« eingestuft), 8,9 % wurden als »unterdurchschnittlich bzw. grenzwertig« eingestuft und 11,2 % (Mädchen 13,0 %, Jungen 9,5 %) haben deutliche Defizite. Mädchen wurden in ihren personalen Ressourcen häufiger als Jungen als »grenzwertig« oder »defizitär« zugeordnet. Kinder mit Migrationshintergrund verfügen über weniger personale Ressourcen.

Ausreichende soziale Ressourcen gaben 78,2 % der 11- bis 17-Jährigen an (Mädchen 85,1 %, Jungen 71,7 %), als »grenzwertig« sind diese Ressourcen bei 12,0 % und als »defizitär« bei 9,7 % (Mädchen 7,1 %, Jungen 12,3 %) einzustufen. Daraus ist ersichtlich, dass Jungen weniger soziale Unterstützung angeben als Mädchen. Auch Migrantinnen und Migranten berichten weniger soziale Ressourcen als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

Der familiäre Zusammenhalt als Indikator für familiäre Ressourcen wurde von 79,5 % der befragten 11- bis 17-Jährigen (Mädchen 77,8 %, Jungen 81,1 %) als »normal« eingeschätzt. Als »grenzwertig« ist der familiäre Zusammenhalt bei 8,8 % einzustufen, und bei 11,6 % (Mädchen 13,0 %, Jungen 10,3 %) ist von deutlichen diesbezüglichen Defiziten auszugehen. Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund konnten hierbei jedoch kaum gefunden werden.

Am häufigsten weisen Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status Defizite in den personalen und sozialen Ressourcen und beim familiären Zusammenhalt auf.

3.1.4 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist eine bei Bevölkerungsstudien etablierte Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit und damit der Erfassung der persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. Im Gegensatz zu den klassischen medizinischen Kriterien zur Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person beinhaltet das Konzept der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit oder gesundheitsbezogenen Lebensqualität die für viele Aspekte maßgebliche Sichtweise der Betroffenen hinsichtlich ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit und ihres psychischen Wohlbefindens.

Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen gewinnt auf Gemeinde- und nationaler Ebene zunehmend Relevanz für die Prävention von Krankheiten und die Förderung ihrer Gesundheit und kann dabei helfen, Subgruppen oder Individuen zu

identifizieren, die ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme haben [71]. Außerdem trägt sie dazu bei, die Belastungen einer Erkrankung oder Behinderung zu bestimmen und kann dabei helfen, mögliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Funktionierens frühzeitig aufzudecken.

Die Identifikation wichtiger Determinanten des gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern und der späteren Erwachsenen-Gesundheit, wie z. B. sozioökonomische Faktoren, Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen, akute und chronische Erkrankungen, kann dabei die Basis frühzeitiger Interventionen bilden.

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen wurde in KiGGS von deren Eltern (Fremdeinschätzung) und bei den 11- bis 17-Jährigen auch von den Kindern und Jugendlichen selbst (Selbsteinschätzung) erhoben. Es wurde (entsprechend der von der WHO empfohlenen Formulierung) gefragt: »Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?« bzw. »Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?«. Die Antwortskala war fünfstufig – »sehr gut«, »gut«, »mittelmäßig«, »schlecht«, »sehr schlecht«.

Bisherige epidemiologische Untersuchungen zum Gesundheitszustand und -verhalten von Kindern und Jugendlichen im deutschen Sprachraum haben subjektive Gesundheitsparameter wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität kaum berücksichtigt, repräsentative Normdaten zu diesem Themenbereich lagen bislang nicht vor. Die Befragung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ab 3 Jahren) wurde daher durch den Einsatz des KINDL-R-Fragebogens [72] in den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey integriert. Dieser erfasst sechs Dimensionen von Gesundheit (körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Wohlbefinden in der Familie, Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige und schulisches Wohlbefinden – siehe [73]), aus deren jeweiligen Einzelwerten sich auch eine Bewertung der generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ableiten lässt.

Der allgemeine Gesundheitszustand wird in KiGGS für 40,2% der Mädchen und 38,2% der Jungen (0 bis 17 Jahre) von den Eltern als »sehr

gut« eingeschätzt, für 53,6% der Mädchen und 54,6% der Jungen als »gut«. Nur bei 6,8% der Kinder und Jugendlichen bewerten die Eltern den Gesundheitszustand als »mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht« ein [74]. Ab dem Alter von 14 Jahren ist der von den Eltern eingeschätzte Gesundheitszustand der Jungen durchschnittlich besser als der der Mädchen, bei den Jüngeren ist es umgekehrt. Dazu passt, dass die 11- bis 17-jährigen Mädchen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität durchschnittlich schlechter bewerten als die gleichaltrigen Jungen.

Ost/West-Unterschiede bezüglich der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes oder der generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität können weder in der Eltern- noch in der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen festgestellt werden. Je besser die soziale Lage der Familie ist, desto besser wird auch der Gesundheitszustand beziehungsweise die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen bewertet. Nicht-Migrant/innen oder deren Eltern geben häufiger einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an und schätzen auch die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität besser ein als Migrant/innen oder deren Eltern (siehe auch [75]). Detaillierte Angaben zur Einschätzung des Gesundheitszustandes und zu den verschiedenen Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität finden sich in den Kapiteln 4 bis 6.

3.2 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen

Neben der Erfassung der gesundheitlichen Lage und des Inanspruchnahmeverhaltens diene KiGGS auch dazu, aktuelle repräsentative Aussagen über das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu ermöglichen. Dem Lebensstil kommt im Zusammenspiel von biologischen, genetischen und sozialen Determinanten eine erhebliche Bedeutung für die Gesundheit zu. Im folgenden Kapitel wird der Einfluss verschiedener Aspekte des Gesundheitsverhaltens im Kindes- und Jugendalter beleuchtet. Dabei wird auch auf die Fragestellungen und Untersuchungsmethoden eingegangen, mit deren Hilfe die Daten zu einzelnen Themenfeldern in

KiGGS erhoben wurden. Eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse schließt sich jeweils an.

Zu Beginn finden sich Ausführungen zum Ernährungsverhalten. Es folgen Abschnitte zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, wie dem Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Insbesondere das Zusammentreffen von ungünstigen Ernährungsmustern und Bewegungsmangel wird als problematisch für ein gesundes Aufwachsen angesehen. Der vierte Abschnitt beleuchtet deshalb die körperlich-sportliche Aktivität der Kinder und Jugendlichen. Neben dieser Form der aktiven Freizeitgestaltung wird in Kapitel 3.2.5 der Medienkonsum der Heranwachsenden dargestellt. Auswertungen zum Mundgesundheitsverhalten der 0- bis 17-jährigen vervollständigen die in Kapitel 3.2 dargestellten Informationen zum inhaltlichen Schwerpunkt »Gesundheitsverhalten, Gesundheitsgefährdungen«.

3.2.1 Ernährung

Ernährung liefert dem Körper Energie und Nährstoffe und ist lebenswichtig für Wachstum, gesundheitliche Entwicklung sowie Aufrechterhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das individuelle Ernährungsverhalten ist somit als Teil eines gesundheitsbeeinflussenden Lebensstils zu sehen. Bereits im Kindes- und Jugendalter wird durch ein ungünstiges Ernährungsverhalten der Grundstein für Volkskrankheiten wie Karies, Osteoporose, Adipositas oder Diabetes mellitus Typ II gelegt [76]. Ebenso spielt die Ernährung eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Vermeidung von Krebs, koronaren Herzerkrankungen, Leberzirrhose, Rheuma, Divertikulose (Ausstülpungen der Darmwand) und Divertikulitis (Entzündung in Ausstülpungen der Darmwand). Da sich die Präferenzen für Lebensmittel und Ernährungsgewohnheiten im Kindes- und Jugendalter ausbilden und meist auch im Erwachsenenleben bestehen bleiben, kommt dieser Lebensphase in Bezug auf das Gesundheitsverhalten eine besondere Rolle zu [77, 78].

Im Vergleich zu Erwachsenen unterscheidet sich der Stoffwechsel von Heranwachsenden insbesondere durch das körperliche Wachstum, die entwicklungsbedingten Veränderungen der

Organfunktionen und die Körperzusammensetzung [79]. Eine ausreichende und angemessene Versorgung mit Energie und Nährstoffen ist für eine optimale physische und geistige Entwicklung in dieser Lebensphase besonders wichtig. Bis etwa zum fünften Lebensjahr weist der Organismus einen relativ hohen Mikro- und Makronährstoffbedarf bei noch kleiner Magenkapazität auf, was eine Ernährungsweise mit hoher Nährstoffdichte zur optimalen Versorgung des Organismus erfordert.

Da Kinder zu diesem Zeitpunkt auf die Versorgung mit Nahrungsmitteln durch ihre Eltern angewiesen sind, kommt diesen eine besonders verantwortungsvolle Rolle zu. Darüber hinaus sind Vorschulkinder aufgrund des noch nicht vollständig ausgebildeten Immunsystems anfälliger für Infektionskrankheiten. Erkrankt ein Kind, kann Appetitverlust bei gleichzeitig erhöhtem Nährstoffbedarf zu einer Nährstoffunterversorgung führen. Nährstoffdefizite in dieser Reifephase begünstigen Entwicklungsstörungen in Form von Wachstumsretardierung (Hemmung) und verminderten kognitiven Fähigkeiten, deren Folgen bis ins Erwachsenenalter reichen können [80]. Während der Wachstumsschübe, etwa zur Zeit der Einschulung und im Teenageralter, ist der Energie- und Nährstoffbedarf verhältnismäßig am höchsten [81].

Die Nahrungsaufnahme wird rein physiologisch betrachtet durch die innere Empfindung von Hunger oder Sättigung gesteuert, was unter anderem der Aufrechterhaltung der Körpermasse dient. Dieser Mechanismus ist zunächst als ein durch Grundbedürfnisse hervorgerufener Reflex zu sehen. Jedoch kann das Ernährungsverhalten darüber hinaus auf eine Reihe von Lernprozessen zurückgehen [80]. Bei einem Überangebot von Lebensmitteln, wie es in der westlichen Welt üblich ist, spielen somit bei der Nahrungsmittelauswahl auch die Geschmacksvorlieben und Ernährungsgewohnheiten, die sich bereits von der frühen Kindheit an ausbilden, eine bedeutende Rolle. Die gezielte Ausbildung dieser Geschmackspräferenzen leistet somit einen bedeutenden Beitrag zur weiteren gesundheitlichen Entwicklung [78].

Informationen zum Lebensmittelverzehr wurden in KiGGS mit Hilfe eines Verzehrshäufigkeitsfragebogens erfasst [82, 83]. In einer Unter-

stichprobe von 2.506 Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren wurde in der »Ernährungsstudie als KiGGS-Modul« (EsKiMo) die Lebensmittel- und Nährstoffaufnahme mit detaillierteren und quantitativeren Methoden ermittelt [84, 85, 86]. Als Bewertungsgrundlage für die in den Kapiteln 4.2.1, 5.2.1 und 6.2.1 folgenden Auswertungen dienen die Empfehlungen der optimierten Mischkost (OptimiX) des Forschungsinstituts für Kinderernährung [87]. Nach diesen, speziell auf Kinder und Jugendliche zugeschnittenen Empfehlungen werden Lebensmittel in bestimmte Gruppen eingeteilt, die entweder reichlich, mäßig oder sparsam verzehrt werden sollen. Es wird empfohlen, reichlich kalorienfreie oder -arme Getränke sowie pflanzliche Lebensmittel (Obst, Gemüse, Getreideprodukte, Reis, Nudeln und Kartoffeln) zu verzehren. Des Weiteren sollen folgende Lebensmittel mäßig verzehrt werden: Milch und Milchprodukte, Fleisch und Wurst, Eier und Fisch. Obwohl diese Lebensmittel wichtige Nährstoffe liefern, kann ein überhöhter Verzehr zu einer hohen Aufnahme von ungünstigen Bestandteilen (z. B. gesättigten Fettsäuren in Fleisch- und Wurstprodukten) oder Schadstoffen (z. B. durch Fischverzehr) führen. Sparsam sollten Öle, Margarine, Butter konsumiert werden sowie die so genannten »geduldeten« Lebensmittel wie Süßigkeiten, Knabbergebäck oder Limonaden. Zusätzlich gibt es konkrete Verzehrsempfehlungen für verschiedene Altersgruppen, die z. B. in Gramm pro Tag angegeben werden. Auf dieser Grundlage ist es möglich, den ermittelten Verzehr von bestimmten Lebensmitteln mit den Empfehlungen zu vergleichen. Anhand der KiGGS-Daten können allerdings nur grobe Schätzungen des Lebensmittelverzehr gemacht werden.

Der Vergleich mit den Empfehlungen ist daher vorsichtig zu bewerten. Insgesamt geht aus den Auswertungen hervor, dass Kinder und Jugendliche in allen Altersgruppen zu viele Süßigkeiten und Fleischprodukte konsumieren. Dagegen wird deutlich zu wenig Obst und Gemüse gegessen. Mit zunehmendem Alter kommt es zu einem tendenziell ungünstigeren Lebensmittelverzehr. So werden beispielsweise die Empfehlungen für Obst, Gemüse, Milch und Fisch zunehmend seltener erreicht und die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten zunehmend häufiger überschritten. Dagegen werden aber mit steigendem Alter

die Getränkeempfehlungen häufiger erreicht und die empfohlenen Mengen für Fleisch und Wurst seltener überschritten. Die Aufnahme von Folat und Vitamin D aus der Nahrung ist deutlich zu gering, und auch die Vitamin-D-Spiegel sind unzureichend.

3.2.1.1 Stillen

Die Nationale Stillkommission sowie WHO und UNICEF setzen sich für ein sechs Monate währendes ausschließliches Stillen von Säuglingen sowie für die Schaffung stillförderlicher Bedingungen ein [88, 89, 90]. Muttermilch gilt für Säuglinge als natürlichste und beste Ernährungsform. Stillen vermittelt zum einen dem Säugling Geborgenheit und Nähe und stärkt so die Bindung zwischen Mutter und Kind. Zum anderen birgt das Stillen zahlreiche gesundheitliche Vorteile. So führt das Stillen auf Seiten der Kinder zu einer Verringerung von Infektionskrankheiten und einer Senkung der Säuglingssterblichkeit, z. B. einem selteneren Auftreten des plötzlichen Säuglingstods. Gestillte Kinder erkranken zudem später seltener an Diabetes Typ 1 oder Typ 2, an Lymphomen, Leukämien und Morbus Hodgkin, an Übergewicht, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen und Allergien [91, 92]. Bei den Müttern wird durch das Stillen die Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt beschleunigt und die Gewichtsabnahme erleichtert. Dem Stillen wird ferner ein protektiver Einfluss auf das Risiko, an Brust- und Eierstockkrebs und vermutlich auch an Osteoporose zu erkranken, zugeschrieben [91].

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey liefert für die Geburtsjahrgänge 1986 bis 2005 repräsentative Daten zur Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland. Die KiGGS-Daten ermöglichen allerdings nur Aussagen zur Häufigkeit und Dauer des »vollen Stillens«, das die zusätzliche Gabe von Wasser oder wasserbasierten Getränken, wie beispielsweise Tee, erlaubt. Empfehlungen von WHO und UNICEF zielen dagegen auf das »ausschließliche Stillen«, das keinerlei zusätzliche Gaben von Flüssigkeiten oder anderer Nahrung beinhaltet.

Die KiGGS-Daten ermöglichen eine nach verschiedenen Einflussfaktoren stratifizierte Analyse des Stillverhaltens, die Gruppen von Müttern mit

einem erhöhten Unterstützungsbedarf zu identifizieren vermag. Da in KiGGS die Eltern retrospektiv zum Stillverhalten befragt wurden, konnten lediglich Einflussfaktoren in die Analysen einbezogen werden, die über längere Zeiträume relativ konstant bleiben (Sozialstatus) oder sich nicht mehr verändern (Migrationsstatus, Alter der Mutter bei der Geburt, Geschlecht des Kindes, Reifestatus bei der Geburt, Rauchen in der Schwangerschaft etc.).

Genauere Ausführungen zur Erhebung und Auswertung der Daten zum Stillen sind der KiGGS-Basispublikation zu entnehmen [93].

Über alle Geburtsjahrgänge hinweg wurden 76,7% der in KiGGS einbezogenen Kinder jemals gestillt, im Durchschnitt 6,9 Monate lang. Mindestens sechs Monate lang voll gestillt wurden 22,4% aller KiGGS-Kinder. Das Geschlecht des Kindes hat keinen Einfluss darauf, ob jemals bzw. wie lange gestillt wurde. Die KiGGS-Daten zeigen auch, dass der Sozialstatus der Mütter, ihre Herkunft aus den alten oder neuen Bundesländern, das Alter bei der Geburt und das Rauchverhalten Einfluss auf das Stillverhalten haben (siehe Kapitel 4.2.1.1).

3.2.2 Rauchen

Das Rauchen ist in den Industrieländern das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die häufigste Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Zu den Krankheiten, die bei Rauchern vermehrt auftreten, gehören Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, Lungenentzündung, chronische Bronchitis sowie bösartige Tumore der Lunge, des Kehlkopfs, der Mundhöhle und der Verdauungsorgane. Insgesamt sterben in Deutschland an den durch Rauchen mit verursachten Krankheiten schätzungsweise bis zu 140.000 Menschen pro Jahr. Die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch die medizinische Versorgung tabakbedingter Krankheiten sowie durch Erwerbsunfähigkeit, Frühberentung und vorzeitige Todesfälle entstehen, werden mit 21 Milliarden Euro jährlich veranschlagt [94, 95].

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich in den Industrienationen durch keine andere einzelne Präventionsmaßnahme eine nachhaltigere Wirkung hinsichtlich der Gesundheit der Bevölkerung

erreichen lässt als durch eine deutliche Verringerung des Tabakkonsums [96]. Eine Schlüsselrolle dürfte dabei der Verhinderung des frühen Einstiegs in das Rauchen zukommen. Vorliegende Studien sprechen dafür, dass Personen, die früh mit dem Rauchen begonnen haben, später häufiger stark rauchen und seltener das Rauchen wieder aufgeben [97]. Kinder und Jugendliche nehmen zwar die Sofortwirkungen des Rauchens wahr, z. B. gereizte Augen, trockene Mund- und Nasenschleimhaut sowie eine Verschlechterung des Geruchs- und Geschmackssinns, sie unterschätzen aber häufig die langfristigen Folgen für die Gesundheit [98]. Bei einem frühen Rauchbeginn ist das Risiko für die Gesundheit auch deshalb besonders groß, weil die Organe noch nicht voll entwickelt und Schädigungen häufig irreversibel sind [99, 100]. Vor diesem Hintergrund sind Kinder und Jugendliche als wichtigste Zielgruppe der Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik zu erachten.

In KiGGS wurden Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren nach ihrem Tabakkonsum gefragt [101]. Es wurde erhoben, ob und wie häufig sie zurzeit rauchen. Die Kinder und Jugendlichen, die angaben, zurzeit mindestens einmal pro Woche zu rauchen, wurden außerdem gefragt, wie viele Zigaretten sie pro Tag bzw. pro Woche konsumieren. Darüber hinaus stehen aus der KiGGS-Studie Informationen zum Einstiegsalter zur Verfügung.

Nach den Daten der KiGGS-Studie rauchen 20,3% der 11- bis 17-jährigen Jungen und 20,5% der gleichaltrigen Mädchen. Die Prävalenzen steigen bis auf über 40% bei den 17-Jährigen an. Der Anteil der 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, die stark rauchen, gemessen an einem Konsum von 10 oder mehr Zigaretten am Tag, liegt bei 8,0% bzw. 6,2%. Hinsichtlich sozialer und ökonomischer Aspekte zeigen die KiGGS-Daten Zusammenhänge zwischen Rauchverhalten und Schultyp [101].

Die Auswertungen ergaben außerdem, dass Migrantinnen und Migranten signifikant seltener als Jugendliche ohne Migrationshintergrund rauchen. Geht man von den 17-jährigen rauchenden Jugendlichen aus, dann lässt sich feststellen, dass das Einstiegsalter in den Tabakkonsum im Durchschnitt bei 14,2 Jahren liegt [101].

3.2.3 Alkohol- und Drogenkonsum

Alkoholkonsum

Alkoholische Getränke gelten als gesellschaftlich anerkannte Genussmittel [102]. Ihr Konsum ist Teil der Kultur unseres Landes und nicht nur unter Erwachsenen, sondern auch bereits bei Heranwachsenden weit verbreitet [103].

Erste Erfahrungen mit alkoholischen Getränken werden meist schon in jungen Jahren gemacht. Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge ist in den letzten 30 Jahren das Einstiegsalter für regelmäßigen Alkoholkonsum gesunken [104]. Diese unerwünschte Tendenz stellt eine besondere Gefahr dar, weil ein jüngeres Einstiegsalter das Risiko eines exzessiven Alkoholmissbrauchs sowie die Entwicklung von unerwünschten Konsummustern erhöht [105]. Neben den bekannten Spätfolgen spielt bei den jungen Menschen, die Alkohol konsumieren, durch noch stattfindende Wachstums- und Entwicklungsprozesse die Beeinträchtigung einer gesunden Entwicklung von Gehirn und Nerven eine Rolle [106]. Des Weiteren sind aus gesundheitspolitischer Sicht die gesellschaftlichen Kosten, aber auch die sozialen und immateriellen Konsequenzen beispielsweise durch alkoholbedingte Unfälle oder Gewaltdelikte zu berücksichtigen [107].

Auch wenn nur wenige Kinder und Jugendliche alkoholabhängig sind, so ist ein Missbrauch bereits im Jugendalter anzutreffen [104]. Die aktuellen Debatten beziehen sich vor allem auf das Binge drinking (d. h. Rauschtrinken mit fünf oder mehr Gläsern pro Trinkereignis) [108]. Insbesondere die Ergebnisse der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) über einen Anstieg des Rauschtrinkens sowie die steigende Zahl der behandelten Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen legen die Vermutung nahe, dass das Problem größer wird [109].

In der KiGGS-Studie wurden die 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen im Fragebogen gefragt: »Hast du schon einmal Alkohol getrunken«, um bei positiver Antwort mit der Anschlussfrage: »Wie viel Alkohol trinkst du zurzeit?« die Häufigkeiten für den Konsum von Bier, Wein, Obstwein, Sekt und Schnaps zu ermitteln [110]. Fast 20 % der Jungen und knapp 12 % der Mädchen im Alter von 11 Jahren haben schon jemals Alkohol getrunken,

dieser Anteil steigt stark mit zunehmendem Alter an. Bei den 17-Jährigen sind es über 95%. Regelmäßig, das heißt mindestens einmal pro Woche konsumieren gut 25 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und fast 15 % der gleichaltrigen Mädchen Alkohol.

Weitergehende Informationen zum Trinkverhalten der Jugendlichen können aus der an KiGGS angeschlossenen »Ernährungsstudie als KiGGS-Modul« (EsKiMo) entnommen werden, die mit einer Unterstichprobe realisiert wurde.

Bei EsKiMo wurden im persönlichen Interview die Häufigkeiten und Verzehrsmengen aller alkoholische Getränke, die in den letzten vier Wochen konsumiert wurden, ermittelt [111].

Drogenkonsum

Dem Drogengebrauch liegen, wie auch dem Alkoholkonsum, Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen zugrunde, die früh im Leben ausgeprägt werden und sich im weiteren Lebenslauf als überaus stabil erweisen [112]. Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen zieht gravierende gesundheitliche Folgeschäden nach sich, zu denen neben körperlichen Krankheiten und Beschwerden auch neurologische und psychische Störungen zählen. Durch die psychoaktive Wirkung wird eine Abhängigkeit erzeugt, die insbesondere dann zum Tragen kommt, wenn der Substanzkonsum fest in Alltagsroutinen verankert ist und funktionale Bedeutung, z. B. für die Stressbewältigung, erlangt. Bei Jugendlichen steht der Drogengebrauch auch im Zusammenhang mit der Bewältigung alters- und geschlechtsspezifischer Entwicklungsaufgaben, unter anderem mit der Ablösung von den Eltern, der Erprobung eigener Lebensstile, der Auseinandersetzung mit der Geschlechterrolle und ersten Sexualerfahrungen. Für die Prävention des Drogengebrauchs im Kindes- und Jugendalter ist es deshalb wichtig, dass dabei die Lebenssituation sowie die zunehmend komplexeren Anforderungen, die an die Heranwachsenden gestellt werden, Berücksichtigung finden.

Aus internationalen Erhebungen geht hervor, dass Deutschland im europäischen Vergleich beim Tabak- und Alkoholkonsum einen der vorderen und beim Konsum illegaler Drogen einen Platz im Mittelfeld einnimmt [113, 114]. Die regelmä-

ßig durchgeführten Drogenaffinitätsstudien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigen aber, dass die Erfahrungen mit illegalen Drogen in Deutschland in der Gruppe der 12- bis 25-Jährigen seit Anfang der 1970er Jahre sukzessive zugenommen haben [115].

Aktuelle Daten zum Drogengebrauch stehen aus der KiGGS-Studie zu Verfügung. Die Erhebung fokussierte sowohl auf illegale als auch legal zugängliche Substanzen. Gefragt wurde nach Marihuana/Haschisch, Ecstasy, Aufputschmitteln (Amphetamine, Speed), Medikamenten mit berauschender Wirkung sowie nach Leim oder Lösungsmitteln, die geschnüffelt werden [112]. Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahren wurden zu ihrem Konsum befragt. Angegeben werden sollte, wie häufig diese Substanzen in den letzten 12 Monaten genommen wurden.

Haschisch oder Marihuana haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung 9,3 % der Jungen und 6,2 % der Mädchen genommen. Andere Drogen wie Ecstasy, Amphetamine oder Speed wurden von weniger als 1 % der Jugendlichen konsumiert. Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen nimmt mit dem Alter deutlich zu und ist bei den 17-Jährigen am stärksten verbreitet (siehe auch Kapitel 6.2.3). Unterschiede im sozialen oder Migrationsstatus der Jugendlichen spiegeln sich im Drogenkonsum kaum wider, allerdings scheint die Schulbildung Bedeutung für den Substanzkonsum zu haben [112].

3.2.4 Körperlich-sportliche Aktivität

Regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität gilt als wichtiger Einflussfaktor für Gesundheit und Lebensqualität. Durch einen aktiven Lebensstil kann der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden in jedem Lebensalter entgegengewirkt werden [116, 117, 118]. Für Kinder und Jugendliche gilt körperlich-sportliche Aktivität als eine wichtige Voraussetzung für gesundes Aufwachsen. Es werden positive Einflüsse auf die organische und motorische Entwicklung ebenso wie auf das psychosoziale Wohlbefinden, die Persönlichkeitsentwicklung und das Erlernen sozialer Kompetenzen beschrieben [116, 119].

Aktuelle Empfehlungen [120] gehen davon aus, dass Kinder und Jugendlichen fast jeden Tag min-

destens eine Stunde körperlich aktiv sein sollten [121]. Durch die sich verändernde Lebens- und Bewegungswelt von Kindern und Jugendlichen (Technisierung der Umwelt, zunehmender Medienkonsum, Verschwinden von Bewegungsmöglichkeiten in Großstädten etc.) werden diese Empfehlungen jedoch nur noch von einer Minderheit verwirklicht. Nach einer Untersuchung des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe an Grundschulern im Alter von 6 bis 10 Jahren [122] verbringen Kinder einen zunehmend großen Teil ihrer Freizeit vor Fernseher und Computer; ein Viertel der Befragten gibt an, nur maximal einmal in der Woche im Freien zu spielen (siehe auch Kapitel 3.2.5). Die von der WHO geförderte Studie Health Behavior in School-aged Children (HBSC) [123] bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren. Auch für diese Altersgruppen bestätigt sich, dass sich viele Heranwachsende zu wenig bewegen, nur ein Drittel der Befragten gibt an, an den meisten Tagen der Woche körperlich aktiv zu sein.

In der KiGGS-Studie wurde die Häufigkeit der körperlich-sportlichen Aktivität altersspezifisch erhoben (3 bis 10 Jahre: Elternfragebogen zur Einschätzung der sportlichen Aktivität in oder außerhalb eines Sportvereins, 11 bis 17 Jahre: Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen zur körperlichen Aktivität). Als regelmäßig gilt eine körperlich-sportliche Aktivität von mindestens einmal pro Woche [124].

Die Analyse der KiGGS-Daten zeigt, dass 76,6 % der 3- bis 10-jährigen Jungen und 75,0 % der gleichaltrigen Mädchen regelmäßig Sport treiben (mindestens einmal pro Woche). Die Prävalenz nimmt im Altersgang zu. Bei den 11- bis 17-Jährigen geben 89,9 % der Jungen und 78,5 % der Mädchen an, mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv zu sein. Täglich aktiv sind jedoch nur 28,2 % der Jungen und 17,3 % der Mädchen. Die Prävalenz der körperlichen Aktivität nimmt im Lauf der Adoleszenz weiter ab.

Signifikante Unterschiede zeigen sich in der sportlichen Aktivität im Kindesalter nach sozialem Status. In der unteren sozialen Statusgruppe ist der Anteil der sportlich Inaktiven (weniger als einmal pro Woche) am höchsten. Die Statusunterschiede werden insbesondere deutlich bei der Betrachtung der Angaben zur Teilnahme an Vereinsport [124]. Kinder, die nicht regelmäßig Sport

treiben, kommen zudem überproportional häufig aus Familien mit Migrationshintergrund und aus den neuen Bundesländern.

Bei den Jugendlichen weisen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund die deutlichsten Aktivitätsdefizite auf.

3.2.5 Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien

Die Freizeit eröffnet Kindern und Jugendlichen zahlreiche Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten, die für ihre Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit von großer Bedeutung sind. Mit einer gelungenen Freizeitgestaltung verbindet sich ein hoher Erlebniswert. Zugleich können soziale Kompetenzen und personale Ressourcen ausgebildet werden, die eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und die Persönlichkeitsbildung sind [125]. Im Gegensatz zu anderen Lebensbereichen, wie z. B. Familienleben oder Schulalltag, haben die Kinder und Jugendlichen in der Freizeit eine höhere Entscheidungsautonomie.

In den letzten Jahren haben zahlreiche Studien belegt, dass die Beschäftigung mit elektronischen Medien einen immer größeren Anteil am Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen ausmacht [126, 127, 128]. Ein Grund hierfür ist, dass die Medienausstattung privater Haushalte im Laufe der letzten Jahrzehnte zugenommen hat und der Umgang mit Medien wie Computer und Internet in der Schule gezielt gefördert wird. Außerdem sind Kinder und Jugendliche für die Hersteller elektronischer Medien – neben Computer und Internet sind hier insbesondere Spielkonsolen, Tonträger und Handys zu nennen – eine der wichtigsten Zielgruppen.

Die gesundheitlichen Folgen intensiver Mediennutzung sind umstritten [125]. Neben psychosomatischen Beschwerden, entwicklungspsychologischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten, z. B. als Folge medialer Gewaltdarstellung, werden insbesondere durch mangelnde Bewegung verursachte Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen diskutiert [129, 130]. Häufig wird dabei die wachsende Bedeutung der Mediennutzung als einer der Hauptgründe für einen vermeintlich zunehmenden Bewegungsmangel in

der heranwachsenden Generation angenommen. Belege für einen solchen Zusammenhang wurden in den vorliegenden Studien jedoch nur für einzelne Aspekte des Medienkonsums und der körperlichen Aktivität gefunden [129, 131, 132, 133, 134, 135]. In KiGGS zeigte sich beispielsweise für die 11- bis 17-Jährigen, dass die Mediennutzung erst ab einem gewissen Stundenumfang mit körperlich-sportlicher Inaktivität einhergeht [125]. Betroffen ist die Gruppe der starken Nutzer elektronischer Medien (mehr als 5 Stunden/Tag), die zudem häufiger unter Adipositas leiden.

In KiGGS wurden die Eltern der Kinder ab 3 Jahren zu den Fernsehgewohnheiten ihrer Kinder, jeweils in der Woche sowie an Sonn- und Feiertagen, befragt. Außerdem wurden Angaben zur täglichen Dauer von Computerspielen erhoben. Jugendliche ab 11 Jahren wurden selbst befragt. Sie sollten angeben, wie lange sie sich durchschnittlich pro Tag mit Fernsehen/Video, Musikhören, Computer/Internet, Spielkonsole und Mobiltelefon (Handy) beschäftigen.

Die KiGGS-Analysen belegen die große Bedeutung elektronischer Medien im Alltag von Kindern und Jugendlichen. Bei 3- bis 10-jährigen Kindern ist Fernsehen ein häufiger Bestandteil der Alltags- und Freizeitgestaltung, Computerspiele werden deutlich seltener gespielt. Knapp 45 % der 3- bis 6-Jährigen und knapp 60 % der 7- bis 10-Jährigen sehen mindestens eine Stunde am Tag fern (in der Woche). Am Wochenende und an Feiertagen steigt der Fernsehkonsum. Bei den Jugendlichen ab 11 Jahren sind Fernseh- und Videokonsum sowie Musikhören am stärksten verbreitet: 95,9 % der 11- bis 17-Jährigen gaben an, täglich fernzusehen oder Video zu schauen, und 92,5 % hören jeden Tag Musik. Das Geschlecht sowie der soziale und Migrationsstatus der Familie beeinflussen in allen Altersgruppen das Mediennutzungsverhalten (siehe Kapitel 4.2.3, 5.2.3, 6.2.5).

3.2.6 Mundhygiene und Kariesprophylaxe

Wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zum Entstehungsprinzip von Karies und daraus abgeleitete präventive Aktivitäten haben dazu geführt, dass Karies als eine grundsätzlich vermeidbare Krankheit anzusehen ist. In welchem Ausmaß eine Vermeidung von Karies realisierbar ist, de-

monstrieren oralepidemiologische Studien zur Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen auch in Deutschland [136, 137, 138]. Als Grundpfeiler der Kariesprävention gelten eine zahngesunde Ernährung, eine ausreichende Fluoridierung, die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Vorsorge und nicht zuletzt eine effiziente Mundhygiene [139].

Über den Beginn der Kariesprävention mittels Fluoridapplikation bestehen zwischen Kinderärzten und Zahnmedizinern Meinungsverschiedenheiten. Während die Kinderärzte für eine systemische Fluoridierung (Einnahme von Tabletten) in Kombination mit Vitamin D zur Karies- und Rachitisprophylaxe im Säuglingsalter bereits vor Durchbruch der erste Zähne plädieren, präferieren die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde die posteruptive lokale Fluoridapplikation (Auftragen von Fluoridpräparaten nach dem Zahndurchbruch) [140]. Einigkeit besteht jedoch dahingehend, dass eine effiziente Mundhygiene und die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorge in allen Lebensphasen der Kinder und Jugendlichen wesentliche Voraussetzungen für die Erhaltung der Mundgesundheit sind. Dabei zeichnen sich in den verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Schwerpunkte ab. So stellt im Säuglings- und Kleinkindalter die systemische Fluoridapplikation eine wirksame Methode der Kariesprävention dar. Als besonders schwerwiegende Form der Milchzahnkaries gilt aber gerade in diesem Lebensabschnitt die Nuckelflaschenkaries. Sie entsteht durch ständiges Umspülen der Zähne mit gesüßten Getränken aus Saugerflaschen. Nicht zuletzt wird bereits in den ersten Lebensjahren durch Unterstützung und Vorbildfunktion der Eltern die Basis für eine effiziente Zahn- und Mundhygiene gelegt. Ab dem Alter zwischen 4 und 6 Jahren wird die Mundhygiene zunehmend durch die Kinder selbst übernommen. Wichtig bleibt aber auch hier die Vorbild- und Kontrollfunktion der Eltern. Hinzu kommt die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen als Instrument zur Gesunderhaltung des orofacialen Systems (Mund- und Gesichtsbereich).

Mit zunehmendem Lebensalter geht die Verantwortung für ein effizientes Mundgesundheitsverhalten immer mehr in die Verantwortung der Kinder und Jugendlichen über. Neben der Kontrollfunktion der Eltern gewinnen in diesen Le-

bensabschnitten kind- und jugendgerechte Aufklärungsmaßnahmen an Bedeutung.

Zur Beurteilung des Mundgesundheitsverhaltens wurden in KiGGS unter anderem die Zahnputzfrequenz, die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen, die Aufnahme gesüßter Getränke aus Saugerflaschen und die Anwendung kariesprotektiver Arzneimittel erfasst. Daten zur Zahnputzfrequenz, zum Konsum gesüßter Getränke aus Saugerflaschen und zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorge wurden mittels schriftlicher Befragung der Eltern oder der Kinder selbst ab einem Alter von 11 Jahren erhoben. Die Dokumentation kariesprotektiver Präparate erfolgte im Rahmen des ärztlich durchgeführten Arzneimittelinterviews [141].

Aus der KiGGS-Studie geht hervor, dass 70,8% aller Kinder und Jugendlichen regelmäßig (mindestens 2-mal täglich) die Zähne putzen. Auch der regelmäßige Besuch bei der Zahnärztin oder dem Zahnarzt ist für ca. 90% der Kinder und Jugendlichen selbstverständlich.

Die Ergebnisse von KiGGS belegen aber auch, dass in allen Lebensphasen der Kinder und Jugendlichen Präventionspotenziale für ein effizientes Mundgesundheitsverhalten vorhanden sind. Dabei sind in den jeweiligen Lebensphasen z.T. unterschiedliche Risikogruppen zu berücksichtigen. So sind hinsichtlich einer ungenügenden Zahnputzfrequenz (seltener als 2-mal täglich) Säuglinge und Kleinkinder mit 55,9%, Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (39,0%) und Kinder mit Migrationshintergrund (45,0%) als Risikogruppen zu nennen. Eine soziale Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich einer effizienten Kariesprävention zeigt sich auch bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen. Für Kinder mit Migrationshintergrund bleibt ein erhöhtes Risiko hinsichtlich ungenügender Mundhygiene und Kariesprävention auch nach Berücksichtigung sozialer Einflüsse nachweisbar [142].

3.3 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

Ärztliche Praxen haben eine zentrale Funktion in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Ärzte erbringen oder veranlassen

durch Verordnung und Überweisung einen Großteil der Leistungen im Gesundheitswesen. Die Datenlage dazu ist jedoch begrenzt, und Routineberichterstattungen der amtlichen Statistik sowie der Versicherungsträger sind bislang noch nicht ausreichend entwickelt. Im KiGGS wurden einige Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens von Kindern und Jugendlichen erfasst. Somit kann in diesem Bericht ein Überblick über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, über die ambulante Inanspruchnahme ausgewählter niedergelassener Ärzte, über Impfungen und den Arzneimittelkonsum von Kindern und Jugendlichen gegeben werden.

3.3.1 Früherkennungsuntersuchungen

Allgemein gilt das Kindes- und Jugendalter als Lebensphase eines guten gesundheitlichen Zustands. Vor diesem Hintergrund ist die Prävention und frühzeitige Erkennung von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen in diesem Alter von großer Bedeutung. Diesem Zweck dienen unter anderem die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U₁ bis U₉ für das Kindesalter bis zum sechsten Lebensjahr und die Jugendfrüherkennungsuntersuchung J₁ (11. bis 15. Lebensjahr). Die Früherkennungsuntersuchungen gehören nach § 26 Abs. 1 SGB V zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sind kostenlos. Die ersten beiden Untersuchungen U₁ und U₂ werden in der Regel routinemäßig in der Geburtsklinik durchgeführt, die folgenden (U₃ bis U₉ bzw. J₁) überwiegend durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte. Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche werden außerdem vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) angeboten.

Das Früherkennungsprogramm für Kinder findet eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Obwohl sich die Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen in den letzten Jahren ständig verbessert hat – dies geht aus den Analysen der Krankenkassen und den jährlichen Berichten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hervor [143] – sinkt die Beteiligung an den einzelnen Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder. Am Anfang dieses Jahrzehnts nahmen jährlich bundesweit über 2,5 Millionen Kinder an den Früherkennungs-

untersuchungen teil. Liegen die Teilnahmequoten in den ersten beiden Lebensjahren (U₃-U₇) noch über 90 %, fallen diese bei den späteren Untersuchungen (U₈ und U₉) um fast 10 Prozentpunkte ab und liegen bei ca. 80 % [144].

Diese Erkenntnisse aus der Literatur zur Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen können durch die KiGGS-Daten teilweise bestätigt und insbesondere mit Bezug auf die Analyse des Teilnahmeverhaltens von Untergruppen sowie auf die Vollständigkeit der Inanspruchnahme ergänzt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass ein signifikanter Rückgang unter die 90 %-Grenze erst ab dem vierten Lebensjahr bei der U₈ stattfindet, jedoch liegt die Teilnahmequote auch hier bei weit über 80 % [145]. Die Beteiligung an der Früherkennungsuntersuchung für Jugendliche (J₁) ist weniger als halb so hoch wie die Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (U₃ bis U₉): Nicht einmal 40 % der Jugendlichen nehmen die J₁ in Anspruch.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der einzelnen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen können nach KiGGS keine Unterschiede im Teilnahmeverhalten nach Geschlecht oder Altersgruppen (bzw. Geburtskohorten) festgestellt werden. Da keine Unterschiede im Teilnahmeverhalten zwischen den Altersgruppen bestehen, kann man davon ausgehen, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Familien hinsichtlich des Vorsorgeprogramms in den letzten 10 Jahren kaum verändert hat. Starke Unterschiede sind unter Berücksichtigung des Sozialstatus bzw. des Migrationshintergrundes zu verzeichnen. Hierbei ist bezeichnend, dass sowohl bei niedrigem Sozialstatus der Eltern als auch bei Kindern mit Migrationshintergrund eine kontinuierliche Abnahme der Beteiligung mit zunehmendem Alter des Kindes zu beobachten ist und dass die Unterschiede mit dem Alter größer werden.

Auch die Wohnregion spielt eine Rolle: Eltern in den neuen Bundesländern und in Großstädten beteiligen sich mit ihren Kindern seltener am Früherkennungsprogramm.

Entsprechend den Angaben der KiGGS-Probanden sind unter den Nichtteilnehmern der Jugendfrüherkennungsuntersuchung J₁ besonders häufig anzutreffen: Jugendliche mit Migrationshintergrund, Jugendliche mit älteren Geschwistern sowie Kinder von alleinerziehenden Müttern oder Vätern. Auch die Gemeindegröße spielt eine Rolle bei der

Inanspruchnahme der J1. Jugendliche in mittelgroßen Gemeinden (50.000 bis 99.000 Einwohner) nehmen dieses Angebot seltener in Anspruch.

Bundesweite Daten über die Kontinuität der Nutzung der Früherkennungsuntersuchungen existieren bisher nicht. Nur vereinzelte, regional begrenzte Studien liefern Zahlen und analysieren die Einflussgrößen einer kontinuierlichen Inanspruchnahme des Angebotes durch die Eltern. Hervorzuheben ist hier der frühe Beitrag von Collatz, Malzahn, Schmidt [146], der – aufbauend auf einem theoretischen Untersuchungsmodell zur Erklärung der Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern – den Einfluss einzelner Merkmale empirisch überprüft. Die Autoren zeigen, dass neben der Sozialschicht und der Nationalität der Eltern das Alter der Mutter sowie die Zahl der Kinder in der Familie einen wesentlichen Einfluss auf die Nutzung haben. Diese Hypothesen lassen sich für die Inanspruchnahme von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen auch ca. 25 Jahre später bestätigen. Die Analyse der KiGGS-Daten zeigt, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder von Müttern, die zum Zeitpunkt der Geburt jünger als 25 Jahre bzw. älter als 36 Jahre waren, sowie Kinder mit älteren Geschwistern die Früherkennungsuntersuchungen seltener vollständig in Anspruch nahmen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist eine wichtige Gesundheitsvorsorge für jedes einzelne Kind. Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, bei der Entdeckung von Gesundheits- oder Entwicklungsstörungen möglichst rasch eine Therapie bzw. Fördermaßnahme einzuleiten, um ein betroffenes Kind vor langfristigen Folgen zu bewahren. Im Sinne einer alle Kinder erreichenden Vorsorge wären Familien mit niedrigem Sozialstatus und Familien mit Migrationshintergrund sowie ältere und sehr junge Mütter bzw. Familien mit mehreren Kindern noch stärker zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu ermutigen.

3.3.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Die ambulante Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland befindet sich auf einem hohen Niveau. Niedergelassene Ärzte ha-

ben die medizinische ambulante Versorgung fast vollständig übernommen. Sie werden in der Regel von Kindern und Jugendlichen in der Praxis kontaktiert, oder der Arzt wird zu einem Hausbesuch gerufen, wobei den Eltern maßgebende Steuerungsfunktionen zukommen. Jeder niedergelassene Kinderarzt hat ungefähr durchschnittlich pro Jahr 2.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 14 Jahren ambulant zu betreuen [147]. Die aufsuchende Betreuung, zum Beispiel durch das örtliche Gesundheitsamt, wird in Deutschland dagegen nur selten durchgeführt und unterliegt länderspezifischen Regelungen.

In der KiGGS-Studie wurden die Daten zur ambulanten Inanspruchnahme mittels Fragebogen schriftlich erhoben. Auskunftspersonen bei bis zu 13 Jahre alten Kindern waren die Eltern, Jugendliche ab 14 Jahre beantworteten den Themenkomplex selbständig. Die Frage für Jugendliche lautete: »Welche der nachfolgenden Ärzte ... hast Du in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen ...?« (sinngemäße Formulierung für die Eltern). Die Antwortliste enthielt 18 Kategorien und die Möglichkeit der Freitexteingabe. Nach Datenaufbereitung stehen folgende Arztgruppen zur Auswertung zur Verfügung: Allgemeinmediziner/praktischer Arzt, Kinderarzt, Internist, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Augenarzt, Hautarzt, Chirurg, Frauenarzt.

Die Daten belegen, dass fast jedes Kind in den ersten beiden Lebensjahren einem Kinderarzt zur Früherkennung, Beratung, Diagnostik oder Behandlung vorgestellt wird (95 %). Mit zunehmendem Alter der Kinder sinken die Inanspruchnahmeraten bis auf 25 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Zugleich steigt die Rate bei Allgemeinmedizinern von 12 % auf 53 %. In ländlichen Regionen liegt die Inanspruchnahmerate der Kinderärzte deutlich unter der in Großstädten, und in den neuen Bundesländern werden Kinderärzte noch eher im Jugendalter aufgesucht als in den alten Bundesländern. Festgestellt wurde eine hohe Akzeptanz von Kinderärzten bei Personen mit Migrationshintergrund [148].

Augenärzte werden in einem Jahr durchschnittlich von 23 % der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) aufgesucht, wobei im Alter von 8 bis 9 Jahren die höchste Inanspruchnahmerate besteht – also dann, wenn möglicherweise in der Grundschule Probleme mit der Sehfähigkeit verstärkt

auffallen. Bevorzugt gehen Mädchen, Kinder und Jugendliche aus den alten Bundesländern, ohne Migrationshintergrund und aus höherer Sozial-schicht zum Augenarzt.

Hals-Nasen-Ohren-Ärzte sehen ihre Patienten vor allem im Kindergarten- und Vorschulalter. In diesen jüngeren Altersgruppen gehen mehr Jungen als Mädchen zum HNO-Arzt. Die Inanspruchnahmerate fällt zunächst mit wachsendem Alter, um im Jugendalter wieder etwas anzusteigen, wobei es dann keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gibt.

Einen Hautarzt haben in den letzten 12 Monaten 11 % aller Kinder und Jugendlichen aufgesucht. Die Rate steigt mit dem Alter stark an, und junge Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren gehen fast doppelt so häufig (23 %) zum Hautarzt wie die gleichaltrigen männlichen Jugendlichen (14 %). Es kann vermutet werden, dass weibliche Jugendliche früher selbstbestimmt Hautärzte aufsuchen [149], da Erkrankungen, wie z. B. Neurodermitis, möglicherweise bei Mädchen zu einem höheren Leidensdruck und daher zu einer früheren Inanspruchnahme eines Hautarztes führen.

Chirurgen werden eher von Jungen als von Mädchen wegen einer ambulanten Behandlung in Anspruch genommen. Insgesamt erscheinen 5 % aller Kinder und Jugendlichen im Jahr bei einem Chirurgen. Der starke Anstieg der Inanspruchnahmerate mit dem Alter steht möglicherweise in Verbindung mit häufigeren Verletzungen und Unfällen. Die Inanspruchnahmerate liegt in den neuen Bundesländern erheblich höher als in den alten Bundesländern.

Internisten werden im Kindes- und Jugendalter nur selten konsultiert. Die Rate der Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten beträgt nur 3 %. Ein Anstieg der Rate mit dem Alter, mit steigendem Sozialstatus und vor allem in Zusammenhang mit einem weniger guten subjektiven Gesundheitszustand lässt sich aufzeigen.

Zu einem Frauenarzt gehen jährlich 37 % der 14- bis 17-jährigen weiblichen Jugendlichen. Als Prädiktoren für die Inanspruchnahme sind der Reifezustand und der Wunsch nach Verordnung hormonaler Kontrazeptiva maßgebend.

Zusammenfassend zeigt die Analyse der Inanspruchnahmeraten der niedergelassenen Ärzte in den letzten 12 Monaten für die Fachgruppen spezifische Inanspruchnahmemuster nach Alter

und Geschlecht. In den ersten beiden Lebensjahren werden gut 95 % der Kinder von einem Kinderarzt betreut. Die gesundheitliche Versorgung durch Allgemeinmediziner nimmt mit dem Alter in dem Maße zu, wie sie für Kinderärzte abnimmt. In ländlichen Regionen mit einer geringeren Kinderarzt-dichte erfüllt der Allgemeinmediziner oft als Hausarzt die Funktion des Pädiaters.

3.3.3 Impfungen

Schutzimpfungen zählen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Sie schützen nicht nur individuell, sondern führen auch zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung. Ist der Anteil geimpfter Personen hoch, so findet der Erreger nicht mehr genug empfängliche Personen, und die Krankheit kann sich nicht ausbreiten. Dieser Nutzen für den Gesundheitsschutz der Allgemeinbevölkerung setzt jedoch erst ein, wenn ausreichende Impfquoten erzielt werden. Der Prozentsatz an Personen, die in einer Bevölkerung geimpft sein müssen, um einen sicheren Kollektivschutz zu gewährleisten, ist dabei für jede Infektionskrankheit unterschiedlich hoch. Für die Diphtherie liegt der erforderliche Anteil Geimpfter bei mindestens 80 %, für Mumps bei ca. 90 % und für Masern bei 92 bis 95 %. Empfehlungen für die Durchführung von Impfungen in Deutschland werden jährlich von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) herausgegeben und kontinuierlich an den aktuellen Wissensstand und den konkreten Bedarf angepasst [150].

Der Impfstatus der Bevölkerung als wichtiger Indikator für gesundheitliche Prävention wurde auch bei 93,3 % (16.460) der untersuchten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren im bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) erfasst [151]. Grundlage waren die vorgelegten Impfausweise. Beurteilt wurden Impfungen gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie (lebensgefährliche, bakterielle Erkrankung der oberen Atemwege), Poliomyelitis (Kinderlähmung), Keuchhusten (Pertussis), Hepatitis B (Leberentzündung), Haemophilus influenzae Typ B (lebensgefährliche, entzündliche Erkrankung im Hals-Nasen-Ohren-Bereich; Hib) sowie Masern, Mumps und Röteln. Die nachfolgend dargestellten

Angaben von Impfquoten für die gesamte Gruppe der Kinder und Jugendlichen beziehen sich auf 2- bis 17-Jährige und sind damit unbeeinflusst von den durch die Empfehlungen der STIKO bedingten niedrigeren Impfquoten bei Kindern bis zum 15. Lebensmonat (erst zu diesem Zeitpunkt muss eine zeitgerechte Grundimmunisierung abgeschlossen sein), aber auch unabhängig von Einflüssen durch den hohen Anteil verspätet gegebener Impfungen in den ersten beiden Lebensjahren. Beeinflusst sind die Impfquoten jedoch zum Teil dadurch, dass für die KiGGS-Teilnehmerinnen und -teilnehmer aus den Geburtsjahrgängen 1985 bis 2006 für einige Impfungen deutlich unterschiedliche Impfempfehlungen bestanden. So wurden die allgemeinen Impfempfehlungen für die Pertussis-Impfung, die Hib-Impfung und eine zweite Masernndosis erst im Jahr 1991 durch die STIKO ausgesprochen, und erst seit 1995 wird die Hepatitis-B-Impfung für alle Kinder und Säuglinge empfohlen.

Die Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Hib wird bei Kindern in Deutschland weitgehend durchgeführt. 93 % aller Kinder im Alter von über zwei Jahren haben eine vollständige Grundimmunisierung gegen Tetanus erhalten. Die Quoten der Impfungen gegen Diphtherie liegen mit 92,6 % nur geringfügig unter denen für Tetanus. Dennoch können aktuell nur 77,6 % aller Kinder im Alter von mindestens zwei Jahren als altersgerecht gegen Tetanus geimpft gelten. Nicht oder verspätet gegebene Auffrischungsimpfungen bedingen den niedrigen Anteil ausreichend gegen Tetanus und Diphtherie geimpfter Kinder. 90,8 % aller Kinder haben eine vollständige Grundimmunisierung gegen Poliomyelitis und 65,8 % gegen Hepatitis B erhalten. 77,1 % aller Kinder im Alter von über 24 Monaten sind vollständig gegen Hib grundimmunisiert, und 69,5 % haben eine vollständige Grundimmunisierung gegen Pertussis erhalten.

Gegen Masern sind 93,6 % aller Kinder mindestens einmal geimpft, bei drei Vierteln aller Kinder wurde auch eine zweite Masernimpfung durchgeführt. Die Quoten sowohl für die erste als auch zweite Mumpfsimpfdosis liegen nur geringfügig unter denen der Masernimpfungen und weisen ebenso für die zweite Impfdosis besondere Defizite auf. Im Vergleich zu Masern haben noch weniger Kinder und Jugendliche eine erste und

zweite Rötelnimpfung erhalten. Auch für Röteln besteht das Ziel, für die erste und zweite Impfung jeweils eine Durchimpfung von 95 % zu erreichen. Während die Impfquoten in Deutschland für die allermeisten Impfungen keine Geschlechtsunterschiede aufweisen, zeigen doch die Daten der Rötelnimpfquoten, dass die 14- bis 17-jährigen Jungen in dieser Altersgruppe noch seltener gegen Röteln geimpft sind als Mädchen. In den jüngeren Altersgruppen sind diese Geschlechtsunterschiede bei der Rötelnimmunisierung nicht vorhanden.

Defizite bestehen bei der zeitgerechten und vollständigen Inanspruchnahme von Impfungen. Insbesondere die im 6. bis 7. Lebensjahr fälligen Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie werden sehr häufig zu spät oder gar nicht verabreicht, die zweiten Masernimpfungen fehlen bei einem Viertel der Kinder und Jugendlichen.

Insbesondere vor Aufnahme in eine Kinderbetreuungseinrichtung, in die Grundschule sowie in Zusammenarbeit mit den Schulen bietet sich die Möglichkeit der Überprüfung des Impfausweises und des Nachholens von fehlenden Impfungen.

Im Vergleich zwischen den alten und neuen Bundesländern differieren die Impfquoten der vollständigen Grundimmunisierungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und Hepatitis B kaum noch.

Sehr deutliche Ost-West-Unterschiede zeigen sich jedoch (bedingt vorrangig durch ältere Kinder und Jugendliche) bei der Durchimpfung gegen Pertussis, Masern und Röteln (vor allem hinsichtlich der zweiten Impfdosis) sowie bei der Inanspruchnahme von Auffrischungsimpfungen. So haben fast drei Viertel der 7- bis 10-Jährigen in den neuen Bundesländern bereits die Tetanusauffrischungsimpfung erhalten, jedoch nur etwas mehr als die Hälfte der gleichaltrigen Kinder in den alten Bundesländern.

Die Impfquoten sind bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem sozioökonomischem Status höher als in Familien mit niedrigem und hohem Sozialstatus. Diese Unterschiede sind bei den meisten Impfungen jedoch kaum bedeutsam. Ein deutlicher Unterschied zwischen den Sozialstatusgruppen besteht jedoch bei der Masernndurchimpfung: Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus werden seltener gegen Masern geimpft als Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem oder mittlerem sozialen Status.

Die differenzierte Betrachtung der Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigt, dass das wichtigste Differenzierungsmerkmal im Hinblick auf die in KiGGS erfassten Impfungen ist, ob die Geburt des Kindes in Deutschland stattgefunden hat oder das Kind erst nach der Geburt zugewandert ist: Während in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund nicht schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund, haben die Kinder und Jugendlichen, die nach der Geburt mit zugewandert sind, einen deutlich schlechteren Impfstatus.

Zusammenfassend betrachtet, bestehen in Deutschland trotz insgesamt hoher Impfquoten deutliche Defizite bei der Immunisierung gegen Keuchhusten und Hepatitis B, den zweiten Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln sowie den Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Darüber hinaus bestehen bei einigen Impfungen (wie z. B. Masern und Keuchhusten) teilweise deutliche Unterschiede in der Durchimpfung zwischen den Alters- und Sozialstatusgruppen, zwischen Kindern aus den neuen bzw. alten Bundesländern und zwischen selbst zugewanderten- bzw. in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern ohne Migrationshintergrund. Diese Defizite können nicht nur zu individuellen Gesundheitsgefährdungen führen sondern sind auch für den umfassenden Gesundheitsschutz der Bevölkerung relevant.

3.3.4 Arzneimittelanwendungen

Arzneimittelanwendung ist bereits im Kindes- und Jugendalter eine häufig praktizierte Form der Prävention und Therapie von Krankheiten und wie die Daten von KiGGS belegen, nach wie vor eine Domäne ärztlichen Handelns. Nach Angaben der Kinder und Jugendlichen beziehungsweise deren Eltern in KiGGS hat jedes zweite Kind der 0- bis 17-Jährigen in den letzten 7 Tagen mindestens ein Arzneimittel angewendet (50,8%). Fast 60% dieser Präparate waren von Arzt oder Ärztin verordnet [152]. Die Anwendungsprävalenz liegt damit etwa auf dem Niveau von Erwachsenen im mittleren Alter. Gänzlich unterschiedlich ist jedoch das Arzneimittelspektrum. Während bei den Erwachsenen Medikationen zur Behandlung chro-

nisch degenerativer Zustände dominieren, sind es bei den Kindern und Jugendlichen vor allem Präparate zur Behandlung akuter respiratorischer Erkrankungen und Arzneimittel zur Prävention von Krankheiten, wie z. B. Karies- und Rachitisprophylaktika [153]. Erfasst wurde die Arzneimittelanwendung in KiGGS im Rahmen eines Computer Assistierte Persönliche Interviews (CAPI) durch die Studienärztin bzw. den Studienarzt. Dabei wurden alle Arzneimittel dokumentiert, die in den letzten 7 Tagen vor der Untersuchung angewendet worden waren. Die Erfassung bezog sich nicht nur auf die vom Arzt oder Heilpraktiker verordneten Präparate, sondern berücksichtigte auch alle Arzneimittel, die auf dem Weg der Selbstmedikation zum Einsatz kamen [152].

Kindheit und Jugend stellen auch in Bezug auf die Arzneimittelanwendung keineswegs einen homogenen Bereich dar. In Abhängigkeit von den unterschiedlichen Lebensphasen wie Säuglings- und Kleinkindalter (0 bis 2 Jahre), Vorschul- (3 bis 6 Jahre) und Grundschulalter (7 bis 10 Jahre), prä-, peri- (11 bis 13 Jahre) und postpubertäre (14 bis 17 Jahre) Phase lassen sich unterschiedliche Prävalenzen und Arzneimittelmuster aufzeigen. Insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter ragt die Prävalenz der Arzneimittelanwendung heraus. So beträgt diese bei den 0- bis 2-Jährigen 74,9%. Bis zu einem Alter von 11 bis 13 Jahren gehen die Prävalenzraten bei Mädchen und Jungen kontinuierlich zurück, wobei der stärkste Rückgang vom Säuglings-/Kleinkindalter zum Vorschulalter zu verzeichnen ist. Während sich dieser Rückgang bei den Jungen im Alter von 13 bis 17 Jahren noch weiter fortsetzt und mit 40,5% sein niedrigstes Niveau erreicht, erhöht sich die Anwendungsprävalenz bei den 13- bis 17-jährigen Mädchen wieder auf 61,4% (siehe Kapitel 4.3, 5.3, 6.3). Die geschlechtsspezifischen Differenzen in der Prävalenz der Arzneimittelanwendung sind lediglich auf die Unterschiede in dieser Altersgruppe zurückzuführen. Neben den alters- und geschlechtsspezifischen Unterschieden sind vor allem die Differenzen zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund hervorzuheben. So weisen Kinder mit Migrationshintergrund eine signifikant niedrigere Prävalenzrate (41,5%) auf als Kinder ohne Migrationshintergrund (52,8%). Diese signifikanten Differenzen in der Prävalenz ziehen sich durch alle Lebensphasen und Alters-

gruppen und spiegeln sich in fast allen Arzneimittelgruppen wider. Ausnahmen sind Analgetika oder Fieber senkende Mittel und Antibiotika. Hier liegen die Anwendungsprävalenzen der Kinder mit Migrationshintergrund über denen der Kinder ohne diesen Hintergrund.

Obwohl nach den Arzneimittel-Richtlinien (Abschnitt F 16. bis 19.) inklusive Ausnahmeliste/Stand: 6. Oktober 2007 [154] den versicherten Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherten Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr auch rezeptfreie Medikamente von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, ist Selbstmedikation im Kindes- und Jugendalter kein unbekanntes Phänomen. Werden nur Verordnungsdaten herangezogen, lassen sich Ausmaß und Spektrum der Selbstmedikation nicht zuverlässig beschreiben. Die Erfassung von Daten im Rahmen von Gesundheitssurveys können diese Informationslücken schließen. Bei der Selbstmedikation ist im Wesentlichen zwischen Präparaten zu unterscheiden, die für den Behandlungszweck ohne Rezept gekauft wurden, die so genannten OTC-Präparate (OTC: Over The Counter), und Arzneimitteln, die aus sonstigen Quellen, wie z. B. der Hausapotheke, stammen. Fasst man diese beiden Gruppen zusammen, so ergibt sich, dass fast ein Viertel aller Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) Anwender selbst medizierter Präparate war.

Während die Verordnungsmedikation im Wesentlichen dem altersspezifischen Verlauf folgt und im Säuglingsalter am höchsten ist, zeichnet sich die Selbstmedikation durch eine relative Stabilität in allen Lebensphasen von Kindheit und Jugend aus.

Betrachtet man das Arzneimittelspektrum, so gehören Husten- und Erkältungsmittel, Stomatologika, Rhinologika, Analgetika und Vitamine zu den am häufigsten genannten Präparaten. Wie bei der Arzneimittelanwendung allgemein ändert sich auch die Rangfolge der Arzneimittelgruppen in Abhängigkeit von Lebensphasen und Geschlecht. Während z. B. im Säuglings- und Kleinkindalter zwischen Jungen und Mädchen keine signifikanten Differenzen in Prävalenz und Spektrum des Arzneimittelkonsums festzustellen sind, treten mit Einsetzen der Pubertät deutliche Unterschiede in Höhe und Muster der Arzneimittelanwendung auf.

Arzneimittelanwendungen sind bei Jungen und Mädchen ein nicht zu vernachlässigender Bereich präventiven und therapeutischen Handelns. Dabei zeigt sich, dass Kindheit und Jugend auch hinsichtlich des Arzneimittelkonsums kein homogener Bereich sind und sowohl Höhe als auch Muster der Arzneimittelanwendung in den verschiedenen Lebensphasen ein unterschiedliches Bild zeichnen.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI, Berlin
2. Dörner G (1975) Perinatal hormone levels and brain organization. *Anat Neuroendocr* 1: 245–252
3. Schneider S, Maul H, Freerksen N et al. (2008) Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health Epub ahead of print*
4. Day NL, Leech SL, Richardson GA (2002) Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age. *Alcohol Clin Exp Res* 26: 1584–1591
5. Von Kries R, Toschke AM (2004) Perinatale Einflüsse auf das Adipositasrisiko. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 152: 843–848
6. Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U et al. (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 670–676
7. Kromeyer-Hauschild K, Jaeger U (1997) Growth studies in Jena, Germany: Changes in body measurements and body fat distribution between 1975 and 1995. *Am J Hum Biol* 10: 579–587
8. Zabransky S, Weinand Ch, Schmidgen A et al. (2000) Saarländische Wachstumsstudie 1995. Perzentilen für Körperhöhe, Gewicht und BMI von 4- bis 18-jährigen Jungen und Mädchen. *Kinder- und Jugendarzt* 31,9: 822–827
9. Böhm A, Friese E, Greil H et al. (2002) Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts im Land Brandenburg. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150: 48–57
10. Georgi M, Schaefer F, Wühl E et al. (1996) Körpergröße und -gewicht bei gesunden Schulkindern und Jugendlichen in Heidelberg. *Monatsschr Kinderheilkd* 144: 813–824
11. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149: 807–818
12. Max-Rubner-Institut, Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (Hrsg) (2008) Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht Teil 1. Karlsruhe
13. Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 736–743
14. Stolzenberg H, Kahl H, Bergmann KE (2007) Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 659–669
15. Kahl H, Schaffrath Rosario A, Schlaud M (2007) Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 677–685
16. Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (1995) Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Dies. (Hrsg) *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche*. Juventa, Weinheim, München, S 7–21
17. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
18. Hoepner-Stamos F (1995) Prävalenz und Ätiologie chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (Hrsg) *Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche*. Juventa, Weinheim, München, S 49–67
19. Kuh D, Ben-Shlomo Y (Hrsg) (1997) *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo

20. 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
21. Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–710
22. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
23. Reilly JJ (2006) Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. Postgrad Med J 82: 429–437
24. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR et al. (1999) The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. Pediatr 103: 1175–1182
25. Weiss R, Dziura J, Burgert TS et al. (2004) Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. New Engl J Med 350: 2362–2374
26. Reinehr T, Andler W, Denzer C et al. (2005) Cardiovascular risk factors in overweight German children and adolescents: Relation to gender, age and degree of overweight. Nutr Metab Cardio Dis 15: 181–187
27. Daniels SR (2006) The consequences of childhood overweight and obesity. Future Child 16 (1): 47–67
28. Bjørge T, Engeland A, Tverdal A et al. (2008) Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: A follow-up of 230,000 Norwegian adolescents. Am J Epidemiol 168 (1): 30–37
29. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS (2002) Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. The Lancet 360: 473–482
30. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC et al. (2003) Health consequences of obesity. Arch Dis Child 88: 748–752
31. Kurth B-M, Ellert U (2008) Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS. Dtsch Ärztebl 105(23): 406–412
32. Maffei C (2000) Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. Eur J Pediatr 159 (Suppl 1): S 35–44
33. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR et al. (2005) Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. BMJ 330: 1357–1364
34. Wareham NJ, van Sluijs EM, Ekelund U (2005) Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. Proc Nutr Soc 64: 229–247
35. Malik VS, Schulze MB, Hu FB (2006) Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. Am J Clin Nutr 84: 274–288
36. Ong KK (2006) Size at Birth, Postnatal Growth and Risk of Obesity. Horm Res 65 (Suppl 3): 65–69
37. Moreno LA, Rodríguez G (2007) Dietary risk factors for development of childhood obesity. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 10: 336–341
38. Arenz S, Rückerl R, Koletzko B et al. (2004) Breast-feeding and childhood obesity - a systematic review. Int J Obes 28: 1247–1256
39. Stolzenberg H, Kahl H, Bergmann KE (2007) Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 659–669
40. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 807–818
41. Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 736–743

42. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 - 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
43. Ellsäßer G, Berfenstam R (2000) International comparisons of child injuries and prevention programs: recommendations for an improved prevention program in Germany. *Inj Prev* 6: 41–45
44. World Health Organization (2005) Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
45. UNICEF (Hrsg) (2001) A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No2, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence
46. Mulder S, van Beeck EF (1999) Measuring the burden of injuries. European Consumer Safety Association, Consumer Safety Institute (Hrsg), Amsterdam
47. Rogmans WHJ, Mulder S (1998) Measuring the severity and costs of accidental injuries. European Consumer Safety Association, Consumer Safety Institute (Hrsg), Amsterdam
48. Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e. V. (2007) Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderunfallprävention in Deutschland. Grundlagen und strategische Ziele. Bonn, www.kindersicherheit.de, Juli 2007
49. Ellsäßer G (2006) Epidemiologische Analyse bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland – Ausgangspunkt für die Unfallprävention. *Gesundheitswesen* 68: 421–428
50. Ellsäßer G, Diepgen TL (2002) Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (< 15 Jahre). Konsequenzen für die Prävention. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 45: 267–276
51. Kurth B-M (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 533–546
52. Holder Y, Peden M, Krug E et al. (Hrsg) (2001) Injury Surveillance Guidelines. World Health Organisation, Geneva; <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241591331.pdf> (download 5.8.08)
53. Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 718–727
54. Döpfner M, Plück J, Berner W et al. (1997) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 25: 218–233
55. Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau* 53(4): 159–169
56. Goodmann R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38: 581–586
57. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 784–793
58. Goodmann R, Ford P, Simmons H et al. (2000) Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry* 177: 534–539
59. Schlack R, Hölling H, Kurth B-M et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 827–835
60. Hurrelmann K (1999) Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Juventa, Weinheim München

61. Schlack R, Hölling H (2007) Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 819–826
62. Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 794–799
63. Morgan JF, Reid F, Lacey H (1999) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 319: 1467–1468
64. Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 800–809
65. Bettge S, Ravens-Sieberer U (2003) Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzeptes. *Gesundheitswesen* 65: 167–172
66. Schwarzer R, Jerusalem M (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin, Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin
67. Grob A, Lüthi R, Kaiser FG et al. (1991) Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). *Diagnostica* 37(1): 66–75
68. Kern R, Rasky E, Noack RA (1995) Indikatoren für Gesundheitsförderung in der Volksschule. Forschungsbericht 95/1 aus dem Institut für Sozialmedizin der Karl-Franzens-Universität Graz
69. Donald CA, Ware JE (1984) The measurement of social support. *Research in Community and Mental Health* 4: 325–370
70. Schneewind K, Beckmann M, Hecht-Jackl A (1985) Familienklima-Skalen. Bericht. Institut für Psychologie – Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik der Ludwig Maximilians Universität, München
71. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T et al. (2001) Quality of Life in children and adolescents – a european public health perspective. *Sozial- und Präventivmedizin* 46: 297–302
72. Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) Assessing health related quality of life in chronically ill children with the german KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research* 7: 399–407
73. Ravens Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 810–818
74. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemografischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 578–589
75. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
76. Vereecken C, Ojala K, Delgrande Jordan M (2004) Eating Habits. In: World Health Organisation Europe (Hrsg) Young people’s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/ 2002 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*. No 4. Copenhagen. World Health Organisation, S 110–119
77. Birch LL (1998a) Psychological Influence on Childhood Diet. In: *The Journal of Nutrition* 128 (2): 407–410
78. Tuttle C (1999) Childhood and Adolescence. In: Mann J, Tuswell AS: *Essentials of human nutrition* 1999. Volume 5 No. 3. Oxford, New York, Tokyo. Oxford University Press, S 481–487
79. Elmadfa I, Leitzmann C (2004) Ernährung des Menschen. 4. Auflage. Stuttgart: Verlag Eugen Ulmer

80. Ramos M, Stein LM (2000) Development children's eating behaviour. In: *Jornal de Pediatria (Rio J.)* 76 (Supl. 3) 229–237
81. Poskitt EM (1998) Nutritional Problems in Preschool Children. In: Sandler MJ, Strain JJ, Cabello B (Hrsg) *Encyclopedia of Human Nutrition*. 3rd Volume. San Diego, London: Academic Press, S 340–350
82. Mensink GBM, Burger M (2004) Was isst du? Ein Verzehrshäufigkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47: 219–226
83. 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
84. Mensink GBM, Hesecker H, Richter A et al. (2007) Forschungsbericht - Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). In: Robert Koch-Institut, Universität Paderborn, Berlin, Paderborn, p 1–137
85. Mensink GBM, Hesecker H, Stahl A et al. (2007) Die aktuelle Nährstoffversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Ernährungsumschau* 11: 636–646
86. Richter A, Vohmann C, Stahl A et al. (2008) Der aktuelle Lebensmittelverzehr von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Teil 2: Ergebnisse aus EsKiMo. *Ernährungsumschau* 55: 28–36
87. Forschungsinstitut für Kinderernährung (2005) Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Dortmund
88. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (2006) Stillempfehlungen für die Säuglingszeit. www.bfr.bund.de/stillempfehlungen_fuer_die_saeuglingszeit_deutsch.pdf (Stand: 18.12.2006)
89. WHO/UNICEF (1990) Innocenti declaration of the protection, promotion and support of breastfeeding. www.unicef.org/nutrition/index_24807.html (Stand: 18.12.2007)
90. 55th World Health Assembly (2003) Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, Geneva
91. American Academy of Pediatrics (2005) Policy Statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 115: 496–506
92. Bergmann KE, Bergmann RL, von Kries R et al. (2003) Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: Role of breastfeeding. *Int J Obesity* 27: 162–172
93. Lange C, Schenk L, Bergmann R (2007) Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 624–33
94. Welte R, König H-H, Leidl R (2000) The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health* 10: 31–38
95. Neubauer S, Welte R, Beiche A et al. (2006) Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tobacco Control* 15: 464–471
96. Deutsches Krebsforschungszentrum (2002) *Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland*. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Sonderband I. dkfz, Heidelberg
97. Henningfield J E, Benowitz N L (2004) Pharmacology of nicotine addiction. In: Boyle P, Gray N, Henningfield J et al. *Tobacco*. Oxford University Press, Oxford
98. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004*. Teilbände: Rauchen, Alkohol, illegale Drogen. BZgA, Köln
99. International Agency for Research on Cancer (2004) *IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans*. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. International Agency for Research on Cancer, Lyon
100. US Department of Health and Human Services (2004) *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. US 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. USDHHS, Atlanta, Georgia

101. 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
102. Hurrelmann K, Settertobulte W (2008) Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. (Hrsg): Bundeszentrale für politische Bildung. Aus Politik und Zeitgeschichte Heft 28/2008, S 9
103. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008) Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung, Berlin, S 58
104. Settertobulte W (2003) Problematische Formen des Alkoholkonsums – Häufigkeiten, Trends, Ursachen. In: Farke W, Graß H, Hurrelmann K: Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart, S 81–85
105. Dawson A, Grant B, Li T (2007) Impact of Age at First Drinking on Stress-Reactive Drinking Alcoholism: Clinical and Experimental Research 31 (1): 69–77
106. Bode Ch, Bode J Ch (1999) Protektive Wirkung und Missbrauch von Alkohol. In: Ernährungsmedizin. Thieme Verlag, Stuttgart New York, S 527
107. Babor T, Caetano R, Casswell S et al. (2005) Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut, Hogrefe Verlag, Göttingen
108. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2005) Kurzbericht. Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen unter Berücksichtigung der Konsumgewohnheiten von Alkopops. Eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
109. Papst A, Kraus L (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht. 54 (Sonderheft): 36–46
110. 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
111. Mensink GBM, Kleiser C et al. (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 609–623
112. 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
113. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T et al. (2003) The ESPAD Report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm
114. World Health Organization (2004) Young people's health in context. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study. International report from the 2001/2002 survey. WHO Regional Office Europe, Kopenhagen
115. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilbände: Rauchen, Alkohol, illegale Drogen. Eigenverlag, Köln
116. US Department of Health and Human Services (1996) Physical activity and health: a report of the Surgeon General Centers of Disease Control and Prevention, CDC, Atlanta
117. Sallis JF, Owen N (1998) Physical activity and behavioural medicine. Sage, Thousand Oaks
118. Woll A, Bös K (2004) Wirkungen von Gesundheitssport. Bewegungsther Gesundheitsport 20: 1–10
119. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. RKI, Berlin
120. Pate RR, Pratt M, Blair SN (1995) Physical activity and public health. JAMA 273: 281–289
121. Cavill N, Biddle S, Sallis JF (2001) Health enhancing physical activity for young people: Statements of the United Kingdom Expert Consensus Conference. Pediatric Exercise Sci 13: 12–15

122. Bös K (1999) Kinder und Jugendliche brauchen Sport. In: Fessler N, Scheid V, Trosien J et al. (Hrsg) Gemeinsam etwas bewegen! Sportverein und Schule - Schule und Sportverein in Kooperation. Karl Hofmann, Schondorf, S 68–83
123. Richter M, Settertobulte W (2003) Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim, München, S 99–157
124. Lampert T, Mensink GBM, Romahn N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 634–642
125. 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
126. Feierabend S, Klingler W (2002) Medien- und Themeninteressen Jugendlicher. Ergebnisse der JIM-Studie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. Media Perspektiven 1: 9–21
127. Feierabend S, Klingler W (2001) Kinder und Medien 2000: PC/Internet gewinnen an Bedeutung – Ergebnisse der KIM-Studie zur Mediennutzung von Kindern. Media Perspektiven 7: 345–357
128. Zinnecker J, Behnken I, Maschke S, Stecher L (2002) Null Zoff & voll busy – Die erste Jugendgeneration des neuen Jahrhunderts. Leske+Budrich, Opladen
129. Sygusch R (2005) Jugendsport – Jugendgesundheitsurvey. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48: 863–872
130. Sygusch R (2006) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen – ein Beitrag für die Gesundheit? Spectrum Sportwissenschaften 18: 54–738
131. Brettschneider WD, Naul R (2004) Study on young people's lifestyle. Sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance. Final report. Universität Paderborn, Paderborn
132. Burmann U (2003) Mediennutzung statt Sport treiben? Stimmt die geläufige Argumentation: Medienfreaks sind Sportmuffel und Körperwracks. Sportunterricht 52: 163–167
133. WIAD-AOK-DSB-Studie II (2003) Dritter Bericht zum Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Kurzfassung einer Untersuchung im Auftrag des Deutschen Sportbundes und des AOK-Bundesverbandes. Eigendruck, Frankfurt/Main
134. Robinson TN (1999) Reducing children television viewing to prevent obesity. A randomized controlled trial. J Am Medical Association 282: 1561–1567
135. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R (2004) Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. Lancet 364: 226–227
136. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). IDZ, Köln
137. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (2001) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000. DAJ, Bonn
138. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) (2005) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000 sowie 2004. DAJ, Bonn
139. Pieper K, Momeni A (2006) Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern. Deutsches Ärzteblatt 103 (15): 849–855
140. Gülzow HJ, Hellwig E, Hetzer G (2005) Zahnärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte. Leitlinie »Fluoridierungsmaßnahmen«. www.zzq-koeln.de/m2-d.htm
141. Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6/): 653–658

142. Knopf H, Rieck A, Schenk L (2008) Mundhygiene: Daten des KiGGS zum Karies präventiven Verhalten. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, eingereicht
143. Altenhofen L (2002) Gesundheitsförderung durch Vorsorge. Zur Bedeutung von U1 bis J1. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 45: 960–963
144. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
145. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850
146. Collatz J, Malzahn P, Schmidt E (1979) Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppen? Das Öffentliche Gesundheitswesen 41: 173–190
147. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S 152
148. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850
149. Settertobulte W (1995) Altersadäquate Versorgung für Kinder und Jugendliche. In: Settertobulte W, Palentinen C (Hrsg) Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche – Ein Praxishandbuch. Roland Asanger, Heidelberg, S 133–152
150. Robert Koch-Institut (2007) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Epid Bull 30: 267–86
151. 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): 851–62
152. Knopf H (2007) Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 5/6: 863-870
153. Glaeske G, Janhsen K (2006) GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 - 2005. GEK Edition. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44
154. Aktuelle Fassung der Arzneimittel-Richtlinien (Abschnitt F 16.-19.) inklusive Ausnahmeliste/Stand: 6. Oktober 2007 www.kv-thueringen.de/pub/rundschreiben_2007/RS_10-Beilage_AMRL.pdf

4 Das frühe Kindesalter (0 bis 6 Jahre)

Einleitung

Schon in der ersten Zeit nach der Geburt werden entscheidende Weichen für die Gesundheit des Kindes im weiteren Lebensverlauf gestellt. Körperliches und psychisches Wohlbefinden stellen zentrale Voraussetzungen für die normale Entwicklung eines Kindes dar.

Die Geburt verlangt vom Neugeborenen eine starke physiologische Anpassung; bereits ab diesem Zeitpunkt lernt es, sich selbst zu regulieren [1]. Aber erst die Erfüllung der elementaren Bedürfnisse des Säuglings nach Betreuung, Pflege, intensiver emotionaler Zuwendung, einer sicheren Bindung zu mindestens einem Elternteil sowie nach angemessenen Erfahrungs- und Lernangeboten eröffnet dem Kind die Möglichkeit, sich die Welt nach und nach aktiv anzueignen [2]. Die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse ist wesentliche Bedingung für das Gelingen einer gesunden Entwicklung eines Kindes in körperlicher, kognitiver, sozialer und emotionaler Hinsicht [3, 2].

Neuere Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und Neurowissenschaft prägen insgesamt ein Bild vom Kind, das weniger von einem schutzbedürftigen Wesen ausgeht als vielmehr von einem Individuum, welches sich – unter der Prämisse der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse – von Geburt an aktiv und neugierig mit seiner Umwelt auseinandersetzt [2]. Lange bevor das Kleinkind sprechen lernt, kann es bereits durch seine Mimik, sein Körperverhalten und durch Schreien kommunizieren und seine Bedürfnisse und Befindlichkeiten zum Ausdruck bringen.

Von elementarer Bedeutung für das Überleben des Säuglings ist die angeborene Fähigkeit, sich an seine Bezugspersonen zu binden [4]. Der Säugling entwickelt eine intensive Beziehung zu Mutter, Vater oder anderen dauerhaften Bezugspersonen. Diese Bindung ermöglicht es dem Säugling und Kleinkind, im Falle einer objektiv vorhandenen oder subjektiv erlebten Bedrohung Schutz bei seinen Bezugspersonen zu suchen. Denn gerade in den ersten Lebensmonaten und -jahren ist das Kind seiner Umgebung vollkommen ausgeliefert; seine Bindung an Mutter und Vater ist seine wichtigste Sicherheit. Geht die primäre Bezugsperson – tradi-

tionell die Mutter – feinfühlig und verlässlich mit den Bedürfnissen des Kindes um, so kann es Vertrauen aufbauen. Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass Kinder, die im ersten Lebensjahr sicher gebunden sind, später im Kindergarten besser zu recht kommen, kompetenter im sozialen Umgang sind und weniger Verhaltensprobleme haben [1].

In der Zeitspanne zwischen vier bis zwölf Monaten bildet der Säugling grundlegende Fähigkeiten aus, wie Grobmotorik, Greifen, Wahrnehmung und Erkunden [1]. Um den ersten Geburtstag beginnen die Kinder mit dem Laufen. Das Laufenlernen stellt einen wichtigen Entwicklungsschritt dar, denn es ermöglicht eine Erweiterung des Erkundungshorizonts [1]. Die Entwicklung der Motorik ist beim Kind eng verbunden mit der Entwicklung des kindlichen Spiels, aber auch mit der Entstehung von sozialen Beziehungen sowie der kognitiven und sprachlichen Entwicklung. Die kognitive Entwicklungsphase wird auch als Stufe der »sensumotorischen Intelligenz« bezeichnet [5].

Im zweiten und dritten Lebensjahr vollzieht sich eine Veränderung der sozialen Beziehungen derart, dass die meisten Kinder über die Eltern-Kind-Dyade hinaus nun situativ bedingte Kind-Kind-Beziehungen aufnehmen, die neue Erfahrungen ermöglichen. Die Interaktion mit seiner unmittelbaren Umwelt, die Kommunikation mit Erwachsenen und Gleichaltrigen sowie das Spiel besitzen große Bedeutung für den Ausbau der personalen und sozialen Kompetenzen des Kleinkindes. Zum Ende des zweiten Lebensjahres setzt zudem die Selbstwahrnehmung ein [6]. Mit der Entwicklung der Ich-Identität entsteht im Alter von zwei bis drei Jahren auch das Wissen über das eigene Geschlecht. Kinder dieses Alters verfügen bereits über geschlechtsstereotypisches Wissen. Ab dem dritten Lebensjahr zeigen Kleinkinder erste geschlechtstypische Unterschiede in ihrem Sozialverhalten [7, 8].

Im Alter von fünf bis sechs Jahren hat das Kind die Entwicklungsaufgaben gemeistert, die es in die Lage versetzen, sich den neuen Anforderungen zu stellen, die mit dem Eintritt in die Schule verbunden sind. Zum Ende des Vorschulalters verfügt das Kind darüber hinaus über ein relativ differenziertes und stabiles Selbstkonzept [9]. Mit

etwa sechs Jahren hat sich auch die Geschlechtsidentität dahingehend stabilisiert, dass das eigene Geschlecht als unveränderbar betrachtet wird (Geschlechtskonstanz).

Zusammenfassend liegen die zentralen Entwicklungsaufgaben im Alter von bis zu zwei Jahren im Aufbau des Urvertrauens durch emotionale und sichere Bindungen, in der Entwicklung der sensumotorischen Intelligenz und der grundlegenden motorischen Funktionen. Im Alter von zwei bis vier Jahren stehen die Sprachentwicklung und die Verfeinerung motorischer Funktionen im Vordergrund, während im Alter von ca. fünf bis sieben Jahren die Stabilisierung der Geschlechtsidentität, die Fähigkeit zu ersten einfachen moralischen Unterscheidungen sowie das Spiel in der Gruppe hinzukommen [10].

Die kindliche Entwicklung ist zwar in der Abfolge der Entwicklungsstadien einheitlich, im Hinblick auf das zeitliche Auftreten und die Ausprägung bestimmter Verhaltensmerkmale aber sehr vielfältig [6]. Frühkindliche Entwicklungsprozesse verlaufen nicht nach einem universellen Muster, sondern werden durch individuelle Faktoren (wie z. B. Temperament oder Geschlecht) und spezifische Auswirkungen der familiären und sozialen Lebenslagen und Lebensbedingungen der Kinder beeinflusst (siehe auch Kapitel 2).

Die primäre und damit einflussreichste Sozialisationsinstanz im Leben eines Säuglings und Kleinkindes bildet die Familie (siehe auch Kapitel 2.2). Wie in keiner anderen Lebensphase sind Säugling und Kleinkind den engsten Bezugspersonen völlig ausgeliefert. Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ist in hohem Maße von den Lebensbedingungen beeinflusst, unter denen Eltern ihre Kinder aufziehen. Insbesondere Familien in sozial benachteiligten und prekären Lebenslagen – verbunden mit einem niedrigen Bildungsniveau oder ungünstigen sozio-ökonomischen Bedingungen – gelingt es oftmals nicht, die Bedürfnisse ihrer Kinder in ausreichender Weise zu erfüllen, ihnen genügend Zeit und Aufmerksamkeit zu widmen und ihnen anregungsreiche Bedingungen des Aufwachsens zu bieten [2]. Auch Kinder mit Migrationshintergrund haben oftmals erschwerte Entwicklungsbedingungen. Gerade kleine Kinder werden allerdings in stärkerem Maße vom Interaktions- und Erziehungsklima der Familie beeinflusst als von der sozioökonomischen Lage der Familie [11].

Armut, niedrige Bildung und prekäre Lebenslagen sind zudem nicht unmittelbar mit einer Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung oder einer Entwicklungsgefährdung der Kinder gleichzusetzen, sie gehen jedoch mit deutlichen Einschränkungen der materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen einher und können so auf indirektem Wege die Bedingungen der familiären Interaktionen beeinträchtigen. Besonders unter psychosozial belastenden Lebenssituationen sind die Anforderungen, die die Erziehung eines Kindes an die Eltern stellen, oft nicht problemlos zu erfüllen. Neben ungünstigen materiellen Bedingungen gelten insbesondere chronische Disharmonie der Eltern, psychische Beeinträchtigungen der Eltern, eine verminderte Verfügbarkeit der Bindungspersonen sowie Vernachlässigung und Gewalt als Risikofaktoren für eine Gefährdung der kindlichen Entwicklung [12].

Auch erste Erfahrungen im Umgang mit Medien machen Kleinkinder in ihrer Familie, die grundlegende Einstellungen und Konsummuster vermittelt. Während in bildungsnahen Schichten Kleinkindern eher ein großes Angebot an Bilderbüchern und Hörspielen offeriert wird und oftmals nur das Sehen ausgewählter und altersentsprechender Fernsehsendungen gestattet ist, stehen bildungsfernere Familien dem Fernsehkonsum unkritischer gegenüber (siehe Kapitel 4.2.3). Obwohl ein altersgerechter Fernsehkonsum durchaus eine gewisse entwicklungsfördernde Funktion haben und Kindern neue Erfahrungen vermitteln kann, besteht andererseits aber auch die Gefahr, dass ein von Erwachsenen nicht kontrollierter, nicht altersgemäßer und übermäßiger Konsum zur Überforderung gerade von kleineren Kindern führt [2].

Mit zunehmendem Alter differenzieren sich dann die Lebenswelten von Kleinkindern. So bieten beispielsweise Eltern-Kind- bzw. Spielgruppen dem Kind über die unmittelbare familiäre Umwelt hinausgehende, neue Erfahrungsräume. Mit Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung oder in die Tagespflege tritt für das Kleinkind dann eine grundlegende neue Situation ein. Das Kind wird aus der Obhut der Mutter bzw. der Eltern gegeben und ist gefordert, eine Beziehung zu Betreuungspersonen aufzubauen. Diese neuen Erfahrungsräume können die Entwicklungsmöglichkeiten, die das familiäre Umfeld bietet, auf vielfältige Weise ergänzen und erweitern [2].

Von allen Kindern in Deutschland, die noch nicht zur Schule gehen, besuchten zum Stichtag am 15.03.2006 insgesamt 2,6 Millionen eine Kindertageseinrichtung. Des Weiteren befanden sich 45.000 Kinder in einer öffentlich geförderter Kindertagespflege. Hierbei haben das Alter der Kinder sowie die Lage des Wohnorts in Ost- oder Westdeutschland den größten Einfluss darauf, ob ein Kind ein öffentliches Betreuungsangebot in Anspruch nimmt: Während in den neuen Bundesländern 73 % der Zwei- bis Dreijährigen eine Kindertagesbetreuung (Kindertagesstätte und Tagespflege) besuchen, trifft das in den alten Bundesländern lediglich für 17 % der Kinder in diesem Alter zu [13]. In den letzten beiden Jahren vor Schuleintritt nehmen sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland mehr als 90 % der Kinder ein Angebot der Kinderbetreuung wahr [13]. Eine Differenzierung zeigt sich in diesem Alter allerdings dahingehend, dass Kinder aus sozial schwachen Familien und mit Migrationshintergrund weniger stark in Kindertageseinrichtungen vertreten sind.

Mit Blick auf die Qualität der frühkindlichen Betreuung kommt die OECD in ihrem Bericht über frühkindliche Betreuung, Bildung und Erziehung in Deutschland zu dem Schluss, dass die Erziehungseinrichtungen für das Vorschulalter in Deutschland insgesamt von guter Qualität sind [14]. Besonders herausgestellt wird die ganzheitliche Sicht von Bildung, Betreuung und Erziehung. Kritisiert wird dagegen die mangelhafte Ausstattung mit Kinderkrippen- und Tagesmutterplätzen in Westdeutschland. Dort sind nur für knapp 3 % der Kinder unter drei Jahren Betreuungsplätze vorhanden, in Ostdeutschland beträgt der Versorgungsgrad 37 %. Laut EU-Empfehlung wird bis zum Jahr 2010 eine Versorgungsrate von 33 % angestrebt [14]. Eine aktuelle Studie der Bertelsmann Stiftung, die die Bildungssysteme auch für die frühkindliche Lebensphase, in den einzelnen Bundesländern miteinander vergleicht, bestätigt diese Ergebnisse [15].

Im Hinblick auf die lebensphasenspezifischen Besonderheiten des Säuglings- und Kleinkindalters ergeben sich in dieser Altersphase spezifische gesundheitliche Problemlagen, die zum einen in der Perinatalzeit begründet liegen (siehe Kapitel 4.1.1) und zum anderen unmittelbar mit der raschen motorischen, kognitiven, sprachlichen und emotionalen Entwicklung der Kinder in diesem

Alter verbunden sind. Darüber hinaus sind kleinere Kinder häufig von akuten Infektionskrankheiten betroffen (siehe Kapitel 4.1.3.1), die – anders als zu Beginn des 20. Jahrhunderts – heute überwiegend ohne schwerere Komplikationen verlaufen und meist gut behandelbar sind. Des Weiteren können ungünstige soziale Lebensbedingungen und familiäre Belastungen, gepaart mit nur geringen Möglichkeiten der Stressregulation von Säuglingen und Kleinkindern, zu psychischen und sozialen Auffälligkeiten führen.

Ein wichtiges Gesundheitsrisiko im Säuglings- und Kleinkindalter stellen Unfälle dar (siehe Kapitel 4.1.3.3). Im Säuglingsalter passieren die meisten Unfälle zu Hause. Für Säuglinge besteht im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen die größte Gefahr, dass sie durch einen Unfall sterben oder sich schwer verletzen. Mit Vergrößerung des Aktionsradius im Kleinkindalter kommen Unfälle in der unmittelbaren Wohnumgebung und auf dem Spielplatz hinzu. Auch wenn die Unfallmortalität in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist, stellen Unfälle im Kleinkindalter weiterhin die häufigste Todesursache dar [16, 17].

Bedingt durch Bewegungsmangel weisen heute schon viele Kleinkinder Haltungsschwächen sowie Defizite bei körperlichen Ausdauerleistungen, altersgerechter Körperkraft und Koordinationsfähigkeit auf. Im Zuge der Verbauung vieler Städte und des hohen Verkehrsaufkommens stehen Kleinkindern außerhäusliche Spiel- und Freiflächen oftmals nur in begrenztem Umfang zur Verfügung. Daraus resultiert häufig ein Rückzug in Innenräume und Medienwelten, der zu einer retardierten Motorik und Übergewicht beiträgt. Schon im Kleinkind- und frühen Kindesalter zeigen sich zudem Formen eines problematischen Ernährungsverhaltens, die zu Über- und Untergewicht führen können (siehe auch Kapitel 4.2.1 und [18]). Bewegungsmangel, Übergewicht sowie Wahrnehmungs-, Entwicklungs- und Koordinationsdefizite erhöhen wiederum das Risiko für Unfälle.

Darüber hinaus stellt der Spracherwerb einen weiteren Bereich dar, in dem in dieser Lebensphase gesundheitliche Beeinträchtigungen zu verzeichnen sind. Von Relevanz sind zum einen nicht früh genug diagnostizierte Beeinträchtigungen des Hörvermögens und zum anderen eine nicht ausreichende Förderung der Sprachkompetenz in Familie und Kindertagesstätte.

Auch Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und aggressives Verhalten finden bereits in dieser Lebensphase vielfach ihren Anfang [18] und gehen häufig auf eine unzureichende Bewältigung von psychischen Beanspruchungen und sozialen Anforderungen zurück [19]. Stresssituationen, die die Regulationsfähigkeit des Kindes übersteigen, können Fehlanpassungen und Störungen verschiedener Art bewirken [2, 19].

Schon im frühen Kindesalter betreffen die genannten Gesundheitsprobleme und Auffälligkeiten insbesondere diejenigen Kinder, die in ungünstigen sozialen und benachteiligten Verhältnissen leben. Neben einer möglichst früh beginnenden Gesundheitsförderung in der Familie setzt der Nationale Aktionsplan »Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010« auf die Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten mit dem Ziel, ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die sprachlichen und motorischen Fähigkeiten sowie die Fähigkeit zur Stressbewältigung von Kindern zu fördern [20]. Gerade auf Grund der Möglichkeit der Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen kommt der Kindertagesstätte als schichtübergreifendem, pädagogisch orientiertem Zugangsweg eine zentrale familienergänzende Bedeutung zu.

Daten zur Gesundheit im frühen Kindesalter liegen vielfach nur aus Einzelstudien vor, die häufig regional und auf bestimmte Altersgruppen begrenzt sind. Die KiGGS-Daten schließen nun diese Lücke und stellen für Deutschland reprä-

sentative Daten zur Verfügung, die das gesamte Altersspektrum vom Säuglings- bis zum Vorschulalter abdecken. Sie ermöglichen, verschiedene gesundheitliche Aspekte des frühen Kindesalters miteinander sowie mit den sozialen Lebensbedingungen zu verknüpfen.

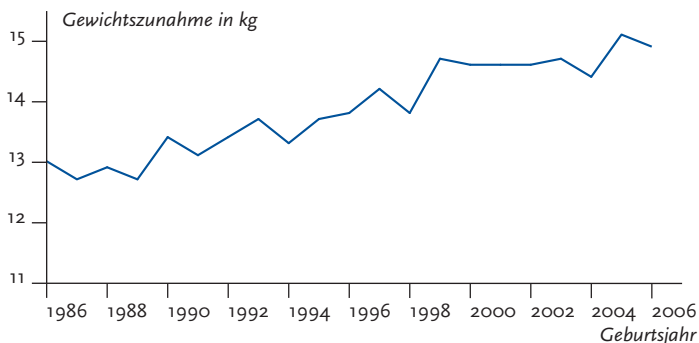
4.1 Gesundheitliche Lage

4.1.1 Pränatale und perinatale Einflussfaktoren

Im vorliegenden Kapitel über perinatale Einflussfaktoren werden, wie auch im Kapitel 4.2.1.1 über das Stillverhalten, Analyseergebnisse für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der KiGGS-Studie präsentiert (Alter 0 bis 17 Jahre) (siehe auch Kapitel 3.1.1 und [21]). Eine getrennte Auswertung nach Lebensphasen erscheint bei diesen beiden Themen nicht sinnvoll.

In KiGGS wurden alle beteiligten Mütter gebeten, ihre Gewichtszunahme während der Schwangerschaft anzugeben. Diese ist mit durchschnittlich 13,8 kg als eher hoch zu bezeichnen [21]. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts der Kinder, nach Sozialstatus, Migrationshintergrund oder Wohnregion. Neugeborene Jungen sind mit 3.437,3 g etwa 4 % schwerer als neugeborene Mädchen mit 3.306,2 g. Es fällt auf, dass ein steigender Sozialstatus mit signifikant steigendem Geburtsgewicht des Kindes einhergeht. Aus Abbildung 4.1.1.1 ist

Abbildung 4.1.1.1
Durchschnittliche Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (kg) nach Geburtsjahr des Kindes
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft nach dem Geburtsjahr der untersuchten Kinder ersichtlich. Zwischen 1986 und 2006 erhöhte sich die durchschnittliche Gewichtszunahme in der Schwangerschaft signifikant um mehr als 2 kg. Sie korreliert mit dem Gewicht der Neugeborenen, das im gleichen Zeitraum signifikant um 50 g angestiegen ist [21].

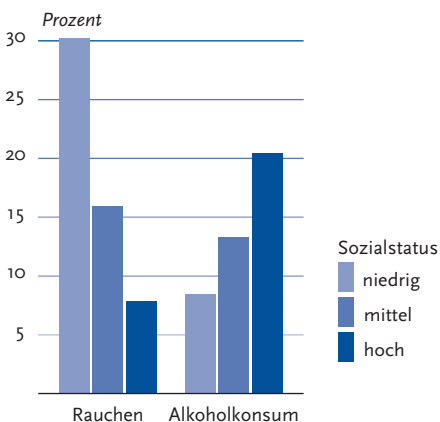
Insgesamt gab etwa ein Drittel der Mütter an, aktuell zu rauchen. Mit 17,5% ist der Anteil von Müttern, die auch während der Schwangerschaft rauchten, deutlich geringer. Nach diesen Selbstanfragen zu urteilen, hat ein großer Anteil der aktuellen Raucherinnen während der Schwangerschaft nicht geraucht. Hinweise aus der Literatur deuten darauf hin, dass dieser Anteil jedoch geringer ist als berichtet [21]. Ein Grund dafür könnte sein, dass auf die Frage nach dem Rauchen in der Schwangerschaft oftmals sozial erwünschte Antworten gegeben werden [21]. Der Sozialstatus spielt eine besondere Rolle, wenn es um das Rauchverhalten der Mütter geht. Unter Frauen mit niedrigem Sozialstatus ist der Anteil der Raucherinnen mehr als doppelt so hoch wie unter Frauen mit hohem Sozialstatus, bezogen auf das Rauchen während der Schwangerschaft waren es sogar etwa viermal so viele Raucherinnen mit niedrigem im Vergleich zu hohem Sozialstatus (siehe Abbildung 4.1.1.2). Mütter von Kindern ohne Migrationshintergrund

rauchen signifikant häufiger als Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund. Dies trifft auch für das Rauchen in der Schwangerschaft zu. Der Einfluss der Wohnregion auf das Rauchverhalten der Mütter scheint keine einheitliche Richtung zu haben: Während der aktuelle Anteil an Raucherinnen in den neuen Bundesländern signifikant höher ist als in den alten Bundesländern, ist diese Tendenz genau umgekehrt, wenn es um das Rauchen in der Schwangerschaft geht. Hier ist der Anteil unter den Müttern aus den neuen Bundesländern signifikant geringer als unter denen aus den alten Bundesländern.

13,8% der Schwangeren konsumierten Alkohol gelegentlich oder regelmäßig, davon gaben allerdings unter 1% der Mütter an, regelmäßig Alkohol getrunken zu haben. Mehr als doppelt so viele Mütter aus der oberen im Vergleich zur unteren Sozialstatusgruppe gaben an, während der Schwangerschaft Alkohol getrunken zu haben (siehe Abbildung 4.1.1.2). Nur 5% der Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund, aber dreimal so viele Mütter von Kindern ohne Migrationshintergrund konsumierten Alkohol in der Schwangerschaft. Die toxischen Wirkungen von Tabakrauch und Alkohol sind aus der Literatur bekannt [22, 23] und können schwere und langfristige gesundheitsschädigende Folgen für das Kind haben.

Insgesamt zeigen die beschriebenen Daten zu prä- und perinatalen Einflussfaktoren einen Trend zu einer stärkeren Gewichtszunahme der Schwangeren und einem höheren Geburtsgewicht bei Neugeborenen im Laufe der letzten 20 Jahre. Hinsichtlich Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft weisen die Analyseergebnisse auf einen großen gesundheitspolitischen Handlungsbedarf hin: Knapp jede fünfte Frau gab an, während der Schwangerschaft geraucht zu haben, und etwa jede siebente Frau konsumierte Alkohol.

Abbildung 4.1.1.2
Rauchen und Alkoholkonsum der Mütter in der Schwangerschaft nach Sozialstatus, Anteile (%)
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



4.1.2 Körperliche Entwicklung

Die früheste Kindheit ist gekennzeichnet durch rasche Entwicklungsprozesse, wobei das Körperwachstum besonders augenfällig ist. Ein normales Geburtsgewicht ist für die weitere körperliche Entwicklung dabei ebenso von Bedeutung wie wesentliche mütterliche Einflussfaktoren (Ernährung in der Schwangerschaft, Rauchen, Alkoholkonsum

etc.), die das Wachstum des ungeborenen Kindes bereits im Mutterleib beeinträchtigen können (siehe auch Kapitel 4.1.1).

In KiGGS wurden für die Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen die Körpergröße, das Körpergewicht sowie der Kopfumfang erfasst und aus zwei Hautfettfalten (am Oberarm und am Rücken unter dem Schulterblatt) der Körperfettanteil errechnet (siehe auch Kapitel 3.1.2 und [24]). Die Ergebnisse zeigen, dass das Wachstum nach der Geburt für beide Geschlechter weitgehend parallel verläuft (siehe Tabelle 4.1.2.1). Dabei wird deutlich, dass die Jungen in jedem Altersjahr im Mittel 1 bis 2 cm

größer sind als die Mädchen. Die Zuwachsraten sinken nach dem vollendeten 2. Lebensjahr von ca. 12 cm pro Jahr auf 6 bis 7 cm pro Jahr bis zum 6. Lebensjahr ab. Beim Körpergewicht kommt es jenseits des Säuglingsalters zu einer durchschnittlichen Gewichtszunahme von 2,5 bis 3,5 kg pro Jahr. Auch hier liegen die Werte der Mädchen im Durchschnitt immer unter denen der Jungen. Der Kopfumfang als äußeres Maß für eine normgerechte Entwicklung des Gehirns zeigt eine stetige kontinuierliche Zunahme bis zum 3. Lebensjahr und danach nur noch geringe jährliche Zunahmen bis zum 6. Lebensjahr. Relevant ist der aus

Tabelle 4.1.2.1
Mittelwerte für Körpergröße, Körpergewicht, Kopfumfang und Körperfettanteil
von 0- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte

Alter	Körpergröße	Körpergewicht	Kopfumfang	Körperfettanteil
	cm MW	kg MW	cm MW	% MW
0 Jahre				
Jungen	70,2	8,5	44,4	18,2
Mädchen	68,3	7,8	43,2	18,0
1 Jahr				
Jungen	82,9	11,4	48,2	16,4
Mädchen	81,5	10,8	46,9	16,6
2 Jahre				
Jungen	92,9	14,1	49,9	15,9
Mädchen	91,1	13,3	48,6	16,8
3 Jahre				
Jungen	101,2	16,4	50,7	15,8
Mädchen	100,0	15,8	49,6	17,0
4 Jahre				
Jungen	108,0	18,4	51,3	15,4
Mädchen	107,2	18,1	50,3	17,1
5 Jahre				
Jungen	114,8	20,7	51,9	15,2
Mädchen	114,3	20,5	50,9	17,1
6 Jahre				
Jungen	121,2	23,7	52,3	15,7
Mädchen	120,7	23,2	51,6	17,3

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

den beiden Hautfettfalten und der Körpergröße errechnete Körperfettanteil (berechnet und angepasst an Regressionsgleichungen nach Slaughter [25]). Im Säuglingsalter und im 2. Lebensjahr sind die prozentualen Körperfettanteile bei Jungen und Mädchen fast identisch. Danach nimmt der Körperfettanteil bei den Jungen etwas ab und bleibt bis zum 6. Lebensjahr auf fast gleichem Prozentniveau. Bei den Mädchen zeichnet sich dagegen eine kontinuierliche Zunahme des Körperfettanteiles in dieser Altersperiode ab.

Auswertungen nach Sozialstatus und Migrationshintergrund zeigen für Jungen und Mädchen der Altersgruppe 0 bis 2 Jahre keine signifikanten Unterschiede in der Körpergröße, dem Körpergewicht und dem Körperfettanteil. Dagegen ergeben sich bei den 3- bis 6-Jährigen statistisch signifikante Unterschiede im Körperfettanteil nach dem Sozialstatus. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben einen höheren prozentualen Körperfettanteil als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (Jungen: niedriger Status 16,2%, mittlerer Status 15,6%, hoher Status 14,8%; Mädchen: niedriger Status 17,5%, mittlerer Status 17,5%, hoher Status 16,3%). In dieser Altersgruppe ist auch ein höherer Körperfettanteil bei Jungen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu gleichaltrigen Jungen ohne Migrationshintergrund nachweisbar (16,3% vs. 15,3%). Jungen aus den östlichen Bundesländern weisen gegenüber Jungen aus den westlichen Bundesländern einen höheren prozentualen Körperfettanteil auf (16,2% vs. 15,5%). Weitere Unterschiede sind bei den Mädchen und Jungen dieser Altersgruppe nicht festzustellen.

Wachstumsbeschleunigung (Akzeleration)

Der Vergleich mit altersbezogenen Körpermesswerten einer Studie von Hesse et al. [26] zeigt für die KiGGS-Studie geringfügig höhere Werte hinsichtlich der Körpergröße von durchschnittlich 1 bis 1,5 cm pro Jahrgang und eine mittlere Körpergewichtszunahme von 0,3 bis 1,3 kg pro Jahrgang. Diese Entwicklung deutet auf eine leichte Wachstumsbeschleunigung hinsichtlich Größe und Gewicht hin. Ergebnisse der Jenaer Untersuchungen zeigen ebenfalls eine Wachstumsbeschleunigung bei Vorschulkindern auf. Sie stellten fest, dass 4- bis

5-jährige Kinder im Jahr 1995 durchschnittlich 2 kg mehr wiegen als 1975 und die Hautfettfaldendicke zugenommen, die Körpergröße sich jedoch nicht in gleichem Maße erhöht hat [27]. Aus den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen ist für 6-Jährige seit 1980 ein deutlicher Anstieg des mittleren Körpergewichts zu erkennen. Dieser Trend zeigt nach neueren Ergebnissen aus Brandenburg eine leicht rückläufige Tendenz [28]. Mit den KiGGS-Daten liegen jetzt erstmals Ergebnisse vor, die es erlauben, den Trend im Wachstum der Klein- und Vorschulkinder bundesweit weiter zu verfolgen. Unstrittig ist, und das zeigen sowohl Ergebnisse der regionalen Studien als auch die KiGGS-Ergebnisse, dass die Zunahme des Körpergewichts und des Körperfettanteils von den sozialen Lebensbedingungen abhängig ist, wobei sich Schichtzugehörigkeit und der Migrationshintergrund als wesentliche Determinanten erwiesen haben [29, 30, 31].

Insgesamt zeigen die erhobenen Körpermesswerte in KiGGS bei Säuglingen und Kleinkindern eine altersgerechte Wachstumsdynamik. Bei den 3- bis 6-jährigen Kindern besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Körperfettanteil und dem Sozialstatus.

4.1.3 Morbidität

4.1.3.1 Somatische Erkrankungen

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey stellt Daten zu den wichtigsten akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen bereit (siehe auch Kapitel 3.1.3.1). Insgesamt sind Kinder und Jugendliche am häufigsten von akuten Erkrankungen, insbesondere von Erkrankungen der Atemwege betroffen. So hatten 91,4% der Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren in den letzten 12 Monaten eine Erkältung bzw. einen grippalen Infekt (siehe Tabelle 4.1.3.1.1). An einer akuten Bronchitis litten 27,9% und an Otitis media (Mittelohrentzündung) 20,7% der Kinder in dieser Altersgruppe. Mit einer relativ hohen 12-Monats-Prävalenz treten Magen-Darm-Infekte ebenfalls sehr häufig auf: 54,5% der Kinder waren davon mindestens einmal betroffen. Weitere Prävalenzen akuter Erkrankungen im frühen Kindesalter sind Tabelle 4.1.3.1.1 zu entnehmen. Die niedrigsten 12-Monats-Prävalenzen wurden für Blasenentzündungen

Tabelle 4.1.3.1.1

12-Monats-Prävalenz von akuten Erkrankungen bei 0- bis 6-Jährigen nach Alter, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Akute Erkrankungen	0–2 Jahre	3–6 Jahre	0–6 Jahre
Erkältung	87,5%	93,9%	91,4%
Angina	10,5%	22,7%	17,9%
Akute Bronchitis	25,6%	29,4%	27,9%
Pseudokrupp	7,8%	9,3%	8,7%
Magen-Darm-Infektion	47,6%	58,9%	54,5%
Herpes	5,4%	9,7%	8,0%
Blasenentzündung	2,7%	6,0%	4,7%
Bindehautentzündung	16,7%	15,4%	15,9%
Lungenentzündung	4,8%	11,3%	2,9%
Mittelohrentzündung	18,9%	22,9%	21,8%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

(4,7%) sowie Lungenentzündungen (2,9%) ermittelt. Insgesamt ist festzustellen, dass die Prävalenzen der genannten akuten Erkrankungen im frühen Kindesalter durchgehend höher liegen als im Schul- oder Jugendalter. Eine Ausnahme ist Herpes (Virusinfektion, meist als Lippenbläschen): die Häufigkeit dieser Erkrankung nimmt mit steigendem Alter zu. Für Angina und Blasenentzündungen ist dagegen kein Alterstrend zu beobachten.

Es fällt auf, dass die 12-Monats-Prävalenzen für alle beschriebenen Erkrankungen (mit Ausnahme von Bindehautentzündungen) bei den 3- bis 6-Jährigen signifikant höher sind als bei den 0- bis 2-Jährigen, bevor sie dann im Verlauf der Lebensphasen 7 bis 10 Jahre und 11 bis 17 Jahre deutlich zurückgehen. Damit kann mit den 3- bis 6-Jährigen eine Altersgruppe identifiziert werden, die verhältnismäßig häufig an akuten Erkrankungen leidet.

Geschlechtsspezifische Auswertungen ergaben, dass Jungen signifikant häufiger an Bronchitis, Pseudokrupp, Bindehautentzündung, Magen-Darm-Infekten und Mittelohrentzündungen erkranken als Mädchen. Letztere leiden hingegen häufiger an Blasenentzündungen. Signifikante Sozialstatusunterschiede zeigen sich dahingehend, dass Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus in den letzten 12 Monaten häufiger von Angina und Herpes betroffen waren, während

Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus öfter an Pseudokrupp litten. Kinder aus der oberen sozialen Statusgruppe hatten in den letzten 12 Monaten häufiger Erkältungen bzw. einen grippalen Infekt, einen Magen-Darm-Infekt oder eine Bindehautentzündung. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne Migrationshintergrund eine signifikant höhere 12-Monats-Prävalenz von Angina und Magen-Darm-Infekten auf. Dagegen sind letztere häufiger von Erkältungen/grippalen Infekten, Bronchitis, Bindehaut- und Mittelohrentzündungen sowie Pseudokrupp (nur bei Jungen) betroffen als Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund. Bezüglich der Wohnregion liegen nur geringe Unterschiede vor: Kinder aus den neuen Bundesländern litten seltener an Mittelohrentzündungen und Erkältungen/grippalen Infekten (nur bei Jungen) und häufiger an Lungenentzündungen als Kinder aus den alten Bundesländern.

Im Gegensatz zur 12-Monats-Prävalenz akuter Erkrankungen ist zu erwarten, dass die Häufigkeiten ansteckender Kinderkrankheiten (Lebenszeitprävalenz) mit zunehmendem Lebensalter ansteigen.

Die Auswertungen der KiGGS-Daten bestätigen die erwartete Zunahme vom frühen Kindesalter bis zum Schul- und Jugendalter für alle erfrag-

ten ansteckenden Krankheiten. Aber auch bereits innerhalb der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen ist der Unterschied zwischen den betrachteten Unteraltersgruppen hinsichtlich der Prävalenzen zahlreicher Kinderkrankheiten signifikant (siehe Tabelle 4.1.3.1.2). Die höchste Lebenszeitprävalenz bei den 0- bis 6-Jährigen ergab sich für Windpocken (41,9%), danach folgt Scharlach mit einer Lebenszeitprävalenz von 12,0%. Röteln (2,1%), Keuchhusten (1,3%), Masern (1,2%) und Mumps (0,4%) wurden in dieser Altersgruppe bisher seltener erlebt.

Tabelle 4.1.3.1.2
Lebenszeitprävalenzen von ansteckenden Kinderkrankheiten bei 0- bis 6-Jährigen nach Altersgruppen, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Ansteckende Kinderkrankheiten	0–2 Jahre	3–6 Jahre	0–6 Jahre
Keuchhusten	0,4%	1,8%	1,3%
Masern	0,4%	1,7%	1,2%
Mumps	0,2%	0,6%	0,4%
Röteln	1,0%	2,9%	2,1%
Windpocken	12,4%	61,3%	41,9%
Scharlach	1,9%	18,8%	12,0%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Insgesamt sind bis auf eine Ausnahme (Jungen erkranken häufiger an Scharlach) keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festzustellen. Bei Betrachtung der Sozialstatusunterschiede fällt auf, dass Kinder aus Familien der unteren Sozialstatusgruppe häufiger an Masern oder Röteln erkrankt waren, aber seltener an Windpocken. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund waren häufiger von Keuchhusten und Masern betroffen, aber weniger von Windpocken und Scharlach. Auswertungen nach Wohnregion (Ost vs. West) ergaben, dass Kinder aus den neuen Bundesländern häufiger an Windpocken, aber seltener an Keuchhusten erkranken als Kinder aus den alten Bundesländern. Zudem fällt auf, dass in Großstädten Masern und Röteln häufiger auftreten als in kleineren Orten.

Die Lebenszeitprävalenzen verschiedener chronischer Krankheiten nehmen je nach Art der Erkrankung im Altersverlauf eher zu oder ab. Diagnosen zu Erkrankungen wie Herzkrankheit, Anämie (Blutarmut) oder Krampfanfälle werden bereits in den ersten Lebensjahren gestellt, so dass sich die Lebenszeitprävalenzen im Schul- und Jugendalter nicht mehr stark erhöhen. Bei anderen chronischen Krankheiten wie Asthma bronchiale, Heuschnupfen oder Migräne ist wiederum eine (zum Teil starke) Zunahme im Altersverlauf festzustellen [32].

Allergische Erkrankungen stellen im Kindes- und Jugendalter das häufigste gesundheitliche Problem dar [33]. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wurden Daten zu vier atopischen Krankheitsbildern (Überempfindlichkeitsreaktionen auf Substanzen in der Umwelt) erhoben: Heuschnupfen, atopisches Ekzem (Neurodermitis), Asthma bronchiale und allergisches Kontaktekzem (siehe Tabelle 4.1.3.1.3).

In diesem Zusammenhang hat die spastische (obstruktive) Bronchitis (Atemwegsüberempfindlichkeit gegenüber Reizen; Entzündung der Bronchien mit trockenen Geräuschen und ggf. Husten und eventuell Luftnot) eine besondere Bedeutung. Sie ist eine typische Erkrankung im Säuglings- und Kleinkindalter und bis zu einem Alter von 2 Jahren schwer von einem frühen Asthma bronchiale abzugrenzen. So erklärt sich, dass die Lebenszeitprävalenzen von Asthma bronchiale mit zunehmendem Alter signifikant ansteigen (siehe Tabelle 4.1.3.1.3), während die Lebenszeitprävalenzen der spastischen (obstruktiven) Bronchitis (siehe Tabelle 4.1.3.1.4) ausgehend vom frühen Kindesalter bis hin zum Schulalter stagnieren und im Jugendalter signifikant abnehmen. Insgesamt leiden 14,8% der Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren an einer spastischen (obstruktiven) Bronchitis und 1,9% an Asthma bronchiale. Des Weiteren sind in dieser Altersgruppe 3,2% der Kinder von Heuschnupfen, 11,5% vom atopischen Ekzem und 4,4% vom allergischen Kontaktekzem betroffen. Für die allergischen Erkrankungen ist innerhalb der Altersgruppe 0 bis 6 Jahre ein Anstieg mit zunehmendem Alter festzustellen.

Es fällt auf, dass Jungen im Alter von 0 bis 6 Jahren häufiger von Heuschnupfen und Asthma bronchiale betroffen sind als Mädchen. Sozialstatusunterschiede sind in dieser Altersgruppe eher

Tabelle 4.1.3.1.3
Lebenszeitprävalenzen von allergischen Erkrankungen bei 0- bis 6-Jährigen nach Altersgruppen, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Allergische Erkrankungen	0–2 Jahre	3–6 Jahre	0–6 Jahre
Heuschnupfen	0,5 %	4,9 %	3,2 %
Neurodermitis	8,7 %	13,3 %	11,5 %
Asthma	0,5 %	2,7 %	1,9 %
Allergisches Kontaktekzem	2,3 %	5,7 %	4,4 %

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Tabelle 4.1.3.1.4
Lebenszeitprävalenzen von chronischen Erkrankungen bei 0- bis 6-Jährigen nach Altersgruppen, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Chronische Erkrankungen	0–2 Jahre	3–6 Jahre	0–6 Jahre
Herzkrankheit	3,4 %	2,7 %	3,0 %
Anämie	1,7 %	2,2 %	2,0 %
Krampfanfall	1,8 %	3,5 %	2,8 %
Schilddrüsenerkrankungen	0,3 %	0,4 %	0,3 %
Diabetes	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Skoliose	0,8 %	1,5 %	1,2 %
Migräne	0,0 %	0,2 %	0,1 %
Psoriasis	1,0 %	0,7 %	0,8 %
Spastische (obstruktive) Bronchitis	12,3 %	16,3 %	14,8 %

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

selten auszumachen, lediglich die Lebenszeitprävalenzen von atopischem Ekzem und allergischem Kontaktekzem sind bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus höher. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund leiden häufiger an Heuschnupfen, aber seltener an allergischem Kontaktekzem als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Kinder aus den alten und neuen

Bundesländern unterscheiden sich bezüglich der Lebenszeitprävalenzen nicht, abgesehen vom atopischen Ekzem, bei dem die Lebenszeitprävalenz von Kindern aus Ostdeutschland höher liegt.

Die Lebenszeitprävalenzen der verschiedenen chronischen Krankheiten (ohne Allergien), die neben der bereits genannten obstruktiven Bronchitis in KiGGS erfasst wurden, sind für die 0- bis 6-Jährigen insgesamt relativ gering (siehe Tabelle 4.1.3.1.4). Altersspezifische Auswertungen ergaben für diese Lebenszeitprävalenzen (außer für Herzkrankheiten) einen generellen Anstieg mit zunehmendem Alter der Kinder. Auch innerhalb der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen ist dieser Trend bereits bemerkbar.

Bis auf zwei Ausnahmen sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zu verzeichnen: Für Migräne ist die Lebenszeitprävalenz im frühen Kindesalter bei den Mädchen höher als bei den Jungen, und die spastische (obstruktive) Bronchitis tritt unter den 0- bis 6-jährigen Jungen häufiger als unter Mädchen auf. Hinsichtlich des Sozialstatus gibt es ebenfalls keine Unterschiede. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund haben eine höhere Lebenszeitprävalenz von Herzerkrankungen und Anämien. Für die Lebenszeitprävalenz von Diabetes sind aufgrund der geringen Fallzahlen keine Auswertungen nach einzelnen Schichtungsvariablen möglich.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Prävalenzen der akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen im jüngeren Kindesalter sehr unterschiedlich ausfallen. Akute Erkrankungen dominieren das Krankheitsgeschehen in dieser Lebensphase und nehmen zum Schul- und Jugendalter hin ab. Erkältungen und Magen-Darm-Infekte stellen mit einer 12-Monats-Prävalenz von 91,4 % bzw. 54,5 % im frühen Kindesalter (und ebenfalls bei 7- bis 17-Jährigen) die häufigsten Erkrankungen dar. Etwa ein Viertel der Jüngsten war in den letzten 12 Monaten von einer Bronchitis oder/und Mittelohrentzündung betroffen. Die Lebenszeitprävalenzen der ansteckenden Kinderkrankheiten steigen zum Jugendalter hin stark an. An Windpocken (41,9 %) und Scharlach (12,0 %) war allerdings schon ein erheblicher Teil der 0- bis 6-Jährigen im Laufe ihres Lebens erkrankt. Unter den chronischen Erkrankungen ist die spastische (obstruktive) Bronchitis eine typische Krankheit des Säuglings- und Kleinkindalters

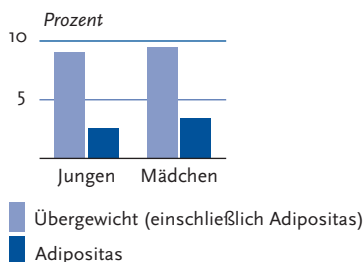
mit relativ hoher Prävalenz (14,8%). Bei den allergischen Erkrankungen fällt besonders der hohe Anteil von Kindern auf, die bereits die Diagnose Neurodermitis gestellt bekommen (11,5%). Die Prävalenzen von allergischen Erkrankungen steigen über das gesamte Kindes- und Jugendalter kontinuierlich an.

4.1.3.2 Übergewicht und Adipositas

Die hier beschriebenen Ergebnisse beschränken sich aufgrund methodischer Probleme des Vergleichs mit Referenzwerten auf Kinder im Alter ab drei Jahren (siehe auch Kapitel 3.1.3.2 und [34]). Gegenüber den folgenden Lebensphasen von Kindheit und Jugend ist die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas im frühen Kindesalter noch relativ gering. Während bei den 3- bis 6-Jährigen 9,1% von Übergewicht betroffen sind, sind es bei den 11- bis 17-Jährigen mit 17,7% fast doppelt so viele. Auch bei der Verbreitung von Adipositas gibt es einen deutlichen Anstieg im Altersverlauf: der Anteil adipöser Kinder oder Jugendlicher steigt von 2,9% bei den 3- bis 6-Jährigen auf 6,4% bei den 7- bis 10-Jährigen und bis auf 8,0% bei den 11- bis 17-Jährigen.

Wie in den folgenden Lebensphasen auch, sind keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede zu finden. Mädchen im Alter von 3 bis 6 Jahren weisen zwar sowohl eine höhere Prävalenz an Übergewicht (9,3%) und Adipositas (3,3%) auf als Jungen (8,9% Übergewicht und 2,5% Adipo-

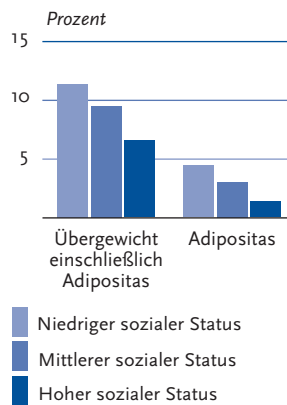
Abbildung 4.1.3.2.1
Übergewicht (einschließlich Adipositas) und Adipositas bei 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte



sitas), diese Unterschiede sind aber nicht signifikant (siehe Abbildung 4.1.3.2.1).

Hinsichtlich des Sozialstatus wird ein sozialer Gradient deutlich, der sich in einem starken Anstieg von Übergewicht und Adipositas mit abnehmendem Sozialstatus zeigt (siehe Abbildung 4.1.3.2.2).

Abbildung 4.1.3.2.2
Übergewicht (einschließlich Adipositas) und Adipositas bei 3- bis 6-jährigen nach Sozialstatus, Anteile (%)
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben, Messwerte



Zudem wird deutlich, dass 3- bis 6-jährige Kinder mit Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht (13,3%) und Adipositas (4,9%) betroffen sind als gleichaltrige Kinder ohne Migrationshintergrund (Übergewicht 8,3% und Adipositas 2,4%). Nach dem Geschlecht getrennt zeigen sich dabei signifikante Unterschiede hinsichtlich Migrationsstatus und Übergewicht bei Jungen und Mädchen, bezüglich Adipositas nur für die Mädchen. Kinder mit einem türkischen Migrationshintergrund werden generell als am häufigsten von Übergewicht betroffene Gruppe von Migranten identifiziert [35].

Unterschiede bezüglich der Wohnregion sind nur bei der Betrachtung von Adipositas auszumachen: die Verbreitung von Adipositas in den neuen Bundesländern ist mit 4,3% signifikant höher als in den alten Bundesländern mit 2,4%. Für Übergewicht gibt es dagegen keine signifikanten Unterschiede.

4.1.3.3 Unfälle und Verletzungen

Verletzungen durch Unfälle

In der Altersgruppe 0 bis 6 Jahre haben 13,4 % der Kinder in den letzten 12 Monaten eine unfallbedingte Verletzung erlitten. Da sich die Unfallschwerpunkte vom Säuglings- zum Schulalter stark unterscheiden, wird in den folgenden Ausführungen auf die international übliche Einteilung der Altersgruppen 1 bis 4 Jahre (Kleinkinder), 5 bis 14 Jahre (Schülerinnen, Schüler) und 15 bis 17 Jahre (Jugendliche) zurückgegriffen. Kinder unter einem Jahr (Säuglinge) wurden aus den in Kapitel 3.1.3.3 genannten Gründen von der Analyse ausgeschlossen.

15,3 % der Jungen und 13,6 % der Mädchen im Alter von 1 bis 4 Jahren haben einen Unfall erlitten (gesamt: 14,5 %) (siehe Tabelle 4.1.3.3.1) [36]. Während bei den Jungen ein kontinuierlicher Anstieg der Unfallraten vom Kleinkind- bis zum Jugendalter zu verzeichnen ist, liegen die Unfallraten bei den Mädchen in allen Altersgruppen bei ca. 13 %. Der Geschlechtsunterschied erwies sich bei den Kleinkindern als nicht signifikant. Eine statistische Analyse der Unfallochhäufigkeit nach Sozialstatus (niedrig, mittel, hoch) ergab keine Unterschiede. Es konnten aber signifikant höhere Verletzungsraten für die Jungen mit Migrationshintergrund verglichen mit ihren deutschen Altersgefährten ermittelt werden. Nach Region (Ost vs. West) zeigte sich für die 1- bis 4- Jährigen bezogen auf die Region Ost eine signifikante niedrigere Verletzungshäufigkeit.

17,1 % der verletzten Kleinkinder mussten im Krankenhaus behandelt werden (Mädchen: 16,8 %, Jungen: 17,5 %). Sie weisen damit die höchste stationäre Behandlungsrate infolge Verletzungen von allen hier betrachteten Altersgruppen auf.

Verletzungen durch Gewalt

Verletzungen durch Gewalt bei tätlichen Auseinandersetzungen betreffen 0,6 % der 1- bis 4-jährigen Jungen und 0,3 % der Mädchen (gesamt: 0,5 %). Für die Merkmale Geschlecht, Region, Sozial- und Migrationsstatus konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.

Unfallorte

Der häufigste Unfallort bei Kleinkindern ist mit 60,0 % das Zuhause, einschließlich der nahen Wohnumgebung (Garten, Hof) (siehe Tabelle 4.1.3.3.1). Während die Unfälle zu Hause mit zunehmendem Alter der Kinder abnehmen, steigen die Spiel-, Sport- und Freizeitunfälle an. Bei den 1- bis 4-Jährigen sind 19,0 % der Unfälle beim Sport und Spiel passiert. Die Betreuungseinrichtungen sind für diese Altersgruppe der dritthäufigste Unfallort (10,9 %). Unfälle auf öffentlichen Verkehrswegen nehmen den vierten Platz ein. Ihr Anteil ist im Kleinkindalter relativ gering (5,6 %), nimmt späterhin aber deutlich zu.

Unfallmechanismen

Sturzunfälle sind bei allen Kindern und Jugendlichen der am häufigsten genannte Unfallmechanismus. Der Anteil der Stürze aus der Höhe beträgt im Kleinkindalter 35,8 % und reduziert sich mit zunehmendem Alter. Bei den 1- bis 4-Jährigen sind unter den Sturzunfällen Stürze von der Treppe (10,4 %) und Stürze von Spielgeräten (7,7 %) am häufigsten. Unfälle durch Zusammenstoß bzw. Zusammenprall berichten 16,4 % der Eltern von Kleinkindern, im Schul- und Jugendalter gibt es hier einen Anstieg. Bei den kleineren Kindern sind hinsichtlich Zusammenstoßen die Kollisionen mit Gegenständen am häufigsten (13,2 % aller Unfälle). Als weiterer Unfallmechanismus trat bei 3,9 % der Kleinkinder ein Verkehrsunfall auf, Jungen waren signifikant häufiger betroffen als Mädchen.

Verletzungsfolgen

Die häufigsten vier Verletzungsfolgen bei Kindern von 1 bis 4 Jahren sind offene Wunden (37,7 %), Prellungen, Verrenkungen und Zerrungen (14,4 %), Knochenbrüche (10,7 %) und Gehirnerschütterungen (7,0 %) (siehe Tabelle 4.1.3.3.1). Offene Wunden dominieren das Verletzungsgeschehen im Kleinkindalter und nehmen danach deutlich ab, die Anteile der Knochenbrüche und der Prellungen, der Verrenkungen und Zerrungen an allen Verletzungen nehmen hingegen mit zunehmendem Alter zu.

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich nur für Gehirnerschütterungen nachweisen, Mädchen sind signifikant häufiger betroffen als Jungen.

Schutzmaßnahmen beim Radfahren

Die Eltern der Kinder ab 3 Jahren wurden nach Schutzmaßnahmen beim Radfahren gefragt. Nach ihren Angaben fahren 82,1% der Kinder von 3 bis 4 Jahren Fahrrad. Die persönlichen Schutzmaßnahmen werden bei den jüngsten Kindern sehr gut umgesetzt. Die Helmtragequoten beim Fahrradfahren liegen bei 90,7% für die Jungen und 87,8% für die Mädchen und nehmen zum Jugendalter hin dramatisch ab. Dennoch zeigen sich bereits für die 3- bis 4-jährigen signifikante Unterschiede in den Helmtragequoten entlang der untersuchten Schichtungsvariablen mit niedrigeren Quoten bei einem niedrigen Sozialstatus der Familie, einem Migrationshintergrund und der Wohnregion Ost (inklusive Berlin).

Bei den Kleinkindern stehen Unfälle im Haus und in der häuslichen Umgebung im Mittelpunkt

des Unfallgeschehens. Stürze sind der dominierende Unfallmechanismus. Kleinkinder werden von allen Altersgruppen am häufigsten nach einem Unfall stationär aufgenommen.

4.1.3.4 Psychische Gesundheit

4.1.3.4.1 Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten

In KiGGS wurden die Eltern von Kindern ab 3 Jahren über psychische und Verhaltensauffälligkeiten mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) befragt. Dieser Fragebogen erfasst Informationen über fünf Bereiche: emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Aus der Summe der einzelnen Bereiche wird ein Gesamtwert berechnet. Festgelegte Grenzwerte ermöglichen eine Zuordnung sowohl des Gesamtwertes als auch der Einzelskalen zu den Bereichen »unauffällig«, »grenzwertig« oder »auffällig« (siehe Kapitel 3.1.3.4 und [37]). Da die Abgrenzung »auffällig« für den Gesamtwert strenger gezogen wird, ergeben sich durchschnittlich

Tabelle 4.1.3.3.1

Verletzungen durch Unfälle und Gewalt in den letzten 12 Monaten, Stationäre Behandlung, Unfallorte, Unfallmechanismen, Verletzungsfolgen, Schutzmaßnahmen bei 1- bis 4-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Geschlecht	Verletzungen				Häufigste Unfallorte			
	Ins-gesamt	Durch Unfälle	Durch Gewalt	Stationäre Behandlung	Zu Hause	Sport/Freizeit/sonst.	Betreuungs-/Bildungseinrichtungen	Öffentl. Verkehrswege
Jungen	15,9%	15,3%	0,6%	16,8%	60,6%	17,9%	12,1%	6,2%
Mädchen	13,9%	13,6%	0,3%	17,5%	59,3%	20,4%	9,6%	9,4%
Gesamt	15,0%	14,5%	0,5%	17,1%	60,0%	19,0%	10,9%	5,6%

Geschlecht	Häufigste Unfallmechanismen			Häufigste Verletzungsfolgen			Schutzmaßnahmen	
	Sturz aus der Höhe	Sturz in der Ebene	Zusammenstoß/Zusammenprall	Gehirnerschütterung	Knochenbruch	Prellung, Verrenkung, Zerrung	Offene Wunde	Helmtragen beim Radfahren (ab 3 Jahre)
Jungen	38,3%	30,1%	18,0%	3,7%	11,1%	15,6%	41,6%	90,7%
Mädchen	32,8%	35,2%	14,5%	11,0%	10,1%	13,0%	33,0%	87,8%
Gesamt	35,8%	32,4%	16,4%	7,0%	10,7%	14,4%	37,7%	89,3%

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle fett hervorgehoben. Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten ($p < 0,05$).

lich geringere Prävalenzen für die Auffälligkeiten, als wenn man alle Einzelwerte addieren würde.

Nach Elternangaben können insgesamt 5,3 % der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren als psychisch auffällig eingeschätzt werden (siehe Abbildung 4.1.3.4.1.1). Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter auf 9,0 % bei den 7- bis 10-Jährigen und 8,5 % bei den 11- bis 13-Jährigen an, nimmt aber zum Jugendalter hin mit 6,3 % bei den 14- bis 17-Jährigen wieder ab. Insgesamt gibt es sowohl beim Gesamtproblemwert als auch bei den einzelnen Bereichen (außer bei den emotionalen Problemen) große geschlechtsspezifische Unterschiede. Jungen werden mit dieser einen Ausnahme durchgehend häufiger von ihren Eltern als auffällig eingeschätzt als Mädchen.

Fast ausnahmslos zeigen sich Unterschiede bezüglich des Sozialstatus. Diese äußern sich dahingehend, dass mit steigendem Sozialstatus die Einschätzung für die Kinder als psychisch auffällig signifikant seltener erfolgt. Dieser gegenläufige Zusammenhang tritt sowohl beim Gesamtproblemwert auf als auch bei allen einzelnen Bereichen und ist generell statistisch signifikant (Ausnahme: keine statistische Signifikanz beim prosozialem Verhalten).

Im Vergleich zu den Nicht-Migranten werden Kinder mit Migrationshintergrund signifikant häufiger von ihren Eltern als auffällig eingeschätzt. Dies trifft sowohl für den Gesamtproblemwert als auch für die einzelnen Bereiche mit Ausnahme der emotionalen Probleme zu.

Unterschiede hinsichtlich der Wohnregion bestehen dagegen kaum; sie sind lediglich für die Hyperaktivität signifikant. Kinder aus den neuen Bundesländern werden in diesem Bereich von ihren Eltern signifikant häufiger als auffällig eingeschätzt als Gleichaltrige aus den alten Bundesländern.

Insgesamt betrachtet fallen die deutlichen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen auf: Jungen werden von ihren Eltern häufiger als psychisch auffällig eingeschätzt als Mädchen. Fast durchgehend für alle Bereiche zeigt sich zudem ein Sozialgradient, der im Vergleich eine ungünstigere Situation hinsichtlich der betrachteten psychischen- und Verhaltensauffälligkeiten für Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verdeutlicht.

Tabelle 4.1.3.4.2.1

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS): Lebenszeitprävalenzen einer ADHS-Diagnose und von ADHS-Verdachtsfällen bei 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Diagnose von ADHS	Verdacht auf ADHS
Jungen	2,4 %	7,2 %
Mädchen	0,6 %	4,7 %
Niedriger Sozialstatus	2,8 %	10,4 %
Mittlerer Sozialstatus	1,3 %	5,7 %
Hoher Sozialstatus	0,9 %	2,9 %
Migrant	1,6 %	6,0 %
Nicht-Migrant	1,5 %	6,0 %
Ost	2,2 %	8,1 %
West	1,4 %	5,6 %
Gesamt	1,5 %	6,0 %

Signifikante Unterschiede zwischen Geschlechtern und hinsichtlich Sozialstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen und p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

4.1.3.4.2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Im Folgenden werden sowohl die Prävalenzen von ADHS-Fällen als auch von ADHS-Verdachtsfällen betrachtet. Als ADHS-Fälle werden Kinder definiert, deren Eltern angegeben haben, dass eine Ärztin/Arzt oder Psychologin/Psychologe jemals ADHS bei ihrem Kind diagnostiziert hat. Dagegen werden Kinder als ADHS-Verdachtsfälle eingestuft, die in der Unaufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsskala im SDQ von ihren Eltern als auffällig eingeschätzt werden, bei denen aber noch keine Ärztin/Arzt oder Psychologin/Psychologe eine ADHS-Diagnose gestellt hat (siehe Kapitel 3.1.3.4.2 und [38]).

Im frühen Kindesalter ist der Anteil an Kindern mit einer ADHS-Diagnose im Vergleich zu den späteren Lebensphasen noch relativ gering. Insgesamt gelten 1,5 % der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren nach der beschriebenen Definition als ADHS-Fälle. Der Anteil an Kindern mit einem Verdacht auf ADHS liegt mit 6,0 % deutlich darüber (siehe Tabelle 4.1.3.4.2.1).

Zwischen Mädchen und Jungen bestehen dabei signifikante Unterschiede: Bei Jungen wurde mit 2,4 % viermal so häufig eine ADHS-Diagnose gestellt als bei Mädchen mit 0,6 %. Die Geschlechtsunterschiede bei den ADHS-Verdachtsfällen fallen mit 7,2 % (Jungen) vs. 4,7 % (Mädchen) nicht ganz so drastisch aus.

ADHS wurde signifikant häufiger bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus diagnostiziert (2,8 %) als bei Kindern aus Familien mit mittlerem (1,3 %) oder hohem Sozialstatus (0,9 %). Auch bei den ADHS-Verdachtsfällen wird dieser Zusammenhang deutlich: mit steigendem Sozialstatus sinkt der Anteil an ADHS-Verdachtsfällen (niedrige soziale Statusgruppe: 10,4 %, mittlere soziale Statusgruppe 5,7 %, obere soziale Statusgruppe 2,9 %).

Zwischen Kindern mit und Kindern ohne Migrationshintergrund sind dagegen keine signifikanten Unterschiede auszumachen. Unterschiede bezüglich der Wohnregion betreffen nur die ADHS-Verdachtsfälle: der Anteil an Kindern mit

einem Verdacht auf ADHS liegt in den neuen Bundesländern mit 8,1 % signifikant höher als in den alten Bundesländern mit 5,6 %.

Insgesamt gesehen besteht für Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren häufiger ein ADHS-Verdachtsfall als eine ADHS-Diagnose. Jungen sind deutlich häufiger von ADHS (ADHS-Diagnose und -Verdachtsfall) betroffen als Mädchen. Ein negativer Zusammenhang zwischen Sozialstatus und ADHS ist sowohl für die Diagnose als auch für den Verdachtsfall festzustellen.

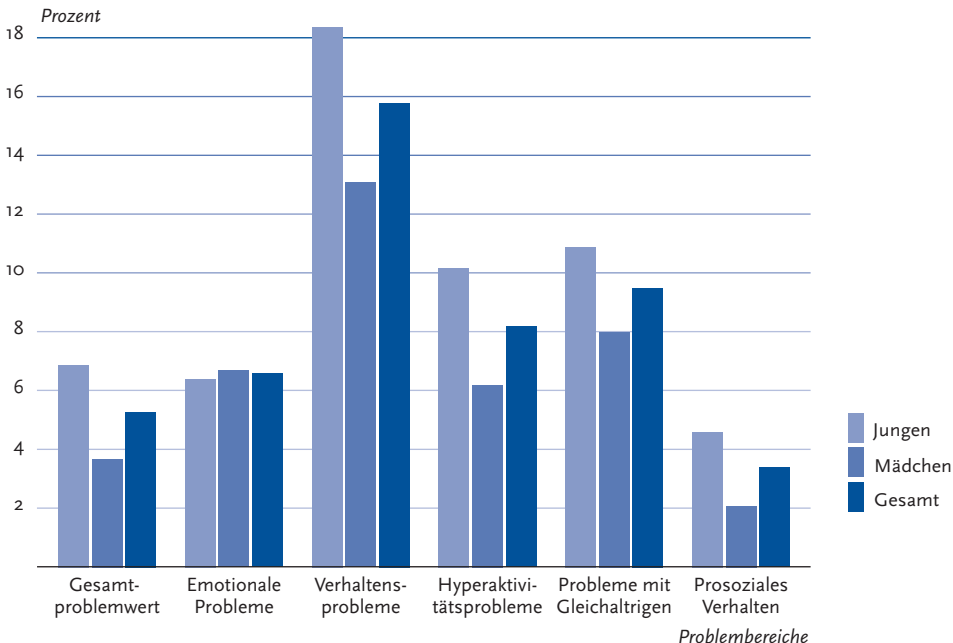
4.1.4 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die subjektiv wahrgenommene Gesundheit als ein wesentliches Beschreibungskriterium des Gesundheitszustandes ist bereits im Kindes- und Jugendalter ein relevantes Thema [39] (siehe auch Kapitel 3.1.4 und [40]). Es zeigt sich, dass Eltern sowohl den subjektiven Gesundheitszustand als

Abbildung 4.1.3.4.1.1

Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten der 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Problembereichen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder mit zunehmendem Alter (vom frühen Kindesalter über das Grundschul- bis zum Jugendalter) schlechter bewerten.

Die Eltern der 0- bis 6-jährigen schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder überwiegend als gut oder sehr gut ein (94,9%). Ein schlechter oder sehr schlechter Gesundheitszustand wird dagegen nur von 0,3% der Eltern angegeben. Signifikante Unterschiede bestehen bezüglich Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund: Ein sehr guter Gesundheitszustand wird häufiger für Mädchen, ein guter Gesundheitszustand häufiger für Jungen angegeben. Des Weiteren geben Eltern für Kinder mit niedrigem Sozialstatus zu 92,5% einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand an, während dies bei 95,4% der Kinder mit mittlerem und bei 96,5% der Kinder mit hohem Sozialstatus der Fall ist. Laut Elterneinschätzung wird der Gesundheitszustand für Kinder ohne Migrationshintergrund zu 95,8% als sehr gut bis gut eingeschätzt, für Kinder mit Migrationshintergrund zu 90,2%. In dieser Gruppe wird der Gesundheitszustand zu 1,4% als sehr schlecht bis schlecht eingestuft, während es bei den Kindern ohne Migrationshintergrund nur 0,1% sind.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde in KiGGS der KINDL-R Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt. Insgesamt wurden Angaben der Eltern der 3- bis 10-jährigen Kinder zu sechs Dimensionen der Lebensqualität (körperliches und emotionales Wohlbefinden, Selbstwert, Wohlbefinden in der Familie, in Bezug auf Freunde sowie schulisches Wohlbefinden) erfasst. In der hier betrachteten Altersgruppe der 3- bis 6-jährigen wird die Skala Wohlfühlen in der Vorschule/im Kindergarten statt Wohlfühlen in der Schule erfragt. Die jeweiligen Messwerte der einzelnen Skalen werden in einem Wertebereich von 0 bis 100 angegeben.

Zusätzlich lässt sich ein Gesamtmesswert der generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bilden. Dieser beträgt bei den 3- bis 6-jährigen im Mittel 80,0 und ist damit signifikant höher als in den folgenden Altersgruppen (siehe Tabelle 4.1.4.1). Für Mädchen wird mit 80,7 ein signifikant höherer Gesamtwert zur generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität angegeben als für Jungen (79,4). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich ebenfalls für den Selbst-

wert, das Wohlbefinden in der Familie als auch in Bezug auf Freunde und das Wohlbefinden in der Vorschule/im Kindergarten. Auch in diesen Bereichen werden Mädchen von ihren Eltern signifikant höher eingestuft als Jungen.

Tabelle 4.1.4.1

Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Mittlere Skalenwerte* der KINDL-R-Skalen 3- bis 6-jähriger Mädchen und Jungen

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

KINDL-R-SKALEN	Jungen	Mädchen	Gesamt
Körper	80,6%	79,9%	80,2%
Psyche	82,8%	83,3%	83,3%
Selbstwert	72,5%	74,7%	73,6%
Familie	80,0%	81,5%	80,7%
Freunde	79,0%	80,5%	79,7%
Schule	81,9%	85,8%	83,8%
Gesamt	79,4%	80,7%	80,0%

* Wertebereich: 0 bis 100; hohe Werte entsprechen einer besseren Lebensqualität. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Bezogen auf den Sozialstatus ergibt sich im Hinblick auf das Wohlfühlen in der Familie eine Auffälligkeit. Während für vier der sechs Skalen (körperliches und psychisches Wohlbefinden, Selbstwert und Wohlbefinden in der Vorschule/im Kindergarten) ein steigendes Wohlbefinden mit steigendem Sozialstatus einhergeht, liegt der Fall für das familiäre Wohlbefinden anders: Hier gibt es einen signifikanten Abfall des Wohlbefindens vom niedrigen Sozialstatus (81,7) zum mittleren (80,8) bis hin zum hohen Sozialstatus (79,6).

Für den Migrationshintergrund als weitere wichtige Bestimmungsgröße zeigen sich für die 3- bis 6-jährigen signifikante Unterschiede bezüglich einiger Skalen. So werden für Kinder ohne Migrationshintergrund signifikant höhere Skalenwerte beim Selbstwert sowie beim Wohlbefinden in den Bereichen Freunde und Vorschule/Kindergarten angegeben als für Kinder mit Migrationshintergrund. Bezogen auf die generelle

Lebensqualität und das körperliche Wohlbefinden finden sich signifikante Unterschiede nur bei den Mädchen: Mädchen ohne Migrationshintergrund weisen hier höhere Skalenwerte auf als solche mit Migrationshintergrund.

Der einzige Bereich, in dem Migrantinnen und Migranten ein höheres Wohlbefinden zeigen als Kinder ohne Migrationshintergrund, ist die Familie. Weitergehende Auswertungen haben ergeben, dass insbesondere für Kinder aus den ehemaligen SU-Staaten ein hohes Wohlbefinden in der Familie angegeben wird [41].

Auch im Hinblick auf die Wohnregion zeigen sich signifikante Unterschiede. Für die 3- bis 6-Jährigen aus den neuen Bundesländern werden sowohl für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität als auch für fünf der sechs Skalen signifikant höhere Skalenwerte als für jene aus den alten Bundesländern ermittelt. Lediglich für das Wohlbefinden in der Vorschule/im Kindergarten (für Jungen und Mädchen zusammen) gibt es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Wohnregion. Interessanterweise zeigen sich in diesem Punkt aber geschlechtsspezifische Unterschiede: Während für Jungen aus den neuen Bundesländern ein signifikant höheres Wohlbefinden in der Vorschule/im Kindergarten (83,2) angegeben wird als für Jungen aus den alten Bundesländern (81,6), ist der Fall bei den Mädchen genau umgekehrt. Bei ihnen zeigen sich signifikant höhere Werte für Mädchen aus den alten Bundesländern (86,1) als für jene aus den neuen Bundesländern (84,3).

Zusammenfassend lässt sich im Hinblick auf den subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand und die gesundheitsbezogene Lebensqualität feststellen, dass diese für Mädchen häufig besser als für Jungen von ihren Eltern eingeschätzt werden. Unterschiede nach dem Sozialstatus sind ebenfalls relevant.

4.2 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen

4.2.1 Ernährung

In KiGGS wurde der Lebensmittelverzehr mit Hilfe eines Verzehrshäufigkeitsfragebogens erfasst (siehe Kapitel 3.2.1. und [42]). Die Ernährungsge-

wohnheiten können jedoch mit diesem Instrument nicht umfassend und detailliert abgebildet werden. Aus diesem Grund sind die folgenden Auswertungen als grobe Schätzungen des Lebensmittelverzehrs zu sehen, und der Vergleich mit den Empfehlungen sollte entsprechend vorsichtig bewertet werden. Mit den Daten von EsKiMo (»Ernährungsstudie als KiGGS-Modul«), welche an einer Unterstichprobe von KiGGS-Teilnehmern im Alter von 6 bis 17 Jahren durchgeführt wurde, können wesentliche quantitative Aussagen gemacht werden. Diese werden in den Kapiteln zur Ernährung im Schul- und Jugendalter beschrieben.

Alle folgenden Empfehlungen basieren auf der optimierten Mischkost des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund [43]. Insgesamt erreichten etwas mehr als die Hälfte (57 %) der 3- bis 6-jährigen Kinder der KiGGS-Studie die Empfehlungen für Getränke. In den folgenden Lebensphasen steigt dieser Anteil an und erreicht mit 62 % im Jugendalter (11 bis 17 Jahre) den höchsten Wert. Im frühen Kindesalter verzehren lediglich 37 % der Kinder Obst gemäß den Empfehlungen. Dennoch ist dieser Anteil im Vergleich zu älteren Kindern und Jugendlichen als relativ gut zu bewerten (der Anteil sinkt mit zunehmendem Alter bis auf 23 % bei den 11- bis 17-Jährigen). Noch seltener werden die Empfehlungen für den Gemüseverzehr erreicht. In der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen verzehren weniger als 13 % der Kinder Gemüse in der empfohlenen Menge, bei den 11- bis 17-Jährigen sind es nur noch 9 %.

Mit 55 % erreicht etwas mehr als die Hälfte der Kinder zwischen 3 und 6 Jahren die Empfehlungen für Milch. Ein Rückgang mit zunehmendem Alter ist auch für diese Lebensmittelgruppe zu verzeichnen: Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren erreichen nur noch zu knapp 43 % die Empfehlungen. Grundsätzlich liegt auch der Fischkonsum nicht im gewünschten Bereich. Während im frühen Kindesalter noch 59 % der Kinder die empfohlenen Mengen erreichen, sind es bei den älteren Kindern und Jugendlichen noch 30 %. Insgesamt verzehren Kinder und Jugendliche deutlich mehr Fleisch und Wurst als empfohlen. Drei Viertel der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren überschreiten die empfohlenen Mengen zum Fleisch- und Wurstverzehr. Dieser Anteil nimmt mit zunehmendem Alter moderat ab: Bei den 7- bis 10-Jährigen liegt der Anteil bei 74 % und

bei den 11- bis 17-Jährigen bei 68 %. Eine große Diskrepanz zwischen empfohlenen und verzehrten Mengen gibt es bei den Süßigkeiten (Süßwaren, Knabberartikel und Limonaden). Die deutliche Mehrheit der Kinder und Jugendlichen verzehrt mehr als die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten: Während es im frühen Kindesalter noch 82 % sind, steigt der Anteil im Schulalter auf 86 % und im Jugendalter auf 89 %.

3- bis 6-jährige Jungen erreichen signifikant häufiger die Empfehlungen für Getränke, Milch und Fisch als Mädchen der entsprechenden Altersgruppe. Unter den Jungen ist aber auch der Anteil, der die empfohlenen Mengen für Fleisch und Wurst überschreitet, signifikant höher.

Unterschiede im Verzehr bezüglich des Sozialstatus betreffen die Lebensmittelgruppen Getränke, Fleisch, Fisch und Süßigkeiten. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus erreichen signifikant häufiger die Empfehlungen für Getränke als Kinder aus der mittleren oder oberen Sozialschicht. Dabei ist jedoch zu beachten, dass der Getränkekonsum auch den Verzehr von

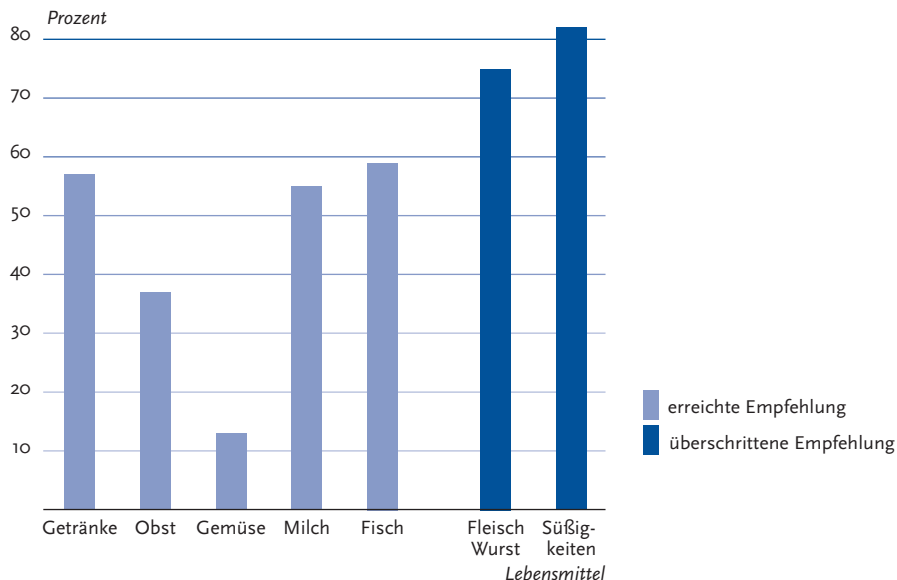
Erfrischungsgetränken wie Cola oder Limonaden beinhaltet. So erreichen Kinder in der unteren Sozialstatusgruppe zwar häufiger die Empfehlungen für Getränke, konsumieren aber auch eine größere Menge an Erfrischungsgetränken. Die empfohlenen Mengen für Fisch werden signifikant häufiger von Kindern in der oberen sozialen Statusgruppe erreicht als von Kindern in der unteren Sozialstatusgruppe. Letztere überschreiten zudem signifikant häufiger sowohl die Fleisch- und Wurstempfehlungen als auch die Empfehlungen für Süßigkeiten im Vergleich zu Kindern aus Familien mit mittlerem und oberem Sozialstatus. Migrationsspezifische Unterschiede sind im frühen Kindesalter kaum auszumachen und beziehen sich lediglich auf die Süßigkeiten: Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund überschreiten signifikant häufiger die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund.

Unterschiede zwischen den Wohnregionen Ost und West sind dagegen bei relativ vielen Lebensmittelgruppen auszumachen. Kinder aus den

Abbildung 4.2.1.1

Erreichung bzw. Überschreitung der entsprechenden Lebensmittelempfehlungen bei 3- bis 6-Jährigen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



neuen Bundesländern haben einen günstigeren Verzehr, d. h. sie erreichen eher die Empfehlungen für Obst, Milch und Fisch. Dagegen weisen sie einen ungünstigeren Konsum von Getränken, Fleisch und Wurst sowie Süßigkeiten auf.

Insgesamt betrachtet ist die Ernährung bereits im Kindesalter verbesserungswürdig. Schon in dieser Altersgruppe werden zu wenig Getränke, deutlich zu wenig Obst und Gemüse, aber zu viel Fleisch und Wurst sowie Süßigkeiten verzehrt. Besser ist dagegen der Milch- und Fischverzehr einzuschätzen, da im Vergleich zu den folgenden Lebensphasen die Empfehlungen für diese Lebensmittelgruppen eher erreicht werden.

4.2.1.1 Stillen

Insgesamt gaben 76,7 % der befragten Mütter an, ihre Kinder jemals gestillt zu haben (siehe auch Kapitel 3.2.1.1). Signifikante Unterschiede zwischen dem Anteil gestillter Mädchen und Jungen wurden nicht festgestellt. Insgesamt kann im Verlauf über die einzelnen Geburtsjahrgänge von 1986 bis 2005 ein Anstieg der Stillhäufigkeit von 74 % (1986) auf bis zu 81,5 % (2005) verzeichnet werden (siehe Abbildung 4.2.1.1.1).

Die KiGGS-Daten zeigen signifikante Unterschiede in der Stillhäufigkeit hinsichtlich des Sozialstatus, des Migrationshintergrundes und der Wohnregion. Mit steigendem Sozialstatus der Mutter steigt auch die Stillhäufigkeit an. Mütter mit niedrigem Sozialstatus gaben zu 67,3 % an, jemals gestillt zu haben, während dieser Anteil bei Müttern mit mittlerem Sozialstatus bei 80,0 % liegt und bei denen mit einem hohen Sozialstatus bei 90,5 %. Mit 79,1 % stillen Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund häufiger als Mütter von Kindern ohne Migrationshintergrund (76,2 %). Während Kinder in den neuen Bundesländern zu 81,6 % jemals gestillt wurden, ist dies nur bei 75,7 % der Kinder in den alten Bundesländern der Fall. Weitere deutliche Unterschiede zeigten sich zwischen Müttern, die in der Schwangerschaft rauchten und denen, die nicht rauchten, hinsichtlich des Alters der Mütter sowie bei Müttern von früh geborenen Kindern oder Kindern, bei denen Probleme nach der Geburt auftraten. Während die Stillhäufigkeit bei Müttern, die in der Schwangerschaft rauchten, bei lediglich 58,0 % liegt, beträgt

sie bei Müttern, die nicht rauchten 80,9 %. Mütter, die bei der Geburt ihrer Kinder 30 bis 39 Jahre alt waren, stillen signifikant häufiger im Vergleich zu sehr jungen (unter 20 Jahre alt) und älteren Müttern (über 40 Jahre alt). Darüber hinaus werden früh geborene Kinder oder Kinder, bei denen Probleme nach der Geburt auftraten erwartungsgemäß signifikant seltener gestillt als reife und übertragene Kinder oder Kinder ohne Probleme nach der Geburt.

Durchschnittlich wurden die Kinder über alle Geburtsjahre hinweg 6,9 Monate lang gestillt. Auch hier gibt es keine signifikanten geschlechtspezifischen Unterschiede.

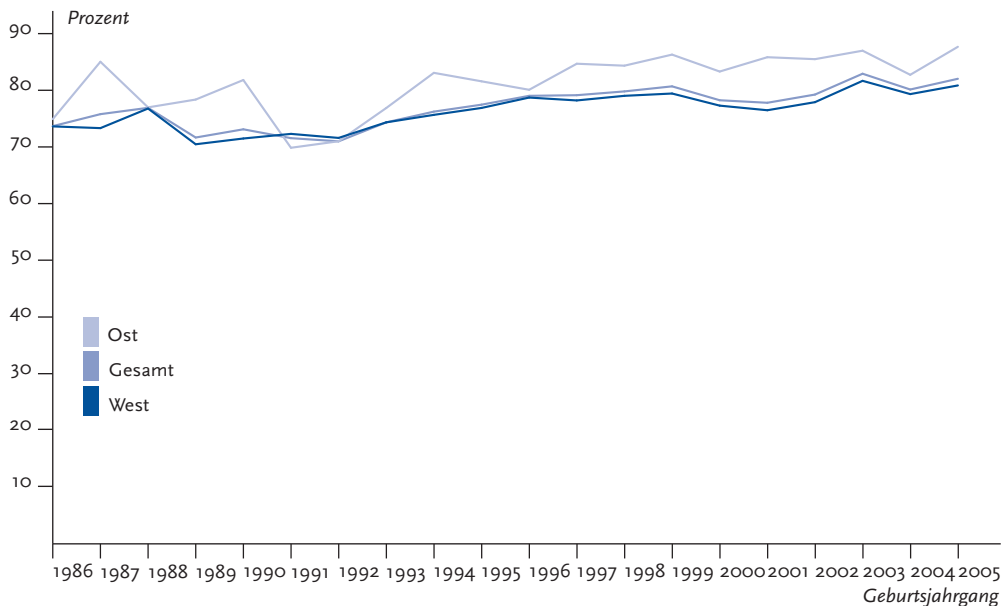
Eine zunehmende Stilldauer geht mit steigendem Sozialstatus einher: Mütter mit niedrigem Sozialstatus stillen durchschnittlich 6,2 Monate, während Mütter mit mittlerem Sozialstatus 6,8 und Mütter mit hohem Sozialstatus 8,5 Monate stillen. Kinder mit Migrationshintergrund werden im Mittel einen Monat länger gestillt (7,7 Monate im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund mit 6,7 Monaten). Kinder aus den neuen Bundesländern werden mit durchschnittlich 6,3 Monaten Stilldauer signifikant kürzer gestillt als Kinder aus den alten Bundesländern mit 7,0 Monaten. Im Vergleich zu Kindern aus Westdeutschland werden Kinder aus Ostdeutschland demnach häufiger, aber nicht so lange gestillt. Mit durchschnittlich 5,4 Monaten stillen Mütter, die während der Schwangerschaft rauchten, signifikant kürzer als Mütter, die nicht rauchten (7,1 Monate). Die Einflussfaktoren Reifestatus und Probleme bei der Geburt zeigen keinen Zusammenhang mit der Stilldauer, während das Alter der Mutter bei der Geburt ihres Kindes einen Einfluss hat. Die Mütter, die bei der Geburt zwischen 30 und 39 Jahre alt waren, weisen die längste Stilldauer im Vergleich zu anderen Altersgruppen auf.

Die Nationale Stillkommission in Deutschland empfiehlt – angelehnt an die WHO – 6 Monate ausschließliches Stillen [44]. Die durchschnittliche Dauer vollen Stillens beträgt über alle Geburtsjahrgänge in KiGGS 4,6 Monate. 37,4 % der Mütter, für die Angaben zum Stillen vorliegen, stillen ihr Kind mindestens 6 Monate voll. Es liegen keine signifikanten geschlechtsbezogenen Unterschiede oder Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrundes vor. Die beschriebene Tendenz des Sozialstatus von Stillhäufigkeit und Stilldauer

Abbildung 4.2.1.1

Kind jemals gestillt; Häufigkeit im Zeitverlauf

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



trifft auch auf das volle Stillen zu: Während Mütter mit niedrigem Sozialstatus zu 31,4% mindestens 6 Monate voll stillen, sind dies 37,0% der Mütter mit einem mittleren und 48,3% der Mütter mit einem hohen Sozialstatus. Kinder aus den neuen Bundesländern werden signifikant seltener mindestens 6 Monate voll gestillt als Kinder aus den alten Bundesländern. Des Weiteren zeigen sich für das volle Stillen (mindestens 6 Monate) ähnliche Zusammenhänge wie für die Stillhäufigkeit: Im Vergleich zu Müttern, die in der Schwangerschaft nicht rauchten, stillen Mütter, die während dieser Zeit rauchten, signifikant seltener mindestens 6 Monate voll. Früh geborene Kinder oder Kinder, bei denen Probleme nach der Geburt auftraten, werden signifikant seltener voll gestillt (mindestens 6 Monate) als reife und übertragene Kinder oder Kinder ohne Probleme nach der Geburt. Und auch das Alter der Mutter bei der Geburt spielt bei der Betrachtung der Häufigkeit des vollen Stillens eine Rolle: Mütter, die bei der Geburt ihrer Kinder 30 bis 39 Jahre alt oder über 40 Jahre alt waren, stillen häufiger mindestens 6 Monate voll.

Insgesamt ist festzuhalten, dass etwas mehr als ein Drittel der Mütter mindestens 6 Monate voll stillt und damit die WHO-Empfehlungen erfüllt. Es gibt einen generellen Verbesserungsbedarf, der insbesondere Mütter mit niedrigem Sozialstatus betrifft. Stillförderung mit dem Ziel, den Beginn des Stillens positiv zu beeinflussen, scheint insbesondere in den alten Bundesländern sinnvoll; in den neuen Bundesländern sollte hingegen auf eine Verlängerung der durchschnittlichen Stilldauer hingewirkt werden.

4.2.2 Körperlich-sportliche Aktivität

In KiGGS wurden die Eltern mittels Fragebogen zur körperlichen und sportlichen Aktivität ihrer 3- bis 6-jährigen Kinder befragt. Dabei sollte zwischen »Sport treiben im Verein« und »Sport treiben außerhalb eines Vereins« unterschieden werden (siehe auch Kapitel 3.2.4 und [45]).

Insgesamt treiben 70,7% der Mädchen und 68,2% der Jungen regelmäßig, d. h. mindestens

einmal in der Woche Sport (in oder außerhalb eines Vereins). In dieser Altersgruppe sind 30,4 % der Mädchen und 32,9 % der Jungen sogar 3-mal oder häufiger in der Woche sportlich aktiv. Dagegen treiben 15,8 % der Mädchen und 16,6 % der Jungen nie in einem Verein oder außerhalb eines Vereins Sport (siehe Tabelle 4.2.2.1).

Insgesamt betreiben 55,4 % der Mädchen und 51,0 % der Jungen im frühen Kindesalter Vereinssport, dabei sind 48,2 % der Mädchen und 43,3 % der Jungen mindestens einmal pro Woche im Verein aktiv. 44,6 % der Mädchen und 49,0 % der Jungen treiben nie Sport in einem Verein.

Auch außerhalb eines Vereins ist mit rund drei Vierteln der Mädchen und Jungen ein Großteil der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren sportlich aktiv. Im Vergleich zum Vereinssport ist der Anteil der Kinder die mindestens einmal pro Woche außerhalb eines Vereins Sport treiben mit 46,3 %

der Mädchen und 47,7 % der Jungen etwa gleich. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich dahingehend, dass Jungen gegenüber Mädchen häufiger pro Woche außerhalb eines Vereins sportlich aktiv sind.

Des Weiteren ist es interessant, die Gruppe der sportlich inaktiven Kinder zu betrachten, also diejenigen, die weder Sport innerhalb noch außerhalb eines Vereins treiben. Sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen sind diesbezüglich starke Sozialstatusunterschiede festzustellen. Mit steigendem Sozialstatus sinkt der Anteil der sportlich Inaktiven signifikant. Die deutlichsten Unterschiede sind dabei bei den Mädchen auszumachen: mehr als doppelt so viele Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind nie im Verein (64,3 %) oder außerhalb eines Vereins (15,1 %) sportlich aktiv gegenüber Mädchen aus Familien mit hohem Sozialstatus. In dieser Gruppe

Tabelle 4.2.2.1

Häufigkeit der Sportausübung 3- bis 6-jähriger Mädchen und Jungen nach Organisationsform, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Sport	Jungen	Mädchen	Gesamt
Sport (gesamt)			
Fast täglich	11,5%	7,9%	9,8%
3- bis 5-mal pro Woche	21,4%	22,5%	21,9%
1- bis 2-mal pro Woche	35,3%	40,3%	37,8%
Seltener	15,1%	13,4%	14,3%
Nie	16,6%	15,8%	16,2%
Sport im Verein			
Fast täglich	0,5%	0,5%	0,5%
3- bis 5-mal pro Woche	2,6%	2,0%	2,3%
1- bis 2-mal pro Woche	40,2%	45,7%	42,9%
Seltener	7,7%	7,1%	7,4%
Nie	49,0%	44,6%	46,9%
Sport außerhalb Verein			
Fast täglich	10,4%	7,5%	9,0%
3- bis 5-mal pro Woche	9,5%	7,4%	8,5%
1- bis 2-mal pro Woche	27,8%	31,4%	29,6%
Seltener	27,7%	30,5%	29,1%
Nie	24,5%	23,2%	23,9%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

sind es lediglich 29,8%, die keinen Vereinssport betreiben bzw. 15,1%, die nie Sport außerhalb eines Vereins betreiben.

Weitere Unterschiede bestehen hinsichtlich der anderen betrachteten Schichtungsvariablen. Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund sind signifikant häufiger sportlich inaktiv (sowohl im Verein als auch außerhalb eines Vereins). Die deutlichsten Unterschiede sind dabei hinsichtlich der Aktivität außerhalb eines Vereins festzustellen: Während 19,6% der Mädchen und 21,2% der Jungen ohne Migrationshintergrund nie außerhalb eines Vereins Sport treiben, sind es unter den Kindern mit Migrationshintergrund mehr als doppelt so viele (Mädchen 44,5% und Jungen 42,8%).

Unterschiede hinsichtlich der Wohnregion (Ost vs. West) sind in beiden Sportbereichen auszumachen, obwohl sie nicht durchgehend in eine Richtung weisen: Mädchen und Jungen aus den neuen Bundesländern treiben signifikant häufiger nie Vereinssport als ihre Geschlechtsgenossen aus den alten Bundesländern. Bei Sport außerhalb eines Vereins trifft dies nur auf die Mädchen zu: mit 26,9% treiben Mädchen aus dem Osten signifikant häufiger nie Sport außerhalb eines Vereins als Mädchen aus dem Westen mit 22,5%. Bei den Jungen aus den neuen Bundesländern treiben 20,4% nie außerhalb eines Vereins Sport gegenüber 25,3% der Jungen aus den alten Bundesländern.

Insgesamt ist festzuhalten, dass 70,7% der Mädchen und 68,2% der Jungen regelmäßig, d. h. mindestens einmal in der Woche Sport treiben (in einem Verein oder außerhalb eines Vereins). Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie solche mit Migrationshintergrund weisen die stärksten Aktivitätsdefizite auf: Unter ihnen sind häufiger Kinder zu finden, die nie sportlich aktiv sind.

4.2.3 Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien

Die Eltern der 3- bis 6-Jährigen wurden zum Freizeitverhalten ihrer Kinder mittels Fragebogen befragt. Die tägliche Dauer von Fernsehen und Computerspielen sollte dabei an einem Wochentag sowie an einem Samstag/Sonntag angegeben werden (siehe auch Kapitel 3.2.5 und [46]).

Die Auswertungen zeigen, dass ein Großteil der 3- bis 6-jährigen Kinder täglich Fernsehsendungen oder Videofilme sieht. Insgesamt sehen an einem Wochentag 90,5% der Jungen und 87,8% der Mädchen täglich fern (siehe Tabelle 4.2.3.1). Davon beschäftigen sich 46,1% der Jungen und 40,1% der Mädchen mindestens eine Stunde pro Tag mit Fernsehen. 5,7% der Jungen und 3,8% der Mädchen sehen während der Woche sogar mindestens drei Stunden täglich fern. Generell ist der tägliche Fernsehkonsum am Wochenende mit 93,6% der Jungen und 91,2% der Mädchen etwas höher als an einem Wochentag. Dabei sehen 65,9% der Jungen und 61,3% der Mädchen sogar mindestens eine Stunde und 13,4% der Jungen und 10,2% der Mädchen sogar mindestens drei Stunden pro Tag fern.

Im Vergleich zum Fernsehen ist die tägliche Beschäftigung mit Computerspielen in dieser Altersgruppe nicht so stark verbreitet: An einem Wochentag spielen 20,6% der Jungen und 12,9% der Mädchen täglich Computer. Am Wochenende ist die tägliche Beschäftigung mit dem Computer mit 35,8% bei den Jungen und 26,9% bei den Mädchen höher als in der Woche. Dabei spielen 4,1% der Jungen und 1,7% der Mädchen wochentags und 7,9% der Jungen und 4,0% der Mädchen am Wochenende mindestens eine Stunde pro Tag Computer.

Unabhängig davon, ob es sich um einen Wochentag oder einen Samstag/Sonntag handelt, spielen Mädchen signifikant seltener Computer als Jungen.

Bemerkenswerte Unterschiede zeigen sich hinsichtlich des Sozial- und Migrationsstatus und hier insbesondere bei Betrachtung der starken Mediennutzung (mindestens drei Stunden fernsehen oder mindestens eine Stunde Computer spielen pro Tag). Während lediglich 0,7% der Jungen aus Familien mit hohem Sozialstatus an einem Wochentag mindestens drei Stunden pro Tag fernsehen, sind es bei den Jungen aus Familien mit mittlerem Sozialstatus 3,1% und bei Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sogar 14,2% (entspricht in etwa dem Zwanzigfachen gegenüber der hohen Statusgruppe). Am Wochenende sehen 2,8% der Jungen aus Familien mit hohem Sozialstatus mindestens drei Stunden pro Tag fern, während es bei Jungen aus Familien mit mittlerem Sozialstatus 12,2% sind. Bei Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind es dagegen mit 26,3% fast zehnmal so viele.

Auch bei der Beschäftigung mit dem Computer zeigt sich ein ähnliches Bild: 1,6% (3,7%) der Jungen aus Familien mit hohem Sozialstatus spielen an einem Wochentag (am Wochenende) mindestens eine Stunde täglich Computer. Dagegen ist diese starke Computernutzung schon bei 3,4% (8,1%) der Jungen aus Familien mit mittlerem Sozialstatus und sogar 7,4% (11,9%) der Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus an einem Wochentag (am Wochenende) festzustellen. Bei den Mädchen verhält es sich bei der Nutzung beider elektronischer Medien ähnlich.

Gravierende Unterschiede zeigen sich auch zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Unabhängig davon, ob es sich um einen Wochentag oder einen Samstag/Sonntag handelt, sehen Migranten und Migrantinnen signifikant mehr fern und spielen mehr Computer als Nicht-Migranten und Nicht-Migrantinnen. Jungen mit Migrationshintergrund sehen beispielsweise in der Woche mit 21,6% fast zehnmal so häufig mindestens drei Stunden pro Tag fern als Jungen ohne Migrationshintergrund mit 2,5%.

Tabelle 4.2.3.1

Häufigkeit des Medienkonsums (Fernsehen, Computerspiele) bei 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Medienkonsum	Jungen	Mädchen	Gesamt
Fernsehen in der Woche			
Gar nicht	9,5%	12,2%	10,8%
0,5 Stunden pro Tag	44,4%	47,6%	46,0%
1- bis 2 Stunden pro Tag	40,4%	36,3%	38,5%
3- bis 4 Stunden pro Tag	4,8%	3,1%	4,0%
> 4 Stunden pro Tag	0,9%	0,7%	0,8%
Fernsehen an Sonn-/Feiertagen			
Gar nicht	6,4%	8,3%	7,3%
0,5 Stunden pro Tag	27,7%	30,5%	29,1%
1- bis 2 Stunden pro Tag	52,5%	51,1%	51,8%
3- bis 4 Stunden pro Tag	11,3%	8,8%	10,1%
> 4 Stunden pro Tag	2,1%	1,4%	1,8%
Computer spielen in der Woche			
Gar nicht	79,4%	87,1%	83,1%
0,5 Stunden pro Tag	16,6%	11,2%	14,0%
1- bis 2 Stunden pro Tag	3,7%	1,5%	2,6%
3- bis 4 Stunden pro Tag	0,2%	0,1%	0,2%
> 4 Stunden pro Tag	0,2%	0,1%	0,2%
Computer spielen an Sonn-/Feiertagen			
Gar nicht	64,2%	73,1%	68,5%
0,5 Stunden pro Tag	27,8%	23,0%	25,5%
1- bis 2 Stunden pro Tag	7,1%	3,8%	5,5%
3- bis 4 Stunden pro Tag	0,5%	0,1%	0,3%
> 4 Stunden pro Tag	0,3%	0,1%	0,2%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Unterschiede bezüglich der Wohnregion bestehen dahingehend, dass Jungen und Mädchen aus den neuen Bundesländern am Wochenende signifikant mehr fernsehen, an Wochentagen aber signifikant weniger Computer spielen als Jungen und Mädchen aus den alten Bundesländern. 72,6 % der Jungen und 67,8 % der Mädchen aus den neuen Bundesländern sehen an einem Samstag oder Sonntag mindestens drei Stunden täglich fern. Mit 64,5 % der Jungen und 60,0 % der Mädchen sind es bei den Kindern aus den alten Bundesländern signifikant weniger. Beim Computerspielen sieht es dagegen anders aus: Während 84,2 % der Jungen und 89,5 % der Mädchen aus den neuen Bundesländern während der Woche gar nicht Computer spielen, sind es bei den Kindern aus den alten Bundesländern (78,5 % der Jungen und 86,6 % der Mädchen) signifikant weniger.

Insgesamt verbringen Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren mehr Zeit vor dem Fernseher als vor dem Computer. Die Dauer der Beschäftigung mit beiden Medien ist am Wochenende länger als an einem Wochentag. Generell spielen Mädchen signifikant seltener Computer als Jungen. Jungen und Mädchen aus Familien der unteren sozialen Statusgruppe sowie solche mit Migrationshintergrund zeigen eine deutlich stärkere Mediennutzung.

4.2.4 Mundhygiene und Kariesprophylaxe

Das Alter 0 bis 6 Jahre stellt hinsichtlich der Mundhygiene und Kariesprophylaxe keinen homogenen Lebensabschnitt dar (siehe Kapitel 3.2.6 und [47]). Dies wird bereits bei Betrachtung der Zahnputzfrequenz deutlich. So weisen 58,9 % der Jungen und 52,6 % der Mädchen im Alter von 0 bis 2 Jahren eine unzureichende Putzfrequenz (einmal täglich und seltener) auf. Im Alter von 3 bis 6 Jahren hat sich diese Prävalenz bei beiden Geschlechtern mehr als halbiert und damit signifikant verbessert. Besonders ausgeprägt ist eine Verbesserung der Zahn- und Mundhygiene bei den Mädchen. Wird das gesamte Vorschulalter (0 bis 6 Jahre) betrachtet, unterscheidet sich das Verhalten zwischen Jungen und Mädchen signifikant (siehe Tabelle 4.2.4.1, Zeile »Gesamt«). Signifikante Unterschiede sind auch bei Jungen und Mädchen

mit und ohne Migrationshintergrund und in Abhängigkeit vom Sozialstatus zu erkennen. Bereits in diesem Lebensabschnitt, in dem wesentliche Grundlagen für spätere Verhaltensweisen gelegt werden, zeigen Jungen und Mädchen aus Familien mit Migrationshintergrund und mit niedrigerem Sozialstatus häufiger eine unzureichende Zahnputzfrequenz. Kinder mit Migrationshintergrund weisen etwa doppelt so häufig ein ungenügendes Putzverhalten auf als Kinder ohne Migrationshintergrund, und bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus ist dieses Verhalten um ca. ein Drittel öfter anzutreffen als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus. Während Kinder aus Migrantenfamilien keine Unterschiede im Verhalten zwischen Jungen und Mädchen zeigen, kommt eine unzureichende Zahnputzfrequenz bei Mädchen ohne Migrationshintergrund signifikant seltener vor als bei Jungen ohne Migrationshintergrund. Signifikante Unterschiede im Verhalten zwischen Kindern aus den alten und neuen Bundesländern zeigen sich in diesem Lebensabschnitt lediglich bei den Jungen.

Eine besondere Bedeutung kommt im Säuglings- und Kleinkindalter dem regelmäßigen Ge-

Tabelle 4.2.4.1

Zähne putzen einmal täglich und seltener bei 0- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
0–2 Jahre	58,9%	52,6%	55,9%
3–6 Jahre	25,7%	19,9%	22,8%
Niedriger Sozialstatus	45,6%	41,7%	43,7%
Mittlerer Sozialstatus	35,3%	28,4%	32,0%
Hoher Sozialstatus	32,0%	25,5%	28,7%
Migrant	58,1%	52,7%	55,6%
Nicht-Migrant	33,3%	26,9%	30,2%
Ost	31,0%	29,2%	30,1%
West	38,7%	31,5%	35,2%
Gesamt	37,4%	31,1%	34,3%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen, hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie zwischen Region und Geschlecht (gesamt) sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

brauch von gesüßten Getränken aus Saugerflaschen zu, da bei diesem Verhalten das Risiko einer so genannten Nuckelflaschenkaries erhöht ist. Die Prävalenz ist bei Mädchen höher als bei Jungen, bei Kindern aus Migrantenfamilien höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund und nimmt mit steigendem Sozialstatus der Familie ab. Signifikant sind die Unterschiede jedoch lediglich in Abhängigkeit vom sozialen Status. Säuglinge und Kleinkinder aus der am besten gestellten Gruppe bekommen signifikant seltener gesüßte Getränke aus Saugerflaschen (regelmäßiger Verzehr) als Kinder aus der unteren sozialen Statusgruppe (7,3 % vs. 12,6 %) (siehe Tabelle 4.2.4.2).

Tabelle 4.2.4.2
Regelmäßiger Gebrauch von Saugerflaschen mit gesüßten Getränken bei 0- bis 2-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
Niedriger Sozialstatus	11,4%	13,9%	12,6%
Mittlerer Sozialstatus	6,5%	9,4%	7,9%
Hoher Sozialstatus	7,1%	7,4%	7,3%
Migrant	8,5%	13,8%	11,0%
Nicht-Migrant	7,8%	9,3%	8,6%
Ost	7,9%	9,4%	8,6%
West	7,9%	10,1%	9,0%
Gesamt	7,9%	9,9%	8,9%

Signifikante Unterschiede zwischen sozialen Statusgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Kinder ab dem 30. Lebensmonat Anspruch auf halbjährliche Kontrolluntersuchungen durch eine Zahnärztin bzw. einen Zahnarzt, einschließlich individualprophylaktischer Maßnahmen (z. B. Aufklärung über Krankheitsursachen, Mundhygiene zahngesunde Ernährung und lokale Fluoridierung), haben. Mit 42,2% bei den Jungen und 49,2% bei den Mädchen unter 3 Jahren ist eine ungenügende Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorge (seltener als einmal jährlich) etwa dreimal so hoch wie bei

den 3- bis 6-jährigen (Jungen 16,7%, Mädchen 15,8%). Auch Kinder mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind diesbezüglich als Gruppen einzustufen, die ihr Mundgesundheitsverhalten noch verbessern können. Es gibt weder signifikante Unterschiede zwischen Kindern aus Ost- und Westdeutschland noch zwischen Jungen und Mädchen (siehe Tabelle 4.2.4.3).

Tabelle 4.2.4.3
Zahnarztkontrolle seltener als einmal jährlich bei 2,5- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

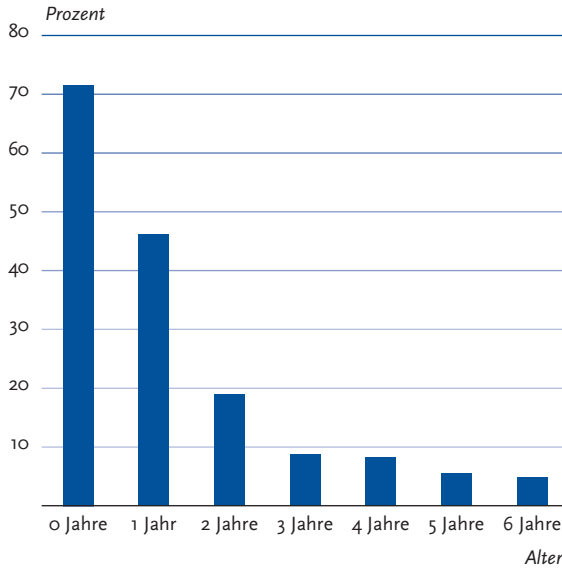
Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
2,5 – <3 Jahre	42,2%	49,2%	45,5%
3 – 6 Jahre	16,7%	15,8%	16,2%
Niedriger Sozialstatus	26,9%	25,5%	26,2%
Mittlerer Sozialstatus	16,3%	16,2%	16,3%
Hoher Sozialstatus	16,4%	17,5%	17,0%
Migrant	34,6%	34,5%	34,5%
Nicht-Migrant	16,2%	16,2%	16,2%
Ost	15,7%	16,8%	16,2%
West	20,1%	19,5%	19,8%
Gesamt	19,4%	19,1%	19,2%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen und hinsichtlich Sozial- sowie Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

In Abbildung 4.2.4.4 ist die Prävalenz der aktuellen Anwendung von fluoridhaltigen Tabletten für die 0- bis 6-jährigen Kinder dargestellt, die auf den Angaben der Eltern zu Einnahmen in den letzten 7 Tagen vor der Befragung beruht. Während im Säuglingsalter (<1 Jahr) noch für fast 72% der Kinder eine Anwendung von Fluoridtabletten angegeben wird, geht das Niveau im 2. Lebensjahr bereits auf unter 50% zurück. Mit Eintritt ins Schulalter wird diese Form der Kariesprophylaxe kaum noch angewendet.

Hervorzuheben ist, dass Migrantenkinder (15,0%) seltener Fluoridtabletten bekommen als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund

Abbildung 4.2.4.4
Arzneimittelanwendung zur Kariesprophylaxe bei Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren
(auf Basis der Angaben für die letzten 7 Tage)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



(22,4%). Die Unterschiede nach dem Migrationshintergrund sind bei Mädchen (Migrant 29,9% vs. Nicht-Migrant 46,0%) stärker ausgeprägt als bei Jungen (37,2% vs. 44,9%). Der Sozialstatus sowie die Lage des Wohnortes (Ost vs. West) spielen keine Rolle, ob Fluoridtabletten eingenommen werden oder nicht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bereits im Alter von 0 bis 6 Jahren, in dem die Grundlagen für Karies präventives Verhalten gelegt werden, Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund als solche Gruppen angesehen werden, die ihr Mundgesundheitsverhalten noch verbessern sollten. Präventionspotenziale sind darüber hinaus vor allem auch bei Kindern unter 3 Jahren vorhanden.

4.3 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

4.3.1 Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9)

Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 werden für alle gesetzlich versicherten Kinder im Alter bis zum 6. Lebensjahr kostenlos angeboten. Während die Früherkennungsuntersuchungen ab der U3 überwiegend von der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt durchgeführt werden, finden die ersten beiden Früherkennungsuntersuchungen (U1 und U2) meist in der Geburtsklinik statt und erfolgen bei nahezu allen Kindern (siehe auch Kapitel 3.3.1). In diesem Kapitel wird die Inanspruchnahme der Untersuchungen U3 bis U9 betrachtet. Datengrundlage für die Auswertungen zur U3 bis U6 sind alle Kinder, die zum Untersuchungszeitpunkt (2003 bis 2006) das 6. Lebensjahr vollendet hatten [48]. Die Inanspruchnahmeraten der U-Untersuchungen bleiben in den ersten beiden Lebensjahren bis zur U7 weit

über der 90 %-Grenze und sinken dabei nur leicht von 95,3 % bei der U₃ auf 92,4 % bei der U₇. Erst im 4. Lebensjahr der Kinder fällt die Beteiligung der Familien am Früherkennungsprogramm bei der U₈ mit 89,0 % unter die 90 %-Marke. Im 6. Lebensjahr kommt es bei der U₉ mit 86,4 % zu einem weiteren Absinken der Teilnahmeraten (siehe Abbildung 4.3.1.1).

Die Inanspruchnahme der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen unterscheidet sich nach dem Sozialstatus: Bei Familien mit hohem Sozialstatus finden sich bis zur U₈ konstant hohe Teilnahmekquoten zwischen 97,3 % und 92,5 %, auch die U₉ nehmen Kinder aus diesen Familien zu 89,6 % wahr. Im Vergleich dazu gehen nur 90,7 % der Familien mit niedrigem Sozialstatus zur U₃. Auch an allen anderen Untersuchungen (U₄ bis U₉) beteiligen sich diese Familien seltener, zum Beispiel an der U₈ mit 81,5 % und der U₉ mit 79,1 %. Damit liegt die Teilnahmekquote bei der U₉ bei Familien mit niedrigem Sozialstatus um mehr als 10 Prozentpunkte niedriger als bei Familien mit hohem Status. Niveau und Verlauf der Inanspruchnahme sind bei mittlerem und oberem Sozialstatus sehr ähnlich.

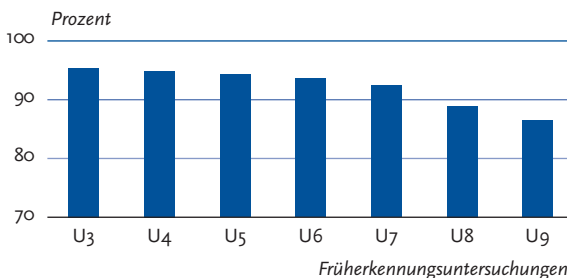
Noch deutlichere Unterschiede zeigen sich für Kinder mit einem Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern ohne diesen Hintergrund. Nur 81,3 % der Kinder mit Migrationshintergrund nehmen an der U₃ teil. Danach sinkt die Inanspruchnahme kontinuierlich, so dass die U₉ lediglich von 67,9 % der Migrantenkinder wahrgenommen wird.

Weiterhin differiert die Teilnahme zwischen West und Ost sowie nach der Größe (Einwohnerzahl) der Gemeinden. Die Teilnahme an den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen ist ab der U₆ in den alten Bundesländern höher als in den neuen Bundesländern. Der Unterschied liegt zwischen 2,4 % bei der U₆ und etwas über 5 % bei U₇, U₈ und U₉.

Kinder aus Familien, die in Großstädten ab 100.000 Einwohnern leben, nehmen das Angebot der Früherkennungsuntersuchungen seltener in Anspruch als Familien aus kleineren Städten und Gemeinden. Unterschiede sind hier bei allen Früherkennungsuntersuchungen festzustellen und betragen im Vergleich zu den kleinen Gemeinden bis zu 6 %.

Rund 81 % der Kinder haben an allen U-Untersuchungen (U₃ bis U₉) teilgenommen. Weitere 16 % haben dieses Angebot nur teilweise in Anspruch genommen. Schließlich gibt es ca. 3 %, die nie bei einer Früherkennungsuntersuchung waren. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie zwischen den Geburtsjahrgängen sind nicht zu erkennen. Insbesondere zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie solche mit Migrationshintergrund seltener bzw. unregelmäßiger an Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen. 14 % der Kinder mit Migrationshintergrund haben sogar nie eine Früherkennungsuntersuchung (U₃ bis U₉) in Anspruch genommen. Unterschiede zeigen sich auch zwischen Ost und West: Kinder aus den neuen Bundesländern haben mit 75 % selte-

Abbildung 4.3.1.1
Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U₃ bis U₉, Anteile (%)
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



ner an allen Untersuchungen (U₃ bis U₉) vollständig teilgenommen als Kinder aus den alten Bundesländern (82%).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Früherkennungsuntersuchungen (U₃ bis U₉) für gesetzlich krankenversicherte Kinder bis 6 Jahren sehr gut akzeptiert werden. Über 80% der anspruchsberechtigten Kinder haben vollständig daran teilgenommen. Eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme fand sich insbesondere bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und ebenso bei Migrantinnen und Migranten. Von den Letztgenannten hat etwa jedes 7. Kind an keiner U-Untersuchung teilgenommen.

4.3.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Die hier dargestellten Ergebnisse zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in den letzten 12 Monaten beruhen auf den Angaben der Eltern der 0- bis 6-Jährigen (siehe auch Kapitel 3.3.2 und [48]). Verglichen mit Schulkindern und Jugendlichen ist die jährliche Inanspruchnahme von Kinderärzten im frühen Kindesalter sehr weit verbreitet. Während mit 90,6% ein Großteil der Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren in den letzten 12 Monaten einem Kinderarzt vorgestellt wurde, waren es bei den 11- bis 17-Jährigen nur noch 34,4%. Auch bereits innerhalb der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen ist dieser Trend erkennbar: Insgesamt 95,7% der 0- bis 2-Jährigen nahmen in den letzten 12 Monaten einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin in Anspruch, während es bei den 3- bis 6-Jährigen mit 87,3% signifikant weniger waren (siehe Tabelle 4.3.2.1).

Dagegen nimmt die jährliche Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern mit steigender Altersgruppe deutlich zu: 18,7% der 0- bis 6-Jährigen wurden in den letzten 12 Monaten einer Ärztin oder einem Arzt dieser Fachrichtung vorgestellt. Mit 51,7% ist der Anteil bei den 11- bis 17-Jährigen wesentlich höher. Und auch hierbei zeigt sich dieser Trend bereits innerhalb der Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen signifikant: Während die jährliche Inanspruchnahme bei den 0- bis 2-jährigen Kindern bei 12,3% liegt, ist sie bei den 3- bis 6-jährigen Kindern mit 22,8% fast doppelt so hoch.

Bei der Betrachtung der jährlichen Inanspruchnahme von Fachärztinnen/-ärzten wird deutlich,

dass Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren häufig Augenärztinnen/-ärzte (20,0%) sowie Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen/-Ärzte (16,5%) aufsuchen. Letztere werden von Kindern dieser Altersgruppe deutlich häufiger in Anspruch genommen als von älteren Kindern und Jugendlichen. Mit 22,0% ist die jährliche Inanspruchnahme von Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen/-Ärzten bei den 3- bis 6-Jährigen signifikant höher als bei den 0- bis 2-Jährigen und verglichen mit allen anderen Altersgruppen sogar am höchsten.

Orthopädinnen bzw. Orthopäden werden im frühen Kindesalter von 7,7% der Kinder aufgesucht und Hautärztinnen/-ärzte von 6,9% der Kinder. Die jährliche Inanspruchnahme von internistischen Facharztpraxen ist dagegen mit 2,3% eher gering.

Auffallend ist, dass bei allen angesprochenen ambulanten Leistungen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auszumachen sind. Eine Ausnahme stellt die jährliche Inanspruchnahme von Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen und -Ärzten dar; diese werden von Jungen signifikant häufiger in Anspruch genommen als von Mädchen.

Signifikante Sozialstatusunterschiede in der jährlichen Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zeigen sich für die Fachrichtungen Pädiatrie, Allgemeinmedizin, Augenheilkunde und Chirurgie, nicht jedoch bei Internisten und Hals-Nasen-Ohren-Ärzten.

Während Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus signifikant häufiger eine/n Allgemeinmedizinerin/-mediziner aufsuchen, ist die jährliche Inanspruchnahme von Kinderärzten, Augenärzten und Chirurgen bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus signifikant höher.

Zudem zeigt sich, dass Kinder mit Migrationshintergrund signifikant seltener zum Allgemeinmediziner, zum Augenarzt und zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt gehen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei der jährlichen Inanspruchnahme von Kinderärzten, Internisten, Chirurgen oder Hautärzten sind dagegen keine Unterschiede bezüglich des Migrationsstatus festzustellen.

Die Auswertungen nach der Wohnregion zeigen ebenfalls einige signifikante Unterschiede bei der jährlichen Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen: Während Kinder aus dem Osten deutlich häufiger eine/n Kinderärztin/-arzt,

Tabelle 4.3.2.1

Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte in den letzten 12 Monaten bei 0- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Fachgebiet	0–2 Jahre	3–6 Jahre	0–6 Jahre
Kinderheilkunde			
Jungen	96,3%	87,2%	90,8%
Mädchen	95,1%	87,4%	90,5%
Gesamt	95,7%	87,3%	90,6%
Allgemeinmedizin			
Jungen	12,0%	22,5%	18,4%
Mädchen	12,7%	23,1%	19,0%
Gesamt	12,3%	22,8%	18,7%
Innere Medizin			
Jungen	2,3%	2,4%	2,4%
Mädchen	2,4%	2,0%	2,2%
Gesamt	2,4%	2,2%	2,3%
Augenheilkunde			
Jungen	15,0%	24,0%	20,5%
Mädchen	13,1%	23,5%	19,4%
Gesamt	14,1%	23,8%	20,0%
Orthopädie			
Jungen	8,9%	7,3%	7,9%
Mädchen	10,0%	5,8%	7,4%
Gesamt	9,4%	6,5%	7,7%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde			
Jungen	9,6%	24,2%	18,4%
Mädchen	6,2%	19,7%	14,4%
Gesamt	7,9%	22,0%	16,5%
Dermatologie			
Jungen	7,4%	7,3%	7,3%
Mädchen	6,5%	6,5%	6,5%
Gesamt	7,0%	6,9%	6,9%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

eine Chirurgin bzw. einen Chirurgen und eine/n Hautärztin/-arzt aufsuchen, gehen Kinder aus dem Westen häufiger zu einer Allgemeinmedizinerin/ einem Allgemeinmediziner und einer Augenärztin/ einem Augenarzt.

Insgesamt wurden 90,6% der Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren in den letzten 12 Monaten

einem Kinderarzt bzw. einer Kinderärztin vorgestellt. Im Vergleich zur Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern und niedergelassenen Fachärzten ist dieser Anteil sehr hoch. Wie zu erwarten, sinkt die jährliche Inanspruchnahme von Kinderärzten in den folgenden Lebensphasen stetig ab. Eine auffallend hohe Inanspruchnahme

von Hals-Nasen-Ohren-Ärzten ist bei Kindern im Alter von 3 bis 6 Jahren festzustellen. Kinder mit Migrationshintergrund weisen eine tendenziell geringere ambulante Inanspruchnahme auf als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund.

4.3.3 Impfungen

Eine zeitgerechte Grundimmunisierung gegen Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie (lebensgefährliche, bakterielle Erkrankung der oberen Atemwege), Pertussis (Keuchhusten), Haemophilus influenzae Typ b (lebensgefährliche, entzündliche Erkrankung im Hals-Nasen-Ohren-Bereich; Hib), Poliomyelitis (Kinderlähmung) und Hepatitis B (Leberentzündung) muss nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (STIKO) bei Kindern bis zum 15. Lebensmonat abgeschlossen sein [49]. Die erste Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sollen Kinder im Alter von 11 bis 14 Lebensmonaten erhalten, die zweite Gabe im Alter von 15 bis 23 Lebensmonaten. Aus diesem Grund beziehen sich die folgenden Angaben zu Impfquoten im frühen Kindesalter noch nicht auf die Gruppe der 0- bis 2-jährigen, sondern nur auf 3- bis 6-jährige Kinder.

In KiGGS waren die Eltern aufgefordert worden, den Impfausweis ihres Kindes mit in das Untersuchungszentrum zu bringen, weil daraus valide Daten zum Impfstatus gewonnen werden können (siehe auch Kapitel 3.3.3 und [50]). Bei den 3- bis 6-jährigen wurde in gut 95% der Fälle ein Impfausweis vorgelegt. Basis für die Analysen bilden alle Kinder mit auswertbaren Angaben (vorliegender, leserlicher Impfausweis).

Insgesamt haben 90,8% der Kinder in dieser Altersgruppe eine vollständige Grundimmunisierung mit Boostergabe (weitere Impfung, die eine verstärkte Antwort des Immunsystems hervorruft) gegen Tetanus, und 90,2% der Kinder sind gegen Diphtherie vollständig grundimmunisiert (siehe Tabelle 4.3.3.1). Die Impfquoten gegen Poliomyelitis und Hepatitis B sind mit 83,9% bzw. 74,8% bei den 3- bis 6-jährigen etwas niedriger als die Impfquoten gegen Hib und Pertussis mit 91,1% bzw. 90,4%.

93,2% der Kinder sind mindestens einmal gegen Masern geimpft. Mit 69,0% haben weniger als drei Viertel der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren eine zweite Masernimpfung erhalten.

Ähnliche Impfquoten sind auch für Mumps und Röteln festzustellen: 93,0% der Kinder sind mindestens einmal gegen Mumps geimpft, während lediglich 68,8% der Kinder auch eine zweite Impfung gegen Mumps erhalten haben. 92,2% der Kinder sind mindestens einmal, aber nur 67,7% der Kinder sind auch ein zweites Mal gegen Röteln geimpft. Defizite gibt es dementsprechend insbesondere hinsichtlich der zweiten Impfdosis.

Es bestehen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich sämtlicher Impfquoten. Dagegen sind signifikante Sozialstatusunterschiede bei vielen Impfungen festzustellen: Kinder aus Familien mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus weisen signifikant höhere Impfquoten auf als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Dies ist der Fall für die Impfungen gegen Hepatitis B, Pertussis und alle ersten und zweiten Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln.

Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund können dagegen kaum ausgemacht werden. Lediglich bei der ersten Masernimpfung zeigen sich Unterschiede dahingehend, dass Migrantinnen und Migranten mit 95,3% eine signifikant höhere erste Masernimpfung aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund mit 92,7%. Als wichtigstes Differenzierungsmerkmal im Zusammenhang mit dem Migrationsstatus stellte sich für die in KiGGS erfassten Impfungen der Geburtsort des Kindes heraus. Während in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund nicht seltener geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund, haben die Kinder und Jugendlichen, die nach der Geburt zugewandert sind, einen deutlich schlechteren Impfstatus.

Auffallend ist, dass die Durchimpfung der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren in den neuen Bundesländern tendenziell höher ist als in den alten Bundesländern. Höhere Impfquoten für Kinder aus dem Osten können für Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis B und alle ersten Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln festgestellt werden.

Insgesamt sind trotz der hohen Impfquoten die zweiten Impfdosen gegen Masern, Mumps und Röteln noch zu gering. Tendenziell niedrigere Impfquoten sind bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus sowie bei Kindern aus den alten Bundesländern zu beobachten.

Tabelle 4.3.3.1

Impfquoten: vollständige Grundimmunisierung mit Booster bei 3- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%) (bezogen auf Kinder mit auswertbaren Angaben)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Impfung	3–6 Jahre	Impfung	3–6 Jahre
Tetanus		1. Masern	
Jungen	91,4 %	Jungen	93,7 %
Mädchen	90,2 %	Mädchen	92,7 %
Gesamt	90,8 %	Gesamt	93,2 %
Diphtherie		2. Masern	
Jungen	90,8 %	Jungen	69,0 %
Mädchen	89,6 %	Mädchen	69,0 %
Gesamt	90,2 %	Gesamt	69,0 %
Polio		1. Mumps	
Jungen	83,9 %	Jungen	93,4 %
Mädchen	83,8 %	Mädchen	92,6 %
Gesamt	83,9 %	Gesamt	93,0 %
Hepatitis B		2. Mumps	
Jungen	74,4 %	Jungen	68,8 %
Mädchen	75,2 %	Mädchen	68,9 %
Gesamt	74,8 %	Gesamt	68,8 %
Hib		1. Röteln	
Jungen	91,8 %	Jungen	92,3 %
Mädchen	90,3 %	Mädchen	92,0 %
Gesamt	91,1 %	Gesamt	92,2 %
Pertussis		2. Röteln	
Jungen	91,2 %	Jungen	67,6 %
Mädchen	89,5 %	Mädchen	67,9 %
Gesamt	90,4 %	Gesamt	67,7 %

4.3.4 Arzneimittelanwendungen

Arzneimittelanwendungen sind bereits im frühen Kindesalter nicht ungewöhnlich. Dabei ist in der Lebensphase von 0 bis 6 Jahren keineswegs von einer gleich hohen Prävalenz auszugehen. Sieht man sich diesen Altersbereich genauer an, fällt die hohe Prävalenz im Säuglings- und Kleinkindalter auf (siehe Kapitel 3.3.4 und [51]). So wird bei fast drei Viertel aller Kinder (74,9 %), die zum Untersuchungszeitpunkt 0 bis 2 Jahre alt waren, mindestens ein Präparat angewendet. Die geringfügigen Unterschiede zwischen Jungen

(76,7 %) und Mädchen (73,1 %) sind nicht signifikant. Die Prävalenzrate liegt damit verglichen mit den Kindern in den anderen Altersgruppen auf dem höchsten Niveau. Im Vorschulalter (3 bis 6 Jahre) beträgt diese 51,9 % bei den Jungen und 50,2 % bei den Mädchen und ist damit bei beiden Geschlechtern signifikant zurückgegangen. Bei der Interpretation des Sachverhalts, dass fast drei Viertel der 0- bis 2-jährigen und praktisch jedes zweite Kind im Vorschulalter eine Arzneimittelanwendung aufweist, ist jedoch zu berücksichtigen, dass die angewendeten Präparate gerade in diesem Lebensabschnitt nicht nur zur Behandlung von Symptomen, Beschwerden und Krankheiten eingesetzt werden, sondern in einem nicht unerheblichen Maße zu präventiven Zwecken. Darüber hinaus muss bedacht werden, dass in die Erhebung im KiGGS nicht nur zugelassene Arzneimittel sondern auch Nahrungsergänzungsmittel, Phytopharmaka (pflanzliche Arzneimittel) und Homöopathika (homöopathische Mittel) einbezogen wurden. Vor diesem Hintergrund kann deshalb bei der allgemeinen Arzneimittelanwendung nicht ohne weiteres von Risikogruppen oder riskantem Verhalten gesprochen werden. Diese Aussagen sind unter anderem nur in Verbindung mit Indikation, Dauer und Dosierung des Arzneimittelkonsums zu treffen. Es können jedoch allgemeine Unterschiede hinsichtlich in KiGGS erfasster Merkmale, die mit dem untersuchten Arzneimittelkonsum in Zusammenhang stehen, benannt werden.

Im frühen Kindesalter fallen vor allem Unterschiede im Arzneimittelkonsum zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sowie in Abhängigkeit von der sozialen Lage auf. Kinder mit Migrationshintergrund wenden signifikant weniger Präparate an als Kinder ohne Migrationshintergrund. Mit steigendem Sozialstatus ergibt sich eine Zunahme der Anwendungsprävalenz. Statistisch signifikant sind die Unterschiede zwischen der unteren (57,7 %) und oberen Statusgruppe (62,7 %) (siehe Tabelle 4.3.4.1).

Differenziert man die Arzneimittelanwendung nach Selbst- und Verordnungsmedikation (die Summe übersteigt aufgrund von Mehrfachanwendungen die in Tabelle 4.3.4.1 aufgeführten Prävalenzraten für Arzneimittel), bleiben die migrations- und sozialstatusspezifischen Unterschiede für die Kinder der betrachteten Altersgruppe

Tabelle 4.3.4.1
Prävalenz der Arzneimittelanwendung in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 0- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
0–2 Jahre	76,7%	73,1%	74,9%
3–6 Jahre	51,9%	50,2%	51,1%
Niedriger Sozialstatus	58,7%	56,5%	57,7%
Mittlerer Sozialstatus	62,9%	59,5%	61,2%
Hoher Sozialstatus	63,2%	62,2%	62,7%
Migrant	53,7%	49,5%	51,7%
Nicht-Migrant	63,5%	61,2%	62,4%
Ost	60,6%	59,5%	60,1%
West	61,8%	59,1%	60,5%
Gesamt	61,6%	59,2%	60,4%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen und hinsichtlich Sozial- sowie Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

insgesamt sowie auch für Jungen und Mädchen getrennt bei der Selbstmedikation bestehen. Hinsichtlich der Verordnungsmedikation sind für die 0- bis 6-Jährigen nur noch Differenzen in der Anwendungsprävalenz zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zu erkennen. Kinder mit Migrationshintergrund haben eine geringere Anwendungsprävalenz ärztlich verordneter und selbst verordneter Arzneimittel (siehe Tabelle 4.3.4.2 und 4.3.4.3).

Diese allgemein niedrigere Prävalenz bei Kindern mit Migrationshintergrund findet sich aber nicht in allen Arzneimittelgruppen wieder. So ist zum Beispiel die Anwendungsprävalenz von Analgetika (Schmerzmitteln) und Antibiotika bei diesen Kindern höher, und zwar auch, wenn noch weitere Parameter wie Alter, Geschlecht und Sozialstatus gleichzeitig berücksichtigt werden. Im Gegensatz dazu werden bei Kindern ohne Migrationshintergrund 3-mal so häufig Homöopathika angewendet wie bei Kindern aus Migrantenfamilien.

In der folgenden Tabelle 4.3.4.4 ist das Arzneimittelspektrum im frühen Kindesalter dargestellt.

Tabelle 4.3.4.2
Prävalenz der Verordnungsmedikation in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 0- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
0–2 Jahre	65,8%	63,8%	64,8%
3–6 Jahre	33,4%	32,1%	32,7%
Niedriger Sozialstatus	46,9%	43,7%	45,4%
Mittlerer Sozialstatus	48,0%	45,4%	46,7%
Hoher Sozialstatus	42,5%	44,4%	43,5%
Migrant	41,9%	39,4%	40,7%
Nicht-Migrant	47,1%	45,5%	46,3%
Ost	47,6%	45,5%	46,5%
West	45,8%	44,3%	45,1%
Gesamt	46,1%	44,5%	45,3%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen und hinsichtlich Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Tabelle 4.3.4.3
Prävalenz der Selbstmedikation in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 0- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
0–2 Jahre	24,2%	22,9%	23,6%
3–6 Jahre	26,0%	25,2%	25,6%
Niedriger Sozialstatus	21,4%	20,7%	21,1%
Mittlerer Sozialstatus	24,6%	23,9%	24,3%
Hoher Sozialstatus	31,4%	29,0%	30,2%
Migrant	16,7%	13,1%	15,0%
Nicht-Migrant	27,2%	26,5%	26,9%
Ost	21,6%	24,0%	22,7%
West	26,0%	24,4%	25,2%
Gesamt	25,1%	24,1%	24,8%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

An der Spitze der 10 häufigsten Arzneimittelgruppen stehen mit 22,4 % Stomatologika (Arzneimittel zur Behandlung oder Vorbeugung von Zahn- und Mundkrankheiten), gefolgt von Husten- und Erkältungsmitteln (16,2 %) und Rhinologika (Schnupfenmittel) (9,7 %) (siehe Tabelle 4.3.4.4).

Tabelle 4.3.4.4
Rangfolge der 10 am häufigsten angewendeten Arzneimittelgruppen (in den letzten 7 Tagen vor der Befragung) bei 0- bis 6-Jährigen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Rang	Arzneimittelgruppen nach ATC-Kode*	Anteil
1	A01 Stomatologika	22,4 %
2	R05 Husten- und Erkältungspräparate	16,2 %
3	R01 Rhinologika	9,7 %
4	Z00 Homöopathika	6,7 %
5	A11 Vitamine	5,3 %
6	N02 Analgetika	3,8 %
7	J01 Antibiotika zur systemischen Anwendung	3,4 %
8	R03 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	3,4 %
9	R04 Brusteinreibungen und andere Inhalate	3,3 %
10	D03 Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren	2,7 %

* ATC: Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch Arzneimittelklassifikation der WHO nach Organsystem, an dem das Arzneimittel wirkt (Anatomisch), mit welcher Indikation (Therapeutisch) und mit welchen Wirkstoffen (Chemisch)

Die Prävalenz der Stomatologika, von denen in erster Linie Mittel zur Karies- und Rachitisprophylaxe sowie Mittel gegen Zahnungsbeschwerden zu nennen sind, vermindert sich vom 1. zum 2. Lebensjahr drastisch. Nach dem zweiten Lebensjahr ist ihre Anwendung von untergeordneter Bedeutung. Husten- und Erkältungsmittel nehmen dagegen durch den häufiger werdenden Kontakt der Kinder untereinander mit dem Alter zu. Neben Homöopathika und Vitaminen gehören Analgetika zu den häufig angewendeten Arzneimitteln, in diesem Altersbereich überwiegend mit der Indikation »Fiebersenkung«.

Insgesamt betrachtet ist die Prävalenz der Arzneimittelanwendung im frühen Kindesalter hoch. Mit fast 75 % wird der höchste Wert im Säuglings- und Kleinkindalter (0 bis 2 Jahre) erreicht. Hinsichtlich des Arzneimittelspektrums dominieren Arzneimittel mit präventiver Indikation (Stomatologika) sowie Präparate zur Behandlung akuter respiratorischer Erkrankungen (Husten- und Erkältungsmittel). Kinder mit Migrationshintergrund weisen insgesamt einen geringeren Arzneimittelkonsum auf, wenden dagegen Antibiotika und Analgetika häufiger an als Kinder ohne Migrationshintergrund.

In dieser Lebensphase erfreut sich die Anwendung von Homöopathika großer Beliebtheit. Kinder ohne Migrationshintergrund, aus Familien mit mittlerem bis hohem Sozialstatus und aus den alten Bundesländern gehören signifikant häufiger zur Anwendergruppe.

Literatur

1. Rauh H (2002) Vorgeburtliche Entwicklung und frühe Kindheit. In: Oerter R, Montada L (Hrsg) Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 5. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, Basel, Berlin, S 131–208
2. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2005) Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
3. Brazelton TB, Greenspan SI (2002) Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein. Beltz, Weinheim, Basel
4. Bowlby J (1984) Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. Reinhardt, München
5. Piaget J (1971) Psychologie der Intelligenz. Klett-Cotta, Olten
6. Largo RH (2004) Kinderjahre. Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung. Piper, München

7. Ahnert L (2003) Die Bedeutung von Peers für die frühe Sozialentwicklung des Kindes. In: Keller H (Hrsg) Handbuch der Kleinkindforschung. 3. überarb. und erw. Auflage. Huber, Bern, S 489–524
8. Ahnert L (2005) Entwicklungspsychologische Erfordernisse bei der Gestaltung von Betreuungs- und Bildungsangeboten im Kleinkind- und Vorschulalter. In: Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg) Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern unter sechs Jahren. Materialien zum Zwölften Kinder- und Jugendbericht, Bd.1. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S 9–54
9. Oerter R (2002) Kindheit. In: Oerter R, Montada L (Hrsg) Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 5. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, Basel, Berlin, S 209–255
10. Hurrelmann K, Bündel B (2003) Einführung in die Kindheitsforschung. 2. Auflage. Beltz, Weinheim, Basel, Berlin
11. Walper, S (1999) Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern. In: Lepenies A, Nunner-Winkler G, Schäfer GE, Walper S (Hrsg) Kindliche Entwicklungspotenziale. Normalität, Abweichung und ihre Ursachen. Materialien zum Zehnten Kinder- und Jugendbericht, Bd. 1. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S 291–350
12. Wettig J (2006) Eltern-Kind-Bindung: Kindheit bestimmt das Leben. Deutsches Ärzteblatt 103 (36): A-2298–2301
13. Riedel B (2008) Kinder bis zum Schuleintritt in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege. In: Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut & Universität Dortmund (Hrsg) Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S13–51
14. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg) (2004) Die Politik der frühkindlichen Betreuung, Bildung und Erziehung in der Bundesrepublik Deutschland. www.bmfsfj.de/Redaktion-BMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/oecd-studie-kinderbetreuung.pdf (Stand: 14.07.2008)
15. Bertelsmann Stiftung (Hrsg) (2008) Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme. www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_24533_24534_2.pdf (Stand: 14.07.2008)
16. Ellsäßer G (2004) Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland. Expertise für die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V. www.kindersicherheit.de/Expertise2004.pdf (Stand: 14.07.2008)
17. Ellsäßer G (2002) Kinderunfälle - Konsequenzen für die Prävention. Forum Public Health, 37: 16–17
18. Pott E (2002) Zentrale Gesundheitsprobleme im Kindesalter und Entwicklung von Interventionsstrategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) »Früh übt sich...« Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Bd. 16. BZgA, Köln, S 22–27
19. Hurrelmann K (2002) Psycho- und soziomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 45: 866–72
20. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2006) Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005 bis 2010. BMFSFJ, Berlin
21. Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U, Dudenhausen JW (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 670–6
22. Schneider S, Maul H, Freerksen N, Potschke-Langer M (2008) Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. Public Health 2008, 14
23. Day NL, Leech SL, Richardson GA et al. (2002) Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age. Alcohol Clin Exp Res 2002, 26: 1584–91

24. Stolzenberg H, Kahl H, Bergmann KE (2007) Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 659–69
25. Slaughter MH, Lohmann TG, Boileau RA et al. (1988) Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth. Hum Biol 60: 709–723
26. Hesse V, Jäger U, Kromeyer K et al. (1990) Aktualisierte Wachstumsdaten (Körperhöhe und Körpergewicht) 0-16-jähriger Kinder (Jenaer Studien). Z Klin Med 45: 1121–1125
27. Kromeyer-Hauschild K, Jaeger U (1997) Growth studies in Jena, Germany: Changes in body measurements and body fat distribution between 1975 and 1995. Am. J. Hum. Biol. 10: 579–587
28. Böhm A, Friese E, Lüdecke K (2002) Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Eine Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg. Monatsschr Kinderheilkd 150: 48–57
29. Bauer C, Rosemeier A (2004) Ballast fürs Leben – Übergewicht und Adipositas bei Karlsruher Vorschulkindern. Gesundheitswesen 66: 46–250
30. Danker-Hopfe H, Roczen K. (2000) Secular trends in height, weight and body mass -index of 6-year old children in Bremerhaven. Ann Hum Biol 27: 263–270
31. Moß A, Wabitsch M, Kromeyer-Hauschild K et al. (2007) Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschulkindern. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (11): 1424–31
32. 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
33. Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–10
34. Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 736–43
35. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin
36. Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 718–27
37. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 784–93
38. Schlack R, Hölling H, Kurth B-M, Huss M (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 827–35
39. Ravens-Sieberer U, Gortler E, Bullinger M. (2000) Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen - Eine Befragung Hamburger Schüler im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. Gesundheitswesen 62: 148–55
40. Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 810–18

41. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin
42. Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 609–23
43. Forschungsinstitut für Kinderernährung (2005) Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Dortmund
44. Lange C, Schenk L, Bergmann R (2007) Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 624–33
45. Lampert T, Mensink GBM, Romahn N, Woll A (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 634–42
46. Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007) Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 643–52
47. Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 653–58
48. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–50
49. Robert Koch-Institut (2007) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO). Epid Bull 30: 267–86
50. Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 851–62
51. Knopf H (2007) Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 863–70

5 Schulkinder (7 bis 10 Jahre)

Einleitung

Diese Lebensphase ist in großem Maße durch den Eintritt in die Grundschule geprägt. Damit ändern sich der gesellschaftliche Status sowie die Rollenzuschreibung des Kindes: Das Kind wird zur Schülerin, zum Schüler [1]. Der Schuleintritt bringt für das Kind eine sehr weitgehende Erweiterung und Restrukturierung seiner Lebenswelt mit sich. Eine Vielzahl von Regeln bestimmt nun seinen Tagesablauf [2]. Das beginnt mit einer feststehenden Zeitstruktur des Schulbeginns und -endes sowie der Unterrichtseinheiten und Pausen. Die Schulpflicht erfordert gleichzeitig auch eine neue Organisation des familiären Alltagslebens; so bestimmt der Stundenplan des Kindes vielfach die Zeiten des Aufstehens und Zubettgehens sowie die Zeiten für die gemeinsamen Mahlzeiten in der Familie. Im Unterschied zum Kindergarten steht in der Schule die Förderung der intellektuellen und nicht der sozialen Kompetenzen im Vordergrund [3, 4]. Die Schule stellt damit zahlreiche neue Anforderungen an das Kind. Es steht nun vor der Entwicklungsaufgabe, sich im schulischen Unterricht grundlegende Fähigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen systematisch aneignen zu müssen. Neben den kognitiven Leistungen und motivationalen Kompetenzen verlangt die Schule auch die Fähigkeit zur Anpassung (Pünktlichkeit, Stillsitzen, allein arbeiten, Erledigen von Hausaufgaben etc.). Der unstrukturierte Raum zum Träumen oder freien Spiel wird damit zunehmend kleiner [2]. Mit dem Schulbeginn macht das Grundschulkind außerdem erste Erfahrungen mit formalen Bewertungen (Zensuren) und unter Umständen auch mit Misserfolgen, die vom Kind verarbeitet werden müssen. Schlechte Noten zu bekommen wird für viele Kinder zu einem Potenzial für Angst und Enttäuschung. So führen schon bei 8- bis 9-jährigen Kindern schulische Leistungsanforderungen vielfach zu Konflikten im familiären Alltag [1]. Darüber hinaus zeigt sich bereits im Grundschulalter, dass schulischer Bildungserfolg im Zusammenhang mit dem Bildungsniveau der Eltern und der hiermit zusammenhängenden ökonomischen Lebenslage der Familie, ihrer eth-

nischen Herkunft und dem beruflichen Status der Eltern steht. Demgegenüber ist der Einfluss von Familienstrukturen auf schulische Bildungserfolge weitgehend vernachlässigbar [1]. Die Bewältigung schulischer Leistungsanforderungen stellt eine der anspruchsvollsten und für die Zukunft des Kindes folgenreichsten Entwicklungsaufgaben dar [4].

Auch wenn die Einschulung eine wichtige Zäsur im Leben eines Kindes ist und die Schule von diesem Zeitpunkt an einen wichtigen Stellenwert einnimmt, bleibt die Familie in diesem Alter weiterhin die zentrale Sozialisationsinstanz. »In den alltäglichen familiären Interaktionen und über die Zugänge, die die Familie zu anderen Erfahrungswelten eröffnet, erwerben die Heranwachsenden grundlegende Einstellungen und Haltungen sowie Fähigkeiten und Kenntnisse, die nicht nur maßgeblich zu ihrer personalen, sozialen und kognitiven Entwicklung beitragen, sondern sich auch in ihrem Blick auf die Welt, ihrer Art des Herangehens an die Bewältigung von Lebensaufgaben und die Lösung von Problemen sowie in der Wahrnehmung von Optionen und in Handlungsperspektiven niederschlagen [1].«

Auch die grundlegenden lebenspraktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten, z. B. der Haushaltsführung, der Mediennutzung oder des Umgangs mit Geld etc., erwerben Heranwachsende – dem spezifischen Lebensstil der Familie entsprechend – vor allem in der alltäglichen familiären Lebensführung [1]. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich in Familien mit niedrigem Sozialstatus und in Migrantenfamilien grundlegende lebensführungsrelevante, aber auch bildungsbezogene Kompetenzen an den Bewältigungsanforderungen des jeweiligen sozialen Milieus orientieren und damit oftmals nicht den mittelschichtorientierten schulischen Anforderungen und Erwartungen entsprechen [1]. Wie bereits in Kapitel 2.2 und für die Säuglings- und Kleinkindphase dargestellt, differieren die Möglichkeiten der Entwicklungsförderung in der Familie zum einen in Abhängigkeit von der sozioemotionalen Qualität der familiären Beziehungen, zum anderen in Abhängigkeit von den jeweiligen ökonomischen, sozialen und kulturellen Ressourcen der Familie.

Neben Familie und Schule gewinnen in der mittleren Kindheit zunehmend Gleichaltrige (»Peers«) und damit die Selbstorganisation von Kindergruppen an Bedeutung. Die Interaktion mit Gleichaltrigen fördert die Entwicklung eines Sozialverhaltens, das im Gegensatz zur Interaktion mit Erwachsenen stärker symmetrisch ist und damit ein Verständnis für Gleichheit und Gerechtigkeit aufbaut. Für die Mehrheit der Heranwachsenden entsteht dadurch ein wichtiger und positiv erlebter Erfahrungsraum [5]. Gleichaltrigen-Gruppen ermöglichen Kindern den Erwerb einer Bandbreite von Kompetenzen. Diese reichen von sozialkommunikativen, über sprachlich-kulturelle bis hin zu personalen Kompetenzen in Zusammenhang mit der Identitätsfindung (Selbstvergewisserung, Selbstkonzepte) [6]. Für die 6- bis 10-jährigen Grundschul Kinder stellt die Zweiergruppe die wichtigste Form der Gleichaltrigen-Beziehung dar, auch wenn sie gern in der Gruppe spielen. Die Zugehörigkeit zu einer Clique gewinnt erst im Jugendalter an Bedeutung [7]. Freundschaftsbeziehungen sind darüber hinaus bereits im Grundschulalter schichtthomogen und durch die familiäre Lebenslage geprägt. 8- und 9-jährige Kinder, die in bildungsfernen und ökonomisch schlechter gestellten Familien sowie in Migrantenfamilien aufwachsen, haben zudem weniger Beziehungen zu Gleichaltrigen als Kinder aus privilegierten Familien [1, 8, 9].

Mit Blick auf das Freizeitverhalten der Kinder im Grundschulalter zeigt sich, dass das Erlernen motorischer Fertigkeiten wie Radfahren, Schwimmen, Rollschuhlaufen, Fußballspielen etc. von großer Bedeutung ist. Kinder dieses Altersbereichs zeigen eine ausgeprägte Bewegungslust, die erst mit Beginn der Pubertät wieder etwas zurückgeht. Zunehmend spielen auch Faktoren wie Erfolg und soziale Auseinandersetzung eine wichtige Rolle; so werden beispielsweise Bewegungsspiele ziel- und wettbewerbsorientierter durchgeführt [2].

Mit dem Wandel der unmittelbaren Wohn- und Lebensumgebung der Kinder zu verkehrsgerechten Stadtlandschaften hat sich in den letzten Jahrzehnten das Spielverhalten der Kinder deutlich verändert. Die städtebauliche Entwicklung und vor allem die Zunahme des Autoverkehrs haben beispielbare Nahräume für Kinder erheblich reduziert [10] (siehe Kapitel 2.4). Hier ermöglichen – insbesondere in Städten – nur noch Spielplätze das geschützte Spielen im Freien.

Auf Grund des Mangels an Freizeitalternativen sind insbesondere Kinder aus sozial benachteiligten Familien stärker als andere auf öffentliche Spielplätze angewiesen [1, 11].

Auf Grund der veränderten und teils stark eingeschränkten Spielmöglichkeiten in der Außenwelt sowie des Vorhandenseins neuer und immer zahlreicher werdender Medienangebote wie Fernsehen, Computer, Handy, CD-Player etc. verlagern Kinder ihr Spielen zudem verstärkt in die Wohnungen. Das Kinderzimmer ist im Grundschulalter der beliebteste Aufenthaltsort [1]. An die Stelle des Spielens in der Natur sind vorgefertigte, teils teure Spielsachen getreten, mit denen sich ein Kind vielfach in seinem Kinderzimmer alleine beschäftigen kann – und vielfach auch muss [10].

Mit der Zunahme der Sprach- und Lesekompetenzen durch den Schulbesuch erweitern sich für die Kinder ihre Möglichkeiten der Nutzung verschiedener Medien wie Bücher, Fernsehen oder Internet etc. Im Grundschulalter gewinnen insbesondere die Musikmedien sowie der Computer an Bedeutung. Zentrales Medium im Alltagsleben bleibt aber das Fernsehen (siehe Kapitel 5.2.3 und [1, 12]). Gerade dieses Medium beeinflusst die Vorstellungen der Kinder von der sozialen Wirklichkeit heute in starkem Maße. Der Medienkonsum bindet inzwischen einen großen Teil der freien Zeit der Kinder, die für aktive Tätigkeiten verloren geht. An die Stelle des Tobens und Spielens im Freien tritt die frühe Gewöhnung an eine sitzende Lebensweise; ein Mangel an Bewegung und Körpererfahrungen ist die Folge [10, 13].

Ein weiterer Teil der Zeit wird dem Besuch von Spiel- und Sportgruppen, Kursen in musischen und handwerklich-kreativen Bereichen oder Förderkursen gewidmet. Auch diese Aktivitäten finden vielfach in geschlossenen Räumen statt, so dass Kinder immer seltener ihre Freizeit im Freien und in der Natur verbringen [10]. Der Tagesablauf vieler Kinder im Grundschulalter folgt somit heute einem stark vorstrukturierten und organisierten Zeitplan, der in vielen Punkten dem eines Erwachsenen gleicht: Neben den festen Schulzeiten am Vormittag sind die Nachmittage vieler Kinder mit Hausaufgaben für die Schule, Terminen in Vereinen und Kursen sowie fest verabredeten Besuchen bei Freunden gefüllt.

Insgesamt zeigt sich mit Blick auf die gegenwärtige Freizeitgestaltung von Grundschulkindern, dass diese einerseits fähig sind, selbstständig soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen und zu gestalten, andererseits bei der konkreten Ausgestaltung ihrer Freizeit häufig von ihren Eltern abhängig sind, z. B. hinsichtlich der Finanzierung von Freizeitaktivitäten sowie des Transports zu Verabredungen oder Kursen [4].

Zusammenfassend lassen sich für das Grundschulalter folgende Entwicklungsaufgaben benennen [14]:

- ▶ Erlernen körperlicher Geschicklichkeit,
- ▶ Aufbau einer positiven Einstellung zu sich als einem wachsenden Organismus,
- ▶ Erreichen persönlicher Unabhängigkeit,
- ▶ Entwicklung grundlegender Fertigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen,
- ▶ Entwicklung von für das Alltagsleben notwendigen Konzepten und Denkschemata,
- ▶ Weiterentwicklung der Fähigkeit, mit Gleichaltrigen zurechtzukommen,
- ▶ Entwicklung von Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen und Institutionen,
- ▶ Entwicklung von Gewissen, Moral und einer Werteskala,
- ▶ Erlernen eines angemessenen männlichen oder weiblichen Rollenverhaltens.

Durchlaufen Kinder in den ersten Lebensjahren und in der Pubertät rasante körperliche Wachstumsphasen, so ist das Grundschulalter durch eine relativ moderate Veränderung des Körpers gekennzeichnet (siehe Kapitel 5.1.1 und [2]).

Während Kinder in der Vorschulphase eine in starkem Maße stereotype Geschlechtsidentität aufweisen, wird die Selbstzuschreibung femininer und maskuliner Eigenschaften im Alter von 8 bzw. 9 Jahren flexibler, indem Mädchen nun verstärkt maskuline Eigenschaften und Jungen feminine Eigenschaften in ihr Selbstkonzept integrieren. Beide Geschlechter zeigen allerdings schon in dieser Phase unterschiedliche Muster der Bewältigung von Lebensanforderungen und -belastungen: Mädchen weisen bei Anspannungen, Konflikten und Belastungen eher eine nach innen gerichtete Form der Bewältigung auf, während Jungen eher nach außen gerichtete Bewältigungsformen wählen [4].

Verglichen mit anderen Altersgruppen gilt das mittlere Kindesalter als Phase guter Gesundheit. Akute infektiöse Erkrankungen konnten im vergangenen Jahrhundert in Deutschland durch verbesserte Lebensbedingungen und Erfolge der modernen Medizin zurückgedrängt werden. Gleichzeitig haben allerdings chronische Erkrankungen und psychosomatische bzw. psychosoziale Beeinträchtigungen zugenommen. Neben chronischen Erkrankungen wie Allergien und Atemwegserkrankungen (siehe Kapitel 5.1.2.1) stellen unfallbedingte Verletzungen (siehe Kapitel 5.1.2.3), psychische Störungen (siehe Kapitel 5.1.2.4) sowie Übergewicht (siehe Kapitel 5.1.2.2) zentrale gesundheitliche Probleme dieser Lebensphase dar [15, 16].

Während sich im Säuglings- und Kleinkindalter die meisten Unfälle zu Hause oder auf dem Spielplatz ereignen, nehmen ab dem Grundschulalter Unfälle im Straßenverkehr (als Fußgänger, mit dem Fahrrad oder als PKW-Insasse) sowie in Schulen und Sporteinrichtungen zu [17, 18]. Unfälle stellen trotz vieler schon umgesetzter präventiver Maßnahmen noch immer die häufigste Todesursache im Kindesalter dar und sind darüber hinaus für eine hohe Zahl von Krankheits- bzw. Behandlungsfällen verantwortlich. Gerade in städtischen Ballungsgebieten sind Bewegung und sportliche Betätigung im Freien häufig mit einem erheblichen Unfallrisiko verbunden.

Entwicklungsverzögerungen, die sich bereits in der frühen Kindheit abzeichnen, besitzen selbstverständlich auch im Grundschulalter weiterhin Relevanz. Störungen des Hör- und Sehvermögens werden oftmals aber erst mit dem Eintritt in die Schule und bei Problemen des Erlernens des Lesens und Schreibens offenkundig. Auch Wahrnehmungs- und Leistungsstörungen wie Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwächen zeigen sich vielfach erst nach Schuleintritt [4].

Im Allgemeinen zeigt sich, dass im ersten Lebensjahrzehnt Mädchen gesünder und medizinisch unauffälliger sind als Jungen. Jungen fallen in dieser Lebensphase insbesondere durch häufigere Störungen der Impulskontrolle und des Sozialverhaltens, durch Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen sowie durch aggressives Verhalten auf (siehe auch Kapitel 5.1.2.4). Auch der Blick auf die Mortalität in diesem Alter bestätigt dieses Bild: Die Anzahl der Todesfälle durch Ver-

letzungen, Vergiftungen und Unfälle ist bei den Jungen deutlich höher [19].

Die Gesundheit der Kinder im Grundschulalter wird in den folgenden Kapiteln mit bundesweit repräsentativen Daten der KiGGS-Studie im Detail beschrieben, so dass die Besonderheiten der gesundheitlichen Lage dieser Lebensphase sichtbar werden.

5.1 Gesundheitliche Lage

5.1.1 Körperliche Entwicklung und Akzeleration

Mit dem Erreichen des frühen Schulalters beginnt eine ruhige Phase der körperlichen Entwicklung, die mit dem Eintritt der neurophysiologischen Pubertät um das 9. bis 10. Lebensjahr endet. Das zeigen auch die Querschnittsergebnisse von KiGGS: sowohl für Jungen als auch Mädchen betragen die Veränderungen in den Mittelwerten zwischen den Altersjahren dieser Lebensphase für die Körpergröße ca. 4 bis 6 cm, für das Körpergewicht zwischen 3 und 4 kg (siehe auch Kapitel 3.1.2 und [20]).

Der Kopfumfang zeigt nur noch einen geringen Zuwachs von 1 bis 1,5 cm über diese Altersperiode. Der Körperfettanteil steigt nach der vorhergehenden Stagnation der Werte bei den Jungen wieder an und verläuft dann auf einem niedrigen Niveau parallel zu den Werten der Mädchen (siehe Tabelle 5.1.1.1).

In Bezug auf den Sozialstatus ist sowohl für das Körpergewicht als auch für den Körperfettanteil ein signifikanter Gradient bei Jungen und Mädchen nachweisbar. Hinsichtlich der Körpergröße zeigen sich nur für Jungen signifikante Unterschiede nach dem Sozialstatus. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund haben im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund einen signifikant höheren Körperfettanteil; es gibt jedoch keine Unterschiede hinsichtlich des Körpergewichtes. In der betrachteten Altersgruppe wurden keine ausgeprägten Unterschiede nach der Wohnregion Ost/West festgestellt.

Bereits mit 9 bis 10 Jahren zeigen sich bei einigen Kindern (Frühentwickler) die sekundären äußeren Geschlechtsmerkmale. In KiGGS wurde die Entwicklung der Schambehaarung (Zeichen-

Tabelle 5.1.1.1

Mittelwerte für Körpergröße, Körpergewicht, Kopfumfang und Körperfettanteil von 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersjahren

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte

Alter	Körpergröße	Körpergewicht	Kopfumfang	Körperfettanteil
	cm MW	kg MW	cm MW	% MW
7 Jahre				
Jungen	127,9	27,2	52,7	16,7
Mädchen	126,4	26,1	51,7	18,2
8 Jahre				
Jungen	133,8	30,8	53,2	18,0
Mädchen	132,4	29,8	52,2	19,5
9 Jahre				
Jungen	138,7	33,8	53,5	18,8
Mädchen	138,0	33,8	52,6	21,5
10 Jahre				
Jungen	143,9	38,3	53,8	21,2
Mädchen	144,2	38,4	53,2	22,6

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

vorlagen nach Tanner; 6 Stufen) von den Kindern selbst eingeschätzt. Im Alter von 10 Jahren berichten 42,4 % der Mädchen und 35,7 % der Jungen über das Erscheinen erster Schamhaare. Der Anteil der Mädchen, die ihre erste Regelblutung mit 10 Jahren angeben beträgt 2,2 %. Erste Stimmveränderungen als Reifemerkmale bei Jungen geben 0,2 % der 10-jährigen Jungen an. Der sexuelle Reifegrad am Ende dieser Altersperiode muss bei der Einschätzung der körperlichen Entwicklung der Kinder berücksichtigt werden. Diejenigen, die schon in die Pubertät eingetreten sind, weichen mit ihren Körpermaßen deutlich vom Durchschnitt ab (siehe Tabelle 5.1.1.2). Die Tatsache, dass pubertäre Kinder größer und schwerer als ihre Altersgenossen sind, muss besonders bei der Beurteilung der körperlichen Entwicklung berücksichtigt werden, wenn Altersnormen zugrunde gelegt werden. Dabei kann es leicht zu einer Fehlinterpretation hinsichtlich eines nicht bestehenden Übergewichtes kommen [21].

Das Fehlen bundesweiter Vergleichswerte zur Akzeleration in Deutschland erschwert eine Einschätzung darüber, inwieweit sich eine Wachstumsbeschleunigung der körperlichen Entwicklung im Schulalter fortsetzt. Ein Vergleich mit Wachstumsdaten nach Studien der 1980er- und 1990er-Jahre [22] zeigt fast identische Mittelwerte für die Körperlänge der 7-jährigen Mädchen (126,7 cm vs. KiGGS: 126,4 cm) und Jungen (127,2 cm vs. KiGGS: 127,9 cm). Das durchschnittliche Körpergewicht der Kinder dieses Alters ist hingegen in diesen älteren Studien im Vergleich zu KiGGS niedriger (Jungen: 25,7 kg vs. 27,2 kg; Mädchen: 25,2 kg vs. 26,1 kg).

Die gleiche Tendenz zeigt sich im Vergleich der Studien für die 10-jährigen Kinder mit fast gleichen Mittelwerten für die Körpergröße, aber mit höheren Mittelwerten für das Körpergewicht in KiGGS (Jungen: 33,8 kg vs. 38,3 kg; Mädchen: 33,9 kg vs. 38,4 kg). Dies deutet darauf hin, dass für das Schulalter keine Größenakzeleration erfolgt ist, dafür eine Zunahme des mittleren Körpergewichtes. Ähnliche Ergebnisse zeigen die Untersuchungsergebnisse der Jenaer Studien über den Zeitraum 1975 bis 1995 [23].

Hinsichtlich der in KiGGS erhobenen Messwerte zur körperlichen Entwicklung der 7- bis 10-jährigen wird wie erwartet eine Zunahme der Werte von Altersgruppe zu Altersgruppe beobachtet. Insbesondere der soziale Status der Familie hat offenbar Einfluss auf die körperliche Entwicklung der Kinder. Für die Reifeentwicklung wird zwar eine Vorverlagerung diskutiert, insgesamt beginnt die Reifeentwicklung deutscher Kinder und Jugendlicher nach KiGGS im Vergleich zu früheren deutschen Untersuchungen und im Vergleich zu anderen europäischen Studienergebnissen jedoch nicht signifikant früher.

5.1.2 Morbidität

5.1.2.1 Somatische Erkrankungen

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey stellt Daten zu den wichtigsten akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen bereit (siehe auch

Tabelle 5.1.1.2

Medianwerte von Körpergröße, Körpergewicht, Körperfettanteil und Body Mass-Index von 10-jährigen Mädchen und Jungen vor und nach Eintritt von Menarche bzw. Stimmbruch (Stufe 1=Stimme schwankt)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte

Anthropometrische Werte	Jungen		Mädchen	
	Stimmbruch nicht eingetreten	Stimme schwankt	Menarche nicht eingetreten	Menarche eingetreten
Körpergröße cm	144,1	157,9	144,8	153,8
Körpergewicht kg	36,2	55,2	36,7	48,9
Körperfettanteil %	18,4	18,8	20,9	23,6
BMI kg/m ²	17,6	22,2	17,4	20,4

Kapitel 3.1.3.1 und [24]). Die am häufigsten berichteten akuten Erkrankungen im jüngeren Schulalter sind, wie schon im Kleinkind- und später auch im Jugendalter, Erkältungen (siehe Tabelle 5.1.2.1.1). Fast 90 % aller 7- bis 10-jährigen Schulkinder waren innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal betroffen. Daneben treten Magen-Darm-Infektionen sehr oft auf, über die Hälfte der Kinder war mindestens einmal erkrankt. Auch bei den kleineren Kindern unter 7 Jahren ist dies ein weit verbreitetes Krankheitsbild. Etwa jedes fünfte Kind im Alter von 7 bis 10 Jahren war von einer Angina betroffen. Ebenfalls nahezu jedes fünfte Kind dieser Altersgruppe hatte in den letzten 12 Monaten eine akute Bronchitis. Hier ist ein Rückgang im Altersverlauf erkennbar: Unter den bis zu 6-jährigen waren fast 10 % mehr Kinder pro Jahr davon betroffen. Herpesinfektionen (12,9 %) treten bei den Grundschulkindern etwas häufiger auf als im jüngeren Alter. In der Häufigkeit folgen Otitis media (Mittelohrentzündung) (8,6 %), Blasenentzündung (5,6 %), Bindehautentzündung (5,1 %) und Lungenentzündung (0,9 %). Diese Erkrankungen nehmen vom Kleinkind- zum jüngeren Schulalter hin ab, mit Ausnahme der Blasenentzündung (insbesondere bei den Mädchen).

Differenziert nach dem Geschlecht der Grundschul Kinder sind Mädchen signifikant häufiger von Blasen- oder Harnwegsinfektionen sowie von Herpes betroffen.

Erkältungen, Angina, Lungenentzündungen und Durchfall/Magen-Darm-Infektionen kommen bei Kindern von 7 bis 10 Jahren mit hohem Sozialstatus signifikant häufiger vor als bei Kindern mit niedrigem Status. Eitrige Bindehautentzündungen zeigen hinsichtlich des Sozialstatus der Grundschul Kinder unterschiedliche Trends bei Jungen und Mädchen: Während bei den Jungen signifikante Unterschiede bezüglich des Sozialstatus bestehen (mehr Erkrankte in der höchsten Statusgruppe), existiert eine solche Beziehung bei den Mädchen nicht. Bis auf die Blasen-/Harnwegsinfekte sind alle weiteren hier untersuchten akuten Erkrankungen bei Kindern ohne Migrationshintergrund signifikant häufiger zu finden als bei Kindern mit Migrationshintergrund [25]. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Wohnregion (alte oder neue Bundesländer) gibt es für Erkältungen und Mittelohrentzündungen, jeweils zuungunsten der alten Bundesländer (Erkältung: 89,4 % vs. 86,4 %, Otitis media: 11,0 % vs. 8,7 %).

Tabelle 5.1.2.1.1
12-Monats-Prävalenz von akuten Erkrankungen bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Akute Erkrankungen	Jungen	Mädchen	Gesamt
Erkältung	88,1%	90,0%	89,0%
Angina	17,6%	20,5%	19,0%
Akute Bronchitis	20,0%	16,8%	18,4%
Magen-Darm-Infektion	53,7%	50,5%	52,1%
Herpes	10,8%	15,1%	12,9%
Blasenentzündung	2,7%	8,7%	5,6%
Bindehautentzündung	5,1%	5,2%	5,1%
Lungenentzündung	1,0%	0,9%	0,9%
Mittelohrentzündung	7,8%	9,4%	8,6%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Die Lebenszeitprävalenz von ansteckenden Kinderkrankheiten ist erwartungsgemäß im jüngeren Schulalter höher als bei den kleinen Kindern zwischen 0 und 6 Jahren. Bis auf Scharlach kann allen hier dargestellten Kinderkrankheiten durch eine Impfung vorgebeugt werden. Die Impfungen werden durch die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlen. [26] Dementsprechend ist die Prävalenz dieser Erkrankungen mit einer Ausnahme gering (siehe Tabelle 5.1.2.1.2). Die Lebenszeitprävalenz von Windpocken ist mit 86,3% vergleichsweise ausgesprochen hoch. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die allgemeine Varizellenimpfung erst seit 2004 als Impfpflichtung von der STIKO in den Impfkalender aufgenommen wurde [27]. Die Gruppe der 7- bis 10-Jährigen konnte von dieser Impfpflichtung im entsprechenden Alter noch nicht profitieren.

Tabelle 5.1.2.1.2
Lebenszeitprävalenzen von ansteckenden Kinderkrankheiten bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Ansteckende Kinderkrankheiten	Jungen	Mädchen	Gesamt
Keuchhusten	4,4%	3,6%	4,0%
Masern	6,0%	4,4%	5,2%
Mumps	1,7%	1,4%	1,5%
Röteln	6,0%	6,1%	6,1%
Windpocken	86,2%	86,4%	86,3%
Scharlach	30,1%	29,6%	29,8%

Fast ein Drittel der Schülerinnen und Schüler hat bereits eine Scharlacherkrankung gehabt. Alle weiteren ansteckenden Kinderkrankheiten wurden nur von wenigen Kindern berichtet (siehe Tabelle 5.1.2.1.2). In der Reihenfolge ihrer Häufigkeit sind dies Röteln (6,1%), Masern (5,2%), Keuchhusten (4,0%) und Mumps (1,5%). Lediglich bei Keuchhusten zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen – mehr Jungen hatten bereits diese Erkrankung (4,4% vs. 3,6%).

Bei der Diagnose Keuchhusten ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede entlang des

Sozialstatus: Kinder aus Familien mit niedrigem Status erkranken häufiger. Kinder mit Migrationshintergrund berichteten ebenfalls öfter über Keuchhusten als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (7,0% vs. 3,5%). Grundschulkinder aus den neuen Bundesländern sind seltener betroffen als Kinder aus den alten Ländern (1,9% vs. 4,3%). Für Masern wurden ebensolche (signifikanten) Unterschiede bezüglich des Sozial- und Migrationsstatus der Kinder gefunden (niedriger Status: 7,9%, mittlerer Status: 5,3%, hoher Status: 3,5%; Migrant: 8,3% vs. Nicht-Migrant: 4,7%). Auch für Mumps und Röteln ergeben sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Lebenszeitprävalenz der Erkrankung und dem Sozialstatus der Familien in der genannten Richtung. Der Migrationsstatus spielt hierbei keine Rolle. Bei Röteln wurde außerdem ein statistisch signifikanter Unterschied zuungunsten der Kinder aus den neuen im Vergleich zu den alten Bundesländern gefunden (9,5% vs. 5,5%).

Für Windpockenerkrankungen zeigen sich deutlich andere Zusammenhänge: Hier sind Kinder mit höherem Sozialstatus signifikant häufiger erkrankt. Migrantinnen und Migranten sind signifikant seltener betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund (75,7 vs. 88,2%). Bei Scharlacherkrankungen ergab sich ein ähnliches Muster: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben im Grundschulalter signifikant seltener Scharlach gehabt. Außerdem sind weniger Migrantinnen und Migranten als Kinder ohne Migrationshintergrund betroffen (18,0% vs. 31,9%). Beim Scharlach sind bezüglich der Ost-West-Verteilung signifikant weniger Kinder aus den neuen als aus den alten Bundesländern schon einmal erkrankt (21,0% vs. 31,2%).

Unterschiede hinsichtlich ansteckender Kinderkrankheiten zwischen Sozial- und Migrationsstatus sowie hinsichtlich der Wohnregion Ost/West können in einem engen Zusammenhang zu entsprechend unterschiedlichem Impfverhalten gesehen werden (siehe auch Kapitel 5.3.2).

Chronische Erkrankungen erlangen in der Kinder- und Jugendphase eine besondere Bedeutung, weil sie die Entwicklung der Heranwachsenden nachhaltig beeinträchtigen können [24]. Allergische Erkrankungen stellen dabei das häufigste Gesundheitsproblem dar [28]. In KiGGS wurden Heuschnupfen, Asthma bronchiale, Neu-

rodermitis und das allergische Kontaktekzem erfasst. Ein frühes Asthma bronchiale ist im Alter bis zu 2 Jahren von einer spastischen (obstruktiven) Bronchitis (Entzündung der Bronchien mit Husten, eventuell Luftnot) schwer abzugrenzen. Mit dem Wachstum des Bronchialquerschnittes gelingt diese Abgrenzung ab ca. 2 Jahren leichter. Obwohl bei Kindern im Alter von 7 bis 10 Jahren eine Asthmaerkrankung bereits gut von einer spastischen (obstruktiven) Bronchitis abgrenzbar sein sollte, wird sie nicht immer diagnostiziert [29]. Die folgenden Auswertungen zum Asthma bronchiale beschränken sich dennoch auf die Kinder, für die eine ärztlich gestellte Asthmadignose vorliegt.

Alle genannten atopischen Erkrankungen (Überempfindlichkeitsreaktionen auf Substanzen in der Umwelt) nehmen über die betrachteten Lebensphasen der Kinder und Jugendlichen zu. Die größte Zunahme erfolgt in den jüngeren Lebensphasen. Mit 7 bis 10 Jahren ist schon ein Viertel aller Kinder von mindestens einer atopischen Erkrankung betroffen [28]. Die größte Verbreitung weist im Alter von 7 bis 10 Jahren Neurodermitis auf, an der 15,1% der Kinder dieser Altersgruppe bereits erkrankt sind (siehe Tabelle 5.1.2.1.3). An zweiter Stelle stehen Heuschnupfen und das allergische Kontaktekzem. Jedes zehnte Kind im Grundschulalter hat (mindestens) eine dieser Diagnosen schon einmal erhalten. Knapp 5% der Kinder leiden unter Asthma.

Bei Jungen im Grundschulalter wurde statistisch signifikant häufiger als bei den altersgleichen

Mädchen die Diagnose Heuschnupfen jemals gestellt, die Diagnose allergisches Kontaktekzem demgegenüber seltener. Asthma bronchiale ist bei Jungen ebenfalls häufiger als bei Mädchen, allerdings nicht signifikant. Da Heuschnupfen häufig in ein Asthma bronchiale mündet (so genannter »Etagenwechsel«), ist die gleichartige Ausrichtung der Geschlechtsunterschiede hier nicht verwunderlich. Bei allen anderen allergischen Erkrankungen fanden sich keine (bedeutsamen) Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

Der Unterschied zwischen Kindern aus verschiedenen Statusgruppen ist für Heuschnupfen, Neurodermitis und das Auftreten des allergischen Kontaktekzems signifikant. Bei allen Erkrankungen steigt die Lebenszeitprävalenz deutlich mit steigendem Sozialstatus der Familie. Lediglich hinsichtlich des Auftretens von Asthma zeigen die KiGGS-Daten keinen sozialen Gradienten.

Kinder mit Migrationshintergrund sind signifikant seltener von Neurodermitis und einem allergischen Kontaktekzem betroffen als die Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund (Neurodermitis 10,2% vs. 16,0%, allergisches Kontaktekzem 5,3% vs. 10,8%). Auch unter Heuschnupfen und Asthma leiden 7- bis 10-jährige Migrantinnen und Migranten seltener, eine statistische Signifikanz gibt es hierfür aber nicht.

Die bekannten Ost-West-Unterschiede (weniger Allergien in den neuen als in den alten Bundesländern) sind in dieser Lebensphase zwar deskriptiv zum Teil noch vorhanden (Heuschnupfen 9,5% vs. 10,7%), aber für keine der vier betrachteten allergischen Erkrankungen statistisch signifikant. Vermutet wird, dass diese Unterschiede mit der Angleichung der Lebensverhältnisse zunehmend kleiner werden. Für das Auftreten von Asthma zeigen sich aber signifikante Stadt-Land Unterschiede: 3,4% der Grundschul Kinder auf dem Land haben Asthma, 4,6% derjenigen aus kleinen und mittleren Städten und 5,8% derjenigen, die in einer Großstadt aufwachsen.

Weitere chronische Erkrankungen (ohne Allergien) wurden in KiGGS in einem ärztlichen Interview und im Fragebogen (Elternangaben) erfragt. Erfasst wurde die Lebenszeitprävalenz von Herzkrankheiten, Anämie (Blutarmut), Krampfanfällen, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung), Migräne, Psoriasis (Schuppenflechte) und die Lebenszeit

Tabelle 5.1.2.1.3
Lebenszeitprävalenzen von allergischen Erkrankungen bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Allergische Erkrankungen	Jungen	Mädchen	Gesamt
Heuschnupfen	12,3%	8,7%	10,5%
Neurodermitis	15,3%	14,8%	15,1%
Asthma	5,6%	3,7%	4,7%
Allergisches Kontaktekzem	6,5%	14,4%	10,3%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

prävalenz der oben genannten spastischen (obstruktiven) Bronchitis [24]. Am häufigsten wurde bei Grundschulkindern die spastische (obstruktive) Bronchitis angegeben (siehe Tabelle 5.1.2.1.4), signifikant mehr bei Jungen als bei Mädchen. Alle anderen chronischen Krankheiten traten deutlich seltener auf. Unter Krampfanfällen haben 4,3 % der Kinder von 7 bis 10 Jahren jemals gelitten, 0,5 % hatten einen Krampfanfall in den letzten 12 Monaten vor der Befragung. Von einer Skoliose sind 3,3 % aller Kinder im Grundschulalter betroffen. Skoliose ist eine Erkrankung, die in Wachstumsphasen neu auftreten kann und während der Pubertät einen Erkrankungsgipfel erreicht. Weitere Prävalenzen chronischer Erkrankungen sind aus Tabelle 5.1.2.1.4 ersichtlich. Der Anteil der Kinder, die unter Migräne, Psoriasis und Schilddrüsenerkrankungen leiden, nimmt von Lebensphase zu Lebensphase deutlich zu.

Diabetes mellitus wurde nur bei 0,2 % der Grundschulkindern jemals diagnostiziert, zum Jugendalter hin verändert sich dieser Anteil nicht. Signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen wurden nur für die spastische (obstruktive) Bronchitis und für Psoriasis gefunden.

Die Analyse der Erkrankungshäufigkeiten unter Berücksichtigung der sozialen Lage der Familien ergab lediglich bei Krampfanfällen einen signifikanten Zusammenhang. Kinder in ungüns-

tiger sozialer Lage haben häufiger die Diagnose Krampfanfall bekommen als Kinder aus besser gestellten Familien. Bei näherer Betrachtung ist dieser Unterschied jedoch auf die Jungen beschränkt (niedriger/mittlerer/hohes Status 7,1 % vs. 4,6 % vs. 3,0 %). Hinsichtlich des Migrationsstatus bestehen nur für Skoliose statistisch signifikante Zusammenhänge: 2,0 % der Kinder mit und 3,6 % Kinder ohne Migrationshintergrund leiden unter einer Skoliose. Bezüglich der Wohnregion wurde für die Diagnosen Anämie und Psoriasis festgestellt, dass es statistisch signifikante Unterschiede gibt. Bei 1,5 % der Grundschulkindern aus den neuen und 2,6 % der Kinder aus den alten Bundesländern wurde jemals eine Anämie ärztlich diagnostiziert. Von Psoriasis sind Kinder aus dem Osten häufiger betroffen (1,8 % vs. 1,0 %)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Prävalenzen der akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen im Grundschulalter sehr unterschiedlich ausfallen. Obgleich das Vorkommen akuter Erkrankungen im Altersverlauf durchschnittlich abnimmt, stellen Erkältungen mit einer 12-Monats-Prävalenz von 89,0 % und Magen-Darm-Infekte von 52,1 % im Grundschulalter aber auch noch bei den 11- bis 17-Jährigen die häufigsten Erkrankungen dar. Die Lebenszeitprävalenzen der ansteckenden Kinderkrankheiten steigen hingegen von Kleinkind- zum

Tabelle 5.1.2.1.4
Lebenszeitprävalenzen von chronischen Erkrankungen bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Chronische Erkrankungen	Jungen	Mädchen	Gesamt
Herzkrankheit	2,1%	2,5%	2,3%
Anämie	2,3%	2,6%	2,4%
Krampfanfall	4,8%	3,7%	4,3%
Schilddrüsenerkrankungen	0,7%	1,0%	0,9%
Diabetes	0,2%	0,2%	0,2%
Skoliose	3,2%	3,4%	3,3%
Migräne	1,6%	1,4%	1,5%
Psoriasis	0,7%	1,5%	1,1%
Spastische (obstruktive) Bronchitis	17,1%	12,0%	14,6%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Jugendalter an. Bei den Grundschulkindern sind es insbesondere Windpocken (86,3%) und Scharlach (29,8%), an denen die 7- bis 10-Jährigen im Laufe ihres Lebens bereits erkrankt waren.

Unter den chronischen Erkrankungen stellen Allergien das am meisten verbreitete Gesundheitsproblem dar, wobei 7- bis 10-Jährige am häufigsten unter Neurodermitis (15,1%), Heuschnupfen (10,5%) und allergischem Kontaktekzem (10,3%) leiden. Die Prävalenzen von allergischen Erkrankungen steigen über das gesamte Kindes- und Jugendalter kontinuierlich an. Ost-West-Unterschied bei den allergischen Erkrankungen haben sich durch verschiedene, zurzeit noch nicht genau untersuchte Veränderungen in den Lebensbedingungen inzwischen offenbar nivelliert [28].

5.1.2.2 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas resultieren – neben der genetischen Komponente – aus der Kombination von Fehlernährung und Bewegungsmangel. Der Eintritt in das Grundschulalter spielt bei Kindern für eine mögliche Entstehung oder Verstärkung von Übergewicht und Adipositas schon deswegen eine Rolle, weil die Verweildauer in der Schule eine gegenüber dem Kleinkindalter zusätzliche bewegungsarme Zeit darstellt (siehe auch Kapitel 3.1.3.2 und [30]).

Adipositas kommt im Grundschulalter häufiger vor als bei den Kleinkindern, aber seltener als bei den Jugendlichen. Der schnellste Anstieg von

Übergewicht und Adipositas findet nach Schuleintritt statt [30]. Auch innerhalb der Lebensphase 7 bis 10 Jahre scheint es eine Tendenz zur Zunahme von Übergewicht und Adipositas über die Zeit zu geben (siehe Tabelle 5.1.2.2.1).

Die Definition von Übergewicht und Adipositas erfordert ein Referenzsystem. Für die vorliegende Auswertung werden die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild et al. eingesetzt [31].

Insgesamt zeigte sich, dass 9,0% der Grundschul Kinder übergewichtig und weitere 6,4% adipös sind. Signifikante Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Übergewicht oder Adipositas existieren im Grundschulalter nicht. Der Sozialstatus spielt bei Übergewicht und Adipositas – wie in der Literatur beschrieben [32] – eine hochsignifikante Rolle (siehe Abbildung 5.1.2.2.2). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind am häufigsten von Übergewicht und Adipositas betroffen. Dieses Phänomen zeigt sich auch international [33].

Ebenfalls signifikant sind die Unterschiede zwischen Kindern mit und denen ohne Migrationshintergrund. Migrantinnen und Migranten in dieser Altersgruppe sind ungefähr doppelt so häufig adipös wie Kinder ohne Migrationshintergrund (10,7% vs. 5,4%). Die größte Gruppe stellen hierbei Migrantinnen und Migranten aus der Türkei dar [32], was den Ergebnissen von Berliner Schuleingangsuntersuchungen entspricht [34]. Diese Unterschiede beruhen nicht nur auf ethnischen Besonderheiten, sondern auch auf sozioökonomischen Unterschieden [35].

Tabelle 5.1.2.2.1

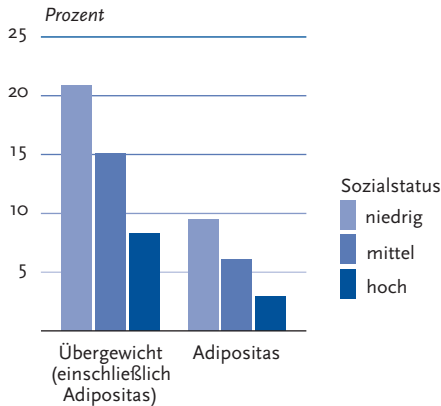
Übergewicht und Adipositas auf der Basis der Perzentile des BMI (Kromeyer-Hauschild et al. [31]) bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte

Alter	Übergewicht			Übergewicht			Adipositas (> P97)		
	keine Adipositas (> P90 ≤ P97)			einschl. Adipositas (> P90)					
	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt
7 Jahre	7,8%	7,2%	7,5%	14,3%	12,5%	13,4%	6,5%	5,3%	5,9%
8 Jahre	8,8%	8,1%	8,4%	17,8%	13,0%	15,4%	9,0%	4,9%	7,0%
9 Jahre	8,6%	9,8%	9,2%	14,2%	16,1%	15,1%	5,6%	6,3%	5,9%
10 Jahre	10,5%	11,2%	10,8%	17,2%	17,7%	17,4%	6,7%	6,5%	6,6%
Gesamt	8,9%	9,0%	9,0%	15,9%	14,7%	15,4%	7,0%	5,7%	6,4%

Abbildung 5.1.2.2
Übergewicht und Adipositas auf der Basis der Perzentile des BMI (Kromeyer-Hauschild et al. [31]) bei 7- bis 10-jährigen nach Sozialstatus, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS Elternangaben, Messwerte



Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern sind hinsichtlich Übergewicht und Adipositas bei 7- bis 10-jährigen Kindern nicht signifikant und weisen auch keinen einheitlichen Trend auf.

Bewegungsmangel, auch im Zusammenhang mit ausgeprägtem Medienkonsumverhalten (siehe Kapitel 5.2.3), scheint gerade im Grundschulalter eine wichtige Rolle für die schnelle Zunahme von Übergewicht und Adipositas zu spielen [30]. Durch verschiedene Maßnahmen soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Die Bundesregierung hat dies unter anderem in ihrer »Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit« festgeschrieben, die im Mai 2008 veröffentlicht wurde [36].

Von Übergewicht und Adipositas sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund besonders betroffen.

Der Anteil von über 10 % adipösen Grundschulkindern in der Gruppe der Migrantinnen und Migranten und fast 10 % in der Gruppe der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (von Übergewicht oder Adipositas sind jeweils über 20 % betroffen, d. h. jedes 5. Grundschulkind der genannten Gruppen) ist ein wichtiges Ergebnis der KiGGS-Studie.

5.1.2.3 Unfälle und Verletzungen

Verletzungen durch Unfälle

In der Altersgruppe 7 bis 10 Jahre haben 14,4 % der Kinder in den letzten 12 Monaten mindestens eine unfallbedingte Verletzung erlitten. Da die Unfallschwerpunkte im jüngeren und mittleren Schulalter relativ ähnlich sind und erst im Jugendalter (ab 15 Jahren) davon abweichen, wird in den folgenden Ausführungen die international übliche Einteilung der Altersgruppen für die Darstellung des Unfall- und Verletzungsgeschehens verwendet (siehe auch Kapitel 3.1.3.3 und [37]). Die Angaben der Eltern von Schülerinnen und Schülern zwischen 5 und 14 Jahren zu Unfällen und Verletzungen werden dargestellt.

16,6 % der Jungen und 13,3 % der Mädchen im Alter von 5 bis 14 Jahren haben einen Unfall erlitten (gesamt: 15,0 %) (siehe Tabelle 5.1.2.3.1) [37]. Der Geschlechtsunterschied erwies sich als signifikant. Eine statistische Analyse der Unfallhäufigkeit nach Sozialstatus (niedrig, mittel, hoch) ergab keine signifikanten Unterschiede. Hinsichtlich des Migrationsstatus wurde bei den 5- bis 14-jährigen Migrantenkindern eine signifikant niedrigere Verletzungshäufigkeit festgestellt als bei den deutschen Schülerinnen und Schülern. Wird nach dem Geschlecht differenziert, zeigt sich, dass die niedrigere Verletzungshäufigkeit bei Kindern 5 bis 14 Jahren nur bei den Mädchen mit einem Migrationshintergrund signifikant ist. Die Analyse nach Region (Ost vs. West) ergibt keine statistisch relevanten Unterschiede.

11,7 % der Jungen und 10,4 % der Mädchen zwischen 5 und 14 Jahren mussten im Krankenhaus behandelt werden (Gesamt: 11,1 %). Sie weisen damit die niedrigste stationäre Behandlungsrate von allen hier betrachteten Altersgruppen auf, die höchste Behandlungsrate wurde für das Kleinkindalter ermittelt (17,1 %).

Verletzungen durch Gewalt

Verletzungen durch Gewalt bei tätlichen Auseinandersetzungen betreffen 1,1 % der 5- bis 14-jährigen Jungen und 0,8 % der Mädchen (gesamt: 1,0 %). Bei einem Vergleich der Altersgruppen zeigt sich, dass männliche Schüler (5 bis 14 Jahre)

bei Verletzungen durch Gewalt mit einem Anteil von 6,3 % an allen Verletzungen insgesamt den höchsten Wert erreichen. Keine signifikanten Unterschiede konnten für die Merkmale Geschlecht, Sozial- und Migrationsstatus sowie Region gefunden werden.

Unfallorte

Am häufigsten traten Unfälle bei den Schülerinnen und Schülern beim Sport oder in der Freizeit auf (siehe Tabelle 5.1.2.3.1). Dies betrifft 32,1 % aller berichteten Unfälle in dieser Altersgruppe. An zweiter Stelle stehen Unfälle in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen (28,3 %). Unfälle zu Hause, die bei den Kleinkindern noch den größten Teil ausmachen, rangieren in der Altersgruppe von 5 bis 14 Jahren nur noch auf Platz drei mit 23,6 %. Unfälle auf öffentlichen Verkehrswegen nehmen, wie auch bei den jüngsten Unfallverletzten, den vierten Platz ein, der Anteil liegt jedoch im Schulalter mit 11,5 % etwas höher. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied zeigt sich nur bei den Unfällen zu Hause, hier sind Mädchen häufiger betroffen.

Unfallmechanismen

Sturzunfälle sind bei den 5- bis 14-Jährigen mit einem Anteil von 62,0 % der am häufigsten genannte Unfallmechanismus. Der Anteil der Stürze aus der Höhe reduziert sich bei den Schülerinnen und Schülern im Vergleich zum Kleinkindalter um ca. ein Drittel auf 23,9 %. Bei den 5- bis 14-Jährigen nehmen die Stürze von Treppen im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe ab und die Stürze von Spiel- und Sportgeräten zu. Der Sturz in der Ebene ist der häufigste Unfallmechanismus in der betrachteten Altersgruppe (38,1 %). Nach den Stürzen folgt auf Platz zwei der Zusammenstoß bzw. der Zusammenprall mit Gegenständen oder Personen als Unfallmechanismus. Diese Art der Unfälle nimmt vom Kleinkindalter zum Schulalter (20,4 %) zu. Zusammenstöße mit Gegenständen werden im Schulalter seltener, der Zusammenstoß mit Personen wird hingegen häufiger als im jüngeren Alter berichtet. Als weiterer Unfallmechanismus trat bei 7,9 % der Schulkinder

ein Verkehrsunfall auf, Kinder mit niedrigem Sozialstatus waren deutlich häufiger betroffen als Gleichaltrige mit einem höheren Status.

Verletzungsfolgen

Die häufigsten Verletzungsfolgen bei Kindern zwischen 5 und 14 Jahren sind Prellungen, Verrenkungen und Zerrungen (32,6 % aller Verletzungen) (siehe Tabelle 5.1.2.3.1). Offene Wunden treten am zweithäufigsten auf (28,7 %). Es folgen Knochenbrüche, die immerhin fast ein Viertel der Verletzungen nach einem Unfall ausmachen (22,2 %). Etwa jede/r Zwanzigste berichtet von einer Gehirnerschütterung (5,3 %). Die Analyse der Verletzungsfolgen zeigt eine starke Altersdynamik: Der Anteil der Prellungen, Verrenkungen und Zerrungen erhöht sich im Vergleich zum Kleinkindalter bei den Schülerinnen und Schülern deutlich, Knochenbrüche ebenso. Offene Wunden werden seltener berichtet (Verringerung um ca. 25 %).

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich für offene Wunden und Prellungen/Verrenkungen/Zerrungen nachweisen. Offene Wunden ziehen sich Jungen öfter als Mädchen bei einem Unfall zu. Prellungen, Verrenkungen und Zerrungen werden signifikant häufiger bei den Mädchen angegeben.

Schutzmaßnahmen beim Radfahren und Inlineskaten

Nach den Angaben der Eltern fahren 97,2 % der 5- bis 14-Jährigen Fahrrad. Mit Inlineskates waren 67,5 % dieser Altersgruppe in ihrer Freizeit unterwegs. Die persönlichen Schutzmaßnahmen werden in den verschiedenen Altersgruppen sehr unterschiedlich umgesetzt. Die Helmtragequoten beim Fahrradfahren nehmen vom Kleinkindalter mit knapp 90 % zum Schulalter stark ab (Jungen 64,0 %, Mädchen 65,4 %). Die Helmtragequoten beim Inlineskaten liegen in vergleichbarer Größenordnung (Jungen 61,4 %, Mädchen 62,2 %). Nach Selbstangaben der Kinder liegt die Helmtragequote allerdings nochmals niedriger als nach den o.g. Elternangaben. Ein Geschlechtsunterschied beim Helmtragen kann nicht festgestellt werden. Signifikante Unterschiede zeigen sich demgegenüber

entlang der untersuchten weiteren Schichtungsvariablen. Das Helmtragen beim Radfahren ist demnach deutlich seltener bei Kindern von 5 bis 14 Jahren aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus, einem Migrationshintergrund und der Wohnregion Ost (inklusive Berlin).

Bei Schulkindern dominieren Freizeit- und Sportunfälle sowie Unfälle in Bildungseinrichtungen das Unfallgeschehen. Mit Blick auf die berichteten Verletzungen ist der Anteil der gewaltbedingten Verletzungen bei den Jungen dieser Altersgruppe im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen am höchsten. Von großer Bedeutung für die Prävention ist der dramatische Abfall der Helmtragequoten beim Radfahren in dieser Altersgruppe.

5.1.2.4 Psychische Gesundheit

5.1.2.4.1 Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten

In KiGGS wurde der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) zur Erfassung kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten ein-

gesetzt. Detaillierte Ergebnisse sowie Aussagen zu deren Konsistenz und Qualität wurden bereits veröffentlicht (siehe auch Kapitel 3.1.3.4.1 und [38]). Der SDQ erfasst die Subskalen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Der Gesamtproblemwert charakterisiert die Kinder als insgesamt auffällig, grenzwertig oder unauffällig. Insgesamt gelten 9 % aller Grundschul Kinder als auffällig, d. h. etwa 2 bis 3 Kinder in einer Klasse (siehe Abbildung 5.1.2.4.1.1).

Beim Gesamtproblemwert nach Schichtungen sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder aus Migrantenfamilien verstärkt betroffen. Unterschiede nach Wohnregion Ost vs. West waren nicht zu beobachten.

Die Subskala »emotionale Probleme« des SDQ spiegelt Ängste und depressive Stimmungen der Kinder wider. Schon im Grundschulalter sind über 10 % der Kinder betroffen. 7- bis 10-jährige Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind signifikant häufiger betroffen (16,4 %) als solche aus Familien mit mittlerem (8,7 %) oder hohem sozialen Status (7,3 %). Unterschiede nach

Tabelle 5.1.2.3.1

Verletzungen durch Unfälle und Gewalt in den letzten 12 Monaten, Stationäre Behandlung, Unfallorte, Unfallmechanismen, Verletzungsfolgen, Schutzmaßnahmen von 5- bis 14-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Geschlecht	Verletzungen					Häufigste Unfallorte		
	Ins-gesamt	Durch Unfälle	Durch Gewalt	Stationäre Behandlung	Zu Hause	Sport/Freizeit/sonst.	Betreuungs-/Bildungseinrichtungen	Öffentl. Verkehrswege
Jungen	17,7%	16,6%	1,1%	11,7%	21,1%	34,2%	27,2%	12,8%
Mädchen	14,1%	13,3%	0,8%	10,4%	27,0%	29,3%	29,6%	9,8%
Gesamt	15,9%	15,0%	1,0%	11,1%	23,6%	32,1%	28,3%	11,5%

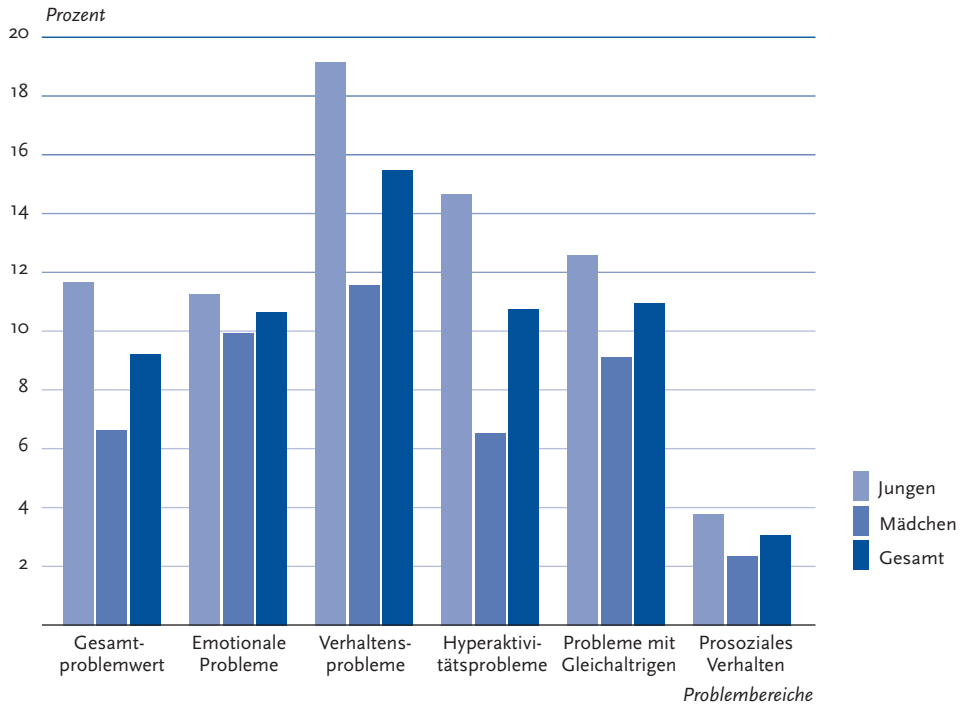
Geschlecht	Häufigste Unfallmechanismen			Häufigste Verletzungsfolgen				Schutzmaßnahmen
	Sturz aus der Höhe	Sturz in der Ebene	Zusammenstoß/Zusammenprall	Gehirnerschütterung	Knochenbruch	Prellung, Verrenkung, Zerrung	Offene Wunde	Helmtragen beim Radfahren (ab 3 Jahre)
Jungen	22,9%	39,0%	22,1%	5,7%	22,8%	27,7%	32,0%	64,0%
Mädchen	25,3%	36,9%	18,3%	4,7%	21,4%	36,4%	24,3%	65,4%
Gesamt	23,9%	38,1%	20,4%	5,3%	22,2%	32,6%	28,7%	64,6%

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle fett hervorgehoben. Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten ($p < 0,05$).

Abbildung 5.1.2.4.1.1

Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten der 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Problembereichen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



Geschlecht, Ost-West oder Migrationsstatus finden sich hier nicht. Bei Betrachtung nach dem Geschlecht der Kinder fällt auf, dass Jungen in den alten Bundesländern signifikant häufiger emotionale Probleme zeigen (11,6%) als diejenigen in den neuen Bundesländern (7,8%). Für Mädchen gibt es einen umgekehrten Trend (neue Bundesländer: 12,2% vs. alte Bundesländer: 9,3%), der jedoch nicht statistisch signifikant ist.

Verhaltensprobleme, zu denen auch aggressives Verhalten gehört, zeigen sich insgesamt bei über 15% der Grundschul Kinder, bei Jungen signifikant häufiger (18,7%) als bei Mädchen (11,3%). Sozialstatusunterschiede wirken sich signifikant auf die Häufigkeit von Verhaltensproblemen aus, 21,4% der Grundschul Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, 14,9% derjenigen aus mittlerem und 11,7% derer aus Familien mit hohem Sozialstatus fallen in diese Kategorie. Migrantinnen und Migranten zeigen etwas häufiger

Verhaltensprobleme (16,7%) als Kinder ohne Migrationshintergrund (15,6%). Auch hier finden sich keine Unterschiede zwischen Kindern aus den neuen oder alten Bundesländern.

Laut SDQ haben signifikant mehr Jungen (14,3%) als Mädchen (6,4%) Hyperaktivitätsprobleme. Insgesamt sind über 10% aller Kinder im Alter zwischen 7 und 10 Jahren betroffen. Es findet sich die gleiche Abhängigkeit vom Sozialstatus, wie bei den bisher dargestellten psychischen und Verhaltensproblemen: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zeigen zu 15,3% Hyperaktivitätsprobleme, Kinder aus Familien mit mittlerem zu 6,9% und die am besten gestellten Kinder zu 3,8%. Auch der Unterschied zwischen Kindern mit (10,7%) und ohne Migrationshintergrund (7,8%) ist signifikant. In den neuen Bundesländern sind Hyperaktivitätsprobleme unter den Grundschulkindern signifikant häufiger (11,0%) zu finden, als in den alten Bundesländern (7,7%).

Ebenfalls mehr als 10 % der Grundschul Kinder haben Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Jungen wiederum signifikant häufiger (12,3 %) als Mädchen (8,9 %). Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status zeigen signifikant häufiger Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (17,3 %) als Kinder aus Familien mit mittlerem (8,8 %) oder hohem Sozialstatus (6,9 %), Migrantinnen und Migranten signifikant häufiger (19,5 %) als Kinder ohne Migrationshintergrund (9,1 %). Ost-West-Unterschiede sind hier nicht zu finden.

Defizite im prosozialen Verhalten sind bei Grundschulkindern bei Weitem nicht so häufig, wie die übrigen hier dargestellten Verhaltensauffälligkeiten (insgesamt 3 %). Signifikante Unterschiede finden sich unter Einbeziehung der grenzwertigen Auffälligkeiten bei Jungen (3,7 %) gegenüber den Mädchen (2,3 %). Unterschiede zwischen Kindern aus Familien mit niedrigem (3,8 %), mittlerem (2,8 %) oder hohem (2,4 %) Sozialstatus sind ebenso signifikant wie Unterschiede zwischen Kindern mit einem Migrationshintergrund (4,9 %) gegenüber solchen ohne diesen Hintergrund (2,6 %).

Zusammenfassend gibt der eingesetzte Fragebogen SDQ Hinweise darauf, dass insgesamt 9 % aller Grundschul Kinder auffällige psychische und Verhaltensprobleme haben. Die untersuchten Merkmale sind eng verbunden mit Aspekten der sozialen Lage und variieren entlang des Migrationsstatus: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und aus Migrantenfamilien sind häufiger von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen.

5.1.2.4.2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

In KiGGS wurden die Eltern nach von einem Arzt oder Psychologen festgestelltem ADHS ihrer Kinder befragt (siehe auch Kapitel 3.1.3.4.2 und [39]). Im Grundschulalter lag die angegebene Häufigkeit insgesamt bei 5,3 % mit einer großen und signifikanten Differenz zwischen Jungen (8,7 %) und Mädchen (1,9 %) (siehe Tabelle 5.1.2.4.2.1). Diese Differenz ist aus der Literatur bekannt [40].

Bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus wird ein ADHS signifikant häufiger diagnostiziert (7,3 %) als bei Kindern aus Familien mit mittlerem (5,5 %) oder hohem Sozialstatus (3,4 %).

Bei Migrantinnen und Migranten ist die Angabe eines ADHS signifikant seltener (2,9 %) als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (5,7 %). Als Grund dafür wird auch ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Familien mit und ohne Migrationshintergrund diskutiert, das die Möglichkeit der Diagnosestellung beeinflussen würde. Außerdem könnte eine kulturell bedingt unterschiedliche Symptomtoleranz eine Rolle spielen [39].

Unterschiede entlang des Wohnortes Ost vs. West wurden für die gesamte Untersuchungsgruppe dieser Altersstufe nicht gefunden [39].

Außerdem wurden in KiGGS ADHS-Verdachtsfälle erfasst. Ein solcher Fall liegt vor, wenn Kinder von ihren Eltern in der Unaufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsskala im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) als auffällig eingeschätzt werden, aber noch keine Ärztin/Arzt oder Psychologin/Psychologe eine ADHS-Diagnose gestellt hat. Als ADHS-Verdachtsfälle nach dieser Definition gelten insgesamt 6,4 % der Kinder im Grundschulalter, bei den Mädchen 4,8 % und bei den Jungen 8,0 %.

Tabelle 5.1.2.4.2.1

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS): Lebenszeitprävalenz einer ADHS-Diagnose und ADHS-Verdachtsfälle bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Diagnose von ADHS	Verdacht auf Hyperaktivität
Jungen	8,7 %	8,0 %
Mädchen	1,9 %	4,8 %
Niedriger sozialer Status	7,3 %	10,0 %
Mittlerer sozialer Status	5,5 %	5,6 %
Hoher sozialer Status	3,4 %	4,1 %
Migrant	2,9 %	8,1 %
Nicht-Migrant	5,7 %	6,2 %
Ost	6,1 %	8,1 %
West	5,2 %	6,1 %
Gesamt	5,3 %	6,4 %

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und hinsichtlich Sozial- sowie Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen und p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$)

Zusammenfassend kann aus den KiGGS-Daten abgeleitet werden, dass etwa jedes 20. Kind im Grundschulalter von einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom betroffen ist. Jungen und Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben deutlich häufiger die ärztliche Diagnose ADHS gestellt bekommen.

5.1.3 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Gesundheitszustand der 7- bis 10-Jährigen wird von den Eltern überwiegend als sehr gut bis gut eingeschätzt (94,4 %) (siehe auch Kapitel 3.1.4 und [41]). Als schlecht oder sehr schlecht wird er nur von 0,2 % der Eltern bezeichnet. Signifikante Unterschiede ergeben sich hinsichtlich Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund: Für Mädchen wird der Gesundheitszustand etwas häufiger als für Jungen als sehr gut angegeben; umgekehrt verhält es sich bei der Angabe eines guten Gesundheitszustandes. Die Gesundheit von Kindern mit niedrigem Sozialstatus wird von ihren Eltern zu 91,4 % als sehr gut oder gut beurteilt, bei mittlerem Sozialstatus zu 94,8 % und bei hohem zu 96,8 %. Als schlecht oder sehr schlecht wird er bei 0,5 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus eingestuft, bei den Grundschulkindern aus Familien mit mittlerem Status zu 0,2 %. Bei hohem sozialen Status wurde die Gesundheit keines Kindes als schlecht oder sehr schlecht durch die Eltern eingeschätzt. Für Kinder mit Migrationshintergrund wird der Gesundheitszustand zu 87,8 % als sehr gut beurteilt, für Kinder ohne Migrationshintergrund zu 95,7 %. Bei 0,9 % der Migrantinnen und Migranten wird der Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht bezeichnet, bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind dies 0,1 %.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder wurde in KiGGS mit dem Instrument des KINDL-R Fragebogens erfasst (siehe auch Kapitel 3.1.4 und [1]). Aus den Elternangaben resultiert ein Gesamtwert für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der 7- bis 10-Jährigen von 79,0 (siehe Tabelle 5.1.3.1).

Signifikante geschlechtspezifische Unterschiede zeigen sich in den Dimensionen Wohlbefinden in der Familie und der Schule, wobei in beiden Skalen Mädchen signifikant höhere Werte als Jungen erreichen.

Tabelle 5.1.3.1

Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Mittlere Skalenwerte* der KINDL-R-Skalen für 7- bis 10-jährige Mädchen und Jungen

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

KINDL-R Skala	Jungen	Mädchen	Gesamt
Körper	81,1	79,9	80,5
Psyche	82,0	82,5	82,3
Selbstwert	70,3	71,2	70,8
Familie	79,2	80,5	79,8
Freunde	78,1	78,6	78,3
Schule	81,9	83,3	82,6
Gesamt	78,7	79,3	79,0

* Wertebereich: 0 bis 100; hohe Werte entsprechen einer besseren Lebensqualität. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Auffällig ist, dass für die Grundschul Kinder im Vergleich zu den 3- bis 6-Jährigen ein geringeres Selbstwertgefühl angegeben wird; eine Entwicklung die sich bis hin zur nächsten Lebensphase (11 bis 17 Jahre) noch verstärkt. Mit der Einschulung beginnen Leistungsanforderungen und Vergleichsmöglichkeiten mit Mitschülern, die in ähnlicher Art und Weise während der bisherigen kindlichen Entwicklung nicht gegeben waren.

Bezogen auf den Sozialstatus wird deutlich, dass mit dessen Zunahme der Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw. die Werte in den Einzeldimensionen ansteigen (niedrig 77,4, mittel 79,2 und hoch 80,2).

Kinder mit Migrationshintergrund erreichen einen signifikant niedrigeren Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (77,9) als Kinder ohne Migrationshintergrund (79,2). Betrachtet man die Dimensionen der Lebensqualität im Einzelnen ergeben sich einige signifikante Unterschiede: Mädchen ohne Migrationshintergrund haben einen höheren Selbstwert als Migrantinnen. Das Wohlbefinden in der Familie ist dagegen bei Migrantinnen und Migranten höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Umgekehrt ist dies der Fall im schulischen Bereich: Migrantenkinder erreichen einen Wert von 75,7 und Grundschul Kinder ohne Migrationshintergrund einen Wert von 83,5.

Bezogen auf die Wohnregion ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied: Kinder aus den neuen Bundesländern (81,8) fühlen sich in ihrer Familie wohler, als solche aus den alten Bundesländern (79,5).

Zusammenfassend zeigen die KiGGS-Ergebnisse, dass fast 95% der Kinder nach Einschätzung ihrer Eltern einen guten oder sehr guten subjektiven Gesundheitszustand haben. Auch der Gesamtwert für die Lebensqualität liegt mit 79 (Wertebereich 0 bis 100) sehr hoch. Bei einer differenzierten Betrachtung der einzelnen Skalen des Lebensqualitätsfragebogens ergeben sich detaillierte Hinweise auf Geschlechtsspezifika und Zusammenhänge zu sozioökonomischen Faktoren. Sowohl die subjektive Gesundheit als auch zahlreiche Aspekte der kindlichen Lebensqualität sind vom Sozial- und Migrationsstatus der Kinder abhängig. Ein niedriger Status bzw. ein Migrationshintergrund der Familie führt zu mehr Beeinträchtigungen der subjektiven Gesundheit und der Lebensqualität.

5.2 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen

5.2.1 Ernährung

Insgesamt betrachtet ist der Lebensmittelverzehr bei den 7- bis 10-Jährigen ungünstiger einzuschätzen als noch im frühen Kindesalter. Die Empfehlungen für Obst und Milch werden von 28 % bzw. 50 % der Kinder unterschritten (siehe Abbildung 5.2.1.1). Dies ist ein deutlich größerer Anteil als im frühen Kindesalter. Insbesondere beim Fischverzehr hat sich der Anteil der Kinder, die die Empfehlungen erreichen, halbiert: Während es bei den 3- bis 6-Jährigen noch 60 % der Kinder waren, sind es bei den 7- bis 10-Jährigen nur noch 30 % der Kinder. Zudem werden die empfohlenen Mengen für den Verzehr von Fleisch und Wurst (74 %) sowie von Süßigkeiten (86 %) wesentlich überschritten. Lediglich der Getränkekonsum ist besser zu bewerten als noch im frühen Kindesalter. Es erfüllen 61 % der Grundschul Kinder die Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund (alle hier zu Grunde gelegten Empfehlungen basieren auf der optimierten Mischkost des genannten Forschungsinstituts [42]).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind in dieser Lebensphase nahezu mit denen im frühen Kindesalter identisch. Die Jungen erreichen signifikant häufiger die Empfehlungen für Getränke, Milch und Fisch als Mädchen. Unter den Jungen ist aber wiederum der Anteil derjenigen signifikant höher, die die empfohlenen Mengen für Fleisch und Wurst sowie für Süßigkeiten überschreiten.

Insgesamt sind Unterschiede hinsichtlich des Sozialstatus festzustellen. Kinder aus Familien mit hohem sozialem Status weisen tendenziell eine günstigere Ernährung auf. Sie erreichen signifikant häufiger die Empfehlungen für den Obst-, Gemüse- und Milchverzehr als Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus. Bei der Betrachtung des Süßigkeitenverzehrs zeigt sich ein sozialer Gradient, der statistisch signifikant ist: Kinder in der unteren sozialen Statusgruppe verzehren signifikant häufiger mehr als die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten als Kinder in der mittleren sozialen Statusgruppe und diese wiederum häufiger als Kinder in der oberen sozialen Statusgruppe. Die Empfehlungen für Getränke werden dagegen signifikant häufiger von Kindern mit niedrigem Sozialstatus erreicht als von Kindern mit mittlerem Sozialstatus. Unter diesen Getränken ist aber ein wesentlicher Anteil an Erfrischungsgetränken, welche von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus in größeren Mengen konsumiert werden.

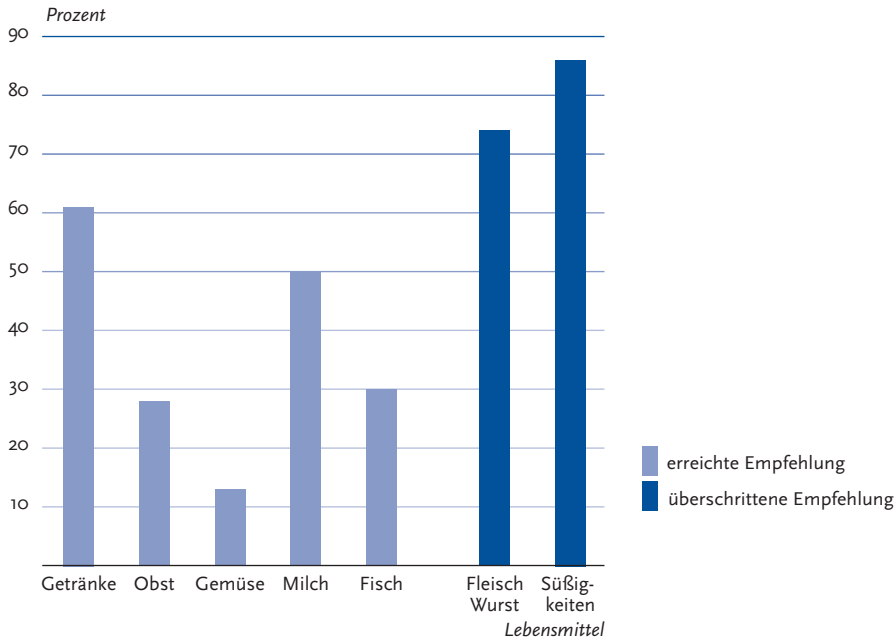
Migrationsspezifische Auswertungen ergaben keine wesentlichen Unterschiede. Wie bereits für das frühe Kindesalter beschrieben, beziehen sich die Unterschiede auch bei den 7- bis 10-Jährigen lediglich auf die Süßigkeiten: Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund überschreiten signifikant häufiger die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund.

Nach Region (Ost vs. West) zeigen sich für die 7- bis 10-Jährigen bezogen auf die Region Ost günstigere Verzehrsgewohnheiten bei Obst und Milch. Jungen und Mädchen aus den neuen Bundesländern erreichen eher die Empfehlungen der beiden Lebensmittelgruppen als Kinder aus den alten Bundesländern. Dagegen erreichen sie die Empfehlungen für Getränke signifikant seltener und überschreiten signifikant häufiger die empfohlenen Mengen für Fleisch und Wurst im Vergleich zu Kindern aus den alten Bundesländern.

Abbildung 5.2.1.1

Erreichen bzw. Überschreiten der entsprechenden Lebensmittelempfehlungen bei 7- bis 10-jährigen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben



Wie bereits in den Kapiteln 3.2.1 und 4.2.1 beschrieben, ist der Vergleich mit den Empfehlungen vorsichtig zu bewerten, da nur grobe Einschätzungen des Lebensmittelverzehrs mit den KiGGS-Daten möglich sind (siehe auch [43]). Im Rahmen von EsKiMo (»Ernährungsstudie als KiGGS-Modul«) wurde die Ernährung an einer Unterstichprobe von KiGGS-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern im Alter von 6 bis 17 Jahren detaillierter erfragt. Für die 6- bis 11-Jährigen führten die Eltern zusammen mit ihrem Kind über drei Tage ein Ernährungsprotokoll aus. In dieser Altersgruppe, die annähernd mit der beschriebenen Altersgruppe der Schulkinder (7 bis 10 Jahre) übereinstimmt, ist die Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen (im Durchschnitt) überwiegend ausreichend. Insgesamt wird jedoch zu wenig Calcium, Vitamin A und E über die Nahrung aufgenommen. An dieser Stelle soll aber darauf hingewiesen werden, dass eine geringe Unterschreitung der Empfehlungen im Einzelfall noch nicht problematisch sein muss. Die Empfehlungen werden generell so gewählt,

dass gesamte Bevölkerungsgruppen ihren Bedarf (welcher individuell variiert) decken können [44]. Im Vergleich zu den Referenzwerten ist die Nährstoffzufuhr besonders für Folat und Vitamin D zu gering [45].

Vitamin D kann durch Sonnenbestrahlung der Haut synthetisiert oder über die Nahrung aufgenommen werden. Aus diesem Grund ist es interessant zu erfahren, ob nur über die Nahrung zu wenig Vitamin D aufgenommen wird, oder ob auch die Blutwerte zu gering sind. In einer aktuellen Publikation konnte gezeigt werden, wie hoch der Anteil unzureichender Vitamin-D-Spiegel (Serum 25-Hydroxyvitamin-D-Werte) unter den KiGGS-Teilnehmern ist [46]. Insgesamt weisen 63% der Jungen und 69% der Mädchen im Alter von 7 bis 10 Jahren Vitamin-D-Spiegel unter 50 nmol/L auf. Vitamin-D-Werte unter diesem Wert werden als unzureichend definiert. Aktuelle Studien zufolge gibt es einen Zusammenhang zwischen niedrigen Vitamin-D-Spiegeln und dem Auftreten zahlreicher chronischer Krankheiten [47].

Insgesamt gesehen ist das Ernährungsverhalten im Grundschulalter ungünstiger als noch im frühen Kindesalter. Insbesondere werden die Empfehlungen zum Obst-, Gemüse- und Fischverzehr von einem Großteil der Kinder nicht erreicht. Dagegen ist der Anteil der Kinder, die die Empfehlungen zum Fleisch- und Wurstverzehr sowie zum Süßigkeitenverzehr überschreiten, sehr hoch. Die Nahrungsaufnahme von Folat und Vitamin D ist zu gering, zudem sind auch die Vitamin-D-Spiegel unzureichend.

5.2.2 Körperlich-sportliche Aktivität

Zur Beschreibung der körperlichen und sportlichen Aktivität der Kinder im Grundschulalter können die von den Eltern erfragten Zielgrößen »Sport treiben im Verein« und »Sport treiben außerhalb von Vereinen« herangezogen werden (siehe auch Kapitel 3.2.4 und [48]).

Das Grundschulalter ist gerade in Bezug auf körperliche Aktivitäten eine für die Kinder entscheidende Lebensphase. Im Gegensatz zum Kleinkindalter, das in der Regel von spielerischen Bewegungsausübungen geprägt ist, verlangt die Schule über viele Stunden des Wochentages ein Stillsitzen und konzentriertes Lernen der Schüler. Hervorzuheben ist hierbei die Bedeutung des Schulsports, der den schulischen Bewegungsmangel aber nur zum Teil kompensieren kann. Als Lösungsansatz sind unter anderem Konzepte wie »Bewegte Schule« [49] aus der Diskussion hervorgegangen. In der Freizeit der Kinder sind körperlich und/oder sportlich aktive Phasen als Gegengewicht zur schulischen körperlichen Inaktivität besonders wichtig. Die Elternangaben zu den verschiedenen Bereichen körperlich-sportlicher Aktivität bei den 7- bis 10-Jährigen sind der Tabelle 5.2.2.1 zu entnehmen.

Jungen treiben insgesamt häufiger Vereinssport als Mädchen (75,4 vs. 68,2%). Der Unterschied resultiert vor allem aus der signifikanten Differenz bei den regelmäßigen Vereinsaktivitäten (3 bis 5-mal pro Woche). Sie wurden von 13,3% der Jungen und 6,0% der Mädchen angegeben. Keine signifikanten Unterschiede gibt es bei sehr häufigen (fast jeden Tag) und gemäßigt regelmäßigen Aktivitäten (1 bis 2-mal pro Woche oder seltener). Nie Vereinssport treiben 24,6% der Jungen und

Tabelle 5.2.2.1

Häufigkeit der Sportausübung von 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Organisationsform, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Körperliche, sportliche Aktivitäten	Jungen	Mädchen	Gesamt
Sport treiben im Verein			
Fast jeden Tag	1,6%	1,4%	1,5%
3- bis 5-mal pro Woche	13,3%	6,0%	9,8%
1- bis 2-mal pro Woche	55,3%	54,2%	54,8%
Seltener	5,2%	6,6%	5,9%
Nie	24,6%	31,8%	28,1%
Sport treiben außerhalb Verein			
Fast jeden Tag	13,0%	8,4%	10,8%
3- bis 5-mal pro Woche	15,3%	9,8%	12,7%
1- bis 2-mal pro Woche	28,8%	31,4%	30,1%
Seltener	28,2%	31,2%	29,7%
Nie	14,7%	19,1%	16,8%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

31,8% der Mädchen. Ein signifikanter Unterschied lässt sich auch bei Kindern mit unterschiedlichem Sozialstatus erkennen. Grundschul Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus treiben zu 47,0% nie Sport im Verein, Kinder aus Familien mit mittlerem zu 24,1% und mit hohem Sozialstatus zu 15,6%. Signifikante Unterschiede gibt es auch zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: 42,2% der Migrantinnen und Migranten treiben im Grundschulalter nie Vereinssport, dagegen nur 25,6% der Nicht-Migranten. In den alten Bundesländern wird signifikant mehr Vereinssport getrieben als in den neuen Bundesländern: 45,5% der im Osten wohnenden Grundschul Kinder treiben nie Vereinssport, dagegen nur 25,4% derjenigen, die im Westen wohnen.

Der beschriebene Unterschied zwischen Jungen und Mädchen setzt sich signifikant auch für sportliche Aktivitäten außerhalb von Vereinen fort: Mehr Jungen als Mädchen betätigen sich fast jeden Tag sportlich (13,0% vs. 8,4%), mehr Mädchen als Jungen sind nie sportlich aktiv (19,1% vs. 14,7%). Hier zeigt sich auch, dass die bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus vermin-

derte sportliche Aktivität nicht ausschließlich von Vereinsbeiträgen abhängt: Auch außerhalb von Vereinen sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger nie sportlich aktiv (26,5%) als Kinder aus Familien mit mittlerem (15,1%) oder hohem Sozialstatus (9,8%). Auch sind signifikante Unterschiede zwischen Grundschulkindern mit und ohne Migrationshintergrund zu finden. Mehr als ein Viertel der Kinder mit Migrationshintergrund betätigt sich nie sportlich, dagegen 15,0% der Kinder ohne Migrationshintergrund.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass über 80% der Mädchen und über 85% der Jungen im Grundschulalter Sport treiben. Auch die Vereinsbeteiligung ist hoch, insbesondere bei Jungen, von denen drei Viertel in Sportvereinen organisiert sind. Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings auch, dass knapp 30% aller Kinder nie Vereinssport betreiben und über 15% nie Sport außerhalb von Vereinen. Der Sozial- und Migrationsstatus der Kinder spielt eine sehr große Rolle bei dem Ausmaß ihrer körperlich-sportlichen Aktivität: Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrantenkinder treiben deutlich seltener Sport.

5.2.3 Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien

Neben dem Stillsitzen in der Schule vergrößern Freizeitaktivitäten, die mit körperlicher Inaktivität einhergehen, den Umfang inaktiver Tageszeit bei Schulkindern. In KiGGS wurden von den Eltern die Fernsehgewohnheiten der Kinder und die tägliche Dauer von Computerspielen erfragt, jeweils in der Woche sowie an Sonn- und Feiertagen (siehe auch Kapitel 3.2.5 und [50]).

Im Grundschulalter leistet Fernsehen einen größeren Beitrag zu körperlich inaktiver Freizeitgestaltung als Computerspielen. 57,1% aller 7- bis 10-jährigen sehen in der Woche mindestens 1 Stunde am Tag fern; bei 6,2% sind es mindestens 3 Stunden täglich. Jungen sehen häufiger fern als Mädchen, dieser Unterschied ist bei einer Dauer bis zwei Stunden signifikant. Am Wochenende oder an Feiertagen steigt der Fernsehkonsum: 86,4% der Kinder sehen dann mindestens 1 Stunde fern, immerhin ein gutes Viertel mehr als 3 Stunden (siehe auch Tabelle 5.2.3.1).

Tabelle 5.2.3.1

Häufigkeit des Medienkonsums (Fernsehen, Computerspiele) bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Medienkonsum	Jungen	Mädchen	Gesamt
Fernsehen in der Woche			
Gar nicht	5,9%	7,2%	6,5%
0,5 Stunden pro Tag	33,3%	39,8%	36,4%
1–2 Stunden pro Tag	54,5%	47,0%	50,9%
3–4 Stunden pro Tag	5,2%	4,8%	5,0%
>4 Stunden pro Tag	1,2%	1,1%	1,2%
Fernsehen an Sonn-/Feiertagen			
Gar nicht	1,8%	2,8%	2,3%
0,5 Stunden pro Tag	10,0%	12,8%	11,4%
1–2 Stunden pro Tag	59,6%	59,5%	59,6%
3–4 Stunden pro Tag	24,7%	21,3%	23,1%
>4 Stunden pro Tag	3,8%	3,6%	3,7%
Computerspielen in der Woche			
Gar nicht	43,5%	64,6%	53,7%
0,5 Stunden pro Tag	43,0%	31,0%	37,2%
1–2 Stunden pro Tag	13,1%	4,1%	8,7%
3–4 Stunden pro Tag	0,3%	0,2%	0,3%
>4 Stunden pro Tag	0,1%	0,1%	0,1%
Computerspielen an Sonn-/Feiertagen			
Gar nicht	25,6%	39,7%	32,5%
0,5 Stunden pro Tag	40,9%	42,6%	41,7%
1–2 Stunden pro Tag	29,8%	16,6%	23,4%
3–4 Stunden pro Tag	3,3%	0,9%	2,2%
>4 Stunden pro Tag	0,5%	0,1%	0,3%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Die Unterschiede nach dem Sozialstatus der Familien sind auffällig: Über 13,5% der Grundschul Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus sehen in der Woche nie fern. Exzessives Fernsehen ist dagegen häufiger bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus – 3,2% sehen täglich mehr als 4 Stunden fern, dagegen 0,7% der Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus und kein Kind aus Familien mit hohem Status; 10,3% der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sehen 3 bis 4 Stunden pro Tag fern gegenüber

4,3% derjenigen mit mittlerem und 0,8% mit hohem Sozialstatus. Migrantinnen und Migranten sehen häufiger und länger fern als Kinder ohne Migrationshintergrund, hier ist insbesondere der tägliche exzessive Fernsehkonsum in der Woche auffällig (5,6% täglich über 4 Stunden, 14% täglich 3 bis 4 Stunden). Bezüglich der Fernsehgewohnheiten in der Woche gibt es keine Ost-West-Unterschiede.

Die beschriebenen Unterschiede für Fernsehen an Wochentagen zeigen sich auch beim Fernsehkonsum am Wochenende und an Feiertagen. 42,1% der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sehen am Wochenende mehr als 3 Stunden pro Tag fern, über 26,5% derjenigen aus Familien mit mittlerem und 12,4% der Kinder aus Familien mit hohem sozialen Status. Auch die Unterschiede nach Migrationsstatus setzen sich bei den Wochenend-Fernsehgewohnheiten fort, sogar auf höherem Niveau: 44,3% der Kinder mit Migrationshintergrund sehen an Sonn- oder Feiertagen mindestens 3 Stunden pro Tag fern, dagegen 23,7% der Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei den Fernsehgewohnheiten am Wochenende finden sich auch Unterschiede nach Wohnregion. 35,2% der Grundschulkinder aus den neuen Bundesländern sehen an Sonn- oder Feiertagen 3 Stunden oder mehr fern, dagegen 25,4% der Kinder aus den alten Bundesländern.

Über 46,3% aller Grundschulkinder verbringen in der Woche ihre Freizeit mit Computerspielen (siehe Tabelle 5.2.3.1). Hierbei ist der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen größer als beim Fernsehen. Unterschiede hinsichtlich der Dauer des Computerspielens zeigen sich, ähnlich wie beim Fernsehkonsum, entlang der untersuchten sozialen Einflussfaktoren. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verbringen zu 86,4% weniger als 1 Stunde pro Tag während der Woche mit Computerspielen, Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus zu 91,1% und Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus zu 95,0%. Mindestens 3 Stunden am Tag am Computer spielen während der Woche 1,2% der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und jeweils 0,1% der Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Status. Die Unterschiede entlang des Status sind signifikant. Von den Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund spielen 84,3% weniger als 1 Stunde pro Tag während der Woche am Compu-

ter, Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund zu 92,0%. Mindestens 3 Stunden pro Tag während der Woche spielen 0,9% der Kinder aus Familien mit und 0,3% der Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund. Auch diese Unterschiede sind signifikant. In den neuen Bundesländern spielen 59,0% der Kinder während der Woche nie am Computer sowie 31,1% weniger als 1 Stunde. 52,8% der Kinder aus den alten Bundesländern spielen während der Woche nie am Computer sowie 38,2% weniger als 1 Stunde. Mindestens 3 Stunden am Computer spielen während der Woche 0,9% der Kinder aus den neuen und 0,3% aus den alten Bundesländern. Auch diese Unterschiede sind signifikant.

Am Wochenende wird insgesamt pro Tag länger am Computer gespielt. Signifikante Unterschiede gibt es für Kinder aus Familien mit unterschiedlichem Sozialstatus und aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund in der bereits beschriebenen Richtung des Sozialgradienten. Hinsichtlich der Wohnregion Ost-West wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.

Die Ergebnisse von KiGGS bestätigen die große Bedeutung elektronischer Medien [50] auch schon für die Freizeitgestaltung im Grundschulalter. Der Fernsehkonsum ist in diesem Alter höher als die Zeit, die mit Computerspielen verbracht wird. Insbesondere am Wochenende und an Feiertagen wird eine häufige Mediennutzung angegeben. Jungen verbringen mehr Zeit vor dem Fernseher und Computer als Mädchen. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und aus Familien mit Migrationshintergrund haben einen höheren Fernsehkonsum und spielen längere Zeit am Computer als die anderen Kinder.

5.2.4 Mundhygiene und Kariesprophylaxe

Kinder im Alter von 7 bis 10 Jahren weisen verglichen mit denen der anderen Lebensphasen das beste Mundgesundheitsverhalten auf. Im KiGGS wurden hierzu das Zahnputzverhalten und die Inanspruchnahme zahnärztliche Kontrolluntersuchungen erfasst (siehe auch Kapitel 3.2.6 und [51]).

Der Anteil der Kinder mit einer ungenügenden Zahnputzfrequenz ist signifikant niedriger als bei den 0- bis 6- und den 11- bis 17-Jährigen. Differenziert man die beiden anderen Altersbereiche

jedoch, wird deutlich, dass diese Unterschiede bedingt sind durch ein ungünstigeres Verhalten im Alter von 0 bis 2 und 14 bis 17 Jahren bei den Jungen sowie bei 0- bis 2-jährigen Mädchen. Zu den Jungen und Mädchen im Kindergartenalter (3 bis 6) und im Alter von 11 bis 13 Jahren sowie zu den 14- bis 17-jährigen Mädchen sind dagegen keine signifikanten Differenzen zu erkennen.

Aber auch im Altersbereich 7 bis 10 Jahre lassen sich hinsichtlich Zahnputzfrequenz Präventionspotenziale identifizieren (siehe Tabelle 5.2.4.1). Jungen im Grundschulalter weisen in KiGGS ein signifikant schlechteres Mundgesundheitsverhalten auf als gleichaltrige Mädchen. Jungen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund haben signifikant häufiger eine ungenügende Zahnputzfrequenz als Kinder ohne Migrationshintergrund und aus sozial besser gestellten Familien. Dabei ist die Abhängigkeit vom Migrationshintergrund bei den Mädchen noch stärker ausgeprägt als bei den Jungen und für den Sozialstatus lässt sich bei den Mädchen ein deutlicher Schichtgradient erkennen. Mädchen und Jungen aus den neuen Bundesländern weisen seltener eine ungenügende Putzfrequenz auf als die gleichaltrigen Kinder in den alten Bundesländern. Dieser Unterschied ist aber nicht signifikant.

Tabelle 5.2.4.1

Zähne putzen einmal täglich und seltener bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
Niedriger sozialer Status	40,4%	34,1%	37,7%
Mittlerer sozialer Status	24,4%	20,9%	22,7%
Hoher sozialer Status	18,2%	11,5%	15,0%
Migrant	48,1%	44,5%	46,4%
Nicht-Migrant	23,1%	18,1%	20,6%
Ost	23,4%	20,2%	21,8%
West	27,6%	22,4%	25,1%
Gesamt	27,0%	22,1%	24,6%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und hinsichtlich Sozial- sowie Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen ist bei den 7- bis 10-jährigen signifikant besser als bei den 0- bis 6- und 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen. Mit Ausnahme der 11- bis 13-jährigen bleibt das auch so, wenn man die beiden anderen Lebensphasen noch stärker differenziert betrachtet. Signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bestehen diesbezüglich nicht. Wie beim Zahnputzverhalten lassen sich für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen Jungen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund als Risikogruppen identifizieren. Ost-West-Unterschiede sind nicht signifikant (siehe Tabelle 5.2.4.2).

Tabelle 5.2.4.2

Zahnarztkontrolle seltener als einmal jährlich bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
Niedriger sozialer Status	7,1%	7,6%	7,3%
Mittlerer sozialer Status	3,1%	2,2%	2,7%
Hoher sozialer Status	1,7%	2,7%	2,2%
Migrant	8,9%	11,1%	10,0%
Nicht-Migrant	2,8%	2,5%	2,7%
Ost	2,1%	3,4%	2,7%
West	4,1%	3,9%	4,0%
Gesamt	3,8%	3,9%	3,8%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass Kinder im Alter von 7 bis 10 Jahren das beste Mundgesundheitsverhalten haben, verglichen mit den 0- bis 6- und 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen. Die Unterschiede bestehen aber vor allem zu den Säuglingen und Kleinkindern sowie zu den Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren. Trotz dieser an sich positiven Situation sind aber auch in diesem Altersbereich Risikogruppen zu finden. Zu ihnen gehören Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Kinder mit Migrationshintergrund.

5.3 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

5.3.1 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

In diesem Abschnitt werden die von den Eltern angegebenen Arztbesuche der Kinder in den letzten 12 Monaten bei Fachärztinnen und Fachärzten für Kinderheilkunde, Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Augenheilkunde, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie und Gynäkologie dargestellt (siehe auch Kapitel 3.3.2 und [52]). Welcher Anteil der Kinder die genannten Fachärztinnen und Fachärzte aufgesucht hat, ist Tabelle 5.3.1.1 zu entnehmen.

Für Kinder im Alter von 7 bis 10 Jahren ist die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt der häufigste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen. Daneben spielen auch Besuche bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen für Allgemeinmedizin und Augenheilkunde eine große Rolle.

Geschlechtsunterschiede gibt es hinsichtlich der Arztbesuche bei unterschiedlichen Fachärztinnen und Fachärzten nicht (mit Ausnahme des nur bei Mädchen erfragten Besuchs bei der Gynäkologin bzw. beim Gynäkologen).

Betrachtet man den Sozialstatus der 7- bis 10-jährigen hinsichtlich Arztbesuche in den letzten 12 Monaten, so fallen signifikante Unterschiede nur bei den Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Orthopädie sowie Dermatologie auf. Kinder aus Familien mit niedrigem (33,0 %) und mittlerem

(34,0 %) Sozialstatus besuchen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner häufiger als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus (27,6 %). Umgekehrt verhält es sich bei Besuchen von Fachpraxen der Orthopädie (niedriger Sozialstatus: 5,0 %, mittlerer Sozialstatus: 7,4 % und hoher Sozialstatus: 10,0 %) und Dermatologie (niedriger Sozialstatus: 7,6 % und mittlerer sowie hoher Status je 10,7 %). Angesichts der Tatsache, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus teilweise eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit aufweisen und durch häufigeres Übergewicht sowie Bewegungsmangel auch schlechtere Voraussetzungen für eine gute Gesundheit aufweisen, wäre zu erwarten, dass sie häufiger Ärztinnen bzw. Ärzte aufsuchen. Offenbar entspricht das ambulante Inanspruchnahmeverhalten der Eltern mit ihren Kindern nicht unbedingt den gesundheitlichen Bedürfnissen der Kinder, sondern ist unter anderem eine Frage von Einstellungen, Motiven und der Wahrnehmung von Gesundheitsstörungen [52].

Hinsichtlich des Migrationsstatus zeigt sich, dass Grundschulkinder mit Migrationshintergrund eher die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt besuchen (72,2 %) als solche ohne Migrationshintergrund (63,4 %), dafür aber seltener die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner (mit Migrationshintergrund: 22,4 %/ ohne Migrationshintergrund: 33,7 %). Diese Unterschiede sind statistisch signifikant. Weitere signifikante Unterschiede gibt es lediglich bezüglich des Be-

Tabelle 5.3.1.1
Arztbesuche in den letzten 12 Monaten von 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Fachgebiet	Jungen	Mädchen	Gesamt
Kinderheilkunde	65,6 %	64,1 %	64,8 %
Allgemeinmedizin	32,9 %	30,9 %	31,9 %
Innere Medizin	3,3 %	2,7 %	3,1 %
Augenheilkunde	26,7 %	28,8 %	27,7 %
Orthopädie	7,5 %	7,4 %	7,4 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	12,6 %	12,2 %	12,4 %
Dermatologie	9,5 %	10,2 %	9,8 %
Gynäkologie		0,6 %	

suches einer Augenärztin bzw. einem Augenarzt: Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund besuchen die Augenarztpraxis häufiger (28,7 %) als solche aus Familien mit Migrationshintergrund (21,9 %).

In den neuen Bundesländern besuchen die Grundschul Kinder signifikant häufiger die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt (75,6 %) als in den alten Bundesländern (63,1 %). Die Kinder im Westen Deutschlands haben dafür signifikant häufiger in den letzten 12 Monaten die Allgemeinmedizinerin bzw. den Allgemeinmediziner (33,5 %) mindestens einmal besucht als jene im Osten (22,1 %). Augenärztinnen bzw. Augenärzte werden von Grundschulkindern im Westen statistisch signifikant häufiger besucht (28,6 %) als im Osten (22,0 %), bei Orthopädinnen bzw. Orthopäden ist dies ebenfalls signifikant, aber anders verteilt (7,1 % im Westen und 9,4 % im Osten).

Keine Unterschiede gibt es zwischen Kindern aus den neuen und alten Bundesländern bezüglich der Besuche bei Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie und Gynäkologie. Für die Inanspruchnahme von HNO-Ärzten in Bezug zur Wohnregion zeigen sich jedoch Unterschiede nach Geschlecht: Im Westen Deutschlands besuchen die Jungen signifikant häufiger eine HNO-Ärztin bzw. einen HNO-Arzt (13,2 %) als im Osten (8,9 %). Bei den Mädchen sind es tendenziell mehr Besuche in den neuen Bundesländern (14,8 %) als in den alten Bundesländern (11,8 %).

Zusammenfassend lässt sich aus den KiGGS-Daten ableiten, dass Kinderärztinnen und -ärzte nicht nur Ansprechpartner für Eltern mit Säuglingen oder Kleinkindern sind, sondern auch für die Betreuung in den weiteren Lebensjahren eine wichtige Rolle spielen. Knapp zwei Drittel der Grundschul Kinder hatten in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Kontakt zu einer Kinderärztin bzw. einem Kinderarzt. Weiterhin lässt sich aus den Angaben zur ambulanten Inanspruchnahme von Fachärztinnen bzw. Fachärzten schließen, dass Arztbesuche von den Eltern nicht nur in Folge der gesundheitlichen Bedürfnisse ihrer Kinder veranlasst werden, sondern offensichtlich auch mit der elterlichen Wahrnehmung von Gesundheit bzw. Krankheit ihrer Kinder in Verbindung stehen.

5.3.2 Impfungen

Im KiGGS waren die Eltern aufgefordert worden, den Impfausweis ihres Kindes mit in das Untersuchungszentrum zu bringen, weil daraus valide Daten zum Impfstatus gewonnen werden können (siehe auch Kapitel 3.3.3 und [53]). Bei den Grundschulkindern wurde in fast 95 % der Fälle ein Impfausweis vorgelegt. Eltern mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund konnten den Impfausweis signifikant seltener vorlegen als besser gestellte bzw. Eltern ohne Migrationshintergrund. Die folgenden Auswertungen zu den einzelnen Impfungen wurden auf Kinder mit auswertbaren Angaben (vorliegender, leserlicher Impfausweis) beschränkt.

Bei über 90 % der Grundschul Kinder war eine vollständige Grundimmunisierung mit Boostergabe (weitere Impfung, die eine verstärkte Antwort des Immunsystems hervorruft) gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) erfolgt, bei dem Rest war die Grundimmunisierung unvollständig bzw. fehlte ganz (<1 %) (siehe Tabelle 5.3.2.1). Hierbei fallen die neuen Bundesländer mit signifikant mehr vollständigen Impfungen auf (96,9 % vs. 91,2 %). Insgesamt verfügen im Alter von 7 bis 10 Jahren 43 % der Kinder mit einer vollständigen Grundimmunisierung inkl. Booster gegen Tetanus noch nicht über eine Auffrischimpfung, 57 % der Kinder haben eine erste Auffrischung erhalten. In den neuen Bundesländern findet die erste Auffrischung offensichtlich signifikant früher statt (73,6 % der 7- bis 10-Jährigen hatten bereits ihre erste Auffrischung) als in den alten Bundesländern (54,4 % der Kinder). In keiner der weiteren ausgewerteten Schichtungen lassen sich signifikante Unterschiede feststellen.

Bei der Diphtherieimpfung finden sich ähnliche Zahlen, auch hier verfügen über 90 % der 7- bis 10-Jährigen über eine vollständige Grundimmunisierung inkl. Booster (siehe Tabelle 5.3.2.1). Signifikante Ost-West-Unterschiede sind ebenfalls feststellbar: 96,8 % der Kinder, die in den neuen Bundesländern wohnen, haben eine vollständige Grundimmunisierung mit Booster, aber nur 90,7 % in den alten Bundesländern. Die erste Auffrischung haben 56,6 % der grundimmunisierten Kinder im Alter von 7 bis 10 Jahren erhalten, 73,2 % in den neuen Bundesländern und 53,9 % in den alten Bundesländern. Dieser Unterschied ist signifikant.

Über eine vollständige Grundimmunisierung mit Booster gegenüber Pertussis (Keuchhusten) verfügen 86,2 % der 7- bis 10-Jährigen (siehe Tabelle 5.3.2.1). Bei dieser Impfung finden sich auch Unterschiede hinsichtlich des Migrationsstatus: Signifikant mehr Kinder ohne Migrationshintergrund wurden vollständig grundimmunisiert (87,1 %) als solche mit Migrationshintergrund (81,6 %). Wieder sind es in den neuen Bundesländern signifikant mehr Kinder (91,1 %) als in den alten Bundesländern (85,4 %).

Auch bei der Haemophilus influenzae Typ b (Hib)-Impfung verfügen nur 85,9 % aller Grundschul Kinder über eine vollständige Grundimmunisierung mit Booster (siehe Tabelle 5.3.2.1). Hierbei sind die einzigen signifikanten Unterschiede in den untersuchten Schichtungen, die zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (79,4 % vs. 87,1 %). Dieser Unterschied ist allerdings nur für Mädchen signifikant, bei Jungen hingegen geringer und nicht signifikant.

Gut zwei Drittel aller 7- bis 10-Jährigen haben eine vollständige Grundimmunisierung mit Booster gegen Hepatitis B (Leberentzündung). Unterschiede nach den untersuchten Schichtungen finden sich hier nicht.

Für Poliomyelitis (Kinderlähmung) haben über 90 % der Grundschul Kinder die vollständige Grundimmunisierung mit Booster. Nur bei Mädchen gibt es signifikante Ost-West Unterschiede: Wiederum sind Kinder aus den neuen Bundesländern vollständiger geimpft (93,7 %) als Kinder aus den alten Bundesländern (89,9 %).

Mindestens eine Masernimpfung haben fast 95 % der 7- bis 10-Jährigen erhalten. Mehr Kinder aus Familien mit niedrigem (96,6 %) als solche aus Familien mit mittlerem (94,9 %) oder hohem Sozialstatus (92,3 %) haben mindestens eine Masernimpfung erhalten. Auch bezüglich des Migrationsstatus zeigt sich bei der Masernimpfung ein umgekehrter Zusammenhang: Signifikant mehr Kinder mit Migrationshintergrund sind mindestens einmal gegen Masern geimpft (97,3 %) als solche ohne diesen Status (94,1 %). In den neuen Bundesländern (96,8 %) gibt es wie auch bei den anderen Impfungen signifikant mehr Geimpfte als in den alten Bundesländern (94,3 %).

Mindestens zwei Masernimpfungen haben 78,0 % der 7- bis 10-Jährigen erhalten. Ausschließlich bei den Jungen gibt es signifikante Unter-

schiede nach dem Sozialstatus. Unter Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus gibt es weniger Kinder mit mindestens zwei Masernimpfungen (72,7 %), als unter denen aus Familien mit mittlerem (83,0 %) oder niedrigem (80,0 %) Sozialstatus. Ein signifikanter Unterschied findet sich bezüglich des Wohnortes der Kinder zwischen den neuen (84,4 %) und alten (77,0 %) Bundesländern.

Ebenfalls fast 95 % der Grundschul Kinder haben mindestens eine Mumpsimpfung erhalten. Auch hier sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus häufiger geimpft (96,3 %) als Kinder aus Familien mit mittlerem (94,8 %) oder hohem Sozialstatus (92,3 %). Bei Jungen sind Kinder mit Migrationshintergrund signifikant häufiger geimpft (97,7 %) als solche ohne diesen Hintergrund (93,8 %). Kinder mit Wohnort in den östlichen Bundesländern sind signifikant häufiger gegen Mumps geimpft (97,0 %), als Kinder aus dem Westen Deutschlands (94,1 %).

Mindestens zwei Mumpsimpfungen erhielten 77,7 % der Grundschul Kinder. Kinder aus Familien mit niedrigem (77,8 %) oder mittlerem (80,3 %) Sozialstatus wurden signifikant häufiger mindestens zweimal gegen Mumps geimpft, als solche aus Familien mit hohem (73,4 %) Sozialstatus. Die letztgenannten Unterschiede sind bei differenzierterer Betrachtung nur für Jungen signifikant, nicht aber für die Mädchen. Im Osten wurden signifikant mehr Kinder mindestens zweimal gegen Mumps geimpft (84,5 %), als im Westen (76,6 %).

Mehr als 90 % der Grundschul Kinder sind auch mindestens einmal gegen Röteln geimpft worden, signifikant mehr Kinder aus Familien mit niedrigem (94,2 %) als aus Familien mit mittlerem (92,7 %) oder gar hohem (89,8 %) Sozialstatus und signifikant mehr Kinder aus den neuen Bundesländern (96,9 %) als aus den alten Bundesländern (91,5 %).

Mindestens zwei Rötelnimpfungen haben 72,2 % der Kinder erhalten. Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus wurden signifikant seltener mindestens zweimal gegen Röteln geimpft (67,7 %), als solche aus Familien mit mittlerem (74,8 %) oder niedrigem (72,6 %) Sozialstatus. Allerdings ist dieser Unterschied nur für Jungen signifikant. 83,4 % der Kinder im Osten und 70,5 % in den westlichen Bundesländern wurden mindestens zweimal gegen Röteln geimpft. Dieser Unterschied ist signifikant.

Tabelle 5.3.2.1

Impfquoten: vollständige Grundimmunisierung mit Booster bei 7- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen, Anteile (%) (bezogen auf Kinder mit auswertbaren Angaben)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Impfung	7–10 Jahre	Impfung	7–10 Jahre
Tetanus		1. Masern	
Jungen	92,9%	Jungen	94,5%
Mädchen	91,0%	Mädchen	94,7%
Gesamt	92,0%	Gesamt	94,6%
Diphtherie		2. Masern	
Jungen	92,5%	Jungen	79,4%
Mädchen	90,5%	Mädchen	76,6%
Gesamt	91,5%	Gesamt	78,0%
Polio		1. Mumps	
Jungen	91,3%	Jungen	94,4%
Mädchen	90,4%	Mädchen	94,5%
Gesamt	90,9%	Gesamt	94,5%
Hepatitis B		2. Mumps	
Jungen	68,2%	Jungen	79,1%
Mädchen	68,1%	Mädchen	76,2%
Gesamt	68,1%	Gesamt	77,7%
Hib		1. Röteln	
Jungen	85,8%	Jungen	92,3%
Mädchen	86,1%	Mädchen	92,2%
Gesamt	85,9%	Gesamt	92,2%
Pertussis		2. Röteln	
Jungen	86,2%	Jungen	73,0%
Mädchen	86,1%	Mädchen	71,4%
Gesamt	86,2%	Gesamt	72,2%

Zusammenfassend ist von einer allgemein hohen Akzeptanz der Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis und einer stark gestiegenen Akzeptanz der Impfungen gegen Hepatitis B, Hib und Pertussis auszugehen [53]. Allerdings zeigen sich erhebliche Defizite bei der zeitgerechten und vollständigen Inanspruchnahme der kompletten Impfserien und der notwendigen Auffrischungsimpfungen. Die Unterschiede im Impfstatus entlang der sozialen Lage fallen uneinheitlich aus. Migrantinnen und Migranten sind zum Teil besser geimpft als Kinder ohne Migrationshintergrund, Kinder aus Familien mit hohem

Sozialstatus zum Teil schlechter als Kinder mit niedrigem sozialen Status. Im Osten Deutschlands liegen die Durchimpfungsraten überwiegend höher als im Westen.

5.3.3 Arzneimittelanwendungen

Im Alter von 7 bis 10 Jahren liegt die Anwendungsprävalenz von Arzneimitteln in den letzten 7 Tagen vor der Befragung mit 42,6% deutlich unter der in der frühen Kindheit (0 bis 6 Jahre: 60,4%). Weniger ausgeprägt, aber dennoch signifikant ist der Unterschied zum Jugendalter (11 bis 17 Jahre: 47,4%). Bei der Interpretation dieser und der folgenden Ergebnisse ist zu beachten, dass sich die KiGGS-Daten nicht nur auf die Prävalenz zugelassener Arzneimittel beziehen, sondern auch Nahrungsergänzungsmittel, Phytopharmaka (pflanzliche Arzneimittel) und Homöopathika (homöopathische Mittel) berücksichtigen (siehe auch Kapitel 3.3.4 und [54]).

Jungen sind etwas häufiger Arzneimittelanwender als Mädchen (43,6% vs. 41,5%). Die Unterschiede erweisen sich jedoch nicht als statistisch signifikant. Wie im frühen Kindesalter zeigen sich auch für die Schulkinder Differenzen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund und vom Sozialstatus. Relevante Ost-West-Unterschiede sind nicht festzustellen (siehe Tabelle 5.3.3.1).

23,0% aller Jungen und Mädchen im Schulalter weisen eine aktuelle Verordnungsmedikation (letzte 7 Tage vor Befragung) auf. Zwischen Jungen und Mädchen sind keine Prävalenzunterschiede zu verzeichnen. Unterschiedlich ist dagegen bei der Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel die Prävalenz bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Kinder ohne Migrationshintergrund haben mit 24,2% eine signifikant höhere Anwendungsrate verordneter Präparate als Kinder aus Migrantenfamilien (16,7%). In Zusammenhang mit dem sozialen Status sind keine signifikanten Unterschiede zu erkennen (siehe Tabelle 5.3.3.2).

Tabelle 5.3.3.3 beschreibt die Prävalenz der Selbstmedikation bei Mädchen und Jungen im Schulalter. Fast jedes vierte Kind im Alter von 7 bis 10 Jahren hat in den letzten 7 Tagen vor der Untersuchung mindestens 1 Präparat angewendet, das nicht verordnet war. Auch für die Selbst-

Tabelle 5.3.3.1

Prävalenz der Arzneimittelanwendung in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
Niedriger sozialer Status	37,5%	36,5%	37,0%
Mittlerer sozialer Status	45,8%	40,7%	43,3%
Hoher sozialer Status	47,1%	49,0%	48,0%
Migrant	32,2%	29,5%	30,9%
Nicht-Migrant	45,8%	43,8%	44,9%
Ost	42,7%	40,0%	41,4%
West	43,7%	41,7%	42,7%
Gesamt	43,6%	41,5%	42,6%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Tabelle 5.3.3.2

Prävalenz der Verordnungsmedikation in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
Niedriger sozialer Status	23,8%	22,6%	23,2%
Mittlerer sozialer Status	23,3%	19,8%	21,6%
Hoher sozialer Status	26,0%	25,3%	25,7%
Migrant	17,9%	15,5%	16,7%
Nicht-Migrant	25,4%	23,0%	24,2%
Ost	24,4%	19,9%	22,2%
West	24,0%	22,2%	23,1%
Gesamt	24,1%	21,9%	23,0%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

medikation zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund und zwar in der gleichen Weise wie bei der Arzneimittelanwendung allgemein und bei der Verordnungsmedikation. Im Gegensatz

zur Verordnungsmedikation ist bei der Anwendungsprävalenz der Selbstmedikation ein Zusammenhang mit der sozialen Lage nachweisbar. Jungen und Mädchen aus Familien mit niedrigem sozialen Status (16,8%) haben eine geringere Anwendungsprävalenz als die gleichaltrigen Kinder aus der mittleren (26,2%) und der hohen Statusgruppe (29,4%). Zwischen den alten und neuen Bundesländern sind keine relevanten Unterschiede festzustellen. (Die Summe der Prävalenzen von Verordnungs- und Selbstmedikation übersteigt aufgrund von Mehrfachanwendungen die in Tabelle 5.3.3.1 aufgeführten Prävalenzraten für alle Arzneimittel insgesamt.)

Tabelle 5.3.3.3

Prävalenz der Selbstmedikation in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
Niedriger sozialer Status	16,6%	17,0%	16,8%
Mittlerer sozialer Status	26,4%	25,9%	26,2%
Hoher sozialer Status	28,4%	30,5%	29,4%
Migrant	16,3%	15,9%	16,1%
Nicht-Migrant	25,6%	26,1%	25,8%
Ost	22,3%	23,7%	23,0%
West	24,4%	24,6%	24,5%
Gesamt	24,1%	24,4%	24,3%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Betrachtet man das Arzneimittelspektrum anhand der 10 häufigsten Arzneimittelgruppen, so fällt im Vergleich zu den Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren auf, dass Mittel zur Karies- und Rachitisprophylaxe (unter Stomatologika subsumiert) von Rang 1 auf Rang 7 gelangt sind (siehe Tabelle 5.3.3.4). Wie im frühen Kindesalter, wird das Spektrum von Präparaten zur Behandlung akuter respiratorischer Erkrankungen (Erkältungskrankheiten, Husten) geprägt. Häufig angewendet werden Ho-

möopathika (Rang 2) und Vitamine (Rang 3). Im Gegensatz zu Säuglingen und Kleinkindern werden Analgetika im Schulalter häufiger als Schmerzmittel und erst in zweiter Linie zur Fiebersenkung eingesetzt. Bei den 7- bis 10-Jährigen tauchen die Psychoanaleptika (Medikamente, die die Nervenaktivität anregen) unter den 10 häufigsten Arzneimittelgruppen auf. Hier handelt es sich vor allem um Arzneimittel zur Behandlung hyperaktiver und/oder aufmerksamkeitsgestörter Kinder (ADHS). Methylphenidat ist der bisher am weitesten verbreitete Wirkstoff. ADHS und die Anwendung von Methylphenidat betreffen Jungen stärker als Mädchen. Obwohl nach den Ergebnissen von KiGGS Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus stärker von ADHS betroffen sind (siehe auch Kapitel 5.1.2.4.2) [55], lassen sich nach eigenen, bisher unveröffentlichten Ergebnisse in der Anwendung dieser Arzneimittel keine spezifischen Unterschiede entlang der sozialen Lage erkennen.

Tabelle 5.3.3.4
Rangfolge der 10 am häufigsten angewendeten Arzneimittelgruppen (in den letzten 7 Tagen vor der Befragung) bei 7- bis 10-Jährigen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Rang	Arzneimittelgruppe nach ATC-Kode*	Anteil
1	Ro5 Husten- und Erkältungspräparate	13,4 %
2	Zoo Homöopathika	8,7 %
3	A11 Vitamine	8,5 %
4	Ro1 Rhinologika	8,1 %
5	Ro3 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	6,8 %
6	No2 Analgetika	4,9 %
7	Ao1 Stomatologika	3,8 %
8	Do3 Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren	3,3 %
9	No6 Psychoanaleptika	2,9 %
10	Ro4 Bruststeinreibungen und andere Inhalate	2,6 %

* ATC: Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch Arzneimittelklassifikation der WHO nach Organsystem, an dem das Arzneimittel wirkt (Anatomisch), mit welcher Indikation (Therapeutisch) und mit welchen Wirkstoffen (Chemisch)

Zusammenfassend lässt sich einschätzen, dass das Alter 7 bis 10 Jahre, verglichen mit den beiden anderen Lebensphasen, durch eine niedrigere Arzneimittelprävalenz geprägt ist. Wie in den anderen Altersabschnitten zeigt sich auch im Schulalter ein Zusammenhang zwischen Arzneimittelanwendung und sozialen Bedingungen in der Familie sowie zum Migrationsstatus der Kinder. Das Spektrum wird vor allem durch Arzneimittel zur Behandlung akuter Krankheitszustände und durch Präparate zur Prävention bestimmt. Mit dem Schulalter werden psychoaktive Arzneimittel, wie z. B. zur Behandlung von ADHS relevant.

Literatur

1. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2005) Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
2. Zach U, Künsemüller P (2008) Die Entwicklung von Kindern zwischen dem 6. und dem 10. Lebensjahr: Forschungsbefunde. Das Online-Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Kindheitsforschung/s_280.html (Stand: 14.07.2008)
3. Jürgens E (1995) Zur Begründung von Leistungsanforderungen in der Schule. *Grundschulmagazin* 10 (1): 37–40
4. Hurrelmann K, Bündel B (2003) Einführung in die Kindheitsforschung. 2. Auflage. Beltz, Weinheim, Basel, Berlin
5. Oerter R (2002) Kindheit. In: Oerter R, Montada L (Hrsg) *Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. 5. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, Basel, Berlin, S 209–257
6. Grunert C (2005) Kompetenzerwerb von Kindern und Jugendlichen in außerunterrichtlichen Sozialisationsfeldern. In: Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg) *Kompetenzerwerb von Kindern und Jugendlichen im Schulalter*. Materialien zum Zwölften Kinder- und Jugendbericht, Bd. 3. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S 9–174

7. Fölling-Albers M, Hopf A (1995) Auf dem Weg vom Kleinkind zum Schulkind. Eine Langzeitstudie zum Aufwachsen in verschiedenen Lebensräumen. Leske & Budrich, Opladen
8. Goia S (2005) Gebildete Eltern – aufgeschlossene Kinder? Soziale Integration von Kindern in ihrem Freundeskreis. In: Alt C (Hrsg) Kinderleben. Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Schriftenreihe des DJI: Kinderpanel, Bd. 1: Aufwachsen in Familien. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 99–122
9. Traub A (2005) »Ein Freund, ein guter Freund ...« Die Gleichaltrigenbeziehungen der 8- bis 9-Jährigen. In: Alt C (Hrsg) Kinderleben. Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Schriftenreihe des DJI: Kinderpanel, Bd. 2: Aufwachsen zwischen Freunden und Institutionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 23–62
10. Hein AK (2004) Perspektiven auf Kindheit im chronologischen Wandel. Die kulturkritische Perspektive als Herausforderung für die Grundschule im 21. Jahrhundert. Lit Verlag, Münster
11. Alt C (Hrsg) (2005) Kinderleben. Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Schriftenreihe des DJI: Kinderpanel, Bd. 1: Aufwachsen in Familien; Bd. 2: Aufwachsen zwischen Freunden und Institutionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
12. Feierabend S, Klingler W (2008) Was Kinder sehen. Eine Analyse der Fernsehnutzung 3 - bis 13-Jähriger 2007. In: Media Perspektiven (4): 190-204. www.media-perspektiven.de/uploads/tx_mppublications/04-2008_Feierabend.pdf (Stand: 14.07.2008)
13. Eicke U, Eicke W (1994) Medienkinder. Vom richtigen Umgang mit der Vielfalt, Knesebeck, München
14. Dreher E, Dreher M (1985) Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In: Liepmann D, Stiksrud A (Hrsg) Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz. Hogrefe, Göttingen, S 56–70
15. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
16. Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (1995) Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (Hrsg) Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Juventa, Weinheim, München, S 7–21
17. Ellsäßer G (2004) Epidemiologie von Kinderunfällen in Deutschland. Expertise für die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V. www.kindersicherheit.de/Expertise2004.pdf (Stand: 14.07.2008)
18. Ellsäßer G (2006) Epidemiologische Analyse von Unfällen bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland. Ausgangspunkt für die Unfallprävention. Das Gesundheitswesen 68 (7): 421–428
19. Kolip P, Hurrelmann K (2002) Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In: Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S 13–31
20. Stolzenberg H, Kahl H, Bergmann KE (2007) Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 659–669
21. Kahl H, Schaffrath Rosario A (2007) Pubertät im Wandel – wohin geht der Trend? BZgA-Forum: Sexualaufklärung und Familienplanung: 3: 19–25
22. Hesse V (1997) Wachstum und Reifung. In: Meng W und Ziegler R (Hrsg) Endokrinologie. Grundlagen Klinik Praxis. Gustav Fischer Verlag, Jena, S. 105–131; Anhang S 628–644
23. Zellner K, Jaeger U, Kromeyer-Hauschild K (2004) Height, weight and BMI of schoolchildren in Jena, Germany – are the secular changes levelling off? Economics Hum 2: 281–294
24. 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

25. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
26. Ständige Impfkommision (STIKO) (2008) Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2008. Epidemiologisches Bulletin 30/2008: 236–254
27. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2004) Begründung der STIKO für eine allgemeine Varizellenimpfung (Beschlussvorlage in der 50. Sitzung, 2.6.2004). www.rki.de/cdn_006/nn_225576/DE/Content/Infekt/Impfen/STIKO__Empfehlungen/Begruendung/variziellen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf (Stand: 11.08.2008)
28. Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 701–710
29. Langen U, Knopf H (2007) Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys KiGGS – Asthma bronchiale, obstruktive Bronchitis und ihre medikamentöse Therapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis 4: 14–18
30. Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 736–743
31. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd 149: 807–818
32. Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ernährung Umschau 7: 386–390
33. Sarlio-Lähteenkorva MB, Gübeli C et al. (2006) The social patterning of relative overweight and obesity in Denmark and Finland. Eur J Public Health 16: 36–40
34. Delekat D (2003) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin
35. Kuepper-Nybelen J, Lamerz A et al. (2005) Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. Arch Dis Child 90: 359–363
36. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, www.bmg.bund.de/cdn_117/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf (Stand: 08.08.2008)
37. Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 718–727
38. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 784–793
39. Schlack R, Hölling H, Kurth B-M et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 827–835

40. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2006). Diagnostik und Therapie bei ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung). www.helpster.de/groups/adhs/ADHS-Leitlinien.pdf (Stand: 11.08.2008)
41. Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 810–818
42. Forschungsinstitut für Kinderernährung (2005) Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Dortmund
43. Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 609–623
44. Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2000) Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau Verlag, Frankfurt/Main
45. Mensink GBM, Heseker H, Stahl A et al. (2007) Die aktuelle Nährstoffversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ernährungsumschau 11: 636–646
46. Hintzpeter B, Scheidt-Nave C, Müller MJ et al. (2008) Higher prevalence of vitamin D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany. *J Nutr* 138: 1482–1490
47. Zittermann A (2003) Vitamin D in preventive medicine: are we ignoring the evidence? *Br J Nutr* 2003;89: 552–72
48. Lampert T, Mensink G, Romahn N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 634–642
49. Kretschmer J, Wirsching D (2008) Bewegungsintensität im schulischen und außerschulischen Leben von Kindern im Grundschulalter. <http://www2.erzwiss.uni-hamburg.de/personal/kretschmer/Projekt.pdf> (Stand: 11.08.2008)
50. Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007) Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 643–652
51. Schenk L, Knopf, H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 653–658
52. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 836–850
53. Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 851–862
54. Knopf H (2007) Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 863–870
55. Schlack R, Hölling H, Kurth B-M et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 827–835

6 Jugendliche (11 bis 17 Jahre)

Einleitung

Das Eintreten der Pubertät markiert den Beginn des Jugendalters; wobei die Geschlechtsreife bei Mädchen im Durchschnitt etwa zwei Jahre eher einsetzt als bei Jungen [1]. Mit der Pubertät kommt es zu einem Ungleichgewicht in der psycho-physischen Struktur der Persönlichkeit: Der gesamte Körper unterliegt anatomischen, physiologischen und hormonellen Veränderungen, die eine umfassende Anpassung auch auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene notwendig machen. Aus psychologischer Perspektive wird die Jugendphase durch die Entwicklung einer unverwechselbaren Persönlichkeitsstruktur gekennzeichnet, die das Individuum in die Lage versetzt, sich durch selbstständiges, autonomes Handeln in seinem sozialen Umfeld zu behaupten. Hierzu zählt auch die Entwicklung der Ich-Identität, die einem jungen Menschen über verschiedene Handlungssituationen und Entwicklungsphasen hinweg eine Kontinuität des Selbsterlebens erlaubt [2].

Unter Jugend wird der Zeitraum zwischen dem Eintritt der biologischen und der sozialen Reife verstanden. Da die soziale Reife nur schwer zu fixieren ist, gibt es keine klare Altersgrenze für das Ende der Jugendzeit und den Beginn des Erwachsenenalters [3]. Insbesondere im letzten Jahrhundert hat sich die Dauer der Jugendphase weiter ausgedehnt, da einerseits die biologische (Geschlechts-)Reife im Lebensverlauf immer früher eintritt [4, 5], und andererseits der Übertritt in das Erwachsenenalter durch die Verlängerung der schulischen und beruflichen Qualifikationsphase zunehmend später erfolgt [3].

Im Einzelnen steht in der Jugendphase die Bewältigung folgender Entwicklungsaufgaben an [1, 6]:

- ▶ Körper: Auseinandersetzung mit organismisch-physiologischen Veränderungen und Umbrüchen; Akzeptanz der sich verändernden körperlichen Erscheinung und des eigenen Aussehens,
- ▶ Peers: Aufbau eines Freundeskreises, Herstellung von neuen, vertieften Beziehungen zu Altersgenossen beider Geschlechts,
- ▶ Verselbstständigung/Ablösung: Loslösung von der familiären Sphäre und Unabhängigwerden vom elterlichen Einfluss,
- ▶ Rolle: Aneignung der Verhaltensmuster, die in der gegebenen Gesellschaft von einer Frau bzw. einem Mann erwartet werden,
- ▶ Sexualität/Intimität: Aufnahme intimer, sexueller Beziehungen,
- ▶ Partnerschaft/Familie: Entwicklung von Vorstellungen, wie eine feste Beziehung, Ehe oder die zukünftige Familie sein sollen,
- ▶ Ausbildung/Beruf: Entwicklung von Vorstellungen und Strategien über das, was der/die Jugendliche werden will und was er/sie dafür können bzw. erlernen muss,
- ▶ Selbst: Entwicklung eines Selbstkonzepts; wissen, wer man ist und was man will,
- ▶ Werte: Entwicklung einer eigenen Weltanschauung; sich darüber klar werden, welche Werte als Richtschnur für das eigene Verhalten akzeptiert werden,
- ▶ Zukunftsperspektiven: Entwicklung von Vorstellungen und Strategien, wie der/die Jugendliche sein/ihr Leben plant; Entwicklung von Zielen, von denen man glaubt, dass man sie erreichen kann.

Die Situation Jugendlicher ist heute durch eine frühe soziokulturelle Selbstständigkeit bei später sozioökonomischer Selbstständigkeit gekennzeichnet [7]. Die Jugendphase ist damit ein Lebensabschnitt, der durch ein Nebeneinander von noch unselbstständigen, kindheitsgemäßen und selbstständigen, schon erwachsenengemäßen Handlungsanforderungen charakterisiert ist [7]. Die gelungene Bewältigung der Anforderungen in einem Bereich beinhaltet daher nicht automatisch die Bewältigung von Anforderungen anderer Bereiche; vielmehr können sich gerade aus der Ungleichzeitigkeit und Ungleichheit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben Schwierigkeiten für die Heranwachsenden ergeben.

Bereits in die frühe Phase der Pubertät – in das Alter zwischen zehn und zwölf Jahren – fällt der Übergang in eine weiterführende Schule, der für viele Schülerinnen und Schüler mit einer Intensivierung der Leistungsanforderungen einhergeht.

Insgesamt ist seit 1990 ein Trend zum Besuch höher qualifizierender Schulformen festzustellen, so dass sich inzwischen ein Drittel aller Schülerinnen und Schüler für das Gymnasium entscheidet. Die Art der weiterführenden Schule variiert allerdings in Abhängigkeit von der sozialen Herkunft der Jugendlichen sehr stark: Besonders Jugendliche aus bildungsfernen und sozial schwachen Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund nehmen nur selten höher qualifizierende Bildungsgänge in Anspruch [8]. Neben der international gesehen relativ frühen Aufteilung der Schülerinnen und Schüler auf unterschiedliche Schultypen zeichnet sich das deutsche Schulsystem durch sehr stark differierende Leistungen zwischen den einzelnen Bildungsgängen aus. So ergab die PISA-Studie 2000, dass in Gymnasien die mittleren Schulleistungen erheblich über und in Integrierten Gesamtschulen und Hauptschulen deutlich unter dem OECD-Durchschnitt liegen [9]. Der Zwölfte Kinder- und Jugendbericht kommt zudem zu dem Schluss, dass das stark stratifizierte deutsche Schulsystem zu viele Schulabgänger produziert, die die Schule ohne einen Abschluss am Ende der Sekundarstufe I verlassen [8]. Etwa 33 % der Jugendlichen mit Migrationshintergrund beenden die Schule ohne einen qualifizierenden Abschluss [10]; auch Jugendliche aus Arbeiterfamilien erreichen überproportional häufig keinen qualifizierenden Schulabschluss [8]. Daneben führt die Entwertung des Hauptschulabschlusses zu einer weiteren erheblichen Reduzierung der Chancen sozial benachteiligter Jugendlicher auf einen Ausbildungsplatz.

In Hinblick auf die Familie steht in der Jugendphase die schrittweise Ablösung von den Eltern an. Sie erfolgt zunächst auf psychischer und kultureller Ebene, indem Jugendliche sich in ihren Gefühlen und in ihrem Handeln zunehmend weniger an den Eltern, sondern an anderen Bezugspersonen orientieren und nach und nach einen eigenen Lebensstil entwickeln. Auf der finanziellen und wirtschaftlichen Ebene erfolgt die Ablösung auf Grund der verlängerten Schul- und Ausbildungszeiten sehr viel später, so dass Jugendliche sich heute länger in wirtschaftlicher Abhängigkeit von den Eltern befinden [2].

In dem Maße, in dem sich Jugendliche vom Elternhaus lösen, steigt die Bedeutung der Peergroup. Freundschaftsbeziehungen tragen in hohem Maße zur Verselbstständigung, Identifi-

tätsfindung, Aneignung sozialer und kultureller Orientierungen und Praxen, zur Entwicklung einer Geschlechtsidentität sowie zur Freizeitgestaltung von Jugendlichen bei. Gleichzeitig stellen sie eine wichtige Ressource der Lebensbewältigung dar [1, 8]. Die Peergroup kann zudem in der schwierigen Phase der Ablösung von den Eltern die Funktion der psychischen Stabilisierung der Jugendlichen einnehmen [2]. Bei den Gleichaltrigen-Beziehungen zeigen sich zum einen enge freundschaftliche Bindungen von zwei bis drei Jugendlichen, bei denen der persönliche Bezug eine bedeutsame Rolle spielt. Zum anderen gewinnen insbesondere im Alter von 12 bis 16 Jahren Cliques-Beziehungen stark an Relevanz [8]. Darüber hinaus weisen Gleichaltrigengruppen vielfach geschlechtsspezifisch gefärbte Beziehungsmuster auf: So betonen weibliche Jugendliche eher die Suche nach freundschaftlichen Beziehungen in der Gruppe, männliche Jugendliche dagegen stärker gemeinsame Interessen [8]. Weibliche Jugendliche haben zudem häufig ein gutes soziales Netzwerk, in dem sie viele Probleme untereinander klären können. Männliche Jugendliche bilden oft feste Cliques, die ihren Gruppenzusammenhang durch Ritualisierungen (z. B. auch durch Risikoverhaltensweisen) absichern [11].

Peergroups bieten Jugendlichen ferner die Möglichkeit, Kontakt mit dem anderen Geschlecht aufzunehmen. In die Jugendphase fallen für viele Jugendliche auch die ersten sexuellen Erfahrungen. Im Alter von 17 Jahren geben nur noch ein Viertel der weiblichen Jugendlichen und ein Drittel der männlichen Jugendlichen an, sexuell unerfahren zu sein und bisher keinen Geschlechtsverkehr gehabt zu haben [12].

Mit Blick auf die gesundheitliche Lage im Jugendalter zeigen verschiedene Studien zu Gesundheitsbeeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten, dass weniger zeitweilige kritische Lebensereignisse als vielmehr die Vielzahl alltäglicher Stressoren zu Belastungen im Jugendalter führen [13, 14, 15]. Insbesondere die folgenden drei Hauptquellen werden in diesem Zusammenhang im Jugendalter genannt [16]:

- ▶ Leistungsschwierigkeiten in der Schule und drohendes oder erlebtes Schulversagen,
- ▶ gespannte und zerrüttete soziale Beziehungen zu den Eltern sowie

- ▶ Störungen in den Beziehungen zu Gleichaltrigen, insbesondere soziale Isolation in der Gleichaltrigengruppe und Schwierigkeiten beim Aufbau von Beziehungen zum jeweils anderen Geschlecht.

Entscheidend ist, ob die Belastungen von längerer Dauer sind oder lediglich temporär auftreten und ob verschiedene Stressoren zur gleichen Zeit kumulieren: Zu Gesundheitsbeeinträchtigungen kann es insbesondere dann kommen, wenn Veränderungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen nicht in berechenbarer Abfolge auftreten, sondern gehäuft zu einem bestimmten Zeitpunkt oder als unterschwellige Dauerbelastung über viele Jahre hinweg [17].

Hohe schulische Belastungen, häufige Misserfolgsenergebnisse in der Schule, Störungen in der Beziehung zu den Eltern oder die nicht gelingende Anerkennung in der Gleichaltrigengruppe führen bei Jugendlichen vielfach zu psychosomatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Nervosität etc. [18], zu Einbußen in der Lebenszufriedenheit und langfristig zu einem negativen Selbstkonzept [19]. Ferner stehen die genannten Belastungen im engen Zusammenhang mit dem Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen oder auch Medikamenten (siehe auch Kapitel 6.2.2, 6.2.3, 6.3.3 und [2]).

Insbesondere gesundheitsriskante Verhaltensweisen gelten als typisch für das Jugendalter. So beginnen in dieser Altersphase viele Heranwachsende das Rauchen, konsumieren Alkohol oder experimentieren mit illegalen Drogen. Darüber hinaus zählen zu den für das Jugendalter typischen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen unter anderem auch unfallgefährdendes Verhalten im Straßenverkehr, ungeschütztes Sexualverhalten, extensives Diätverhalten sowie Gewalthandlungen. Risikoverhalten besitzt neben altersunspezifischen Funktionen (z. B. Entspannung, Anregung oder Erleichterung der Kontaktaufnahme) gerade mit Blick auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben für Jugendliche eine große, mit subjektivem und kollektivem Nutzen aufgeladene Funktionalität, wie zum Beispiel Risikoverhalten als symbolischer Vorgriff auf das Erwachsenen-sein, als Bewährungsprobe zur Anerkennung in Peer-Bezugsgruppen, als Betäubungsversuch oder Eingehen »kleiner Fluchten« und abenteuerlicher Wagnisse [20, 21]. Gesundheitsriskantes

Verhalten wird von Heranwachsenden oft nicht als beeinträchtigend für die eigene Gesundheit wahrgenommen, denn ihr stark gegenwartsbezogenes Gesundheitskonzept lässt ihnen die Vorteile von Risikoverhaltensweisen in den Vordergrund treten, die insbesondere dann ins Gewicht fallen, wenn sich aufgrund des Risikoverhaltens ein individueller, psychosozialer Nutzen einstellt [22]. Neben den unmittelbaren Gefahren des Risikoverhaltens sind vor allem die Langzeitwirkungen zu beachten, denn gerade in dieser Lebensphase werden Lebensstile sowie der Umgang mit dem Körper und mit Konsummitteln geprägt [23].

Die Pubertät stellt dabei in der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen und Erkrankungen eine Zäsur dar: Während im ersten Lebensjahrzehnt eher die Jungen unter körperlichen, psychischen und sozialen Anspannungen leiden, sind es im zweiten Lebensjahrzehnt die Mädchen [24]. Die Bewältigungsmuster von weiblichen und männlichen Jugendlichen unterscheiden sich deutlich: Weibliche Jugendliche zeigen bei Anspannungen, Konflikten und Belastungen eher eine nach innen gerichtete Form der Bewältigung, während männliche Jugendliche häufiger nach außen gerichtete Bewältigungsformen wählen. Dies kommt unter anderem darin zum Ausdruck, dass bei weiblichen Jugendlichen ein deutliches Übergewicht bei den psychosomatischen, psychischen und somatischen Störungen – insbesondere bei Essstörungen, Ängsten und Depressionen besteht, während männliche Jugendliche stärker zu externalisierenden und ausagierenden Verhaltensweisen und Störungen im Sozialverhalten wie Aggressivität, Dissozialität und Delinquenz tendieren (siehe auch Kapitel 6.1.2.4, 6.1.3 und [13, 16]).

Auch die Mortalitätsrisiken sind durch die spezifischen Bedingungen der jugendlichen Lebensphase geprägt. Während im frühen Jugendalter die Mortalitätsrate so niedrig ist wie in keinem anderen Lebensabschnitt, steigt sie ab dem Alter von 15 Jahren bis zum 25. Lebensjahr deutlich an. Dieser Anstieg ist weitgehend auf nichtmorbiditybedingte Todesursachen zurückzuführen. An erster Stelle der Mortalitätsstatistik stehen im Alter von 15 bis 20 Jahren Unfälle im Straßenverkehr [18, 24, 25].

Für die hier lediglich kurz benannten typischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Jugendalter werden in den folgenden Kapiteln umfang-

reiche, bundesweit repräsentative Daten aus der KiGGS-Studie präsentiert. Da die Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen in sich relativ heterogen ist, sind die Ergebnisse vielfach für die Altersgruppen der 11- bis 13-Jährigen und der 14- bis 17-Jährigen getrennt dargestellt, so dass gesundheitliche Entwicklungen in der Jugendphase deutlich werden

6.1 Gesundheitliche Lage

6.1.1 Körperliche Entwicklung und Akzeleration

Im Altersbereich zwischen 11 und 17 Jahren nehmen alle Körpermesswerte bei Mädchen und Jungen weiter zu, wie es die Mittelwerte von Körpergröße, Körpergewicht und Kopfumfang veranschaulichen (siehe Tabelle 6.1.1.1). Dabei verändert sich die Wachstumsdynamik geschlechtsspezifisch. So überholen die 11-jährigen Mädchen die Jungen im Wachstum und sind größer und schwerer als gleichaltrige Jungen. Bis zu 13 Jahren wiegen Mädchen im Durchschnitt immer etwas mehr als Jungen, während die Jungen sie in der Körpergröße bereits wieder eingeholt haben. Ab dem 15. Lebensjahr verlangsamt sich bei Mädchen sowohl die Zunahme in der Körpergröße als auch die Gewichtszunahme und mit 17 Jahren sind heute bei den Mädchen mit durchschnittlich 165,2 cm und 61,8 kg die vorläufigen Endmaße im Wachstum erreicht. Jungen sind im Alter von 17 Jahren im Durchschnitt 178,6 cm groß und wiegen 71,6 kg, wobei ihr Wachstum noch nicht abgeschlossen ist.

Als weiteres Körpermaß zeigt der in der Altersperiode 11 bis 17 Jahre gemessene Kopfumfang neben den geschlechtsspezifischen niedrigeren Werten für die Mädchen nur noch geringe Zunahmen für beide Geschlechter im Mittel von ca. 1 bis 3 cm.

Neben der Ermittlung von Körpergröße und Körpergewicht sollte KiGGS auch neue Ansätze für eine bessere Bestimmung von Übergewicht und Adipositas liefern, unter anderem mit der Messung des Unterhautfettgewebes und von Umfangmaßen. So korreliert der Körperfettanteil (KFA) hochgradig mit der Stärke des Unterhautfettgewebes, das in KiGGS an zwei Stellen (am Oberarm (triceps) und am Schulterblatt (subscapular)) gemessen wurde. Nach der Regressionsgleichung von Slaughter und Mitarbeiter [26], mit

deren Hilfe man aus Hautfaltendicken auf den Gesamtkörperfettgehalt schließen kann, zeigen die Ergebnisse, dass Jungen im Mittel wesentlich weniger Unterhautfettgewebe als gleichaltrige Mädchen haben. Während der Pubertät vermindert sich bei Jungen die Fettschichtdicke als ein charakteristisches Geschlechtsmerkmal bei gleichzeitigem intensivem Längenwachstum und bei gleichzeitiger intensiver Gewichtszunahme. Der männliche Körper wächst in dieser Zeit noch einmal besonders stark, nimmt aber an Fett ab. Mädchen folgen während der sexuellen Reifung dem bereits in der Kindheit herrschenden Trend der Fettzunahme. Jungen werden während dieser Zeit im Durchschnitt auffallend mager. Ihr Fettanteil an der Gesamtmasse nimmt erst wieder zu, wenn sie die volle Fortpflanzungsfähigkeit erreicht haben.

Auch die in KiGGS erhobenen Messwerte für den Taillen- und Hüftumfang charakterisieren anschaulich die geschlechtsspezifische Entwicklung der Körperproportionen und Fettverteilung bei Jungen und Mädchen. Darüber hinaus liefern sie Ausgangsinformationen für Veränderungen der Umfangmaße im Rahmen der Übergewichtsproblematik. Wie die Ergebnisse in Tabelle 6.1.1.2 veranschaulichen, haben Mädchen stets den größeren Hüftumfang und die schmalere Taille. Während sich der Hüftumfang bei Jungen und Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren weitgehend parallel entwickelt, zeigt sich beim Taillenumfang ab dem 13. Lebensjahr bei Mädchen eine typische geschlechtsspezifische Entwicklung, die im Alter von 17 Jahren im Mittel dann eine Differenz von ca. 6 cm zu den Jungen aufweist. Das Verhältnis aus Taillen- und Hüftumfang, der Taille-Hüfte-Index (THI), im Englischen Waist-to-hip ratio (WHR), nimmt im Altersgang ab, wobei Jungen stets den größeren THI aufweisen. Der THI dient wie der Körperfettanteil der Einschätzung des Fettverteilungsmusters und damit der Erkennung des mit einem höheren Gesundheitsrisiko belasteten abdominalen Fettgewebes (Bauchfettgewebe). Werden die für die Erwachsenen definierten Grenzen angewendet, zeigen 0,2 % der Jungen und 1,4 % der Mädchen eine androide (stammbetonte) Fettverteilung, die mit einem erhöhten kardiovaskulären Erkrankungsrisiko verbunden ist. Es bedarf weiterer Klärung, ob der THI auch eine Frühwarnfunktion für Jugendliche erfüllt.

Tabelle 6.1.1.1

Mittelwerte von Körpergröße, Körpergewicht, Kopfumfang und Körperfettanteil von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersjahren

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte

Alter	Körpergröße	Körpergewicht	Kopfumfang	Körperfettanteil
	cm MW	kg MW	cm MW	% MW
11 Jahre				
Jungen	149,8	43,2	54,1	21,2
Mädchen	150,8	43,8	53,6	23,3
12 Jahre				
Jungen	155,1	47,3	54,5	21,3
Mädchen	157,3	50,3	54,1	23,9
13 Jahre				
Jungen	162,9	54,2	55,1	20,0
Mädchen	161,4	54,3	54,6	25,0
14 Jahre				
Jungen	170,3	61,2	55,6	18,5
Mädchen	163,7	57,7	54,8	26,3
15 Jahre				
Jungen	175,1	66,4	56,1	17,5
Mädchen	165,0	59,9	54,9	27,3
16 Jahre				
Jungen	177,6	70,5	56,6	18,6
Mädchen	165,7	61,5	55,1	27,8
17 Jahre				
Jungen	178,2	71,6	56,7	18,0
Mädchen	165,2	61,8	54,9	29,0

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Alle Parameter, die mit dem Körperfett in Verbindung stehen, weisen einen signifikanten Gradienten bezüglich des Sozialstatus auf. Sowohl das Körpergewicht, der Körperfettanteil und die Umfangmaße Taille und Hüfte zeigen bei Jungen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus höhere Werte auf als bei Kindern aus Familien mit höherem Sozialstatus. Die Körpergröße zeigt nur für die Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen eine Abhängigkeit vom Sozialstatus der Familien.

Mädchen und Jungen aus Familien mit Migrationshintergrund haben gegenüber Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund eine

geringere Körpergröße, was auch andere Untersuchungen bestätigen [27, 28, 29]. Zwischen beiden Gruppen gibt es kaum Unterschiede im Körpergewicht. Auch Taillen- und Hüftumfang zeigen fast identische Mittelwerte mit Ausnahme der 11- bis 13-jährigen Jungen aus Familien mit Migrationshintergrund, die signifikant höhere Umfangmaße, aber auch einen höheren Körperfettanteil aufweisen. Der Körperfettanteil zeigt ebenso bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen aus Familien mit Migrationshintergrund jeweils höhere Werte. Die gefundenen Unterschiede sprechen sowohl für einen unterschiedlichen Habitus der Kinder und

Tabelle 6.1.1.2
Mittelwerte von Taillen- und Hüftumfang sowie Taille-Hüfte-Index bei 11-
bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersjahren
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte

Alter	Taillenumfang	Hüftumfang	Taille-Hüfte-Index
	cm MW	kg MW	
11 Jahre			
Jungen	66,3	79,1	0,84
Mädchen	64,4	81,0	0,80
12 Jahre			
Jungen	68,3	81,5	0,84
Mädchen	67,0	86,3	0,78
13 Jahre			
Jungen	70,5	85,3	0,83
Mädchen	68,2	89,7	0,76
14 Jahre			
Jungen	73,0	89,4	0,82
Mädchen	69,2	92,6	0,75
15 Jahre			
Jungen	74,7	92,3	0,81
Mädchen	70,4	93,9	0,75
16 Jahre			
Jungen	76,6	94,0	0,81
Mädchen	70,3	95,8	0,73
17 Jahre			
Jungen	77,3	94,7	0,81
Mädchen	71,3	96,4	0,74

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Jugendlichen nach ethnischer Herkunft als auch für sozialstatusbedingte Einflüsse.

Hinsichtlich der Wohnregion unterscheiden sich Mädchen und Jungen in der Körpergröße nur in der Altersgruppe 11 bis 13 Jahre, wobei Kinder aus den neuen Bundesländern etwas größer sind. Für das Körpergewicht, den Körperfettanteil und die Umfangmaße sind für Jungen in beiden Altersgruppen keine Unterschiede zwischen Ost/West nachweisbar, jedoch für die Mädchen. In der Altersgruppe 11 bis 13 Jahre haben Mädchen aus den neuen Bundesländern im Durchschnitt ein

höheres Körpergewicht und höhere Umfangmaße, in der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre sind bei Mädchen aus den alten Bundesländern signifikant höhere Werte nachweisbar.

Sexuelle Reifeentwicklung

Anhand der Selbsteinschätzung der 10- bis 17-jährigen Jugendlichen wurden im KiGGS sexuelle Reifemerkmale erfasst. Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen daher, abweichend von der in

diesem Kapitel betrachteten Lebensphase (11 bis 17 Jahre), auch die 10-Jährigen mit ein. Grundlage der Berechnung des mittleren Alters im Zusammenhang mit Kriterien der sexuellen Reifeentwicklung ist somit der Altersbereich 10 bis 17 Jahre. Die Zunahme von Körpergröße und Gewicht hat Einfluss auf den Beginn der sexuellen Reifung, Angaben zur Regelblutung und zum Stimmbruch sowie die Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen zur Entwicklung der Schambehaarung (Stufen: PH2-PH5/6) anhand der Zeichenvorlagen von Tanner [5] wurden im KiGGS im ärztlichen Interview erhoben (siehe Tabelle 6.1.1.3). Mit dem Erreichen von Stufe 3 zeigt sich der typische geschlechtsspezifische Entwicklungsvorsprung der Mädchen gegenüber den Jungen.

Die erfragten Merkmale Regelblutung (Menarche) und Stimmbruch (Mutation) zeigen ebenfalls den Entwicklungsvorsprung der Mädchen. Der Menarchemedian beträgt 12,8 Jahre, der Median für die Mutation Stufe 1 (Stimme schwankt) 13,5 Jahre, für die Stufe 2 (Stimme tief) 15,1 Jahre.

Signifikante Unterschiede im Menarchealter bestehen bei Mädchen nach Sozial- und Migrationsstatus, keine Unterschiede sind im Menarchealter nach Region (Ost/West) nachweisbar (siehe Tabelle 6.1.1.4). Bei Jungen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich dieser Kriterien.

Auch Zusammenhänge zwischen Reifestatus und BMI sind bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Jungen. Das bedeutet, dass übergewichtige bzw. adipöse Mädchen ihre Regel wesentlich früher bekommen als Mädchen mit Untergewicht (siehe Tabelle 6.1.1.5).

Akzeleration

Ein Vergleich der KiGGS-Ergebnisse zur Körpergröße und zum Körpergewicht mit altersbezogenen Durchschnittswerten aus vorliegenden Wachstumsstudien der letzten 20 Jahre zeigt nur noch eine geringe Zunahme der Körpergröße bei beiden Geschlechtern von ca. 1 bis 2 cm, zum Teil auch einen Rückgang der Körpergröße [28, 31, 32, 33].

Deutlich ist im Vergleich mit den früheren Werten die Zunahme der Mittelwerte für das Körpergewicht bei KiGGS in diesem Altersabschnitt. Das heißt, dass bei der Körpergröße die Akzeleration fast zum Stillstand gekommen ist, beim Körpergewicht jedoch sowohl der Mittelwert als auch die Werte für den oberen Perzentilbereich im Vergleich zu früher weiter angestiegen sind. Diesen Prozess gilt es weiter zu verfolgen.

Eine immer früher beginnende Reifeentwicklung, wie es die Ergebnisse der Untersuchungen zur Jugendsexualität ausweisen [34], kann mit den KiGGS-Daten nicht belegt werden [35]. Angaben aus den 1980er Jahren belegen einen überwiegenden Beginn der Reifeentwicklung im Alter zwischen 12,7 und 13 Jahren [36, 37].

Der frühere Reifebeginn von Mädchen mit Migrationshintergrund und auch von Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus erfordert Schlussfolgerungen für die sexualerzieherische Arbeit. Das bedeutet vor allem, dass die normalen körperlichen Veränderungen in der Pubertät rechtzeitig angesprochen werden sollten.

Tabelle 6.1.1.3
Mittleres Alter (Median gemäß Logit-Analyse) für Stufen der Schambehaarung (Pubes), Menarche (erste Regelblutung) und Mutation (Stimmbruch)
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Geschlecht	Reifemerkmal, mittleres Alter (Jahre)						
	PH2	PH3	PH4	PH5	Menarche	Mutation	
						Stufe 1	Stufe 2
Jungen	10,9	12,6	13,4	14,1		13,5	15,1
Mädchen	10,8	11,7	12,3	13,4	12,8		

Tabelle 6.1.1.4

Mittleres Alter (Median gemäß Logit-Analyse) in Jahren für Menarche (erste Regelblutung), Mutation (Stimmbruch Stufe 2 = Stimme tief) nach Sozial- und Migrationsstatus sowie Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Menarche	Mutation
Niedriger sozialer Status	12,7	15,2
Mittlerer sozialer Status	12,0	15,1
Hoher sozialer Status	13,0	14,9
Migrant	12,5	15,0
Nicht-Migrant	12,9	15,1
Ost	12,8	15,0
West	12,9	15,1
Gesamt	12,8	15,1

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Tabelle 6.1.1.5

Mittleres Alter (Median gemäß Logitanalyse) in Jahren für Pubesstufen, Menarche und Mutation (Stufe 2) nach Body Mass-Index (BMI)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangabe

BMI-Perzentile	Jungen					Mädchen				
	PH2	PH3	PH4	PH5	Mutation	PH2	PH3	PH4	PH5	Menarche
Starkes Untergewicht (P<3)	11,2	13,2	14,5	15,0	15,7	11,2	12,5	13,6	15,5	14,9
Untergewicht (P3 bis <P10)	11,4	12,8	13,8	14,9	15,5	11,7	12,5	13,5	14,6	14,2
Normalgewicht (>P10 bis <P90)	10,9	12,6	13,4	14,1	15,1	10,8	11,7	12,2	13,5	12,9
Übergewicht (P90 bis P97)	11,0	12,6	13,2	14,0	15,1	10,1	11,4	11,8	13,0	12,2
Adipositas (>P97)	10,2	12,4	13,2	14,1	15,0	10,4	11,1	11,6	12,6	12,1

Signifikante Unterschiede hinsichtlich des Gewichtes sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

6.1.2 Morbidität

6.1.2.1 Somatische Erkrankungen

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey stellt Daten zu den wichtigsten akuten, ansteckenden und chronischen Erkrankungen bereit. Hinsichtlich der 12-Monats-Prävalenz der akuten Erkrankungen fällt auf, dass die Jugendlichen – ebenso wie Kinder in den anderen Altersphasen – am häufigsten an Erkältungen und grippalen Infekten erkranken. Obgleich die Häufigkeit im

Vergleich zum frühen Kindes- und Schulalter geringfügig abnimmt, hatten immerhin 86,0 % der untersuchten 11- bis 17-Jährigen in den letzten 12 Monaten mindestens eine Erkältung bzw. einen grippalen Infekt (siehe Tabelle 6.1.2.1.1). An Angina und akuter Bronchitis waren im vergangenen Jahr 18,8 % und 14,1 % der Jugendlichen erkrankt, wobei insbesondere das Vorkommen von Bronchitis im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen bei den Jugendlichen abgenommen hat. Die Magen-Darm-Infekte sind im Altersverlauf auch stark rückläufig, stellen aber mit einer Prävalenz

von 37,9 % im Jugendalter immer noch einen der häufigsten akuten Erkrankungsgründe dar. Herpesinfektionen (Virusinfektion, meist als Lippenbläschen) sind mit einem Vorkommen von 16,8 % die einzige akute Erkrankung, die im Altersverlauf bei den 11- bis 17-Jährigen zunimmt. Weitere 12-Monats-Prävalenzen akuter Erkrankungen Jugendlicher sind Tabelle 6.1.2.1.1 zu entnehmen. Geschlechtsspezifische Analysen zeigen, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen im Jugendalter signifikant häufiger von Erkältungen, Angina, Herpesinfektionen sowie vor allem von Blasen- oder Harnwegsinfektionen betroffen sind. So hatten zum Beispiel 8,1 % der 11- bis 17-jährigen Mädchen und lediglich 1,1 % der gleichaltrigen Jungen in den letzten 12 Monaten eine Harnwegsinfektion. Bronchitis sowie Magen-Darm-Infekte sind hingegen häufiger bei Jungen als bei Mädchen zu verzeichnen, obgleich die Unterschiede im Jugendalter nicht signifikant sind.

Signifikante Sozialstatusunterschiede zeigen sich bei den Jugendlichen lediglich hinsichtlich des Vorkommens von Erkältungen und Angina: Während die Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus im Vergleich zu Gleichaltrigen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus in den letzten 12 Monaten häufiger eine Erkältung bzw. einen grippalen Infekt hatten (89,2 % vs. 82,9 %), hatten Jugendliche aus Familien mit niedrigem

Sozialstatus im Vergleich zu denen aus der höheren Statusgruppe signifikant häufiger eine Angina (20,8 % vs. 16,3 %). Unterschiede sind auch zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund festzustellen. Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund eine signifikant höhere 12-Monatsprävalenz von Angina auf. Demgegenüber erweisen sich Jugendliche ohne Migrationshintergrund als anfälliger gegenüber Erkältungen, Bronchitis, sowie Magen-Darm-Infekten. Auch diese Unterschiede sind signifikant. Auffällig ist darüber hinaus, dass Jugendliche im Westen Deutschlands insgesamt häufiger an akuten Erkrankungen leiden als Gleichaltrige im Osten: Signifikante Unterschiede hinsichtlich der 12-Monatsprävalenz sind hier bei Bronchitis, Magen-Darm-Infektionen, Herpes, Bindehautentzündung sowie Mittelohrentzündung festzustellen.

Die Lebenszeitprävalenzen ansteckender Kinderkrankheiten sind erwartungsgemäß im Jugendalter am höchsten (siehe Tabelle 6.1.2.1.2). Bis auf Scharlach kann allen hier dargestellten Kinderkrankheiten durch eine Impfung vorgebeugt werden. Die Impfungen werden durch die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) empfohlen [38]. Dementsprechend ist die Prävalenz dieser Erkrankungen mit einer Ausnahme gering. Die höchsten Prävalen-

Tabelle 6.1.2.1.1
12-Monats-Prävalenz von akuten Erkrankungen bei 11- bis 17-Jährigen nach Altersgruppen, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Akute Erkrankungen	11–13 Jahre	14–17 Jahre	11–17 Jahre
Erkältung	86,0%	85,9%	86,0%
Angina	18,2%	19,2%	18,8%
Akute Bronchitis	15,1%	13,5%	14,1%
Magen-Darm-Infektion	42,9%	34,6%	37,9%
Herpes	15,9%	17,3%	16,8%
Blasenentzündung	3,6%	5,2%	4,5%
Bindehautentzündung	2,9%	2,3%	2,5%
Lungenentzündung	0,9%	0,5%	0,7%
Mittelohrentzündung	4,3%	3,5%	3,7%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

zen zeigen sich bei Windpocken. Im Alter von 14- bis 17 Jahren haben nur 14,2 % der Jugendlichen diese Infektionskrankheit noch nicht gehabt. Auch die Lebenszeitprävalenz von Scharlach ist mit 29,3 % bei den 14- bis 17-Jährigen vergleichsweise hoch. Auffällig ist bei diesen beiden ansteckenden Krankheiten, dass bereits für die Altersgruppe 11- bis 13 Jahre eine ähnlich hohe Prävalenz vorhanden ist wie für die 14- bis 17-Jährigen. Die Lebenszeitprävalenzen von Keuchhusten, Röteln, Masern und Mumps nehmen im Altersverlauf, d. h. vom Schul- über das Pubertätsalter bis zur Jugendphase, signifikant zu. Auffällige geschlechtsspezifische Unterschiede sind insgesamt nicht zu beobachten.

Tabelle 6.1.2.1.2
Lebenszeitprävalenzen von ansteckenden Kinderkrankheiten bei 11- bis 17-Jährigen nach Altersgruppen, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Ansteckende Kinderkrankheiten	11–13 Jahre	14–17 Jahre	11–17 Jahre
Keuchhusten	12,3 %	20,9 %	17,5 %
Masern	11,1 %	15,8 %	13,9 %
Mumps	4,5 %	11,3 %	8,5 %
Röteln	10,7 %	18,8 %	15,6 %
Windpocken	87,0 %	85,8 %	86,3 %
Scharlach	31,5 %	29,3 %	30,2 %

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Bei Betrachtung der Sozialstatusunterschiede fällt auf, dass Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus signifikant häufiger an Windpocken und Scharlach erkranken, Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus hingegen eine signifikant höhere Lebenszeitprävalenz von Masern aufweisen. Auch zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sind Unterschiede bei den Lebenszeitprävalenzen ansteckender Kinderkrankheiten zu beobachten: Jugendliche mit Migrationshintergrund sind signifikant seltener jemals an Keuchhusten, Windpocken und Scharlach erkrankt; im Vergleich zu Jugendlichen ohne Migrationshintergrund weisen

sie hingegen eine signifikant erhöhte Lebenszeitprävalenz von Masern auf, was vor dem Hintergrund eines schlechteren Impfschutzes für die erst nach der Geburt zugewanderten Kinder zu sehen ist (siehe auch Kapitel 4.3.3 und 5.3.2) [39]. Auswertungen nach der Wohnregion (Ost/West) ergeben, dass bei Jugendlichen in Westdeutschland die Lebenszeitprävalenzen insbesondere hinsichtlich Keuchhusten, Masern sowie Scharlach signifikant über denen bei Jugendlichen aus Ostdeutschland liegen. Jugendliche aus den neuen Bundesländern erkranken hingegen signifikant häufiger an Mumps und Röteln als Gleichaltrige aus den alten Bundesländern. Auch diese Differenzen sind vor dem Hintergrund unterschiedlicher Impfstrategien in der ehemaligen DDR und der Bundesrepublik Deutschland zu sehen [40].

Chronische Erkrankungen erlangen in der Kinder- und Jugendphase eine besondere Bedeutung, weil sie die Entwicklung der Heranwachsenden nachhaltig beeinträchtigen können [40]. Allergische Erkrankungen stellen dabei das häufigste Gesundheitsproblem dar [41]. Unter den in KiGGS erfassten allergischen Erkrankungen ist Heuschnupfen bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen mit einer Lebenszeitprävalenz von 18,4 % am stärksten verbreitet. Ebenso hohe Lebenszeitprävalenzen zeigen sich in dieser Altersgruppe bei dem allergischen Kontaktekzem (14,0 %) und Neurodermitis (12,9 %). Asthma wurde bei 7 % der 14- bis 17-Jährigen jemals ärztlich diagnostiziert. Während eine nahezu kontinuierliche Zunahme im Altersverlauf bei Heuschnupfen, Asthma und allergischem Kontaktekzem zu beobachten ist, liegt für Neurodermitis bereits in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen eine ähnlich weite Verbreitung wie in der Jugendphase vor. Geschlechterunterschiede zeigen sich dahingehend, dass Jungen signifikant häufiger unter Heuschnupfen und Asthma leiden, Mädchen hingegen häufiger unter Neurodermitis und allergischen Kontaktekzemen.

Sozialstatusunterschiede sind lediglich bei Heuschnupfen und Neurodermitis zu beobachten: Hier weisen 11- bis 17-jährige Jugendliche aus Familien mit hohem sozialen Status mit einer Lebenszeitprävalenz von 19,6 % bei Heuschnupfen und 16,9 % bei Neurodermitis eine signifikant höhere Betroffenheit auf als Gleichaltrige aus

Tabelle 6.1.2.1.3
Lebenszeitprävalenzen von allergischen Erkrankungen bei 11- bis 17-Jährigen nach Altersgruppen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Allergische Erkrankungen	11–13 Jahre	14–17 Jahre	11–17 Jahre
Heuschnupfen	14,3 %	18,4 %	16,8 %
Neurodermitis	14,8 %	12,9 %	13,6 %
Asthma	7,0 %	7,0 %	7,0 %
Allergisches Kontaktekzem	14,7 %	14,0 %	14,3 %

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Familien mit niedrigerem sozialen Status. Hinsichtlich dieser beiden allergischen Erkrankungen zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen 11- bis 17-jährigen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund, wobei Jugendliche ohne Migrationshintergrund häufiger betroffen sind als Jugendliche mit Migrationshintergrund (Heuschnupfen: 17,3 % vs. 14,0 %; Neurodermitis: 15,3 % vs. 5,8 %). Unterschiede zwischen Jugendlichen aus West- und Ostdeutschland zeigen sich dahingehend, dass 11- bis 17-Jährige aus den alten Bundesländern signifikant höhere Lebenszeitprävalenzen bei allergischen Kontaktekzemen als Gleichaltrige aus den neuen Bundesländern aufweisen.

Die Lebenszeitprävalenzen der anderen chronischen Krankheiten (ohne Allergien) sind bei den Jugendlichen vergleichsweise gering. Am häufigsten ist die spastische (obstruktive) Bronchitis. Sie wurde bei 11,2 % der 14- bis 17-Jährigen jemals ärztlich diagnostiziert. In der Häufigkeit folgen Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung) mit 11,1 % und Migräne mit 5,4 %. Alle anderen im KiGGS erhobenen chronischen Krankheiten treten weniger häufig auf (siehe Tabelle 6.1.2.1.4). Am seltensten wurden Psoriasis (Schuppenflechte) (2,0 %) und Diabetes (0,2 %) bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen diagnostiziert. Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen 11 bis 13 Jahre und 14 bis 17 Jahre zeigen sich bei Herzkrankheiten, Anämie, Diabetes mellitus und epileptischen Anfällen kaum, d. h. dass diese Diagnosen bereits schon häufig in der frühen Kindheit gestellt werden. Bei den anderen Krankheiten

sind allerdings zum Teil große Altersdifferenzen festzustellen. Sowohl bei den Schilddrüsenerkrankungen als auch bei Migräne und Skoliose nimmt die Lebenszeitprävalenz im Jugendalter deutlich zu. Insbesondere die Häufigkeit der Diagnosen Skoliose und Schilddrüsenerkrankungen steigt zwischen dem Pubertätsalter (11 bis 13 Jahre) und der Jugendphase (14 bis 17 Jahre) nochmals signifikant an. Die spastische (obstruktive) Bronchitis ist hingegen eine typische Erkrankung im Säuglings- und Kleinkindalter und nimmt im Altersverlauf ab.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bei den 11- bis 17-Jährigen zuungunsten der Mädchen: Sie weisen beim Vorkommen von Skoliose, Migräne, Schilddrüsenerkrankungen und Anämie im Vergleich zu den Jungen signifikant höhere Lebenszeitprävalenzen auf. Jungen leiden signifikant häufiger unter spastischer Bronchitis.

Hinsichtlich des Sozialstatus zeigen sich bei den Jugendlichen lediglich Unterschiede beim Vorkommen von Skoliose: 14- bis 17-jährige Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus haben mit 13,6 % eine signifikant höhere Lebenszeitprävalenz als Gleichaltrige aus Familien mit niedrigem Sozialstatus (8,5 %). Differenzen zwischen Mädchen und Jungen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich dahingehend, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund signifikant häufiger eine Anämie aufweisen, bei Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund hingegen signifikant häufiger eine Skoliose oder Migräne diagnostiziert wird. Unterschiede zwischen Ju-

Tabelle 6.1.2.1.4

Lebenszeitprävalenzen von chronischen Erkrankungen bei 11- bis 17-Jährigen nach Altersgruppen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Chronische Erkrankungen	11–13 Jahre	14–17 Jahre	11–17 Jahre
Herzkrankheit	2,8%	2,9%	2,9%
Anämie	2,3%	3,0%	2,7%
Krampfanfall	3,9%	3,7%	3,8%
Schilddrüsenerkrankungen	2,0%	3,5%	3,0%
Diabetes	0,2%	0,2%	0,2%
Skoliose	6,5%	11,1%	9,3%
Migräne	3,9%	5,4%	4,8%
Psoriasis	2,0%	2,0%	2,0%
Spastische (obstruktive) Bronchitis	12,2%	11,2%	11,6%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

gendlichen aus West- und Ostdeutschland wurden nur vereinzelt gefunden: 11- bis 17-Jährige aus den alten Bundesländern weisen signifikant höhere Lebenszeitprävalenzen bei spastischer (obstruktiver) Bronchitis auf. Bei allen anderen erfassten Diagnosen spielte die Wohnregion keine Rolle.

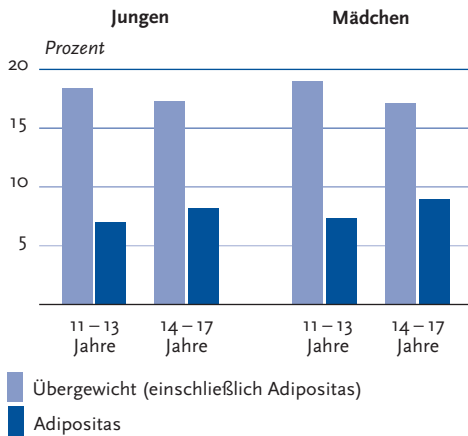
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Prävalenzen akuter, ansteckender und chronischer Erkrankungen im Jugendalter sehr unterschiedlich sind. Obgleich das Vorkommen akuter Erkrankungen im Altersverlauf durchschnittlich abnimmt, stellen die Erkältungen mit einer 12-Monats-Prävalenz mit 86,0% und die Magen-Darm-Infekte mit 37,9% im Jugendalter die häufigsten Erkrankungen dar. Die Lebenszeitprävalenzen der ansteckenden Kinderkrankheiten sind hingegen erwartungsgemäß im Jugendalter am höchsten, hier sind es insbesondere Windpocken (86,3%) und Scharlach (30,2%), an denen die 11- bis 17-jährigen Jugendlichen im Laufe ihres Lebens bereits erkrankt waren. Unter den chronischen Erkrankungen stellen Allergien die häufigsten Gesundheitsprobleme dar, wobei Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren am häufigsten unter Heuschnupfen (16,8%), allergischem Kontaktexzem (14,3%) und Neurodermitis (13,6%) leiden.

6.1.2.2 Übergewicht und Adipositas

Die höchste Verbreitung von Übergewicht ist in der Pubertätsphase zu beobachten: während von den 3- bis 6-Jährigen noch 9,1% betroffen sind, ist von den 11- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen fast jede/r Fünfte übergewichtig oder adipös. Bei den Älteren, den 14- bis 17-Jährigen sinkt der Anteil wieder leicht auf 17,0% [42]. Insgesamt kommt es also im Laufe der Kindheit und Jugendphase annähernd zu einer Verdoppelung des Anteils der Übergewichtigen. Der Anteil der adipösen Kinder steigt von 2,9% bei den 3- bis 6-Jährigen auf 8,0% im Jugendalter (14 bis 17 Jahre) und erfährt somit sogar eine Verdreifachung im Altersverlauf. Der Anstieg von Adipositas ist auch zwischen den 11- bis 13-jährigen und 14- bis 17-jährigen zu beobachten. Zwischen Jungen und Mädchen gibt es keine signifikanten Unterschiede (siehe Abbildung 6.1.2.2.1).

Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus. Dieser Zusammenhang ist bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Jungen. So sind 11- bis 17-jährige Mädchen aus sozial benachteiligten Familien zu 27,0% übergewichtig und zu 14,7% adipös. Der Anteil der gleichaltrigen Mädchen aus Familien mit hohem Sozialstatus liegt bei 10,1% bzw. 3,6%. Jungen mit niedrigem

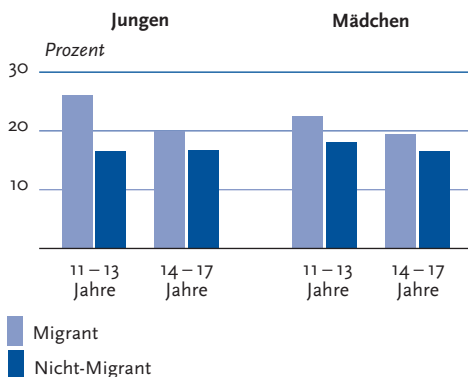
Abbildung 6.1.2.2.1
Übergewicht (einschließlich Adipositas) und Adipositas bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte



Sozialstatus sind in diesem Alter zu 22,5% übergewichtig und zu 11,2% adipös, mit hohem Sozialstatus nur zu 12,8% bzw. 5,4%.

Ebenso findet man bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund häufiger Übergewicht und Adipositas als bei den Altersgenossen ohne Migrationshintergrund. Dieser Effekt schwächt sich

Abbildung 6.1.2.2.2
Übergewicht (einschließlich Adipositas) bei von 14- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen und Migrationsstatus
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Messwerte



allerdings bei beiden Geschlechtern im Verlauf des Jugendalters ab (siehe Abbildung 6.1.2.2.2). Weitergehende Analysen zeigen, dass der größte Anteil übergewichtiger Kinder mit Migrationshintergrund aus türkischen Familien kommt [39].

Zwischen West- und Ostdeutschland sind keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas festzustellen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die höchste Verbreitung von Übergewicht bei den 11- bis 13-jährigen Jungen und Mädchen zu beobachten ist. Der Einfluss des Sozialstatus zeigt sich am stärksten bei Mädchen im Jugendalter, wobei sich die statusspezifischen Unterschiede hinsichtlich Adipositas noch deutlicher abzeichnen.

6.1.2.3 Unfälle und Verletzungen

In der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre haben 17,8% der Kinder und Jugendlichen in den letzten 12 Monaten eine unfallbedingte Verletzung erlitten. Da die Unfallschwerpunkte im jüngeren und mittleren Schulalter relativ ähnlich sind und erst im Jugendalter (ab 15 Jahre) davon abweichen, wird in den folgenden Ausführungen die international übliche Einteilung der Altersgruppen für die Darstellung des Unfall- und Verletzungsgeschehens verwendet. Es werden die Angaben der Eltern von Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren dargestellt. KiGGS-Ergebnisse für die Schülerinnen und Schüler von 5 bis 14 Jahren finden sich im Kapitel 5.1.2.3.

Die Unfallrate der Jugendlichen beträgt 16,8% und ist damit höher als in allen anderen Altersgruppen. 19,9% der Jungen und 13,6% der Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren haben einen Unfall erlitten (siehe Tabelle 6.1.2.3.1) [43]. Die Differenz zwischen den Geschlechtern erwies sich als signifikant. Eine statistische Analyse der Unfallhäufigkeit nach Sozialstatus (niedrig, mittel, hoch) ergibt keine signifikanten Unterschiede. Hinsichtlich des Migrationsstatus wurde bei den 15- bis 17-jährigen Mädchen mit Migrationshintergrund eine signifikant niedrigere Verletzungshäufigkeit festgestellt als bei Mädchen ohne Migrationshintergrund. Bei den Jungen ergibt sich kein Unterschied. Die Analyse nach Region (Ost vs. West) zeigt keine statistisch relevanten Differenzen in dieser Altersgruppe.

14,3% der Jungen und 17,3% der Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren mussten im Krankenhaus behandelt werden (gesamt: 15,5%). Im jüngeren Schulalter ist die Behandlungsrate deutlich geringer, im Kleinkindalter am höchsten (17,1%).

Verletzungen durch Gewalt

Verletzungen durch Gewalt bei tätlichen Auseinandersetzungen betreffen 0,7% der 15- bis 17-jährigen Jungen und 0,2% der altersgleichen Mädchen (gesamt: 0,5%). Keine signifikanten Unterschiede konnten für die Merkmale Geschlecht, Sozial- und Migrationsstatus sowie Region gefunden werden.

Unfallorte

Am häufigsten treten bei Jugendlichen (15 bis 17 Jahre), wie auch in der jüngeren Altersgruppe (5 bis 14 Jahre), Unfälle beim Sport oder in der Freizeit auf (siehe Tabelle 6.1.2.3.1). Dies betraf 38,9% aller berichteten Unfälle in dieser Altersgruppe. An zweiter Stelle stehen Unfälle in Betreuung- und Bildungseinrichtungen (28,7%). Unfälle auf öffentlichen Verkehrswegen erhöhten sich um das 3-fache vom Kleinkindalter (5,6%) bis hin zum Jugendalter (16,7%) und rangieren in der Altersgruppe 15 bis 17 Jahre erstmals auf Platz drei. Unfälle zu Hause, die bei Kleinkindern überwiegen, finden sich nur noch an vierter Stelle (11,1%).

Unfallmechanismen

Sturzunfälle sind bei den 15- bis 17-Jährigen mit einem Anteil von 49,2% der am häufigsten genannte Unfallmechanismus. Der Anteil der Stürze aus der Höhe reduziert sich bei den Jugendlichen im Vergleich zum Kleinkindalter um ca. die Hälfte auf 18,8%. Bei den 15- bis 17-Jährigen nehmen die Stürze von Treppen im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe ab und die Stürze von Spiel- und Sportgeräten zu. Der Sturz in der Ebene ist der häufigste Unfallmechanismus in der betrachteten Altersgruppe (30,4%). Nach den Stürzen folgt auf Platz zwei mit 24,6% der Zusammenstoß bzw. der Zusammenprall mit Ge-

genständen oder Personen als Unfallmechanismus. Zusammenstöße mit Gegenständen werden seltener, der Zusammenstoß mit Personen wird hingegen häufiger als im jüngeren Alter berichtet (12,7% aller Unfälle bei 15- bis 17-Jährigen). Als weiterer Unfallmechanismus trat bei 13,1% der Jugendlichen ein Verkehrsunfall auf, Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren deutlich häufiger betroffen als aus Familien mit einem hohen sozialen Status.

Verletzungsfolgen

Die häufigsten Verletzungsfolgen bei Jugendlichen sind Prellungen, Verrenkungen und Zerrungen (siehe Tabelle 6.1.2.3.1). Diese Arten von Verletzungen steigen über alle Altersgruppen stark an und erreichen ihren Häufigkeitsgipfel mit 50,9% in der Gruppe aller verletzten Jugendlichen. Der Anteil der Knochenbrüche liegt bei 21,8% und ist etwa doppelt so hoch wie im Kleinkindalter, während offene Wunden (17,9%) im Vergleich zum Kleinkindalter um etwa die Hälfte abnehmen. Etwa jeder zwanzigste verletzte Jugendliche berichtet von einer Gehirnerschütterung (5,6%).

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich für Knochenbrüche und Gehirnerschütterungen nachweisen. Von Brüchen sind signifikant mehr Jungen betroffen. Gehirnerschütterungen treten signifikant häufiger bei Mädchen auf.

Schutzmaßnahmen durch Helm und Protektoren

Nach den Angaben der Eltern fahren 89,8% der 15- bis 17-Jährigen Fahrrad. Mit Inlineskates sind 51,7% dieser Altersgruppe in ihrer Freizeit unterwegs. Die persönlichen Schutzmaßnahmen werden in den verschiedenen Altersgruppen sehr unterschiedlich umgesetzt. Die Helmtragequoten beim Fahrradfahren nehmen vom Kleinkindalter mit knapp 90% zum Jugendalter stark ab (Jungen 13,4%, Mädchen 12,8%). Dies trifft auch für die Helmtragequoten beim Inlineskaten zu (Jungen 15,2%, Mädchen 13,4%). Nach Selbstangaben der Jugendlichen liegt die Helmtragequote allerdings nochmals niedriger als nach den Angaben der Eltern. Ein Geschlechtsunterschied kann beim

Helmtragen nicht festgestellt werden. Signifikante Unterschiede zeigen sich allerdings entlang der untersuchten weiteren Schichtungsvariablen mit niedrigeren Helmtragequoten (Radfahren) bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund und bei Jugendlichen aus der Wohnregion Ost (inklusive Berlin).

Bei den Jugendlichen dominiert der Freizeit- und Sportunfall das Unfallgeschehen. Als Unfallverletzungen traten hauptsächlich Prellungen, Verrenkungen und Zerrungen auf. Von großer Bedeutung für die Prävention ist der dramatische Abfall der Helmtragequoten beim Radfahren bis unter 15% in dieser Altersgruppe.

6.1.2.4 Psychische Gesundheit

6.1.2.4.1 Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten

Hinweise auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten wurden im KiGGS, wie bereits in den Kapiteln 4.1.3.4 und 5.1.2.4 sowie 3.1.3.4 ausgeführt, mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst, der Informationen über emotionale

Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und zu prosozialem Verhalten anhand der Elternangaben liefert. Auf Basis der vier Problembereiche wurde ein Gesamtproblemwert ermittelt (siehe auch Kapitel 3.1.3.4 sowie [44]).

Die Anteile der Kinder und Jugendlichen, die von ihren Eltern als psychisch auffällig eingeschätzt werden, variieren zwischen den Altersgruppen: Den höchsten Anteil an Auffälligen weisen bei der Betrachtung des Gesamtproblemwertes die 7- bis 13-jährigen auf. Das heißt, dass aus der Perspektive der Eltern die psychischen und Verhaltensprobleme in der Jugendphase bei den 14- bis 17-jährigen abnehmen. Auffallend dabei ist, dass die Eltern lediglich die 14- bis 17-jährigen Jungen mit 7,2% im Vergleich zu den 11- bis 13-jährigen mit 11,2% signifikant seltener als psychisch und verhaltensauffällig einschätzen, bei den Mädchen sind die Werte in der Jugendphase im Vergleich zur Pubertätsphase zwar auch etwas geringer, die Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen sind jedoch sowohl hinsichtlich des Gesamtproblemwertes (5,7 vs. 5,2%) als auch für keinen der fünf Problembereiche signifikant. Bei den Jungen

Tabelle 6.1.2.3.1

Verletzungen durch Unfälle und Gewalt in den letzten 12 Monaten, Stationäre Behandlung, Unfallorte, Unfallmechanismen, Verletzungsfolgen, Schutzmaßnahmen bei 15- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Geschlecht	Verletzungen				Häufigste Unfallorte			
	Ins-gesamt	Durch Unfälle	Durch Gewalt	Stationäre Behandlung	Zu Hause	Sport/Freizeit/sonst.	Betreuungs-/Bildungseinrichtungen	Öffentl. Verkehrswege
Jungen	20,6%	19,9%	0,7%	14,3%	9,2%	43,0%	27,7%	16,6%
Mädchen	13,8%	13,6%	0,2%	17,3%	14,0%	32,6%	30,2%	16,8%
Gesamt	17,3%	16,8%	0,5%	15,5%	11,1%	38,9%	28,7%	16,7%

Geschlecht	Häufigste Unfallmechanismen			Häufigste Verletzungsfolgen			Schutzmaßnahmen	
	Sturz aus der Höhe	Sturz in der Ebene	Zusammenstoß/Zusammenprall	Gehirnerschütterung	Knochenbruch	Prellung, Verrenkung, Zerrung	Offene Wunde	Helmtragen beim Radfahren (ab 3 Jahre)
Jungen	16,4%	30,7%	27,6%	3,5%	27,4%	48,8%	19,6%	13,4%
Mädchen	22,5%	30,0%	20,1%	8,8%	13,1%	54,1%	15,3%	12,8%
Gesamt	18,8%	30,4%	24,6%	5,6%	21,8%	50,9%	17,9%	13,1%

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten ($p < 0,05$).

kommt es insbesondere in den Bereichen »emotionale Probleme« und »Hyperaktivitätsprobleme« nach Einschätzung ihrer Eltern zu einer signifikant geringeren Betroffenheit im Verlauf der Jugendphase, der 14- bis 17-Jährigen gegenüber den 11- bis 13-Jährigen (siehe Tabelle 6.1.2.4.1.1).

Insgesamt werden jedoch – über alle Altersphasen und Problembereiche hinweg – mehr Jungen als Mädchen von ihren Eltern als auffällig eingeschätzt, lediglich im Bereich der emotionalen Probleme zeigen die 14- bis 17-jährigen Mädchen mit 10,8 % einen signifikant höheren Anteil an psychisch Auffälligen als gleichaltrige Jungen mit 6,6 %.

Tabelle 6.1.2.4.1.1
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Problembereichen, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Item	11–13 Jahre	14–17 Jahre	11–17 Jahre
Gesamtproblemwert			
Jungen	11,2%	7,2%	8,8%
Mädchen	5,7%	5,4%	5,5%
Gesamt	8,5%	6,3%	7,2%
Emotionale Probleme			
Jungen	11,1%	6,6%	8,4%
Mädchen	11,4%	10,8%	11,0%
Gesamt	11,2%	8,6%	9,7%
Verhaltensauffälligkeiten			
Jungen	18,3%	15,7%	16,7%
Mädchen	11,7%	11,6%	11,6%
Gesamt	15,0%	13,7%	14,2%
Hyperaktivitätsprobleme			
Jungen	13,3%	6,8%	9,4%
Mädchen	4,5%	2,8%	3,4%
Gesamt	8,9%	4,8%	6,5%
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen			
Jungen	15,0%	14,2%	14,5%
Mädchen	11,8%	10,9%	11,2%
Gesamt	13,4%	12,6%	12,9%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Sozialstatusunterschiede wirken sich signifikant auf die Häufigkeit psychischer und Verhaltensauffälligkeiten aus. In der niedrigsten Sozialstatusgruppe werden 15,1 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 8,7 % der gleichaltrigen Mädchen von ihren Eltern als auffällig eingeschätzt (Gesamtproblemwert). In der höchsten Sozialstatusgruppe sind dies nur 5,5 % und 2,7 %. Eine nach Problembereichen differenzierte Betrachtung zeigt, dass die sozialen Unterschiede bei den Jungen bei Hyperaktivitätsproblemen und bei Mädchen bei Verhaltensauffälligkeiten am stärksten ausgeprägt sind.

Jugendliche mit Migrationshintergrund werden zwar durchschnittlich etwas häufiger von ihren Eltern als auffällig eingeschätzt als Jugendliche ohne Migrationshintergrund, jedoch erweisen sich diese Unterschiede nur bei den 11- bis 13-jährigen Mädchen als signifikant (9,7 % vs. 4,9 %). Hinsichtlich der Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen zeigt sich jedoch, dass die Unterschiede sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen hinsichtlich des Migrationsstatus signifikant sind: so haben nach elterlicher Einschätzung 19,3 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 15,9 % der gleichaltrigen Mädchen mit einem Migrationshintergrund auffällige Probleme mit Gleichaltrigen, die Werte der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund liegen dagegen bei 13,6 % bzw. 10,4 %.

Signifikante Unterschiede zwischen Jugendlichen aus Ost- und Westdeutschland sind bezüglich der psychischen und Verhaltensauffälligkeiten (Gesamtproblemwert) nur bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen zu beobachten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in allen Altersphasen mehr Jungen als Mädchen von ihren Eltern als psychisch- und verhaltensauffällig eingeschätzt werden. Insbesondere bei den Jungen lässt sich jedoch eine Abnahme dieser Probleme in der Jugendphase beobachten.

6.1.2.4.2 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

In KiGGS stehen unterschiedliche Informationen zum Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) zur Verfügung. Zum Einen berichten die Eltern, ob bei ihren Kindern eine ADHS-Diagnose von einem Arzt oder Psycholo-

gen jemals gestellt wurde. Zum Anderen liegt ein ADHS-Verdachtsfall vor, wenn die Kinder und Jugendlichen von ihren Eltern in der Unaufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsskala im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) als auffällig eingeschätzt werden, aber noch keine Ärztin/kein-Arzt oder Psychologin/Psychologe eine ADHS-Diagnose gestellt haben (siehe Kapitel 3.1.3.4.2 sowie [45]).

Der Anteil der Kinder mit ADHS-Diagnose steigt bis zum Alter von 13 Jahren fast kontinuierlich an, in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen liegt die Prävalenz bei 7,1%. In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen sinkt die berichtete Lebenszeitprävalenz auf 5,6% und ist damit niedriger als in den jüngeren Altersgruppen. Insgesamt kommen zu den bereits diagnostizierten Fällen in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen 5,0% und bei den 14- bis 17-Jährigen 2,8% der Jugendlichen mit einem Verdacht auf ADHS hinzu (siehe Tabelle 6.1.2.4.2.1).

Die Erhöhung der Lebenszeitprävalenz im Altersgang ist vorrangig durch eine Erhöhung der Prävalenzen bei den Jungen bedingt. Im Alter von 11 bis 17 Jahren wurde bei 10,2% der Jungen, aber nur bei 2,3% der Mädchen in Deutschland jemals eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ärztlich oder psychologisch diagnostiziert. Im Geschlechtervergleich ist die Diagnosehäufigkeit bei den Jungen in der Altersgruppe 11 bis 13 Jahre um den Faktor 3,8 und in der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre um den Faktor 5,2 erhöht. Bei den ADHS-Verdachtsfällen bestehen diese Geschlechtereffekte ebenfalls, jedoch in deutlich geringerer Ausprägung [45].

Signifikante Sozialstatusunterschiede in der Lebenszeitprävalenz sowie bei den ADHS-Verdachtsfällen sind bei den 11- bis 13-jährigen Mädchen und Jungen festzustellen. Bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen sind die Sozialstatusunterschiede hingegen nicht mehr signifikant (siehe auch Tabelle 6.1.2.4.2.1).

Von Familien mit Migrationshintergrund wird insgesamt seltener über eine ADHS-Diagnose ihrer Kinder berichtet als von Nicht-Migranten. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung über die Altersgruppen hinweg sind die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund jedoch nur bei den 14- bis 17-jährigen Jungen statistisch signifikant (4,4% vs. 10,1%).

Tabelle 6.1.2.4.2.1

Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS): Lebenszeitprävalenz einer ADHS-Diagnose und ADHS-Verdachtsfall von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

Studienpopulation Merkmale	Diagnose von ADHS	Verdacht auf Hyperaktivität
11–13 Jahre		
Jungen	11,3%	7,2%
Mädchen	3,0%	3,0%
Niedriger sozialer Status	9,4%	8,1%
Mittlerer sozialer Status	7,4%	4,6%
Hoher sozialer Status	4,2%	2,7%
Migrant	6,0%	6,2%
Nicht-Migrant	7,2%	4,8%
Ost	8,2%	4,5%
West	6,9%	5,1%
Gesamt	7,1%	5,0%
14–17 Jahre		
Jungen	9,4%	3,7%
Mädchen	1,8%	1,9%
Niedriger sozialer Status	6,4%	3,5%
Mittlerer sozialer Status	5,8%	3,0%
Hoher sozialer Status	4,7%	1,8%
Migrant	2,4%	3,8%
Nicht-Migrant	6,1%	2,6%
Ost	4,7%	1,9%
West	5,9%	3,0%
Gesamt	5,6%	2,8%
11–17 Jahre		
Jungen	10,2%	5,1%
Mädchen	2,3%	2,3%
Niedriger sozialer Status	7,6%	5,4%
Mittlerer sozialer Status	6,4%	3,6%
Hoher sozialer Status	4,5%	2,2%
Migrant	3,9%	4,8%
Nicht-Migrant	6,5%	3,5%
Ost	5,7%	2,6%
West	6,3%	3,9%
Gesamt	6,2%	3,7%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle fett hervorgehoben. Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen und p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Bemerkenswert ist, dass es sich bei den ADHS-Verdachtsfällen anders verhält: hier weisen Jugendliche mit Migrationshintergrund ähnlich hohe (Jungen) und sogar höhere Prävalenzen (Mädchen) auf als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund.

Alte und neue Bundesländer unterscheiden sich hinsichtlich der diagnostizierten ADHS-Fälle bei Jugendlichen nicht.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Lebenszeitprävalenz gestellter Diagnosen sowie die Verdachtsfälle von ADHS bis zum Alter von 13 Jahren ansteigen, in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen sinken diese hingegen wieder. Es sind vor allem die Jungen, die eine erhöhte Lebenszeitprävalenz sowie einen Verdacht auf ADHS aufweisen.

6.1.2.4.3 Gewalterfahrungen

Im KiGGS wurde die 12-Monats-Prävalenz von Gewalterlebnissen mit einer Differenzierung nach »Opfer«, »Täter«, »Opfer und Täter« und »Weder Opfer noch Täter« ermittelt. Ausschlaggebend war dabei, was die befragten Kinder und Jugendlichen

subjektiv als Gewaltanwendung und Gewalteinwirkung verstanden (siehe auch Kapitel 3.1.3.4.3 sowie [46]).

Insgesamt hatten drei Viertel der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in den letzten 12 Monaten weder als Täter noch als Opfer Gewalterfahrungen (siehe Tabelle 6.1.2.4.3.1). Knapp 15 % der Befragten geben an, ein oder mehrmals Täter gewesen zu sein. Die Rate der ausschließlichen Opfer liegt mit 4,6 % erheblich darunter, der Anteil der Täter/Opfer ist mit 5,7 % auf ähnlich niedrigem Niveau. Die Unterschiede zwischen Jugendlichen in der Pubertätsphase (11- bis 13-Jährige) und in der Jugendphase (14- bis 17-Jährige) sind gering und statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Unterschiede nach Geschlecht sind Jungen über alle Altersgruppen in fast allen Kategorien hochsignifikant überrepräsentiert. Besonders deutlich ist diese Diskrepanz in der Täter- bzw. in der Täter/Opfer-Kategorie. Hier sind Jungen insgesamt ca. doppelt so häufig vertreten wie Mädchen.

Jugendliche aus Familien mit mittlerem und niedrigerem Sozialstatus berichten deutlich häufiger über Gewalterfahrungen in allen Kategorien, während die Rate der Jugendlichen, die nie in eine Gewalt-

Tabelle 6.1.2.4.3.1
Gewalterfahrungen 11- bis 17-jähriger Mädchen und Jungen nach Altersgruppen (12-Monats-Prävalenz), Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Altersgruppe	Weder Täter noch Opfer	Ein- oder mehrmals Opfer	Ein- oder mehrmals Täter	Sowohl Täter als auch Opfer
11 – 13 Jahre				
Jungen	69,4%	4,4%	17,6%	8,7%
Mädchen	83,6%	3,8%	10,0%	2,7%
Gesamt	76,4%	4,1%	13,8%	5,7%
14 – 17 Jahre				
Jungen	66,4%	5,7%	21,0%	6,9%
Mädchen	81,8%	4,0%	9,9%	4,3%
Gesamt	73,9%	4,9%	15,6%	5,6%
11 – 17 Jahre				
Jungen	67,6%	5,2%	19,6%	7,6%
Mädchen	82,5%	3,9%	9,9%	3,6%
Gesamt	74,9%	4,6%	14,9%	5,7%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

handlung – weder als Täter noch als Opfer – einbezogen waren, mit über vier Fünfteln bei Jugendlichen mit hohem Sozialstatus (Jungen: 73,8%, Mädchen: 88,7%) am höchsten ist. Sozialstatusunterschiede zeigen sich insbesondere bei der Täterraten: während jeder vierte Junge aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein oder mehrmals Gewalt als Täter ausgeübt hat, berichtet hierüber nur jeder sechste Junge aus Familien mit hohem Sozialstatus (siehe Tabelle 6.1.2.4.3.2). Auch die psychologisch problematische Gruppe der Täter/Opfer (siehe Kapitel 3.1.3.4.3) ist bei Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus klar überrepräsentiert. Die Unterschiede in den Opferraten fallen hingegen kaum ins Gewicht. Differenzen in der Häufigkeit der Nennung einzelner Kategorien in den Statusgruppen nach sozialer Lage erweisen sich als signifikant.

Jugendliche mit Migrationshintergrund haben häufiger Gewalterfahrungen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede gehen

unter Berücksichtigung der Selbstangaben der Probanden in KiGGS in erster Linie auf die Bereitschaft, Gewalt als Täter auszuüben, zurück. Zugleich haben signifikant mehr Jugendliche mit Migrationshintergrund Gewalterfahrungen sowohl als Täter als auch als Opfer. Sehr gering sind die Unterschiede wiederum in der Opfer-Kategorie, hier geben geringfügig mehr Nicht-Migranten an, in den letzten 12 Monaten Opfer von Gewalt gewesen zu sein.

Die Unterschiede zwischen Jugendlichen aus Ost- und Westdeutschland sind hingegen nicht signifikant.

Es lässt sich festhalten, dass für gut ein Viertel der Jugendlichen in Deutschland Gewalterfahrungen – als Täter, Opfer oder Täter/Opfer – zur Lebensrealität gehören, wobei Jungen hier stark überrepräsentiert sind. Erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Gewaltbetroffenheit gibt es auch zwischen den Sozialstatusgruppen und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund.

Tabelle 6.1.2.4.3.2

Gewalterfahrungen 11- bis 17-jähriger Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region (12-Monats-Prävalenz), Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Weder Täter noch Opfer	Ein- oder mehrmals Opfer	Ein- oder mehrmals Täter	Sowohl Täter als auch Opfer
Jungen				
Niedriger sozialer Status	59,5 %	5,8 %	24,4 %	10,2 %
Mittlerer sozialer Status	69,9 %	4,5 %	18,7 %	6,9 %
Hoher sozialer Status	73,8 %	5,4 %	15,6 %	5,2 %
Migranten	59,4 %	4,7 %	25,6 %	10,2 %
Nicht-Migranten	69,2 %	5,3 %	18,4 %	7,1 %
Ost	70,5 %	4,9 %	18,4 %	6,2 %
West	66,9 %	5,3 %	19,9 %	7,9 %
Mädchen				
Niedriger sozialer Status	77,4 %	3,8 %	14,5 %	4,3 %
Mittlerer sozialer Status	83,1 %	3,9 %	9,2 %	3,8 %
Hoher sozialer Status	88,7 %	3,4 %	5,5 %	2,5 %
Migranten	76,9 %	3,6 %	14,3 %	5,1 %
Nicht-Migranten	83,7 %	4,0 %	9,0 %	3,3 %
Ost	84,9 %	4,1 %	8,9 %	2,2 %
West	82,0 %	3,9 %	10,2 %	3,9 %

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

6.1.2.4.4 Essstörungen

Essstörungen wurden in der KiGGS-Studie mit dem SCOFF-Fragebogen erhoben, der Verhaltensweisen und Einstellungen erfasst, die bei Magersucht, Ess-/Brechsucht, Binge Eating Disorder (Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung) und Adipositas typischerweise auftreten (siehe auch Kapitel 3.1.3.4.4 sowie [47]). Dieses Screening-Instrument liefert keine gesicherte Diagnose, sondern identifiziert anhand der Angaben der Jugendlichen Verdachtsfälle von Essstörungen.

Insgesamt zeigen mit 21,9 % mehr als ein Fünftel der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland Symptome einer Essstörung. Der Anteil der Mädchen mit Verdacht auf eine Essstörung liegt dabei mit 28,9 % signifikant höher als der der Jungen (15,2 %) (siehe Abbildung 6.1.2.4.4.1), sowohl insgesamt als auch in beiden der betrachteten Altersgruppen - 11 bis 13 und 14 bis 17 Jahre.

Im Altersverlauf zeigt sich für Jungen ein signifikant abnehmender, für Mädchen ein signifikant zunehmender Trend für den Verdacht auf Essstörungen: Während im Alter von 11 Jahren mit ca. 20 % Jungen und Mädchen in etwa gleich häufig betroffen sind, steigt der Anteil mit Symptomen bei den 17-jährigen Mädchen auf 30,1 %, während er bei den Jungen auf 12,8 % sinkt [47].

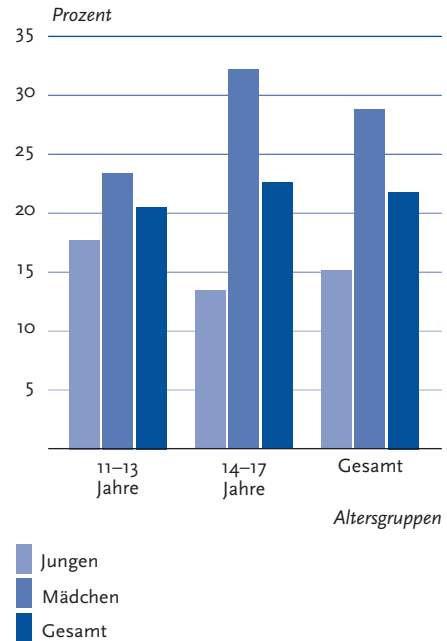
Das Auftreten von Essstörungssymptomen ist deutlich assoziiert mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sowie mit einem Migrationshintergrund. Bei Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ist der Anteil der Auffälligen mit 27,6 % fast doppelt so hoch wie bei Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status (15,5 %). Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund berichten 1,5-mal so häufig über auffälliges Essverhalten wie Jugendliche ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 6.1.2.4.4.2).

Die Unterschiede zwischen ostdeutschen und westdeutschen Jugendlichen sind gering und nicht signifikant.

Es lässt sich festhalten, dass Mädchen mit 28,9 % hochsignifikant häufiger Symptome von Essstörungen zeigen als Jungen mit 15,2 %. Die Quote der SCOFF-Auffälligen steigt bei annähernd gleichen Ausgangswerten im Alter von 11 Jahren bei den Mädchen im Altersgang an, bei den Jungen fällt sie hingegen ab.

Abbildung 6.1.2.4.4.1

Prävalenzen von Essstörungen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Anteile (%)
Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben (SCOFF-Fragebogen)



6.1.2.4.5 Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung

Als Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit wurden im KiGGS die personalen, familiären und sozialen Ressourcen der Jugendlichen erhoben. Unter personalen Ressourcen werden Merkmale der Persönlichkeit der Jugendlichen verstanden. Bei den familiären Ressourcen spielen insbesondere Aspekte des Familienklimas eine Rolle. Die sozialen Ressourcen umfassen zum Beispiel die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare soziale Unterstützung (siehe Kapitel 3.1.3.4.5 sowie [48]).

Tabelle 6.1.2.4.4.2
Prävalenzen von Essstörungen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben (SCOFF-Fragebogen)

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11 – 13 Jahre			
Niedriger sozialer Status	23,5%	33,6%	28,3%
Mittlerer sozialer Status	17,1%	21,1%	19,1%
Hoher sozialer Status	10,5%	16,1%	13,2%
Migrant	27,2%	33,0%	30,1%
Nicht-Migrant	15,7%	21,4%	18,5%
Ost	20,4%	24,7%	22,5%
West	17,4%	23,4%	20,3%
14 – 17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	17,1%	37,2%	27,2%
Mittlerer sozialer Status	13,6%	32,3%	22,6%
Hoher sozialer Status	8,1%	26,6%	17,2%
Migrant	19,2%	42,5%	30,4%
Nicht-Migrant	12,4%	30,4%	21,2%
Ost	14,3%	31,8%	22,7%
West	13,3%	32,5%	22,7%
11 – 17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	19,9%	35,7%	27,6%
Mittlerer sozialer Status	14,9%	27,8%	21,3%
Hoher sozialer Status	9,0%	22,6%	15,6%
Migrant	22,5%	38,4%	30,3%
Nicht-Migrant	13,7%	26,9%	20,2%
Ost	16,1%	29,7%	22,7%
West	15,0%	28,7%	21,7%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Personale Ressourcen

Der Großteil der Kinder und vier Fünftel der untersuchten 11- bis 17-jährigen Jugendlichen verfügt über ausreichende personale Ressourcen, 8,9 % weisen geringe und 11,2 % defizitäre personale Ressourcen auf. Im Altersverlauf erweisen sich die personalen Schutzfaktoren als konstant. Aller-

dings zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Defizitäre personale Ressourcen finden sich mit 13,0 % bei 11- bis 17-jährigen Mädchen signifikant häufiger als bei gleichaltrigen Jungen mit 9,5 %.

Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status weisen mit 13,8 % häufiger deutliche Defizite in ihren personalen Ressourcen auf als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem (10,9 %) oder hohem Sozialstatus (8,2 %). Besonders ausgeprägt sind diese Unterschiede bei den 11- bis 13-Jährigen. Auch sind Jugendliche mit einem Migrationshintergrund häufiger von starken Defiziten (13,0 %) betroffen als Nicht-Migranten (10,9 %), und im Ost-West-Vergleich zeigen Jungen und Mädchen aus den neuen Bundesländern häufiger als Gleichaltrige aus den alten Bundesländern Defizite in ihren personalen Ressourcen; allerdings erweisen sich diese Unterschiede im Alters- und Geschlechtervergleich als eher uneinheitlich und nicht durchgehend signifikant (siehe Tabelle 6.1.2.4.5.1).

Familiäre Ressourcen

Der familiäre Zusammenhalt als Indikator für die familiären Ressourcen kann ebenfalls bei vier Fünftel der untersuchten Jugendlichen als ausreichend bezeichnet werden. Bei 8,8 % liegen dagegen Defizite und bei 11,6 % deutliche Defizite vor. Bedeutsame Unterschiede finden sich hier allerdings hinsichtlich der Altersgruppen: Während Jugendliche im Alter zwischen 11 und 13 Jahren zu 6,9 % über deutliche Defizite im familiären Zusammenhalt berichten, ist der Anteil bei den älteren Jugendlichen mit 14,8 % mehr als doppelt so hoch. Ähnlich wie bei den personalen Ressourcen berichten Mädchen (13,0 %) signifikant häufiger als Jungen (10,3 %) über defizitäre familiäre Ressourcen; diese geschlechtsspezifischen Unterschiede sind bei den älteren Jugendlichen ausgeprägter.

Die Sozialstatusunterschiede hinsichtlich der familiären Ressourcen sind nicht so deutlich und einheitlich ausgeprägt wie bei den personalen Ressourcen. Bei den Jungen zeigen sich im Altersverlauf der Jugendphase keine signifikanten Sozialstatusunterschiede, bei den Mädchen sind hingegen gerade in dieser Altersgruppe diese Defizite mit 20,7 % bei niedrigem Sozialstatus und 11,1 % bei

Tabelle 6.1.2.4.5.1

Defizitäre personale Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11 – 13 Jahre			
Niedriger sozialer Status	12,1%	16,2%	14,1%
Mittlerer sozialer Status	9,4%	13,1%	11,3%
Hoher sozialer Status	5,9%	8,5%	7,1%
Migrant	10,4%	16,3%	13,3%
Nicht-Migrant	9,4%	12,3%	10,8%
Ost	12,5%	11,9%	12,2%
West	9,1%	13,2%	11,1%
Gesamt	9,6%	13,0%	11,2%
14 – 17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	11,5%	15,8%	13,6%
Mittlerer sozialer Status	8,2%	13,1%	10,6%
Hoher sozialer Status	8,7%	9,1%	8,9%
Migrant	10,9%	14,9%	12,8%
Nicht-Migrant	9,2%	12,7%	10,9%
Ost	12,1%	15,5%	13,8%
West	8,8%	12,3%	10,5%
Gesamt	9,5%	13,0%	11,2%
11 – 17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	11,7%	16,0%	13,8%
Mittlerer sozialer Status	8,7%	13,1%	10,9%
Hoher sozialer Status	7,6%	8,9%	8,2%
Migrant	10,7%	15,5%	13,0%
Nicht-Migrant	9,3%	12,5%	10,9%
Ost	12,2%	14,5%	13,3%
West	8,9%	12,7%	10,8%
Gesamt	9,5%	13,0%	11,2%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

hohem sozialen Status sehr groß. Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich hinsichtlich ihrer familiären Ressourcen nicht signifikant, und Unterschiede zwischen Jugendlichen aus Ost- und Westdeutschland sind ebenfalls nicht signifikant (siehe Tabelle 6.1.2.4.5.2).

Tabelle 6.1.2.4.5.2

Defizitäre familiäre Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11 – 13 Jahre			
Niedriger sozialer Status	10,0%	9,9%	9,9%
Mittlerer sozialer Status	6,0%	6,7%	6,4%
Hoher sozialer Status	3,0%	5,0%	4,0%
Migrant	6,9%	5,8%	6,3%
Nicht-Migrant	6,4%	7,6%	7,0%
Ost	7,5%	10,1%	8,8%
West	6,3%	6,8%	6,6%
Gesamt	6,5%	7,2%	6,9%
14 – 17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	11,1%	20,7%	16,0%
Mittlerer sozialer Status	13,5%	17,5%	15,5%
Hoher sozialer Status	13,2%	11,1%	12,1%
Migrant	8,8%	19,3%	13,9%
Nicht-Migrant	13,7%	16,3%	14,9%
Ost	13,8%	15,0%	14,4%
West	12,6%	17,2%	14,9%
Gesamt	12,9%	16,7%	14,8%
11 – 17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	10,6%	16,3%	13,4%
Mittlerer sozialer Status	10,7%	13,2%	11,9%
Hoher sozialer Status	9,1%	8,7%	8,9%
Migrant	8,0%	13,5%	10,7%
Nicht-Migrant	10,8%	12,9%	11,8%
Ost	12,0%	13,6%	12,8%
West	10,0%	12,8%	11,4%
Gesamt	10,3%	13,0%	11,6%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Soziale Ressourcen

78,2% der befragten Jugendlichen verfügen über ausreichende soziale Ressourcen, 12,0% zeigen Defizite und 9,7% deutliche Defizite in ihrer verfügbaren sozialen Unterstützung. Die Anteile der

jüngeren Jugendlichen, die über defizitäre soziale Ressourcen berichten, sind mit 11,3 % etwas höher als bei den älteren Jugendlichen mit 8,7 %. Im Gegensatz zu den personalen und familiären Ressourcen berichten hier allerdings mit 12,3 % signifikant mehr 11- bis 17-jährige Jungen als gleichaltrige Mädchen (7,1 %) von einer sehr schwachen sozialen Unterstützung.

Mit sinkendem sozioökonomischen Status nimmt auch der Anteil der Jugendlichen zu, die ihre soziale Unterstützung als stark beeinträchtigt bezeichnen, von 7,6 % bei hohem sozialen Status der Familie, über 8,5 % bei mittlerem, auf 12,7 % bei niedrigem Sozialstatus. Auch dieser Effekt ist bei den 11- bis 13-jährigen am stärksten ausgeprägt. Unterschiede zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sind insbesondere bei den Mädchen signifikant: Sie berichten häufiger über eine stark defizitäre soziale Unterstützung als Nicht-Migranten (14,0 % vs. 5,6 %). Unterschiede zwischen Jugendlichen aus den neuen und alten Bundesländern sind bei den Mädchen nicht zu erkennen, lediglich bei den Jungen – und hier vor allem bei den älteren – zeigen sich Unterschiede: Jungen, die in den neuen Bundesländern wohnen, weisen größere Defizite hinsichtlich der verfügbaren Unterstützung auf als Gleichaltrige aus Westdeutschland (siehe Tabelle 6.1.2.4.5.3).

6.1.3 Subjektiver Gesundheitszustand und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Mit steigendem Alter des Kindes sinkt der Anteil der Eltern, die den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut und gut einschätzen. Während bei den 0- bis 6-jährigen noch fast 95 % der Eltern die Gesundheit ihres Kindes als sehr gut oder gut bezeichnen, sind es bei den 11- bis 17-jährigen 91,4 %, wobei mit zunehmendem Alter der Kinder die Wertungen der Eltern sich vorwiegend von sehr gut nach gut verlagern [49]. Die KiGGS-Daten zeigen darüber hinaus geschlechtsspezifische Unterschiede in der Jugendphase: Während die Eltern den Gesundheitszustand von Mädchen bis zum Alter von 13 Jahren besser bewerten als den der Jungen, ist dies in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen umgekehrt. Auffallend ist dabei, dass die elterliche Einschätzung hinsichtlich

Tabelle 6.1.2.4.5.3

Defizitäre soziale Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11–13 Jahre			
Niedriger sozialer Status	17,4 %	12,1 %	14,9 %
Mittlerer sozialer Status	12,4 %	8,3 %	10,3 %
Hoher sozialer Status	10,5 %	3,9 %	7,3 %
Migrant	14,1 %	18,2 %	16,1 %
Nicht-Migrant	13,7 %	6,5 %	10,2 %
Ost	16,0 %	7,8 %	11,9 %
West	13,4 %	8,8 %	11,2 %
Gesamt	13,8 %	8,6 %	11,3 %
14–17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	14,0 %	8,3 %	11,1 %
Mittlerer sozialer Status	10,3 %	4,2 %	7,3 %
Hoher sozialer Status	9,1 %	6,3 %	7,7 %
Migrant	13,1 %	10,9 %	12,1 %
Nicht-Migrant	10,9 %	5,1 %	8,1 %
Ost	14,3 %	6,2 %	10,3 %
West	10,5 %	6,1 %	8,3 %
Gesamt	11,3 %	6,1 %	8,7 %
11–17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	15,5 %	9,9 %	12,7 %
Mittlerer sozialer Status	11,1 %	5,8 %	8,5 %
Hoher sozialer Status	9,7 %	5,4 %	7,6 %
Migrant	13,5 %	14,0 %	13,8 %
Nicht-Migrant	12,0 %	5,6 %	8,9 %
Ost	14,8 %	6,6 %	10,8 %
West	11,7 %	7,2 %	9,5 %
Gesamt	12,3 %	7,1 %	9,7 %

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

des Gesundheitszustandes ihrer Töchter in der Tendenz zwischen den beiden hier zu betrachtenden Altersgruppen signifikant ungünstiger ausfällt, für den Gesundheitszustand der Söhne jedoch annähernd gleich bleibt bzw. sich sogar leicht verbessert.

Signifikante Unterschiede in der Einschätzung des Gesundheitszustandes zwischen den Sozialstatusgruppen sind hingegen über alle Altersgruppen hinweg und bei beiden Geschlechtern gleichermaßen festzustellen. Eltern der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus schätzen zu 88,9 % den Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, bei Jugendlichen mit mittlerem und hohem Sozialstatus ist dies bei 91,7 % bzw. 94,3 % der Fall. Die Differenzierung nach Migrationshintergrund zeigt Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie im Altersverlauf. Während der Gesundheitszustand der 11- bis 13-jährigen Jungen mit Migrationshintergrund von den Eltern noch als signifikant schlechter eingeschätzt wird als der ihrer Altersgenossen ohne Migrationshintergrund, zeigt sich bei den 14- bis 17-jährigen Jungen kein signifikanter Unterschied mehr zwischen Migranten und Nicht-Migranten. Bei den Mädchen stellt sich die Situation zwischen den Altersgruppen genau anders dar: Während die Differenz im Pubertätsalter nicht bedeutend ist, wird sie im Jugendalter signifikant.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde im KiGGS für sechs Inhaltsbereiche erfragt (Körperliches und Emotionales Wohlbefinden, Selbstwert, Wohlbefinden in der Familie, in Bezug auf Freunde sowie schulisches Wohlbefinden). Ein Gesamtmesswert gibt über alle sechs Bereiche die

generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität an (siehe Kapitel 3.1.4 sowie [50]). Diese wird ähnlich wie der allgemeine Gesundheitszustand überwiegend positiv von den Eltern bewertet. Es zeigt sich aber auch hier, dass mit zunehmendem Alter der Kinder die Beurteilung der Eltern schlechter ausfällt. Über die Altersgruppen hinweg verringert sich der durchschnittliche Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von 80,0 Punkten bei den 3- bis 6-Jährigen auf 73,7 Punkte bei den 14- bis 17-Jährigen, wobei die stärksten Abnahmen in den Bereichen Kindergarten/Schule und Körper zu beobachten sind. Insgesamt ist die mit dem Alter abnehmende Lebensqualität bei den Mädchen ausgeprägter als bei den Jungen. Dass sich in der Pubertät die Problemlagen zwischen Jungen und Mädchen umkehren, lässt sich auch anhand dieses Indikators belegen: Zumindest in der Elterneinschätzung liegen die mittleren Gesamtwerte der Mädchen bis zum Alter von 13 Jahren noch über denen der Jungen, danach nehmen sie signifikant ab. Die Analysen der Einzelbereiche zeigen, dass sich dieses Muster allerdings nicht überall wiederfindet, so wird zum Beispiel die Lebensqualität der Mädchen in den Bereichen Familie und Schule in allen Altersgruppen etwas positiver von den Eltern beurteilt (siehe Tabelle 6.1.3.1).

Tabelle 6.1.3.1
Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Mittlere Skalenwerte* der KINDL-R-Skalen 11- bis 17-jähriger Mädchen und Jungen nach Altersgruppen

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben

KINDL-R Skalen	11–13 Jahre			14–17 Jahre			11–17 Jahre		
	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt
Körper	76,0	74,6	75,4	76,8	69,6	73,3	76,5	71,6	74,1
Psyche	79,4	79,2	79,3	79,5	78,7	79,1	79,5	78,9	79,2
Selbstwert	67,3	67,8	67,5	67,5	66,8	67,1	67,4	67,2	67,3
Familie	76,4	76,7	76,6	76,0	76,5	76,3	76,2	76,6	76,4
Freunde	77,1	76,4	76,7	77,9	76,7	77,3	77,5	76,6	77,1
Schule	73,8	76,3	75,0	68,2	69,8	69,0	70,5	72,4	71,4
Lebensqualität Gesamtwert	75,0	75,2	75,1	74,3	73,0	73,7	74,6	73,9	74,2

* Wertebereich: 0 bis 100; höhere Werte entsprechen einer besseren Lebensqualität. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

Der Sozialstatus spielt bei der Beurteilung der Lebensqualität eine signifikante Rolle; wobei die Eltern mit höherem Sozialstatus die generelle Lebensqualität ihrer Kinder positiver einschätzen als diejenigen mit niedrigem Sozialstatus. Diese Unterschiede zeigen sich sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen am stärksten in den Skalen Schule und Körper und am wenigsten in der Skala Familie. Eine Ausnahme zeigt die Bewertung der Lebensqualität in Bezug auf Freunde: Hier sind es die Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus, die nach Beurteilung ihrer Eltern eine signifikant höhere Lebensqualität zeigen als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus. Unterschiede hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sowie zwischen Jugendlichen aus den alten und neuen Bundesländern sind nicht zu beobachten.

Neben der Beurteilung der Eltern haben die 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen im Rahmen von KiGGS eigene Angaben zu ihrer Lebensqualität gemacht, die ein etwas anderes Bild zeigen: Hier sind es die Jungen, die in allen Skalen, mit Ausnahme der Schulskala, über eine signifikant höhere Lebensqualität als Mädchen berichten. Für die 11- bis 13-jährigen sind diese Unterschiede in der Skala Psyche und Familie allerdings nicht signifikant. In der selbst berichteten gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist bis auf eine Ausnahme eine Abnahme im Laufe der Adoleszenz zu erkennen: Im Unterschied zu den Elternangaben nimmt die selbst berichtete Lebensqualität im Bereich Selbstwert bei den 14- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen gegenüber der bei den 11- bis 13-jährigen zu.

Hinsichtlich der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die Mädchen bis zum Alter von 13 Jahren eine bessere Bewertung ihrer Eltern erhalten als die Jungen, in der Jugendphase kehrt sich dies jedoch um. Sozialstatusunterschiede sind hingegen über alle Altersgruppen hinweg und bei beiden Geschlechtern gleichermaßen festzustellen.

6.2 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen

6.2.1 Ernährung

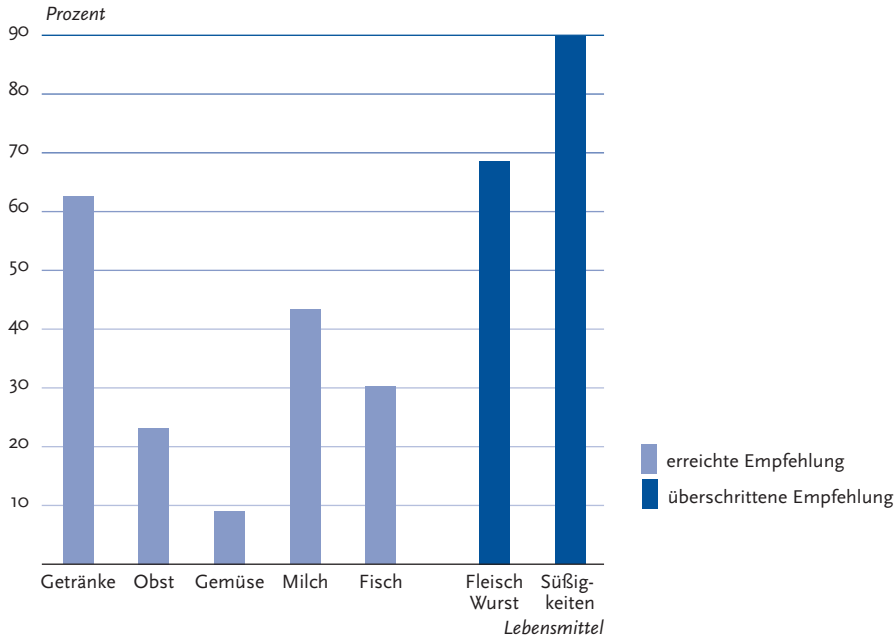
Mit steigendem Alter sinkt der Anteil der Jugendlichen, die die Empfehlungen für den Verzehr von Obst, Gemüse und Milch erreichen. Lediglich 23 % der Jugendlichen verzehren Obst gemäß den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung [51]. Beim Gemüsekonsum sieht es sogar noch schlechter aus: nur 9 % der Jugendlichen erreichen die Empfehlungen für Gemüse. 89 % der Jugendlichen verzehren mehr als die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten. Dieser Anteil ist damit im Vergleich zu den jüngeren Lebensphasen am höchsten. Positiv zu bewerten ist dagegen der Getränkekonsum, der bei 62 % der Jugendlichen den Empfehlungen entspricht und damit höher ist als im Grundschulalter (57 %). Zudem werden die empfohlenen Mengen für Fleisch und Wurst im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen etwas seltener überschritten. Auffällig ist, dass innerhalb der Altersgruppe der 11- bis 17-jährigen mit zunehmendem Alter ein tendenziell ungünstigerer Lebensmittelverzehr einhergeht. Die 11- bis 13-jährigen erreichen eher die Empfehlungen für Getränke, Obst, Gemüse und Milch als die 14- bis 17-jährigen. Dagegen verzehren sie mehr als die empfohlenen Mengen an Fleisch und Wurst im Vergleich zu den 14- bis 17-jährigen. Der Verzehr von Fisch und Süßigkeiten ist für beide Altersgruppen nahezu identisch.

Insgesamt ist das Ernährungsverhalten der Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren tendenziell günstiger als das der Jungen. Sie erreichen signifikant häufiger die Empfehlungen für Obst und Gemüse als Jungen und überschreiten signifikant seltener die empfohlenen Mengen für Fleisch und Süßigkeiten. Lediglich beim Milch- und Fischverzehr erreichen die Jungen die Empfehlungen signifikant häufiger als die Mädchen.

Schichtspezifische Auswertungen ergaben, dass Jugendliche aus Familien der oberen sozialen Schicht signifikant häufiger die Empfehlungen für den Obst- und Milchverzehr erreichen als Jugendliche aus Familien mit niedrigem oder mittlerem Sozialstatus. Der soziale Gradient beim Süßigkeitenverzehr, der bereits für die 7- bis 10-jährigen festgestellt wurde, ist auch bei den Jugendlichen

Abbildung 6.2.1.1
Erreichen bzw. Überschreiten der entsprechenden Lebensmittelempfehlungen
bei 11- bis 17-Jährigen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben



zu sehen: mit steigendem Sozialstatus werden die maximal geduldeten Mengen an Süßigkeiten signifikant seltener überschritten. Die Empfehlungen für Getränke werden dagegen signifikant häufiger von Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus erreicht als von Jugendlichen mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Diese konsumieren aber auch größere Mengen an Erfrischungsgetränken wie Cola oder Limonaden.

Auswertungen des Lebensmittelverzehrs nach Migrationshintergrund und Wohnregion ergaben nur wenige Unterschiede. Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund sowie Jugendliche aus den neuen Bundesländern weisen einen günstigeren Verzehr von Obst und Milch auf, erreichen also signifikant häufiger diese Empfehlungen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund bzw. aus den alten Bundesländern. Dahingegen erreichen Jugendliche aus Ostdeutschland signifikant seltener die Getränkeempfehlungen als Jugendliche aus Westdeutschland.

Auch an dieser Stelle sollte betont werden, dass anhand der KiGGS-Daten nur grobe Einschätzungen des Lebensmittelverzehrs möglich sind und daher der Vergleich mit den Empfehlungen entsprechend vorsichtig zu bewerten ist. Aussagen über die Nährstoffversorgung können mit Daten von EsKiMo (»Ernährungsstudie als KiGGS-Modul«) getroffen werden. Bei dieser Unterstichprobe von KiGGS-Teilnehmern im Alter von 6 bis 17 Jahren wurde die Ernährung ausführlicher erfasst. Das übliche Ernährungsverhalten wurde dabei bei den 12- bis 17-Jährigen mit Hilfe eines standardisierten Ernährungsinterviews auf der Grundlage von DISHES ermittelt [52].

Die Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen in dieser Altersgruppe, die in etwa der Altersgruppe der Jugendlichen in diesem Bericht (11 bis 17 Jahre) entspricht, ist im Durchschnitt ausreichend. Eine unzureichende Aufnahme aus der Nahrung ist für Vitamin D und Folat (bei den Mädchen zusätzlich von Eisen) zu verzeichnen [52].

Vitamin D kann aber nicht nur über die Nahrung aufgenommen werden, sondern wird vor allem durch Sonnenbestrahlung der Haut synthetisiert. Aktuelle Studien zufolge gibt es einen Zusammenhang zwischen niedrigen Vitamin-D-Spiegeln im Blut und dem Auftreten zahlreicher chronischer Krankheiten [53]. Vitamin-D-Werte unter 50 nmol/L werden demnach als unzureichend definiert. Der Vitamin-D-Spiegel im Serum (25-Hydroxyvitamin-D-Werte) kann anhand aktueller Auswertungen bei den KiGGS-Teilnehmern eingeschätzt werden [54]. Im Jugendalter lagen 70 % der Jungen und 69 % der Mädchen unter dem beschriebenen Grenzwert. Damit wird deutlich, dass unzureichende Vitamin-D-Spiegel auch in dieser Lebensphase relevant sind.

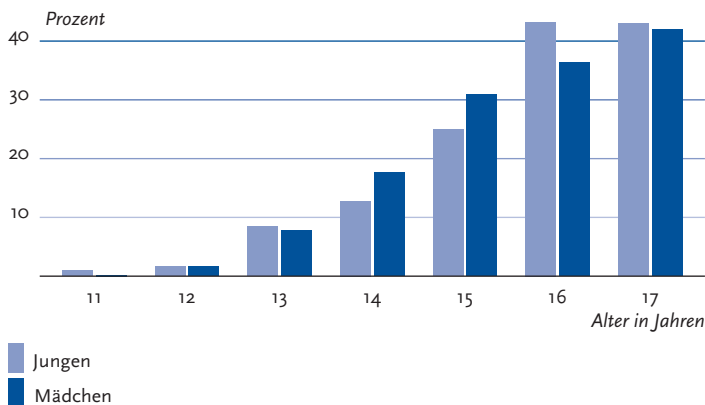
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ernährung bei den Jugendlichen insgesamt ungünstiger als noch im Kindes- oder Schulalter ist. Lediglich 23 % bzw. 9 % der Jugendlichen erreichen die Empfehlungen für Obst bzw. Gemüse. Zudem verzehren 90 % der Jugendlichen mehr als die maximal geduldete Menge an Süßigkeiten. Die Aufnahme von Folat aus der Nahrung ist zu gering. Des Weiteren ist die Vitamin-D-Aufnahme aus der Nahrung zu niedrig, und auch die Serum Vitamin-D-Spiegel sind nicht ausreichend.

6.2.2 Rauchen

Die KiGGS-Ergebnisse zeigen, dass 20,3 % der 11- bis 17-jährigen Jungen und 20,5 % der gleichaltrigen Mädchen rauchen. Allerdings gibt es deutliche altersspezifische Unterschiede: Während mit weniger als 2 % die wenigsten Jungen und Mädchen im Alter von 11 und 12 Jahren rauchen, nehmen die Häufigkeiten ab einem Alter von 13 Jahren deutlich zu. Der Anteil der rauchenden 17-jährigen Jungen und Mädchen liegt bereits bei 43,1 % bzw. 42,0 % (siehe Abbildung 6.2.2.1 sowie [55]).

Während der Großteil der rauchenden 11- bis 13-jährigen nur gelegentlich zur Zigarette greift, rauchen von den älteren Jugendlichen viele regelmäßig: 25,5 % der 14- bis 17-jährigen Jungen und 25,7 % der gleichaltrigen Mädchen rauchen mindestens einmal in der Woche, 21,4 % der Jungen bzw. 20,8 % der Mädchen sogar täglich. Im Durchschnitt konsumieren die regelmäßig rauchenden 14- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen 9,2 bzw. 7,9 Zigaretten am Tag. Als starke Raucher (10 Zigaretten und mehr am Tag) gelten 13,1 % der 14- bis 17-jährigen Jungen und 10,3 % der gleichaltrigen Mädchen. 20 oder mehr Zigaretten am Tag werden von 2,4 % der Jungen und 1,9 % der Mädchen konsumiert [55]. Eine altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass sowohl die Regelmäßigkeit als auch die Intensität des Tabakkonsums

Abbildung 6.2.2.1
Aktueller Tabakkonsum (regelmäßig oder gelegentlich) bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben



mit dem Alter zunimmt. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind insgesamt sehr gering. Auffallend ist lediglich, dass die Anteile der regelmäßig, täglich und stark Rauchenden bei den 14- und 15-jährigen Mädchen etwas über denen der Jungen liegen, während es sich bei den 16- und 17-Jährigen umgekehrt verhält. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant. Weitere Analysen zeigen, dass die 17-jährigen Jungen und Mädchen, die mindestens einmal in der Woche rauchen, durchschnittlich im Alter von 14,2 Jahren mit dem regelmäßigen Konsum begonnen haben [55, 56].

Tabelle 6.2.2.2
Tabakkonsum von 14- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
Niedriger sozialer Status	36,4%	39,1%	37,8%
Mittlerer sozialer Status	30,1%	33,0%	31,5%
Hoher sozialer Status	25,8%	21,6%	23,7%
Migrant	26,7%	24,6%	25,7%
Nicht-Migrant	32,0%	33,2%	32,6%
Ost	37,7%	36,0%	36,9%
West	29,2%	30,7%	29,9%
Gesamt	31,1%	31,9%	31,5%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Der soziale Status wirkt sich bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen auf das Rauchverhalten aus: Der Anteil der rauchenden Jungen und Mädchen der niedrigsten Statusgruppe liegt mit 36,4% und 39,1% signifikant über dem Anteil der Gleichaltrigen der höchsten Statusgruppe (25,8% bzw. 21,6%). Die Differenz ist hier bei den Mädchen zwischen den Sozialstatusgruppen etwas größer als bei den Jungen. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund vergleichsweise selten rauchen. Auffällig ist, dass die Unterschiede zwischen

Migrantinnen/Migranten und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund lediglich bei den Mädchen signifikant sind. Tabelle 6.2.2.2 zeigt ebenso, dass der Tabakkonsum in den neuen Bundesländern signifikant stärker verbreitet ist als in den alten Bundesländern. Weitere multivariate Analysen weisen darüber hinaus insbesondere den von den Jugendlichen besuchten Schultyp sowie das Rauchverhalten von Eltern und Freunden als relevante Einflussgrößen auf den Tabakkonsum der Jugendlichen aus [56].

Feststellen lässt sich, dass insgesamt ein Fünftel der Jungen und Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren raucht. Regelmäßige und starke Raucher finden sich vor allem unter den 14- bis 17-jährigen, wobei die geschlechtsspezifischen Unterschiede gering sind.

6.2.3 Alkohol und Drogen

Von den 11- bis 17-jährigen haben 64,8% der Jungen und 63,6% der Mädchen schon einmal Alkohol getrunken. Die Lebenszeitprävalenz steigt dabei mit dem Alter deutlich an: Während 19,6% der 11-jährigen Jungen und 11,7% der gleichaltrigen Mädchen über Alkoholkonsum berichten, sind es bei den 13-jährigen 44,3% bzw. 48,1% und bei den 17-jährigen Jungen und Mädchen über 95% [56]. Der Anteil der Jugendlichen, die über einen regelmäßigen Alkoholkonsum (d. h. mindestens einmal pro Woche) berichten liegt bei den 14- bis 17-jährigen Jungen bei 40,7%, bei den Mädchen gleichen Alters bei 23,1%. Ähnlich wie beim Rauchen zeichnet sich der altersabhängige Anstieg beim regelmäßigen Alkoholkonsum spätestens ab dem 14. Lebensjahr ab. Im Gegensatz zum Rauchen gibt es hinsichtlich des Alkoholkonsums darüber hinaus deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: von den 17-jährigen Jungen gaben 67,2% an, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu trinken, von den Mädchen sind es hingegen nur 39,7% [56].

Beim Alkoholkonsum fallen die Unterschiede hinsichtlich der in die Analysen einbezogenen sozialen Merkmale eher schwach aus (siehe Tabelle 6.2.3.1). Der Sozialstatus hat bei Jungen keinen Einfluss auf den Alkoholkonsum, bei den Mädchen zeigen sich hingegen signifikante Unterschiede nach Sozialstatus. Differenzen zwischen

Tabelle 6.2.3.1

Alkohol- und Drogenkonsum von 14- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen
Alkohol (mind. einmal pro Woche)		
Niedriger sozialer Status	37,0%	19,5%
Mittlerer sozialer Status	44,6%	26,1%
Hoher sozialer Status	39,9%	25,5%
Migrant	27,5%	9,9%
Nicht-Migrant	43,3%	25,6%
Ost	41,9%	20,0%
West	40,4%	24,0%
Gesamt	40,7%	23,1%
Haschisch / Marihuana (12-Monatsprävalenz)		
Niedriger sozialer Status	13,8%	8,8%
Mittlerer sozialer Status	15,4%	10,4%
Hoher sozialer Status	13,3%	10,6%
Migrant	14,2%	8,2%
Nicht-Migrant	14,9%	10,4%
Ost	15,4%	8,1%
West	14,5%	10,4%
Gesamt	14,7%	9,9%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen und p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sind hinsichtlich des Alkoholkonsums hingegen sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen stärker: Migranten und vor allem Migrantinnen trinken signifikant seltener regelmäßig Alkohol als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund. Unterschiede nach der Wohnregion bestehen nur bei Mädchen und lassen sich an einem etwas geringeren Zuspruch zum Alkohol in den neuen Bundesländern festmachen (nicht signifikant).

Illegale Drogen wie Haschisch und Marihuana wurden von 14,7% der 14- bis 17-jährigen Jungen und 9,9% der gleichaltrigen Mädchen in den letzten 12 Monaten mindestens einmal genommen. Wie für den Tabak- und Alkoholkonsum kommt dem Alter von 14 Jahren eine große Bedeutung zu, erst hier erfährt der Konsum von Haschisch

und Marihuana mit 3,8% der Jungen und 3,2% der Mädchen eine gewisse Verbreitung. Im weiteren Verlauf der Adoleszenz nimmt die Erfahrung zu: Von den 17-jährigen haben 24,7% der Jungen und 14,5% der Mädchen im letzten Jahr Haschisch oder Marihuana geraucht. Der Anteil der 14- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, die diese Drogen mehr als einmal genommen haben, liegt bei 6,7% bzw. 4,2% [56].

Der Konsum anderer illegaler Drogen spielt für Jugendliche eine untergeordnete Rolle: Ecstasy wurde in den letzten 12 Monaten von 0,5% der 14- bis 17-jährigen Jungen und 0,6% der gleichaltrigen Mädchen genommen, Aufputzmittel, wie zum Beispiel Speed oder Amphetamine, von 0,6% der Jungen und 0,8% der Mädchen. Ähnlich gering ist in diesem Alter die Verbreitung des Gebrauchs von Medikamenten (0,2% bzw. 1,0%)

oder Lösungsmitteln und Leim (1,0% bzw. 1,6%), um eine berauschende Wirkung zu erzielen.

Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich des Drogenkonsums fallen sehr gering aus und sind nicht signifikant (siehe Tabelle 6.2.3.1). Weiterführende Analysen sprechen dafür, dass der Schulbildung der Jugendlichen für den Substanzkonsum eine weitaus größere Bedeutung zukommt als dem Sozialstatus der Familie [56].

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass immerhin zwei Drittel der 17-jährigen Jungen und zwei Fünftel der gleichaltrigen Mädchen regelmäßig Alkohol konsumieren. Beim Konsum illegaler Drogen ist das Rauchen von Haschisch und Marihuana am meisten verbreitet: Ein Viertel der 17-jährigen Jungen und ein Siebentel der Mädchen gleichen Alters haben diese Droge im letzten Jahr konsumiert. Ab dem Alter von 14 Jahren steigt sowohl der Alkohol- als auch der Haschisch- und Marihuanakonsum unter Jugendlichen stark an.

6.2.4 Körperlich-sportliche Aktivität

Die Analysen zur körperlich-sportlichen Aktivität der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen basieren auf deren Selbstangaben und sind aus diesem Grund nicht unmittelbar mit den Analysen der Sportbeteiligung der jüngeren Kinder vergleichbar (siehe Kapitel 3.2.4 sowie [57]).

Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren sind zu 89,9% und gleichaltrige Mädchen zu 78,5% mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv. Dem eigentlich gewünschtem Niveau fast täglicher Aktivität werden jedoch lediglich 28,2% der Jungen und 17,3% der Mädchen gerecht. Als körperlich-sportlich Inaktive (weniger als einmal pro Woche aktiv) können in der Altersspanne der 11- bis 17-Jährigen 10,1% der Jungen und 21,5% der Mädchen bezeichnet werden (siehe Tabelle 6.2.4.1). Auffällig ist, dass bei Jugendlichen – wie teilweise auch schon bei den Kindern – deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu Ungunsten der Mädchen zutage treten. Außerdem nimmt die körperlich-sportliche Aktivität im Laufe der Adoleszenz weiter ab. Zum Beispiel ist im Alter von 11 bis 13 Jahren noch fast ein Drittel der Jugendlichen fast täglich aktiv, im Alter von 14 bis 17 Jahren nur noch weniger als ein Fünftel.

Tabelle 6.2.4.1
Häufigkeit körperlich-sportlicher Aktivität bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Altersgruppe	Fast täglich	3- bis 5-mal pro Woche	1- bis 2-mal pro Woche	Seltener	Nie
11 – 13 Jahre					
Jungen	34,0%	36,7%	23,1%	3,0%	3,2%
Mädchen	23,8%	30,7%	33,0%	4,2%	8,4%
Gesamt	29,0%	33,7%	27,9%	3,6%	5,7%
14 – 17 Jahre					
Jungen	24,4%	36,4%	26,6%	4,3%	8,3%
Mädchen	13,1%	23,6%	36,0%	9,2%	18,1%
Gesamt	18,9%	30,1%	31,2%	6,7%	13,1%
11 – 17 Jahre					
Jungen	28,2%	36,5%	25,2%	3,8%	6,3%
Mädchen	17,3%	26,4%	34,9%	7,2%	14,2%
Gesamt	22,9%	31,6%	29,9%	5,4%	10,2%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Während bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion bei den Jungen hinsichtlich ihrer körperlich-sportlichen Aktivität nur sehr schwach ausgeprägt sind, zeigen sich signifikante Unterschiede bei den Mädchen. Anhand des Sozialstatus lässt sich ein deutlicher Gradient erkennen: In der unteren Statusgruppe beläuft sich der Anteil der Mädchen, die seltener als einmal in der Woche körperlich-sportlich aktiv sind, auf 28,1%; in der mittleren und hohen Statusgruppe trifft dies hingegen nur auf 20,2% und 15,8% zu. Außerdem sind Mädchen mit Migrationshintergrund mit 27,7% im Vergleich zu Mädchen ohne Migrationshintergrund mit 20,1% signifikant häufiger inaktiv. Auch der Ost-West-Vergleich zeigt signifikante Unterschiede zu Ungunsten der Mädchen aus den neuen Bundesländern (siehe Tabelle 6.2.4.2 sowie [57]).

Tabelle 6.2.4.2
Körperlich-sportliche Inaktivität (weniger als einmal pro Woche aktiv) von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen
Niedriger sozialer Status	10,3 %	28,1 %
Mittlerer sozialer Status	10,2 %	20,2 %
Hoher sozialer Status	8,9 %	15,8 %
Migrant	9,4 %	27,7 %
Nicht-Migrant	10,2 %	20,1 %
Ost	11,3 %	27,4 %
West	9,8 %	20,1 %
Gesamt	10,1 %	21,5 %

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Sport und Bewegung im Jugendalter weit verbreitet sind. Die aktuelle Empfehlung, die zu körperlich-sportlicher Aktivität an den meisten Tagen der Woche rät, wird jedoch in der Altersgruppe der 11- bis 17-jährigen nur von jedem vierten Jungen und jedem sechsten Mädchen erreicht. Deutliche

Aktivitätsdefizite weisen Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie Mädchen mit Migrationshintergrund auf.

6.2.5 Freizeitverhalten – Nutzung elektronischer Medien

Für die Analysen zur Mediennutzung im Jugendalter wurde auf Informationen aus der mit einem Selbstausfüllfragebogen durchgeführten Befragung der 11- bis 17-jährigen zurückgegriffen; aus diesem Grund ist ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen der Kinder (siehe Kapitel 4.2.3 und 5.2.3) nicht möglich, da diese auf den Angaben der Eltern beruhen (siehe ausführliche Beschreibung Kapitel 3.2.5 sowie [58]).

Die KiGGS-Analysen belegen eine große Bedeutung elektronischer Medien im Alltag von Jugendlichen. Dabei sind Fernseh- und Videokonsum sowie Musikhören am stärksten verbreitet: 95,9% der 11- bis 17-jährigen gaben an, täglich fernzusehen oder Video zu schauen, und 92,5% hören jeden Tag Musik. Der Computer und das Internet werden von 76,0% der Jugendlichen täglich genutzt, Mobiltelefone von 62,0% und Spielkonsolen von 33,5% dieser Altersgruppe. Die Häufigkeit der Mediennutzung unterscheidet sich jedoch nach Alter und Geschlecht. Insgesamt steigt die Beschäftigung mit den verschiedenen Medien bei den befragten Jugendlichen mit dem Alter an. Eine Ausnahme stellt die Nutzung der Spielkonsole dar: Die Zeit, die hiermit verbracht wird, nimmt bei Jungen sowie bei Mädchen in der höheren Altersgruppe ab (siehe Tabelle 6.2.5.1). Weiter fällt auf, dass Jungen mehr Zeit als Mädchen mit Computer/Internet und Spielkonsole verbringen. So nutzt zum Beispiel gut ein Drittel der Jungen im Alter von 11- bis 13 Jahren und über die Hälfte der 14- bis 17-jährigen mindestens eine Stunde am Tag Computer und Internet. Der Anteil der gleichaltrigen Mädchen liegt mit 23,4% und 33,3% deutlich darunter. Mädchen hören im Vergleich zu Jungen allerdings mehr Musik und nutzen häufiger das Handy. Fast die Hälfte der Mädchen und etwa ein Drittel der Jungen hört drei Stunden und mehr am Tag Musik. Die Geschlechterunterschiede bezüglich der Handynutzung fallen besonders bei den 14- bis 17-jährigen auf. Fernsehen und Videokonsum ist bei Jungen

Tabelle 6.2.5.1
Häufigkeit des täglich Medienkonsums von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Elektronische Medien	Jungen			Mädchen		
	11–13 Jahre	14–17 Jahre	Gesamt	11–13 Jahre	14–17 Jahre	Gesamt
Fernsehen/Video						
Gar nicht	4,7%	3,5%	4,0%	4,3%	4,2%	4,2%
Ca. 30 Minuten	25,7%	17,7%	20,8%	26,5%	19,1%	22,0%
Ca. 1–2 Stunden	51,9%	54,0%	53,2%	50,8%	49,8%	50,2%
3+ Stunden	17,8%	24,9%	22,1%	18,4%	26,9%	23,6%
Musik hören						
Gar nicht	18,1%	6,8%	11,3%	6,1%	1,8%	3,5%
Ca. 30 Minuten	45,1%	30,2%	36,1%	37,5%	19,2%	26,4%
Ca. 1–2 Stunden	23,6%	31,6%	28,4%	33,4%	33,4%	33,4%
3+ Stunden	13,2%	31,4%	24,2%	23,1%	45,6%	36,7%
Computer/Internet						
Gar nicht	23,6%	14,5%	18,1%	34,8%	27,1%	30,1%
Ca. 30 Minuten	37,1%	26,4%	30,6%	41,8%	39,5%	40,4%
Ca. 1–2 Stunden	31,6%	36,2%	34,4%	20,0%	25,0%	23,1%
3+ Stunden	7,7%	22,8%	16,9%	3,4%	8,3%	6,4%
Spielkonsole						
Gar nicht	41,2%	56,2%	50,3%	77,6%	87,3%	83,5%
Ca. 30 Minuten	25,9%	19,9%	22,3%	15,3%	8,3%	11,1%
Ca. 1–2 Stunden	26,6%	18,0%	21,4%	5,3%	3,6%	4,3%
3+ Stunden	6,3%	6,0%	6,1%	1,8%	0,7%	1,1%
Mobiltelefon						
Gar nicht	61,7%	34,7%	45,4%	45,5%	20,3%	30,2%
Ca. 30 Minuten	30,5%	46,1%	39,9%	40,8%	45,5%	43,6%
Ca. 1–2 Stunden	5,3%	11,7%	9,1%	8,6%	16,5%	13,4%
3+ Stunden	2,5%	7,5%	5,6%	5,1%	17,7%	12,7%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

und Mädchen hingegen gleichermaßen beliebt. Etwa drei Viertel der Jugendlichen schauen mehr als eine Stunde, ein Viertel sogar drei und mehr Stunden am Tag fern oder Videofilme [58].

Darüber hinaus zeigen sich in der Nutzung elektronischer Medien zum Teil ausgeprägte Unterschiede nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West). Jungen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus beschäftigen sich insgesamt häufiger und länger

mit elektronischen Medien, signifikante Unterschiede gibt es insbesondere bezüglich des Fernseh- und Videokonsums und der Handynutzung. Bei Jungen gibt es darüber hinaus signifikante Sozialstatusunterschiede hinsichtlich der Nutzung von Spielkonsolen [58]. Tabelle 6.2.5.2 zeigt zum Beispiel, dass 31,5% der Jungen und 34,0% der Mädchen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus drei und mehr Stunden pro Tag Fernsehen oder Videos schauen, die Anteile der Gleichaltri-

gen aus Familien mit hohem Sozialstatus liegen hingegen bei 12,4 % bzw. 13,3 %. Darüber hinaus fällt auf, dass 11- bis 17-jährige Jungen mit Migrationshintergrund sich signifikant häufiger mit Fernsehen/Video, Computer/Internet, Spielkonsole und Handy beschäftigen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Bei Mädchen zeigen sich hingegen keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund. Die Unterschiede nach der Wohnregion lassen sich an einer stärkeren Verbreitung der Mediennutzung in den neuen gegenüber den alten Bundesländern festmachen. Dies zeigt sich bei den Mädchen zumindest für die Beschäftigung mit Fernsehen/Video und Handy, bei Jungen werden – ähnlich wie bei den Sozialstatusunterschieden – daneben signifikante Differenzen zwischen den in östlichen und westlichen Regionen Lebenden hinsichtlich der

Beschäftigung mit Spielkonsolen deutlich (siehe Tabelle 6.2.5.2 sowie [58]).

Die KiGGS-Analysen weisen insgesamt eine starke Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter aus und zeigen deutliche gruppenspezifische Unterschiede. So verbringen Jungen insgesamt mehr Zeit als Mädchen mit Computer/Internet und Spielkonsole, während Mädchen häufiger Musik hören und sich mit dem Handy beschäftigen.

Tabelle 6.2.5.2

Starke Nutzung elektronischer Medien (3 und mehr Stunden pro Tag) von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Fernseh/ Video	Musik- hören	Computer/ Internet	Spiel- konsole	Mobil- telefon
Jungen					
Niedriger sozialer Status	31,5 %	24,8 %	16,2 %	9,5 %	8,9 %
Mittlerer sozialer Status	21,0 %	24,5 %	18,4 %	5,9 %	4,9 %
Hoher sozialer Status	12,4 %	21,9 %	13,7 %	1,7 %	1,9 %
Migranten	31,1 %	22,2 %	21,1 %	9,2 %	8,4 %
Nicht-Migranten	20,2 %	24,6 %	16,0 %	5,5 %	5,0 %
Ost	29,9 %	28,0 %	15,6 %	8,5 %	8,9 %
West	20,3 %	23,4 %	17,2 %	5,6 %	4,8 %
Gesamt	22,1 %	24,2 %	16,9 %	6,1 %	5,6 %
Mädchen					
Niedriger sozialer Status	34,0 %	39,0 %	8,0 %	2,4 %	16,7 %
Mittlerer sozialer Status	22,6 %	37,7 %	6,3 %	0,9 %	13,5 %
Hoher sozialer Status	13,3 %	32,3 %	4,8 %	0,2 %	6,9 %
Migranten	28,3 %	37,5 %	8,5 %	2,1 %	13,3 %
Nicht-Migranten	22,5 %	36,6 %	5,9 %	0,9 %	12,6 %
Ost	29,0 %	41,1 %	4,6 %	0,8 %	17,0 %
West	22,3 %	35,8 %	6,8 %	1,2 %	11,8 %
Gesamt	23,6 %	36,7 %	6,4 %	1,1 %	12,7 %

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

6.2.6 Mundhygiene und Kariesprophylaxe

In der Lebensphase 11 bis 17 Jahre fällt auf, dass sich die Mund- oder Zahnhygiene, gemessen an einer ungenügenden Zahnputzfrequenz (einmal täglich und seltener), zwischen Jungen und Mädchen deutlich unterscheidet. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede schlagen sich in allen analysierten Parametern (Migrations- und Sozialstatus, Region) dahingehend nieder, dass Jungen häufiger eine unzureichende Mundhygiene aufweisen. Die Diskrepanz im Verhalten zwischen Jungen und Mädchen wird insbesondere bei den Jugendlichen (14 bis 17 Jahre) deutlich. Während nur jedes 5. Mädchen (19,5%) dieses Alters eine unzureichende Zahnputzfrequenz aufweist, ist es bei den Jungen mehr als ein Drittel (35,3%). Sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen ist jedoch eine unzureichende Mundhygiene verstärkt mit einem niedrigen Sozialstatus der Herkunftsfamilien und mit dem Merkmal Migrationshintergrund verbunden, wobei diese Differenzen bei den Jungen größer als bei den Mädchen sind. Für das Leben in Ost- oder Westdeutschland sind bei beiden Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede festzustellen (siehe Tabelle 6.2.6.1).

Tabelle 6.2.6.1

Zähne putzen einmal täglich und seltener bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11–13 Jahre	30,2%	25,7%	28,0%
14–17 Jahre	35,3%	19,5%	27,6%
Niedriger Sozialstatus	44,6%	27,6%	36,3%
Mittlerer Sozialstatus	30,8%	23,3%	27,1%
Hoher Sozialstatus	24,4%	13,0%	18,9%
Migrant	45,2%	28,6%	37,1%
Nicht-Migrant	30,8%	20,6%	25,8%
Ost	35,2%	25,0%	30,3%
West	32,8%	21,2%	27,2%
Gesamt	33,3%	21,9%	27,7%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen und hinsichtlich Sozial- sowie Migrationsstatus und Geschlecht (gesamt) sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Wie beim Zahnputzverhalten zeigen sich auch bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen Zusammenhänge mit migrationspezifischen und sozialen Bedingungen. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass Kinder ab dem 30. Lebensmonat Anspruch auf halbjährliche Kontrolluntersuchungen durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt, einschließlich individualprophylaktischer Maßnahmen (z. B. Aufklärung über Krankheitsursachen, Mundhygiene zahngesunde Ernährung und lokale Fluoridierung), haben. Sowohl Mädchen als auch Jungen mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem Sozialstatus geben signifikant häufiger an, die Vorsorgeuntersuchung nicht ausreichend genutzt zu haben (seltener als einmal jährlich). Ost-West-Unterschiede zeigen sich lediglich bei den Jungen. Jungen aus den neuen Bundesländern gehen offensichtlich häufiger zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung als ihre gleichaltrigen Geschlechtsgenossen aus den alten Bundesländern. Unterschiedlich ist bei den Jungen das Inanspruchnahmeverhalten auch in Abhängigkeit von der Wohnortgröße: Jungen aus mittelgroßen Orten und Großstädten haben ein schlechteres

Tabelle 6.2.6.2

Zahnarztkontrolle seltener als einmal jährlich bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11–13 Jahre	5,0%	3,2%	4,1%
14–17 Jahre	6,7%	6,1%	6,4%
Niedriger Sozialstatus	10,6%	8,1%	9,4%
Mittlerer Sozialstatus	4,5%	3,9%	4,2%
Hoher Sozialstatus	3,5%	3,5%	3,5%
Migrant	15,1%	9,9%	12,6%
Nicht-Migrant	4,3%	4,0%	4,2%
Ost	3,9%	4,3%	4,1%
West	6,6%	5,1%	5,8%
Gesamt	6,1%	4,9%	5,5%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Inanspruchnahmeverhalten als Jungen aus ländlichen Gemeinden und Kleinstädten (siehe Tabelle 6.2.6.2).

Zusammenfassend lässt sich einschätzen, dass für das Mundgesundheitsverhalten in dieser Lebensphase soziale und migrationspezifische Fragen bedeutend sind. Hervorzuheben sind außerdem die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Zahnputzfrequenz bei den 14- bis 17-Jährigen: Deutlich mehr Mädchen putzen ihre Zähne gemäß den Empfehlungen mindestens zweimal täglich.

6.3 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

6.3.1 Früherkennungsuntersuchungen (J1)

Die Jugendfrüherkennungsuntersuchung J1 wird für alle gesetzlich versicherten Jugendlichen zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr angeboten. Wie auch die Früherkennungsuntersuchungen ab der U3 wird diese Untersuchung überwiegend vom Kinder- und Jugendarzt durchgeführt. Datengrundlage für die Auswertungen zur J1 bilden alle Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen, die zum Untersuchungszeitpunkt 15 bis 17 Jahre alt waren und entweder in Deutschland geboren oder spätestens mit zwölf Jahren nach Deutschland gekommen sind (siehe auch Kapitel 3.3.1 sowie [59]). Im Vergleich zur Inanspruchnahme des Früherkennungsprogramms U1 bis U9 ist bei der Jugendgesundheitsuntersuchung ein sehr deutlicher Abfall zu verzeichnen: Nehmen im sechsten Lebensjahr noch 86,4 % der Kinder die U9 wahr, sind es bei den Jugendlichen lediglich noch 37,9 % die an der J1 teilnehmen. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme sind nicht zu verzeichnen.

Bevölkerungsspezifische Unterschiede nach Sozialstatus und Wohnregion sind hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens der Jugendlichen ebenfalls nicht zu beobachten. Deutliche Differenzen zeigen sich jedoch zwischen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund: Jugendliche mit Migrationshintergrund gehen signifikant seltener zur J1-Jugendgesundheitsuntersuchung als Jugendliche ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 6.3.1.1).

Tabelle 6.3.1.1

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung J1 nach Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	J1 (11.–15. Lebensjahr)
Jungen	36,6 %
Mädchen	39,2 %
Niedriger Sozialstatus	35,5 %
Mittlerer Sozialstatus	39,3 %
Hoher Sozialstatus	38,3 %
Migrant	25,6 %
Nicht-Migrant	39,6 %
Ost	38,6 %
West	37,7 %
Gesamt	37,9 %

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

6.3.2 Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Die hier vorgestellten KiGGS-Analysen zur Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten beruhen für die 0- bis 13-jährigen Kinder auf Angaben der Eltern, bei den 14- bis 17-Jährigen wurden die Jugendlichen selbst nach der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den letzten 12 Monaten befragt (siehe auch Kapitel 3.3.2).

Wie zu erwarten war, sinkt die jährliche Inanspruchnahmerate von Kinderärztinnen und -ärzten mit zunehmendem Alter der Kinder, während die Rate bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern steigt. Im Alter von 0 bis 2 Jahren nehmen noch insgesamt 95,7 % der Kinder eine Kinderärztin bzw. einen Kinderarzt in Anspruch, im Alter von 14 bis 17 Jahren sind es nur noch 26,0 % (siehe Tabelle 6.3.2.1). Dafür werden bei den Jugendlichen die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner die häufigsten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen; von den 14- bis 17-Jährigen besuchten 56,5 % in den letzten 12 Monaten eine allgemeinärztliche Praxis. Fachärztinnen bzw. -ärzte werden von allen 11- bis 17-jährigen Jugendlichen am häufigsten in der Richtung Augenheilkunde (22,9 %) in Anspruch genommen,

Tabelle 6.3.2.1
Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte in den letzten 12 Monaten
von 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Alter, Anteile (%)
 Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben, Selbstangaben

Fachgebiet	11 – 13 Jahre	14 – 17 Jahre	11 – 17 Jahre
Kinderheilkunde			
Jungen	47,3 %	27,0 %	35,0 %
Mädchen	47,3 %	25,0 %	33,8 %
Gesamt	47,3 %	26,0 %	34,4 %
Allgemeinmedizin			
Jungen	43,8 %	55,5 %	50,9 %
Mädchen	44,8 %	57,5 %	52,5 %
Gesamt	44,3 %	56,5 %	51,7 %
Innere Medizin			
Jungen	4,5 %	4,5 %	4,5 %
Mädchen	4,5 %	4,7 %	4,6 %
Gesamt	4,5 %	4,6 %	4,5 %
Augenheilkunde			
Jungen	23,0 %	17,1 %	19,4 %
Mädchen	26,8 %	26,3 %	26,5 %
Gesamt	24,8 %	21,6 %	22,9 %
Orthopädie			
Jungen	14,9 %	12,7 %	13,5 %
Mädchen	12,8 %	14,2 %	13,6 %
Gesamt	13,9 %	13,4 %	13,6 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde			
Jungen	9,1 %	12,1 %	10,9 %
Mädchen	9,1 %	12,0 %	10,9 %
Gesamt	9,1 %	12,1 %	10,9 %
Dermatologie			
Jungen	9,5 %	14,5 %	12,5 %
Mädchen	13,0 %	22,5 %	18,8 %
Gesamt	11,2 %	18,4 %	15,6 %
Gynäkologie			
Mädchen	2,4 %	37,0 %	23,4 %

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen und Geschlechtern sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

von Mädchen aber auch gynäkologische Praxen (23,4 %). Betrachtet man das gesamte Kindes- und Jugendalter zeigt sich im Altersverlauf insbesondere eine Zunahme der Betreuung in den Bereichen Innere Medizin, Orthopädie und Dermatologie.

Signifikante Geschlechterunterschiede sind in der Jugendphase – neben der hohen Inanspruchnahmerate der Frauenärztinnen und -ärzte – lediglich bei der Häufigkeit von Augen- und Hautarztbesuchen zu beobachten: in beiden Fällen suchen vor

allein die 14- bis 17-jährigen Mädchen die Fachärztinnen und -ärzte häufiger auf als ihre männlichen Altersgenossen.

Sozialstatusunterschiede bei den Jugendlichen hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme zeigen sich für Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Orthopädie und Dermatologie. Interessant ist hierbei, dass die Inanspruchnahme der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner durch Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus signifikant höher ist (niedriger Sozialstatus: 51,6 % vs. hoher Sozialstatus: 46,7 %), die Inanspruchnahme der anderen genannten Fachärztinnen und -ärzte hingegen durch Jugendliche mit hohem Sozialstatus. Unterschiede nach Migrationshintergrund sind hinsichtlich der Inanspruchnahme der Kinderärzte, Allgemeinmediziner, Augenärzte und Frauenärzte zu beobachten. Auffallend ist, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund signifikant häufiger eine Kinderärztin bzw. einen Kinderarzt aufsuchen als Nicht-Migranten (42,1 % vs. 32,8 %), Jugendliche ohne Migrationshintergrund dagegen signifikant häufiger eine Allgemeinmedizinerin bzw. einen Allgemeinmediziner (53,3 % vs. 43,7 %). Die Inanspruchnahme der anderen Fachärztinnen bzw. -ärzte ist jeweils unter den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund signifikant höher als unter Jugendlichen mit Migrationshintergrund (Augenarzt: 23,5 % vs. 20,0 %; Frauenarzt: 18,4 % vs. 24,5 %).

In den neuen Bundesländern nehmen die Jugendlichen signifikant häufiger Kinderärztinnen bzw. -ärzte (44,6 %) als in den alten Bundesländern (32,1 %) in Anspruch. Die westdeutschen Jugendlichen gehen hingegen signifikant häufiger zu einer Allgemeinmedizinerin bzw. zu einem Allgemeinmediziner (53,4 %) als Gleichaltrige in Ostdeutschland (44,2 %). Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Fachärztinnen und -ärzten zeigt sich im Ost-West-Vergleich lediglich ein höheres Inanspruchnahmeverhalten ostdeutscher weiblicher Jugendlicher bei Frauenärztinnen bzw. -ärzten (31,7 % vs. 21,6 %), bei den westdeutschen Jugendlichen hingegen eine höhere Inanspruchnahmerate von Augenärztinnen bzw. -ärzten (23,5 % vs. 20,0 %).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten

der Pädiatrie abnimmt und die der Allgemeinmedizin zunimmt. Neben einer bereits seit der Kleinkindphase konstant hohen Inanspruchnahmerate von Augenärztinnen und -ärzten, sind bei Jugendlichen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Fachärztinnen bzw. -ärzten vor allem hohe Raten für die Gynäkologie und Dermatologie zu beobachten.

6.3.3 Arzneimittelanwendungen

Bei Jugendlichen (11 bis 17 Jahre) stellt sich die Arzneimittelanwendung sehr heterogen dar. Während sich die Prävalenz bei den Jungen mit zunehmendem Alter stetig vermindert, setzt bei den Mädchen ab 14 Jahren ein erneuter Anstieg ein. Im Alter von 14 bis 17 Jahren weisen die Mädchen, verglichen mit allen anderen in KiGGS betrachteten Altersgruppen, die zweithöchste Anwenderate auf (61,4 %). Sie wird lediglich übertroffen von der Arzneimittelanwendung im Säuglings- und Kleinkindalter. Bei der Interpretation dieser und der folgenden Ergebnisse ist zu beachten, dass sich die KiGGS - Daten nicht nur auf die Prävalenz zugelassener Arzneimittel beziehen, sondern auch Nahrungsergänzungsmittel, Phytopharmaka (pflanzliche Arzneimittel) und Homöopathika (homöopathische Mittel) berücksichtigen.

Wie in den weiteren Ausführungen noch detailliert beschrieben wird, ist das hohe Niveau der Arzneimittelprävalenz bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen maßgeblich durch die Anwendung oraler Kontrazeptiva (Pille zur Schwangerschaftsverhütung) zu erklären. Infolge des divergenten Verlaufs der Anwendungsprävalenz von Arzneimitteln bei Jungen und Mädchen vergrößert sich die geschlechtsspezifische Differenz. 14-jährige Mädchen haben mit 61,5 % eine um 21 Prozentpunkte höhere Prävalenz als Jungen (40,5 %).

Unabhängig von Alter und Geschlecht zeigen sich die bereits in den anderen Lebensabschnitten beobachteten Unterschiede im Zusammenhang mit Sozialstatus und Migrationshintergrund. So weisen Jugendliche mit Migrationshintergrund seltener eine Arzneimittelanwendung auf als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund und die Anwendungsprävalenz steigt mit zunehmendem Sozialstatus an. Signifikant sind die Unterschiede entlang der sozialen Lage zwischen Jugendlichen

der unteren und der oberen Statusgruppe. Während die Arzneimittelanwendung bei den Jungen in Westdeutschland höher ist als im Osten der Republik, sind die Relationen bei den Mädchen genau umgekehrt. Die Differenzen zwischen Ost und West sind jedoch nur für Mädchen signifikant (siehe Tabelle 6.3.3.1).

Tabelle 6.3.3.1
Prävalenz der Arzneimittelanwendung in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben/Selbstangaben (ab 14 Jahre)

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11–13	42,0%	42,8%	42,4%
14–17	40,5%	61,4%	50,7%
Niedriger Sozialstatus	37,3%	50,5%	43,7%
Mittlerer Sozialstatus	41,4%	54,0%	47,6%
Hoher Sozialstatus	45,7%	58,7%	52,0%
Migrant	32,0%	46,0%	38,7%
Nicht-Migrant	43,0%	55,6%	49,2%
Ost	39,3%	60,3%	49,5%
West	41,5%	52,6%	46,9%
Gesamt	41,2%	52,1%	47,4%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen und hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Wird die Arzneimittelanwendung nach Verordnungs- und Selbstmedikation unterschieden, treten vor allem alters- und geschlechtsspezifische Differenzen zu Tage. Die Summe der Prävalenzen von Verordnungs- und Selbstmedikation übersteigt aufgrund von Mehrfachanwendungen die in Tabelle 6.3.3.1 aufgeführten Prävalenzraten für alle Arzneimittel insgesamt. Während sich bei den Jungen mit zunehmendem Alter die Prävalenz der Verordnungsmedikation kaum verändert, steigt diese bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen über das Doppelte an. Jungen unterscheiden sich in der Anwendung verordneter Arzneimittel we-

der nach Migrationsstatus noch nach sozialem Status der Familie. Mädchen ohne Migrationshintergrund haben dagegen signifikant höhere Prävalenzen als Mädchen aus Familien mit Migrationshintergrund, und Mädchen aus Ostdeutschland nehmen ebenfalls signifikant mehr verordnete Medikamente ein. Hinsichtlich des Sozialstatus lassen sich auch bei den Mädchen keine signifikant unterschiedlichen Prävalenzraten in der Verordnungsmedikation erkennen (siehe Tabelle 6.3.3.2).

Tabelle 6.3.3.2
Prävalenz der Verordnungsmedikation in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben/Selbstangaben (ab 14 Jahre)

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11–13	22,6%	20,9%	21,8%
14–17	19,8%	43,6%	31,4%
Niedriger Sozialstatus	19,6%	33,2%	26,2%
Mittlerer Sozialstatus	20,9%	36,2%	28,4%
Hoher Sozialstatus	21,7%	33,8%	27,5%
Migrant	17,2%	28,3%	22,5%
Nicht-Migrant	21,7%	35,8%	28,6%
Ost	19,9%	41,7%	30,5%
West	21,1%	33,0%	26,9%
Gesamt	21,2%	32,2%	27,6%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern sowie hinsichtlich Migrationsstatus und Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Etwa jeder vierte Jugendliche betreibt Selbstmedikation. Die geringfügig höheren Prävalenzen der älteren Jugendlichen (14 bis 17 Jahre) sind nicht signifikant. Mädchen und Jungen dieser Altersgruppe unterscheiden sich aber signifikant in der Prävalenz der Selbstmedikation. Die zuvor in allen Lebensphasen beobachteten Unterschiede zwischen Migranten vs. Nicht-Migranten sind lediglich bei männlichen Jugendlichen festzustellen. Ein Zusammenhang mit dem Sozialstatus

zeigt sich bei Jungen und Mädchen. Jugendliche aus Familien mit einem niedrigeren Sozialstatus wenden seltener Präparate aus dem Bereich der Selbstmedikation an als Jungen und Mädchen bzw. junge Männer und junge Frauen aus einer höheren Sozialstatusgruppe. Die Anwendungsrate selbst verordneter Präparate sind in Ost und West fast identisch (siehe Tabelle 6.3.3.3).

Tabelle 6.3.3.3
Prävalenz der Selbstmedikation in den letzten 7 Tagen vor der Befragung bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben/Selbstangaben (ab 14 Jahre)

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11–13	23,2%	26,1%	24,7%
14–17	24,3%	29,6%	26,9%
Niedriger Sozialstatus	19,8%	23,5%	21,6%
Mittlerer Sozialstatus	24,8%	27,7%	26,3%
Hoher Sozialstatus	28,3%	35,4%	31,8%
Migrant	16,8%	24,7%	20,6%
Nicht-Migrant	25,5%	29,0%	27,2%
Ost	22,4%	28,5%	25,4%
West	24,2%	28,2%	26,2%
Gesamt	23,8%	27,8%	26,0%

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen.

Betrachtet man das Arzneimittelspektrum, so wird deutlich, dass auch bei Jugendlichen Präparate zur Behandlung akuter Symptome und Krankheiten sowie zur Prävention im Vordergrund stehen. Auf Platz eins rangieren Analgetika (Schmerzmittel). Die Prävalenzrate verändert sich bei den Jungen im Alter von 7 bis 10 Jahren und 11 bis 13 Jahren kaum (4,2% vs. 4,7%) und steigt auf 6,2% bei den 14- bis 17-Jährigen. Bei den Mädchen tritt in diesem Zeitraum nahezu jeweils eine Verdopplung ein (2,3% vs. 6,9% vs. 12,9%). Die Analgetika werden überwiegend mit der Indikation »Kopfschmerz« und bei den Mädchen zusätz-

lich mit der Indikation »Menstruationsbeschwerden« eingesetzt. Auf Rang zwei der häufigsten Arzneimittelnennungen liegen Sexualhormone, in diesem Fall ausschließlich orale Kontrazeptiva bei den Mädchen. Im Durchschnitt wendet jedes vierte Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren die Pille zur Schwangerschaftsverhütung an. Die Prävalenzrate beträgt bei den 14-Jährigen 3,9% und steigt bis zum Alter von 17 Jahren kontinuierlich auf 44,6% an.

Tabelle 6.3.3.4
Rangfolge der 10 am häufigsten angewendeten Arzneimittelgruppen (in den letzten 7 Tagen vor der Befragung) bei 11- bis 17-jährigen, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Elternangaben/Selbstangaben (ab 14 Jahre)

Rang	Arzneimittelgruppe nach ATC-Kode*	Anteil
1	No2 Analgetika	11,3%
2	G03 Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	9,2%
3	A11 Vitamine	7,7%
4	R05 Husten- und Erkältungspräparate	7,5%
5	R01 Rhinologika	5,3%
6	Z00 Homöopathika	5,1%
7	M02 Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen	4,0%
8	R03 Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	3,8%
9	D10 Aknemittel	3,1%
10	H03 Schilddrüsentherapie	3,1%

* ATC: Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch, Arzneimittelklassifikation der WHO nach Organsystem, an dem das Arzneimittel wirkt (Anatomisch), mit welcher Indikation (Therapeutisch) und mit welchen Wirkstoffen (Chemisch).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Arzneimittelanwendungsprävalenz mit zunehmendem Alter bei Jungen stetig vermindert, bei den Mädchen hingegen ab dem 14. Lebensjahr ein erneuter Anstieg einsetzt. Dadurch vergrößern sich geschlechtsspezifische Unterschiede und werden ab einem Alter von 14 Jahren erstmals signifikant. Zu diesem Anstieg der Anwendungsrate von Arzneimitteln tragen im Wesentlichen orale Kontrazeptiva bei. Bedeutsam

ist bei Mädchen und Jungen im Alter von 14 bis 17 Jahren ein vermehrter Schmerzmittelgebrauch mit der Indikation »Kopfschmerz«, bei Mädchen stärker ausgeprägt und zusätzlich mit der Indikation »Menstruationsbeschwerden«. Die Zunahme in der Analgetikaaanwendung ist bei den Mädchen ebenfalls auffälliger und beginnt früher als bei den Jungen (Mädchen ab 11 Jahre vs. Jungen ab 14 Jahre).

Literatur

1. Oerter R, Dreher E (2002) Jugendalter. In: Oerter R, Montada L (Hrsg) Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 5. Auflage. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, Basel, Berlin, S 258–318
2. Hurrelmann K (2005) Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 8. Auflage. Juventa, Weinheim, München
3. Merkens H (2008) Jugendphase. www.familienhandbuch.de/cms/Kindheitsforschung-Jugendforschung.pdf (Stand: 15.07.2008)
4. Hauspie RC, Vercauteren M, Susanne C (1997) Secular changes in growth and maturation: an update. *Acta Paediatrica Suppl* 423: 20–27
5. Kahl H, Schaffrath Rosario A, Schlaud M (2007) Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 677–685
6. Dreher E, Dreher M (1985) Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In: Liepmann D, Stiksrud A (Hrsg) Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz. Hogrefe, Göttingen, S 56–70
7. Hurrelmann K (1995) Lebensphase Jugend. Chancen und Risiken für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. In: Hundsalz A, Klug HP, Schilling H (Hrsg) Beratung für Jugendliche. Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte. Juventa, Weinheim, München, S 31–46
8. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2005) Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. BMFSFJ, Berlin
9. Artelt C, Baumert J, Klieme E et al. (Hrsg) (2001) PISA 2000. Zusammenfassung zentraler Befunde. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin
10. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2002) Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Sechster Familienbericht. BMFSFJ, Berlin
11. Helfferich C (1995) Ansätze geschlechtsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen. In: Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (Hrsg) Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Juventa, Weinheim, München, S 135–156
12. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2006) Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. BZgA, Köln
13. Seifge-Krenke I (1995) Psychische Störungen im Jugendalter. In: Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (Hrsg) Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Juventa, Weinheim, München, S 177–204
14. Kolip P (1997) Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Leske + Budrich, Opladen
15. Lohaus A, Klein-Heßling J (1999) Problemlösen und Entspannung als Stressbewältigungsstrategien im Kindesalter. In: Röhrle B, Sommer G (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung. Dgvt-Verlag, Tübingen, S 233–248
16. Hurrelmann K (1994) Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, 3. Auflage. Juventa, Weinheim, München

17. Hurrelmann K (1994) Perspektiven für ein Programm »Gesunde Schulen«. In: Murza G, Laaser U (Hrsg) Gesundheitsförderung. Gesundheit und Schule. Theorien und Modelle zur Verbesserung der Lebens- und Lernqualität bei Kindern und Jugendlichen. Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS), Bielefeld, S 7–22
18. Kolip P, Nordlohne E, Hurrelmann K (1995) Der Jugendgesundheitssurvey 1993. In: Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (Hrsg) Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Juventa, Weinheim, München, S 25–48
19. Helsper W, Hummrich M (2005) Erfolg und Scheitern in der Schulkarriere: Ausmaß, Erklärungen, biografische Auswirkungen und Reformvorschläge. In: Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg) Kompetenzerwerb von Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Materialien zum Zwölften Kinder- und Jugendbericht, Bd. 3. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S 95–175
20. Franzkowiak P (1996) Risikokompetenz – Eine neue Leitorientierung für die primäre Suchtprävention? Neue praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik 26 (5): 409–425
21. Plinquant M, Silbereisen RK (2002) Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 45: 873–878
22. Hesse S (1993) Suchtprävention in der Schule. Leske + Budrich, Opladen
23. Raithel J (2001) Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Ein Überblick. In: Raithel J (Hrsg) Risikoverhalten Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Leske + Budrich, Opladen, S 11–29
24. Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (1995) Gesundheitliche Lage und Präventionsfelder im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel PE (Hrsg) Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Juventa, Weinheim, München, S 7–23
25. Casper W (1994) Mortalität und Morbidität im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip P (Hrsg) Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Juventa, Weinheim, München, S 47–61
26. Slaughter MH, Lohmann TG, Boileau RA et al. (1988) Skinfold equations for estimation of body fatness in children and youth. Hum Biol 60: 709–723
27. Zabransky S, Weinand C, Schmidgen A et al. (2000) Saarländische Wachstumsstudie 1995. Kinder Jugendarzt 31: 822–827
28. Georgi M, Schäfer F, Wühl E, et al. (1996) Körpergröße und -gewicht bei gesunden Schulkindern und Jugendlichen in Heidelberg. Monatsschr Kinderheilkd 144: 813–824
29. Fredriks AM, van Buuren S, Jeurissen SE et al. (2003) Height, weight, body mass index and pubertal development reference values for children of Turkish origin in the Netherlands. Eur J Pediatr. 162: 788–93
30. Tanner JM, Whitehouse RH (1976) Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. Arch Dis Childh. 51: 170–179
31. Hesse V (1997) Wachstum und Reifung. Sonderdruck aus: Meng W und Ziegler R (Hrsg) Endokrinologie. Grundlagen Klinik Praxis. Gustav Fischer Verlag S 105–131; Anhang S 628–644
32. Böhm A, Friese E, Lüdecke K (2002) Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Eine Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg. Monatsschr Kinderheilkd 150: 48–57
33. Zellner K, Jaeger U, Kromeyer-Hauschild K (2004) Height, weight and BMI of schoolchildren in Jena, Germany – are the secular changes levelling off? Econ Hum Biol. 2: 281–94
34. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2006) Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Eigenverlag, Köln
35. Kahl H, Rosario A, Schlaud M (2007) Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 677–685

36. Ostersehl D, Danker-Hopfe H (1991) Changes in age at menarche in Germany: Evidence for a continuing decline. *American Journal of Human Biology* 3: 647–654
37. Greil H, Kahl H (2005) Assessment of development age: cross-sectional analysis of secondary sexual characteristics. *Anthrop. Anz* 63: 63–75
38. Ständige Impfkommission (STIKO) (2008) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2008. *Epidemiologisches Bulletin* 30/2008: 236–254
39. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
40. Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U et al. (2007) Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 686–700
41. Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 701–710
42. Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 736–743
43. Kahl H, Dortsch R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 718–727
44. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 784–793
45. Schlack R, Hölling H, Kurth B-M et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 827–835
46. Schlack R, Hölling H (2007) Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 819–826
47. Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 794–799
48. Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 800–809
49. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 578–589
50. Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M (2007) Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 810–818
51. Forschungsinstitut für Kinderernährung (2005) Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Dortmund
52. Mensink GBM, Heseker H, Stahl A et al. (2007) Die aktuelle Nährstoffversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Ernährungsumschau* 11: 636–646

53. Zittermann A (2003) Vitamin D in preventive medicine: are we ignoring the evidence? *Br J Nutr* 2003; 89: 552–72
54. Hintzpeter B, Scheidt-Nave C, Müller MJ (2008) Higher prevalence of vitamin D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany. *J Nutr* 138: 1482–1490
55. Lampert T (2008) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt*. H 15: 265–271
56. 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
57. Lampert T, Mensink GBM, Romann N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 634–642
58. 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
59. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007) Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGS. Zwischenbericht 2007

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

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Dr. Kerstin Horch, (Redaktion und Projektkoordination)
Anne Starker, Dr. Anke-Christine Saß, Franziska Bading
Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin

Autoren

Dr. Eckardt Bergmann, Dr. Dieter Eis, Dr. Ute Ellert
Elisabeth Gaber, Dr. Christine Hagen, Dr. Dieter Helm
Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Kerstin Horch, Dr. Heidrun Kahl
Dr. Hildtraud Knopf, Thomas Lampert, Dr. Ute Langen
Detlef Laußmann, Dr. Gert Mensink
Dr. Christine Poethko-Müller, Petra Rattay
Dr. Livia Ryl, Angelika Schaffrath Rosario
Dr. Anke-Christine Saß, Dr. Martin Schlaud, Anne Starker

Abonnentenservice

Der Beitrag kann kostenlos bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Grafik/Satz

consalis-media, Berlin

Druck

Oktoberdruck AG, Berlin

ISBN

978-3-89606-192-8

The National Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS), which was conceived by the Robert Koch Institute and conducted between 2003 and 2006, collected data nationwide, using standardized methods, on a broad range of issues relating to the health of approx. 18,000 children and young people between the ages of 0 and 17. KiGGS has made it possible to close information gaps on important areas of paediatric and adolescent health, such as physical and mental health, modes of behaviour with a significant impact on health, and the extent to which people make use of medical services. This account of the survey's findings takes into account the fact that childhood and adolescence are phases of life that must be observed in differentiated ways when it comes to physiological, psychological and sociological development processes. In line with the specific age and development characteristics of 0-to-17-year-olds, the report pays particular attention to the respective phases of life in its examination and analysis of KiGGS' findings. It looks at the three life phases of early childhood, school age and adolescence and modifies the indicators according to the socioeconomic status of the children and young people, their migrational background, and the region in which they live. By relating its analysis to life phases and by taking social conditions into account, the reports makes a contribution to a continuous and problem-oriented system of national health reporting on children and adolescents and offers a point of departure for preventive measures.

Der vom Robert Koch-Institut konzipierte und zwischen 2003 und 2006 durchgeführte Nationale Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) hat über ein breites Themenspektrum Daten zur gesundheitlichen Situation von rund 18.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren mittels standardisierter Methoden im gesamten Bundesgebiet erfasst. Mit KiGGS konnten Informationslücken zu wesentlichen Bereichen der Kinder- und Jugendgesundheit geschlossen werden, wie z.B. zur körperlichen und seelischen Gesundheit, zu gesundheitlich bedeutsamen Verhaltensweisen sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote. Bei der hier vorliegenden Ergebnisdarstellung wurde berücksichtigt, dass Kindheit und Jugend ein sehr differenziert zu betrachtender Altersbereich im Hinblick auf physiologische, psychologische und soziologische Entwicklungsprozesse sind. Entsprechend der Alters- und Entwicklungsspezifität der 0- bis 17-Jährigen wird in dem Bericht eine lebensphasenspezifische Betrachtung und Aufbereitung der KiGGS-Ergebnisse vorgenommen. Dabei werden die Lebensphasen frühes Kindesalter, Schul- und Jugendalter betrachtet und es erfolgt eine Differenzierung der Indikatoren nach dem sozioökonomischen Status der Kinder und Jugendlichen, ihrem Migrationshintergrund sowie nach der Wohnregion. Die lebensphasenbezogene Betrachtungsweise unter Berücksichtigung sozialer Gegebenheiten leistet einen Beitrag zu einer kontinuierlichen und problemorientierten nationalen Gesundheitsberichterstattung zu Kindern und Jugendlichen und liefert Ansatzpunkte für präventiv orientierte Maßnahmen.

© Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-192-8

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

