

ORIGINALARBEIT

Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)

Thomas Lampert, Bärbel-Maria Kurth

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Der Einfluss des sozialen Status auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen wurde analysiert. **Methoden:** Datenbasis war der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), den das Robert Koch-Institut zwischen Mai 2003 und Mai 2006 durchgeführt hat (n = 17 641, Alter = 0–17 Jahre). Der soziale Status wurde über Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Bildung, zur beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen gemessen. Zur Bewertung der Gesundheit wurden der allgemeine Gesundheitszustand, psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie Übergewicht betrachtet. **Ergebnisse:** Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe weisen zweimal seltener einen sehr guten Gesundheitszustand auf als diejenigen aus der hohen Statusgruppe (OR: 0,52, 95%-KI: 0,47–0,59). Außerdem sind sie deutlich häufiger von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten (OR: 3,78, 95%-KI: 3,00–4,77) sowie Übergewicht (OR: 2,32, 95%-KI: 2,01–2,69) betroffen. **Diskussion:** Die Resultate stehen im Einklang mit Forschungsergebnissen aus den USA, Großbritannien und den skandinavischen Ländern. Sie unterstreichen die Notwendigkeit einer zielgruppenorientierten Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Dtsch Arztebl 2007; 104(43):A 2944–9

Schlüsselwörter: Soziale Ungleichheit, Kinder- und Jugendgesundheit, Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitssurveys

SUMMARY

Socioeconomic Status and Health in Children and Adolescents – Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)

Introduction: The influence of socioeconomic status (SES) on the health of children and adolescents was investigated. **Methods:** The data emanated from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS), conducted by the Robert Koch Institute from May 2003 to May 2006 (n = 17 641, age 0–17 years). Socioeconomic status was measured via parental reporting of their school and professional education, professional status, and net household income. Health was assessed in terms of general health status, psychological or behavioural difficulties, and obesity. **Results:** Children and adolescents from the lowest group of SES are half as likely to have good general health as those in the highest SES group (OR: 0.52, 95% CI: 0.47–0.59). In addition, they were significantly more commonly affected by psychological and behavioural difficulties (OR: 3.78, 95% CI: 3.00–4.77) and obesity (OR: 2.32, 95% CI: 2.01–2.69). **Discussion:** These results concur with results from the USA, Great Britain and the Scandinavian countries. They reinforce the need for targeted prevention and health promotion in children and adolescents. Dtsch Arztebl 2007; 104(43):A 2944–9

Key words: social inequality, child and adolescent health, prevention, health promotion, health surveys

Zahlreiche Studien haben in den letzten Jahren gezeigt, dass die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter durch die soziale Herkunft beeinflusst wird (1–3). Bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien werden vermehrt Entwicklungsdefizite und frühe Gesundheitsstörungen festgestellt, die oftmals einen langfristigen Behandlungs- und Versorgungsbedarf nach sich ziehen. Zudem sind sie häufiger von Unfallverletzungen, umweltbedingten Erkrankungen und zahnmedizinischen Problemen betroffen. In der Adoleszenz treten verstärkt psychosomatische Beschwerden sowie psychische und Verhaltensauffälligkeiten auf. Auch verhaltenskorrelierte Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht, die für einen Großteil des Krankheits- und vorzeitigen Sterbeschehens im mittle-

ren und höheren Lebensalter verantwortlich zeichnen, kumulieren in den unteren Statusgruppen.

Kinder und Jugendliche, die unter ungünstigen Lebensumständen aufwachsen, sind somit eine wichtige Zielgruppe für die Prävention und Gesundheitsförderung. Für die Planung, Umsetzung und Evaluation entsprechender Maßnahmen und Programme sind Daten erforderlich, die es ermöglichen, die gesundheitliche Situation der Heranwachsenden umfassend und differenziert zu beschreiben sowie gesundheitspolitische Handlungsprobleme zu identifizieren. Die bislang vorhandenen Untersuchungen, wie zum Beispiel die Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder die Health Behaviour in School-aged Children-Studie der

Abteilung
Epidemiologie
und Gesundheits-
berichterstattung,
Robert Koch-Institut,
Berlin:
Dipl.-Soz. Lampert,
Dr. rer. nat. Kurth

TABELLE 1

Beschreibung der Stichprobe des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (n = 17 641)

Variable	Kategorien	Fallzahl (n)	Stichprobe (%)	Grundgesamtheit (%)*
Alter	0–2 Jahre	2 805	15,9	13,6
	3–6 Jahre	3 875	22,0	21,0
	7–10 Jahre	4 148	23,5	21,7
	11–13 Jahre	3 076	17,4	17,3
	14–17 Jahre	3 737	21,2	26,3
Geschlecht	Jungen	8 985	50,9	51,3
	Mädchen	8 656	49,1	48,7
Wohnregion	Alte Bundesländer	11 741	66,6	83,2
	Neue Bundesländer	5 900	33,4	16,8
Migrationshintergrund	Nein	14 971	84,9	82,9
	Ja	2 590	14,7	17,1
	Fehlende Werte	80	0,5	–
Sozialer Status	Niedrig	4 794	27,2	27,5
	Mittel	7 998	45,3	45,4
	Hoch	4 423	25,1	27,1
	Fehlende Werte	426	2,4	–

* Gewichtet auf die Alters-, Geschlechts- und regionale Verteilung am 31.12.2004 (ohne fehlende Werte) in der Gruppe der bis 17-Jährigen

Weltgesundheitsorganisation, reichen hierzu nicht aus. Sie bilden nur einzelne Aspekte der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter ab, sind auf bestimmte Altersgruppen begrenzt und können keine bundesweite Repräsentativität beanspruchen (2, 4).

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS), der vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt wurde, hat sich die Datenlage wesentlich verbessert. Indem die KiGGS-Studie bundesweit repräsentative Informationen zu fast allen Facetten der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter verfügbar macht, wird eine verlässliche Grundlage für die epidemiologische Forschung, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitspolitik geschaffen.

Methoden

An der KiGGS-Studie nahmen zwischen Mai 2003 und Mai 2006 insgesamt 17 641 Jungen und Mädchen im Alter bis 17 Jahre sowie deren Eltern teil (5, 6). Für die Studie wurde in Kooperation mit dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen eine zweistufig geschichtete Zufallsstichprobe („stratified multi-stage probability sample“) gezogen (Tabelle 1).

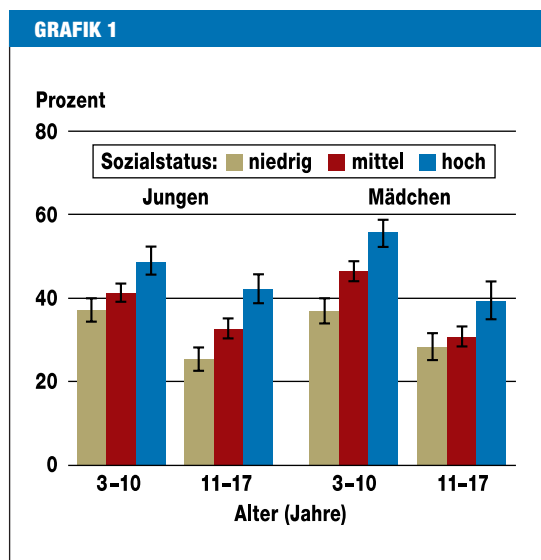
Auf der ersten Stufe wurden 167 Untersuchungsorte ermittelt, die für die sozialräumliche Struktur Deutschlands repräsentativ sind. Die Ziehung der Orte erfolgte mit einer Wahrscheinlichkeit größenproportional zur Häufigkeit ihrer Wohnbevölkerung bezogen auf die Grundgesamtheit der bis 17-jährigen Kinder und Ju-

gendlichen in Deutschland. Um für Ost- und Westdeutschland separat repräsentative Aussagen mit vergleichbarer Genauigkeit treffen zu können, wurden disproportional zu den Bevölkerungszahlen in den neuen Bundesländern 50, in den alten Bundesländern 112 und in Berlin 5 Untersuchungsorte ausgewählt (Ost-West-Oversampling).

Auf der zweiten Stufe wurden aus den Adressendateien der Einwohnermeldeämter die Zielpersonen durch uneingeschränkte Zufallsauswahl bestimmt. Um die erfahrungsgemäß hohe Quote qualitätsneutraler Ausfälle und niedrigerer Teilnahmebereitschaft bei Ausländern zu kompensieren, wurde eine Aufstockung von Kindern und Jugendlichen ohne deutsche Staatsangehörigkeit vorgenommen (Ausländer-Oversampling). Die so ausgewählten Zielpersonen wurden in eigens für diesen Zweck vor Ort eingerichtete Studienzentren eingeladen (Teilnahmequote: 66,6 %). Dort wurden die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern von einem ärztlich geleiteten Untersuchungsteam befragt und die Heranwachsenden zusätzlich körperlich untersucht. Die Befragung erfolgte mittels Fragebögen, die von den Eltern und ab dem 11. Lebensjahr auch von den Kindern und Jugendlichen selbst auszufüllen waren. Zu den Themenschwerpunkten der Befragung zählten:

- körperliche und psychische Gesundheit
- subjektives Befinden
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Gesundheitsverhalten
- gesundheitliche Versorgung.

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit sehr gutem allgemeinem Gesundheitszustand nach Sozialstatus (Elternangaben, n = 14 388)



Die Eltern haben zudem an einem computerassistenten ärztlichen Interview zu Krankheiten, Impfungen und Arzneimittelgebrauch ihrer Kinder teilgenommen; Jugendliche ab 14 Jahren wurden selbst befragt.

Die medizinische Untersuchung umfasste:

- Erhebung von Körpermesswerten
- Feststellung des körperlichen Reifestatus
- Blutdruckmessung
- Sehtests und Hautuntersuchungen
- Überprüfung der motorischen Fähigkeiten und körperlichen Fitness.

Außerdem wurden Blut- und Urinproben genommen, um Laboranalysen durchführen zu können, die Hinweise auf die Nährstoffversorgung und latente Gesundheitsrisiken liefern sollen. Die Eignung und Praktikabilität des Designs und der Methodik der KiGGS-Studie wurden in einem Pretest (n = 1 629) von März 2001 bis März 2002 geprüft und bewertet (7). Die Einhaltung ethischer Grundsätze wurde durch die Ethikkommission des Virchowklinikums der Humboldt Universität zu Berlin bestätigt.

Neben diesem Kernsurvey, der sich an alle Studienteilnehmer richtete, beinhaltete das Erhebungsprogramm der KiGGS-Studie mehrere Zusatzmodule, die zu ausgewählten Themen vertiefende Betrachtungen an Unterstichproben erlauben. Sie wurden zum Teil in Kooperationen mit anderen Institutionen durchgeführt. Dazu zählen Module zur Erfassung psychischer Störungen und Einflussfaktoren, der motorischen Entwicklung und körperlich-sportlichen Aktivität, des Einflusses von Umweltbelastungen, des Ernährungsverhaltens sowie der Jodversorgung. Den Bundesländern wurde die Möglichkeit eingeräumt, durch eine Aufstockung der Stichprobe und unter Nutzung der Methodik und Logistik von KiGGS mit relativ geringem zusätzlichem Aufwand repräsentative Daten auf Landesebene zu gewinnen. Diese Option, die sich auf die im Rahmen des Kernsurveys durchgeführten Erhebungen erstreckte, nahm allerdings nur Schleswig-Holstein wahr.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Die Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen wurden der Elternbefragung entnommen. Dabei wurde eine einfache Frage mit 5 Antwortkategorien zugrunde gelegt und eine von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagene Formulierung gewählt (8): „Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“ (Antwortkategorien: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“).

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst (9). Dieses psychometrisch getestete und validierte Screening-Instrument setzt sich aus 25 Items zusammen, die sich auf Symptome emotionaler Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsdefizit, Probleme mit Gleichaltrigen sowie das prosoziale Verhalten, als einen Stärkenbereich der Heranwachsenden, beziehen (Antwortkategorien: „trifft nicht zu“, „trifft teilweise zu“, „trifft eindeutig zu“). Auf Basis der Elternangaben wurde für jeden der Bereiche ein Testwert gebildet und aus der Summe der vier Problemskalen ein Gesamtproblemwert berechnet. Der Klassifizierung von Kindern und Jugendlichen als „auffällig“ liegt dieser Summenscore und der Cut-off-Wert der englischen Normstichprobe zugrunde (10).

Übergewicht

Um Aussagen über die Verbreitung von Übergewicht treffen zu können, wurde anhand von Messwerten zu Körpergewicht und Körpergröße der Body-Mass-Index berechnet (BMI) (11). Da der BMI bei den Heranwachsenden stark von alters- und geschlechtsspezifischen Variationen des Wachstums abhängt, lassen sich zur Bestimmung von Übergewicht – anders als bei Erwachsenen – keine festen Grenzwerte definieren. Deshalb wurde entsprechend einer Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter eine verteilungsbasierte Abgrenzung vorgenommen und dabei auf Referenzwerte zurückgegriffen, die im Zeitraum von 1985 bis 1999 erhoben wurden (12). Als übergewichtig werden Kinder und Jugendliche eingestuft, deren BMI höher liegt als bei 90 % der Vergleichsgruppe. Liegt der Wert oberhalb des 97. Perzentils wird von Adipositas ausgegangen.

Sozialer Status

Der soziale Status wird anhand eines mehrdimensionalen, aggregierten Index erfasst, der auf der Basis von Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, zu ihrer beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen (Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben) berechnet wurde (13). Dazu wurden die Ausgangsvariablen, die gemäß den Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie erhoben wurden (14), in ordinale Skalen mit jeweils sieben Kategorien überführt und diesen Punktwerten von 1 bis 7 zugewiesen. Lagen zu allen Variablen gültige Daten vor, ergab sich der

Indexwert aus der Summe der einzelnen Punktwerte. Fehlte bei einer der Variablen die Angabe, wurde das arithmetische Mittel der Werte der anderen Variablen eingesetzt. Wenn bei mehr als einer Variablen der Wert fehlte, wurde der Index nicht berechnet. Die Indexwerte können zwischen 3 und 21 variieren. Für die Analyse wurden 3 Statusgruppen gebildet (niedriger Sozialstatus: 3–8, mittlerer Sozialstatus: 9–14, hoher Sozialstatus: 15–21).

Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmpaket SPSS14 für Windows durchgeführt. Ausgewiesen werden Prävalenzen und durch binär logistische Regressionen ermittelte Odds Ratio (OR). Deren statistische Bedeutung wird anhand der 95%-Konfidenzintervalle (95 %-KI) beurteilt, die mit Verfahren für komplexe Stichproben geschätzt wurden. Auf diese Weise lässt sich die Korrelation der Probanden innerhalb der Untersuchungsorte berücksichtigen. Um die Repräsentativität der Ergebnisse zu verbessern, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stichtag: 31.12.2004) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Wohnregion und Staatsangehörigkeit korrigiert.

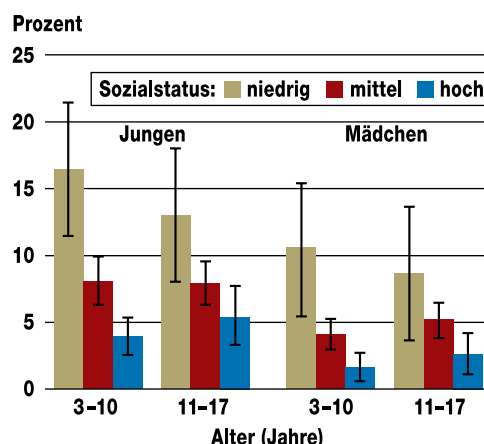
Ergebnisse

Nach Auskunft der Eltern haben 39 % der Kinder und Jugendlichen im Alter bis 17 Jahre einen sehr guten und weitere 54 % einen guten allgemeinen Gesundheitszustand. Nur bei etwa 7 % der Heranwachsenden wird die Gesundheit von den Eltern als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beschrieben. Die Gesundheit von Kindern wird etwas besser beurteilt als die von Jugendlichen. Zwischen Jungen und Mädchen sind kaum Unterschiede zu beobachten. Eltern mit hohem Sozialstatus schätzen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder häufiger als sehr gut ein als Eltern mit mittlerem und niedrigem Sozialstatus. Bei Jungen sind die Statusunterschiede in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen stärker ausgeprägt als in der Gruppe der 3- bis 10-Jährigen, bei Mädchen verhält sich dies genau umgekehrt (*Grafik 1*).

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten sind bei 7 % der Kinder und Jugendlichen festzustellen. Jungen sind mit 9 % stärker betroffen als Mädchen mit 5 %. Dies zeigt sich bei Verhaltensproblemen, Peer-Problemen und Hyperaktivität. Lediglich bei emotionalen Problemen lassen sich keine bedeutsamen geschlechtsspezifischen Unterschiede beobachten. Im Altersgang verliert Hyperaktivität etwas an Bedeutung, wohingegen Probleme mit Gleichaltrigen zunehmen. Bei Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 10 Jahren zeichnet sich im Auftreten von psychischen und Verhaltensproblemen ein soziales Gefälle ab: Je niedriger der Sozialstatus, desto häufiger sind die Kinder auffällig (*Grafik 2*). Bei 11- bis 17-Jährigen treten bei Jungen psychische und Verhaltensprobleme verstärkt in der niedrigen im Vergleich zur hohen Statusgruppe auf. Auch bei den gleichaltrigen Mädchen zeigen sich Unterschiede, die aber statistisch nicht signifikant sind.

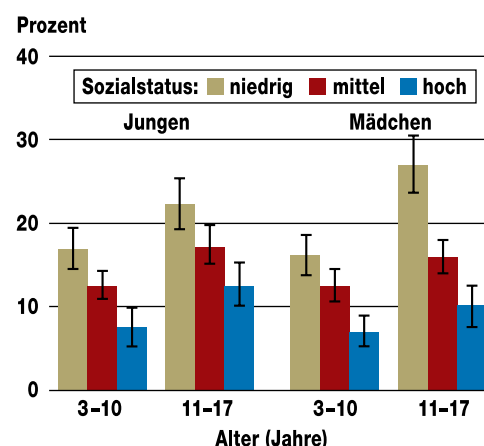
Als übergewichtig sind 15 % der Kinder und Jugendlichen einzustufen. Etwa zwei Fünftel davon, also rund 6 % der Heranwachsenden, sind sogar adipös. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren sind mit 18 % häufiger überge-

GRAFIK 2



Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensauffälligkeiten nach Sozialstatus (Elternangaben, n = 14 375)

GRAFIK 3



Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus (Messwerte, n = 14 341)

wichtig als Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren mit 12 %. Bei Jungen und Mädchen ist Übergewicht ähnlich stark verbreitet. Auch hinsichtlich der Veränderungen im Altersgang sind keine bedeutsamen geschlechtsspezifischen Unterschiede festzustellen. Der Einfluss des sozialen Status drückt sich bei 3- bis 10-jährigen Jungen in einem Gradienten aus: Jungen aus der niedrigen Statusgruppe sind häufiger übergewichtig als diejenigen der mittleren Statusgruppe, die wiederum stärker von Übergewicht betroffen sind als die Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe. Bei 11- bis 17-jährigen Jungen ist nur zwischen der niedrigen und hohen Statusgruppe ein signifikanter Unterschied zu beobachten. Bei Mädchen im Kindesalter kommt Übergewicht in der niedrigen Statusgruppe häufiger vor als in der hohen Statusgruppe. Im Jugendalter treten zwischen allen Statusgruppen bedeutsame Unterschiede zutage (*Grafik 3*).

Um die Ergebnisse abschließend bewerten zu können, müssen sie multivariat, unter Einbeziehung rele-

TABELLE 2

Einfluss des sozialen Status auf die gesundheitliche Situation von 3- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen

	Sehr guter Gesundheitszustand (n= 14 388)		Psychische und Verhaltensauffälligkeit (n= 14 375)		Übergewicht (n= 14 341)	
	OR	(95%-KI)	OR	(95%-KI)	OR	(95%-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	0,54	(0,46–0,63)	3,58	(2,74–4,67)	1,98	(1,61–2,43)
Mittlerer Sozialstatus	0,69	(0,60–0,78)	1,80	(1,39–2,93)	1,50	(1,23–1,82)
Hoher Sozialstatus	Ref.		Ref.		Ref.	
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	0,51	(0,42–0,61)	4,43	(2,95–6,66)	2,80	(2,25–3,49)
Mittlerer Sozialstatus	0,66	(0,57–0,75)	2,15	(1,45–3,18)	1,73	(1,40–2,14)
Hoher Sozialstatus	Ref.		Ref.		Ref.	

Ergebnisse binär logistischer Regressionen bei Kontrolle für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West)
OR (Odds Ratio), Chance des Auftretens in der niedrigen bzw. mittleren im Verhältnis zur hohen Statusgruppe (Referenzkategorie [Ref.])
95-%-KI, 95-%-Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio

vanter Drittvariablen abgesichert werden. Dazu wurden binär logistische Regressionen durchgeführt und der Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheitsindikatoren für Alter, Wohnregion (Ost/West) und Migrationshintergrund kontrolliert. Die Chance eines sehr guten Gesundheitszustandes ist demnach bei Kindern und Jugendlichen aus der niedrigen im Verhältnis zu denjenigen aus der hohen Statusgruppe um etwa den Faktor 2 verringert (OR 0,52; 95-%-KI 0,47–0,59). Die Chancenverhältnisse bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten (OR 3,78; 95-%-KI 3,00–4,77) sowie Übergewicht (OR 2,32; 95-%-KI 2,01–2,69) deuten auf noch stärkere Unterschiede zwischen der niedrigen und hohen Statusgruppe hin.

Auch Kinder und Jugendliche aus der mittleren Statusgruppe haben im Verhältnis zu denen aus der hohen Statusgruppe schlechtere Chancen für eine sehr gute Gesundheit (sehr gute allgemeine Gesundheit: OR 0,67; 95-%-KI 0,61–0,74; psychische und Verhaltensauffälligkeiten: OR 1,87; 95-%-KI 1,48–2,36; Übergewicht: OR 1,60; 95-%-KI 1,38–1,85). Die Unterschiede zwischen der niedrigen und mittleren Statusgruppe sind statistisch nicht signifikant. Wie eine nach Geschlecht differenzierte Analyse zeigt, sind die statusspezifischen Unterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand bei Jungen und Mädchen ähnlich ausgeprägt. Bei psychischen und Verhaltensauffälligkeiten sowie Übergewicht kommen sie bei Mädchen noch stärker zum Ausdruck als bei Jungen (Tabelle 2).

Diskussion

Die KiGGS-Studie zeigt einerseits, dass der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst. Andererseits deutet sie auf zum Teil stark ausgeprägte soziale Unterschiede hin. Die vorgestellten Ergebnisse bestätigen dies im Hinblick auf den allgemeinen Gesundheitszustand, psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie Übergewicht. Für andere Bereiche der Ge-

sundheit und des Gesundheitsverhaltens im Kindes- und Jugendalter – zum Beispiel motorische Entwicklung, körperlich-sportliche Aktivität, Ernährung und Essstörungen sowie Rauchen und Passivrauchbelastung – konnten ebenfalls soziale Unterschiede nachgewiesen werden (15, 16).

Festzustellen ist nicht nur eine stärkere Verbreitung von Gesundheitsproblemen und -risiken in der unteren Statusgruppe, sondern auch in der mittleren im Vergleich zur hohen Statusgruppe. Der Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheit lässt sich sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter beobachten. Außerdem schlägt er sich bei Jungen und Mädchen ähnlich stark nieder. Vereinzelt zeigen sich allerdings alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten. Beispiele hierfür sind die markanten sozialen Unterschiede im Vorkommen von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 10-jährigen Jungen sowie in der Verbreitung von Übergewicht bei 11- bis 17-jährigen Mädchen.

Bei der Einordnung und Bewertung der Ergebnisse sind die möglichen Konsequenzen für den weiteren Lebensweg der Heranwachsenden zu berücksichtigen. Aus Sicht von Public Health und Gesundheitspolitik resultiert daraus die Forderung nach einer möglichst früh ansetzenden Prävention und Gesundheitsförderung, die auch die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen erreicht. Bislang ist dies nur unzureichend der Fall. Das lässt sich zum Beispiel für die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, aber auch für Programme der Gesundheitsförderung und Suchtprävention, wie sie in der Kindertagesstätte und Schule umgesetzt werden, feststellen (17). Für das ärztliche Handeln bedeutet dies, dass bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien nicht nur ein höherer und zum Teil spezifischer Versorgungsbedarf besteht, sondern ihre Eltern auch häufig nicht über vorhandene Präventionsangebote und Behandlungsmöglichkeiten informiert sind.

Die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist jedoch nicht allein Aufgabe der Gesundheitspolitik, sondern ebenso der Sozial-, Familien- und Bildungspolitik. Von einer Verbesserung der Lebensumstände und -perspektiven sozial benachteiligter Kinder und Jugendliche lassen sich positive Impulse für deren Gesundheitschancen versprechen. Die hohe Armutsbetroffenheit in der heranwachsenden Generation und die nach wie vor starke Abhängigkeit der Bildungschancen von der sozialen Herkunft zeigen konkrete Ansatzpunkte für politische Interventionen auf.

Die gesundheitliche Ungleichheit in der heranwachsenden Generation ist kein spezifisch deutsches Phänomen. Für viele Länder werden ähnliche oder sogar noch stärkere soziale Unterschiede in der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen berichtet. Dies gilt sowohl für Länder wie Großbritannien oder USA, in denen die soziale Ungleichheit stark ausgeprägt ist, als auch für Länder wie Schweden oder Finnland, die sich durch eine egalitäre Sozialpolitik und gut ausgebaute wohlfahrtsstaatliche Institutionen auszeichnen (1, 18, 19). In einigen Ländern, zum Beispiel Großbritannien und Irland, gibt es inzwischen nationale Aktionspläne zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, teilweise mit einem Schwerpunkt auf der Kinder- und Jugendgesundheit (20). In Deutschland beschränken sich die Bemühungen bislang auf einzelne, kaum aufeinander abgestimmte Aktivitäten. Die Erarbeitung einer umfassenden politischen Strategie zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen steht noch aus.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 29.5.2007, revidierte Fassung angenommen: 17.9.2007

LITERATUR

1. Richter M: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2005.
2. Klocke A, Lampert T: Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4. Berlin: Robert Koch-Institut 2005.
3. Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004.
4. Kurth B-M, Bergmann KE, Dippelhofer A et al.: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002; 45: 852–8.
5. Kurth B-M: Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 533–46.
6. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath-Rosario A: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 547–56.
7. Kamtsiuris P, Bergmann KE, Dippelhofer A, Hölling H, Kurth B-M, Thefeld W: Der Pretest des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys: Methodische Aspekte und Durchführung. Gesundheitswesen 2002; 64: S99–S106.

8. De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A: Health Interview Surveys. Towards harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. European Series No. 58. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 1996; 51–3.
9. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberger U, Schlack R: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 784–93.
10. Godmann R, Ford P, Simmons H et al.: Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. British Journal of Psychiatry 177; 2000: 534–9.
11. Kurth B-M, Schaffrath-Rosario A: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 736–43.
12. Krommeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al.: Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149; 2001: 807–18.
13. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, Lampert T: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 578–89.
14. Jöckel K-H, Wabitsch B, Bellach B-M et al.: Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens W, Bellach B-M, Jöckel K-H (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schriften 1/1998. München: MMV Verlag 1998; 7–38.
15. Lampert T: Gesundheitliche Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M et al. (Hrsg.): Der blinde Fleck - Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung. Bern: Verlag Hans Huber; 2007: 109–55.
16. Lampert T, Hölling H, Mensink GBM, Kurth B-M: Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche – Welchen Beitrag leistet der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts. In: Jungbauer-Gans M, Hackauf H (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007; 29–55.
17. Pott E, Lehmann F: Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002; 45: 976–83.
18. West P: Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? Social Science and Medicine 1997; 44: 833–58.
19. Currie C, Roberts C, Morgan A et al.: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/02 survey. Copenhagen: WHO-Europe 2004.
20. Mielck A: Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Lernen von anderen westeuropäischen Staaten. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2006; 439–51.

Anschrift für die Verfasser

Dipl.-Soz. Thomas Lampert
Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
Robert Koch-Institut
Seestraße 10, 13353 Berlin
E-Mail: t.lampert@rki.de



The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt.de/english