

Dr. Bärbel-Maria Kurth
Leiterin Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
Robert Koch-Institut, Berlin

Gibt es eine gesundheitliche Benachteiligung von Kindern? Ergebnisse der KiGGS-Studie

Für zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit sind fundierte Informationen notwendig. Diese liegen mit der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts inzwischen zum ersten Mal vor. Insgesamt lassen sich Verschiebungen feststellen von den akuten zu den chronischen Krankheiten und von den somatischen zu den psychischen Störungen. Am schwersten aber wiegt die Erkenntnis: Armut ist das größte Gesundheitsrisiko. Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien oder aus Familien mit Migrationshintergrund weisen nicht nur in einzelnen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität schlechtere Ergebnisse auf, sondern durchweg in allen. In dieser Gruppe ist eine Häufung von Krankheiten, Übergewicht, Umweltbelastungen, Unfällen, psychischen Auffälligkeiten und eine schlechtere gesundheitliche Versorgung festzustellen.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) hatte zum Ziel, durch eine bundesweite repräsentative Untersuchung und Befragung von Kindern und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahren sowie deren Eltern die Datenlage zur Gesundheit der heranwachsenden Generation in Deutschland zu verbessern und Informationslücken zu schließen. Von Mai 2003 bis Mai 2006 nahmen 17.641 Jungen und Mädchen quer durch die Bundesrepublik an der Studie teil und lieferten gemeinsam mit den Angaben ihrer Eltern einen einzigartigen Pool von Informationen.

Im Rahmen der KiGGS-Erhebungen ist es über die allgemeinen Prävalenzaussagen hinaus möglich, eine Differenzierung nach Risikogruppen für das Auftreten von Gesundheitsbeeinträchtigungen, Risikofaktoren und Krankheit vorzunehmen. So ist beispielsweise eindeutig festzustellen, dass Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus weitaus häufiger von Adipositas betroffen sind als Kinder aus sozial privilegierten Familien. In der Gruppe der 14 bis 17-Jährigen

Adipositas ist bei Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien fast dreimal so hoch wie in Familien mit hohem Sozialstatus.

ist die Häufigkeit von Adipositas bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien mit 14 Prozent fast dreimal so hoch ist wie in Familien mit hohem Sozialstatus. Schaut man sich darüber hinaus die

Häufigkeit von Adipositas nach dem Migrationsstatus an, so fällt über alle Altersgruppen hinweg auf, dass bei Kindern aus Migrantenfamilien die Adipositasrate höher liegt.

Der Public-Health-Zugang zur Gesunderhaltung von Bevölkerungsgruppen müsste nun darin bestehen, Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder aus Familien mit Migrationshintergrund im Hinblick auf gesunde Ernährung und körperliche Bewegung zur Vermeidung von Übergewicht und Adipositas besonders zu fördern. Allerdings zeigt es sich, dass dies nicht die einzigen gesundheitlichen Defizite sind, die in dieser Gruppe von Kindern und Jugendlichen auftreten.

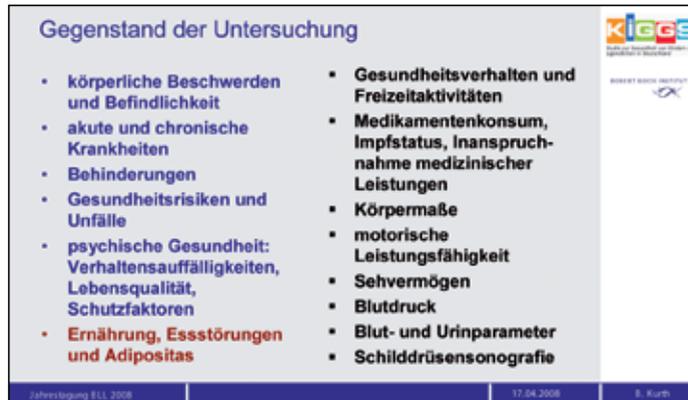
Viele gesundheitliche Defizite treten in dieser Gruppe von Kindern und Jugendlichen auf.

Diese Zusammenhänge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit möchte ich Ihnen näher erläutern sowie natürlich die Ausgangssituation von KiGGS und die Studie insgesamt vorstellen:

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wurde drei Jahre lang an 167 verschiedenen Orten der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt. In diesen Studienzentren wurden über die Einwohnermeldeämter nach dem Zufallsprinzip Adressen von Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren ausgewählt, um repräsentative Aussagen über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen treffen zu können. Das Bemühen, möglichst viele der angeschriebenen Familien mit einbeziehen zu können, war sehr groß. Nur 33 Prozent waren nicht bereit, an der Studie teilzunehmen. Doch auch von ihnen benötigte KiGGS einige minimale Informationen, um dem Anspruch einer repräsentativen Erhebung zu genügen und nicht etwa mit dieser Gruppe vornehmlich Unsportliche, Kranke oder Übergewichtige ausgeschlossen zu haben. Deshalb lief ein so genannter Non-Responder-Fragebogen mit, den die meisten Eltern und die Jugendlichen auch beantworteten.



Gegenstand der Untersuchung war alles, was mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zusammenhängt. Die Datenlage hierzu war bislang schlecht; die verlässlichsten Informationen waren die Meldedaten von Infektionskrankheiten wie Masern, Mumps oder Röteln. Durch das Kinderkrebsregister Mainz sind auch die Krebserkrankungsraten bekannt, außerdem die Mortalitätsstatistik, die hierzulande bei Säuglingen und Kindern – und darauf kann Deutschland stolz sein – sehr geringe Werte ausweist. Damit allein ist aber zu der Frage, wie es den Kindern geht, noch keine Aussage zu treffen.



Die KiGGS-Studie sollte eine breite Themenpalette abdecken. Für diese Befragung von Eltern und Kindern sowie die Untersuchungen und Tests sollte die Aufenthaltsdauer im KiGGS-Studienzentrum zwei Stunden möglichst nicht überschreiten. Daher konnte bei vielen Themen, die besonders bei dieser Gruppe Kinder und Jugendlichen interessant sind, nicht sehr in die Tiefe gegangen werden. Um dies zu kompensieren hat KiGGS einen modularen Aufbau, das heißt, es wurden auch Teilstudien, finanziert von externen Partnern, in das Survey-Programm aufgenommen. Eine Unterstichprobe der Teilnehmer wurde angesprochen, ob sie bereit wären, später und außerhalb des Studienzentrums eine weitere Befragung oder Untersuchung mitzumachen. So ging es bei der Untersuchung der „Bella-Studie“ um das seelische Wohlbefinden und die psychische Gesundheit, bei der „MoMo-Studie“ um Motorik und körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen und beim Umwelt-Survey um die Umweltbelastung von Kindern und Jugendlichen.

Weiterhin wurden – auch als Modell für künftige Erhebungen – für ein Bundesland die Stichproben aufgestockt. Es konnten so zusätzliche aussagekräftige Daten für Schleswig-Holstein erhoben werden, um auch für dieses Bundesland repräsentative Aussagen zum Gesundheitszustand der Jugendlichen treffen zu können.

Das für den Bereich Ernährung interessanteste Modul ist die vom Verbraucherschutzministerium finanzierte „EsKiMo-Studie“. Mit 2.400 Teilnehmern wurden dabei zusätzlich Befragun-

gen zur Ernährung von Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Diese Sonderauswertungen der Untergruppen in der Breitenerhebung der KiGGS-Studie sind untereinander nicht vergleichbar, das heißt, „Motorik“ beispielsweise kann nicht mit „Psyche“ korreliert werden.

Ich werde Ihnen hauptsächlich Ergebnisse des Kernteils von KiGGS präsentieren, der durch das Gesundheitsministerium, das Forschungsministerium und das Robert Koch-Institut finanziert wurde. Dazu waren vier verschiedene Feldteams drei Jahre lang quer durch Deutschland unterwegs. Die Teams setzten sich aus einem Arzt, einer Krankenschwester, einer MTA, einer Interviewerin und einem so genannten Umweltbegeher, der die Umweltuntersuchungen in den Wohnungen der Probanden durchführte, zusammen. Das Untersuchungsprogramm umfasste schriftliche Befragungen der Eltern, Kinder und Jugendlichen, medizinische Untersuchungen und Tests sowie Blut- und Urinproben. Dabei wurden vielschichtige Informationen gesammelt, etwa zu Koordinierungsfähigkeiten, motorischen Fähigkeiten, Sehen und Hören, Blutdruck, Körpergröße und Gewicht oder Jodversorgung.

Während der Studienplanung und in einer vorgeschalteten Pilotstudie zeichnete sich ab, dass sowohl Jugendliche als auch sozial Schwächere nicht ausreichend im Kollektiv vertreten waren. Erst als ein finanzieller Teilnahmeobulus in Höhe von 15 Euro gezahlt wurde, waren auch diese Jugendlichen motiviert. Durch die Repräsentativität von KiGGS konnten erstmalig zu vielen Laborparametern Referenzdaten erstellt werden. Will man feststellen, ob ein bestimmter Wert – beispielsweise Blutdruck – über oder unterhalb einer Norm liegt, erfolgt diese Definition des Normbereichs aus der statistischen Auswertung eines großen repräsentativen Kollektivs. Diese Referenzwerte wie auch andere Grenzwerte lagen bislang bei Kindern nicht vor. Eine Reihe von Referenzdaten konnten mit der KiGGS-Studie nun geschaffen werden und werden demnächst publiziert.

KiGGS liefert nicht nur Daten für eine umfassende Gesundheitsberichtserstattung über Kinder und Jugendliche, sondern auch für die epidemiologische Forschung und schafft neue oder auch erstmalige Referenzdaten für wichtige gesundheitlich relevante Messgrößen. Die Studie dient der Gesundheit des einzelnen teilnehmenden Kindes und ist aber auch Public-Health-orientiert. KiGGS orientiert sich an den Problemen, die die große Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen betreffen. Und schließlich bleibt das Ziel, Grundlagen für gesundheitspolitische Schwerpunkte zu setzen. Im Moment scheint dies zu gelingen. So hat die Bundesregierung auf der empirischen Basis dieser Erhebungen eine Strategie zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit entwickelt. Der Berichtsband „Strategie der Bundesregierung zur Verbesserung der Kindergesundheit“ steht auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit unter dem Menüpunkt Prävention/Kindergesundheit zum Download zur Verfügung.

Die Informationen über KiGGS richten sich nicht wie bei anderen – rein forschungsorientierten – Studien ausschließlich an Wissenschaftler, sondern ebenso an die Politiker, Eltern und Öffentlichkeit. Alle diese Interessentengruppen brauchen unterschiedliche Medien zur Ansprache und Information.

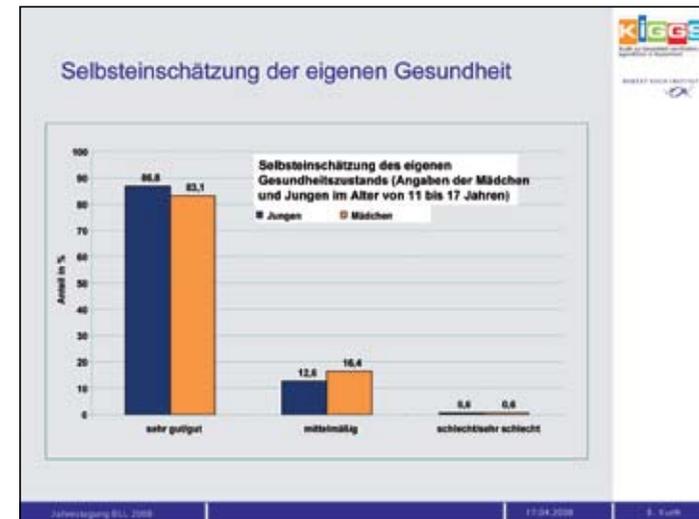


Nach einem öffentlichen Symposium mit ersten Ergebnissen von KiGGS bereits im September 2006 wurde eine Elternbroschüre fertiggestellt, die auf viel Zuspruch und Anerkennung stieß. Eine Neuauflage wurde bereits gedruckt. Diese Broschüre ist neben der wissenschaftlicheren Publikation im Bundesgesundheitsblatt, Heft 5/6, der „Renner“ insbesondere bei Journalisten. Näheres zu diesen und weiteren aktuellen Publikationen und Ergebnissen ist im Internet unter www.kiggs.de dokumentiert.

Allgemeiner Gesundheitszustand der Kinder

Die Frage „Wie gesund sind unsere Kinder?“ kann man auf vielfältige Weise beantworten. Mit Blick auf die subjektive allgemeine Gesundheit hat das Robert Koch-Institut gefragt: Wie geht es Ihnen oder wie geht es Dir? Ist Dein Gesundheitszustand gut, sehr gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht? Der allgemeine Befund ist, dass ein Anteil von über 90 Prozent der Eltern, die befragt wurden, sagt, der Gesundheitszustand ihrer Kinder sei gut bis sehr gut. Die Jugendlichen selbst beurteilen ihre eigene Gesundheit etwas schlechter als ihre Eltern, aber auch hier ist das Gros der Meinung, dass es ihnen gut geht.

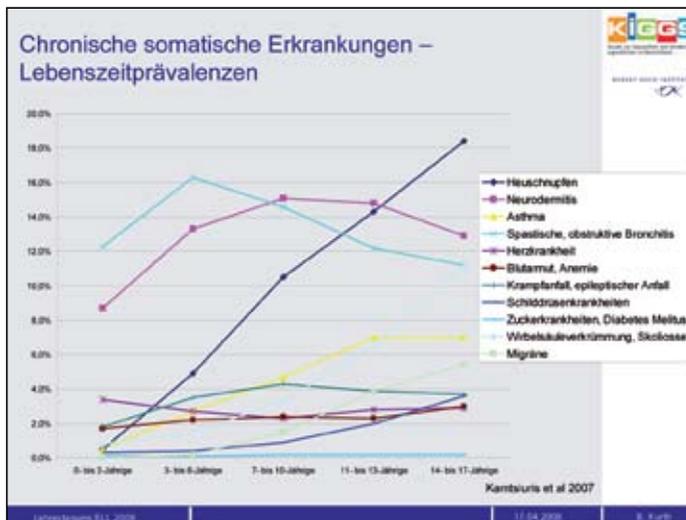
Allgemeiner Gesundheitszustand der Kinder insgesamt gut bis sehr gut eingeschätzt.



Diese Frage wird übrigens europäisch länderübergreifend eingesetzt. Die Skala der subjektiven Gesundheitseinschätzung ist für ein Land sehr gut geeignet, um bestimmte Trends und Gruppierungen feststellen zu können. Sie erlaubt jedoch nicht, zwischen den Ländern zu vergleichen, da insbesondere Deutschland regelmäßig sehr schlecht abschneidet, was das persönliche Empfinden angeht. Anders als andere Nationen, sind die Deutschen nicht geneigt, ihr Befinden besonders positiv mit „sehr gut“ oder „super“ zu bewerten, sondern eher mit „mittel“ oder „na ja“, – selbst wenn es sehr gut ist.

Verbreitung chronischer Krankheiten gering

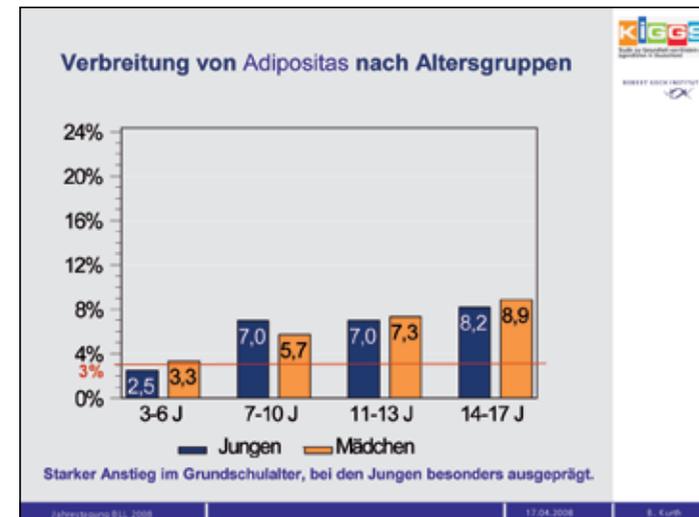
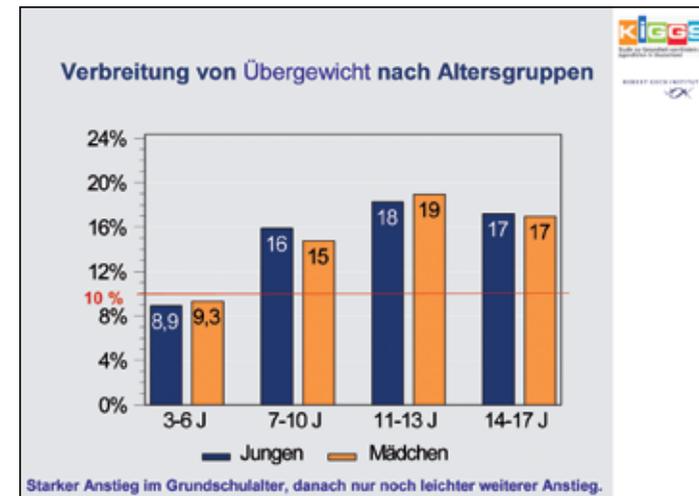
Natürlich gehört zur Erfassung der Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe das Erfassen von Krankheiten. Das funktioniert bei Erwachsenen sehr viel leichter, weil Erwachsene mehr Krankheiten haben und es „ergiebig“ ist, wenn man sie danach fragt. Bei Kindern ist das nicht der Fall. Bei den Interviews, die der Arzt geführt hat, wurde im Wesentlichen eine Lebenszeitprävalenz für chronische Krankheiten abgefragt, also: „Hatte Ihr Kind jemals ... Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma, Bronchitis, Herzkrankheiten, Migräne oder epileptische Anfälle“. Nachgefragt wurde auch nach Schilddrüsenkrankheiten, Diabetes, Anämie und Skoliose. Die „Spitzenreiter“ bei den chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter sind chronische Bronchitis und Neurodermitis. Insgesamt betrachtet ist jedoch die Verbreitung chronischer Krankheiten erfreulich gering.



Im Verlauf des vergangenen Jahres wurden auch akute Erkrankungen abgefragt wie Erkältungen, Lungenentzündung, Herpes-Infektionen, Bindehautentzündung, Durchfall, Erbrechen oder akute Bronchitis. Die Abfrage zu den Kinderkrankheiten ergab interessante Informationen zum Impfstatus bei Kinder und Jugendlichen. Die Impfungsrate der Kinder und Jugendlichen ist sehr altersdifferenziert. So ist die Lebenszeitprävalenz von Keuchhusten deutlich erhöht bei den 14 bis 17-Jährigen zu erkennen. Das zeigt den großen Bedarf für eine Überarbeitung der Argumentation und Kommunikation in Sachen Impfung.

15 Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 6 Prozent adipös

Übergewicht und Adipositas können bei Kindern und Jugendlichen nicht wie bei Erwachsenen über die starren Grenzwerte des Body Mass Index (BMI) definiert werden, sondern über altersabhängige Perzentilen aus verschiedenen BMI-Referenzpopulationen. Hierbei handelt es sich im Prinzip um rein statistisch ermittelte Festlegungen. Danach sind etwa 15 Prozent übergewichtig oder adipös. Bemerkenswert ist, dass Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit Eintritt in die Schule deutlich ansteigen. *Übergewicht und Adipositas bei Kindern steigen mit Eintritt in die Schule deutlich an.*



Wenn die Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen analysiert werden, dann steht die Frage nach dem Rauchen mit vorne an. Wir sind nicht überrascht, dass die 17-jährigen Mädchen und Jungen jeweils zu mehr als 40 Prozent regelmäßig rauchen.

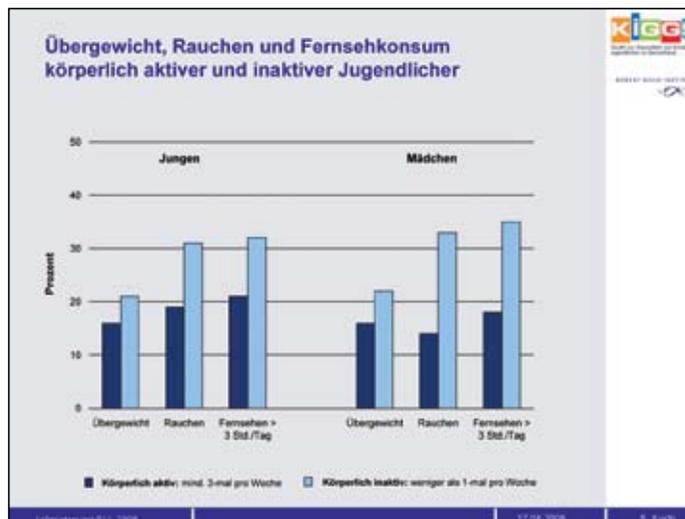
17-jährige Mädchen: Nur noch 38 Prozent sind sportlich aktiv.

Befragt nach den körperlich-sportlichen Aktivitäten in der Freizeit zeigt sich folgendes Bild: Der Anteil derjenigen, die fast täglich Sport treiben, bleibt bei den Jungen mit dem Älterwerden relativ stabil, während er bei den Mädchen doch merklich sinkt. Nur noch 38 Prozent der Mädchen sind nach eigenen Aussagen regelmäßig sportlich aktiv.

An dieser Stelle zeigt sich, wie Gesundheitsverhalten und Gesundheitsrisiken korrelieren. Diejenigen, die keinen Sport treiben, rauchen mehr, sind übergewichtiger und sehen mehr fern. Ähnliche Zusammenhänge lassen sich auch bei der Ernährung aufzeigen. Auch in anderen Gruppenbefragungen außerhalb von EsKiMo haben wir einen Food-Frequency-Fragebogen ausfüllen lassen, um Antworten auf folgende Fragen zu finden: Essen die Kinder und Jugendlichen genug Obst und trinken sie ausreichend? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Ernährungsverhalten und Gesundheitsindikatoren? Hier gilt durchgängig für Jungen und Mädchen und für alle Altersgruppen: Die Menge an Obst und Gemüse, die täglich gegessen wird, liegt weit unter den Empfehlungen.

Deutlicher Zusammenhang zwischen wenig Sport, Rauchen, Übergewicht und Fernsehkonsum.

Essen die Kinder und Jugendlichen genug Obst und trinken sie ausreichend? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Ernährungsverhalten und Gesundheitsindikatoren? Hier gilt durchgängig für Jungen und Mädchen und für alle Altersgruppen: Die Menge an Obst und Gemüse, die täglich gegessen wird, liegt weit unter den Empfehlungen.



Jedes fünfte Kind in Deutschland mit Symptomen einer Essstörung

Spannend ist auch die psychische Gesundheit. Im Rahmen der Studie wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren gebeten, fünf Fragen zum Thema Essstörungen schriftlich zu beantworten, zum Beispiel: Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst? Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst? Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden? Wer mindestens zwei dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet hat, wurde als „auffällig“ im Hinblick auf sein Essverhalten eingestuft, war also ein so genannter „Verdachtsfall“. Die Auswertung der so genannten SCOFF-Fragebögen hat ergeben, dass 22 Prozent der Befragten als auffällig eingestuft werden müssen.

22 Prozent der Befragten sind auffällig im Hinblick auf Essstörungen.

Das bedeutet, dass mehr als jedes fünfte Kind in Deutschland Symptome einer Essstörung aufweist. Die Ergebnisse bedeuten nicht, dass alle diese Kinder essgestört sind, sondern dass sie Risikofaktoren zeigen und eine besondere Aufmerksamkeit brauchen. Für Mädchen und Jungen zeigt sich dabei folgendes Bild: Mädchen haben mit 29 Prozent insgesamt fast doppelt so häufig Merkmale von Essstörungen wie Jungen. Während im Alter von 11 Jahren Jungen und Mädchen noch annähernd gleich häufig betroffen sind, steigt bis zum Alter von 17 Jahren der Anteil der Mädchen, die als auffällig gelten, um ca. 50 Prozent.

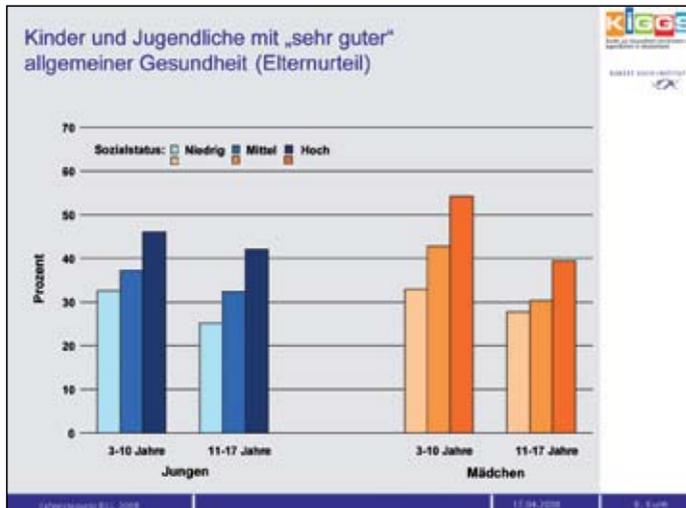
Mehr psychische Störungen als körperliche Erkrankungen

Wie ist die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nun insgesamt zu bewerten? Es gibt eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Krankheiten und eine Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Störungen. Diese somatischen, also die körperlichen Erkrankungen, kommen glücklicherweise selten vor, haben aber unglücklicherweise ihren Platz an die psychischen Erkrankungen abgetreten, an die so genannte „neue Morbidität“, die vorrangig von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt ist.

Soziale Lage und Gesundheit

Über die allgemeinen Prävalenzaussagen hinaus ermöglichen es die KiGGS-Erhebungen auch, eine Differenzierung nach Risikogruppen für das Auftreten von Gesundheitsbeeinträchtigungen, Risikofaktoren und Krankheiten vorzunehmen. Dabei wird augenfällig: Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben in fast allen Bereichen gesundheitliche Defizite. Zur Klassifizierung des Sozialstatus wurden die schulische und berufliche Ausbildung beider Elternteile, die gegenwärtige berufliche Position sowie das durchschnittliche Pro-Kopf-Familieneinkommen abgefragt.

Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben in fast allen Bereichen gesundheitliche Defizite.



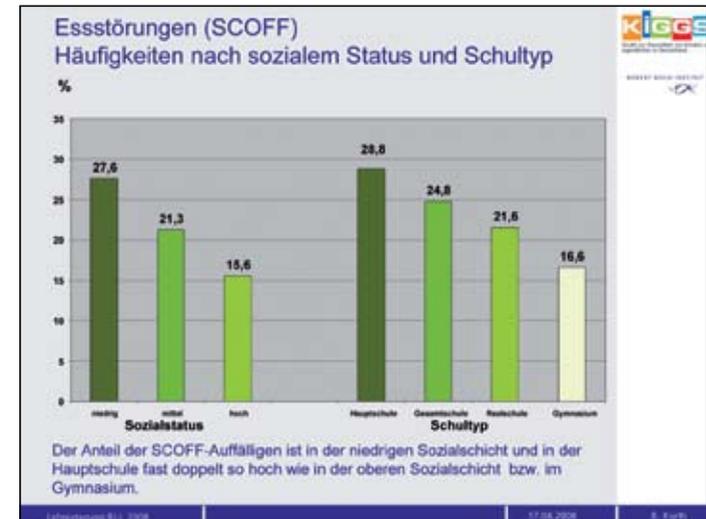
Schon bei der subjektiven Einschätzung hat die höhere Sozialschicht häufiger einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zeigen dagegen häufiger psychische Auffälligkeiten, insbesondere bei den emotionalen Problemen und bei dem Problemwert insgesamt. Entgegen der allgemeinen Wahrnehmung sind auch Essstörungen – nicht nur die Magersucht, sondern Bulimie und Fresssucht – eher ein Problem, das mit niedrigem Sozialstatus zusammenhängt. Es besteht sowohl ein Sozialschichtgefälle als auch Unterschiede zwischen den Schultypen. Interessanterweise sind Hauptschüler/-innen wesentlich häufiger vom Verdacht auf Essstörungen betroffen als Realschüler/-innen und Gymnasiasten/-innen.

Auch Essstörungen hängen mit niedrigem Sozialstatus zusammen.

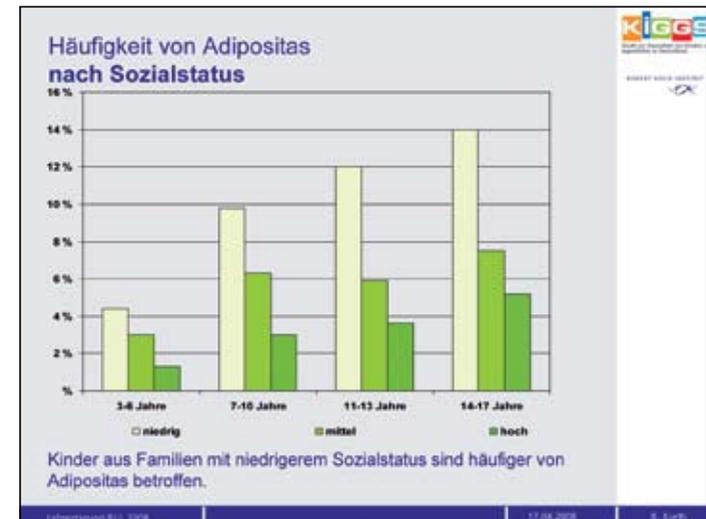
Eindeutig festzustellen ist auch, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weitaus häufiger von Adipositas betroffen sind als Kinder aus sozial höher gestellten Familien. In der Gruppe der 14 bis 17-Jährigen liegt die Häufigkeit von Adipositas bei der Gruppe aus sozial benachteiligten Familien mit 14 Prozent fast dreimal so hoch wie in Familien mit hohem Sozialstatus. Kinder aus Migrantenfamilien gehören ebenfalls in diese Risikogruppe.

Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind weitaus häufiger von Adipositas betroffen.

Gründe für die höhere Prävalenz von Adipositas bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien sind vielfältig. Dazu gehören unter anderem ein geringeres Einkommen der Eltern, was zu einer schlechteren Ernährung und weniger Möglichkeiten für sportliche Aktivitäten führt. Zudem spielen kulturelle Unterschiede eine Rolle, da in manchen Kulturen eine höhere Körpergröße und damit auch ein höheres Körpergewicht als Zeichen für Wohlstand angesehen werden. Auch die Wohnsituation und die Verfügbarkeit von Grünflächen können einen Einfluss haben.



Der Anteil der SCOFF-Auffälligen ist in der niedrigen Sozialschicht und in der Hauptschule fast doppelt so hoch wie in der oberen Sozialschicht bzw. im Gymnasium.



Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus sind häufiger von Adipositas betroffen.

Nach den Befragungsergebnissen sind Kinder und Jugendliche in Deutschland in der Mehrzahl regelmäßig körperlich und sportlich aktiv, allerdings zeichnen sich einige Unterschiede ab, die darauf hinweisen, dass möglicherweise nicht alle Gruppen den gleichen Zugang zu sportlichen Aktivitäten haben. Während es bei Jungen hier keinen Sozialschichtunterschied gibt, wird bei den Mädchen wiederum ein Sozialschichtgefälle sichtbar.

Es bestehen Zusammenhänge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit.

Da es sich bei KiGGS um eine ganz komplex angelegte Gesundheitsstudie für Kinder und Jugendliche handelt, ergibt sich in der Gesamtschau der Auswertungen, dass in der Gruppe der Kinder aus sozial benachteiligten Familien nicht nur mehr übergewichtige und adipöse Jungen und Mädchen zu finden sind, sondern dass darüber hinaus:

• mehr Kinder und Jugendliche rauchen,
• diese Kinder weniger gestillt wurden,
• seltener regelmäßig Sport treiben,
• mehr Freizeit vor dem Bildschirm verbringen,
• sich seltener die Zähne putzen,
• häufiger Opfer von Verkehrsunfällen sind,
• seltener Schutzbekleidung (Fahrradhelm, Knieschützer, etc.) tragen,
• eine geringere motorische Leistungsfähigkeit aufweisen,
• häufiger Verhaltensauffälligkeiten zeigen,
• häufiger psychische Probleme und Essstörungen haben,
• in einem ungünstigeren Familienklima aufwachsen,
• geringe personale, soziale und familiäre Ressourcen besitzen,
• eine höhere Gewaltbelastung aufweisen,
• erhöhte eigene Gewaltbereitschaft zeigen,
• bei vergleichbaren Krankheitssymptomen seltener dem Arzt vorgestellt werden,
• die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen seltener wahrnehmen,
• häufiger Aufmerksamkeitsdefizite/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) haben,
• häufiger Mütter haben, die während der Schwangerschaft geraucht haben,
• seltener Arzneimittel einnehmen und
• sich ungesünder ernähren.

Ähnliche Benachteiligungen sind für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund festzustellen.

Das Einzige, was sich als positiv in dieser Gruppe zeigt, ist, dass sie seltener Allergien haben.

Schlagwortartig seien zum Schluss einige Bereiche von Gesundheit und Lebensqualität näher beleuchtet, in denen die Gruppe der Kinder aus sozial benachteiligten Familien oder aus Familien mit Migrationshintergrund schlechtere Ergebnisse aufweisen:

- Verzehr von frischem Obst: Alle essen zu wenig, aber viel zu wenig essen die Kinder aus der unteren Sozialschicht.
- Mundhygiene: Hier zeigt sich ein erschütterndes Ergebnis, denn der Prozentsatz derer, die sich gar nicht die Zähne putzen oder höchstens einmal am Tag, beträgt in der unteren

Sozialschicht 42 Prozent bei den Jungen und 33 Prozent bei den Mädchen. Aber auch in der oberen Sozialschicht sind es noch über 20 Prozent bei den Jungen und 18 Prozent bei den Mädchen.

- Rauchen und Passivrauchen: Kinder und Jugendliche aus der unteren Sozialschicht rauchen häufiger und sind häufiger dem Passivrauchen ausgesetzt.
- Vorsorgeuntersuchungen: Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie Kinder mit Migrationshintergrund nehmen seltener bzw. unregelmäßiger an Früherkennungsuntersuchungen teil.

Wir kommen also zu dem Fazit, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und dass diese gesundheitlichen Belastungen einhergehen mit sozialen Belastungen. Das heißt: Unter dem Strich besteht eine Doppelbelastung aus sozialer Benachteiligung und gesundheitlichen Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten.

Es besteht eine Doppelbelastung aus sozialer Benachteiligung, gesundheitlichen Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten.

Insgesamt verschlechtern sich dadurch natürlich die Zukunftschancen der Kinder. Die Präventionskonzepte müssen zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden und verstärkt Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status erreichen. Das ist leichter gesagt als getan. Hier genau liegen die Herausforderungen für die zukünftige Arbeit: Programme zu entwickeln, die auch bei denjenigen ankommen, die es nötig haben.

Präventionskonzepte müssen zielgruppenspezifisch auf Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status ausgerichtet werden.