

# Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

Robert Schlack, Bärbel-Maria Kurth, Heike Hölling

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Postfach 65 02 61, 13302 Berlin

**Korrespondenzautor:** Robert Schlack; E-Mail: [schlack@rki.de](mailto:schlack@rki.de)

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist heute so gut wie nie. Zu verdanken ist dies in erster Linie dem sozialen und medizinischen Fortschritt. Dieser hat jedoch auch eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronischen Erkrankungen sowie von den somatischen zu den psychischen Gesundheitsstörungen mit sich gebracht. Diese als "Neue Morbidität" diskutierte Verschiebung des Krankheitsspektrums zeigt sich in Form "neuer Kinderkrankheiten" auch bei Kindern und Jugendlichen. Bislang existierten für Deutschland für eine Vielzahl von Gesundheitsproblemen keine vergleichbaren und auf der Basis einer umfassenden Stichprobe bundesweit repräsentativ erhobenen Daten für das Kindes- und Jugendalter. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS, der vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von 2003-2006 in 167 repräsentativ ausgewählten Städten und Gemeinden in Deutschland durchgeführt wurde, ist diese Informationslücke nun geschlossen worden.

**Methodik:** Im KiGGS wurden 17641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren körperlich untersucht und ihre Eltern, ab elf Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst, schriftlich befragt. Auf freiwilliger Basis erfolgte außerdem eine Blut- und Urinuntersuchung. Angaben zu körperlichen Krankheiten wurden im Fragebogen für Eltern und Jugendliche sowie über das CAPI (= Computer Assisted Personal Interview) durch den untersuchenden Arzt erhoben. Informationen zur psychischen Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten wurden mit validierten Screeninginstrumenten (z.B. SDQ, SCOFF) und standardisierten, getesteten Fragebogenverfahren erhoben.

**Ergebnisse:** Mit 13,3% (Lebenszeitprävalenz) war chronische obstruktive Bronchitis die häufigste chronische Erkrankung in KiGGS, gefolgt von atopischen Erkrankungen Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma. 22,9% der Kinder und Jugendlichen hatten jemals in ihrem Leben eine dieser drei Erkrankungen. Übergewicht tritt gegenüber den nationalen Referenzdaten von 1985-1999 zu 50% häufiger auf. Besonders betroffen waren Kinder aus der unteren Sozialschicht. Impflücken ließen sich vor allem bei Migranten feststellen, jedoch zeigt sich auch allgemein eine unzureichende Umsetzung der Impfeempfehlungen zu einer zweiten MMR-Impfung, Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie sowie zu Nachholimpfungen gegen Hepatitis B bzw. Pertussis bei älteren Jugendlichen. 14,7% der Kinder und Jugendlichen (3-17 Jahre) zeigten Hinweise auf psychische

## Abstract

### The health of children and adolescents in Germany – data from the representative german-wide children and adolescents survey (KiGGS)

**Background:** Grace to societal and medical progress today the health status of children and adolescents in Germany is good as it was never before in history. However, this progress entailed a shift of the morbidity spectrum from acute to chronic diseases and from somatic complaints to mental health problems, discussed as "new morbidity". The changing morbidity patterns are also seen in paediatrics. So far, there was no reliable data on a representative basis for a large number of child and adolescent health issues in Germany. The National Health and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS), which was conducted from yr. 2003 to 2006 in 167 representatively selected sample points all over Germany can fill this gap.

**Methods:** A total of 17641 children and adolescents from 0 to 17 years were physically and medically tested. The parents, from 11 years on the children themselves too, filled in an extensive self-administered questionnaire including psychological and social testing. Data on somatic complaints were assessed within the questionnaires and with a computer assisted personal interview (CAPI) by the study physician. Data both on mental health problems and on health behaviour were assessed with internationally accepted and validated screening instruments (e.g. SDQ, SCOFF) and with standardised and pretested items in the written questionnaires.

**Results:** Among the chronic diseases obstructive bronchitis was most prevalent with 13.3% (lifetime prevalence = LTP), followed by atopic dermatitis, hay fever and asthma. For a total of 22.9% of the children and adolescents at least one atopic disease was reported (LTP). Compared with the current national reference data from the years 1985-1999 an increase of 50% of overweight children and adolescents was seen. Vaccination coverage was poor for migrants, however compliance with recommendations for a second dose of measles, mumps and rubella (MMR) vaccination, booster for tetanus and diphtheria and making up of hepatitis B and pertussis immunisation was low too for the total sample. 14.7% children and adolescents (3-17 years) were found to be at risk for mental health problems. 4.8% had yet been diagnosed with ADHD, 21.9 % showed symptoms of eating disorders. All health problems were more frequent in subjects with low socioeconomic status (SES). Experiences of violence as perpetrators were most prevalent in pupils at 'Hauptschule', while experiences as victims and perpetrators/victims were most prevalent in pupils at Gesamtschule. Personal, social and family

Auffälligkeiten. Bei 4,8% wurde schon einmal ADHS diagnostiziert. 21,9% zeigten Symptome von Essstörungen. Alle Auffälligkeiten wiesen einen sozialen Gradienten zuungunsten der unteren Sozialschicht auf. Gewaltbelastungen berichteten vor allem Hauptschüler (als Täter) und Gesamtschüler (als Opfer und Täter/Opfer). Personale, familiäre und soziale Ressourcen waren bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus geringer, Tendenzen zu gesundheitlichem Risikoverhalten wie Alkohol-, Tabak- oder hohem Medienkonsum hingegen stärker ausgeprägt als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus.

**Diskussion:** Chronische Erkrankungen sowie Hinweise auf psychische Gesundheitsstörungen nehmen auch nach den KiGGS-Ergebnissen einen breiten Raum im Morbiditätsspektrum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ein. Im Zeitalter zunehmender geographischer Mobilität, Resistenzbildungen gegen Antibiotika und Impfmüdigkeit sind auch Infektionskrankheiten weiterhin von Bedeutung. Da KiGGS in der Ersterhebung als Querschnittsstudie konzipiert ist, lassen sich aus den Daten weder Trends noch Prognosen ableiten. Diese werden sich jedoch zukünftig mit der Überführung von KiGGS in eine Kohortenstudie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut untersuchen lassen. Konsequenzen der Ergebnisse werden mit Blick auf das Setting Schule diskutiert.

**Schlagwörter:** Gesundheitssurvey, Kinder und Jugendliche, neue Morbidität, KiGGS, Risiko- und Schutzfaktoren, Prävention

## 1 Hintergrund

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich im Lauf des 20. Jahrhunderts in einer historisch beispiellosen Weise verbessert. Im Wesentlichen sind hierfür zwei Entwicklungen zu nennen, die zu dieser dramatischen Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen geführt haben: die allgemein besseren Lebensbedingungen sowie der Ausbau der medizinischen Versorgung. Dies führte z.B. dazu, dass die Säuglingssterblichkeit von rund 21% zu Beginn des vorigen Jahrhunderts auf 0,5% und damit auf weniger als 1/40 zurückgegangen ist. Die Mortalität von Kindern im Alter von 1-15 Jahren verringerte sich von 1% auf 0,02% (Hoffmann et al. 1998). Hierfür sind jedoch andere Krankheiten und Entwicklungsstörungen in den Vordergrund getreten, die zwar nicht grundsätzlich neu sind, in ihrer Prävalenz aber zugenommen haben. Diese Veränderung des Krankheitsspektrums lässt sich als eine Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen und von den somatischen zu den psychischen Störungen charakterisieren und wird unter dem Begriff "neue Morbidität" diskutiert (American Academy of Pediatrics 1993a). Als "neue Kinderkrankheiten" lassen sich dabei vor allem die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Zunahme verschiedener Formen von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter wie motorische

resources were lower in children with low SES, whereas alcohol, tobacco and electronic media consumption patterns were more distinct than in their high SES counterparts.

**Discussion:** According to the KiGGS results chronic diseases and mental health problems contribute significantly to the morbidity spectrum of German children and adolescents. Because of rising geographic mobility of people, growing resistances to antibiotics as well as incomplete coverage of vaccinations infectious diseases remain of important concern too. Due to the cross-sectional design of the first assessments of KiGGS neither trends nor prognoses can be determined. As the KiGGS cross sectional survey will be transformed into a longitudinal study within the framework of the health monitoring at the Robert Koch-Institute such analyses will be effected prospectively. Consequences of the KiGGS results are discussed with regard to the school setting.

**Keywords:** Health survey, children and adolescents, new morbidity, KiGGS, risks and resources, school, prevention

Schwächen, verzögerte Sprachentwicklung, Hyperaktivität und weiterer psychischer Auffälligkeiten wie Depressionen oder Aggressivität bezeichnen (Schlack 2004, 2004a).

Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter kommen in unterschiedlicher Gestalt vor und können in internalisierende (d.h. Probleme mit sich selbst) und externalisierende (d.h. Probleme im Umgang und Zusammenleben mit Anderen) unterteilt werden (Döpfner et al. 1997). Im Gegensatz zu den externalisierenden Verhaltensstörungen fallen internalisierende Verhaltensprobleme anfänglich weniger auf, können sich jedoch ebenso nachteilig auf die Entwicklung eines Kindes auswirken. Ätiologisch und pathogenetisch spielen sowohl sozioökonomische als auch psychosoziale Faktoren bei der neuen Morbidität im Kindesalter eine wichtige Rolle. Psychische Auffälligkeiten und Störungen treten bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien häufiger auf (Hölling et al. 2007, Ravens-Sieberer et al. 2007). Andere Störungen betreffen die Entwicklung, die Emotionalität und das Sozialverhalten. Bei den psychischen Störungen geht man von Sechs-Monats-Prävalenzraten im Kindes- und Jugendalter von ca. 18% aus (Ihle und Esser 2007). Am häufigsten zeigen sich dabei Angststörungen, dissozial-aggressive Störungen, depressive und hyperkinetische Störungen (Ihle und Esser 2002).

Eine bundesweite Befragung des Robert Koch-Instituts ergab bereits 1997, dass in mindestens 23% der jungen Familien ein chronisch krankes Kind lebt. Der Großteil der Familien fühlte sich dadurch mäßig bis stark belastet und musste aufgrund der chronischen Erkrankung durchschnittlich viermal pro Jahr medizinische Behandlung in Anspruch nehmen (Bergmann et al. 1998). Nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts ist mindestens jedes 8. Kind von einer chronischen

Gesundheitsstörung betroffen. Den weitaus größten Teil der chronischen Krankheiten bei Kindern bilden die allergischen Erkrankungen, in erster Linie obstruktive Bronchitis (Kamtsiuris et al. 2007). Nach Kvaerner et al. (2000) hat die Häufigkeit von Bronchial-Asthma bei Kindern in den vergangenen 25 Jahren um das dreifache zugenommen; auch andere allergische Erkrankungen sind deutlich häufiger geworden (Nicolai et al. 1997, v. Mutius et al. 1998). Zwar sind auch die Ursachen für diese Zunahme im Einzelnen nicht durchweg bekannt, als mögliche Auslöser werden jedoch Umwelt- und Lebensstilfaktoren wie veränderte Ernährungsgewohnheiten, verminderte Exposition gegenüber Infektionserregern in der frühen Kindheit (sog. Hygienehypothese) oder der verstärkte Einsatz von Antibiotika diskutiert (Wahn 2000). Auch die Zunahme z.T. verhaltensbedingter körperlicher Gesundheitsstörungen wie Adipositas mit ihren Folgeerkrankungen bei gleichzeitiger Abnahme primär körperlicher Erkrankungen spricht für eine psychosoziale (Mit-)Verursachung, einem Zusammenwirken von Anlage- und Umweltfaktoren in zahlreichen und unterschiedlichen Kombinationen. In der KiGGS-Studie hatte mehr als jedes sechste Kind im Alter von 3-17 Jahren in Deutschland ein über der Norm liegendes Gewicht (Kurth et al. 2007). Dies bedeutet einen Anstieg um 50% gegenüber den nationalen Referenzdaten von 1985-1999 von Kromeyer-Hauschild et al. (2001). Übergewicht selbst ist zwar noch keine chronische Krankheit, es ist jedoch ein bedeutsamer Risikofaktor für das Entstehen verschiedener chronischer Gesundheitsstörungen wie z.B. Bluthochdruck, Herz- und Kreislauferkrankungen oder Zuckerkrankheit (Diabetes) (Bergmann et al. 2003).

### 1.1 Der positive Gesundheitsbegriff der WHO und die salutogenetische Wende in den Gesundheitswissenschaften

Im Jahr 1948 wurde durch die Weltgesundheitsorganisation der Gesundheitsbegriff erstmals positiv bestimmt, indem das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden in den Mittelpunkt einer Gesundheitsdefinition gestellt wurde (WHO 1948). Dieser wurde in der Ottawa-Charta (WHO 1986) noch einmal präzisiert und weiterentwickelt und markierte den Wendepunkt von einem rein pathogenetischen zu einem ganzheitlich biopsychosozial orientierten Gesundheitsverständnis. Damit war neben das Ziel der Verlängerung der Lebenserwartung ("add years to life") mit der Maxime "add life to years" die Betonung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit getreten (WHO European Region 1999).

Vor diesem Hintergrund entwickelten sich verschiedene theoretische Ansätze in den Gesundheitswissenschaften, die nicht mehr nur die Frage: "Was macht Menschen krank?", sondern die Frage: "Was hält Menschen (unter Belastungen) gesund?", stellten: also die Frage nach den Bedingungen des

Gesundbleibens unter Risikoassoziationen. Im salutogenetischen Modell von Antonovsky (1987) sind Gesundheit und Krankheit keine sich wechselseitig ausschließenden Konzepte mehr, sondern entgegengesetzte Pole eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Pathogene und salutogene Einflüsse bestimmen, an welcher Stelle sich eine Person auf diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet. Gesundheit wird im salutogenetischen Modell als der Zustand eines dynamischen Gleichgewichts aufgefasst, das ständig von Risiken und Störeinflüssen (Stressoren) bedroht und zugleich von Schutzfaktoren gestützt wird. Krank wird ein Mensch dieser Betrachtungsweise zufolge dann, wenn dieses Gleichgewicht kippt – entweder weil die Störfaktoren zu massiv sind (z.B. Infektion, Unfall) oder weil die stabilisierende Wirkung der Schutzfaktoren nicht ausreicht (Bengel 2002).

Auch die entwicklungspsychologische Resilienzforschung hat sich mit der Bedeutung von Schutzfaktoren auseinandergesetzt. Sie befasst sich mit der Frage, unter welchen Bedingungen sich Kinder, die erheblichen Risiken ausgesetzt sind, dennoch zu psychisch gesunden Erwachsenen entwickeln (Masten 2001). Schutzfaktoren lassen sich dabei grob in interne (personale) – also Merkmale der Person selbst – und externe Ressourcen, Merkmale, die der Person äußerlich sind wie familiäre und soziale Ressourcen, einteilen (Masten und Reed 2002). Ein wesentlicher Teil der personalen Ressourcen ist angeboren und begründet die individuell unterschiedliche Widerstandsfähigkeit (Resilienz) bzw. Verletzlichkeit (Vulnerabilität) in der Auseinandersetzung mit potenziell gesundheits- und entwicklungsgefährdenden Ereignissen. Resilienzfördernde Eigenschaften sind vor allem eine gute intellektuelle Begabung, ein ausgeglichenes Temperament, ein stabiles soziales Netz und soziale Offenheit und Kontaktfähigkeit. Neben individuellen und soziokulturellen Faktoren haben jedoch auch familiäre Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung von Kindern. Störungen in der Funktion der Elternschaft auf den Ebenen von Bindung und Beziehung, Modellfunktion, Anregung und Förderung, Erziehung und Kommunikation gehören zu den wichtigsten Einflussgrößen bei der Verursachung kinderpsychiatrischer Störungen (Steinhausen 1996).

Die salutogenetische Sichtweise geht davon aus, dass Gesundheit im Alltag in den jeweiligen Lebenswelten von Menschen hergestellt wird. Die Frage von Krankheit und Gesundheit entscheidet sich damit vor allem dort, wo gewohnt, gespielt, gelernt oder gearbeitet wird. Für Kinder sind dies entwicklungsabhängig vor allem zunächst die Familie, aber auch Gemeinschaftseinrichtungen wie Krippe, Kita, Kindergarten bzw. Schule. Die Gesundheitschancen eines Kindes entscheiden sich somit auch durch das Eingebettetsein (Integration) in seine unmittelbare Umgebung und die Fähigkeit, in diesen Gemeinschaften eine angemessene Rolle zu spielen. Die Chancengerechtigkeit auf die Bewahrung von Gesund-

heit sicherzustellen, ist nicht nur eine medizinische, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

### 1.2 Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS wurden, orientiert an der WHO-Gesundheitsdefinition, umfangreiche Daten zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit, zum gesundheitlichen Risikoverhalten und zur medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland erfasst. Ziel der bundesweit repräsentativen, vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gemeinsam finanzierten KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts war es einerseits, zu Beginn des neuen Jahrhunderts die Datenlage zur Gesundheit der heranwachsenden Generation im Alter von 0-17 Jahren in Deutschland zu verbessern und Informationslücken zu schließen. Die Daten dienen daher einerseits der Gesundheitsberichterstattung für das Kindes- und Jugendalter, andererseits auch der Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen (Abb. 1). Die Studie hatte außerdem das Ziel, bundesweit repräsentative Aussagen zu Problemfeldern und Risikogruppen zu ermöglichen, aufgrund derer gezielte Präventionsmaßnahmen entwickelt werden können und dient damit der Politikberatung.

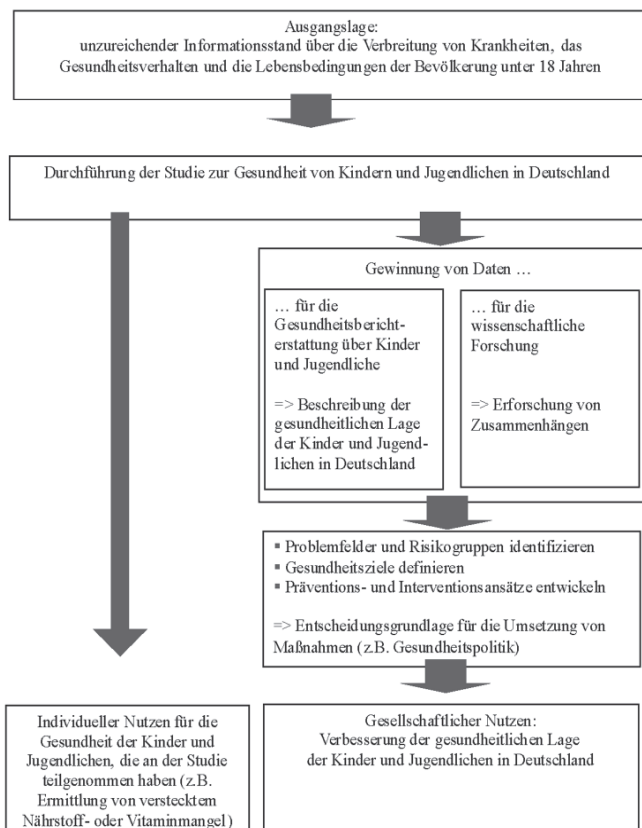


Abb.1: Ziele der KiGGS-Studie (nach Robert Koch-Institut 2006)

Über wichtige KiGGS-Ergebnisse wurde bereits mehrfach zusammenfassend berichtet (Kurth et al. 2008, Hölling et al. im Druck). Dieser Beitrag hat das Anliegen, zentrale Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit und zum Morbiditätsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland noch einmal überblicksartig vorzustellen und unter besonderer Berücksichtigung des Settings Schule vor dem Hintergrund der "neuen Morbidität" zu diskutieren.

## 2 Methoden

### 2.1 Stichprobe

Von Mai 2003 bis Mai 2006 nahmen 17641 Kinder und Jugendliche, davon 8985 Jungen und 8656 Mädchen in 167 repräsentativ ausgewählten Orten der Bundesrepublik Deutschland an der Studie teil. Die Teilnahmequote betrug 66,6%. Dabei wurden die Kinder und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren medizinisch-physikalisch untersucht, die Eltern, ab elf Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst, schriftlich befragt. Zusätzlich wurde mit den Eltern ein computergestütztes ärztliches Interview (CAPI) durchgeführt. Von Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von einem Jahr wurde zudem auf freiwilliger Basis eine Blut- und Urinprobe genommen.

Details des Untersuchungsdesigns wie Stichprobenziehung, Studiendurchführung und Ablauf, Datenmanagement, Qualitätssicherung, Messung des Sozialstatus und Einbeziehung von Migranten sind bereits im Doppelheft Mai/Juni 2007 des Bundesgesundheitsblatts umfassend publiziert und beschrieben (Kurth 2007, Kamtsiuris et al. 2007, Hölling et al. 2007, Dölle et al. 2007, Fillipiak-Pitroff und Wölke 2007, Lange et al. 2007 und Schenk et al. 2007). Das gesamte Doppelheft ist im Internet unter [www.kiggs.de](http://www.kiggs.de) kostenfrei als pdf-download erhältlich.

## 3 Ergebnisse

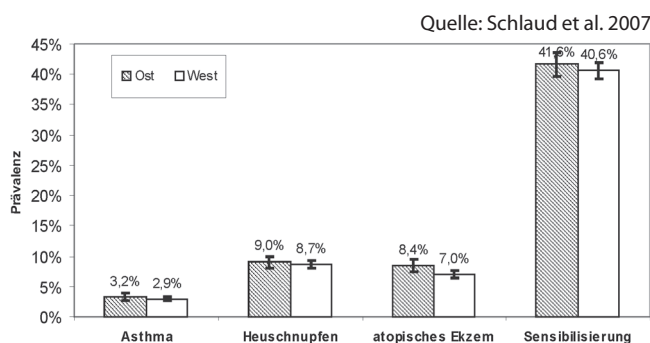
### 3.1 Körperliche Gesundheit

Chronische Krankheiten sind bei Kindern- und Jugendlichen seltener als im Erwachsenenalter, wegen ihrer potenziellen Auswirkung auf die kindliche Entwicklung jedoch von besonderer Bedeutung. Als chronisch wird eine Krankheit bezeichnet, wenn sie länger als drei Monate andauert und einen besonderen Betreuungsbedarf mit ambulanten oder stationären Behandlungsnotwendigkeiten mit sich bringt (American Academy of Pediatrics 1993, Schlack 2000)

### 3.1.1 Chronische Erkrankungen

Am häufigsten waren Kinder und Jugendliche nach den Daten von KiGGS mit einer Lebenszeitprävalenz von 13,3% von obstruktiver Bronchitis betroffen (Kamtsiuris et al. 2007). Jedoch nehmen auch die allergischen und atopischen Erkrankungen eine herausragende Rolle unter den chronischen Krankheiten ein. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 13,2% Neurodermitis sowie 10,7% Heuschnupfen stehen diese chronischen Krankheiten bezüglich ihrer Häufigkeit mit in der vordersten Reihe. Insgesamt waren mehr als 40% der 3- bis 17-Jährigen, bei denen eine Blutabnahme stattgefunden hat, gegenüber mindestens einem von 20 getesteten Allergenen sensibilisiert (Schlaud et al. 2007). 22,9% der befragten Eltern gaben im CAPI an, dass bei ihrem Kind jemals mindestens eine der atopischen Erkrankungen Asthma, atopisches Ekzem oder Heuschnupfen diagnostiziert wurde. Die 12-Monats-Prävalenz hierfür betrug 16,1%. Kinder mit Migrationshintergrund waren aktuell seltener von einer atopischen Erkrankung betroffen, ebenso Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus. Für Asthma wurde eine Lebenszeitprävalenz von 4,7% berichtet, wobei Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus tendenziell häufiger betroffen waren, Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und solche ohne Migrationshintergrund waren annähernd gleich betroffen, Ost-West-Unterschiede bezüglich atopischer Erkrankungen zeigten sich nicht (Abb. 2).

Von den weiteren in KiGGS erfragten chronischen Krankheiten Krampfanfall/epileptischer Anfall (LZP: 3,6%), Herzkrankheit (LZP: 2,8%), Schilddrüsenkrankheiten (LZP: 1,6%), Diabetes (LZP: 0,14%) wurden statistisch signifikante Unterschiede nur für auffällige Rückenbefunde (Wirbelsäulenverkrümmung, Skoliose, LZP: 5,2%, signifikant häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus und signifikant häufiger für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund) und Blutarmut (Anämie, LZP: 2,4%, signifikant häufiger bei Kindern mit Migrationshintergrund) festgestellt (Kamtsiuris et al. 2007).



**Abb. 2:** 12-Monats-Prävalenzen (Altersbereich 0-17 Jahre) von atopischen Erkrankungen und Punktprävalenz von Sensibilisierung gegenüber mindestens einem der getesteten Allergene im Ost-West-Vergleich (mit 95%-Konfidenzintervallen)

### 3.1.2 Übergewicht und Adipositas

Bislang gab es für Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen keine repräsentativen altersspezifischen Aussagen zur Verbreitung des Problems in Deutschland. Mit den Daten von KiGGS liegen nun erstmalig repräsentative Angaben für Deutschland vor. Zur Beschreibung von Übergewicht wurden die alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen des BMI herangezogen und zu den von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (aga) vorgeschlagenen Referenzwerten (Kromeyer-Hauschild et al. 2001) in Beziehung gesetzt. Da Übergewicht definitorisch als Wert oberhalb des 90. Perzentils der Referenzwerte festgelegt ist, extremes Übergewicht (Adipositas) als Wert oberhalb des 97. Perzentils, schließen die Angaben zu Übergewicht immer den Anteil der Adipösen mit ein.

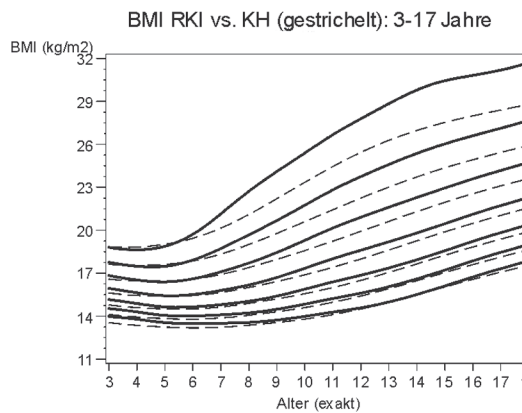
Nach den Daten von KiGGS sind insgesamt 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren übergewichtig, davon 6,3% adipös (Kurth et al. 2007). Der Anteil der Übergewichtigen steigt von 9% bei den 3- bis 6-Jährigen über 15% bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17% bei den 14- bis 17-Jährigen und hat sich damit in dieser Altersgruppe fast verdoppelt. Noch extremer steigt die Quote von Adipositas im Altersgang. Beträgt sie bei den 3- bis 6-Jährigen noch 2,9% hat sie sich im Grundschulalter (Alter 7-10 Jahre) auf 6,4% mehr als verdoppelt, bis hin zu den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen mit 8,5% fast verdreifacht. Überraschend ist dabei vor allem der starke Anstieg sowohl von Übergewicht als auch Adipositas mit Beginn des Schulalters (vgl. Abb. 3).

Während klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen Deutschland Ost und West nicht zu erkennen waren, besteht für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein deutlich erhöhtes Risiko für Übergewicht. Ebenso für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund.

### 3.1.3 Infektionskrankheiten und Schutzimpfungen

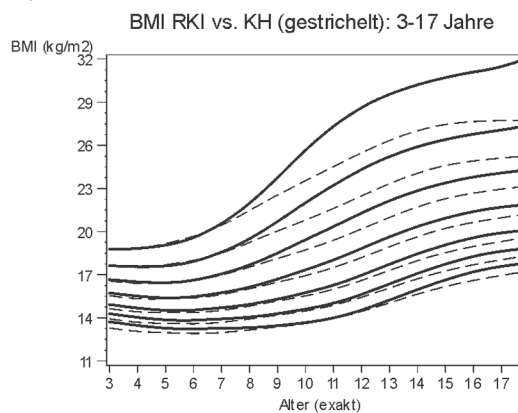
Infektionskrankheiten spielen auch unter verbesserten sozialen, hygienischen, therapeutischen und präventiven Bedingungen noch eine wichtige Rolle für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Insbesondere durch Prozesse mit sozialem und ökonomischem Hintergrund wie zunehmende Mobilität, Migration, Anstieg von Gesundheitsproblemen in Folge sozialer Ungleichheit, aber auch wegen der Zunahme von Resistenzen gewinnen Infektionskrankheiten heute sogar wieder an Bedeutung. Aufgrund ihrer relativen Häufigkeit, der potenziellen Schwere einer Erkrankung sowie der hohen Public-Health-Relevanz hinsichtlich der Präventabilität vieler klassischer Infektionskrankheiten durch verfügbare Schutzimpfungen werden sie hier mit aufgeführt.

## a) Jungen



## b) Mädchen

Quelle: Kurth und Schaffrath Rosario 2007



**Abb. 3:** BMI-Perzentile (3., 10., 25., 50., 75., 90. und 97.) in KiGGS 2003-2006 (durchgezogene Linie) im Vergleich zu den Referenzdaten von 1985-1999 (gestrichelte Linie)

Zu den wichtigsten Infektionskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen zählen Magen-Darm-Infektionen, Infektionen der Luftwege durch aerogen übertragbare Erreger sowie die impfpräventablen Infektionskrankheiten. Der Impfstatus ist daher ein wichtiger Indikator für gesundheitliche Prävention. In Deutschland besteht jedoch keine Impfpflicht. Die in KiGGS festgestellten Lebenszeitprävalenzen (Altersbereich 0-17 Jahre) für ansteckende Kinderkrankheiten betragen 70,6% für Windpocken, 23,5% für Scharlach 8,7% für Keuchhusten, 8,5% für Röteln, 7,4% für Masern und 4,0% für Mumps (Kamitisuris et al. 2007). Die gefundenen wesentlich niedrigeren Lebenszeitprävalenzen für Keuchhusten und die höheren Lebenszeitprävalenzen für Masern und Mumps in den neuen Bundesländern lassen sich vor allem auf die unterschiedlichen Impfstrategien in der ehemaligen DDR und der alten Bundesrepublik zurückführen. Im Rahmen von KiGGS wurde auch der Impfstatus von insgesamt 16460 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland auf Grundlage der vorgelegten Impfausweise erfasst. Im Durchschnitt liegen die Quoten der vollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie und Polio sowie der ersten Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln für 2- bis 17-Jährige über 90%. Die Durchimpfung gegen Keuchhusten, Hib und Hepatitis B war in den jüngeren Altersgruppen deutlich besser als bei älteren Kindern und Jugendlichen. Die Empfehlungen einer zweiten Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung und zur Nachholung nicht erfolgter Impfungen gegen Hepatitis B und Pertussis waren jedoch insbesondere bei älteren Kindern und Jugendlichen noch nicht ausreichend umgesetzt. Bei 7- bis 17-Jährigen fehlen häufig die Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Besonders große Impflücken, sowohl was die Grundimmunisierung als auch die Auffrischungsimpfungen betrifft, ließen sich bei den älteren Jugendlichen mit Migrationshintergrund identifizieren. Bezüglich des Sozialstatus wiesen Kinder aus Familien mit mittlerem Sozialstatus nahezu

durchgängig die höchsten Impfquoten auf. Bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus fehlten deutlich häufiger die Impfungen für Masern, Mumps und Röteln (MMR) (Poethko-Müller et al. 2007).

### 3.2 Psychische Gesundheit

Psychische Probleme stellen schon im Kindes- und Jugendalter gesundheitliche Beeinträchtigungen mit teilweise schwerwiegenden Konsequenzen sowohl für das individuelle Wohlbefinden als auch für die alltägliche und soziale Funktionsfähigkeit eines Kindes oder Jugendlichen dar. Sie bestimmen einen wesentlichen Teil der "neuen Morbidität" (vgl. Palfrey et al. 2005). Psychische und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen sind nicht selten mit großen Belastungen für die gesamte Familie verbunden, häufig ist auch die Akzeptanz und die Anerkennung in der Gleichaltrigengruppe (*peer group*) sowie die schulische Funktionsfähigkeit reduziert.

Die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen wurde im Rahmen von KiGGS schwerpunktmäßig untersucht als "Psychische Auffälligkeiten", "Risiko- und Schutzfaktoren", "Lebensqualität", "Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)", "Essstörungen" und "Gewalterfahrungen". Aufgrund ihres Charakters als Screeninginstrumente sind die eingesetzten Fragebogeninstrumente nicht dazu geeignet, Diagnosen nach ICD-10 oder DSM-IV zu stellen. Der Wert der mit ihnen ermittelten Prävalenzdaten liegt vor allem in ihrer Repräsentativität und in der Identifizierung von Risikogruppen in der Kinder- bzw. Jugendlichenbevölkerung.

Der nachfolgende Abschnitt stellt schwerpunktmäßig ausgewählte Ergebnisse zur psychischen Gesundheit aus KiGGS vor:

### 3.2.1 Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

Merkmale von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten wurden im Rahmen von KiGGS mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von Goodman (1997) im Altersbereich von 3-17 Jahren bei den Eltern, ab elf Jahren auch bei den Kindern und Jugendlichen selbst, erfragt. Der SDQ ist ein Screeninginstrument, das psychische Auffälligkeiten in den Bereichen emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen sowie als Stärkedimension das prosoziale Verhalten erfasst. Außerdem lässt sich ein sog. Gesamtwert berechnen, in den die Items der vier Problemskalen eingehen. Anhand von Grenzwerten lassen sich die Werte der Kinder und Jugendlichen in nicht auffällig ("normal"), grenzwertig auffällig und auffällig unterteilen. Als Risikogruppe für die folgenden Analysen werden Kinder und Jugendliche definiert, die im Screening entweder grenzwertig auffällig oder auffällig waren. Die vorgestellten Ergebnisse beruhen auf der Auswertung der Elterneinschätzung.

Bei insgesamt knapp 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren, davon bei 11,5% der Mädchen und 17,8% der Jungen, lagen Hinweise auf emotionale bzw. Verhaltensauffälligkeiten vor (SDQ-Gesamtwert). Die häufigsten Probleme bestanden in den Bereichen Verhaltensprobleme mit insgesamt 30,8%, Peer-Probleme (= Umgang mit Gleichaltrigen) mit 22% und emotionale Probleme mit insgesamt 16,3% als grenzwertig oder auffällig einzustufender Kinder und Jugendlicher. Bezüglich der psychischen Stär-

ken verfügen allerdings 92,5% der Mädchen und 86,3% der Jungen über ein gutes prosoziales Verhalten (Hölling et al. 2007).

Abb. 4 zeigt die Verteilung der definierten Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten für den Gesamtwert und die Subskala emotionale Auffälligkeiten nach Geschlecht und Sozialstatus. Bei Teilnehmern aus der unteren Sozialschicht war der Anteil der Risikogruppe für Verhaltensauffälligkeiten insgesamt fast 3-fach erhöht, für emotionale Probleme fast verdoppelt.

Als spezifische psychische Auffälligkeiten wurden auf der Grundlage vertiefender Befragungen in einer Unterstichprobe von KiGGS (BELLA-Modul) im Altersbereich von 7-17 Jahren bei 10,0% der Kinder und Jugendlichen Ängste, bei 7,6% Störungen des Sozialverhaltens und bei 5,4% Depressionen identifiziert (Ravens-Sieberer et al. 2007).

### 3.2.2 Risiken und Ressourcen

Ob und welche der Kinder und Jugendlichen mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten psychisch erkranken, hängt maßgeblich von der Existenz und Verfügbarkeit ihrer Schutzfaktoren ab. Daher ist es unabdingbar, neben psychischen Auffälligkeiten auch die vorhandenen Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Die folgenden Zahlen beruhen auf der Selbstausskunft der 11- bis 17-Jährigen. Angaben zu den

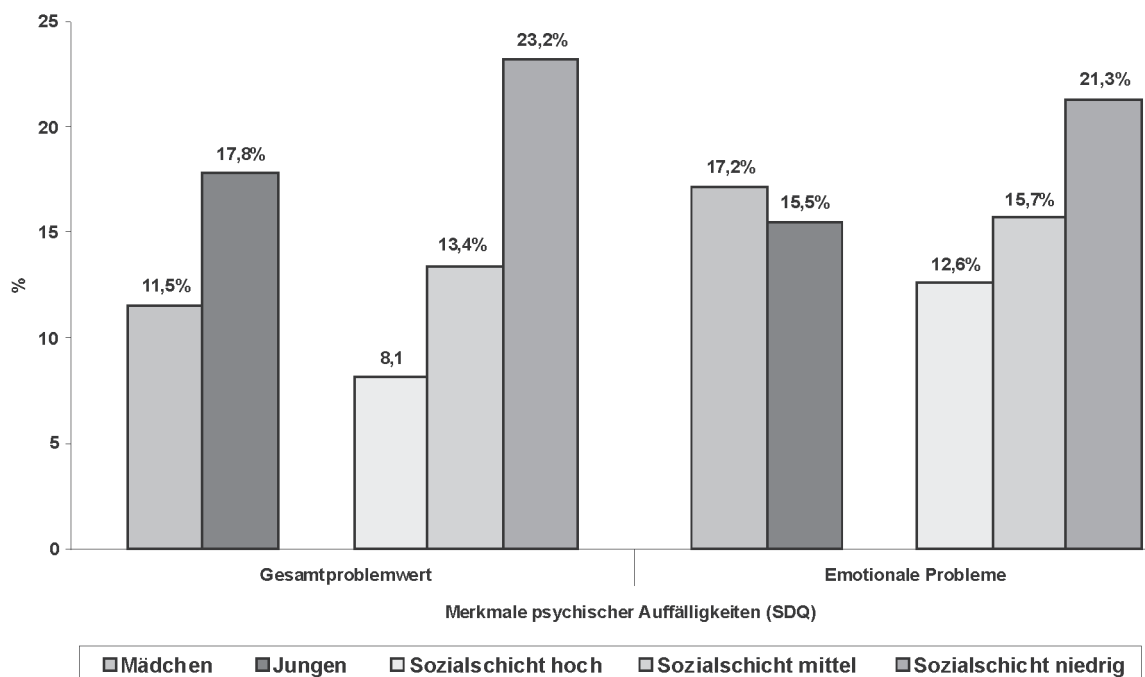


Abb. 4: Psychische Auffälligkeit (= grenzwertig und auffällig im SDQ) nach Geschlecht und Sozialstatus (nach Hölling et al. 2007), Altersbereich 3-17 Jahre

eingesetzten Instrumenten für die personale, sozialen und familiären Ressourcen und zur Grenzwertsetzung finden sich bei Erhart et al. (2007).

Insgesamt wurde für jede einzelne Schutzfaktordimension jedes fünfte Kind bzw. jeder fünfte Jugendliche bezüglich seiner Ressourcen als defizitär oder grenzwertig defizitär bestimmt. Betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach Sozialstatus, haben Kinder aus Familien mit einem niedrigem Sozialstatus generell häufiger Defizite sowohl in ihren personalen als auch in ihren sozialen und familiären Ressourcen als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Interessanterweise unterscheiden sich Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund bezüglich ihrer personalen Ressourcen nicht von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Bezüglich der familiären Ressourcen schneiden Migrationsfamilien im Urteil der Kinder sogar tendenziell besser ab, wenn die Unterschiede auch nicht signifikant sind. Große Unterschiede finden sich aber im Bereich der sozialen Unterstützung; hier gibt es bei jedem vierten Kind aus einer Migrationsfamilie Defizite, während es bei der Vergleichsgruppe "nur" jedes fünfte ist.

Spricht man von Schutzfaktoren, so sind diese gemäß der salutogenetischen Theorie unter dem Aspekt einer Risikoassoziation zu betrachten (Belastungs-Ressourcen-Konzept). Im Folgenden werden daher Zusammenhänge zwischen Schutzfaktoren und gesundheitlichem Risikoverhalten (Tabak-, Alkohol-, und Drogenkonsum) berichtet.

Jugendliche die rauchen, haben häufiger Defizite bezüglich ihrer personalen Schutzfaktoren und berichten außerdem über einen deutlich geringeren familiären Zusammenhalt als Jugendliche, die nicht rauchen. Das gleiche gilt für Jugendliche mit Alkoholerfahrungen, in etwas geringerem Ausmaß auch für Jugendliche mit Drogenerfahrungen. Soziale Unterstützung ist hingegen bei den jugendlichen Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsumenten (Altersgruppe 14-17 Jahre) stärker ausgeprägt. Vermutlich sind diese Ergebnisse aber zumindest zum Teil auf einen Alterseffekt zurückzuführen (vgl. a. Erhart et al. 2007). Auch bei den Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen des BELLA-Moduls an der vertieften Befragung zur psychischen Gesundheit beteiligt waren, erwiesen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als bedeutsam. Bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren stieg die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an. Personale, familiäre und soziale Ressourcen sind hingegen bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen stärker ausgeprägt. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher ist deutlich eingeschränkt (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007).

### 3.2.3 Essstörungen

Essstörungen gehören zu den psychischen und Verhaltensstörungen (ICD 10). Im Kindes- und Jugendalter zählen sie zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen. Hinweise auf Essstörungen wurden in KiGGS mit dem SCOFF-Fragebogen (Morgan et al. 1999) erhoben. Der SCOFF-Fragebogen ist ein Screeninginstrument zur Identifizierung von Verdachtsfällen auf Essstörungen. Neben dem SCOFF-Fragebogen wurden zur Erhärtung der Ergebnisse weitere Indikatoren für mögliche Essstörungen wie Body Mass Index (BMI), Angaben zu Verhaltensauffälligkeiten (erfasst mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) sowie die Einschätzung des Körperselbstbildes herangezogen.

Insgesamt 21,9% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren zeigten Symptome von Essstörungen nach SCOFF (Hölling und Schlack 2007). Mädchen waren dabei mit 28,9% hochsignifikant häufiger betroffen als Jungen mit 15,2%. Die Quote der SCOFF-Auffälligen stieg bei annähernd gleichen Ausgangswerten im Alter von elf Jahren bei den Mädchen im Altersgang an, bei den Jungen fiel sie ab (Abb. 5). Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status waren mit 27,6% fast doppelt so häufig betroffen wie solche aus Familien mit hohem Sozialstatus (15,6%). Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund wiesen eine um ca. 50% erhöhte Quote an Essstörungen nach SCOFF auf als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund. Bezüglich des Körperselbstbildes war der Anteil derer, die sich bei Normalgewicht als zu dick einschätzten, bei den SCOFF-Auffälligen um den Faktor 2,5 erhöht. Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, da die Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und tatsächlichem Gewichtsstatus sowohl zu Beginn einer Essstörung als auch in deren Verlauf eine nicht unmaßgebliche Rolle spielt. Es wurde außerdem festgestellt, dass SCOFF-Auffällige mehr rauchen, was häufig eine Maßnahme zur Gewichtsreduzierung und zur Unterdrückung des Hungergefühls darstellt.

### 3.2.4 ADHS

Leitsymptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und Impulsivität. ADHS wird ätiologisch vorrangig auf genetische Ursachen zurückgeführt und ist mit erheblichen Einschränkungen der psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit und, ebenso wie die vorgenannten psychischen Störungen bzw. Auffälligkeiten, mit einer erheblichen psychosozialen Belastung für die Familien und das soziale Umfeld, insbesondere auch für das schulische Umfeld, verbunden.

Angaben zu einer ADHS-Diagnose (Lebenszeitprävalenz) wurden in KiGGS im Elternfragebogen (Altersspanne 3-17



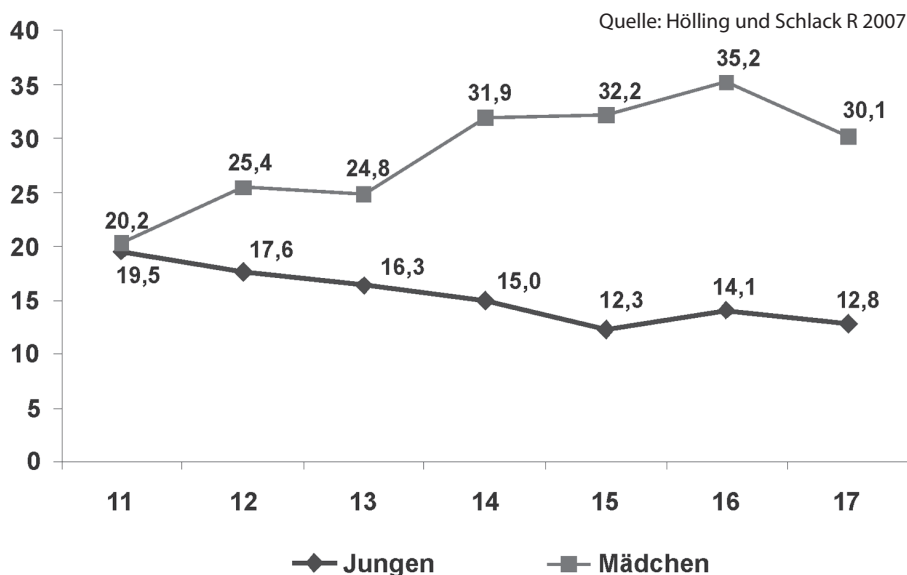


Abb. 5: Prävalenz von Essstörungen bei Jungen und Mädchen (11-17 Jahre) im Altersverlauf

Jahre) erfragt. Für die Altersspanne 3-11 Jahre erfolgte zusätzlich eine Verhaltensbeobachtung der Kinder während der medizinisch-physikalischen Tests. Als ADHS-Fälle wurden Teilnehmer eingestuft, deren Eltern eine jemals von einem Arzt oder Psychologen gestellte ADHS-Diagnose berichtet hatten. Als ADHS-Verdachtsfälle wurden Teilnehmer betrachtet, die Werte von  $\geq 7$  auf der Hyperaktivitätsskala des SDQ (Elternurteil) aufwiesen und nicht diagnostiziert waren.

Insgesamt wurde bei 4,8% der Kinder und Jugendlichen jemals ein Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert (Schlack et al. 2007). Weitere 4,9% können als Verdachtsfälle laut Falldefinition gelten. Bei Jungen wurde ADHS mit insgesamt 7,9% um den Faktor 4,3 häufiger diagnostiziert als bei Mädchen mit 1,8%. Bereits bei ebenfalls 1,8% der Teilnehmer im Vorschulalter wurde ADHS diagnostiziert, obwohl eine hyperaktive Symptomatik in diesem Alter nur schwer von entwicklungsbedingter Unruhe abzugrenzen ist (Bundesärztekammer 2005). Im Grundschulalter (7-10 Jahre) stieg die Diagnosehäufigkeit erwartungsgemäß stark, im Alter von 11-17 Jahren wurde bei jedem 10. Jungen und jedem 43. Mädchen ADHS jemals diagnostiziert. ADHS wurde häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status diagnostiziert als bei solchen aus Familien mit hohem Sozialstatus. Von Familien mit Migrationshintergrund wurde seltener über eine ADHS-Diagnose ihrer Kinder berichtet als von Nicht-Migranten. Unter den Verdachtsfällen waren die Migranten jedoch häufiger vertreten. Diese Diskrepanz könnte auf eine Unterdiagnostizierung von ADHS bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund oder auf migrantenspezifische Inanspruchnahmeeffekte hinweisen. Aber auch eine kulturell bedingte unterschiedliche Symptomtoleranz ist denkbar.

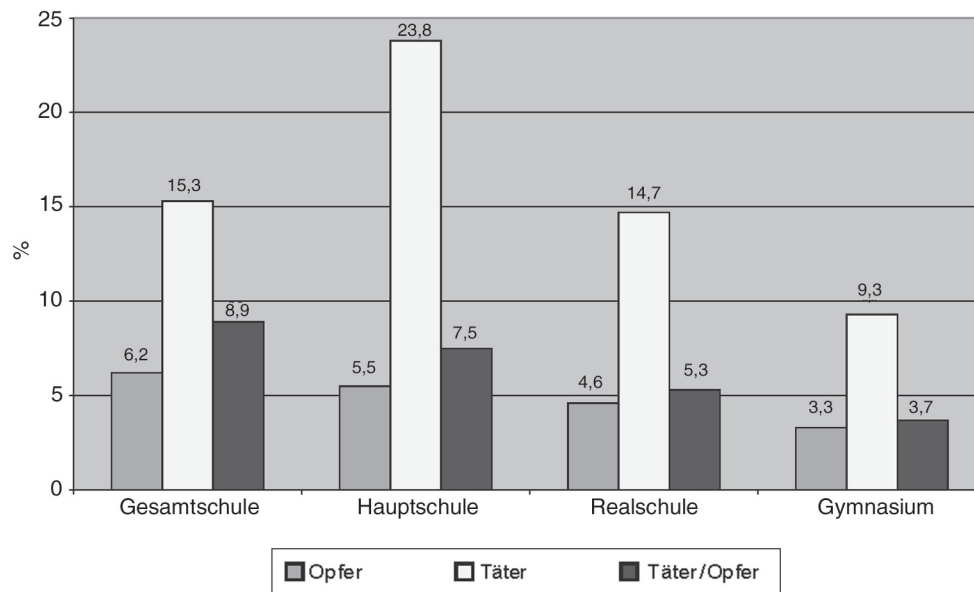
### 3.2.5 Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend sind mit potenziell schwerwiegenden, mitunter lebenslangen Konsequenzen für die physische und psychische Gesundheit verbunden. Gewalterfahrungen können Kinder und Jugendliche als Täter, Opfer oder sog. Täter/Opfer, die sowohl Gewalt ausüben als auch Opfer von Gewalt werden, machen.

Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) wurden Mädchen und Jungen im Alter von 11-17 Jahren nach ihren Gewalterfahrungen (12-Monats-Prävalenz) und zu ihren Einstellungen zu Gewalt befragt. Gewalterfahrungen wurden dabei unterteilt nach Täter- und Opfererfahrung erfragt, bezüglich der Einstellungen zu Gewalt wurden Angaben zum instrumentellen ("Gewalt zur Zielerreichung") und expressivem ("situative-impulsiver Gewaltbereitschaft") Gewalthandeln erfragt. Zu den verwendeten Instrumenten und psychometrischen Kennwerten siehe Schlack und Hölling (2007).

Insgesamt 82,5% der Mädchen aber nur 67,2% der Jungen waren in den letzten zwölf Monaten nie an einer Gewalthandlung beteiligt gewesen. 19,6% der Jungen und 9,9% der Mädchen waren Täter, 5,2% der Jungen und 3,9% der Mädchen Opfer und 7,6% (Jungen) bzw. 3,6% (Mädchen) sowohl Täter als auch Opfer von Gewalthandlungen gewesen. Mit 81,0% nie an Gewalthandlungen Beteiligter ist die Gewaltbelastung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus am geringsten gegenüber denen aus Familien mit mittlerem Sozialstatus (76,4%) bzw. niedrigem Sozialstatus (68,3%) (Schlack und Hölling 2007).

Im Lebensraum Schule machen Kinder und Jugendliche besonders häufig Erfahrungen mit Peer-Gewalt (auch als "Bully-



**Abb. 6:** Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen (12-Monats-Prävalenz): Täter, Opfer und Täter/Opfer nach Schultyp, Altersbereich 11-17 Jahre (nach Schlack und Hölling 2007)

ing" bezeichnet, vgl. Scheithauer et al. (2003). Daher ist es von Interesse, wie sich die unterschiedlichen Täter- und Opfertypen auf die verschiedenen Schulformen verteilen. Allerdings kann aufgrund der Frageformulierung in KiGGS nicht unmittelbar darauf geschlossen werden, dass die Gewalterfahrungen tatsächlich auch im Lebensraum Schule gemacht wurden.

Es fällt auf, dass es bei den Hauptschülern die bei weitem größte Gewaltbelastung für den Täterstatus gibt (Abb. 6). Dementsprechend ist auch die Gewaltbereitschaft (instrumentell und expressiv) unter Hauptschülern am stärksten ausgeprägt (Tabelle 1). Unter den Gesamtschülern ist sowohl die Opfer- als auch die Täter-Opferrate am höchsten. Vor allem der letztgenannte Befund überrascht zunächst, wenn man berücksichtigt, dass sich in der Gruppe der Täter/Opfer die am stärksten psychosozial belasteten Kinder und Jugendlichen befinden (Wolke et al. 2001, Pellegrini et al. 1999), die sowohl internalisierende als auch externalisierende Verhaltensweisen aufweisen und durch ihr häufig hyperaktives und impulsives Verhalten Übergriffe sowohl begehen als auch provozieren. Möglicherweise sehen Eltern dieser Kinder in Gesamtschulen bessere Bildungschancen für ihr Kind. Gymnasiasten weisen durchweg die niedrigsten Raten an von Gewalt betroffenen Kindern und Jugendlichen auf, sowohl als Täter, Opfer als auch Täter/Opfer.

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass die Bereitschaft, zur Erreichung eines Ziels ("instrumentell") oder spontan-impulsiv ("expressiv") Gewalt auszuüben, in absteigender Folge bei den Gesamt-, Realschülern und Gymnasiasten geringer wird. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie aus Familien mit Migrationshintergrund haben permissivere Einstellungen zu Gewaltanwendungen als

ihre Altersgenossen aus mittlerer und hoher Sozialschicht sowie ohne Migrationshintergrund. Die Gewaltbereitschaft wird außerdem durch das Geschlecht stark alteriert.

### 3.3 Gesundheitsbezogenes Risikoverhalten

#### 3.3.1 Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum

Der Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum gehört aufgrund der nachhaltigen Folgen für die Gesundheit zu den zentralen Themenfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. In KiGGS wurden Kinder und Jugendliche ab elf Jahren nach ihren Rauch- und Trinkgewohnheiten (Alkoholkonsum) und ihrem Drogenkonsum gefragt. Angaben zur Bildung der Indikatoren für den Substanzgebrauch finden sich bei Lampert und Thamm (2007).

Die Daten aus KiGGS zeigen, dass in Deutschland zurzeit 20,5% der 11- bis 17-jährigen Jungen und 20,3% der Mädchen in der gleichen Altersgruppe rauchen. Von den Jugendlichen, die selbst nicht rauchen, sind mehr als ein Viertel mehrmals in der Woche Tabakrauch ausgesetzt, etwa ein Fünftel sogar beinahe täglich. Insgesamt 64,8% der Jungen und 63,8% der Mädchen hatten bereits Alkoholerfahrungen. Etwa ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung mindestens einmal in der Woche Alkohol zu konsumieren. Haschisch und Marihuana hatten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung 9,2% der Jungen und 6,2% der Mädchen zu sich 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 dementsprechend bei den 16-

**Tabelle 1:** Häufigkeit instrumenteller (zielgerichteter) und expressiver (spontan-situativer, impulsiver) Gewaltbereitschaft (Angaben in %) (nach Schlack und Hölling 2007); Altersbereich 11-17 Jahre

	Instrumentelle Gewaltbereitschaft			Expressive Gewaltbereitschaft		
	nie	gelegentlich	häufig/immer	nie	Gelegentlich	häufig/immer
Junge	73,7	18,2	8,1	66,0	22,6	7,8
Mädchen	85,3	9,4	5,3	88,4	11,4	3,8
<b>Schultyp</b>						
Gesamtschule	73,3	20,0	6,7	72,1	16,9	11,0
Hauptschule	63,5	23,4	13,1	70,6	17,5	11,9
Realschule	81,2	13,6	5,2	76,4	16,5	7,1
Gymnasium	90,0	7,3	2,7	84,3	12,9	3,5
<b>Sozialstatus</b>						
Niedrig	68,2	20,6	11,3	71,2	17,5	11,0
Mittel	82,5	12,6	4,8	78,2	14,6	7,2
Hoch	88,1	8,2	3,7	82,0	13,9	4,1
<b>Migrationshintergrund</b>						
Ja	66,5	21,6	12,3	18,5	18,5	11,1
Nein	82,1	11,9	5,6	14,7	14,7	7,0

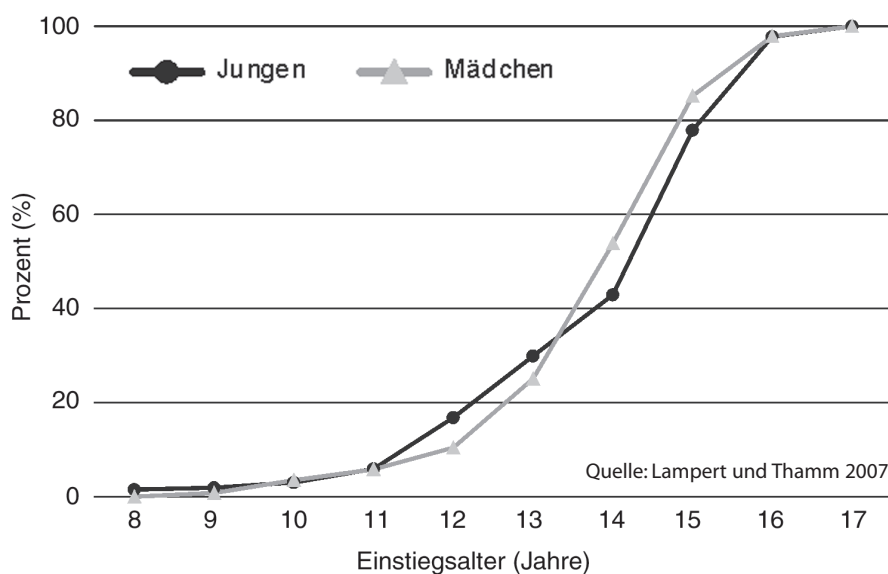
bis 17-Jährigen am stärksten verbreitet. Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus rauchen häufiger, beim Alkohol- und Drogenkonsum sind hingegen keine bedeutsamen sozialstatusspezifischen Unterschiede zu beobachten. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund trinken laut Selbstauskunft deutlich weniger Alkohol und haben niedrigere Raucherquoten (Abb. 7).

### 3.3.2 Mediennutzung

Die Beschäftigung mit elektronischen Medien spielt für das Freizeitverhalten von Jugendlichen eine große Rolle. Aus

Sicht der Gesundheitswissenschaften stellt sich unter anderem die Frage, inwieweit die intensive Mediennutzung auf Kosten der körperlich-sportlichen Aktivität und der gesundheitlichen Entwicklung der Heranwachsenden geht.

Die Daten zur Mediennutzung aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurden mit Fokus auf die 11- bis 17-Jährigen ausgewertet. Sie bestätigen die starke Nutzung elektronischer Medien bei Kindern und Jugendlichen ab elf Jahren (Lampert et al. 2007). Allerdings zeigen sich deutliche gruppenspezifische Unterschiede. So verbringen Jungen mehr Zeit mit Computer/Internet und Spielkonsole als Mädchen, während Mädchen häufiger Musik hören und

**Abb. 7:** Alter bei Einstieg in den regelmäßigen Tabakkonsum: Kumulative Häufigkeiten auf der Basis der Angaben der 17-jährigen Jungen und Mädchen, die mindestens einmal in der Woche Tabak rauchen

mobilitätstelefonieren. Fernsehen und Video schauen ist bei Jungen und Mädchen gleichermaßen populär. Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder geringer Schulbildung beschäftigen sich weitaus häufiger und länger mit elektronischen Medien, insbesondere mit Fernsehen/Video, Spielkonsole und Handy. Gleiches gilt für Jungen aus Familien mit Migrationshintergrund, nicht aber für Mädchen aus solchen Familien. Ein Zusammenhang von Mediennutzung und geringerer körperlich-sportlicher Aktivität lässt sich für Jugendliche feststellen, die täglich mehr als insgesamt 5 Stunden mit der Nutzung elektronischer Medien zubringen. Diese Gruppe der starken Nutzer ist zugleich vermehrt von Adipositas betroffen (Abb. 8). Damit stehen die Ergebnisse der KiGGS-Studie im Einklang mit Befunden aus vorangegangenen Untersuchungen, die ebenfalls diese Zusammenhänge festgestellt hatten (vgl. Schlack 2007).

#### 4 Zusammenfassung und Diskussion

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurde erstmals auf breiter Basis eine bundesweit repräsentative Datengrundlage zur körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit von Kinder und Jugendlichen über das gesamte Altersspektrum von 0-17 Jahren geschaffen. Mit seiner Public-Health-Orientierung bildet der Survey eine Grundlage für gesundheitspolitische Schwerpunktsetzungen auf dem Gebiet von Prävention, Intervention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in Deutschland und diente zudem der Gesundheit jedes einzelnen teilnehmenden Kindes. Im Folgenden sollen die einzelnen Ergebnisse zusammenfassend und mit besonderer Berücksichtigung des Settings Schule diskutiert werden.

Die Übersicht über wichtige Determinanten des Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen zeigt, dass sich die unter dem Begriff "Neue Morbidität" diskutierte Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronischen bzw. von den somatischen zu den psychischen Gesundheitsstörungen in den KiGGS-Daten widerspiegelt. Bezüglich der körperlichen Gesundheit wurde im Vergleich mit den derzeit aktuellen nationalen Referenzdaten eine erhebliche Zunahme von Übergewicht und Adipositas verzeichnet. Besonders auffällig war der Anstieg sowohl von Übergewicht als auch von Adipositas mit Beginn des Schulalters. Dieser Befund verdient sicherlich in der Zukunft weitere Aufmerksamkeit. Über mögliche Gründe kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. So sind Umstellungen der Ernährung ebenso denkbar wie erhöhte Stressbelastung oder eine zunehmende Beeinflussung durch Peers oder ältere Schüler.

Die weiterhin herausragende Rolle der allergischen und atopischen Krankheiten bei den chronischen Erkrankungen konnte bestätigt werden. So ist die Lebenszeitprävalenz von Asthma mit fast 5% weiterhin auf einem hohen Niveau. In einer weiteren Auswertung der KiGGS-Daten zu Schutzfaktoren und Lebensqualität chronisch kranker Kinder konnte jedoch gezeigt werden, dass Asthma, im Vergleich mit zwei weiteren chronischen Gesundheitsstörungen (Adipositas und ADHS), seine einschneidenden Belastungen als chronische Krankheit weitgehend verloren hat (Hölling et al. 2008). Jungen mit einer ärztlichen Diagnose "Asthma" erreichten bezüglich ihrer schulischen Lebensqualität (Iteminhalt: "...habe Schulaufgaben gut geschafft.", "...hat mir der Unterricht Spaß gemacht.") sogar höhere Werte als ihre "gesunde" Vergleichsgruppe.

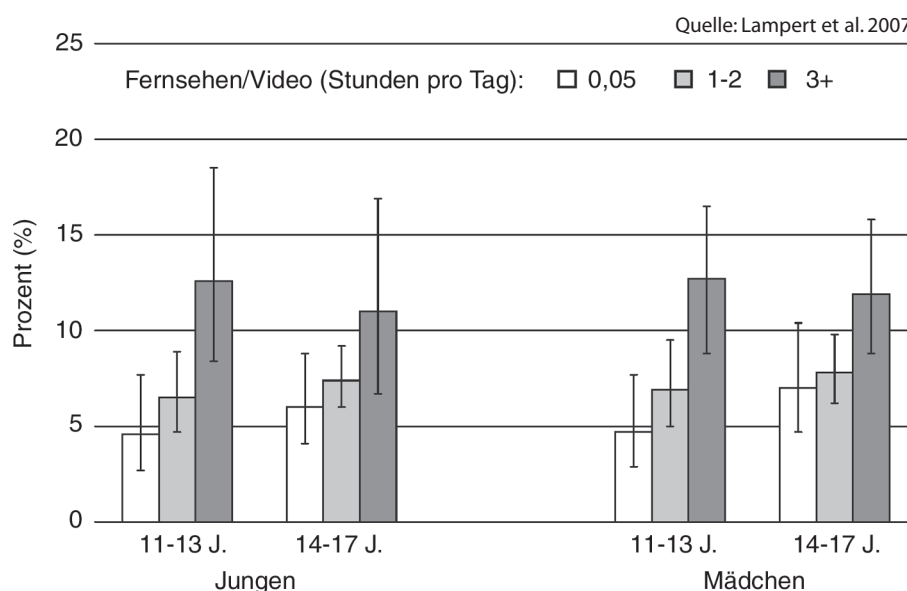


Abb. 8: Zusammenhang zwischen Fernseh/Videokonsum und Adipositas bei 11-17-Jährigen Jungen und Mädchen

Dass auch vor dem Hintergrund einer "neuen Morbidität" die Infektionskrankheiten, insbesondere bei fehlenden Schutzimpfungen, weiterhin eine Rolle spielen, konnte eindrucksvoll und beispielgebend an den unterschiedlichen Lebenszeitprävalenzen für die impfpräventablen Krankheiten Masern, Mumps und Keuchhusten vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Impfstrategien in der ehemaligen DDR und der alten Bundesrepublik gezeigt werden. Impflücken bezüglich Auffrischimpfungen für Tetanus und Diphtherie ließen sich vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen (7-17 Jahre) identifizieren; bei älteren Jugendlichen mit Migrationshintergrund fehlten zudem häufig auch die Grundimmunisierungen. MMR-Impfungen fehlten häufiger bei Kindern und Jugendlichen aus der hohen Sozialschicht.

Eine weitere Komponente der "neuen Morbidität" ist die Verschiebung des Krankheitsspektrums von den körperlichen Erkrankungen zu den psychischen Auffälligkeiten und Störungen. Eine Tendaussage im Sinne einer Zu- bzw. Abnahme ist mit den Querschnittsdaten von KiGGS nicht möglich. Umso erfreulicher ist es, dass im Rahmen des sich derzeit am Robert Koch-Institut im Aufbau befindlichen Gesundheitsmonitorings für die Gesamtbevölkerung auch die KiGGS-Studie als Kohortenstudie weitergeführt werden kann. So wird voraussichtlich im Jahr 2011 die erste Nachbefragungswelle abgeschlossen sein und anschließend erste Tendaussagen zu Parametern sowohl der körperlichen als auch zur psychischen Gesundheit möglich sein.

Die Prävalenzen von psychischen Auffälligkeiten (nach SDQ) und Merkmalen von Essstörungen (nach SCOFF) aber auch ADHS in der hier vorgestellten Querschnittsanalyse sind als hoch zu bezeichnen und sollten Anlass zu sorgfältiger weiterer Beobachtung und Aufmerksamkeit sein. Bei einer ADHS treten Symptome in mehreren Lebensbereichen auf, besonders aber in der Schule, wo der Schulalltag durch Lernstörungen und Verhaltensprobleme beeinträchtigt wird (Rothenberger et al. 2007). Ein effektives Vorgehen um mittel- und langfristigen Folgen zu begegnen, bestünde z.B. in einer intensiven Vernetzung und Zusammenarbeit aller Beteiligten und Professionellen wie Eltern, Erziehern, Lehrern, Psychologen, Ärzten und Sozialarbeitern (Döpfner et al. 2007). Bei den Schutzfaktoren erweisen sich unter dem Aspekt der Risikoassoziation neben den personalen vor allem die familiären Ressourcen als bedeutsam. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben generell ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten, Essstörungen, ADHS und haben deutlich geringere personale, familiäre und soziale Ressourcen.

Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen wurde in der hier vorliegenden Übersicht besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da diese im schulischen Bereich häufig vorkommen. Zwar ist mit den KiGGS-Daten keine konkrete Aussage zum Ort des Gewaltereignisses möglich, es lassen sich jedoch die Verteilungen der Gewalterfahrungen nach

besuchter Schulform des Kindes/Jugendlichen untersuchen. Hier waren vor allem Hauptschüler als Gruppe mit der höchsten Rate an Tätern und mit der stärksten Gewaltbefürwortung und die Gesamtschüler als die Gruppe mit den höchsten Anteilen an Opfern und den psychosozial besonders belasteten Täter/Opfern besonders stark betroffen. Insbesondere wiederholte Gewalterfahrungen ("Bullying") können sowohl für Täter als auch Opfer erhebliche gesundheitliche Folgen haben, die bei den Opfern von Unkonzentriertheit, psychosomatischen Beschwerden (z.B. Essstörungen), Leistungsabfall, Verlust des Selbstwertgefühls, Isolation und Einsamkeit (Gasteiger-Klicpera und Klicpera 2001) bis hin zu erhöhten Angst- und Depressionsraten und Suizidgefährdung reichen (Carney 2000). Auch bei Tätern liegen erhöhte Risikobelastungen vor, wie erhöhte Chancen, im Erwachsenenalter eine Depression zu entwickeln, geringere Emotionalität sowie Beziehungsprobleme aufzuweisen oder delinquent zu werden (Olweus 1996, Whitney und Smith 1993). Daher können sich Aktivitäten gegen Gewalt an Schulen, die von einer solchen Problematik betroffen sind, lohnen. Aus einer Reihe von schulzentrierten Maßnahmen gegen Gewalt sei hier beispielsweise das Olweus-Programm genannt, das neben einer Fragebogenerhebung zu Ausmaß und Qualität des Bullying auch umgebungsbezogene Maßnahmen (z.B. Verbesserung der Pausenaufsicht, Umgestaltung des Schulhofs) sowohl auf Klassenebene (z.B. Klassenregeln, regelmäßige Klassengespräche) als auch auf Schülerebene (z.B. Gespräche mit Tätern und Opfern) sowie die Einbeziehung der Eltern enthält (Olweus 1996).

Hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens wie des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen bzw. übermäßiger Nutzung elektronischer Medien konnten die ersten Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass Rauchen nach wie vor, vor allem unter älteren Jugendlichen verbreitet ist. Eine überwiegende Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen hat Alkoholerfahrung, mit zunehmendem Alter steigt auch der Haschisch/Marihuankonsum. Im Alter von 17 Jahren gab jeder vierte Junge und jedes siebte Mädchen an, diese Substanzen in den letzten zwölf Monaten konsumiert zu haben. Bezüglich des Medienkonsums können die KiGGS-Daten die so genannte Konkurrenzhypothese bestätigen, nach der hoher Konsum elektronischer Medien mit geringer körperlicher Aktivität und erhöhten Chancen, übergewichtig zu sein einhergeht.

KiGGS war angetreten unter dem Motto "Daten für Taten". Fast 18000 Kinder und ihre Familien haben an der Studie teilgenommen und mit diesem Engagement dazu beigetragen, die Gesundheitschancen der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung insgesamt in Deutschland verbessern zu helfen. Dies bedeutet auch eine Verantwortung für die Umsetzung der Erkenntnisse aus KiGGS.

Palfrey et al. (2005) sprechen in Erweiterung des Begriffs "neue Morbidität" von "Millennium Morbidität". Diese ist besonders gekennzeichnet u.a. durch gesundheitliche Ungleichheiten und die zunehmende Bedeutung sozioökonomischer Einflüsse auf die Gesundheit. Ein besonders bemerkenswertes Resultat der ersten Auswertungen von KiGGS ist, dass nahezu alle Parameter der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stark mit den sozioökonomischen Bedingungen, unter denen die Kinder und ihre Familien leben, variieren. Für einzelne Gesundheitsprobleme war dies durchaus zu erwarten; in seinem Ausmaß und seiner Konsistenz beeindruckt dieser Effekt jedoch stark. In weiten Teilen weisen Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus aber auch aus Familien mit Migrationshintergrund eine ungünstigere Gesundheitssituation auf als ihre Altersgenossen der jeweiligen Vergleichsgruppen.

Legt man einen erweiterten Begriff von sozialer Benachteiligung zugrunde, dann ist ein Kind auch dann sozial benachteiligt, wenn seine seelischen und körperlichen Grundbedürfnisse wegen ungünstiger äußerer Lebensbedingungen nicht oder nur unzureichend befriedigt und dadurch seine Gesundheit und Entwicklung beeinträchtigt werden (Schlack 2003). Damit wird klar, dass soziale Benachteiligung nicht notwendig an einen niedrigen Sozialstatus gebunden ist, wenn er auch mit diesem stark korrelieren mag. Soziale Benachteiligung wäre demnach als Folge von Mängeln in der primären Sozialisation und der Interaktion zu verstehen. Dies macht die Bedeutung der Sozialisationsinstanz ‚Familie‘ für die primäre Sozialisation deutlich und verweist auf die Folgen für die kindliche Entwicklung, wenn diese Instanz ganz oder teilweise versagt. Kinder brauchen dann ein Gemeinwesen, das – wo nötig – neben den Eltern aktiv (Mit-)Verantwortung für ihr Aufwachsen übernimmt, um ihre bestmögliche Förderung und ihr Wohl zu gewährleisten.

Diese Überlegungen zeigen, dass es nicht ausreicht, lediglich eine Verbesserung der ökonomischen Bedingungen für Familien zu fordern, und sie verweisen zugleich auf die Verantwortung, die den weiteren, die Familie umgebenden Lebenswelten wie der Nachbarschaft, Gemeinde, dem Kindergarten oder der Schule aber auch politischen Entscheidungsträgern zukommt. Der Ausbau am Kindeswohl orientierter und qualitätsgesicherter Krippen- und Kindergartenplätze sowie die Einrichtung bzw. der Ausbau von Ganztagschulen, die von Familien als Teil ihrer Lebenswelt begriffen und damit als wünschenswert empfunden werden können, wären Möglichkeiten, die Entwicklungs- und damit auch die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen strukturell zu verbessern.

## 5 Literatur

American Academie of Pediatrics (1993): Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and

- Family Health. Psychosocial Risks of Chronic Health Conditions in Childhood and Adolescence. *Pediatrics* 92: 876-878
- American Academie of Pediatrics (1993a): Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Pediatrician and the "New Morbidity". *Pediatrics* 92: 731-733
- Antonovsky A (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass. San Francisco
- Bengel J (2002): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Bergmann KE, Bergmann RL, Kamtsiuris P, Huber M, Schulze S, Schäfer U, Kahl H (2003): Health Promotion and Disease Preventing in Young Families – Avoidable Health Problems and Expectations of Young Parents. In: Bergmann KE, Bergmann RL (Hg.) *Health Promotion and Disease Prevention in the Family*. De Gruyter, Berlin, New York
- Bergmann KE, Kamtsiuris P, Kahl H et al. (1998): Prävalenz von Krankheiten im Kindesalter. (Abstr.) *Mtschr Kinderheilkd* 146: S120 und S251
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2005): Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Langfassung: 1-87. [Retrieved: 15.10.2007 from [www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf)]
- Carney JV (2000): Bullied to death. Perceptions of peer abuse and suicidal behaviour during adolescence. *School Psychology International* 21: 213-223
- Dölle R, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Datenmanagement. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 50: 573-577
- Döpfner M, Plück J, Berner W, Englert E, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkühl U, Poustka F (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
- Döpfner M, Wolff Metternich T, Schürmann, S (2007): Konfliktfeld Schule: Kooperation bei Diagnostik und Therapie der ADHS. *Kinderärztliche Praxis*, Bd. 77, Sonderheft "ADHS": 8-13
- Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 50: 800-809
- Filipiak-Pittroff B, Wölke G (2007): Externe Qualitätssicherung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Vorgehensweise und Ergebnisse. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 50: 567-572
- Gasteiger-Klicpera B, Kilcpera C (2001): Viktimisierungen durch Gleichaltrige als Entwicklungsrisiko. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 29: 99-111
- Goodman R (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38: 581-586
- Hoffmann U, Bergmann KE, Brecht JG, Schäfer TH, Schneider M, Schröder WF, Thiele W (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Arbeitskreis Gesundheitsberichterstattung beim Statistischen Bundesamt (Hrsg.) Metzler-Poeschel, Stuttgart
- Hölling H, Schlack R (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 50: 794-799

- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50: 784-793
- Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50: 557-566
- Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A, Kurth B-M (2008): Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 51: 606-620
- Hölling H, Schlack R, Kurth B-M (im Druck): Kinder – Familien – Gesundheit: Fakten und Zahlen aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation
- Ihle W, Esser G (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychologische Rundschau 53: 159-169
- Ihle W, Esser G (2007): Darstellung der aktuellen gesundheitlichen Belastung bei Kindern und Jugendlichen in ausgesuchten Themenbereichen. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Gesundheitliche Lage, gesundheitliche Versorgung und Empfehlungen. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (Hrsg.): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland, Berlin. S. 11-14
- Kamtsiuris P, Atzpodien K, Ellert U, Schlack R, Schlaud M (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50: 686-700
- Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50: 547-556
- Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- Und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatschr Kinderheilkd 149: 807-818
- Kurth B-M (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50: 533-546
- Kurth B-M, Hölling H, Schlack R (2008): Wie geht es unseren Kindern? Ergebnisse aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bertram H (Hrsg.): Mittelmaß für Kinder. Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. München: Beck. S. 104-126
- 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). Bundesgesundheitsblatt 50: 736-743
- Kvaerner KJ, Nafstad P, Jaakola JJK (2000): Upper Respiratory Morbidity in preschool children. A cross-sectional Study. Arch Ontolaryngol Head Neck Surg 126: 1201-1206
- Lampert T, Sygusch R, Schlack R (2007): Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50: 643-652
- Lampert T, Thamm M (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50: 600-608
- 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. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50: 578-589
- Masten AS (2001): Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In: Rösler G, v Hagen C, Noam G (Hrsg): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart, S. 192-219.
- Masten AS, Reed M-GJ (2002): Resilience in development. In: Snyder CR, Lopez SJ (Hrsg.): The handbook of positive psychology. Oxford: University Press, S. 74-88
- Morgan JF, Reid F, Lacey H (1999): The SCOFF Questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ 3219:1467-1468
- Mutius E v, Weiland SK, Fritzsche C, Duhme H, Keil U (1998): Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany. Lancet 351: 862-866
- Nicolai T, Bellach B-M, von Mutius E, Thefeld W, Hoffmeister H (1997): Increased prevalence of sensitization against aeroallergens in adults in West compared with East Germany. Clinical and Experimental Allergy 27: 886-892
- Olweus D (1996): Gewalt in der Schule: Was Eltern und Lehrer wissen sollten – und tun können. 2. korr. Aufl., Huber, Bern
- Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J (2005): Introduction: Addressing the Millennial Morbidity – The Context of Community Pediatrics. Pediatrics 115: 1121-1123
- Pellegrini AD, Bartini M, Brooks F (1999): School bullies, victims, and aggressive victims: Factors relating to group affiliation and victimization in early adolescence. Journal of Educational Psychology 91: 216-224
- 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: 851-862
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50: 871-878
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin
- Rothenberger A (2007): Stellenwert von Methylphenidatpräparaten im Schulalltag. Kinderärztliche Praxis, Bd. 77, Sonderheft "ADHS": 25-29
- Scheithauer H, Hayer T, Petermann F (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto Seattle
- Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50: 590-599
- Schlack HG (2000): Sozialpädiatrische Aspekte chronischer Krankheiten. In: Schlack HG (Hrsg.): Sozialpädiatrie. 2. Aufl.. Urban & Schwarzenberg. München, Jena, S. 279-282
- Schlack HG (2003): Sozial benachteiligte Kinder – eine Herausforderung für die gemeinwesenbezogene Gesundheitsfürsorge. Einfl-

- se der Lebenswelt auf Gesundheit und Entwicklung von Kindern. Gesundheitswesen 65: 671-675
- Schlack HG (2004): Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung. Frühe Kindheit 06: 18-21
- Schlack HG (2004a): Neue Morbidität im Kindesalter. Aufgaben für die Sozialpädiatrie. Kinderärztliche Praxis 75: 292-299
- Schlack R, Hölling H (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50: 819-826
- Schlack R (2007): Dick, dumm, krank? Zur Beziehung von Bildschirmmedienkonsum und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Neuß N, Große-Lohheide M (Hrsg.): Körper, Kult und Medien. Inszenierungen im Alltag und in der Medienbildung. Bielefeld. S. 153-166
- Schlack R, Hölling H, Kurth B-M, Huss M (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 50: 827-835
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007): Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 50: 701-710
- Steinhausen HG (1996): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie 3. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, S. 28-35
- Wahn U (2000): Das Atopiesyndrom, Asthma bronchiale. In: Schlack HG (Hrsg.): Sozialpädiatrie, 2. Aufl., S.106-140. Urban & Fischer. München, Jena
- Whitney I, Smith PK (1993): A survey on the extent and the nature of bullying in junior/middle and secondary schools. Educational Research 35: 3-25
- WHO European Region (1999): The health for all. Policy framework for the WHO European Region
- Wolke D, Woods S, Stanford K, Schulz H (2001): Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: Prevalence and school factors. British Journal of Psychology 92: 673-696
- World Health Organization (WHO) (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946. Official Records of the World Health Organization 2, WHO, Kopenhagen
- World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario/Canada, 17.-21.11.1986

## Nachrichten

### Allergien durch Einatmen von Duftstoffen?

Im Bad duftet es nach Pfirsichblüten, in der U-Bahn-Station nach Croissants und im Kaufhaus nach frisch gewaschener Wäsche. Was viele nicht wissen: die Düfte sind nicht echt, sondern es werden synthetische Duftstoffe eingesetzt, um unangenehme Gerüche zu überlagern oder den Appetit zu wecken. Duftstoffe werden zunehmend nicht nur in Privathaushalten eingesetzt sondern auch in öffentlichen Räumen. Welche Wirkung sie auf die Atemwege haben, diskutierten Experten nationaler und internationaler Forschungseinrichtungen am BfR. Das Expertengespräch am BfR fand im Rahmen des Nationalen Aktionsplans gegen Allergien des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) statt.

Dass einige Duftstoffe allergische Reaktionen der Haut auslösen können (so genannte Kontaktallergien), ist bekannt. Bei kosmetischen Mitteln müssen sie deswegen auf Verpackungen angegeben werden, wenn sie bestimmte Konzentrationen im Produkt überschreiten. Den Teilnehmern des Experten-

gesprächs waren jedoch keine Fälle bekannt, in denen Duftstoffe die Ursache für allergische Reaktionen gewesen sind, wenn sie über die Atemwege aufgenommen wurden. Möglicherweise besteht aber für Menschen, die bereits eine Kontaktallergie auf bestimmte Duftstoffe entwickelt haben, ein erhöhtes Risiko, dass diese Stoffe allergische Symptome der Haut verstärken oder Reizungen der Atemwege hervorrufen, wenn sie eingeatmet werden.

Aus diesem Grund sollten Verbraucher darüber informiert werden, wenn Duftstoffe in öffentlichen Räumen, etwa über die Klimaanlage, eingesetzt werden. Hersteller solcher "Duftmarketing"-Verfahren sollten außerdem auf Duftstoffe verzichten, die bekanntermaßen Allergien auslösen können. Darüber hinaus sollten die Inhaltsstoffe von Sprays verstärkt auf mögliche Reaktionen der Atemwege getestet werden.

[Quelle: Bundesinstitut für Risikobewertung]