



Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

ROBERT KOCH INSTITUT



# Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland

## Ergebnisse aus dem bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)

Robert Schlack

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Robert Koch-Institut, Berlin

„Qualität im Gesundheitswesen – Investition in die Jugend“  
Workshop der allianzq, Stoos, Schweiz (21./ 22. Juni 2013)

## Übersicht

- Das Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut
- Was ist die KiGGS-Studie?
- Ausgewählte Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung
  - Körperliche Krankheiten/Gesundheitsstörungen
  - Psychische Gesundheit
  - Gesundheitsverhalten
  - Bildungsmobilität und gesundheitliches Risikoverhalten
- Zusammenfassung und Schlussfolgerungen



15.05.2003 bis 06.05.2006

**Kinder- und Jugend-Gesundheits-Studie**

<http://www.kiggs.de>

- Zentrale wissenschaftliche Einrichtung des Bundesgesundheitsministeriums auf dem Gebiet der Biomedizin
- Aufgabe: Risikoforschung und Politikberatung

## Zentrale Verantwortlichkeiten:

- **Früherkennung** relevanter Gesundheitsprobleme in der Allgemeinbevölkerung und in Risikogruppen
- Unabhängige **Bewertung** von gesundheitlichen Entwicklungen, Problembereichen und Risiken auf der Basis von Datenerhebungen
- Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung (**Handeln**).

Bestandteil: **Gesundheitsmonitoring**



# Gesundheits- monitoring



Studie zur Gesundheit von Kindern  
und Jugendlichen in Deutschland



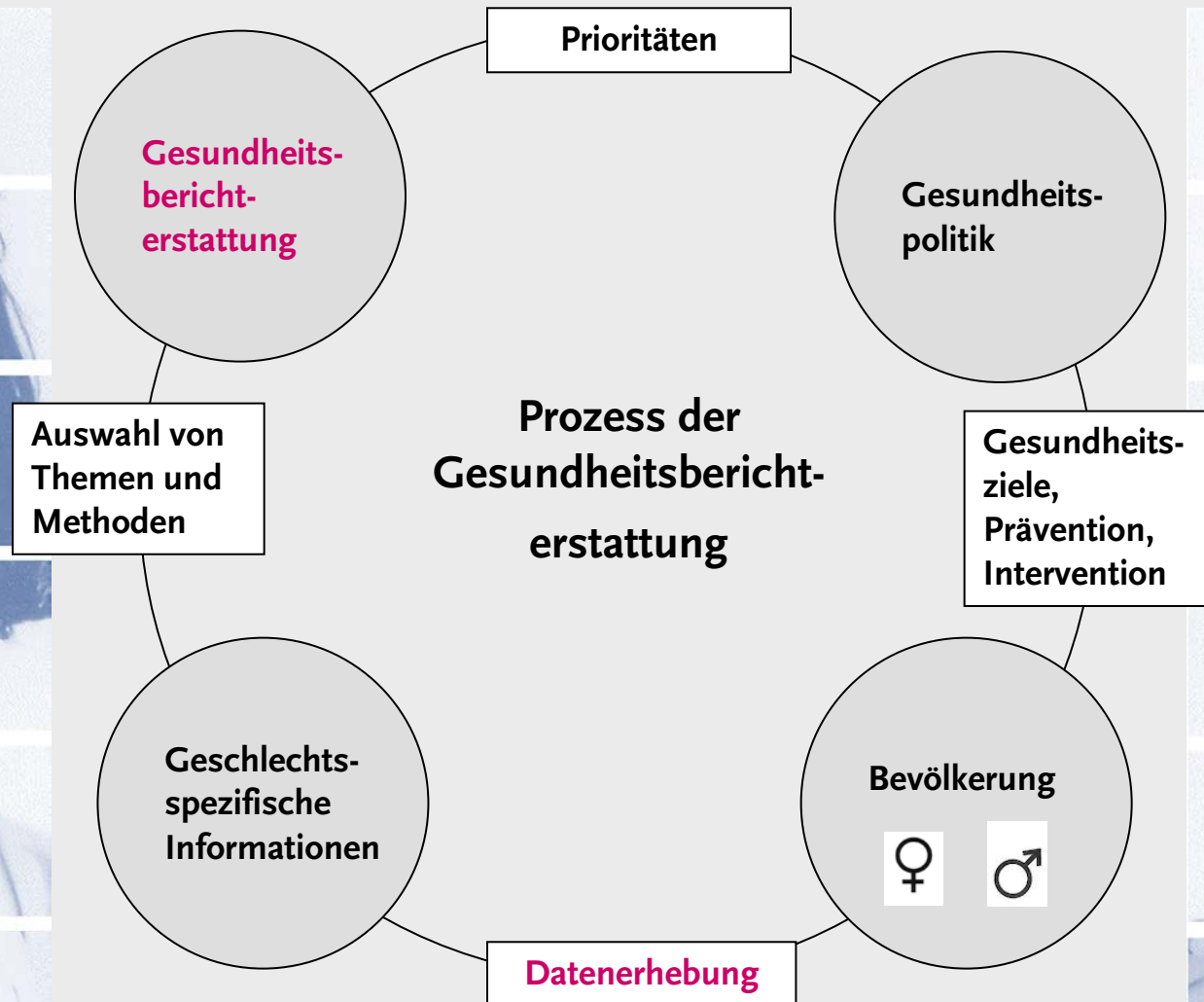
Studie zur Gesundheit Erwachsener  
in Deutschland



GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND AKTUELL

# Warum KiGGS?

## Evaluativer Kreislauf der Gesundheitsberichterstattung



-> Daten für Kinder fehlten



# Datenlage vor KiGGS

Kinder immer unportlicher  
Bewegungsmangel negativ für mentale Entwicklung  
Die Welt 01.11.2004



Ostdeutsche Kinder stärker allergiegefährdet - Würmer sind schuld  
Medizin + Umwelt 8.9.99



LISA, 6: „FUCKT ÜBERALL - BESONDERS AN DEN ARMEN UND AM HALS“

Ostdeutsche Kinder haben weniger Allergien  
als Westdeutsche

Jedes fünfte Kind hat Übergewicht  
Stuttgarter Nachrichten 19.07.2001

Jedes fünfte Kind ist allergisch gegen  
bestimmte Nahrungsmittel  
Ärzte Zeitung 05.12.2001

Jeder dritte Deutsche mit Heuschnupfen

Jedes 6. Kind zu dick  
taz 8.8.2001







Jedes achte Berliner Kind ist zu dick  
Tagesspiegel 28.5.2001

KLAUS, 11: „BEI STRESS MUSS ICH FRESSEN“

# Studien zur Kindergesundheit in Deutschland und Europa (Auswahl)

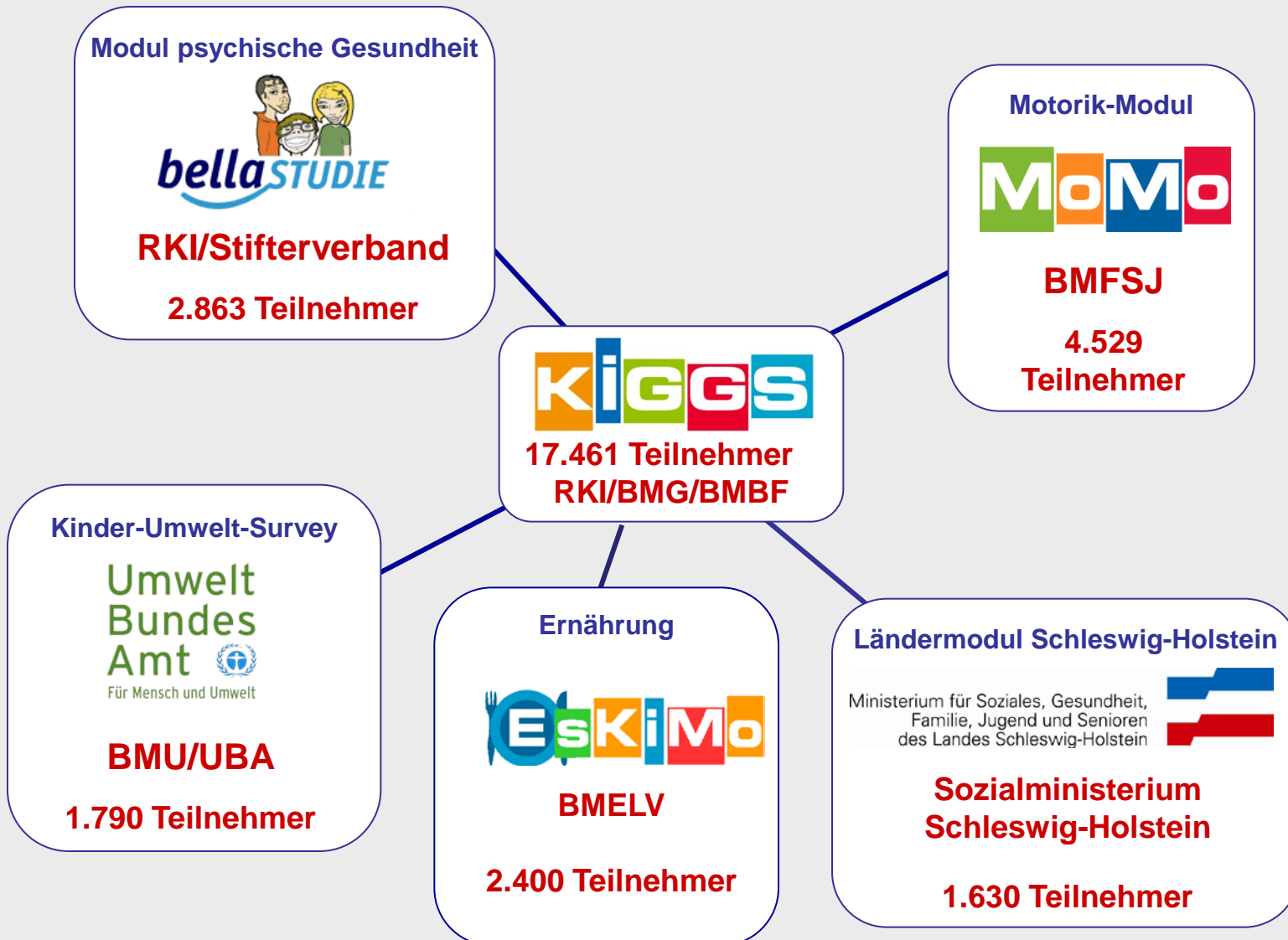


Studie	Studien- charakter	Region/Ziel- population	Studien- Population	Thema/Inhalt
<b>MAS (Multicenter Allergy Study)</b> 	Multicenterstudie	Freiburg, Düsseldorf, Mainz, München, Berlin	N = 1.314	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atopische Erkrankungen</li> <li>- Asthma</li> <li>- Chronifizierung</li> </ul>
<b>Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)</b> 	Schwangerschafts- kohorte	Schwangere Frauen in Norwegen (1999 -2008)	N = 110.000	<b>Pränatale Risiken:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rauchen, Alkohol</li> <li>- Diätverhalten</li> <li>- Mütterl. Distress</li> <li>- Mütterl. BMI u.a.m</li> </ul> <b>Health Outcomes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asthma/Allergie</li> <li>- Wachstum</li> <li>- Präeklampsie u.a.m</li> </ul>
<b>Elfe-Studie</b> 	Geburtskohorte	Neugeborene in Frankreich (2011)	N = 18.324	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einfluss des Umfeldes (familiäre Lebensweise, Freizeit) auf Entwicklung, Gesundheit, Sozialisierung</li> </ul>
<b>COCON</b> 	Kinder- und Jugendsurvey (Kohorte) (nur Befragung)	Repräsentativstudie	N = 3.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soziale Bedingungen</li> <li>- Lebenserfahrungen</li> <li>- psychosoziale Entwicklung</li> </ul>



- Nationale **Repräsentativstichprobe**
- Berücksichtigung des **gesamten Altersspektrums** von 0-17 Jahren
- **Querschnitt *und* Kohorte**
- **Breites Spektrum von Kernindikatoren** der *körperlichen, psychischen, sozialen* Gesundheit sowie des *Gesundheitsverhaltens* (analog WHO-Gesundheitsbegriff von 1948)
- **Untersuchung *und* Befragung**
- Konjunkte, d.h. **auf Individualebene verknüpfbare** Daten
- Inhaltliche **Vertiefungsmodule** (Umwelt, Psyche, Motorik, Ernährung) an Unterstichproben

# KiGGS Kernstudie und Vertiefungsmodule



- 167 Sample Points
- 17.641 Kinder und Jugendliche
  - (6.895 Jungen, 8.656 Mädchen)
  - 0-17 Jahre alt
  - Responserate 66,6 %



# KiGGS – Instrumente: Fragebögen für Eltern, Kinder und Jugendliche

- Körperliche Gesundheit, Krankheiten
- Psychische Gesundheit
- Soziale Gesundheit
- Gesundheitsverhalten, Risikoverhalten, Lebensstile
- Inanspruchnahme und Gesundheitsversorgung



# Computergestütztes Ärztliches Interview (CAPI)

- Ärztliche diagnostizierte Krankheiten
- Operationen
- Arzneimittelanwendung (letzte 7 Tage)
- Immunisierung



Insgesamt 43 Parameter in den Bereichen

- Versteckter **Nährstoffmangel** (z.B. Folsäure, Vitamin D, Transferritin)
- **Sero-Epidemiologie** infektiöser Krankheiten und Immunisierungsstatus (z.B. Hepatitismarker: Anti-HAV, Anti-HBV, Masern-, Röteln-, Herpes-, Helicobacter pylori-Antikörper)
- **Risikomarker** für chronische, nicht-übertragbare Krankheiten (z.B. IgE, inhalative Antigene, HDL-Cholesterol, TSH, fT3, fT4)





# Körperliche Untersuchungen und Tests

- Anthropometrie
- Sehtest
- Blutdruck und Puls
- Motorik (Koordination, Ausdauer, Reaktion)
- Schilddrüsenultraschall



## Neue Morbidität

Verschiebung von den **akuten** zu den **chronischen** Erkrankungen

- z.B. chronische Krankheiten wie Asthma, Allergien oder Adipositas

Verschiebung von den **somatischen** zu den **psychischen** Störungen

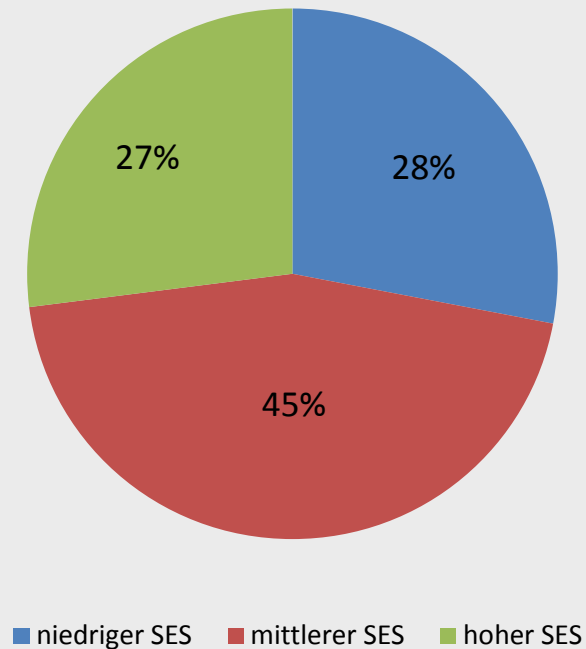
- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z.B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Störungen, Suchtmittelmissbrauch

Die **neue Morbidität** wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt.

„Millenium-Morbidity“ (Palfrey et al., 2005): Gesundheitschancen erheblich vom Sozial- und Bildungsstatus abhängig

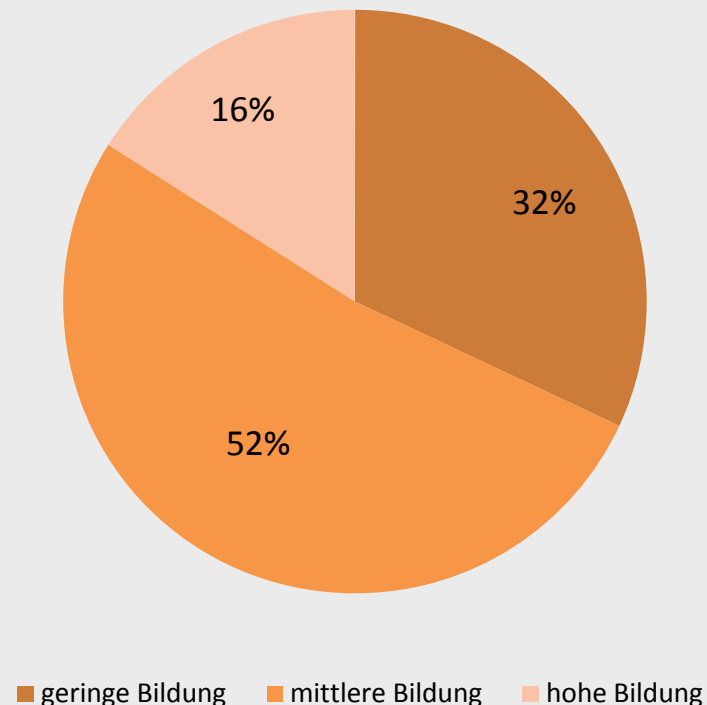
## Mehrdimensionaler Index (Winkler-Index)

- schulische und berufliche Ausbildung (Eltern), berufliche Stellung (Eltern), Haushaltseinkommen
- Summenscore über insgesamt 21 Kategorien
- Trichotomisierung (niedrig, mittel hoch) auf Basis des erreichten Punktwertes



# Bildungsniveau der Mutter

- Niedriger Bildungsstatus:  
Kein Schulabschluss, kein  
Berufsabschluss
- Mittlerer Bildungsstatus:  
Realschulabschluss,  
Fachhochschulreife,  
Abitur, mit  
Berufsausbildung
- Hoher Bildungsstatus:  
Abschluss einer  
Fachhochschule,  
Hochschule, Universität



## Beidseitiger Migrationshintergrund (Migrant):

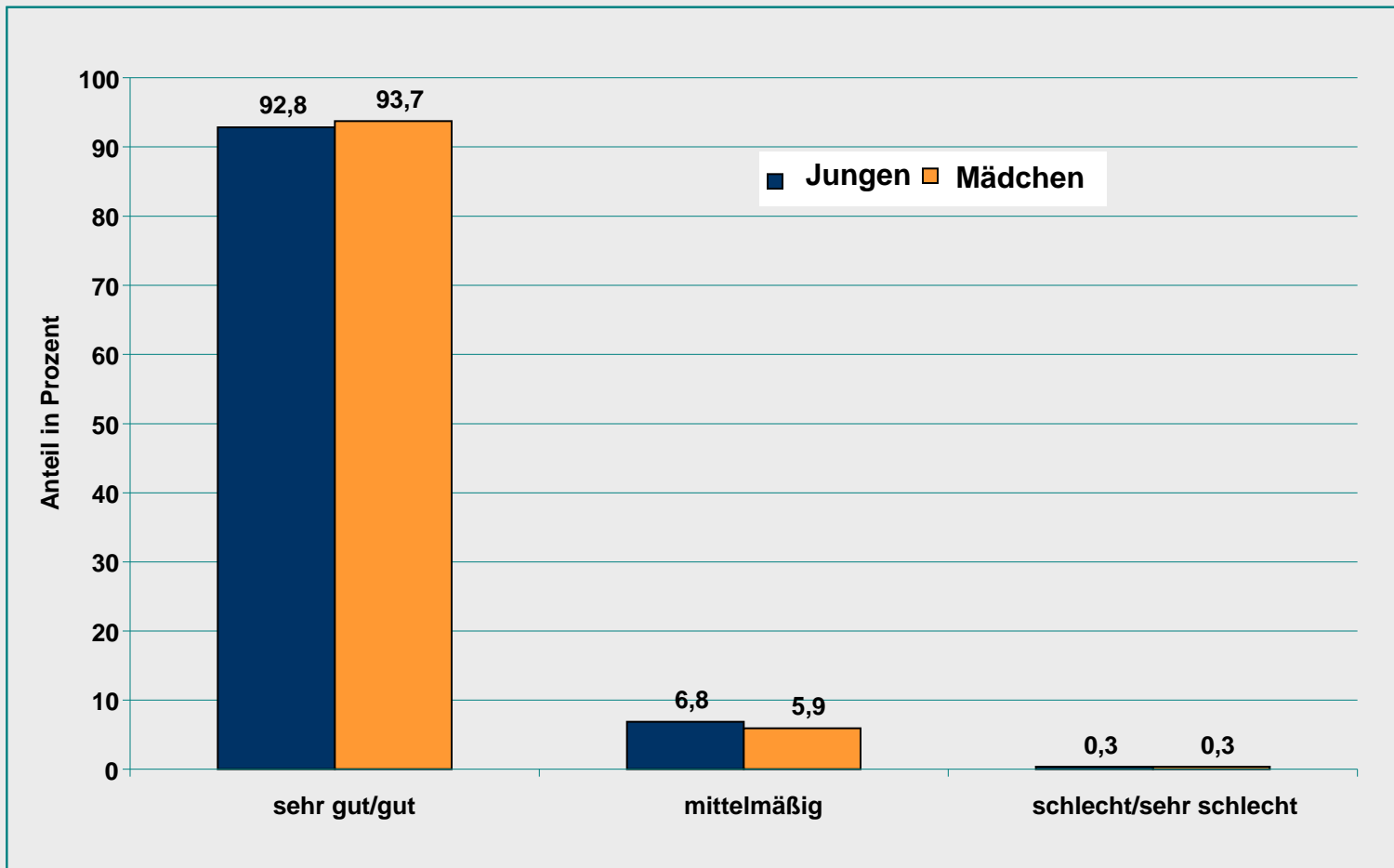
- Beide Elternteile sind in einem anderen Land geboren und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit

oder

- Kind ist selbst zugewandert und mindestens ein Elternteil ist im Ausland geboren

And. Staatsangehörigkeit	8,6 %	1.522
And. Geburtsland	14,7 %	2.589
<b>Migrationshintergrund</b>	<b>17,1 %</b>	<b>3.011</b>
Binational	<u>8,3 %</u>	<u>1.467</u>
Migrationshintergrund	25,4 %	4.478

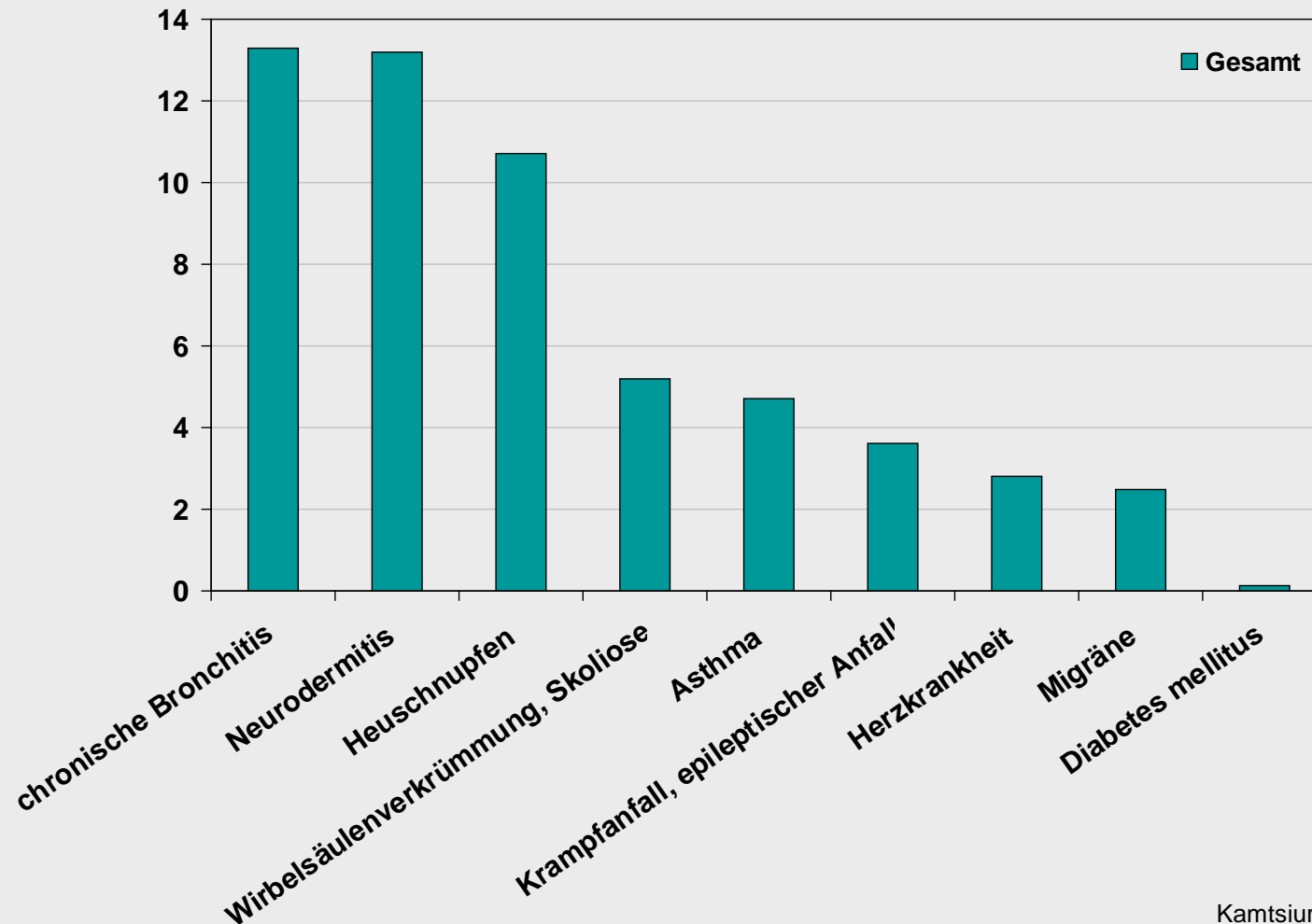
# Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen: Einschätzung der Eltern für die 0-17Jährigen





# Körperliche Gesundheitsstörungen/ Krankheiten

# Chronisch somatische Erkrankungen



Kamtsiuris et al 2007

# Übergewicht und Adipositas

## Instrument

Körpermesswerte: Körpergewicht und Körpergröße

Body-Mass-Index (BMI) = Gewicht in kg / Größe in m<sup>2</sup>

Abgrenzung von Übergewicht und Adipositas gemäß der Referenzdaten von Kromeyer-Hauschild (2001):

- **Übergewicht BMI > 90. Perzentil**
- **Adipositas BMI > 97. Perzentil**

## Studienpopulation

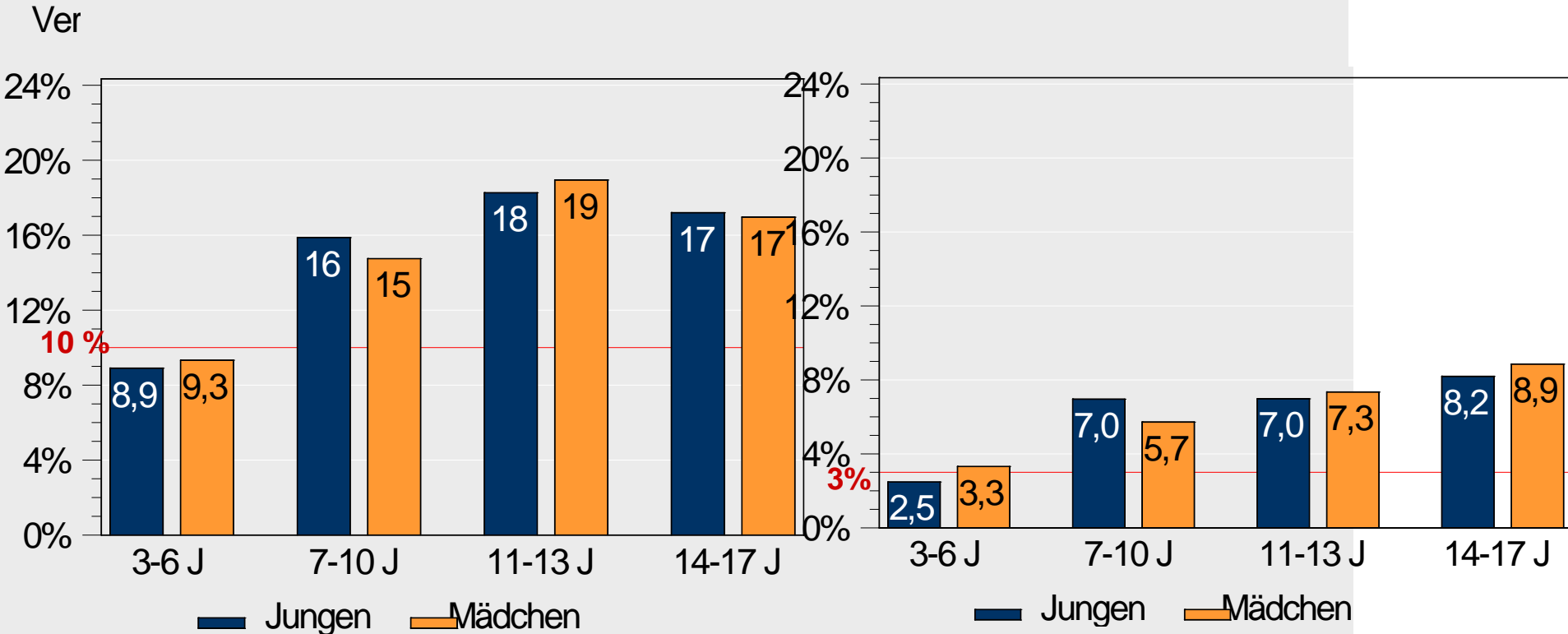
- Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren

## Allgemeiner Befund

- **15%** der Kinder und Jugendlichen sind **übergewichtig**, davon **6% adipös**
- Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nimmt im Altergang zu
- Jungen und Mädchen sind gleichermaßen betroffen

**Zunahme gegenüber Referenzdaten um 50%.**

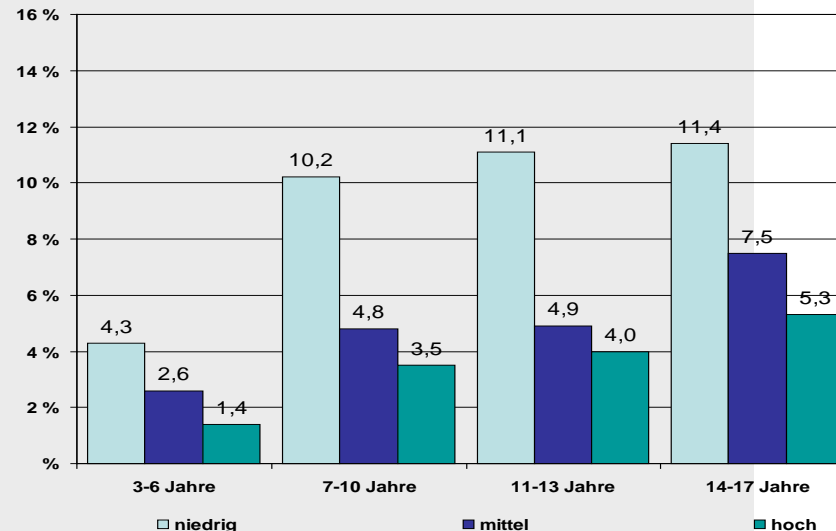
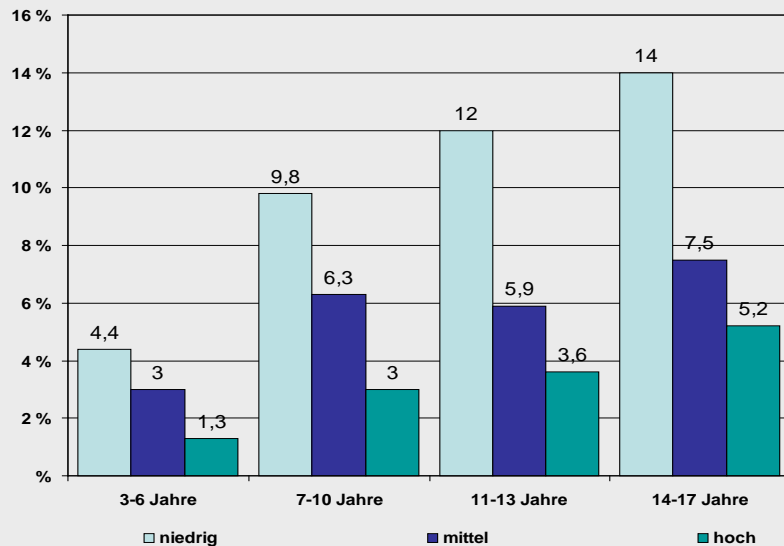
# Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen



Quelle: Kurth und Schaffrath Rosario (2007)

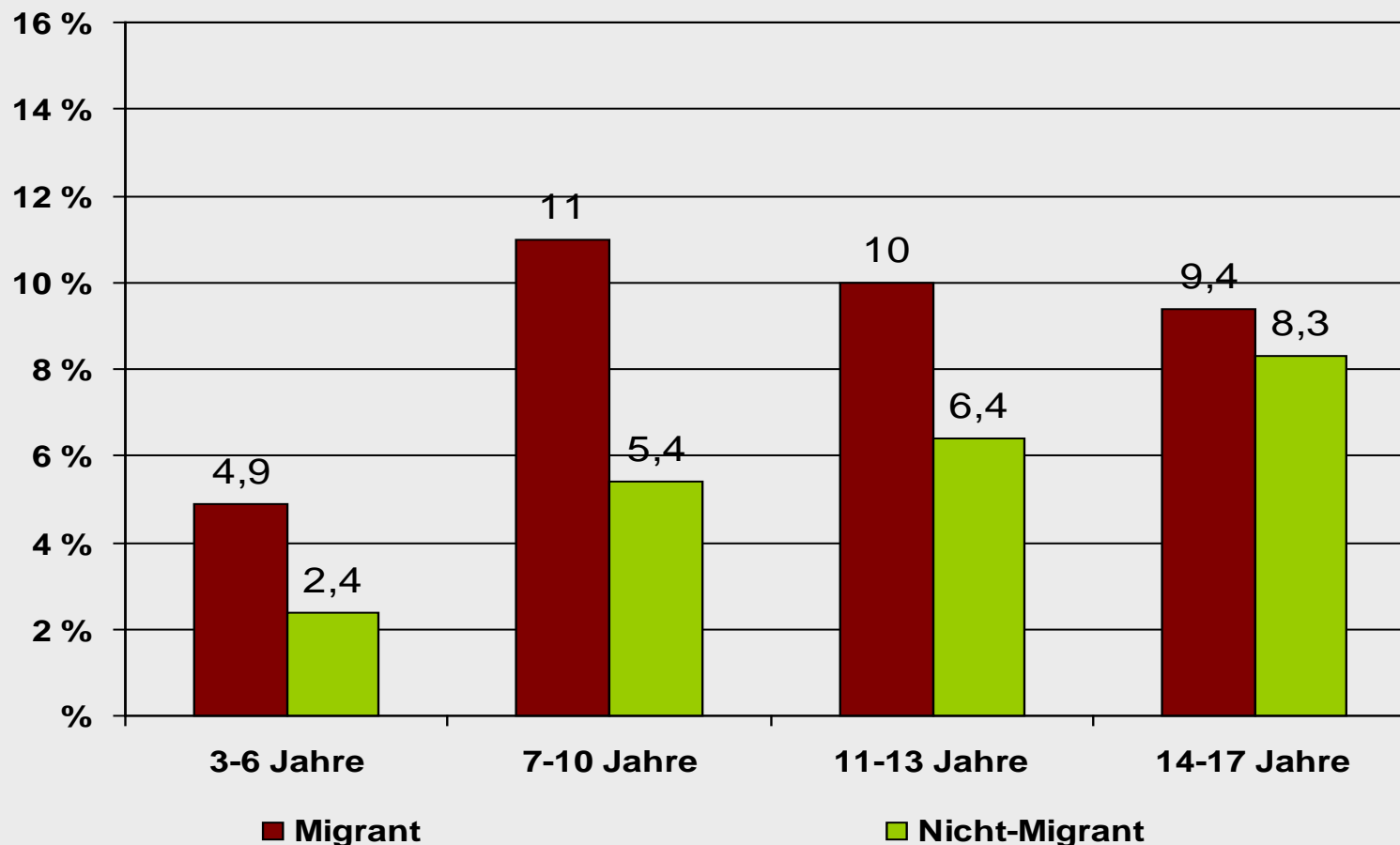
**Starker Anstieg im Grundschulalter, danach nur noch leichter weiterer Anstieg.**

# Häufigkeit von Adipositas nach Sozialstatus und Bildungsniveau der Mutter



**Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus und von Müttern mit niedrigem Bildungsniveau sind über alle Altersgruppen häufiger von Adipositas betroffen.**

# Häufigkeit von Adipositas nach Migrationsstatus



Quelle: Kurth und Schaffrath Rosario, 2007

**Bei Kindern aus Migrationsfamilien höhere Adipositasraten.**



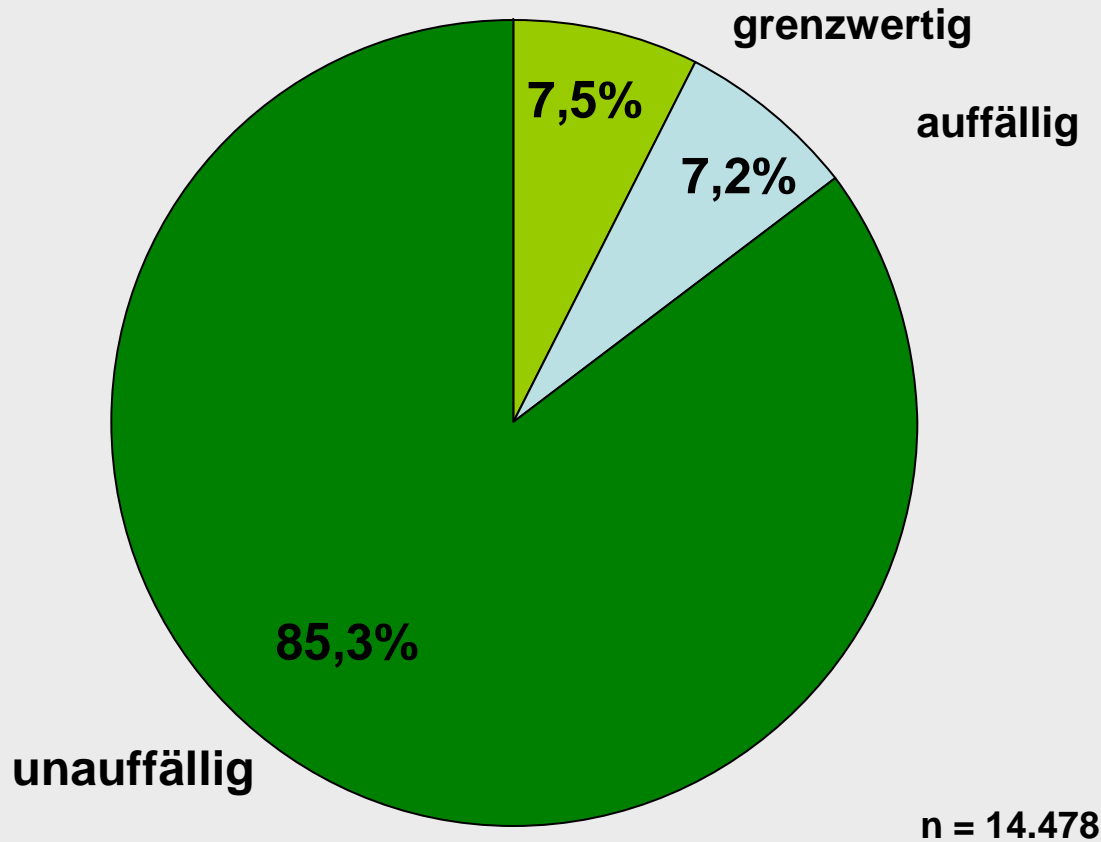
# Psychische Gesundheit

# Instrumente zur Erfassung psychischer Gesundheit (KiGGS)

- Psychische Auffälligkeiten und Stärken (Elternurteil 3 bis 17 Jahre und Selbsturteil 11 bis 17 Jahre)
- Essstörungen (Selbsturteil 11 bis 17 Jahre)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- Gewalterfahrungen und Gewalteinstellungen
- Lebensqualität
- **SDQ**: Fragen zu Verhaltensauffälligkeiten
  - emotionale Probleme
  - Verhaltensprobleme
  - Hyperaktivität
  - Peer-Probleme
- **SCOFF- Questionnaire**
- **Ärztliche/psychologische ADHS-Diagnose**
- **Skalen nach Heitmeyer**
- **KINDL-R**

# Psychische Auffälligkeiten (SDQ)

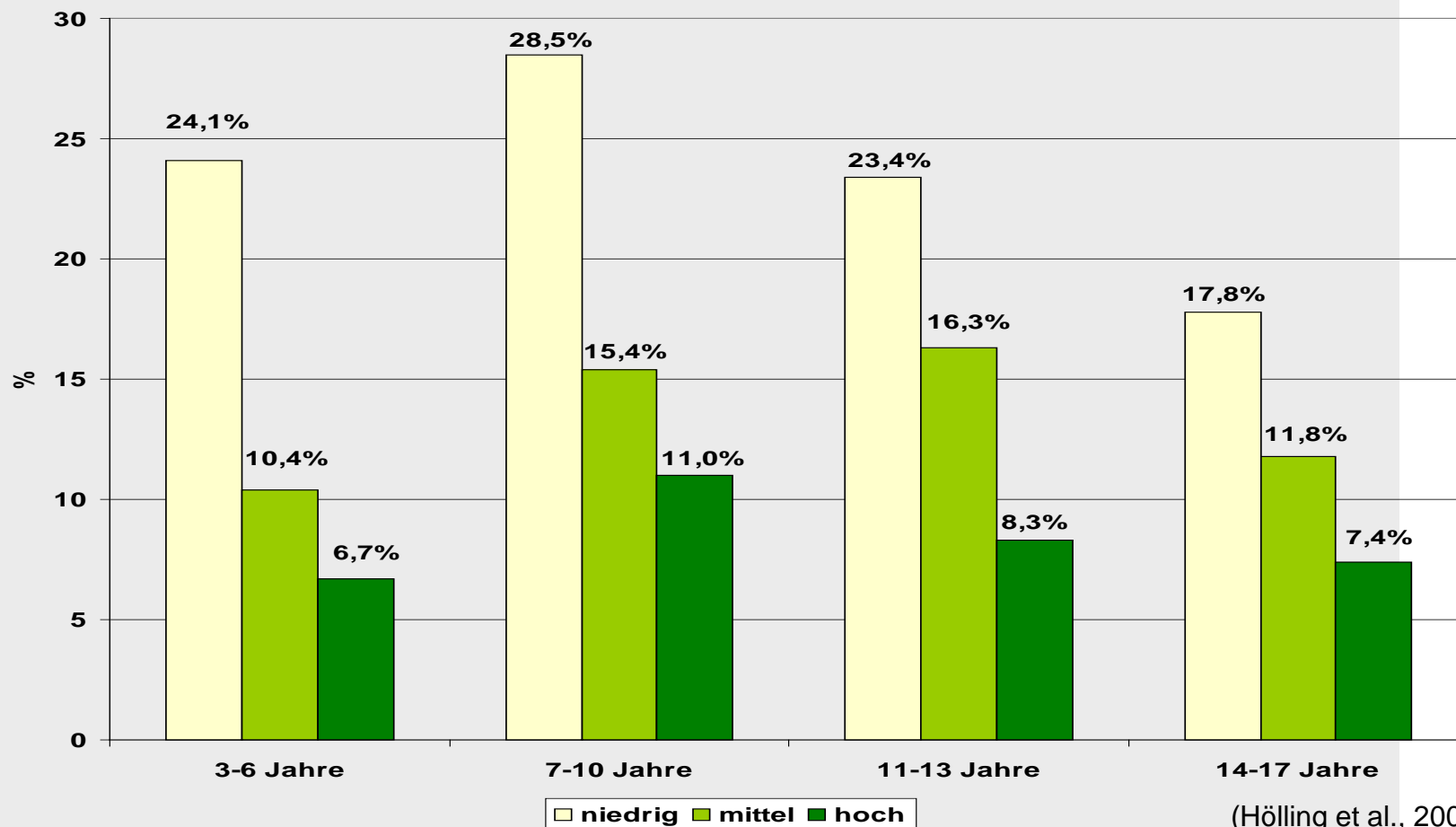
Gesamtproblemwert (Elternbericht, 3 bis 17 Jahre)



(Hölling et al., 2007)

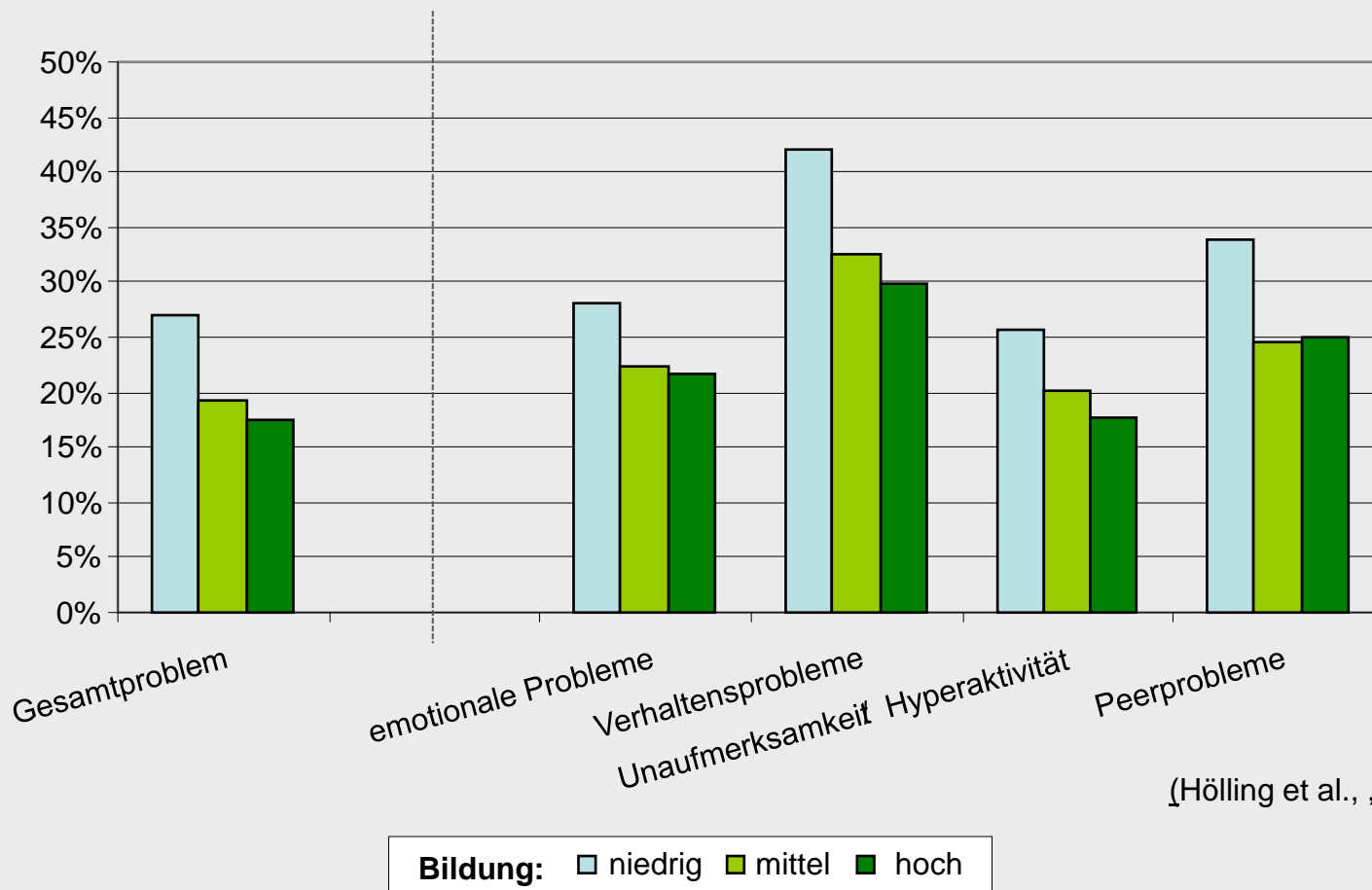
**Ca. jedes 7. Kind in Deutschland mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten**

# Psychische Auffälligkeit (SDQ) nach Alter und Sozialstatus



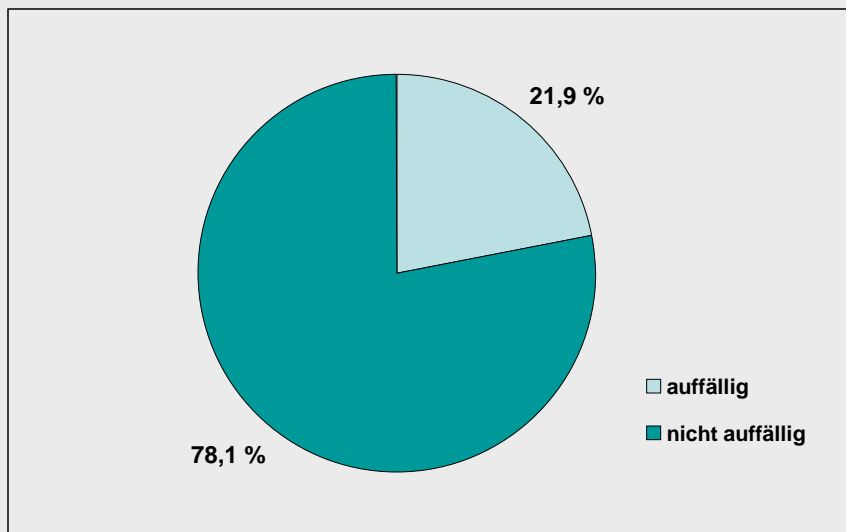
**Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind besonders stark betroffen.**

# Psychische Auffälligkeit in Abhängigkeit von der mütterlichen Bildung (Altersgruppe 11-17 Jahre)

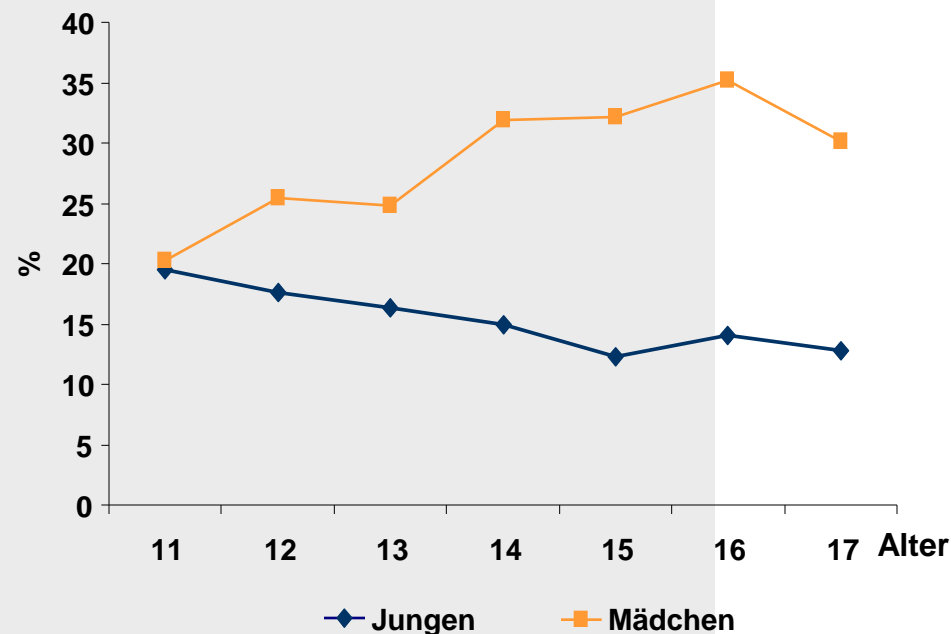


(Hölling et al., , 2007)

## Esstörungen (Symptome SCOFF) Häufigkeit Kinder und Jugendliche 11-17 Jahre gesamt



## Esstörungen (Symptome, SCOFF) Altersverlauf (Jungen, Mädchen)



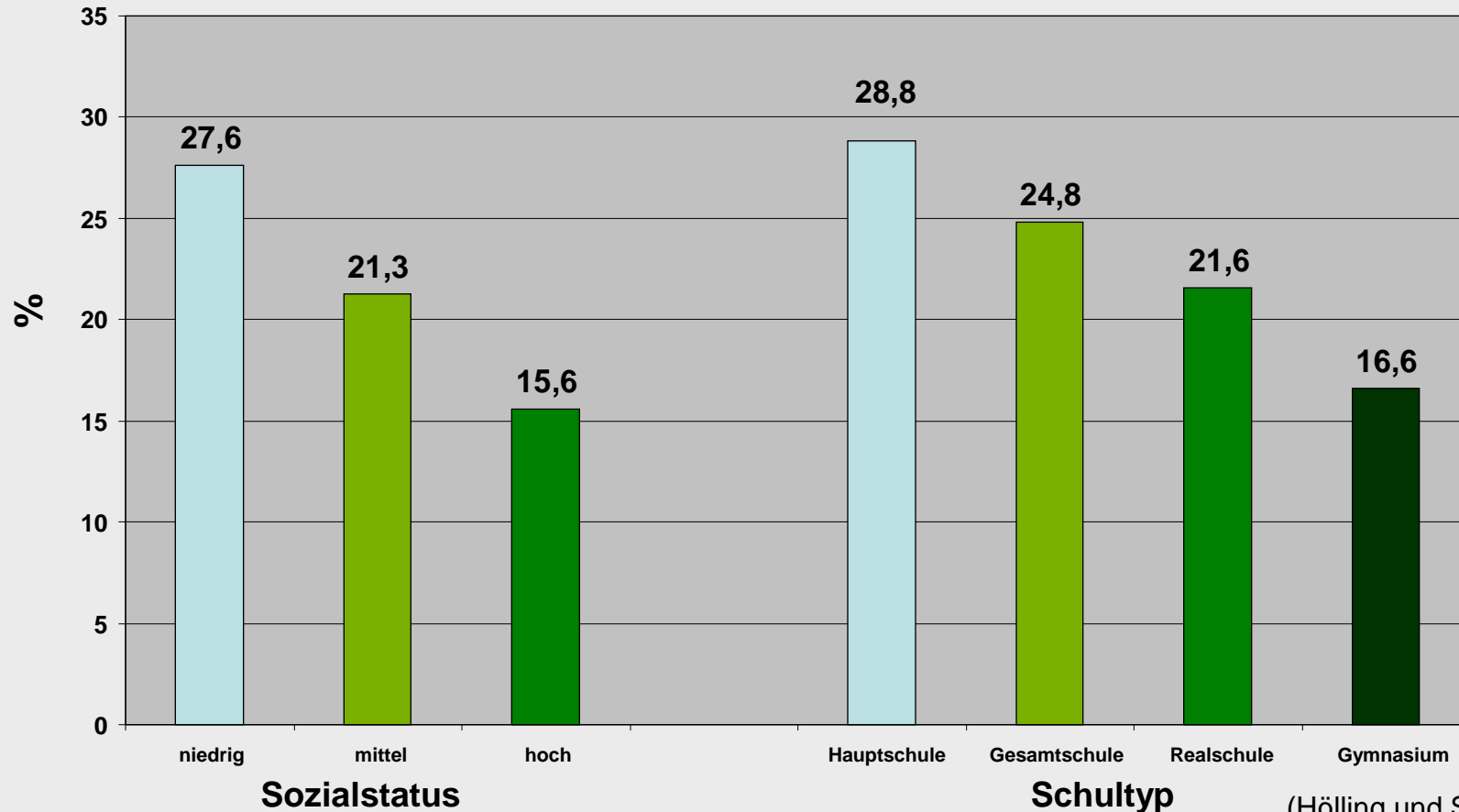
(Hölling und Schlack, 2007)

**Mehr als jedes 5. Kind in Deutschland berichtet Symptome von Essstörungen.**

**Im Altersverlauf nimmt Anteil der Auffälligen (SCOFF) bei den Mädchen um ca. 50% zu, bei den Jungen etwa um etwa ein Drittel ab.**

# Esstörungen (SCOFF)

## Häufigkeiten nach Sozialstatus und Schultyp



(Hölling und Schlack, 2007)

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

# Ärztlich/psychologisch diagnostizierte ADHS

Frage: „Wurde bei Ihrem Kind jemals eine ADHS durch Arzt oder Psychologen festgestellt“

## ADHS-Diagnose:

insgesamt **4,8%**

Jungen: 7,9%

Mädchen: 1,8%

Vorschule (3-6 Jahre): 1,5%

Grundschule (7-10 Jahre) : 5,3%

Altersgruppe (11-13 Jahre): 7,1%

Altersgruppe (14-17 Jahre): 5,6%

(Schlack, Hölling et al. 2007)

**ADHS-Diagnose bei Jungen insgesamt 4-mal häufiger. Im Alter von 11-17 Jahren wurde bei jedem 10. Jungen aber nur bei jedem 43. Mädchen jemals ADHS diagnostiziert.**



# Diagnostizierte **ADHS** nach Sozialstatus und Migrationshintergrund

## ADHS-Diagnose in Abhängigkeit vom Sozialstatus:

Niedriger Sozialstatus: 6,4%

Mittlerer Sozialstatus : 5,0%

Hoher Sozialstatus: 3,2%

---

Migrant: 3,1%

Nicht-Migrant: 5,2%

(Schlack, Hölling et al. 2007)

**Keine signifikanten Unterschiede zwischen Ost/West und Stadt/Land.**

## Salutogenese, entwicklungspsychologische Resilienzforschung



Gesundheit als Gleichgewicht von pathogenen und salutogenen Einflüssen

→ Gesundheitsressourcen puffern Risiken

# Erfassung von Ressourcen im KiGGS

(Selbstbeurteilung, Kinder und Jugendliche von 11 bis 17 Jahre)

## ■ Personal

- **Personelle Ressourcen (RKI)**, Items aus **Wirkall**, Schwarzer & Jerusalem 1999), **BFW**, Grob et al. 1991), **CSOC** (Kern et al. 1994)

## ■ Familiär

- **Familienklima-Skala** (Schneewind et al. 1985) modifiziert, -> Familiärer Zusammenhalt



## ■ Sozial

- **SSS** (Social Support Scale, Donald & Ware 1985) -> Externe soziale Ressourcen

# Beeinflussbarkeit sozialer und bildungsbezogener Risikofaktoren durch psychosoziale Schutzfaktoren/Ressourcen (Beispiel: Aggression und Gewalt, Altersgruppe 11-17 Jahre)

Multinomiale logistische Regression (MNLR). Abhängige Variable: Täter, Opfer, Täter/Opfer vs. Unbeteiligt (Ref.)

- Separates Modell individueller und sozialer Risikofaktoren (RF)
  - Instrumentelle und reaktive Aggression
  - Fehlender Schulabschluss der Eltern
  - Fehlender Berufsabschluss der Eltern
  - Arbeitslosigkeit
  - Ein-Eltern- und Stieffamilie
  - Teenager-Schwangerschaft der Mutter
  - Schultyp
- Separates Modell der Schutzfaktoren (SF)
  - Personale Ressourcen
  - Familiäre Ressourcen
  - Soziale Ressourcen
- Simultanes Modell der Risikofaktoren *und* Schutzfaktoren

(Schlack et al., 2009)



## Nur Risikofaktoren

### Individuell:

Instr: OR = 1.37

Expr.: OR = 1.41

### Umfeldbezogen:

Hauptschule (vs.Gy) OR = 1.99

Hauptschule (vs.Gs) OR = 1.46

## Nur Schutzfaktoren

### Individuell:

Personale Ressourcen: OR = 0.73

### Umfeldbezogen:

Fam. Zusammenhalt OR = 0.79

### Nur RF:

chi-Square = 1203.49

df = 54

p < 0.001

Pseudo-R<sup>2</sup> = 28.1 %

### Nur SF:

chi-Square = 480.65

df = 21

p < 0.001

Pseudo-R<sup>2</sup> = 8.5 %

### RF und SF kombiniert:

chi-Square = 1272.05

df = 78

p < 0.001

Pseudo-R<sup>2</sup> = 29,8 %

## Kombiniertes Risiko-Schutzmodell

Geschlecht OR = 1.50

### Individuell

Instrumentelle Aggression OR = 1.38

Reaktive Aggression OR = 1.40

### Umfeldbezogen

#### Schultyp

Hauptschule (vs. Gymnasium) OR = 1,89

Hauptschule (vs. Realschule) OR = 1.42

Fam. Zusammenhalt OR = 0.90

**Keine Beeinflussung individueller und sozialer (bildungsbezogener) Risiken bei Tätern.**

(Schlack et al., 2009)

# Opfer

## Nur Risikofaktoren

### Individuell

Jungen OR = 2.01

Instr. Aggr. OR = 1.14

Reakt. Aggr. OR = 1.15

### Umfeldbezogen:

Ein-Eltern-Familie OR = 2.34

Fehl. Berufsabschl.(E) OR = 1.88

Hauptschule (vs. Gy) OR = 1.99

## Nur Schutzfaktoren

### Individuell

Personale Ressourcen: OR = n.s.

### Umfeldbezogen:

Fam. Zusammenhalt: OR = 0.83

## Signifikante Effekte (kombiniertes Risiko-/Schutzmodell)

### Individuell

Jungen OR = 2.33

Alter OR = 0.67

Reakt. Aggr. OR = 1.15

### Umfeldbezogen

Ein-Eltern-Familie OR = 1.91

Fehlender Berufsabschluss (Eltern) OR = 1.87

Hauptschule (Ref. ‚Gymnasium‘) OR = 2.00

Fam. Zusammenhalt: OR = 0.85

**Bildungsbezogene Risikofaktoren werden nicht durch Schutzfaktoren moderiert.**

# Täter/Opfer

## Nur Risikofaktoren

### Individuell:

Instr. Aggression OR = 1.36

Reakt. Aggression OR = 1.42

### Umfeldbezogen:

Ein-Eltern-Familie OR = 1.42

Stieffamilie OR = 3.26

## Nur Schutzfaktoren

### Individuell:

Personale Ressourcen OR = n.s.

### Umweltbezogen:

Fam. Zusammenhalt OR = 0.73

Soz. Unterstützung OR = 0.49

## Kombiniertes Risiko-Schutzmodell (signifikante Effekte)

Geschlecht OR = 2.03

Alter OR = 0.67

### Individuell:

Instrumentelle Aggression OR = 1.33

Reaktive Aggression OR = 1.41

### Umfeldbezogen:

Ein-Eltern-Familie OR = 2.12

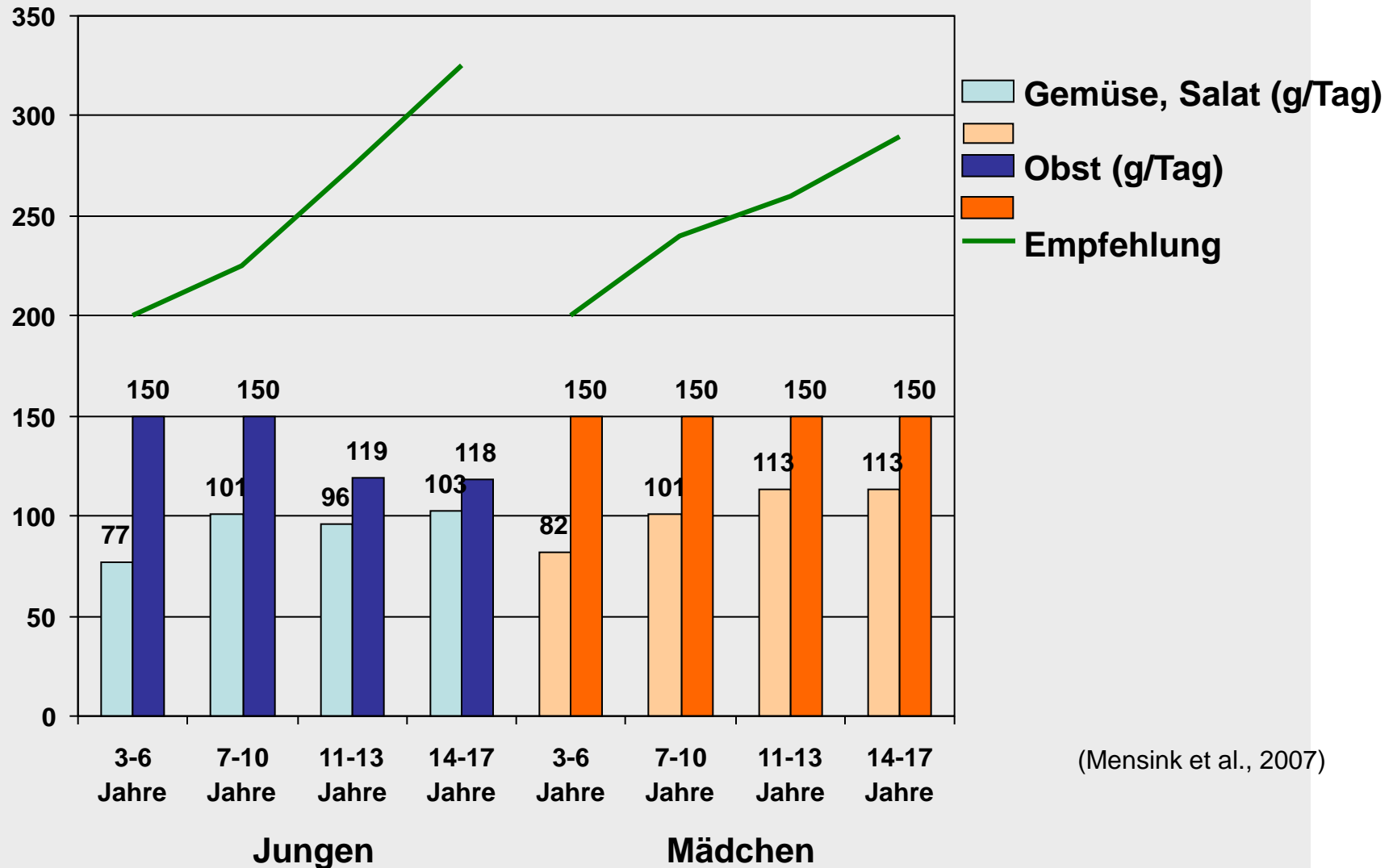
Familiärer Zusammenhalt OR = 0.78

**Nur familiäre Situation spricht auf Schutzfaktoreffekte an.**

# Gesundheitsverhalten

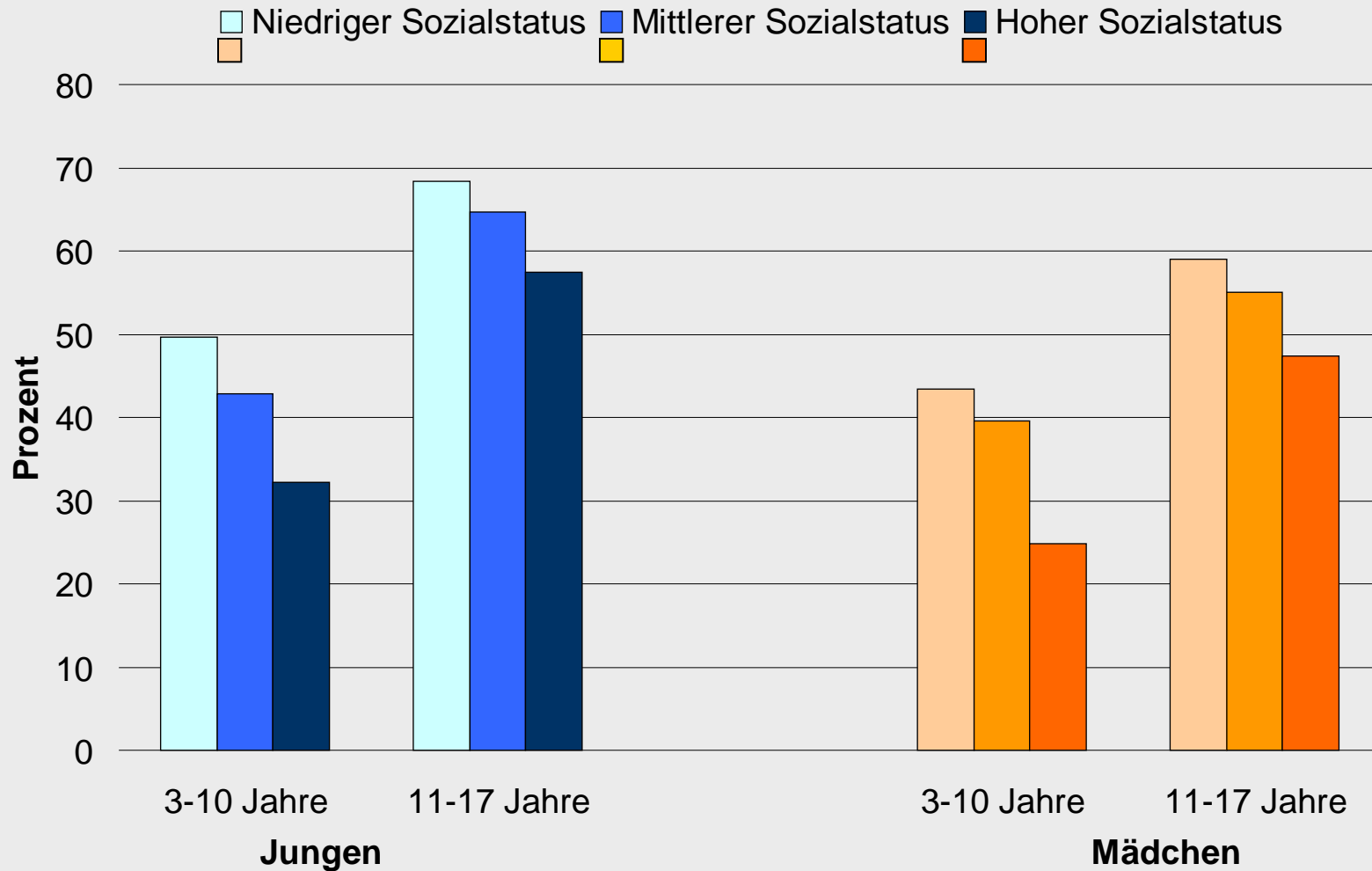


# Ernährung Durchschnittlich gegessene Mengen an Obst und Gemüse im Vergleich zu den empfohlenen Mengen in g/Tag



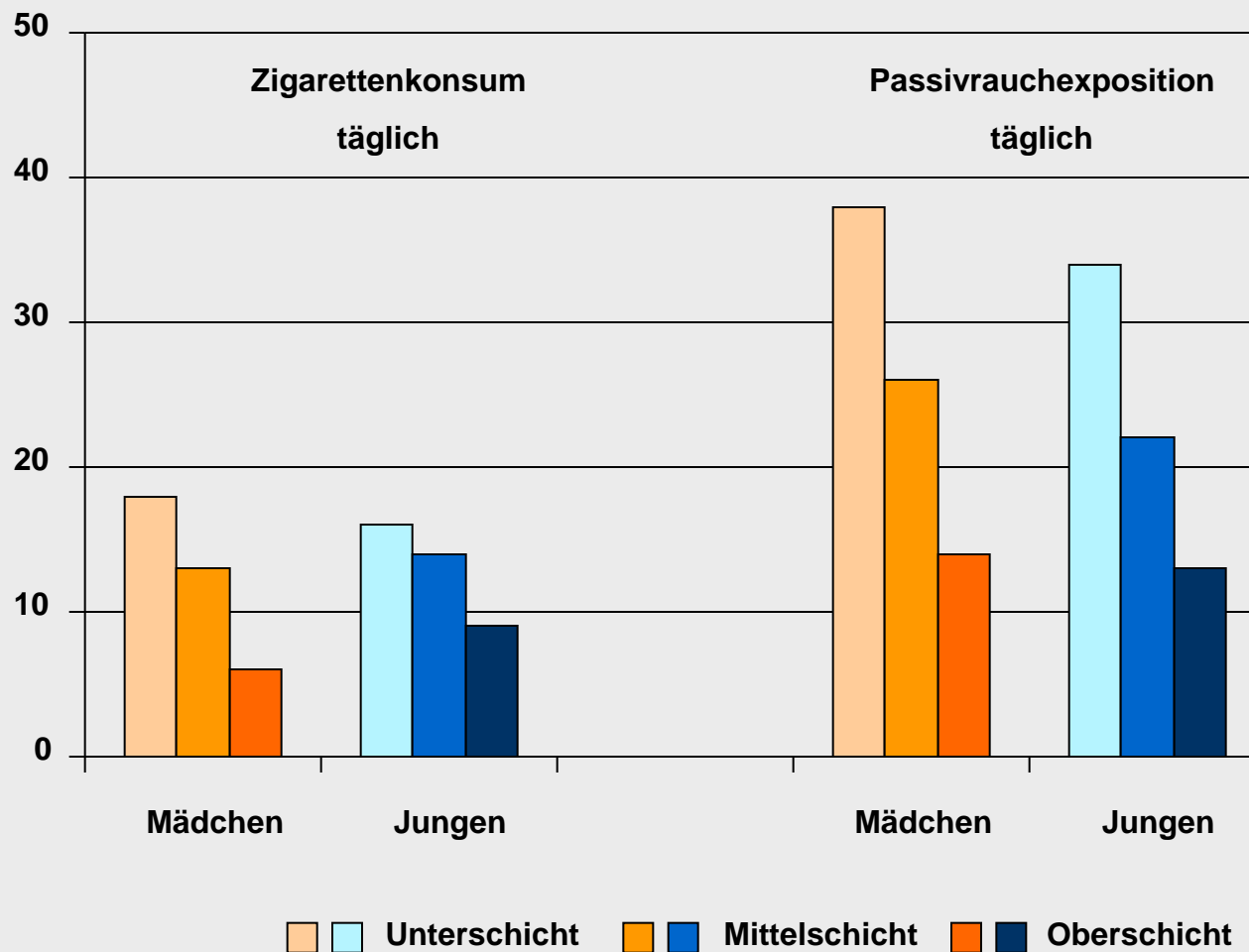
(Mensink et al., 2007)

# Ernährung Verzehr von frischem Obst (weniger als einmal/Tag) nach Sozialstatus



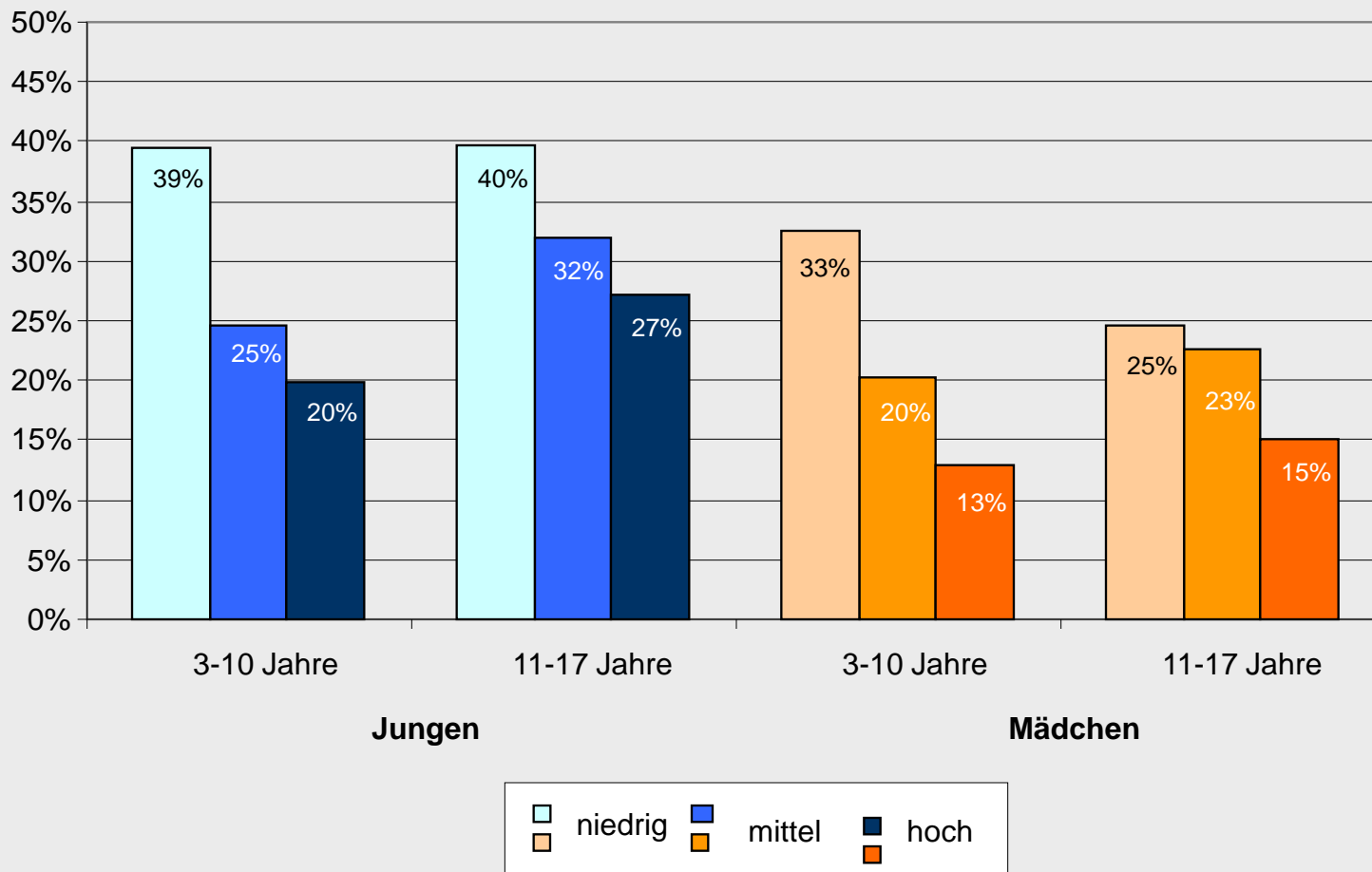
(Mensink et al., 2007)

# Rauchen und Passivrauchexposition bei 11- bis 17-Jährigen nach Sozialstatus

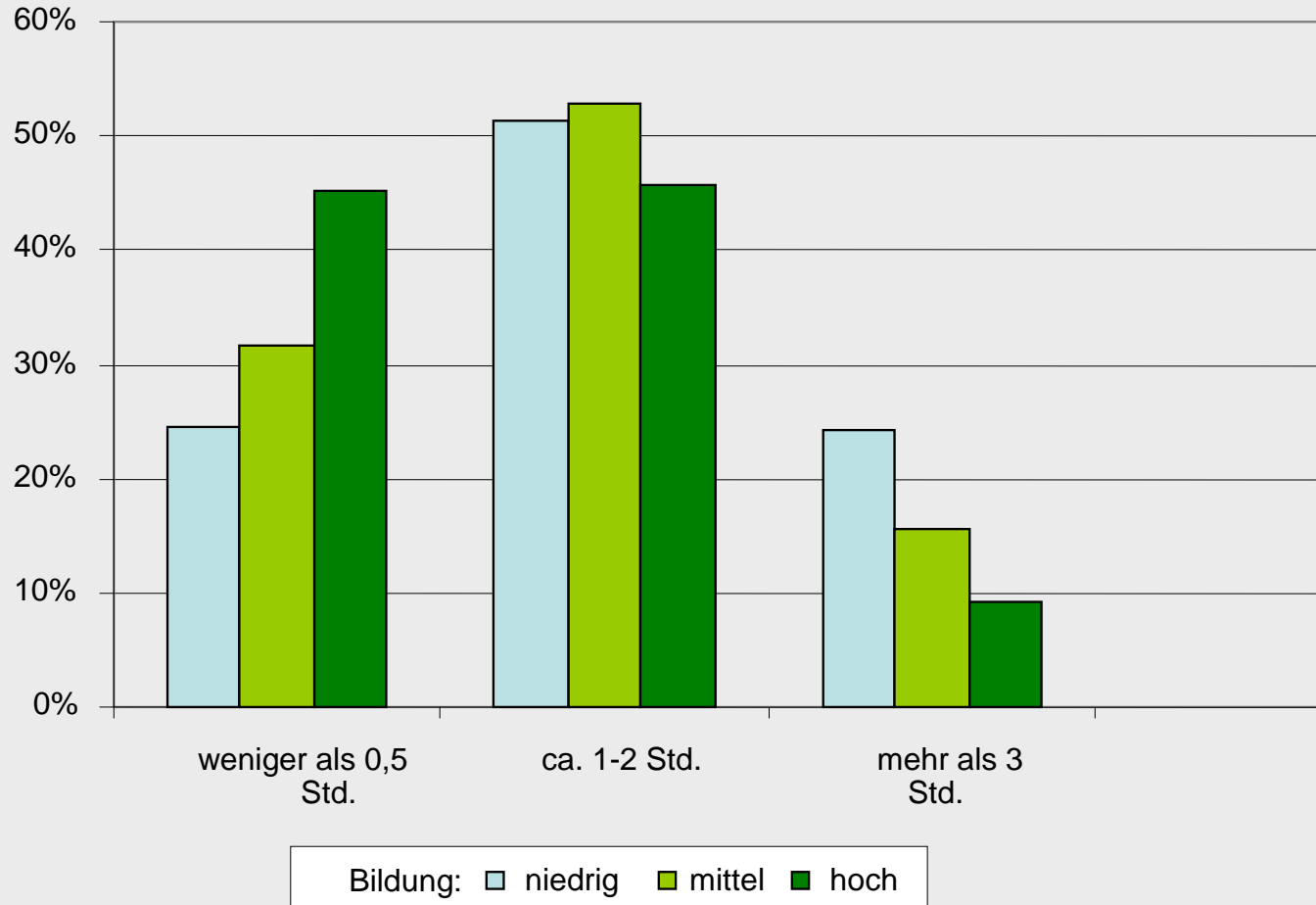


(Lampert et al., 2007)

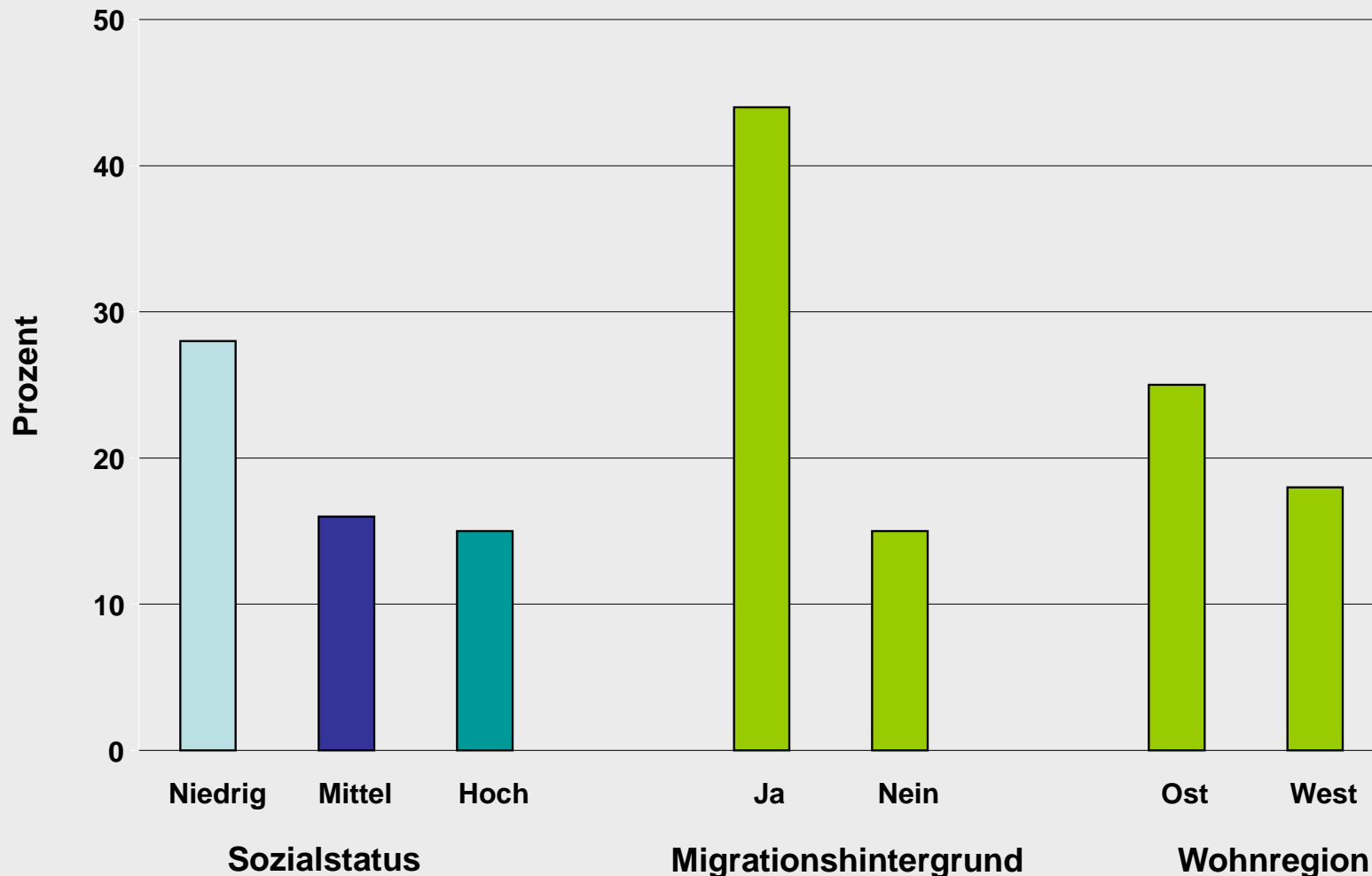
# Zähneputzen (einmal oder seltener am Tag) bei Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Mutter und Alter der Kinder



# Elektronische Medien Tägliche Fernsehzeit nach Bildung der Mutter (Selbstangabe 11-17-Jährige)



# Anteil der 7- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, die nicht alle U-Untersuchungen durchlaufen haben



# Bildungsmobilität und Gesundheit

# Gesundheitliches Risikoverhalten und verhaltensassoziierte Risikofaktoren

Fragestellung: Effekte elterlicher Bildung und besuchter Schulform (Jugendliche) im Hinblick auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

## Risikoverhalten (abhängige Variablen):

- **Rauchen** (ja/nein)
- **Kein Normalgewicht** (unter- oder übergewichtig oder adipös nach IGA-Leitlinien (Kromeyer-Hauschild et al., 2001))
- **Körperlich-sportliche Inaktivität** (< 1-2x/Woche körperlich-sportliche Betätigung)
- **Starke Mediennutzung** ( $\geq 5$ h elektronische Bildschirmmediennutzung)
- **Regelmäßiger Alkoholkonsum** ( $\geq 1$  Glas/Woche)
- **Ungesunde Ernährung** (< als 1x/Tag frisches Obst oder Gemüse)

(Kuntz und Lampert, 2011)



# Gesundheitliches Risikoverhalten in Abhängigkeit von sozialer Herkunft und Bildungsbeteiligung (Jugendliche 14-17 Jahre)

	Rauchen (n=3.262)	Kein Normalgewicht (n=3.266)	Körperlich-Sportliche Aktivität (n=3.238)	Tägliche Nutzung von elektronischen Medien >5h (n=3.168)	Regelmäßiger Alkoholkonsum (n=2.790)	Geringer Konsum von frischem Obst und Gemüse N=3.150
	OR*	OR*	OR*	OR*	OR*	OR*
<b>Jungen</b>						
Bd. Eltern kein Abitur Mind. 1 Elternteil Abitur	0,94 Ref.	1,11 Ref.	1,00 Ref.	1,21 Ref.	1,12 Ref.	1,20 Ref.
Andere Schulform Gymnasium	<b>3,40</b> Ref.	1,23 Ref.	1,03 Ref.	<b>1,91</b> Ref.	<b>1,38</b> Ref.	<b>1,36</b> Ref.
<b>Mädchen</b>						
Bd. Eltern kein Abitur Mind. 1 Elternteil Abitur	<b>1,47</b> Ref.	<b>1,40</b> Ref.	<b>1,38</b> Ref.	1,43 Ref.	0,99 Ref.	<b>1,25</b> Ref.
Andere Schulform Gymnasium	<b>2,10</b> Ref.	<b>1,38</b> Ref.	<b>1,48</b> Ref.	<b>2,13</b> Ref.	0,95 Ref.	<b>1,73</b> Ref.

\*adjustiert für Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund

Quelle: Kuntz und Lampert, 2011

Jungen: kein unabhängiger Effekt von elterlicher Bildung für keine der Risikoverhaltensweisen

Mädchen: bei niedrigerer elterlicher Bildung größere Chancen zu rauchen, kein Normalgewicht zu haben, körperlich-sportlich inaktiv zu sein und weniger Obst und Gemüse zu essen

## Fragestellung: Bessere Gesundheitschancen durch Bildungsaufstieg?

### Prädiktoren (unabhängige Variablen):

- Konstant hoher Bildungsstatus: Mind. ein Elternteil Abitur, selbst Schüler/in eines Gymnasiums (Ref.)
- Potenzielle Bildungsaufsteiger: beide Eltern max. Realschulabschluss, selbst Schüler eines Gymnasiums
- Potenzielle Bildungsabsteiger: Mind. ein Elternteil Abitur, selbst Schüler anderer Schulform
- Konstant niedriger Bildungsstatus: beide Eltern max. Realschulabschluss, selbst Schüler anderer Schulform

Quelle: Kuntz und Lampert, 2011

# Intergenerationale Bildungsmobilität und gesundheitliches Risikoverhalten/verhaltensassoziierte Risikofaktoren (Jugendliche 14-17 Jahre)

	Rauchen	Kein Normalgewicht	Körperlich-Sportliche Aktivität	Tägliche Nutzung von elektronischen Medien >5h	Regelmäßiger Alkoholkonsum	Geringer Konsum von frischem Obst und Gemüse
	OR*	OR*	OR*	OR*	OR*	OR*
<b>Jungen</b>						
Konstant hoch Pot. Bildungsaufsteiger	Ref. 0,89	Ref. 0,83	Ref. 0,63	Ref. 1,20	Ref. 1,23	Ref. 1,09
Pot. Bildungsabsteiger Konstant niedrig	<b>3,30</b> <b>3,16</b>	0,99 1,29	0,72 0,96	<b>1,90</b> <b>2,31</b>	1,48 <b>1,58</b>	1,26 <b>1,61</b>
<b>Mädchen</b>						
Konstant hoch Pot. Bildungsaufsteiger	Ref. 1,38	Ref. 1,40	Ref. 1,29	Ref. 1,38	Ref. 1,13	Ref. 1,09
Pot. Bildungsabsteiger Konstant niedrig	<b>1,95</b> <b>3,03</b>	1,39 <b>1,93</b>	1,36 <b>2,00</b>	<b>2,06</b> <b>3,01</b>	1,13 0,96	1,46 <b>2,11</b>

\*adjustiert für Alter, Wohnregion und Migrationshintergrund

Quelle: Kuntz und Lampert, 2011

Jungen und Mädchen entwickeln bei Wechsel auf ein Gymnasium ein von ihrer sozialen Herkunft weitgehend unabhängiges Gesundheitsverhalten.

Rauchen und starke Bildschirmmediennutzung besonders stark mit besuchter Schulform assoziiert.

- Besuchte Schulform bei 14-17-jährigen Jungen und Mädchen stärker mit dem Gesundheitsverhalten assoziiert als die soziale Herkunft (Bildungsaufsteiger nicht unterschiedlich zu konstant hoher Gruppe)
- Die Risikoeffekte geringerer elterlicher Bildung auf das Gesundheitsverhalten sind bei Mädchen stärker ausgeprägt
- Rauchen und exzessive Nutzung elektronischer Medien besonders stark mit der besuchten Schulform (Gymnasium vs. andere Schulform) assoziiert (->Bildungsabsteiger)
- Jugendliche mit konstant niedrigem Status weisen haben erhöhte Chancen für alle Risikoverhaltensweisen

## Kinder mit Migrationshintergrund

- haben höhere perinatale Risiken
- werden seltener gestillt
- rauchen häufiger
- Sind häufiger körperlich-sportlich inaktiv
- verbringen mehr Zeit vor dem Bildschirm
- putzen sich seltener die Zähne
- sind häufiger Opfer von Verkehrsunfällen
- tragen seltener Schutzbekleidung (Fahrradhelm...)
- haben häufiger Übergewicht / Adipositas

## Kinder mit Migrationshintergrund

- geringere motorische Leistungsfähigkeit
- zeigen häufiger Verhaltensauffälligkeiten
- psychische Probleme, Essstörungen
- ungünstigeres Familienklima
- geringe personale, soziale und familiäre Ressourcen
- höherer Gewaltbelastung
- erhöhte Gewaltbereitschaft
- werden bei vergleichbaren Symptomen seltener dem Arzt vorgestellt

- nehmen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen  
seltener wahr
- Werden häufiger mit ADHS  
diagnostiziert
- ernähren sich ungesünder
- haben seltener Allergien

- Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind stärkeren gesundheitlichen Risiken und Belastungen ausgesetzt
- Der Bildungshintergrund der Eltern hat erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen der Kinder
- Bei Jugendlichen (14-17 Jahre) wirkt sich die besuchte Schulform stärker auf das Gesundheitsverhalten aus als die soziale Herkunft
- Mehrfachbelastungen aus sozialer Benachteiligung, Bildungsferne, gesundheitlichen Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten verschlechtern die Zukunftschancen der Kinder. Dies könnte sich auch auf die künftige Entwicklung der Lebenserwartung auswirken
- Präventionskonzepte müssen zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden und verstärkt Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus und bildungsferne Familien erreichen
- Unterstützung sollte „auf Augenhöhe“ angeboten, die Elternkompetenz gestärkt werden
- Stärken der Kinder/Jugendlichen fördern, Stigmatisierungen vermeiden



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)



The screenshot shows the KIGGS website homepage. At the top left is the KIGGS logo with the text 'Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland'. To the right, it says 'Eine Studie des Robert-Koch-Instituts' and 'ROBERT KOCH INSTITUT'. Below the logo is a navigation bar with 'Home', 'Teilnehmende', 'Studie', and 'Ergebnisse'. A search bar is on the right. A large banner image shows a group of children running on a beach. Below the banner is a text box: 'KIGGS ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland.' On the left side of the banner, there is a vertical label 'DEGS GEDA'. Below the banner are three main content blocks: 1. 'Neu! KIGGS Welle 1: Datenerhebung ist beendet' with a sub-header 'Vor drei Jahren begann das Robert Koch-Institut mit den Datenerhebungen zu KIGGS Welle 1, der Fortsetzungsstudie der KIGGS-Basiserhebung (2003-2006). Ende Juni 2012 wurden die telefonischen Befragungen nun abgeschlossen.' and a link '+ Mehr Informationen'. 2. 'Teilnehmende Vielen Dank fürs Mitmachen!' with a sub-header 'Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Eltern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die sich für unser Telefoninterview Zeit genommen haben und geduldig auf unsere Fragen geantwortet haben.' and a link '+ Mehr'. 3. 'Ergebnisse der letzten Befragung' with a sub-header 'Erste Ergebnisse von KIGGS Welle 1 werden ab Ende 2013 verfügbar sein. Wir werden Sie auf dieser Website informieren, sobald feststeht, wann und in welcher Form erste Ergebnisse veröffentlicht werden.' At the bottom left, there is a section 'Ergebnisse KiGGS-Basiserhebung: Ergebnisse' with a sub-header 'Zu den Ergebnissen der KIGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) sind bislang mehr als 350 Beiträge in nationalen und internationalen Zeitschriften veröffentlicht worden.' At the bottom right, there is an orange button that says 'Wer kann an'.

**Robert Schlack**  
**Abteilung Epidemiologie und**  
**Gesundheitsmonitoring**  
**Robert Koch-Institut, Berlin**  
[schlackr@rki.de](mailto:schlackr@rki.de)  
[www.rki.de](http://www.rki.de)