

ROBERT KOCH INSTITUT



Bundesinstitut im Geschäftsbereich  
des Bundesministeriums für Gesundheit

**PD Dr. Thomas Lampert**  
Robert Koch-Institut, Berlin

# **Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen heute – Ergebnisse der KiGGS-Studie**

- ➔ Armutsentwicklung in Deutschland
- ➔ Auswirkung von Armut auf die Lebenssituation von Kindern
- ➔ Design und Methodik der KiGGS-Studie
- ➔ Ergebnisse zur sozial ungleichen Verteilung von Erkrankungsrisiken und Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen
- ➔ Diskussion und Ausblick

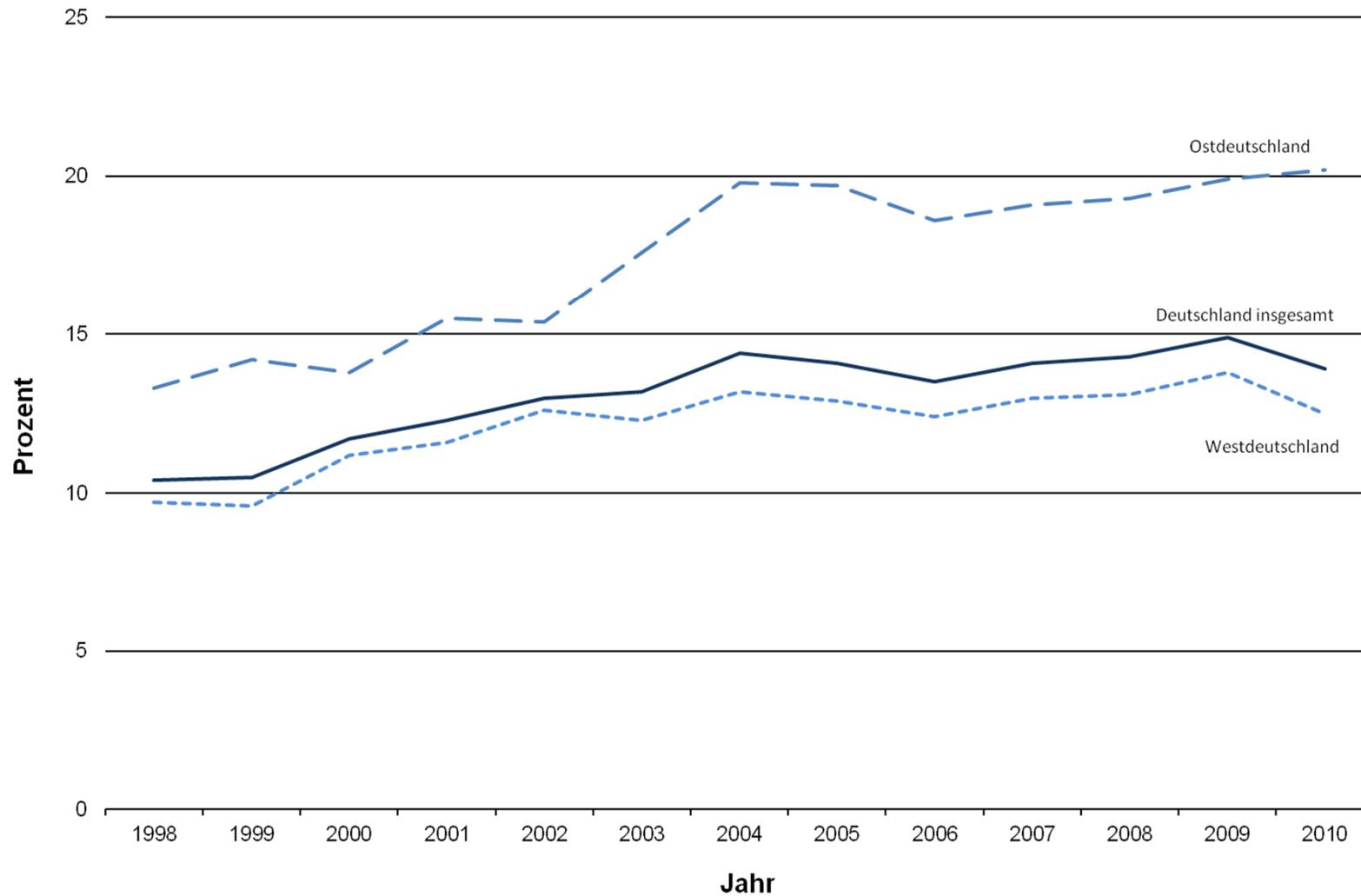


# Armutsentwicklung in Deutschland

# Entwicklung der Armutsrisikoquote im Zeitraum 1992-2010

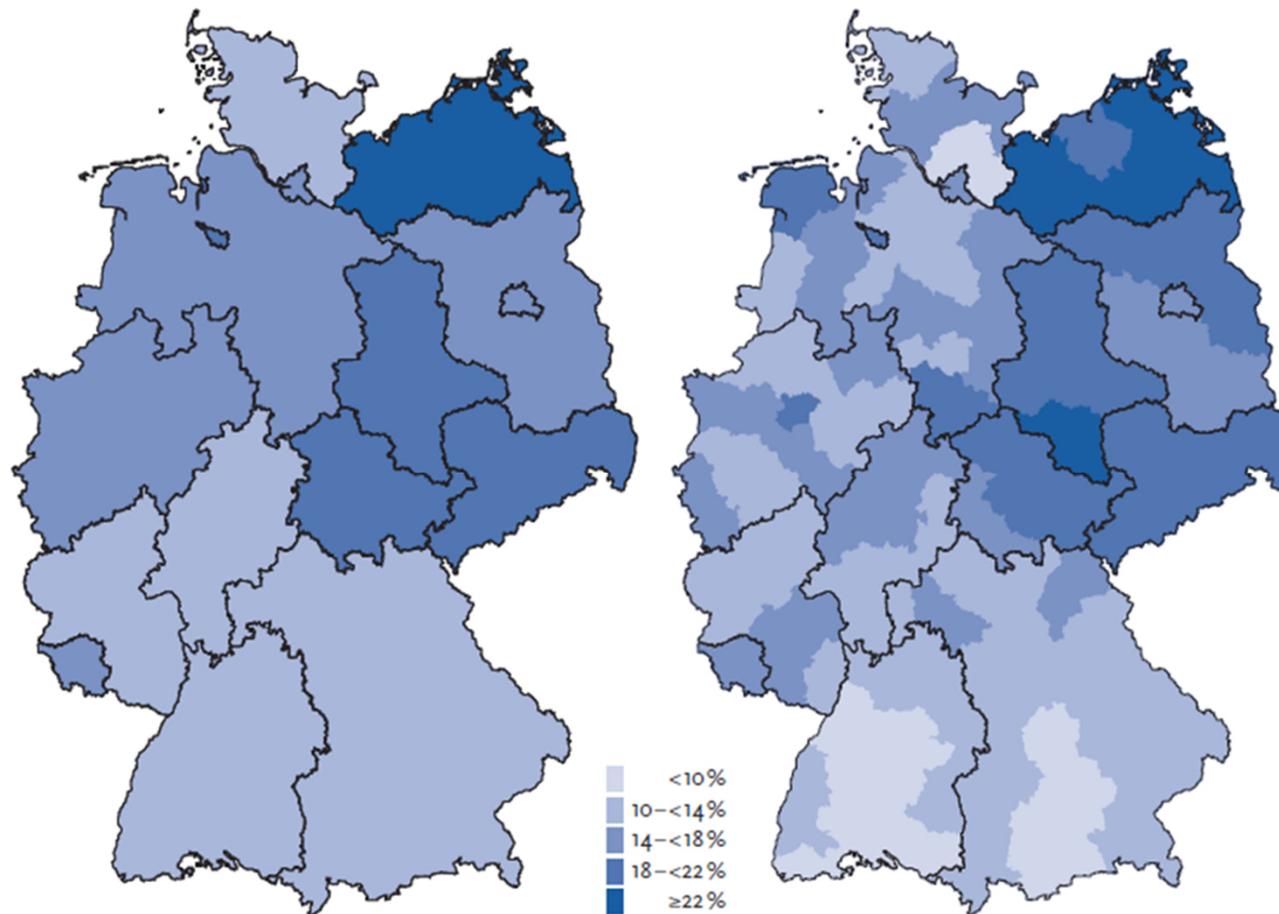
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1992-2010

ROBERT KOCH INSTITUT



# Armutsrisiko im regionalen Vergleich

Quelle: Mikrozensus 2010

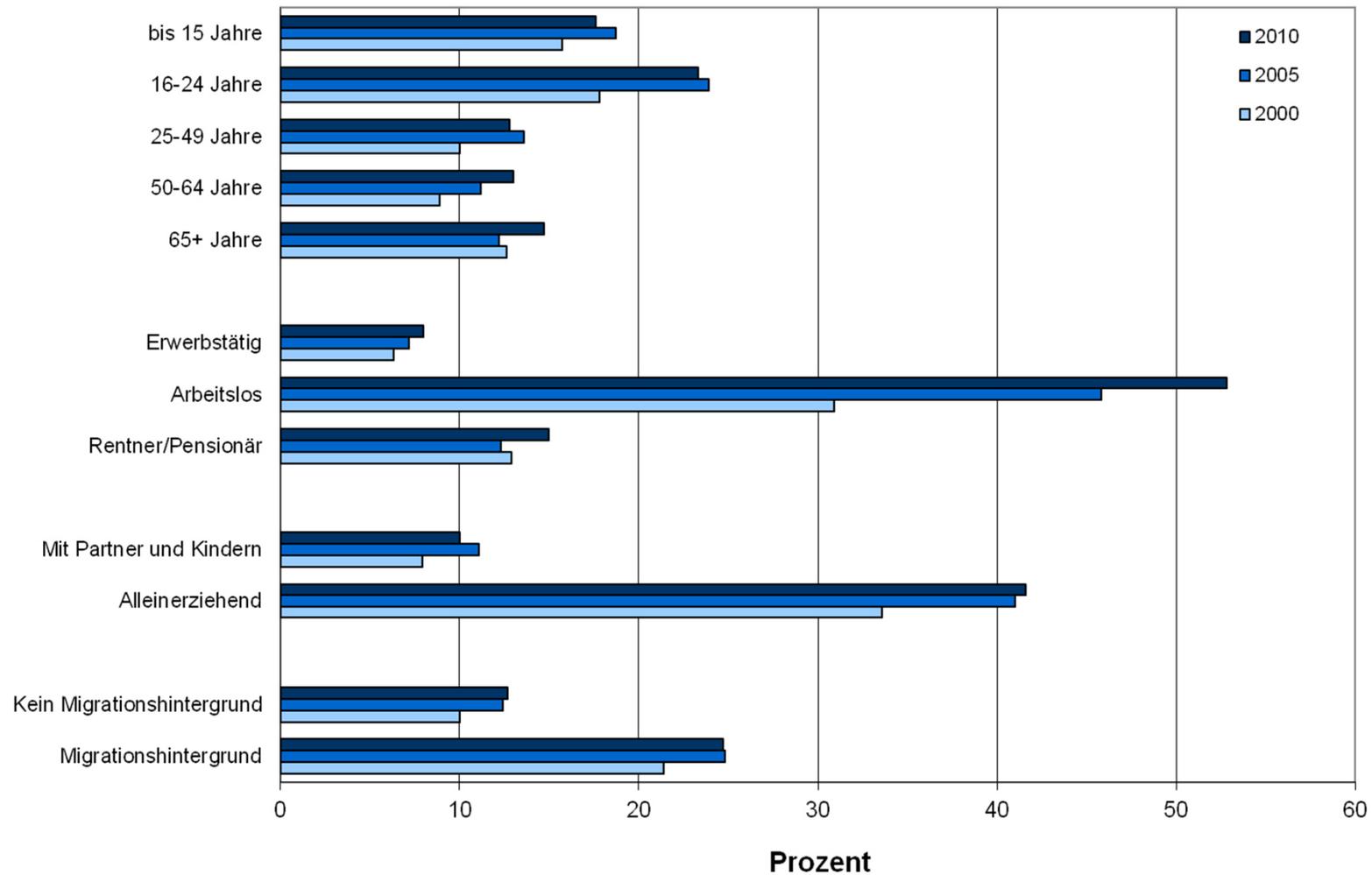


Bundesländer

Raumordnungsregionen

# Entwicklung gruppenspezifischer Armutsrisikoquoten

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2000-2010





## Auswirkungen auf die Lebenssituation von Kindern

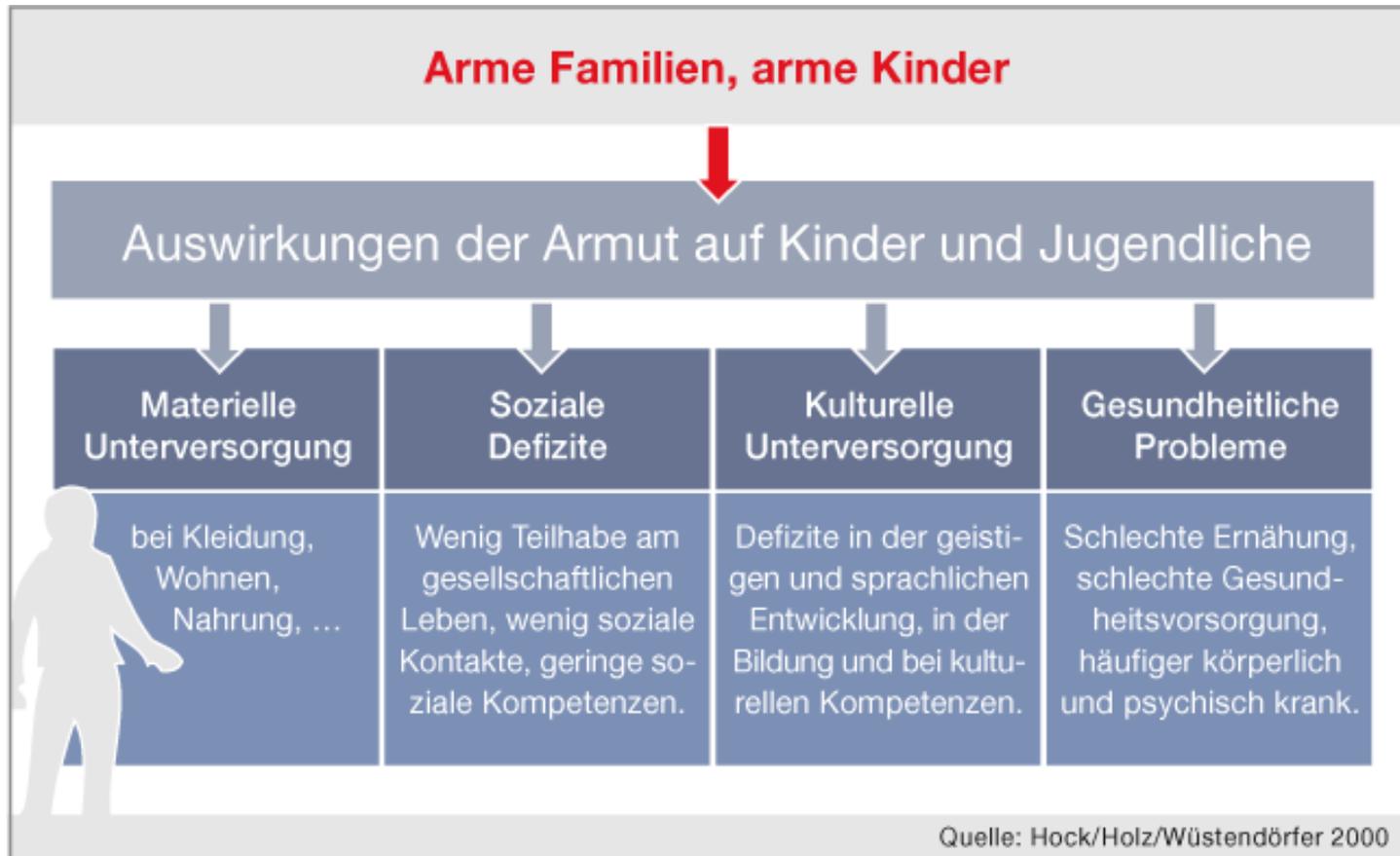
# UNICEF-Studien „Child Poverty in Rich Countries“ 2005 und 2012



„Kinderarmut lässt sich nicht nur am Einkommen festmachen. Neben dem Mangel an materiellen Dingen fehlt es oft an **Zuwendung, Erziehung und Bildung**. [...] Sie leben häufiger in beengten Wohnverhältnissen, in vernachlässigten Stadtteilen mit schlechten Schulen und **unzureichenden sozialen Angeboten**. Mangelhafte Ausbildung und folglich schlechte Berufschancen [...] zementieren **Armutsbioografien**.“

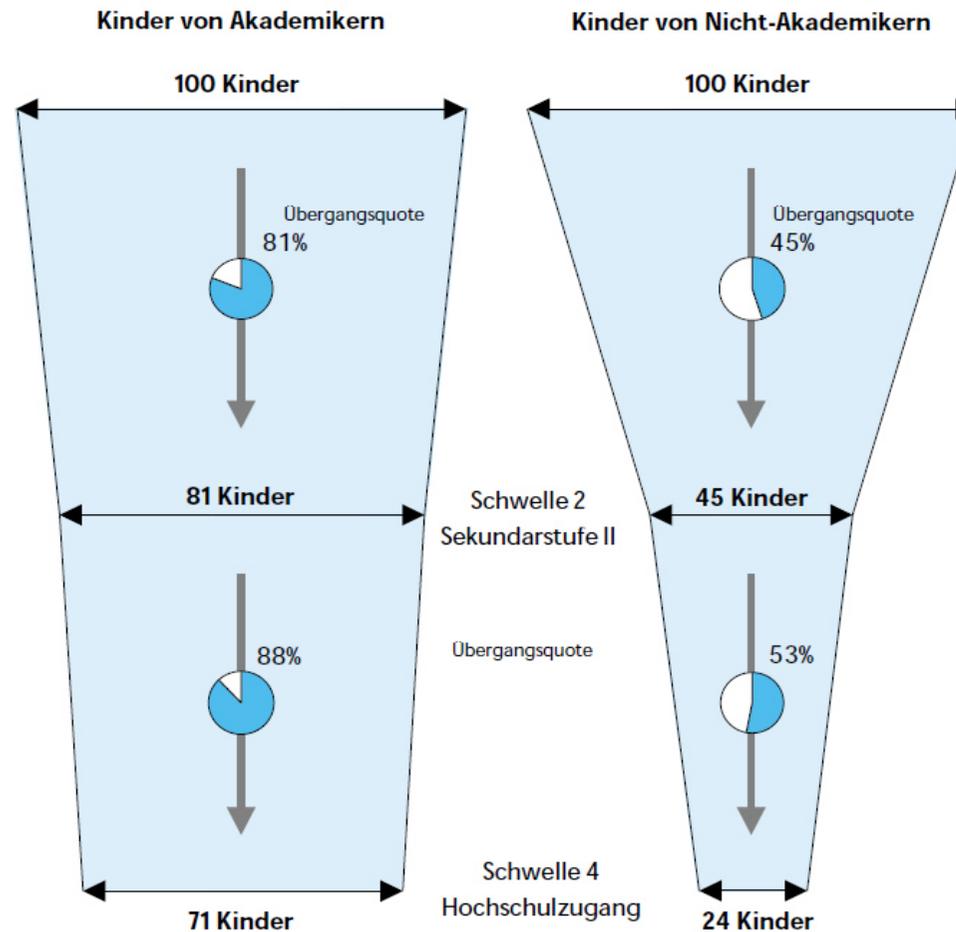
(UNICEF 2005)

# Dimensionen von Kinderarmut

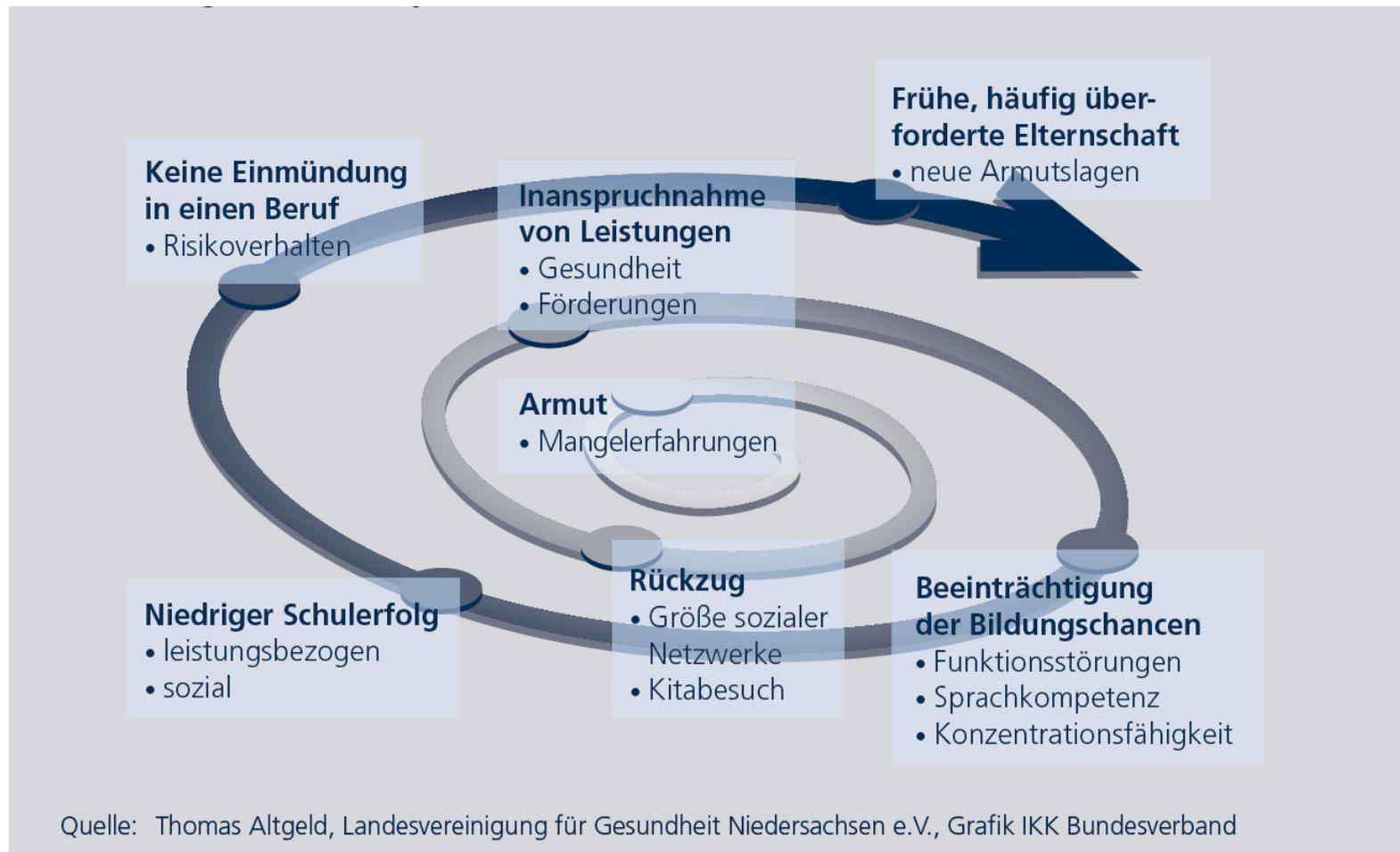


# Bildungsbeteiligung nach Hochschulabschluss des Vaters („Bildungstrichter“)

Datenbasis: HIS-Studienanfängerbefragungen 2007/08



# Folgen von Armut für die Lebenschancen („Armutsspirale“)

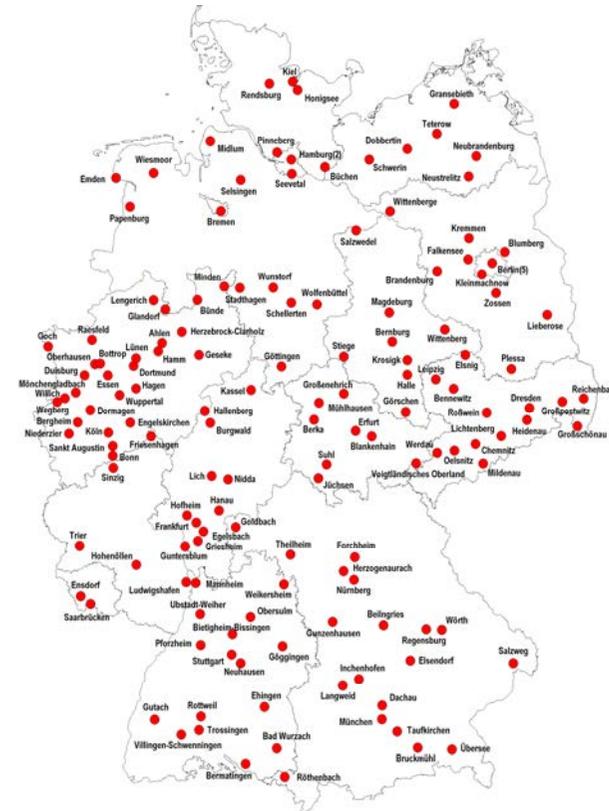




# Design und Methodik der KiGGS-Studie

# Design der **KiGGS**-Studie

- Bundesweite Querschnittserhebung zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen
- Repräsentative Stichprobe, n=17.641
- Teilnahmequote: 66,6%
- Altersbereich 0-17 Jahre
- 167 Untersuchungsorte in ganz Deutschland
- Feldphase: Mai 2003 bis Mai 2006





## Befragung mit Selbstausfüllfragebogen

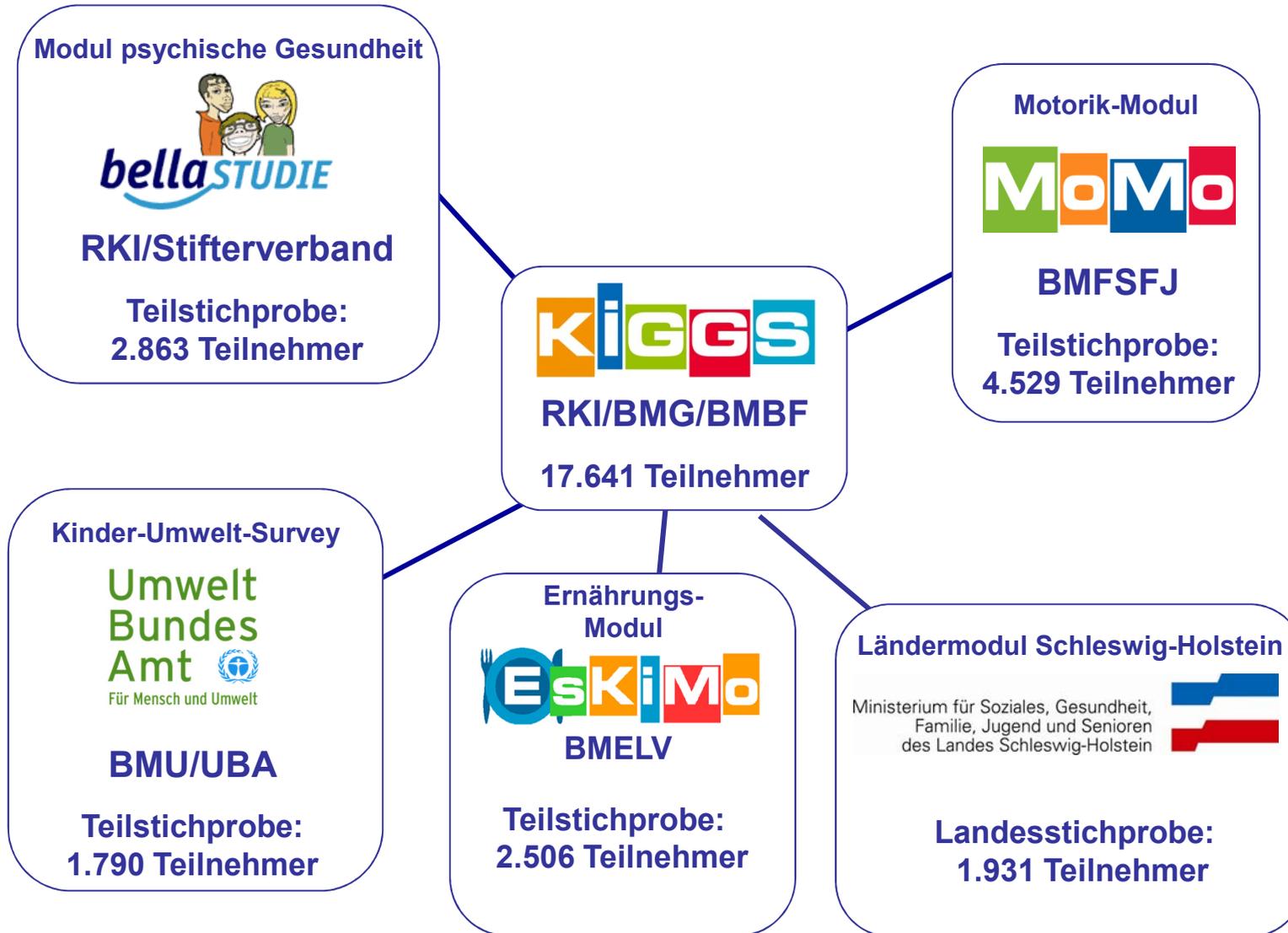
Allgemeine körperliche Entwicklung  
Krankheiten, Beschwerden, Schmerzen  
Unfallverletzungen, Behinderungen  
Psychisches Wohlbefinden  
Gesundheitsbezogene Lebensqualität  
Gesundheitsverhalten  
Medikamentenkonsum  
Impfstatus  
Arztinanspruchnahme  
Lebensbedingungen, soziales Umfeld  
Soziodemographie

## Untersuchungsverfahren

Sehtests  
Blutdruck- und Pulsmessung  
Motoriktests  
Hautuntersuchung  
Anthropometrie  
Reifestatus  
Ärztliches Interview  
Labordiagnostik

**Altersgerechte Abstimmung der Erhebungsthemen und -instrumente:** Säuglings- und Kleinkindalter (0-2 Jahre), Vorschulalter, (3-6 Jahre), Grundschulalter (7-10 Jahre), Pubertät (11-13 Jahre) und Jugendalter (14-17 Jahre).

# Modularer Aufbau der KiGGS-Studie





## Zentrale Ergebnisse



## Instrument

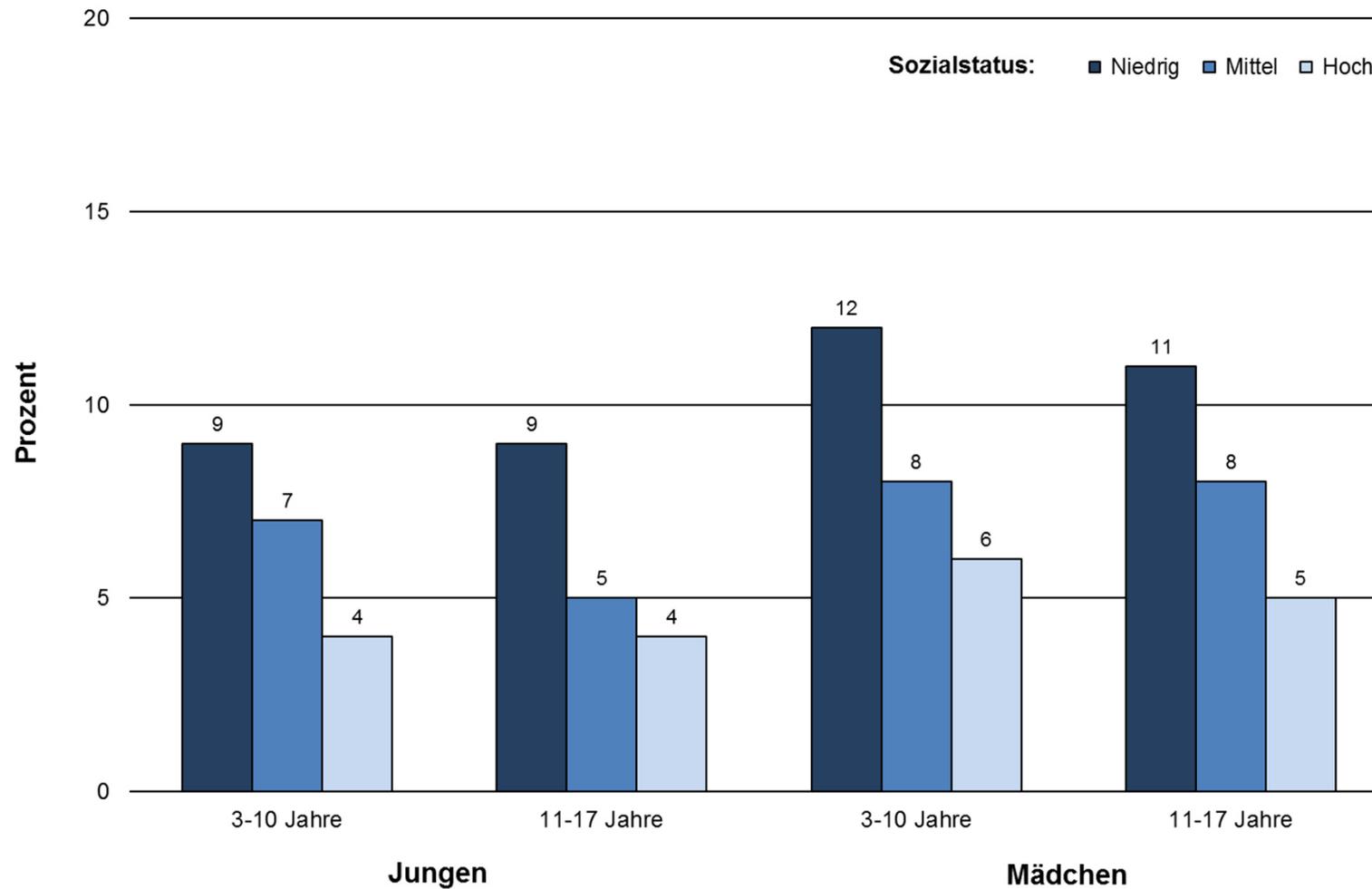
„Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“

(Antwortkategorien: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“)

## Allgemeiner Befund

- 40% der Eltern bewerten den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes als „sehr gut“, weitere 50% als „gut“
- Gesundheit von Kindern (3-10 Jahre) wird besser beurteilt als die Gesundheit von Jugendlichen (11-17 Jahre)
- Jugendliche beurteilen ihre Gesundheit etwas schlechter als ihre Eltern
- Geschlechtsunterschiede zeigen sich nur im Selbstbericht der Jugendlichen, zu Ungunsten von Mädchen

# Kinder und Jugendliche mit „mittelmäßiger“ bis „sehr schlechter“ allgemeiner Gesundheit (Elternangaben)



## Elternbefragung



## Ärztliches Interview



### **Akute Erkrankungen**

*Erkältung, grippaler Infekt*

Angina

Krupp/Pseudokrapp

Herpesinfektion

Akute Bronchitis

Lungenentzündung

Otitis media

Durchfall, Erbrechen

Blasen-/Harnwegsentzündung

*Bindehautentzündung*

### **Kinderkrankheiten**

Keuchhusten

Masern

Mumps

Röteln

*Windpocken*

*Scharlach*

### **Chronische Krankheiten**

Asthma

*Heuschnupfen*

*Neurodermitis*

Obstruktive Bronchitis

Herzkrankheit

Epileptische Anfälle

Schilddrüsenkrankheiten

Diabetes

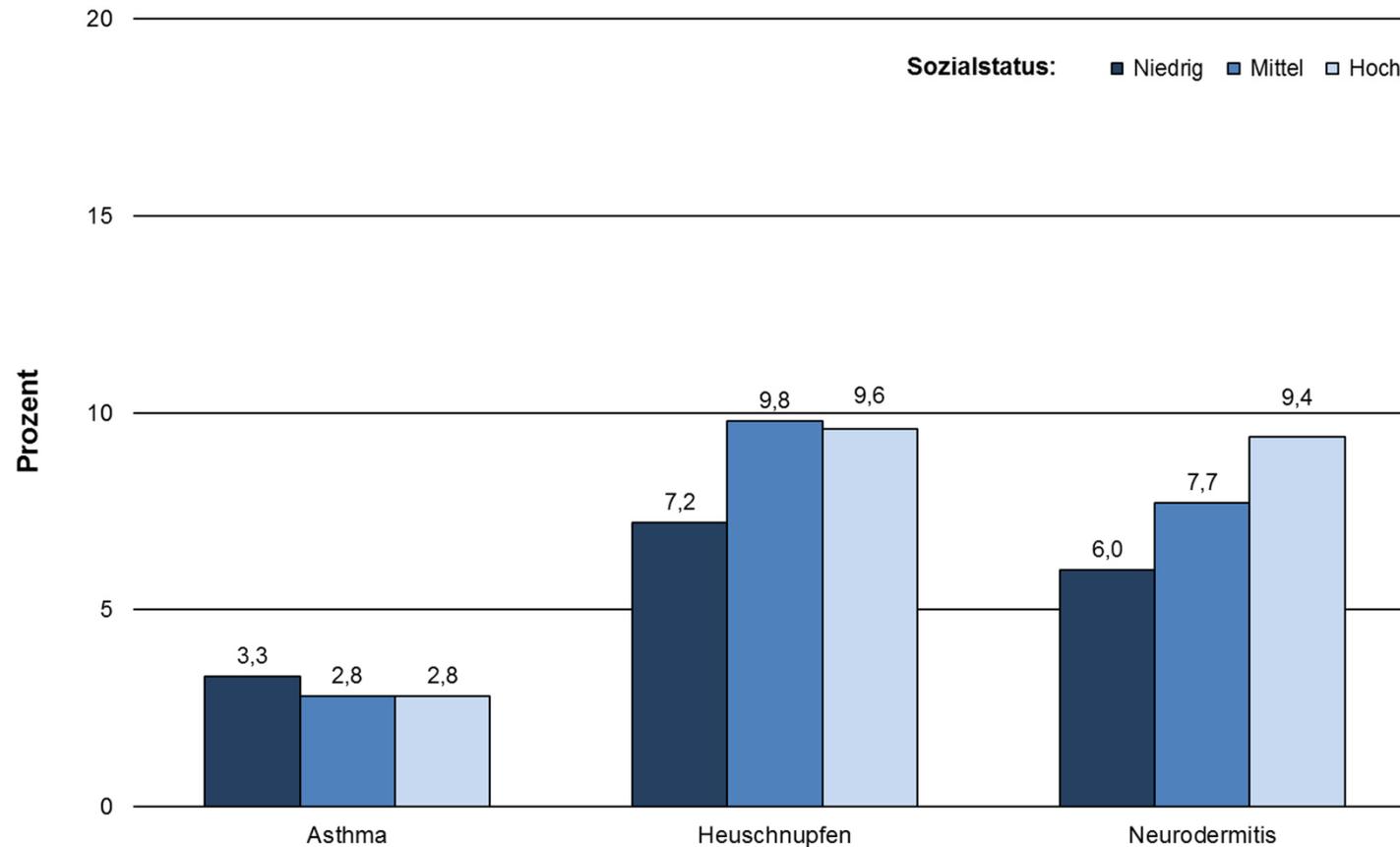
Anämie

*Skoliose*

Migräne

Quelle: Kamtsiuris et al. 2007

# 12-Monats-Prävalenz atopischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen



Quelle: Schlaud et al. 2007



## Instrument

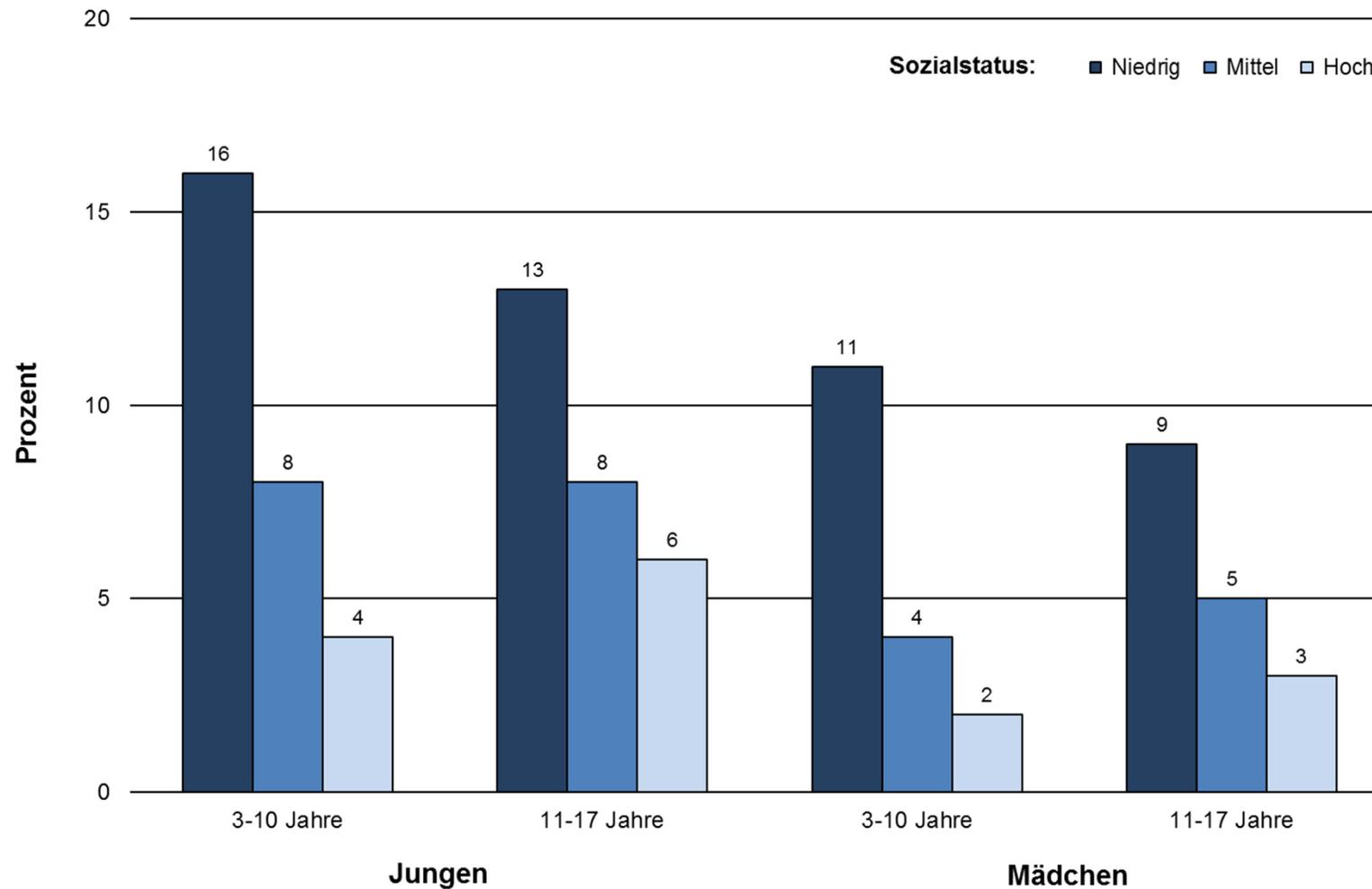
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ,  
Gesamtproblemwert):

Verhaltensprobleme, emotionale Probleme, Hyperaktivität,  
Probleme mit Gleichaltrigen und *prosoziales Verhalten*

## Allgemeiner Befund

- 9% der Jungen und 5% der Mädchen sind als psychisch oder verhaltensauffällig einzustufen
- Jugendliche (11-17 Jahre) sind etwas häufiger betroffen als Kinder (3-10 Jahre)
- Eltern machen häufiger Angaben zu psychischen und Verhaltensauffälligkeiten als die Jugendlichen selbst

# Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Elternangaben)



## 46 Fragen zum Essverhalten

Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst? .....

Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst? .....

Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen? .....

Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?

Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst? .....

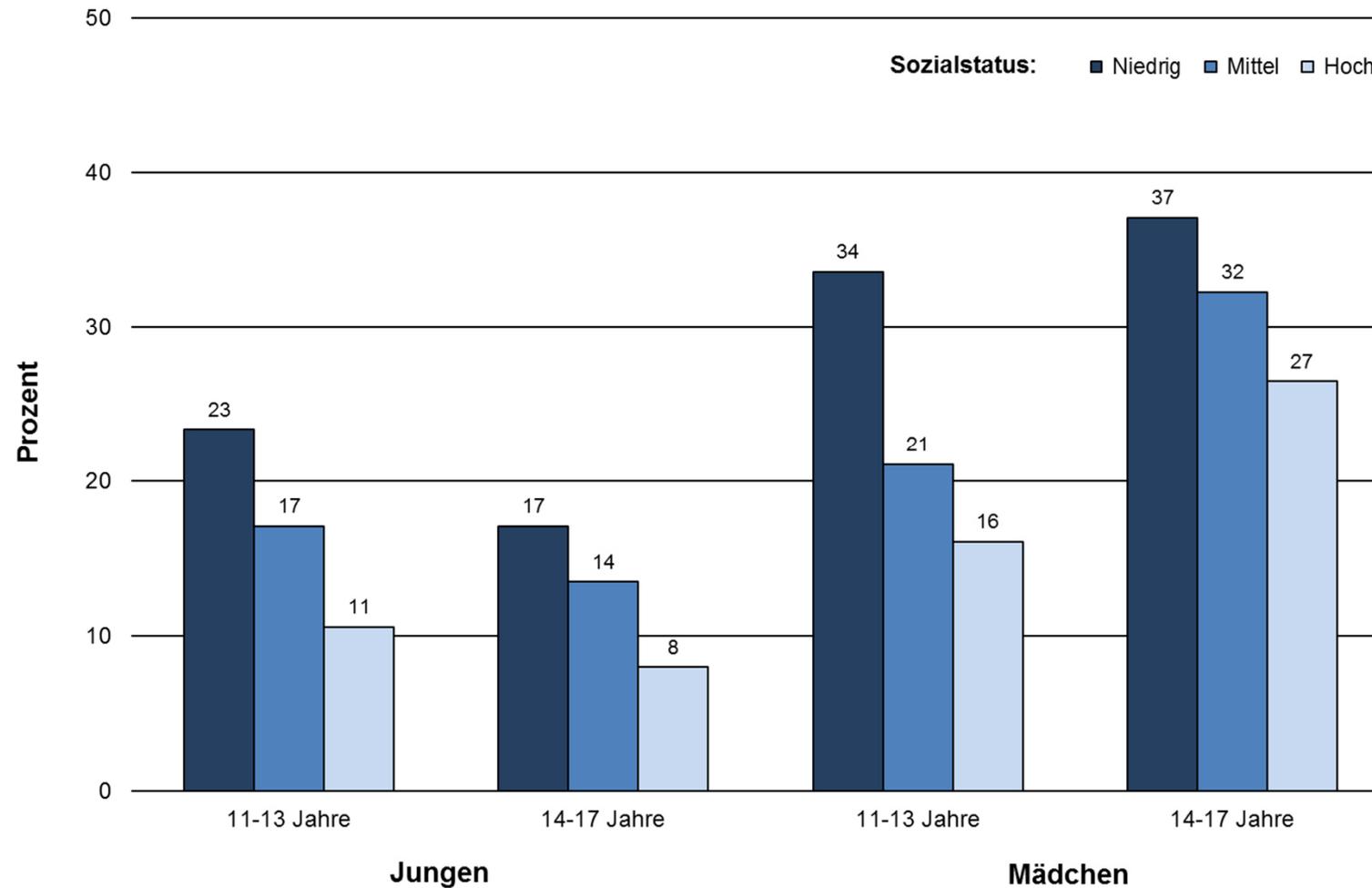
## Instrument

SCOFF-Fragebogen: Screening-instrument zur Identifikation von Verdachtsfällen auf Essstörungen wie Magersucht und Bulimie

## Allgemeiner Befund

- 22% der Jugendlichen wurden hinsichtlich ihres Essverhaltens als auffällig identifiziert
- Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen (29% vs. 15%)
- Bei Mädchen nehmen die Verdachtsfälle im Laufe der Adoleszenz zu, bei Jungen ab

# Verdacht auf Essstörungen bei Jugendlichen (Selbsturteil)





## Instrument

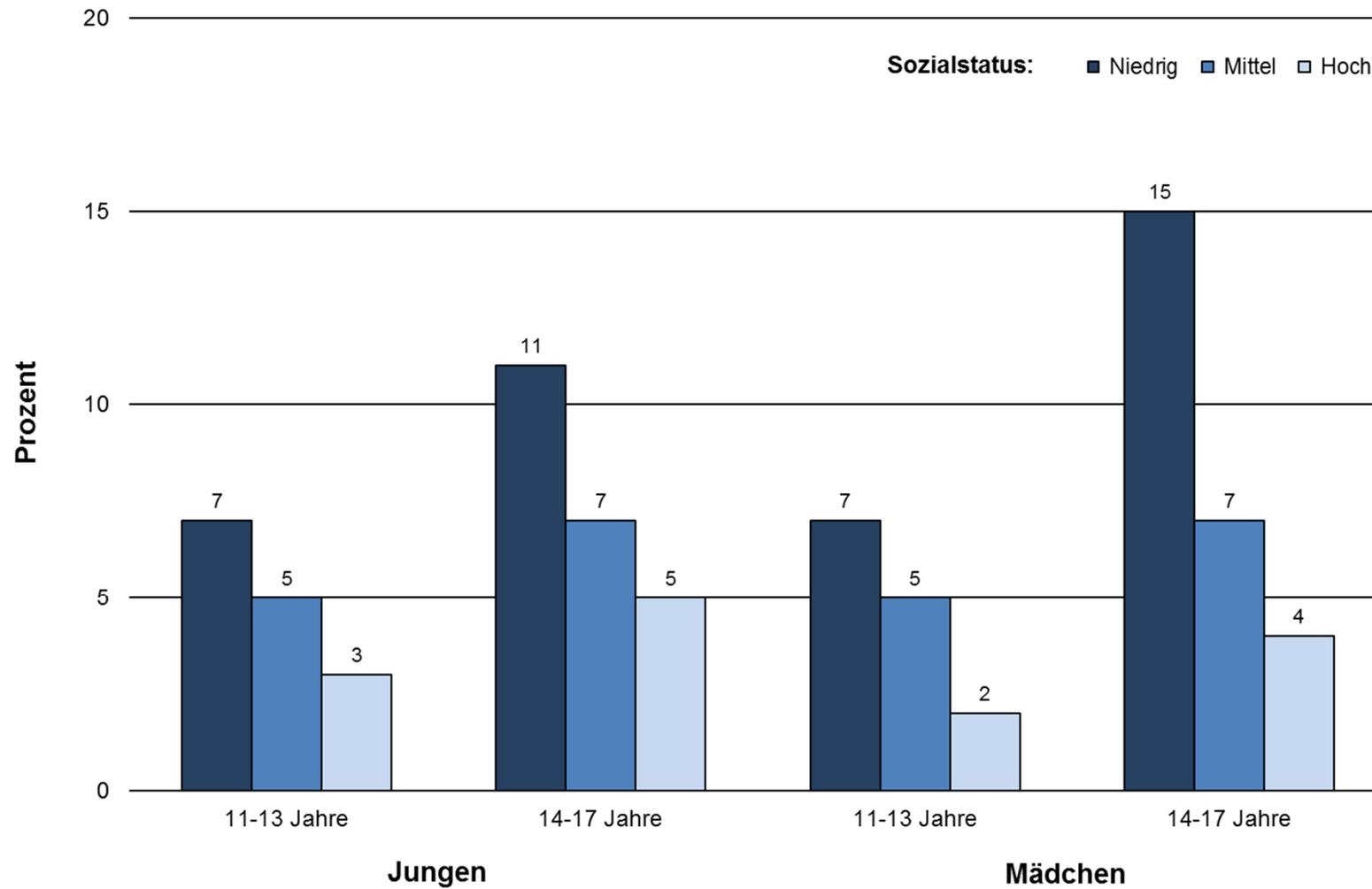
Körpermesswerte: Körpergewicht und Körpergröße  
Body-Mass-Index (BMI) =  $\text{Gewicht in kg} / \text{Größe in m}^2$   
Abgrenzung von Übergewicht und Adipositas gemäß  
der Referenzdaten von Kromeyer-Hauschild:

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

## Allgemeiner Befund

- 15% der Kinder und Jugendlichen sind übergewichtig, 6% sogar adipös
- Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nimmt im Altersgang zu
- Jungen und Mädchen sind gleichermaßen betroffen
- Im Vergleich zu den in den Jahren 1985-99 erhobenen Referenzdaten hat sich der Anteil der adipösen Kinder und Jugendlichen verdoppelt

# Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Messwerte)



# Ergebnisse zu weiteren Gesundheitsoutcomes



	<b>Alter</b>	<b>Odds ratio<sup>1</sup></b>
Einschränkung der allgemeinen Gesundheit	3-17	1,87
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten	3-17	3,83
Adipositas	3-17	3,05
Verdacht auf Essstörungen	11-17	1,93
ADHS	3-17	2,27
Gewaltausübung	11-17	2,07
Sportliche Inaktivität	3-10	3,49
Rauchen	11-17	2,42
Passivrauchexposition	11-17	3,33
Obst- und Gemüsekonsum (nicht täglich)	3-17	2,03
Zähneputzen (weniger als 2-mal am Tag)	11-17	2,42

<sup>1</sup> Risiko eines Gesundheitsproblems bzw. einer Gesundheitsgefährdung in der niedrigen im Verhältnis zur hohen Statusgruppe bei Kontrolle für Alter, Geschlecht, Wohnregion (Ost/West) und Migrationshintergrund



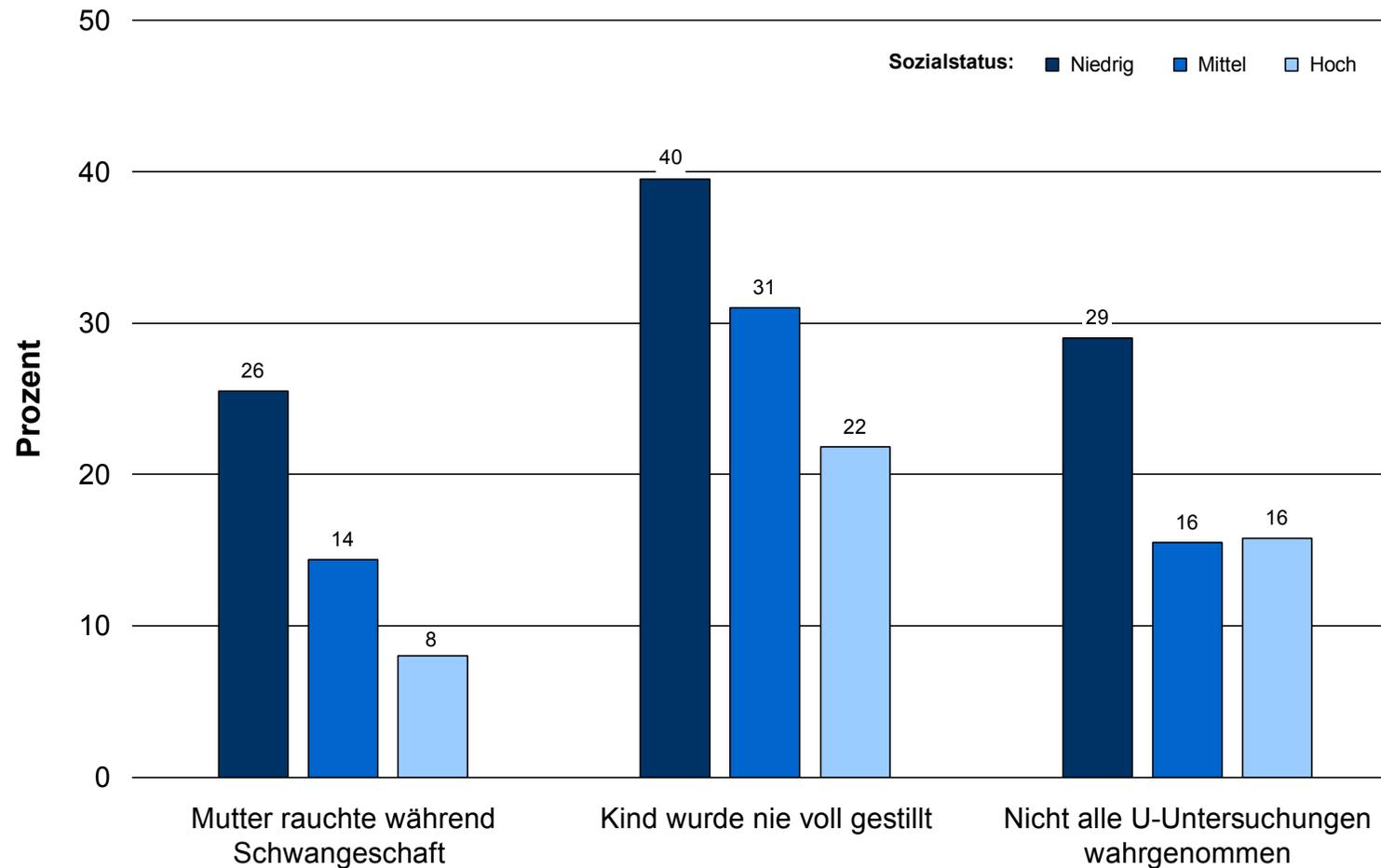
## Ergebnisse vertiefender Forschungsvorhaben



## Zentrale Fragestellungen

- Welche Bedeutung kommt perinatalen und frühkindlichen Einflussfaktoren für die Gesundheitschancen im weiteren Lebenslauf zu?
- Inwieweit sind bezüglich dieser Faktoren soziale Unterschiede festzustellen?

# Perinatale und frühkindliche Einflussfaktoren der Gesundheit (Elternangaben)

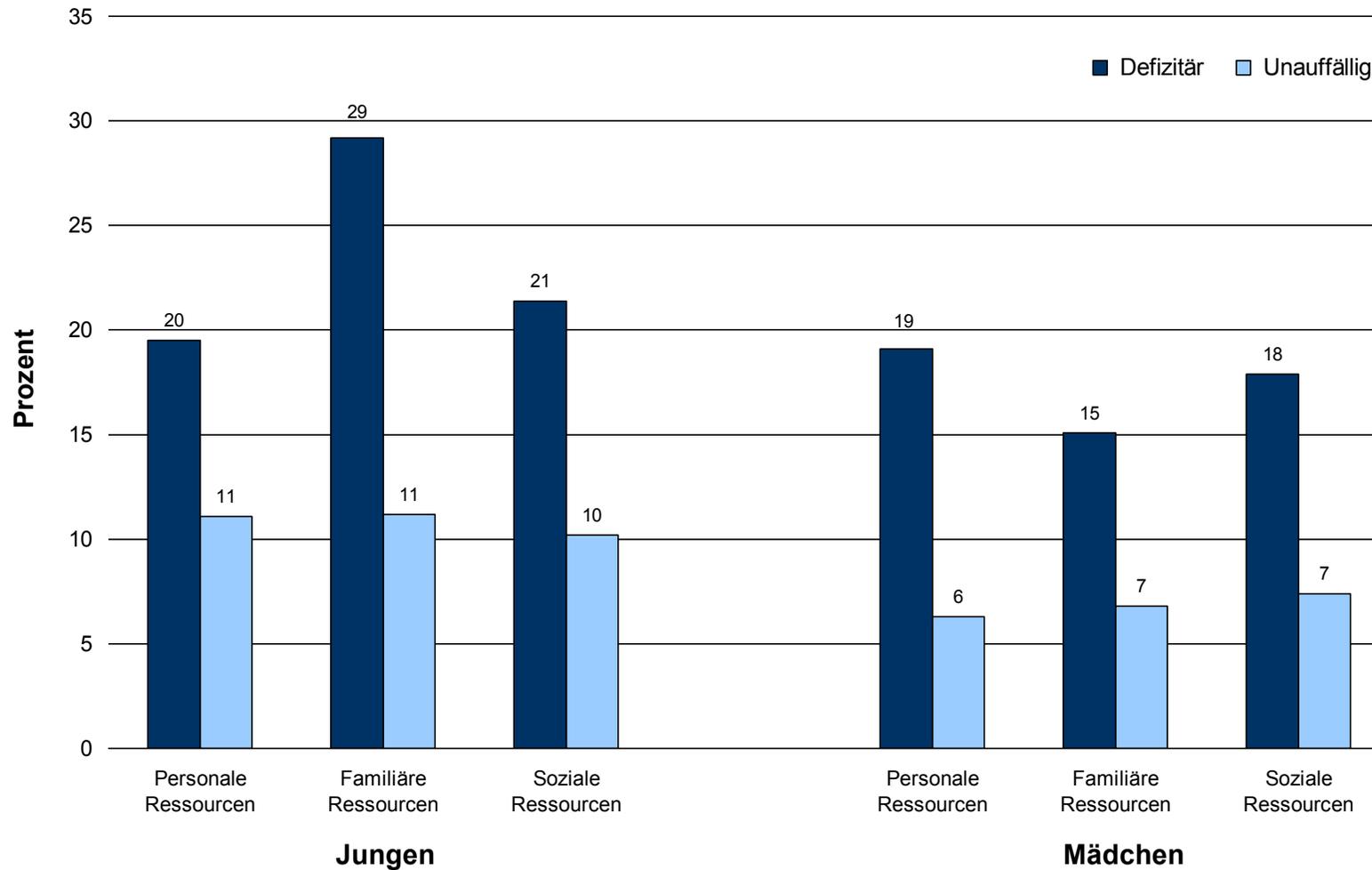




## Zentrale Fragestellungen

- Welche Bedeutung kommt familiären, sozialen und personalen Ressourcen für die Gesundheit von Jugendlichen zu?
- Kann eine gute „Ressourcenausstattung“ die nachteiligen Effekte eines niedrigen Sozialstatus auf die Gesundheit vermindern?

# Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nach Ressourcenverfügbarkeit

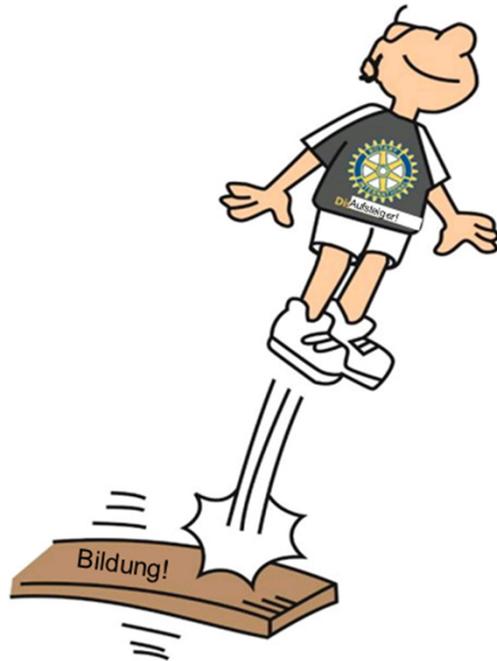




## Zentrale Fragestellungen

- Hat die Schulbildung unabhängig vom Sozialstatus einen Einfluss auf die Gesundheit der Heranwachsenden?
- Verbessern sich die Gesundheitschancen von Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien, wenn sie den Sprung auf ein Gymnasium schaffen?

# Zusammenhang zwischen Sozialstatus, Schulbildung und Gesundheit bei Jugendlichen



- ➔ Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, die eine Hauptschule besuchen, haben die schlechtesten und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus, die auf ein Gymnasium gehen, die besten Gesundheitschancen
- ➔ Schaffen Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus den Sprung auf ein Gymnasium, drückt sich dies in deutlich verbesserten Gesundheitschancen aus („**Positive Effekte intergenerationaler Aufwärtsmobilität**“)
- ➔ Bei Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus, die eine Hauptschule besuchen, ist eine Verringerung der Gesundheitschancen festzustellen („**Negative Effekte intergenerationaler Abwärtsmobilität**“)



## Fazit und Ausblick

- ❖ Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf
- ❖ Gesundheitsprobleme kommen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus verstärkt vor, variieren aber auch zwischen der mittleren und hohen Statusgruppe
- ❖ Weichen für gesundheitliche Entwicklung werden früh gestellt; Belastungen und Probleme können sich nachhaltig auswirken
- ❖ Zum Teil bestehen spezifischen Versorgungsbedarfe bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien
- ❖ Neben der Senkung von Belastungen sollte die Stärkung von Ressourcen zentraler Bestandteil der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter sein

**Ziel:** Bereitstellung **aktueller Querschnittsdaten** zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie **längsschnittliche Weiterverfolgung** der Teilnehmer an der Basiserhebung (KiGGS-Kohorte)

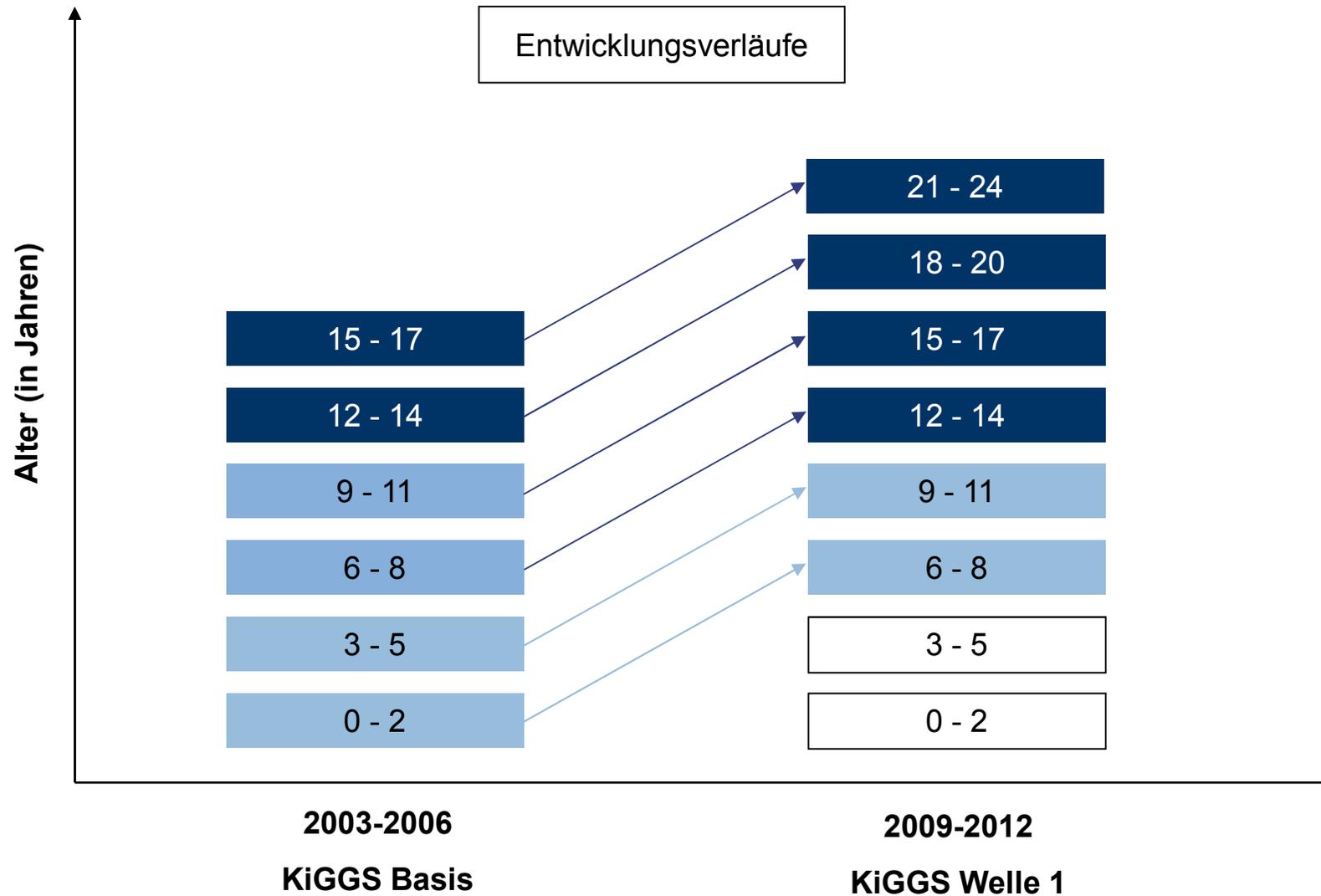
## Studiendesign

- Bundesweite telefonische Wiederbefragung der KiGGS-Teilnehmer (Längsschnitt)
- Aufstockung durch jüngere Jahrgänge (Querschnitt, Trend)
- Altersbereich: 0-17 Jahre (Querschnitt, Trend), 6-24 Jahre (Längsschnitt)
- Repräsentative Stichprobe, n=12.368 (Querschnitt)
- Feldphase: Mai 2009 bis Juni 2012

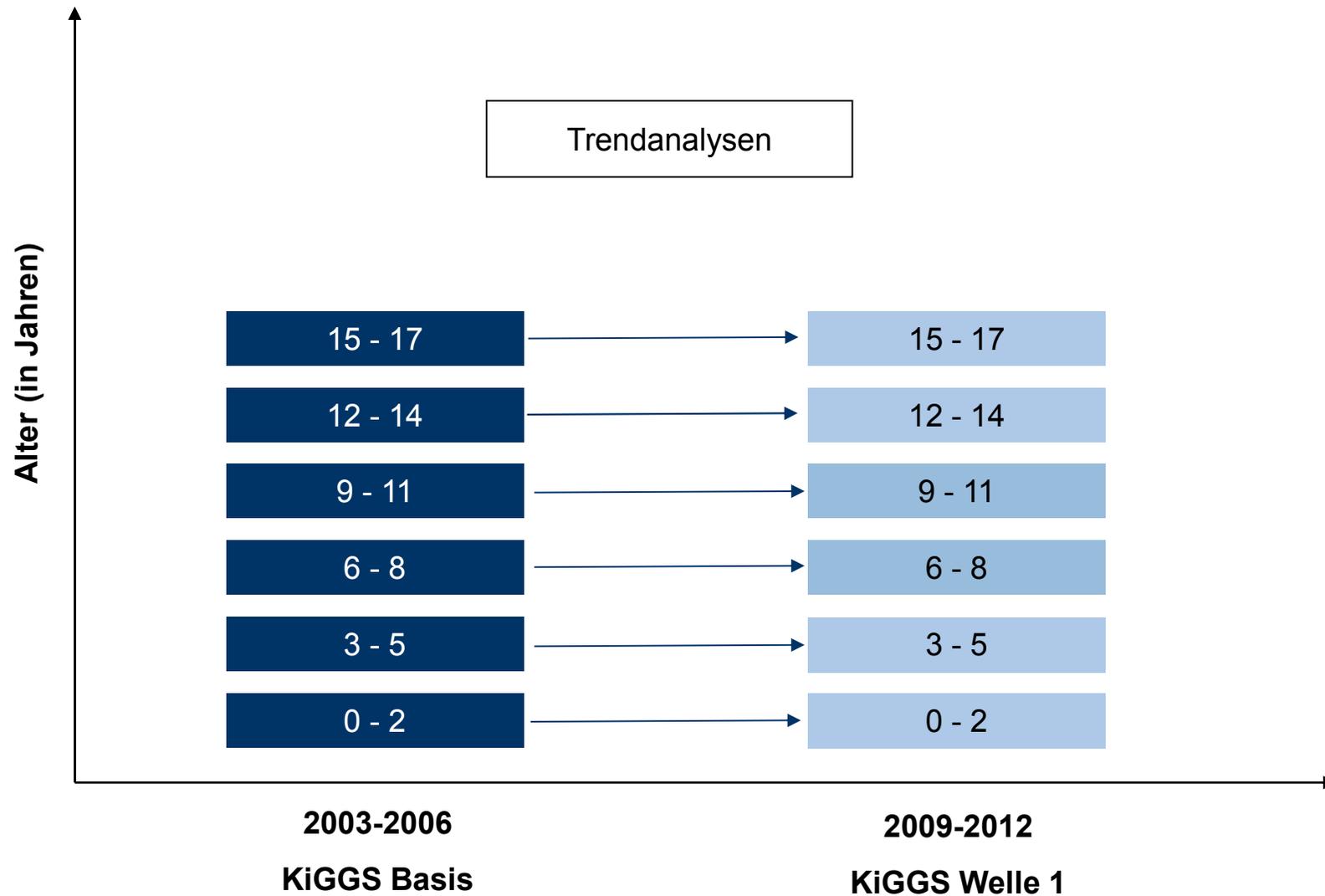


**Computergestützte Telefoninterviews (CATI)**  
durch geschulte Interviewer

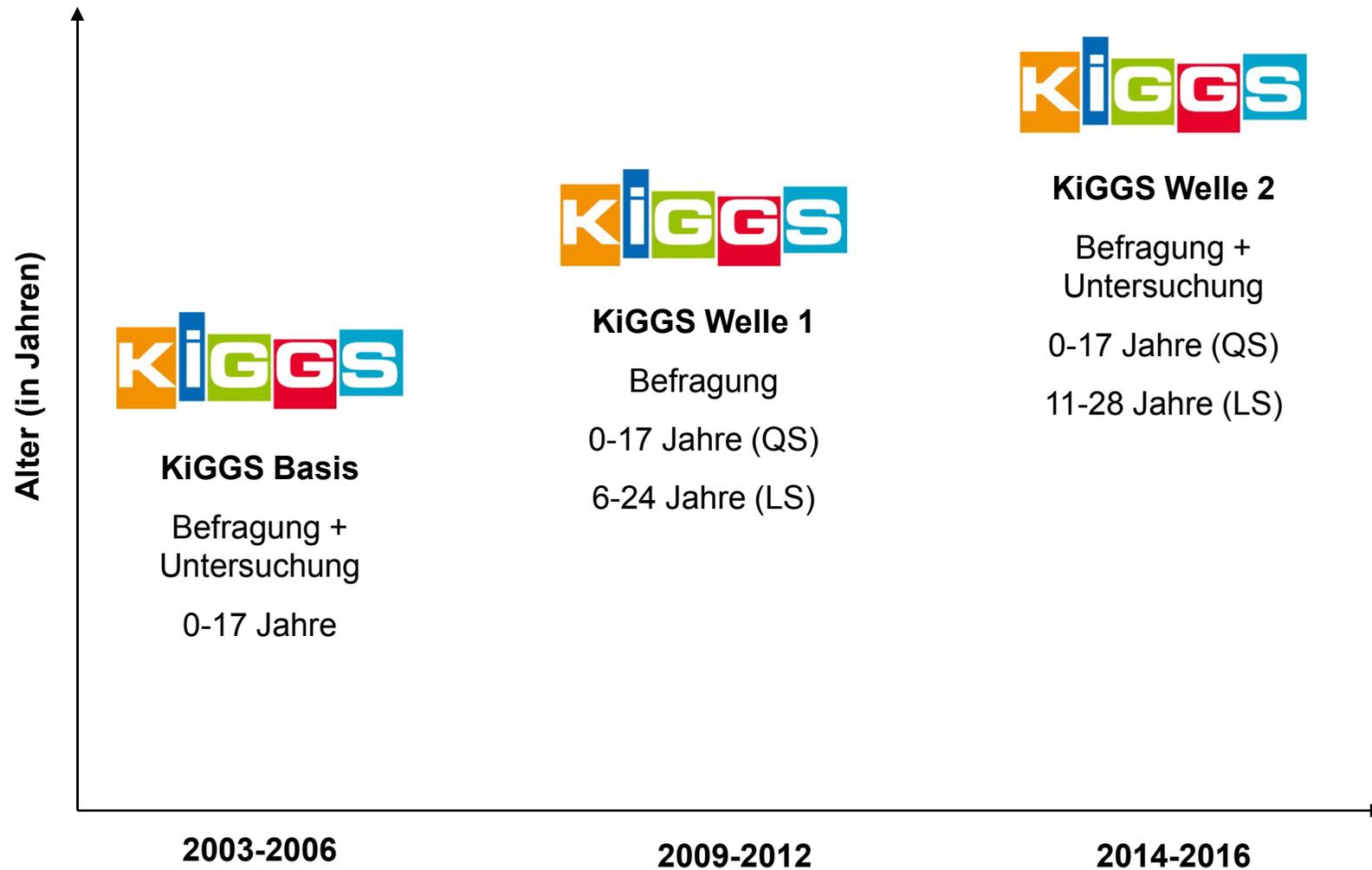
# Fortführung der KiGGS-Studie: Längsschnitt



# Fortführung der KiGGS-Studie: Querschnitt



# Fortführung der KiGGS-Studie





# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



**Korrespondenzadresse:**

PD Dr. Thomas Lampert  
Robert Koch-Institut  
Leiter FG27 Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62-66, 12101 Berlin  
E-mail: [t.lampert@rki.de](mailto:t.lampert@rki.de)  
Internet: [www.rki.de](http://www.rki.de)



# Veröffentlichung der Ergebnisse KiGGS Welle 1



## Ergebnisbroschüre

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland  
(RKI, November 2013)



## Basispublikation

Bundesgesundheitsblatt 57(7), Juli 2014



## Faktenblätter

Daten und Fakten zu ausgewählten Themen  
(RKI, GBE, Juli-Dezember 2014)

# Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung



## Basispublikation

Bundesgesundheitsblatt 50(5/6), Mai/Juni 2007



## GBE Beitrag

Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (RKI 2010)



## Gesundheitspolitisches Transferkonzept

Erkennen – Bewerten – Handeln (RKI, BZgA 2008)

# Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung



## Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (RKI 2010)

Erkennen – Bewerten – Handeln (RKI, BZgA 2008)



## Kinder- und Jugendberichterstattung

Expertise und Sonderauswertungen für den 13. Kinder- und Jugendbericht (DJI 2010)



## Armuts- und Reichtumsberichterstattung

Expertise für den 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2013)

# Politischer Transfer der KiGGS-Ergebnisse



## Strategie der Bundesregierung

Förderung der Kindergesundheit (BMG 2008)

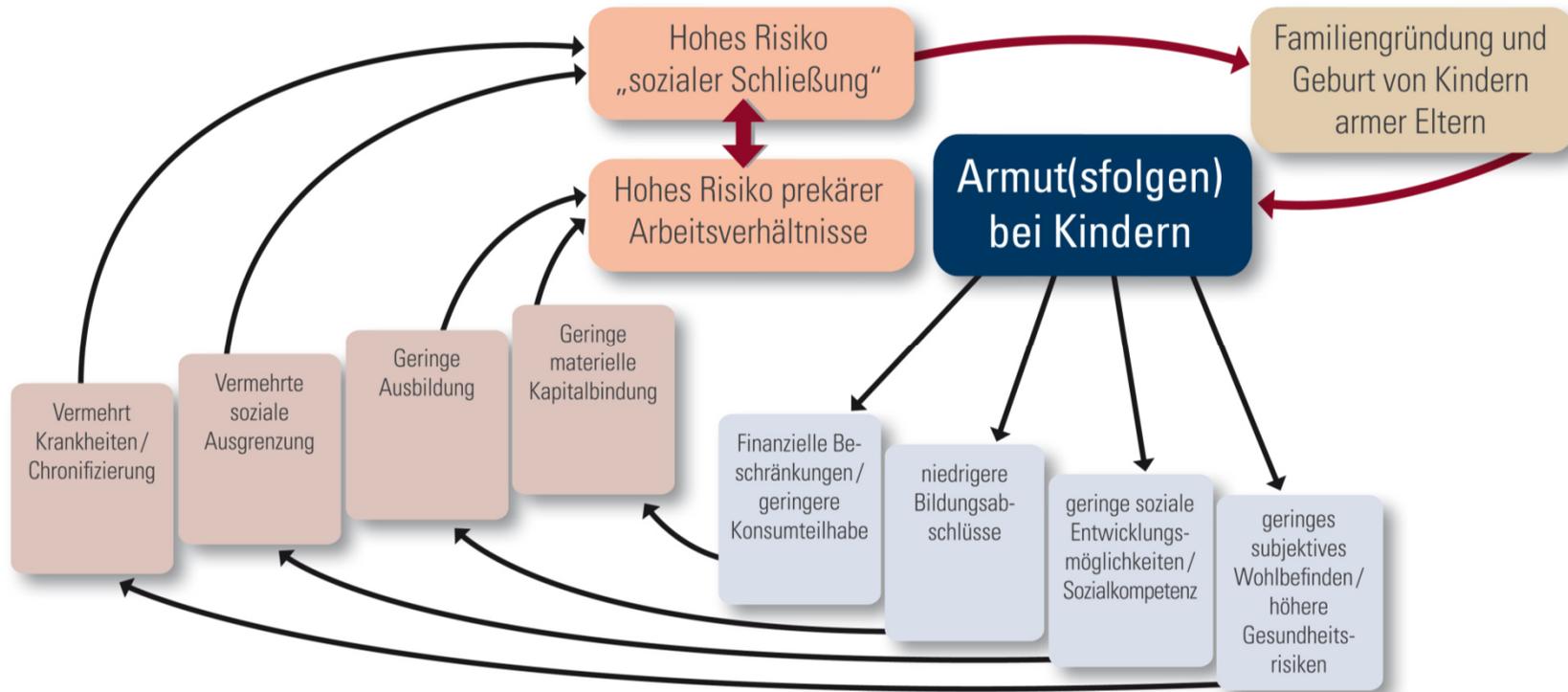


## Nationales Gesundheitsziel

Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung  
(BMG 2010)



# Kinderarmut im internationalen Vergleich



# Definition des (relativen) Armutsrisikos



## Definition der (relativen) Armutsrisikoquote gemäß EU-Vereinbarung:

Anteil der Personen in Haushalte, deren Netto-Äquivalenzeinkommen weniger als 60% des gesellschaftlichen Mittelwerts (Median) beträgt.

## Berechnungsgrundlage:

Haushaltsnettoeinkommen dividiert durch die Summe der personenbezogenen Bedarfsgewichte (Haushaltsvorstand = 1; jede weitere Person ab 15 Jahre = 0,5; jede weitere Person unter 15 Jahre = 0,3)

## Armutsrisikogrenzen:

Einpersonenhaushalt:	993 Euro
Partnerhaushalt ohne Kinder:	1489 Euro
Partnerhaushalt mit zwei Kindern:	2085 Euro