



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
(KiGGS) 2003 – 2006:
Kinder und Jugendliche mit Migrations-
hintergrund in Deutschland**



Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
(KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche
mit Migrationshintergrund in Deutschland**

Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Teil A

Die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS	7
1 Einleitung	7
2 Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey	8
3 Migrationsspezifisches Vorgehen	10
4 Migrantenbegriff und seine Operationalisierung in KiGGS	14
5 Zur Repräsentativität des Migrantensamples	15

Teil B

Beschreibung der Kinder mit Migrationshintergrund in KiGGS	19
6 Soziodemographischer Vergleich von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen	19
7 Differenzierungen innerhalb der Migrantenpopulation	20
Literatur	24

Teil C

Gesundheitsverhalten	27
8 Tabak- und Alkoholkonsum	27
8.1 Daten zum Tabak- und Alkoholkonsum in KiGGS	28
8.2 Rauchverhalten	28
8.3 Alkoholkonsum	30
8.4 Zusammenfassung	31
Literatur	32
9 Mundgesundheitsverhalten	33
9.1 Zahnputzfrequenz	34
9.2 Zahnarztkontrolle	36
9.3 Anwendung von Mitteln zur Kariesprophylaxe	39
9.4 Zahngesunde Ernährung	40
9.5 Zusammenfassung	41
Literatur	42
10 Ernährung	43
10.1 KiGGS-Auswertungen zum Ernährungsverhalten	44
10.2 Messung des Ernährungsverhaltens	45
10.3 Besonderheiten des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund	46
10.4 Verwendung von Jodsalz	48
10.5 Zielgruppen für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen	48
10.6 Zusammenfassung	49
Literatur	50
11 Stillen	51
11.1 Stillhäufigkeit	51
11.2 Stilldauer	53
11.3 Dauer des »vollen Stillens«	54

11.4	Zusammenfassung	55
	Literatur	55
Teil D		
	Körperliche und subjektive Gesundheit	57
12	Übergewicht	57
12.1	Daten zu Übergewicht und potenziellen Einflussfaktoren in KiGGS	58
12.2	Die Verteilung von Übergewicht und Adipositas	58
12.3	Soziale Zugehörigkeit	59
12.4	Einfluss des Zuwanderungslandes	60
12.5	Übergewicht der Eltern	60
12.6	Geburtsgewicht der Kinder	60
12.7	Medienkonsum und körperliche Aktivität	62
12.8	Ernährungs- und Stillverhalten	62
12.9	Körperbild	62
12.10	Zusammenfassung	64
	Literatur	65
13	Akute Erkrankungen	67
13.1	Erfassung akuter Erkrankungen in KiGGS	67
13.2	12-Monatsprävalenzen akuter Erkrankungen	67
13.3	Zusammenfassung	69
	Literatur	69
14	Ansteckende Kinderkrankheiten	70
14.1	Erfassung ansteckender Kinderkrankheiten in KiGGS	70
14.2	Lebenszeitprävalenzen ansteckender Kinderkrankheiten	70
14.3	Zusammenfassung	72
15	Chronische Erkrankungen	72
15.1	Erfassung chronischer Erkrankungen in KiGGS	73
15.2	Prävalenzen amtlich anerkannter Behinderungen und ausgewählter chronischer Erkrankungen	73
15.3	Zusammenfassung	78
	Literatur	78
16	Allergische Erkrankungen	78
16.1	Daten zu atopischen Erkrankungen in KiGGS	79
16.2	Asthma	79
16.3	Heuschnupfen	79
16.4	Neurodermitis	80
16.5	Atopische Erkrankung	81
16.6	Allergisches Kontaktekzem	81
16.7	Sensibilisierung	81
16.8	Zusammenfassung	82
	Literatur	82
17	Unfallgefährdungen und Verletzungen	83
17.1	Unfalldefinition und Daten zum Unfallgeschehen in KiGGS	84
17.2	Verletzungen durch Unfälle	84
17.3	Schutzmaßnahmen durch Helm und Protektoren	85
17.4	Zusammenfassung	86
	Literatur	86

18	Schmerzen	87
18.1	Erfassung von Schmerzen in KiGGS	87
18.2	Prävalenz von Schmerzen	88
18.3	Schmerzlokalisationen	90
18.4	Medikamenteneinnahme und Arztbesuche aufgrund von wiederholten Hauptschmerzen	93
18.5	Zusammenfassung	96
	Literatur	96
19	Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität	97
19.1	Subjektive Gesundheit	97
19.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	99
19.3	Zusammenfassung	105
	Literatur	106

Teil E

Inanspruchnahme.....	107
20 Früherkennungsuntersuchungen.....	107
20.1 Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in KiGGS.....	107
20.2 Inanspruchnahme einzelner Untersuchungen.....	108
20.3 Vollständigkeit	108
20.4 Zusammenfassung	110
Literatur.....	110
21 Impfungen	111
21.1 Daten zum Impfen in KiGGS.....	111
21.2 Tetanus und Diphtherie	112
21.3 Poliomyelitis (Kinderlähmung)	115
21.4 Hepatitis B.....	115
21.5 Haemophilus influenzae Typ B (Hib).....	115
21.6 Pertussis (Keuchhusten)	115
21.7 Masern, Mumps und Röteln	116
21.8 Zusammenfassung	116
Literatur.....	118

Teil F

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen		119
22	Zusammenfassung	119
22.1	Die wichtigsten Befunde	120
22.2	Mögliche Erklärungen	123
23	Schlussfolgerungen	125

Teil A

Die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS

1 Einleitung

Ein bedeutender Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst in Migrantenfamilien auf. Migration prägt in spezifischer Art und Weise ihre Lebenswelt, ob selbst zugewandert oder in nachfolgenden Generationen geboren. Die Auswanderung ist selten ein individuell gefasster Entschluss. Vielmehr ist sie ein Familienprojekt, d. h. ein kollektiver Lebensentwurf, der die Gesamtfamilie und auch zukünftige Generationen einschließt. Aber nicht nur die Erwartungen, die Eltern an die Zukunft ihrer Kinder richten, lassen die Migration zu einem generationenübergreifenden Prozess werden. In Deutschland wird mittlerweile eine Verschiebung der Bildungsbenachteiligung von der Arbeitertochter zum Migrantensohn aus bildungsschwachen Familien konstatiert [1]. Während in den 1960er-Jahren die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und zum Arbeiterstand mit der geringsten Chance auf einen hohen Bildungsabschluss assoziiert war, bestimmt heute die ethnische Zugehörigkeit als eine »neue« Dimension die Chancenstruktur im Bildungssystem. Eine ungesicherte aufenthaltsrechtliche Perspektive, Segregations- und Ethnisierungstendenzen sowie eine soziale und schulische Benachteiligung sind weitere Bedingungen im Zuwanderungsland, die die Lebenssituation der Nachfolgegenerationen anders als die der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund beeinflussen können. Damit besitzen Migranten/innen schlechtere Startchancen für ihr berufliches, soziales und möglicherweise auch für ein gesundes Leben. Im Vergleich zur Erwachsenengeneration stellt der Migrationsprozess zudem besondere Anforderungen an die Kinder und Jugendlichen. Im Zuge rascherer Anpassungsleistungen wie Spracherwerb und Aufbau sozialer Kontakte übernehmen Migrantenkinder oftmals die Rolle als Vermittler zwi-

schen Eltern und Aufnahmegesellschaft und somit bereits im Kindesalter Erwachsenenfunktionen. Insbesondere Jugendliche erfahren u. U. eine Diskrepanz zwischen der tradierten Denkweise der Familie und den Normen und Werten der Zuwanderungsgesellschaft und erleben sich auf eine sehr widersprüchliche Weise als Wanderer zwischen verschiedenen kulturellen Welten.

Ob und welche gesundheitlichen Konsequenzen diese skizzierten Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien haben, ist bislang nicht zuverlässig geklärt. Trotz ihrer zahlenmäßigen Präsenz ist nur wenig bekannt über ihre gesundheitliche Situation. Daten der amtlichen Statistik, die überwiegend nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit differenzieren, können Migrantenkinder in einem immer geringeren Maße identifizieren und stellen für diese Gruppe eine wenig aussagekräftige Datenbasis dar. Empirische Studien beschränken sich auf einzelne Migrantengruppen, auf bestimmte Regionen oder auf ausgewählte Aspekte der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. Insbesondere Schuleingangsuntersuchungen berichten in einigen Bereichen im Vergleich zu Nicht-Migranten/innen größere Gesundheitsrisiken wie ein häufigeres Übergewicht und eine seltenere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. In anderen Bereichen wird eine geringere Gefährdung wie etwa eine seltenere Betroffenheit von Atopien und eine teilweise größere Impfbereitschaft festgestellt [2–5]. Ob diese Ergebnisse sich für alle Regionen und Altersgruppen verallgemeinern lassen, musste bislang offen bleiben. Der Migrationshintergrund wird in den Schuleingangsuntersuchungen uneinheitlich, in vielen Bundesländern gar nicht erfasst und repräsentative bundesweite Survey-Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien lagen bis dato nicht vor. Mit der Integration eines migrationspezifischen Zugangs

ist es im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. Die detaillierte Erfassung des Migrationshintergrundes erlaubt zudem, anders als in den amtlichen Statistiken eine Differenzierung der Migrantenpopulation in wichtige Untergruppen, z. B. nach ein- bzw. beidseitigem Migrationshintergrund, nach Herkunftsland oder nach Aufenthaltsdauer. Auch wenn die Ergebnisse für diese Untergruppen im Vergleich zu bislang existierenden Studien auf einer meist höheren Fallzahl basieren und im Vergleich zu bisherigen Surveys und Studien erheblich verbesserte Voraussetzungen geschaffen wurden, Selektionseffekte zu minimieren (durch die repräsentativ gewählten Sample points bzw. durch das Stichprobendesign der KiGGS-Studie und die migrationsspezifische Vorgehensweise), so kann doch nicht ohne Weiteres für diese Untergruppenanalysen der Anspruch der Repräsentativität erhoben werden. Dies gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse bzw. beim Vergleich mit anderen Studien zu berücksichtigen.

Im ersten Teil des vorliegenden Berichts werden die migrationsspezifische Vorgehensweise, die Definition des Migrantenbegriffs und seine Operationalisierung in KiGGS vorgestellt sowie die Repräsentativität der Migrantensubstichprobe diskutiert (Teil A). Teil B beschreibt die Zusammensetzung des Migrantensamples hinsichtlich soziodemographischer, sozioökonomischer und migrationsspezifischer Merkmale. Die Teile C bis E schließlich befassen sich mit der Analyse des Gesundheitsverhaltens, mit Aspekten der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie mit dem Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.

2 Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

Von Mai 2003 bis Mai 2006 hat das Robert Koch-Institut den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) durchgeführt. Ziel dieser bundesweiten Studie war es, umfassende und bevölkerungsrepräsentative Informationen über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland zu erheben, bestehende Informationslücken zu schließen und Daten für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die epidemiologische Forschung sowie für die Konzeption von Präventions- und Interventionsmaßnahmen bereitzustellen [6–7]. Die Studie wurde durch die Bundesministerien für Gesundheit (BMG) sowie Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Die Untersuchungen wurden von vier ärztlich geleiteten Untersuchungsteams in insgesamt 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden (Sample Points) durchgeführt (Abbildung 2).

Das nach fünf Altersgruppen (0 bis 2, 3 bis 6, 7 bis 10, 11 bis 13 und 14 bis 17 Jahre) differenzierte Untersuchungsprogramm bestand aus einer schriftlichen Befragung der Eltern sowie – ab 11 Jahren – der Probandinnen und Probanden selbst, medizinischen Untersuchungen (z. B. Schilddrüsenultraschall) und Tests (z. B. Motorik), einem computergestützten ärztlichen Elterninterview (CAPI) sowie einer Blutentnahme und Sammlung von Spontanurin. Die Durchführung der Stichprobenziehung und Feldarbeit wurde durch interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet.

Zu folgenden Themen wurden Daten erhoben: körperliche Beschwerden und Befindlichkeit, akute und chronische Krankheiten, Behinderungen, Gesundheitsrisiken und Unfälle, psychische Gesundheit, Lebensqualität, Schutzfaktoren und personale Ressourcen, Ernährung, Essstörungen und Adipositas, Gesundheitsverhalten und Freizeitaktivitäten, Medikamentenkonsum, Impfstatus, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Körpermaße, motorische Leistungsfähigkeit, Sehvermögen, Blutdruck, Blut- und Urindiagnostik sowie Schilddrüsengröße (letzteres finanziert durch das Bundesministerium für Ernährung,

Abbildung 2

Die 167 über die Bundesrepublik Deutschland verteilten Untersuchungsstandorte



Landwirtschaft und Verbraucherschutz; BMELV). Die Teilnehmer/innen wurden zufällig aus den Melderegistern der Einwohnermeldeämter der Studienorte ausgewählt. Die Teilnahmequote lag bei 66,6 % und damit über dem Durchschnitt vergleichbarer Erhebungen. Insgesamt haben 17.641 Kinder und Jugendliche, darunter 8.656 Mädchen und 8.985 Jungen, teilgenommen. Die Zusammensetzung der endgültigen Stichprobe weist eine hohe Repräsentativität für die Wohnbevölkerung in Deutschland auf. So enthält sie bspw. auch 17 % Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und 2 % mit einer amtlich anerkannten Behinderung.

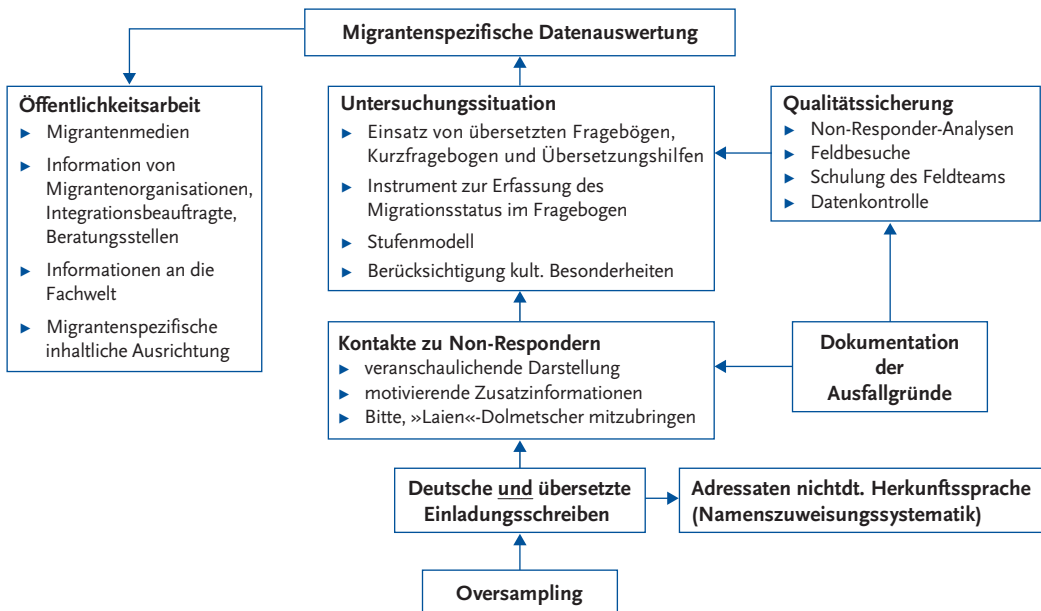
Ergänzt wird die Studie durch drei zusätzliche Module, die mit separater Finanzierung von kooperierenden Institutionen durchgeführt wurden. In Teilstichproben wurden die Themen »seelische Gesundheit« (BELLA; 2.863 Teilnehmer/innen), »motorische Entwicklung und Kompetenz« (MoMo; 4.529 Teilnehmer/innen) und »Umweltbelastungen« (Kinder-Umwelt-Survey, 1.790 Teilnehmer/innen) vertieft behandelt. Das Land Schleswig-Holstein hat zudem die Möglichkeit genutzt, im Rahmen einer landesweiten Stichprobenaufstockung zusätzlich bei 1.730 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren Daten zu erheben und damit für diese Altersgruppe repräsentative Aussagen auf Bundesland-Ebene zu ermöglichen (insgesamt in Schleswig-Holstein untersucht: 1.931 Teilnehmer/innen). Ein fünftes Modul, das im Gegensatz zu den anderen Modulen zeitversetzt erst im Januar 2006 startete und im Dezember 2006 beendet wurde, konzentriert sich auf das Thema »Ernährung« (EsKiMo; 2.506 Teilnehmer/innen).

3 Migrationsspezifisches Vorgehen

Das migrationsspezifische Vorgehen ist mehrstufig und umfasst Aktivitäten in verschiedenen Phasen des Projektablaufs (Abbildung 3.1). Pretestanalysen haben ergeben, dass bei Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit häufiger qualitätsneutrale Ausfälle (wie Adressat verzogen, Adresse unbekannt, Adressat zu alt) auftraten. Daher waren ausländische Kinder und Jugendliche bereits in der bereinigten Bruttostichprobe unterrepräsentiert. Um dies zu kompensieren, wurden in der Hauptphase Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit überproportional bei der Stichprobenziehung über das Einwohnermelderegister berücksichtigt (Oversampling). Erfahrungen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS 98) hatten allerdings gezeigt, dass diese Maßnahme allein nicht ausreicht. Trotz eines Oversamplings war hier die ausländische Bevölkerung deutlich unterrepräsentiert. Es waren also weitere Aktivitäten zur Beteiligung von Migrantinnen und Migranten erforderlich. Diese betrafen vor allem die Überwindung von Sprachbarrieren sowie von Vorbehalten und Ängsten, die einer Teilnahme von Migranten/innen häufig entgegenstanden.

Ein beträchtlicher Teil der Personen mit Migrationshintergrund konnte an den Untersuchungen der Pilotphase aufgrund von Sprachbarrieren nicht teilnehmen. Um diese zu minimieren und auch Probanden/innen mit geringeren Deutschkenntnissen eine Teilnahme zu ermöglichen, wurden im Anschreiben möglichst einfache Formulierungen gewählt, auf Fachwörter weitestgehend verzichtet und Einladungs- sowie Erhebungsmaterialien in sechs verschiedene Sprachen übersetzt (Türkisch, Russisch, Serbokroatisch, Arabisch, Englisch, Vietnamesisch). Die Auswahl dieser Sprachen war anhand der Kriterien »Größe der Sprachgruppe« und »Ausmaß der beobachteten sprachbezogenen Schwierigkeiten« getroffen worden. Neben dem deutschen Einladungsschreiben sollten Migrantenfamilien ein Anschreiben in ihrer jeweiligen Herkunftssprache erhalten. Eine Selektion der für ein übersetztes Schreiben in Frage kommenden Familien und eine Zuordnung der jeweiligen Sprache anhand des durch das Einwohnermelderegister gelieferten Merkmals der »nicht-

Abbildung 3.1
Migrationsspezifisches Vorgehen



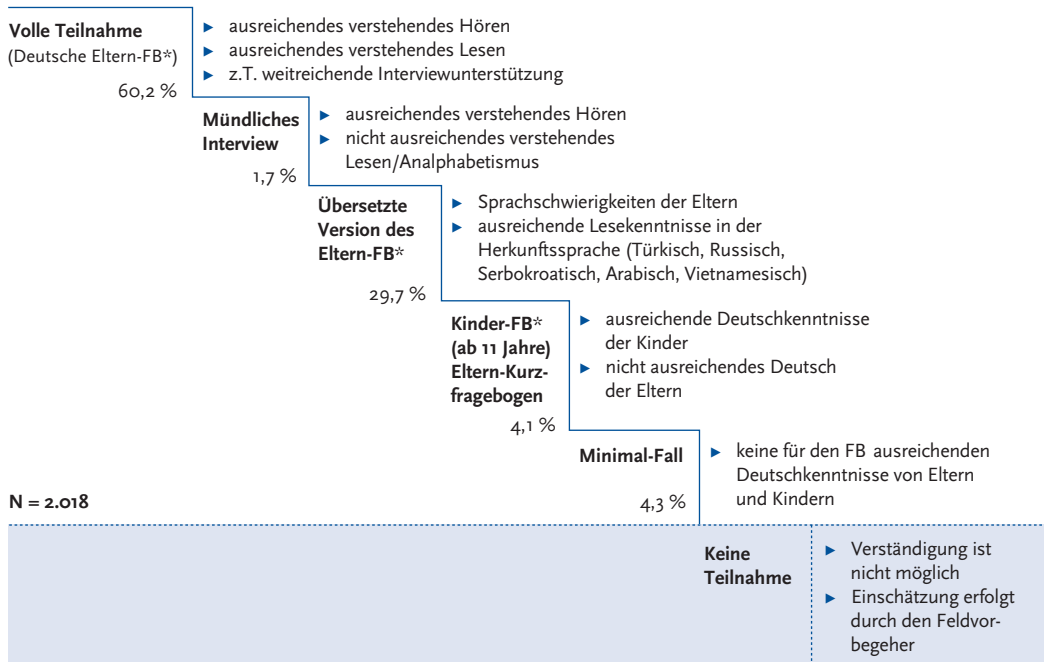
deutschen Staatsangehörigkeit« hätte Eingebürgerte sowie Aussiedler vernachlässigt. Bei beiden Gruppen können aber sprachbezogene Schwierigkeiten nicht ausgeschlossen werden. Daher wurde eine von Humpert und Schneiderheinze entwickelte Namenszuweisungssystematik eingesetzt [8–9]. Mittels dieser konnten Vor- und Zunamen einer bestimmten Sprachengruppe computergestützt zugeordnet werden und die betreffenden Einladungsmaterialien in der jeweiligen Herkunftssprache versendet werden. In den betreffenden Sprachen lagen auch datenschutzrechtliche Aufklärungen sowie eine Aufklärung zur Blutentnahme vor.

Um die Kommunikation im Studienzentrum zu erleichtern, wurden Probandinnen und Probanden mit nur sehr geringen Deutschkenntnissen im Vorfeld gebeten, Laiendolmetscher (Bekannte oder Verwandte) mitzubringen. Aus methodischen Gründen wurden diese jedoch nicht für Übersetzungen von Erhebungsmaterialien eingesetzt, sondern nur für den Untersuchungsablauf betreffende Sachverhalte. Für den Fall, dass eine Verständigung kaum möglich war und die betreffende Person keinen Laiendolmetscher an der

Seite hatte, lagen wichtige Informationen zum Ablauf sowie Fragen zu Kontraindikationen auch in übersetzter Form vor. Zusätzlich zu den genannten Sprachen wurde hier noch eine italienische Übersetzung erstellt.

Weiterhin wurde jeweils eine übersetzte Fassung des Eltern-Fragebogens in den sechs eingangs genannten Sprachen erarbeitet. Eine unangemessene Übersetzung des Fragebogens bzw. einzelner Items kann Probleme hinsichtlich der funktionalen Äquivalenz provozieren, d.h. ein Item misst in den verschiedenen Sprachen nicht mehr das Gleiche. Um diese Fehlerquelle weitestgehend auszuschließen, wurden die übersetzten Fragebögen jeweils in die deutsche Sprache rückübersetzt und die Bedeutungsäquivalenz der transportierten Inhalte überprüft. Der Goldstandard zur Sicherung der interkulturellen Äquivalenz sieht noch weitere Maßnahmen vor, die aber hinsichtlich ihres zeitlichen und finanziellen Aufwands nicht vertretbar waren [10–12]. Es blieb den Probanden/innen nichtdeutscher Herkunftssprache überlassen, einen deutschen oder einen übersetzten Fragebogen auszufüllen. Erfahrungen in anderen Studien hatten gezeigt, dass es angeraten

Abbildung 3.2
Stufenmodell zur Einbindung von Probanden/innen ohne ausreichende Deutschkenntnisse in KiGGS
(Prozent der Teilnehmer mit Migrationshintergrund)



* FB = Fragebogen

war, die deutsche Version beizureichen, wenn sich Probanden/innen für eine Übersetzung entschieden hatten [13]. Für Begriffe bzw. Themen, die sich vorwiegend mit dem Aufnahmeland verbinden, gibt es häufig keine Entsprechungen in der Herkunftssprache bzw. ist die Sprache des Aufnahmelandes vertrauter und so wird u. U. je nach Themenbereich die eine oder die andere Fassung bevorzugt.

Für Probanden/innen, in deren Herkunftssprache kein Fragebogen vorlag, wurden neben den Messdaten zumindest soziodemographische und einige gesundheitsbezogene Basisdaten erfasst. Gleiches galt für Probanden/innen, die weder in der deutschen noch in ihrer Muttersprache über ausreichende Kenntnisse verfügten, und daher den übersetzten Fragebogen nicht beantworten konnten.

Die Untersuchung von Probanden/innen, die über keine für die Befragung ausreichenden Deutschkenntnisse verfügten, wurde nach festge-

legten Standards durchgeführt (Stufenmodell) und im Adressprotokoll entsprechend dokumentiert. Die Stufen bezogen sich ausschließlich auf die Befragung per Fragebogen, die anderen Untersuchungsbestandteile (medizinisch-physikalische Untersuchung, ärztliches Interview) konnten auch mit nur geringen Deutschkenntnissen (der Eltern) durchgeführt werden. Die verschiedenen Stufen und ihre Anteile sind in Abbildung 3.2 dokumentiert. Erfreulicherweise war für über 60 % der Teilnehmer mit Migrationshintergrund eine volle Teilnahme möglich. Immerhin 29,7 % der Migrantinnen und Migranten griffen auf einen übersetzten Fragebogen zurück. Mit 4,3 % blieb der Anteil an Minimalfällen¹ unter der Marke im Pretest und kann als Richtwert für zukünftige Studien gelten.

¹ **Minimalfall** = körperliche Untersuchungen und Tests, ärztliches Interview, Kurzfragebogen, SDQ (langer normaler oder Ausländer-Fragebogen konnte nicht ausgefüllt werden)

Als Ergebnis des Pretests zeigte sich, dass als Gründe für eine Nichtteilnahme neben Sprachbarrieren migrationsspezifische Vorbehalte und Ängste maßgeblich waren. Im Vorfeld des Einladungsversands wurden daher lokale Migrantenmedien, Integrationsbeauftragte, Migrantenorganisationen, Moscheen und Beratungsstellen über Ziele und Inhalte der Studie informiert. Dabei wurde auf mögliche Vorbehalte und Ängste eingegangen, die einer Teilnahme entgegenstehen und mit einer entsprechenden Berichterstattung entkräftet werden könnten. Die kontaktierten Migranteneinrichtungen und -organisationen sind in einer Datenbank dokumentiert und können auch künftigen Surveys als Ressource dienen. Weiterhin wurden die Einladungsschreiben inhaltlich angepasst, indem auf typische Bedenken eingegangen und Teilnahmemotive verstärkt wurden.

Da die Spontanresponse unter Migranten/innen vergleichsweise gering ausfiel, war eine telefonische Kontaktaufnahme bzw. ein Hausbesuch bei Non-Respondern für den Zugang zu Migranten/innen unverzichtbar. Ziele und Erhebungsinhalte der Studie konnten hier veranschaulichend dargestellt und teilnahmemotivierende Zusatzinformationen gegeben sowie Vorbehalte und Ängste ausgeräumt werden. Viele Fragen der Adressaten ließen sich erst im mündlichen Gespräch

klären. Die betreffenden Mitarbeiter wurden im Vorfeld geschult.

Weiterhin wurden die Mitarbeiter der Untersuchungsteams über kulturelle und migrationsbedingte Besonderheiten, die in einer Untersuchungssituation auftreten können, informiert und dementsprechend geschult. Feldbesuche dienten einem kontinuierlichen Feedback zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz, Datenanalysen einer verbesserten Qualität der Dokumentation.

Mittels pointbezogener Rücklaufanalysen wurde die Response stetig beobachtet, so dass ggf. die Bemühungen (Öffentlichkeitsarbeit etc.) zur Gewinnung einzelner Migrantengruppen gezielt verstärkt werden konnten. Mithilfe einer kontinuierlichen Qualitätssicherung wurde das skizzierte migrationsspezifische Vorgehen umgesetzt und weiter optimiert.

Die ausreichende Einbindung von Migranten/innen in einen bundesweiten Gesundheits-survey ist eine notwendige Voraussetzung für migrationsspezifische Analysen. Eine weitere Voraussetzung ist die Möglichkeit, Migranten/innen im Datensatz als solche mittels geeigneter Indikatoren identifizieren zu können. Eine Operationalisierung des Migrationsstatus setzt zunächst die Definition des Migrantenbegriffs voraus.

4 Migrantenbegriff und seine Operationalisierung in KiGGS

Bezogen auf ihre Einwanderungsmotive, ihren kulturellen, sprachlichen, sozialen, religiösen und lebensgeschichtlichen Hintergrund, ihren Aufenthaltsrechtlichen Status und die Aufnahmebedingungen, die sie vorfinden, sind Migranten eine sehr heterogene Gruppe. Gemeinsam ist ihnen aber eine Lebenssituation, die entweder durch eine eigene Migrationserfahrung oder durch die Migrationserfahrung der Herkunftsfamilie geprägt ist. Das bedeutet, sich in der Einwanderergesellschaft – gewissermaßen zwischen der Herkunftskultur und der Kultur des Aufnahmelandes – kulturelle Praktiken anzueignen und sozial zu orientieren [14]. Migranten/innen werden damit anhand eines lebensbiographischen Ereignisses, der (internationalen) Migration, und den daraus resultierenden Besonderheiten in der Lebenssituation klassifiziert. Diese Besonderheiten knüpfen sich nicht an die Bedingung, selbst zugewandert zu sein, sondern können auch für nachfolgende Einwanderergenerationen noch relevant sein.

Das in KiGGS eingesetzte Instrument zur Erfassung des Migrationsstatus wurde in einem mehrschrittigen Verfahren erarbeitet [15]. Im Rahmen von zwei durch das Robert Koch-Institut beauftragten Expertisen wurden u. a. vorhandene Datenquellen daraufhin geprüft, ob und inwieweit sie eine migrationsensible Gesundheitsberichterstattung zulassen, und es wurden Empfehlungen für eine verbesserte Datengrundlage abgeleitet [16–17]. Die Konstruktion der Erhebungsinstrumente berücksichtigte weiterhin Instrumente, die z. B. für das SOEP und die PISA-Studie eingesetzt wurden, sowie den Stand der methodischen Diskussion. In anschließenden Diskussionen mit Experten aus dem Themenfeld »Migration und Gesundheit« wurde das Instrument vorgestellt und weiterentwickelt. Schließlich konnte die einjährige Pilotphase von KiGGS genutzt werden, um die Erfassung des Migrationsstatus weiter zu optimieren. Zur Bestimmung des Migrationsstatus wurden in der Hauptphase von KiGGS im Elternfragebogen die folgenden Merkmale erfasst: Staatsangehörigkeit, Geburtsland sowie Einreisejahr von Mutter und Vater, zu Hause gesprochene

Sprache und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zuwanderergruppe. Im Fragebogen für die Kinder und Jugendlichen wurde deren Geburtsland und Einreisealter sowie das Geburtsland der Eltern erfragt. Darüber hinaus wurden die Deutschkenntnisse der Probanden/innen (Eltern und Kind) durch die Interviewer eingeschätzt. Damit entspricht dieses Instrument weitestgehend den in einer Expertengruppe erarbeiteten Empfehlungen zur Erfassung des Migrationsstatus in epidemiologischen Studien [18].

Als Kinder und Jugendliche mit *beidseitigem* Migrationshintergrund werden daraus abgeleitet Kinder und Jugendliche definiert,

- die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind *und* von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, oder
- von denen *beide* Eltern zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind (Abbildung 4)

Bei alleinerziehenden Eltern galt der Status des erziehenden Elternteils. Sofern keine diesbezüglichen Informationen im Eltern-Fragebogen vorhanden waren, wurde auf die Angaben des Kindes zum Geburtsland von Vater und Mutter zurückgegriffen. In den wenigen Fällen, in denen keinerlei Informationen zum Geburtsland des Kindes sowie zum Geburtsland und der Staatsangehörigkeit der Eltern vorlagen, wurde die zu Hause gesprochene Sprache als Indikator für einen Migrationshintergrund herangezogen. Im Folgenden wird der Begriff »Migrantenkinder« synonym für Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund verwandt.

Die getrennte Erfassung der Angaben von Mutter und Vater erlaubt auch eine Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit *einseitigem* Migrationshintergrund, d. h. von Kindern und Jugendlichen, die in Deutschland geboren und von denen *ein* Elternteil aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist. Synonym wird der Begriff »Kinder aus binationalen Familien« genutzt.

Die auf dieser Basis konstruierte Variable differenziert zwischen Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (Nicht-Migranten/innen) sowie zwischen Kindern und Jugendlichen

Abbildung 4 Definitionen

Beidseitiger Migrationshintergrund (Migrantenkinder)

- ▶ Beide Eltern sind in einem anderen Land geboren und/oder sind nichtdeutscher Staatsangehörigkeit
- ▶ Kind ist selbst zugewandert und mindestens ein Elternteil ist im Ausland geboren

Einseitiger Migrationshintergrund (binational)

- ▶ Ein Elternteil ist nicht in Deutschland geboren und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit

mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund. Einen Migrationshintergrund weisen damit auch Kinder und Jugendliche der zweiten Einwanderergeneration auf, die nicht mehr selbst zugewandert sind. Kinder der dritten Generation werden nur dann als Migranten/innen klassifiziert, sofern ein Elternteil bzw. beide Elternteile über eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit verfügen.

5 Zur Repräsentativität des Migrantensamples

Ein Kriterium, das eine erfolgreiche Einbindung von Migranten/innen in den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey misst, ist die Response. Eine hohe Teilnahmerate verringert das Risiko einer systematischen Verzerrung der (Migranten-) Stichprobe, sie garantiert aber nicht einen der Bevölkerungsverteilung entsprechenden Migrantenanteil in der Netto-Stichprobe.² Dieser ist aber erforderlich, da ansonsten die Repräsentativität der gesamten Stichprobe gefährdet wäre. Außerdem birgt eine zu geringe Beteiligung von Migranten/innen die Gefahr, dass die Teilstichprobe zu klein für differenzierte Auswertungen ist. Das Erfolgskriterium *adäquater Migrantenanteil* in der Netto-Stichprobe soll im Folgenden eingehender diskutiert werden.

Derzeit leben in Deutschland 1,34 Mio. Kinder und Jugendliche im Alter unter 18 Jahren mit einem ausländischen Pass, das sind 8,8% dieser Altersgruppe [19]. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit beträgt in der ungewichteten KiGGS-Stichprobe 8,4 %. Diese geringe Abweichung vom Wert der amtlichen Statistik spricht für die Güte der Stichprobe und den Erfolg des migrationsspezifischen Vorgehens. Um repräsentative Aussagen treffen zu können, werden die KiGGS-Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2004) auch hinsichtlich der Staatsangehörigkeit korrigiert. Unberücksichtigt bleiben bei dieser Korrektur jene Migranten/innen, die über eine deutsche Staatsangehörigkeit verfügen, also Aussiedler, Eingebürgerte sowie Kinder, die seit der Neuregelung des Staatsangehörigkeitsrechts im Jahre 2000 bei ihrer Geburt einen deutschen Pass erhalten haben. Für diese Gruppen konnte bislang auf keine

2 Ein zu geringer Migrantenanteil in der Netto-Stichprobe trotz hoher Teilnahmerate kann auf zwei verschiedene Effekte zurückgeführt werden. Zum einen kann die Teilnahmerate der Nicht-Migranten noch höher sein als die der Migranten. Zum anderen kann selbst bei gleich hoher Teilnahmerate ein höherer Anteil qualitätsneutraler Ausfälle bei den Migranten zu deren Unterrepräsentanz in der bereinigten Brutto-Stichprobe und dann auch in der Netto-Stichprobe führen.

Tabelle 5
Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit

	Nicht-Teilnehmer	Teilnehmer ¹⁾	Differenz	Teilnehmer ¹⁾
	ungewichtet			gewichtet
	%	%		%
Geschlecht				
Jungen	51,5	51,8	–0,3	51,7
Mädchen	48,5	48,2	0,3	48,3
Schulbildung des Vaters				
einfache	50,1	41,8	8,3***	42,9
mittlere	18,0	19,9	–1,9	19,4
höhere	22,7	30,1	–7,4***	29,9
andere	9,2	8,2	1,0	7,8
Schulbildung der Mutter				
einfache	54,3	41,8	12,5***	42,5
mittlere	18,1	23,4	–5,3***	22,7
höhere	18,9	28,1	–9,2***	28,3
andere	8,7	6,7	2,0	6,6
Berufstätigkeit des Vaters				
Ausbildung	0,5	0,8	–0,3	0,8
Nicht berufstätig	24,5	24,5	0,0	24,1
Teilzeit	4,1	5,1	–1,0	5,3
Vollzeit	71,0	69,6	1,4	69,9
Deutschkenntnisse (Eltern)				
fließend	34,1	36,2	–2,1	
relativ flüssig	35,0	29,5	5,5**	
gebrochen	24,2	20,9	3,3*	
stark eingeschränkt	4,4	11,2	–6,8***	
keine	2,2	2,2	0,0	
Subjektive Gesundheit				
sehr gut	44,9	36,8	8,1***	36,5
gut	47,4	52,8	–5,4***	53,4
mittelmäßig	7,0	9,2	–2,2*	9,0
schlecht	0,5	0,8	–0,3	0,8
sehr schlecht	0,2	0,3	–0,1	0,3
Rauchen (Mutter)				
	30,8	32,9	–2,1	32,3

¹⁾ Es werden sowohl die ungewichteten als auch die gewichteten Angaben ausgewiesen, da die Nicht-Teilnehmer-Daten nur ungewichtet vorliegen, die gewichteten Teilnehmer-Daten aber Auswertungsgrundlage sind.

Signifikanzniveau der Unterschiede:

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

amtlichen Vergleichszahlen zurückgegriffen werden. Erst 2005 erfasste der Mikrozensus detaillierte Informationen zum Migrationshintergrund [20]. Danach wiesen 28,6 % der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren einen Migrationshintergrund auf, d. h. sie verfügten über eine eigene Migrationserfahrung und/oder hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit oder aber mindestens ein Elternteil war zugewandert, eingebürgert resp. nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Dieser Anteil beinhaltet damit auch Kinder und Jugendliche mit *einseitigem* Migrationshintergrund. Vergleiche mit KiGGS sind nur bedingt möglich, da die Erhebungsinstrumente zur Bestimmung des Migrationsstatus differieren, dennoch bieten die Mikrozensus-Daten einen Anhaltspunkt zur Einschätzung der Repräsentativität. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund fällt mit 25,4 % in der gewichteten KiGGS-Stichprobe etwas geringer aus als im Mikrozensus. Ein Grund für diese Differenz könnte sein, dass im Unterschied zum Mikrozensus in KiGGS Kinder und Jugendliche nicht identifiziert werden können, deren Eltern in Deutschland geboren, im Laufe ihres Lebens eingebürgert wurden und damit eine deutsche Staatsangehörigkeit haben.

Trotz einer anteilig adäquaten Einbindung können Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer systematisch voneinander abweichen und Repräsentativitätseinbußen für die Substichprobe der Migranten/innen bedeuten. Im Non-Responder-Fragebogen wurde lediglich die Staatsangehörigkeit von Vater und Mutter erfasst. Damit können keine Aussagen über die Repräsentativität der Migrantenstichprobe insgesamt getroffen werden. Gegenübergestellt werden nachfolgend ausländische Teilnehmer sowie Nicht-Teilnehmer, d. h. entweder Vater oder Mutter verfügten über eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit (Tabelle 5). In erwartungsgemäß geringerem Maße haben sich ausländische Probanden/innen mit niedrigerer Schulbildung beteiligt, keine Unterschiede gibt es hingegen bei der Berufstätigkeit. Noch im Pretest waren Nicht-Berufstätige deutlich unterrepräsentiert [21]. Erfreulich ist auch die geringe Differenz hinsichtlich der Deutschkenntnisse, hier haben sogar Teilnehmer die geringeren Deutschkenntnisse. Offenkundig haben sich die Aktivitäten zur Überwindung der Sprachbarrieren ausgezahlt. Nicht-Teilnehmer schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder besser ein als Teilnehmer. Dieser Effekt ist auch von anderen Gesundheitsstudien bekannt. Keine Unterschiede sind hinsichtlich des Rauchstatus der Mutter auszumachen.

Teil B

Beschreibung der Kinder mit Migrationshintergrund in KiGGS

6 Soziodemographischer Vergleich von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen

An der KiGGS-Studie haben sich 2.590 Kinder und Jugendliche mit (beidseitigem) Migrationshintergrund aus 115 verschiedenen Ländern beteiligt. In der gewichteten Stichprobe sind das 17,1 % aller Kinder und Jugendlichen. Weitere 8,3 % der Kinder und Jugendlichen verfügen über einen einseitigen Migrationshintergrund.

Die Alters- und Geschlechtsverteilungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sowie von Nicht-Migranten/innen sind insgesamt sehr ähnlich (Tabelle 6). Lediglich die Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund weicht zugunsten einer vergleichsweise jüngeren Altersstruktur vom Gesamtwert ab.

Deutliche Unterschiede zeigt vor allem ein Vergleich der sozialen Lage von Nicht-Migranten/innen und Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund: Unter den Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund

Tabelle 6
Vergleich von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen nach soziodemographischen Merkmalen

	Migranten einseitig			Migranten beidseitig			Nicht-Migranten		
	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Gesamt	52,4	47,6	100,0	52,0	48,0	100,0	51,1	48,9	100,0
Altersgruppe									
0–2 Jahre	20,1	19,4	19,8	12,5	12,8	12,7	13,1	13,1	13,1
3–6 Jahre	23,3	25,1	24,1	22,3	20,7	21,5	20,4	20,5	20,5
7–10 Jahre	21,7	22,3	22,0	20,6	21,8	21,2	22,0	21,6	21,8
11–13 Jahre	14,5	15,2	14,8	18,7	19,1	18,9	17,3	17,2	17,3
14–17 Jahre	20,4	18,1	19,3	25,8	25,5	25,7	27,3	27,5	27,4
Sozialschicht (Winklerindex)									
Unterschicht	25,9	28,3	27,0	53,2	54,2	53,7	22,6	21,6	22,1
Mittelschicht	43,2	41,9	42,6	37,4	35,0	36,3	47,1	48,2	47,6
Oberschicht	31,0	29,8	30,4	9,4	10,8	10,0	30,3	30,1	30,2
Schultyp (inkl. Schulabschluss)									
Hauptschule	25,1	15,2	20,5	34,8	30,5	32,7	20,2	14,4	17,3
Gymnasium	37,0	40,8	38,8	18,2	28,2	23,0	33,9	42,0	37,9
Realschule	22,3	26,2	24,1	23,2	22,1	22,7	31,1	30,9	31,0
Arbeitslosigkeit									
Mutter	8,1	9,5	8,8	19,4	16,8	18,1	6,4	6,1	6,2
Vater	9,1	8,0	8,6	19,6	18,8	19,2	5,3	5,0	5,2

sind fast doppelt so viele Hauptschüler wie unter den Nicht-Migranten/innen, dafür augenfällig weniger Gymnasiasten und Realschüler. Migrantenkinder gehören auch deutlich häufiger der Unterschicht an als Kinder ohne Migrationshintergrund (Sozialschicht-Index nach Winkler [22], 53,7 % vs. 22,1 %, Abbildung 6) und seltener der Oberschicht (10,0 % vs. 30,2 %). Anders ausgedrückt liegt der Migrantenanteil bei den untersuchten Kindern der Unterschicht bei über 30 %, während er bei den Kindern der Oberschicht nicht ganz 6 % ausmacht (Abbildung 6). Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund ähneln in ihrer sozialen Zusammensetzung jenen Kindern ohne Migrationshintergrund. Weiterhin zeigt sich ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle mit deutlich mehr Kindern mit Migrationshintergrund in den Großstädten als in ländlichen Gebieten, ein Ost-West-Unterschied mit mehr als doppelt so vielen Migrantenkindern im Westen wie im Osten (inkl. Berlin). All die genannten Differenzen hinsichtlich Schultyp sowie der Verteilung nach Sozialschicht, Stadt/Land und Ost/West sind statistisch signifikant.

7 Differenzierungen innerhalb der Migrantenpopulation

Migranten/innen sind keine homogene Gruppe. Vielmehr sind Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken innerhalb der Migrantenpopulation ungleich verteilt und u. a. davon abhängig, welche konkreten Aufnahmebedingungen Migranten/innen vorfinden und wie der Migrationsprozess bewältigt wird. Als Einflussgrößen fungieren Merkmale wie Herkunftskultur, Art der Migration und Zuwanderergruppe, Aufenthaltsstatus, Einreisalter, Schichtzugehörigkeit bzw. Bildungsniveau, Geschlecht, Grad der Integration (z. B. vorhandene Deutschkenntnisse) sowie die vorhandenen Schutz- und Risikofaktoren.

Hinsichtlich ihrer Migrationsgeschichte, ihrer Auswanderungsmotive, ihrer aufenthaltsrechtlichen und auch sozialen Situation können verschiedene Zuwanderergruppen unterschieden werden (Tabelle 7.1).

Die drei zahlenmäßig stärksten Gruppen sind dabei Spätaussiedler, Migranten/innen, die im Zuge einer Familienzusammenführung nach Deutschland eingereist sind, sowie Arbeitsmig-

Abbildung 6
KiGGS-Teilnehmer nach Migrationshintergrund und soziodemographischen Merkmalen (in %)

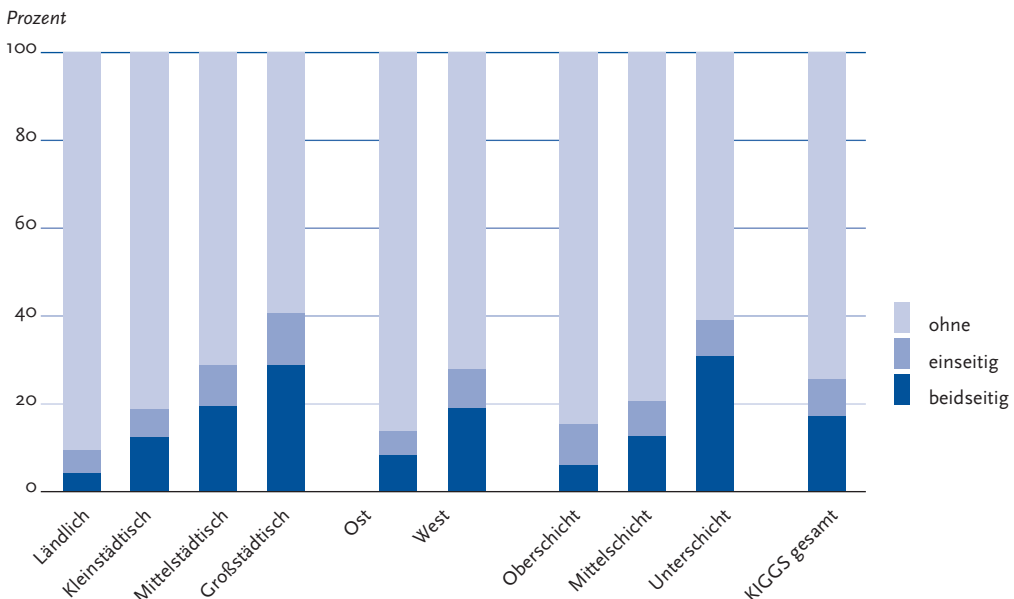


Tabelle 7.1
Zuwanderergruppen nach Mutter und Vater

	Mutter	Vater
	Anteil (%)	Anteil (%)
Deutschstämmige (Spät-) Aussiedler	31,7	32,4
Familiennachzug	27,8	18,1
Arbeitsmigranten	11,6	16,8
Bürger eines EU-Mitgliedstaates	6,9	7,1
Asylbewerber	5,7	7,3
Sonstige Gruppe	5,4	4,7
Asylberechtigte	4,1	6,1
Kriegsflüchtlinge	3,3	3,8
Kontingentflüchtlinge	2,5	2,4
Studenten	1,0	1,3

ranten. Frauen sind deutlich häufiger der Gruppe der nachgereisten Familienangehörigen zuzurechnen, was auf ihren höheren Anteil an sog. Heiratsmigranten zurückzuführen ist.

Mit zunehmender Verweildauer geht eine stärkere Orientierung an der Aufnahmegesellschaft und damit ein Wandel von Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepten und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen einher, so dass Differenzen innerhalb der Migrantenpopulation auch aus der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer resultieren können. Gemessen an der Aufenthaltsdauer der Mutter leben mehr als zwei Drittel der Migrantenfamilien bereits länger als 10 Jahre in Deutschland, 12,3 % sind erst vor fünf Jahren und weniger eingereist. Die Migration ist ein kritisches Lebensereignis, in dessen Verlauf Migranten/innen mit neuen Anforderungen an eine soziale und berufliche Integration konfrontiert werden und das in Abhängigkeit von den verfügbaren Bewältigungsressourcen mit gesundheitlichen Konsequenzen verknüpft sein können. Selbst zugewandert ist ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, 80 % sind in Deutschland geboren und damit der zweiten oder auch dritten Einwanderergeneration zuzurechnen.

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus beeinträchtigt u. a. das Lebensgefühl und die Zukunftsaussichten sowie den Zugang zur hiesigen gesund-

heitlichen Versorgung. Für den Großteil der untersuchten Kinder und Jugendlichen aus Migrantenfamilien kann aus ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zuwanderergruppe auf einen gesicherten Aufenthaltsstatus geschlossen werden (82,4 %), bei weiteren 9,1 % muss allerdings von einer ungesicherten Aufenthaltsperspektive ausgegangen werden, da ihre Eltern Asylbewerber bzw. Kriegsflüchtlinge sind.

Ernährungs- und Lebensgewohnheiten, Konzepte über die Entstehung von Krankheiten sind ebenso wie das Erleben und der Umgang mit Krankheit und Gesundheit kulturell geprägt. Das Geburtsland der Eltern liefert Hinweise auf die Herkunftskultur, aber auch auf das Gesundheitssystem, landesspezifische Todesursachen- und Morbiditätsprofile sowie die ökonomische Situation im Herkunftsland – weitere Faktoren, die den Gesundheitszustand von Migranten/innen auch nach der Wanderung noch beeinflussen können. Im vorliegenden Bericht werden Herkunftsländer isoliert betrachtet, sofern sie ausreichend große Fallzahlen aufweisen. Das sind die Türkei, aus der 5,7 % der Kinder und Jugendlichen stammen, die ehemaligen SU-Staaten (4,4 %) und Polen (2,6 %). Länder mit geringerer Präsenz wurden nach kulturell-religiösen und geographischen Gesichtspunkten zusammengefasst³.

Ein weiteres Differenzierungsmerkmal der Migrantenpopulation ist der Grad ihrer Integration. Bislang vermag keine Theorie eine umfas-

3 Unter »Arabisch-islamische Länder« wurden Libanon, Marokko, Algerien, Irak, Ägypten, Pakistan, Syrien, Jordanien, Senegal, Tunesien, Brunei, Indonesien, Iran, Kuwait, Bangladesh, Guinea und Gambia zusammengefasst. »Mittel- und Südeuropa«: Bosnien, Bulgarien, Kroatien, Slowenien, Griechenland, Italien, Jugoslawien, Mazedonien, Spanien, Portugal, Zypern, Serbien, Kosovo und Rumänien. Unter »Westeuropa«: Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Slowakei, Schweden, Schweiz, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich. Unter »Restwelt«: Lateinamerika (Argentinien, Brasilien, Chile, Costa Rica, Dominikanische Republik, Ecuador, El Salvador, Kolumbien, Mexiko, Nicaragua, Paraguay, Peru, Uruguay, Venezuela, Jamaika), Asien (Bhutan, Sri Lanka, Vietnam, Indien, Japan, Laos, Mongolei, Nepal, Philippinen, Taiwan, Korea, Thailand, China, Malaysia, Kambodscha), Afrika (Angola, Eritrea, Äthiopien, Nigeria, Ghana, Kenia, Kongo, Liberia, Madagaskar, Mauritius, Mosambik, Kamerun, Südafrika, Namibia, Sierra-Leone, Sudan, Togo, Burkina Faso, Elfenbeinküste).

Tabelle 7.2
KiGGS-Teilnehmer nach Herkunftsland (in Prozent)

Herkunftsland	Gesamt			Mädchen		Jungen	
	Anzahl	%	95%-KI	%	95%-KI	%	95%-KI
Deutschland	13.090	74,2	(71,7–76,6)	74,6	(72,0–77,0)	73,8	(71,3–76,3)
Türkei	1.014	5,7	(4,8–6,9)	5,5	(4,5–6,6)	6,0	(4,9–7,3)
Ehem. SU-Staaten*	769	4,4	(3,7–5,2)	4,4	(3,6–5,4)	4,3	(3,6–5,1)
Polen	453	2,6	(2,2–3,0)	2,3	(1,9–2,7)	2,8	(2,3–3,4)
Mittel- und Südeuropa	853	4,8	(4,2–5,6)	5,1	(4,3–6,0)	4,6	(3,9–5,4)
Westeuropa, USA, Kanada	569	3,2	(2,8–3,7)	3,1	(2,7–3,6)	3,3	(2,8–4,0)
Arabisch-islamische Länder	352	2,0	(1,6–2,5)	1,8	(1,4–2,3)	2,2	(1,7–2,8)
Restwelt	541	3,1	(2,7–3,5)	3,3	(2,8–3,9)	2,9	(2,4–3,4)

* ehemalige Sowjetunion

sende Erklärung für alle Aspekte der Integration zu bieten (Münch 1997), auch existiert eine Vielzahl von Konzepten. Das hier zugrunde gelegte Verständnis von Integration geht davon aus, dass eine soziale Integration dann gelungen ist, wenn ein Migrationshintergrund bzw. die ethnische Zugehörigkeit nicht mehr über die Chancenverteilung in der Gesellschaft (mit) entscheidet. Eine erfolgreiche Integration misst sich an der Teilhabe an gesellschaftlichen Teilsystemen und hat Ausgrenzung zum Gegenpol. Zur Operationalisierung des Grades der Integration wurden mehrere Dimensionen berücksichtigt: die Deutschkenntnisse von Eltern und Kindern (auf Basis der Fremdeinschätzung durch die Interviewer), die berufliche Integration der Eltern (gemessen am Erwerbsstatus und Haushaltseinkommen), die schulische Integration der Kinder (gemessen am besuchten Schultyp und an den erzielten Mathematik- und Deutschnoten), die soziale Dimension (gemessen an der Einbindung in einen Freundeskreis) sowie die rechtliche Integration (gemessen am Aufenthaltsstatus). Aufgrund der mit ihrer rechtlichen Situation verknüpften Benachteiligungen wurden alle Personen mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus als gering integriert eingestuft. Weiterhin wurden jene Migranten/innen als gering integriert bewertet, die in mindestens drei der verbleibenden vier Dimensionen negative Werte aufwiesen. Als Personen mit einem mittleren Grad der Integration gilt, wer in zwei Dimensionen ausgrenzt und in zwei Dimensionen in-

tegriert ist. Gut integriert sind schließlich jene, die in mindestens drei Lebensbereichen erfolgreich sind.

Danach ist mehr als die Hälfte der Migranten/innen gut integriert (63,5%), ein Fünftel der Migranten/innen weisen eine nur geringe Integration auf (20,7%). Erwartungsgemäß zeigen sich signifikante Unterschiede bei einer differenzierten Betrachtung hinsichtlich des Migrationshintergrundes: Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund sind besser integriert als jene mit beidseitigem Migrationshintergrund (hoch: 78,3 % vs. 56,3 %; mittel: 8,6 vs. 19,3 %; gering: 13,1 % vs. 24,5 %). Deutliche Differenzen offenbaren sich auch je nach Herkunftsland: Die größten Integrationschancen haben Kinder und Jugendliche aus Westeuropa und Polen, die geringsten jene aus den arabisch-islamischen Ländern und der Türkei (Tabelle 7.3).

Gravierende Unterschiede zwischen verschiedenen Migrantengruppen manifestieren sich weiterhin in der sozialen Schichtzugehörigkeit. Mit 70,7 % gehören türkischstämmige Kinder und Jugendliche mit Abstand am häufigsten der untersten Sozialschicht an, dahinter rangieren mit 48,2 % Kinder und Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion (ehemalige SU-Staaten). Kinder aus Westeuropa liegen hingegen mit einem Anteil von 16,0 % noch unter jenem der Kinder aus Deutschland (Tabelle 7.3). Damit unterscheiden sich die verschiedenen Migrantengruppen nicht nur hinsichtlich ihres kulturellen,

Tabelle 7.3

Grad der sozialen Integration und Soziale Schicht nach Migrationshintergrund und Herkunftsland

Gesamt	Grad der Integration			Soziale Schicht n. Winkler (D2003)		
	hoch	mittel	gering	Niedriger Sozialstatus	Mittlerer Sozialstatus	Hoher Sozialstatus
	%	%	%	%	%	%
Migrationshintergrund						
ohne				22,1	47,6	30,2
einseitig	78,3	8,6	13,1	27,0	42,6	30,4
beidseitig	56,3	19,3	24,5	53,7	36,3	10,0
Herkunftsland						
Deutschland				22,1	47,6	30,2
Türkei	55,0	22,4	22,7	70,7	24,9	4,4
Ehem. SU-Staaten*	62,8	18,5	18,6	48,2	42,3	9,5
Polen	79,6	9,9	10,5	30,1	53,5	16,3
Mittel- und Südeuropa	66,4	12,5	21,1	40,1	44,1	15,7
Westeuropa, USA, Kanada	82,1	7,9	10,1	16,0	39,5	44,4
Arabisch-islamische Länder	37,5	18,2	44,3	44,4	36,5	19,2
Restwelt	59,1	16,3	24,6	35,5	37,4	27,1

* ehemalige Sowjetunion

sondern auch hinsichtlich ihres sozialen Hintergrundes.

Die verschiedenen Gruppen sind außerdem durch Migrationswellen zu unterschiedlichen Zeitpunkten charakterisiert. So ist im Vergleich zu Migranten/innen aus anderen Herkunftsländern für Migranten/innen aus den ehemaligen SU-

Staaten eine kürzere Aufenthaltsdauer und ein höherer Anteil an Einwanderern der ersten Generation typisch. Während rund 40 % der Migranten/innen aus der Türkei, Mittel-, Süd- und Westeuropa bereits länger als 20 Jahre in Deutschland leben, sind das nur 3,7 % der Migranten/innen aus den ehemaligen SU-Staaten. Entsprechend hoch

Abbildung 7

Stratifizierungsmerkmale der Migrantenpopulation (Definitionen)

Erste Generation

- ▶ Lebt nicht seit Geburt in Deutschland

Zweite und nachfolgende Generationen

- ▶ Lebt seit Geburt in Deutschland, mindestens ein Elternteil ist in einem anderen Land geboren bzw. nichtdeutscher Staatsangehörigkeit

Aufenthaltsstatus

- ▶ gesichert: Spätaussiedler, Arbeitsmigranten, nachgereiste Familienangehörige, Studenten
- ▶ ungesichert: Asylbewerber, Kriegsflüchtlinge

Grad der Integration

- ▶ Teilhabe an gesellschaftlichen Teilsystemen, gemessen an: Grad der Deutschkenntnisse, Berufsstatus der Eltern, schulischer Erfolg der Kinder, soziale Einbindung, Aufenthaltsstatus

Herkunftsland

- ▶ Geburtsland der Mutter, sofern keine Angabe Geburtsland des Vaters
- ▶ beinhaltet Kinder mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund

Tabelle 7.4
Stratifizierungsmerkmale der Migrantenpopulation

	Gesamt		Mädchen	Jungen
	Anzahl	%	%	%
Migrationshintergrund				
ohne	13.090	74,5	74,9	74,1
einseitig	1.467	8,3	8,2	8,5
beidseitig	3.011	17,1	16,9	17,4
Herkunftsland				
Deutschland	13.090	74,2	74,6	73,8
Türkei	1.014	5,7	5,5	6,0
Ehem. SU-Staaten	769	4,4	4,4	4,3
Polen	453	2,6	2,3	2,8
Mittel- und Südeuropa	853	4,8	5,1	4,6
Westeuropa, USA, Kanada	569	3,2	3,1	3,3
Arabisch-islamische Länder	352	2,0	1,8	2,2
Restwelt	541	3,1	3,3	2,9
Aufenthaltsdauer				
0–5 Jahre	506	12,4	11,7	13,0
6–10 Jahre	755	18,5	18,2	18,8
11–15 Jahre	1.036	25,3	26,1	24,7
16–20 Jahre	620	15,2	15,1	15,3
> 20 Jahre	1.169	28,6	29,0	28,3
Grad der Integration				
hoch	2.842	63,5	63,4	63,6
mittel	706	15,8	15,8	15,7
gering	929	20,7	20,8	20,7
Aufenthaltsstatus				
sicher	2.911	82,4	81,1	83,7
unsicher	322	9,1	9,3	8,9
sonstiges	298	8,4	9,6	7,4
Einwanderergeneration				
1. Generation	828	20,3	19,5	20,9
nachfolgende Generation	3.257	79,7	80,5	79,1

ist mit 47,4 % auch der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die selbst zugewandert sind. Im Vergleich dazu sind bspw. 91,4 % der untersuchten türkischstämmigen Kinder hier geboren. Dies muss insbesondere dann berücksichtigt werden, wenn betrachtet werden soll, welchen Einfluss die Länge des Aufenthalts auf die Entwicklung des Gesundheitsgeschehens bei Migranten/innen nimmt.

Literatur

1. Geißler R (2005) Die Metamorphose der Arbeitertochter zum Migrantensohn. Zum Wandel der Chancenstruktur im Bildungssystem nach Schicht, Geschlecht, Ethnie und deren Verknüpfungen. In: Berger, P. A., Kahlert, H. (Hrsg.): Institutionalisierte Ungleichheiten. Wie das Bildungswesen Chancen blockiert, Juventa Weinheim und München, S 71–100
3. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000) Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
2. Delekat D (2003) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001, Berlin
4. Erb J, Winkler G (2004) Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. Monatsschrift Kinderheilkunde 152 (3): 291–298
5. Gawrich S (2004) Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung. Hessisches Ärzteblatt 2: 73–76
6. Kurth B-M (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsblatt 50(5–6): 533–46
7. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse- Analyse. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5–6): 547–56.

8. Humpert A, Schneiderheinze K (2000) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Einsatzmöglichkeiten der Namensforschung. ZUMA-Nachrichten 47: 36–64
9. Humpert A, Schneiderheinze K (2002) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Praktische Erfahrungen und Erweiterung der Auswahlgrundlage. In: Gäbler, S., Häder, S. (Hrsg). Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland. Waxmann-Verlag, Münster S 187–208.
10. Weech-Maldonado R, Weidmer B, Morales L et al. (2001) Cross-Cultural Adaptation of Survey Instruments: The CAHPS Experience. Seventh Conference on Survey Research Methods. Hyattsville: Department of Health and Human Services: 75–81.
11. Massoubre C, Lang F, Jaeger B et al. (2002) La traduction des questionnaires et des tests: techniques et problèmes: Canadian Journal of Psychiatry 47 (1): 61–67
12. Bhopal R, Vettini A, Hunt S et al. (2004) Review of prevalence data in, and evaluation of methods for cross cultural adaptation of UK surveys on tobacco and alcohol in ethnic minority groups. BMJ: 328 (7431): 76–80
13. Borde T, David M, Kentenich H (2001) Auch Migrantinnen sind erreichbar und gesprächsbereit. Überwindbare Zugangsbarrieren bei Patientenbefragungen. In: Satzinger, W., Trojan, A., Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.). Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Band 15. Asgard-Verlag, Sankt Augustin S 229–242
14. Bohnsack R, Nohl A-M (1998) Adoleszenz und Migration – Empirische Zugänge einer praxeologisch fundierten Wissenssoziologie. In: Bohnsack R, Marotzki W (Hrsg). Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung. Leske + Budrich, Opladen S 260–282
15. Schenk L, Neuhauser H (2005) Standards einer migrantensensiblen Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt 48 (3): 279–286.
16. Razum O (2000) Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Berlin
17. Borch S. (2001). Evaluation der Surveydaten (BGS 98) zu Migranten. Eine Expertise im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Berlin
18. Schenk L, Bau A M, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis, Bundesgesundheitsblatt 49 (9): 853–60.
19. Statistisches Bundesamt (2004) Ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeiten und Altersgruppen, 31.12.2003. StaBA, Wiesbaden
20. Statistisches Bundesamt (2005) Mikrozensus, Bevölkerung nach Migrationserfahrung und Alter. StaBA, Wiesbaden
21. Schenk L (2002) Migrantenbericht. KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/seite_2.html
22. 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 Gesundheitszustandes. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5–6): 578–589

Teil C

Gesundheitsverhalten

8 Tabak- und Alkoholkonsum

Das Experimentieren mit Alkohol und Zigaretten ist typisch für die Jugendphase, in der Jugendliche mit einer Reihe von Entwicklungsaufgaben konfrontiert sind. Die Zigarette kann nicht nur Symbol für Freiheit und Selbständigkeit nach der Ablösung vom Elternhaus, sondern auch für vermeintliche Werte der Moderne in Abgrenzung zu tradierten Verhaltenskodizes der Herkunftskultur sein. Riskante Verhaltensweisen wie Alkohol- und Zigarettenkonsum können aber auch der Problemlösungskompensation dienen, wenn die Belastungen zu groß sind und keine angemessenen Bewältigungsstrategien entwickelt werden können. Die Spezifik der Situation von Jugendlichen mit Migrationshintergrund wird häufig als eine kumulative Belastung von Adoleszenz und Zuwanderung, als Doppelbelastung aus migrationsbedingten Problematiken und alterstypischen Irritationen charakterisiert [1]. Jugendliche mit eigener Migrationserfahrung trifft die Wanderung in einer Entwicklungsphase, die durch Orientierungs- und Sinnsuche gekennzeichnet ist. Ähnlich gelagert wie diese adoleszenztypischen Krisen sind mit der Migration einhergehende krisenhafte Prozesse der Neuorientierung, so dass es die spezielle Duplizität sei, die besondere Belastungen für die Jugendlichen mit sich bringe. Gleichzeitig werde die adoleszenztypische Ablösung vom Elternhaus durch die Migration unterbrochen, da die Familie wieder zur wichtigsten identitätsbildenden Instanz werde [2–3]. Auch in nachfolgenden Einwanderergenerationen können noch Orientierungsprobleme und Konfliktpotenziale bestehen, die aus divergenten Normen und Werten zwischen Herkunftskultur und der Kultur des Zuwanderungslandes resultieren und intergenerativ ausgetragen werden. Ebenso können eine weiterhin ungesicherte Aufenthaltsperspektive oder Stigmatisierungserfahrungen sich belastend auf das Befinden auswirken. Inwieweit sich Risikoverhalten

migrationsbedingt verstärkt oder ob möglicherweise kulturell tradierte Verhaltenscodizes einen Einfluss auf den Alkohol- und Zigarettenkonsum haben, soll im Folgenden näher untersucht werden.

In Deutschland lagen bislang keine bundesweit repräsentativen Daten zum Tabak- und Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen vor, sondern lediglich regional und auf bestimmte Altersgruppen begrenzte Ergebnisse. In München wurden 1998 an sieben Berufsschulen 5.800 Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren befragt [4]. Sowohl bei den jungen Frauen als auch bei den jungen Männern lag der Anteil an Rauchern bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund niedriger als bei den Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (54 % zu 60 % bei den Frauen und 50 % zu 62 % bei den Männern). Jugendliche mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, rauchten am meisten, und hier wieder besonders die jungen Frauen. Settertobulte [5] hingegen konnte auf Basis der WHO-Studie »Health Behavior in School-aged Children (HBSC)« in demselben Jahr keine signifikanten Unterschiede in den Raucherprävalenzen 11- bis 15-jähriger Mädchen und Jungen in Nordrhein-Westfalen feststellen. Besonders häufig rauchten Jungen aus den EU-Staaten und der GUS sowie Mädchen aus den Balkanländern.

Stärker als der Tabakkonsum ist der Alkoholkonsum von religiösen Vorschriften geprägt. So fanden Dill et al. [4] beim Alkoholkonsum je nach Religionszugehörigkeit erhebliche Unterschiede bei Jugendlichen: Nur 37 % der islamischen Jugendlichen gegenüber 62 % der Jugendlichen mit anderer Religionszugehörigkeit konsumierten Alkohol. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nahm die Häufigkeit des Alkoholkonsums zu. Auch Settertobulte [5] ermittelte Unterschiede, die vermutlich religiös bedingt sind. So tranken arabische Jugendliche in vernachlässigbarem Maße Alkohol. Allerdings zeigten sich zwischen den anderen Herkunftsländern, einschließ-

lich der Türkei, nur bei den Mädchen Differenzen, Jungen mit Migrationshintergrund konsumierten zu einem ähnlichen Anteil wie Jungen aus Deutschland regelmäßiger Alkohol.

8.1 Daten zum Tabak- und Alkoholkonsum in KiGGS

In KiGGS wurden die 11- bis 17-jährigen Jugendlichen befragt, ob und wie oft sie derzeit rauchen (Antwortkategorien: »nein«, »täglich«, »mehrmals pro Woche«, »einmal pro Woche«, »seltener«). Jene Jugendliche, die angaben, zur Zeit mindestens einmal pro Woche zu rauchen (regelmäßige Raucher), wurden außerdem nach der Anzahl der konsumierten Zigaretten gefragt. Das Einstiegsalter wurde mit der Frage nach dem Beginn des regelmäßigen Rauchens erfasst. Weiterhin liegen Informationen zum Rauchverhalten der Freunde und der Eltern vor. Letzteres wurde von diesen direkt im Rahmen der Elternbefragung, für Vater und Mutter getrennt, erhoben. Auf der Grundlage der Frage, wie häufig sich die Jugendlichen in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird, können zudem Aussagen zur Passivrauchbelastung getroffen werden.

Bezogen auf den Alkoholkonsum wurde erfragt, ob die Jugendlichen schon einmal Alkohol getrunken haben. Sofern Jugendliche dies bejahten, wurden Häufigkeit und Art des konsumierten Getränks differenzierter erfasst. Die nachfolgenden Analysen konzentrieren sich auf jene Jugendlichen, die mindestens einmal in der Woche Alkohol konsumieren (regelmäßige Alkoholkonsumenten).

8.2 Rauchverhalten

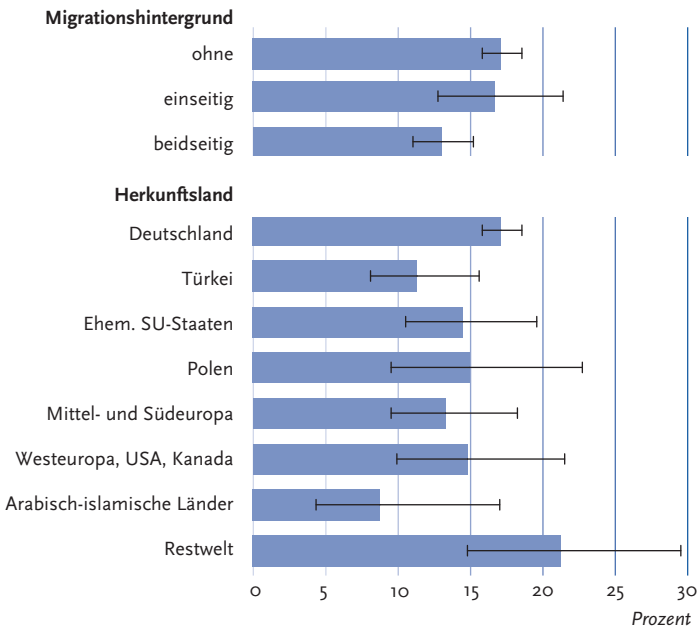
Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund rauchen signifikant seltener (15,8 %) als jene ohne Migrationshintergrund (21,3 %). Eine analoge Verteilung lässt sich auch unter den regelmäßigen Rauchern finden, die im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen stehen: 16,9 % der Nicht-Migranten und 16,5 % der Jugendlichen aus binationalem Elternhaus machten die Angabe, mindestens einmal in der Woche zu rauchen (Abbildung 8.2.1). Unter den Jugendlichen mit beid-

seitigem Migrationshintergrund waren dies hingegen nur 12,8 %. Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund rauchen nicht nur seltener, ihr täglicher Zigarettenkonsum ist ebenfalls geringer. Im Durchschnitt konsumieren Jugendliche ohne Migrationshintergrund, die regelmäßig rauchen, 8,7 Zigaretten am Tag, Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund 7,9 Zigaretten. Mit 6,9 täglich konsumierten Zigaretten weisen Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund den geringsten durchschnittlichen Konsum auf. Keine Differenzen lassen sich im durchschnittlichen Einstiegsalter feststellen (ohne MH: 13,7 Jahre; einseitiger MH: 13,6 Jahre; beidseitiger MH: 13,7 Jahre).

Erste Analysen der KiGGS-Daten zu sozialen Einflussfaktoren des Tabakkonsums haben gezeigt, dass die stärkste Wirkung vom besuchten Schultyp ausgeht: Die 14- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, haben im Vergleich zu Gymnasiasten eine 4,6- bzw. 3,4-mal höhere Wahrscheinlichkeit zu rauchen; Jungen und Mädchen auf einer Real- oder Gesamtschule eine 1,7 bis 31,1 mal höhere [6]. Für eine migrationsspezifische Betrachtung des Zusammenhangs von Schultyp und Tabakkonsum sind die Fallzahlen zu gering. Statusbezogene Differenzen manifestieren sich aber ebenso in Abhängigkeit von der sozialen Zugehörigkeit der Eltern: Je höher der Sozialstatus desto geringer der Anteil an regelmäßigen Rauchern. Dieses Schichtgefälle zeigt sich auch in der Migrantenpopulation, ist aber deutlich geringer ausgeprägt als bei Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (Abbildung 8.2.2). Die augenfälligsten Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten sind in der niedrigsten Statusgruppe zu beobachten: Hier rauchen nur 13,0 % der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, dagegen fast doppelt so viele Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (23,1 % bzw. 23,8 %). Dem Tabak- und Alkoholkonsum liegen nicht nur milieu-, sondern auch kulturspezifische Orientierungen zugrunde. Offenkundig haben andere Faktoren als der Sozialstatus einen größeren Einfluss auf das Rauchverhalten der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund.

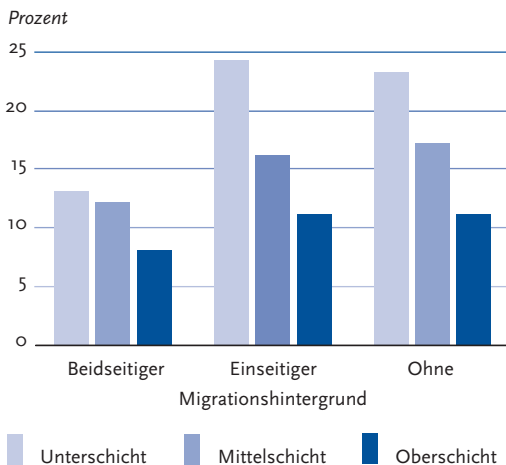
Ein Indikator für kulturelle Einflüsse ist das Herkunftsland (Abbildung 8.2.1). Allerdings sind

Abbildung 8.2.1
Regelmäßige Raucher (mindestens einmal in der Woche) nach Migrationshintergrund (in Prozent)



hier keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen – Ausnahme bilden lediglich Kinder und Jugendliche aus der Türkei, deren Tabakkonsum

Abbildung 8.2.2
Regelmäßiges Rauchen nach Migrationshintergrund und sozialer Schichtzugehörigkeit (in Prozent)



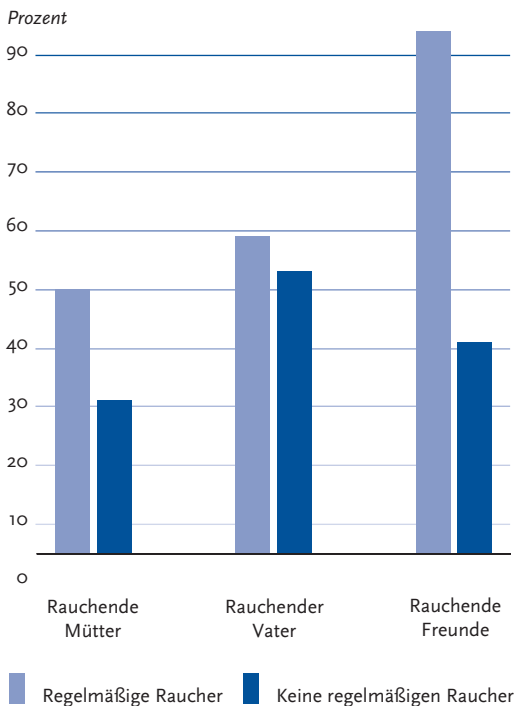
knapp signifikant unter jenem der Kinder und Jugendlichen aus Deutschland liegt. Im Gegensatz zu Nicht-Migranten ist das Rauchverhalten der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund geschlechtsspezifisch geprägt: Mädchen aus Migrantenfamilien rauchen signifikant weniger häufig als Mädchen ohne Migrationshintergrund. Werden nur die Jungen betrachtet, lassen sich keine statistisch relevanten Differenzen mehr in der Raucherprävalenz hinsichtlich des Migrationshintergrundes nachweisen.

Diese geschlechtsspezifischen Differenzen spiegeln sich in zugespitzter Form im Rauchverhalten der Eltern. Während Mütter mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich seltener als Frauen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund rauchen (ohne MH: 31,1%; einseitiger MH: 34,7%; beidseitiger MH: 26,9%), verkehrt sich dieses Bild bei den Männern. Hier zählen jene mit beidseitigem Migrationshintergrund mit Abstand am häufigsten zu den Rauchern (ohne MH: 37,2%, einseitiger MH: 39,6%; beidseitiger MH: 47,8%). Sowohl bei den Vätern als auch bei

den Müttern zeigen sich deutliche Differenzen je nach Herkunftsland. Die meisten Raucherinnen finden sich unter den Frauen aus Polen (40,7%), aus der Türkei (37,6%) sowie aus Mittel- und Südeuropa (37,8%). Bei diesen Gruppen liegen die Prävalenzen auch signifikant über jenen der Frauen aus Deutschland. Vergleichsweise gering ist der Anteil an Raucherinnen aus der ehemaligen Sowjetunion (17,3%) sowie aus den arabisch-islamischen Ländern (13,3%). Den Spitzenplatz unter den Männern nehmen jene aus der Türkei ein. Hier rauchen weit mehr als die Hälfte der Männer (58,8%). Dahinter rangieren Männer aus der ehemaligen Sowjetunion (46,5%), aus Mittel- und Südeuropa (46,3%) sowie aus Polen (44,7%).

Vor diesem Hintergrund überraschen die Daten zum Rauchverhalten der Jugendlichen in mehrfacher Hinsicht: Zunächst sind herkunftslandbezogene Unterschiede im Rauchverhalten von Mädchen und Jungen statistisch (noch) nicht

Abbildung 8.2.3
Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund nach Rauchverhalten (regelmäßige Raucher ja/nein) und Anteil an rauchenden Eltern und wichtigen Freunden

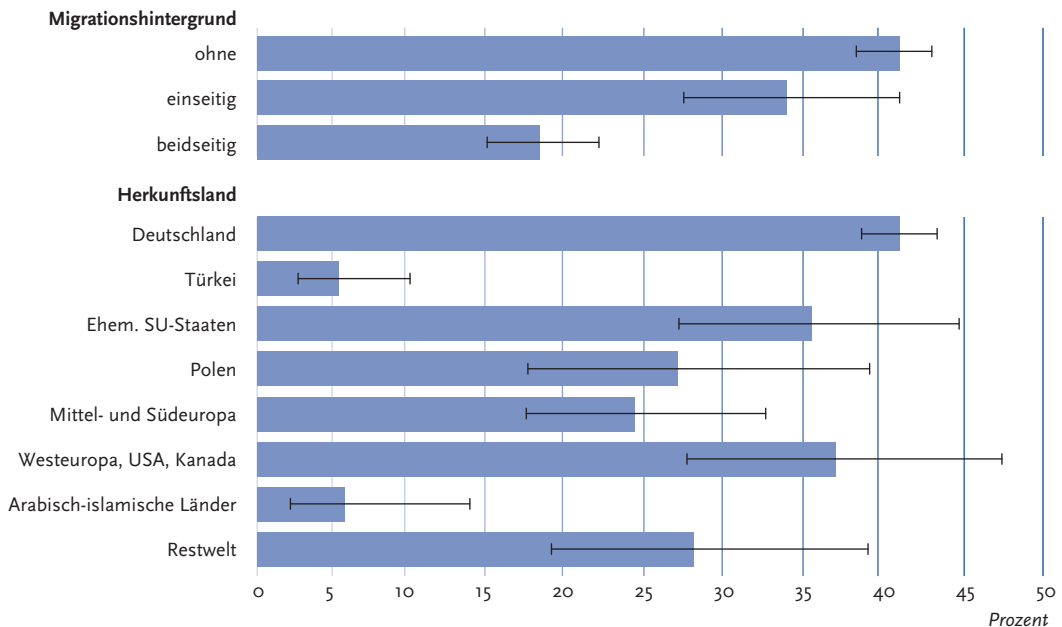


erkennbar. Zudem sind die Prävalenzen nicht so hoch wie es das Rauchverhalten der Väter und teilweise auch der Mütter erwarten ließe. Neben den Eltern beeinflusst die Peer-Group das Rauchverhalten, wie Abbildung 8.2.3 dokumentiert. Unabhängig vom Migrationshintergrund hat dabei die Peer-Group den größeren Einfluss, etwa 90 % der rauchenden Jugendlichen haben auch enge Freunde, die rauchen. Peer-Groups sind der zentrale soziale Ort, in dem Jugendliche handlungsleitende Orientierungen entwickeln. Sie bilden sich in der Adoleszenz in der Regel über das Prinzip von Ähnlichkeit und Attraktivität und zeichnen sich wie alle Kleingruppen dadurch aus, dass in ihnen bestimmte Normen gelten und ein gewisser Konformitätsdruck besteht. Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund machen signifikant seltener die Angabe, dass unter ihren wichtigen Freunden Raucher sind (ohne MH: 48,3%; einseitiger MH: 43,9%; beidseitiger MH: 42,7%). Der unter Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund weniger verbreitete Tabakkonsum schlägt sich auch in einer geringeren Passivrauchbelastung nieder: Ein Viertel von ihnen macht die Angabe, sich nie in Räumen aufzuhalten, in denen geraucht wird. Unter den Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund sind dies nur 12,6 % bzw. 12,9 %.

Keinen Einfluss auf das Rauchverhalten scheint die Aufenthaltsdauer zu haben. Auch unterscheidet sich die Häufigkeit des Rauchens nicht zwischen der ersten und den nachfolgenden Einwanderergenerationen.

8.3 Alkoholkonsum

Während lediglich 17,9 % der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund regelmäßig Alkohol trinken, sind dies ein Drittel der Jugendlichen mit einseitigem und sogar 40,8 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Den Alkoholkonsum bestimmen kulturell und religiös geprägte Trinkgewohnheiten und so zeigen sich große Unterschiede zwischen den Herkunftsländern. Erwartungsgemäß trinken vor allem Jugendliche aus islamisch geprägten Ländern zu einem sehr geringen Anteil (regelmäßig) Alkohol (ca. 6%). Aber auch bei Jugendlichen aus anderen Herkunftsländern liegt der Alkoholkonsum signi-

Abbildung 8.3**Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens einmal in der Woche) nach Migrationshintergrund (in Prozent)**

fikant unter jenem der aus Deutschland kommenden Jugendlichen. Ausnahmen bilden hier die ehemalige Sowjetunion sowie Westeuropa bzw. USA und Kanada (Abbildung 8.3). Das Trinkverhalten der Jugendlichen ist geschlechtsspezifisch charakterisiert: Mädchen trinken weitaus weniger häufig regelmäßig Alkohol als Jungen. Vermutlich aufgrund einer stärkeren Prägung durch tradierte Geschlechtsrollen fallen diese geschlechtstypischen Differenzen bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien viel deutlicher aus als bei jenen ohne Migrationshintergrund.

Ähnlich wie das Rauchverhalten scheinen die Trinkgewohnheiten relativ robust und sich nicht im Laufe des Aufenthalts zu ändern.

8.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen die KiGGS-Daten einen weniger verbreiteten Tabak- und Alkoholkonsum unter Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund als unter Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Jugendliche aus binationalem Elternhaus ähneln in ihrem Rauch- und

Trinkverhalten jenen ohne Migrationshintergrund. Weniger der Sozialstatus als vielmehr kulturelle und vor allem geschlechtsspezifische Verhaltensmuster scheinen diesen Unterschieden im Alkohol- und Zigarettenkonsum zugrunde zu liegen. Internationale Studien aus den USA und Kanada berichten ebenfalls niedrigere Raten an (regelmäßigen) Tabak- bzw. Alkoholkonsumenten unter Jugendlichen, die in einem anderem Land geboren wurden bzw. einer ethnischen Minderheit angehören, und zwar trotz sozialer Benachteiligung [7–11].

Während in den OECD-Ländern in den letzten Jahrzehnten der Anteil rauchender Frauen zu- und der an rauchenden Männern abgenommen hat, also eine Angleichung des Tabakkonsums zwischen beiden Geschlechtern zu verzeichnen ist, ist dies in der jungen Migrantenpopulation Deutschlands nicht der Fall. Die Geschlechterangleichung wird als Ausdruck des Wandels von Geschlechterrolle und -identität innerhalb des 20. Jahrhunderts interpretiert, der mit einer zunehmenden Akzeptanz rauchender Frauen ein-

herging [12]. In Migrantenfamilien bestimmen möglicherweise geschlechtstypisch tradierte Verhaltenserwartungen in höherem Maße den Tabakkonsum als in Familien ohne Migrationshintergrund.

Das Rauchverhalten wird u. a. durch die Eltern geprägt. Insofern bleibt jedoch erklärungsbedürftig, wie die teilweise hohen Raucherprävalenzen unter den Vätern und Müttern mit beidseitigem Migrationshintergrund mit den niedrigen der Jugendlichen in Einklang zu bringen sind. Kann das Nicht-Rauchen vor allem der Mädchen als eine bewusste Emanzipation von der Elterngeneration gedeutet werden? Dagegen sprechen die in der HBSC-Studie ermittelten Anteile an Rauchern und Raucherinnen, die sich bspw. kaum zwischen türkischen sowie deutschen Mädchen und Jungen unterscheiden [5]. Allerdings stammen diese Daten aus dem Jahre 1998 und berücksichtigen daher mögliche Effekte der verstärkten Präventionsmaßnahmen in den letzten Jahren nicht. Die niedrigeren Prävalenzen könnten auch Ausdruck eines sozial erwünschten Antwortverhaltens sein, da die Eltern in der Regel beim Ausfüllen der Fragebögen anwesend waren und die in Migrantenfamilien noch häufiger anzutreffenden autoritär-patriarchalischen Strukturen möglicherweise mit einem Geheimhaltungsdruck gegenüber den Eltern einhergehen. So wird es bspw. in der türkischen Kultur als respektlos angesehen, in Anwesenheit der Eltern zu rauchen. Für Mädchen und Frauen war Rauchen lange Zeit tabu und galt als ehrverletzend. Die hohen Prävalenzen in der Elterngeneration könnten aber ebenso auf ein höheres Einstiegsalter deuten und ein Hinweis auf mögliche Entwicklungen im weiteren biographischen Verlauf der Jugendlichen sein. Aufschluss darüber wird eine Betrachtung im Längsschnitt geben können.

Keinen Verhaltenswandel zeigen die KiGGS-Ergebnisse im Migrationsverlauf anhand der Merkmale »Aufenthaltsdauer« resp. »Einwanderergeneration«: Der Tabak- und Alkoholkonsum nimmt nicht zu, sondern bewegt sich auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau. Damit werden die Ergebnisse der Dill-Studie nicht bestätigt. Eine US-Amerikanische Studie in der Erwachsenenbevölkerung konnte belegen, dass die Geburt in einem anderen Land, aber auch die Zugehörigkeit zur zweiten Immigrantengeneration mit zwei zu-

gewanderten Elternteilen Protektivfaktoren gegen regelmäßigen Tabakkonsum sind [13]. Als Gründe dafür werden die Prägung durch andere Verhaltensnormen in den Herkunftsländern und eine entsprechende Sozialisation der Kinder in den Migrantenfamilien diskutiert.

Festzuhalten bleibt, dass Tabak- und Alkoholkonsum keine Strategien der Problemkompensation unter Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund darzustellen scheinen, sondern dass hier offenkundig ein vergleichsweise günstiges Gesundheitsverhalten vorliegt. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass die vorliegenden Daten durch einen Effekt sozial erwünschten Antwortverhaltens verzerrt sind und dadurch der tatsächliche Tabakkonsum unterschätzt wird. Als mögliche Validierung können hier Kotinin-Werte dienen, die im Rahmen der Urinanalyse ermittelt werden und einen Marker für das Rauchen bilden.

Literatur

1. Schmitt-Rodermund E, Silbereisen R K (1995) Aussiedlerjugendliche. Im Spannungsfeld zwischen deutsch und fremd. Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 2: 114–130
2. Schmitt-Rodermund E (1997) Akkulturation und Entwicklung. Eine Studie unter jungen Aussiedlern. BELTZ, Weinheim
3. Herwartz-Emden L (1997) Erziehung und Sozialisation in Aussiedlerfamilien. Einwanderungskontext, familiäre Situation und elterliche Orientierung. Aus Politik und Zeitgeschichte, 8: 3–9
4. Dill H, Frick U, Höfer R et al. (2002) Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 141/I. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
5. Settertobulte W (2005) Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In: P. Marschalck & K.-H. Wiedl (Eds.), Migration und Krankheit. V&R unipress GmbH, Göttingen S 171–188
6. Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Ju-

gendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50(5/6): 600–608

7. Delva J, Wallace Jr J M, O'Malley P M et al. (2005) The Epidemiology of Alcohol, Marijuana, and Cocaine Use Among Mexican American, Puerto Rican, Cuban American, and Other Latin American Eighth Students in the United States: 1991–2002. *American Journal of Public Health*, 95(4): 696–702
8. Ellickson P L, Orlando M, Tucker J S et al. (2004) From Adolescence to Young Adulthood: Racial/Ethnic Disparities in Smoking. *American Journal of Public Health*, 94(2): 293–299
9. Georgiades K, Boyle M H, Duku E et al. (2006) Tobacco use among immigrant and nonimmigrant adolescents: individual and family level influences. *Journal of Adolescent Health*, 38(4): 443.e 1–7
10. Nichols T R, Birnbaum A S, Birmel S et al. (2006) Perceiving smoking environments and smoking initiation among multi-ethnic urban girls. *Journal of Adolescent Health*, 38: 369–375
11. Wallace Jr J M, Bachmann J G, O'Malley P M et al. (2003) Gender and ethnic differences in smoking drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976–2000. *Addiction*, 98: 225–234
12. Lux R, Walter U (2007) Rauchen und Geschlecht. *Public Health Forum*, 54: 7–9
13. Acevedo-Garcia D, Pan J, Jun H-J et al. (2005) The effect of immigrant generation on smoking. *Social Science & Medicine*, 62: 1223–1242

9 Mundgesundheitsverhalten

Zahnmedizinische Prophylaxe und eine gute zahnärztliche Versorgung haben einen beachtlichen Rückgang der Kariesprävalenz in Deutschland bewirkt. Doch trotz dieser Erfolge sind nach wie vor Kinder und Jugendliche von Karies betroffen. Dabei polarisiert sich die Karieshäufigkeit zunehmend, d. h. eine immer kleinere Gruppe vereinigt den größten Teil der erkrankten Zähne auf sich. Diese Aussage trifft u. a. die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), die derzeit die umfassendsten Daten zum Mundgesundheitszustand und zum Mundgesundheitsverhalten in Deutschland bereithält [1]. Danach konzentrierten sich im Jahre 2005 61,1% aller Karieserkrankungen auf 10,2% der untersuchten Kinder im Alter von 12 Jahren, während 1997 die gleiche Krankheitslast noch 22% aller Kinder trugen. Auch internationale Studien beobachten diesen Trend und weisen den Bildungshintergrund resp. sozioökonomischen Status als eine wesentliche Determinante für den Kariesbefall aus [2–4].

Die DMS berücksichtigt lediglich Kinder und Jugendliche mit deutscher Staatsangehörigkeit. Somit sind Analysen zum Einfluss des Migrationshintergrundes nicht möglich. Einzelne regionale Studien liefern aber Hinweise, dass die »Schiefelage der Kariesverteilung« nicht nur sozial, sondern auch migrationsbedingt und ethnisch geprägt ist [5–7]. Die ethnische Herkunft wird auch in internationalen Studien als ein zusätzlicher Risikofaktor für die Kariesprävalenz und den Sanierungsgrad im Kindes- und Jugendalter identifiziert und zwar nicht nur in den entwickelten Industrienationen Europas und Nordamerikas, sondern ebenso im arabischen und lateinamerikanischen Raum [8–11].

Die seit geraumer Zeit wissenschaftlich abgesicherte Kenntnis des Entstehungsprinzips von Karies verweist darauf, dass die Mundgesundheit durch entsprechendes Verhalten weitgehend direkt beeinflussbar ist. Als klassische Säulen der Kariesprävention gelten eine zahngesunde Ernährung, effiziente Mundhygiene, eine ausreichende Fluoridierung sowie regelmäßige zahnärztliche Kontrolle. Einen zusätzlichen Schutz bietet die Fissurenversiegelung durch den Zahnarzt [12]. Als

besonders riskante Faktoren des Mundgesundheitsverhaltens werden ein ungenügendes Mundhygieneverhalten sowie eine vorwiegend beschwerdeorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste hervorgehoben [13]. Zu Mundhygiene und Motivmuster der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienste bei Migranten/innen fehlt bislang Datenmaterial in Deutschland. Es lassen sich jedoch besondere Inanspruchnahmebarrieren auf Seiten der Migranten/innen konstatieren [14].

Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) liegen erstmals bevölkerungsweite Daten zum Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor, die alle Altersgruppen und zudem Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund einschließen. Die nachfolgenden Analysen beziehen die Angaben zur Häufigkeit des Zähneputzens, zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Kontrolle und zum letzten Zahnarztbesuch, zur Anwendung von Fluoridtabletten und zum Konsum von fluoridiertem Speisesalz sowie zu Ernährungsgewohnheiten ein, die im Rahmen der schriftlichen Befragung der Eltern bzw. der Kinder und Jugendlichen selbst erfasst wurden.

9.1 Zahnputzfrequenz

Ab ihrem Durchbruch zwischen dem 6. und 9. Lebensmonat sollten die Zähne gereinigt werden. Eigenständiges Putzen kann in der Regel erst im Schulalter erwartet werden, zuvor übernehmen weitestgehend die Eltern die Zahnpflege ihrer Kinder, zumindest in Form des Nachputzens. Bis zum Schulalter kommt den Eltern also eine zentrale Rolle in der Mundhygiene ihrer Kinder zu, so dass Daten zur Zahnputzfrequenz in den jüngeren Altersgruppen auch Auskunft über das Gesundheitshandeln der Eltern geben.

Empfehlungen gehen davon aus, dass die Kariesreduktion umso größer ist je häufiger die Gebissreinigung mit einer fluoridhaltigen Paste erfolgt. Die Zähne sollten daher mindestens zweimal täglich gereinigt werden. Unter dieser empfohlenen Putzfrequenz bleiben 25,5 % der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, 31,9 % mit einseitigem und sogar 45,0 % mit beidseitigem Migrationshintergrund (berücksichtigt sind

hierbei nur diejenigen Kinder, die bereits Zähne haben). Diese Unterschiede ziehen sich durch alle Altersgruppen, sind aber besonders ausgeprägt in den unteren Altersstufen und verringern sich auffallend ab einem Alter von 11 Jahren – einem Alter, in dem das Gesundheitsbewusstsein der Kinder selbst stärker zum Tragen kommt (Abbildung 9.1.1).

In KiGGS wurden keine Daten zum Zahnstatus der Kinder und Jugendlichen erhoben. Ein Indikator für den Gesundheitszustand der Zähne ist jedoch die Prävalenz von Zahnschmerzen in den letzten drei Monaten. Danach ergeben sich statistisch signifikante Differenzen zwischen Kindern und Jugendlichen ohne und mit beidseitigem Migrationshintergrund (ohne MH: 18,3 %; beidseitiger MH: 23,3 %). Diese erhöhte Schmerzprävalenz liefert einen Anhaltspunkt dafür, dass sich das ungünstigere Mundgesundheitsverhalten seitens der Migrantenkinder auch im Zahnstatus niederschlägt.

Erste Ergebnisse haben gezeigt, dass die Zahnputzfrequenz neben dem Migrationshintergrund auch hinsichtlich des Sozialstatus, der Altersgruppen sowie des Geschlechts variiert [15]. Ein Schichtgefälle lässt sich auch innerhalb der Migrantenpopulation konstatieren: Je niedriger der Sozialstatus desto höher die Rate an Kindern und Jugendlichen mit geringer Putzfrequenz. Allerdings manifestieren sich die Differenzen in der Zahnpflege zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen in jeder sozialen Statusgruppe, wie Abbildung 9.1.2 zeigt.

In der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen werden den Kindern am seltensten die Zähne geputzt. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass sich die Zahnpflege im Kleinkindalter als schwieriger erweist und möglicherweise das Kariesrisiko in diesem Alter unterschätzt wird. Mit 79,5 % bzw. 63,3 % liegt dieser Anteil bei Kindern mit beidseitigem bzw. einseitigem Migrationshintergrund ausgesprochen hoch (ohne MH: 49,7 %).

Sowohl bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund als auch bei jenen mit Migrationshintergrund ist das Zahnputzverhalten geschlechtsspezifisch geprägt: Mädchen putzen häufiger ihre Zähne als Jungen. Diese Unterschiede sind besonders deutlich in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen und zwar bei Nicht-Migranten/innen und Migrantenkindern gleicher-

Abbildung 9.1.1
Zahnpflegeverhalten im Altersverlauf nach Migrationshintergrund (in Prozent)

*Zähneputzen 1 Mal pro Tag
und weniger*

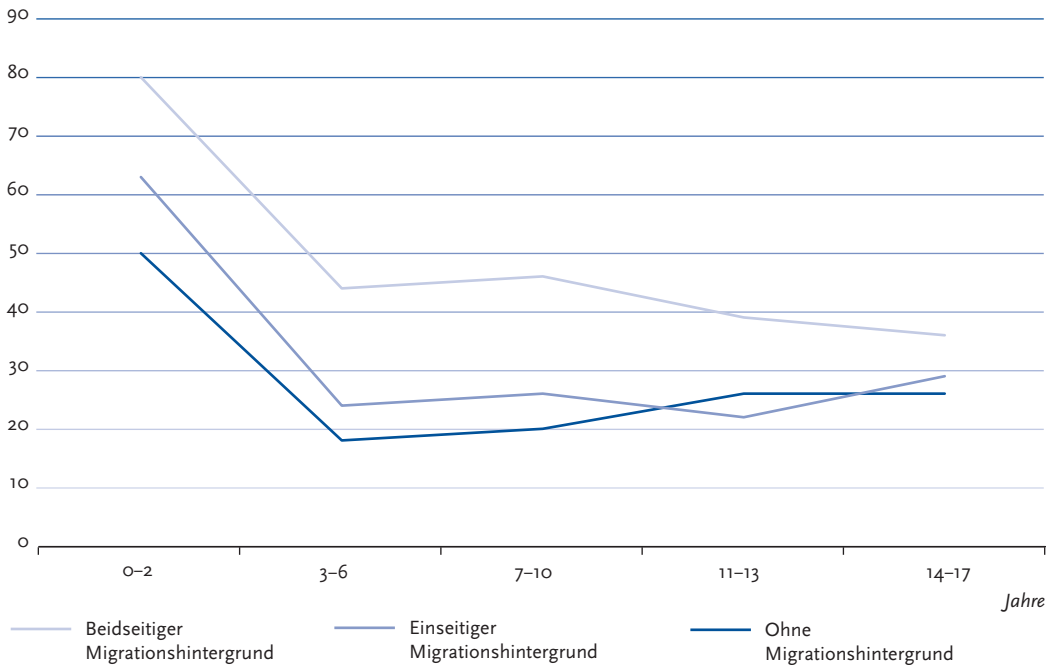
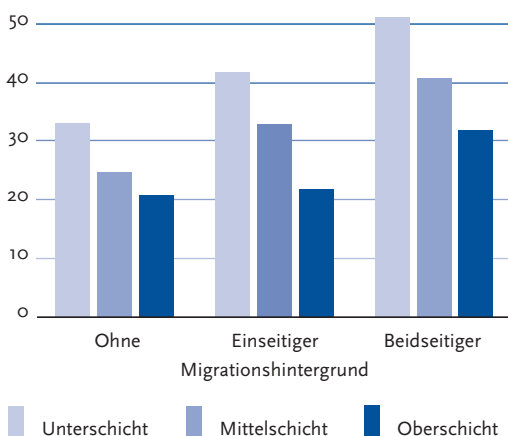


Abbildung 9.1.2
Zahnpflegeverhalten im Schichtvergleich nach Migrationshintergrund (in Prozent)

*Zähneputzen 1 Mal pro Tag
und weniger*

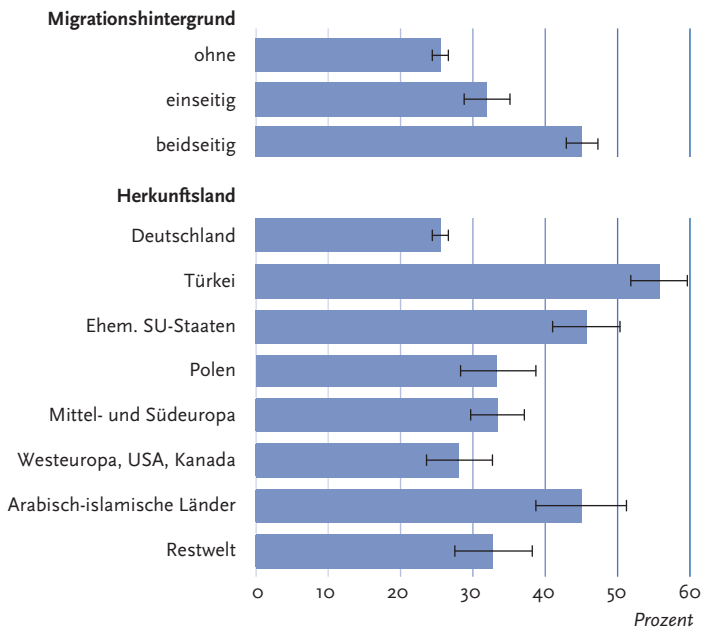


maßen (ohne MH: 18,4 % vs. 32,9 %; beidseitiger MH: 24,6 % vs. 46,1 %).

Darüber hinaus variiert das Zahnputzverhalten je nach Herkunftsland. Abbildung 9.1.3 zeigt, dass der Anteil jener, die unter der empfohlenen Zahnputzfrequenz bleiben, bei Kindern und Jugendlichen aus der Türkei am höchsten ist (55,8 %), gefolgt von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion (45,6 %) und aus arabisch-islamischen Ländern (44,9 %). Lediglich Kinder und Jugendliche aus Westeuropa, der USA und Kanada gleichen in ihrem Zahnpflegeverhalten den Kindern aus Deutschland, alle anderen Migrantengruppen weisen ein ungünstigeres Verhalten auf.

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer nimmt der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit geringer Zahnputzfrequenz ab: Während bei einer bis zu fünfjährigen Aufenthaltsdauer der Mutter noch mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen nur einmal oder weniger am Tag die Zähne

Abbildung 9.1.3
Zahnpflegeverhalten nach Migrationshintergrund und Herkunftsland
 (Zähneputzen 1 Mal pro Tag und weniger in Prozent)



putzt, ist diese Rate auf ein Drittel gesunken, wenn die Mutter mehr als 20 Jahre in Deutschland lebt. Dies spricht dafür, dass anfänglich noch durch das Herkunftsland geprägte Zahnpflegegewohnheiten dominieren, welche bspw. infolge einer zahngesünderen Ernährung Zähneputzen in solch einem Umfang nicht nötig machten. Im Verlauf des Lebens in Deutschland greifen offenkundig sukzessive kariesprophylaktische Angebote und es gewinnen auf die Mundhygiene bezogene Orientierungen des Zuwanderungslandes an Einfluss. Allerdings liegt selbst nach einem langen Aufenthalt der Anteil derer mit geringer Putzfrequenz noch deutlich über jenem der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.

9.2 Zahnarztkontrolle

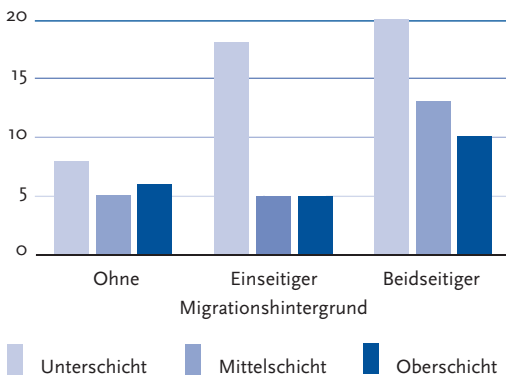
Seit 1999 wird für gesetzlich versicherte Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung angeboten, die

der Einschätzung des Kariesrisikos dient und u. a. eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung beinhaltet. Zur zahnärztlichen Individualprophylaxe, die für Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren konzipiert wurde, gehören neben einer Mundgesundheitsaufklärung eine halbjährliche Erhebung des Mundhygienestatus, die lokale Fluoridierung der Zähne sowie die Fissurenversiegelung [12].

Die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern wurden gebeten anzugeben, wie häufig sie eine Zahnarztkontrolle in Anspruch nehmen. Dabei lassen sich signifikante Unterschiede je nach Migrationshintergrund feststellen: Ab vollendetem 3. Lebensjahr berichten 94,2 % der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, 91,5 % derjenigen mit einseitigem, aber nur 83,6 % jener Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, mindestens einmal im Jahr eine Zahnarztkontrolle aufzusuchen. Werden diese Angaben über die Häufigkeit der genutzten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in Relation zur Auskunft über den tatsächlich realisierten

Abbildung 9.2.1
Inanspruchnahmeorientierung (Zahnarztkontrolle weniger als 1 Mal im Jahr) im Schichtvergleich nach Migrationshintergrund (in Prozent)

Zahnarztkontrolle seltener als 1 Mal/Jahr (Prozent)



Zahnarztbesuch im letzten Jahr gesetzt – und zwar unabhängig, ob Vorsorge- oder Akutversorgung –, so ergibt hier eine beträchtliche Diskrepanz. Lediglich 71,2 % der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, 62,2 % mit einseitigem und gar nur 54,4 % mit beidseitigem Migrationshintergrund waren während der letzten 12 Monate beim Zahnarzt. Damit ist diese Diskrepanz bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund am größten.

Die folgenden Betrachtungen konzentrieren sich auf die gültigen Angaben zur Frage, in welchen Abständen eine Zahnarztkontrolle aufgesucht wird, und beschränken sich auf Kinder ab dem 3. Lebensjahr. Um der offenkundigen Diskrepanz zwischen Handeln und Wertvorstellung begrifflich Rechnung zu tragen, wird nicht von Inanspruchnahmeverhalten, sondern von Inanspruchnahmeorientierung gesprochen.

Soziale Faktoren beeinflussen auch die Inanspruchnahmeorientierung. Der Anteil derer, die laut ihrer Angabe (noch) nicht bzw. seltener als einmal im Jahr zur Zahnarztkontrolle gehen, ist in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen am höchsten, allerdings auch mit deutlichen Unterschieden je nach Migrationshintergrund (ohne MH: 12,7%; einseitiger MH: 19,1%; beidseitiger MH: 30,1%). Ein soziales Gefälle zeigt sich in allen drei Gruppen, ist jedoch in unterschiedlicher Weise

ausgeprägt (Abbildung 9.2.1). Ein statusinterner Vergleich zeigt analog der Ergebnisse zur Mundhygiene, dass der Anteil derer mit der Auskunft, weniger als einmal im Jahr zur Zahnarztkontrolle zu gehen, unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund in jeder sozialen Schicht am höchsten ist.

Ebenso variiert die Inanspruchnahmeorientierung je nach Herkunftsland. Keinen Unterschied zu jenen ohne Migrationshintergrund weisen Kinder und Jugendliche aus Polen sowie aus Westeuropa, den USA und Kanada auf. Besonders gering ist die Inanspruchnahmeorientierung hingegen unter Kindern und Jugendlichen aus arabisch-islamischen Ländern, der Türkei und der ehemaligen Sowjetunion ausgeprägt (Abbildung 9.2.2). Kinder und Jugendliche aus arabisch-islamischen Ländern und der Türkei suchten auch nur zu einem sehr geringen Anteil einen Zahnarzt im letzten Jahr auf (Abbildung 9.2.3). Bei türkisch-stämmigen Kindern ist zudem die Diskrepanz zwischen beabsichtigter und tatsächlicher Inanspruchnahme ausgesprochen hoch.

Je länger die Zuwanderung nach Deutschland zurück liegt, desto höher wird die Inanspruchnahmeorientierung. Da die Gesundheitssysteme zwischen Aufnahme- und Herkunftsland teilweise erheblich differieren, liegt nahe, dass fehlendes Wissen über Angebote zur Kariesprophylaxe für die geringe Inanspruchnahme von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (mit) verantwortlich ist.

Darüber hinaus beeinflussen der Grad der Integration sowie der Aufenthaltsstatus die Inanspruchnahme. Je geringer die Integration, desto häufiger wird die Angabe gemacht, weniger als einmal im Jahr zur Zahnarztkontrolle zu gehen. Auch bei Personen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus ist dieser Anteil überproportional hoch.

Abbildung 9.2.2
Inanspruchnahmeorientierung (Zahnarztkontrolle weniger als 1 Mal im Jahr)
nach Migrationshintergrund und Herkunftsland (in Prozent)

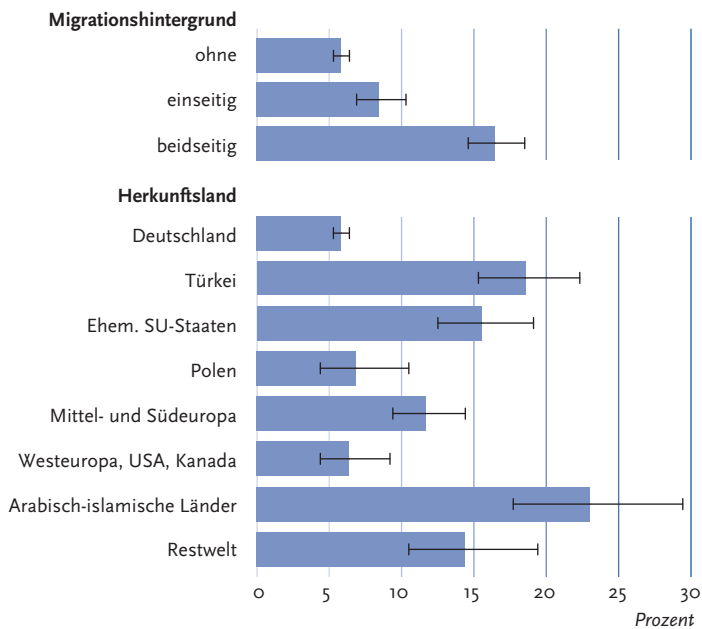
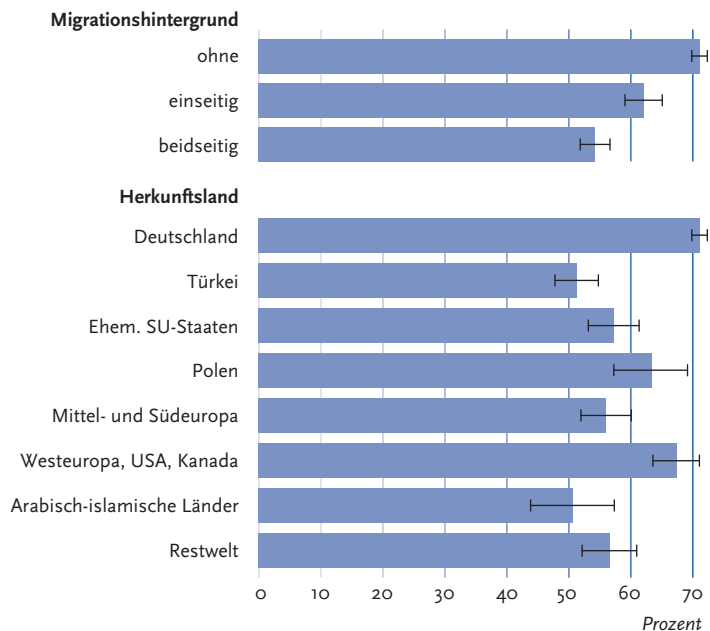


Abbildung 9.2.3
Zahnarztbesuch während der letzten 12 Monate nach Migrationshintergrund und
Herkunftsland (in Prozent)



9.3 Anwendung von Mitteln zur Kariesprophylaxe

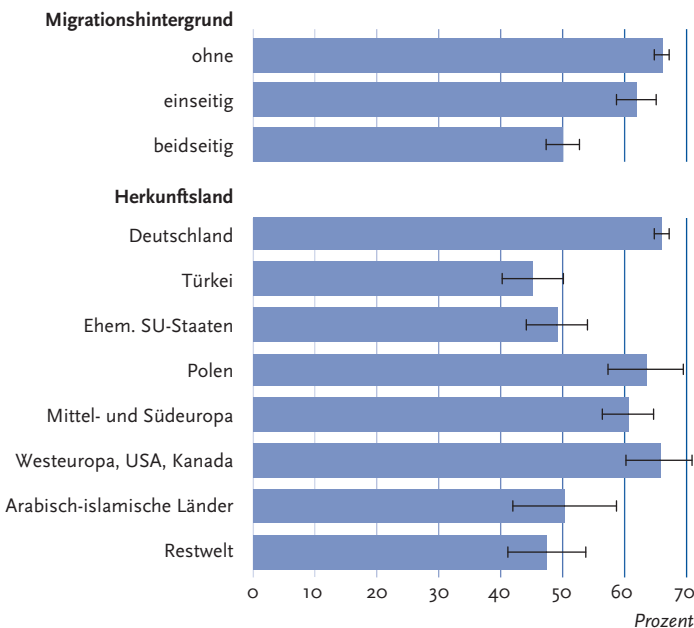
Die kariespräventive Wirkung der Anwendung von Fluoriden konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden. Entsprechend zahnärztlicher Leitlinien und Empfehlungen sollten Fluoridierungsmaßnahmen mit dem Durchbruch der ersten Milchzähne ab dem 6. Lebensmonat begonnen werden [12]. Da die Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin empfiehlt, mit der Fluoridsupplementierung bereits in den ersten 6 Lebensmonaten und vor Durchbruch der ersten Milchzähne anzufangen [16], bezieht sich die vorliegende Analyse ohne Alterseinschränkung auf die gesamte Studienpopulation. Um nicht die Entstehung einer Zahnfluorose zu provozieren, sollten Überdosierungen vermieden und die empfohlene Tagesdosierung nicht überschritten werden. Beide Fachgesellschaften raten, dies auf Basis einer Fluoridanamnese zu entscheiden.

Die Analyse der Anwendung von Präparaten zur Kariesprophylaxe, die mittels eines ärztlichen

Interviews innerhalb der Erhebung von Arzneimitteln erfasst wurden, erbrachte bereits signifikante Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien (5,3%) und jenen ohne Migrationshintergrund (8,4%) [15]. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der Betrachtung der Daten ab, die im Rahmen der Befragung von Eltern bzw. Jugendlichen zum Ernährungsverhalten gewonnen wurden. Eine Fluoridierung kann in Tablettenform, aber auch durch entsprechend angereichertes Speisesalz erfolgen. Beides wurde erfragt und wird im Folgenden in einem Index zusammengefasst untersucht. Danach wird eine Fluoridierung als ausreichend erachtet, wenn im Alter von bis zu zwei Jahren die Verabreichung von Fluoridtabletten erfolgt oder in den anderen Altersgruppen alternativ bzw. zusätzlich fluoridiertes Speisesalz verwendet wird.

Lediglich die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund (50,1%) wendet Fluoridtabletten an oder nutzt fluoridiertes Speisesalz. Bei den Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund betragen diese Anteile 66,1% bzw.

Abbildung 9.3
Fluoridierung nach Migrationshintergrund und Herkunftsland (in Prozent)



62,0 %. Damit unterscheiden sich die Gruppen in statistisch signifikanter Weise voneinander. Innerhalb der Migrantenpopulation lassen sich wiederum große Differenzen je nach Herkunftsland feststellen (Abbildung 9.3). Kinder und Jugendliche aus Westeuropa, USA und Kanada (65,8 %) sowie aus Polen (63,7 %) werden ähnlich gut mit Fluorid versorgt wie Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Am seltensten verwenden Familien aus der Türkei (45,2 %), der ehemaligen Sowjetunion sowie aus den arabisch-islamisch geprägten Ländern fluoridiertes Speisesalz bzw. verabreichen ihren Kindern Fluoridtabletten. Eine regionale Befragung bestätigt diesen Trend [17]. Danach nutzten nur 18,8 % der türkischen, aber 61,5 % der deutschen Befragten mit Fluorid zugesetztes Speisesalz. Keiner der im Rahmen der Studie besuchten türkischen Supermärkte der Region hatte Salz mit Fluorid im Angebot. Migranten/innen unterscheiden sich jedoch in ihren Kaufgewohnheiten von Nicht-Migranten/innen und frequentieren beispielsweise verstärkt die Angebote des türkischen Einzelhandels. Vermutlich geht das andere Kaufverhalten mit einem fehlenden Wissen über ein solches Angebot und dessen Wirkung einher.

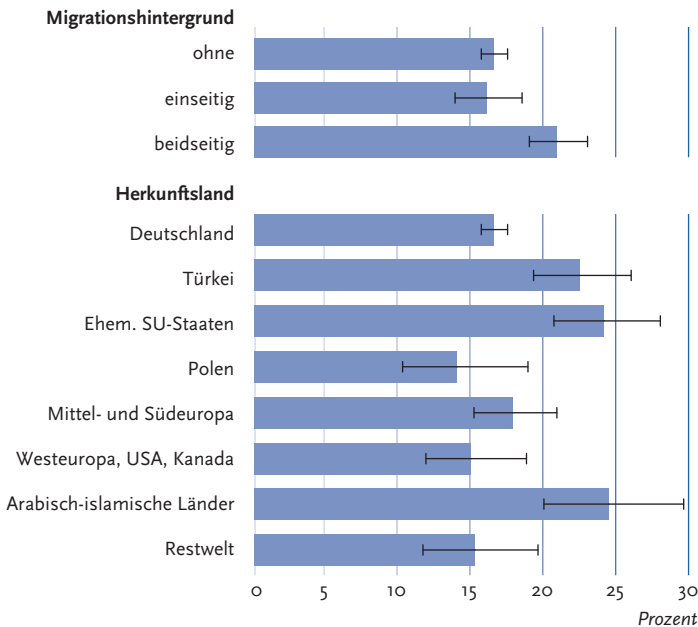
Mit der Aufenthaltsdauer scheint der Grad der Fluoridierung zuzunehmen. Während der Anteil an Anwendern von Mitteln zur Fluoridierung bei einer bis zu fünfjährigen Aufenthaltsdauer der Mutter nur 29,8 % beträgt, steigt dieser auf 59,8 %, wenn die Einreise der Mutter mehr als 20 Jahre zurückliegt. Deutliche Unterschiede zeigen sich weiterhin je nach Grad der Integration und nach Aufenthaltsstatus. Ein hoher Grad der Integration ist mit einer hohen Rate an Anwendern kariesprotektiver Mittel assoziiert (60,3 %), die Rate liegt 20 Prozentpunkte darunter, sofern die Familien nur einen mittleren oder geringen Grad der Integration aufweisen. Ebenso werden signifikant seltener Kinder in Familien mit einem unsicheren Aufenthaltstatus mit Fluorid versorgt als in Familien mit gesichertem Aufenthalt.

9.4 Zahngesunde Ernährung

Nicht nur Süßigkeiten, sondern vor allem auch der Konsum zuckerhaltiger Getränke gefährden die Zahngesundheit. Der Verzehr von Süßigkeiten (Schokoriegel, Bonbons, Eis, Gebäck und Kekse) sowie der Konsum von Erfrischungsgetränken wie Cola und Limonade werden im Folgenden zusammengefasst betrachtet. Danach nehmen 20,8 % der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund mindestens zwei der genannten Genussmittel täglich zu sich, mit 16,5 % bzw. 16,0 % liegt dieser Anteil unter Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund statistisch signifikant darunter. Besonders ausgeprägt sind diese Unterschiede in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen (ohne MH: 17,5 %; einseitiger MH: 16,2 %; beidseitiger MH: 26,0 %), während sich die 14- bis 17-Jährigen nicht mehr in ihrer Verzehrhäufigkeit an Süßigkeiten unterscheiden (ohne MH: 16,7 %; einseitiger MH: 19,9 %; beidseitiger MH: 17,2 %).

Was Menschen essen, mit wem sie es essen und wie sie es zubereiten ist kulturell stark beeinflusst. Auch unterscheiden sich der Stellenwert von Ernährung, Mahlzeitenstrukturen sowie Essensrituale von Kultur zu Kultur. Die Ernährungsgewohnheiten waren in vielen Herkunftsländern durch reichlich Gemüse und kaum Zucker geprägt. Mit dem Aufenthalt in Deutschland verändern sich die Ernährungsmuster [18]. Vor allem zuckerhaltige Nahrungsmittel werden dann in einem viel größeren Umfang konsumiert. Dies scheint vor allem Familien aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion sowie aus arabisch-islamischen Ländern zu betreffen. Ihr Verzehr zuckerhaltiger Produkte liegt deutlich über jenem von Familien anderer Herkunftsländer und Deutschlands (Abbildung 9.4). Gleichzeitig ist vermutlich das Problembewusstsein für eine kariogene Wirkung von Zucker vergleichsweise gering. Süßigkeiten gelten vielmehr bspw. in türkischer Tradition als Ausdruck der Zuneigung. Ein türkisches Familienmotto der Geselligkeit heißt »Süß essen und süß reden« [19].

Abbildung 9.4
Verzehr von Süßigkeiten und Konsum zuckerhaltiger Getränke nach Migrationshintergrund und Herkunftsland (in Prozent)



9.5 Zusammenfassung

Karies kann weitestgehend durch ein entsprechendes Verhalten verhindert werden. Präventiv wirken eine zahngesunde Ernährung, effiziente Mundhygiene, eine ausreichende Fluoridierung sowie eine regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen. Die Analyse dieser Aspekte des Mundgesundheitsverhaltens belegt nachdrücklich, dass die Risiken nicht nur in Abhängigkeit vom Sozialstatus, sondern auch in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund ungleich verteilt sind. Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen Migrationshintergrund weisen in allen untersuchten Punkten ein ungünstigeres Verhalten auf, Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund hingegen ähneln in ihrem Verhalten jenem der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Auffällig sind die großen Differenzen je nach Migrationshintergrund im Kleinkindalter: Das betrifft das Zähneputzen und die Inanspruchnahme einer regelmäßigen Zahnarztkontrolle im Alter bis zu 2 Jahren

ebenso wie den Konsum zuckerhaltiger Genussmittel bei den 3- bis 6-Jährigen. Offenkundig wird von Migranten/innen der Nutzen kariesprophylaktischer Maßnahmen insbesondere im Kleinkindalter unterschätzt.

Innerhalb der Migrantenpopulation lassen sich deutliche Unterschiede feststellen. Vor allem Kinder und Jugendliche aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern tragen ein erhöhtes Risiko für Karies. Sie bleiben am häufigsten unter der empfohlenen Zahnputzfrequenz und weisen eine geringe Inanspruchnahmeorientierung sowie Fluoridierung auf. Gleichzeitig ist der Verzehr von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken vergleichsweise hoch.

Das Mundgesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund unterliegt einem Wandel im Migrationsverlauf und gleicht sich mit zunehmender Verweildauer immer mehr dem des Zuwanderungslandes an. Allerdings erweist es sich im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung auch nach einem langjährigen

Aufenthalt noch als ungünstiger. Zusätzliche Risikofaktoren sind bezogen auf einige Verhaltensaspekte ein geringer Grad der sozialen Integration sowie ein unsicherer Aufenthaltsstatus.

Die Ergebnisse von KiGGS zeigen, dass die Unterschiede zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen nicht allein auf die überproportionale Zugehörigkeit von Migranten/innen zu sozial benachteiligten Schichten zurückzuführen sind. Zur Erklärung der Differenzen müssen vielmehr zusätzlich kulturspezifische und migrationsbedingte Faktoren herangezogen werden. Die Palette der Ursachen einer Benachteiligung in Folge von Migration reicht dabei von Sprachbarrieren, »mitgebrachten« Orientierungen, die auf die hiesige Kultur übertragen werden, Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten bis zu einem Wandel der Lebensgewohnheiten ohne Wissen um deren gesundheits-schädigende Wirkung. Eine Notwendigkeit migrantensensibler Prävention und Gesundheitsförderung ergibt sich somit nicht nur aus einer schwierigen Erreichbarkeit dieser Gruppe und dem Erfordernis eines kulturspezifischen Zugangs, sondern auch aus migrantentypischen Orientierungen, die einem präventiven Verhalten entgegenstehen. Dies bestätigen auch Erfahrungen mit einer kultursensiblen Oralprophylaxe, die modellhaft in einzelnen Regionen realisiert wurde [20–21].

Literatur

1. Micheelis W, Schiffner U (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen, und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. DÄV, Köln
2. Bolin AK (1997) Children's dental health in Europe. A epidemiological investigation of 5- and 12-year-old children from eight EU countries. *Swed Dent J*, Suppl 122: 1–88
3. Flinck A, Kallestål C, Holm AK et al. (1999) Distribution of caries in 12-year-old children in Sweden. Social and oral health-related behavioral patterns. *Community Dent Health* 16(3): 160–165
4. Van Nieuwenhuysen JP, Carvalho JC, D'Hoore W (2002) Caries reduction in belgian 12-year-old children related to socioeconomic status. *Acta Odontol Scand* 60 (2): 123–128
5. Kühnisch J, Senkel H, Heinrich-Weltzien R (2003) Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises. *Das Gesundheitswesen*, 65: 96–101
6. Brunner-Strepp B (2001) Statistische Daten zur Zahngesundheit von Migranten am Beispiel der Aussiedler im Landkreis Osnabrück. In: Schneller T, Salman R & Goepel C (Eds.) *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa*. Bonn DAJ S 108–113
7. Dohnke-Hohrmann S (2001) Erfahrungen mit Migranten im Zahnärztlichen Dienst in Berlin. In: Schneller T, Salman R & Goepel C (Eds.) *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa*. Bonn DAJ S 114–127
8. Irigoyen ME, Maupome G, Mejia AM (1999) »Caries experience and treatment needs in a 6- to 12-year-old urban population in relation to socioeconomic status.« *Community Dent Health* 16(4): 245–249
9. Sundby A, Petersen PE (2003) Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. *Int J Paediatr Dent*, 13 (3): 150–157
10. Rajab LD, Hamdan MA (2002) Early childhood caries and risk factors in Jordan. *Community Dent Health*, 19 (4): 224–229
11. Taani DQ (2002) Relationship of socioeconomic background to oral hygiene, gingival status, and dental caries in children. *Quintessence*, 33 (3): 195–198
12. Pieper K, Momeni A (2006) Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (15): B849–B855
13. Micheelis W, Reich E (1999) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). *Deutscher Ärzte-Verlag*, Köln
14. Van Steenkiste M (2004) Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellung zum Zahn-

arzt bei deutschen und türkischen Eltern. Gesundheitswesen; 66: 93–101

15. Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 5/6: 653–658
16. Bergmann KE, Brodehl J (2003) Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinderzahnheilkunde und Jugendmedizin zu den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung zur Prophylaxe der Zahnkaries mit Fluoriden. www.dakj.de.
17. Van Steenkiste M (2003) Zahngesundheitliches Verhalten bei türkischen und deutschen Vorschulkindern. Oralprophylaxe 25 (3): 121–128
18. Bau AM, Gothe RM, Borde T (2005) Gibt es Unterschiede im Ernährungsmuster von Kita-Kindern verschiedener Ethnien? Ergebnisse aus Berlin-Wedding. In: Borde T, David M (Hrsg) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main S 31–54
19. ZM Zahnärztliche Mitteilungen (2001) 22/2001. http://www.zm-online.de/m5a.htm?zm/22_01/pages2/gesoi.htm
20. Salman R, Schneller T (2001) Kultursensible Oralprophylaxe zur Förderung der Mundgesundheit von Migranten – das Mediatorinnenkonzept »MOM« des Ethno-medizinischen Zentrums Hannover. In: Schneller T, Salman R & Goepel C (Eds.), Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. DAJ, Bonn S 144–165
21. Van Steenkiste M (2001) Gruppenprophylaxe bei Migranten im Rems-Murr-Kreis. In: Schneller T, Salman R, Goepel C (Eds). Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Forum für Oralprophylaxe und Mundgesundheit, Band 1. DAJ, Bonn 2001

10 Ernährung⁴

Bedeutende Veränderungen in der Lebenssituation, wie das Ereignis der Migration, können die Ernährungsweise nachhaltig beeinflussen. Die Nahrungsmittelauswahl von Migrantinnen und Migranten wird u.a. vom lokalen Lebensmittelangebot geprägt, wodurch sich ihre ursprüngliche Auswahl verändern kann. Dennoch werden bestimmte Lebensmittel entsprechend dem kulturellen und ethnischen Hintergrund ausgewählt. Somit wirkt sich Migration in zweierlei Hinsicht auf die Ernährung aus. Zum einen findet ein Anpassungsprozess der Ernährungsgewohnheiten an die des Einwanderungslandes statt, zum anderen werden ursprüngliche Nahrungsmittel (z.B. Gewürze, Sojasoße, Couscous) in die neue Umgebung mit eingeführt und dadurch die Esskultur des Einwanderungslandes erweitert [1]. Es zeichnet sich folglich ab, dass Migranten/innen bestimmte Ernährungsmuster der einheimischen Bevölkerung annehmen und diese wiederum solche der ethnischen Zuwanderungsgruppe integriert [1]. Somit kann sich in einem typischen Einwanderungsland ein drittes Ernährungsmuster entwickeln, das zum einen von den eigenen Traditionen, zum anderen von denen der Zuwanderer geprägt ist. So findet sich mittlerweile auch in Deutschland durch die Fülle internationaler Restaurants, Imbissbuden und Supermärkte ein sehr verschiedenartiges Essensangebot. In welchem Maße sich Migranten/innen an die Ernährungsgewohnheiten der Einheimischen anpassen, hängt von mehreren Faktoren ab. So spielen beispielsweise die Aufenthaltsdauer, die Migrationsgeneration, traditionelle Familienmahlzeiten, die Verfügbarkeit traditioneller Lebensmittel, die Religion sowie die soziale Lage eine bedeutende Rolle [1]. Zudem könnte eine Veränderung der Essgewohnheiten für verschiedene Elemente der Ernährung in unterschiedlichem Maße stattfinden. Koctürk [2] teilt in ihren Ausführungen Lebensmittel bzw. Mahlzeitenbestandteile nach ihrer Bedeutung für

4 **Anmerkung:** Dieses Kapitel ist eine Zusammenfassung des Forschungsberichts »Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – KiGGS-Migrantenauswertung« für das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz [3].

eine traditionelle Ernährung ein und entwickelt daraus ein Modell, das Veränderungen im Ernährungsverhalten erklären soll. Das wichtigste Element der Ernährung bilden in diesem Modell die so genannten »staple foods«. Hierunter werden vor allem als Basiskomponenten verwendete kohlenhydratreiche Lebensmittel (Brot, Kartoffeln, Reis, Nudeln) verstanden. Die zweite Gruppe bilden die »complementary foods«, die die Basiskomponenten ergänzen (Obst, Gemüse, Fleisch, Fisch, Milch(-produkte), Eier etc.). »Accessory foods« (Getränke, Fette, Gewürze, Süßwaren, Nüsse etc.) machen eine Mahlzeit bzw. ein Gericht komplett und haben mehr eine rein geschmackliche oder »dekorative« Funktion. Nach Koctürk beginnen Veränderungen im Ernährungsverhalten meist bei den traditionell weniger bedeutenden »accessory foods«, während Verzehrsgewohnheiten bei den »staple foods« am längsten bestehen bleiben. Somit werden die kulturell neutralsten Essgewohnheiten zuerst, die mit der kulturell höchsten Bedeutung zuletzt, geändert [2].

Über das Ernährungsverhalten von Migranten/innen in Deutschland ist nur wenig bekannt. Repräsentative Studien fehlen und häufig wurden Migranten/innen in großangelegten Untersuchungen aufgrund des Studiendesigns bzw. der Studienvoraussetzungen (z. B. deutsche Staatsangehörigkeit, deutsche Sprachkenntnisse) von vornherein ausgeschlossen. Bisherige Erkenntnisse zum Ernährungsmuster von Migranten/innen in Deutschland stammen aus kleinen regionalen Studien [4–5] oder berücksichtigen nur die Staatsangehörigkeit [6]. Einen Überblick über die Ernährungssituation von Migranten/innen aus der internationalen Literatur gibt Winkler [7–8]. Häufig kommen die Studien zu dem Ergebnis, dass erwachsene Migranten/innen eher gemäß den nationalen Ernährungsempfehlungen essen als die einheimische Bevölkerung [9–10] und mehrheitlich an den traditionellen Ernährungsgewohnheiten festhalten. Dennoch können interessante Veränderungen im Ernährungsverhalten von Migranten/innen festgestellt werden, z. B. die Verwendung von für die Herkunftsländer unüblichen Produkten. Solche Veränderungen können jedoch je nach Migrationsgeneration und Herkunftsland unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

Eine regionale Untersuchung, die explizit auf das Ernährungsverhalten von Kindern mit Migra-

tionshintergrund im deutschen Raum abzielt, ist die von Bau et al. [4, 11]. In zwei Berliner Kindertagesstätten wurden 138 Kinder unterschiedlicher Herkunft im Alter von 3 bis 6 Jahren zu ihrem Ernährungsverhalten untersucht. Insgesamt weisen Kinder deutscher Herkunft in dieser Studie das günstigste Ernährungsverhalten auf. Während nur 10,2 % der deutschen Kinder ein ungünstiges Ernährungsmuster haben, beträgt der Anteil bei Migrantenkindern 32,5 %. Insbesondere Fast Food, Knabberartikel und Erfrischungsgetränke werden von Kindern nichtdeutscher Herkunft häufiger verzehrt [4].

Zusammenfassend zeigen nationale und internationale Untersuchungen ein gewisses Maß an Veränderungen im Ernährungsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund, kommen aber zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während einige Studien Migranten/innen ein eher gesünderes Ernährungsmuster zuweisen, zeigt sich bei anderen ein eher ungünstiges. Gleichzeitig wird in vielfältiger Weise aufgezeigt, dass diese Verhaltensänderungen von einer Fülle weiterer Faktoren beeinflusst werden, wie dem Grad der Integration, Aufenthaltsdauer, Generation, Sprachkenntnissen usw. Auch zeigt sich ein unterschiedliches Bild je nach Einwanderungsgruppe. Dies verdeutlicht die Vielschichtigkeit der Migrantenpopulation auf der einen Seite sowie die von Verhaltensänderungen auf der anderen.

10.1 KiGGS-Auswertungen zum Ernährungsverhalten

Das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wurde mit KiGGS-Daten im Rahmen von Auswertungen im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz untersucht [3]. Die Ergebnisse dieses Forschungsberichts werden an dieser Stelle zusammengefasst. Dabei ist zu beachten, dass im Rahmen dieser Auswertungen zur Ernährung die Gruppe der Nicht-Migranten/innen auch die KiGGS-Teilnehmer mit einseitigem Migrationshintergrund umfasst, während die als Migranten bezeichnete Gruppe ausschließlich Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund beinhaltet. Auch die Gruppen der Migranten/innen türki-

Tabelle 10.1
Anteil der Teilnehmer nach Herkunft

Herkunft	Anteil in KiGGS gesamt	Anteil auswertbarer Verzehrhäufigkeits- fragebögen
	% ¹	(3- bis 17-Jährige) % ¹
Türkisch	4,8	3,9
Russlanddeutsch	3,5	3,3
Sonstiger Migrant	8,8	8,0
Nicht-Migrant	82,9	84,8

scher Herkunft, der Russlanddeutschen und der sonstigen Migranten/innen sind anders definiert als in den übrigen Kapiteln dieses Berichtes (Tabelle 10.1).

- ▶ **Migranten/innen:** Teilnehmer, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind (d. h. als Migranten/innen werden hier nur Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund definiert).
- ▶ **Migranten/innen türkischer Herkunft:** Kinder und Jugendliche, von denen mindestens ein Elternteil in der Türkei geboren wurde oder die türkische Staatsangehörigkeit besitzt oder bei denen zu Hause türkisch gesprochen wird.
- ▶ **Russlanddeutsche:** Kinder, von denen mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit hat und aus einem Land der ehemaligen Sowjetunion zugewandert ist.
- ▶ **Nicht-Migranten/innen:** schließen Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund mit ein.

10.2 Messung des Ernährungsverhaltens

Im Kernfragebogen wurden einige allgemeine Fragen zum Ernährungsverhalten gestellt, z. B. ob das Kind zurzeit eine besondere Ernährung erhält (z. B. ohne Fleisch, Geflügel und Wurst). Zudem wurde das Ernährungsverhalten retrospektiv mit einem Verzehrhäufigkeitsfragebogen (food frequency questionnaire, FFQ) erfasst [12]. Dieser

liegt in zwei inhaltlich deckungsgleichen Varianten – einer für die Eltern der 1- bis 10-Jährigen (»Was isst Ihr Kind?«) und einer für die Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren (»Was isst du?«) – vor, allerdings im Gegensatz zum Kernfragebogen nur in deutscher Sprache. Neben den durchschnittlichen Verzehrhäufigkeiten von etwa 50 Lebensmitteln bzw. Lebensmittelgruppen »in den letzten Wochen« wurden auch die durchschnittlich verzehrten Portionsmengen der entsprechenden Nahrungsmittel erfasst. Als Hilfestellung zur Einschätzung der erfragten Portionsmengen sind viele beispielhaft in Bildern dargestellt. Zudem wurde nach der Konsumhäufigkeit von Supplementen und angereicherten Lebensmitteln, Light-Produkten, Fertiggerichten und probiotischen Lebensmitteln gefragt [13].

Auf der Grundlage dieser Informationen wurden zwei unterschiedliche Ernährungsindizes gebildet, der *Gesunde Ernährung Index* und der *Ernährungsmusterindex*.

Der *Gesunde Ernährung Index* setzt die Verzehrsmengen des gesamten Spektrums der erfragten Lebensmittelmengen ins Verhältnis zur alters- und geschlechtsspezifischen Empfehlung für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund (optimiX-Empfehlungen) [14] und bewertet dieses Verhältnis mit Punkten. Der Index ermöglicht es, das erfragte Ernährungsverhalten mit einem Wert abzubilden (der zwischen 0 und 1.100 liegen kann) und umfasst alle in die Empfehlungen eingehenden Lebensmittelgruppen. Somit können mit diesem Index Aussagen über die Ernährung insgesamt getroffen werden.

Für den *Ernährungsmusterindex* werden »Indikatorlebensmittel« verwendet, die entweder als besonders empfehlenswert oder nicht empfehlenswert einzustufen sind, wobei deren Verzehrhäufigkeit in Anlehnung an die Empfehlungen sowie auf der Grundlage von Expertenmeinungen in günstig, neutral und ungünstig eingeteilt werden⁵. Als Indikatorlebensmittel fungieren

⁵ **Günstig:** mind. 1-mal täglich Obst; mind. 1-mal täglich Gemüse; mind. 1-mal täglich Vollkornbrot; max. 2–3-mal monatlich Erfrischungsgetränke; max. 2–3-mal monatlich Fast Food; max. 2–3-mal monatlich Schokolade; max. 2–3-mal monatlich Knabberartikel.

Neutral: 1–6-mal wöchentlich Obst; 1–6-mal wöchentlich Gemüse; 1–6-mal wöchentlich Vollkornbrot; 1–4-mal wöchentlich

frisches Obst, Gemüse (insgesamt, d.h. gekochtes, rohes, Tiefkühl- und Konservengemüse), Vollkornbrot, Erfrischungsgetränke (z. B. Limonaden, Cola, Eistee), Fast Food (Hamburger, Currywurst, Bratwurst, Döner Kebab), Schokolade und Knabberartikel. Das Ernährungsmuster wird dann auf der Grundlage eines Punktesystems in günstig, neutral oder ungünstig eingeteilt. Zu betonen ist, dass dieser Index lediglich wenige Lebensmittel, die entweder als besonders günstig oder besonders ungünstig zu bewerten sind, umfasst. Somit bildet dieser Index nur einen ausgewählten Teil der Ernährungsgewohnheiten ab und nicht das gesamte erfragte Spektrum, wie der eben beschriebene *Gesunde Ernährung Index*.

10.3 Besonderheiten des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Insgesamt zeigen vor allem türkischstämmige und russlanddeutsche Kinder und Jugendliche ein eher ungünstigeres Ernährungsverhalten im Vergleich zu Nicht-Migranten/innen (sowohl bei Betrachtung der Einzelebensmittel als auch bei den beiden Indizes). Türkische Kinder und Jugendliche konsumieren zwar die größten Mengen an positiv zu bewertenden Lebensmitteln wie Obst, Nudeln/ Reis und Fisch, jedoch auch am meisten Erfrischungsgetränke, Weißbrot, frittierte oder gebratene Kartoffeln, Schokolade und Knabberartikel. Russlanddeutsche Teilnehmer essen durchschnittlich im Gruppenvergleich am wenigsten Gemüse (dafür gemeinsam mit türkischen Migranten/innen am meisten Obst), trinken insgesamt am wenigsten und essen am meisten Wurst oder Schinken. Nicht-Migranten/innen dagegen konsumieren u. a. am wenigsten Kekse, Schokolade, Süßigkeiten und Knabberartikel.

Die Auswertung des *Gesunde Ernährung Index* – der einen Vergleich mit den aktuellen Empfeh-

chentlich Erfrischungsgetränke; 1–4-mal wöchentlich Fast Food; 1–4-mal wöchentlich Schokolade; 1–4-mal wöchentlich Knabberartikel.

Ungünstig: weniger als 1-mal wöchentlich Obst; weniger als 1-mal wöchentlich Gemüse; weniger als 1-mal wöchentlich Vollkornbrot; mind. 5–6-mal wöchentlich Erfrischungsgetränke; mind. 5–6-mal wöchentlich Fast Food; mind. 5–6-mal wöchentlich Schokolade; mind. 5–6-mal wöchentlich Knabberartikel.

lungen beinhaltet – zeigt, dass der Lebensmittelverzehr russlanddeutscher Teilnehmer im Durchschnitt am seltensten den optimiX-Empfehlungen (optimierte Mischkost, Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung Dortmund für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen) entspricht und diese Herkunftsgruppe somit, auf alle Lebensmittel bezogen, das ungünstigste Ernährungsverhalten aufweist.

Der *Ernährungsmusterindex* – für den Verzehrshäufigkeiten ausgewählter Lebensmittel bewertet werden – deutet hingegen daraufhin, dass türkischstämmige Kinder und Jugendliche, bezogen auf die Indikatorlebensmittel (Obst, Gemüse, Vollkornbrot, Erfrischungsgetränke, Fast Food, Schokolade und Knabberartikel), ein eher ungünstiges Ernährungsverhalten aufweisen, vor allem im Vergleich zu Nicht-Migranten/innen.

Die unterschiedlichen Ergebnisse der beiden Indizes resultieren daraus, dass zum einen verschiedene Bewertungssysteme angewandt wurden, zum anderen nicht der gleiche Umfang an Lebensmittel bzw. Lebensmittelgruppen in die Bewertung eingehen. So kann es sein, dass türkische Teilnehmer mit dem *Ernährungsmusterindex* schlechter abschneiden, da hierbei z. B. die Erfrischungsgetränke (deren Konsum bei türkischen Teilnehmern signifikant am höchsten ist) resultierend aus der geringen Anzahl an in die Bewertung eingehenden Lebensmittelgruppen ein höheres Gewicht bekommen.

Abbildung 10.3.1
Gesunde Ernährung Index (Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle)

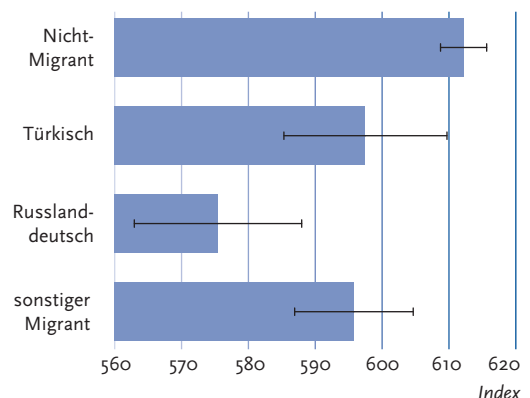
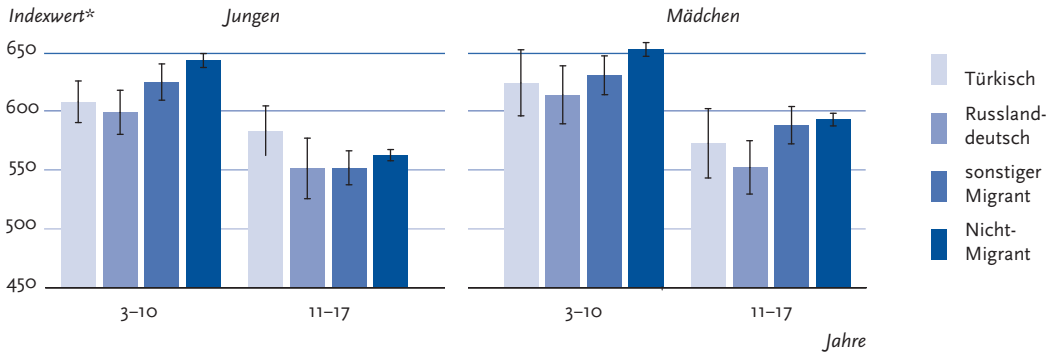


Abbildung 10.3.2

Gesunde Ernährung Index getrennt nach Altersgruppen, Geschlecht und Herkunft
(Mittelwerte und 95 %-Konfidenzintervalle)



* Je höher der Indexwert, desto besser stimmt die Ernährung mit den Empfehlungen überein

Tabelle 10.3

Zusammenfassende Darstellung der Ernährungsmuster nach Herkunft

	Türkisch	Russlanddeutsch	Sonstiger Migrant	Nicht-Migrant*
Positiv zu bewertende Lebensmittel: reichlicher Verzehr empfohlen				
Leitungswasser	↑	↓		
Frisches Obst	↑	↑		↓
Gemüse (ohne Salat)		↓		↑
Müsli (Cornflakes, Smacks)	↑	↓		
Nudeln, Reis	↑	↓	↑	
Kartoffeln	↓	↑		↑
Fisch	↑		↑	↓
Neutral zu bewertende Lebensmittel: mäßiger Verzehr empfohlen				
Milch	↓			↑
Fleisch	↓		↑	
Geflügel	↑		↑	↓
Wurst/Schinken	↓	↑		↑
Weißbrot	↑			↓
Negativ zu bewertende Lebensmittel: sparsamer Verzehr empfohlen				
Erfrischungsgetränke	↑		↓	
Pommes, gebratene Kartoffeln	↑	↓		↓
Fast Food**	↑			↓
Schokolade	↑			↓
Kekse		↑		↓
Süßigkeiten	↑	↑		↓
Knabberartikel	↑			↓

* Die Gruppe der Nicht-Migranten/innen schließt auch Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund ein

** Bratwurst, Currywurst, Hamburger, Döner Kebab

↓ = geringste Verzehrsmengen (im Gruppenvergleich); ↑ = höchste Verzehrsmengen (im Gruppenvergleich)

Abbildung 10.3.3
Anteil an Kindern und Jugendlichen mit günstigem bzw. ungünstigem Ernährungsmusterindex nach Herkunft (Prozent, 95 %-Konfidenzintervalle)

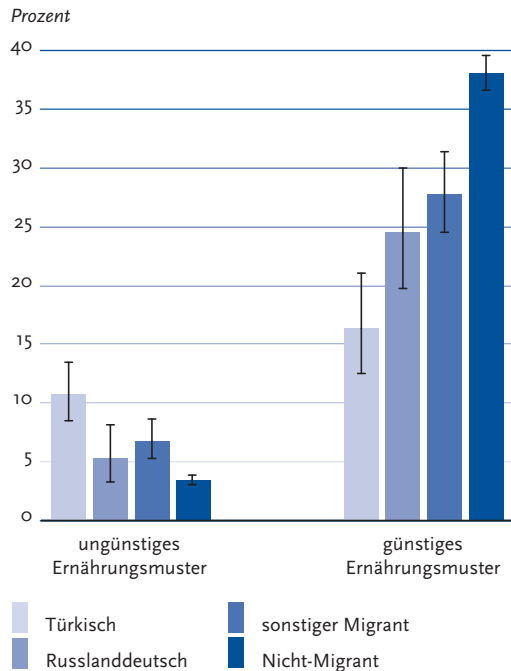


Tabelle 10.4
Verwendung von Jodsalz nach Herkunft

	%	95 %-KI
Türkisch		
nein	18,4	(14,7–22,7)
überwiegend	40,7	(35,6–46,0)
gelegentlich	24,3	(19,8–29,5)
weiß nicht	16,6	(13,4–20,5)
Russlanddeutsch		
nein	18,8	(14,3–24,4)
überwiegend	48,6	(42,6–54,7)
gelegentlich	19,1	(15,0–24,0)
weiß nicht	13,4	(10,2–17,4)
Sonstiger Migrant		
nein	16,3	(13,7–19,4)
überwiegend	54,4	(50,9–57,8)
gelegentlich	18,9	(16,2–21,9)
weiß nicht	10,4	(8,2–13,1)
Nicht-Migrant		
nein	6,3	(5,8 –6,9)
überwiegend	79,4	(78,4–80,3)
gelegentlich	9,5	(8,9–10,1)
weiß nicht	4,8	(4,4 –5,2)

10.4 Verwendung von Jodsalz

Wie in Tabelle 10.4 dargestellt, geben Familien deutscher Herkunft mit 79,4 % signifikant häufiger als alle anderen Herkunftsgruppen an, überwiegend Jodsalz zu verwenden. Wird zusätzlich die gelegentliche Verwendung betrachtet, nehmen fast 90 % der Nicht-Migranten/innen Jodsalz zu sich. Im Vergleich dazu verwenden aber nur 40,7 % der Türkischstämmigen, 48,6 % der Russlanddeutschen und 54,4 % der Migranten/innen sonstiger Herkunft überwiegend Jodsalz. Auffällig ist, dass alle nichtdeutschen Gruppen zu einem bedeutenden Anteil nicht wissen, ob sie Jodsalz verwenden. Somit wird Jodsalz in deutschen Haushalten zumindest wissentlich häufiger verwendet.

10.5 Zielgruppen für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

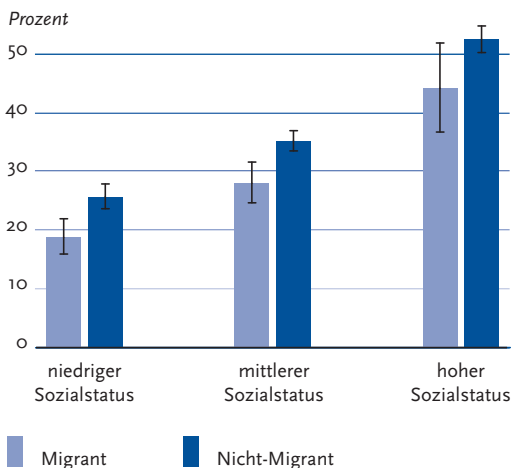
Je nach Fokussierung der Betrachtungsweise (z. B. nur auf wenige Indikatorlebensmittel oder gesamtes Spektrum der abgefragten Lebensmittel) rücken unterschiedliche Migrantengruppen in den Blickpunkt, sodass nicht pauschal ein Resümee gezogen werden kann, welche ethnische Gruppe im Speziellen das ungünstigste Ernährungsverhalten aufweist. Die Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer bzw. der Migrationsgeneration gibt einen Hinweis darauf, dass das ungünstige Ernährungsverhalten ein »Problem der Moderne« ist, denn eine längere Aufenthaltsdauer bzw. die Zugehörigkeit zu der zweiten oder einer nachfolgenden Einwanderergeneration ist mit einem ungünstigeren Ernährungsverhalten assoziiert. Vor allem die Lebensmittel, die im Zusammenhang mit einem vermeintlich modernen Lebensstil stehen

(z. B. Softdrinks, Fast Food, Süßigkeiten), werden insbesondere von türkischstämmigen Migranten/innen in größeren Mengen konsumiert. Jungen, Jugendliche und Studienteilnehmer mit niedrigem Sozialstatus weisen zudem ein höheres Risiko für eine ungünstige Ernährungsweise auf. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind überproportional häufig in der Gruppe mit niedrigem Sozialstatus vertreten und tragen auch aus diesem Grund ein erhöhtes Risiko. Daher bedarf es innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe besonderer Bemühungen; Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten vor allem auf diese Gruppen fokussiert werden. Dabei sollte jedoch das Ernährungsverhalten nicht nur als Ergebnis individuellen Verhaltens betrachtet werden, sondern auch als Ergebnis von Umgebungsfaktoren, die durch Präventionsmaßnahmen beeinflusst werden können. Ein Beispiel hierfür ist das Angebot an jodiertem und fluoridiertem Speisesalz. Eine regionale Studie zeigte, dass nur ein kleiner Anteil türkischer Lebensmittelgeschäfte fluoridiertes (und jodiertes) Speisesalz im Sortiment führte, ein Umstand, der jedoch durch eine Informationskampagne erfolgreich geändert wurde [15].

Frühere Untersuchungen zeigen, dass sich mit dem Ereignis der Migration in eine westliche Industrienation die Ernährungsgewohnheiten ver-

ändern und die häufig als gesund einzustufende traditionelle Ernährungsweise in den Hintergrund tritt. Die Resultate dieses Auswertungsprojektes liefern hierzu einen weiteren Hinweis. Möglicherweise sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund für moderne Lebensmittel besonders »empfindlich« und es besteht ein gewisser Nachholbedarf (im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, bei denen möglicherweise bereits ein Umdenkungsprozess stattfindet). So ist denkbar, dass erwachsene Migranten/innen der ersten Generation noch eher an traditionellen Ernährungsgewohnheiten festhalten, sich jedoch Kinder und Migranten/innen der nachfolgenden Generationen durch ein im Vergleich zu ihren Vorfahren verändertes Lebensumfeld davon lösen. Dieser Entwicklung sollte in wesentlichen Aspekten entgegengewirkt werden. Die häufig ernährungsphysiologisch wertvollen traditionellen Ernährungsgewohnheiten mit reichlich Obst, Gemüse und kohlenhydratreichen Lebensmitteln bilden eine wichtige gesundheitsförderliche Ressource von Migrantenfamilien, die es zu stärken gilt. So sollten die Vorzüge einer traditionellen Küche und deren ernährungsphysiologische Qualität hervorgehoben und thematisiert werden. Im Gegensatz dazu sollte eine vermeintlich moderne Lebens- und Ernährungsweise kritisch diskutiert und deren Modernität hinterfragt werden. Kulturelle, sprachliche und religiöse Verschiedenheiten sollten bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen unbedingt berücksichtigt werden. Integrationsbeauftragten, lokalen Migrationsvereinen, in der ethnischen Gruppe verankerten Schlüsselpersonen usw. kommt hierbei eine bedeutende Rolle in der Gesundheitsförderung von Migranten/innen zu.

Abbildung 10.5
Anteil an Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen mit günstigem Ernährungsmusterindex nach Sozialstatus



10.6 Zusammenfassung

Auch die Analyse des Ernährungsverhaltens zeigt, dass die Gruppe der Migranten/innen heterogen ist und differenziert betrachtet werden muss. Insgesamt zeigen sich erwartungsgemäß migrationsbezogene Besonderheiten im Ernährungsverhalten, wobei das Ernährungsverhalten von Nicht-Migranten/innen (die in dieser Auswertung jedoch auch Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund einschließt) am güns-

tigsten ist. Allerdings haben in einigen Aspekten Migranten/innen ein besseres Ernährungsverhalten als Nicht-Migranten/innen (z. B. türkische und russlanddeutsche Migranten/innen beim Obstkonsum). Dabei ist eine längere Aufenthaltsdauer bzw. die Zugehörigkeit zu der zweiten oder einer nachfolgenden Einwanderergeneration mit einem ungünstigeren Ernährungsverhalten assoziiert und ungünstige Ernährungsmuster, die mit einem vermeintlich modernen Lebensstil im Zusammenhang stehen, z. B. Softdrinks, Fast Food und Süßigkeiten, werden insbesondere von türkischstämmigen Migranten/innen vermehrt konsumiert. Alle Migrantengruppen verwenden seltener Jodsalz als Nicht-Migranten/innen. Von Bedeutung ist auch, dass sich die Unterschiede im Ernährungsverhalten teilweise, jedoch nicht ausschließlich, durch Unterschiede im Sozialstatus erklären lassen.

Literatur

- den Hartog A (1994) Ernährung und Migration. Ernährungs-Umschau 41: 216–221
- Koçtürk T (1996) Structure and change in food habits. Scandinavian Journal of Nutrition 40: S 108–S 110
- Kleiser C, Mensink GBM, Kurth BM et al. (2007) Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – KiGGS-Migrantenauswertung. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
- Bau AM, Matteucci Gothe R, Borde T (2003) Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien – Ergebnisse einer Kitastudie in Berlin. Ernährungs-Umschau 50: 214–218
- Klamt B (2004) Ernährung und Migration. Die Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland. Ernährungs-Umschau 51: 508–509
- Gedrich K, Karg G (2001) Dietary Habits of Germans versus non-German Residents in Germany. In: Edwards J, MM H, eds. Culinary Arts and Sciences III – Global and National Perspectives. Worshipful Company of Cooks Centre for Culinary Research at Bournemouth University. Bournemouth S 419–428
- Winkler G (2003a) Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 1: Gesundheits- und Ernährungssituation. Ernährungs-Umschau 50: 170–175
- Winkler G (2003b) Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 2: Ernährungsverhalten. Ernährungs-Umschau 50: 219–221
- Brussaard JH, van Erp-Baart MA, Brants HAM et al. (2001) Nutrition and health among migrants in the Netherlands. Public Health Nutrition 4: 659–664
- Landman J, Cruickshank JK (2001) A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. Public Health Nutrition 4: 647–657
- Bau AM (2002) Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien im Quartier Soldiner Straße, Berlin-Wedding. Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades Magistra Public Health (MPH), Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health, Technische Universität Berlin
- Mensink GBM, Burger M (2004) Was isst du? Ein Verzehrsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 219–226
- Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 609–623
- Forschungsinstitut für Kinderernährung (2005) Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Dortmund
- Van Steenkiste M, Tuka M (2005) Förderung des Angebots von fluoridhaltigem Speisesalz in türkischen Geschäften – Evaluation einer Intervention. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 27: 108–112

11 Stillen

Weit gefächert sind die berichteten Vorteile der Muttermilch für das Kind – sie reichen von der Senkung der Säuglingssterblichkeit über die Verringerung von Infektionskrankheiten bis hin zur Risikoverminderung für Diabetes, Leukämie, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen und Allergien [1–2]. Als vorteilhaft für die Mutter werden eine beschleunigte postnatale Rückbildung der Gebärmutter sowie postpartale Gewichtsabnahme, ein verringertes Risiko für Brust- und Eierstockkrebs in Folge des Stillens angeführt.

Fehlende Kenntnisse über die gesundheitlichen Vorteile des Stillens für Mutter und Kind, reglementierende Stillempfehlungen mit fünf Mahlzeiten, festen Stillzeiten und einer nächtlichen Ruhepause von acht Stunden, die geringe Vereinbarkeit einer Erwerbstätigkeit mit dem Stillen sowie eine sich gleichzeitig verbreitende Flaschenkultur hatten allerdings in den Ländern der westlichen Welt einen Rückgang des Stillens bewirkt, der bis zur zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts andauerte und mit dem tradierte Stillerfahrungen und praktische Kenntnisse verloren gingen. Erst eine kleine Selbsthilfegruppe stillender Mütter in Chicago löste eine Bewegung aus, die das Stillen als natürliche Säuglingsernährung propagierte und in den USA zunächst die Oberschicht ergriff. Inzwischen sind die Stillraten wieder gestiegen, wenn auch von unterschiedlicher Dynamik in den einzelnen Ländern. Beigetragen zu diesem Trend hat die Arbeit der WHO sowie der Nationalen Stillkommissionen, die sechs Monate ausschließlichen Stillens, d. h. Muttermilch ohne Beigabe anderer Flüssigkeiten oder fester Nahrungsbestandteile, empfehlen bzw. für wünschenswert erachten.

Das Stillverhalten wurde im KiGGS-Eltern-Fragebogen in seinen Dimensionen *Stillhäufigkeit* und *Stilldauer* mit den folgenden Fragen erfasst: »Wurde Ihr Kind gestillt?« »Wenn ja, bis zu welchem Lebensmonat wurde es gestillt?« »WHO wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt, also ohne zusätzliche Gabe von Flaschennahrung, Säuglingsnahrung oder Beikost?« Letztere Frage orientiert sich nicht an den strengen WHO-Kriterien des »ausschließlichen Stillens«, sondern an der Definition des »vollen Stillens«, die neben der Gabe

von Brustmilch, Wasser oder wasserbasierter Flüssigkeiten (z. B. Tee) erlaubt. Im Weiteren wird daher an entsprechender Stelle von »vollem Stillen« gesprochen. Bei der Betrachtung der (vollen) Stilldauer werden Mütter, die zum Zeitpunkt der Befragung noch stillten, nicht berücksichtigt.

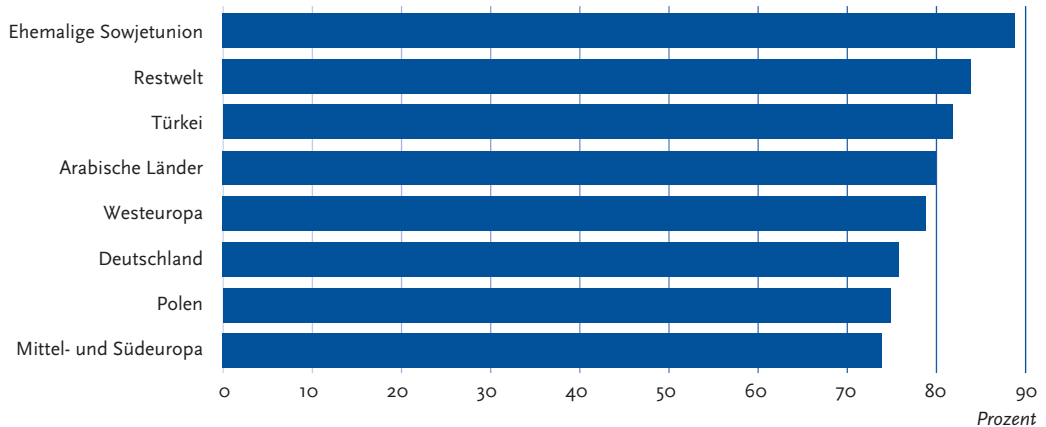
Erste Analysen des in KiGGS erhobenen Stillverhaltens haben ergeben, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger und auch länger gestillt werden als jene ohne Migrationshintergrund [3]. Darüber hinaus wurden der Sozialstatus der Mutter und Kontextereignisse wie Komplikationen nach der Geburt oder der Umstand, dass die Mutter während der Schwangerschaft rauchte, als das Stillverhalten beeinflussend ermittelt. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welche Faktoren Unterschiede im Stillverhalten zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen erklären können und ob dieses als günstig einzuschätzende Verhalten auf alle Migrantengruppen gleichermaßen zutrifft.

11.1 Stillhäufigkeit

Mit einem Anteil von 81,6 % bzw. 79,5 % werden sowohl Kinder mit beidseitigem als auch mit einseitigem Migrationshintergrund häufiger gestillt als Kinder ohne Migrationshintergrund (76,3 %). Allerdings zeigen sich deutliche Differenzen je nach Herkunftsland: Überproportional oft stillen Mütter aus der ehemaligen Sowjetunion (89,4 %), vergleichsweise selten Mütter aus Mittel- und Südeuropa (74,3 %) sowie aus Polen (75,0 %) (Abbildung 11.1.1)

Wie eingangs erwähnt, beeinflusst die soziale Zugehörigkeit der Mutter die Wahrscheinlichkeit, ob ein Kind gestillt wird oder nicht. Während allerdings bei den Nicht-Migranten/innen ein deutliches Schichtgefälle zu beobachten ist und die Stillhäufigkeit mit der sozialen Schicht abnimmt, zeigen sich bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund nur geringfügige schichtbezogene Differenzen (Abbildung 11.1.2). Die größten Differenzen zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen finden sich in der Unterschicht, ein vergleichsweise hoher Anteil der Mütter mit Migrationshintergrund stillt trotz sozial benachteiligter Lage. Interessanterweise ist in den oberen Sozialschichten die Verteilung der Still-

Abbildung 11.1.1
Stillhäufigkeit nach Herkunftsland (in Prozent)



häufigkeit recht ausgeglichen und der Vorteil der Migranten/innen gegenüber Nicht-Migranten/innen nicht mehr gegeben.

Die Wahrscheinlichkeit zu stillen ist niedriger, wenn die Mutter während der Schwangerschaft raucht, das Kind ein Frühgeborenes ist oder Komplikationen nach der Geburt auftreten. Mütter mit beidseitigem Migrationshintergrund rauchen seltener während der Schwangerschaft (14,7%) als Mütter mit einseitigem und jene ohne Migrationshintergrund (20,9%; 17,8%). Deut-

liche Unterschiede manifestieren sich hier allerdings auch innerhalb der Migrantenpopulation: Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion rauchen mit Abstand am seltensten (3,8%). Am häufigsten rauchen werdende Mütter aus der Türkei (25,0%) sowie aus Süd- und Mitteleuropa (24,1%). Die beiden letzteren Gruppen weisen damit auch einen größeren Anteil an Raucherinnen auf als die Frauen aus Deutschland (17,8%). Gleichzeitig ist aber die Stillbereitschaft von Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, unter den Migrantinnen höher als unter Nicht-Migrantinnen. So stillen 71,4% der Mütter mit beidseitigem und 64,7% der Mütter mit einseitigem Migrationshintergrund trotz einer Abhängigkeit vom Rauchen, aber nur 54,9% der Nicht-Migrantinnen (Abbildung 11.1.3).

Mütter mit beidseitigem Migrationshintergrund hatten signifikant häufiger eine Frühgeburt zu beklagen (13,8%) als Mütter ohne Migrationshintergrund (11,0%). Besonders oft machten Frauen aus der Türkei die Angabe, dass ihr Kind zu früh geboren sei (17,6%). Frühgeburten gehen bei Migrantinnen wie bei Nicht-Migrantinnen mit einer Abnahme der Stillhäufigkeit einher, dennoch stillen Migrantinnen auch nach einer Frühgeburt häufiger als Frauen ohne Migrationshintergrund. Nach der Geburt auftretende Komplikationen haben im Unterschied zu Nicht-Migrantinnen keinen relevanten Einfluss auf die Stillbereitschaft.

Abbildung 11.1.2
Stillhäufigkeit nach Migrationshintergrund und Schichtzugehörigkeit der Mutter (in Prozent)

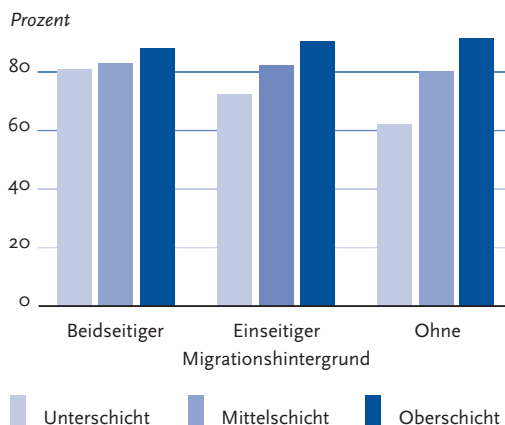
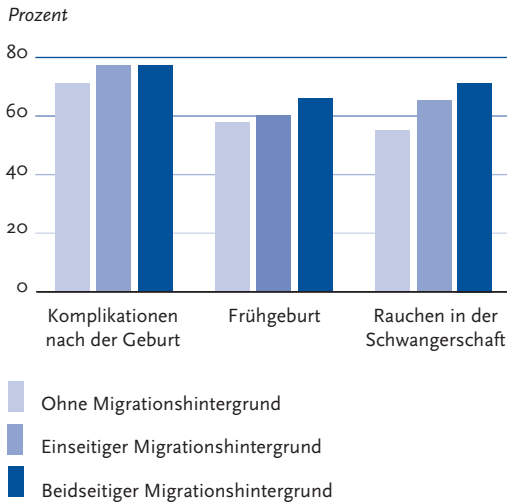


Abbildung 11.1.3
Anteil der stillenden Frauen mit Komplikationen nach der Geburt, mit Frühgeburten bzw. die während der Schwangerschaft geraucht haben, nach Migrationshintergrund (in Prozent)



Mit zunehmendem Aufenthalt in einem Land verändern sich auch die Lebensgewohnheiten. Die Stillbereitschaft scheint mit einer längeren Verweildauer abzunehmen: So haben 83,7% der Mütter gestillt, deren Zuwanderung erst weniger als sechs Jahre zurückliegt, aber nur 78,9% derjenigen, die bereits mehr als 20 Jahre in Deutschland leben. Eine Differenzierung nach Einwanderergeneration zeigt allerdings unterschiedliche Entwicklungen je nach Herkunftsland. Während bei Müttern aus Polen die Stillhäufigkeit in der zweiten Einwanderergeneration zunimmt (69,1% vs. 76,2%), verringert sie sich vor allem bei Migrantinnen aus Mittel- und Südeuropa (82,7% vs. 73,3%).

11.2 Stilldauer

Unterschiede in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund manifestieren sich auch in der Dauer des Stillens: Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund werden durchschnittlich 7,8 Monate, Kinder mit einseitigem 7,2 Monate und Kinder ohne Migrationshintergrund 6,7 Monate gestillt. Kinder mit (beidseitigem) Migrationshintergrund

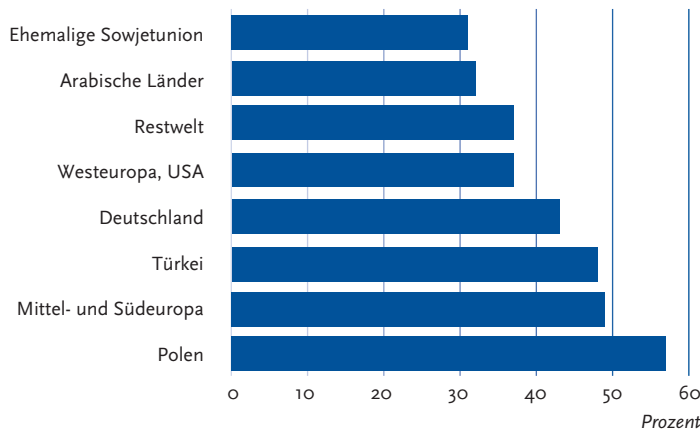
werden somit durchschnittlich über einen Monat länger gestillt als Kinder, die nicht aus Migrantenfamilien kommen.

Wie die Stillhäufigkeit so variiert die Stilldauer in Abhängigkeit vom Herkunftsland: Die längste durchschnittliche Stilldauer weisen Migrantinnen aus arabisch-islamischen Ländern (10,7 Monate) sowie aus der ehemaligen Sowjetunion (9,7 Monate) auf. Werden diejenigen Säuglinge betrachtet, die mit weniger als 6 Monaten eher kurz gestillt wurden, so liegt der Anteil besonders hoch unter den Kindern aus Polen (56,6%), aus Mittel- und Südeuropa (48,5%) und aus der Türkei (48,1%). Diese Anteile sind auch deutlich höher als unter den aus Deutschland kommenden Kindern (42,5%) (Abbildung 11.2.1). Mütter aus Polen und Mittel- und Südeuropa zählten bereits zu den Frauen mit der geringsten Stillbereitschaft. Türkische Mütter hingegen stillen mit 82,3% zu einem recht hohen Prozentsatz nach der Geburt, aber offenkundig nur über einen relativ kurzen Zeitraum.

Der Einfluss der sozialen Schicht auf die Stilldauer gestaltet sich ähnlich der Stillhäufigkeit: Das Schichtgefälle ist unter Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund weniger stark ausgeprägt als unter Kindern ohne Migrationshintergrund. Werden diejenigen betrachtet, die mit weniger als 6 Monaten eher kurz gestillt wurden, beträgt die Differenz zwischen Unter- und Oberschicht bei den Kindern ohne Migrationshintergrund 31,8 Prozentpunkte, bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund aber nur 7,9 Prozentpunkte (Abbildung 11.2.2). Bei Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion fällt dieser Schichtunterschied noch geringer aus. Während der Anteil an Frauen mit einer Stilldauer von weniger als 6 Monaten in der unteren Sozialschicht unter jenen mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich niedriger ist als unter Nicht-Migrantinnen, verkehrt sich dieser Unterschied in der Oberschicht. Eine Ausnahme bilden hier lediglich Frauen aus Westeuropa, den USA und Kanada, die in ihrem Anteil an kurz stillenden Müttern noch hinter jenen aus Deutschland zurück bleiben. Nicht bestätigt werden können in diesem Zusammenhang die im 6. Familienbericht konstatierten gegenläufigen Effekte, nach denen die Stillzeiten bei türkischen Frauen mit zunehmendem Bildungsniveau abnehmen. Der

Abbildung 11.2.1

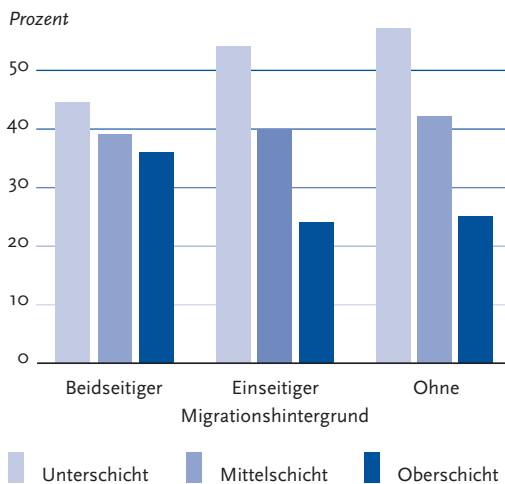
Anteil der stillenden Frauen, die weniger als 6 Monate stillen, nach Migrationshintergrund (in Prozent)



Einfluss der sozialen Schicht manifestiert sich bei Türkinnen in gleicher Weise wie bei den Nicht-Migrantinnen: Je geringer der Sozialstatus desto höher der Anteil derjenigen Kinder, die weniger als 6 Monate gestillt wurden (niedrig: 49,8%; mittel: 38,6%; hoch: 31,3 %).

Abbildung 11.2.2

Prozentualer Anteil gestillter Kinder (Stilldauer unter 6 Monate) nach Schicht und Migrationshintergrund (in Prozent)



Die Stilldauer unterscheidet sich innerhalb der Migrantenpopulation weiterhin je nach Aufenthaltsdauer. Mit zunehmendem Aufenthalt scheint die Stilldauer abzunehmen. Während Migrantinnen, die zehn Jahre und weniger in Deutschland leben, durchschnittlich mehr als 9 Monate stillen, beträgt die Stilldauer bei jenen, die vor mehr als 20 Jahren nach Deutschland eingereist sind, nur noch 7,5 Monate. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass Migranten/innen aus der ehemaligen SU durch eine vergleichsweise kurze Aufenthaltsdauer charakterisiert sind und deren Stillverhalten den Trend bestimmen können. Eine Differenzierung nach Einwanderergeneration zeigt aber, dass mit Ausnahme der aus Polen stammenden Migrantinnen, mehr Frauen in den nachfolgenden Einwanderergenerationen über einen kurzen Zeitraum von weniger als sechs Monaten stillen, als das in der ersten Zuwanderergeneration der Fall ist.

11.3 Dauer des »vollen Stillens«

In der durchschnittlichen Dauer des »vollen Stillens«, d.h. ohne zusätzliche Gabe von Flaschenahrung, Säuglingsnahrung oder Beikost, lassen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen feststellen (beidseitiger Migrationshinter-

grund: 4,8 Monate; einseitiger Migrationshintergrund: 4,7 Monate; ohne Migrationshintergrund: 4,6 Monate). Der Anteil derjenigen Mütter, die – wie von der WHO empfohlen – mind. 6 Monate lang voll gestillt haben, variiert jedoch wiederum deutlich je nach Herkunftsland. Ein Viertel der aus Deutschland kommenden Kinder wurde auch mindestens 6 Monate lang voll gestillt. Überproportional hoch ist dieser Anteil bei den Kindern aus der ehemaligen Sowjetunion (30,2%), ausgesprochen gering hingegen bei Kindern aus Polen (17,7%).

11.4 Zusammenfassung

Internationale Studien belegen die teilweise höheren Anfangsstillraten unter Müttern mit Migrationshintergrund bzw. unter Müttern anderer ethnischer Herkunft gegenüber Müttern der Mehrheitsbevölkerung, allerdings zeichnet sich kein einheitliches Bild davon ab, wie sich die Stillraten in den einzelnen ethnischen Gruppen nach der Migration entwickeln. Offenkundig scheint aber ein Einfluss der Stillkultur des Herkunftslandes, der in Deutschland vor allem bei Migrantinnen aus der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern mit einem vergleichsweise günstigen Stillverhalten einhergeht. Diese Gruppen weisen eine hohe Stillrate auf und/oder einen relativ geringen Anteil an Kindern mit einer kürzeren Stilldauer als 6 Monate. Mögliche Gründe für ein günstigeres Stillverhalten der Mütter aus der ehemaligen Sowjetunion können weiterhin darin liegen, dass jene vergleichsweise selten während der Schwangerschaft rauchen, nur selten Komplikationen nach der Geburt auftreten und auch nur ein geringer Anteil ihrer Kinder zu früh geboren ist.

Mütter türkischer Herkunft stillen zwar nach der Geburt zu einem hohen Anteil, aber nur kurz. Dieser Trend wird auch bei Türkinnen in Australien berichtet. Als dominanter Grund für das frühzeitige Abstillen werden »entzündete Brustwarzen« angegeben [4].

Mütter aus Polen und aus Mittel- und Südeuropa stillen vergleichsweise selten und wenn dann im Schnitt auch nur von kurzer Dauer. Hier bedarf es eingehender Untersuchungen über de-

ren Gründe, um angemessen intervenieren zu können.

Untersuchungen in den USA haben ergeben, dass sich die Stillraten mit zunehmender Aufenthaltsdauer rasch reduzieren und immer mehr an das relativ niedrige Niveau der Einheimischen anpassen. In Deutschland lässt sich kein eindeutiger Trend für die Wirkung der Aufenthaltsdauer auf das Stillverhalten von Migrantinnen feststellen. Insgesamt gesehen scheinen jedoch sowohl die Stillbereitschaft als auch die Stildauer abzunehmen.

Differenzen in der Gesundheit von Migrantinnen/innen und Nicht-Migrantinnen/innen werden häufig in deren unterschiedlicher sozialer Zusammensetzung vermutet. Da Stillrate und Stildauer ein starkes Schichtgefälle aufweisen und Migrantinnen/innen überproportional oft sozial benachteiligten Schichten angehören, müssten Frauen mit Migrationshintergrund ein entsprechend ungünstiges Stillverhalten haben. Dass dies nicht der Fall ist, zeigt, dass hier kulturelle Einflüsse von größerer Bedeutung sind. Allerdings bringen diese nur in der unteren und mittleren Sozialschicht Vorteile gegenüber Müttern aus Deutschland.

Literatur

1. American Academy of Pediatrics (2005) Policy Statement: Breastfeeding and use of human milk. *Pediatrics* 115: 496–506
2. Bergmann KE, Bergmann RL et al. (2003) Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: Role of breastfeeding. *Int J Obesity* 27: 162–172
3. Lange C, Schenk L, et al. (2007) Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 624–33
4. McLachlan HL, Forster DA (2006) Initial breastfeeding attitudes and practices of women born in Turkey, Vietnam and Australia after giving birth in Australia. *International Breastfeeding Journal* 1: 7

Teil D

Körperliche und subjektive Gesundheit

12 Übergewicht

Übergewicht zählt zu den größten gesundheitspolitischen Herausforderungen der Gegenwart. Ein zu hohes Körpergewicht beeinträchtigt nicht nur die aktuelle Gesundheit und Lebensqualität, sondern gilt auch als Risikofaktor für chronische Krankheiten im Erwachsenenalter. In Deutschland wird bei immer mehr Schuleingangsuntersuchungen eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund festgestellt [1–7]. Auch internationale Studien bestätigen wesentlich höhere Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas für Migrantinnen und Migranten bzw. ethnische Minderheiten. Methodisch ist dabei zu beachten, dass sich die Länder hinsichtlich ihrer Migrationsgeschichte und typischer Einwanderungsgruppen unterscheiden, was sich nicht zuletzt in verschiedenen Definitionen der Migrantenpopulation und in einer entsprechenden Begriffsvielfalt wie »race«, »ethnicity«, »nationality«, »migrant« widerspiegelt. Darüber hinaus ist selbst eine ähnliche Definition nicht mit einer einheitlichen Operationalisierung der Zielpopulation verknüpft. Zudem werden teilweise verschiedene Referenzsysteme zur Beurteilung des BMI bei Kindern zugrunde gelegt, so dass Prävalenzvergleiche kaum möglich sind. Dennoch scheinen sich einige Trends ablesen zu lassen. So sind in den jeweiligen Ländern nicht alle Migrantengruppen gleichermaßen von Übergewicht betroffen. In Deutschland werden als vulnerable Gruppen insbesondere Kinder türkischer und südeuropäischer Herkunft genannt [2, 5]. Studien aus Österreich beziffern die höchsten Prävalenzen für Kinder, die aus dem ehemaligen Jugoslawien stammen, gefolgt von jenen mit türkischer Herkunft [8–10]. In den Niederlanden weisen Kinder aus der Türkei mit Abstand die höchsten Anteile an Übergewichtigen auf, danach rangieren Kinder aus Marokko

[11], in Großbritannien sind es afrokaribische und pakistanische Mädchen sowie indische und pakistanische Jungen [12], in den USA machen verschiedene Studien lateinamerikanische Kinder als die am meisten gefährdete Gruppe aus [13–15]. Teilweise werden auch geschlechtsspezifische Differenzen innerhalb der Migrantenpopulation konstatiert.

Über die Ursachen einer ungleichen Verteilung von Übergewicht und Adipositas zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen liegen kaum Erkenntnisse vor. Gegen einen alleinigen genetischen Einfluss sprechen Daten, wonach Kinder ausländischer Herkunft, die in Deutschland geboren wurden, häufiger übergewichtig sind als solche, die in ihrem Herkunftsland geboren wurden oder dort leben [16, 17]. In diese Richtung weisen auch Ergebnisse, die eine lange Aufenthaltsdauer der Eltern als einen Risikofaktor für Übergewicht von Migrantenkindern identifizieren und eine Veränderung gesundheitsrelevanter Lebensgewohnheiten im Laufe des Lebens in Deutschland nahe legen [7]. Unterschiede in der Schichtzugehörigkeit können die Ungleichheit zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen ebenfalls nicht (allein) erklären, da der Schichteffekt nicht in der gleichen Weise wie bei Kindern ohne Migrationshintergrund zu wirken scheint. International werden soziale und kulturelle Faktoren diskutiert wie eine ungesunde Ernährung, ein weitgehend inaktiver Lebensstil, fehlendes Problembewusstsein von Übergewicht als gesundheitliches Risiko und die Auffassung vom kindlichen Übergewicht als Zeichen besonderer Gesundheit [11, 13], möglicherweise kombiniert mit einer genetischen Prädisposition bei einigen Migrantengruppen, die vor allem im Zusammenhang mit bestimmten Lebensstilfaktoren vermehrt zu Übergewicht führt.

Erste Auswertungen der KiGGS-Daten belegen ein höheres Risiko von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Migra-

tionshintergrund [18]. Mit den KiGGS-Daten ist es möglich, einige potenzielle Einflussfaktoren wie das Übergewicht der Eltern, das Geburtsgewicht, Fernseh- und Computerkonsum, körperliche Aktivität sowie das Körperbild zu diskutieren.

12.1 Daten zu Übergewicht und potenziellen Einflussfaktoren in KiGGS

Körpergröße und -gewicht wurden in standardisierter Weise gemessen: die Körpergröße mit einem kalibrierten Stadiometer auf 0,1 cm genau, das Gewicht mittels einer kalibrierten Waage auf 0,1 kg genau. Durch eine interne und externe Qualitätssicherung wurde die Standardisierung kontinuierlich überprüft. Zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas wird der BMI auf der Grundlage der Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild [19] herangezogen. Kinder und Jugendliche werden als übergewichtig klassifiziert, wenn ihr BMI-Wert oberhalb des 90. Perzentils der alters- und geschlechtsspezifischen Referenzpopulation liegt. Als Adipositas wird ein BMI-Wert oberhalb des 97. Perzentils definiert. Da bei jüngeren Kindern ein Vergleich mit den vorhandenen Referenzen methodisch nicht abgesichert ist, wird hier nur der BMI für Kinder ab einem Alter von 3 Jahren betrachtet.

Potenzielle Einflussfaktoren wurden im Rahmen der schriftlichen Befragung der Eltern bzw. der Kinder und Jugendlichen erfasst. Im Eltern-Fragebogen wurden Auskünfte zu Körpergröße und -gewicht von Vater und Mutter sowie zum Geburtsgewicht des Kindes eingeholt. Daten zum Computer- und Fernsehkonsum, zu sportlichen Aktivitäten und zum Körper(selbst)bild berücksichtigen bis zu einem Alter des Kindes von 10 Jahren die Angaben der Eltern und im Alter ab 11 Jahren die Angaben des Kindes bzw. Jugendlichen selbst. In einer fünfstufigen Skala wurden die Jugendlichen gefragt, ob sie glauben, dass sie »viel zu dünn«, »ein bisschen zu dünn«, »genau richtig«, »ein bisschen zu dick« bzw. »viel zu dick sind«. Um die Auswertungen auf ausreichend großen Fallzahlen zu basieren, wurden die Ausprägungen in drei Kategorien (zu dünn, genau richtig, zu dick) zusammengefasst. Analog wurde mit der von den Eltern abgefragten Gewichtseinschätzung verfahren.

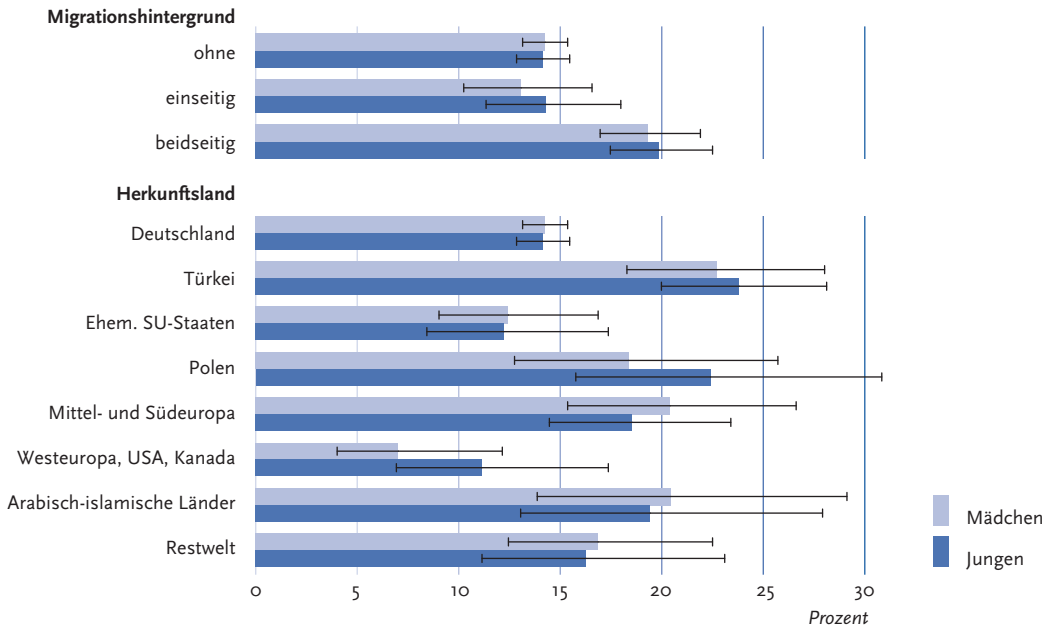
12.2 Die Verteilung von Übergewicht und Adipositas

Während Kinder ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund in ihren Anteilen an Übergewichtigen kaum voneinander abweichen (14,1% bzw. 13,7%), sind Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund zu einem deutlich höheren Anteil übergewichtig (19,5%). Mit 8,8% ist auch die Quote der adipösen Kinder und Jugendlichen unter den Migrantenkindern signifikant erhöht (ohne MH: 5,9%, einseitiger MH: 4,9%). Am häufigsten sind Mädchen und Jungen aus der Türkei, Mädchen aus Mittel- und Südeuropa sowie Jungen aus Polen von Übergewicht betroffen (Abbildung 12.2). Dies spricht dafür, dass neben kulturell vermittelten Einflüssen auch geschlechtsspezifische Faktoren wirksam sind. Kinder und Jugendliche aus arabisch-islamischen Ländern weisen zwar auch höhere Raten an Übergewichtigen auf, die Abweichungen von jenen aus Deutschland sind aber statistisch nicht signifikant.

Im Altersverlauf zeigt eine vergleichende Betrachtung, dass die Raten übergewichtiger Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nur bei 7- bis 10-jährigen Mädchen und nur bei 7- bis 13-jährigen Jungen in statistisch relevanter Weise über jenen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund liegen (bei allerdings deutlich kleineren Fallzahlen als beim Vergleich der Gesamtgruppen). Interessant ist hierbei vor allem, dass Migranten/innen im Jugendalter nicht mehr überproportional von Übergewicht betroffen zu sein scheinen. Dies könnte auf ein sich von den Eltern unterscheidendes Gewichts- und Körperbewusstsein hindeuten, das im Laufe des Lebens mit der zunehmenden Loslösung vom Elternhaus an Einfluss gewinnt, oder aber auf einen Kohorteneffekt hinweisen, der mit einem größeren Übergewichtsrisiko für die heranwachsenden Kinder einhergeht.

Wie lassen sich nun die skizzierten Unterschiede in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund erklären?

Abbildung 12.2
Übergewichtige nach Migrationshintergrund und Geschlecht



12.3 Soziale Zugehörigkeit

Unterschiede im sozialen Status können die Ungleichheit zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund nicht (hinlänglich) erklären. Der bekannte Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Übergewicht – je ungünstiger die soziale Lage der Familie, desto höher das Risiko für Übergewicht – trifft für Kinder und Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund zwar auch zu, aber das Gefälle bei Migrantenkindern ist deutlich geringer ausgeprägt. Damit können andere Studienergebnisse, wonach innerhalb der Migrantenpopulation ein hohes Risiko für Übergewicht mit einem hohen Sozialstatus assoziiert ist, nicht bestätigt werden [7]. Vielmehr scheinen die Ergebnisse der Berliner Schuleingangsuntersuchungen bekräftigt und der Sozialstatus einen eher geringen bzw. einen je nach ethnischer Herkunft unterschiedlichen Erklärungswert für die Ausprägung von Übergewicht bei Migrantenkindern zu besitzen [2, 20].

Wie bereits bei anderen Aspekten des Gesundheitsverhaltens gezeigt, manifestieren sich

die Unterschiede in der Verteilung von Übergewicht zuungunsten der Kinder und Jugendlichen in allen sozialen Schichten. In der Unterschicht sind die Differenzen allerdings statistisch nicht bedeutsam (Abbildung 12.3).

Abbildung 12.3
Übergewichtige nach Sozialstatus und Migrationshintergrund

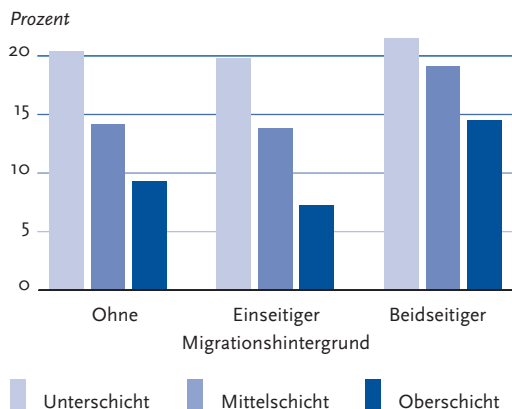
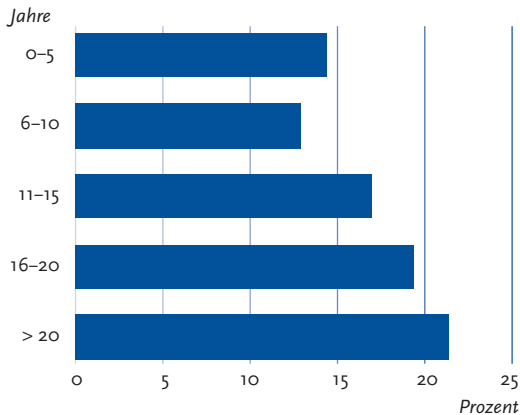


Abbildung 12.4
Übergewichtige Migrantenkinder nach Aufenthaltsdauer der Mutter



12.4 Einfluss des Zuwanderungslandes

Das Leben nach der Migration bleibt nicht unbeeinflusst von Werten, Normen und Lebensstilen des Zuwanderungslandes und geht mit entsprechenden Anpassungsleistungen an die Aufnahmegesellschaft einher. Merkmale, die einen solchen Wandel anzeigen und in KiGGS erfasst wurden, sind die Einwanderergeneration und Aufenthaltsdauer. Beide Merkmalsausprägungen weisen auf die Veränderung relevanter Lebensgewohnheiten hin. So haben die untersuchten Kinder und Jugendlichen der ersten Einwanderergeneration mit 14,8 % einen niedrigeren Anteil an Übergewichtigen als Angehörige der zweiten oder dritten Einwanderergeneration (18,6 %). In dieselbe Richtung deutet auch der Einfluss der Aufenthaltsdauer. Wenn sich die Daten auch nicht signifikant unterscheiden, so erhöhen sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer der Mutter in der Tendenz die Quoten an übergewichtigen Kindern und Jugendlichen (Abbildung 12.4).

12.5 Übergewicht der Eltern

Sowohl die Mütter als auch die Väter von Kindern und Jugendlichen mit einem beidseitigen Migrationshintergrund sind überproportional von Übergewicht betroffen. Unter den Müttern sind im Vergleich zu Müttern ohne Migrationshintergrund

jene aus der Türkei, aus der ehemaligen Sowjetunion sowie aus den arabisch-islamischen Ländern besonders häufig übergewichtig (Abbildung 12.5.1). Unter den Vätern sind es jene aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion sowie aus Mittel- und Südeuropa (Abbildung 12.5.2). Auffällig ist hierbei, dass ein mit dem Herkunftsland assoziiertes höheres Übergewicht der Eltern offensichtlich nicht automatisch mit einem erhöhten Anteil an übergewichtigen Kindern dieser Herkunftsländer einhergeht. Eine Übereinstimmung lässt sich lediglich bezogen auf die Türkei sowie auf Mittel- und Südeuropa erkennen. Kein Zusammenhang scheint hingegen zwischen dem hohen Anteil an übergewichtigen Eltern aus der ehemaligen Sowjetunion sowie den arabisch-islamischen Ländern und den nicht auffälligen Raten an übergewichtigen Kindern aus diesen Ländern zu bestehen. Möglicherweise wirkt hier günstiges Stillverhalten der Mütter aus diesen Ländern als Protektivfaktor und Übergewicht ist ein Risiko, dass erst mit dem Alter an Relevanz gewinnt. Ebenso wenig geklärt werden kann in diesem Zusammenhang das höhere Übergewicht der untersuchten Jungen aus Polen.

12.6 Geburtsgewicht der Kinder

Ein Mittelwertvergleich des Geburtsgewichts der Kinder fördert keine nennenswerten Unterschiede nach Migrationshintergrund zutage. Auch ein Vergleich nach Herkunftsland liefert keinen Anhaltspunkt dafür, dass das Geburtsgewicht ethnische bzw. migrationsbedingte Unterschiede in der Verteilung des Übergewichts erklären könnte. Die Mittelwerte des Geburtsgewichts weichen zwischen den verschiedenen Herkunftsländern nicht in signifikanter Weise voneinander ab. Davon unbenommen ist, dass ein vergleichsweise hohes Geburtsgewicht mit einem größeren Übergewichtsrisko assoziiert ist und zwar in allen Gruppen gleichermaßen. So beträgt das durchschnittliche Geburtsgewicht von übergewichtigen Migrantenkindern 3.525,0 g, bei normalgewichtigen Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund beläuft sich dies auf nur 3.349,1 g. Normalgewichtige Kinder ohne Migrationshintergrund haben ein mittleres Geburtsgewicht von 3.370,3 g, übergewichtige Kinder wiegen bei der Geburt im Schnitt 3.424,7 g.

Abbildung 12.5.1
Übergewichtige Mütter nach Migrationshintergrund (BMI > 25, basierend auf der Selbstausskunft zu Körpergröße und -gewicht)

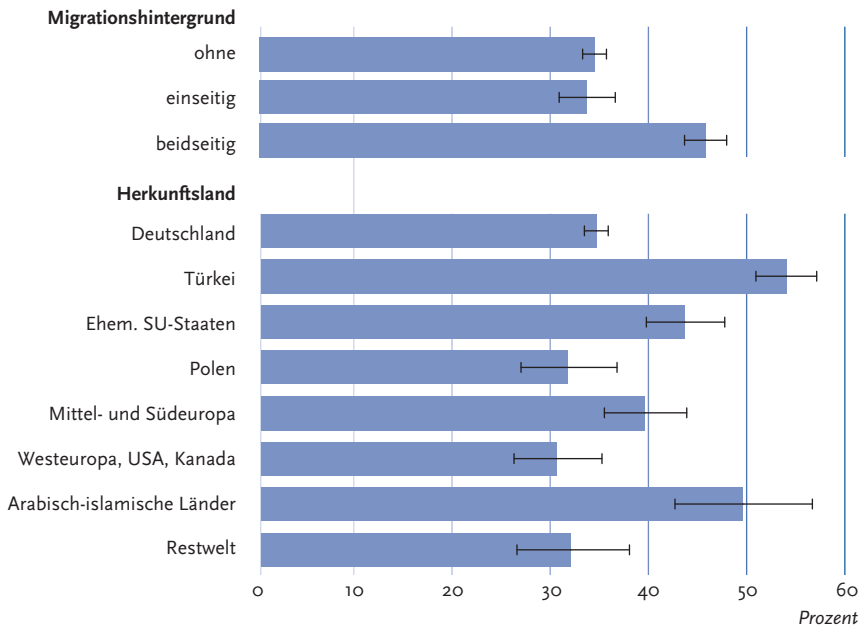
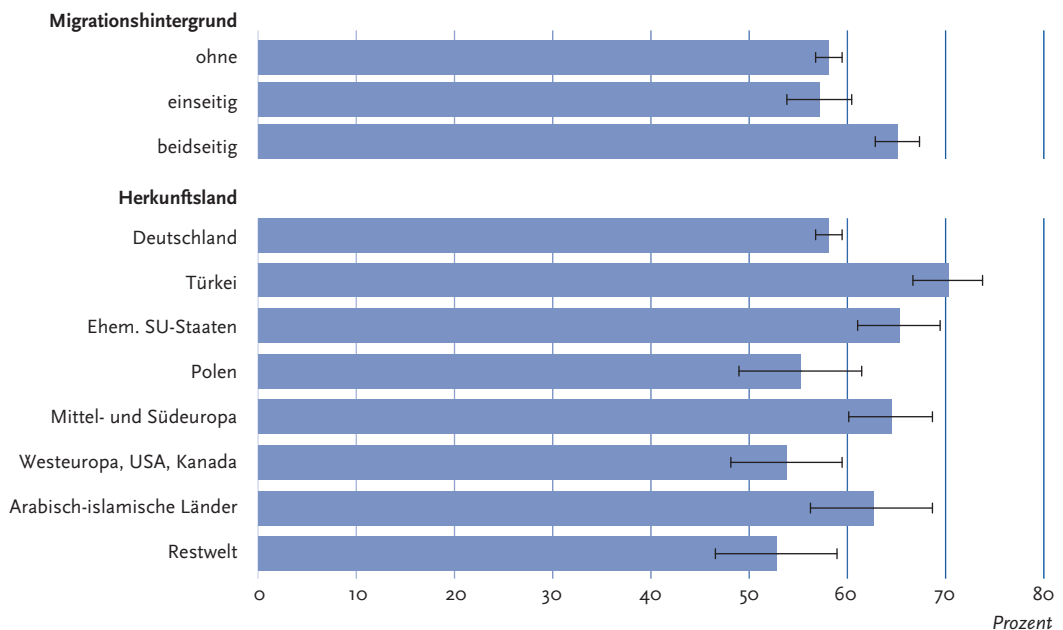


Abbildung 12.5.2
Übergewichtige Väter nach Migrationshintergrund (BMI > 25, basierend auf der Selbstausskunft zu Körpergröße und -gewicht)



In beiden Gruppen ist das Geburtsgewicht von Normalgewichtigen tendenziell niedriger als das von Übergewichtigen, wobei die Differenz bei Migrantenkindern noch deutlicher ausfällt.

12.7 Medienkonsum und körperliche Aktivität

Die Anteile der Kinder und Jugendlichen, die in einem Verein oder außerhalb eines Vereins mindestens einmal in der Woche Sport treiben, sind unter jenen mit beidseitigem Migrationshintergrund erheblich niedriger als unter Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Mädchen aus Migrantenfamilien treiben dabei noch seltener Sport als Jungen aus Migrantenfamilien. Alle Herkunftsländer liegen in den Raten der Mädchen und Jungen, die in einem Verein Sport treiben, signifikant unter jenen ohne Migrationshintergrund, Westeuropa, die USA und Kanada ausgenommen. Hier werden neben anderen Zugangsbarrieren vor allem finanzielle Aspekte eine Rolle spielen.

Die Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren wurden gefragt, wie oft sie in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie richtig ins Schwitzen kommen. Wiederum ist der Anteil der Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund an jenen Kindern und Jugendlichen, die angeben, mindestens einmal in der Woche sich körperlich in diesem Maße zu betätigen, am geringsten. Allerdings fallen in diesen Altersgruppen die Unterschiede je nach Migrationshintergrund weniger gravierend aus als in den jüngeren Altersjahrgängen.

Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die täglich mindestens drei Stunden vor dem Fernseher oder am Computer sitzen, unter Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund am höchsten. Eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsland identifiziert Kinder und Jugendliche aus der Türkei sowie aus den arabisch-islamischen Ländern als jene mit dem höchsten Fernsehkonsum. Sowohl die geringere körperliche Aktivität als auch hoher Computer- und Fernsehkonsum deuten auf eine inaktivere Lebensweise, die die Ausprägung von Übergewicht begünstigen kann. Während sich allerdings bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund ein Zusammenhang zwischen hohem Medienkonsum, geringer körperlicher Akti-

vität und Übergewicht feststellen lässt, kann diese Korrelation bei Migrantenkindern nicht in derselben Weise konstatiert werden. Ein hoher Medienkonsum und eine vergleichsweise geringe körperliche Aktivität scheint vielmehr für Migrantenkinder unabhängig vom Gewichtsstatus charakteristisch zu sein.

12.8 Ernährungs- und Stillverhalten

Wie in Kapitel 10 dargestellt, weisen türkischstämmige Kinder und Jugendliche ein ungünstigeres Ernährungsverhalten als Nicht-Migranten/innen auf. Vor allem Erfrischungsgetränke, Weißbrot, frittierte oder gebratene Kartoffeln, Schokolade und Knabberartikel und damit zuckerhaltige und/oder fettreiche Nahrungsmittel werden vergleichsweise häufig konsumiert und implizieren ein höheres Übergewichtsrisiko.

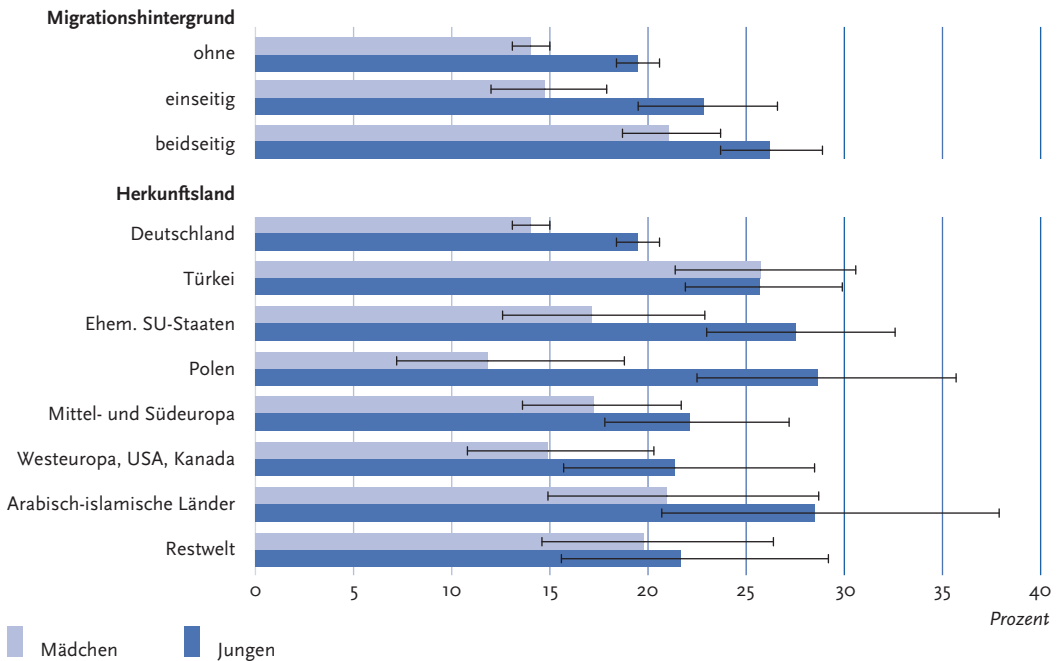
Stillen gilt als ein Protektivfaktor für Übergewicht. Werden die Ergebnisse aus Kapitel 11 repliziert, so fällt auf, dass mit Müttern aus der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern Migrantengruppen ein vergleichsweise günstiges Stillverhalten (hohe Stillraten, lange Stilldauer) zeigen, die ansonsten bezogen auf das Übergewicht der Eltern, den Medienkonsum und das Körperbild (s. u.) durchaus ein erhöhtes Risiko für Übergewicht tragen. Dennoch sind die Kinder aus diesen Ländern nicht überproportional häufig von Übergewicht betroffen. Mütter türkischer Herkunft, aus Polen und aus Mittel- und Südeuropa hingegen haben ein eher ungünstiges Stillverhalten. Da das Stillverhalten sich jedoch nicht nach dem Geschlecht des Kindes unterscheidet, bleibt unklar, warum nur *Jungen* aus Polen und nur *Mädchen* aus Mittel- und Südeuropa besonders oft übergewichtig sind.

12.9 Körperbild

Differenzen nach Herkunftsland verweisen vor allem auf ethnische und migrationsbedingte Einflüsse. Ein möglicher Erklärungsfaktor für die ethnische Ungleichheit von Übergewicht ist ein kulturspezifisch geprägtes Körperbild. So findet nur die Hälfte der Eltern aus der Türkei, dass ihre Kinder ein optimales Gewicht haben, jeweils etwa

Abbildung 12.9.1

Gewichtseinschätzung (zu dünn) für Töchter und Söhne durch die Eltern nach Migrationshintergrund



ein Viertel schätzt ihre Kinder als zu dick bzw. als zu dünn ein. Vergleichsweise häufig für zu dünn halten ihre Kinder weiterhin Eltern aus arabisch-islamischen Ländern (25,0 %) sowie aus der ehemaligen Sowjetunion (22,4 %). Diese Bewertungen liegen signifikant über jenen der Eltern aus Deutschland (16,8 %). Wird danach differenziert, ob die Eltern eine Tochter oder einen Sohn beurteilen, so zeigen sich geschlechtsabhängige Bewertungstendenzen. Mädchen werden seltener als zu dünn angesehen als Jungen. Unter den Mädchen werden nur jene aus der Türkei (25,8 %) sowie jene aus arabisch-islamischen Ländern (21,0 %) in einem statistisch bedeutsamen höheren Maße als zu dünn eingeschätzt (Deutschland: 14 %). Unter den Jungen liegen die Anteile mehrerer Herkunftsländer signifikant über Deutschland (19,5 %): Eltern aus der Türkei (25,7 %), aus der ehemaligen Sowjetunion (27,6 %), aus Polen (28,6 %) sowie aus den arabisch-islamischen Ländern (28,5 %) befinden das Gewicht ihrer Söhne als nicht ausreichend (Abbildung 12.9.1). Besonders gravierend sind die Unterschiede nach Migra-

tionshintergrund im Kindesalter und zwar sowohl bei der Gewichtseinschätzung der Jungen als auch der Mädchen. Im Jugendalter sind diese Bewertungsdifferenzen statistisch nicht mehr signifikant.

Wird die Gewichtseinschätzung der Eltern nun ins Verhältnis gesetzt zum gemessenen BMI, so ergibt sich folgendes Bild: Die Anteile der Eltern, die ihre Kinder als zu dünn einschätzen, obgleich sie normalgewichtig sind, liegen in allen Herkunftsländern – Westeuropa, USA und Kanada ausgenommen – deutlich über jenen in Deutschland. So befindet ein Drittel der Eltern aus der Türkei ihre Kinder trotz Normalgewichts für zu dünn, unter den Eltern aus Deutschland und Westeuropa sind dies jeweils lediglich 15 %. Unter den Eltern der übrigen Herkunftsländer macht dieser Anteil jeweils etwa ein Fünftel aus. Weniger gravierend sind die Unterschiede bei jenen Eltern, die das Gewicht ihrer Kinder als genau richtig einstufen, auch wenn der BMI ein Übergewicht anzeigt. Auffällig hingegen sind, das soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, die hohen Anteile

unter den Eltern aus Deutschland und Westeuropa, die offenkundig das Untergewicht ihrer Kinder unterschätzen und deren Gewicht als optimal bewerten. Allerdings bringen die geringen Fallzahlen für einen Ländervergleich der Gewichtseinschätzung von Unter- und Übergewichtigen eine erhöhte statistische Unsicherheit.

Anders zeichnet sich das Bild, wird die Körper selbstwahrnehmung der Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahre betrachtet: Jungen halten sich generell – unabhängig von ihrer ethnischen Herkunft – häufiger für zu dünn als Mädchen. Mädchen sehen sich dagegen zu einem deutlich höheren Anteil als Jungen als zu dick an. Die Unterschiede in der Selbstbeurteilung zwischen Mädchen und Jungen ohne, mit einseitigem und mit beidseitigem Migrationshintergrund sind dabei statistisch nicht signifikant. Genauso wenig differieren die Einschätzungen zwischen den verschiedenen Herkunftsländern.

Werden Selbstbild und tatsächlicher Gewichtsstatus in Relation gesetzt, so beurteilen sich Kinder und Jugendliche aus der Türkei (20,9 %) und aus Polen (20,3 %) zu einem deutlich höheren Anteil als dünn, selbst wenn sie normalgewichtig sind (Deutschland: 11,9 %). Für einen länderbezogenen Vergleich der Selbsteinschätzung von Unter- und Übergewichtigen erweisen sich auch hier die Fallzahlen als zu klein. Ebenso wenig sind geschlechtsspezifische Analysen in dieser differenzierten Art möglich, welche aber vor dem Hintergrund eines zwischen Mädchen und Jungen variierenden Körper selbstbildes nötig wären.

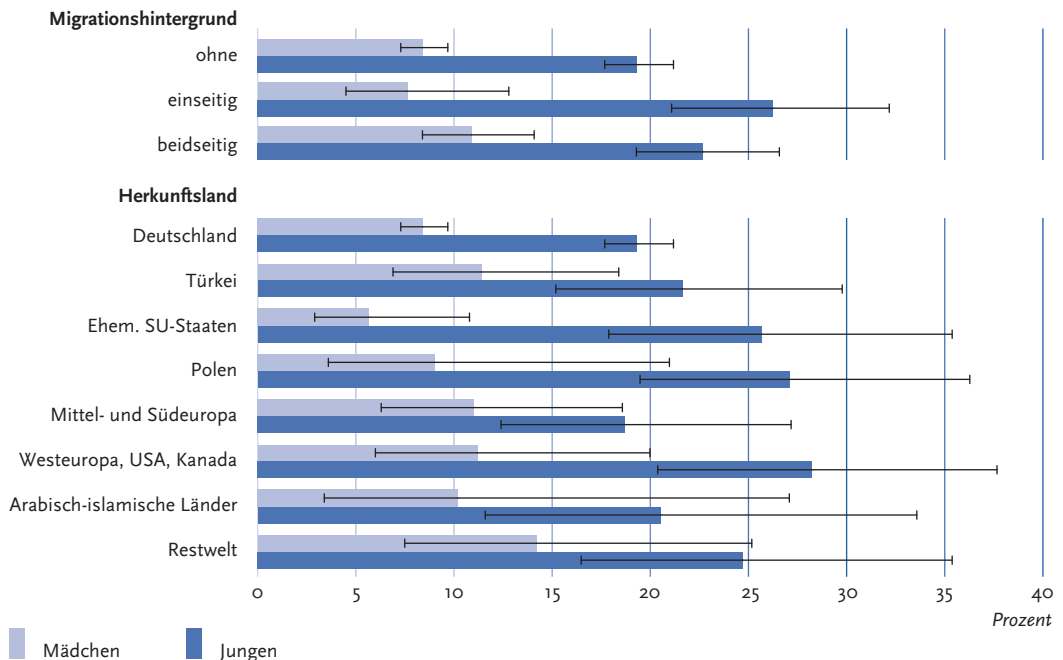
und aus Polen (20,3 %) zu einem deutlich höheren Anteil als dünn, selbst wenn sie normalgewichtig sind (Deutschland: 11,9 %). Für einen länderbezogenen Vergleich der Selbsteinschätzung von Unter- und Übergewichtigen erweisen sich auch hier die Fallzahlen als zu klein. Ebenso wenig sind geschlechtsspezifische Analysen in dieser differenzierten Art möglich, welche aber vor dem Hintergrund eines zwischen Mädchen und Jungen variierenden Körper selbstbildes nötig wären.

12.10 Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind überproportional häufig von Übergewicht betroffen. Allerdings trifft dies nicht für alle Migrantengruppen gleichermaßen zu. Vielmehr variiert die Verteilung von Übergewicht innerhalb der Migrantengruppe nach Herkunftsland und Geschlecht. Damit können andere nationale und internationale Studienergebnisse bestätigt werden. Am häufigsten sind

Abbildung 12.9.2

Körper selbstbild von Mädchen und Jungen (zu dünn) nach Migrationshintergrund



Mädchen und Jungen aus der Türkei, Mädchen aus Mittel- und Südeuropa sowie Jungen aus Polen übergewichtig. Im Jugendalter scheint der Migrationshintergrund an Einfluss zu verlieren.

Potenzielle Risikofaktoren wie Übergewicht der Eltern und hoher Medienkonsum bzw. geringe körperliche Aktivität als Ausdruck eines inaktiveren Lebensstils sind bei Kindern mit Migrationshintergrund häufiger als bei Nicht-Migranten/innen. Gleichwohl lässt sich hier nur für türkeistämmige Kinder eine erhöhte Prävalenz von Übergewicht feststellen. Bei Mädchen aus Mittel- und Südeuropa sowie Jungen aus Polen ist dies nicht der Fall. Kinder und Jugendliche aus arabisch-islamischen Ländern wie aus der ehemaligen Sowjetunion müssten danach hingegen einer Risikogruppe angehören, weisen aber keine auffälligen Raten an Übergewichtigen auf. Möglicherweise vermag ein günstiges Stillverhalten hier eine protektive Funktion haben. Den größten Erklärungswert für die Differenzen in den Anteilen übergewichtiger Kinder scheint das Körperbild zu bieten. Eltern aus anderen Ländern als Deutschland und Westeuropa beurteilen ihre Kinder deutlich häufiger als zu dünn trotz vorhandener Normalgewichtigkeit. Besonders augenfällig sind die Unterschiede im Kindesalter, hier scheint ein »wohlgenährtes« mit einem gesunden Kind gleichgesetzt zu werden. Unter den Kindern und Jugendlichen weicht die Körperselbstwahrnehmung vor allem bei jenen aus der Türkei und Polen deutlich von den anderen ab und tendiert ebenfalls in die Richtung, sich trotz Normalgewichts als zu dünn einzuschätzen.

Übergewicht ist kulturell und geschlechtsspezifisch beeinflusst, was differenziertere Analysen erforderlich macht, die mit dem vorhandenen Datenmaterial aufgrund zu geringer Fallzahlen jedoch nicht möglich sind. Vertiefende multivariate Analysen werden aber einen größeren Aufschluss über die Wirkung verschiedener Einflussfaktoren auf das Übergewicht bei Migrantenkindern im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund bringen. Eine Längsschnittanalyse bietet weiterhin die Chance, die Entwicklung von Übergewicht im weiteren Altersverlauf zu beobachten und den Einfluss des Lebens in Deutschland auf für das Körpergewicht relevante Orientierungen zu verfolgen.

Literatur

1. Delekat D, Kis A (2001) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001-I. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin
2. Bettge S, Oberwöhrmann S, Delekat D et al. (2006) Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004, Berlin
3. Gawrich S (2004) Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsstudie. Hessisches Ärzteblatt 2/2004: 73–76
4. Kuhn J, Wildner M (2004) Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Bayern. Gesundheitsmonitor Bayern 2/2004-A: 1–6
5. Kuepper-Nybelen J, Lamerz A, Bruning N et al. (2005) Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. Archives of Disease in Childhood 90 (4): 359–363
6. Oberwöhrmann S, Bettge S (2007) Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Spezialbericht 2007–1
7. Will B, Zeeb H, Baune BT (2005) Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross-sectional study. BMC Public Health 5 (1): 45. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/45>
8. Kirchengast S, Schober E (2006) Obesity among female adolescents in Vienna, Austria – the impact of childhood weight status and ethnicity. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 113(10): 1188–94
9. Kirchengast S, Schober E (2006) Migration as risk factor of overweight and adipositas in children and adolescents. Anthropologischer Anzeiger; 64(4): 411–21
10. Kirchengast S, Schober E (2006) To be an immigrant: a risk factor for developing overweight

- and obesity during childhood and adolescence? *Journal of biosocial science*; 38(5): 695–705.
11. Fredriks AM, Van Buuren S, Sing RA et al. (2005) Alarming prevalences of overweight and obesity for children of Turkish, Moroccan and Dutch origin in The Netherlands according to international standards. *Acta paediatrica* 2005; 94(4): 496–8
 12. Saxena S, Ambler G, Cole TJ et al. (2004) Ethnic group differences in overweight and obese children and young people in England: cross sectional survey. *Archives of disease in childhood*; 89(1): 30–6
 13. Edmunds LS, Woelfel ML, Dennison BA et al. (2006) Overweight trends among children enrolled in the New York State special supplemental nutrition program for women, infants, and children. *Journal of the American Dietetic Association* 106(1): 113–7.
 14. Kimbro RT, Brooks-Gunn J, McLanahan S (2007) Racial and ethnic differentials in overweight and obesity among 3-year-old children. *American journal of public health*; 97(2): 298–305
 15. Whitaker RC, Orzol SM (2006) Obesity among US urban preschool children: relationships to race, ethnicity, and socioeconomic status. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 160(6): 578–84
 16. Erb J, Winkler G (2004) Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 152 (3): 291–298
 17. Gesundheitsamt der Stadt Dortmund (1997) Die Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Dortmund. Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen von 1985–1996. Dortmund
 18. Kurth B, Schaffrath-Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50 (5–6): 736–743
 19. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentilen für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, 149(8), 807–818
 20. Delekat D (2003) Zur Gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. *Spezialbericht 2003–2. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin*

13 Akute Erkrankungen

Akute Erkrankungen sind sehr häufig im Kindesalter und haben einen meist gutartigen, nicht chronischen Verlauf. Akute Erkrankungen der Atemwege sind der häufigste Anlass einer Vorstellung in kinderärztlichen Sprechstunden. Insgesamt ist nur wenig bekannt darüber, ob der Migrationshintergrund einen Einfluss auf die Häufigkeit akuter Erkrankungen bei Kindern hat. Die wenigen existierenden Studien fragen nach »Kranksein« im letzten Jahr und differenzieren nur wenig oder gar nicht zwischen spezifischen Erkrankungen und Schweregraden. Im Ergebnis sind Migrantenkinder, zumindest bei dieser wenig differenzierenden Betrachtung, nach Angaben ihrer Eltern etwas seltener krank als Kinder ohne Migrationshintergrund. Gemäß einer Analyse der Mikrozensus-Daten von 1995 sind Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Staatsangehörigkeit seltener krank als deutsche Kinder. Nach Auskunft jeweils eines Haushaltsmitglieds waren 5,7% der bis 18-jährigen deutschen Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Untersuchung oder vier Wochen zuvor krank und nur 4,8% der nichtdeutschen Kinder und Jugendlichen [1]. Mikrozensus-Daten von 2005, die sich nicht nur auf Ausländer beziehen sondern eine deutlich umfassendere Migrantendefinition zugrunde legen, bestätigen diese Beobachtung: 8,6% der Personen unter 25 Jahren ohne Migrationshintergrund, aber nur 7,1% mit Migrationshintergrund waren in den letzten 4 Wochen krank [2]. Einschränkend muss formuliert werden, dass die Angaben im Mikrozensus auch chronische Erkrankungen einbeziehen (die jedoch im Kindesalter deutlich seltener sind als akute), auf einer Selbsteinschätzung ohne objektivierbare Kriterien basieren und die Unterschiede auch Ausdruck einer kulturspezifischen Interpretation von Kranksein sein könnten. Ähnliche Ergebnisse zeigt eine – allerdings nicht repräsentative – Befragung von über 5.000 Schülern von Münchner Berufsschulen mit hohem Ausländeranteil (Durchschnittsalter 19 Jahre). Hier gaben ausländische Schüler eine durchschnittlich niedrigere Anzahl von Erkrankungen pro Jahr an als deutsche Schüler und ein höherer Anteil ausländischer Schüler gab an, keine Erkrankung in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben [3].

13.1 Erfassung akuter Erkrankungen in KiGGS

Fragen zu akuten Erkrankungen wurden in KiGGS den Eltern aller Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren gestellt. Dabei wurde für eine Liste akuter Erkrankungen (Erkältungen, Bronchitis, Angina, Pseudokrupp, Magen-Darm-Infekte, Bindehautentzündung, Blasen- oder Harnwegsinfekte und Herpesinfektionen) gefragt, ob und wie häufig sie in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind. Zusätzlich ist im ärztlichen Interview gefragt worden, ob ein Arzt eine Lungenentzündung bzw. eine Mittelohrentzündung (Otitis media) festgestellt hat.

13.2 12-Monatsprävalenzen akuter Erkrankungen

Nach Angaben der Eltern haben Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund insgesamt weniger akute Erkrankungen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Dies gilt insbesondere für die im Kindesalter besonders häufigen **Magen-Darm-Infekte** und **Atemwegserkrankungen**, v. a. die einfachen Erkältungen (Tabelle 13.2.1). Eine Ausnahme bei den Atemwegserkrankungen stellt die Angina (Mandelentzündung) dar, hier haben Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund eine höhere Prävalenz als Kinder ohne Migrationshintergrund. Allerdings handelt es sich hier um Angaben der Eltern, nicht um berichtete Arzt Diagnosen, und die Laiendiagnose Angina bzw. die Abgrenzung zu anderen Atemwegserkrankungen könnte sich kulturspezifisch unterscheiden.

Die Prävalenzen von zwei der erfragten akuten Erkrankungen beziehen sich ausschließlich auf ärztlich festgestellte Diagnosen, d. h. die Eltern müssen mit dem Kind beim Arzt gewesen sein. Daher ist es naheliegend zu überlegen, ob die deutlich niedrigere Prävalenz von **Mittelohrentzündung** (Otitis media) bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund zumindest zum Teil auf schichtbedingte Inanspruchnahmeeffekte zurückzuführen ist. Dies wäre dann der Fall, wenn die Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund eine Mittelohrentzündung häufiger als harmlose Fieberursache, z. B. Zahnen, interpretieren und damit nicht zum Arzt gehen als Eltern ohne Mig-

rationshintergrund. Zwar ist bei der selbstberichteten Otitis-media-Diagnose ein Sozialschichtgradient zu beobachten mit höheren Prävalenzen in der höheren sozialen Schicht, was für eine Krankheitsinterpretation in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund sprechen kann, doch die niedrigeren Prävalenzen bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund zeigen sich in allen drei sozialen Schichten (abgebildet mit dem Winkler-Index). Dies weist auf migrationspezifische Vorteile hin, zumal die Angaben zur Häufigkeit der Mittelohrentzündungen bei den betroffenen Kindern sowie zu den Komplikationen (Paukenerguss mit Paracentese oder Drainage, Schwerhörigkeit, verzögerte Sprachentwicklung) alle auf eine geringere Betroffenheit von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund deuten, während die Einnahme von Antibiotika in etwa gleich verteilt ist. Insgesamt muss dieser Unterschied also konstatiert werden und es gilt, die potenziellen protektiven Faktoren näher zu untersuchen (eine höhere Stillrate bei Müttern mit Migrationshintergrund könnte ein solcher protektiver Faktor sein und ist in der Literatur auch schon berichtet worden). Gleichzeitig wäre zur besseren Einordnung potentieller Inanspruchnahmeeffekte eine Bestätigung durch Studien mit einem anderen Design wün-

schenswert, zumal in der internationalen Literatur die Frage nach der Existenz von ethnischen Unterschieden bei der Prävalenz von Otitis media kontrovers diskutiert wird und die betrachteten ethnischen Gruppen meist auch nicht mit den in Deutschland relevanten Migrantengruppen gleichzusetzen sind.

Auch für die **Lungenentzündung** ist nur nach ärztlich festgestellten Fällen gefragt worden und da gibt es keine statistisch signifikanten Prävalenzunterschiede nach Migrationshintergrund, allerdings dürfte eine Lungenentzündung weniger Spielraum für kulturspezifische Interpretation der Symptome und damit unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten bieten als eine Mittelohrentzündung.

Schließlich sind für einige der selteneren akuten Erkrankungen keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund feststellbar (Herpesinfektionen, Blasen- oder Harnwegsinfekte). Bei Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund sind die Prävalenzen akuter Erkrankungen generell der Gruppe ohne Migrationshintergrund ähnlicher als der Gruppe mit beidseitigem Migrationshintergrund.

Keine nennenswerten Unterschiede ergeben sich darin, wie oft die einzelnen Erkrankungen

Tabelle 13.2.1
12-Monatsprävalenzen akuter Erkrankungen nach Migrationshintergrund (0–17 Jahre)

Gesamt	Migrationshintergrund					
	ohne		einseitig		beidseitig	
	%	95 %-KI	%	95 %-KI	%	95 %-KI
Atemwegserkrankungen*	91,7	(91,1–92,3)	90,3	(88,5–91,9)	84,7	(83,1–86,3)
Erkältung	90,2	(89,5–90,8)	88,7	(86,6–90,5)	80,2	(78,4–82,0)
Bronchitis	20,1	(19,6–21,3)	22,2	(19,9–24,7)	16,0	(14,3–17,8)
Angina	17,9	(17,0–18,8)	18,2	(15,9–20,7)	22,0	(20,3–23,9)
Pseudokrupp**	7,1	(6,4–8,0)	6,8	(4,9–9,4)	3,4	(2,5–4,7)
Lungenentzündung***	11,5	(10,7–12,3)	10,6	(8,9–12,6)	9,8	(8,6–11,2)
Magen-Darm-Infekte	48,3	(47,1–49,6)	48,5	(45,8–51,3)	38,4	(36,0–40,8)
Otitis media***	19,3	(17,9–20,7)	20,2	(17,3–23,4)	11,9	(10,4–13,7)
Herpesinfektion	13,0	(12,2–13,8)	12,8	(10,8–15,0)	12,2	(10,6–14,0)
Bindehautentzündung	8,2	(7,6–8,8)	10,3	(8,5–12,4)	4,5	(3,7–5,5)
Blasen- oder Harnwegsinfekt	4,9	(4,5–5,3)	4,4	(3,3–5,9)	4,7	(3,9–5,6)

* ohne Lungenentzündung

** Die Gesamtangaben beziehen sich hier auf die 0- bis 10-jährigen

*** selbstberichtete Arzt diagnose

Tabelle 13.2.2

Mittlere Auftretenshäufigkeit akuter Erkrankungen in den letzten 12 Monaten nach Migrationshintergrund (0–17 Jahre)

Gesamt	Migrationshintergrund					
	ohne		einseitig		beidseitig	
	MW	95%-KI	MW	95%-KI	MW	95%-KI
Erkältung	2,4	(2,4–2,5)	2,5	(2,4–2,6)	2,4	(2,3–2,5)
Bronchitis	1,7	(1,7–1,8)	1,7	(1,5–1,9)	1,9	(1,8–2,1)
Angina	1,5	(1,5–1,6)	1,5	(1,3–1,8)	1,8	(1,7–2,0)
Pseudokrupp	1,8	(1,5–2,0)	1,4	(1,2–1,7)	1,6	(1,3–1,9)
Magen-Darm-Infekte	1,6	(1,6–1,7)	1,7	(1,6–1,8)	1,8	(1,7–1,9)
Herpesinfektion	2,3	(2,2–2,4)	2,0	(1,8–2,2)	2,3	(2,0–2,5)
Bindehautentzündung	1,4	(1,3–1,4)	1,4	(1,3–1,5)	1,8	(1,3–2,2)
Blasen- oder Harnwegsinfekt	1,5	(1,4–1,6)	1,4	(1,0–1,9)	2,0	(1,6–2,5)

durchschnittlich in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind. (Tabelle 13.2.2).

13.3 Zusammenfassung

Die KiGGS-Ergebnisse zur Häufigkeit akuter Erkrankungen im Kindesalter, die darauf hindeuten, dass Kinder mit Migrationshintergrund etwas seltener krank sind als Kinder ohne Migrationshintergrund, stehen im Einklang mit den wenigen Befunden, die es aus anderen Befragungen gibt. Dennoch ist dieses Ergebnis überraschend, zumal Kinder mit Migrationshintergrund überproportional häufig der unteren sozialen Schicht angehören und aus Studien bei Erwachsenen sich das Gegenteil abzuzeichnen scheint, nämlich eine z. T. höhere Erkrankungshäufigkeit bei Migrantinnen und Migranten. Allerdings ist die Sozialschichtabhängigkeit der Erkrankungen bei Kindern nicht generell gleichzusetzen mit der bei Erwachsenen. Für akute Erkrankungen finden sich in KiGGS nur für wenige ausgewählte Erkrankungen (Mandelentzündung und Herpesinfektionen) höhere Prävalenzen in der unteren sozialen Schicht, während die deutlich häufigeren Erkältungen und Magen-Darm-Infekte bei Kindern der oberen sozialen Schicht überproportional häufig aufzutreten scheinen [4]. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Erkrankungsprävalenz in den letzten 4 Wochen im Mik-

rozensus 2005 zwar bei Kindern und jungen Erwachsenen bis 35 Jahre bei Migranten/innen als niedriger angegeben wird, in der Altersgruppe 35–45 Jahre besteht jedoch nur noch ein relativ geringer Unterschied und bei über 45-Jährigen sind die Migranten/innen häufiger krank [2]. Diese Umkehr mag ihre Ursachen unter anderem in dem unterschiedlichen Erkrankungsspektrum im Altersverlauf haben (im Kindesalter mehr akute Erkrankungen, v. a. harmlose Erkältungskrankheiten, im Alter mehr chronische Krankheiten, die mehr lebensstilassozierte Risikofaktoren haben), ebenso könnten sich soziallagebedingte nachteilige Lebensbedingungen auch erst kumulativ im Lebensverlauf bemerkbar machen. Möglicherweise handelt es sich auch um Kohorteneffekte, da insbesondere die erste sogenannte Gastarbeitergeneration ganz spezifische Aufnahmebedingungen vorgefunden hat.

Literatur

1. Hermann N, Mielck A (2001) Der Gesundheitszustand von deutschen und ausländischen Kindern: Warum ist Mehmet gesünder als Maximilian? Das Gesundheitswesen 63: 741–747
2. Statistisches Bundesamt (2007) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus

sus 2005. Fachserie 1 Reihe 2.2, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2007

3. Dill H, Höfer R, Keupp H (1999) Jugendgesundheit zwischen den Kulturen – eine Befragung an Münchner Berufsschulen. Institut für Praxisforschung und Projektberatung IPP. München
4. Kamtsiuris P, Atzpodien A, Ellert U et al. (2007) Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 686–700

14 Ansteckende Kinderkrankheiten

Ansteckende Kinderkrankheiten sind nicht immer harmlos, sondern können mit Komplikationen einhergehen und langfristige Folgen für die Kinder haben. Daher ist die Prävalenz ansteckender Kinderkrankheiten, insbesondere der impfpräventablen Kinderkrankheiten Masern, Mumps, Röteln und Keuchhusten⁶ von Public Health-Interesse, und Unterschiede zwischen spezifischen Bevölkerungsgruppen sind von Bedeutung für die Präventionsarbeit.

14.1 Erfassung ansteckender Kinderkrankheiten in KiGGS

Für alle KiGGS-Teilnehmer im Alter zwischen 0 und 17 Jahren wurden die Eltern im Fragebogen danach gefragt, ob ihr Kind jemals folgende ansteckende Kinderkrankheiten hatte: Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken und Scharlach.

14.2 Lebenszeitprävalenzen ansteckender Kinderkrankheiten

Beim Vergleich der Prävalenzen der impfpräventablen Kinderkrankheiten, für die in Deutschland zum Zeitpunkt der KiGGS-Studie eine generelle Impfpflicht bestand (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten), fällt insbesondere auf, dass für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund häufiger angegeben wird, dass sie Masern hatten, als für Kinder ohne Migrationshintergrund (Abbildung 14.2.1 und 14.2.3). Dies ist zunächst erstaunlich, da die Gesamtgruppe der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund in etwa gleich gut mit einer Masernimpfung versorgt ist wie Kinder ohne Migrationshintergrund und nur geringfügig (und nicht statistisch signifikant) schlechter mit zwei Masernimpfungen (2 bis 17 Jahre: 73,3% vs. 74,7%). Allerdings ist die Untergruppe der nicht in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund (das

⁶ Für Windpocken bestand zum Zeitpunkt der KiGGS-Studie noch keine generelle Impfpflicht

Abbildung 14.2.1
Lebenszeitprävalenz impfpräventabler Kinderkrankheiten, für die in Deutschland zum Zeitpunkt der KiGGS-Studie eine generelle Impfempfehlung bestand

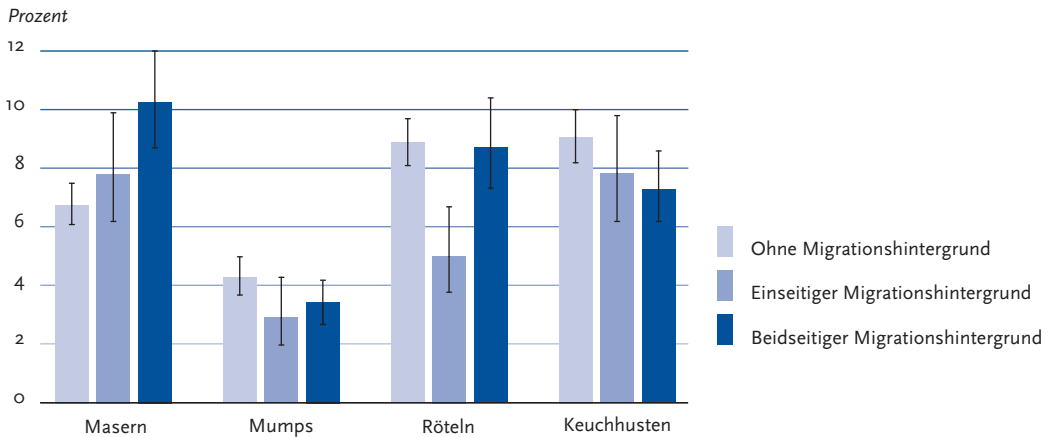
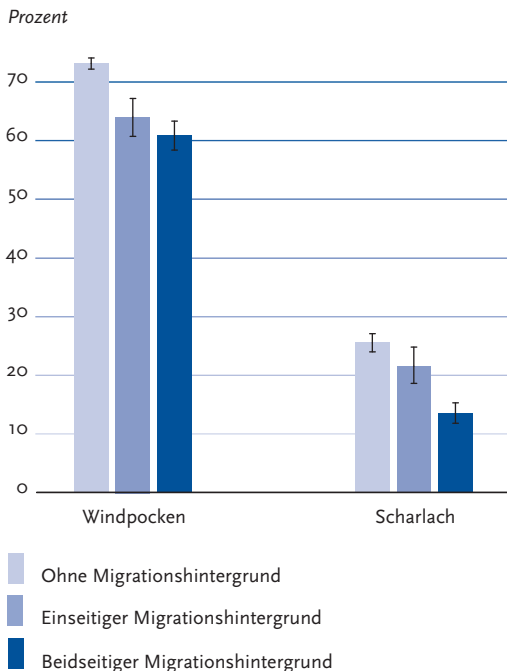


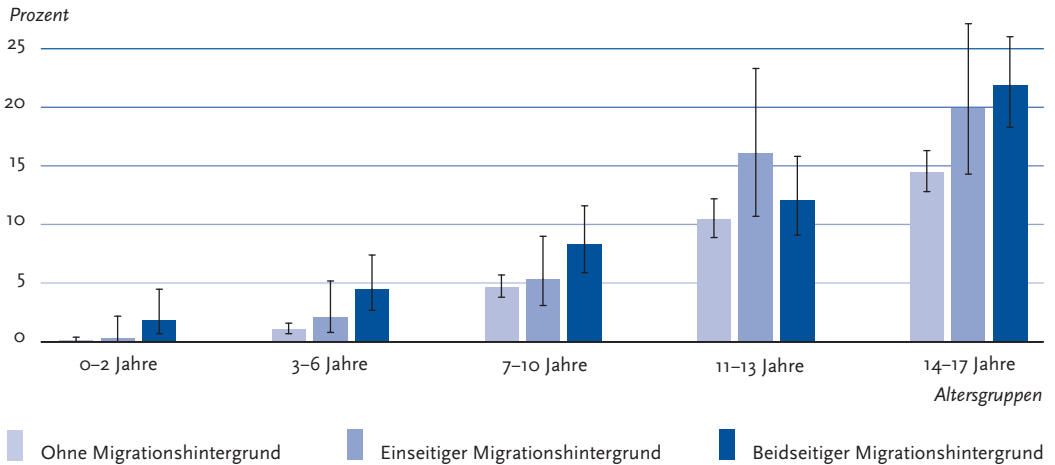
Abbildung 14.2.2
Lebenszeitprävalenz von Windpocken und Scharlach bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund



sind ein Fünftel aller Migrantenkinder und immerhin 4 % aller Kinder in KiGGS) deutlich schlechter gegen Masern geimpft als in Deutschland geborene Migrantenkinder und als Nicht-Migranten (siehe Kapitel 21). Ein ähnlicher Zusammenhang ist auch bei den Masernerkrankungen zu beobachten: die Untergruppe der nicht in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund hat die höchste Masernprävalenz mit 9,7 %, gefolgt von Migrantenkindern der zweiten und nachfolgender Generationen mit 8,4 %, und von Nicht-Migranten mit 6,6 % (bei allerdings kleinen Fallzahlen, so dass die Unterschiede nicht statistisch signifikant sind). Eine weitere Differenzierung nach Herkunftsland zeigt, dass die aus der Türkei und aus Mittel- und Südeuropa stammenden Kinder mit Migrationshintergrund eine besonders hohe Masernprävalenz angeben. Dieser Befund steht nicht im Widerspruch zu den Impfdaten, ergibt sich aber auch nicht zwingend daraus und bietet keine ganz naheliegende Interpretation, so dass eine Bestätigung aus anderen Studien oder den noch ausstehenden Antikörpertiterbestimmungen in KiGGS von Interesse wäre.

Überraschend ist auch insbesondere die niedrigere Prävalenz von Windpocken und Scharlach bei Kindern mit Migrationshintergrund. Hier handelt es sich ebenfalls um Selbstangaben, die wir zur Zeit nicht durch ähnliche Berichte aus ande-

Abbildung 14.2.3
Lebenszeitprävalenz von Masern nach Migrationshintergrund und Alter



ren Quellen bestätigen können (jedoch auch nicht widerlegen).

14.3 Zusammenfassung

Kinder mit Migrationshintergrund haben nach Angaben ihrer Eltern häufiger Masern als Kinder ohne Migrationshintergrund. Einer der Gründe (und zugleich eine Bestätigung) hierfür könnte der schlechtere Impfschutz der erst nach der Geburt zugewanderten Kinder mit Migrationshintergrund sein. Bei den anderen impfpräventablen Kinderkrankheiten, für die zum Zeitpunkt der KiGGS-Studie eine generelle Impfempfehlung bestand (Mumps, Röteln und Keuchhusten), können hingegen keine konsistenten Unterschiede nach Migrationshintergrund festgestellt werden. Windpocken und Scharlach werden für Migrantenkinder deutlich seltener angegeben, diese Selbstangaben können jedoch nicht durch Antikörpertiter verifiziert werden.

15 Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sind in der Kindheit insgesamt deutlich seltener als im Erwachsenenalter. Auch das Krankheitsspektrum unterscheidet sich: häufig sind chronisch-respiratorische und allergische Erkrankungen, Adipositas sowie psychische Auffälligkeiten. Hingegen sind chronisch-degenerative Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen oder Muskel-Skeletterkrankungen insgesamt selten im Kindesalter, auch wenn eine Zunahme ihrer Prävalenz in den letzten Jahrzehnten für (berechtigte) Schlagzeilen gesorgt hat. Daher ist eine Allgemeinbevölkerungsstudie wie KiGGS nicht geeignet, systematisch Unterschiede nach Migrationshintergrund im ganzen Spektrum chronischer Erkrankungen des Kindesalters zu identifizieren. Insbesondere seltene Krankheiten, z. B. bestimmte Stoffwechsel- oder chronische Infektionskrankheiten, die migrantengruppenspezifische Besonderheiten aufweisen, müssen durch klinische Register oder Fallserien untersucht werden. Häufige chronische Erkrankungen sind jedoch in KiGGS systematisch erfasst worden und die Ergebnisse für chronische somatische (körperliche) Erkrankungen sowie amtlich anerkannte Behinderungen sind Gegenstand des vorliegenden Kapitels.

15.1 Erfassung chronischer Erkrankungen in KiGGS

Fragen zu chronischen Erkrankungen wurden in KiGGS den Eltern aller Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren im Rahmen des strukturierten computergestützten ärztlichen Interviews gestellt. Dabei wurde für eine Liste chronischer Erkrankungen (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma, obstruktive Bronchitis, Herzkrankheiten, epileptische Anfälle, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes, Anämie, Skoliose, Migräne) gefragt, ob sie jemals bzw. in den letzten 12 Monaten ärztlich festgestellt wurden.

15.2 Prävalenzen amtlich anerkannter Behinderungen und ausgewählter chronischer Erkrankungen

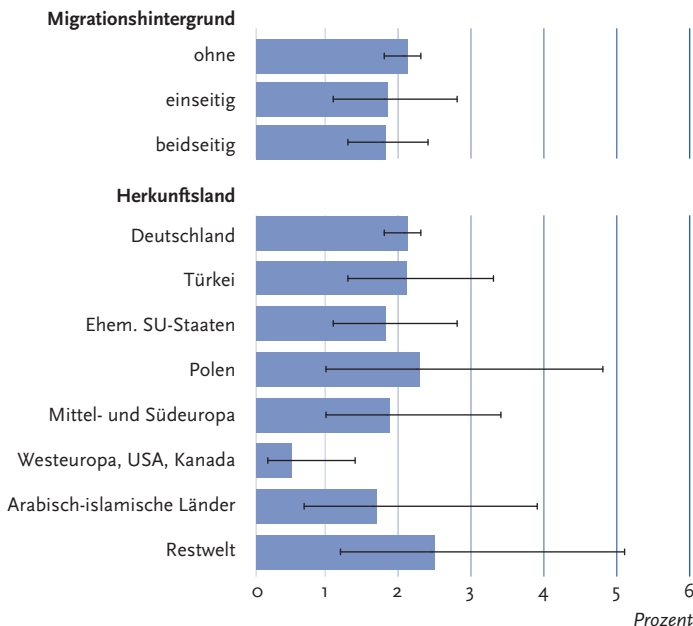
Die Prävalenz amtlich anerkannter Behinderungen bei den KiGGS-Teilnehmern mit Migrationshintergrund ist geringfügig niedriger als bei Kindern ohne Migrationshintergrund, dieser Un-

terschied ist jedoch nicht statistisch signifikant (Abbildung 15.2.1). Dies bestätigt von der Tendenz her die Ergebnisse der Schwerbehindertenstatistik, die für amtlich anerkannte Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 % für die Altersgruppe 0- bis 18 Jahre im Jahr 2003 eine geringfügig niedrigere Prävalenz bei Nicht-Deutschen im Vergleich zu Deutschen zeigt (Jungen 1,24 % vs. 1,19 %, Mädchen 0,95 % vs. 0,90 % [1]). Diese Prävalenzen hängen jedoch sowohl in KiGGS als auch in der Schwerbehindertenstatistik auch vom Inanspruchnahmeverhalten des Verfahrens zur amtlichen Anerkennung einer Behinderung ab.

Auf **Übergewicht und Adipositas** wird in einem gesonderten Kapitel dieses Berichtes eingegangen (siehe Kapitel 12). **Sehstörungen**, die ebenfalls häufig sind im Kindesalter, sind Gegenstand zukünftiger Analysen.

Erste Ergebnisse zu Unterschieden bei **psychischen Störungen und Auffälligkeiten** nach Migrationshintergrund sind bereits in der KiGGS-Basispublikation berichtet worden und werden an dieser Stelle kurz zusammengefasst (vertiefende

Abbildung 15.2.1
Kinder mit amtlich anerkannten Behinderungen (0–17 Jahre; Prozent, 95 % KI)



Analysen sind Gegenstand zukünftiger Auswertungen). Hier gilt es zu betonen, dass in KiGGS keine psychiatrischen Diagnosen gestellt wurden, sondern mit Fragebogeninstrumenten nach bestimmten psychischen Auffälligkeiten im Sinne einer Risikogruppenidentifizierung gescreent wurde.

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten und Stärken sind in KiGGS mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst worden [2]. Dabei wies mit 9,8 % ein fast anderthalbmal höherer Anteil von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund psychische Auffälligkeiten auf als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (6,7 %, zu denen in dieser Auswertung auch Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund gezählt wurden). Dieser Vergleich beinhaltet Auffälligkeiten in den Bereichen emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensprobleme und Probleme mit Gleichaltrigen. Allerdings zeigten sich auch vermehrt Merkmale psychischer Auffälligkeiten bei niedrigerem sozioökonomischem Status, so dass die überproportional häufigere Zugehörigkeit von Kindern mit Migrationshintergrund zu niedrigeren sozialen Schichten hier eine wichtige Rolle spielen könnte. Neben diesem Vergleich psychischer Schwächen wurde für den Bereich psychischer Stärken mit diesem Fragebogeninstrument prosoziales Verhalten untersucht. Auch hier deuten die Ergebnisse auf größere Defizite bei den Kindern mit Migrationshintergrund, auch wenn die Unterschiede nicht so stark ausgeprägt sind: der Anteil von Kindern mit Defiziten im prosozialen Verhalten war bei Kindern mit Migrationshintergrund 5,0 %, bei Kindern ohne Migrationshintergrund 3,4 %.

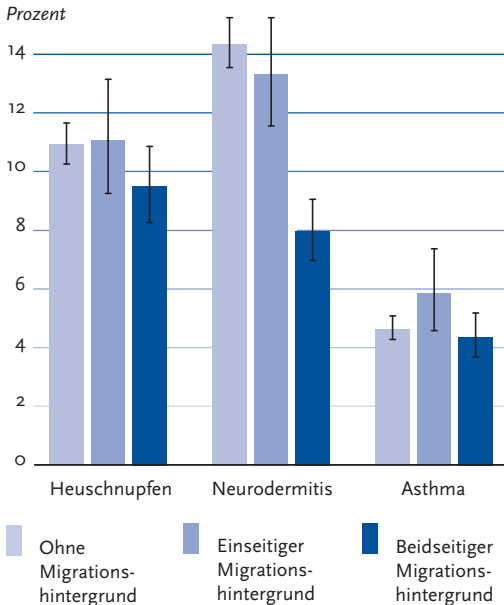
Ein weiteres Screening-Fragebogeninstrument zur Identifizierung von psychischen Auffälligkeiten ist der SCOFF-Fragebogen, mit dem nach möglichem **essgestörtem Verhalten** bei 11- bis 17-Jährigen gescreent wurde [3]. Auch hier war der Anteil an auffälligen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund anderthalb mal so groß wie unter Nicht-Migranten/innen (30 % versus 20 %). Dieser Unterschied reflektiert sicherlich zum Teil die fast doppelt so hohe Prävalenz von Essstörungssymptomen bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, doch wird es auch hier gelten, migrationspezifische Besonderheiten weiter zu untersuchen,

um Zielgruppen für die Prävention besser zu definieren und um kulturspezifische Hintergründe besser zu verstehen.

Schließlich wurden die Eltern der 3- bis 17-jährigen Kinder, die an KiGGS teilgenommen haben gefragt, ob jemals eine **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)** durch eine Ärztin bzw. einen Arzt oder eine Psychologin bzw. einen Psychologen festgestellt wurde. Die Prävalenz dieser ADHS-Fälle war bei Kindern mit Migrationshintergrund niedriger als bei Nicht-Migranten/innen (3,1 % vs. 5,1 %) und dies obwohl der Sozialschichtgradient genau umgekehrt war (bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status gab es mit 6,4 % einen doppelt so hohen Anteil an ADHS-Fällen als Kinder aus Familien mit hohem sozialen Status). Darüber hinaus wurden jedoch auch mit einer Subskala des SDQ-Fragebogens [2] ADHS-Symptome erfragt und auf dieser Basis ADHS-Verdachtsfälle definiert. Dabei wiesen Kinder mit Migrationshintergrund im Gegensatz zu den ADHS-Diagnosen eine höhere Prävalenz auf als Nicht-Migrantenkinder (tendenziell, wenn auch nicht signifikant), obwohl der Sozialschichtgradient zu Ungunsten der niedrigeren sozialen Schicht bestehen blieb. Als mögliche Ursache für die selteneren ADHS-Diagnosen bei Kindern mit Migrationshintergrund werden eine Unterdiagnostizierung von ADHS bei Migranten/innen und eine geringere Inanspruchnahme von Ärzten/innen oder Psychologen/innen bei ADHS-Symptomen diskutiert.

Die Abfrage ausgewählter chronischer Erkrankungen im ärztlichen Interview (**Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma, obstruktive Bronchitis, Herzkrankheiten, epileptische Anfälle, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes, Anämie, Skoliose, Migräne**) ergibt ein uneinheitliches Bild. Einerseits ist die Prävalenz diagnostizierter **allergischer Erkrankungen** bei Kindern mit Migrationshintergrund niedriger, ein Befund der bei den Sensibilisierungsraten (basierend auf standardisierten Blutuntersuchungen in KiGGS, siehe hierzu auch Kapitel Allergische Erkrankungen) jedoch keine klare Bestätigung findet (es gibt geringfügig niedrigere Sensibilisierungsraten bei Migrantenkindern, die jedoch nicht statistisch signifikant sind und um ein Vielfaches niedriger sind als die Unterschiede bei den angegebenen Erkrankungen). Bei den einzelnen allergischen Er-

Abbildung 15.2.2
12-Monatsprävalenzen von Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma nach Migrationshintergrund (Selbstberichtete Arzt Diagnosen, 0–17 Jahre; Prozent, 95 % KI)



krankungen finden sich die größten Unterschiede nach Migrationshintergrund für das allergische Kontaktekzem und die Neurodermitis, während sie für Heuschnupfen und Asthma geringer ausgeprägt sind (Abbildung 15.2.2). Damit bleibt fraglich, ob die niedrigere Prävalenz berichteter allergischer Erkrankungen bei Migranten/innen nicht doch durch ein unterschiedliches Laienkonzept der Erkrankung (beim allergischen Kontaktekzem, wo einfach nach dem Vorliegen der Erkrankung gefragt war) oder durch eine niedrigere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (insbesondere bei der Neurodermitis) bedingt ist.

Andererseits wird eine **Anämie** bei Kindern mit Migrationshintergrund häufiger diagnostiziert als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (Abbildung 15.2.4 und 15.2.7). Auch dieser Befund kann in KiGGS durch einen objektivierbaren Befund, nämlich die gemessenen Hämoglobinkonzentrationen im Blut bestätigt werden [4]. Demnach lag die Prävalenz von Anämie definiert als das Unterschreiten alters- und geschlechtsspezifischer Grenzwerte der Hämoglobinkonzentration nach Empfehlungen des Centers of Disease Control and Prevention (CDC) bei Kindern mit Migrationshintergrund mit 10,8 % höher als bei Kindern

Abbildung 15.2.3
12-Monatsprävalenzen von obstruktiver Bronchitis, Skoliose, Herzkrankheit und epileptischen Anfällen nach Migrationshintergrund (Selbstberichtete Arzt Diagnosen, 0–17 Jahre; Prozent, 95 % KI)

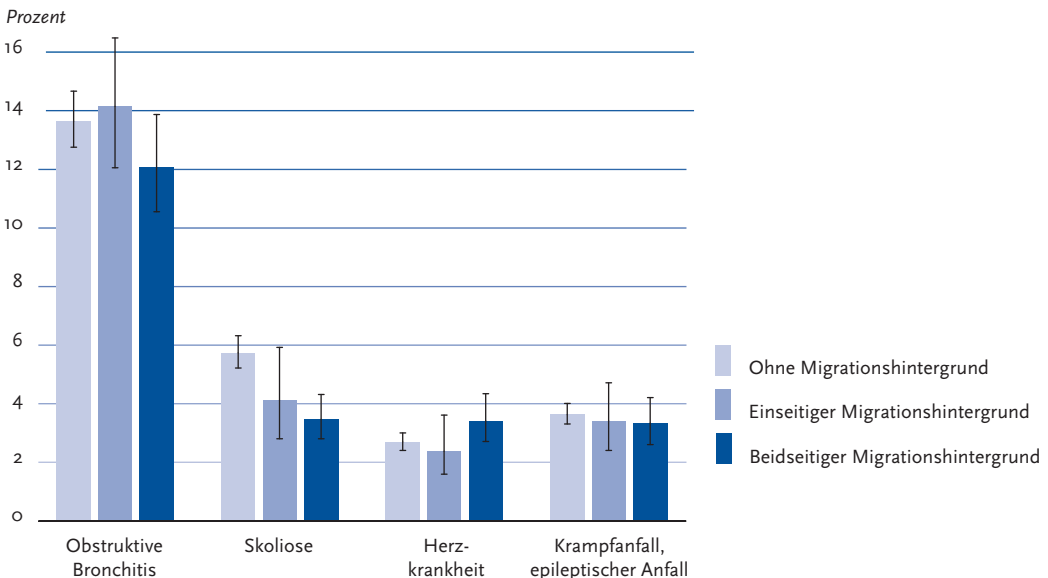
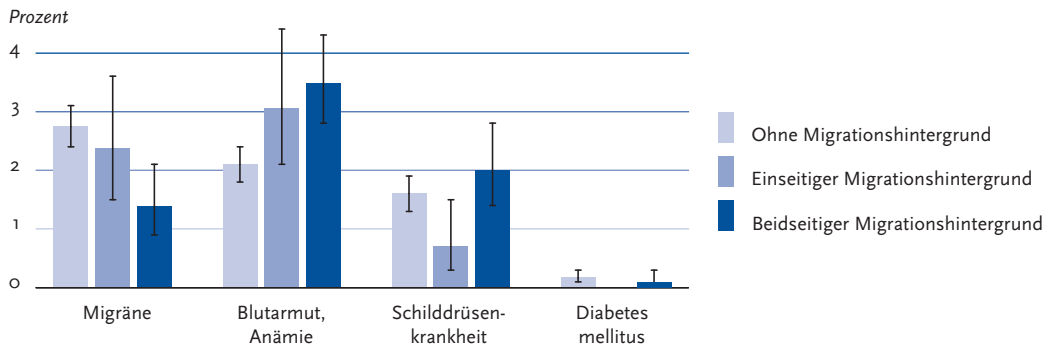


Abbildung 15.2.4

12-Monatsprävalenzen von Migräne, Anämie, Schilddrüsenerkrankungen und Diabetes nach Migrationshintergrund (Selbstberichtete Arzt Diagnosen, 0–17 Jahre; Prozent, 95 % KI)



mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund (6,5 %), bestätigte also die angegebenen Prävalenzunterschiede.

Für die Interpretation der meisten anderen abgefragten chronischen Krankheiten muss berücksichtigt werden, dass es sich um selbstberichtete Arzt Diagnosen handelt, d. h. sowohl das Ausmaß der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als auch die präzise Kommunikation, Erinnerung und Wiedergabe der Diagnose beeinflussen diese Prävalenzen. Zwar sehen wir statistisch signifikante Unterschiede mit niedrigeren Prävalenzen von selbstberichteten **Skoliose-** und **Migränediagnosen** bei Migranten/innen, doch erscheint die Größenordnung dieser Unterschiede hoch im Vergleich zu dem, was aus der internationalen Literatur an Prävalenzunterschieden zwischen ethnischen Gruppen bekannt ist (und auch diese Unterschiede sind oft methodisch zu hinterfragen). Für beide Erkrankungen gilt, dass sich hinter diesen selbstberichteten Arzt Diagnosen sowohl Verdachtsfälle als auch sichere Diagnosen verbergen können und vor allem unterschiedliche Inanspruchnahmeraten nach Migrationshintergrund zumindest für einen Teil der Differenzen verantwortlich sein können.

Daher wäre eine Bestätigung durch Untersuchungssurveys mit objektivierbaren Messungen wünschenswert, bevor diese Befunde im Sinne einer besseren oder schlechteren Gesundheit von Migranten/innen interpretiert werden. Unterschiede nach Herkunftsland (Abbildung 15.2.5 und

15.2.6) werden daher an dieser Stelle beschrieben, eine Interpretation erscheint jedoch zu spekulativ.

Die Angabe einer Gesamtprävalenz für chronische Erkrankungen im Kindesalter wäre einerseits für eine zusammenfassende Betrachtung von Unterschieden nach Migrationshintergrund ein attraktives Konzept, ist bei näherer Betrachtung jedoch problematisch. Eine pauschale Angabe, ob ein Kind chronisch krank ist, ist medizinisch nur dann leistbar, wenn »chronische Erkrankung« sehr genau definiert ist. Hier können Aspekte der

Abbildung 15.2.5

12-Monatsprävalenzen von Skoliose nach Herkunftsland (Selbstberichtete Arzt Diagnosen, 0–17 Jahre; Prozent, 95 % KI)

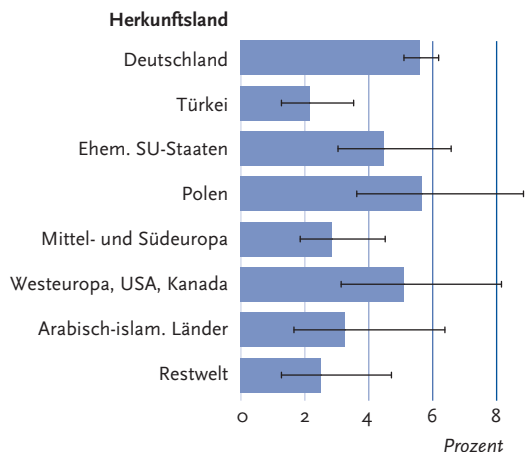
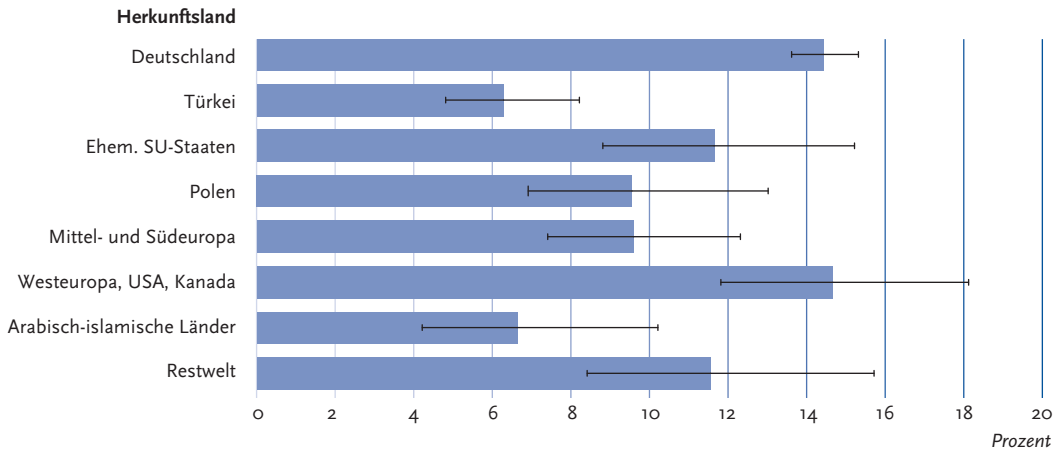
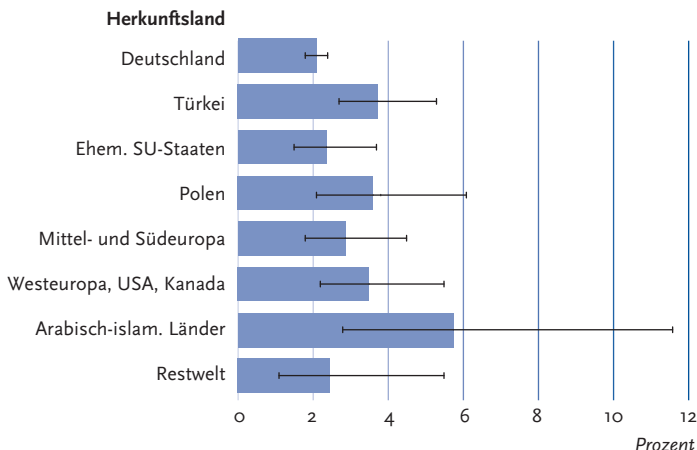


Abbildung 15.2.6**12-Monatsprävalenzen von Neurodermitis nach Herkunftsland (Selbstberichtete Arzt Diagnosen, 0–17 Jahre; Prozent, 95 % KI)**

Krankheitsdauer, des Versorgungsbedarfes, des Leidensdrucks und der gesundheitlichen und anderen Einschränkungen für das betroffene Kind und sein Umfeld eine Rolle spielen. Entsprechend der verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten einer solchen Definition ergeben sich in der internationalen Literatur unterschiedliche Operationalisierungen des Begriffes »chronisch kranke Kinder« [5], die alle aufgrund ihrer Komplexität für einen Vergleich zwischen Migranten/innen und

Nicht-Migranten/innen – insbesondere bei Befragung der Betroffenen selbst – der Gefahr verschiedenster Verzerrungen unterliegt. Migrationsspezifische Besonderheiten sind daher valider beim Vergleich einzelner Erkrankungen zu erfassen als durch Konstruktion von Indices (z. B. Anzahl der Krankheiten). Aus ähnlichen Gründen ist auch im Mikrozensus auf die von 1974 bis 1982 gestellte pauschale Frage nach Vorliegen einer chronischen Erkrankung verzichtet worden [6].

Abbildung 15.2.7**12-Monatsprävalenzen von Anämie nach Herkunftsland (Selbstberichtete Arzt Diagnosen, 0–17 Jahre; Prozent, 95 % KI)**

15.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend sprechen die KiGGS-Ergebnisse dafür, dass es auch im Bereich chronischer Erkrankungen migrationspezifische Unterschiede gibt, die jedoch nicht alle Erkrankungen betreffen und auch nicht ausschließlich in Richtung einer größeren Krankheitslast bei Migranten/innen weisen. So sind Kinder mit Migrationshintergrund häufiger von Adipositas und Anämie betroffen und weisen zu einem höheren Anteil Merkmale psychischer Störungen auf, andererseits geben sie seltener an, von allergischen Erkrankungen betroffen zu sein, bzw. dass eine Skoliose- oder Migränediagnose gestellt wurde.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2005) Schwerbehindertenstatistik 2003. www.gbe-bund.de
2. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007a) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 784–793
3. Hölling H, Schlack R (2007b) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 794–799
4. Thierfelder W, Dortsch R, Hintzpeter B et al. (2007) Biochemische Messparameter im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 757–770
5. Van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuys MA et al. (2007) Definitions and Measurement of Chronic Health Conditions in Childhood. A Systematic Review. JAMA 297: 2741–2751
6. Statistisches Bundesamt (1984) Fragen zur Gesundheit 1982. Mainz: Kohlhammer Fachserie 12, Reihe S.3: 10

16 Allergische Erkrankungen

Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen stehen wie kaum ein anderes Gesundheitsproblem im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Ihre Prävalenz wird in Abhängigkeit von Untersuchungsart und -bedingungen zwischen 8,3 % [1], 12 % bzw. 14 % [2] und 16,7 % [3] angegeben. Andere Untersuchungen fanden noch höhere Prävalenzen für allergische Erkrankungen und eine steigende Tendenz [4–5]. In internationalen Studien zeigte sich für Asthma bei Kindern eine Lebenszeitprävalenz von ca. 7%. Es bestehen jedoch erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Ländern [6], so dass die Angaben nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sind. Eine amerikanische Untersuchung [7] deutet auf eine deutliche Zunahme der Prävalenz von Asthma und der damit verbundenen Beeinträchtigungen bei US-amerikanischen Kindern hin. Zwar bedeuten Neurodermitis, Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien oder ein adäquat behandeltes Asthma bronchiale kein erhöhtes Sterberisiko, doch die Beeinträchtigungen der Befindlichkeit und der Lebensqualität sind erheblich. Allergische Erkrankungen tragen zu einem erheblichen Maße zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei und sind daher auch ein bedeutender Kostenfaktor des Versorgungssystems. Krankheitsbezogene Beeinträchtigungen führen zu Fehlzeiten in Kindergarten (mit entsprechender Belastung der Eltern), Schule (mit Versäumnis von Unterricht) und Beruf. Asthma-Anfälle machen Notaufnahmen im Krankenhaus mit u. U. längeren stationären Verweildauern notwendig. Die Ursachen für das Auftreten der meisten Allergieformen sind nicht ausreichend geklärt, es wird aber von einem multifaktoriellen Ursachengefüge, bestehend aus genetischer Disposition, Umweltfaktoren sowie bestimmten Lebensstilen, ausgegangen.

Eine geringere Prävalenz allergischer Krankheiten bei Kindern nichtdeutscher Herkunft wurde bereits mehrfach beschrieben [8], speziell für die große Gruppe der Kinder türkischer Herkunft in Deutschland [9] oder Schweden [10]. Dies könnte auf Selektionseffekte wie z. B. einen Healthy Migrant Effect, soziokulturell bedingte Unterschiede in Einstellungen zu Krankheiten oder auf Inanspruchnahmeeffekte zurückzuführen.

ren sein. Dass jedoch mit zunehmender Assimilation auch die Prävalenz atopischer Erkrankungen ansteigt [11], deutet darauf hin, dass möglicherweise kulturell bedingte Unterschiede in den Lebensbedingungen maßgeblich sein könnten. Auch in der sich zunehmend verwestlichenden Türkei ist ein Anstieg der Asthma-Prävalenz unter Schulkindern festzustellen [12].

16.1 Daten zu atopischen Erkrankungen in KiGGS

In KiGGS wurden Informationen zu atopischen Erkrankungen (Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma) durch eine standardisierte ärztliche Befragung (Computer-Assisted Personal Interview; CAPI) des begleitenden Elternteils erhoben. Die Fragen lauteten: »Hat ein Arzt jemals bei Ihrem Kind die Krankheit X festgestellt?« und »Ist diese Erkrankung innerhalb der letzten 12 Monate aufgetreten?« Wenn im CAPI angegeben wurde, dass die Krankheit in den vergangenen 12 Monaten noch auftrat oder wenn für denselben Zeitraum eine spezifische Medikamenteneinnahme berichtet wurde, galt der Proband bzw. die Probandin als »aktuell« (in den letzten 12 Monaten) betroffen und ging in die Berechnung der 12-Monats-Prävalenz ein. Probanden/innen, bei denen wenigstens eine der drei atopischen Erkrankungen jemals oder aktuell angegeben worden war, wurde das Merkmal »atopische Erkrankung« zugeordnet.

Daten zum allergischen Kontaktekzem und auch zu weiteren Merkmalen (z. B. Allergien bei den Eltern, Geschwistersituation) wurden über den Elternfragebogen erhoben. Die Frage zur Erfassung des Kontaktekzems lautete: »Hatte Ihr Kind jemals ein allergisches Kontaktekzem (Hautausschlag, z. B. durch Nickel in Uhren, Modeschmuck)?« Hierbei war eine ärztliche Diagnosestellung nicht Voraussetzung für eine positive Antwort.

Bei Zustimmung von Eltern und Proband/innen wurde von 1- bis 17-Jährigen eine Blutprobe entnommen. Zur Allergiediagnostik wurde ein quantitativer Nachweis spezifischer IgE-Antikörper durchgeführt.

Für die 3- bis 17-Jährigen wurde ein Testpanel eingesetzt, das die wichtigsten 20 Sensibilisierun-

gen aus dem Indoor-Bereich (Tiere, Hausstaubmilben, Schimmelpilze) und dem Outdoor-Bereich (Pollen) sowie gegenüber Nahrungsmitteln abdeckt. Die Konzentrationsangaben erfolgten in KU/l und zusätzlich in daraus abgeleiteten 6 Klassen. Ab Klasse 1 oder höher ($\geq 0,35$ KU/l) wurde das Testergebnis als positiv gewertet. Nur auf dieses Testergebnis wird im Weiteren eingegangen.

16.2 Asthma

Als Asthma bronchiale bezeichnet man eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege, die auf einer Übererregbarkeit der Bronchien gegenüber physikalischen, chemischen, immunologischen oder pharmakologischen Reizen beruht. Sie ist charakterisiert durch eine anfallsartig auftretende, reversible Verengung des Bronchialsystems mit Pfeifgeräuschen beim Atmen, Husten und Atemnot [13–14].

Die Lebenszeitprävalenz von Asthma ist statistisch nicht signifikant unterschiedlich bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (4,7 % ohne Migrationshintergrund, 5,9 % binationale und 4,4 % Migrantenkinder). Der bei Kindern ohne Migrationshintergrund zu beobachtende Geschlechtsunterschied mit höherer Asthmaprävalenz bei den Jungen im Vergleich zu den Mädchen ist bei Kindern mit Migrationshintergrund auch zu beobachten, erreicht hier allerdings keine statistische Signifikanz. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt die Asthmaprävalenz tendenziell zu. Der Grad der Integration und der Aufenthaltsstatus scheinen hingegen die Asthmaprävalenz nicht zu beeinflussen. Ein Zusammenhang zwischen sozialem Status und der Asthmaprävalenz scheint weder bei Kindern mit noch ohne Migrationshintergrund zu bestehen.

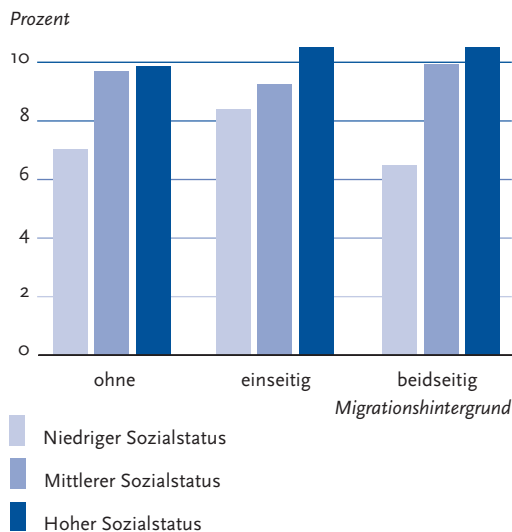
Hinsichtlich der Prävalenz von Asthma im letzten Jahr ergibt sich auf etwas niedrigerem Niveau ein ganz ähnliches Bild.

16.3 Heuschnupfen

Die allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) ist eine allergische Reaktion der Bindehäute von Nase und Augen mit vermehrter Sekretion,

Niesreiz und behinderter Nasenatmung. Sie kann saisonal durch Pollen oder andere Allergene wie etwa Tierepithelien ausgelöst werden. Statistisch signifikante Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen zeigen sich hinsichtlich des Migrationshintergrundes nicht (11,0 % ohne, 11,1 % binational, 9,6 % Migrantenkinder). Auch hier sind wieder unabhängig vom Migrationshintergrund Jungen häufiger betroffen als Mädchen. Am seltensten wird Heuschnupfen bei Kindern und Jugendlichen aus der Türkei (7,6 %) beobachtet, am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen aus Westeuropa/USA/Kanada mit 12,8 % und der »Restwelt« mit 13,8 %. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt die Heuschnupfenprävalenz zu. Der Grad der Integration und der Aufenthaltsstatus scheinen hingegen die Heuschnupfenprävalenz nicht zu beeinflussen. Auch für die 12-Monatsprävalenz von Heuschnupfen zeigte sich das gleiche Bild wie für die Lebenszeitprävalenz. Wie bei Kindern ohne Migrationshintergrund sind auch bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund diejenigen aus der niedrigsten sozialen Statusgruppe am seltensten von Heuschnupfen betroffen, allerdings ist dieser Unterschied hier nicht statistisch signifikant (Abbildung 16.3).

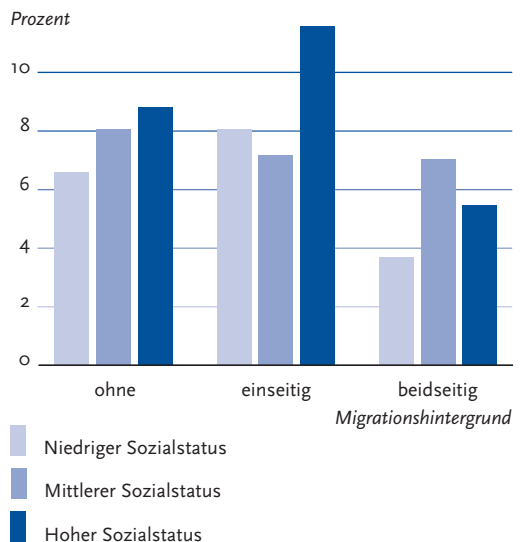
Abbildung 16.3
12-Monatsprävalenz von Heuschnupfen nach Migrationshintergrund und sozialem Status



16.4 Neurodermitis

Das atopische Ekzem (atopische Dermatitis, Neurodermitis) ist eine nicht ansteckende, chronisch entzündliche Hauterkrankung, die meist in Schüben verläuft und mit Rötung und starkem Juckreiz einhergeht. Neurodermitis wird von Migrantenkindern mit 8,0 % Lebenszeitprävalenz deutlich seltener berichtet als von binationalen (13,4 %) oder Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (14,4 %). Zwischen Mädchen und Jungen zeigt sich unabhängig vom Migrationshintergrund kein Unterschied. Kinder und Jugendliche aus Westeuropa/USA/Kanada mit 14,6 % und Deutschland mit 14,4 % haben die höchste, Kinder und Jugendliche aus der Türkei mit 6,3 % und arabisch-islamischen Ländern mit 6,6 % die geringste Neurodermitis-Lebenszeitprävalenz. Zunehmende Aufenthaltsdauer, ein höherer Integrationsgrad und eine sicherer Aufenthaltsstatus gehen mit einer höheren Prävalenz von Neurodermitis einher. Ein sehr ähnliches Bild ergibt sich für die Neurodermitisprävalenz in den letzten 12 Monaten, allerdings scheinen hier Aufenthaltsdauer, Grad der Integration und Aufenthaltsstatus keine Rolle mehr zu spielen. Kinder

Abbildung 16.4
12-Monatsprävalenz von Neurodermitis nach Migrationshintergrund und sozialem Status



und Jugendliche aus der niedrigsten sozialen Statusgruppe sind unabhängig vom Migrationshintergrund am seltensten von Neurodermitis betroffen.

16.5 Atopische Erkrankung

Mindestens eine der drei Erkrankungen: Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis wurde bei knapp einem Viertel (24,0 %) der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund und bei 23,1 % der binationalen Kinder und Jugendlichen jemals ärztlich festgestellt, aber nur bei 17,7 % der Migrantenkinder. Am häufigsten wurden atopische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus Westeuropa/USA/Kanada (24,8 %) und aus Deutschland (24,0 %), am seltensten bei Kindern und Jugendlichen aus der Türkei (14,2 %) und aus arabisch-islamischen Ländern (17,0 %). Liegt die Lebenszeitprävalenz einer atopischen Erkrankung bei einer nur fünfjährigen Aufenthaltsdauer noch bei 12,6 %, verdoppelt sie sich nahezu bei einer Aufenthaltsdauer von 20 Jahren und länger (24,1 %). Der Grad der Integration und der Aufenthaltsstatus scheinen auf das Vorkommen einer atopischen Erkrankung allerdings keinen Einfluss zu haben. Während bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund Jungen häufiger von

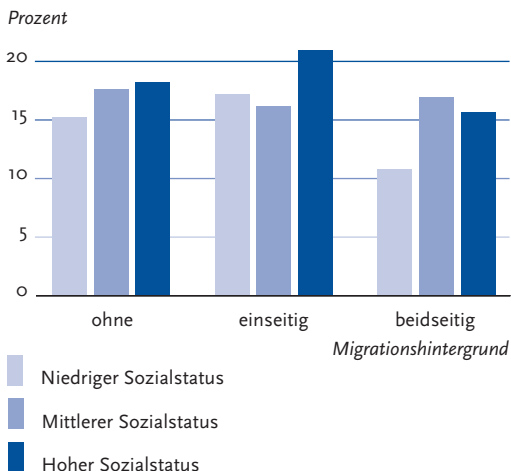
einer atopischen Erkrankung betroffen sind, lassen sich bei Kindern mit Migrationshintergrund keine geschlechtsspezifischen Unterschiede konstatieren. Auch hier ergibt sich für die 12-Monatsprävalenz ein ähnliches Bild wie für die Lebenszeitprävalenz.

Wie bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund so sind auch Migrantenkinder in der niedrigsten sozialen Schicht am seltensten von atopischen Erkrankungen betroffen.

16.6 Allergisches Kontaktekzem

Das allergische Kontaktekzem (Kontaktdermatitis) ist eine nicht-infektiöse Entzündung der Haut, die bei bestehender Sensibilisierung durch äußerlich auf die Hautstelle einwirkende Stoffe verursacht wird. Das klinische Bild ist durch Juckreiz, Knötchen, Bläschen und entzündliche Rötung der Haut an der Stelle des Allergenkontaktes gekennzeichnet. Auch ein allergisches Kontaktekzem wird für Migrantenkinder mit 7,3 % deutlich seltener angegeben als für Kinder und Jugendliche aus binationalen Familien (10,5 %) oder ohne Migrationshintergrund (10,4 %). Am seltensten werden Kontaktallergien für türkischstämmige Kinder und Jugendliche (5,8 %), am häufigsten für Kinder und Jugendliche aus Westeuropa/USA/Kanada (10,9 %) angegeben. Unabhängig vom Migrationshintergrund sind Mädchen mehr als doppelt so häufig von allergischem Kontaktekzem betroffen als Jungen. Da diese Allergien häufig von Modeschmuck (Nickel) oder Duftstoffen in Parfümen hervorgerufen werden, scheint dieser Unterschied plausibel. Eine längere Aufenthaltsdauer in Deutschland geht insbesondere bei den Mädchen mit einer größeren Prävalenz von allergischem Kontaktekzem einher. Unterschiede in der Prävalenz des allergischen Kontaktekzems nach Grad der Integration oder Aufenthaltsstatus lassen sich nicht feststellen. Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status und dem Kontaktekzem traten nicht auf.

Abbildung 16.5
12-Monatsprävalenz von atopischer Erkrankung nach Migrationshintergrund und sozialem Status



16.7 Sensibilisierung

Der Anteil der Sensibilisierten liegt unabhängig vom Migrationshintergrund relativ hoch und un-

terscheidet sich nicht signifikant: 40,8 % der Kinder und Jugendlichen im Alter ab 3 Jahren ohne Migrationshintergrund, 43,9 % der binationalen Kinder und Jugendlichen und 39,4 % der Migrantenkinder sind gegen mindestens eines der getesteten Allergene sensibilisiert. Die niedrigsten Sensibilisierungsraten haben Kinder und Jugendliche aus der Türkei (36,3 %), die höchsten Kinder und Jugendliche aus Polen (47,5 %) und der »Restwelt« (47,6 %). Unabhängig vom Migrationshintergrund sind Jungen deutlich häufiger sensibilisiert als Mädchen. Liegt die Sensibilisierungsraten bei einer Aufenthaltsdauer von bis zu 5 Jahren bei 34,4 % so steigt sie auf 44,3 % bei einer Aufenthaltsdauer von mehr als 20 Jahren an. Zwischen Integrationsgrad und Aufenthaltsstatus auf der einen und Sensibilisierung auf der anderen Seite zeigt sich kein Zusammenhang. Auch zwischen sozialem Status und Sensibilisierung scheint kein Zusammenhang zu bestehen.

16.8 Zusammenfassung

Alle atopischen Krankheiten außer Asthma werden für Migrantenkinder deutlich seltener berichtet als für Kinder ohne Migrationshintergrund. Dass die Gruppe der Migranten sehr heterogen ist, zeigt sich auch in der Allergieprävalenz. Insbesondere türkischstämmige Kinder und Jugendliche weisen für alle diese Krankheiten die niedrigsten Prävalenzen auf. Für Kinder und Jugendliche aus Westeuropa/USA/Kanada werden hingegen neben Deutschland und der »Restwelt« häufig die höchsten Prävalenzen angegeben. Man könnte versucht sein, die geringere Prävalenz allergischer Erkrankungen unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zumindest teilweise mit einem anderen Inanspruchnahmeverhalten, Verständnisschwierigkeiten oder einer soziokulturell geprägten differenzierten Krankheitswahrnehmung zu erklären. Die Sensibilisierungsraten, die sich zwar nicht zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden, die aber für Kinder und Jugendliche aus der Türkei am niedrigsten sind, lassen sich damit allerdings nicht erklären.

Die Tatsache, dass mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland die Prävalenz aller allergischen Erkrankungen zunimmt, lässt die

Vermutung zu, dass der im Aufnahmeland erlernte Lebensstil und die Lebensumstände wesentlich zur Entstehung von Allergien beitragen.

Neurodermitis und Heuschnupfen treten sowohl bei Kindern und Jugendlichen mit als auch ohne Migrationshintergrund in der niedrigsten sozialen Statusgruppe am seltensten auf, und auch innerhalb der niedrigsten sozialen Statusgruppe ist die Prävalenz bei Migrantenkindern deutlich geringer als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Zusammengefasst scheinen die Ergebnisse wesentliche Teile der Hygiene-Hypothese zu bestätigen, die den westlichen Lebensstil mit seinem ausgeprägten Hygienebewusstsein und der meist geringeren Geschwisteranzahl für die Entstehung allergischer Erkrankungen mit verantwortlich macht.

Literatur

1. Bergmann KE, Kamtsiuris P; Kahl H et al. (1998) Prävalenz von Krankheiten im Kindesalter. *M Schr. Kinderheilkd.* 146: 120 und 251
2. Koch K (1998) Weltatlas der Allergien. *Deutsches Ärzteblatt* 95: 1032–1034
3. Schlaud M, Thierfelder W (2006) Tagungsbericht Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Allergische Erkrankungen*, 4. http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/DE_neu_21.09.06_N_551_corr2_ohne_Korrekturmodus.pdf
4. Mutuis E von, Weiland SK, Fritzsche C et al. (1998) Increasing Prevalence of Hay Fever and Atopy among children in Leipzig, East Germany. In: *The Lancet* 351 S 882–886
5. Kolip P, Nordlohne E, Hurrelmann K (1995) Der Jugendgesundheitsurvey 1993. In: Kolip P; Hurrelmann K; Schnabel P-E (Hrsg): *Jugend und Gesundheit*. Juventa. Weinheim/München S 25–48
6. Wjst M (1996) Epidemiologie von Asthma im Kindesalter im internationalen Vergleich. *Allergologie* 19, 234–243
7. Newacheck PW, Halfon N (2000) Prevalence, impact, and trends in childhood disability due to asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154 (3): 287–293

8. Grüber C, Meinlschmidt G, Bergmann R et al. (2002) Is early BCG vaccination associated with less atopic disease? An epidemiological study in German preschool children with different ethnic backgrounds. *Pediatr Allergy Immunol* 13: 177–181
9. Kabesch M, Schaal W, Nicolai T et al. (1999) Lower prevalence of asthma and atopy in Turkish children living in Germany. *Eur Respir J* 13: 577–582
10. Hjern A, Haglund B, Hedlin G (2000) Ethnicity, childhood environment and atopic disorder. *Clin Exp Allergy* 30: 521–528
11. Grüber C, Illi S, Plieth A et al. (2002) Cultural adaptation is associated with atopy and wheezing among children of Turkish origin living in Germany. *Clin Exp Allergy* 32: 526–531
12. Ones U, Akcay A, Tamay Z et al. (2006) Rising trend of asthma prevalence among Turkish schoolchildren (ISAAC phases I and III). *Allergy* 61: 1448–1453
13. Schuster A, Reinhard D (1999) Asthma bronchiale. In: Wahn U, Seger R, Wahn V (Hrsg) *Pädiatrische Allergologie und Immunologie*. Urban und Fischer, München/Jena, S 284–303
14. National Institutes of Health (National Heart, Lung, and Blood Institute) (1997) Guidelines for the diagnosis and management of asthma

17 Unfallgefährdungen und Verletzungen

Unfallbedingte Verletzungen sind die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen und rangieren auch im Krankheitsgeschehen Deutschlands ganz vorn. Jedes Jahr verunglücken rund 1,8 Millionen Kinder, mehr als ein Drittel im Heim- und Freizeitbereich [1–2].

Aus Einzelstudien und der internationalen Literatur ist bekannt, dass zwischen der Unfallhäufigkeit und sozialen Einflussgrößen enge Zusammenhänge bestehen [3–5]. In den amtlichen deutschen Statistiken, wie z. B. der Krankenhausdiagnose-, Straßenverkehrs- und Schülerunfallstatistik, werden aber bisher ebenso wenig der Sozialstatus wie der Migrationshintergrund erhoben, so dass Schlussfolgerungen für die Unfallprävention auf der Grundlage dieser Daten beeinträchtigt sind. Bevölkerungsbezogene Aussagen über Zusammenhänge zwischen Sozialstatus, Migrationshintergrund und bestimmten Verletzungsmechanismen sind bislang lediglich aus bei der Einschulungsuntersuchung erfassten Unfalldaten aus einigen Bundesländern wie z. B. Brandenburg, Schleswig-Holstein und Städten wie Münster und Berlin-Mitte möglich [6–7]. Ergebnisse zur Unfallhäufigkeit bei Kindern aus Migrantenfamilien liegen auch aus dem regionalen Unfallmonitoring der Stadt Delmenhorst 1998–2002 vor. Danach ist die unfallbedingte Verletzungsrate bei den 5- bis 15-jährigen ausländischen Jungen fast doppelt so hoch und bei den unter 5-jährigen Jungen sogar 3,3 Mal so hoch wie bei den deutschen Jungen. Bei den Mädchen fiel diese Differenz ebenfalls deutlich, wenn auch nicht ganz so drastisch aus: das 2,3-fache bei den unter 5-jährigen und das 1,1-fache bei den 5- bis 15-jährigen Mädchen [8].

Durch die Erfassung von Unfalldaten im Rahmen von KiGGS können nun auch repräsentative Aussagen zur Unfallhäufigkeit von Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund getroffen werden, darüber hinaus zu Schutzmaßnahmen beim Fahrradfahren und Inlineskaten.

17.1 Unfalldefinition und Daten zum Unfallgeschehen in KiGGS

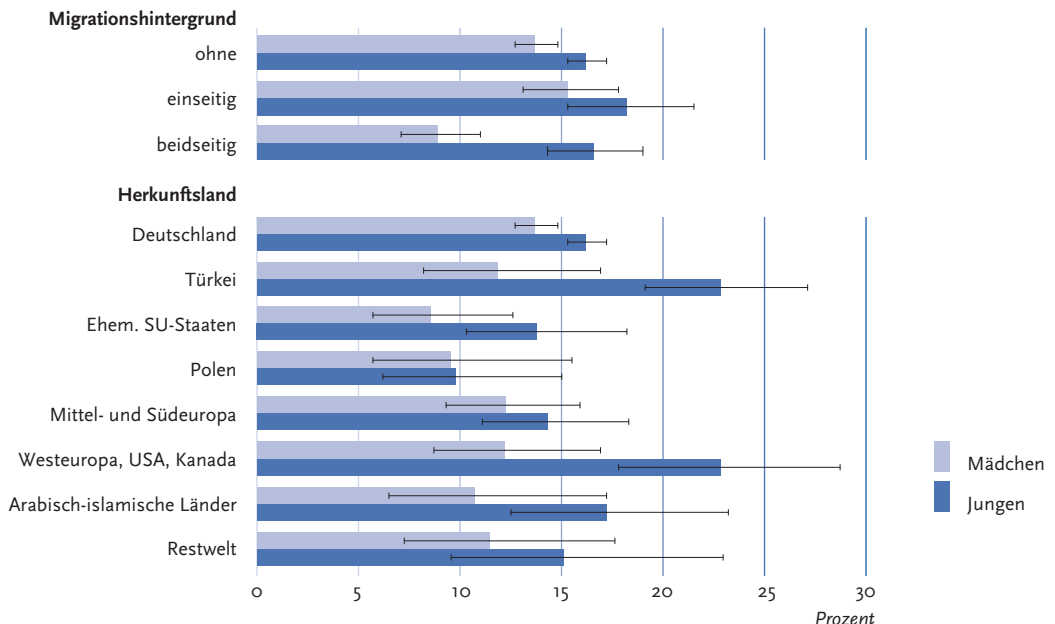
Die Definition durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) differenziert zwischen unbeabsichtigten (unintentional) und beabsichtigten (intentional) Verletzungen. Unbeabsichtigte Verletzungen bezeichnen die sog. »Unfälle« im engeren Sinne, während beabsichtigte Verletzungen durch Gewalt von außen, interpersonale Gewalt oder durch gegen sich selbst gerichtete Gewalt verursacht sind. Im Vordergrund der folgenden Betrachtungen stehen die unbeabsichtigten Verletzungen. Die Erfassung des Unfallgeschehens wurde im Rahmen des Eltern-Fragebogens mit der Frage eingeleitet, ob sich das Kind in den letzten 12 Monaten durch einen Unfall verletzt oder vergiftet hat und deshalb ärztlich behandelt werden musste. Damit werden nur Unfälle betrachtet, die eine Arztinanspruchnahme zur Folge hatten. Hatte das Kind im gefragten Zeitraum mehrere Unfälle erlitten, so sollte nur auf den zeitlich letzten Unfall Bezug genommen werden. Wurde die Frage nach einer ärztlich behandelten Verletzung bejaht, schlossen sich weitere Fragen nach Unfallort, Un-

fallmechanismus, Verletzungsfolgen und zur Behandlung an. Aufgrund zu kleiner Fallzahlen ist es allerdings nicht möglich, diese migrationsspezifisch auszuwerten. Weiterhin wurden persönliche Schutzmaßnahmen (Helmtragen beim Fahrradfahren und Inlineskatens sowie der Einsatz von Knie- und Armschonern) erfasst. Hierbei werden bis zum 10. Lebensjahr die Angaben der Eltern und ab dem 11. Lebensjahr die Selbstauskünfte der Jugendlichen in der Auswertung berücksichtigt.

17.2 Verletzungen durch Unfälle

Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund haben am seltensten einen Unfall erlitten (Abbildung 17.2). Ihre Unfallrate liegt signifikant unter jener der Mädchen ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund und auch unter jener aller Jungen. Mädchen ab dem 5. Lebensjahr tragen generell ein geringeres Verletzungsrisiko als Jungen. Im Vergleich zu den deutschen Mädchen verstärkt sich dieser geschlechtsspezifische Effekt bei Migrantinnen. Eine isolierte Betrachtung der Gesamtgruppe der Jungen erbringt hingegen keine

Abbildung 17.2
Unfallhäufigkeit nach Geschlecht und Migrationshintergrund (in Prozent)



signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund. Verhaltensmuster, die zu einer geringeren Verletzungshäufigkeit führen, sind vermutlich nicht nur geschlechtstypisch, sondern auch kulturspezifisch geprägt. Ein Vergleich der Herkunftsländer weist Kinder und Jugendliche aus Polen (9,7%) und aus der ehemaligen Sowjetunion (11,2%) mit den geringsten Unfallraten aus. Jungen aus der Türkei wie aus Westeuropa, den USA und Kanada waren am häufigsten Unfall-opfer.

Werden die verschiedenen Altersgruppen verglichen, so sind die hohen Verletzungsraten der 14- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund besonders auffällig: 27,3% dieser Gruppe waren im letzten Jahr wegen eines Unfalls in ärztlicher Behandlung (ohne MH: 16,7%, beidseitiger MH: 14,0%).

Im zeitlichen Verlauf sind keine Veränderungen feststellbar. So hat die Aufenthaltsdauer keinen Einfluss auf die Unfallhäufigkeit, ebenso wenig der Grad der sozialen Integration und der Aufenthaltsstatus.

17.3 Schutzmaßnahmen durch Helm und Protektoren

Migrantenkinder fahren signifikant seltener Fahrrad und auch Inlineskates als Kinder und Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (kein Fahrrad – ohne MH: 4,5%, einseitiger MH: 9,2%, beidseitiger MH: 13,3%; keine Inlineskates – ohne MH: 37,0%, einseitiger MH: 41,8%, beidseitiger MH: 47,6%). Der Anteil derjenigen Radfahrer, die keinen Helm tragen, liegt jedoch unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund mit Abstand am höchsten (Abbildung 17.3.1). Gleiches trifft auf das Tragen von Knie-, Armschonern und Helm beim Inlineskaten zu. Mit zunehmendem Alter werden die genannten Schutzmaßnahmen immer mehr vernachlässigt und zwar unabhängig vom Migrationshintergrund. Allerdings variieren die Unterschiede zwischen den Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem und mit beidseitigem Migrationshintergrund je nach Altersgruppe. Sind die Differenzen in den Fahrradhelmtagequoten bei den 3- bis 10-jährigen am auffälligsten, so nähern sie sich bei den 11- bis 13-jährigen etwas an,

Abbildung 17.3.1
Kein Fahrradhelm nach Migrationshintergrund (in Prozent)

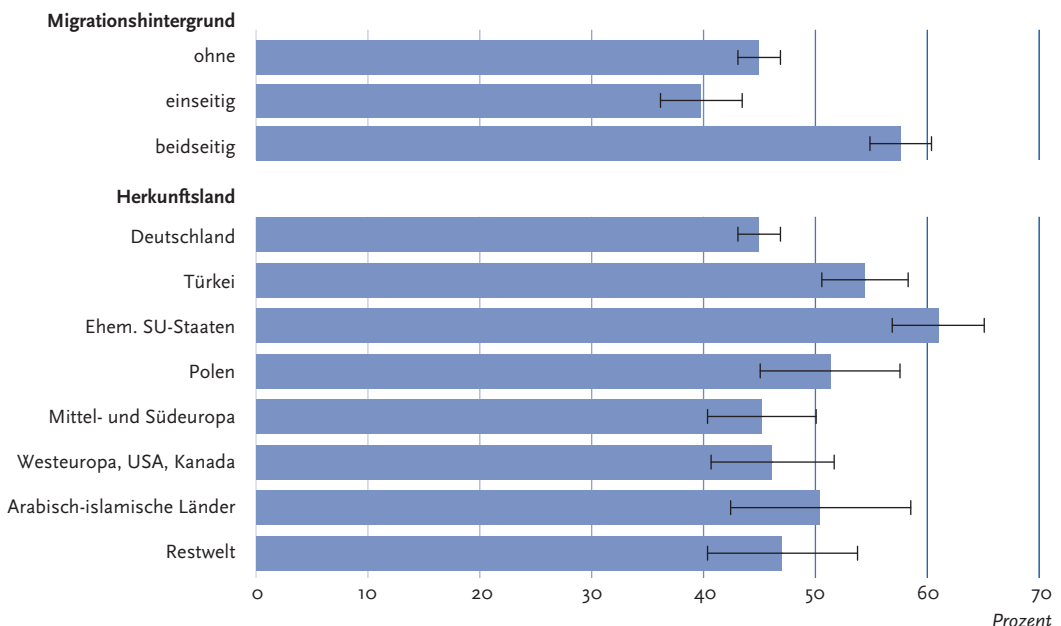
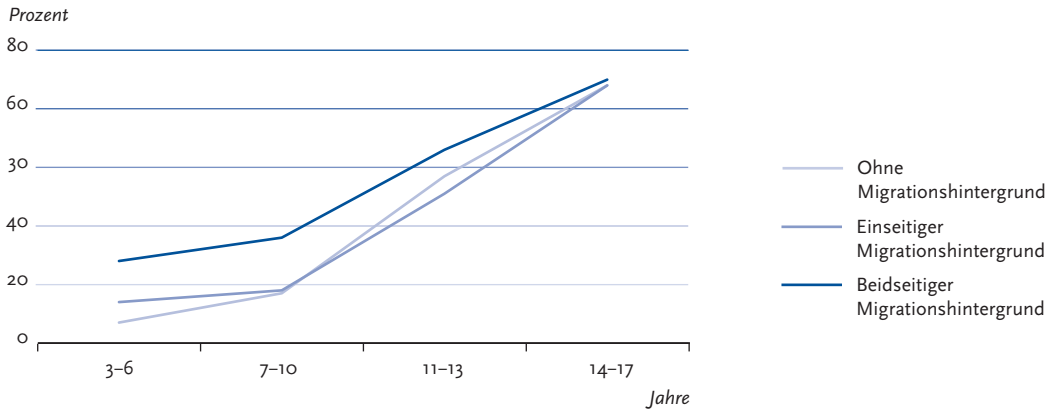


Abbildung 17.3.2

Kein Fahrradhelm im Altersverlauf nach Migrationshintergrund (in Prozent)



um unter den 14- bis 17-Jährigen gleichermaßen gering auszufallen und zwar unabhängig davon, ob ein Jugendlicher einen Migrationshintergrund aufweist oder nicht (Abbildung 17.3.2). Ein ganz ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der Schutzmaßnahmen beim Inlineskaten.

Insbesondere Kinder und Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion sowie aus der Türkei schützen sich vergleichsweise selten mit entsprechender Bekleidung gegen Sturzfolgen beim Fahrradfahren und Inlineskaten. Familien aus diesen Herkunftsländern leben auch am häufigsten in sozial benachteiligter Lage (vgl. Kapitel 7).

17.4 Zusammenfassung

Geschlechtstypisch und kulturspezifisch geprägte Verhaltensmuster scheinen das Unfallrisiko mitzubestimmen. Während Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund im Vergleich zu Mädchen ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund das geringste Unfallrisiko tragen, lassen sich bei den Jungen keine Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrundes feststellen. Jungen aus der Türkei sowie aus Westeuropa waren über den betrachteten Zeitraum sogar am häufigsten in ärztlicher Behandlung infolge von Unfallverletzungen. Die KiGGS-Daten können somit keine generell erhöhte Unfallhäufigkeit unter Migrantenkindern feststellen und damit die Ergebnisse des Delmenhorster Unfallmonitorings nicht

bestätigen. Allerdings muss einschränkend formuliert werden, dass die alterstypische Variation von Unfallorten und Unfallmechanismen eine differenziertere Analyse erforderlich macht als es die vorliegenden Daten aufgrund der geringen Fallzahlen erlauben. Die Untersuchung von migrationsspezifischen Verletzungsrisiken bleibt daher weiterhin einschlägigen Studien vorbehalten.

Besorgniserregend hingegen sind die geringen Quoten unter Migrantenkindern hinsichtlich persönlicher Schutzmaßnahmen beim Fahrradfahren und Inlineskaten. Hier können fehlende finanzielle Mittel, aber auch ein Unterschätzen der Gefahren als Gründe vermutet werden, systematische Analysen der dem Handeln zugrunde liegenden Orientierungen stehen aber aus.

Literatur

1. Limbourg M (1997) Der Kinderunfall – Epidemiologie und Prävention. Bericht über die Tagung »Schädelhirnverletzungen bei Kindern und Jugendlichen: Prävention, Rehabilitation, Re-Integration« in Düsseldorf, Oktober 1997, Kuratorium ZNS, Rochusstr. 24, 53123 Bonn, 1998, 17–36
2. Ellsäßer G, Berfenstam R (2000) International comparisons of child injuries and prevention programs: recommendations for an improved prevention program in Germany. Injury. Prevention 6, 41–45

3. Ellsäßer G (2000) Injuries among preschool children in the federal state of Brandenburg depending on social factors – 1997–99. International Conference, Social inequities in injury risks, book of abstracts, Paris
4. UNICEF (Hrsg) (2001) A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No2, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence
5. World Health Organization (2005) Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
6. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (2007) Wir lassen kein Kind zurück. Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 5. Eigenverlag, Potsdam
7. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz (2005) Bericht über die Untersuchung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2004. Eigenverlag, Kiel
8. Böhm J, Ellsäßer G (2004) Bevölkerungsbezogenes Unfallmonitoring von Kinderunfällen in einer deutschen Gemeinde. Monatsschrift Kinderheilkunde 152: 299–306

18 Schmerzen

Schmerzen gehören auch im Kindesalter zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden und führen sowohl zu individuellem Leidensdruck und Einschränkungen der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen als auch zu Folgen und Einschränkungen für das Familienleben, Einschränkungen bei den Schulleistungen und Kosten im Gesundheitswesen. Kleinere Studien in Hausarztpraxen und Notfallambulanzen zeigen zum Teil erhöhte Schmerzprävalenzen bei Migranten und Migrantinnen [1–4]. Diese Studien sind jedoch nicht repräsentativ und haben vor allem Schmerzen bei Erwachsenen und nicht bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Vor allem jedoch handelt es sich dabei um Schmerzprävalenzen in Arztpraxen und Krankenhäusern und nicht in der Allgemeinbevölkerung, so dass Unterschiede zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen sowohl auf echte Differenzen in der Auftretenshäufigkeit von Schmerzen zurück zu führen sein können, als auch auf ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten.

18.1 Erfassung von Schmerzen in KiGGS

Die Fragen zu Schmerzen bezogen sich auf Schmerzen in den letzten 3 Monaten und wurden in KiGGS den Eltern der 3- bis 10-jährigen Kinder sowie den 11- bis 17-jährigen Teilnehmern selbst gestellt. Aus diesem Grunde werden die Ergeb-

Tabelle 18.1
Fehlende Angaben zu Schmerzfragen nach Migrationshintergrund (in Prozent)

	Migrationshintergrund		
	ohne	einseitig	beidseitig
Schmerzen in den letzten 3 Monaten (Prävalenz)			
3–10 Jahre	0,4	0,7	9,1
11–17 Jahre	1,2	1,7	2,9
Kinder mit Schmerzen und Angaben zu wiederkehrenden Hauptschmerzen			
3–10 Jahre	4,5	7,3	34,1
11–17 Jahre	3,2	1,2	6,9

nisse für diese beiden Gruppen getrennt berichtet. Bestimmte Fragen, z. B. die Frage nach Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme, wurden nur für diejenigen Kinder gestellt, die wiederholt Schmerzen in einer von verschiedenen aufgelisteten Lokalisationen hatten, die sie als ihre Hauptschmerzen bezeichneten. Es wurde z. B. gefragt, ob die Kinder aufgrund ihrer wiederholten Hauptschmerzen in den letzten 3 Monaten beim Arzt waren.

Vergleiche der Schmerzprävalenzen oder der Inanspruchnahme bei Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen müssen unter Berücksichtigung der Tatsache interpretiert werden, dass mehr Migranten/innen als Nicht-Migranten/innen bei bestimmten Fragen keine Angaben gemacht haben. Dies kann vor allem mit der Fragenverständlichkeit zu tun haben, insbesondere, wenn schwierige Begriffe wie der Begriff des Hauptschmerzes verwendet wurden, und auch damit,

dass ein Teil der Fragen (vor allem die Fragen nach wiederholten Hauptschmerzen und somit die Frage nach Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme aufgrund von wiederholten Hauptschmerzen) nicht in den übersetzten Elternfragebögen enthalten war und somit zumindest für die 3- bis 10-jährigen Teilnehmer mit Migrationshintergrund zu einem höheren Anteil fehlender Angaben geführt haben kann.

18.2 Prävalenz von Schmerzen

Die Prävalenzen von Schmerzen in den letzten 3 Monaten unterscheiden sich sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen nicht nach Migrationshintergrund (Abbildung 18.2.1 und 18.2.2). Auch die Differenzierung nach Herkunftsland (Abbildung 18.2.3) zeigt so gut wie keine Unterschiede. Der Befund, dass für Mädchen ohne Migrations-

Abbildung 18.2.1

Prävalenz von Schmerzen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Migrationshintergrund und Alter bei Jungen

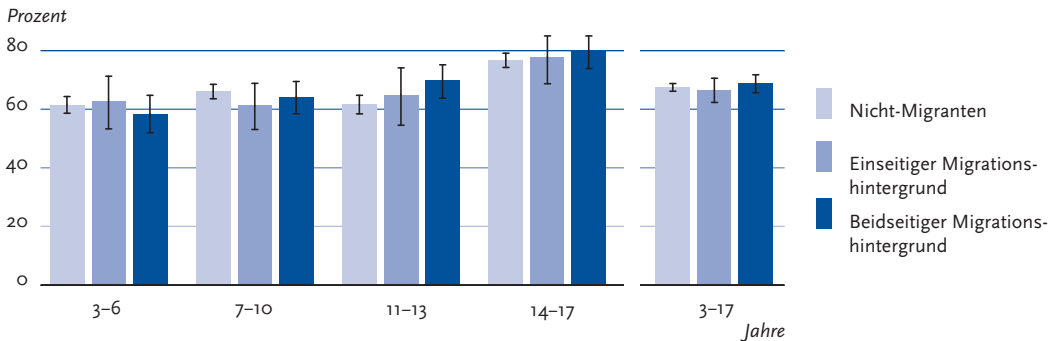
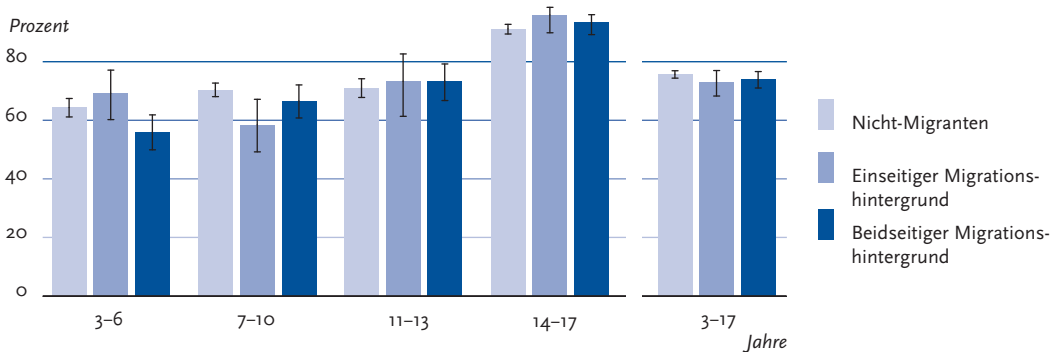


Abbildung 18.2.2

Prävalenz von Schmerzen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Migrationshintergrund und Alter bei Mädchen



hintergrund mehr Schmerzen angegeben werden als für Jungen, zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zwar auch,

ist hier aber nicht signifikant. Ähnliche Ergebnisse finden sich bei der Betrachtung von wiederholten Schmerzen in den letzten 3 Monaten (Abbil-

Abbildung 18.2.3

Prävalenz von Schmerzen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Herkunftsland (3–17 Jahre)

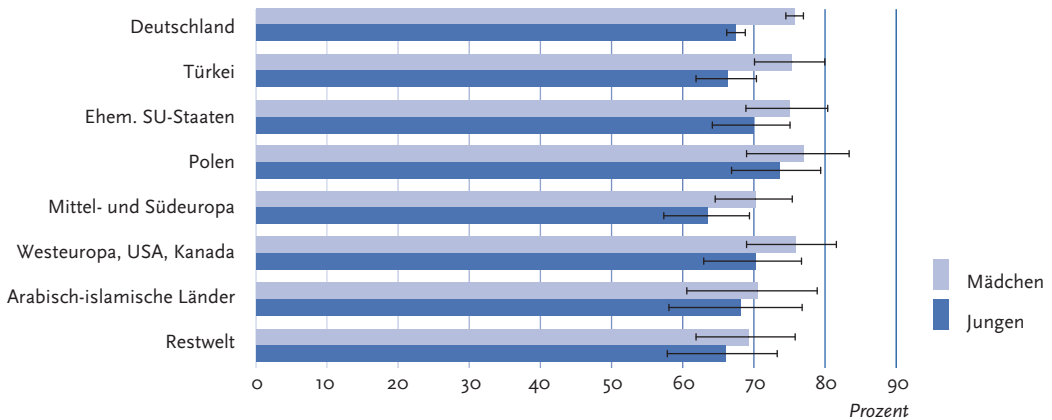


Abbildung 18.2.4

Prävalenz von wiederholten Schmerzen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Migrationshintergrund und Alter bei Jungen

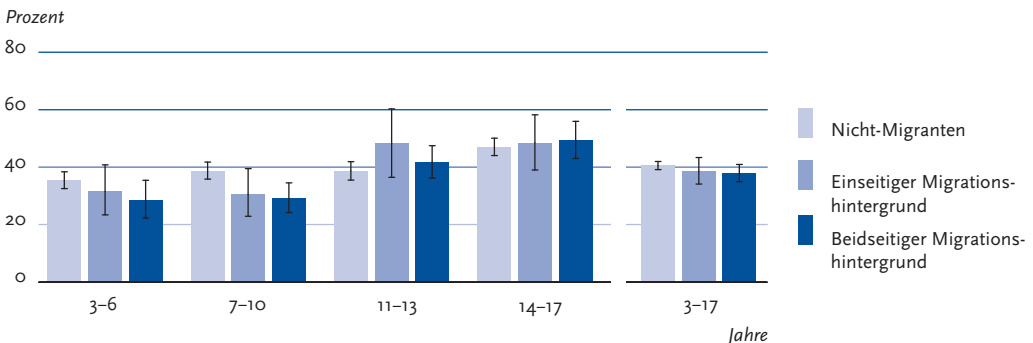


Abbildung 18.2.5

Prävalenz von wiederholten Schmerzen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Migrationshintergrund und Alter bei Mädchen

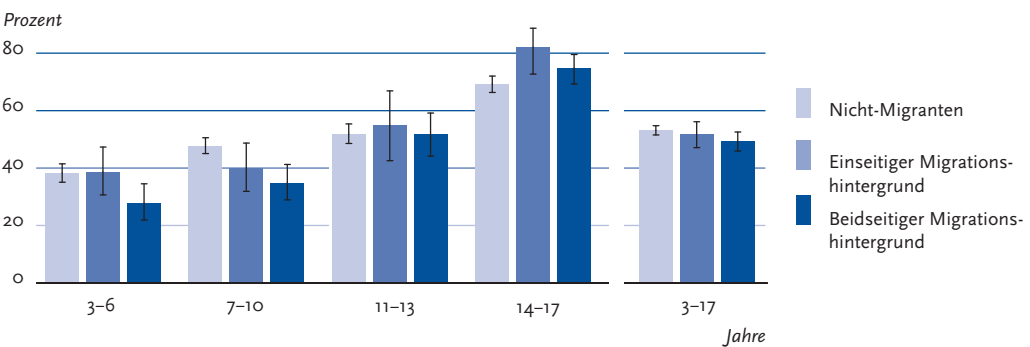
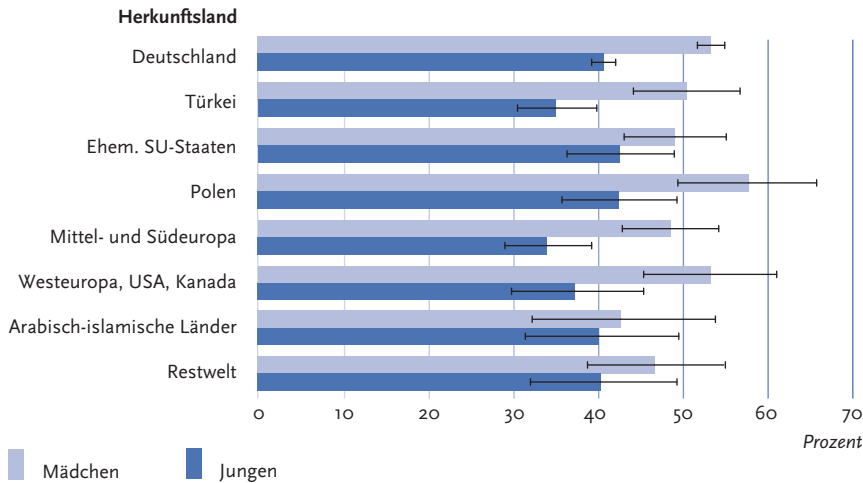


Abbildung 18.2.6

Prävalenz von wiederholten Schmerzen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Herkunftsland (3–17 Jahre)



dung 18.2.4 – 18.2.6): von der Tendenz her geben Kinder mit Migrationshintergrund (und insbesondere türkischstämmige Migranten/innen) eher etwas weniger Schmerzen an als Nicht-Migranten/innen. Die beschriebenen Geschlechtsunterschiede sind bei der Angabe wiederholter Schmerzen sogar noch ausgeprägter und hier auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund signifikant.

18.3 Schmerzlokalisationen

Kopf-, Rücken-, Bauch- und Unterleibs-/Regelschmerzen sind die wichtigsten Schmerzlokalisationen, die die untersuchten Kinder in KiGGS angegeben haben. Für alle diese einzelnen Schmerzlokalisationen finden sich keine statistisch signifikanten Prävalenzunterschiede nach Migrationshintergrund, wobei von der Tendenz her Kinder mit Migrationshintergrund sogar etwas seltener Schmerzen angeben als Nicht-Migranten/innen (Abbildung 18.3.1 bis 18.3.3). Bei diesen Vergleichen wurden nur Angaben zu wiederholten Schmerzen in den letzten 3 Monaten berücksichtigt, um die Gruppe von Kindern mit relevanten Schmerzen etwas einzugrenzen.

Schmerzen können Ausdruck nicht nur körperlicher sondern auch psychischer Beschwerden und Probleme sein, die sich, wie aus Studien bei Erwachsenen bekannt [5–6], kulturspezifisch in unterschiedlichen Schmerzlokalisationen manifestieren können. Daher stellte sich die Frage, ob sich bei Kindern bezüglich der häufigsten Schmerzlokalisationen unterschiedliche Muster für Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen ergeben. Wie in Abbildung 18.3.4 bis 18.3.7 dargestellt, zeigen sich jedoch keine konsistenten migrationsspezifischen Unterschiede bezüglich der häufigsten Schmerzlokalisationen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass altersspezifisch jeweils bestimmte Schmerzen im Vordergrund stehen [7].

Abbildung 18.3.1
Prävalenz von wiederholten Kopfschmerzen in den letzten 3 Monaten (in Prozent)
nach Migrationshintergrund und Herkunftsland (3–17 Jahre)

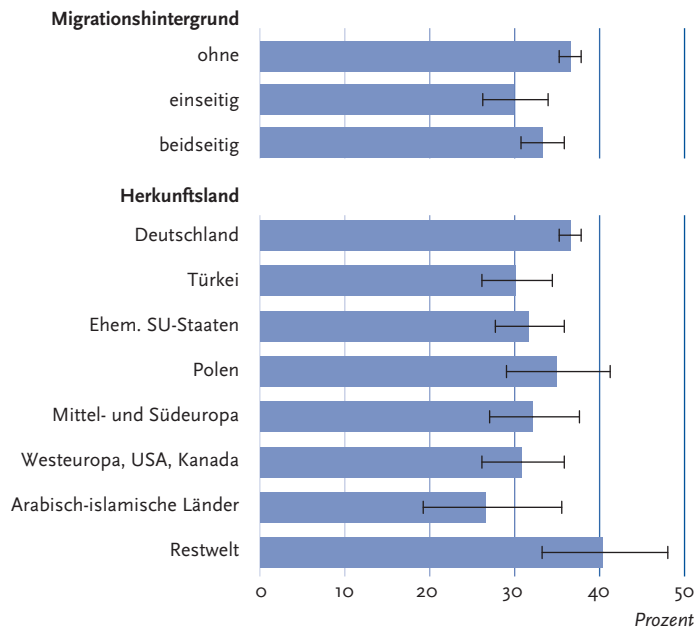


Abbildung 18.3.2
Prävalenz von wiederholten Rückenschmerzen in den letzten 3 Monaten
(in Prozent) nach Migrationshintergrund und Herkunftsland (3–17 Jahre)

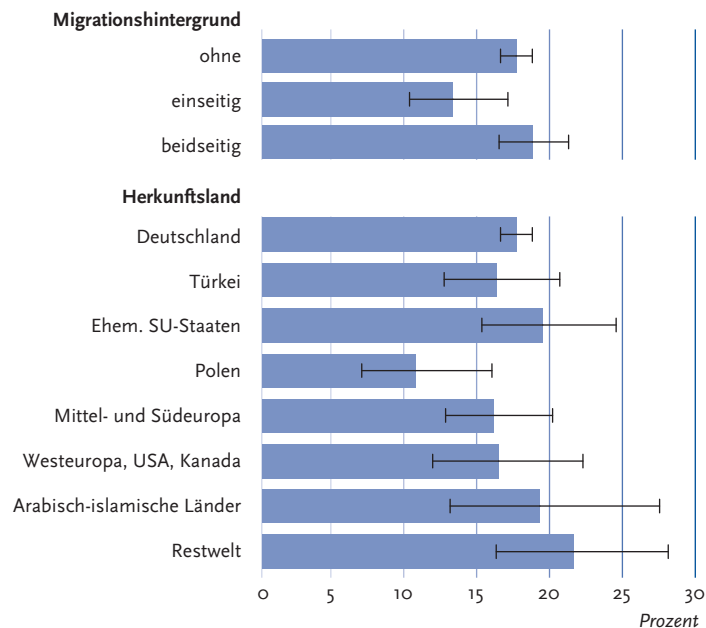


Abbildung 18.3.3

Prävalenz von wiederholten Bauchschmerzen in den letzten 3 Monaten
(in Prozent) nach Migrationshintergrund und Herkunftsland (3–17 Jahre)

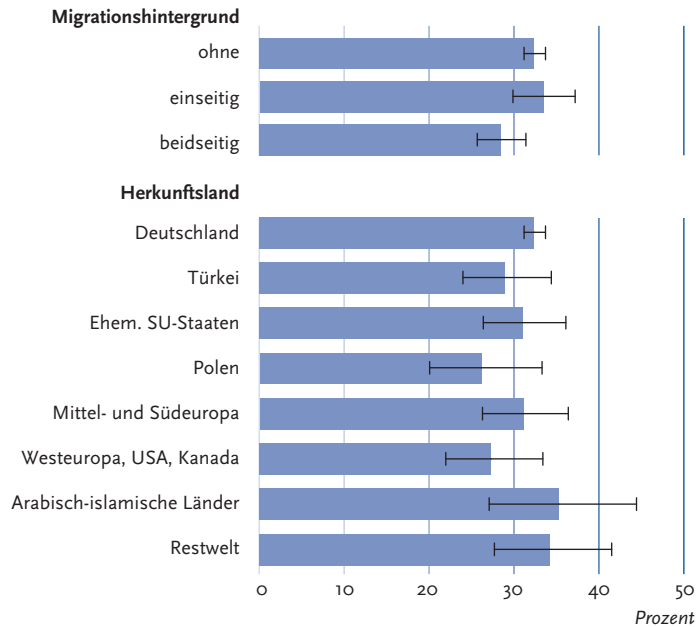


Abbildung 18.3.4

Prävalenz der fünf häufigsten Schmerzlokalisationen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Migrationshintergrund, Jungen 3–10 Jahre

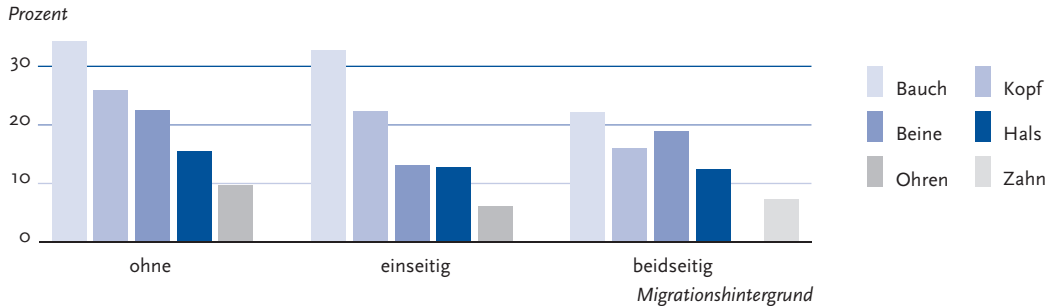


Abbildung 18.3.5

Prävalenz der fünf häufigsten Schmerzlokalisationen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Migrationshintergrund, Jungen 11–17 Jahre

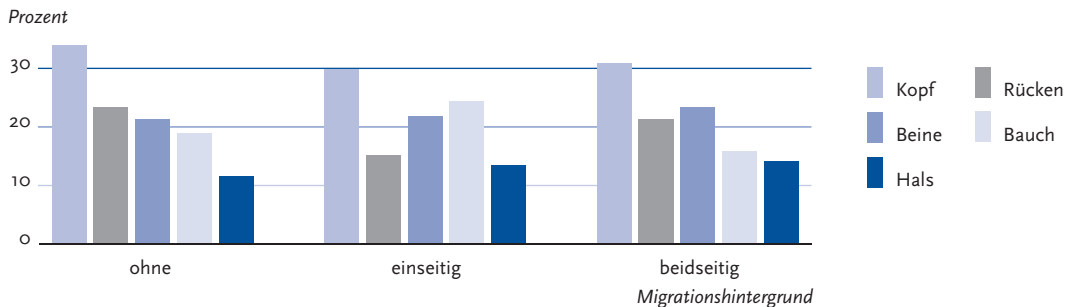


Abbildung 18.3.6

Prävalenz der fünf häufigsten Schmerzlokalisationen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Migrationshintergrund, Mädchen 3–10 Jahre

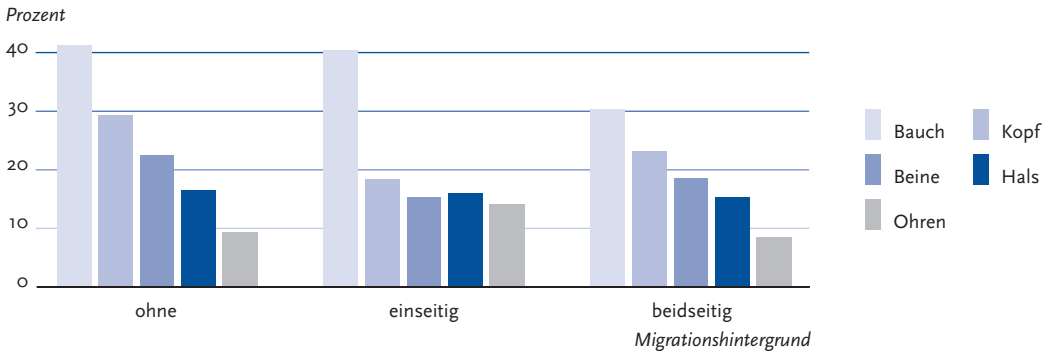
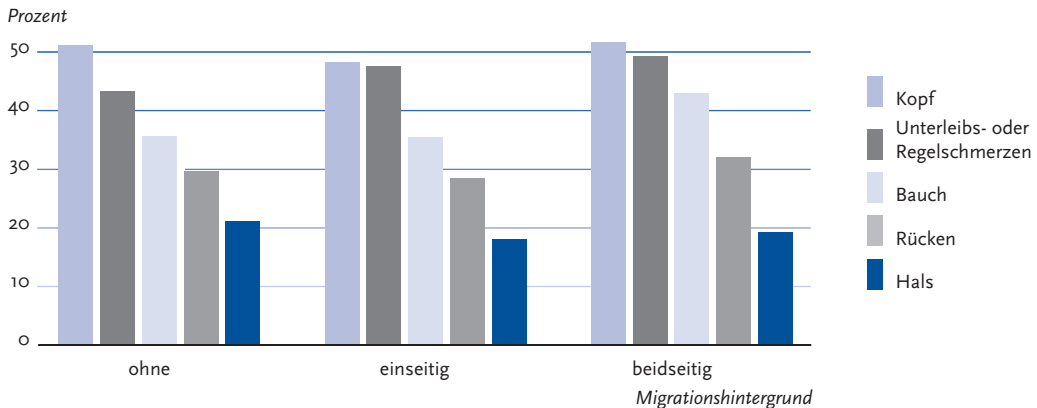


Abbildung 18.3.7

Prävalenz der fünf häufigsten Schmerzlokalisationen in den letzten 3 Monaten (in Prozent) nach Migrationshintergrund, Mädchen 11–17 Jahre



18.4 Medikamenteneinnahme und Arztbesuche aufgrund von wiederholten Hauptschmerzen

Wie bei den Schmerzprävalenzen sind die Unterschiede auch bei der Medikamenteneinnahme und den Arztbesuchen zwar statistisch nicht signifikant, es zeigen sich aber gewisse tendenzielle Unterschiede: Die Schmerzprävalenzen waren geringfügig niedriger bei Kindern mit Migrationshintergrund, die Medikamenteneinnahme und Arztbesuche hingegen sind jedoch etwas häufiger (Abbildung 18.4.1 – 18.4.4). Insbesondere für Kinder und Jugendliche aus der Türkei, arabisch-islamischen Ländern und Mittel- und Südeuropa wird eine häufigere Arztinanspruchnahme angegeben. Diese Unterschiede sind so gut wie in allen Alters-

gruppen zu sehen, was in Anbetracht des unterschiedlich hohen Anteils von fehlenden Angaben in den Altersgruppen im Sinne der Konsistenz der Ergebnisse beruhigend ist.

Eine weitere Bestätigung bringt eine Auswertung der KiGGS-Ergebnisse, die die Schmerzprävalenz und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen speziell bei türkischstämmigen Kindern im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund zum Gegenstand hatte [8]. Diese Auswertung wurde motiviert durch kleinere Studien in Hausarztpraxen, die erhöhte Schmerzprävalenzen bei türkischstämmigen (meist erwachsenen) Migranten/innen zeigen [1–3]. Bevölkerungsweit und vor allem für Kinder und Jugendliche ist jedoch unklar, ob solche Unterschiede existieren. Mit den KiGGS-Daten konnten wir erhöhte

Abbildung 18.4.1

Medikamenteneinnahme (mindestens einmal) wegen wiederholter Hauptschmerzen in den letzten 3 Monaten nach Migrationshintergrund (3–17 Jahre)

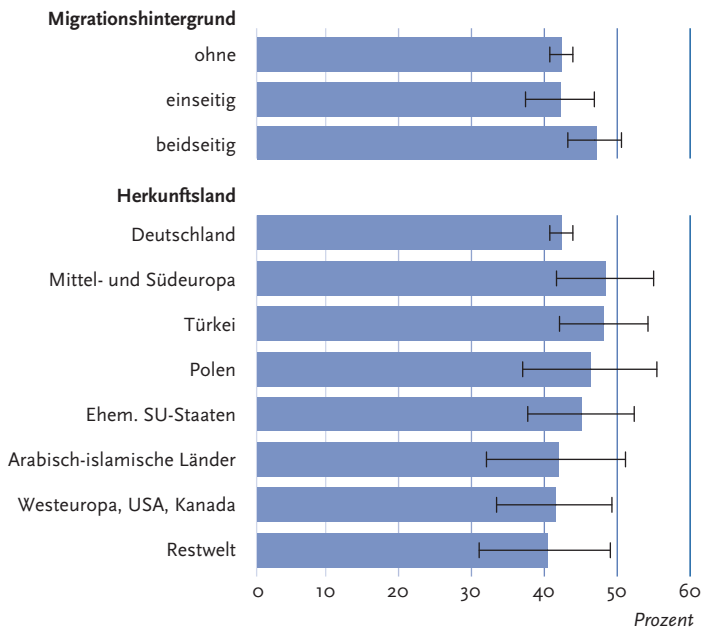


Abbildung 18.4.2

Medikamenteneinnahme (häufig oder immer) wegen wiederholter Hauptschmerzen in den letzten 3 Monaten nach Migrationshintergrund (3–17 Jahre)

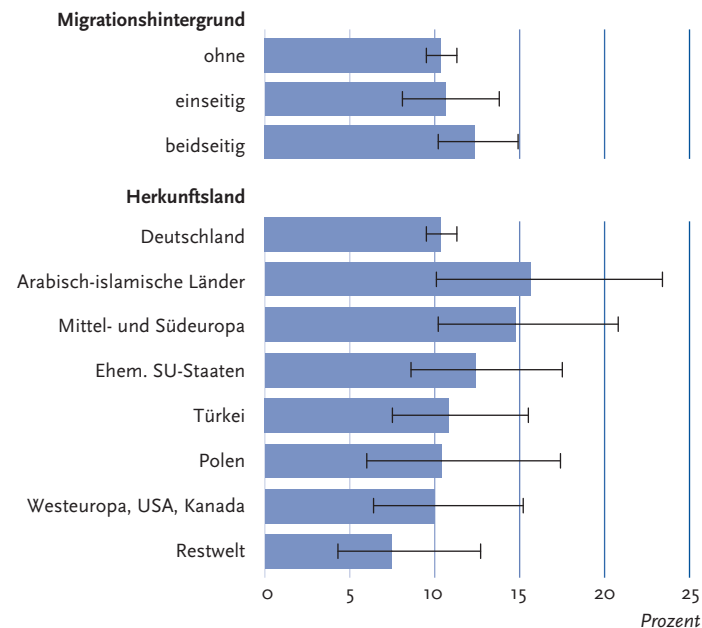


Abbildung 18.4.3

Arztbesuch (mindestens einmal) wegen wiederholter Hauptschmerzen in den letzten 3 Monaten nach Migrationshintergrund (3–17 Jahre)

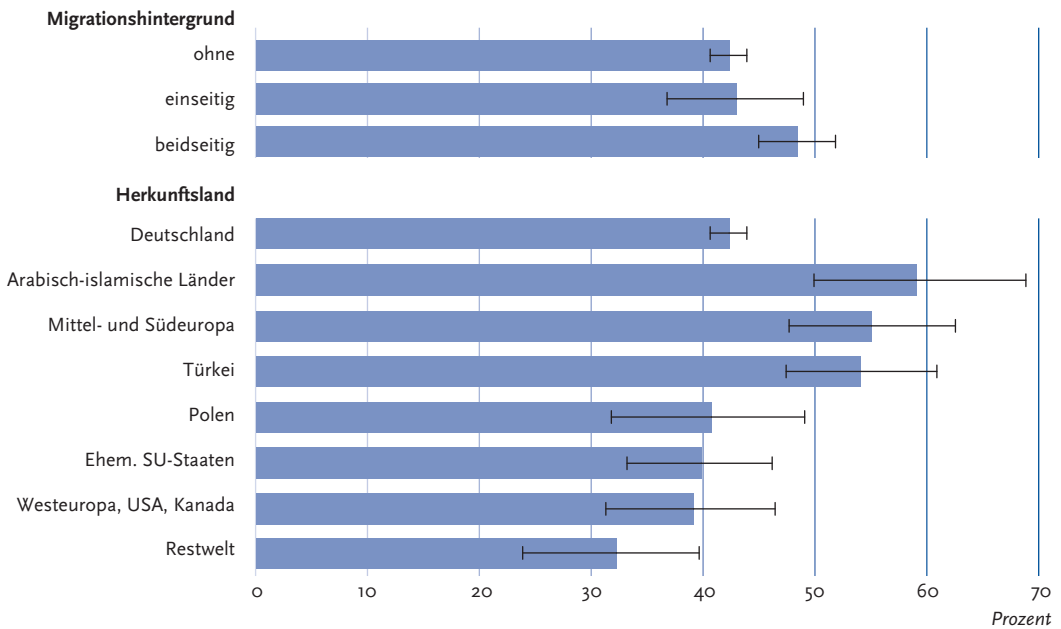
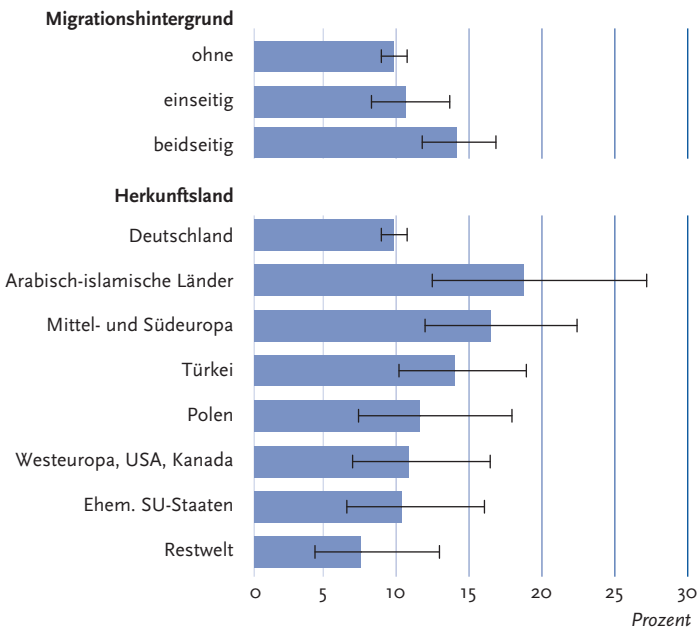


Abbildung 18.4.4

Arztbesuch (häufig oder immer) wegen wiederholter Hauptschmerzen in den letzten 3 Monaten nach Migrationshintergrund (3–17 Jahre)



Schmerzprävalenzen bei türkischstämmigen Kindern und Jugendlichen nicht bestätigen, allerdings waren bei türkischstämmigen Kindern mit Schmerzen Medikamenteneinnahme und Arztbesuche etwas häufiger als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (in dieser Auswertung wurden Kinder mit binationalem Hintergrund den Nicht-Migranten/innen zugeordnet).

18.5 Zusammenfassung

Insgesamt scheint der Migrationshintergrund sowohl für die Prävalenz von Schmerzen als auch für die Medikamenteneinnahme und die Arztbesuche aufgrund von Schmerzen bei Kindern kein ganz wesentlicher Einflussfaktor zu sein. Allerdings sind Arztbesuche und in der Tendenz auch Medikamenteneinnahme (nicht statistisch signifikant) Medikamenteneinnahme etwas häufiger bei Kindern mit Migrationshintergrund, trotz gleich hoher oder sogar etwas niedrigerer Schmerzprävalenzen.

Schmerzen sind und bleiben ein subjektives Phänomen. Daher sind vor allem der resultierende individuelle Leidensdruck und die Einschränkungen der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen als auch die Folgen und Einschränkungen für das Familienleben und für die Schulleistungen, sowie die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Bedeutung. Das Auftreten kulturspezifischer Besonderheiten ist hier eigentlich zu erwarten [5–6]. Daher werden zukünftige Auswertungen zusätzlich die Daten des Arzneimittelmoduls sowie die Angaben zu Schmerzhäufigkeit, Schmerzstärke und Schmerzfolgen einbeziehen.

Literatur

1. David M, Braun T, Borde T (2004) Schmerz und Ethnizität – Ergebnisse einer Befragung an drei internistisch/gynäkologischen Rettungsstellen in Berlin. *Zentralbl Gynakol* 126: 81–6
2. von Ferber L, Koster I and Celayir-Erdogan N (2003) Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen. *Gesundheitswesen* 65: 304–11
3. Wittig U, Merbach M, Siefen RG et al. (2004) Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Gesundheitswesen* 66: 85–92
4. Dill H, Höfer R, Keupp H (1999) Jugendgesundheit zwischen den Kulturen – eine Befragung an Münchner Berufsschulen. Institut für Praxisforschung und Projektberatung IPP. München 1999
5. Schmiedebach HP (2002) Der Schmerz. Kulturphänomen und Krankheit. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*. 45: 419–424
6. Lien L, Claussen B, Hauff E et al. (2005) Bodily pain and associated mental distress among immigrant adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14: 371–375
7. Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A (2007) Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 711–717
8. Neuhauser H, Ellert U, Atzpodien K et al. (2007) Migrationshintergrund und Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen: KiGGS-Ergebnisse zur Schmerzprävalenz und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei türkischstämmigen Kindern im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund. Abstractband des Wissenschaftlichen Kongresses »Medizin und Gesellschaft«, 17.–21. September 2007 in Augsburg: S. 250–251

19 Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Unter dem Konzept der subjektiven Gesundheit bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird eine Erweiterung des klinisch erfassten Gesundheitszustandes um die subjektive Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und Wohlbefindens und der damit verbundenen affektiven Resonanz verstanden. Gegenüber den herkömmlichen Kriterien zur Beurteilung des Gesundheitszustandes wie z. B. das Vorhandensein von Krankheitssymptomen bietet dieses Konzept damit den Vorteil, die für viele Aspekte wie z. B. der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen [1] relevante Sichtweise der Betroffenen zu erfassen.

Die Selbsteinschätzung der Gesundheit ist eine bei Bevölkerungsstudien etablierte Methode zur Messung der subjektiven Gesundheit und damit der Erfassung der persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens. Sie gilt als geeigneter Indikator für die Gesundheit und hat sich zudem in zahlreichen Studien als aussagekräftiger Prädiktor für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Mortalität erwiesen. Eine tendenziell schlechtere Einschätzung der subjektiven Gesundheit durch Migranten/innen im Vergleich zu Nicht-Migranten/innen ist sowohl von Erwachsenen als auch von Kindern bekannt [2–3].

Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen gewinnt auf Gemeinde- und nationaler Ebene zunehmend Relevanz für die Prävention von Krankheiten und die Förderung ihrer Gesundheit. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann dabei helfen, Subgruppen oder Individuen zu identifizieren die ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme haben [4]. Außerdem trägt sie dazu bei, die Belastungen einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung zu bestimmen und kann dabei helfen, mögliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Funktionierens frühzeitig aufzudecken. Die Identifikation wichtiger Determinanten des gesundheitlichen Wohlbefindens von Kindern und der späteren Erwachsenen-Gesundheit wie z. B. sozioökonomische Faktoren,

(Gesundheits-/ Risiko-) Verhaltensweisen, akute und chronische Erkrankungen, kann dabei die Basis frühzeitiger Interventionen bilden. Die so gewonnenen Erkenntnisse können dazu verwendet werden, politische Entscheidungen zu beeinflussen sowie Politik und Gesetzgebungen bei der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen [5]. Dies ist insofern von Bedeutung als Kinder und Jugendliche im Gegensatz zu Erwachsenen oftmals keine Wahl und nur geringe Möglichkeiten haben unvorteilhafte Umgebungen zu verlassen und auch den Entschluss zur Migration nicht selbst gefasst haben.

19.1 Subjektive Gesundheit

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands der Kinder und Jugendlichen wurde in KiGGS sowohl von den Eltern (Fremdeinschätzung) als auch von den Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren (Selbsteinschätzung) erfragt. Im Hinblick auf eine internationale Vergleichbarkeit wurde für die Operationalisierung die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [6] empfohlene Formulierung gewählt: »Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?« bzw. »Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?«. Auf einer fünfstufigen Skala waren die Antwortmöglichkeiten mit »sehr gut«, »gut«, »mittelmäßig«, »schlecht« und »sehr schlecht« vorgegeben. Für jene Kinder und Jugendlichen, für die keine Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes vorliegt (die 0- bis 10-jährigen), wird die Elterneinschätzung dargestellt. Bei den Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von 11 Jahren wird dagegen die Selbsteinschätzung berücksichtigt. Für die weiteren Auswertungen wurden jeweils »sehr gut« und »gut« und »schlecht« und »sehr schlecht« zusammengefasst, um ausreichend große Fallzahlen in den jeweiligen Gruppenbesetzungen zu garantieren und um besser kontrastieren zu können.

Die Eltern der 0- bis 10-jährigen Kinder schätzen deren Gesundheitszustand überwiegend als sehr gut oder gut ein. Dies trifft insbesondere auf die Kinder ohne Migrationshintergrund zu, der Gesundheitszustand wird hier von 95,9 % der

Eltern als sehr gut oder gut eingeschätzt. Eltern von Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund schätzen deren Gesundheitszustand ähnlich gut ein (94,5 % sehr gut oder gut). Mit 89,3 % ist dieser Anteil bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund zwar signifikant niedriger, aber doch immer noch sehr hoch (Abbildung 19.1.1). Diese niedrigere Einschätzung ergibt sich überwiegend aus den Beurteilungen der Eltern aus der Türkei (Anteil sehr gut oder gut 89,7 %), der ehemaligen Sowjetunion (85,1 %) und den arabisch-islamischen Staaten (84,8 %). Die beschriebenen Unterschiede gelten für Mädchen und Jungen gleichermaßen. Ist der Grad der Integration gering, so geben insbesondere Eltern von Jungen signifikant seltener einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand ihres Kindes an, als das bei einem hohen Integrationsniveau der Fall ist.

Auch nach Kontrolle für den sozialen Status, Alter, Geschlecht und einer Anzahl von spezifischen chronischen Gesundheitsproblemen bleibt der Effekt bestehen, dass Eltern von Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund deren Ge-

sundheitszustand seltener als sehr gut oder gut einschätzen als Eltern von Kindern ohne Migrationshintergrund.

Als sehr gut oder gut schätzt mit 86,0 % ein sehr hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund den eigenen Gesundheitszustand ein (Abbildung 19.1.2), bei den Kindern und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund sind es 85,7 %. Auch bei den Gleichaltrigen mit beidseitigem Migrationshintergrund wird der eigene Gesundheitszustand überwiegend als sehr gut oder gut angesehen, mit 79,8 % ist dieser Anteil aber hier dennoch signifikant geringer. Am seltensten halten Kinder und Jugendliche aus den ehemaligen SU-Staaten (77,0 %) und aus Polen (77,3 %) ihren Gesundheitszustand für sehr gut oder gut. Die beschriebenen Unterschiede gelten für Mädchen und Jungen gleichermaßen, allerdings ist der Unterschied in der Einschätzung zwischen Migrantenkindern und Kindern ohne Migrationshintergrund bei Mädchen am größten, und Mädchen schätzen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Jungen tendenziell schlechter ein. Signifikante Unter-

Abbildung 19.1.1

Elterneinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes als sehr gut oder gut bei 0- bis 10-jährigen nach Migrationshintergrund und Herkunftsland

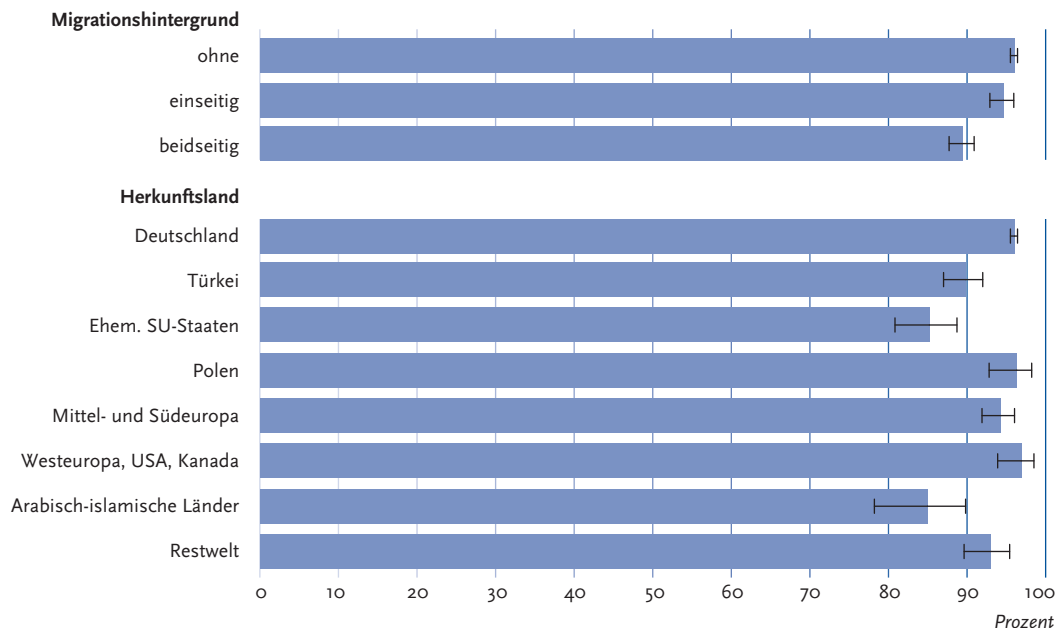
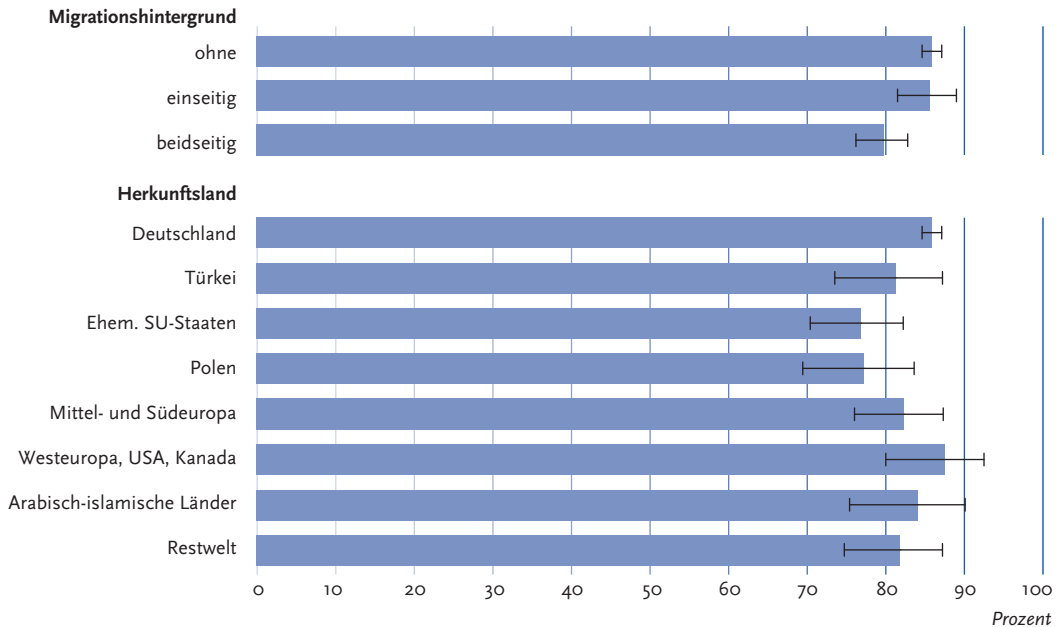


Abbildung 19.1.2

Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes als sehr gut oder gut bei 11- bis 17-jährigen nach Migrationshintergrund und Herkunftsland



schiede nach Grad der Integration, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus ergeben sich nicht. Auch hier ergibt sich aus der multivariaten Analyse unter Berücksichtigung von Sozialstatus, Alter, Geschlecht und einer Anzahl von spezifischen chronischen Gesundheitsproblemen ein unabhängiger Einfluss des Migrationshintergrundes auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes.

19.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys der KINDL-R Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität [7] eingesetzt. Dieses aus 24 Items bestehende Instrument erfasst im Rückblick auf die letzte Woche die sechs Inhaltsbereiche

- »Körperliches Wohlbefinden« (habe ich mich krank gefühlt, hatte ich Schmerzen),

- »Emotionales Wohlbefinden« (habe ich viel gelacht und Spaß gehabt, habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt),
- »Selbstwert« (war ich stolz auf mich, fühlte ich mich wohl in meiner Haut),
- »Wohlbefinden in der Familie« (habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden, habe ich mich zu Hause wohl gefühlt),
- »Wohlbefinden in Bezug auf Freunde / Gleichaltrige« (bin ich bei anderen »gut angekommen«, habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden), und
- »Schulisches Wohlbefinden« (habe ich die Aufgaben in der Schule gut geschafft, habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt).

Außerdem kann ein übergreifender Messwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität angegeben werden. Alle Messwerte werden auf Skalen von 0–100 angegeben, höhere Werte bedeuten eine bessere Lebensqualität.

Im Rahmen von KiGGS wurden sowohl die Eltern als auch die Kinder und Jugendlichen im

Alter von 11 bis 17 Jahren selbst zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen befragt. Im Weiteren werden für die 3- bis 10-Jährigen die Angaben der Eltern und für die 11- bis 17-Jährigen die Selbstangaben verwendet.

19.2.1 Generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität

Werden die Antworten auf alle Fragen zum subjektiven Wohlbefinden zu einem Gesamtwert der generellen gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammengefasst, so beträgt dieser im Durchschnitt bei 3- bis 10-jährigen Kindern ohne Migrationshintergrund 79,7 Punkte und bei Migrantenkindern 78,7. Diese etwas geringere Einschätzung der Lebensqualität beruht hauptsächlich auf der geringeren Einschätzung der Lebensqualität von Kindern aus der Türkei und aus arabisch-islamischen Ländern (Abbildung 19.2.1a). Mit zunehmendem Grad der Integration wird die Lebens-

qualität der Kinder durch die Eltern besser eingeschätzt.

Auch bei den 11- bis 17-Jährigen ergibt sich ein geringer Unterschied zwischen Migrantenkindern und Kindern ohne Migrationshintergrund, während der Mittelwert bei den Kindern ohne Migrationshintergrund bei 72,8 liegt, erreichen Migrantenkinder einen Mittelwert von 71,6. Deutlicher stellt sich der Unterschied in der Lebensqualitätseinschätzung zwischen Jungen und Mädchen dar, unabhängig vom Migrationshintergrund schätzen Mädchen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein als Jungen (Abbildung 19.2.1b). Bei Migrantenkindern ist dieser Geschlechtsunterschied am ausgeprägtesten. Je höher der Grad der Integration, desto besser fällt auch die Bewertung der Lebensqualität durch die Kinder und Jugendlichen aus.

Abbildung 19.2.1a

Generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität bei 3- bis 10-Jährigen nach Migrationshintergrund und Herkunftsland (durchschnittliche Punktzahl)

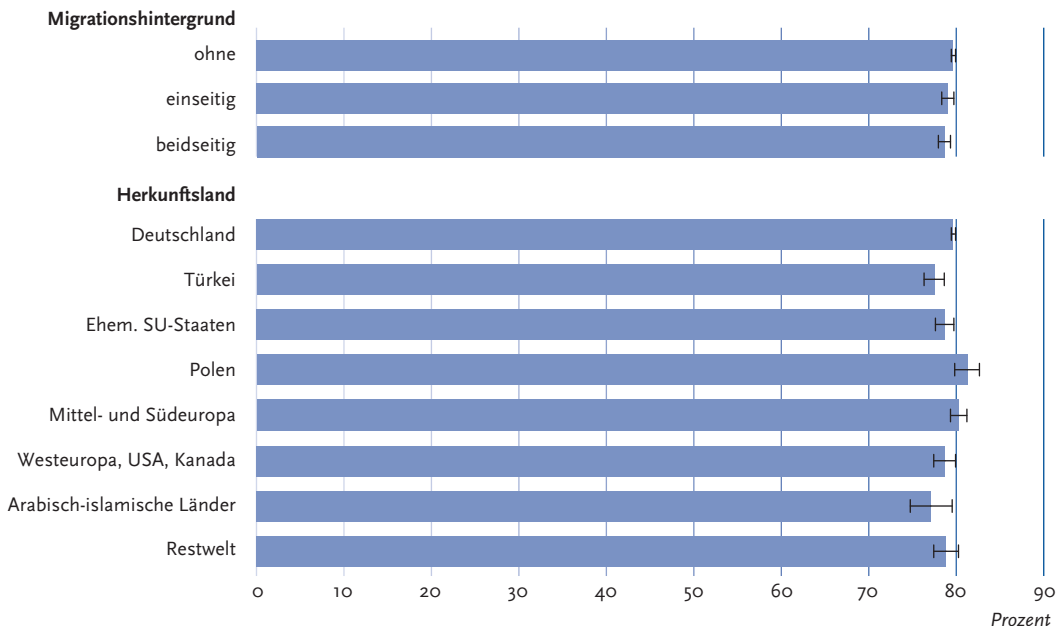
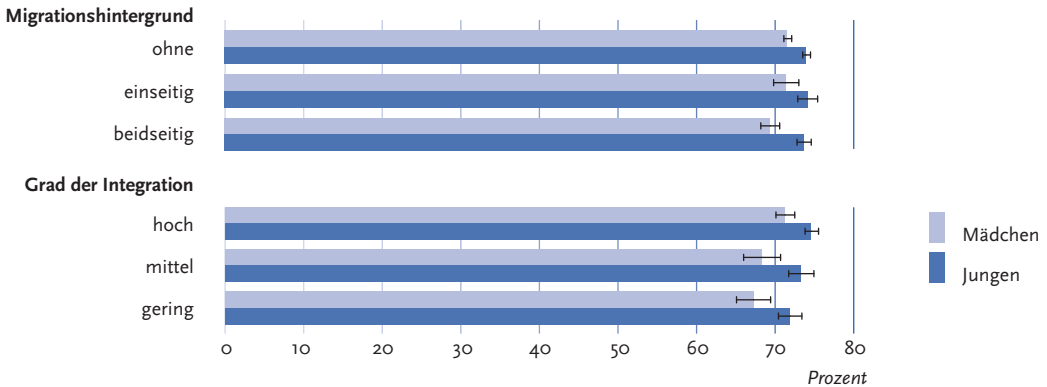


Abbildung 19.2.1b

Generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität bei 11- bis 17-Jährigen nach Migrationshintergrund, Geschlecht und Grad der Integration (durchschnittliche Punktzahl)



19.2.2 Körperliches Wohlbefinden

Für die Skala »körperliches Wohlbefinden« ergeben sich für die 3- bis 10-jährigen Kinder keine Unterschiede nach Migrationshintergrund. Kinder ohne Migrationshintergrund erreichen einen Mittelwert von 80,5, mit einseitigem Migrationshintergrund von 80,0 und mit beidseitigem Migrationshintergrund von 79,9 Punkten. Weder das Herkunftsland noch die Aufenthaltsdauer, der Aufenthaltsstatus oder der Grad der Integration scheinen einen Einfluss auf die Einschätzung des körperlichen Wohlbefindens zu haben.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die 11- bis 17-Jährigen. Die Mittelwerte liegen hier bei 70,8 für Kinder und Jugendliche ohne, 69,8 für Kinder und Jugendliche mit einseitigem und 70,0 für Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund.

19.2.3 Psychisches Wohlbefinden

Die Mittelwerte des psychischen Wohlbefindens unterscheiden sich ebenfalls nicht signifikant zwischen 3- bis 10-jährigen Kindern ohne (82,9), mit einseitigem (82,4) oder beidseitigem (81,7) Migrationshintergrund. Auch nach Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus ergeben sich keine Unterschiede in der Einschätzung des psychischen Wohlbefindens. Allerdings liegt der Mittelwert des

psychischen Wohlbefindens bei Mädchen aus der Türkei mit 79,8 deutlich niedriger als bei gleichaltrigen Mädchen aus Deutschland mit 83,1. Außerdem scheint sich auch ein höherer Grad der Integration positiv auf das psychische Wohlbefinden insbesondere der Mädchen auszuwirken.

Ganz ähnlich sieht es bei den 11- bis 17-Jährigen aus. Die Mittelwerte des psychischen Wohlbefindens liegen bei 81,2 bei Kindern und Jugendlichen ohne, bei 82,0 bei Gleichaltrigen mit einseitigem und bei 80,4 bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund und unterscheiden sich damit kaum. Auch von den älteren Mädchen wird das psychische Wohlbefinden umso höher eingeschätzt je besser sie integriert sind.

19.2.4 Selbstwert

Auf der von 0–100 reichenden Skala Selbstwert ergibt sich ein Gesamtmittelwert von 72,4 für 3- bis 10-Jährige ohne, von 71,8 für Gleichaltrige mit einseitigem und 70,9 für 3- bis 10-Jährige mit beidseitigem Migrationshintergrund. Diese Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant. Für Mädchen aus Mittel- und Südeuropa berichten deren Eltern einen signifikant höheren Selbstwert (76,0) als für Mädchen aus Deutschland (73,1), ein signifikant niedrigerer Selbstwert wird für Mädchen aus der Türkei (70,0) und den ehemaligen

SU-Staaten (69,8) berichtet. Für Jungen aus Polen berichten deren Eltern einen höheren Selbstwert (75,7) als für Jungen aus Deutschland (71,8), ein signifikant niedriger Selbstwert wird hingegen für Jungen aus arabisch-islamischen Ländern (65,9) angegeben. Statistisch bedeutsame Unterschiede nach Grad der Integration, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus ergeben sich hinsichtlich der Selbstwerteinschätzung bei den 3- bis 10-jährigen nicht.

11- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche erreichen auf der Selbstwertskala unabhängig vom Migrationshintergrund nahezu die gleichen Mittelwerte (ohne: 58,2 einseitiger: 59,1 und beidseitiger Migrationshintergrund: 58,3). Auffälliger ist hier die sich durchziehende schlechtere Einschätzung der Mädchen im Vergleich zu den Jungen (Abbildung 19.2.4). Bei Migrantenkindern weicht die Einschätzung der Mädchen (Mittelwert 55,2) mit am stärksten von der der Jungen (Mittelwert 61,3) ab. Mädchen aus Mittel- und Südeuropa verfügen über die höchste (60,2), Mädchen aus Westeuropa/USA/Kanada über die niedrigste Selbstwerteinschätzung (49,1). Jungen aus arabisch-islamischen Ländern erreichen die höchste Selbstwerteinschätzung (67,3), Jungen aus den ehemaligen SU-Staaten die niedrigste (55,8). Aufenthaltsdauer und -status scheinen die Selbstwerteinschätzung der Kinder und Jugendlichen nicht zu beeinflussen, der Grad der Integration dagegen schon. Mädchen schätzen ihren Selbstwert umso besser ein, je besser sie integriert sind.

19.2.5 Wohlbefinden in der Familie

Auf der Skala des Wohlbefindens in der Familie ergibt sich bei den 3- bis 10-jährigen Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund ein Mittelwert von 82,5, der signifikant höher als der Mittelwert der Kinder ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund ist (79,8 für beide Gruppen) (Abbildung 19.2.5). Für Mädchen und Jungen wird von den Eltern von zufälligen Unterschieden abgesehen im Mittel ein ähnlich hohes Wohlbefinden in der Familie berichtet. Am höchsten ist das Wohlbefinden in der Familie bei Mädchen und Jungen aus den ehemaligen SU-Staaten (84,6), am niedrigsten bei Kindern aus Westeuropa/USA/Kanada (79,3). Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zeigen sich nach Aufenthaltsdauer, -status und Grad der Integration.

In Bezug auf das Wohlbefinden in der Familie ergeben sich bei den 11- bis 17-jährigen keine statistisch signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund. Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund erreichen einen Mittelwert von 82,0, Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund einen Wert von 81,1 und Gleichaltrige mit beidseitigem Migrationshintergrund einen Wert von 81,9. Differenziert nach Herkunftsland, Aufenthaltsdauer, Grad der Integration und Aufenthaltsstatus ergeben sich keine Unterschiede hinsichtlich des Wohlbefindens in der Familie.

Abbildung 19.2.4

Einschätzung des Selbstwertes bei 11- bis 17-jährigen nach Migrationshintergrund, Geschlecht und Grad der Integration (durchschnittliche Punktzahl)

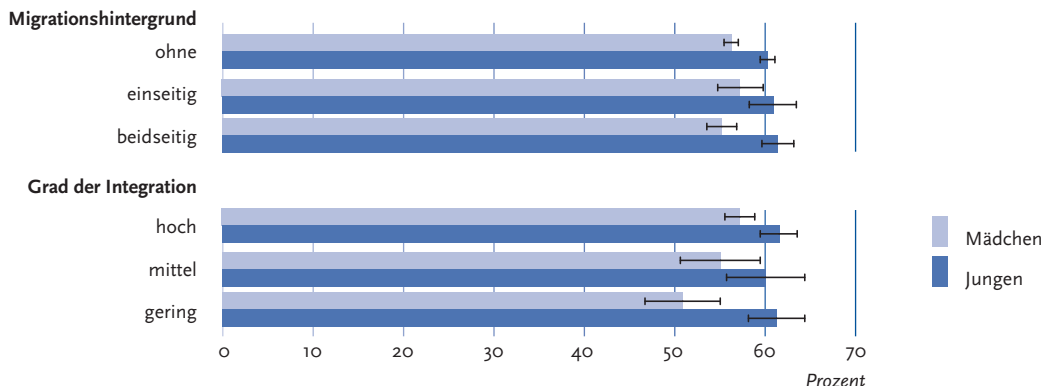
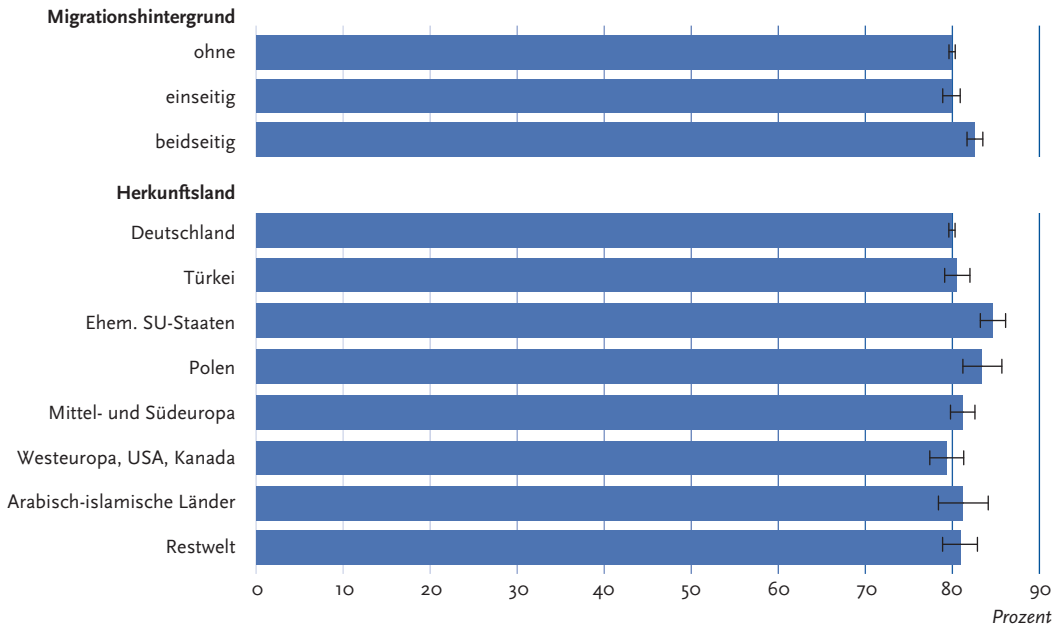


Abbildung 19.2.5
Einschätzung des Wohlbefindens in der Familie bei 3- bis 10-jährigen nach Migrationshintergrund und Herkunftsland
(durchschnittliche Punktzahl)

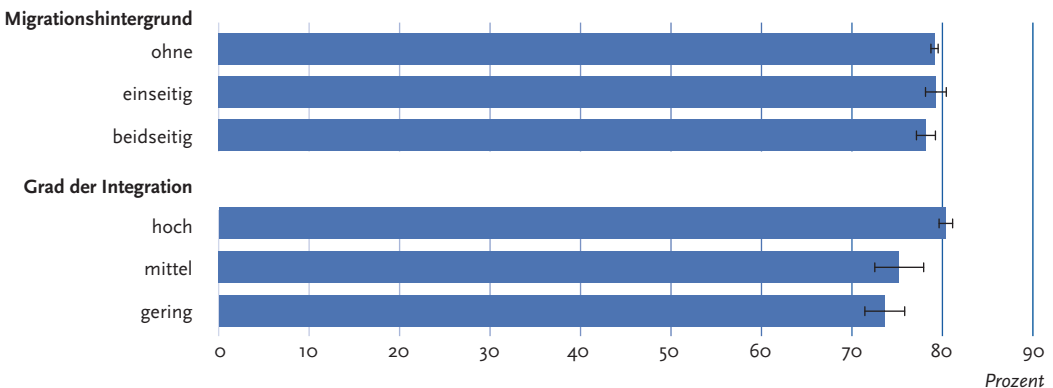


19.2.6 Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige

In Bezug auf das Wohlbefinden bezüglich Gleichaltrigen und Freunden ergeben sich keine Unterschiede zwischen 3- bis 10-jährigen Kindern mit

und ohne Migrationshintergrund (ohne 79,1, einseitig 79,3, beidseitig 78,2). Eltern von Mädchen und Jungen aus Polen geben die höchsten Werte auf der Skala des Wohlbefindens mit Freunden und Gleichaltrigen an (82,3), Eltern von Kindern aus arabisch- islamischen Ländern die niedrigsten

Abbildung 19.2.6
Einschätzung des Wohlbefindens bezüglich Freunden und Gleichaltrigen bei 3- bis 10-jährigen nach Migrationshintergrund und Grad der Integration (durchschnittliche Punktzahl)



(76,2). Eine geringe Aufenthaltsdauer in Deutschland von 0 bis 5 Jahren führt insbesondere bei den Eltern von Jungen zu einer niedrigeren Einschätzung des Wohlbefindens bezüglich Freunden und Gleichaltrigen. Je höher der Integrationsgrad, desto besser wird das diesbezügliche Wohlbefinden durch die Eltern bewertet (Abbildung 19.2.6). Der Aufenthaltsstatus scheint das Wohlbefinden bezüglich Freunden und Gleichaltrigen nicht zu beeinflussen.

Ihr Wohlbefinden bezüglich Gleichaltrigen und Freunden schätzen 11- bis 17-Jährige mit und ohne Migrationshintergrund nahezu gleich ein (ohne 77,3, einseitig 79,1, beidseitig 77,6). Die höchsten Werte auf der Skala des Wohlbefindens bezüglich Freunden und Gleichaltrigen erreichen Jungen aus arabisch-islamischen Ländern (83,5), die niedrigsten Mädchen aus Westeuropa/USA/Kanada (73,8). Mit einem höheren Integrationsgrad geht eine bessere Einschätzung des Wohlbefindens bezüglich Freunden und Gleichaltrigen einher. Aufenthaltsdauer und -status scheinen das diesbezügliche Wohlbefinden nicht zu beeinflussen.

19.2.7 Schulisches Wohlbefinden

Bezüglich des schulischen Wohlbefindens der 3- bis 10-Jährigen ergeben sich deutliche Unterschiede in der elterlichen Einschätzung nach Migrationshintergrund. Während der diesbezügliche Mittelwert bei Kindern ohne Migrationshintergrund bei 84,0 liegt, wird von Kindern mit einseitigem nur ein Wert von 81,8 und mit beidseitigem Migrationshintergrund von 78,8 erreicht (Abbildung 19.2.7a). Während bei Kindern ohne Migrationshintergrund die Eltern von Mädchen deren schulisches Wohlbefinden deutlich besser einschätzen als Eltern von Jungen, ergeben sich bei Migrantenkindern keine diesbezüglichen Unterschiede. Für Kinder aus der Türkei, aus arabisch-islamischen Ländern und den ehemaligen SU-Staaten schätzen deren Eltern das schulische Wohlbefinden am geringsten ein. Der Grad der Integration, die Aufenthaltsdauer und der Aufenthaltsstatus scheinen dagegen das schulische Wohlbefinden nicht zu beeinflussen.

Im Vergleich zu den Einschätzungen der jüngeren Kinder durch ihre Eltern fallen die Bewer-

Abbildung 19.2.7a

Einschätzung des schulischen Wohlbefindens bei 3- bis 10-jährigen nach Migrationshintergrund und Herkunftsland (durchschnittliche Punktzahl)

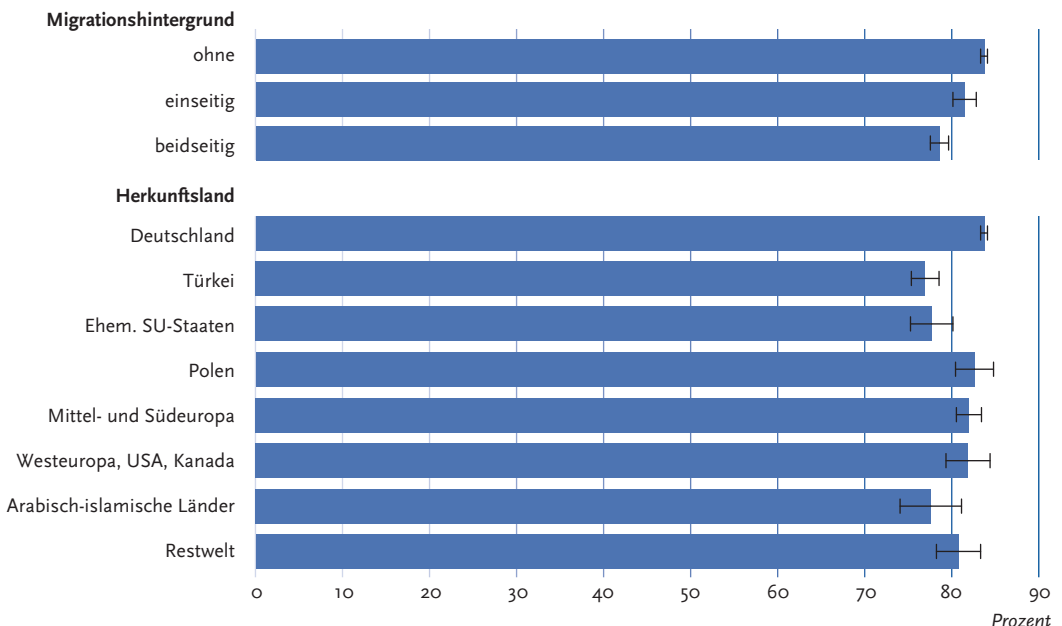
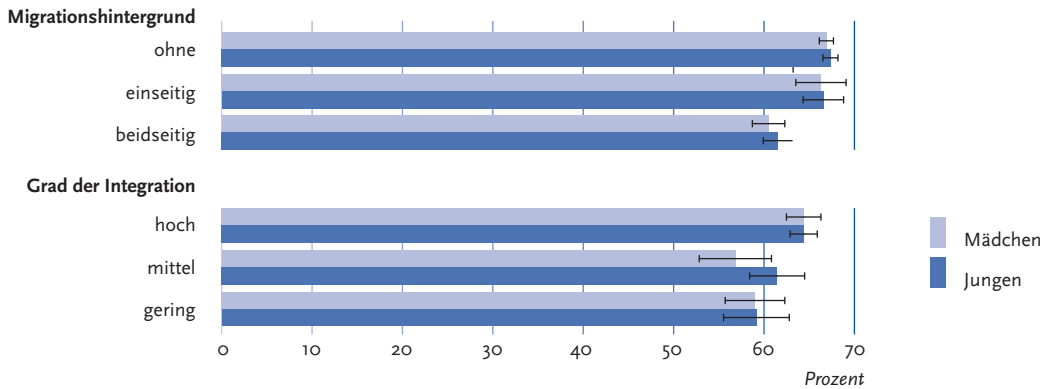


Abbildung 19.2.7b

Einschätzung des schulischen Wohlbefindens bei 11- bis 17-jährigen nach Migrationshintergrund, Geschlecht und Herkunftsland (durchschnittliche Punktzahl)



tungen der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen deutlich schlechter aus. Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund berichten über das geringste schulische Wohlbefinden (Abbildung 19.2.7b). Das mit Abstand geringste schulische Wohlbefinden geben Mädchen aus der Türkei gefolgt von Jungen aus den arabisch-islamischen Ländern und der Türkei an. Auch eine nur geringe Aufenthaltsdauer von 0 bis 5 Jahren wirkt sich negativ auf das schulische Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen aus, wobei dies bei den Mädchen ausgeprägter ist als bei den Jungen. Ein hoher Integrationsgrad führt bei Mädchen und Jungen zu deutlich besserem schulischem Wohlbefinden.

19.3 Zusammenfassung

Mehrheitlich berichten die untersuchten Kinder und Jugendlichen eine gute subjektive Gesundheit und ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden. Allerdings bestehen in der subjektiven Gesundheitswahrnehmung und in einigen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund und auch innerhalb der Migrantenpopulation.

- In vielen Bereichen wird die Lebensqualität von Migrantenkindern oder von bestimmten Migrantengruppen schlechter eingeschätzt:

Für **jüngere Kinder** (bis 10 Jahre) aus der **Türkei**, den **arabisch-islamischen Staaten** und den ehemaligen SU-Staaten berichten deren Eltern am wenigsten häufig einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand, auch deren schulisches Wohlbefinden schätzen ihre Eltern am geringsten ein. Die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität wird von den Eltern für Kinder aus der **Türkei** und den **arabisch-islamischen Staaten** am geringsten eingeschätzt. Für **Mädchen aus der Türkei** geben deren Eltern ein geringeres psychisches Wohlbefinden und einen geringeren Selbstwert an. Ein geringerer Selbstwert wird auch für **Mädchen aus den ehemaligen SU-Staaten** und **Jungen aus arabisch-islamischen Ländern** berichtet. Das Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige wird von den Eltern der Kinder aus **arabisch-islamischen Staaten** am geringsten eingeschätzt. **Kinder und Jugendliche** (ab 11 Jahren) aus den **ehemaligen SU-Staaten** und aus **Polen** halten ihren Gesundheitszustand am wenigsten häufig für sehr gut oder gut. Ihren Selbstwert schätzen **Mädchen aus Westeuropa/USA/Kanada** und **Jungen aus den ehemaligen SU-Staaten** am niedrigsten ein. Auch ihr Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige schätzen **Mädchen aus Westeuropa/USA/Kanada** am geringsten ein. Das mit Abstand geringste schulische Wohlbefinden geben **Mädchen aus der Türkei** gefolgt von **Jungen aus den arabisch-islamischen Ländern und der Türkei** an.

- In einigen Bereichen wird die Lebensqualität von Migrantenkindern oder von bestimmten Migrantengruppen besser eingeschätzt: Ein höherer Selbstwert wird für **Mädchen aller Altersgruppen aus Mittel- und Südeuropa** und für jüngere **Jungen aus Polen** und ältere Jungen aus **arabisch-islamischen Ländern** berichtet. Für Migrantenkinder wird von ihren Eltern ein größeres Wohlbefinden in der Familie angegeben. Am größten ist das Wohlbefinden in der Familie bei Kindern aus den **ehemaligen SU-Staaten**. Das Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige ist bei jüngeren Kindern aus **Polen** und älteren Jungen aus **arabisch-islamischen Ländern** am größten. Ein **höherer Integrationsgrad** geht mit einer **besseren** Einschätzung der Lebensqualität in fast allen Bereichen einher, dagegen wirkt sich eine nur **geringe Aufenthaltsdauer** von 0 bis 5 Jahren **negativ** auf einige Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus. Bei den Kindern und Jugendlichen (ab 11 Jahren) wird in vielen Bereichen die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Jungen besser eingeschätzt als von Mädchen.

Literatur

1. Seid M, J Varni et al. (2004) Health-related quality of life as a predictor of pediatric health-care costs: a two-year prospective cohort analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2(48)
2. Weiland C, Rommel A, et al. (2006) »Gesundheitsmonitoring der Migrantenbevölkerung in der Schweiz« Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 9: 866–872
3. Wittig U, Merbach M, et al. (2004) »Beschwerden und Inanspruchnahme der Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland« *Gesundheitswesen* 66: 85–92
4. Ravens Sieberer U, Gosch A et al. (2001) Quality of Life in children and adolescents – a european public health perspective. *Sozial- und Präventivmedizin* 46: 297–302
5. Edwards T, C Huebner et al. (2002) Adolescents quality of life, Part I: conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence* 25 (275–286)
6. De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A (1996) Health Interview Surveys. Towards harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. Copenhagen; European Series No. 58: 51–53
7. Ravens-Sieberer U, Bullinger M (1998) Assessing health related quality of life in chronically ill children with the german KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research* 7: 399–407

Teil E

Inanspruchnahme

20 Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchungen sind ein Schwerpunkt der Prävention im Kindesalter. Daten zur Inanspruchnahme werden jährlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfasst und aufbereitet. Informationen zum Migrationshintergrund werden jedoch nicht erhoben. Ergebnisse aus Einschulungsuntersuchungen, die eine Teilnahme an der Vorsorge dokumentieren, verweisen auf eine deutlich geringere Inanspruchnahme durch Familien bzw. Kinder mit Migrationshintergrund. Danach ist der Anteil der Kinder, die über ein vollständig ausgefülltes Vorsorgeheft verfügen, bei Ausländerinnen und Ausländern erheblich geringer [1–2]. Berliner Daten zeigen eine niedrigere Inanspruchnahme durch Kinder nichtdeutscher Herkunft vor allem der höheren Früherkennungsuntersuchungen sowie einen geringeren Grad einer vollständigen Teilnahme [3]. In Nordrhein-Westfalen war der Anteil derer, die Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen haben, ebenfalls niedriger unter Kindern mit Migrationshintergrund als unter jenen ohne Migrationshintergrund [4]. Allerdings zeigten sich hier deutliche Unterschiede je nachdem, ob die Kinder in Deutschland oder in einem anderen Land geboren wurden. Zumindest die ersten sieben Früherkennungsuntersuchungen, die in den ersten beiden Lebensjahren angeboten werden, nahmen hier geborene Kinder mit Migrationshintergrund wesentlich häufiger wahr als im Ausland Geborene. Danach sank die Beteiligung der hier geborenen Kinder mit Migrationshintergrund rapide ab und glich sich dem niedrigen Niveau der im Ausland geborenen Kinder an. Aus dem dokumentierten Datenmaterial geht nicht hervor, ob die niedrigere Inanspruchnahmequote der ersten Vorsorgeuntersu-

chungen durch im Ausland geborene Kinder darauf zurückzuführen ist, dass sie während der ersten beiden Lebensjahre noch im Herkunftsland lebten und daher das Vorsorgeangebot nicht nutzen konnten. Die niedrigere Quote wäre dann nicht Ausdruck eines anderen Inanspruchnahmeverhaltens, sondern eines nicht vorhandenen Angebots im Herkunftsland. Eine weitere Verbesserung der Datenlage bringt auch hier der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Erste Auswertungen bestätigen die erheblich geringere Inanspruchnahme durch Familien bzw. Kinder mit Migrationshintergrund [5].

20.1 Daten zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in KiGGS

Die Daten zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen wurden im Rahmen der Elternbefragung erfasst. Im Vorfeld wurden die Eltern gebeten, das gelbe U-Heft zur Untersuchung mitzubringen, um dies als Gedächtnisstütze zur Beantwortung der Frage »Welche der Früherkennungsuntersuchungen haben Sie für Ihr Kind in Anspruch genommen?« nutzen zu können. Da die U₁ und die U₂ zumeist in der Geburtsklinik erfolgen, wird im Folgenden die Inanspruchnahme der U₃ bis U₉ betrachtet. Bis zur U₆ werden außerdem nur Kinder und Jugendliche in die Analyse eingeschlossen, die bereits das erste Lebensjahr vollendet haben, bei der U₇ jene ab vollendetem dritten, bei der U₈ ab vollendetem fünften und bei der U₉ schließlich ab vollendetem siebten Lebensjahr. Weiterhin werden nur jene Kinder und Jugendliche berücksichtigt, die bereits zum avisierten Termin nach Deutschland zugewandert waren, um die Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens in den Vordergrund zu stellen.

20.2 Inanspruchnahme einzelner Untersuchungen

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund weisen erheblich niedrigere Inanspruchnahmeraten auf als Kinder und Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Während bei Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund die Inanspruchnahme in den ersten beiden Lebensjahren bis zur U7 weit über der 90 %-Grenze bleibt, liegt sie bei Migrantenkindern jeweils etwa 10 Prozentpunkte darunter. Nimmt ab dem vierten Lebensjahr der Kinder die Beteiligung der Familien an dem Früherkennungsprogramm (U8, U9) generell ab, so fällt dieser Trend unter den Migrantenfamilien noch viel deutlicher aus und vergrößert die Schere zwischen Migrantenkindern und Kindern ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Die U9 besuchten beispielsweise 86,6 % bzw. 84,5 % der Kinder und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund, aber nur noch 62,3 % der Migrantenkinder (Abbildung 20.2).

Ein Vergleich nach Herkunftsländern weist Kinder und Jugendliche aus den arabisch-islamischen Ländern, der ehemaligen Sowjetunion und der Türkei als jene mit der geringsten Inanspruchnahme aus. Dies zieht sich durch alle Früherkennungsuntersuchungen. Lediglich Familien aus Westeuropa zeigen ein ähnliches Inanspruchnahmeverhalten wie die Familien ohne Migrationshintergrund.

Mit der Aufenthaltsdauer nimmt auch die Inanspruchnahme zu und zwar bei allen Früherkennungsuntersuchungen, nicht nur bei jenen in den unteren Lebensjahren, sondern auch bei jenen ab dem vierten Lebensjahr.

20.3 Vollständigkeit

Neben der Inanspruchnahme der einzelnen Früherkennungsuntersuchungen können Aussagen zur Vollständigkeit der Teilnahme getroffen werden. Während 86,2 % bzw. 82,6 % der Kinder und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, sind dies unter den Migrantenkindern lediglich 64,5 %. Abbildung 20.3.1 zeigt, dass die Anteile derer mit vollständiger Teilnahme zwar zwischen den Herkunftsländern variieren, aber bei allen Familien, die aus einem anderen Land stammen, signifikant unter Deutschland liegen. Den geringsten Grad der Vollständigkeit weisen Kinder und Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion (60,4 %), aus den arabisch-islamischen Ländern (64,4 %) sowie aus der Türkei (68,5 %) auf.

Auch hier zeigt sich eine Veränderung mit der Bleibedauer und die Vollständigkeit nimmt im Laufe des Aufenthalts zu: Wenn die Zuwanderung der Mutter nicht mehr als fünf Jahre zurückliegt, haben nur 62,5 % der Kinder alle Früherkennungsuntersuchungen besucht. Bei einer mehr als 20-jährigen Aufenthaltsdauer der Mutter hat

Abbildung 20.2
Inanspruchnahme von U3 bis U7 nach Migrationshintergrund (in Prozent)

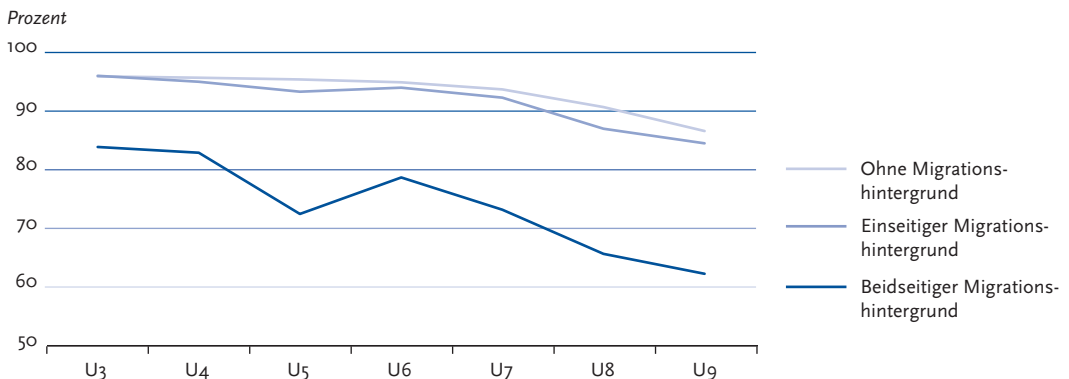
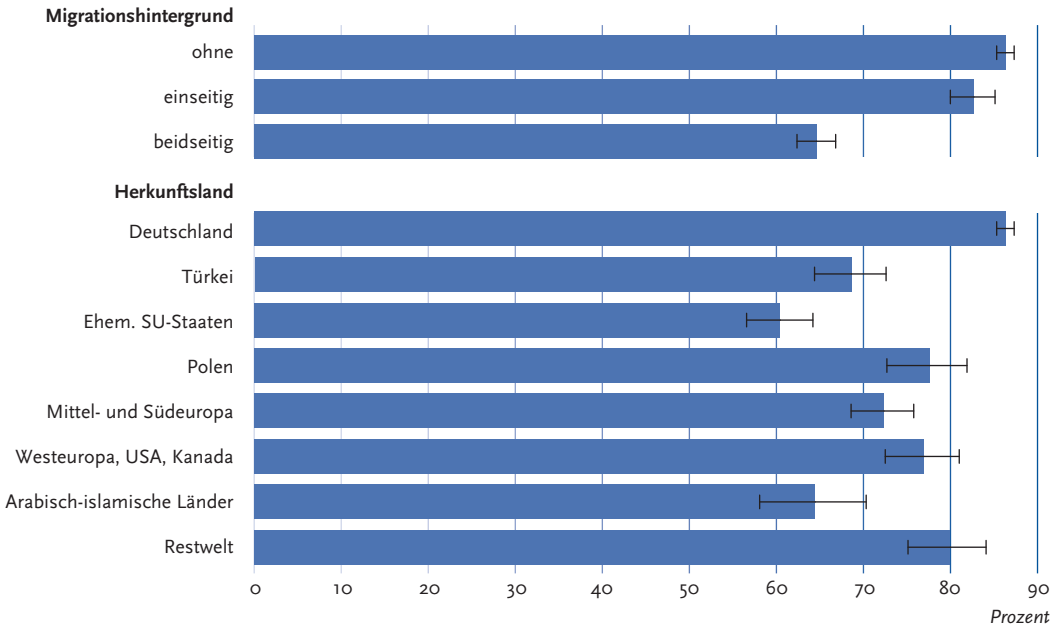


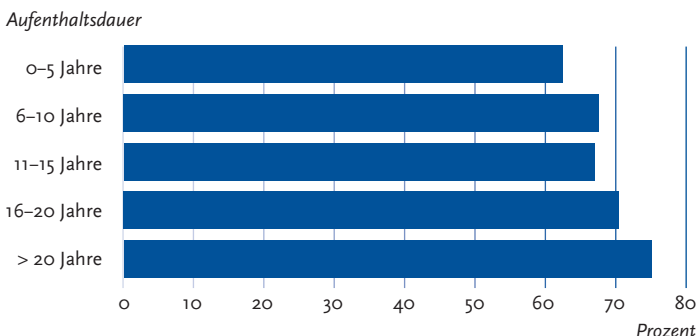
Abbildung 20.3.1
Vollständigkeit der Teilnahme an der Früherkennung (U3–U7) nach Migrationshintergrund



sich dieser Anteil auf immerhin drei Viertel der Kinder erhöht (Abbildung 20.3.2). Noch gravierender sind die Differenzen, wird die Einwanderergeneration betrachtet: Nur 45,7% der selbst nach Deutschland zugewanderten Kinder und Jugendlichen haben an allen Vorsorgeuntersuchungen, die für sie nach der Einreise altersmäßig in Frage gekommen wären, teilgenommen. Unter der zweiten bzw. dritten Einwanderergeneration betrug dieser Anteil dagegen 75,4 %. Die Vollständig-

keit variiert weiterhin nach Grad der Integration und Aufenthaltsstatus. So hat lediglich die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einem unsicheren Aufenthalt alle Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen (mit sicherem Aufenthalt: 68,8%). Dafür mag der durch das Asylbewerberleistungsgesetz begrenzte Zugang zum Gesundheitssystem und insbesondere zu den Vorsorgeuntersuchungen verantwortlich sein.

Abbildung 20.3.2
Vollständigkeit der Teilnahme nach Aufenthaltsdauer der Mutter



20.4 Zusammenfassung

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ist deutlich geringer als jene der Kinder und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Dies zeigt sowohl ein Vergleich der Teilnahme an einzelnen Früherkennungsuntersuchungen als auch eine Gegenüberstellung nach Vollständigkeit. Innerhalb der Migrantenpopulation variiert die Inanspruchnahme hinsichtlich der Herkunftsländer. Besonders selten besuchen Kinder und Jugendliche aus arabisch-islamischen Ländern, der ehemaligen Sowjetunion sowie aus der Türkei die Vorsorgeuntersuchungen. Weiterhin beeinflussen der Grad der Integration, der Aufenthaltsstatus, die Aufenthaltsdauer sowie die Einwanderergeneration die Inanspruchnahme. Die beiden letzteren Faktoren verweisen auf verschiedene mögliche Erklärungen der geringeren Teilnahme. So kann fehlendes Wissen um ein solches Angebot und dessen Nutzen die anfänglich geringe Beteiligung begründen, wenn beispielsweise Vorsorge nicht im Gesundheitssystem des Herkunftslandes verankert ist. Einer eher ablehnenden Haltung gegenüber Vorsorgeuntersuchungen kann weiterhin eine symptomgebundene Krankheitsauffassung zugrunde liegen: Symptombefrei bedeutet gesund zu sein. Sie kann auch mit einer fatalistischen Krankheitsauffassung einhergehen, nach der die Gesundheit in einer »fremden Macht« und damit außerhalb eigener Einflussmöglichkeiten liegt. Insofern ist die Zunahme der Inanspruchnahme auch Ausdruck sich im Migrationsverlauf wandelnder Gesundheitskonzepte und Einstellungen gegenüber Angeboten der Vorsorge.

Literatur

1. Windorfer A, Bruns-Philipps E (2002) Präventive Maßnahmen: Kinder ausländischer Herkunft benachteiligt. *Kinderärztliche Praxis* 73 (4): 258–264
2. Gawrich S (2004) Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung. *Hessisches Ärzteblatt* 2/2004: 73–76
3. Oberwöhrmann S, Bettge S (2007) Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005. Berlin
4. Ministerium für Frauen Jugend Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (2000) Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen: Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
5. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50 (5–6): 836–850

21 Impfungen

Schutzimpfungen zählen zu den wirksamsten Strategien zur Verhinderung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Effiziente Impfstrategien müssen die soziale Lage und auch den Migrationshintergrund berücksichtigen, da eine Reihe von Infektionskrankheiten in der unteren sozialen Schicht und bei Migranten und Migrantinnen häufiger auftreten. Mit dem 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz wurde dem Robert Koch-Institut die Aufgabe der zentralen Erfassung und Analyse der Impfquoten bei Kindern, die im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen ermittelt werden, übertragen. Bislang werden jedoch nur in einigen Kommunen Informationen zum Sozial- und Migrationsstatus erhoben, so dass auf dieser Grundlage keine flächendeckenden Aussagen zum Impfverhalten von Kindern mit Migrationshintergrund getroffen werden könnte. Die KiGGS-Daten erlauben nun nicht nur die Auswertung von Unterschieden in Abhängigkeit vom Alter und von der Art der Impfung, sondern auch die differenzierte Betrachtung von Untergruppen innerhalb der heterogenen Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben. Hier stellt sich insbesondere die Frage, welche Zusammenhänge zwischen dem Impfverhalten und der Herkunft aus bestimmten Ländern, der Einwanderergeneration, der Aufenthaltsdauer und dem Grad der Integration bestehen.

Regionale Studien lieferten bereits Hinweise darauf, dass sich die Impfquoten sowohl zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen unterscheiden – wobei Migranten/innen ein teils günstigeres teils ungünstigeres Impfverhalten aufweisen als Nicht-Migranten/innen – als auch innerhalb verschiedener Migrantengruppen. Die Berliner Schuleingangsuntersuchungen zeigen etwas günstigere Impfquoten von Kindern ausländischer Herkunft [1]: Türkischstämmige Kinder in Berlin sind besser gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung), Mumps, Masern, Röteln, Haemophilus influenzae Typ B (Hib), Keuchhusten und Hepatitis B geimpft als die deutschen Gleichaltrigen. Deutliche Unterschiede finden sich vor allem bei der Impfung gegen Hepatitis B. Hier sind lediglich 84 % der deutschen, aber 96 % der türkischen Kinder ausreichend immunisiert. Es gibt aber

auch Migrantengruppen, für die Unterschiede in die andere Richtung gehen: So liegen die Impfquoten von Kindern aus Osteuropa für Hepatitis B leicht unter (bei Impfungen gegen andere Infektionskrankheiten hingegen leicht über) den Quoten deutscher Kinder. Der größte Unterschied zeigt sich hingegen bei Haemophilus influenzae Typ B, gegen die nur 77 % der Kinder aus Osteuropa, aber 93 % der deutschen und 96 % der türkischen Kinder geimpft sind. Deutlich wird aber auch, dass sich die Quoten der in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund immer mehr den der Kinder ohne Migrationshintergrund annähern. Betrachtet man nämlich das Geburtsland der Kinder, wird ersichtlich, dass der große Unterschied zwischen Kindern aus Osteuropa und deutschen bzw. türkischen Kindern durch diejenigen Kinder bedingt ist, die nicht in Deutschland geboren wurden. Diese bisher aufgezeigten Zusammenhänge wurden jedoch nur in der umschriebenen Altersgruppe der Kinder vor der Einschulung untersucht, die Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen ist aber abhängig vom Alter und vom Geburtsjahrgang, daher können aufgrund der beschriebenen Schuleingangsuntersuchungen weder die Durchimpfung der jüngeren noch der älteren Kinder und Jugendlichen beurteilt werden.

Die bundesweiten Daten aus der KiGGS-Studie erlauben es aufgrund des Stichprobendesigns nicht, auf Bundeslandebene die bei Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Daten zu überprüfen. Erstmals können aber bundesweit repräsentative Aussagen über Zusammenhänge zwischen Impfverhalten und Migrationshintergrund in der gesamten Altersgruppe der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen getroffen werden.

21.1 Daten zum Impfen in KiGGS

Um Verzerrungen der Ergebnisse durch nicht zeitgerecht gegebene Impfungen bzw. durch die in den ersten zwei Lebensjahren altersabhängig empfohlenen Impfdosen zu vermeiden, beziehen sich die folgenden Ausführungen, sofern nicht anders angegeben auf 2- bis 17-Jährige. Die Auswertungen wurden auf Grundlage der vorgelegten Impfausweise durchgeführt. 93,3 % der in KiGGS untersuchten Kinder und Jugendlichen konnten

auf dieser Grundlage hinsichtlich ihres Impfstatus beurteilt werden. Der Anteil von Teilnehmern, für die kein Impfausweis vorgelegt wurde oder für die eine erkennbar unvollständige Impfdokumentation (z. B. Zweit- oder Folgeimpfpass) vorgelegt wurde, betrug bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund 4,6 %, 7,0 % bei Kindern und Jugendlichen mit einseitigem- und 17,3 % bei beidseitigem Migrationshintergrund. Der Anteil an Kinder und Jugendlichen mit fehlender Impfdokumentation bei Migranten/innen aber auch Nicht-Migranten/innen ist besonders hoch bei Kindern aus Familien der unteren sozialen Schicht.

21.2 Tetanus und Diphtherie

Eine erste Betrachtung aller 2- bis 17-jährigen KiGGS-Teilnehmer zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund aus der Türkei, den Ländern der ehemaligen Sowjetunion und sonstige Migranten/innen signifikant schlechter gegen Tetanus aber auch gegen Diphtherie grundimmunisiert sind als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Dabei unterscheidet sich die Durchimpfung gegen Tetanus und Diphtherie um jeweils weniger als einen Prozentpunkt, so dass im Folgenden die bestehenden

Zusammenhänge am Beispiel der Tetanusdurchimpfung dargelegt werden. Betrachtet man die Durchimpfung der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund differenziert nach Altersgruppen, so fällt auf, dass sich in den jüngeren Altersgruppen der 2- bis 10-jährigen die Durchimpfung der Kinder mit Migrationshintergrund *nicht* deutlich von den Kindern ohne Migrationshintergrund unterscheidet. Allerdings ist in diesen jüngeren Altersgruppen, in denen scheinbar keine Impfquotenunterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund bestehen, die Durchimpfung bei Migranten/innen der ersten Einwanderergeneration deutlich schlechter als bei altersgleichen Migranten/innen von nachfolgenden Einwanderergenerationen und deutlich schlechter als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. So ist die Durchimpfung gegen Tetanus mit 77,5 % bei Migranten/innen für diejenigen Kinder und Jugendlichen (2- bis 17-Jährige), die erst nach ihrer Geburt nach Deutschland zugewandert sind, bedeutend schlechter als bei in Deutschland geborenen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (92,5 %). Diese Migrantenkinder der zweiten und nachfolgenden Generationen unterscheiden sich hinsichtlich der Grundimmunisierung gegen Tetanus kaum noch von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (94,0 %) (siehe Abbildung 21.2.1).

Abbildung 21.2.1

Vollständige Tetanusgrundimmunisierung bei 2- bis 17-jährigen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund mit Differenzierung der Migrantenkinder nach dem Zeitpunkt der Zuwanderung (in Prozent)

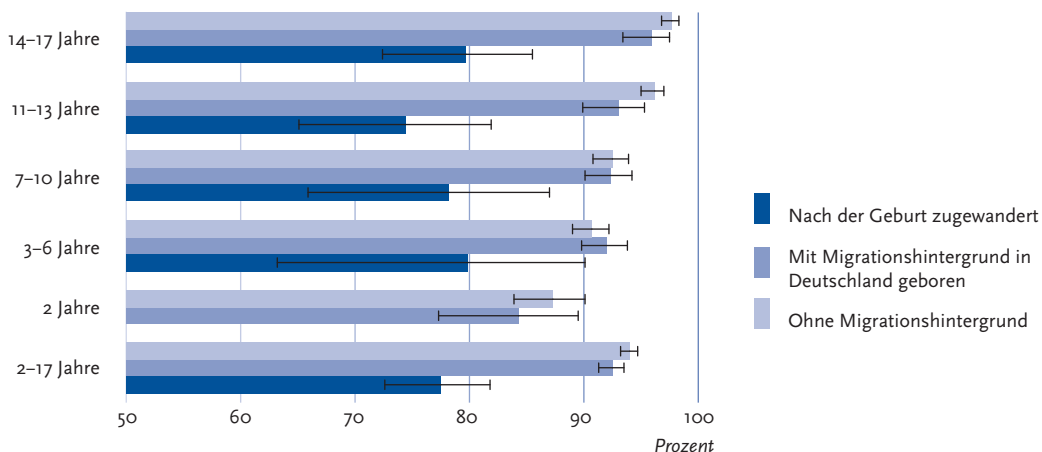
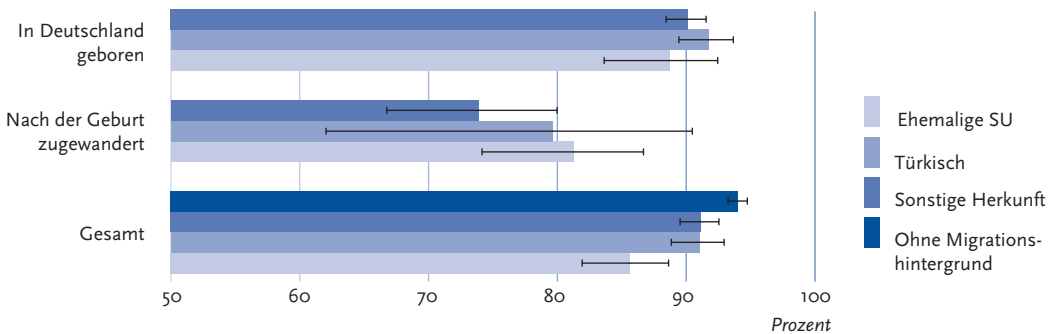


Abbildung 21.2.2

Tetanusimpfquoten für vollständige Grundimmunisierung von 2- bis 17-Jährigen mit Differenzierung der Migrantenkinder nach Herkunftsland und dem Zeitpunkt der Zuwanderung (in Prozent)



Somit ist das bei einer undifferenzierten Betrachtung der KiGGS-Daten erhaltene Bild, die Durchimpfung bei jüngeren Kindern mit Migrationshintergrund sei gleich gut wie das ihrer Altersgenossen, nicht als strukturelle Verbesserung der Durchimpfung von jüngeren Migranten/innen zu interpretieren, sondern vor allem durch den größeren Anteil in Deutschland geborener Migrantenkinder in den jüngeren Altersgruppen bedingt: Der Anteil von Kindern der ersten Einwanderergeneration beträgt in der Altersgruppe 0- bis 6 Jahre deutlich unter 10 %, in der Gruppe der 11- bis 13-Jährigen sind 26 %, bei den 14- bis 17-Jährigen jedoch über 40 % nicht in Deutschland geboren.

Die Durchimpfung mit der für das 5. bis 6. Lebensjahr empfohlenen Auffrischimpfung gegen Tetanus zeigt zwar keine großen Unterschiede nach Migrationshintergrund, ist jedoch bei 7- bis 10-jährigen Kindern unabhängig vom Migrantenstatus schlecht: Nur 58 % der Kinder ohne Migrationshintergrund und 57 % der Kinder, die nach der Geburt nach Deutschland zugewandert sind und 54 % der Kinder mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind, haben die Tetusauffrischimpfung erhalten.

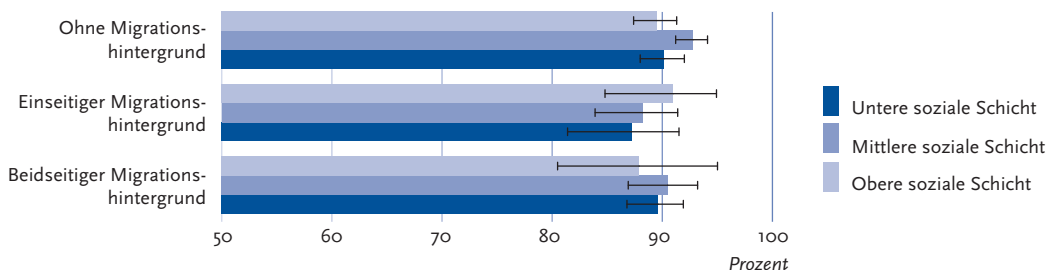
Unterscheidet man die Kinder mit Migrationshintergrund nach ihrem Herkunftsland, fällt auf, dass die Gruppe der Migranten/innen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion besonders schlecht gegen Tetanus grundimmunisiert ist. Betrachtet man allerdings die Durchimpfung von nur der nach der Geburt nach Deutschland eingewanderten Migranten/innen aus den verschiede-

nen Herkunftsländern (erste Einwanderergeneration), so besteht kein bedeutsamer Unterschied zwischen den verschiedenen Herkunftsländern: Nach der Geburt zugewanderte 2- bis 17-jährige Migranten/innen sind unabhängig vom Herkunftsland besonders schlecht durchgeimpft (siehe Abbildung 21.2.2).

Die im Vergleich zu anderen Herkunftsgruppen deutlich schlechtere Durchimpfung der Kinder und Jugendlichen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion ist vor allem auf einen hohen Anteil von nicht in Deutschland geborenen Kindern und Jugendlichen (der ersten Einwanderergeneration) zurückzuführen, die wie Einwanderer der ersten Generation aus anderen Herkunftsländern schlechter durchgeimpft sind: Der Anteil der ersten Einwanderergeneration beträgt bei Migranten/innen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion (2- bis 17-Jährige) in KiGGS 50 %, bei türkischen Migranten/innen 9 % und bei Migranten/innen aus sonstigen Herkunftsländern 16 %. In der Gruppe der in Deutschland geborenen Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist die Durchimpfung derer aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion (nachfolgende Einwanderergenerationen) mit 88,7 % etwas niedriger als die sonstiger Migranten/innen (90,1 %), dagegen sind selbst zugewanderte Kinder und Jugendliche aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion etwas besser (81,2 %) als Migranten/innen aus sonstigen Herkunftsländern geimpft (73,8 %), diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Abbildung 21.2.3

Tetanusgrundimmunisierung nach sozialer Schicht bei 2- bis 10-jährigen nach Migrationshintergrund



Bei einer Betrachtung unabhängig vom Migrantenstatus spielt die soziale Schicht eine gewisse Rolle für die Tetanusimpfquoten: Kinder aus Familien der mittleren sozialen Schicht sind etwas besser gegen Tetanus durchgeimpft als Kinder aus Familien, die der oberen sozialen Schicht angehören. Bei Kindern mit Migrationshintergrund unterscheidet sich die Durchimpfung gegen Tetanus nur wenig zwischen den sozialen Schichten. Jedoch sind wegen der begrenzten Fallzahl von Kindern mit Migrationshintergrund aus Familien der oberen sozialen Schicht in unserer Untersuchung keine eindeutigen Aussagen über den möglichen Einfluss der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht auf die Durchimpfung möglich. Allerdings scheinen in der Gruppe der Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht am schlechtesten, Kinder aus der oberen sozialen Schicht am besten gegen Tetanus durchgeimpft zu sein.

Innerhalb der Migrantenpopulation scheint es insgesamt große Unterschiede bei den Tetanusimpfquoten zu geben und es stellt sich die Frage, welche Faktoren dabei die wichtigste Rolle spielen. Unsere statistischen Auswertungen zeigen, dass die Frage, ob Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland geboren wurden oder erst nach der Geburt zugewandert sind, den stärksten Einfluss auf das Tetanusimpfverhalten hat, stärker als andere migrationspezifische oder soziodemographische Differenzierungsmerkmale. Dagegen ist die Durchimpfung unabhängig vom Grad der Integration und davon, ob ein einseitiger oder beidseitiger Migrationshintergrund vorliegt und auch unabhängig von dem Herkunfts-

land. Es besteht kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Durchimpfung gegen Tetanus und der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (ein Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht besteht nur bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund). Eine gewisse Rolle spielen der Wohnort in den neuen oder alten Bundesländern (mit schlechteren Tetanusimpfquoten in den alten Bundesländern) und das Alter der Kinder, ältere Kinder sind häufiger vollständig grundimmunisiert als jüngere Kinder. Diese beiden Einflussfaktoren gelten sowohl bei Kindern und Jugendlichen mit und als auch ohne Migrationshintergrund⁷.

Nach der Geburt zugewanderte ältere Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (auch einseitig) mit längerer Aufenthaltsdauer in Deutschland scheinen etwas besser geimpft zu sein, als erst seit kurzem zugewanderte Kinder und Jugendliche. Dieser Zusammenhang ist jedoch stark durch das Alter der Kinder beeinflusst: der Anteil von älteren, und damit grundimmunisierten Kindern, ist größer in den Gruppen, die schon länger in Deutschland sind. Der Parameter mit dem stärksten Zusammenhang hinsichtlich einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus in der Gruppe *nach* der Geburt Eingewanderter ist die Frage, ob ein ein- oder beidseitiger Migrationshintergrund vorliegt: In dieser Gruppe haben Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund unabhängig von der Aufenthaltsdauer und dem Grad der Integration im

⁷ Ergebnis eines multivariaten logistischen Modells unter zusätzlicher Berücksichtigung vom Geschlecht

Vergleich zu denjenigen mit einseitigem Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko, nicht ausreichend grundimmunisiert zu sein.

21.3 Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Wie bei Tetanus und Diphtherie sind jüngere Kinder mit Migrationshintergrund nicht schlechter gegen Kinderlähmung grundimmunisiert als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund, ältere Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind schlechter gegen Kinderlähmung grundimmunisiert als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Die Grundimmunisierung gegen Kinderlähmung unterscheidet sich jedoch bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden, nicht von Kindern ohne Migrationshintergrund.

21.4 Hepatitis B

Wie bei Tetanus und Diphtherie sind jüngere Kinder mit Migrationshintergrund nicht schlechter gegen Hepatitis B grundimmunisiert als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Die Grundimmunisierung gegen Hepatitis B unterscheidet sich bei Kindern und Jugendlichen (2- bis 17-Jährige) mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden, nicht von Kindern ohne Migrationshintergrund. 2- bis 10-Jährige türkischer Abstammung, die in Deutschland geboren wurden, sind mit 79 % sogar besser gegen Hepatitis B geimpft als Kinder ohne Migrationshintergrund (71,6 %), dieser Unterschied ist jedoch (gerade nicht) statistisch signifikant. Wie bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund steht bei der Beurteilung des Hepatitis B-Impfschutzes im Vordergrund, dass gerade bei den 14- bis 17-Jährigen, in einem Alter also, in dem zunehmend die Aufnahme sexueller Kontakte erfolgt, die Durchimpfung gegen Hepatitis B besonders ungenügend ist: So besteht insbesondere bei 57 % der *nach* der Geburt zugewanderten Jugendlichen kein vollständiger Impfschutz gegen Hepatitis B (in Deutschland geborene Jugendliche mit Migrationshintergrund: 42 %, Jugendliche ohne Migrationshintergrund: 41 %).

21.5 Haemophilus influenzae Typ B (Hib)

Wie bei Tetanus und Diphtherie sind jüngere Kinder mit Migrationshintergrund nicht schlechter gegen Haemophilus influenzae Typ B grundimmunisiert als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Auch bei Haemophilus influenzae Typ B ist die Durchimpfung jedoch davon abhängig, ob Kinder in Deutschland geboren wurden. Es sind zwar 89,5 % der 2- bis 10-jährigen in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund und 89,1 % der Kinder ohne Migrationshintergrund gegen Haemophilus influenzae Typ B grundimmunisiert, deutliche Unterschiede bestehen jedoch bei Kindern, die nicht in Deutschland geboren wurden, hier sind nur halb so viele (43,6 %) der 2- bis 10-Jährigen gegen Haemophilus influenzae Typ B grundimmunisiert. Kinder im Alter ab 5 Jahren müssen laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission nicht gegen Haemophilus influenzae Typ B nachgeimpft werden. Wandern also nicht gegen Haemophilus influenzae Typ B geimpfte Kinder im Alter über 5 Jahre nach Deutschland zu, müssen diese nicht nachgeimpft werden. Niedrige Impfquoten bei älteren Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ziehen daher keinen Handlungsbedarf nach sich. Allerdings sollte der Impfstatus für Haemophilus influenzae Typ B von unter 5-jährigen Kindern, die nicht in Deutschland geboren wurden, stets überprüft und vervollständigt werden.

21.6 Pertussis (Keuchhusten)

2- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden, sind nicht schlechter gegen Keuchhusten grundimmunisiert (70,5 %) als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (69,7 %). Schlechter durchimpft sind auch hier die Kinder, die nach der Geburt nach Deutschland zugewandert sind (54,4 %). Allerdings ist bei der Keuchhustendurchimpfung eine Besonderheit zu beobachten: Nicht aus allen Herkunftsländern sind die *nach* der Geburt zugewanderten Kinder und Jugendliche schlechter durchimpft als Kinder, die in Deutschland geboren wurden oder aus Familien ohne Migrationshintergrund stammen. In der Gruppe der nach der Geburt zugewanderten älteren Kinder

und Jugendlichen (11- bis 17-Jährige) sind Zuwanderer aus der ehemaligen Sowjetunion (59,0 %) und aus Polen (60,9 %) besser gegen Keuchhusten geimpft als 11- bis 17-Jährige deutscher Herkunft (49,0 %), türkischer Herkunft (23,8 %) und Migranten/innen aus anderen Herkunftsländern (40,6 %). Bei den nach der Geburt zugewanderten *jüngeren* Kindern (2- bis 10-Jährige) unterscheiden sich Kinder aus der ehemaligen Sowjetunion und Polen nicht mehr auffällig von nach der Geburt zugewanderten aus anderen Herkunftsländern. Für diese Altersgruppe gilt die generelle Aussage, dass nach der Geburt Zugewanderte schlechter durchimpft sind, ungeteilt.

21.7 Masern, Mumps und Röteln

Auch bei der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln spielt der Migrationshintergrund eine Rolle, und dabei wieder insbesondere die Frage, ob die Kinder in Deutschland geboren oder erst nach der Geburt zugewandert sind. Dabei sind nach der Geburt zugewanderte Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund schlechter mit ein aber auch zwei Masernimpfdosen durchimpft als in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund oder Kinder ohne Migrationshintergrund. Diese schlechtere Durchimpfung von zugewanderten Kindern und Jugendlichen ist besonders deutlich bei älteren Kindern und Jugendlichen: Nur 85,9 % der zugewanderten 11- bis 17-Jährigen sind mindestens einmal gegen Masern geimpft, während 95,1 % der in Deutschland geborenen 11- bis 17-Jährigen mit Migrationshintergrund und 94,3 % der älteren Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund mindestens eine Masernimpfdosis erhalten haben. Auch wenn die Stichprobe der nach der Geburt zugewanderten älteren Kinder und Jugendlichen klein ist, konnte doch die Aussage statistisch abgesichert werden, dass diese Gruppe besonders schlecht mit einer, und in noch schlechterem Maße mit zwei Masernimpfdosen versorgt ist. Kinder mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind, sind nicht schlechter gegen Masern immunisiert als Kinder ohne Migrationshintergrund.

Wie bei der Durchimpfung gegen Tetanus scheint auch für die Maserndurchimpfung die so-

ziale Schicht in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Die Unterschiede hinsichtlich der Maserndurchimpfung sind zwischen der unteren und mittleren sozialen Schicht gering und statistisch nicht bedeutsam. In der Gruppe der 2- bis 10-jährigen Kinder mit Migrationshintergrund sind Kinder aus Familien der oberen sozialen Schicht eher schlechter mit einer, aber auch mit zwei Masernimpfungen versorgt, dieser Zusammenhang ist bei Kindern ohne Migrationshintergrund signifikant, bei Kindern mit Migrationshintergrund jedoch statistisch schwer abschätzbar, da diese Gruppe von Kindern klein ist.

21.8 Zusammenfassung

Die Beurteilung der Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erfordert eine differenzierte Betrachtung der Gesamtgruppe der Migranten/innen, da die Impfquoten in verschiedenen Untergruppen (Altersgruppen, Einwanderergenerationen, Herkunftsländer) sowie abhängig von der Art der Impfung sehr unterschiedlich sind. Unsere Auswertungen zeigen, dass das wichtigste Differenzierungsmerkmal im Hinblick auf die in KiGGS erfassten Impfungen ist, ob die Geburt des Kindes in Deutschland stattgefunden hat oder das Kind erst nach der Geburt zugewandert ist: Nach der Geburt Zugewanderte sind bedeutsam schlechter geimpft als in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund. Diese Ergebnisse decken sich mit international publizierten Impfquoten für zugewanderte Erwachsene in Kanada. So hat eine 2007 veröffentlichte kanadische Studie in der Gruppe erwachsener Einwanderer der ersten Generation einen hohen Anteil (36 %) von ungenügend gegen Masern, Mumps oder Röteln geschützten Personen festgestellt [2].

Hingegen sind in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund insbesondere in den jüngeren Altersgruppen nicht schlechter durchimpft als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. In der Gruppe der *nach* der Geburt zugewanderten Kinder und Jugendlichen sind Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich schlechter durchimpft als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund.

Andere Differenzierungsmerkmale wie das Herkunftsland sind weniger bedeutsam für die Impfquoten. Auf den ersten Blick scheinbar bestehende Unterschiede sind zum großen Teil durch die besondere Struktur der Einwanderer aus bestimmten Herkunftsländern zu erklären. So sind die schlechteren Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion vor allem durch den – im Vergleich zu Migranten/innen anderer Herkunftsländer – höheren Anteil nach der Geburt zugewanderter Kinder und Jugendlicher bei Russlanddeutschen im Vergleich zu Migranten/innen anderer Herkunftsländer zu erklären.

Insgesamt ist wenig darüber bekannt, warum sich Impfraten bei bestimmten Migrantengruppen von denen bei Nicht-Migranten/innen unterscheiden.

Empfehlungen für die Durchführung von Impfungen in Deutschland werden jährlich von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) herausgegeben und kontinuierlich an den aktuellen Wissensstand und den konkreten Bedarf angepasst. Die Kosten für Impfungen werden von Trägern der Krankenversicherungen als Satzungsleistungen erstattet. Die Versorgung mit amtlich anerkannten Impfungen wird aber auch bei Kindern und Jugendlichen mit Asylbewerberstatus im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (§ 4 (3) AsylbLG) gewährleistet.

Obwohl damit formal die Versorgung mit Impfungen gewährleistet ist, muss festgestellt werden, dass die Impfversorgung für Familien mit Migrationshintergrund – insbesondere wenn beide Eltern nichtdeutscher Herkunft sind oder bereits Kinder mit der Familie nach Deutschland einwandern – schlechter ist. Dies scheint nicht an spezifischen Vorbehalten gegen Impfungen zu liegen: Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund geben über alle soziale Schichten hinweg seltener an, Gründe gegen die Gabe von Impfungen ihres Kindes gehabt zu haben. Außerdem konnte in unserer Auswertung gezeigt werden, dass die Durchimpfung von in Deutschland geborenen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht schlechter ist als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Dennoch scheinen Zugangsbarrieren zu existieren, die noch ungenügend untersucht sind. Der überproportional hohe Anteil an Kindern aus Familien mit nied-

rigem sozialen Status ist – jedenfalls nach unseren ersten detaillierten Auswertungen für die Tetanus- und Masernimpfung – nicht die Erklärung für die schlechtere Durchimpfung, die wir bei bestimmten Migrantengruppen feststellen.

Die Verbesserung von Information über Schutzimpfungen über sprachliche Barrieren hinweg sowie das aktive Angebot von Impfungen insbesondere für neu bzw. selbst zugewanderte Kinder und Jugendliche scheint daher ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Durchimpfung in den Migrantengruppen mit schlechten Impfquoten zu verbessern.

Positiv ist deshalb, dass z. B. in den Ländern Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen Faltblätter zu Impfungen allgemein (»Schutz durch Impfungen von Anfang an«) bzw. zu Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln (Faltblatt »Masern, Mumps und Röteln«) in türkischer und russischer Sprache herausgegeben werden. Migrantenspezifische Informationen oder übersetzte Infomaterialien der BZgA existieren zu Vorsorgeuntersuchungen von Kindern (U1 bis U9), jedoch nicht zu Impfungen und nicht zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1. Auch wenn im Internet Informationen in türkischer und russischer Sprache zu Impfungen zu erhalten sind (z. B. über das sogenannte Impfforum [3]), scheinen hier noch nicht alle Möglichkeiten der Information und Ansprache von Migranten/innen ausgeschöpft zu sein.

Eine besondere Zielgruppe für Maßnahmen zur Verbesserung des Impfschutzes sollten Jugendliche sein. Für diese Altersgruppe gibt es keine generelle Überprüfung des Impfstatus, wie er für Vorschulkinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen stattfindet.

Zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Impfungen durch Jugendliche dürfte es u. a. sinnvoll sein, das Angebot an spezifischen Informationsmaterialien für die Zielgruppe der Jugendlichen zu erweitern und in die Sprachen der größten Zuwanderergruppen zu übersetzen. Die Gruppe der jugendlichen Zuwanderer bedarf im Rahmen der Impfprävention besonderer Aufmerksamkeit. Die Defizite hinsichtlich der Immunisierung gegen Keuchhusten und der Immunisierung mit der zweiten Masernimpfdosis sind bei Jugendlichen, die nach der Geburt zugewandert sind, besonders groß. Die KiGGS-Daten belegen zudem, dass ins-

besondere die Durchimpfung gegen Hepatitis B verbessert werden muss. Die Impfquoten gegen Hepatitis B sind schon bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in Deutschland noch deutlich zu niedrig. Darüber hinaus sind Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund bzw. nach der Geburt zugewanderte Jugendliche noch schlechter durchimpft als Jugendliche ohne Migrationshintergrund: In dieser Gruppe ist nur jeder dritte Jugendliche ausreichend gegen Hepatitis B immunisiert. Gerade in diesem Alter ist wegen der zunehmenden Aufnahme sexueller Beziehungen ein Hepatitis B-Impfschutz besonders wünschenswert und wichtig. Es konnte gezeigt werden, dass zwischen der Teilnahme an der J1-Untersuchung und dem Hepatitis B-Impfstatus ein positiver Zusammenhang besteht [4]. Deshalb könnte eine Erhöhung der Teilnahmequote von Jugendlichen mit Migrationshintergrund an der J1 auch zu einer Erhöhung der Inanspruchnahme der Hepatitis B-Impfung genutzt werden. Dies würde zudem eine Gelegenheit bieten, das Impfbuch auch auf generelle Impfücken zu überprüfen.

Für die Verbesserung der Impfquote von Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie, aber auch anderer Impfungen bei älteren zugewanderten Kindern und Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund, empfiehlt sich zudem die Überprüfung des Impfstatus auf Vollständigkeit in Zusammenarbeit mit den Schulen.

Für ältere Kinder und Jugendliche, die erst in einem Lebensalter nach Deutschland zuwandern, in dem sie von den in Deutschland implementierten Überprüfungen des Impfstatus nicht mehr profitieren können (U1-U9 bzw. Schuleingangsuntersuchungen), bedarf es zusätzlicher bundesweit durchgeführter Angebote zur Überprüfung und Komplettierung des Impfschutzes.

Spezielle Angebote für diese Gruppen von Kindern hätten hohe Public-Health Relevanz, nicht nur wegen des hohen Anteils an Kindern mit Migrationshintergrund in Deutschland, sondern auch wegen des hohen Präventionspotentials von Schutzimpfungen.

Literatur

1. Bettge S, Oberwöhrmann S, Delekat D et al. [2006] Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin – Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2004. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2006 – 1. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.
2. Greenaway C, Dongier P, Boivin JF et al. (2007) Susceptibility to Measles, Mumps, and Rubella in Newly Arrived Adult Immigrants and Refugees. *Ann Intern Med* 146: 20–24
3. Forum Impfen e.V. (13.12.07) Impf-Information für die Bevölkerung <http://www.forum-impfen.de/dasforum/info.htm>
4. Robert-Koch Institut 2007 (Manuskript): Gesundheitspolitisches Auswertungs- und Transferkonzept KiGGS: Impfungen

Teil F

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

22 Zusammenfassung

Im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) ist es erstmals gelungen, Personen mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. An der Studie haben sich 2.590 Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund beteiligt, das sind 17,1 % aller Kinder und Jugendlichen⁸. Nach der KiGGS-Definition verfügen über einen *beidseitigen* Migrationshintergrund Kinder und Jugendliche, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind *und* von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen *beide* Eltern zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind. Weitere 8,3 % der Kinder und Jugendlichen haben einen einseitigen Migrationshintergrund, d. h. sie sind in Deutschland geboren und *ein* Elternteil ist aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Insgesamt weisen also 25,4 % der Kinder und Jugendlichen einen ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund auf. Die untersuchten Kinder und Jugendlichen kommen aus der Türkei (5,7 %), Mittel- und Südeuropa (4,8 %), der ehemaligen Sowjetunion (4,4 %), Westeuropa, Kanada und den USA (3,2 %), Polen (2,6 %), arabisch-islamischen Ländern (2,0 %) sowie aus verschiedenen Ländern Lateinamerikas, Afrikas und Asiens (zusammengefasst 3,1 %).

Diese hohe Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund an der KiGGS-Studie ist durch die Integration eines komplexen migrationsspezifischen Zugangs gelungen. Die Aktivitäten umfassten u. a. ein Oversampling von Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, die Überset-

zung von Einladungs- und Erhebungsmaterialien, eine migrationsspezifische Öffentlichkeitsarbeit sowie eine interkulturelle Schulung der Feldteams. Der beträchtliche Anteil von einem Drittel der Eltern mit Migrationshintergrund, die einen Fragebogen in ihrer Herkunftssprache ausfüllten, verweist insbesondere auf die Notwendigkeit, Einladungsmaterialien und Erhebungsinstrumente in übersetzter Form anzubieten.

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund leben zu einem beträchtlich höheren Ausmaß (53,7 %) in sozial benachteiligter Lage verglichen mit Kindern und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (22,1 % bzw. 27,0 %). Allerdings manifestieren sich gravierende Unterschiede hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit innerhalb der Migrantenpopulation. So gehören mit 70,7 % Kinder und Jugendliche aus der Türkei mit Abstand am häufigsten der untersten Sozialschicht an, gefolgt von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen Sowjetunion (48,2 %) sowie aus den arabisch-islamischen Ländern (44,4 %). Kinder und Jugendliche aus Westeuropa, Kanada und den USA liegen hingegen mit ihrem Anteil von 16 % noch unter jenem der Kinder aus Deutschland. Die untersuchten Familien aus der Türkei und den arabisch-islamischen Ländern weisen weiterhin den geringsten Grad der sozialen Integration auf – gemessen an den Deutschkenntnissen, der beruflichen Integration der Eltern, der schulischen Integration der Kinder, den wohnräumlichen Bedingungen, der sozialen Einbindung der Kinder sowie der aufenthaltsrechtlichen Situation.

Das Aufwachsen in sozial benachteiligter Situation vermindert die Chancen für ein gesundes Leben. Dennoch bestätigen die vorliegenden Daten höhere Risiken für Migrantenkinder nur in einigen gesundheitlichen Bereichen, in anderen scheinen Gesundheitsvorteile oder aber keine nennenswerten Unterschiede nach Migrationshintergrund zu bestehen.

8 in der gewichteten Stichprobe

22.1 Die wichtigsten Befunde

Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind mit 19,5% überproportional häufig von **Übergewicht** betroffen. Kinder ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund weichen hingegen in ihren Anteilen kaum voneinander ab (14,1% bzw. 13,7%). Mit 8,8% ist auch die Quote der adipösen Kinder und Jugendlichen unter den Migrantenkindern signifikant erhöht (ohne MH: 5,9%, einseitiger MH: 4,9%). Allerdings variiert das Risiko übergewichtig zu sein innerhalb der Migrantenpopulation nach Herkunftsland und Geschlecht. Am häufigsten sind Mädchen und Jungen aus der Türkei, Mädchen aus Mittel- und Südeuropa sowie Jungen aus Polen übergewichtig. Im Jugendalter scheint der Migrationshintergrund an Einfluss zu verlieren. Je länger die Aufenthaltsdauer der Familien in Deutschland, desto höher ist das Risiko übergewichtig zu sein. Als aussagekräftigster Erklärungsfaktor kristallisierte sich ein kulturspezifisch geprägtes Körperbild heraus, nach dem insbesondere Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund ihre Kinder für zu dünn erachten, selbst wenn sie normalgewichtig sind.

Während Mädchen mit beidseitigem im Vergleich zu Mädchen ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund das geringste **Unfallrisiko** tragen, lassen sich bei den Jungen insgesamt keine Unterschiede nach Migrationshintergrund feststellen. Jungen aus der Türkei sowie aus Westeuropa waren über den betrachteten Zeitraum allerdings am häufigsten in ärztlicher Behandlung infolge von Unfallverletzungen. Insgesamt deuten die KiGGS-Daten jedoch nicht auf eine generell erhöhte Unfallhäufigkeit unter Migrantenkindern hin.

Besorgniserregend sind die geringen Quoten unter Migrantenkindern hinsichtlich persönlicher **Schutzmaßnahmen beim Fahrradfahren und Inlineskaten**. Sind die Differenzen in den Fahrradhelmtagequoten bei den 3- bis 10-Jährigen am auffälligsten, so nähern sie sich bei den 11- bis 13-Jährigen etwas an, um unter den 14- bis 17-Jährigen gleichermaßen gering auszufallen und zwar unabhängig davon, ob ein Jugendlicher einen Migrationshintergrund aufweist oder nicht. Ein ganz ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der Schutzmaßnahmen beim Inlineskaten. Insbesondere

Kinder und Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion sowie aus der Türkei schützen sich vergleichsweise selten mit entsprechender Bekleidung gegen Sturzfolgen beim Fahrradfahren und Inlineskaten.

Akute Erkrankungen treten nach Angaben der Eltern bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund insgesamt etwas seltener auf als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Berichtet wurden insbesondere ein selteneres Auftreten von Atemwegserkrankungen, Magen-Darm-Infekten, Otis Media und Bindehautentzündungen.

Bezogen auf **ansteckende Kinderkrankheiten** lässt sich kein eindeutiger Trend nach Migrationshintergrund feststellen. Masern haben Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nach Angaben ihrer Eltern häufiger als Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei den anderen impfpräventablen Kinderkrankheiten, für die zum Zeitpunkt der KiGGS-Studie eine generelle Impfempfehlung bestand (Mumps, Röteln und Keuchhusten), können hingegen keine signifikanten Unterschiede nach Migrationshintergrund festgestellt werden. Windpocken und Scharlach werden für Migrantenkinder deutlich seltener angegeben, dieser Unterschied überrascht jedoch und sollte durch andere Studien bestätigt werden.

Die KiGGS-Ergebnisse sprechen weiterhin dafür, dass es auch im Bereich **chronischer Erkrankungen** migrationsspezifische Unterschiede gibt, die jedoch nicht alle Erkrankungen betreffen und auch nicht ausschließlich in Richtung einer größeren Krankheitslast bei Migranten/innen weisen. So sind Kinder mit Migrationshintergrund häufiger von Anämie betroffen und weisen zu einem höheren Anteil Merkmale psychischer Störungen auf, andererseits geben sie seltener an, von allergischen Erkrankungen betroffen zu sein bzw. dass eine Skoliose- oder Migränediagnose gestellt wurde.

Sowohl die **Schmerzprävalenz** als auch die Arztinanspruchnahme und die Medikamenteneinnahme infolge von Schmerzen unterscheidet sich nicht wesentlich nach Migrationshintergrund. Allerdings sind die angegebenen Schmerzprävalenzen geringfügig niedriger bei Kindern mit Migrationshintergrund, die Arztinanspruchnahme und die Medikamenteneinnahme hingegen geringfügig höher.

Allergische Krankheiten werden insgesamt für Migrantenkinder seltener berichtet als für Kinder ohne Migrationshintergrund. Dieser Unterschied beruht hauptsächlich auf der geringeren Prävalenz von Neurodermitis und allergischem Kontaktekzem, während die Unterschiede bei Heuschnupfen und Asthma nicht statistisch signifikant waren. Dass die Gruppe der Migranten/innen sehr heterogen ist, zeigt sich auch in der Allergieprävalenz. Insbesondere türkischstämmige Kinder und Jugendliche weisen für alle diese Krankheiten die niedrigsten Prävalenzen auf. Für Kinder und Jugendliche aus Westeuropa/USA/Kanada werden hingegen neben Deutschland häufig die höchsten Prävalenzen angegeben. Die Sensibilisierungsraten unterscheiden sich zwar nicht zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund, sind aber für Kinder und Jugendliche aus der Türkei am niedrigsten und scheinen deren selbst berichteten Angaben zu bestätigen. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland nimmt die Prävalenz aller allergischen Erkrankungen zu.

Der allgemeine **Gesundheitszustand** wird von 96 % der Eltern der 0- bis 10-jährigen Kinder ohne Migrationshintergrund als sehr gut oder gut eingeschätzt. Eltern von Kindern mit einseitigem Migrationshintergrund schätzen deren Gesundheitszustand ähnlich gut ein (95 %). Mit 89 % ist dieser Anteil bei den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund zwar immer noch hoch, liegt aber signifikant unter den beiden anderen Gruppen. Diese niedrigere Einschätzung ergibt sich überwiegend aus den Beurteilungen der Eltern aus den arabisch-islamischen Staaten, der ehemaligen Sowjetunion und der Türkei. Migrationsspezifische Differenzen zeigen sich auch bei der selbst beurteilten Gesundheit durch die Kinder und Jugendlichen. Mit 80 % ist der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ebenfalls signifikant geringer (ohne MH: 86 %, einseitiger MH: 86 %). Am seltensten halten Kinder und Jugendliche aus den ehemaligen SU-Staaten und aus Polen ihren Gesundheitszustand für sehr gut oder gut.

Deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund und auch innerhalb der Migrantenpopulation lassen sich hin-

sichtlich einiger Dimensionen der **gesundheitsbezogenen Lebensqualität** feststellen. So wird die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität von den Eltern für Kinder aus der Türkei und den arabisch-islamischen Staaten am geringsten eingeschätzt. Für Mädchen aus der Türkei geben deren Eltern ein geringeres psychisches Wohlbefinden und einen geringeren Selbstwert an. Ein geringerer Selbstwert wird auch für Mädchen aus den ehemaligen SU-Staaten und Jungen aus arabisch-islamischen Ländern berichtet. Das Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige wird von den Eltern der Kinder aus arabisch-islamischen Staaten am geringsten eingeschätzt. Ihren Selbstwert schätzen Mädchen aus Westeuropa/USA/Kanada und Jungen aus den ehemaligen SU-Staaten am niedrigsten ein. Auch ihr Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige schätzen Mädchen aus Westeuropa/USA/Kanada am geringsten ein. Das mit Abstand geringste schulische Wohlbefinden geben Mädchen aus der Türkei, gefolgt von Jungen aus den arabisch-islamischen Ländern und der Türkei an. Ein höherer Integrationsgrad geht mit einer besseren Einschätzung der Lebensqualität in fast allen Bereichen einher, dagegen wirkt sich eine nur geringe Aufenthaltsdauer von 0 bis 5 Jahren negativ auf einige Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus.

Die KiGGS-Daten zeigen einen weniger verbreiteten **Tabak- und Alkoholkonsum** unter Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund als unter Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Jugendliche aus binationalen Elternhaus ähneln in ihrem Rauch- und Trinkverhalten jenen ohne Migrationshintergrund. Die augenfälligsten Unterschiede zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen sind in der niedrigsten Statusgruppe zu beobachten: Hier rauchen nur 13,0 % der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, dagegen fast doppelt so viele Jugendliche ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund (23,1 % bzw. 23,8 %). Im Gegensatz zu Nicht-Migranten/innen ist das Rauchverhalten der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund geschlechtsspezifisch geprägt: Mädchen aus Migrantenfamilien rauchen signifikant häufiger als Mädchen ohne Migrationshintergrund. Werden nur die Jungen betrachtet, lassen sich keine statistisch relevanten Differenzen mehr

in der Raucherprävalenz hinsichtlich des Migrationshintergrundes nachweisen.

Noch deutlicher fallen die Differenzen hinsichtlich des Alkoholkonsums aus: Während lediglich 17,9 % der Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund regelmäßig Alkohol trinken, sind dies ein Drittel der Jugendlichen mit einseitigem und sogar 40,8 % der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Erwartungsgemäß trinken vor allem Jugendliche aus islamisch geprägten Ländern zu einem sehr geringen Anteil (regelmäßig) Alkohol (ca. 6 %). Aber auch bei Jugendlichen aus anderen Herkunftsländern liegt der Alkoholkonsum signifikant unter jenem der aus Deutschland kommenden Jugendlichen. Ausnahmen bilden hier die ehemalige Sowjetunion sowie Westeuropa/USA/Kanada. Das Trinkverhalten der Jugendlichen ist geschlechtsspezifisch charakterisiert: Mädchen trinken weitaus weniger häufig regelmäßig Alkohol als Jungen. Diese geschlechtstypischen Differenzen finden sich bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien in deutlichem Maße als bei jenen ohne Migrationshintergrund. Keinen Verhaltenswandel zeigen die KiGGS-Ergebnisse im Migrationsverlauf anhand der Merkmale »Aufenthaltsdauer« resp. »Einwanderergeneration«: Der Tabak- und Alkoholkonsum nimmt nicht zu, sondern bewegt sich auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.

Der Anteil jener Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren, die in ihrer Freizeit **körperlich aktiv** sind, ist unter Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund am geringsten. Jüngere Migrantenkinder treiben auch am seltensten Sport in einem Verein oder außerhalb eines Vereins. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die täglich mindestens drei Stunden vor dem Fernseher oder dem Computer sitzen, unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund am höchsten. Den höchsten Fernsehkonsum haben dabei Kinder und Jugendliche aus der Türkei und aus den arabisch-islamischen Ländern.

Wenn Migranten/innen auch in einigen Aspekten ein gesünderes **Ernährungsverhalten** als Nicht-Migranten/innen aufweisen (z. B. türkische und russlanddeutsche Migranten/innen beim Obstkonsum), so muss das Ernährungsverhalten insgesamt als ungünstiger eingeschätzt werden. Vor allem eine längere Aufenthaltsdauer bzw. die Zugehörigkeit zu der zweiten oder einer nachfol-

genden Einwanderergeneration ist mit Ernährungsmustern assoziiert, die mit einem vermeintlich modernen Lebensstil im Zusammenhang stehen. So konsumieren insbesondere türkischstämmige Migrantenkinder vermehrt Softdrinks, Fast Food, Chips und Süßigkeiten. Alle Migrantengruppen verwenden außerdem seltener Jodsalz als Nicht-Migranten/innen.

Mit einem Anteil von 81,6 % bzw. 79,5 % werden sowohl Kinder mit beidseitigem als auch mit einseitigem Migrationshintergrund häufiger gestillt als Kinder ohne Migrationshintergrund (76,3 %). Allerdings zeigen sich auch beim **Stillverhalten** Differenzen nach Herkunftsland: Überproportional oft stillen Mütter aus der ehemaligen Sowjetunion, vergleichsweise selten Mütter aus Mittel- und Südeuropa sowie aus Polen. Ihre Stillraten liegen sogar signifikant unter jenen der Mütter aus Deutschland. Vor allem Migrantinnen aus der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern weisen mit einer hohen Anfangsstillrate bzw. einer längeren Stilldauer ein günstiges Stillverhalten auf. Mütter türkischer Herkunft stillen zwar nach der Geburt zu einem hohen Anteil, aber nur kurz. Mütter aus Polen und aus Mittel- und Südeuropa stillen nicht nur vergleichsweise selten, sondern wenn überhaupt dann im Schnitt auch nur von kurzer Dauer. Stillrate und Stilldauer sind in der Migrantenpopulation durch ein viel weniger starkes Schichtgefälle geprägt, als dies bei Müttern ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund der Fall ist. Ein eindeutiger Trend für die Wirkung der Aufenthaltsdauer auf das Stillverhalten von Migrantinnen lässt sich nicht feststellen. Insgesamt gesehen scheinen jedoch sowohl die Stillbereitschaft als auch die Stilldauer abzunehmen.

Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen Migrationshintergrund weisen ein ungünstigeres **Mundgesundheitsverhalten** auf. Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund hingegen ähneln in ihrem Verhalten jenem der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Auffällig sind die großen Differenzen je nach Migrationshintergrund im Kleinkindalter: Das betrifft das Zähneputzen und die Inanspruchnahme einer regelmäßigen Zahnarztkontrolle im Alter bis zu 2 Jahren ebenso wie den Konsum zuckerhaltiger Genussmittel bei den 3- bis 6-Jährigen. Vor allem Kinder und Jugendliche aus der

Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern tragen ein erhöhtes Risiko für Karies. Sie bleiben am häufigsten unter der empfohlenen Zahnputzfrequenz und weisen eine geringe Inanspruchnahmeorientierung sowie Fluoridierung auf. Gleichzeitig ist der Verzehr von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken vergleichsweise hoch. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer gleicht sich das Mundgesundheitsverhalten von Migrantenkindern jenem der Mehrheitsbevölkerung zunehmend an.

Die Inanspruchnahme von **Früherkennungsuntersuchungen** der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ist deutlich geringer als jene der Kinder und Jugendlichen ohne bzw. mit einseitigem Migrationshintergrund. Dies zeigt sowohl ein Vergleich der Teilnahme an einzelnen Früherkennungsuntersuchungen als auch eine Gegenüberstellung nach Vollständigkeit. Innerhalb der Migrantenpopulation variiert die Inanspruchnahme hinsichtlich der Herkunftsländer. Besonders selten besuchen Kinder und Jugendliche aus arabisch-islamischen Ländern, der ehemaligen Sowjetunion sowie aus der Türkei die Vorsorgeuntersuchungen. Weiterhin korrespondieren ein geringer Grad der Integration, ein unsicherer Aufenthaltsstatus, eine kurze Aufenthaltsdauer sowie die Zugehörigkeit zur ersten Einwanderergeneration mit einer geringen Inanspruchnahme.

Die Beurteilung des **Impfstatus** von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erfordert eine differenzierte Betrachtung der Gesamtgruppe der Migranten/innen, da die Impfquoten in verschiedenen Untergruppen (Altersgruppen, Einwanderergenerationen, Herkunftsländer) sowie abhängig von der Art der Impfung sehr unterschiedlich sind. Unsere Auswertungen zeigen, dass das wichtigste Differenzierungsmerkmal im Hinblick auf die in KiGGS erfassten Impfungen ist, ob ein Kind in Deutschland geboren oder ob es erst nach der Geburt zugewandert ist: Nach der Geburt Zugewanderte sind bedeutsam schlechter geimpft als in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund. Hingegen sind in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund insbesondere in den jüngeren Altersgruppen nicht schlechter durchimpft als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. In der Gruppe der *nach* der Geburt zuge-

wanderten Kinder und Jugendlichen sind Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich schlechter durchimpft als Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund.

22.2 Mögliche Erklärungen

Der *Migrationshintergrund* ist ein komplexes Bedingungsgefüge all jener Merkmale, die eine Lebenssituation von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen unterscheiden. Solche gesundheitsrelevanten Merkmale sind: Unterschiedliche Umwelt- und Lebensbedingungen in Herkunfts- und Aufnahmeland, die besondere soziale und rechtliche Lage von Migranten/innen im Aufnahmeland, ihre ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse, Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung sowie das Migrationsereignis selbst. Vermittlungsebenen zwischen diesen Dimensionen und der Gesundheit sind das Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten sowie die vorhandenen personalen, familialen und sozialen Ressourcen.

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass der Einfluss der verschiedenen Dimensionen des Migrationshintergrundes nicht nur in Abhängigkeit vom betrachteten Gesundheitsmerkmal variiert. Vielmehr zeigt sich, dass Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken innerhalb der Migrantenpopulation ungleich verteilt sind. So sind die gesundheitliche Situation sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus binationalen Familien mit einem einheimischen Elternteil mit der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund vergleichbar. Deutliche Unterschiede lassen sich aber vor allem je nach Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration konstatieren.

Das Herkunftsland liefert Hinweise auf die Herkunftskultur, auf landesspezifische Morbiditätsprofile, auf die gesundheitliche Versorgung sowie die ökonomische Situation im Herkunftsland – Faktoren, die den Gesundheitszustand von Migranten/innen auch nach der Wanderung noch beeinflussen können. Insbesondere verhaltens- bzw. lebensstilabhängige Gesundheitsmerkmale sind durch die Herkunftskultur beeinflusst und wirken je nach Herkunftskultur und den daran geknüpft-

ten tradierten Verhaltensmustern als Protektiv- oder Risikofaktoren. Dies spiegelt sich beispielsweise im Tabak- und Alkoholkonsum, in der Zahnpflege, Ernährungsgewohnheiten, im Stillverhalten, aber auch im Gewichtsstatus der untersuchten Kinder und Jugendlichen wider. Die geringsten Differenzen zu Kindern und Jugendlichen aus Deutschland bestehen bei Kindern und Jugendlichen aus Westeuropa, Kanada sowie den USA. Die größten Differenzen hingegen manifestieren sich bei Kindern und Jugendlichen aus der Türkei, der ehemaligen Sowjetunion und aus arabisch-islamischen Ländern. Allerdings unterscheiden sich diese Migrantengruppen nicht nur durch ihre Herkunftskultur, sondern auch durch ihren sozioökonomischen Status, durch die konkreten Aufnahmebedingungen, die sie bei und nach der Migration vorfinden, durch ihre Größe und damit verbunden den Grad der Segregation sowie durch ihre Akzeptanz durch die Mehrheitsbevölkerung und damit einhergehende Ethnisierungserfahrungen.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass Gesundheit innerhalb der Migrantengruppe auch in Abhängigkeit von geschlechtsspezifischen Orientierungen und Verhaltenskodizes variiert. Dabei scheinen geschlechtstypisch tradierte Verhaltenserwartungen noch im stärkeren Maße wirksam zu sein als das in der Mehrheitsbevölkerung der Fall ist. Dies geht beispielsweise mit einem günstigeren Verhalten von Mädchen beim Tabak- und Alkoholkonsum einher und begründet vermutlich auch die geringeren Unfallrisiken von Mädchen aus Migrantenfamilien.

In einigen Gesundheitsbereichen wie Übergewicht und Mundgesundheitsverhalten nehmen migrationspezifische Differenzen im Jugendalter ab. Möglicherweise wird insbesondere im Kleinkindalter von Eltern mit beidseitigem Migrationshintergrund die Bedeutung dieser Gesundheitsaspekte unterschätzt. Ob es sich hierbei um einen zeitlichen Trend handelt oder ob die Unterschiede mit dem Lebensalter tatsächlich geringer werden, darüber kann letztlich nur eine Betrachtung im Längsschnitt Aufschluss geben. Beides wäre plausibel, denn zumindest beim Übergewicht ist eine Zunahme in den letzten Jahrzehnten zu beobachten, wobei das Problem in besonders betroffenen Gruppen überproportional zugenommen hat. Andererseits könnte die Abnahme von migrations-

spezifischen Unterschieden Ausdruck eines sich von der Elterngeneration abhebenden Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitsverhaltens unter den Jugendlichen sein, zugunsten eines stärkeren Einflusses der – nicht zwingend migrationspezifischen – Peer-Group bzw. des übrigen sozialen Umfeldes sein.

Das Gesundheitsgeschehen innerhalb der Migrantengruppe variiert des Weiteren je nach Einwanderergeneration resp. je nach Aufenthaltsdauer⁹. Mit zunehmender Verweildauer geht eine stärkere Orientierung an der Aufnahmegesellschaft und damit ein Wandel von Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepten und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen einher. Das kann positive Effekte zeitigen wie eine verbesserte Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sowie von Angeboten zur Durchimpfung und Kariesprophylaxe, wenn auch nach langer Verweildauer im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung noch ein ungünstigeres Verhalten zu verzeichnen ist. Diese Verhaltensveränderungen sind wahrscheinlich auch dadurch bedingt, dass die Kenntnis um solche Angebote zunimmt. Hingegen scheint der Lebensstilwandel mit Verlusten von nach der Zuwanderung bestehenden Gesundheitsvorteilen verbunden zu sein, so beispielsweise hinsichtlich Allergien und dem Ernährungsverhalten, aber auch dem Stillverhalten. Dabei scheinen das Gesundheitshandeln zunehmend ungünstige Verhaltensmuster zu prägen, die in unteren sozialen Statusgruppen dominieren.

Der Sozialstatus ist ein weiterer Faktor, der Unterschiede zwischen den Herkunftsgruppen mit bedingt, diese aber nicht hinreichend erklärt. Zum einen zeigt sich unter Migranten/innen ein teilweise weniger ausgeprägtes Schichtgefälle als unter Nicht-Migranten/innen, zum anderen bestehen Gesundheitsnachteile bzw. -vorteile gegenüber Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund auch bei Kontrolle des Schichtinflusses. Dies ist ein Hinweis darauf, dass migrationsbedingte und kulturspezifische Faktoren Krankheitsrisiken verstärken oder auch kompensieren können.

9 In den vorliegenden Auswertungen wurde hier die Aufenthaltsdauer der Mutter betrachtet.

23 Schlussfolgerungen

Trotz sozialer Benachteiligung kann nicht von einer generell prekäreren gesundheitlichen Situation der Migrantenkinder gesprochen werden. Offenkundig sind im Kindes- und Jugendalter zumindest z.T. migrationspezifische Protektivfaktoren wirksam, die Gesundheitsvorteile im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in ähnlicher sozialer Lage bringen. Allerdings sind, da ein niedriger Sozialstatus und erhöhte Krankheitsrisiken korrelieren, mittelfristig entsprechende gesundheitliche Konsequenzen zu befürchten. Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche aus der Türkei, aber auch aus der ehemaligen Sowjetunion und den arabisch-islamischen Ländern. Kinder und Jugendliche aus diesen Ländern sind bereits jetzt jene mit der geringsten subjektiven Gesundheit sowie gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Auch in mehreren anderen Aspekten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sind es gerade diese Gruppen, die erhöhte Krankheitsrisiken tragen. In diese Richtung weisen auch die wenigen Befunde, die zu älteren Migranten/innen vorliegen: Die vergleichsweise größte materielle Deprivation und auch den schlechtesten Gesundheitszustand weisen Migranten/innen aus der Türkei auf. Gesundheitspolitik kann also hier nicht losgekoppelt werden von sozialpolitischen Bemühungen, die eine größere Chancengleichheit hinsichtlich der sozialen und vor allem der beruflichen Integration zum Ziel haben.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine migrantensensible Ausgestaltung präventiver Angebote eine differenzierte Zielgruppenanalyse je nach zu betrachtendem Gesundheitsmerkmal voraussetzt. Dies betrifft insbesondere eine Differenzierung nach Herkunftsland, Altersgruppe sowie nach Einwanderergeneration (d.h. danach, ob die Kinder in Deutschland geboren wurden oder erst nach der Geburt zugewandert sind).

Die Palette der Ursachen einer Benachteiligung in Folge von Migration reicht von Sprachbarrieren, »mitgebrachten« Orientierungen, die auf die hiesige Kultur übertragen werden, Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten, einen Wandel der Lebensgewohnheiten ohne Wissen um deren gesundheitsschädigende Wirkung bis zu Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem

auf Seiten der Aufnahmegesellschaft. Eine Notwendigkeit migrantensensibler Prävention und Gesundheitsförderung ergibt sich somit nicht nur aus einer schwierigen Erreichbarkeit dieser Gruppe und dem Erfordernis eines kulturspezifischen Zugangs, sondern auch aus migrantentypischen Orientierungen, die präventives Verhalten erschweren können.

Vor allem die Veränderung ungünstiger Verhaltensmuster (Ernährungs-, Bewegungs- Mundgesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten) erfordert eine Initiierung bzw. Intensivierung von Aktivitäten, die in den Bereich der Gesundheitserziehung fallen und Wissen über bestehende Angebote der gesundheitlichen Versorgung sowie über gesundheitsgefährdende Verhaltensfolgen bzw. die Kompetenzen eines gesundheitsbewussten Verhaltens vermitteln. So scheint die Verbesserung von Informationen zu Schutzimpfungen, Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Kariesprophylaxe über sprachliche Barrieren hinweg sowie das aktive Angebot von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen insbesondere für neu bzw. selbst zugewanderte Kinder und Jugendliche ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Inanspruchnahme zu verbessern. Während keine Daten zu möglichen Vorbehalten gegenüber der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und zur Kariesvorsorge erhoben wurden, zeigen die KiGGS-Ergebnisse keine spezifischen Vorbehalte gegenüber Impfungen. Dennoch scheinen Zugangsbarrieren zu existieren, die noch ungenügend untersucht sind. Migrantenspezifische Informationen oder übersetzte Infomaterialien der BZgA existieren zu Vorsorgeuntersuchungen von Kindern (U1 bis U9), jedoch nicht zu Impfungen und nicht zur Jugendgesundheitsuntersuchung J1. Hier scheinen noch nicht alle Möglichkeiten der Information und Ansprache von Migranten/innen ausgeschöpft zu sein. Eine besondere Zielgruppe sollten Jugendliche sein, da sie sich in einer Lebensphase befinden, in der langfristige Verhaltensmuster geprägt werden, andererseits die Arztkontakte und andere Gelegenheiten zur Verbesserung des Gesundheitswissens und der gesundheitlichen Kompetenz eher spärlich sind. Im Sinne einer partizipativen Gesundheitserziehung sollten die Aktivitäten die Stärkung von vorhandenen Gesundheitspotenzialen und die Lebenswelt der Betroffenen einbeziehen.

Weiterer Forschungsbedarf

Die KiGGS-Daten bieten erstmals einen umfassenden Einblick in die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dennoch zeigen sich Grenzen der vorhandenen Datenbasis:

Für eine differenziertere Analyse einiger Gesundheitsaspekte wie das Unfallgeschehen erweisen sich die Fallzahlen als zu gering und machen die Betrachtung von Untergruppen nicht möglich. Generell können keine differenzierten Aussagen getroffen werden zu besonders vulnerablen Gruppen wie Kindern und Jugendlichen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Daher werden nach wie vor einschlägige Studien erforderlich sein.

Einige relevante Fragestellungen können erst mittels einer Längsschnittanalyse geklärt werden. So zum Beispiel, ob es sich bei ermittelten Unterschieden je nach Altersgruppe um Kohorteneffekte oder aber um altersspezifische Differenzen handelt. Weiterhin wird eine Längsschnittuntersuchung erst einen gesicherten Aufschluss darüber bringen, wie sich der Einfluss des Zuwanderungslandes auf die Gesundheit der Migrantenkinder auswirkt.

Schließlich muss künftige Forschung weitere Themenfelder einschließen wie die Analyse von dem Gesundheitshandeln zugrunde liegenden kulturspezifischen Orientierungen, aber auch die noch differenziertere Identifikation vorhandener Gesundheitspotenziale.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie.

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Robert Koch-Institut
Gesundheitsberichterstattung
Jutta Wirz, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62/64
12101 Berlin

Autorinnen und Autoren

Dr. Liane Schenk
Institut für Medizinische Soziologie,
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Dr. Hannelore Neuhauser, MPH
Dr. Ute Ellert
Unter Mitarbeit von
Dr. Christina Poethko-Müller (Kapitel 21)
Christina Kleiser und Dr. Gert Mensink (Kapitel 10)
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung,
Robert Koch-Institut

Abonnentenservice

Die Beiträge der »Gesundheitsberichterstattung des
Bundes« können kostenlos bezogen werden.
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe
Tel.: 030-18754-3400
Fax: 030-18754-3513

Grafik/Satz

L101 Mediengestaltung, Berlin

Druck

Oktoberdruck AG, Berlin

ISBN

978-3-89606-186-7

More than one quarter of children and adolescents under the age of 18 in Germany come from a migrational background. In many cases, these children and young people have not experienced migration themselves, but live in Germany as part of the second or third generation of an immigrant family. Nevertheless, migration still influences their way of life in specific ways, irrespective of whether they immigrated themselves or were born into subsequent generations. Up to now comparatively little has been known about how this affects migrant children's chances of leading a healthy life. The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS), conducted by the Robert Koch Institute on behalf of the Federal Ministry of Health, provides for the first time comprehensive data on this group's health status. This report looks at various aspects of health and health-related behaviour and shows that, although the majority of children and adolescents with a migrational background grow up in a socially disadvantaged environment, their health situation is not generally precarious. For example, health resources seem to exist in the form of culture-specific healthy lifestyle patterns, reflected in better breast-feeding behaviour by mothers and less consumption of tobacco and alcohol by adolescents with a migrational background. Since life in the host country involves a change of lifestyle which may also lead to a deterioration of lifestyle patterns, it is important to preserve such resources. Areas in which disadvantages manifest themselves, include overweight, subjective health, nutrition, oral health and the use of screening tests. The results also show that migrants are a very heterogeneous group and that health within the migrant population varies according to the country of origin, sex, age, social status and duration of residence – or the generation to which the children/adolescents belong.

Mit 29 % beziffert der Mikrozensus den Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der unter 18-jährigen Bevölkerung Deutschlands. Vielfach verfügen diese Kinder und Jugendlichen nicht mehr über eine eigene Migrationserfahrung, sie sind hier in Deutschland in der zweiten oder auch dritten Generation einer zugewanderten Familie geboren. Dennoch prägt Migration in spezifischer Art ihre Lebenswelt, ob selbst zugewandert oder in nachfolgenden Generationen geboren. Inwieweit sich dies auf die Chancen für ein gesundes Leben von Migrantenkindern auswirkt, darüber war bislang vergleichsweise wenig bekannt. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), der vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wurde, liegen nun erstmals aussagekräftige Daten zum Gesundheitszustand dieser Gruppe vor. In dem vorliegenden Heft wird anhand verschiedener Aspekte der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens gezeigt, dass trotz des Aufwachsens eines sehr großen Teils der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in sozial benachteiligter Lage nicht generell von einer prekäreren gesundheitlichen Situation gesprochen werden kann. So scheinen Gesundheitsressourcen in Form gesundheitsfördernder kultureller Muster der Lebensführung zu bestehen, die sich bspw. in einem günstigeren Stillverhalten von Müttern oder einem niedrigeren Tabak- und Alkoholkonsum von Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigen. Da das Leben im Zuwanderungsland mit einem Lebensstilwandel einhergeht, der teilweise durch zunehmend ungünstigere Verhaltensmuster geprägt ist, gilt es diese Ressourcen zu erhalten. Nachteile manifestieren sich hingegen u. a. beim Übergewicht, in der subjektiven Gesundheit, im Ernährungs- und Mundgesundheitsverhalten sowie der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Allerdings belegen die Ergebnisse auch, dass Migranten eine sehr heterogene Gruppe sind und Gesundheit innerhalb der Migrantenpopulation in Abhängigkeit vom Herkunftsland, Geschlecht, Alter, Sozialstatus und Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration variieren.

