Journal of Health Monitoring · 2021 6(4)
DOI 10.25646/8864
Robert Koch-Institut, Berlin

Claudia Schmidtke[1], Raimund Geene[2], Heike Hölling[1], Thomas Lampert[†]

[1] Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
[2] Berlin School of Public Health, Alice Salomon Hochschule, Berlin

Eingereicht: 18.06.2021
Akzeptiert: 13.07.2021
Veröffentlicht: 08.12.2021

Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozioökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter – Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2

Abstract

Psychische Auffälligkeiten zählen zu den häufigsten Belastungen im Kindes- und Jugendalter. Psychosoziale Ressourcen können einen protektiven Effekt zur Verhinderung ihrer Entstehung und Verminderung ihrer Ausprägungen haben. Dieser Zusammenhang wird hier nach sozialem Status bei 11- bis 17-Jährigen untersucht. Als Datengrundlage dient die zweite Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017). Psychische Auffälligkeiten wurden über Strengths and Difficulties Questionnaires erhoben; psychosoziale Ressourcen über Selbstangaben zu personalen, familiären und sozialen Ressourcen; der Sozialstatus über einen mehrdimensionalen Index, der auf Angaben der Eltern zu Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen basiert. Die Analysen zeigen, dass 11- bis 17-Jährige, die über psychosoziale Ressourcen verfügen, seltener psychisch auffällig sind (weitgehend unabhängig von ihrem sozialen Status) und dass ein niedriger Sozialstatus häufiger mit psychischen Auffälligkeiten assoziiert ist als ein höherer. Auch die Verteilung der Ressourcen zeigt Unterschiede zuungunsten derer aus sozial schlechter gestellten Familien. Die Ergebnisse unterstreichen damit die Bedeutung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die auf die Stärkung von Ressourcen zielen. Die Maßnahmen sollten zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit beitragen, indem sie auf die Bedarfe benachteiligter Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden.

PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN · PSYCHOSOZIALE RESSOURCEN · KIGGS WELLE 2 · GESUNDHEITSFÖRDERUNG

1. Einleitung

Die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung werden bereits früh gestellt. Aus Sicht der Lebenslaufepidemiologie spielen psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter eine wichtige Rolle für die Gesundheit im späteren Leben. Es besteht ein hohes Risiko, dass sich Auffälligkeiten als Störung manifestieren und chronifizieren sowie verschiedene Komorbiditäten entwickelt werden [1, 2, 3]. Gleichzeitig ist hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten ein ausgeprägter sozialer Gradient festzustellen, mit einem erhöhten Risiko für Kinder und Jugendliche aus den niedrigen Statusgruppen [4, 5].

Psychosoziale Ressourcen im Sinne von personalen, familiären und sozialen Ressourcen sind in diesem Zusammenhang besonders wichtig, da sie die psychische Gesundheit als Schutzfaktoren positiv beeinflussen können. Diese protektiven Eigenschaften können dazu beitragen, das

Auftreten psychischer Auffälligkeiten zu verhindern oder dass sich psychisch auffällige Kinder und Jugendliche dennoch zu psychisch gesunden Erwachsenen entwickeln [6]. Allerdings ist bekannt, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen seltener über diese Ressourcen verfügen als solche aus sozial bessergestellten Familien.

Der Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten, psychosozialen Ressourcen und sozialem Status ist für die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention ein zentraler Gedanke, auch in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit. Zu verweisen ist unter anderem auf die gesetzliche Zielvorgabe einer „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheiten von Gesundheitschancen", das im Präventionsgesetz formuliert ist [7, 8], das ebenfalls im Präventionsgesetz vorgegebene Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung" [8, 9, 10] sowie auf den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit [11].

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) liefert Daten zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die auch umfassend auf Soziallagenbezug analysiert sind [4, 5, 12, 13]. Die vorliegende Arbeit soll als ergänzende Auswertung den Zusammenhang von sozialem Status, psychischen Auffälligkeiten und personalen, sozialen und familiären Ressourcen untersuchen, insbesondere inwieweit auch Kinder aus sozial benachteiligten Familien von entsprechenden Ressourcen profitieren. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden drei Fragen untersucht: 1. Welche Bedeutung kommt psychosozialen Ressourcen für das Risiko von psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen zu? 2. Sind sozialstatusspezifische Unterschiede in der Verfügbarkeit von psychosozialen Ressourcen zu erkennen? 3. Welchen Effekt hat der soziale Status auf die Beziehung von Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten?

2. Methode

2.1 Datengrundlage

Für die Analysen wurden Daten der zweiten Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) herangezogen, die in den Jahren 2014 bis 2017 erhoben wurden. Die KiGGS-Studie ist seit 2003 Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) und besteht unter anderem aus wiederholt durchgeführten, für Deutschland repräsentativen Querschnitterhebungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. KiGGS Welle 2 fand, wie die KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey statt. KiGGS Welle 1 (2009–2012) wurde als telefonischer Befragungssurvey konzipiert und durchgeführt.

Die Grundgesamtheit der Querschnittdaten von KiGGS Welle 2 bilden 0- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland. Die Stichprobenziehung erfolgte über Einwohnermeldeämter und anschließender Einladung der zufällig ausgewählten Kinder und Jugendlichen aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung. Insgesamt nahmen 15.023 Studienpersonen (7.538 Mädchen, 7.485 Jungen) an der Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 teil. Die Teilnahmequote betrug

40,1 %. Zusätzlich beteiligten sich 3.567 Kinder und Jugendliche am Untersuchungsprogramm (1.801 Mädchen, 1.766 Jungen; Teilnahmequote: 41,5 %) [14]. Für die vorliegende Arbeit wurden 3.423 Mädchen und 3.176 Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren in die Analysen eingeschlossen.

2.2 Untersuchungsvariablen

Psychische Auffälligkeiten wurden in KiGGS Welle 2 anhand von Elternangaben des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) erfasst, einem Symptomfragebogen, der insgesamt 25 Items beinhaltet. Diese beziehen sich auf fünf Subskalen mit jeweils fünf Items, und zwar auf die vier Problemskalen Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und die Stärkedimension Prosoziales Verhalten. Im Folgenden werden allerdings nur die vier Problemskalen des Fragebogens verwendet. Hierbei bewerteten die Eltern insgesamt 20 Aussagen bezüglich ihrer Kinder. Aus den Antworten nicht zutreffend (0), teilweise zutreffend (1) oder eindeutig zutreffend (2) wurde ein Punktwert errechnet. Kinder und Jugendliche mit einem über alle Bereiche summierten Gesamtwert von bis zu zwölf Punkten werden als psychisch unauffällig, mit einem Punktwert zwischen 13 und 16 als grenzwertig auffällig und ab einem Grenzwert von 16 als psychisch auffällig eingestuft [3, 12, 15]. Teilnehmende, die nach dem SDQ-Gesamtproblemwert als grenzwertig auffällig oder auffällig gelten, wurden als Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zusammengefasst [12].

Psychosoziale Ressourcen wurden anhand verschiedener Items abgefragt und können in personale, familiäre und soziale Ressourcen unterteilt werden [13, 16]. Die entsprechenden Daten und Ergebnisse umfassen ausschließlich Selbstangaben der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen.

Personale Ressourcen wurden über eine aus fünf Items bestehende Skala mit vierstufigen Antwortvorgaben erfasst. Diese Items basieren auf der Selbstwirksamkeitsskala von Schwarzer und Jerusalem (z. B. „für jedes Problem kann ich eine Lösung finden“) [17], der Optimismusskala des Berner Fragebogens zum Wohlbefinden (z. B. „meine Zukunft sieht gut aus“) [18] und der Children´s Sense of Coherence-Scale (z. B. „die Dinge, die ich jeden Tag mache, bereiten mir Freude und sind lustig“) [19]. Gemessen werden Merkmale der Persönlichkeit, wie zum Beispiel der Kohärenzsinn (das Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und das Gefühl der Sinnhaftigkeit) oder dispositioneller Optimismus (generelle Zuversicht, dass sich Dinge positiv entwickeln, unabhängig von vorausgegangenen Erfahrungen). Ein weiteres Merkmal bildet die allgemeine Selbstwirksamkeit, also die generelle Überzeugung, selbst über notwendige Kompetenzen zu verfügen, um mit Herausforderungen umgehen zu können [20].

Familiäre Ressourcen wurden anhand einer modifizierten Version der Familienklima-Skala nach Schneewind et al. [21] erhoben. Diese wurde in neun Items mit ebenfalls vierstufigen Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Von Bedeutung sind hier insbesondere Aspekte des Familienklimas, wie der familiäre Zusammenhalt und das Erziehungsverhalten der Eltern (z. B. „wir kommen wirklich alle gut miteinander aus“ oder „in unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein“) [20].

Soziale Ressourcen wurden über eine deutsche Übersetzung der Social Support Scale [22] anhand von acht Items

erhoben. Die fünfstufigen Antwortkategorien wurden mit Werten von 1 bis 5 codiert. Abgefragt wird die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare soziale Unterstützung in Form von Zuhören und Zuneigung, über Unterstützung und Hilfe zur Problemlösung sowie die Möglichkeit, gemeinsam Dinge zu unternehmen [20].

Insgesamt wurden die Itemwerte so codiert, dass ein höherer Wert eine bessere Verfügbarkeit von Ressourcen bedeutet. Sie wurden summiert und in Werte zwischen 0 und 100 transformiert. Ausgehend von einer Beurteilung der Iteminhalte wurden unter Berücksichtigung der in der KiGGS-Stichprobe ermittelten Antwortverteilungen Cut-off-Werte bestimmt und die Skalenwerte in die Kategorien „unauffällig beziehungsweise normal", „unterdurchschnittlich beziehungsweise grenzwertig" und „deutliche Defizite" eingeteilt [13, 20]. Für die binär logistischen Regressionen (siehe Kapitel 2.3 Statistische Analysen) wurden Dummys erstellt. Die Kategorien „unauffällig beziehungsweise normal" und „unterdurchschnittlich beziehungsweise grenzwertig" wurden zusammengefasst und als „mittel/viel" gelabelt. „Deutliche Defizite" wurden als „wenig" gelabelt.

Der Sozioökonomische Status (SES) wird in KiGGS Welle 2 anhand eines mehrdimensionalen Index erfasst, der sich als Punktsummenscore aus Angaben der Eltern zu Bildung (Schulbildung und berufliche Qualifikation) und beruflicher Stellung sowie zum bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen (Netto-Äquivalenzeinkommen) zusammensetzt [23].

In jeder Einzeldimension werden nach einem festgelegten Schema Punktwerte von eins bis sieben vergeben. Die Angaben werden von Mutter und Vater erhoben, und es werden bei der Bildung und der beruflichen Stellung die jeweils höheren Punktwerte berücksichtigt. Alleinerziehende bekommen den entsprechenden Wert direkt zugewiesen. Es wird eine verteilungsbasierte Abgrenzung von drei Gruppen vorgenommen, nach der 20 % der Kinder und Jugendlichen der niedrigen (1. Quintil), 60 % der mittleren (2. bis 4. Quintil) und 20 % der hohen Statusgruppe (5. Quintil) zuzuordnen sind [23].

Eine detaillierte Beschreibung von KiGGS Welle 2 findet sich in der Ausgabe S3/2017 des Journal of Health Monitoring [16]. Eine genauere Darstellung des SES findet sich in der Ausgabe 1/2018 [23].

2.3 Statistische Analysen

Um die eingangs beschriebenen Fragestellungen zu untersuchen, wurde in vier aufeinander aufbauenden Schritten vorgegangen. In einem ersten Schritt wurde die Verteilung von psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus untersucht. Anschließend wird die Verteilung von psychosozialen Ressourcen nach Sozialstatus betrachtet. Dabei wurde bei den psychosozialen Ressourcen stets nach personalen, familiären und sozialen Ressourcen unterschieden. In einem dritten Schritt wurde die Bedeutung von psychosozialen Ressourcen für das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten untersucht. Schlussendlich wird überprüft, ob und inwiefern der soziale Status einen Effekt auf die Beziehung von Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten hat. Die Analysen wurden mit dem Statistikprogramm STATA 14.2 durchgeführt. Angegeben wurden Prävalenzen mit 95 %-Konfidenzintervallen. Außerdem wurden binär logistische Regressionen durchgeführt und Odds Ratios

Abbildung 1
Psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozioökonomischem Status
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

Psychosoziale Ressourcen können die psychische Gesundheit als Schutzfaktoren positiv beeinflussen.

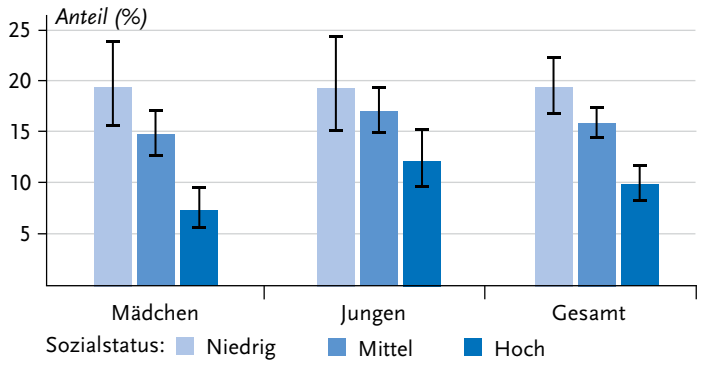
mit 95 %-Konfidenzintervallen ausgewiesen. Die Odds Ratios bringen zum Ausdruck, um welchen Faktor die statistische Chance, dass das entsprechende Outcome vorliegt, in der jeweils betrachteten Gruppe im Verhältnis zu einer definierten Referenzgruppe erhöht ist. Alle Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter in Jahren, Geschlecht, Bundesland, deutscher Staatsangehörigkeit sowie Bildungsverteilung der Eltern [24] korrigiert.

3. Ergebnisse

Nach den Daten von KiGGS Welle 2 sind 15,6 % der 11- bis 17-Jährigen in Deutschland psychisch auffällig. Mit Blick auf den sozialen Status lassen sich hierbei deutliche Unterschiede feststellen. Insgesamt zeigen 19,4 % der 11- bis 17-Jährigen aus der niedrigen Statusgruppe psychische Auffälligkeiten im Vergleich zu 15,9 % aus der mittleren und 9,9 % aus der hohen Statusgruppe. Der soziale Gradient zeichnet sich bei beiden Geschlechtern deutlich ab, ist aber bei Mädchen noch etwas stärker ausgeprägt als bei Jungen (Abbildung 1).

Abbildung 2, Abbildung 3 und Abbildung 4 ist die Verteilung psychosozialer Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen in den verschiedenen Sozialstatusgruppen zu entnehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe mit 27,3 % häufiger über wenige personale Ressourcen verfügen als Gleichaltrige der mittleren und der hohen Statusgruppe mit 18,4 % beziehungsweise 13,3 %. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung fällt



insbesondere der mit 36,3 % hohe Anteil an Mädchen aus der niedrigen Statusgruppe auf, die über wenige personale Ressourcen verfügen. In der mittleren und hohen Statusgruppe ist dieser Anteil nur etwa halb so hoch. Bei Jungen sind die Unterschiede schwächer ausgeprägt, aber doch deutlich, zumindest im Vergleich der niedrigen zur hohen Statusgruppe (Abbildung 2).

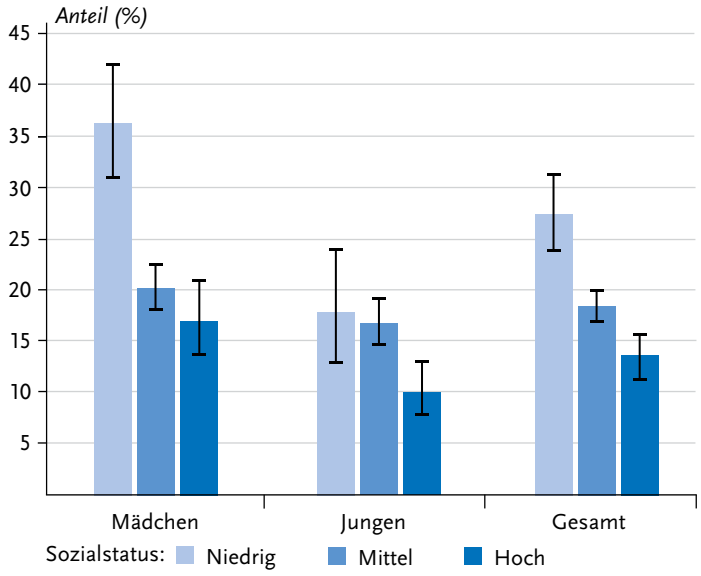
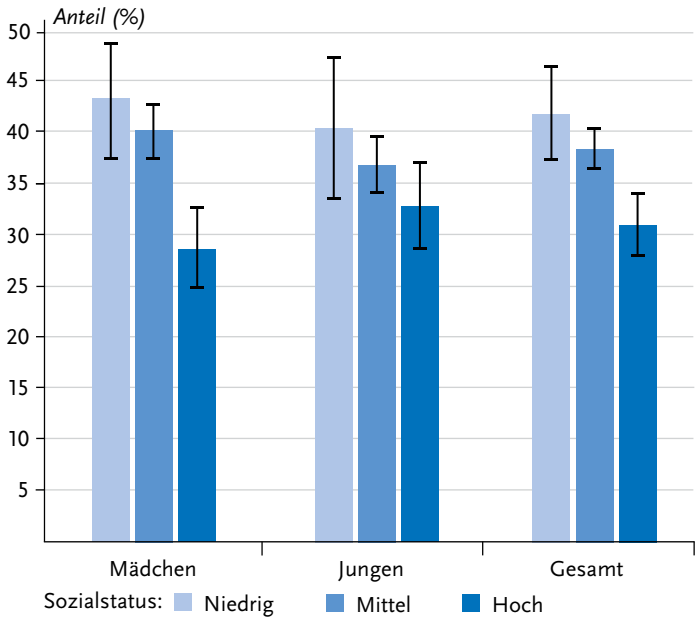


Abbildung 2
Wenig personale Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozioökonomischem Status
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

Abbildung 3
Wenig familiäre Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozioökonomischem Status
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



Daten von KiGGS Welle 2 zeigen bei rund 16 % der 11- bis 17-Jährigen in Deutschland psychische Auffälligkeiten.

Etwas geringere Unterschiede zeigen sich bei den familiären Ressourcen. Von den Kindern und Jugendlichen aus der niedrigen Statusgruppe weisen 42,0 % wenige familiäre Ressourcen auf im Vergleich zu 38,5 % aus der mittleren und 31,0 % aus der hohen Statusgruppe. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung zeigt sich, dass der soziale Gradient bei Mädchen etwas stärker ausgeprägt ist als bei Jungen. Zudem wird deutlich, dass in Bezug auf den Anteil derjenigen mit wenigen familiären Ressourcen die geschlechtsspezifischen Unterschiede gering sind und dies für alle Statusgruppen gilt (Abbildung 3).

Bei der Verteilung von sozialen Ressourcen bei 11- bis 17-Jährigen zeigt sich ein etwas stärker ausgeprägter Gradient mit 28,5 % in der niedrigen Statusgruppe gegenüber 19,2 % in der mittleren und 15,9 % in der hohen Statusgruppe. Dieser soziale Gradient wird sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen deutlich. Anders als bei den personalen Ressourcen fällt bei den sozialen Ressourcen auf, dass Jungen im Gegensatz zu Mädchen häufiger über wenige Ressourcen verfügen (Abbildung 4).

Um zu überprüfen, welchen Einfluss psychosoziale Ressourcen auf psychische Auffälligkeiten haben, werden zunächst psychische Auffälligkeiten nach Ressourcenverfügbarkeit bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen betrachtet. Die Daten von KiGGS Welle 2 zeigen, dass Kinder und Jugendliche insgesamt weniger psychische Auffälligkeiten aufweisen, wenn sie über mehr Ressourcen verfügen. Am stärksten ausgeprägt ist dies bei den personalen Ressourcen. Hier sind 31,7 % der Kinder und Jugendlichen, die über wenige Ressourcen verfügen, psychisch auffällig, aber nur 11,7 % der Gleichaltrigen mit mittleren/vielen Ressourcen. Etwas geringer sind die Unterschiede bei den sozialen und familiären Ressourcen. Diejenigen mit wenigen

Abbildung 4
Wenig soziale Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozioökonomischem Status
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

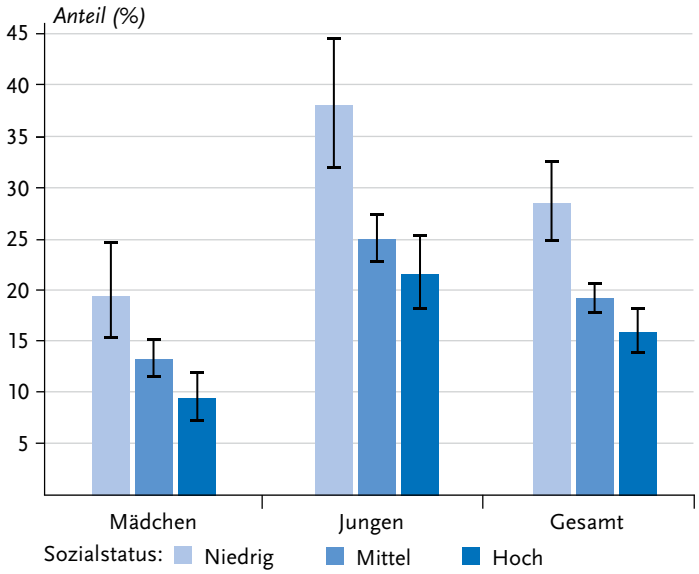


Tabelle 1
Psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Ressourcen mittels binär logistischer Regressionen berechnete Odds Ratios
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	Mädchen				Jungen				Gesamt			
	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Personale Ressourcen												
Wenig	26,7	(22,4–31,6)	3,2	(2,4–4,3)	38,7	(32,8–45,0)	4,2	(3,1–5,7)	31,7	(28,2–35,4)	3,7	(3,0–4,6)
Mittel/Viel	10,6	(8,9–12,7)		Ref.	12,7	(11,1–14,6)		Ref.	11,7	(10,6–13,0)		Ref.
Familiäre Ressourcen												
Wenig	20,3	(17,4–23,6)	2,2	(1,6–2,9)	23,2	(19,7–27,2)	2,1	(1,6–2,8)	21,8	(19,6–24,1)	2,4	(2,0–3,0)
Mittel/Viel	10,6	(8,6–13,0)		Ref.	12,5	(10,8–14,4)		Ref.	11,6	(10,2–13,1)		Ref.
Soziale Ressourcen												
Wenig	28,5	(23,2–34,5)	2,9	(2,1–4,0)	26,0	(21,1–31,6)	2,3	(1,7–3,0)	26,8	(23,4–30,6)	2,6	(2,1–3,2)
Mittel/Viel	12,2	(10,5–14,2)		Ref.	13,4	(11,8–15,2)		Ref.	12,8	(11,6–14,1)		Ref.

OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenz

Die psychosozialen Ressourcen sind sozial deutlich ungleich verteilt. Besonders Mädchen aus der niedrigen Statusgruppe verfügen über wenig personale Ressourcen.

sozialen Ressourcen sind zu 26,8 % psychisch auffällig, von denen mit mittleren/vielen Ressourcen trifft dies auf 12,6 % zu. Kinder und Jugendliche mit wenigen familiären Ressourcen sind zu 21,8 % psychisch auffällig, jene mit mittleren/vielen familiären Ressourcen zu 11,6 %.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass sich der Zusammenhang zwischen der Ressourcenverfügbarkeit und psychischen Auffälligkeiten sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen deutlich abzeichnet. Mit Blick auf die personalen Ressourcen ist der Zusammenhang bei Jungen etwas stärker ausgeprägt als bei Mädchen. Hinsichtlich der sozialen Ressourcen sind die Unterschiede bei Mädchen etwas größer als bei Jungen. Bei den familiären Ressourcen ist der Zusammenhang bei Mädchen und Jungen ähnlich ausgeprägt (Tabelle 1).

In Tabelle 2 ist der Zusammenhang zwischen psychosozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 17-Jährigen nach Sozialstatus dargestellt. Für alle drei Ressourcenarten zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit mittleren/vielen Ressourcen deutlich seltener psychisch auffällig sind als jene mit wenigen Ressourcen. Dies lässt sich in allen drei Statusgruppen beobachten. Bei Kontrolle für Alter und Geschlecht kann mit Blick auf personale Ressourcen abgeleitet werden, dass in der niedrigen Statusgruppe Kinder und Jugendliche mit wenigen Ressourcen im Vergleich zu denen mit mittleren/vielen Ressourcen ein rund 4,2-fach erhöhtes Risiko haben, psychisch auffällig zu sein.

Bei den familiären und sozialen Ressourcen lässt sich ebenfalls erkennen, dass Kinder und Jugendliche mit wenigen Ressourcen häufiger psychisch auffälliger sind als solche mit mittleren/vielen Ressourcen. Dabei sind die diesbezüglichen Unterschiede zwischen den Statusgruppen etwas weniger stark ausgeprägt als bei den personalen Ressourcen.

Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung fällt auf, dass sich bei Mädchen und Jungen in allen Statusgruppen ein deutlicher Zusammenhang zwischen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten feststellen lässt. Es ist jedoch auf einzelne Besonderheiten hinzuweisen. So ist bei den Mädchen der Zusammenhang zwischen sozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten in der hohen Statusgruppe

Tabelle 2
Effekte personaler, familiärer und sozialer Ressourcen auf psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 17-Jährigen nach Sozialstatus (Odds Ratios adjustiert für Alter und Geschlecht)
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	Sozialstatus: Niedrig				Sozialstatus: Mittel				Sozialstatus: Hoch			
	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Personale Ressourcen												
Wenig	37,0	(29,4–45,5)	4,19	(2,6–6,8)	31,7	(27,1–36,6)	3,46	(2,7–4,5)	18,2	(13,1–24,7)	2,7	(1,7–4,3)
Mittel/Viel	13,8	(10,5–17,8)		Ref.	12,0	(10,7–13,6)		Ref.	8,6	(6,8–10,9)		Ref.
Familiäre Ressourcen												
Wenig	27,2	(22,1–33,3)	2,41	(1,5–3,8)	22,1	(19,3–25,1)	2,51	(2,0–3,2)	11,8	(8,5–16,1)	1,8	(1,1–2,8)
Mittel/Viel	14,4	(10,9–18,8)		Ref.	11,7	(10,0–13,7)		Ref.	8,1	(6,3–10,4)		Ref.
Soziale Ressourcen												
Wenig	34,1	(26,6–42,4)	3,17	(2,0–5,0)	25,1	(21,1–29,6)	2,20	(1,7–2,9)	18,8	(13,6–25,4)	2,5	(1,5–4,0)
Mittel/Viel	14,6	(11,6–18,3)		Ref.	13,5	(11,9–15,3)		Ref.	8,1	(6,4–10,3)		Ref.

OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenz

Die Ergebnisse weisen auf die protektive Funktion von personalen, familiären und sozialen Ressourcen hin und damit auf Handlungsfelder für Gesundheitsförderung und Prävention.

am stärksten. Bei den Jungen wiederum ist der Zusammenhang zwischen personalen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten in der mittleren Statusgruppe noch deutlicher ausgeprägt als in der niedrigen beziehungsweise hohen Statusgruppe.

4. Diskussion

Die Ergebnisse von KiGGS Welle 2 zeigen für Mädchen und Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren, dass die Verfügbarkeit von psychosozialen Ressourcen das Risiko für psychische Auffälligkeiten verringert. Dieser protektive Effekt konnte in den Analysen für personale, familiäre und auch soziale Ressourcen und für Kinder und Jugendliche aus allen Statusgruppen beobachtet werden. Zugleich verdeutlichen die Ergebnisse, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozialen Status im Vergleich zu Gleichaltrigen aus den höheren Statusgruppen über weniger Ressourcen verfügen und häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind. Darüber hinaus zeigen sich geschlechtsspezifische Besonderheiten. So ist der Zusammenhang zwischen sozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten bei Mädchen etwas stärker ausgeprägt als bei Jungen. Der Zusammenhang zwischen personalen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten zeigt sich hingegen bei Jungen etwas deutlicher als bei Mädchen. Die zentrale Aussage, dass das Vorhandensein psychosozialer Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen aller Statusgruppen mit einer Verminderung des Risikos psychischer Auffälligkeiten einhergeht, trifft aber auf Mädchen wie Jungen zu.

Die hier vorgestellten Ergebnisse reihen sich weitgehend in den bisherigen Forschungsstand ein. Dies gilt zum einen für den gezeigten protektiven Effekt von Ressourcen auf die psychische Gesundheit und zum anderen für die statusspezifischen Unterschiede in Bezug auf die verfügbaren Ressourcen wie auch das Risiko für psychische Auffälligkeiten [25]. Besonders hinzuweisen ist dabei auf Ergebnisse der BELLA-Studie (**BE**fragung zum see**L**ischen Woh**L**befinden und Verh**A**lten), einem Zusatzmodul der KiGGS-Studie [26], die zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status häufiger psychisch auffällig sind und in einem geringeren

Umfang über psychosoziale Ressourcen verfügen können. Außerdem konnte die BELLA-Studie zeigen, dass das Vorhandensein von Ressourcen das Risiko für psychische Auffälligkeiten vermindert. Ob dies aber für Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Statusgruppen gilt, wurde nach unserer Erkenntnis weder in der BELLA-Studie noch in anderen deutschen Studien eingehend untersucht [26].

Darüber hinaus lassen sich in der internationalen Literatur zahlreiche Arbeiten über den Zusammenhang von negativen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend, wie beispielsweise Aufwachsen in instabilen Familienverhältnissen und späteren gesundheitlichen Folgen, finden. Hughes et al. [27] veröffentlichten hierzu ein systematisches Review, wobei der Effekt von negativen Erfahrungen in der Kindheit auf die spätere Gesundheit anhand von 11.621 Verweisen untersucht wurde. Insgesamt konnten 37 Studien identifiziert werden, die Risikofaktoren für 23 Outcomes, wie zum Beispiel Übergewicht, Rauchen, Drogenmissbrauch oder psychische Erkrankungen, beschreiben. Negative Erfahrungen in der Kindheit können ein Risikofaktor für verschiedene spätere gesundheitliche Folgen sein. Die Autorinnen und Autoren betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Ressourcenstärkung („resilience-building") und Prävention negativer Erfahrungen.

In Auswertung der internationalen Studienlage zur Verstetigung kindlicher Belastungserfahrungen sowie der neurobiologischen und entwicklungspsychologischen Mechanismen, welche diese Langzeitfolgen vermitteln, plädieren Egle et al. [28] in ihrer Überblicksstudie insbesondere für familienbezogene Präventionsmaßnahmen, die Eltern, Kinder und Jugendliche vor Belastungen schützen und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen.

Hinzuweisen ist auch auf eine Reihe amerikanischer Studien, die in den 1970er- und 1990er-Jahren durchgeführt wurden. Sameroff et al. [29] begleiteten in der Rochester-Längsschnittstudie psychisch belastete Frauen und deren Kinder sowie eine nicht belastete Kontrollgruppe bis zur 12. Klasse. Die Studie „Adverse Childhood Experience" (ACE) [30] wurde gegen Ende der 1990er-Jahre vom Centres for Disease Control and Prevention durchgeführt. In zwei Erhebungswellen wurden Kinder hinsichtlich späterer Gesundheitsrisiken als Folge negativer psychischer Erfahrungen im Kindesalter untersucht mit deutlichen Belegen für einen starken Zusammenhang von lebenslangen gesundheitlichen Folgen für ihr Wohlbefinden. Im Vergleich zu Personen ohne Adversionserfahrungen in der Kindheit wiesen Personen mit multiplen Kindheitsbelastungen (vier oder mehr der ACEs) ein doppelt so hohes Risiko auf, an einer koronaren Herzkrankheit und ein 1,9-faches Risiko an jeglicher Art von Krebs zu erkranken, ferner ein 2,4-faches Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, ein 3,9-faches Risiko, eine chronische Lungenerkrankung zu bekommen sowie ein 1,6-faches Risiko, an Diabetes zu erkranken [30].

Im Jahr 2019 wurden die Ergebnisse der sogenannten „AWO-ISS-Studie zu Langzeitfolgen von Armut im Lebensverlauf" vorgelegt. Der Fokus liegt hier auf den materiellen, personellen, familiären und sozialen Ressourcen von Kindern, die in Deutschland in Armut aufwachsen. Es gab drei Erhebungswellen mit einer insgesamt 20-jährigen Nachverfolgung. Die Studie belegt auch für Deutschland eine hohe Korrelation von niedrigem sozialen Status und geringen Ressourcen in Kindheit und Jugend mit depressiven Symptomen, geringer Lebenszufriedenheit und Hilfebedarf beim Drogen- und Alkoholkonsum bei heute

25-Jährigen [31]. Als protektive Faktoren werden verhältnispräventive Ansätze aufgeführt, die die Rahmenbedingungen kindlichen Aufwachsens adressieren, etwa über Setting-Ansätze in Kitas und Schulen mit dem Ziel der Reduktion von belastenden Faktoren (etwa Mobbing oder Stress und Drucksituationen), der Ressourcenstärkung und der Förderung eines verbesserten Miteinanders für alle Beteiligten im jeweiligen Setting. Übergreifend werden als wichtige Strategien zur Bekämpfung von Armutsfolgen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, insbesondere im Übergang von Institutionen und Sozialisationsstufen (Transitionen), etwa über kommunale Präventionsketten, identifiziert [31, 32].

Mit Blick auf die zugrunde gelegte Datenbasis und die durchgeführten Analysen muss auf verschiedene Limitationen hingewiesen werden. Zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten wird in der KiGGS-Studie der Strengths and Difficulties Questionnaire eingesetzt. Dieser stellt jedoch nur ein Screeningverfahren und kein psychodiagnostisches Instrument dar. Die große Altersspanne von 11 bis 17 Jahren lässt altersspezifische Unterschiede im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit und die Bedeutung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen unberücksichtigt. Außerdem ist zu beachten, dass die Analysen auf Basis von Querschnittdaten von KiGGS Welle 2 durchgeführt wurden. Querschnittlich erhobene Daten erlauben keine Aussagen über kausale Beziehungen, sondern nur über Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen. Damit ist zum Beispiel die Frage, ob die Ressourcen das Risiko für psychische Auffälligkeiten vermindern, so wie dies in der Arbeit unterstellt wird oder umgekehrt psychische Auffälligkeiten sich auf die Ressourcenausstattung auswirken, nicht abschließend zu beantworten. Dazu könnten in einem nächsten Schritt möglicherweise die Längsschnittdaten von KiGGS genutzt werden, die inzwischen zur Verfügung stehen [33]. Weiter ist darauf zu verweisen, dass in der KiGGS-Studie der soziale Status anhand eines mehrdimensionalen Index erfasst wird. Dieser bezieht zwar die Bildung und berufliche Stellung der Eltern sowie die Einkommenssituation des Haushaltes mit ein, andere wichtige Aspekte der Lebenssituation der Jugendlichen und ihrer Familien, wie der Erwerbsstatus der Eltern oder die Haushaltszusammensetzung, bleiben unberücksichtigt. Zuletzt weisen quantitativen Befragungen grundsätzliche Limitationen in ihrer Erklärungstiefe auf, denn sie erlauben – anders als qualitative Untersuchungen – keine vertiefte sinnverstehende Aufarbeitung individueller Konstellationen von statusbezogenen Belastungsfaktoren, vorhandenen Ressourcen und Auffälligkeiten.

Trotz der angesprochenen Limitationen weisen die Ergebnisse auf die Bedeutung einer Stärkung der Ressourcen im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung hin. Die in dieser Arbeit vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass alle Kinder und Jugendlichen von psychosozialen Ressourcen profitieren können. Sind Ressourcen verfügbar, dann haben sie unabhängig vom sozialen Status einen protektiven Effekt. Jedoch sind die Ressourcen über die sozialen Statusgruppen nicht gleich verteilt. Aus diesem Grund sollten Maßnahmen identifiziert werden, die bei Kindern und Jugendlichen aus allen Statusgruppen sowohl zur Belastungssenkung als auch zur Ressourcenstärkung beitragen. Dabei sollte aber sichergestellt werden, dass auch und insbesondere jene aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden, da sie nach wie vor über weniger

Ressourcen verfügen. Im Vordergrund sollten dabei verhältnispräventive Interventionen zur Verringerung sozial ungleicher Gesundheitschancen stehen, etwa durch Armutsbekämpfung, Verbesserung der Bildungschancen und Sicherstellung bedarfsgerechter, niedrigschwelliger Beratungs- und Unterstützungsangebote für belastete Familien. Im Sinne des „Health in All Policies"-Ansatzes können dadurch die Rahmenbedingungen für Kinder, Jugendliche und Familien stärker gesundheitsfördernd ausgerichtet werden [34, 35].

Mit zunehmendem Alter der Kinder gewinnen Institutionen der tertiären Sozialisation wie freizeitbezogene Kinder- und Jugendeinrichtungen, Sportvereine sowie Straßen- oder Schulsozialarbeit an Bedeutung. Sie bieten gerade für sozial belastete Jugendliche vielfältige Möglichkeiten der Ressourcenstärkung etwa über Partizipation, Konfliktbewältigung oder andere Methoden zur Selbstwirksamkeitsförderung. Allerdings stehen für Angebote der tertiären Sozialisation oft nur geringe personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Die Angebote sind vielfach konzeptionell, strukturell und finanziell wenig abgesichert; entsprechend ist ihre Bindungswirkung gegenüber den Jugendlichen oft gering [36]. Zudem konnten im Rahmen der Pandemiebekämpfung entsprechende Angebote zuletzt kaum aufrecht erhalten werden [37]. Es zeigte sich insgesamt ein deutlicher Anstieg von psychischen Problemen insbesondere bei Jugendlichen [38]. Strukturen der Jugendarbeit sollten aber gerade auch in Krisenzeiten gesichert und weiterentwickelt werden.

Von hoher Bedeutung sind auch präventive Maßnahmen etwa bei institutionellen Übergängen wie Schulwechsel oder Berufseinstieg (Transitionen), um einer Spirale von Ressourcenverlusten entgegenzuwirken und insbesondere diese Weichenstellungen im Lebenslauf für den Aufbau psychosozialer Ressourcen zu nutzen [36].

Insgesamt verweist die hier dargestellte Relevanz der personalen, familiären und sozialen Ressourcen darauf, dass Jugendarbeit ein wichtiges Setting für Gesundheitsförderung und Prävention darstellt, das insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen genutzt und ausgebaut werden sollte.

Korrespondenzadresse
Claudia Schmidtke
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: SchmidtkeC@rki.de

Zitierweise
Schmidtke C, Geene R, Hölling H, Lampert T (2021)
Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozioökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter – Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2.
Journal of Health Monitoring 6(4): 21–35.
DOI 10.25646/8864

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

KiGGS Welle 2 unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover hat die KiGGS Welle 2 unter ethischen

Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt (Nr. 22752014). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Dragano N, Siegrist J (2006) Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 171–184
2. Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2008) In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In: Bauer U, Bittlingmayer U, Richter M (Hrsg) Health inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 331–358
3. Klipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(3):37–45. https://edoc.rki.de/handle/176904/5767 (Stand: 17.05.2021)
4. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/soz_ungleichheit_kinder.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 17.06.2021)
5. Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C et al. (2018) Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(3):19–36. https://edoc.rki.de/handle/176904/5766 (Stand: 17.05.2021)
6. Baumgarten F, Klipker K, Göbel K et al. (2018) Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1):60–65. https://edoc.rki.de/handle/176904/3037 (Stand: 17.06.2021)
7. Sozialgesetzbuch (2015) Fünftes Buch (V) §20 Absatz 1. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Stand: 17.06.2021)
8. Präventionsgesetz – PrävG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31, ausgegeben zu Bonn am 24 Juli 2015:1368–1379. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf (Stand: 18.06.2021)
9. Sozialgesetzbuch (2015) Fünftes Buch (V) §20 Absatz 3. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Stand: 17.06.2021)
10. Bundesministerium für Gesundheit (2010) Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. BMG, Berlin
11. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2018) Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen. http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/ (Stand: 05.07.2020)
12. Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Bundesgesundheitsbl 57(7):807–819. https://edoc.rki.de/handle/176904/1894 (Stand: 18.06.2021)
13. Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A et al. (2008) Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl 51(6):606–620. https://edoc.rki.de/handle/176904/462 (Stand: 18.06.2021)
14. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. Journal of Health Monitoring 3(1):82–96. https://edoc.rki.de/handle/176904/3041 (Stand: 17.06.2021)

15. Woerner W, Becker A, Friedrich C et al. (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30(2):105–112

16. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. Journal of Health Monitoring 2(S3):2–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/2806 (Stand: 17.06.2021)

17. Schwarzer R, Jerusalem M (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen, Berlin

18. Grob A, Lüthi R, Kaiser FG et al. (1991) Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). Diagnostica, 37(1):66–75

19. Kern R, Rasky E, Noack RH (1995) Indikatoren für Gesundheitsförderung in der Volksschule. Karl-Franzens-Universität Graz

20. Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl 50(5/6):800–809

21. Schneewind K, Beckmann M, Hecht-Jackl A (1985) Familienklima-Skalen Bericht 8.1. und 8.2., Institut für Psychologie-Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, Ludwig-Maximilians-Universität, München

22. Donald CA, Ware JE (1984) The measurement of social support. Research in Community & Mental Health, 4, S. 325–370

23. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2018) Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):114–133. https://edoc.rki.de/handle/176904/3043 (Stand: 17.06.2021)

24. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013. http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/ (Stand: 20.08.2019)

25. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2019) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

26. Klasen F, Reiß F, Otto C et al. (2017) Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 2(S3):55–65. https://edoc.rki.de/handle/176904/2810 (Stand: 17.05.2021)

27. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA et al. (2017) The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2(8):356–366

28. Egle UT, Franz M, Joraschky P et al. (2016) Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. Bundesgesundheitsbl 59(10):1247–1254. https://doi.org/10.1007/s00103-016-2421-9 (Stand: 18.06.2021)

29. Sameroff A, Gutman LM, Peck SC (2003) Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In: Luthar SS (Hrsg) Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities, 1. Cambridge University Press, Cambridge, S. 364–391

30. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. (2019) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 56(6):774–786

31. Volf I, Laubstein C, Sthamer E (2019) Wenn Kinderarmut erwachsen wird... AWO-ISS-Langzeitstudie zu (Langzeit-)Folgen von Armut im Lebensverlauf. ISS, Frankfurt am Main

32. Geene R, Thyen U, Quilling E et al. (2016) Familiäre Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung 11(4):222–229

33. Lange M, Hoffmann R, Mauz E et al. (2018) Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1): 97–113. https://edoc.rki.de/handle/176904/3042 (Stand: 17.06.2021)

34. Thyen U, Geene R (2020) Priorisierung von Kindergesundheit im Kontext von HiAP. In: Public Health Forum. De Gruyter 28(3): 169–175

35. Pinheiro P, Bauer U (2020) Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel: Rückblick und Ausblick. In: Liel K, Rademaker AL (Hrsg) Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Juventa, Weinheim, S. 283–297

36. Geene R (2018) Familiäre Gesundheitsförderung. Ein nutzerorientierter Ansatz zur Ausrichtung kommunaler Gesundheitsförderung bei Kindern und Familien. Bundesgesundheitsbl 61(10):1289–1299. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2814-z (Stand: 17.06.2021)

37. Voigts G (2020) Vom „Jugend vergessen“ zum „Jugend ermöglichen“: Bewegungs-, Beteiligungs- und Freiräume für junge Menschen in Corona-Zeiten. Forum Kind Jugend Sport 1:93–99. https://doi.org/10.1007/s43594-020-00022-5 (Stand: 18.06.2021)

38. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021) Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. Bundesgesundheitsbl. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3 (Stand: 18.06.2021)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit