

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pascal Kober, Michael Theurer, Johannes Vogel (Olpe), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 19/17385 –

Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind stark vom soziokulturellen Status des Elternhauses abhängig. Der „Kinder- und Jugendreport 2018“ der DAK-Gesundheit und der Universität Bielefeld, der die Lebenslage und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersuchte, zeigt, dass Kinder und Jugendliche aus Elternhäusern mit niedrigerem Bildungsabschluss einen vergleichsweise schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als ihre Altersgenossen. Gerade bei der Anfälligkeit für Karies-Erkrankungen, Übergewicht und Sprachstörungen sind starke Zusammenhänge zwischen Elternhaus und Kindergesundheit zu erkennen. Beispielsweise ist die Karies-Prävalenz bei Kindern von Eltern mit hohem Bildungsabschluss um 74 Prozent geringer als bei Kindern von Eltern ohne Ausbildungsabschluss (Storm, 2018, „Kinder- und Jugendreport 2018“, S. 98).

Auch der frühkindliche Entwicklungsstand sowie die psychische Gesundheit korrelieren stark mit dem sozialen Umfeld und insbesondere dem Lebensstil der Eltern. Untersuchungen der Bertelsmann Stiftung zeigen, dass Kinder und Jugendliche im SGB-II-Bezug (SGB II = Zweites Buch Sozialgesetzbuch) besonders häufig von Entwicklungsproblemen betroffen sind (https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/03_Werkstattbericht_Einfluss_von_Armut_final_Auflage3_mU.pdf,%20S.%2030%20ff.). Nur 12,4 Prozent der Kinder, die nicht im SGB-II-Bezug sind, haben Probleme beim Zählen, aber 28 Prozent der Kinder in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften. Bei der Entwicklung der Visuomotorik, der Koordination von visueller Wahrnehmung und Bewegung, betragen die entsprechenden unterschiedlichen Quoten 11 Prozent bzw. 25 Prozent. Auch Verhaltensauffälligkeiten sind laut dem Kinder- und Jugendreport 2018 abhängig vom Bildungsabschluss der Eltern. Die Untersuchung ergab, dass die Anzahl verhaltensauffälliger Kinder, deren Eltern ohne Abschluss sind, um 31 Prozent höher ist als von denjenigen, deren Eltern über einen hohen Bildungsabschluss verfügen (<https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf>).

Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster, die sich in jungen Jahren ausbilden, haben nach Einschätzung der Fragesteller häufig bis ins Erwachsenenalter hinein Bestand. Die Folgen von Entwicklungsstörungen und

gesundheitlichen Problemen im Kindesalter sind dabei nach Meinung der Fragesteller nicht zu unterschätzen, auch, weil sich Gesundheit und Vitalität auch auf andere Lebensbereiche auswirkt, unter anderem auf Bildungs- und Berufschancen. Für eine effektive und nachhaltige Armutsbekämpfung sind nach Auffassung der Fragesteller gute Gesundheitschancen gerade für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche eine wichtige Voraussetzung, um die Chancen auf Aufstieg und ein gutes Leben zu verbessern.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Am Robert Koch-Institut (RKI) wird zur Ermittlung der gesundheitlichen Situation in Deutschland lebender Kinder und Jugendlicher die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) durchgeführt. KiGGS ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am RKI und beinhaltet unter anderem wiederholt durchgeführte, für Deutschland repräsentative Querschnitterhebungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie des RKI sowie repräsentative Daten zur Gesundheit der Heranwachsenden aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigen, dass der Großteil der jungen Menschen in Deutschland gesund aufwächst: 87 Prozent der Mädchen und 91 Prozent der Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren schätzen ihren Gesundheitszustand selbst als sehr gut oder gut ein.

Der subjektive, allgemeine Gesundheitszustand hat sich in den vergangenen Jahren weitestgehend unabhängig von der sozialen Lage in allen Statusgruppen verbessert.

Gesundheitliche Ungleichheiten kommen im Kindes- und Jugendalter weniger stark bei körperlichen Erkrankungen wie z. B. Asthma bronchiale zum Tragen als beispielsweise bei Übergewicht, Entwicklungsverzögerungen oder psychischen Auffälligkeiten, die bei Kindern aus Familien mit niedrigem SES (mehrdimensionaler Index des sozioökonomischen Status) häufiger vorkommen. Auch ist beispielsweise das Risiko, von einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen zu sein, bei Mädchen und Jungen mit niedrigem SES gegenüber Gleichaltrigen mit SES um das 2,8- bis 4,4-Fache erhöht.

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hat auf Grundlage des Panels Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS) Analysen zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen ab 15 Jahren bis einschließlich 21 Jahren vorgelegt. Für jüngere Personen können auf Basis dieser Datenquelle keine Auswertungen vorgenommen werden. Die Angaben nach dem Bildungsstand der Eltern und dem SGB-II-Leistungsbezug in der Bedarfsgemeinschaft, der die bzw. der Jugendliche angehört, wurden differenziert dargestellt. Beim Bildungsstand der Eltern werden die Befragten danach unterschieden, ob mindestens ein Elternteil einen Schulabschluss aufweist, der über einen Volks-/Hauptschulabschluss hinausgeht oder ob alle Elternteile höchstens einen Volks-/Hauptschulabschluss erworben haben.

Alle Angaben des IAB zu den Antworten auf Fragen 5 und 9 beruhen auf hochgerechneten Erhebungsdaten. Die Angaben zum Gesundheitsverhalten und damit auch deren Unterschiede zwischen den differenzierenden Merkmalen unterliegen daher einer statistischen Unsicherheit. Daher ist in den Tabellen zu den Antworten auf Fragen 5 und 9 zusätzlich das 95 Prozent-Konfidenzintervall angegeben. Dieses ist so konstruiert, dass 95 von 100 so konstruierten Intervallen den wahren Wert der Grundgesamtheit enthalten. Alle Ergebnisse sind rein deskriptiver Art. Sie stellen den bivariaten Zusammenhang zwischen zwei Variablen dar und erlauben keine kausale Interpretation, da der Einfluss von intervenierenden Drittvariablen oder Selektionsmechanismen in den hier dargelegten Analysen nicht berücksichtigt werden kann.

1. Welche Studien und empirischen Befunde über die Ursachen unterschiedlicher Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nutzt die Bundesregierung als Grundlage ihrer gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungen?

Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargestellt, führt das Robert Koch-Institut (RKI) die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) durch. Die KiGGS-Basiserhebung wurde als Untersuchungs- und Befragungssurvey (2003 bis 2006) durchgeführt. Während KiGGS Welle 1 als telefonischer Befragungssurvey (2009 bis 2012) konzipiert war, wurde KiGGS Welle 2 (2014 bis 2017) erneut als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey durchgeführt. Im Rahmen von KiGGS wird eine Vielfalt gesundheitlicher Indikatoren abgefragt, die über Kinder- oder Elternangaben erhoben werden. Zudem liegen Informationen zum Sozialstatus der Eltern vor.

2. Führt die Bundesregierung Erhebungen durch, um Unterschiede der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland empirisch zu erfassen und Gründe für unterschiedliche Gesundheitschancen zu untersuchen?

In der KiGGS-Studie werden soziale Unterschiede in den Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken routinemäßig anhand eines mehrdimensionalen Index des sozioökonomischen Status (SES) analysiert, der auf Informationen der Eltern zu ihrem Bildungsstand (schulische und berufliche Bildungsabschlüsse), ihrer beruflichen Stellung und zu ihrem Einkommen beruht.

Des Weiteren sind folgende Erhebungen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) relevant:

In der repräsentativen Studie Kinder in Deutschland (KiD) 0-3 wurden bundesweit Familien mit mindestens einem Kleinkind während einer Früherkennungsuntersuchung bei ihrer Kinderärztin bzw. ihrem Kinderarzt zu ihrer Lebenssituation, zu Belastungsmerkmalen, zur Entwicklung des Kindes und zu Kenntnis und Inanspruchnahme von Angeboten für Schwangere und Familien mit kleinen Kindern befragt.

Mit dem Monitoring Zusammen für Familien (ZuFa) – Gesundheit und Frühe Hilfen des NZFH wurden in drei bundesweiten Studien niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, Mitarbeitende aus Geburtskliniken sowie niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte dazu befragt, welche Belastungsmerkmale von Familien in Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bzw. in den U-Untersuchungen auffallen und wie sie damit umgehen. Der Forschungszyklus nimmt in diesem Zusammenhang die Intensität und Qualität fallbezogener Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe in den Blick.

In einer qualitativen Erreichbarkeitsstudie des NZFH wurden Mütter mit mindestens einem Kind von 0 bis 3 Jahren befragt. Bei 60 % der befragten Mütter handelt es sich um psychosozial belastete Mütter. Die erhobenen Themenbereiche umfassen die Familiengründung und Lebenssituation, Anforderungen und Belastungen, Unterstützungsnetzwerke und -bedarfe, gesundheitsbezogene Einstellungen sowie Erfahrungen mit Angeboten Früher Hilfen und weiterer elternunterstützender Maßnahmen.

3. Liegen der Bundesregierung valide Ergebnisse von Langzeitstudien vor, welche Ursachen und Wirkungen von Unterschieden der Gesundheitschancen und frühkindlichen Entwicklungsstufen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersuchen?

Wenn ja, welche?

Bislang liegen zur KiGGS-Kohorte als zentraler Langzeitstudie zur Entwicklung von Heranwachsenden in Deutschland die Daten aus der Basiserhebung, der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle 1, 2009 bis 2012) und einer weiteren Folgebefragung und -untersuchung (KiGGS-Welle 2, 2014 bis 2017) vor. Erste Längsschnittanalysen, in die Daten aus mindestens zwei dieser KiGGS-Wellen eingingen, wurden bereits vom Robert Koch-Institut durchgeführt. Mit Blick auf den Tabakkonsum zeigt sich dort, dass Jugendliche mit niedrigem SES häufiger anfangen zu rauchen als jene aus sozial besser gestellten Familien und sich diese sozialen Unterschiede im Rauchverhalten beim Übergang ins junge Erwachsenenalter verfestigen. Eine weitere Analyse der Kohortendaten zeigt, dass ein niedrigerer SES während der Kindheit mit höheren psychischen Auffälligkeiten sowohl in der Kindheit als auch später im Jugendalter assoziiert ist. Der Effekt des niedrigen SES in der Kindheit auf das erhöhte Risiko für psychische Auffälligkeiten im Jugendalter wird den Ergebnissen zufolge unter anderem durch eine schlechtere psychische Entwicklung während der Kindheit vermittelt. Auch die Wahrnehmung von sozialer Benachteiligung durch die Jugendlichen selbst sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit für den Besuch eines Gymnasiums bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien erwiesen sich in den Analysen als Faktoren, die den Effekt des SES auf die psychische Gesundheit vermitteln. Umfangreichere und thematisch weitergefasste Längsschnittanalysen auf Basis der KiGGS-Kohorte werden derzeit im Rahmen eines vom Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Auswertungsprojekts am Robert Koch-Institut durchgeführt (Projekt „Familiäre und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf die Entstehung, den Verlauf und die Auswirkungen von psychischen Auffälligkeiten (insbesondere AD(H)S), Adipositas und allergischen Erkrankungen, insbesondere Asthma“).

4. Welchen Einfluss haben nach Kenntnissen der Bundesregierung der Bildungsstand sowie der Erwerbsstatus der Eltern auf die Gesundheitschancen und den frühkindlichen Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen?

Das RKI hat 2010 einen umfangreichen Bericht „Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ auf der Basis der Daten der KiGGS-Basiserhebung veröffentlicht. Dabei wurde insbesondere auch auf die Bedeutung des Bildungsstatus der Eltern hingewiesen, der in einigen Bereichen den Einkommenseffekt überwiegt. Gleichzeitig wurden darin auch auf protektive Faktoren, wie Familienklima, persönliche Ressourcen und Schulform hingewiesen.

Der Erwerbsstatus der Eltern steht den KiGGS-Daten zufolge in bestimmten Altersgruppen in Zusammenhang mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Während Jungen im Alter zwischen 7 und 10 Jahren, von denen kein Elternteil Vollzeit erwerbstätig ist, einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen als gleichaltrige Jungen mit mindestens einem Vollzeit erwerbstätigen Elternteil, ist dieses Problem bei Mädchen erst im Alter zwischen 14 und 17 zu beobachten.

Die KiGGS-Daten weisen zudem darauf hin, dass die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung sowie deren soziale Ungleichverteilung bereits sehr früh gestellt werden, also bereits vor der Geburt und im frühen Säuglingsalter. So

finden sich soziale Unterschiede zuungunsten sozial Benachteiligter auch für wichtige prä- und perinatale Risikofaktoren wie das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft und das Stillverhalten. Nach den Daten der KiGGS Welle 1 für 0- bis 6-jährige Kinder liegt der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht haben, in der hohen sozioökonomischen Statusgruppe bei 2,2 Prozent, während dieser Anteil in der mittleren und niedrigen Statusgruppe 11,1 Prozent bzw. 28,4 Prozent beträgt. Zudem belegen die Daten, dass Kinder aus Familien mit niedrigem SES seltener und kürzer gestillt werden als Kinder aus Familien mit höherem Status.

In der repräsentativen Studie Kinder in Deutschland (KiD) 0-3 des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zeigte sich eine höhere Bekanntheit und Nutzung von präventiven Angeboten (z. B.: Geburtsvorbereitungskurse, Hebammenhilfe, Elternkurse) für Schwangere und Eltern mit kleinen Kindern bei mittel (beruflicher Bildungsabschluss oder Hochschulreife) und hoch (Hochschulabschluss bzw. berufliche Meisterqualifikation) gebildeten Eltern im Vergleich zu niedriger (max. mittlere Reife ohne beruflichen Abschluss) gebildeten.

In einer qualitativen Erreichbarkeitsstudie des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) betrachten die befragten Mütter mit höherem Bildungs- und Einkommensniveau die Gesundheit ihrer Kinder häufiger ganzheitlicher, als ein Zusammenspiel von körperlichen und seelischen (geistigen, emotionalen) Faktoren, sehen sich selbst stärker in der Verantwortung, die Gesundheit ihrer Kinder zu fördern und fördern die Gesundheit und Entwicklung ihrer Kinder aktiver.

5. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich möglicher Unterschiede des regelmäßigen Nikotin- und Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Eltern und in Abhängigkeit vom Bezug von SGB-II-Leistungen (bitte Zahlen zu Nikotin- und Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB-II-Leistungen für die vergangenen zehn Jahre jährlich aufzuführen)?

Das IAB erhebt seit 2009 in PASS im Abstand von drei Jahren Informationen zum Nikotinkonsum. Da alle Altersgruppen ab 15 Jahren befragt werden, erlauben die Fallzahlen in der Altersgruppe der 15- bis 21-Jährigen keine Differenzierung nach Erhebungsjahren. Stattdessen werden die Ergebnisse gepoolt dargestellt, also gemeinsam für alle verfügbaren Wellen. Für die Jahre 2009 und 2012 liegen dem IAB zudem Informationen zum Alkoholkonsum vor. Dargestellt wird jeweils der Anteil der Jugendlichen, der angibt, mindestens einmal pro Woche alkoholische Getränke zu konsumieren bzw. regelmäßig zu rauchen. Nicht dargestellt wird der Anteil der Jugendlichen, die seltener bzw. nie Alkohol oder Nikotin konsumieren, da sich die entsprechenden Werte auf hundert Prozent addieren.

Der Anteil der Jugendlichen zwischen 15 und 21 Jahren in Deutschland, die regelmäßig Nikotin konsumieren (2009, 2012, 2015 und 2018 gepoolt), ist differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB II Leistungen aus den nachfolgenden Tabellen ersichtlich:

Nikotinkonsum nach SGB II-Leistungsbezug

	Anteil mit regelmäßigem Nikotinkonsum in Prozent	95-Prozent-Konfidenzintervall
Kein SGB-II-Leistungsbezug	18	[16;21]
SGB-II-Leistungsbezug	27	[22;32]

Quelle: IAB – PASS 2009 (Welle 3): N=1.374, PASS 2012 (Welle 6): N=1.460, PASS 2015 (Welle 9): N=1.158, PASS 2018 (Welle 12): N=1.109

Nikotinkonsum nach Bildungshintergrund

	Anteil mit regelmäßigem Nikotinkonsum in Prozent	95-Prozent-Konfidenzintervall
Kein Elternteil mit Bildungsabschluss höher als Hauptschule	25	[19;33]
Mindestens ein Elternteil mit Bildungsabschluss höher als Hauptschule	17	[14;19]

Quelle: IAB – PASS 2009 (Welle 3): N=1194, PASS 2012 (Welle 6): N=1299, PASS 2015 (Welle 9): N=1019, PASS 2018 (Welle 12): N=988.

Der Anteil der Jugendlichen zwischen 15 und 21 Jahren in Deutschland, die mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren (2009 und 2012 gepoolt), ist differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB II Leistungen aus den nachfolgenden Tabellen ersichtlich:

Alkoholkonsum nach SGB II Leistungsbezug

	Anteil mit wöchentlichem Alkoholkonsum in Prozent	95-Prozent-Konfidenzintervall
Kein SGB-II-Leistungsbezug	37	[33;41]
SGB-II-Leistungsbezug	16	[12;20]

Quelle: IAB – PASS 2009 (Welle 3): N=1.373 und PASS 2012 (Welle 6): N=1.460

Alkoholkonsum nach Bildungshintergrund

	Anteil mit wöchentlichem Alkoholkonsum in Prozent	95-Prozent-Konfidenzintervall
Kein Elternteil mit Bildungsabschluss höher als Hauptschule	30	[22;38]
Mindestens ein Elternteil mit Bildungsabschluss höher als Hauptschule	38	[34;42]

Quelle: IAB – PASS 2009 (Welle 3): N=1.193 und PASS 2012 (Welle 6): N=1.299

Laut IAB berichten beim Alkoholkonsum mehr Jugendliche aus Familien ohne SGB-II-Leistungsbezug (37 Prozent) als Jugendliche aus Familien mit SGB-II-

Leistungsbezug (16 Prozent), dass sie regelmäßig, das heißt mindestens einmal pro Woche, Alkohol, also Bier, Wein, Mischgetränke oder Spirituosen trinken. Diese Unterschiede sind statistisch auf dem 5-Prozent-Niveau signifikant.

Jugendliche, von denen kein Elternteil einen höheren als den Hauptschulabschluss aufweist (30 Prozent), berichten tendenziell seltener, dass sie mindestens einmal wöchentlich Alkohol konsumieren als Jugendliche, bei denen mindestens ein Elternteil einen solchen Abschluss aufweist (38 Prozent). Dieser Unterschied ist allerdings statistisch knapp nicht auf dem 5-Prozent-Niveau signifikant.

Beim Tabakkonsum kehren sich beide Zusammenhänge um. Sowohl Jugendliche aus Haushalten mit SGB-II-Leistungsbezug (27 Prozent) als auch Jugendliche aus Haushalten mit geringer Bildung bei beiden Eltern (25 Prozent) rauchen zu größeren Anteilen regelmäßig als Jugendliche ohne SGB-II-Leistungsbezug (18 Prozent) bzw. Jugendliche mit mindestens einem höher gebildeten Elternteil (17 Prozent). Die Unterschiede sind in beiden Fällen statistisch signifikant auf dem 5-Prozent-Niveau.

6. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich möglicher Unterschiede einer kontinuierlichen Passivrauch-Belastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Eltern und in Abhängigkeit vom Bezug von SGB-II-Leistungen (bitte Zahlen differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB-II-Leistungen für die vergangenen zehn Jahre jährlich aufführen)?

Auswertungen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) Welle 1 (2009 bis 2012) zeigen, dass 10,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 11- bis 17 Jahren täglich einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind. Bei niedrigem SES liegt die tägliche Passivrauchbelastung der Kinder und Jugendlichen bei 16,6 Prozent, bei mittlerem elterlichen SES bei 9,9 Prozent, bei hohem elterlichen SES bei 3,6 Prozent. Zum Zusammenhang zwischen ALG-II-Bezug der Eltern und Passivrauchbelastung der Kinder und Jugendlichen liegen aus der KiGGS-Studie keine Erkenntnisse vor. Auch liegen keine jährlichen Daten vor. Erfreulich ist, dass die Passivrauchbelastung in der Gruppe der Kinder mit Eltern mit einem niedrigen SES deutlich rückläufig ist.

7. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich möglicher Unterschiede im Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Eltern und in Abhängigkeit vom Bezug von SGB-II-Leistungen (bitte Zahlen differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB-II-Leistungen für die vergangenen zehn Jahre jährlich aufführen)?

Aussagen zum Ernährungsverhalten können auf Basis des in der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 eingesetzten Verzehrhäufigkeitsfragebogens getroffen werden. Für das Ernährungsverhalten werden die Indikatoren „täglich Konsum zuckerhaltiger Getränke“, „täglich frisches Obst“ sowie Inanspruchnahme der Schulverpflegung herangezogen.

Gegenüber der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) hat sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke trinken, von 19,7 Prozent auf 10,2 Prozent verringert. Damals tranken 34,0 Prozent der Jungen und 28,2 Prozent der Mädchen einmal oder mehrmals täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke. Nach Ergebnissen der KiGGS Welle 2 (2014

bis 2017) sind dies 22,2 Prozent der Jungen und 16,9 Prozent der Mädchen. Jungen konsumieren häufiger zuckerhaltige Erfrischungsgetränke als Mädchen, der Rückgang zeichnet sich aber bei beiden Geschlechtern in ähnlicher Weise ab. Kinder und Jugendliche mit niedrigem SES trinken deutlich häufiger zuckerhaltige Erfrischungsgetränke als Gleichaltrige mit mittlerem SES und diese wiederum häufiger als jene mit hohem SES. Während fast ein Drittel (30,5 %) der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem SES täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumieren, sind es bei Gleichaltrigen aus der mittleren Statusgruppe rund ein Fünftel (20,2 %) und bei jenen aus der hohen Statusgruppe lediglich 7,1 %. Derart stark ausgeprägte soziale Unterschiede zeichnen sich bei beiden Geschlechtern ab. Die Unterschiede im täglichen Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke zwischen Kindern und Jugendlichen aus Familien mit dem niedrigsten SES im Vergleich zu jenen aus Familien mit hohem SES waren bereits in 2003 bis 2006 stark ausgeprägt und sind bis 2014 bis 2017 noch einmal größer geworden. Der Anstieg dieser sog. relativen Ungleichheit ist darauf zurückzuführen, dass der Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke in der mittleren und vor allem in der hohen Statusgruppe noch deutlicher gesunken ist als in der niedrigen Statusgruppe. Dieser Trend war sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen zu beobachten. Es zeigt sich, dass zwar in allen sozioökonomischen Statusgruppen eine positive Entwicklung zu beobachten ist, die sich jedoch in der mittleren und hohen Statusgruppe stärker abzeichnet als in der niedrigen Statusgruppe.

Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 zeigen, dass mit 55,8 Prozent mehr als die Hälfte der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland täglich frisches Obst isst. Während lediglich 47,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem SES täglich frisches Obst essen, sind es bei Gleichaltrigen mit mittlerem SES 55,7 Prozent und insbesondere bei jenen mit hohem SES mit 65,4 Prozent deutlich mehr. 44,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen essen nicht täglich frisches Obst. Mit 51,3 Prozent ist dieser Anteil bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Einkommen am höchsten im Vergleich zu Familien mit mittlerem (43,2 Prozent) und hohem (37,4 Prozent) Einkommen.

Informationen zur Schulverpflegung liefert die zweite Ernährungsstudie als KiGGS-Modul, EsKiMo II, die ein vertiefendes Modul der KiGGS-Studie darstellt und von 2015 bis 2017 durchgeführt wurde. In Deutschland hatten zum Zeitpunkt der EsKiMo II-Befragung 86,6 % der 6- bis 17-Jährigen die Möglichkeit in der Schule ein warmes Mittagessen zu erhalten. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem hohen SES nutzen das vorhandene Essensangebot häufiger (52,1 Prozent) als Kinder und Jugendliche aus Familien mit mittlerem (41,7 Prozent) oder niedrigem SES (38,5 Prozent). Dass das Essen zu teuer ist, geben 3 Prozent, der 6- bis 11-Jährigen und 10,2 Prozent der 11- bis 17-Jährigen als Grund für eine Nichtteilnahme an der Schulverpflegung an.

Zum Zusammenhang zwischen ALG-II-Bezug der Eltern und Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen liegen aus der KiGGS-Studie keine Erkenntnisse vor. Auch liegen keine jährlichen Daten vor.

8. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich möglicher Entwicklungsunterschiede visuomotorischer Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Eltern und in Abhängigkeit vom Bezug von SGB-II-Leistungen (bitte Zahlen differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB-II-Leistungen für die vergangenen zehn Jahre jährlich aufführen)?

Gut ausgeprägte koordinative Fähigkeiten sind die Grundlage für Bewegungshandlungen im Alltag und können vor Unfällen und Verletzungen schützen – hierzu zählen auch visuomotorische Fähigkeiten. Ergebnisse zu visuomotorischen Fähigkeiten liegen aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Basisuntersuchung) vor, die zwischen 2003 und 2006 durchgeführt wurde. Die Präzision der Auge-Hand-Koordination wurde mit verschiedenen Testaufgaben erfasst. In der Testaufgabe „Linie nachfahren“ erzielten Jungen und Mädchen aus Familien mit niedrigem SES schlechtere Leistungen als Jungen und Mädchen aus Familien mit mittlerem oder hohem SES. Bei der Testaufgabe „Stifte einstecken“, einer weiteren Testaufgabe zur Erfassung der Auge-Hand-Koordination unter Zeitdruck, erreichten Jungen aus Familien mit niedrigem SES schlechtere Testergebnisse als Jungen aus Familien mit mittlerem bzw. hohem SES.

Zum Zusammenhang zwischen ALG-II-Bezug der Eltern und visuomotorischer Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen liegen keine Erkenntnisse vor. Auch liegen keine jährlichen Daten vor.

9. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich möglicher Unterschiede des Bewegungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Eltern und in Abhängigkeit vom Bezug von SGB-II-Leistungen (bitte Zahlen differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB-II-Leistungen für die vergangenen zehn Jahre jährlich aufführen)?

Ergebnisse aus den Jahren 2014-2017 der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) zeigten, dass 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem SES mit einer bis um das Dreifache erhöhten Wahrscheinlichkeit Sport treiben als Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem SES. In der vorherigen Erhebung der KiGGS Studie (KiGGS Welle 1, 2009 bis 2012) konnte ebenfalls gezeigt werden, dass mit Abnahme des SES der Anteil der Kinder und Jugendlichen abnimmt, der sich sportlich betätigt (inner- und außerhalb des Sportvereins; 87,1 Prozent vs. 78,4 Prozent vs. 66,4 Prozent) sowie der Kinder und Jugendlichen, die im Sportverein aktiv sind (74,1 Prozent vs. 61,0 Prozent vs. 42,8 Prozent). Im Übergang vom Kindes- zum Jugendalter beendeten Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss ihre sportliche Aktivität in einem Sportverein seltener als Kinder von Eltern mit mittlerem Bildungsabschluss.

2014-2017 hatten Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem SES häufiger eine geringe körperliche Gesamtaktivität (< 2 Tage pro Woche mit einer Aktivität von mind. 60 Minuten) als Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem SES (Mädchen: 19,4 Prozent vs. 7,6 Prozent; Jungen: 11,6 Prozent vs. 4,4 Prozent). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die die Bewegungsempfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erreichten (tägliche Aktivitätszeit von mind. 60 Minuten), unterschied sich nicht signifikant zwischen den sozialen Statusgruppen. Dies zeigten die Ergebnisse der KiGGS-Studie aus den Jahren 2014 bis 2017 und 2009 bis 2012.

In PASS werden vom IAB seit 2009 im Abstand von drei Jahren Informationen zum Sportverhalten von Jugendlichen zwischen 15 und 21 Jahren erhoben, inwieweit die betreffenden Jugendlichen laut Selbstauskunft mindestens einmal pro Woche aktiv Sport, Fitness oder Gymnastik ausüben. Nicht dargestellt wird der Anteil der Jugendlichen, die seltener oder nie Sport ausüben, da sich die entsprechenden Werte auf 100 Prozent addieren. Das Sportverhalten der Jugendlichen zwischen 15 und 21 Jahren (2009, 2012, 2015 und 2018 gepoolt), ist differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB II-Leistungen aus den nachfolgenden Tabellen ersichtlich:

Sportverhalten nach SGB II-Leistungsbezug

	Anteil mit mindestens einmal pro Woche Sport in Prozent	95-Prozent-Konfidenzintervall
Kein SGB-II-Leistungsbezug	78	[75;81]
SGB-II-Leistungsbezug	61	[55;67]

Quelle: IAB – PASS 2009 (Welle 3): N=1374, PASS 2012 (Welle 6): N=1458, PASS 2015 (Welle 9): N=1157, PASS 2018 (Welle 12): N=1110

Sportverhalten nach Bildungshintergrund

	Anteil mit mindestens einmal pro Woche Sport in Prozent	95-Prozent-Konfidenzintervall
Kein Elternteil mit Bildungsabschluss höher als Hauptschule	68	[60;75]
Mindestens ein Elternteil mit Bildungsabschluss höher als Hauptschule	80	[76;82]

Quelle: IAB – PASS 2009 (Welle 3): N=1194, PASS 2012 (Welle 6): N=1297, PASS 2015 (Welle 9): N=1019, PASS 2018 (Welle 12): N=989

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass Jugendliche mit SGB-II-Leistungsbezug (61 Prozent) deutlich seltener regelmäßig Sport treiben als Jugendliche ohne diesen Leistungsbezug (78 Prozent). Ein Unterschied zeigt sich auch – wenngleich etwas weniger deutlich ausgeprägt – zwischen Jugendlichen ohne ein Elternteil mit höherem Schulabschluss als dem Hauptschulabschluss (68 Prozent) und Jugendlichen mit einem solchen Elternteil (80 Prozent). Die Unterschiede sind auf dem 5-Prozent-Niveau statistisch signifikant.

10. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich möglicher Unterschiede bei der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen für Kinder und Jugendliche in Deutschland in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Eltern und in Abhängigkeit vom Bezug von SGB-II-Leistungen (bitte Zahlen differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB-II-Leistungen für die vergangenen zehn Jahre jährlich aufführen)?

Die Ergebnisse der KiGGS Welle 2 aus den Jahren 2014 bis 2017 machen deutlich, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem SES häufiger Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie, Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Psychologinnen und Psychologen beziehungsweise psychologische Psychotherapeutinnen und -the-

rapeuten in Anspruch nehmen. Kinderärztliche, dermatologische sowie zahnärztliche beziehungsweise kieferorthopädische Praxen hingegen werden vermehrt von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem SES aufgesucht.

Keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Statusgruppen sind in Bezug auf die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen in Krankenhäusern festzustellen. Allerdings werden Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe häufiger in Krankenhäusern stationär versorgt und sie verbringen im Durchschnitt mehr Nächte im Krankenhaus. Die Ergebnisse spiegeln sowohl soziale Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit und im Versorgungsbedarf als auch soziale Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten wider.

Nach Daten von KiGGS Welle 2 liegt die Teilnahme an den meisten Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (U-Untersuchungen) bei einer Quote von über 95 %. Kinder aus Familien mit niedrigem SES nehmen die Früherkennungsuntersuchungen etwas seltener wahr als jene aus sozial bessergestellten Familien. Der zusätzlich in dieser Analyse angestellte Vergleich mit den vorausgegangenen KiGGS-Erhebungen zeigt, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen hat. Gleichzeitig haben sich die vormals stark ausgeprägten sozialen Unterschiede verringert.

Darüber hinaus weisen die KiGGS-Ergebnisse auf soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status hin. Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit SES haben Gleichaltrige mit niedrigem SES ein fast doppelt so hohes Risiko für eine geringe Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen; bei Kindern und Jugendlichen mit mittlerem SES ist dieses Risiko hingegen vermindert.

Ergebnisse über Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen in Abhängigkeit des Bezugs von SGB-II-Leistungen liegen aus der KiGGS-Studie nicht vor. Auch liegen keine jährlichen Daten vor.

11. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich möglicher Unterschiede bei der Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten von Kindern und Jugendlichen von Eltern in Deutschland abhängig vom Bildungsniveau der Eltern und in Abhängigkeit vom Bezug von SGB-II-Leistungen (bitte Zahlen differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB-II-Leistungen für die vergangenen zehn Jahre jährlich aufführen)?

Basierend auf Daten aus KiGGS-Welle 2 gibt es keine Unterschiede in der Häufigkeit der Einnahme von Arzneimitteln nach SES. So liegen die Prävalenzen von 3- bis 17-Jährigen für die Anwendung von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem SES bei 32,6 Prozent, bei denen mit mittlerem SES bei 27,6 Prozent und bei jenen mit hohem SES bei 37,2 Prozent ($p=0,3028$).

Ergebnisse über Unterschiede bei der Häufigkeit der Einnahme von Arzneimitteln von Kindern und Jugendlichen in Deutschland abhängig vom Bildungsniveau und in Abhängigkeit des Bezugs von SGB-II-Leistungen der Eltern liegen aus der KiGGS-Studie nicht vor. Auch liegen keine jährlichen Daten vor.

12. Welchen Einfluss hat nach Kenntnissen der Bundesregierung der Gesundheitszustand der Eltern auf die Gesundheitschancen und den frühkindlichen Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland?

Eine psychische oder Suchterkrankung eines Elternteils kann Einfluss auf die Gesundheitschancen und den frühkindlichen Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen haben, wenn dem in diesen Fällen häufig bestehenden besonderen Unterstützungs- und Förderbedarf der Familie nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Kinder und Jugendliche können dann in unterschiedlicher Weise unter den Folgen der psychischen- oder Suchterkrankung eines Elternteils leiden: Neben eventuell unzureichender emotionaler Unterstützung und Fürsorge können sie elterlichem Verhalten ausgesetzt sein, dass sich kritisch auf ihre Entwicklung auswirken kann. Aufgrund des Zusammenspiels von sozialen Komponenten, besonders schwierigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen sowie genetischen Faktoren haben Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern gegenüber Kindern mit psychisch gesunden Eltern zudem eine deutlich höhere Disposition, selbst psychisch zu erkranken. Eine besondere Belastung kann es für die Kinder sein, wenn die psychische- oder Suchterkrankung der Eltern durch die Familien tabuisiert wird und dies zu Isolation und Ausgrenzung führt.

Vor dem Hintergrund dieses Befundes hat die Bundesregierung auf der Grundlage des Bundestagsbeschlusses vom 20. Juni 2017 (Bundestagsdrucksache 18/12780) zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern die Arbeitsgruppe „Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern“ (AG KpkE) eingerichtet. Die AG KpkE hatte den Auftrag, einvernehmlich Empfehlungen zur Verbesserung der Situation der Kinder von psychisch- und suchterkrankten Eltern zu erarbeiten. Beteiligt an der AG waren das mit der Federführung betraute BMFSFJ, das BMG und das BMAS, der Arbeitsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, relevante Fachverbände, Institutionen und Interessensvereinigungen sowie Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Forschung und Praxis. In ihrem Abschlussbericht, der dem Deutschen Bundestag am 16. Dezember 2019 übermittelt wurde, hat die AG insgesamt 19 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch- oder suchterkrankten Elternteil niedergelegt. Der Abschlussbericht ist auch unter <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-krankter-Eltern.pdf> abrufbar.

Hinweise auf den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern und dem Gesundheitszustand ihrer Kinder lassen sich auch dem „Kinder- und Jugendreport 2018“ der DAK-Gesundheit und der Universität Bielefeld entnehmen. Den stärksten Zusammenhang stellt die Studie im Hinblick auf akute Infektionskrankheiten wie beispielsweise Influenza mit Virusnachweis fest. Aber auch für die Prävalenz von Adipositas und Zahnkaries (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller) werden deutliche Zusammenhänge zwischen entsprechenden Diagnosen der Eltern und der Kinder festgestellt.

13. Wie unterscheiden sich nach Kenntnissen der Bundesregierung die Kosten der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss der Eltern und in Abhängigkeit vom Bezug von SGB-II-Leistungen (bitte vorhandene Zahlen differenziert nach dem Bildungsstand der Eltern sowie dem Bezug von SGB-II-Leistungen für die vergangenen zehn Jahre jährlich aufzuführen)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

14. Wo sieht die Bundesregierung Lücken und Handlungsbedarf in der Bereitstellung von Leistungen zur Förderung von besseren Gesundheits- und Entwicklungschancen für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche in Deutschland?

Die Bundesregierung prüft vorliegende Daten und Informationen im Rahmen ihrer Zuständigkeit ständig auf mögliche Handlungsbedarfe.

15. Welche regionalen Varianzen gibt es nach Kenntnissen der Bundesregierung hinsichtlich der Unterschiede der Gesundheitschancen und des Entwicklungsstandes von Kindern und Jugendlichen?

Wie groß sind die jeweiligen Unterschiede der Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in den einzelnen Bundesländern nach Kenntnissen der Bundesregierung?

16. Was sind nach Auffassung der Bundesregierung die Ursachen von möglichen regionalen Unterschieden der Gesundheitschancen und Entwicklungsstufen bei Kindern und Jugendlichen?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse über regionale Unterschiede zu Gesundheitschancen und Entwicklungsstufen von Kindern und Jugendlichen vor.

17. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen von Gesundheitschancen im Kindes- und Jugendalter auf den Bildungs- und Berufserfolg sowie auf die Gesundheitschancen im Erwachsenenalter?

Erkenntnisse über Auswirkungen des Gesundheitszustands im Kindes- und Jugendalter auf den Bildungs- und Berufserfolg sowie auf die Gesundheitschancen im Erwachsenenalter liegen dem RKI auf Basis der institutseigenen Studien bislang nicht vor. Allerdings weist eine Analyse der KiGGS-Daten darauf hin, dass sich psychische Probleme im Kindesalter auf den schulischen Bildungsweg auswirken können. Den Ergebnissen zufolge haben Mädchen und Jungen, die im Kindesalter von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind, im Jugendalter eine geringere Wahrscheinlichkeit, ein Gymnasium zu besuchen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.