

Fit (f)or Fun

Lebensstile und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern

Wolfgang Settertobulte

Wir gehen heute in der Gesundheitsforschung davon aus, dass unsere Gesundheit und deren Einschränkung oder Bedrohung in Form von Erkrankungen nicht allein abhängig ist von einem biologischen Schicksal, sondern von einer Reihe von Faktoren - angefangen von der Persönlichkeit des Einzelnen, seiner Vulnerabilität (Verletzlichkeit), von den Umweltbedingungen, den Lebensbedingungen und den Arbeitsbedingungen unter denen wir leben, und von gesamtgesellschaftlichen Trends im Zeitgeist und im Lebensstil. Historisch gesehen ist die Gesundheit unserer Kinder heute so gut wie nie zuvor. Gegenstand des medizinischen Bemühens ist deshalb in erster Linie die Gewährleistung einer optimalen Lebensqualität angesichts chronischer Gesundheitsstörungen, die sich aus der zivilisierten Lebensweise und den Lebensumständen ergeben.

Einführung

Historisch gesehen ist die Gesundheit unserer Kinder heute so gut wie nie zuvor.

Die meisten Statistiken über die epidemiologische Verbreitung der klassischen Krankheiten zeigen weiterhin sinkende Raten. Wenn sie nicht sinken, haben sie oft bereits seit Jahren ein Niveau erreicht, das selbst durch weitere medizinische Bemühungen nicht weiter zu reduzieren ist. Die medizinische Versorgung in unserem Land ist ausgezeichnet. Selbst angeborene Fehlbildungen und genetische Defekte können zum großen Teil so behandelt werden, daß die Betroffenen eine größtmögliche Lebenserwartung und Lebensqualität erreichen können. Anders gesagt: Die gesundheitliche Lage der Kinder hat sich nicht verschlechtert, sie hat sich verändert. So stehen heute allergische Erkrankungen, von denen etwa bereits jedes 5. Kind in der Grundschule betroffen ist, an der Spitze der gesundheitlichen Probleme (11).

Gegenstand des medizinischen Bemühens ist heute nicht mehr nur die Verhinderung des Todes in Folge einer lebensbedrohenden Erkrankung, sondern die Gewährleistung einer optimalen Lebensqualität angesichts chronischer Gesundheitsstörungen, die

sich aus der zivilisierten Lebensweise und den Lebensumständen ergeben. In der Lebensweise bzw. im Lebensstil und in der Belastung der Umwelt, in der wir leben, ergeben sich neue Risiken denen es, im Interesse einer Aufrechterhaltung der Gesundheit, zu begegnen gilt (3).

Was prägt den Lebensstil?

Wenn wir (als Erwachsene) von Lebensstil sprechen, meinen wir damit meist unsere ganz individuelle Art zu leben. Dies schließt ein, die Art wie wir uns kleiden, wie wir uns ernähren, welche Bedeutung körperliche Aktivität / Sport in unserem Alltag spielt, wieviel Luxus wir konsumieren und andererseits wie stark wir uns aktiv an der Gestaltung unserer Umwelt beteiligen. Auch spielen Einstellungen zu verschiedenen Themen eine Rolle. Alles zusammen prägt unsere sehr eigene Lebensweise, die Teil unserer Persönlichkeit und unserer Identität ist und uns möglichst einzigartig darstellen soll.

Aber soziologisch betrachtet ist der Lebensstil nur sehr wenig individuell. Er ist vielmehr eine Mischung aus Vorbildern oder Modellen, die wir im Zuge unserer Persönlichkeitsentwicklung angenommen haben, aus Gewohnheiten, die wir aus dem Elternhaus übernommen haben, aus Einstellungen Normen und Werten, aus Lebenserfahrungen und aus den politischen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen unter denen wir zu leben haben und die wir bewältigen müssen.

Während sich bei Erwachsenen die Lebensstile durch die bisherigen Lebenserfahrungen in der Tat zunehmend individuell unterschiedlich ausprägen, ist das im Kindes- und Jugendalter nur begrenzt der Fall. In Ermangelung von eigenen Lebenserfahrungen ist es in dieser Phase eher das Vorbild (z. B. der Eltern) und heute besonders das medial vermittelte Modell, das den angestrebten Lebensstil formt, zusammen mit den vorgefundenen Möglichkeiten in der physischen und sozialen Umwelt. Für dieses Lebensalter gehen wir von einem mehr oder weniger stark normierten Lebensstil aus.

Kontakt:

Dr. Wolfgang Settertobulte
Universität Bielefeld
Fakultät für
Gesundheitswissenschaften
Postfach 100 131
D-33501 Bielefeld
Tel.: 0521/106 3890
Fax: 0521/106 6433
E-Mail: wosetter@uni-bielefeld.de

Da wir in einer Generation den gleichen prägenden Lebensbedingungen ausgesetzt sind, ist es plausibel, daß sich die Lebensstile von Menschen einer Altersgruppe ähneln. Der Soziologe Wilhelm Dilthey und andere haben dies ausführlich beschrieben. Der Sozialpsychologe McClelland fand zum Beispiel zu Anfang des 20. Jahrhunderts heraus, dass sich die Leistungsmotivation einer Generation durch den Inhalt von Schulbüchern variieren läßt. Er stellte fest, daß die industrielle Produktion stark anstieg, nachdem etwa 10 Jahre zuvor besonders häufig Texte in Lesebüchern auftauchten, die sich mit Leistung in der Arbeitswelt und Wohlstand beschäftigten (zu dieser Zeit gab es noch kein Fernsehen).

Aber nicht nur Zeitgeist bezogene Faktoren wie die Leistungsmotivation lassen sich aus der Generationenbetrachtung ableiten. Auch die Gesundheit, oder besser gesagt die Verbreitung typischer Gesundheitsbeeinträchtigungen werden vom Zeitgeist und den damit verbundenen Lebensweisen und Lebensstilen beeinflusst. Unter den heute lebenden Generationen können wir ebenfalls typische Lebensstile ausfindig machen und diese in Beziehung setzen zu überzufällig häufig auftretenden Gesundheitsstörungen:

Dies ist zum Beispiel die Gruppe derjenigen, die heute das Rentenalter von 65 Jahren erreicht haben. Diese Generation hat den Zweiten Weltkrieg als Jugendliche miterlebt und war in der Nachkriegszeit zwischen 1945 und 1955 im jungen Erwerbsalter. Diese Generation zeichnet sich mehr oder weniger durch Erfahrungen der materiellen Not und die Erfahrung physischer Gewalt im Krieg während ihrer sozialisatorisch prägenden Lebensphase aus. Während ihrer Haupterwerbszeit haben sie dagegen in den 60er und 70er Jahren eine Zeit des Überflusses erlebt. Diese Gruppe ist gekennzeichnet durch die Erfahrung wirtschaftlichen und technischen Fortschritts in der Nachkriegszeit und durch ein Leben in einer Überflußgesellschaft, jedoch mit einer starken Orientierung auf Leistung in der Arbeitswelt. Die Kombination von Leistungsdruck, Übergewicht im Zuge der Freßwelle der 50er Jahre, hohem Zigaretten- und Alkoholkonsum machte diese Generation besonders anfällig für Gefäßkrankheiten.

Eine weitere Gruppe ist die mittlere Generation, die zwischen 30 und 45 ist. Diese Generation ist von einem zeitkritischen Geist geprägt, der aus der gesellschaftlichen Umorientierung zu Anfang der 70er Jahre entstand. Einer der grundlegendsten Unterschiede zu den älteren Generationen liegt dabei in einer Tendenz zur Individualisierung, zu verstärkter Selbstverwirklichung und damit auch zu einer stärkeren Orientierung auf die eigene Gesundheit. Hier ist die Erfahrung einer materiellen Überflußgesellschaft

die selbstverständliche Grundlage der Lebensführung. Der Reaktorunfall in Tschernobyl sowie viele andere "Katastrophen" und die Erfahrung der Massenarbeitslosigkeit sind kennzeichnende Ereignisse in der Sozialisation dieser Gruppe. Individuelle Freiheiten und Selbstverwirklichung stehen für diese Generation an erster Stelle der Lebensinteressen, daher ist in dieser Generation die Zahl der Ehescheidungen hier so hoch wie nie zuvor und der Anteil alleinerziehender Mütter so hoch wie unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg. Diese Generation leidet häufiger als andere unter psychosomatischen und psychischen Erkrankungen und Allergien.

Aus Beobachtungen und Annahmen über generationsbedingte Sozialisationsbedingungen und daraus resultierende Lebensweisen und Lebensstile läßt sich die These aufstellen, daß sich sowohl Krankheitshäufigkeiten als auch spezifische Krankheitsformen über die Generationen hinweg verändern. Diese Veränderungen sollten sowohl auf Veränderungen in generationstypischen Lebensformen und Umweltbedingungen als auch auf unterschiedliche, zeitgeistbedingte Bewältigungsmuster und veränderte Ressourcen zurückzuführen sein (10).

Lebensstil und Gesundheit in der Generation der Kinder und Jugendlichen

Es wird seit Jahrzehnten eine Akzeleration der körperlichen Entwicklung beobachtet. Bedingt durch günstige physische Lebensbedingungen und möglicherweise durch kulturelle Einflüsse ist das Eintreten der Pubertät bei Mädchen und Jungen im Vergleich zu früheren Zeiten heute eher zu erwarten. Es liegt derzeit bei Mädchen zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr und bei Jungen etwa zwischen 12 und 14 Jahren (9).

Dies bedeutet dreierlei:

- Erstens erwacht in den Kindern heute früher der Wunsch nach einer erwachsenen Identität. Etwa ab dem 11. Lebensjahr verhalten sich Kinder wie Erwachsene, indem sie nämlich zunehmend erwachsene Attribute für sich in Anspruch nehmen. Dies macht die Kinder zu einem begehrten Klientel der Medien und der Werbung und hat eine extreme Konsumorientierung zur Folge. Die Folge davon ist unter anderem: Das Durchschnittsalter, in dem junge Menschen mit dem regelmäßigen Rauchen beginnen, liegt heute bei 12 1/2 Jahren und ist in direkter Beziehung zum Eintritt in die Pubertät zu sehen.
- Zweitens geht mit der akzelerierten körperlichen Entwicklung ein vorverlagertes Interesse an der

Aufnahme in eine Gleichaltrigengruppe mit einer spezifischen subkulturellen Orientierung und ersten Erwartungen sexueller Kontakte einher. In diesem Zusammenhang wird ein Trend zur Überbetonung der äußerlichen Erscheinung und der eigenen Attraktivität beobachtet quasi als Eintrittskarte in dieses Stadium.

- Ein dritter Punkt ist ebenfalls bezogen auf die frühe Identitätssuche: Eigene und auch elterliche Erwartungen an beruflichen Erfolg und Karriere, in erster Linie orientiert an einer damit verbundenen wirtschaftlichen Prosperität, werden recht früh in die Erwartungen an die schulischen Leistungen einbezogen. Dies ist nicht neu, erhält jedoch durch den Umkehrschluss - nämlich der Erwartung von sozialem Abstieg bei Versagen - eine besonders Angst besetzte Konnotation. Nicht die schulischen Anforderungen wurden verschärft, wohl aber die Erwartungen an die persönliche Karriere und die negativen Konsequenzen von Schulversagen. Dies führt von günstigem Anforderungsstress in der Schule hin zu ungesundem Vermeidungsstress bereits bei Grundschülerinnen und -schülern.

Schulische Belastungen

Die Folgen lassen sich deutlich beobachten: In unserer Studie zur Gesundheit von Grundschulern aus dem Jahr 1996, die sich auf das Stadtgebiet von Bielefeld erstreckte, wurden Viertklässler und zu ihren Gesundheitsbeeinträchtigungen, unter anderem nach dem Auftreten von Bauch- und Kopfschmerzen befragt. Das häufige Auftreten von Bauchschmerzen wurde von insgesamt 21,1 % der Kinder angegeben. Mädchen zeigten sich mit 24,5 % davon stärker betroffen als Jungen mit 17,5 %. Insgesamt 26,5 % der Kinder gaben an, unter häufigen Kopfschmerzen zu leiden. Auch hierbei sind Mädchen mit 27,6 % etwas stärker betroffen als Jungen (25,1 %). Die Angaben der Kinder wurden zu anderen erhobenen Variablen bezüglich der Lebensumstände und der Schule in Beziehung gesetzt (4).

Die Ergebnisse dieser Analyse zeigten, dass das Auftreten von häufigen Kopfschmerzen bei den Kindern offenbar eng verknüpft ist mit erlebtem Stress. So spielen negative Stimmungen die größte Rolle für die Erklärung des Auftretens. Ähnlich bedeutend ist das Erleben von Belastungen in der Schule. Als besondere Stressfaktoren für die Kinder erwiesen sich soziale Prozesse in der Klasse und die Unsicherheit der Kinder bezüglich der Zufriedenheit ihrer Eltern mit ihren schulischen Leistungen. Der Zusammenhang von schulischem Stress und psychosomatischen Beschwerden bei Schulkindern wurde ebenfalls in anderen Studien gefunden (7).

Medienkonsum

Redet man vom Lebensstil der Generation der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren, so ist als wichtigstes Element der Medienkonsum zu nennen. Wie keine Generation zuvor ist das Leben der jungen Menschen heute von Massenmedien geprägt. Das Fernsehen nimmt dabei den ersten Platz ein, gefolgt von Videos, Computerspielen, Internet, Radio und Zeitschriften.

Der tägliche Fernsehkonsum der im Rahmen des Bielefelder Grundschulsurveys befragten 9- bis 11-jährigen Grundschüler lag bei durchschnittlich 93 Minuten täglich (11).

64 % der 11- bis 13-jährigen Jungen und 59 % der Mädchen verbringen nach eigenen Angaben täglich mehr als zwei Stunden vor dem Fernseher, 20 % Jungen und 15 % der Mädchen gaben an, sogar mindestens vier Stunden vor dem Fernseher zu verbringen. Das ist mehr Zeit als die, die sie mit Gleichaltrigen in der Freizeit verbringen. Der Fernsehkonsum steigt mit zunehmendem Alter leicht an.

Die soziale Lage der Familie hat einen großen Einfluss auf die Fernsehgewohnheiten der Kinder: So verbringen Kinder aus sozial benachteiligten Familien durchschnittlich 114 Minuten vor dem Fernseher, während Kinder aus der obersten Gruppe durchschnittlich 75 Minuten angaben. Dies mag damit zusammenhängen, dass die Ausstattung des Kinderzimmers mit einem eigenen Fernseher bei sozial schwächeren Familien mit knapp 40% doppelt so häufig ist wie bei sozial stärkeren Familien.

Zunehmende Bedeutung im Freizeitverhalten bekommen auch die Video- und Computerspiele. Diese sprechen überwiegend die Jungen an. 25% der 11-jährigen Jungen gab an, vier und mehr Stunden pro Woche damit zu verbringen. Bei den Mädchen dieses Alters waren es nur 7 %. Auch hier ist eine Steigerung mit dem Alter zu beobachten (2).

Ein Übermaß an Fernsehen und Computerspielen ist statistisch eng verbunden mit einer Zahl von Verhaltensweisen, die ein zusätzliches Gesundheitsrisiko markieren. So ist unter den 11-jährigen häufiges Fernsehen mit einer Ablehnung der Schule verbunden. 11- und 13-jährige langweilen sich in der Schule, wenn sie zu viel TV konsumieren. In allen Altersgruppen hängt häufiges Fernsehen und Computerspiel mit dem häufigen Konsum von zuckerhaltigen Limonaden und mit dem Verzehr von Fastfood, Süßigkeiten und Kartoffelchips zusammen. Gleichzeitig bedeutet langes tägliches Fernsehen eine Einschränkung der körperlichen Bewegung mit der Folge von Übergewicht und Defiziten in der psychomotorischen Koordinationsfähigkeit. Aus den vorliegenden

Daten lässt sich die Gruppe, die sich durch ein hohes Maß an körperlicher Inaktivität auszeichnet, auf etwa 1/4 bis 1/3 der Alterspopulation schätzen.

————— **Bewegung und Sport**

Rein statistisch gesehen ist das Ausmaß, mit dem sich Jugendliche sportlich betätigen, insgesamt als zufriedenstellend zu betrachten. Studien kommen einmütig zu dem Ergebnis, dass der überwiegende Teil sich ausreichend regelmäßig körperlich betätigt. In einer Studie zum Sportengagement von Kindern und Jugendlichen gaben etwa 1/3 der Kinder drei verschiedene regelmäßig betriebene Sportarten an. Für einen großen Teil der Jugendlichen stellen der Sport und die körperliche Aktivität in der Tat ein wesentliches Element ihrer Freizeitkultur dar (1).

Bei einer defizit-orientierten Betrachtung der einschlägigen Studien fällt auf, dass die Jugendlichen Sport und körperliche Aktivität zunehmend in Form von einseitig belastenden Sportarten betreiben, die zudem von einer starken Leistungsmotivation geprägt sind oder aber funktionell zur Gestaltung der äußeren Erscheinung eingesetzt werden. Im Hinblick auf eine allgemeine psychomotorische Förderung ist dies kritisch zu betrachten, da dadurch lediglich bestimmte körperliche Funktionsbereiche trainiert werden und die Gefahr von Sportverletzungen durch Überlastungen verstärkt wird (1).

Problematisch erweist sich heute nicht die explizit sportliche Betätigung von Kindern und Jugendlichen, wohl aber die Einschränkung der anderen Bewegungsmöglichkeiten. Besonders Vorschulkinder finden in dichtbesiedelten Gebieten kaum noch Möglichkeiten ihre Beweglichkeit zu schulen. Zwar nehmen statistisch die Haltungsschäden im Bereich der Wirbelsäule bei Kindern leicht ab, die Häufigkeit von Defiziten in der psychomotorischen Koordinationsfähigkeit nehmen dagegen zu. Der Vergleich der dokumentierten Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 1991 bis 1999 zeigt eine deutliche Zunahme sowohl für Jungen als auch für Mädchen. In den 90er Jahren hat sich die Häufigkeit von Koordinationsstörungen um 20 % bei den Jungen und um 35 % bei den Mädchen erhöht. Defizite in der körperlichen Koordinationsfähigkeit erhöhen die Unfallgefahr (6).

————— **Ernährung**

Sport und Ernährung sind im Jugendalter - und auch bereits im Kindesalter - stark verbunden mit der Motivation zur Gestaltung des körperlichen Erscheinungsbildes.

Wir haben im Rahmen unserer HBSC-Studie auch nach Diäten mit dem Ziel der Gewichtsreduktion gefragt. 12 % der Jungen und 17 % der Mädchen gaben an, zum Befragungszeitpunkt eine Diät zu machen. In Zusammenhang mit dem ebenfalls ermittelten Body-Mass-Index (Körpermassenindex) konnten wir dieses Verhalten in Zusammenhang bringen mit dem vorhandenen Unter-, Normal- oder Übergewicht. Die Selbstwahrnehmungen für die Gruppe der Untergewichtigen zeigt, dass ein Anteil von 8 % der Mädchen trotz objektiv zu geringem Gewicht sich nach wie vor für zu dick hält und eine Diät durchhält. Diese Gruppe ist mit hoher Wahrscheinlichkeit von zumindest beginnenden Essstörungen betroffen. Dieses Phänomen tritt inzwischen auch bei Jungen auf (2).

————— **Die soziale Lage von Familien und die Gesundheitschancen der Kinder**

Wenn wir vom Lebensstil der Kinder und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit sprechen, dann geht dies nicht, ohne auf die verschiedenen sozialen Lagen in der Gesellschaft einzugehen. Selbstverwirklichung und Lebensstil wird gestaltet und begrenzt durch das Vorhandensein von finanziellen Ressourcen und den damit verbundenen Möglichkeiten und Chancen. Bei der Verwirklichung von Gesundheit spielt dies eine besonders große Rolle.

Armut und Familie, dies zeigen alle vorliegenden Statistiken, rücken also immer näher zusammen. Betrachtet man sich die Anteile der Kinder in einkommensarmen Familien nach der Familienform und -größe, so zeigen sich deutlich benachteiligte Gruppen. Während etwa Paare mit einem Kind zu 6,7 % von Einkommensarmut betroffen sind, ist der Anteil der Alleinerziehenden mit einem Kind mit 33 % fast fünf mal so hoch. Je mehr Kinder in der Familie sind, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit von Einkommensarmut. Von den Kindern, die mit beiden Eltern und einem Geschwisterkind zusammen leben sind 9,8 % betroffen, und wenn ein weiteres Geschwisterkind hinzukommt sind 22,3 % betroffen. Von den Kindern alleinerziehender Eltern mit einem oder zwei Geschwistern sind deutlich über 40 % betroffen (8, 13).

Das Erkrankungsrisiko und die Gesundheit in der Bevölkerung variiert entlang eines Armutsgradienten. Besonders in Bezug auf das Kindes- und Jugendalter gilt: Immer noch ist ein wie auch immer gearteter Gesundheitszustand in seiner Auftretenswahrscheinlichkeit eng mit einer bestimmten sozialen Lage und mit einem bestimmten sozialen Umfeld verbunden.

Gesundheitsbeeinträchtigungen wie etwa Kopf- und Rückenschmerzen, sowie ein allgemein als schlecht beschriebener Gesundheitszustand variieren deutlich entlang des Indexes zur sozialen Ungleichheit. Die Unterschiede zwischen der benachteiligten und der privilegierten Gruppe betragen etwa 15 Prozentpunkte (8).

Auch in Bezug zum Gesundheitsverhalten zeigen sich die erwarteten Unterschiede entlang der sozialen Schichtung. Tägliches zweimaliges Zähne putzen wird in der Gruppe der Privilegierten von 79 % praktiziert, während dies nur 64 % aus der Gruppe der benachteiligten tun. Auch regelmäßiger außerschulischer Sport wird von sozial besser Gestellten häufiger betrieben. So machten diese Angaben 48 % der Privilegierten und 35 % der Benachteiligten (4).

Besonders deutlich ist der Schichtunterschied beim Zigarettenrauchen. Während 17 % aus der Gruppe der Benachteiligten 11- bis 15-jährigen regelmäßig raucht, tun dies nur 7 % der sozial Privilegierten. Der Unterschied würde noch größer ausfallen, wenn man sich die 15-jährigen Mädchen allein betrachten würde (8).

Studien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und eine britische Studie konnten zeigen, dass ernährungsbedingte Gesundheitsgefährdungen bei Kindern aus einkommensschwachen Verhältnissen signifikant häufiger sind. So ist ein zu niedriges Geburtsgewicht bei Neugeborenen aus einkommensschwachen Familien deutlich häufiger, ebenso wie das Risiko der Säuglingssterblichkeit. Die Stillzeiten sind bei den Müttern in sozial benachteiligter Lage verkürzt. Je geringer das Einkommen und der Bildungsgrad und je höher die Anzahl der Kinder ist, um so ungünstiger ist die Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen (z.B. Calcium), um so höher ist der Verzehr von Zucker und gesättigten Fettsäuren, um so geringer jedoch die Zufuhr von Ballaststoffen. Kinder aus einkommensschwachen Familien haben häufiger Übergewicht, wachsen langsamer, haben erhöhte Blutfettwerte und wesentlich häufiger Zahnkaries. Sie haben im Schulalter eine geringere Knochenmasse und leiden häufiger an Anämien und Infektionen.

Fazit

Die Entwicklung der Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zeigt in den 90er Jahren, dass mit dem Zurückdrängen bisher „klassischer“ Erkrankungen durch eine verbesserte medizinische Versorgung und Vorsorge, eine Reihe neuer Gesundheitsstörungen in das Zentrum der Aufmerksamkeit rückt. Während die biologischen Risiken in Form medizinisch beherrschbarer Erkrankungen auf dem Rückzug sind, nehmen

Störungen zu, die einen deutlichen Zusammenhang mit der ökologischen und sozialen Umwelt stehen. Lebensstile und Lebensweisen der Kinder und Jugendlichen gewinnen daher in der gesundheitlichen Prognose eine zunehmende Bedeutung. In wie weit die aktuellen Trends jedoch langfristig zu schwerwiegenden epidemiologischen Entwicklungen führen ist momentan nicht wirklich absehbar (5, 12).

Stressauslösende Faktoren in der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen nehmen zu, gepaart mit einer graduellen Abnahme der bisher bekannten Bewältigungsmöglichkeiten in Form von sozialen Unterstützungsnetzwerken, sinnstiftenden Bezügen, sozialen Kompetenzen und Möglichkeiten des Ausagierens.

Immer noch lassen sich deutliche Effekte einer sozialen Ungleichheit auch in der Verteilung der Gesundheit und der Gesundheitsrisiken nachweisen. Die Beobachtung zunehmender Gesundheitsrisiken durch psycho-soziale Belastungen und funktionale Beeinträchtigungen treffen besonders die Gruppe der sozial Benachteiligten.

Zusammenfassend gehen wir heute in der Gesundheitsforschung heute davon aus, dass unsere Gesundheit und deren Einschränkung oder Bedrohung in Form von Erkrankungen nicht allein abhängig ist von einem biologischen Schicksal, sondern von einer Reihe von Faktoren. Angefangen von der Persönlichkeit des Einzelnen, seiner Vulnerabilität (Verletzlichkeit), von den Umweltbedingungen, den Lebensbedingungen und den Arbeitsbedingungen unter denen wir leben, und von gesamtgesellschaftlichen Trends im Zeitgeist und im Lebensstil. Gesundheit liegt nicht ausschließlich in der Verantwortung des einzelnen Menschen sondern ist auch ein Produkt der sozialen bzw. gesellschaftlichen Umstände.

(nach einem Vortrag auf dem Forum Kinder-Umwelt und Gesundheit am 23.11.2001 in München; leicht gekürzt und redaktionell bearbeitet, Abdruck mit freundlicher Genehmigung. Der Vortragstext ist im Original erschienen in: Bundesamt für Strahlenschutz (Hrsg.) (2002): Eigentlich wär' das hier'n toller Platz, Forum Kinder-Umwelt und Gesundheit, Dokumentation, Bezug: BfS, ISH Abt. SH 1 APUG, Ingolstädter Landstr. 1, 85764 Oberschleißheim, Tel.: 089/316 03-208, Fax: 089/316 03-270, info@forum-kinderumweltgesundheit.de)

Nachweise:

(1) BRINKHOFF, K-P. (1998): Sport und Sozialisation im Jugendalter - Entwicklung, soziale Unterstützung und Gesundheit. Weinheim und München: Juventa Verlag.

- (2) CURRIE, C., HURRELMANN, K., SETTERTOBULTE, W., SMITH, R. & TODD, J. (Hrsg.) (2000): Health and Health Behaviour among Young People. WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Series Nr. 1.
- (3) HOEPNER-STAMOS, F. (1999): Chronische Erkrankungen im Jugendalter. Psychosoziale Folgen schwerer und leichter Beeinträchtigungen. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- (4) HURRELMANN, K., HOEPNER-STAMOS, F., PALENTIEN, C., SETTERTOBULTE, W. & KLAUBERT, K. (1998): Gesundheitsförderung in Grundschulen - Analyse der Ausgangsbedingungen und Implementation von Maßnahmen. Universität Bielefeld, Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health, Abschlussbericht.
- (5) BZGA (Hrsg.) (1998): Gesundheit von Kindern - Epidemiologische Grundlagen. Dokumentation einer Expertentagung der BzGA, Köln.
- (6) LANDESDIENST FÜR DEN ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST NORDRHEIN-WESTFALEN - LÖGD (2000): Indikatoren zur Gesundheit. Bielefeld 2000. Im Internet unter www.lögd.nrw.de.
- (7) LUKA-KRAUSGRILL, U. & REINHOLD, B. (1996): Kopfschmerzen bei Kindern: Auftretensrate und Zusammenhang mit Stress, Stressbewältigung, Depressivität und sozialer Unterstützung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 4 (2) (1996), 137-151.
- (8) KLOCKE, A., HURRELMANN, K. (Hrsg.) (1998): Kinder und Jugendliche in Armut. Opladen. Westdeutscher Verlag, 225-249
- (9) SCHMITT-RODERMUND, E. (1996): Körperliches Entwicklungstempo und jugendtypische Übergänge. In: SILBEREISEN, R., VASKOVICS, L. & ZINNECKER, J. (Hrsg.): Jungsein in Deutschland. Jugendliche und junge Erwachsene 1991 und 1996. Opladen: Leske & Budrich (1996), S. 229-245.
- (10) SETTERTOBULTE, W. (1997): Gesundheitsstörungen und Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen. Tectura Verlag
- (11) SETTERTOBULTE, W. (1999): Grundschule und Gesundheit - Die Bielefelder Grundschulstudie. In: GIEST, H. & SCHEERER-NEUMANN, G. (Hrsg.): Jahrbuch Grundschulforschung. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, S. 163-177.
- (12) SOZIALMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.) (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart.
- (13) VOLKSWAGEN AG, KOMMUNIKATION & DEUTSCHER KINDERSCHUTZBUND BUNDESVERBAND e. V. (Hrsg.) (2000): Taschenbuch Kinderpresse 2000. Remagen - Rolands-eck: Rommerskirchen Verlag.