

Forschungsbeiträge

Susanne Seyda & Thomas Lampert

Familienstruktur und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Family structure and health of children and youth in Germany

Zusammenfassung:

Die Studie untersucht anhand der Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys die Frage, ob die Familienstruktur die Gesundheit von Kindern in Deutschland beeinflusst. Dabei werden das aktuelle Rauchen, psychische Auffälligkeiten und der subjektive Gesundheitszustand betrachtet. Es wird auch das Vorhandensein von familiären Ressourcen (familiärer Zusammenhalt, Familienklima und Erziehungsverhalten) berücksichtigt. Es findet sich ein negativer Effekt der Familienstruktur, der auch durch die Berücksichtigung von Schutzfaktoren kaum reduziert wird. Der Einfluss der Familienstruktur verringert sich (Rauchen, psychische Auffälligkeiten) oder verschwindet (subjektiver Gesundheitszustand), wenn auch gesundheitliche Faktoren von Eltern und Kindern berücksichtigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass Elternteile in nicht-traditionellen Familien negative Effekte der Familienstruktur nur teilweise durch gute oder überdurchschnittliche familiäre Ressourcen kompensieren können: Für das Risiko zu rauchen konnten keine Kompensationseffekte festgestellt werden. Bei psychischen Auffälligkeiten reduzieren gute und überdurchschnittliche familiäre Ressourcen das Risiko für Auffälligkeiten. Hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustands gibt es kaum Kompensationseffekte.

Schlagwörter: Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS), empirische Untersuchung, familiäre Schutzfaktoren

Abstract:

This article analyses the influence of the family on the development of children concerning the probability to smoke, to have mental health problems and the subjective health status. We also control for the influence of family resources (family coherence, parenting skills, parent-child relationship) and enquire if potential negative effects of family structure can be compensated for by good family resources. After controlling a broad set of variables we found that family resources are an important factor for explaining the development of children but do not affect the influence of family structure. When controlling for health conditions of the children and health behaviour of the parents the impact of family structure weakens (smoking, mental health problems) or diminishes (subjective health status). We found that parents in non-traditional families with good or above average family resources can partly compensate for negative effects of the family structure.

Key words: German Health Survey on Children and Youth, empirical research, familial protection factors



Einleitung

Die vorliegende Studie untersucht den Einfluss der Familie auf die Gesundheit der Kinder. Es wird analysiert, ob die Familienstruktur (Kernfamilie mit zwei leiblichen Elternteilen (im Folgenden als „Kernfamilie“ bezeichnet), Alleinerziehende oder Stieffamilie/Patchworkfamilie) die Entwicklung der Kinder in gesundheitlicher Hinsicht beeinflusst. Ein schlechter Gesundheitszustand von Kindern verringert ihre Lebensqualität und geht für sie selbst sowie ihre Familien mit Belastungen einher. Ein schlechter Gesundheitszustand in der Kindheit kann nicht nur langfristige negative Folgen in gesundheitlicher Hinsicht haben, sondern auch bezüglich des Bildungsstands und der Arbeitsmarktchancen (Currie 2008).

Wirtschaftswissenschaftliche Studien aus dem Ausland kommen mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass Kinder aus Kernfamilien bessere „Ergebnisse“ aufweisen, als Kinder aus nicht-traditionellen Familienformen (vgl. für eine Übersicht der US-amerikanischen Studien: Ribar 2004). Dazu zählen bessere schulische Leistungen, bessere Gesundheit, geringere Wahrscheinlichkeit zu rauchen und regelmäßig Alkohol zu trinken, geringere Wahrscheinlichkeit für Übergewicht, geringere Wahrscheinlichkeit von früher Mutterschaft und bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt (Ribar 2004; Gregg et al. 2008; Antecol/Bedard 2007). Studien aus dem medizinisch-psychologischen Bereich weisen für Kinder aus Trennungsfamilien zudem ein erhöhtes Risiko für perinatale Todesfälle, somatische Erkrankungen, Lern- und Kommunikationsprobleme, Verhaltensstörungen (insbesondere bei Jungen) und eine Verminderung des kindlichen Selbstwertgefühls auf sowie Verunsicherung und Ängste, psychische Auffälligkeiten und Beziehungskonflikte (Gloger-Tippelt/König 1999; Franz/Lensche 2003).

Auf Basis der Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) wird untersucht, welche Rolle die Familienstruktur für die Wahrscheinlichkeit zu rauchen und für psychische Verhaltensauffälligkeiten sowie für den subjektiven Gesundheitszustand spielt. Die multivariaten Berechnungen berücksichtigen auch die familiären Ressourcen (familiärer Zusammenhalt, Familienklima und Erziehungsverhalten), sodass die Frage beantwortet werden kann, ob mögliche negative Effekte der Familienstruktur durch das Vorhandensein familiärer Ressourcen kompensiert werden können.

Der Artikel ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 1 beschreibt die theoretischen Erörterungen und empirischen Befunde zum Einfluss der Familienstruktur auf die Entwicklung der Kinder, Kapitel 2 beschreibt die Einflussfaktoren auf die Gesundheit, und in Kapitel 3 werden der Datensatz und die Methodik erläutert. Die Ergebnisse der Berechnungen werden in Kapitel 4 dargestellt. Der Beitrag schließt mit einem Fazit in Kapitel 5.

1. Theoretische Erörterungen und empirische Befunde zur Bedeutung der Familienstruktur für die gesundheitliche Entwicklung von Jugendlichen

Das Aufwachsen bei nur einem Elternteil kann die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen, weil geringere zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus bestimmt die Familienstruktur die Möglichkeiten der Spezialisierung inner-

halb einer Familie. Je mehr Mitglieder ein Haushalt umfasst, desto höher kann das Niveau der Spezialisierung sein. Dadurch können möglicherweise effizientere „Produktionsstrukturen“ entstehen, die das Wohlergehen aller Familienmitglieder positiv beeinflussen (Ribar 2004: 4ff.). Das Leben in einer Stief- oder Patchworkfamilie kann das Konfliktpotential erhöhen, weil ein oder mehrere zusätzliche Entscheidungsträger hinzukommen (Kalenkoski 2006: 4). Langfristige und stabile intakte Familien erhöhen die Stabilität im Haushalt und bieten den Kindern und Jugendlichen unterschiedliche Rollenmodelle als Orientierung (Gennetian 2005: 417).

Änderungen der Familienstruktur – Trennung und Scheidung, aber auch das Zusammenleben mit einem neuen Partner – gehen mit Stress für die Kinder einher (Verschlechterung der sozioökonomischen Situation nach einer Trennung, Umzug in ein ungünstigeres Wohnumfeld und Aufbau eines neuen sozialen Netzwerks, Loyalitätskonflikte, Schuldgefühle der Kinder) (Gloger-Tippelt/König 1999; Bohrhardt 2006).

Es ist jedoch auch möglich, dass sich durch die veränderte familiäre Situation Entwicklungschancen für das Kind ergeben, weil Belastungen aus der Vorseidungszeit entfallen (Walper 1999: 150; Hagen/Kurth 2007: 27). Darüber hinaus kann die konstruktive Auseinandersetzung mit der Scheidung die Kompetenzentwicklung fördern (Walper 1999: 150) und eine Zunahme an Reife, Selbstbewusstsein und Empathie bei den Kindern bewirken (Gloger-Tippelt/König 1999: 133). Theoretisch lässt sich daher keine allgemeingültige Aussage über die Entwicklungschancen von Kindern in nicht-traditionellen Familien ableiten.

Bei Untersuchungen des Einflusses der Familienstruktur stellt sich das Problem der Selektivität und der unbeobachtbaren Heterogenität. Es ist möglich, dass es unbeobachtbare Faktoren gibt, die sowohl die Familienstruktur als auch die Entwicklung der Kinder beeinflussen, so dass der Zusammenhang zwischen Familienstruktur und Entwicklung der Kinder nicht als Kausalzusammenhang interpretiert werden kann (Björklund et al. 2007: 183f.). Dahinter steht die Vermutung, dass nicht die Strukturveränderungen der Familien problematisch sind, sondern andere, unbeobachtbare Faktoren, die oft, aber nicht notwendig mit einer Trennung einhergehen¹. Neben der Kontrolle dieser unbeobachtbaren Heterogenität sollten konfundierende Faktoren berücksichtigt werden². In einigen der ökonomischen Studien verringert sich nach Kontrolle sowohl der sozioökonomischen Variablen als auch der Selektivität der Einfluss der Familienstruktur, aber er bleibt signifikant (McLanahan/Sandefur 1994; Ginther/Pollack 2003, Sandefur/Wells 1999; Ermisch/Francesconi 2001; Gennetian 2005; Antecol/Bedard 2007). Es gibt jedoch auch Studien, die keinen Effekt der Familienstruktur finden, wenn die unbeobachtbare Heterogenität zum Beispiel anhand von *family-fixed-effects*-Modellen kontrolliert wird (Björklund et al. 2007).

In einer der wenigen deutschen Studien finden Francesconi et al. (2006) anhand des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) mit Hilfe multivariater Analysen und Geschwisteranalysen eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche rauchen, wenn sie mindestens ein

1 Als Beispiel ist es denkbar, dass sich ein Elternteil wenig für seinen Partner und seine Kinder interessiert. Dieses Desinteresse könnte dann sowohl zur Trennung als auch zu Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern führen. Ursächlich für die Verhaltensauffälligkeiten ist dann nicht die Trennung, sondern der desinteressierte Elternteil.

2 So ist bekannt, dass Trennungsfamilien im Durchschnitt über einen geringeren sozioökonomischen Status verfügen. Diese Tatsache muss bei den Analysen kontrolliert werden, damit zwischen Effekten der Familienstruktur und des sozialen Status unterschieden werden kann.

Jahr in einer nicht-traditionellen Familie gelebt haben. Winkelmann (2003) konnte mit der Zufriedenheits-Skala des SOEP nicht belegen, dass das Aufwachsen in einer nicht-traditionellen Familie einen negativen Effekt hat. Mögliche Gründe für den fehlenden Zusammenhang können sein, dass die Trennung der Eltern ein Selektionsbias behält: Ehen, die eventuell in einer Trennung enden, können auch während ihres Bestehens unvorteilhaft für die Kinder sein. Unter Umständen leiden die Kinder unter einer schlechten Ehe stärker als unter einer Trennung. Als zweite Erklärung kann gelten, dass sich die Kinder an das Leben in einer nicht-traditionellen Familie gewöhnen (Bohrhardt 2006).

Medizinisch-psychologische Studien für Deutschland zeigen ein ambivalentes Bild hinsichtlich der Wirkung einer Trennung auf die kindliche Entwicklung. Diese Studien reduzieren die unbeobachtbare Heterogenität anhand der Erfassung der Eltern-Kind-Beziehung, der Berücksichtigung der Gesundheit der Mütter oder anhand von Längsschnittuntersuchungen, so dass auch vor der Trennung konfliktreiche und für die Kinder belastende familiäre Situationen identifiziert werden können.

So kommt die Rostocker Längsschnittstudie (Reis/Meyer-Probst 1999) zu dem Ergebnis, dass generell keine schwer wiegenden Spätfolgen bei Scheidungskindern zu finden sind. Sie findet jedoch Verhaltensauffälligkeiten, eine psychische Destabilisierung und ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Symptome bei den betroffenen Kindern. Gleichzeitig zeigen die Betroffenen – als positiven Effekt einer Scheidung – eine höhere Selbständigkeit. Auch Franz und Lensche (2003) finden Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen alleinerziehender Mütter, während es bei Mädchen keine Unterschiede nach Familienstruktur gibt.

Die Kölner Längsschnittstudie (Schmitz/Schmidt-Denter 1999) kommt zu dem Ergebnis, dass es günstige und ungünstige Entwicklungsverläufe bei Kindern nach Trennungseignissen gibt, wobei die wichtigsten Schutz- bzw. Risikofaktoren die Gestaltung der familiären Beziehungen nach der Trennung und die Erziehungskompetenzen der Elternteile sind. Gloger-Tippelt und König (1999) stellen unsichere Bindungen bei Scheidungskindern fest, was sie auf unzureichende Erziehungskompetenzen der Eltern bei der Bewältigung der belastenden Situation zurückführen. Walper (1999) kommt zu dem Ergebnis, dass es unter Berücksichtigung der Konflikthaftigkeit der Elternbeziehung und der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung keine generellen Nachteile gibt, sondern nur kurzfristige Belastungen. Zusammenfassend hält Walper (1999) fest, dass es der Mehrzahl der Familien unabhängig von ihrer Familienstruktur gelingt, ihren Kindern einen förderlichen Entwicklungskontext zu geben und dass das Aufwachsen in einem konfliktbelasteten Milieu in einer Kernfamilie kein günstigerer Entwicklungskontext als das Aufwachsen in alternativen Familienformen mit einem förderlichen Umfeld für die Kinder ist. Auch Bohrhardt (2006: 180) bestätigt, dass es vor allem fehlende soziale Kompetenzen der Eltern sind, die sowohl zu einer Trennung als auch zu Anpassungsproblemen bei den betroffenen Kindern führen.

Der Literaturüberblick erlaubt zwei Schlussfolgerungen: Erstens ist festzuhalten, dass ein uneinheitliches Bild besteht, ob die Familienstruktur die Entwicklung der Kinder in Deutschland beeinflusst. Zweitens erweisen sich die familiären Beziehungen und Ressourcen als wichtige Determinanten einer gelingenden kindlichen Entwicklung. Eine nicht-traditionelle Familienform bzw. die Trennung oder neue Partnerschaft ist häufig dann problematisch, wenn sie das Erziehungsverhalten und den familiären Zusammenhalt negativ beeinflusst.

Die Erziehungskompetenz, das Kommunikationsverhalten der Eltern und der familiäre Zusammenhalt zählen zu den so genannten familiären Schutzfaktoren. Schutzfaktoren sind Faktoren, die die Gesundheit schützen und erhalten. Neuere Studien zur Gesundheit befassen sich nicht mehr nur mit Risikofaktoren und Auslösern für Erkrankungen, sondern beziehen in einer salutogenetischen Betrachtungsweise auch die Schutzfaktoren mit ein. Die entwicklungspsychologische Resilienzforschung geht der Frage nach, welche Schutzfaktoren es betroffenen Kindern und Jugendlichen bei vorhandenen Belastungen und Risikofaktoren ermöglichen, Widerstandskraft gegenüber Stressoren aufzubauen und sich dennoch gesund zu entwickeln (Antonovsky 1987).

Im Folgenden wird geprüft, in welchem Umfang in Deutschland gesundheitliche Entwicklungsunterschiede durch Unterschiede in der Familienstruktur erklärt werden können. Dabei wird auch das Vorhandensein von Schutzfaktoren berücksichtigt. Es wird insbesondere untersucht, ob mögliche negative Effekte der Familienstruktur durch das Vorhandensein guter oder überdurchschnittlicher familiärer Ressourcen kompensiert werden können. Die verwendeten KiGGS-Daten ermöglichen neben einer Kontrolle der finanziellen und materiellen Ressourcen auch die Kontrolle von familiären, personalen und sozialen Schutzfaktoren. Durch die Berücksichtigung der Schutzfaktoren kann die Endogenität der Familienstruktur zwar mit den KiGGS-Daten nicht kontrolliert werden, da nicht geprüft werden kann, ob und wie die familiären Ressourcen mit der Trennungswahrscheinlichkeit zusammenhängen. Die Selektionseffekte, die bei der Berücksichtigung der Familienstruktur bestehen, können jedoch verringert werden, da eine Vielzahl der elterlichen Verhaltensweisen und Eigenschaften, die mit der Entwicklung der Kinder zusammenhängen, nun erfasst wurden und damit beobachtbar sind. Vor allem durch die Erfassung der familiären Ressourcen als Schutzfaktor gelingt es, die in der medizinisch-psychologischen Literatur hervorgehobene Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung und die Erziehungskompetenzen der Eltern zu berücksichtigen.

2. Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Die Gesundheit eines Menschen hängt von einer Vielzahl an Faktoren ab (Grossmann 2000). Dazu zählen soziodemografische und sozioökonomische Faktoren, Gesundheitsfaktoren von Eltern und Kindern (Gesundheit und Gesundheitsverhalten), die Schutzfaktoren und das soziale Umfeld.

Sozioökonomische und soziodemografische Faktoren

Für Kinder wird ein Zusammenhang zwischen ihrer Gesundheit und dem Einkommen bzw. Bildungsstand der Eltern angenommen. Es gibt mehrere Gründe für diesen Zusammenhang: Erstens steht mit zunehmendem Einkommen mehr Geld für Ernährung und Pflege der Kinder zur Verfügung, zweitens ist das Gesundheitsverhalten der Eltern (beispielsweise Rauchen, Übergewicht, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen der Kinder) mit dem Einkommen und dem Bildungsstand der Eltern korreliert, und drittens spielt die Einkommensverteilung eine Rolle, da die Zugehörigkeit zu unteren Einkommensklassen mit Stress verbunden sein kann

(Coneus/Spieß 2008). Studien aus USA, Kanada und England bestätigen einen positiven Zusammenhang zwischen Einkommen bzw. Bildung und subjektivem Gesundheitszustand der Kinder (Case et al. 2002, 2005; Korenman/Miller 1997; Currie/Stabile 2002; Currie et al. 2007; Propper et al. 2007). Currie et al. (2007) finden für England unter Verwendung objektiver Messungen (Blutwerte, Blutdruck, Geburtsgewicht, Übergewicht) keinen Einfluss des Einkommens, während Gregg et al. (2008) für das Vereinigte Königreich bei der Erklärung von Verhaltensauffälligkeiten und Übergewicht einen Einfluss des Einkommens feststellen.

Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Eltern

Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Eltern beeinflussen die Gesundheit der Kinder durch genetische und pränatale Einflüsse oder durch schlechtere Erziehung und Betreuung aufgrund von Erkrankungen der Eltern (Case et al. 2002: 1324). Eltern beeinflussen die Gesundheit der Kinder, weil sie über Investitionen in gesunde Lebensweise und medizinische Versorgung entscheiden und ungesunde Lebensweisen vermeiden können (Coneus/Spieß 2008). Die Gesundheit von Eltern und Kindern kann auch deshalb korreliert sein, weil sie in demselben Umfeld leben und damit denselben Einflüssen ausgesetzt sind. Nach Kontrolle der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der Eltern wird der Einfluss des Einkommens auf den subjektiven Gesundheitszustand der Kinder geringer (Case et al. 2002; Currie et al. 2007) oder verschwindet (Propper et al. 2007).

Zum Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Kindern und dem Einkommen der Eltern liegt für Deutschland nur eine Studie vor, die auch die Gesundheit der Eltern berücksichtigt. Coneus und Spieß (2008) finden – im Gegensatz zu den oben genannten angloamerikanischen und britischen Studien – anhand des SOEP keinen Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit der Kinder, wenn die Gesundheit der Eltern kontrolliert wird.

Schutzfaktoren

Die Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit lassen sich nach Erhart et al. (2007) in drei Gruppen einteilen:

- Die familiären Ressourcen umfassen insbesondere Aspekte des Familienklimas, den familiären Zusammenhalt und das Erziehungsverhalten der Eltern.
- Personale Ressourcen sind Merkmale der Persönlichkeit der Jugendlichen, wie z.B. der Kohärenzsinn oder der dispositionelle (der Persönlichkeit innewohnende und die Wahrnehmung und Verarbeitung strukturierende) Optimismus.
- Die soziale Unterstützung umfasst die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare soziale Unterstützung, die seelisch entlastend wirkt und zur Förderung der individuellen Kompetenzen beiträgt.

Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld – Nachbarschaft, Schule –, in dem die Kinder sich bewegen und in dem sie Rollenvorbilder durch Gleichaltrige finden (Peer-Effekte), nimmt Einfluss auf die

gesundheitliche Entwicklung. Hierzu können auch die sozialen Schutzfaktoren gefasst werden, da sie als vermittelnde Glieder die Wirkung sozialer Ungleichheit auf die gesundheitliche Entwicklung beeinflussen können (Klocke 2004).

3. Die KiGGS-Daten und Methodik

Die vorliegenden Analysen basieren auf den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts. An der KiGGS-Studie haben zwischen Mai 2003 und Mai 2006 insgesamt 17.641 Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren sowie deren Eltern teilgenommen, was einer Responserate von 66,6 Prozent entspricht (Kurth 2007). Ziel dieses bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurveys war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zu erheben. Die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern wurden an 167 Studienorten schriftlich befragt und die Heranwachsenden zusätzlich körperlich untersucht. Die Befragung wurde mittels Fragebögen durchgeführt, die von den Eltern und ab dem 11. Lebensjahr auch von den Kindern und Jugendlichen auszufüllen waren.

Die gesundheitliche Entwicklung der Kinder wird in der folgenden Analyse erfasst über das aktuelle Rauchen, psychische Auffälligkeiten und den subjektiven Gesundheitszustand (Tabelle 1). Es werden zwei verschiedene Modelle zur Erklärung der gesundheitlichen Entwicklung der Jugendlichen berechnet. In Modell A gehen alle erklärenden Variablen einzeln ein. In Modell B werden Dummy-Variablen aus Familienstruktur und familiären Ressourcen gebildet. So ist es möglich, die unterschiedlichen Familienstrukturen anhand der familiären Unterstützung, die die Kinder erhalten, zu unterteilen³:

- Kernfamilie mit mangelnden familiären Ressourcen (Referenzkategorie)
- Kernfamilie mit guten familiären Ressourcen
- Kernfamilie mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen
- Alleinerziehende mit mangelnden familiären Ressourcen
- Alleinerziehende mit guten familiären Ressourcen
- Alleinerziehende mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen
- Stieffamilien mit mangelnden familiären Ressourcen
- Stieffamilien mit guten familiären Ressourcen
- Stieffamilien mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen

Die Analysen beziehen sich auf 11- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche, da erst ab diesem Alter Angaben über die personalen und sozialen Schutzfaktoren erhoben werden. Für die Wahrscheinlichkeit zu rauchen und psychisch auffällig zu sein werden Logit-Modelle, für den subjektiven Gesundheitszustand werden Ordered-Logit-Modelle berechnet. Die Ergebnisse werden als *odds ratios* dargestellt.

3 Die Variablen zur Familienstruktur und zu den familiären Schutzfaktoren wurden dann nicht mehr einzeln in die Berechnung aufgenommen.

Tabelle 1: Zu erklärende Variablen der Gesundheit von Jugendlichen

Zu erklärende Variablen	Verwendete Variablen aus dem KIGGS-Datensatz	Variablenausprägung
Rauchen (Kinderangaben)	Jugendlicher raucht	1=trifft zu; 0=trifft nicht zu
Psychische Auffälligkeiten (Kinder- und Elternangaben)	Jugendliche mit grenzwertigem oder auffälligem SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) ⁴	1=grenzwertig/auffällig 0=unauffällig
Subjektiver Gesundheitszustand (Kinder- und Elternangaben)	Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht)	1=sehr gut 2=gut 3=mittelmäßig 4=schlecht 5=sehr schlecht

Als *Schutzfaktoren* gehen ein:

- Familiäre Schutzfaktoren, die u.a. über Fragen zu Art und Häufigkeit der gemeinsamen Unternehmungen, Zeit für Sorgen und Nöte der einzelnen Familienmitglieder, Regeln und Konfliktlösungsmechanismen in der Familie operationalisiert werden.
- Personale Schutzfaktoren, die über die Frage, ob die Dinge des täglichen Lebens Freude bereiten, über Fähigkeiten, mit Problemen umzugehen, u. ä. erfasst werden.
- Soziale Schutzfaktoren, die anhand von erfahrener Zuneigung, verfügbarer Vermittlung von Informationen bei Problemen, gemeinsamen Unternehmungen u. ä. operationalisiert werden.
- Das Vorhandensein der Schutzfaktoren wurde auf einer mehrstufigen Antwortskala erfasst. Die Itemwerte wurden so kodiert, dass höhere Werte eine bessere Ausstattung mit den entsprechenden Ressourcen induzieren. Sie wurden summiert und in Werte zwischen 0 und 100 transformiert. Mangelnde Ressourcen liegen vor, wenn die Schutzfaktoren im unteren Quartil der Verteilung liegen, gute Ressourcen umfassen die mittleren Quartile, das oberste Quartil entspricht überdurchschnittlichen Ressourcen.
- Angaben zu personalen und sozialen Schutzfaktoren wurden nur im Kinderfragebogen und nicht im Elternfragebogen erhoben. Bei den Berechnungen zu psychischen Auffälligkeiten und dem subjektiven Gesundheitszustand werden hier sowohl die Angaben der Eltern als auch der Kinder zu den familiären Ressourcen verwendet, da auch die psychischen Auffälligkeiten und der Gesundheitszustand von Eltern und Kindern eingeschätzt werden.

Als *sozioökonomische* und *soziodemografische Faktoren* gehen ein:

- Familienstruktur mit drei Fällen (Dummy-Variablen): das Kind wächst bei beiden leiblichen Eltern auf (Kernfamilie), bei einem leiblichen Elternteil oder bei einem leiblichen Elternteil und Stiefelternteil (Stieffamilie).

4 Der SDQ erfragt Schwächen und Stärken in den fünf Bereichen „emotionale Probleme“, „Hyperaktivitätsprobleme“, „Verhaltensprobleme“, „Probleme mit Gleichaltrigen“ und „Prosoziales Verhalten“, wobei letztes in den vom RKI gebildeten und hier verwendeten SDQ-Gesamtwert nicht eingeht (Hölling et al. 2007: 785)

- Soziale Schicht der Eltern nach Winkler: sozialer Status anhand der Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung und zum Haushaltsnettoeinkommen⁵.

Die *gesundheitlichen Faktoren* werden erfasst über:

- Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Eltern: Rauchen der Mutter, Rauchen des Vaters, Übergewicht der Mutter, Übergewicht des Vaters.
- Gesundheit und Gesundheitsverhalten der Kinder: Chronische Erkrankungen⁶, amtlich anerkannte Behinderung, sportliche Aktivitäten, Rauchen, Alkoholkonsum, Übergewicht.

Als *soziale Einflussfaktoren* gehen ein:

- Schulbesuch: Art der besuchten Schule bzw. bereits erreichter Schulabschluss: Grundschule/Orientierungsstufe, Hauptschule, Realschule, Gymnasium (Referenzkategorie), Förderschule, Gesamtschule
- Weitere Kontrollvariablen: Geschlecht, Geschwisterzahl, Ost-West-Indikator, Alter der Kinder, Migrationshintergrund⁷

4. Ergebnisse

Die deskriptive Beschreibung des Datensatzes findet sich im Anhang (Tabelle A1). Insgesamt wurden für die Bereiche Rauchen und psychische Auffälligkeiten 5076 Fälle betrachtet, für den subjektiven Gesundheitszustand 4022 Fälle⁸.

-
- 5 Die soziale Schicht nach Winkler beschreibt die finanziellen und materiellen Ressourcen anhand der Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung und zum Haushaltsnettoeinkommen. Diese Informationen wurden vom Robert Koch-Institut zur Konstruktion eines mehrdimensionalen Status-Index genutzt. Der Status-Index wurde für Mutter und Vater separat berechnet und der jeweils höhere Wert dem Haushalt zugewiesen. Bei getrennt lebenden Eltern war ausschlaggebend, bei wem das Kind hauptsächlich lebt (RKI 2007).
 - 6 Chronische Erkrankungen werden anhand des Children with Special Health Care Needs (CSHCN)-Indikator erfasst, der einen besonderen Versorgungsbedarf als Ausdruck einer chronischen Erkrankung angibt.
 - 7 „Als Migranten werden Kinder und Jugendliche definiert, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert oder nicht-deutscher Staatsangehörige sind. (Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund, also Kinder, die in Deutschland geboren und von denen nur ein Elternteil aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist, werden den Nicht-Migranten zugerechnet)“ (RKI 2007).
 - 8 Es werden zwei Datensätze verwendet, da bei der Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand viele Missings vorhanden sind. Um nicht für alle Analysen die Fallzahl zu reduzieren, wurde mit unterschiedlichen Fallzahlen je nach zu erklärender Variable gerechnet. Mit Ausnahme der Anteile von Jugendlichen, die rauchen und Alkohol trinken, sind die Unterschiede zwischen den Datensätzen gering. Die genannten Unterschiede sind auf unterschiedliche Alterszusammensetzungen zurückzuführen; bei den jüngeren Altersjahren finden sich mehr Missings zum subjektiven Gesundheitszustand und gleichzeitig steigt der Anteil der Jugendlichen, der raucht und regelmäßig Alkohol trinkt, mit dem Alter an.

Tabelle 2 beschreibt den deskriptiven Zusammenhang zwischen der Familienstruktur und den zu erklärenden Variablen.

Tabelle 2: Familienstruktur und Gesundheit – Angaben in Prozent –

Jugendlicher lebt ...	Anteil jugendlicher Raucher	Anteil Jugendlicher, die psychisch grenzwertig oder auffällig sind (Elternangaben)	Anteil Jugendlicher, die psychisch grenzwertig oder auffällig sind (Kinderangaben)	Anteil Jugendlicher mit sehr gutem Gesundheitszustand (Elternangaben)	Anteil Jugendlicher mit sehr gutem Gesundheitszustand (Kinderangaben)
in einer Kernfamilie	15,8	10,1	10,2	34,4	23,8
bei allein-erziehendem Elternteil	27,4	16,5	13,7	27,2	21,4
in einer Stieffamilie	27,0	22,1	12,8	31,0	22,6
Alle	18,0	11,9	10,8	33,4	23,5

Quelle: KiGGS, eigene Berechnungen, ungewichtet

4.1 Rauchen

Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit zu rauchen und der Familienstruktur besteht ein signifikanter Zusammenhang, der anhand des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests auf dem 1-Prozent-Niveau signifikant ist. Während nur 15,8 Prozent der Jugendlichen, die bei beiden Eltern leben, rauchen, sind es in den nicht-traditionellen Familienstrukturen 27 bzw. 27,4 Prozent (Tabelle 2).

In Tabelle 3 werden die Ergebnisse der multivariaten Regressionen als *odds ratios* dargestellt. Die *odds ratios* geben das Chancenverhältnis aus der Wahrscheinlichkeit zu rauchen und der Wahrscheinlichkeit nicht zu rauchen in Bezug auf die erklärende Variable an. So sieht man in der ersten Spezifikation, dass Kinder Alleinerziehender und aus Stieffamilien ein etwa zweimal so hohes Risiko zu rauchen haben wie Kinder aus Kernfamilien. Mit Aufnahme zusätzlicher Variablen schwächt sich der Effekt ab, bleibt aber signifikant, wobei der Rückgang bei Stieffamilien größer ausfällt. Die Schicht erweist sich zunächst als signifikant, Kinder aus der unteren Schicht haben ein höheres, Kinder aus der oberen Schicht ein geringeres Risiko zu rauchen (Spalte 2). Mädchen und Kinder aus Ostdeutschland haben ein höheres Risiko zu rauchen.

Der Rückgang des Einflusses der Familienstruktur beruht bei Alleinerziehenden im Wesentlichen auf der Kontrolle der Schicht und bei Stieffamilien auf Kontrolle der gesundheitlichen Faktoren (Spalte 3). Zu den gesundheitlichen Faktoren der Kinder, die das Risiko zu rauchen erhöhen, zählen psychische Auffälligkeiten und regelmäßiger Alkoholkonsum. Chronische Krankheiten verringern das Risiko zu rauchen. Sportliche Aktivitäten, Übergewicht und Behinderungen haben keinen Einfluss. Die Berücksichtigung gesundheitlicher Variablen der Eltern zeigt zudem, dass es einen starken Zusammenhang zwischen dem gesundheitlichen Verhalten der Kinder und dem der Eltern gibt: Rauchende Eltern und eine übergewichtige Mutter erhöhen das Risiko, dass das Kind raucht. Der Einfluss der Schicht

wird durch die Aufnahme der gesundheitlichen Faktoren insignifikant, möglicherweise weil Gesundheitsverhalten und Schichtzugehörigkeit korreliert sind. Peer-Effekte zeigen sich anhand der besuchten Schule (Spalte 4). Der Besuch anderer Schulformen als des Gymnasiums (mit Ausnahme der Grundschule) geht mit einem höheren Risiko zu rauchen einher (Spalte 4). Die Aufnahme der Schutzfaktoren in das Modell ändert an der Stärke des Einflusses der Familienstruktur nur sehr wenig (Spalte 5). Dennoch erweisen sich einige der Schutzfaktoren erwartungsgemäß als einflussreich. Mangelnde familiäre Ressourcen erhöhen das Risiko zu rauchen, während überdurchschnittliche Ressourcen das Risiko vermindern. Mangelnde soziale Unterstützung vermindert das Risiko zu rauchen. Dieser Befund lässt sich durch Peer-Effekte erklären, da das Rauchverhalten der Jugendlichen nicht nur durch das Vorbild der Eltern, sondern auch durch das der Gleichaltrigen geprägt wird (Lampert/Thamm 2007). Personale Ressourcen sind insignifikant.

Tabelle 3: Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit zu rauchen – Modell A

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<i>Familienstruktur</i>					
Kernfamilie (Referenz)					
Alleinerziehend	2.101*** (0.271)	1.820*** (0.241)	1.828*** (0.248)	1.887*** (0.260)	1.833*** (0.257)
Stieffamilie	2.075*** (0.260)	2.034*** (0.257)	1.660*** (0.234)	1.595*** (0.226)	1.588*** (0.224)
Ostdeutschland (0=nein, 1=ja)	1.400*** (0.118)	1.392*** (0.120)	1.548*** (0.142)	1.673*** (0.159)	1.674*** (0.161)
Geschlecht (0=Junge, 1=Mädchen)		1.022 (0.0835)	1.338*** (0.121)	1.513*** (0.141)	1.376*** (0.134)
Migrationshintergrund (1=ohne Migrationshintergrund, 0=mit Migrationshintergrund)		1.320* (0.198)	1.109 (0.170)	1.141 (0.178)	1.150 (0.180)
Anzahl der (Halb-)Geschwister (leiblich)		1.041 (0.0388)	1.052 (0.0411)	1.014 (0.0409)	1.011 (0.0412)
Untere soziale Schicht		1.321*** (0.138)	1.087 (0.122)	0.902 (0.104)	0.910 (0.105)
Mittlere soziale Schicht (Referenz)					
Obere soziale Schicht		0.675*** (0.0673)	0.847 (0.0903)	1.059 (0.119)	1.040 (0.117)
<i>Gesundheitsverhalten der Jugendlichen</i>					
Regelmäßiger Alkoholkonsum			4.217*** (0.426)	4.375*** (0.452)	4.174*** (0.434)
Psychische Auffälligkeiten			1.728*** (0.236)	1.527*** (0.212)	1.490*** (0.214)
Chronisch krank			0.758** (0.0976)	0.749** (0.0981)	0.755** (0.0998)
Jugendlicher ist übergewichtig			1.066 (0.127)	1.035 (0.123)	1.064 (0.128)
Mindestens 1x wöchentlich Sport			0.848 (0.0944)	0.858 (0.0975)	0.880 (0.0997)
Behinderung			1.352 (0.431)	1.146 (0.358)	1.292 (0.397)
<i>Gesundheitsverhalten der Eltern</i>					
Mutter raucht			2.036*** (0.197)	1.915*** (0.188)	1.877*** (0.185)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Vater raucht			1.550*** (0.147)	1.482*** (0.142)	1.467*** (0.141)
Mutter ist übergewichtig			1.348*** (0.123)	1.315*** (0.122)	1.332*** (0.124)
Vater ist übergewichtig			1.051 (0.101)	1.020 (0.0995)	1.011 (0.0996)
<i>Schulform</i>					
Gymnasium (Referenz)					
Hauptschule				3.062*** (0.437)	3.245*** (0.467)
Realschule				1.817*** (0.204)	1.853*** (0.209)
Grundschule				0.945 (0.509)	0.959 (0.518)
Förderschule				3.373*** (0.949)	3.520*** (1.038)
Gesamtschule				2.428*** (0.405)	2.504*** (0.417)
<i>Schutzfaktoren</i>					
Mangelnde familiäre Ressourcen					1.255** (0.134)
Gute familiäre Ressourcen (Referenz)					
Überdurchschnittliche familiäre Ressourcen					0.673*** (0.0841)
Mangelnde personale Ressourcen					1.109 (0.113)
Gute personale Ressourcen (Referenz)					
Überdurchschnittliche personale Ressourcen					0.864 (0.116)
Mangelnde soziale Ressourcen					0.543*** (0.0665)
Gute soziale Ressourcen (Referenz)					
Überdurchschnittliche soziale Ressourcen					1.045 (0.119)
Constant	0.547*** (0.0519)	0.422*** (0.0927)	0.091*** (0.0259)	0.051*** (0.0154)	0.066*** (0.0203)
Fallzahl	5076	5076	5076	5076	5076
Pseudo-R ²	0,2048	0,2121	0,2855	0,3013	0,3108

*** signifikant auf dem 1%-Niveau; ** signifikant auf dem 5%-Niveau; * signifikant auf dem 10%-Niveau; robuste Standardfehler in Klammern; als weitere Kontrollvariablen gehen Dummy-Variablen für das Alter ein.

Quelle: KiGGS; eigene Berechnungen

Bildet man Dummy-Variablen aus Familienstruktur und familiären Ressourcen (Tabelle 4), so wird der obige Befund, dass sowohl die familiären Ressourcen als auch die Familienstruktur wesentliche Erklärungsgrößen sind, bestätigt. Da sich bei den anderen erklärenden Variablen keine nennenswert anderen Ergebnisse ergeben als in Tabelle 4, werden nur die *odds ratios* der Dummy-Variablen dargestellt. Der Einfluss des familiären Zusammenhaltes zeigt sich darin, dass auch das Leben bei beiden leiblichen Eltern mit guten oder überdurchschnittlichen familiären Ressourcen das Risiko zu rauchen reduziert. Die Bedeutung der Familienstruktur zeigt sich darin, dass Jugendliche bei Alleinerziehenden

mit mangelnden und guten familiären Ressourcen ein signifikant höheres Risiko zu rauchen haben als Kinder in Kernfamilien mit mangelnden Ressourcen. Verfügen die Alleinerziehenden über überdurchschnittliche Ressourcen, so ist das Risiko nicht anders als bei Kernfamilien mit mangelnden Ressourcen. Jugendliche aus Stieffamilien haben unabhängig ihrer familiären Ressourcen kein signifikant höheres oder niedrigeres Risiko als Kinder aus Kernfamilien mit mangelnden familiären Ressourcen. Nicht-traditionelle Familien können daher negative Effekte der Familienstruktur nicht kompensieren; selbst überdurchschnittliche familiäre Ressourcen verringern das Risiko zu rauchen gegenüber Kernfamilien mit mangelnden Ressourcen nicht.

Tabelle 4: Zusammenspiel von Familienstruktur und familiären Ressourcen: Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit zu rauchen (odds ratios) – Modell B

Kernfamilie mit mangelnden familiären Ressourcen (Referenz)		
Kernfamilie mit guten familiären Ressourcen	0.768**	(0.0932)
Kernfamilie mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen	0.453***	(0.0744)
Alleinerziehende mit mangelnden familiären Ressourcen	1.624**	(0.391)
Alleinerziehende mit guten familiären Ressourcen	1.423*	(0.295)
Alleinerziehende mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen	0.994	(0.315)
Stieffamilien mit mangelnden familiären Ressourcen	1.271	(0.287)
Stieffamilien mit guten familiären Ressourcen	1.093	(0.240)
Stieffamilien mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen	1.517	(0.480)
Fallzahl	5076	
Pseudo-R ²	0,3123	

*** signifikant auf dem 1%-Niveau; ** signifikant auf dem 5%-Niveau; * signifikant auf dem 10%-Niveau; robuste Standardfehler in Klammern; weitere Kontrollvariablen wie in Modell A ohne Familienstruktur und familiäre Ressourcen als einzelne Variablen.

Quelle: KiGGS; eigene Berechnungen

4.2 Psychische Auffälligkeiten

Jugendliche in nicht-traditionellen Familien haben sowohl aus Sicht der Eltern als auch der Kinder ein signifikant höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten (Tabelle 2). Im Vergleich der Eltern- und Kinderangaben fällt auf, dass in Bezug auf Kinder aus Kernfamilien der Anteil der psychisch auffälligen oder als grenzwertig einzustufenden Kinder mit 10,1 Prozent (Eltern) bzw. 10,2 Prozent (Kinder) nahezu gleich hoch ausfällt. Die Anteile psychisch auffälliger Kinder von Alleinerziehenden und in Stieffamilien unterscheiden sich zwischen Eltern und Kindern jedoch deutlich. So schätzen die Eltern 22,1 Prozent der Kinder aus Stieffamilien als auffällig ein, während dies nur 12,8 Prozent der Kinder tun. Diese Unterschiede lassen sich möglicherweise darauf zurückführen, dass Kinder aus nicht-traditionellen Familien besonders bemüht sind, ihr negatives Image wettzumachen, und sich positiver darstellen (Walper 2002: 40). Zudem ist denkbar, dass Eltern aufgrund ihrer eigenen stärkeren Belastung geneigt sind, diese Belastungen und Probleme auch ihren Kindern zuzuschreiben. Auf Basis der Elternangaben ist dieser Unterschied anhand des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest auf dem 1-Prozent-Niveau signifikant, für die Angaben der Jugendlichen auf dem 5-Prozent-Niveau.

Tabelle 5: Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten (*odds ratios*) – Modell A

	(1) Elternan- gaben	(2) Elternan- gaben	(3) Elternan- gaben	(4) Elternan- gaben	(5) Elternan- gaben	(6) Kinder- angaben
<i>Familienstruktur</i>						
Kernfamilie (Referenz)						
Alleinerziehend	1.838*** (0.251)	1.533*** (0.216)	1.270 (0.189)	1.294* (0.194)	1.305* (0.205)	1.144 (0.187)
Stieffamilie	2.745*** (0.332)	2.655*** (0.324)	2.280*** (0.302)	2.174*** (0.296)	2.152*** (0.297)	1.045 (0.165)
Ostdeutschland (0=nein, 1=ja)	0.719*** (0.0703)	0.757*** (0.0758)	0.679*** (0.0721)	0.674*** (0.0749)	0.656*** (0.0740)	0.971 (0.106)
Geschlecht (0=Junge, 1=Mädchen)		0.580*** (0.0527)	0.521*** (0.0512)	0.572*** (0.0570)	0.577*** (0.0605)	1.677*** (0.176)
Migrationshintergrund (1=ohne Migrationshintergrund, 0=mit Migrationshintergrund)		0.796 (0.113)	0.696** (0.102)	0.726** (0.109)	0.664*** (0.0998)	0.709** (0.111)
Anzahl der (Halb-)Geschwister (leiblich)		1.015 (0.0410)	1.020 (0.0417)	0.983 (0.0407)	0.936 (0.0416)	0.904** (0.0423)
Untere soziale Schicht		1.553*** (0.162)	1.495*** (0.164)	1.273** (0.143)	1.270** (0.146)	1.136 (0.138)
Mittlere soziale Schicht (Referenz)						
Obere soziale Schicht		0.622*** (0.0758)	0.692*** (0.0870)	0.828 (0.109)	0.849 (0.114)	0.816 (0.110)
<i>Gesundheitsverhalten der Jugendlichen</i>						
Jugendlicher raucht			1.728*** (0.234)	1.542*** (0.213)	1.561*** (0.219)	1.365** (0.194)
Regelmäßiger Alkoholkonsum			1.000 (0.151)	1.038 (0.157)	0.991 (0.155)	1.009 (0.157)
Chronisch krank			4.038*** (0.423)	3.837*** (0.411)	3.856*** (0.422)	1.995*** (0.234)
Jugendlicher ist übergewichtig			1.158 (0.135)	1.140 (0.135)	1.079 (0.129)	1.343** (0.161)
Mindestens 1x wöchentlich Sport			0.544*** (0.0710)	0.555*** (0.0735)	0.628*** (0.0847)	0.760** (0.0973)
Behinderung			0.897 (0.273)	0.725 (0.235)	0.741 (0.246)	0.695 (0.243)
<i>Gesundheitsverhalten der Eltern</i>						
Mutter raucht			1.383*** (0.143)	1.302** (0.137)	1.328*** (0.142)	1.244** (0.135)
Vater raucht			1.242** (0.125)	1.184* (0.120)	1.164 (0.121)	1.093 (0.115)
Mutter ist übergewichtig			1.206* (0.118)	1.178* (0.117)	1.180 (0.119)	1.233** (0.124)
Vater ist übergewichtig			1.156 (0.120)	1.122 (0.118)	1.124 (0.120)	0.763*** (0.0787)
<i>Schulform</i>						
Gymnasium (Referenz)						
Hauptschule				2.176*** (0.337)	2.069*** (0.324)	1.559*** (0.251)

	(1) Elternan- gaben	(2) Elternan- gaben	(3) Elternan- gaben	(4) Elternan- gaben	(5) Elternan- gaben	(6) Kinder- angaben
Realschule				1.686*** (0.222)	1.625*** (0.219)	1.253* (0.159)
Grundschule				2.050*** (0.450)	1.943*** (0.433)	1.244 (0.309)
Förderschule				5.030*** (1.349)	5.173*** (1.365)	2.419*** (0.692)
Gesamtschule				2.118*** (0.356)	2.057*** (0.356)	1.248 (0.238)
<i>Schutzfaktoren</i>						
mangelnde familiäre Ressourcen					1.609*** (0.178)	2.017*** (0.217)
Gute familiäre Ressourcen (Referenz)					0.797* (0.110)	0.676** (0.107)
Überdurchschnittliche familiäre Ressourcen					1.842*** (0.194)	2.311*** (0.246)
Mangelnde personale Ressourcen					0.860 (0.140)	0.670** (0.130)
Gute personale Ressourcen (Referenz)					1.463*** (0.161)	1.555*** (0.176)
Überdurchschnittliche personale Ressourcen					0.943 (0.143)	1.037 (0.154)
Mangelnde soziale Ressourcen					0.056*** (0.0101)	0.032*** (0.0110)
Gute soziale Ressourcen (Referenz)					0.150*** (0.0379)	0.032*** (0.0110)
Überdurchschnittliche soziale Ressourcen					0.109*** (0.0353)	0.032*** (0.0110)
Constant	0.056*** (0.0101)	0.150*** (0.0379)	0.109*** (0.0353)	0.074*** (0.0249)	0.049*** (0.0171)	0.032*** (0.0110)
Fallzahl	5076	5076	5076	5076	5076	5076
Pseudo-R ²	0,034	0,058	0,127	0,142	0,179	0,135

*** signifikant auf dem 1%-Niveau; ** signifikant auf dem 5%-Niveau; * signifikant auf dem 10%-Niveau; robuste Standardfehler in Klammern; als weitere Kontrollvariablen gehen Dummy-Variablen für das Alter ein.

Quelle: KiGGS; eigene Berechnungen

Tabelle 5 zeigt anhand der Elternangaben im einfachsten Modell (Spalte 1), dass Kinder von Alleinerziehenden und in Stieffamilien ein höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten haben als Kinder aus Kernfamilien. Die Aufnahme der Schicht verringert den Einfluss der Familienstruktur vor allem bei Kindern Alleinerziehender (Spalte 2). Darin zeigt sich, dass ein Teil des negativen Einflusses des Aufwachsens bei einem Elternteil durch die geringeren finanziellen Ressourcen bedingt ist. Der Einfluss der Schicht zeigt, dass Kinder aus der unteren Schicht ein höheres, Kinder aus der oberen Schicht ein geringeres Risiko für psychische Auffälligkeiten haben. Jungen und Kinder mit Migrationshintergrund haben ein höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten. Kinder aus Ostdeutschland neigen weniger zu Auffälligkeiten als ihre Altersgenossen aus Westdeutschland.

Wenn gesundheitliche Variablen kontrolliert werden (Spalte 3), wird der Einfluss der Familienstruktur deutlich geringer. Das Gesundheitsverhalten der Kinder in Form von Rauchen und geringer sportlicher Aktivität als auch das Gesundheitsverhalten der Eltern in Form von Rauchen der Eltern und Übergewicht der Mutter erhöht das Risiko psychi-

scher Auffälligkeiten. Chronische Krankheiten gehen oft einher mit einem erhöhten SDQ-Wert. Regelmäßiger Alkoholkonsum, Übergewicht der Jugendlichen und Behinderungen scheinen keinen Einfluss zu haben.

Nach Aufnahme der Schulform verändert sich der Einfluss der sozialen Schicht; der Einfluss der Zugehörigkeit zur unteren Schicht verringert sich, der zur oberen Schicht verschwindet (Spalte 4). Der Besuch anderer Schulformen als des Gymnasiums geht mit einem höheren Risiko für psychische Auffälligkeiten einher. Hier überlagern sich möglicherweise die Effekte der Schicht und der Schulform, da Kinder aus einkommensstarken Familien in der Regel häufiger das Gymnasium besuchen. Anhand der KiGGS-Daten zeigt sich, dass 66,9 Prozent der Kinder aus der oberen Schicht das Gymnasium besuchen, während es nur 14,4 Prozent der Kinder aus der unteren Schicht sind. Nach Aufnahme der Schutzfaktoren in das Modell (Spalte 5) verringert sich der negative Einfluss von Stieffamilien leicht. Die Schutzfaktoren weisen auch hier einen signifikanten Einfluss für psychische Auffälligkeiten auf und zwar in allen drei Bereichen Familie, Persönlichkeit und soziale Unterstützung.

Tabelle 6: Zusammenspiel von Familienstruktur und familiären Ressourcen: Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten (*odds ratios*) – Modell B

	Elternangaben	Kinderangaben
Kernfamilien mit mangelnden familiären Ressourcen (Referenz)		
Kernfamilien mit guten familiären Ressourcen	0.367*** (0.0442)	0.463*** (0.0560)
Kernfamilien mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen	0.161*** (0.0386)	0.270*** (0.0520)
Alleinerziehende mit mangelnden familiären Ressourcen	1.224 (0.249)	0.905 (0.220)
Alleinerziehende mit guten und überdurchschnittlichen Ressourcen (Elternangaben);	0.421***	0.483***
Alleinerziehende mit guten familiären Ressourcen (Kinderangaben)	(0.101)	(0.122)
Alleinerziehende mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen (Kinderangaben)		0.769 (0.258)
Stieffamilien mit mangelnden familiären Ressourcen	1.869*** (0.347)	0.808 (0.183)
Stieffamilien mit guten familiären Ressourcen	0.904 (0.201)	0.577** (0.137)
Stieffamilien mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen	0.363* (0.198)	0.393** (0.157)
Fallzahl	5076	5076
Pseudo-R ²	0,2099	0,1370

*** signifikant auf dem 1%-Niveau; ** signifikant auf dem 5%-Niveau; * signifikant auf dem 10%-Niveau; robuste Standardfehler in Klammern; weitere Kontrollvariablen wie in Modell A.

Quelle: KiGGS; eigene Berechnungen

Bei Berücksichtigung der Dummy-Variablen aus Familienstruktur und familiären Ressourcen (Tabelle 6) erkennt man die Bedeutung der Schutzfaktoren daran, dass Kinder aus Kernfamilien mit guten oder überdurchschnittlichen familiären Ressourcen ein geringeres Risiko für psychische Auffälligkeiten haben. Das Risiko für psychische Auffälligkeiten ist in Stieffamilien mit mangelnden familiären Ressourcen deutlich höher als in Kernfamilien mit mangelnden Ressourcen. Bei guten familiären Ressourcen ist der Ein-

fluss der Familienstruktur insignifikant, bei überdurchschnittlichen Ressourcen ist das Risiko für Auffälligkeiten in nicht-traditionellen Familien signifikant niedriger als in der Referenzgruppe, so dass man hier von Kompensationseffekten sprechen kann.

Führt man die Regression anhand der Kinderangaben durch (Tabelle 5), so zeigt sich, dass in Modell A die Familienstruktur keinen Einfluss auf das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten hat. Auch hinsichtlich der anderen Variablen ergeben sich zum Teil deutliche Abweichungen: Die Frage, ob die Jugendlichen in West- oder Ostdeutschland leben und welcher Schicht sie angehören spielt keine Rolle, während mit höherer Geschwisteranzahl das Risiko psychischer Auffälligkeiten sinkt. Das Übergewicht der Jugendlichen und der Mutter ist mit einem erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten verbunden, während das Übergewicht des Vaters mit einem geringeren Risiko für Auffälligkeiten einhergeht. Auch der Einfluss der Schulform reduziert sich sowohl in der Anzahl der signifikanten Effekte als auch in deren Höhe. Die Schutzfaktoren haben ein größeres Gewicht als bei den Elternangaben. Betrachtet man Modell B (Tabelle 6), so bestätigen sich die Befunde aus den Elternangaben mit zwei Ausnahmen: In Stieffamilien mit mangelnden familiären Ressourcen besteht kein höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten als in Kernfamilien mit mangelnden Ressourcen. In Stieffamilien mit guten familiären Ressourcen besteht ein geringeres Risiko für Auffälligkeiten als in Kernfamilie mit mangelnden Ressourcen. Man kann auch hier von Kompensationseffekten guter und überdurchschnittlicher familiärer Ressourcen sprechen.

4.3 Subjektiver Gesundheitszustand

Für die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes liegen ebenfalls Angaben der Kinder und der Eltern über den Gesundheitszustand der Kinder vor (Tabelle 2). Die Eltern schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder deutlich besser ein als die Kinder selbst; so schätzen 34,4 Prozent der Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut ein, jedoch nur 23,8 Prozent der Kinder. Kinder Alleinerziehender und aus Stieffamilien schneiden schlechter ab. Auf Basis der Kinderangaben auf einer Skala von 1 bis 5 zeigen sich im Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest signifikante Unterschiede zwischen den Familienstrukturen auf dem 5-Prozent-Niveau, anhand der Elternangaben auf dem 10-Prozent-Niveau.

In der Regression anhand der Kinderangaben zeigt sich, dass Kinder Alleinerziehender eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen schlechteren Gesundheitszustand haben (Tabelle 7). Dieser Effekt wird nach Kontrolle der Schicht insignifikant (Spalte 2). Die Zugehörigkeit zur oberen Schicht geht mit einer höheren Chance auf einen guten Gesundheitszustand einher. Nach Kontrolle der gesundheitlichen Einflussfaktoren verschwindet dieser Effekt der Schicht. Mädchen haben ein höheres Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand als Jungen, und eine höhere Geschwisterzahl wirkt ebenfalls negativ auf den Gesundheitszustand.

Einen signifikant negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben psychische Auffälligkeiten und chronische Krankheiten. Das Gesundheitsverhalten der Kinder ist ebenfalls signifikant: Rauchen und Übergewicht erhöhen das Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand, während häufige sportliche Aktivitäten mit einem besseren Gesundheitszustand einhergehen (Spalte 3). Entgegen unserer Erwartung spielt das Gesundheitsverhalten der Eltern keine Rolle. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass Eltern, die selbst eine ungesunde Lebensweise führen und rauchen oder übergewichtig sind, darin häufig keine

Beeinträchtigung ihrer Gesundheit sehen. Diese Sichtweise wird möglicherweise von den Kindern auch in Bezug auf ihre eigene Gesundheit übernommen, so dass sie eine andere Wahrnehmung von Gesundheit haben. Die Schulform leistet mit Ausnahme des Besuchs der Realschule und der Grundschule⁹ keinen signifikanten Erklärungsbeitrag (Spalte 4). Von den Schutzfaktoren gehen mangelnde familiäre, personale und soziale Ressourcen mit einem höheren Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand einher, während überdurchschnittliche Ressourcen die Chance auf eine gute Gesundheit erhöhen (Spalte 5).

Modell B (Tabelle 8) zeigt, dass gute oder überdurchschnittliche familiäre Ressourcen für Kinder aus Kernfamilien positiv auf den subjektiven Gesundheitszustand wirken. Für Kinder von Alleinerziehenden zeigt sich kein Einfluss der familiären Ressourcen; das Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand ist hier weder höher noch geringer als in Kernfamilien mit mangelnden Ressourcen. Ein Kompensationseffekt zeigt sich lediglich in Stieffamilien mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen.

Tabelle 7: Einflussfaktoren auf den subjektiven Gesundheitszustand (1: sehr gut, 5: sehr schlecht): *Odds ratios* der Ordered-Logit-Regressionen – Modell A

	(1) Kinderan- gaben	(2) Kinderan- gaben	(3) Kinderan- gaben	(4) Kinderan- gaben	(5) Kinderan- gaben	(6) Elternan- gaben
<i>Familienstruktur</i>						
Kernfamilie (Referenz)						
Alleinerziehend	1.208* (0.138)	1.145 (0.133)	1.031 (0.123)	1.026 (0.122)	1.039 (0.124)	1.113 (0.127)
Stieffamilie	1.200 (0.138)	1.173 (0.134)	1.021 (0.118)	1.020 (0.119)	1.014 (0.119)	0.932 (0.105)
Ostdeutschland (0=nein, 1=ja)	0.980 (0.0656)	0.993 (0.0676)	0.930 (0.0651)	0.944 (0.0677)	0.911 (0.0660)	0.962 (0.0699)
Geschlecht (0=Junge, 1=Mädchen)		1.356*** (0.0880)	1.244*** (0.0831)	1.241*** (0.0839)	1.322*** (0.0943)	1.034 (0.0732)
Migrationshintergrund (1=ohne Migrationshintergrund, 0=mit Migrationshintergrund)		1.027 (0.126)	1.033 (0.128)	1.016 (0.127)	0.989 (0.124)	0.714*** (0.0914)
Anzahl der (Halb-)Geschwister (leiblich)		1.080*** (0.0321)	1.090*** (0.0337)	1.096*** (0.0346)	1.067** (0.0348)	0.987 (0.0313)
Untere soziale Schicht		1.122 (0.0959)	1.015 (0.0888)	1.013 (0.0918)	1.023 (0.0939)	1.027 (0.0910)
Mittlere soziale Schicht (Referenz)						
Obere soziale Schicht		0.812*** (0.0611)	0.897 (0.0687)	0.929 (0.0737)	0.948 (0.0755)	0.773*** (0.0627)
<i>Gesundheitsverhalten der Jugendlichen</i>						
Jugendlicher raucht			1.911*** (0.177)	1.887*** (0.176)	1.849*** (0.175)	1.252** (0.118)
Regelmäßiger Alkoholkonsum			0.955 (0.0863)	0.953 (0.0865)	0.971 (0.0892)	0.893 (0.0822)
Psychische Auffälligkeiten			2.218*** (0.249)	2.235*** (0.251)	1.686*** (0.197)	1.939*** (0.234)
Chronisch krank			1.847*** (0.180)	1.895*** (0.186)	1.910*** (0.192)	3.498*** (0.398)

9 Schüler der Grundschulen und Orientierungsstufen sind in der Regel jünger und geben daher einen besseren subjektiven Gesundheitszustand an.

	(1) Kinderan- gaben	(2) Kinderan- gaben	(3) Kinderan- gaben	(4) Kinderan- gaben	(5) Kinderan- gaben	(6) Elternan- gaben
Jugendlicher ist übergewichtig			1.879*** (0.182)	1.886*** (0.182)	1.897*** (0.184)	1.658*** (0.156)
Mind. 1x wöchentlich Sport			0.667*** (0.0650)	0.664*** (0.0648)	0.707*** (0.0686)	0.713*** (0.0690)
Behinderung			1.043 (0.290)	1.051 (0.290)	0.976 (0.277)	1.373 (0.390)
<i>Gesundheitsverhalten der Eltern</i>						
Mutter raucht			1.084 (0.0859)	1.092 (0.0869)	1.090 (0.0872)	1.034 (0.0821)
Vater raucht			1.002 (0.0736)	1.009 (0.0743)	1.004 (0.0746)	1.181** (0.0864)
Mutter ist übergewichtig			1.112 (0.0776)	1.110 (0.0778)	1.118 (0.0787)	1.027 (0.0715)
Vater ist übergewichtig			1.068 (0.0743)	1.066 (0.0742)	1.071 (0.0752)	1.038 (0.0742)
<i>Schulform</i>						
Gymnasium (Referenz)						
Hauptschule				1.077 (0.123)	1.067 (0.123)	1.062 (0.118)
Realschule				1.159* (0.0932)	1.172** (0.0950)	1.153* (0.0930)
Grundschule				0.701* (0.151)	0.679* (0.145)	1.033 (0.253)
Förderschule				0.708 (0.226)	0.748 (0.228)	1.293 (0.329)
Gesamtschule				1.201 (0.164)	1.192 (0.164)	1.252 (0.173)
<i>Schutzfaktoren</i>						
Mangelnde familiäre Ressourcen					1.218** (0.106)	1.150* (0.0964)
Gute familiäre Ressourcen (Referenz)						
Überdurchschnittliche familiäre Ressourcen					0.733*** (0.0612)	0.758*** (0.0641)
Mangelnde personale Ressourcen					1.467*** (0.117)	1.153* (0.0909)
Gute personale Ressourcen (Referenz)						
Überdurchschnittliche personale Ressourcen					0.609*** (0.0572)	0.911 (0.0839)
Mangelnde soziale Ressourcen					1.158* (0.101)	1.074 (0.0914)
Gute soziale Ressourcen (Referenz)						
Überdurchschnittliche soziale Ressourcen					0.794*** (0.0695)	1.070 (0.0951)
Fallzahl	4022	4022	4022	4022	4022	4022
Pseudo-R ²	0,023	0,082	0,045	0,046	0,070	0,065

*** signifikant auf dem 1%-Niveau; ** signifikant auf dem 5%-Niveau; * signifikant auf dem 10%-Niveau; robuste Standardfehler in Klammern; als weitere Kontrollvariablen gehen Dummy-Variablen für das Alter ein.

Quelle: KiGGS; eigene Berechnungen

Anhand der Elternangaben ergeben sich einige Abweichungen: Die Zugehörigkeit zur oberen Schicht führt zu besserer Gesundheit. Deutsche haben eine höhere Chance für einen guten Gesundheitszustand, während Geschlecht und Geschwisterzahl insignifikant sind. Der bedeutendste Unterschied liegt aber bei den Schutzfaktoren: Während die familiären Schutzfaktoren eine ähnliche Bedeutung haben wie bei den Kinderangaben, haben personale und soziale Ressourcen eine geringere Bedeutung.

Tabelle 8: Zusammenspiel von Familienstruktur und familiären Ressourcen: Einfluss auf den Gesundheitszustand (1: sehr gut; 5: sehr schlecht) (odds ratios) – Modell B

	Kinderangaben	Elternangaben
Kernfamilie mit mangelnden familiären Ressourcen (Referenz)		
Kernfamilie mit guten familiäre Ressourcen	0.785** (0.0755)	0.745*** (0.0603)
Kernfamilie mit überdurchschnittlichen familiäre Ressourcen	0.564*** (0.0663)	0.416*** (0.0482)
Alleinerziehende mit mangelnden familiäre Ressourcen	0.795 (0.194)	1.116 (0.186)
Alleinerziehende mit guten familiäre Ressourcen	0.864 (0.152)	0.761 (0.130)
Alleinerziehende mit überdurchschnittlichen familiäre Ressourcen	0.723 (0.180)	0.528* (0.203)
Stieffamilien mit mangelnden familiäre Ressourcen	0.929 (0.180)	0.711** (0.121)
Stieffamilien mit guten familiäre Ressourcen	0.798 (0.161)	0.795 (0.134)
Stieffamilien mit überdurchschnittlichen familiäre Ressourcen	0.636** (0.141)	0.616 (0.207)
Fallzahl	4022	4022
Pseudo-R ²	0,0707	0,0607

*** signifikant auf dem 1%-Niveau; ** signifikant auf dem 5 %-Niveau; * signifikant auf dem 10%-Niveau; robuste Standardfehler in Klammern; weitere Kontrollvariablen wie in Modell A.

Quelle: KiGGS; eigene Berechnungen

Modell B zeigt auf Basis der Elternangaben, dass Kinder von Alleinerziehenden mit überdurchschnittlichen familiären Ressourcen ein geringeres Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Kinder aus Kernfamilien mit mangelnden Ressourcen. Hier erfolgt eine Kompensation (Tabelle 8). Für Kinder aus Stieffamilien ergibt sich der unerwartete Effekt, dass die Existenz mangelnder Ressourcen zu einem geringeren Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand führt als bei Kindern aus Kernfamilien. Ein Kompensationseffekt überdurchschnittlicher Ressourcen liegt bei Stieffamilien nicht vor.

5. Fazit

Die Analyse geht der Frage nach, welchen Einfluss die Familienstruktur auf die gesundheitliche Entwicklung der Kinder hat. Zunächst zeigt sich, dass Kinder Alleinerziehender

und aus Stieffamilien eine größere Wahrscheinlichkeit zu rauchen und für psychische Auffälligkeiten haben; Kinder Alleinerziehender haben zudem eine größere Wahrscheinlichkeit für einen schlechteren Gesundheitszustand. Bei den weiteren Analysen wurde insbesondere das Vorhandensein von familiären Ressourcen bzw. Schutzfaktoren berücksichtigt, die die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und die Erziehungskompetenzen der Eltern umfassen.

In den multivariaten Analysen zeigte sich, dass vor allem durch die Einbeziehung gesundheitlicher Kontrollvariablen – Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Eltern und Kindern – der Einfluss der Familienstruktur verringert wurde (Rauchen, psychische Auffälligkeiten) oder verschwand (subjektiver Gesundheitszustand). Damit befindet sich die vorliegende Studie im Einklang mit anderen deutschen Studien, wonach nicht-traditionelle Familienstrukturen die Entwicklung der Kinder nur in einzelnen Bereichen negativ beeinflussen. Entgegen unserer Vermutung hatte die Aufnahme der familiären Schutzfaktoren in das Modell keinen Einfluss (Rauchen, subjektiver Gesundheitszustand) oder nur einen moderaten Einfluss (psychische Auffälligkeiten) auf die Stärke des Einflusses der Familienstruktur. Dennoch erweisen sich die Schutzfaktoren als signifikante Faktoren hinsichtlich der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder. Der in allen drei Bereichen (Rauchen, psychische Auffälligkeiten und subjektiver Gesundheitszustand) signifikante Einfluss der familiären Ressourcen zeigt die zentrale Bedeutung, die die Eltern-Kind-Beziehung und die Kompetenzen der Eltern haben. Dies bestätigt die Ergebnisse von Borhardt (2006) und Walper (1999), die zeigen, dass die Eltern-Kind-Beziehung und die Erziehungskompetenzen der Eltern wesentliche Faktoren für eine gesunde Entwicklung der Kinder sind. Die Unterschiede zwischen Eltern- und Kinderangaben in der vorliegenden Analyse zeigen zudem, dass die Schutzfaktoren aus Sicht der Kinder eine größere Bedeutung haben als aus Elternsicht.

Hinsichtlich der Bedeutung der elterlichen Gesundheit bzw. deren Gesundheitsverhaltens stehen die Ergebnisse in Einklang mit Untersuchungen aus den USA, dem Vereinigten Königreich und Deutschland, die ebenfalls zeigen, dass das Gesundheitsverhalten der Eltern eine wichtige Erklärungsgröße für die Gesundheit der Kinder ist (Currie et al. 2007; Case et al. 2002; Propper et al. 2007; Coneus/Spieß 2008).

Im nächsten Analyseschritt wurde untersucht, welchen Einfluss das Zusammenspiel aus Familienstruktur und dem Vorhandensein familiärer Schutzfaktoren hat. Die zentrale Frage war, ob es nicht-traditionellen Familien gelingt, negative Effekte der Familienstruktur durch das Vorhandensein guter oder überdurchschnittlicher familiärer Ressourcen zu kompensieren. Die Ergebnisse zeigen, dass Elternteile in nicht-traditionellen Familien negative Effekte der Familienstruktur nur teilweise kompensieren können: Für das Risiko zu rauchen konnten keine Kompensationseffekte festgestellt werden. Bei psychischen Auffälligkeiten reduzieren gute und überdurchschnittliche familiäre Ressourcen bei Alleinerziehenden und in Stieffamilien das Risiko für Auffälligkeiten. Hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustands ist eine Kompensation auf Basis der Kinderangaben nur in Stieffamilien mit überdurchschnittlichen Ressourcen möglich, auf Basis der Elternangaben nur bei Alleinerziehenden mit überdurchschnittlichen Ressourcen.

Es lassen sich zwei politische Handlungsempfehlungen ableiten: Zum einen sollten die elterlichen Erziehungskompetenzen gestärkt werden. Das umfasst neben Informationsmaßnahmen auch die Bereitstellung von Infrastruktur, um insbesondere bei Alleiner-

ziehenden Stress zu reduzieren und Freiräume für eine intensive Eltern-Kind-Beziehung zu schaffen. Hier kann der Ausbau der Familienzentren helfen, die an Kindertageseinrichtungen angegliedert sind. Im Idealfall findet dort eine individuelle Förderung der Kinder statt und Familien werden umfassend unterstützt und beraten. Das umfasst auch Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Unterstützung bei der Rückkehr in den Arbeitsmarkt, Unterstützung von Kindern, die von Scheidung betroffen sind, Unterstützung von Integrationsbemühungen in Migrantenfamilien und Orientierungshilfe für verunsicherte Eltern. Zum anderen sollte über Unterstützungsmaßnahmen für Paare in Konfliktsituationen nachgedacht werden, die zu einer Stabilisierung der Beziehung und damit zu einer Vermeidung von Trennungen führen könnten.

Literatur

- Antecol, H. & Bedard, K. (2007). Does single parenthood increase the probability of teenage promiscuity, substance use, and crime? *Journal of Population Economics*, 20 (1), pp. 51-71.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco.
- Björklund, A., Ginther, D. & Sundström, M. (2007). Family structure and child outcomes in the USA and Sweden. *Journal of Population Economics*, 20 (1), pp. 183-207.
- Bohrhardt, R. (2006). Vom ‚broken home‘ zur multiplen Elternschaft. Chancen und Erschwernisse kindlicher Entwicklung in diskontinuierlichen Familienbiografien. In: H. Bertram, H. Krüger & K. Spieß (Hrsg.), *Wem gehört die Familie der Zukunft? Expertisen zum 7. Familienbericht der Bundesregierung*. Opladen, S. 169-188.
- Case, A., Fertig, A. & Paxson, C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstances. *Journal of Health Economics*, 24, pp. 365-389.
- Case, A., Lubotsky, D. & Paxson, C. (2002). Economic status and health in childhood: The origins of the gradient. *American Economic Review*, 92 (5), pp. 1308-1334.
- Coneus, K. & Spieß, K. (2008). *The intergenerational transmission of health in early childhood*. Mannheim (ZEW discussion paper No 08-073).
- Currie, A., Shields, M. & Wheatley Price, S. (2007). The child health/family income gradient: Evidence from England. *Journal of Health Economics*, 26 (2), pp. 213-232.
- Currie, J. & Stabile, M. (2003). Socio-economic status and child health: Why is the relationship stronger for older children? *American Economic Review*, 93 (5), pp. 1813-1823.
- Currie, J. (2008). *Healthy, wealthy, and wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development*. Cambridge (NBER working paper 13987).
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R., et al. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), S. 800-809.
- Ermisch, J. & Francesconi, M. (2001). Family matters: Impact of family background on educational attainments. *Economica*, 68, pp. 137-156.
- Francesconi, M., Jenkins, S., Siedler, T. & Wagner, G. (2006). Einfluss der Familienform auf den Schulerfolg von Kindern nicht nachweisbar. *DIW-Wochenbericht*, 73 (13).
- Franz, M. & Lensche, H. (2003). Allein erziehend – allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, S. 115-138.
- Gennetian, L. (2005). One or two parents? Half or step siblings? The effect of family structure on young children's achievement. *Journal of Population Economics*, 18 (3), pp. 415-436.

- Ginther, D. & Pollak, R. (2003). *Does family structure affect children's educational outcome?* Cambridge (NBER working paper no. 9628).
- Gloger-Tippelt, G. & König, L. (1999). Die Einelternfamilie aus der Perspektive von Kindern. Entwicklungspsychologisch relevante Befunde unter besonderer Berücksichtigung der Bindungsforschung. In: J. Fegert & U. Ziegenhain (Hrsg.), *Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland*. Weinheim, Basel, Berlin, S. 126-147.
- Gregg, P., Propper, C. & Washbrook, E. (2008). *Understanding the relationship between parental income and multiple child outcomes: A decomposition analysis*. Bristol (CMPO working paper no. 08/193).
- Hagen, C. & Kurth, B. (2007). Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. *Aus Politik und Zeitgeschehen*, 42, S. 25-31.
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), S. 784-793.
- Kalenkoski, C., Ribar, D. & Stratton, L. (2006). *The effect of family structure on parents' child care time in the United States and the United Kingdom*. Bonn (IZA discussion paper no. 2441).
- Klocke, A. (2004). Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In: M. Jungbauer-Gans & P. Kriwy (Hrsg.), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden, S. 85-96.
- Korenman, S. & Miller, J. (1997). Effects of long-term poverty on physical health of children in the National Longitudinal Study of Youth. In: G. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds), *Consequences of growing poor*. New York, pp. 70-99.
- Kurth, B. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), S. 533-546.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), S. 600-608.
- McLanahan, S. & Sandefur, G. (1994). *Growing up with a single parent: What hurts, what helps*. Cambridge, Harvard.
- Propper, C., Rigg, J. & Burgess, S. (2007). Child health: Evidence on the roles of family income and maternal health from a UK birth cohort. *Health Economics*, 16, pp. 1245-1269.
- Reis, O. & Meyer-Probst, B. (1999). Scheidung der Eltern und Entwicklung der Kinder. Befunde der Rostocker Längsschnittstudie. In: S. Walper & B. Schwarz (Hrsg.), *Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien*. München, S. 49-71.
- Ribar, D. (2004). *What do social scientists know about the benefits of marriage? A review of quantitative methodologies*. Bonn (IZA discussion paper no. 998).
- RKI – Robert Koch-Institut (2007). *Datensatzbeschreibung KiGGS-Datensatz. Stand 26.10.07*.
- Sandefur, G. & Wells, T. (1999). Does family structure really influence educational attainment? *Social Science Research*, 28 (4), pp. 331-357.
- Schmitz, H. & Schmidt-Denter, U. (1999). Die Nachscheidungsfamilie sechs Jahre nach der elterlichen Trennung. *Zeitschrift für Familienforschung*, 11 (3), S. 28-55.
- Walper, S. (1999). Kontextmerkmale gelingender und misslingender Entwicklung von Kindern in Einelternfamilien. In: J. Fegert & U. Ziegenhain (Hrsg.), *Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland*. Weinheim, Basel, Berlin, S. 148-168.
- Winkelmann, R. (2003). *Parental separation and well-being of youths*. Bonn (IZA discussion paper no. 894).

Eingereicht am/Submitted on: 29.10.2008

Angenommen am/Accepted on: 04.05.2009

Anschrift der Autoren/Adress of the authors:

Susanne Seyda, Diplom-Volkswirtin
(Korrespondierende Hauptautorin/corresponding author)
Zukunft der Arbeit
Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Konrad-Adenauer-Ufer 21
D-50868 Köln

E-mail: Seyda@iwkoeln.de

Dr. Thomas Lampert, Diplom-Soziologe (Koautor/co-author)
Robert Koch-Institut
FG 24 Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Straße 62-64
D-12101 Berlin

E-mail: t.lampert@rki.de

Anhang

Tabelle A1: Deskriptive Daten

	Datensatz für Analyse zu Rauchen und psychi- sche Auffälligkeiten	Datensatz für Analyse zum subjektiven Ge- sundheitszustand
<i>Familienstruktur:</i>		
Kernfamilie	80,8 %	80,5 %
Alleinerziehender Elternteil	9,1 %	9,4 %
Stieffamilie	10,1 %	10,1 %
Jungen	50,5 %	50,6 %
Nicht-Migranten	90,4 %	90,5 %
Geschwisterzahl	1,43 Geschwister im Durchschnitt	1,45 Geschwister im Durchschnitt
<i>Schutzfaktoren</i>		
	Kinderangaben (Elternangaben)	Kinderangaben (Elternangaben)
Mangelnde familiäre Ressourcen	25,0 % (37,6 %)	26,8 % (39,5 %)
Gute familiäre Ressourcen	49,4 % (47,3 %)	49,3 % (46,4 %)
Überdurchschnittliche familiäre Ressourcen	25,6 % (15,1 %)	23,9 % (14,0 %)
Mangelnde persönliche Ressourcen	33,1 %	32,9 %
Gute persönliche Ressourcen	50,5 %	50,4 %
Überdurchschnittliche persönliche Ressourcen	16,4 %	16,7 %
Mangelnde soziale Unterstützung	25,3 %	25,0 %
Gute soziale Unterstützung	53,8 %	53,3 %
Überdurchschnittliche soziale Unterstützung	20,9 %	21,7 %

	Datensatz für Analyse zu Rauchen und psychi- sche Auffälligkeiten	Datensatz für Analyse zum subjektiven Ge- sundheitszustand
<i>Schulbesuch</i>		
Hauptschule	14,7 %	15,2 %
Realschule	31,5 %	32,6 %
Gymnasium	38,6 %	39,9 %
Grundschule/Orientierungsstufe	4,9 %	2,4 %
Förderschule	2,1 %	2,1 %
Gesamtschule	8,2 %	7,8 %
<i>Schichtzugehörigkeit</i>		
untere soziale Schicht	21,9 %	21,5 %
mittlere soziale Schicht	50,7 %	50,8 %
obere soziale Schicht	27,5 %	27,7 %
<i>Gesundheit / Gesundheitsverhalten der Jugendlichen</i>		
Alkohol	17,8 %	21,8 %
Jugendlicher raucht	18,0 %	21,2 %
SDQ-Wert auffällig / grenzwertig	10,8 % (11,8 %)	10,9 % (11,4 %)
Chronische Krankheiten	15,6 %	15,0 %
Übergewicht	16,6 %	16,2 %
Behinderung	2,0 %	1,86 %
Mindestens 1-2 mal pro Woche Sport	86,1 %	84,7 %
<i>Subjektiver Gesundheitszustand</i>	–	Kinderangaben (Elternangaben)
Sehr gut		23,5 % (33,4 %)
Gut		63,6 % (59,9 %)
Mittelmäßig		12,5 % (6,5 %)
Schlecht		0,4 % (0,2 %)
Sehr schlecht		0 % (0,02 %)
<i>Gesundheit / Gesundheitsverhalten der Eltern</i>		
Mutter raucht	30,6 %	30,5 %
Vater raucht	38,9 %	38,6 %
Mutter übergewichtig	38,9 %	39,3 %
Vater übergewichtig	66,6 %	67,3 %
Westdeutschland	66,6 %	66,4 %
Fallzahl	5076	4022

Quelle: KiGGS, eigene Berechnungen, ungewichtet