

Gesundheitliche Situation von benachteiligten Kindern und Jugendlichen

Während noch in den siebziger Jahren die Altersarmut dominierte, sind heute Kinder und Jugendliche am häufigsten von Armut betroffen. Gegenwärtig leben über 14 Prozent der unter Achtzehnjährigen – und damit ein höherer Anteil als in jeder anderen Altersgruppe – in Haushalten, die als einkommensarm einzustufen sind (BMA 2001, Becker & Hauser 2003). Dennoch konzentrierte sich die Forschung zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit bis vor kurzem auf die Bevölkerung im Erwerbsalter und vernachlässigte Kinder und Jugendliche ebenso wie ältere Menschen. Erst seit einigen Jahren liefert die Forschung Erkenntnisse zu Auswirkungen von Armut und sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Heranwachsenden (vgl. u.a. Böhm et al. 2003; Ellsäßer et al. 2002; Klocke 2001; Hurrelmann et al. 2003). Trotz des verbesserten Forschungsstandes bestehen nach wie vor zahlreiche Datendefizite und Wissenslücken. So beschränken sich Untersuchungen auf einzelne Aspekte der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter, nehmen nur bestimmte Altersgruppen ins Visier oder sind lokal bzw. regional begrenzt. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), den das Robert-Koch-Institut derzeit durchführt, wird diese Datenlage verbessern und bundesweit repräsentative Daten zu einer breiten Palette von gesundheitsbezogenen Themen bereitstellen.

Nach einer kurzen Einführung in den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey wird dieser Beitrag einige Ergebnisse aus der Pilotphase zum Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen vorstellen. Im zweiten Teil wird die Gesundheit von Migrantenkinder und Kindern ohne Migrationshintergrund verglichen und gefragt, inwieweit soziale oder aber kulturspezifische und migrationsbedingte Faktoren für die Unterschiede verantwortlich sind.

Der Kinder- und Jugendgesundheits-survey

Im Zeitraum zwischen Mai 2003 und April 2006 werden etwa 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen null und achtzehn Jahren bundesweit in insgesamt 150 Orten untersucht. Sie werden nach einem statistischen Zufalls-

verfahren aus den jeweiligen Einwohnermel-deregistern ausgewählt und in ein Studienzen-trum eingeladen. Dort finden eine schriftliche Befragung, eine medizinische Untersuchung sowie ein ärztliches Interview statt. Die medi-zinische Untersuchung beinhaltet u.a. einen Sehtest, Körper- und Blutdruckmessungen, eine Schilddrüsenultraschalluntersuchung und verschiedene Tests zur motorischen Ent-wicklung. Außerdem werden Blut- und Urina-lysen vorgenommen. Befragt werden Eltern sowie Kinder und Jugendliche ab dem elften Lebensjahr nach körperlicher und seelischer Gesundheit, nach Krankheiten, Gesundheits-verhalten, Lebensbedingungen sowie nach der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Kurth et al. 2002a,b).

Themenschwerpunkte des Kinder- und Ju-gendgesundheitsurveys

Körperliche Gesundheit

- Allgemeines, körperliche Entwicklung
- akute und chronische Krankheiten
- Unfallverletzungen
- Schmerzen
- Behinderungen
- Schwangerschaft, Geburt
- angeborene Fehlbildungen

Psychische Gesundheit

- frühe Entwicklung
- psychisches Wohlbefinden
- psychische Krankheiten, z.B. Depression
- Verhaltensauffälligkeiten, z.B. ADHS
- Lebensqualität

Soziales Umfeld, Lebensbedingungen

- Soziodemographie
- soziale Ungleichheit
- soziale Kontakte, soziales Netz
- Schutzfaktoren, personale Ressourcen
- Familie, Lebensumfeld

Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken

- Ernährung
- Stillanamnese
- Essstörungen
- Adipositas
- Rauchen, Alkohol-, Drogenkonsum
- Freizeitaktivitäten
- körperliche Aktivität, motorische Kompe-tenz

Gesundheitliche Versorgung

- Impfstatus
- Inanspruchnahme ambulanter Leistungen
- Inanspruchnahme stationärer Leistungen
- Behandlungen
- Medikamentenkonsum
- Krankenversicherung

Wie messen wir soziale Ungleichheit? Ein Merkmal zur Beschreibung der vertikalen sozialen Ungleichheit ist die Schichtzugehörigkeit des Haushaltes, die über das Haushaltsnettoeinkommen, Bildungsniveau und die berufliche Stellung der Eltern im Rahmen der schriftlichen Befragung erfasst wird. Darüber hinaus werden weitere Merkmale für eine differenziertere Beschreibung ungleicher Lebenssituationen erfragt, die die materielle Versorgung des Kindes, Familiensituation, Wohnverhältnisse, Bedingungen in der Kita oder Schule sowie die Freizeit und Gleichaltrigengruppe betreffen (Lampert et al. 2002).

bungsmethoden und Feldzugängen soziale und gesundheitliche Unterschiede angemessen erfasst und abgebildet werden können.

Der allgemeine Gesundheitszustand des untersuchten Kindes wurde im Rahmen des ärztlichen Interviews von den Eltern auf einer Skala mit vier Ausprägungen (sehr gut, gut, zufrieden stellend, weniger gut) eingeschätzt. Wie Abbildung 2 verdeutlicht, bestehen erhebliche Schichtunterschiede in der subjektiven Gesundheit zu Ungunsten von Kindern und Jugendlichen aus der unteren sozialen Schicht. Bei den bis zehnjährigen Kindern sind diese noch stärker ausgeprägt als bei Jugendlichen im Alter von elf bis siebzehn Jahren.

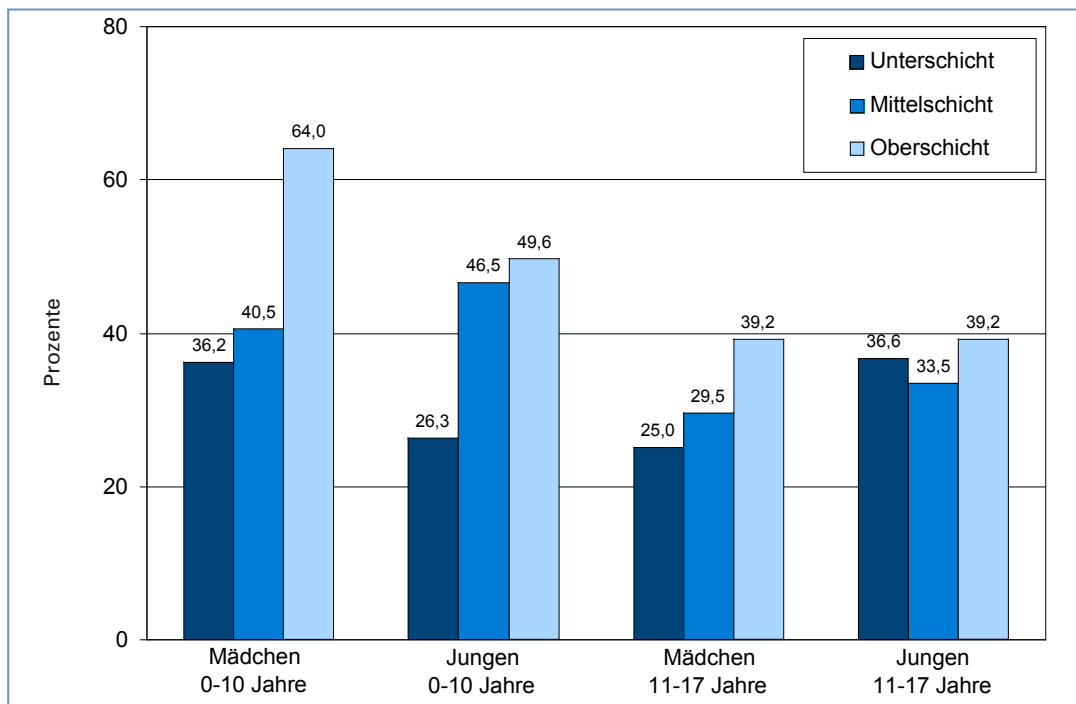


Abb.2: Sehr gut eingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand bei 0- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit (Elternurteil)
Quelle: KiGGS-Pre-Test (N=1.480)

Ergebnisse des Pre-Tests zum Einfluss der Sozialschicht

Vorangegangen ist der Hauptphase ein einjähriger Pre-Test, an dem sich 1.630 Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern aus vier verschiedenen Orten beteiligten. Die Pilotphase wurde vor allem genutzt, um Stichprobendesign, Feldzugang, Erhebungsinstrumente, Strategien zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft – insbesondere auch bei Migranten – sowie den Untersuchungsablauf zu optimieren (Kamtsiuris et al. 2002, Schenk 2002). Im Folgenden werden Pre-Test-Ergebnisse zum Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf einige ausgewählte Aspekte der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen dargestellt. Wenngleich die Ergebnisse nicht repräsentativ für Deutschland sind und auch größere Fallzahlen abzuwarten bleiben, um sich abzeichnende Unterschiede zu bestätigen, so liefern sie doch einen Hinweis darauf, inwieweit mit den vorhandenen Erhe-

Übergewicht wird seit einiger Zeit als ein Gesundheitsproblem im Kindes- und Jugendalter diskutiert. Ein zu hohes Körpergewicht beeinträchtigt nicht nur die Gesundheit und Lebensqualität der Heranwachsenden, sondern bedeutet auch ein erhöhtes Krankheits- sowie Sterberisiko in höheren Lebensjahren. Abbildung 3 zeigt eine schichtabhängige Verteilung von Übergewicht. Übergewicht wird dabei mit Hilfe des Body-Mass-Index unter Nutzung der aktuellsten Referenzwerte für Kinder und Jugendliche in Deutschland bestimmt (Kromeyer-Hauschild 2001). Im Kindesalter sind Mädchen und Jungen aus der untersten Sozialschicht im Vergleich zu ihren Gleichaltrigen aus der höchsten Sozialschicht etwa dreimal so häufig übergewichtig, im Jugendalter immerhin doppelt so oft.

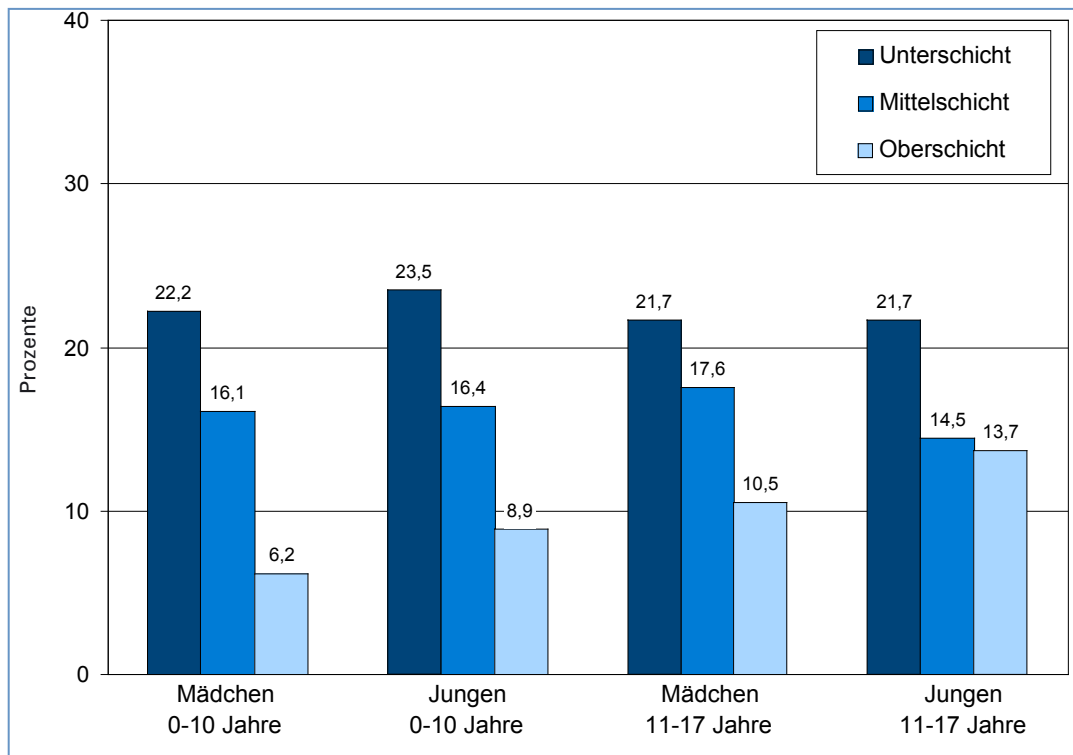


Abb 3: Übergewicht bei unter 18-Jährigen nach Schichtzugehörigkeit (Messwerte)
Quelle: KiGGS-Pre-Test (N=1.384)

Schmerzen sind ein verbreitetes, aber erst wenig untersuchtes Problem bei Kindern und Jugendlichen. Im KiGGS wird daher ein Schmerzfragebogen eingesetzt (Roth-Isigkeit et al. 2002). Tabelle 1 dokumentiert die schichtspezifische Verteilung von Kopfschmerzen, Migräne, Bauch- und Magenschmerzen, Rücken- und Gliederschmerzen sowie Zahnschmerzen. Kopfschmerzen und Migräne treten danach bei Mädchen in der unteren Sozialschicht häufiger auf als in den anderen beiden Schichten. Bei Jungen sind Migräne und vor allem Bauch- bzw. Magenschmerzen besonders häufig in der unteren Sozialschicht zu beobachten. Auch von Zahnschmerzen sind Mädchen und Jungen aus der unteren Sozialschicht am häufigsten betroffen. Allein Rücken- und Gliederschmerzen folgen bei Mädchen wie Jungen einem umge-

kehrten Verteilungsmuster mit der stärksten Betroffenheit in der höchsten Sozialschicht. Dieses Ergebnis widerspricht bisher vorliegenden Untersuchungen, denen zufolge bei Jugendlichen kein Zusammenhang zwischen Rückenschmerzen und Schichtzugehörigkeit besteht (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Vor allem bei den späteren Untersuchungen im vierten und sechsten Lebensjahr driften die Anteile der Nicht-Teilnehmenden zwischen Unterschicht und den anderen sozialen Schichten deutlich auseinander.

Tabelle: Schmerzen in den letzten vier Wochen bei 3- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit (Selbst- oder Elternurteil*; Angaben in Prozent)

	Mädchen			Jungen		
	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
Kopfschmerzen	43,9	37,1	36,5	28,6	26,6	30,0
Migräne	17,9	8,1	7,0	11,3	7,6	7,8
Bauch-/ Magenschmerzen	29,3	31,6	26,9	29,3	16,6	16,2
Rücken-/ Gliederschmerzen	10,4	13,4	16,4	9,3	14,4	15,5
Zahnschmerzen	12,8	9,0	6,6	18,9	8,4	8,4

* Jugendliche ab 14 Jahren wurden selbst zum Vorkommen von Schmerzen befragt. Für Kinder und Jugendliche bis 13 Jahre wird auf die Angaben der Eltern zurückgegriffen.

Quelle: KiGGS-Pre-Test (N=1.342)

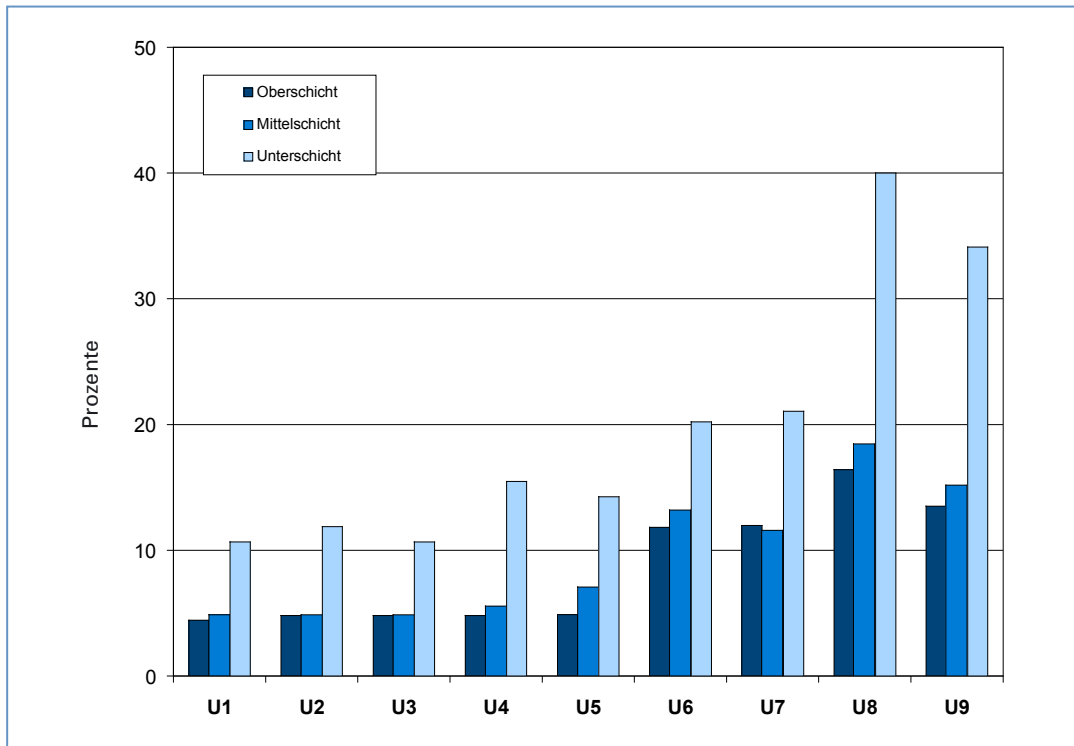


Abb. 4: Nicht-Teilnahme an den U1- bis U9-Untersuchungen nach Schichtzugehörigkeit (Elternangabe)
Quelle: KiGGS-Pre-Test

Die Ergebnisse dokumentieren eindrucksvoll, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Schichtabhängige Unterschiede betreffen dabei sowohl den Gesundheitszustand als auch das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Präventions- und gesundheitsfördernde Konzepte müssen daher zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden und verstärkt Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status erreichen.

Migration und Gesundheitsverhalten

Migranten/innen gehören bekanntermaßen häufiger sozial benachteiligten Schichten an als Nicht-Migranten/innen, was sich auch in den Ergebnissen der KiGGS-Pilotphase widerspiegelt. Sind Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen nun auf diesen Schichteffekt zurückzuführen, oder müssen zusätzlich andere Faktoren zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen diesen beiden Gruppen herangezogen werden, die sich etwa aus einem anderen kulturellen Hintergrund oder aus speziellen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem ergeben? Dieser Frage wird im Folgenden nachgegangen.

Unter Migranten werden Kinder und Jugendliche verstanden, deren Lebenssituation entweder durch eine eigene Migrationserfahrung oder durch die Migrationserfahrung der Eltern geprägt ist. Migranten/innen ist somit gemeinsam, dass sie sich in der Einwanderergesellschaft – gewissermaßen zwischen der

Herkunftskultur und der Kultur des Aufnahmelandes – kulturelle Praktiken aneignen und sozial orientieren. Auch in der dritten Generation kann der Migrationshintergrund noch prägend sein. Migranten/innen der dritten Generation erfassen wir aus Gründen einer ansonsten zu aufwendigen Operationalisierung jedoch nur, sofern sie oder ihre Eltern eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit haben. Bezogen auf die Stichprobenqualität des Pre-Tests muss einschränkend angemerkt werden, dass Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit generell und aus einzelnen Ländern wie der Türkei und Jugoslawien im Besonderen unterrepräsentiert sind.

Am Beispiel der Mundhygiene und Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen soll den Unterschieden zwischen Migranten- und Nicht-Migranten nachgegangen werden: Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien putzen seltener ihre Zähne, gehen in größeren Abständen zum Zahnarzt und sind in geringerem Maße in kieferorthopädischer Behandlung (Abb. 5).

Gleichzeitig wird von einer Schieflage der Kariesverteilung gesprochen (Kühnisch et al. 2003). Im Rahmen von KiGGS wird nicht der Zahnstatus erhoben. Es kann aber die Angabe, ob die Kinder innerhalb der letzten vier Wochen über Zahnschmerzen geklagt haben, als Indikator für die Zahngesundheit herangezogen werden. Danach waren Migrantenkinder wesentlich häufiger von Zahnschmerzen betroffen als Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, wie aus Abbildung 6 hervorgeht.

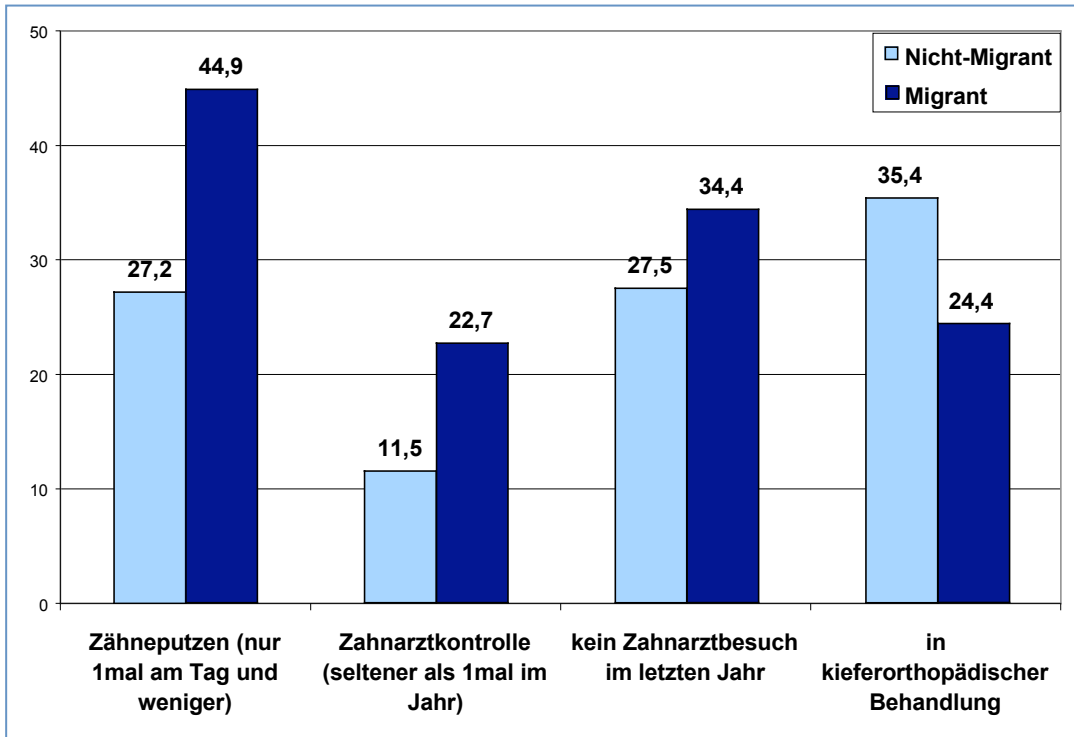


Abb 5: Mundhygiene und Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen von Migranten und Nicht-Migranten
Quelle: RKI-Pre-Test

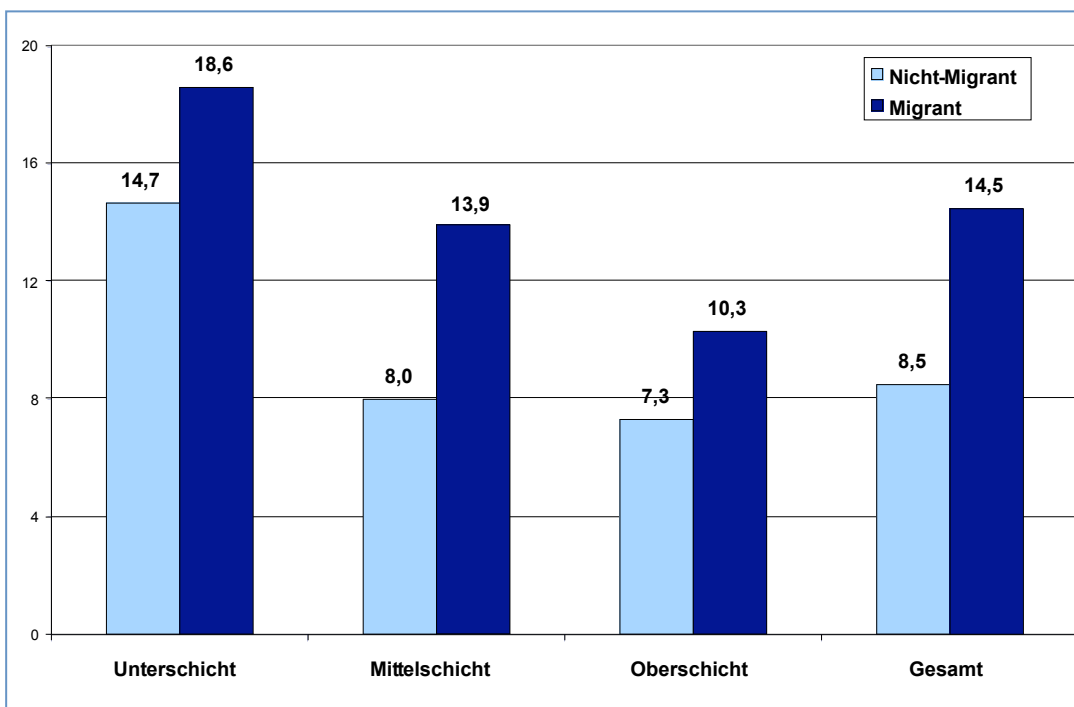


Abb 6: Zahnschmerzen in den letzten vier Wochen von Migranten und Nicht-Migranten
Quelle: RKI-Pre-Test

Eine mögliche Erklärung für die berichteten Unterschiede zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen könnte die überproportionale Zugehörigkeit der Migrantenfamilien zu den unteren sozialen Schichten sein, da Mundhygiene und Zahngesundheit schichtspezifisch geprägt sind (Lampert/ Schenk 2004). Dies soll wiederum am Beispiel des Putzverhaltens geklärt werden. Es zeigt sich hier, dass sich ein Schichtgefälle in beiden Gruppen – sowohl in der Gruppe der Migranten/innen als auch der Nicht-Migranten/innen – finden lässt. Mit der Schicht nimmt jeweils auch die Häufigkeit

des Zähneputzens ab. Gleichzeitig macht Abbildung 7 aber deutlich, dass sich Unterschiede im Putzverhalten zwischen Migranten und Nicht-Migranten in allen drei Schichten gleichermaßen manifestieren.

Da auch bei Kontrolle des Schichteinflusses Differenzen im Gesundheitsverhalten von Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen bestehen bleiben, müssen für diese Unterschiede neben der Schicht noch weitere Faktoren verantwortlich sein. Für den Bereich der Mundhygiene und zahnmedizinischen Prophylaxe sind das zum einen kulturspezifische Besonderheiten,

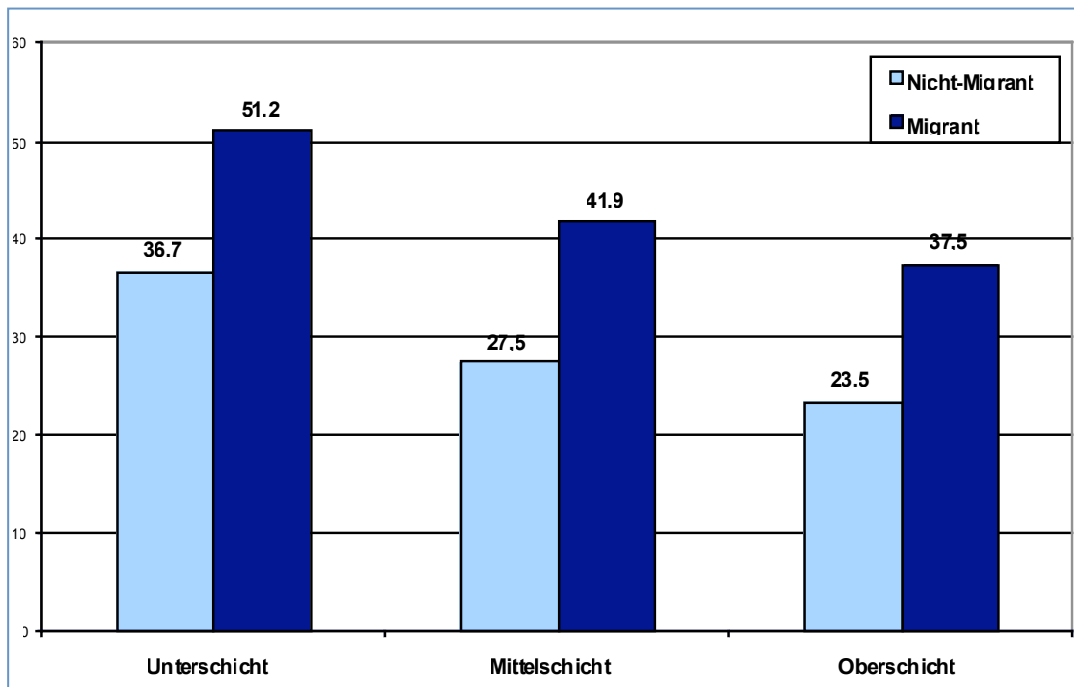


Abb 7: Zahnpflege von Migranten und Nicht-Migranten nach Schichtzugehörigkeit
Quelle: RKI-Pre-Test

wie z.B. durch weniger Zucker geprägte Ernährungsgewohnheiten in den Herkunftsländern und damit einhergehend ein fehlendes Problembewusstsein für die kariogene Wirkung von Zucker, andere Putztechniken oder Unterschiede in den Konzepten von Krankheit und Gesundheit, wonach Gesundheit als gott- oder schicksalsgegeben und daher außerhalb der eigenen Einflussnahme und Verantwortung gesehen wird (Pavkovic 2001, Yüksel 2001). Hürden bei der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen resultieren aus sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient, aus Informationsdefiziten über Prophylaxemöglichkeiten – vor allem wenn sich die Gesundheitssysteme von Herkunfts- und Aufnahmeland unterscheiden –, aus aufenthaltsrechtlichen Beschränkungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, das nur das Recht auf Akut-, nicht aber prophylaktische Behandlung einräumt, sowie aus einer ethnozentristischen Angebotsausrichtung. Fehlendes Verständnis für eine andere Lebensweise, Ernährungs- und Hygienegewohnheiten kann die Angst vorm Zahnarzt vergrößern, Schamgefühle auslösen und deshalb zu einer geringeren Inanspruchnahme führen (Van Steenkiste 2004).

Fazit und Ausblick

Bereits die Ergebnisse des KiGGS-Pre-Tests verdeutlichen, dass sowohl zwischen sozialer Schicht als auch zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen erhebliche Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bestehen. Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen Migranten/innen und Nicht-Migranten/innen lassen sich auch dann finden, wenn der Schichteinfluss kontrol-

liert wird. Zur Erklärung müssen also zusätzlich kulturspezifische und migrationsbedingte Faktoren herangezogen werden. Neben einer schicht- ist damit auch eine kultursensible Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich.

Nach Abschluss der Hauptphase von KiGGS werden die formulierten Hypothesen anhand größerer Fallzahlen unter Einbeziehung weiterer Aspekte des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheit überprüft werden können. Es wird möglich sein, z.B. durch Berücksichtigung von Herkunftsland, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer weitere Einflussfaktoren von gesundheitlicher Ungleichheit zu ermitteln und Zielgruppen für Gesundheitsprävention zu identifizieren und differenzierter zu beschreiben.

Literatur:

Becker, I./ Hauser, R.: „Zur Entwicklung von Armut und Wohlstand in der Bundesrepublik Deutschland – eine Bestandsaufnahme“, in: Butterwegge, C./ Klundt, M. (Hg.): Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien und Sozialpolitik im demografischen Wandel, Opladen 2003, S. 25-41.

Böhm, A./ Ellsäßer, G./ Kuhn, J./ Lüdecke, K., Ranft, M./ Rojas, M.: „Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg“, in: Das Gesundheitswesen, 65, 2003, S. 219-225.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Lebenslagen in Deutschland – Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn 2001.

- Ellsäßer, G./ Böhm, A./ Kuhn, J./ Lüdecke, K./ Rojas, G.: „Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern – Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen“, in: *Kinderärztliche Praxis*, 4, 2002, S. 248-257.
- Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hg.): *Jugendgesundheitsurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*, Weinheim/München 2003.
- Kamtsiuris, P/ Bergmann, K. E./ Dippelhofer A./ Hölling, H./ Kurth, B.-M./ Thefeld, W.: „Der Pre-Test des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys: Methodische Aspekte und Durchführung“, in: *Das Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 99-106.
- Klocke, A.: „Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit“, in: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 03/01, Robert Koch-Institut, Berlin 2001.
- Kromeyer-Hauschild, K./ Wabitsch, M./ Kunze, D. et al.: „Perzentilen für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben“, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 149, 2001, S. 807-818.
- Kühnisch, J./ Senkel, H./ Heinrich Weltzien, R.: „Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises“, in: *Das Gesundheitswesen*, 65, 2003, S. 96-101.
- Kurth, B.-M./ Bergmann, K. E./ Dippelhofer, A./ Hölling, H./ Kamtsiuris, P./ Thefeld, W.: „Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden“, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45 (11), 2002, S. 852-858.
- Kurth, B.-M./ Bergmann, K. E./ Hölling, H./ Kahl, H./ Kamtsiuris, P./ Thefeld, W.: „Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – Das Gesamtkonzept“, in: *Das Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 3-11.
- Lampert, T./ Schenk, L./ Stolzenberg, H.: „Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“, in: *Das Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 48-52.
- Lampert, T./ Schenk, L.: „Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. Konzeptionelle und analytische Zugänge des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)“, in: Jungbauer-Gans, M./ Kriwy, P. (Hg.): *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*, Weinheim/ München 2004.
- Pavkovic, G.: „Auswirkungen von Familie und Erziehung in verschiedenen Kulturen auf die Mundgesundheit“, in: Schneller, T./ Salman, R./ Goepel, Ch. (Hg.): *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa*, Bonn 2001, S. 77-90.
- Ravens-Sieberer, U./ Thomas, C./ Erhart, M.: „Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen“, in: Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Jugendgesundheitsurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*, Weinheim/München 2003, S. 19-98.
- Roth-Isigkeit, A./ Ellert, U./ Kurth, B.-M.: „Die Erfassung von Schmerz in einem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“, in: *Das Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 125-129.
- Schenk, L.: „Migrantenspezifische Teilnahmehemmnisse und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“, in: *Das Gesundheitswesen*, 64 (Sonderheft 1), 2002, S. 59-68.
- Van Steenkiste, M. (2004): „Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellung zum Zahnarzt bei deutschen und türkischen Eltern“, in: *Das Gesundheitswesen*, Bd. 66 2004, S.93-101.
- Yüksel, T.: „Oralprophylaxe in der islamischen Kultur“, in: Schneller, T./ Salman, R./ Goepel, Ch. (Hg.): *Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa*, Bonn 2001, S. 91-97.

Kontakt:

Liane Schenk
 Robert-Koch-Institut Berlin
 Seestraße 10
 13353 Berlin
 Telefon: 0188/87543447
 Email: SchenkL@rki.de