Panagiotis Kamtsiuris, Michael Lange

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys

Korrespondenzadresse:

Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin
kamtsiurisp@rki.de

KiGGS-Geschäftsstelle:

Seestr. 10
13353 Berlin

03018 / 754–3499

kiggsinfo@kiggs.de

www.kiggs.de

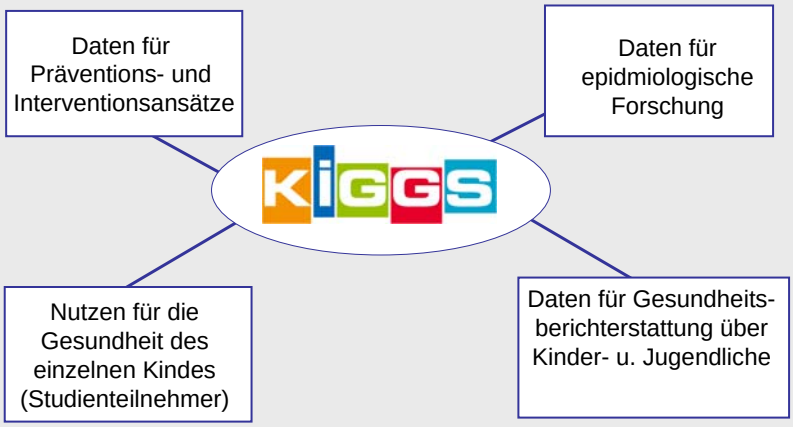
Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Zielstellung

Von Mai 2003 bis Mai 2006 hat das Robert Koch-Institut den Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) durchgeführt.

Ziel dieser bundesweiten Studie war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren zu erheben.

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Nutzen des Surveys

Die derzeit verfügbaren Informationen über die Verbreitung von Krankheiten und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung unter 18 Jahren sind unzureichend und lassen keine bundesweit vergleichbaren Aussagen zum Gesundheitszustand zu.



Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Auftraggeber und Beteiligte

- Die Studie wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert.
- Konzipiert und durchgeführt wurden die Untersuchungen durch das Robert Koch-Institut.
- Das Vorhaben wurde im Vorfeld durch die Ethikkommission der Charité begutachtet und positive bewertet.
- Der Bundesbeauftragte und die Landesbeauftragten für den Datenschutz haben eine positive Stellungnahme zum Survey abgegeben.
- Die Einhaltung von Qualitätsstandards bei der Stichproben-ziehung, der Durchführung der Untersuchungen sowie der Datenverarbeitung wurde von einer externen Qualitätskontrolle (GSF, München) gewährleistet.

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Auftraggeber und Beteiligte

- Weiterhin wurde das Robert Koch-Institut bei der Konzipierung und Durchführung durch einen Wissenschaftlicher Beirat begleitet.

Mitglieder:

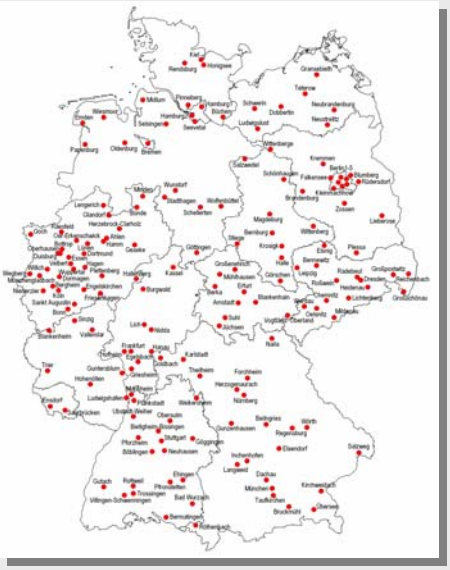
Herr Prof. Dr. Brehm, Universität Bayreuth
Herr Prof. Dr. Brennecke, Humboldt-Universität zu Berlin
Frau Dr. Heudorf, Gesundheitsamt Frankfurt
Herr Prof. Dr. Hesse, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Lindenhof, Berlin
Herr Prof. Dr. Jöckel, Universitätsklinikum Essen
Herr Prof. Dr. Resch, Universitätsklinikum Heidelberg
Herr Prof. Dr. Schlack, Kinderneurologisches Zentrum Bonn
Herr Prof. Dr. Sitzmann, Universitätsklinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Homburg
Frau Prof. Dr. Thyen, Universitätsklinikum Lübeck
Herr Prof. Dr. Wolke, University of Warwick, UK

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Stichprobenziehung

Kooperation mit ZUMA Mannheim

Die Untersuchungen wurden bundesweit in 167 Städten und Gemeinden (Sample Points) durchgeführt.

Die Jungen und Mädchen im Alter von 0-17 Jahren wurden zufällig aus den Melderegistern der Einwohnermeldeämter ausgewählt.



Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Untersuchungsprogramm und -durchführung

Die Untersuchungen wurden von vier ärztlich geleiteten Untersuchungsteams vor Ort durchgeführt.

Für die Untersuchungen wurden eigens spezielle Untersuchungszentren vor Ort eingerichtet

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Untersuchungsprogramm

Das nach Altergruppen gestaffelte Untersuchungsprogramm bestand aus:

schriftliche Befragung der Eltern und der Jugendlichen von 11-17 Jahren

Medizinische Untersuchungen und Tests

computergestütztes ärztliches Elterninterview

Blut- und Urinprobe

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Gegenstand der Untersuchung

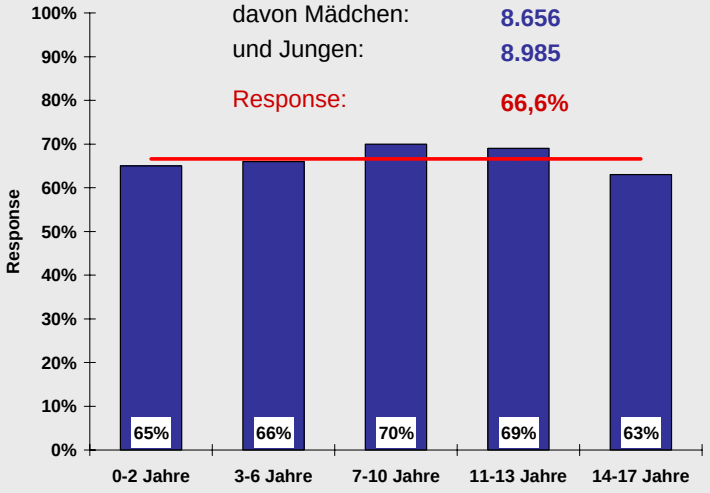
Gegenstand der Untersuchung waren:

- körperliche Beschwerden und Befindlichkeit
- akute und chronische Krankheiten
- Behinderungen
- Gesundheitsrisiken und Unfälle
- psychische Gesundheit: Verhaltensauffälligkeiten, Lebensqualität, Schutz-faktoren
- Ernährung, Essstörungen und Adipositas
- Gesundheitsverhalten und Freizeitaktivitäten
- Medikamentenkonsum, Impfstatus, Inanspruch-nahme medizinischer Leistungen
- Körpermaße
- motorische Leistungsfähigkeit
- Sehvermögen
- Blutdruck
- Blut- und Urinparameter
- Schilddrüsensonografie

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Zahlen zur Teilnahme

Gesamtteilnehmerzahl: **17.641**
davon Mädchen: **8.656**
und Jungen: **8.985**

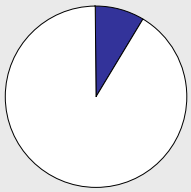
Response: **66,6%**



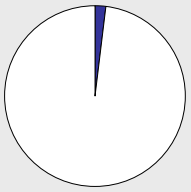
Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Zusammensetzung der Stichprobe

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey ist eine bundesweit repräsentative Stichprobe für die Wohnbevölkerung der unter 18-Jährigen in Deutschland

Anteil der Teilnehmer ohne deutsche Staatsangehörigkeit



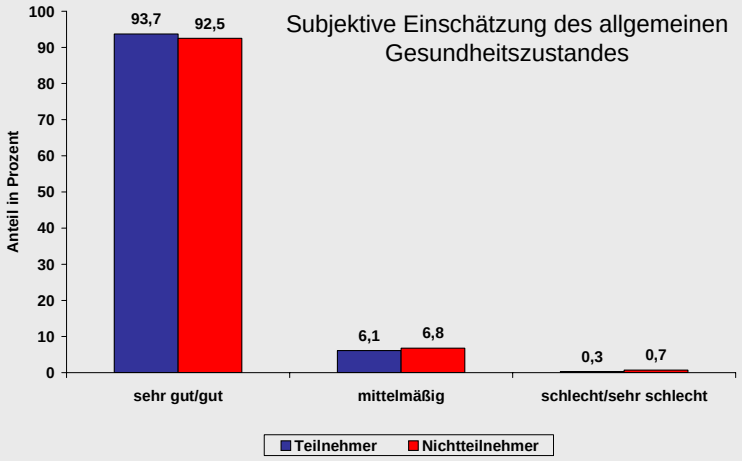
Anteil der Teilnehmer mit anerkannten Behinderungen



Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Repräsentativität: Teilnehmer vs. Nichtteilnehmer

Kurzfragebogen für Nichtteilnehmer: 6.124 (67% der Nichtteilnehmer)

Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes



Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Modularer Aufbau

Modul psychische Gesundheit
bellaSTUDIE
RKI/Stifterverband
Teilstichprobe:
2.863 Teilnehmer

Motorik-Modul
MoMo
BMFSFJ
Teilstichprobe:
4.529 Teilnehmer

KiGGS
RKI/BMG/BMBF
17.641 Teilnehmer

Kinder-Umwelt-Survey
Umwelt Bundes Amt
BMU/UBA
Teilstichprobe:
1.790 Teilnehmer

nachfolgendes Modul 01/06-12/06
EsKiMo
BMELV
Teilstichprobe:
geplant
2.400 Teilnehmer

Ländermodul Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein
Land Schleswig-Holstein
Zusatzstichprobe:
1.630 Teilnehmer

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Schlussfolgerungen

- Die Stichprobe weist eine hohe Repräsentativität für die Wohnbevölkerung der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland auf.
- Die Daten ermöglichen die Verknüpfung vielfältiger Informationen und bilden damit eine konjunkte Datenbasis.
- Durch die Auswertungen können Eckwerte (Prävalenzen/Häufigkeiten und Durchschnittswerte) für die wichtigsten Gesundheitsthemen ermittelt werden.
- Die Daten ermöglichen die Bildung von Referenz- und Normwerten für verschiedene Parameter.

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Danksagung an die Kinder und Eltern

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika
Danksagung an die Unterstützer aus …

Ahlen Arnstadt Bad Wurzach Beilngries Bennewitz Bergheim Berka v. d. Hainich Berlin Bermatingen Bernburg (Saale) Bietigheim-Bissingen Blankenhain Blankenheim Blumberg Böblingen Bonn Bottrop Brandenburg an der Havel Bremen Bruckmühl Büchen Bünde Burgwald Chemnitz Dachau Dobbertin Dormagen Dortmund Dresden Duisburg Egelsbach Ehingen (Donau) Elsendorf Elsnig Emden Engelskirchen Ensdorf Erfurt Essen Falkensee Forchheim Frankfurt am Main Friesenhagen Geseke Glandorf Goch Göggingen Goldbach Görschen Göttingen Gransebieth Griesheim Großenehrich Großpostwitz/O.L. Großschönau Guntersblum Gunzenhausen Gutach im Breisgau Hagen Halle (Saale) Hallenberg Hamburg Hamm Hanau Heidenau Herzebrock-Clarholz Herzogenaurach Hofheim am Taunus Hohenöllen Honigsee Inchenhofen Jüchsen Karlstadt Kassel Kiel Kirchweidach Kleinmachnow Köln Kremmen Krosigk Langweid a. Lech Leipzig Lengerich Lich Lichtenberg/Erzgebirge Lieberose Ludwigshafen am Rhein Ludwigslust Lünen Lutherstadt Wittenberg Magdeburg Mannheim Midlum Mildenau Minden Mönchengladbach Mühlhausen/Thüringen München Naila Neubrandenburg Neuhausen auf den Fildern Neustrelitz Nidda Niederzier Nürnberg Oberhausen Obersulm Oelsnitz/Erzgeb. Oer-Erkenschwick Oldenburg Papenburg Pforzheim Pfronstetten Pinneberg Plankstadt Plessa Plettenberg Radebeul Raesfeld Regensburg Reichenbach/O.L. Rendsburg Roßwein Röthenbach (Allgäu) Rottweil Rüdersdorf Saarbrücken Salzwedel Salzweg Sankt Augustin Schellerten Schönhausen Schwerin Seevetal Selsingen Sinzig Stadthagen Stiege Stuttgart Suhl Taufkirchen Teterow Theilheim Trier Trossingen Übersee Ubstadt-Weiher Vallendar Velbert Villingen-Schwenningen Vogtländisches Oberland Wegberg Weikersheim Werdau Wiesmoor Willich Wittenberge Wolfenbüttel Wörth a. d. Donau Wunstorf Wuppertal Zossen

Angelika Schaffrath Rosario, Bärbel-M. Kurth

Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas

Korrespondenzadresse:

Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin
rosarioa@rki.de

KiGGS-Geschäftsstelle:

Seestr. 10
13353 Berlin

03018 / 754–3499

kiggsinfo@kiggs.de

www.kiggs.de

Werden Kinder in Deutschland immer dicker?

Einer Studie des Verbraucherministeriums zufolge sind **42 Prozent** der 10- bis 11-Jährigen übergewichtig. Zuvor war man lediglich von 27 Prozent ausgegangen.
STZ **16.07.2004**

Deutschland, ein Land voll schlapper, dicker Kinder?
Immer mehr Kinder seien dick, und ihr kardiales Risiko sei erhöht, sagen Pädiater und Gesundheitspolitiker / Noch fehlen jedoch genaue Daten

Jeder **dritte** heutige Schulanfänger zu dick? Wissenschaftlich lässt sich diese Behauptung nicht untermauern.
FAZ am Sonntag **27.06.2004**

Übergewicht und Fettleibigkeit bei Zehnjährigen: **20%** bei Mädchen, **17%** bei Jungen.
FAZ **15.09.2006**

Jedes fünfte Kind ist zu dick
…10 bis 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig.
Berlin (ddp), Bundestag/Ernährung/HIG **17.06.2004**

Übergewicht: Ursachen und Folgen

- **Ursachen**
  - Lebensstil
  - Lebensbedingungen
  - genetische Veranlagung
- **Folgen**
  - Folgeerkrankungen wie Störungen des Fettstoffwechsels, Diabetes, Bluthochdruck, orthopädische Erkrankungen
  - psycho-soziale Beeinträchtigungen
  - hohe Kosten für das Gesundheitswesen

KiGGS
Methoden

Mit den Ergebnissen von KiGGS liegen nun erstmals **repräsentative bundesweite** Zahlen für **alle** Altersgruppen vor.

- Körpergröße und Gewicht standardisiert gemessen
- akzeptables Maß für den Fettanteil an der gesamten Körpermasse:
  Body-Mass-Index (BMI)

  Körpergewicht / quadr. Körpergröße (kg/m^2)
- Auswertung hier eingeschränkt auf Kinder ab 3 Jahren

Methoden
Übergewicht und Adipositas – Wie definiert man das?

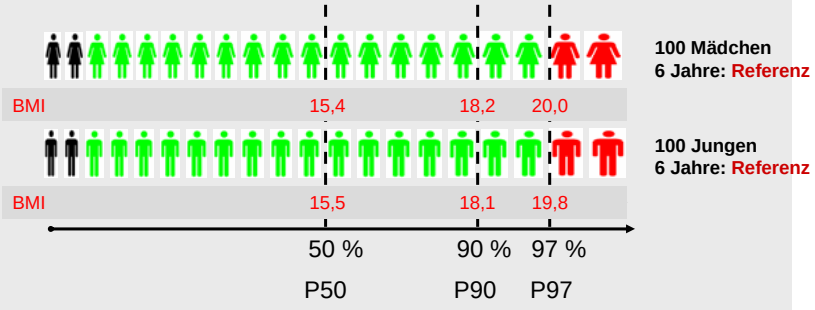
Bei Erwachsenen (WHO-Kriterien):

- Übergewicht: Body-Mass-Index > 25 kg/m²
  Adipositas (Fettleibigkeit): Body-Mass-Index > 30 kg/m²
- Richtwerte angelehnt an das Risiko für gesundheitliche Folgeschäden

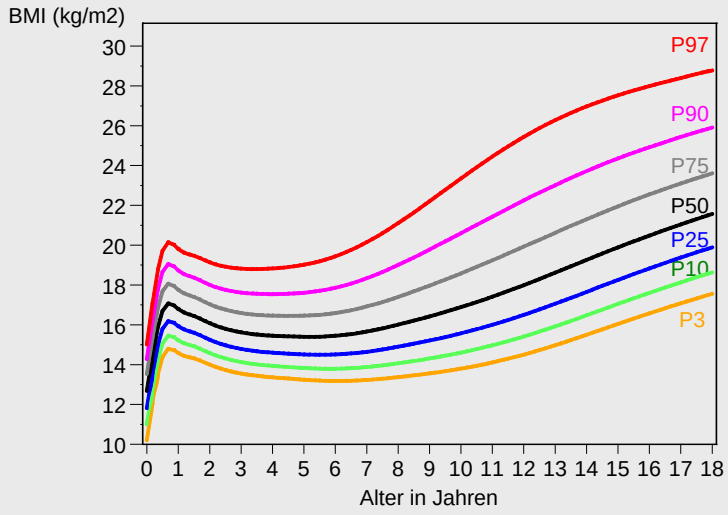
Bei Kindern und Jugendlichen:

- alters- und entwicklungsabhängige Unterschiede bei Größe, Gewicht und Body-Mass-Index (BMI)
  → keine konstanten Richtwerte
- es ist noch nicht ausreichend bekannt, in welchem Alter welcher BMI zu gesundheitlichen Folgeschäden führt

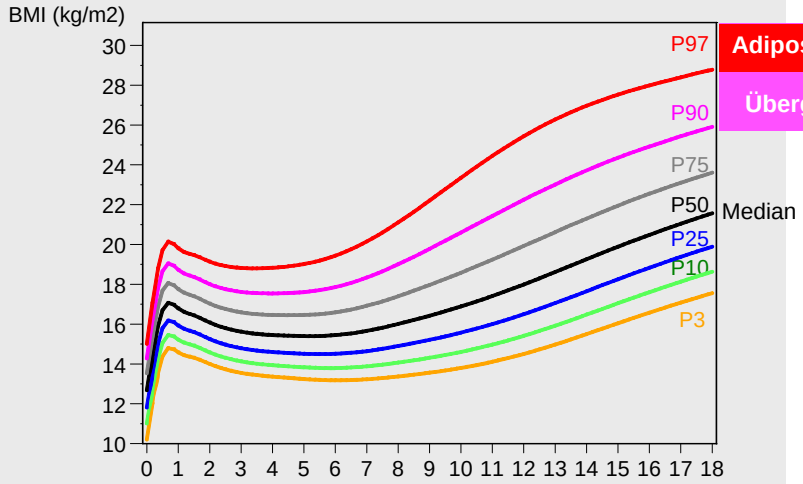
Methoden
Perzentile



Methoden
Perzentile anders dargestellt



Methoden
Statistische Definition von Adipositas und Übergewicht anhand der Perzentile



Referenzdaten: Kromeyer-Hauschild et al., Daten von 1985-1999

Methoden
Statistische Definition von Adipositas und Übergewicht anhand der Perzentile

- Referenzwert für **Übergewicht:** **90%**-Perzentil P90
  - in der Referenzgruppe:
    die 10% „dicksten“ Kinder sind übergewichtig

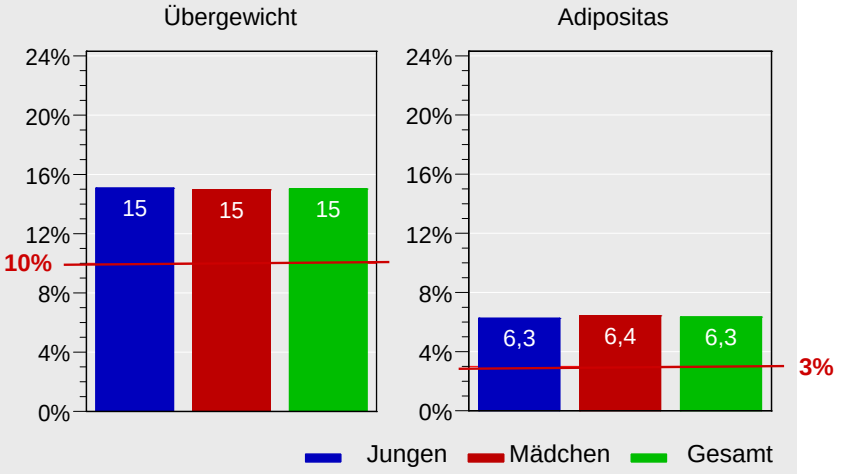
- Referenzwert für **Adipositas:** **97%**-Perzentil P97
  - in der Referenzgruppe:
    die 3% „dicksten“ Kinder sind adipös (fettleibig)
  - Untergruppe der Übergewichtigen

Ergebnisse

Ergebnisse
Kinder und Jugendliche von 3-17 Jahren

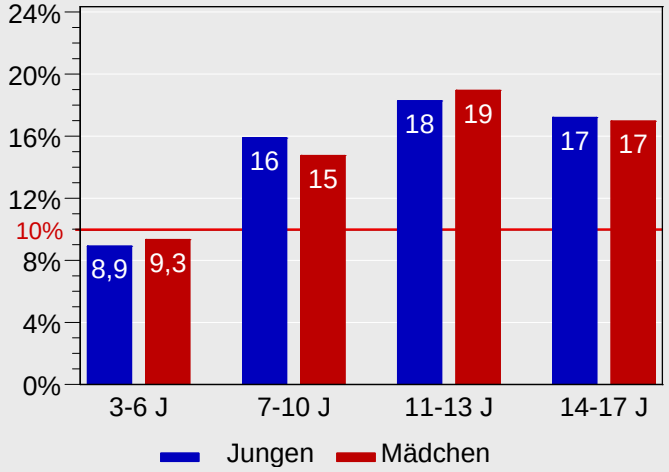
- Häufigkeit von **Übergewicht** (BMI > P90): **15%**
  - ca. 1,9 Millionen übergewichtige Kinder und Jugendliche
  - auf Basis der Referenzdaten von 1985-1999 **Anstieg um 50%**
- Häufigkeit von **Adipositas** (BMI > P97): **6,3%**
  - ca. 800 000 der 1,9 Mill. übergewichtigen Kinder und Jugendlichen sind adipös
  - auf Basis der Referenzdaten von 1985-1999 **verdoppelt**

Ergebnisse: Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas
Kinder und Jugendliche von 3-17 Jahren



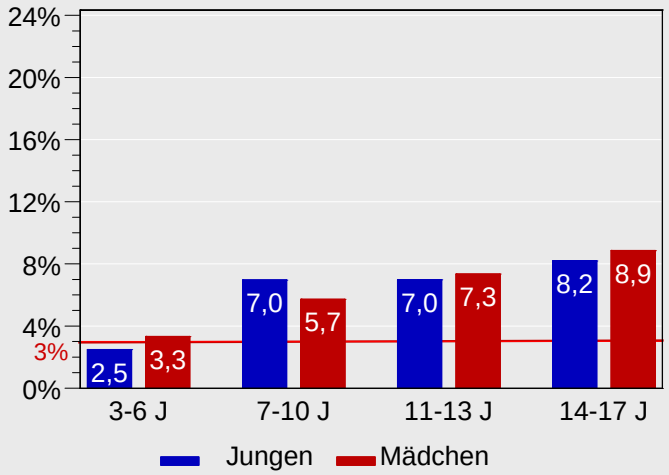
Deutlicher Anstieg gegenüber Referenzdaten 1985-1999.
Keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen.

Ergebnisse
Verbreitung von Übergewicht nach Altersgruppen



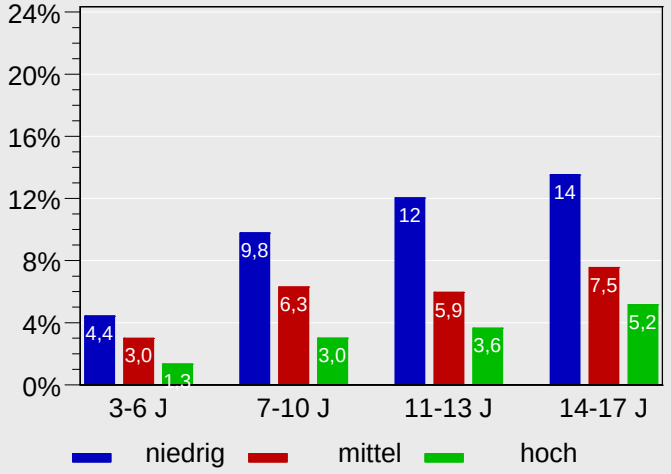
Starker Anstieg im Grundschulalter, danach nur noch leichter weiterer Anstieg.

Ergebnisse
Verbreitung von Adipositas nach Altersgruppen



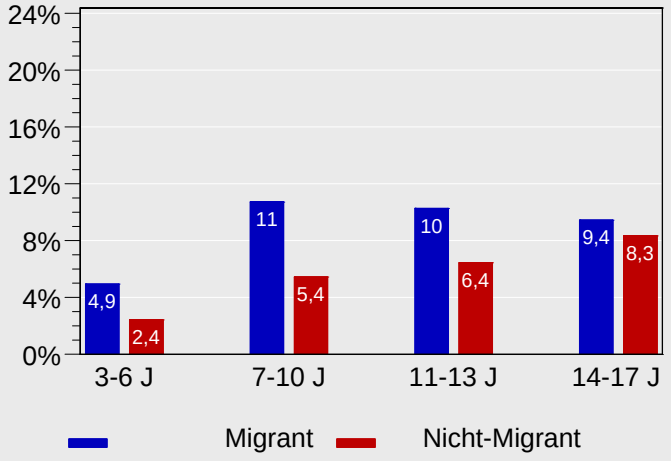
Starker Anstieg im Grundschulalter, bei den Jungen besonders ausgeprägt.

Ergebnisse: Häufigkeit von Adipositas nach Sozialstatus



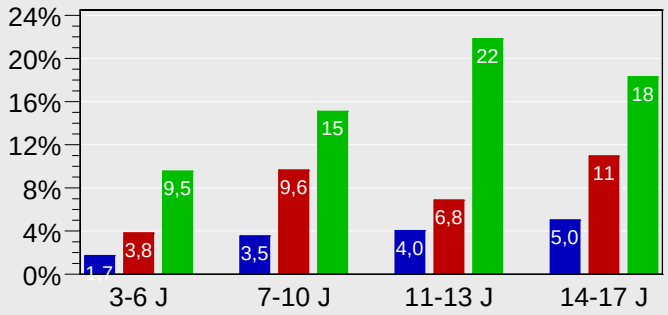
Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus sind häufiger von Adipositas betroffen.

Ergebnisse: Häufigkeit von Adipositas nach Migrantenstatus



Bei Kindern aus Migrantenfamilien liegt die Adipositasrate höher.

Ergebnisse: Häufigkeit von Adipositas nach Body-Mass-Index der Mutter

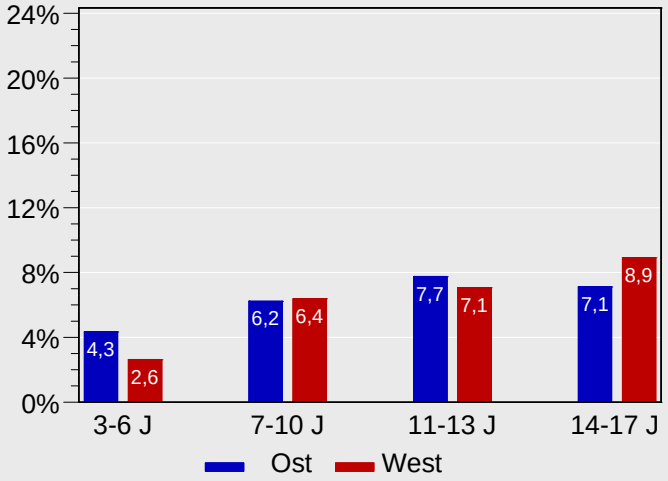


Adipositas tritt häufiger bei Kindern auf, deren Mutter übergewichtig oder adipös ist. ◀ genetische Faktoren und familiäre Lebensbedingungen / Verhaltensweisen

Unter-/Normalgewicht
Übergewicht
Adipositas der Mutter

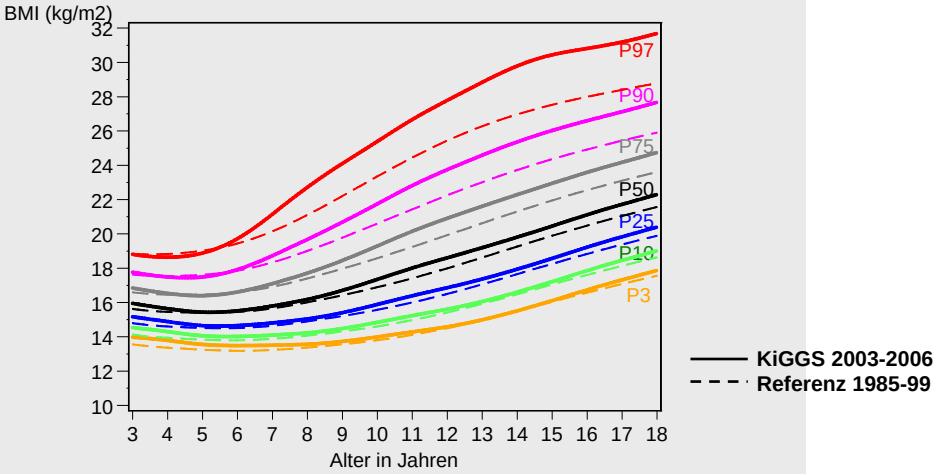
berechnet anhand der subjektiven Angaben der Mutter zu Größe und Gewicht

Ergebnisse: Häufigkeit von Adipositas im Ost-West-Vergleich



Keine klaren Ost-West-Unterschiede.

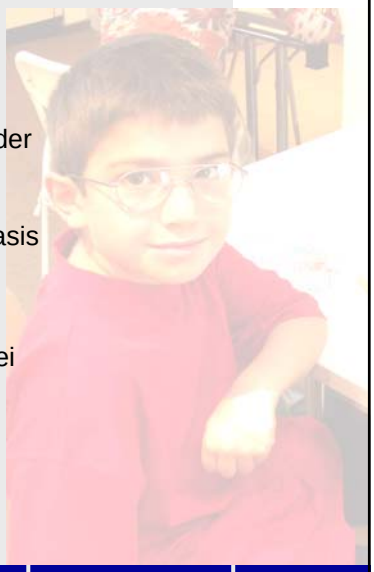
Zeitlicher Trend: Verteilung des Body-Mass-Index in KiGGS im Vergleich zu den Referenzdaten
Jungen 3-17 Jahre



Mit zunehmendem Alter verschiebt sich die gesamte Verteilung nach oben, vor allem aber die oberen Perzentile.

Zusammenfassung

- Jedes **6.-7.** Kind bzw. Jugendliche ist übergewichtig,
  jedes **16.** Kind im Grundschulalter und jeder **12.** Jugendliche ab 14 Jahren adipös.
- Die Häufigkeit von **Übergewicht** ist auf Basis der Referenzdaten von 1985-1999 um die Hälfte gestiegen.
- Die **Adipositas**rate hat sich verdoppelt, bei Jugendlichen ab 14 Jahren nahezu verdreifacht.
- Der Anstieg beginnt im Grundschulalter.



Ausblick
Zukünftige Auswertungen mit den KiGGS-Daten

- Zusammenhang mit z.B.
  - Geburtsgewicht
  - Stillen
  - Bewegung
  - Ernährung
  - Schlafdauer
  - Zeit vor Fernsehen und Computer

- gesundheitliche Folgen
- psychische Zusammenhänge

Fazit

- Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen ist in der Tat angestiegen.
- 85% der Kinder sind **nicht** übergewichtig.
- Risikogruppen sind zum Teil bekannt
  → Prävention sollte zielgerichtet erfolgen
- Eltern in Prävention einbeziehen, aber nicht mit dem Problem allein lassen

Heike Hölling, Robert Schlack

Essstörungen

Korrespondenzadresse:

Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin
hoellingh@rki.de

KiGGS-Geschäftsstelle:

Seestr. 10
13353 Berlin

03018 / 754–3499

kiggsinfo@kiggs.de

www.kiggs.de

Essstörungen – nicht nur ein Thema des 21. Jahrhunderts!

Im Struwwelpeter
von H. Hoffmann, 1844

Essstörungen - auch ein gesellschaftliches Problem!

Kinder sorgen sich um Übergewicht

Experten schlagen Alarm: Schon Fünfjährige leiden an Schlankheitswahn

SYDNEY – Das weithin gültige Schlankheitsideal macht immer mehr jungen Mädchen zu schaffen. Inzwischen würden selbst bei fünfjährigen Mädchen negative Auswirkungen von Übergewichtigkeit auf das Selbstbewusstsein registriert, sagte der Forscher Andrew Hill von der Universität Leeds am Montag auf dem Internationalen Kongress zu Übergewicht in Sydney.

„Kinder werden sich in immer jüngerem Alter ihrer äußerlichen Erscheinung bewusst", sagte der Professor. Davon hingen psychologische Faktoren wie Selbstwertgefühl, körperliche Stärke und die Wahrnehmung der eigenen Attraktivität ab. Schon eine moderate Gewichtsabnahme könne das Wohlbefinden der Mädchen steigern.

Bei älteren Frauen setzten sich die problematischen A… gen von Übe… sensch… Univer… wachse… Zusammenhan… …schen Übergewicht und depressiven Neigungen fest. Frauen, die übergewichtig sind und sich wenig bewegten, wiesen ein „erhöhtes Risiko für Depressionen" auf, sagte sie vor dem Kongress, auf dem sich 2000 internationale Fachleute zusammengefunden haben. Übergewichtige Frauen schafften seltener einen höheren Bildungsabschluss und seien … mit Beruf, … unden als … cht. … treffens ist es, … Kampf gegen Übergewicht und seine Folgen zu finden. Tagungspräsident Paul Zimmer nannte Übergewicht zur Eröffnung des Kongresses eine „heimtückische, schleichende Pandemie, die inzwischen die ganze Welt befällt". Der internationale Kongress wird alle vier Jahre abgehalten. *AFP*

BERLINER MORGENPOST
DIENSTAG, 5. SEPTEMBER 2006

Was sind Essstörungen?

Essstörungen gehören zu den Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD10)

- Magersucht (Anorexia Nervosa) AN
- Ess-Brechsucht (Bulimia Nervosa) BN
- Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung (Binge Eating Disorder) BED
- Fettsucht (Adipositas) Essattacken im Zusammenhang mit psychischen Störungen
- Sonstige Essstörungen (atypische Anorexie oder Bullimie, psychisch bedingter Appetitverlust, wiederholtes Kauen und Ausspucken von Nahrungsmitteln, ohne sie herunter zu schlucken)

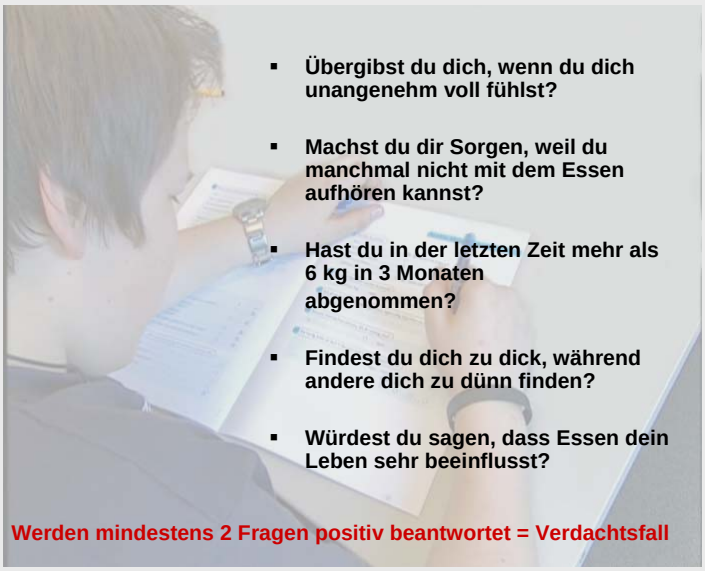
Die Krankheitsbilder gehen oft fließend ineinander über.

Risikofaktoren für Essstörungen

Erfassung von Essstörungen in KiGGS

- Schriftliche Befragung der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren
- Instrument: „SCOFF“- Fragebogen
  - Screening- Instrument zur Identifizierung möglichen essgestörten Verhaltens.
  - Verdachtsfälle können identifiziert werden, es werden keine Diagnosen gestellt.
  - Die Identifizierung von einzelnen Krankheitsbildern ist mit dem Fragebogen nicht möglich.

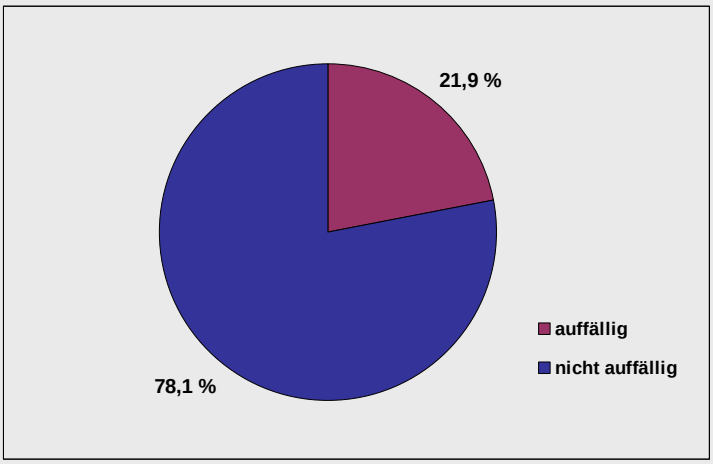
Der SCOFF- Fragebogen



- Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?
- Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?
- Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen?
- Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?
- Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?

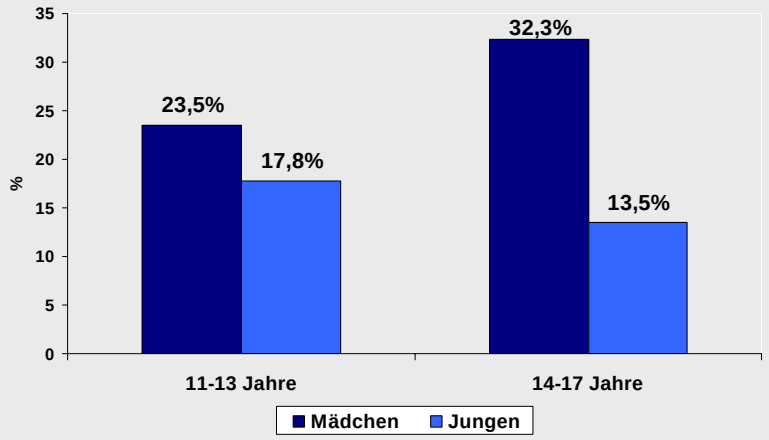
Werden mindestens 2 Fragen positiv beantwortet = Verdachtsfall

Essstörungen (SCOFF)
Häufigkeit bei Kindern und Jugendlichen 11-17 Jahre



Mehr als jedes 5. Kind in Deutschland zeigt Symptome einer Essstörung!

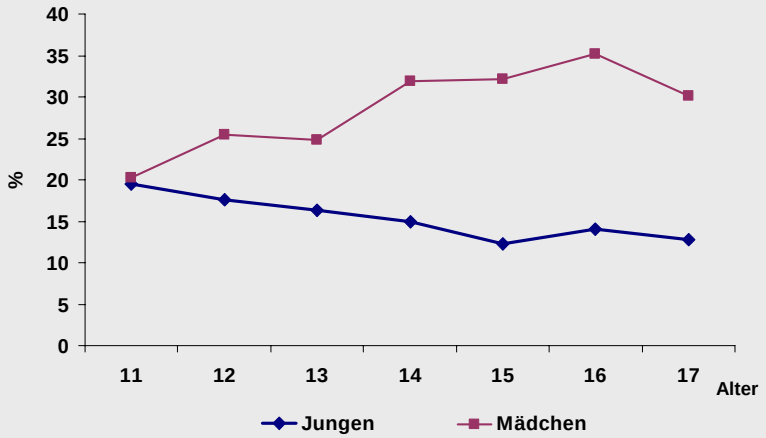
Essstörungen (SCOFF)
Häufigkeiten nach Altersgruppen und Geschlecht



Mädchen sind häufiger auffällig als Jungen.

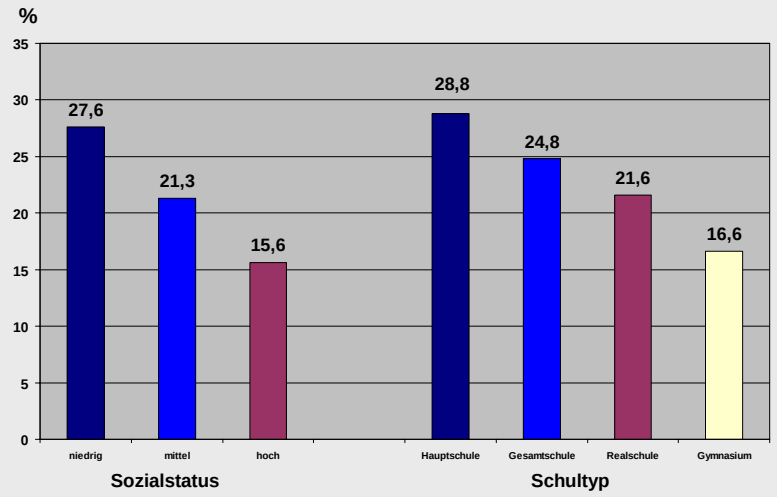
In der Altersgruppe der 14 – 17Jährigen nimmt der Anteil der Auffälligen bei den Mädchen zu, bei den Jungen hingegen ab.

Essstörungen (SCOFF)
Altersverlauf (Jungen, Mädchen)



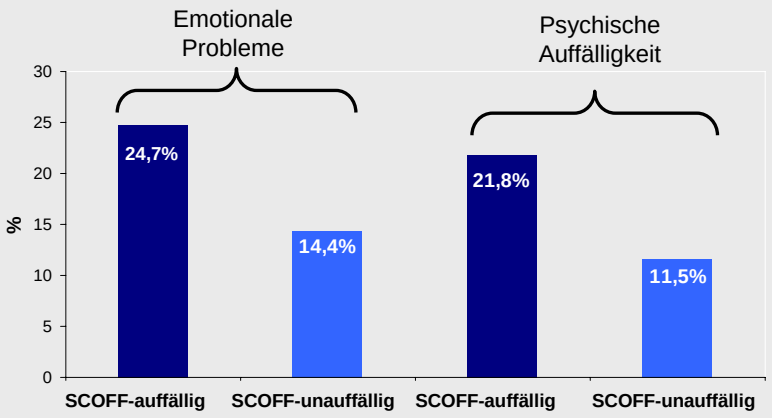
Im Altersverlauf nimmt Anteil der Auffälligen (SCOFF) bei den Mädchen um ca. 50% zu, bei den Jungen hingegen um etwa ein Drittel ab.

Essstörungen (SCOFF)
Häufigkeiten nach sozialem Status und Schultyp



Der Anteil der SCOFF-Auffälligen ist in der niedrigen Sozialschicht und in der Hauptschule fast doppelt so hoch wie in der oberen Sozialschicht bzw. im Gymnasium.

Essstörungen (SCOFF) und Psychische Auffälligkeit (SDQ)
Emotionale Probleme („Depressivität“) und SDQ-Gesamtproblemwert - Elternurteil -



SCOFF-Auffällige haben häufiger emotionale Probleme und zeigen vermehrt psychische Auffälligkeiten als SCOFF-Unauffällige.

Essstörungen (SCOFF)
BMI bei Auffälligen und Unauffälligen

(Perzentilen nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001)

	BMI	
BMI	SCOFF-auffällig	SCOFF-unauffällig
<P10	1,9%	9,1%
>=P10 <P90	63,4%	78,2%
>P90	34,7%	12,7%

SCOFF-auffällige Kinder und Jugendliche sind häufiger übergewichtig als Unauffällige!

Essstörungen (SCOFF)
Körperselbstbild bei SCOFF-auffälligen und unauffälligen Kindern und Jugendlichen mit Normalgewicht

	Körperselbstbild bei Normalgewichtigen (>=P10 <P90)	
	SCOFF-auffällig	SCOFF-unauffällig
viel/etwas zu dünn	3,2%	15,3%
genau richtig	20,1%	56,1%
viel/etwas zu dick	76,7%	28,6%

SCOFF-auffällige Kinder und Jugendliche mit Normalgewicht schätzen sich deutlich häufiger als „zu dick“ ein als Unauffällige.

Essstörungen (SCOFF)
Tägliches Rauchen (14 – 17Jährige)

	SCOFF-Auffällige	SCOFF-Unauffällige
Jungen	28,4%	20,2%
Mädchen	26,0%	18,1%

SCOFF-auffällige Jungen und Mädchen rauchen mehr als Unauffällige.

Essstörungen (SCOFF)
Sexuelle Belästigung im subjektiven Selbstbericht

	jemals sexuell belästigt			
	11 – 13 Jahre		14 – 17 Jahre	
	SCOFF-auffällig	SCOFF-unauffällig	SCOFF-auffällig	SCOFF-unauffällig
Mädchen	5,9%	1,3%	17,3%	9,9%
Jungen	7,5%	3,1%	5,4%	1,9%

- **SCOFF-Auffällige berichten häufiger über sexuelle Belästigung als Unauffällige**
- **Bei Mädchen steigt Angabehäufigkeit mit dem Alter an, während sie bei den Jungen abnimmt.**

Weitere Auswertungen sind geplant…

Zusammenhangsanalysen mit:

- Arzneimittelgebrauch
- Ernährung
- Familienklima
- Hyperaktivität
- Reife
- Gewalt
- Migration
- Vergleich von Elternangaben und Selbstbericht

Schlussbewertung

- 21,9% der 11-17Jährigen weisen Merkmale einer Essstörung auf
- Mädchen sind fast doppelt so häufig betroffen wie Jungen
- Kinder- und Jugendliche aus der unteren Sozialschicht sind am stärksten betroffen
- SCOFF-Auffällige sind häufiger übergewichtig und schätzen sich häufiger als zu dick ein als Unauffällige
- SCOFF-Auffällige rauchen häufiger, geben öfter sexuelle Belästigungen an und weisen mehr Verhaltensauffälligkeiten auf als Unauffällige

Prävention von Essstörungen

- Kinder und Jugendliche mit Anfangsverdacht auf Essstörungen sollten verstärkt Zielgruppe für Primärprävention sein
- Sorgeberechtigte, Pädagogen, Trainer müssen verstärkt über die Ursachen, Früherkennung, Symptome und Hilfsmöglichkeiten aufgeklärt und sensibilisiert werden

Martin Schlaud, Wulf Thierfelder

Allergische Erkrankungen

Korrespondenzadresse:

Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin
schlaudm@rki.de

KiGGS-Geschäftsstelle:

Seestr. 10
13353 Berlin

03018 / 754–3499

kiggsinfo@kiggs.de

www.kiggs.de

Allergische Erkrankungen
Hintergrund

- häufige Gesundheitsprobleme im Kindes- und Jugendalter.
- Atopische Krankheitsformen: Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma bronchiale.
- Überreaktivität des Immunsystems auf körperfremde, eigentlich unschädliche Substanzen (Allergene).
- IgE-Antikörper reagieren mit dem Allergen und lösen die allergische Reaktion aus.
- Sind solche IgE-Antikröper im Blut nachweisbar, ist die betreffende Person „sensibilisiert“. Das heißt, dass eine allergische Reaktion stattfinden kann – aber nicht zwangsläufig muss.

Allergische Erkrankungen
Erhobene Daten (I)

- **Standardisierte ärztliche Befragung** des begleitenden Elternteils
  - „Hat oder hatte Ihr Kind jemals…?“
  - „Wenn ja, wurde diese Krankheit von einem Arzt festgestellt?“ (im folgenden „jemals“)
  - „Ist sie in den letzten 12 Monaten noch aufgetreten?“ (im folgenden „aktuell“)
  - Weitere Angaben zur Krankheit

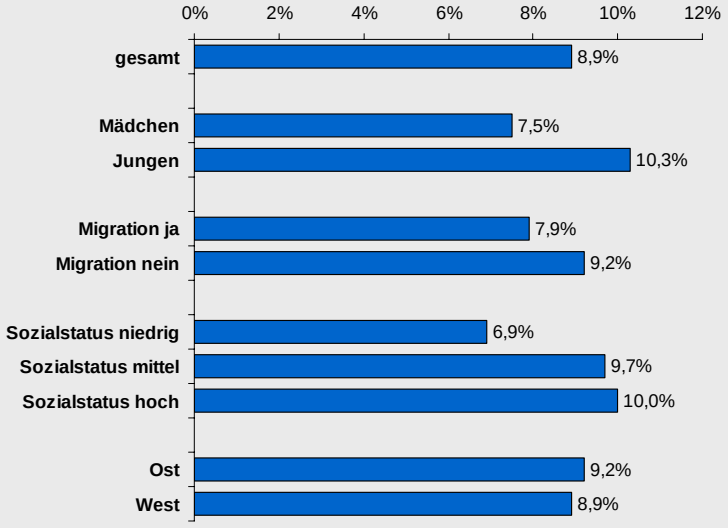
Allergische Erkrankungen
Erhobene Daten (II)

- **Blutentnahme**
  - Einverständnis der Eltern
  - Freiwilligkeit beim Kind/Jugendlichen
  - Quantitativer Nachweis spezifischer IgE-Antikörper gegen 20 verbreitete Allergene (3-17 Jahre) bzw. Suchtest (1-2 Jahre).

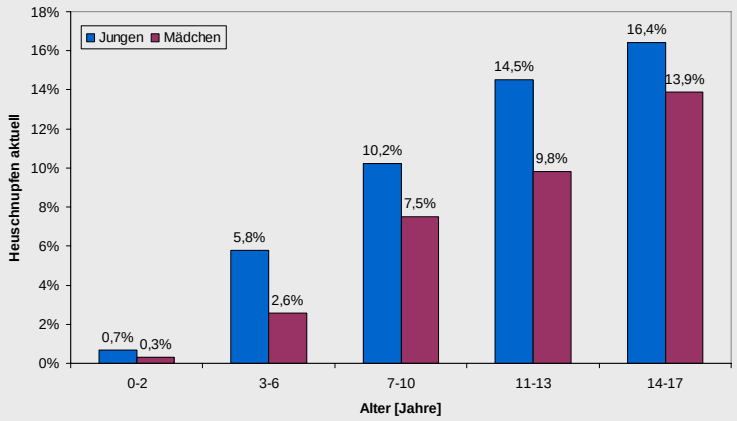
Allergische Erkrankungen
Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper im Blut

Code	Antikörper	Gruppe
D1	Dermatophagoides pteronyssinus	Hausstaubmilbe
D2	Dermatophagoides farinae	Hausstaubmilbe
E1	Katzenschuppen	Tiere
E3	Pferdeepithelien	Tiere
E5	Hundeschuppen	Tiere
F1	Eiklar	Nahrungsmittel
F13	Erdnuss	Nahrungsmittel
F14	Sojabohne	Nahrungsmittel
F2	Milcheiweiß	Nahrungsmittel
F31	Karotte	Nahrungsmittel
F35	Kartoffel	Nahrungsmittel
F4	Weizenmehl	Nahrungsmittel
F49	Grüner Apfel	Nahrungsmittel
F9	Reis	Nahrungsmittel
G12	Roggen	Pollen
G6	Lieschgras	Pollen
M2	Cladosporium herbarum	Schimmelpilz
M3	Aspergillus fumigatus	Schimmelpilz
T3	Birke	Pollen
W6	Beifuß	Pollen
SX1	G6, G12, T3, W6, M2, D1, E1, E5	Mischung Inhalationsantigene

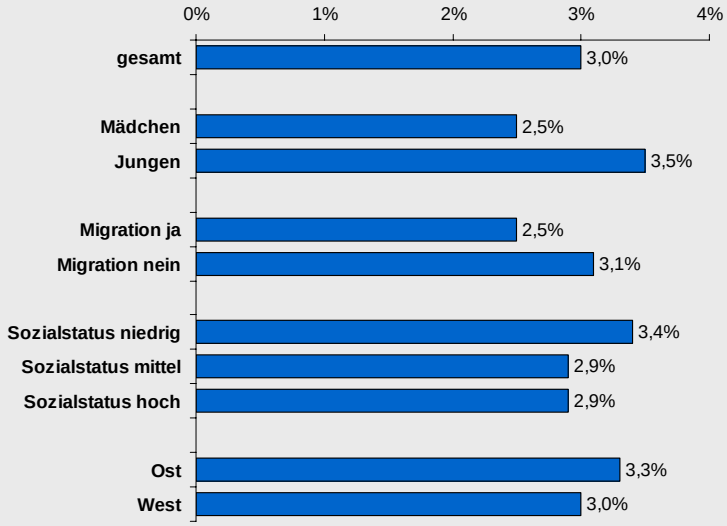
Allergische Erkrankungen
Heuschnupfen „aktuell“



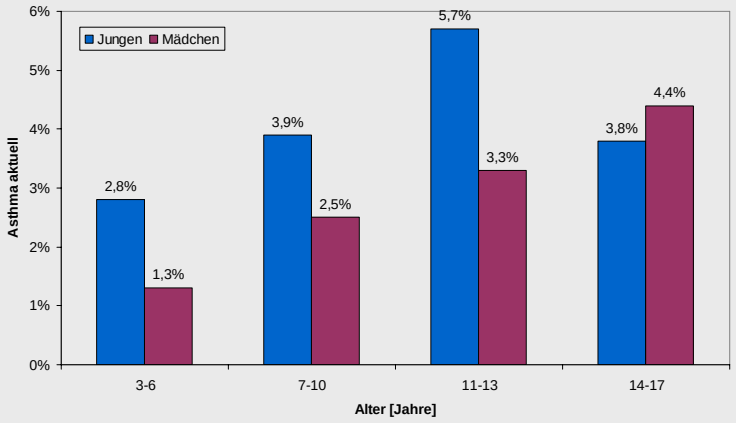
Allergische Erkrankungen
Heuschnupfen „aktuell“ nach Alter und Geschlecht



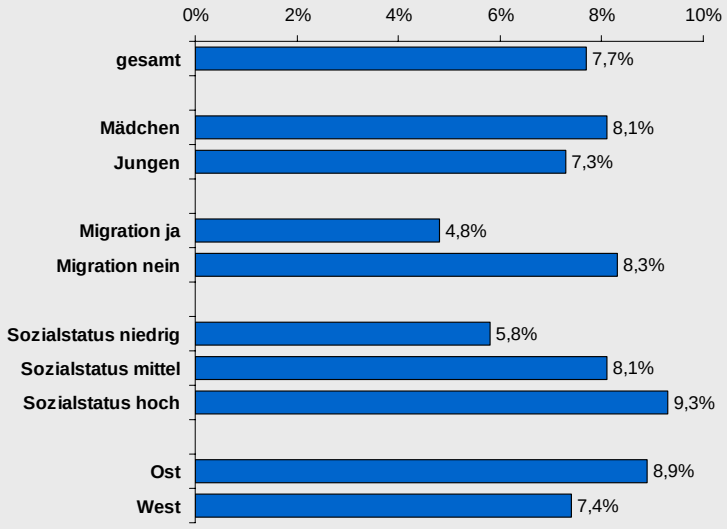
Allergische Erkrankungen
Asthma „aktuell“



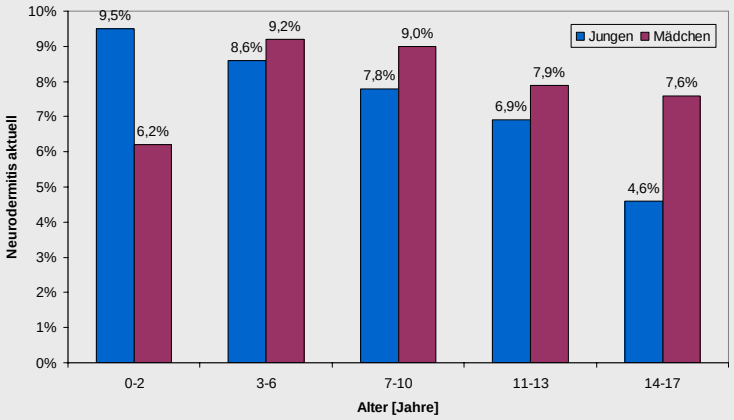
Allergische Erkrankungen
Asthma „aktuell“ nach Alter und Geschlecht



Allergische Erkrankungen
Neurodermitis „aktuell“



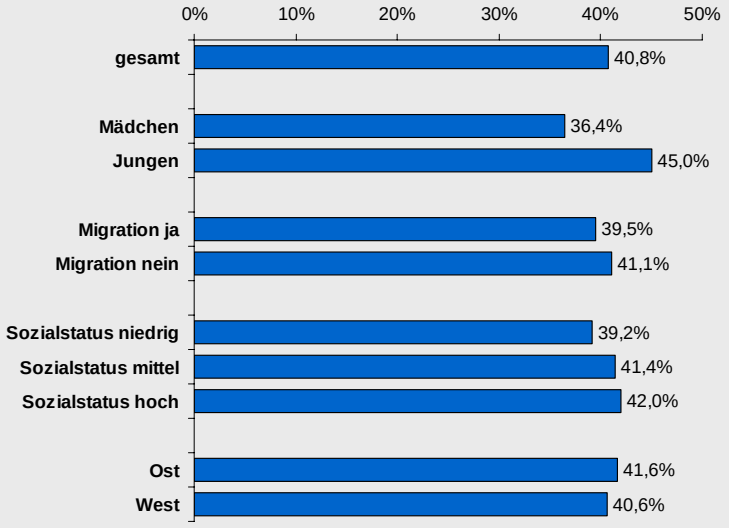
Allergische Erkrankungen
Neurodermitis „aktuell“ nach Alter und Geschlecht



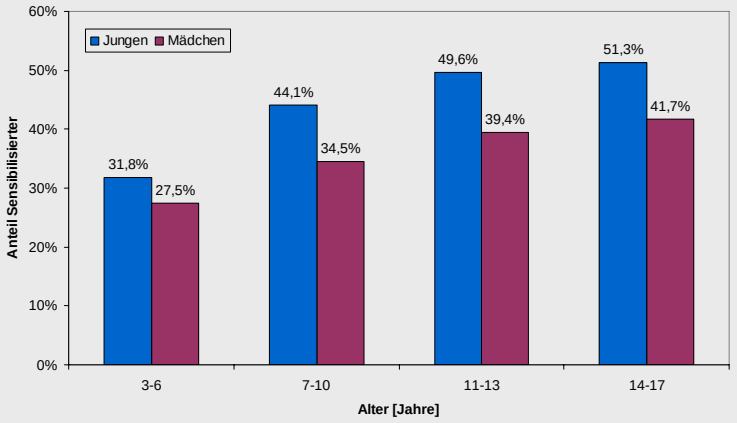
Allergische Erkrankungen
Anteil Sensibilisierter (3-17 Jahre)

	Aktuell sensibilisiert mind. 1 AG	Aktuell sensibilisiert Inhalations-AG	Aktuell sensibilisiert Nahrungs-AG
Gesamt	40,8 %	37,2 %	20,2 %

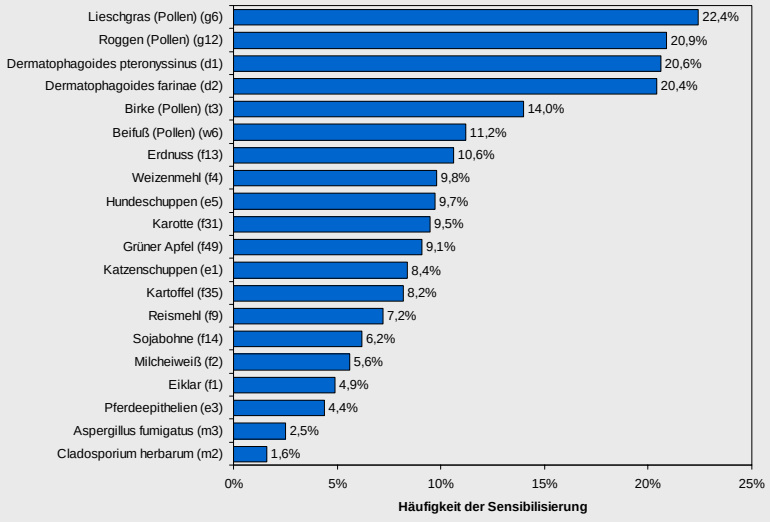
Allergische Erkrankungen
Anteil Sensibilisierter (3-17 Jahre)



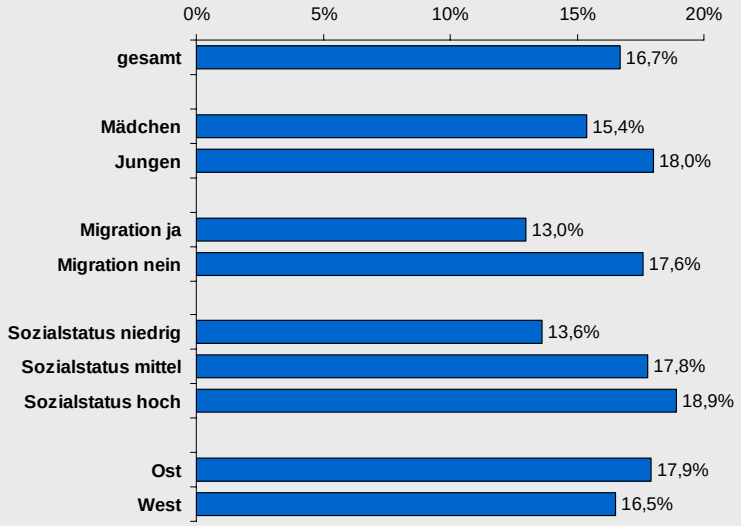
Allergische Erkrankungen
Anteil Sensibilisierter nach Alter und Geschlecht



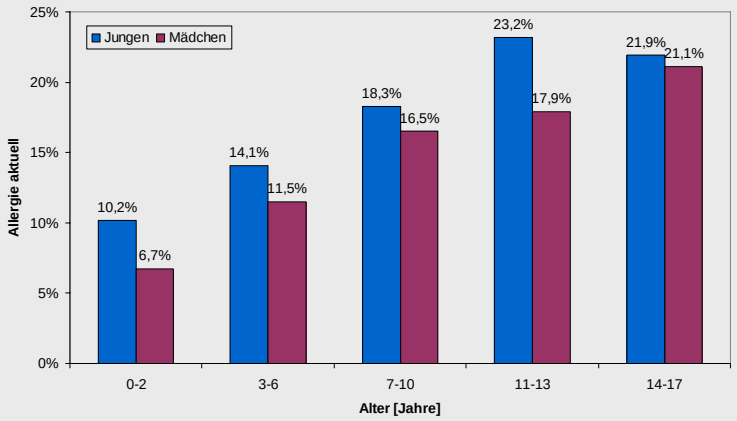
Allergische Erkrankungen
Häufigste Sensibilisierungen



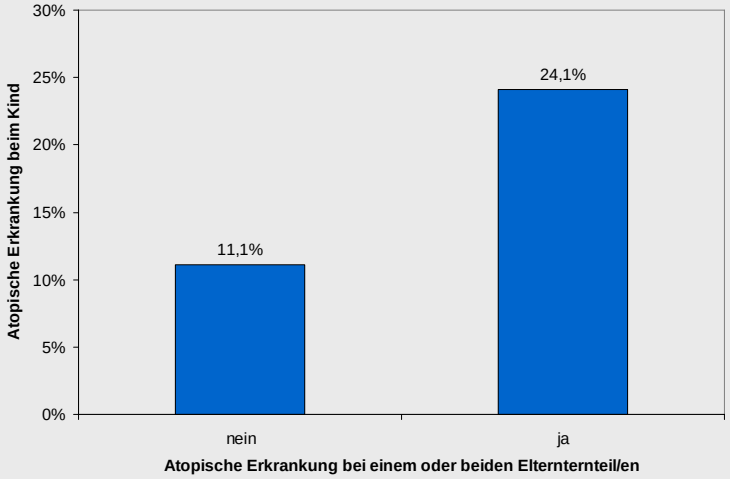
Allergische Erkrankungen
Wenigstens eine atopische Erkrankung „aktuell“



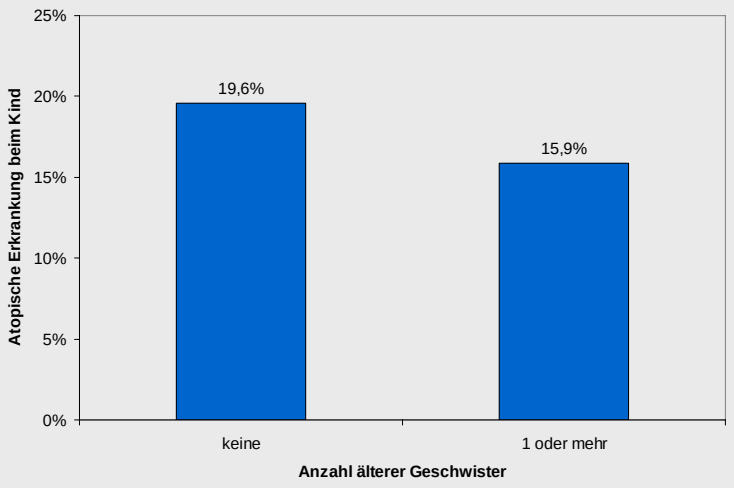
Allergische Erkrankungen
Atopische Erkrankung „aktuell“ nach Alter und Geschlecht



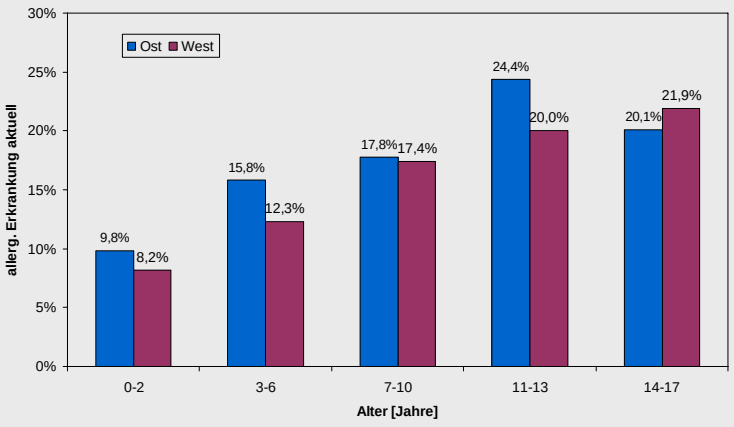
Allergische Erkrankungen
Atopische Erkrankung bei Eltern und Kind



Allergische Erkrankungen
Atopische Erkrankung und älterer Anzahl Geschwister



Allergische Erkrankungen
Atopische Erkrankung „aktuell“ nach Alter und Geographie



Allergische Erkrankungen
Diskussion

- KiGGS-Zahlen zu atopischen Erkrankungen liegen im Bereich bisheriger Studien, sind aber wesentlich genauer
- Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen
- Neben einer erblichen Komponente spielt der Lebensstil eine Rolle
- Hygienehypothese: geringer Kontakt zu
  - Krankheitserregern und
  - Allergenen erhöhte das Risiko aller späteren Allergie
- Eine geringere Häufigkeit allergischer Erkrankungen und Sensibilisierungen im Osten Deutschlands sehen wir nicht mehr.

Michael Thamm, Ute Ellert

Schilddrüsengröße und Jodversorgung

Korrespondenzadresse:

Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin
thammm@rki.de

KiGGS-Geschäftsstelle:

Seestr. 10
13353 Berlin

03018 / 754–3499

kiggsinfo@kiggs.de

www.kiggs.de

Jodversorgung in Deutschland

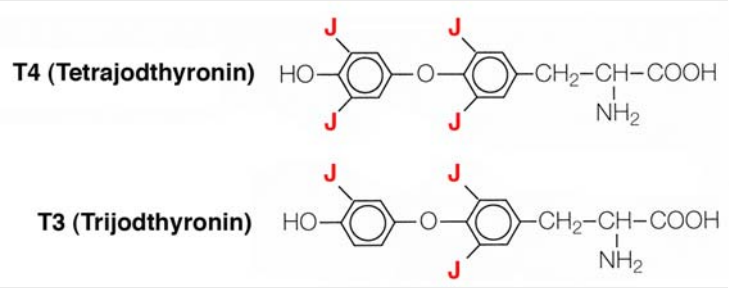
Deutschland galt lange Zeit als Jodmangelgebiet.

Nach der Eiszeit und dem Abschmelzen der Gletscher wurde das Jod aus den Böden ausgewaschen.

Um den daraus resultierenden Mangel auszugleichen, gibt es seit den 80-iger Jahren verstärkte Maßnahmen zur Jodierung von Lebens- und Futtermitteln, gekoppelt mit Kampagnen zur Information der Verbraucher.

Schilddrüsenhormone und Jod

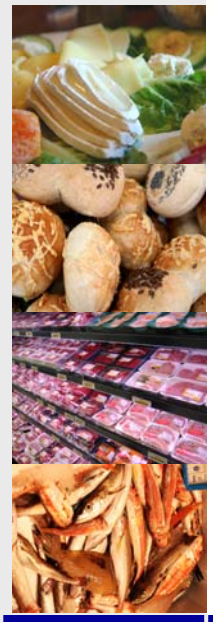
Schilddrüsenhormone können nur mit Hilfe von Jod gebildet werden. Jodmangel hat eine stärkere Beanspruchung der Schilddrüse zur Folge, damit trotz des Mangels ausreichend Schilddrüsenhormone produziert werden können. ⟶ **Vergrößerung der Schilddrüse**



Hauptquellen von Jod in Deutschland

- Milch, Milchprodukte
- Fleisch, Fleischprodukte
- Brot und Getreideprodukte

Anteil von Fisch an der Jodaufnahme unter 10 %

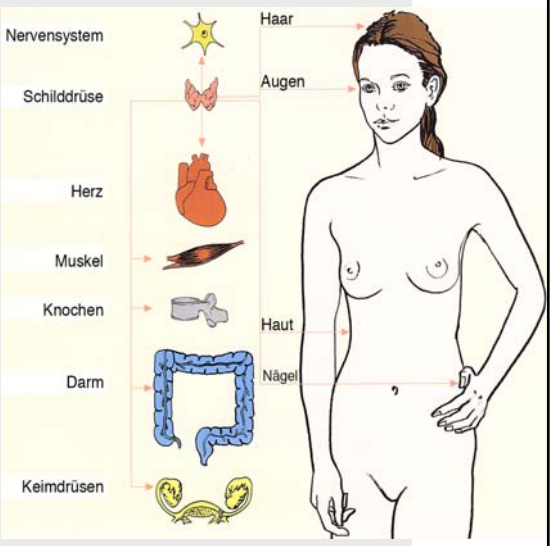


Zufuhrempfehlungen:

ab 1 Jahr	100 µg/Tag
ab 13 Jahre	200 µg/Tag

Schilddrüsenhormone
Zielorgane und Mangelsymptome

- **Wachstums- und Entwicklungsstörungen bei Kindern**
- Müdigkeit, Antriebsarmut
- Konzentrationsstörungen und stärkeres Schlafbedürfnis oder Schlafstörungen
- Kälteempfindlichkeit
- Ängste und Depressionen
- Schluckbeschwerden
- Verdauungsstörungen
- erhöhte Infektanfälligkeit
- trockene Haut
- Gewichtszunahme



Jodmangel
Datenlage Deutschland

- 1996 — umfassendes Jodmonitoring
  unterschiedliche Bevölkerungsgruppen
  nicht repräsentativ
- 1999 — bundesweites Jodmonitoring
  6- bis 12-Jährige, n=3065
  nicht repräsentativ
- 2003-2006 — KiGGS
  0- bis 17-Jährige, n=17641
  repräsentativ für ganz Deutschland

KiGGS
Untersuchungsspektrum

- Schilddrüsenvolumen (Ultraschall)
  6-17 Jahre
- Jodausscheidung im Spontanurin
  (nach Sandell-Kolthoff)
  0-17 Jahre
- Schilddrüsenhormone
  (TSH, fT3, fT4)

WHO – Referenzwerte für das Schilddrüsenvolumen

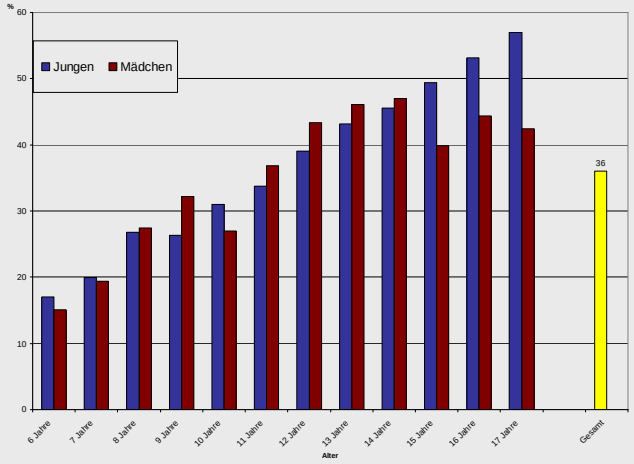
- Die Referenzwerte für Kinder von 1997 basieren auf europäischen Daten, und werden von vielen Experten als nicht streng genug angesehen.
- Neuere Referenzwerte für Kinder von 2004 basieren auf Daten der WHO/NHD Iodine Deficiency Study Group aus 6 seit vielen Jahren gut mit Jod versorgten Ländern (Bahrain, Japan, Peru, Schweiz, Südafrika und USA).

  Dabei handelt es sich um statistisch ermittelte Werte, deren Überschreitung für sich genommen keinen Krankheitswert besitzen.

KiGGS – Häufigkeit von Schilddrüsenvergrößerung nach Alter und Geschlecht

Referenzwerte nach WHO 2004*

* WHO/NHD Iodine Deficiency Study Group

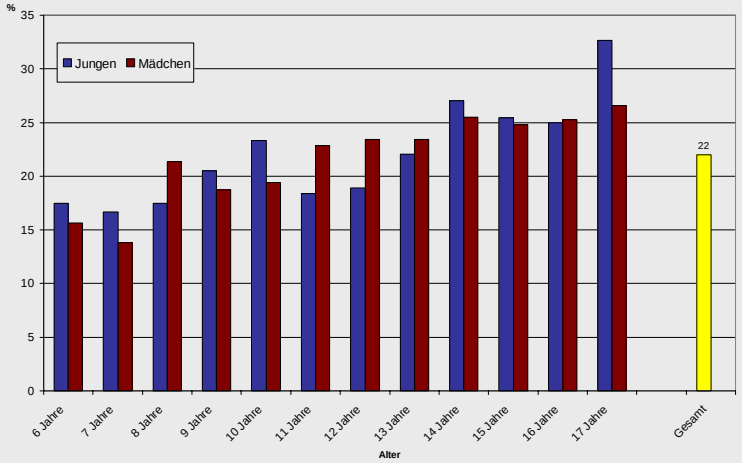


Abweichung vom „Optimum“, keine Krankheitsdiagnosen
Theoretisches Präventionspotential bei Optimierung der Jodversorgung

KiGGS – Schilddrüsenvergrößerung

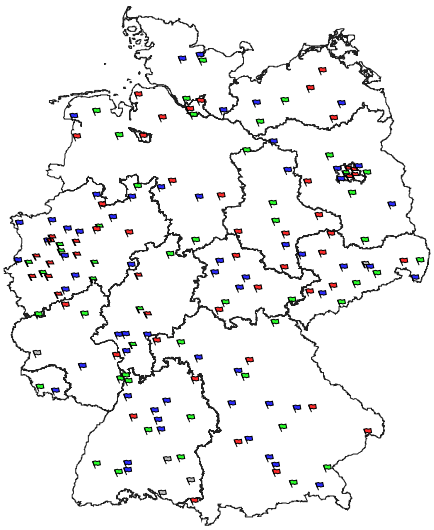
Durchschnittliche Überschreitung des Referenzwerts in %

[WHO 2004] [Median]



Schilddrüsenvolumen
Regionale Verteilung des mittleren Schilddrüsenvolumens pro Point

Oberes Drittel
Mittleres Drittel
Unteres Drittel



Kein eindeutiges Muster erkennbar

KiGGS
Beurteilung der Jodausscheidung

Ausreichende Jodversorgung auf Bevölkerungsebene nach Definition der WHO:

		WHO	KiGGS
	Jodausscheidung im Urin zw.	**100 und 200 µg/l**	**117µg/l**
+	**Anteil derjenigen unter 100 µg/l**	**<50%**	**40 %**
+	**Anteil derjenigen unter 50 µg/l**	**<20%**	**17 %**

Deutschland ist kein Jodmangelgebiet mehr

Fazit

- Das aktuelle Niveau der Jodausscheidung bei Kindern und Jugendlichen zeigt, dass Deutschland kein ausgesprochenes Jodmangelgebiet mehr ist.
- Die Anwendung sehr strenger Referenzwerte für die Schilddrüsenvolumina zeigt jedoch weiteres Präventionspotential hinsichtlich der Jodversorgung auf.
- Die in Deutschland durchgeführten Jodierungsmaßnahmen können als erfolgreich gewertet werden. Eine Fortführung dieser Maßnahmen ist aber erforderlich, um den Erfolg nicht zu gefährden, bzw. die Jodversorgung weiter zu verbessern.

Thomas Lampert, Anne Starker, Gert BM Mensink

Sport und Bewegung

Korrespondenzadresse:

Thomas Lampert
Robert Koch-Institut
Seestr. 10
13353 Berlin
lampertt@rki.de

KiGGS-Geschäftsstelle:

Seestr. 10
13353 Berlin

03018 / 754–3499

kiggsinfo@kiggs.de

www.kiggs.de

Gesundheitsrelevanz von Sport und Bewegung im Kindes- und Jugendalter

Forschungsstand

- Positiver Einfluss auf organische Kapazitäten (Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel etc.)
- Begünstigt Wachstum, körperliche Reife und motorische Entwicklung
- Fördert psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Vermindert physiologische und verhaltensbezogene Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, Rauchen etc.)
- Stärkt personale Ressourcen (Selbstwert, Kontrollüberzeugung etc.)
- Fördert soziale Integration und Unterstützung

Fragestellungen

- Wie verbreitet sind Sport und Bewegung in der heranwachsenden Generation?
- Welche alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich beobachten?
- Inwieweit variiert die körperlich-sportliche Aktivität mit dem Sozialstatus, dem Migrationshintergrund und der Wohnregion (Ost/West)?

Erhebung der körperlich-sportlichen Aktivität in KiGGS

Instrumente

Befragung

- Körperliche Aktivität im Alltag und in der Freizeit
- Sportliche Aktivität (Häufigkeit, Intensität, Dauer und Art)
- Organisationsform der Sportsausübung (Verein, Schule, privat)
- Körperliche Leistungsfähigkeit

Untersuchung

- Koordination (Einbeinstand, Balancieren rückwärts u.a.)
- Beweglichkeit (Rumpfbeugen)
- Kraft (Standweitsprung, Liegestütz u.a)
- Ausdauer (Fahrradergometer)

Erhebung der körperlich-sportlichen Aktivität im KiGGS-Kernsurvey
Kinder 3-10 Jahre (Elternangaben)

Spielen im Freien

„Wie häufig spielt Ihr Kind im Freien?“

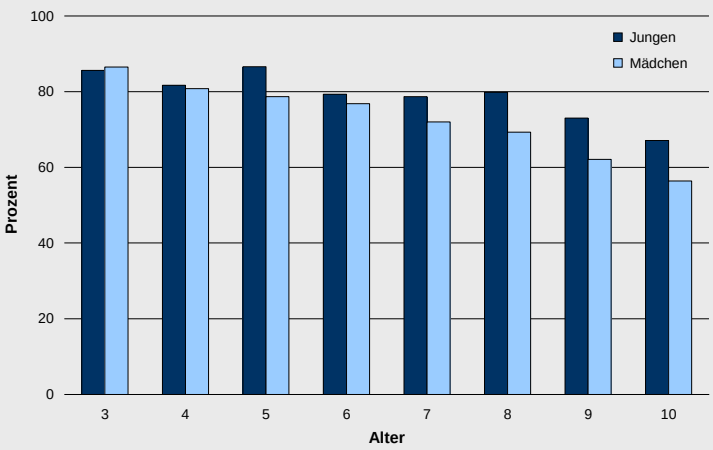
(fast jeden Tag, etwa 3-5 mal pro Woche, etwa 1-2 mal pro Woche, seltener, nie)

Sportliche Aktivität

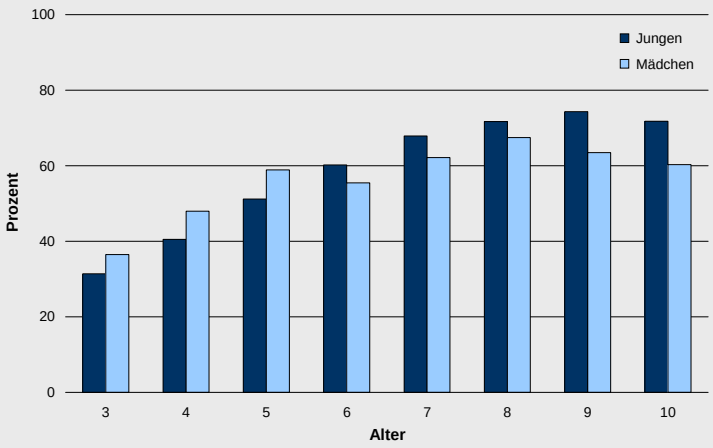
„Wie häufig treibt Ihr Kind Sport im Verein / außerhalb eines Vereins?“

(fast jeden Tag, etwa 3-5 mal pro Woche, etwa 1-2 mal pro Woche, seltener, nie)

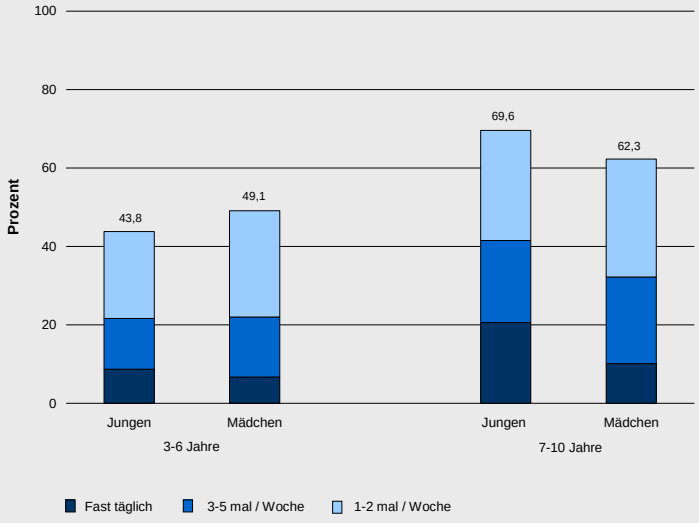
Spielen im Freien
(fast täglich)



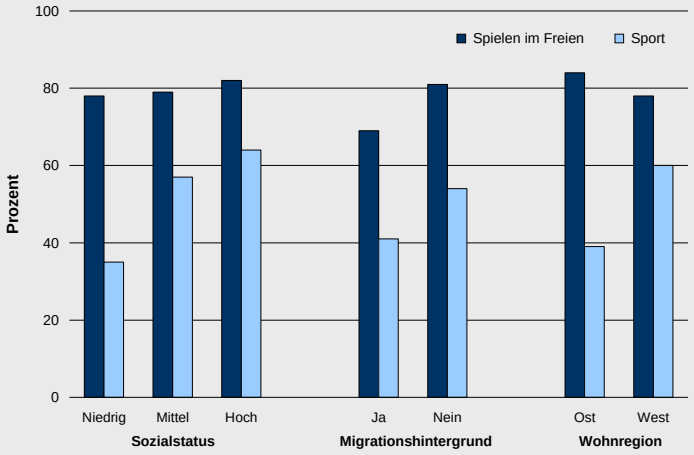
Sport im Verein



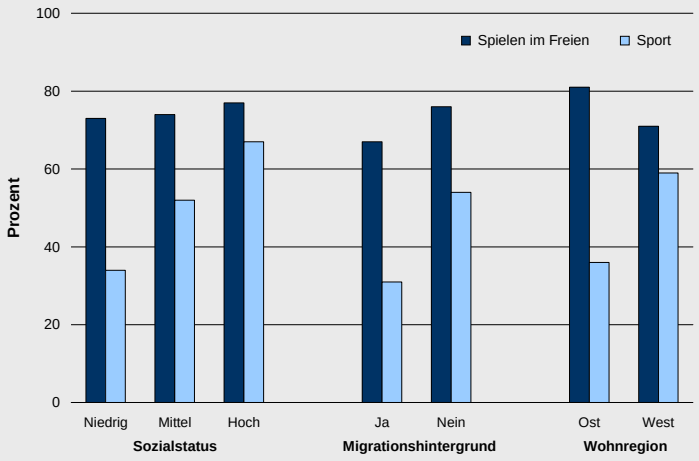
Sportliche Aktivität im oder außerhalb eines Vereins
(mindestens einmal pro Woche)



Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität
Jungen 3-10 Jahre



Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität
Mädchen 3-10 Jahre



Körperlich-sportliche Aktivität im Kindesalter
Kernaussagen

- Drei Viertel der Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren spielen täglich im Freien
- Mehr als die Hälfte der Kinder sind in einem Sportverein aktiv
- Fast 60% der Kinder machen mindestens einmal in der Woche Sport
- Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrations-hintergrund üben 2- bis 3-mal seltener Sport aus
- Kinder in den neuen Bundesländern sind 2-mal seltener sportlich aktiv als die Gleichaltrigen in den alten Bundesländern

Befragung zur körperlich-sportlichen Aktivität im KiGGS-Kernsurvey
Jugendliche 11-17 Jahre (Selbstangaben)

Körperlich-sportliche Aktivität in der Freizeit

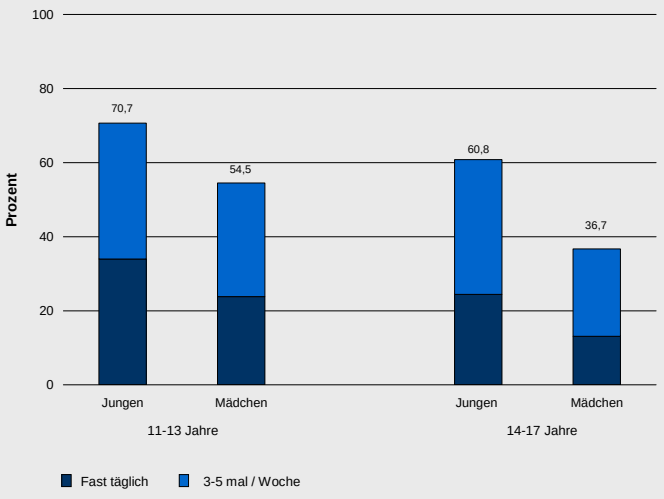
„Wie oft bist Du in deiner Freizeit körperlich aktiv (z.B. Sport, Fahrrad fahren usw.), so dass Du richtig ins Schwitzen kommst oder außer Atem bist?“

(fast jeden Tag, etwa 3-5 mal pro Woche, etwa 1-2 mal pro Woche, etwa 1-2 mal im Monat, nie)

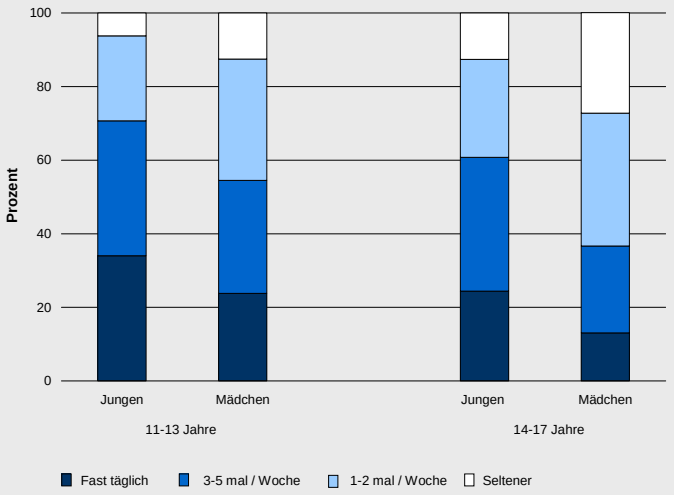
„Wie viele Stunden sind das in etwa in einer Woche?“

(_ _ Stunden pro Woche)

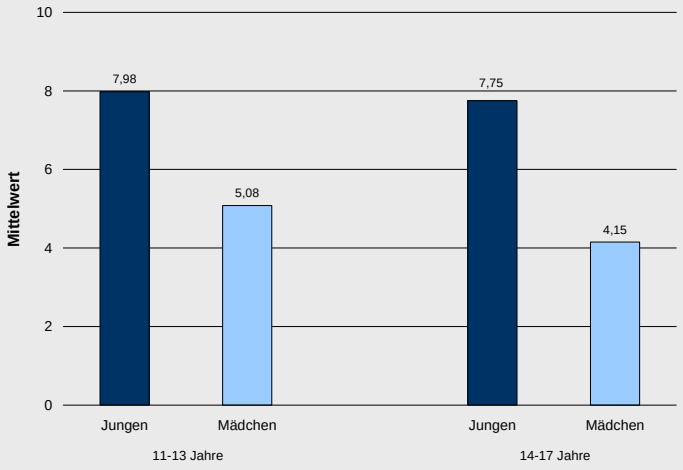
Körperlich-sportliche Aktivität in der Freizeit
Jugendliche 11-17 Jahre



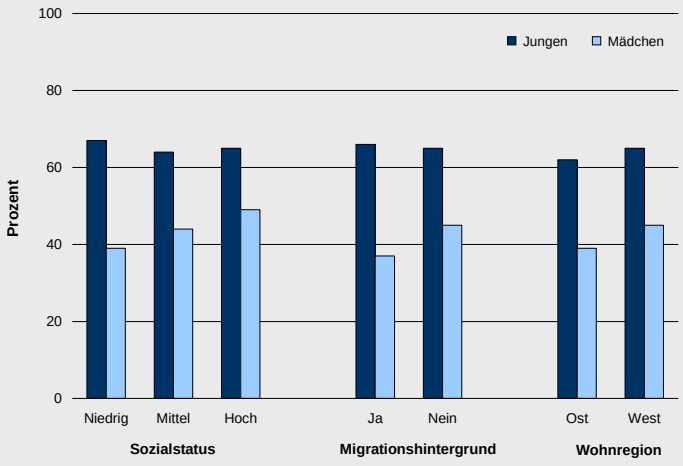
Körperlich-sportliche Aktivität in der Freizeit
Jugendliche 11-17 Jahre



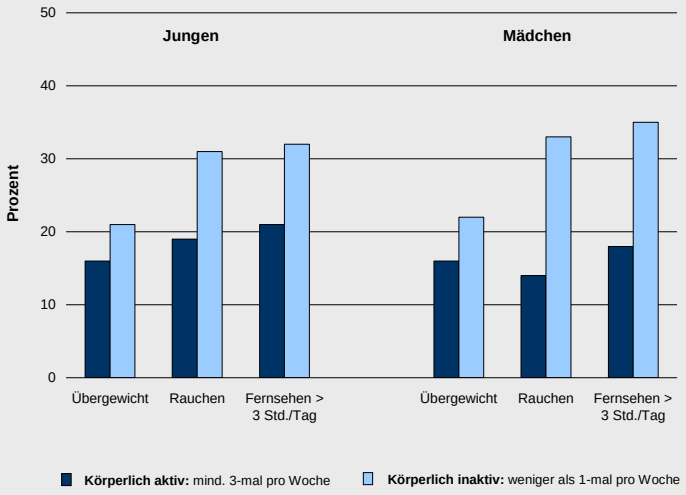
Körperlich-sportliche Aktivität in der Freizeit
(Stunden pro Woche)



Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität
(mindestens 3-mal pro Woche)



Übergewicht, Rauchen und Fernsehkonsum körperlich aktiver und inaktiver Jugendlicher



Körperlich-sportliche Aktivität im Jugendalter
Kernaussagen

- 54% der Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren sind mindestens 3-mal in der Woche körperlich-sportlich aktiv; 23% sind dies jeden Tag
- Im Durchschnitt verbringen die Jugendlichen etwa 6 Stunden in der Woche mit körperlich-sportlichen Aktivitäten
- Jungen zeigen ein deutlich höheres Aktivitätsniveau als Mädchen (8 gegenüber 4,5 Stunden pro Woche)
- Unterschiede nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West) bestehen nur bei Mädchen
- Körperlich inaktive Jugendliche sind häufiger übergewichtig, rauchen vermehrt und sitzen länger vor dem Fernseher

Ausblick

- Analyse der Zusammenhänge zwischen der körperlich-sportlichen Aktivität und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- Analyse der körperlich-sportlichen Aktivität vor dem Hintergrund der Lebenssituation der Heranwachsenden, z.B. in der Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe
- Analyse der körperlich-sportlichen Aktivität im Kontext anderer Aspekte des Freizeit- und Gesundheitsverhaltens, z.B. Mediennutzung, Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie Ernährung

Prof. Dr. Klaus Bös

Jennifer Oberger, Elke Opper, Natalie Romahn, Matthias Wagner, Annette Worth

Motorik-Modul (MoMo)

gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Korrespondenzadresse:

Universität Karlsruhe
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Kaiserstr. 12
76131 Karlsruhe
boes@sport.uka.de

KiGGS-Geschäftsstelle:

Seestr. 10
13353 Berlin

03018 / 754–3499

kiggsinfo@kiggs.de

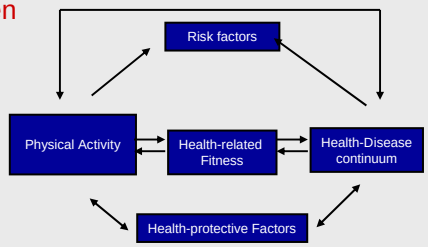
www.kiggs.de

Gliederung des Vortrags

1. Warum MoMo in KiGGS ?
2. Ziele von MoMo
3. Methodik
4. Ergebnisse
5. Perspektiven

Warum MoMo in KiGGS ?

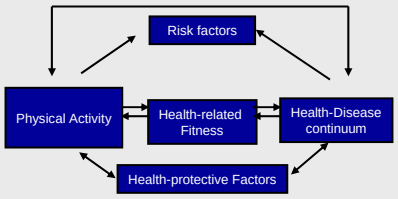
1. Aktivität, Leistungsfähigkeit und Gesundheit gehören zusammen



Bouchard u.a. 1990

Warum MoMo in KiGGS ?

1. Aktivität, Leistungsfähigkeit und Gesundheit gehören zusammen



Bouchard u.a. 1990

2. Motorik und Aktivität sind unverzichtbar in der Lebensspanne

Fitness Gesundheit Lebensqualität

Ziele von MoMo

1. Grundauswertung (bis Ende 2006)
   - Baseline zur körperlich-sportlichen Aktivität und motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen

2. Multivariate Analysen (2007-2008)
   - Entwicklungsunterschiede nach Geschlecht, Alter, Nationalität, soziale Schicht, Stadt/Land
   - Zusammenhänge zwischen motorischer Leistungsfähigkeit, körperlich-sportlicher Aktivität und Gesundheit
   - Kohortenvergleich: motorische Leistungsfähigkeit früher und heute

3. Entwicklung von Fördermaßnahmen (parallel)
   - Setting: Kindergarten, Schule und Sportverein

Methodik

1. Stichprobe

Stichprobe: MoMo

- deutschlandweite Studie
- bundesweit 167 Orte
- 3 Testjahre 2003-2006
- 4.529 Probanden
- Alter 4 -17 Jahre
- repräsentative Gewichtung

Methodik

1. Stichprobe

2. Messinstrumente

- **Fragebogen zur Erfassung der körperlich-sportlichen Aktivität**

- **Tests zur Erfassung der motorischen Leistungsfähigkeit**

Fragebogen zur Erfassung der körperlich-sportlichen Aktivität

Sport

- Schulsport
- Freizeitsport
- Vereinssport

Bewegung

- Wege
- Alltagsbewegungen

Differenzierung nach

- Häufigkeit, Dauer, Intensität
- Art der Bewegung/Sportarten

Indizes

- Berechnung von Energieverbrauch
- Erfüllung von Guidelines

Testaufgaben zur motorischen Leistungsfähigkeit

Einbeinstand

Seitliches Hin und Her

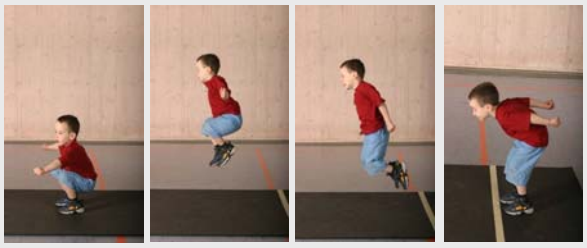
Kraftmessplatte

Ergometer

Rumpfbeugen

Balancieren rückwärts

Testaufgaben zur motorischen Leistungsfähigkeit



Standweitsprung

Liegestütz

Reaktionstest

MLS- Stifte

MLS- Linien

Ergebnisse

Körperlich-sportliche Aktivität

- Prävalenz
- Intensität

Motorische Leistungsfähigkeit

- Balancieren rückwärts
- Einbeinstand
- Rumpfbeugen

Kohortenvergleich

- Hat sich die motorische Leistungsfähigkeit verschlechtert?

Prävalenz der körperlich-sportlichen Aktivität

95% der Kinder und Jugendlichen geben an, Sport zu treiben, täglich jedoch nur 22%.

Durchschnittlich sind die Kinder und Jugendlichen 50 Minuten pro Tag sportlich aktiv. Guidelines fordern > 60 Min. Dies erfüllen < 1/3.

58% der Kinder und Jugendlichen sind in einem Sportverein Mitglied.

- Jungen (63%) > Mädchen (52%)
- Sportarten m: Fuba (40%), w: Turnen (18%)
- bis 10 Jahre nehmen Mitglieder zu, danach ab
- 34% machen Wettkämpfe (58% der SV-Mitgl.)

Intensität der körperlich-sportlichen Aktivität

Prozentanteil der Kinder und Jugendlichen, die sich bei der jeweiligen Aktivität **stark** anstrengen.

		Schulsport	Freizeitsport	Vereinssport
Overall		19%	21%	42%
Gesamt	m	25%	27%	52%
	w	15%	18%	35%
6-10 Jahre	m	21%	14%	41%
	w	11%	9%	19%
11-17 Jahre	m	27%	35%	60%
	w	17%	23%	47%

Ergebnisse

Körperlich-sportliche Aktivität

- Prävalenz
- Intensität

Motorische Leistungsfähigkeit

- Balancieren rückwärts
- Einbeinstand
- Rumpfbeugen

Kohortenvergleich

- Hat sich die motorische
- Leistungsfähigkeit verschlechtert?

Können Kinder und Jugendliche rückwärts balancieren ?

Prozentanteil der Kinder und Jugendlichen, die **nicht** zwei oder mehr Schritte auf einem 3cm breiten Balken balancieren können.

	4-5	6-10	11-17	Gesamt
Jungen	86%	45%	22%	38%
Mädchen	79%	38%	16%	32%

Balken 3m lang und 3cm breit

ca. 2 Schritte

35% der Kinder und Jugendlichen können **nicht** 2 oder mehr Schritte rückwärts balancieren.

Können Kinder und Jugendliche auf einem Bein stehen ?

Prozentanteil der Kinder und Jugendlichen, die **nicht** eine 1 Minute einbeinig auf einer T-Schiene (3cm breit) balancieren können.

	4-5	6-10	11-17	Gesamt
Jungen	100%	96%	80%	88%
Mädchen	100%	91%	75%	83%

86 % der Kinder und Jugendlichen können **nicht** 1 Minute einbeinig auf einer T-Schiene balancieren (ohne den Boden zu berühren)

Wie beweglich sind Kinder und Jugendliche ?

Prozentanteil der Kinder und Jugendlichen, die beim Rumpfbeugen **nicht** das Fußsohlenniveau erreichen

	4-5	6-10	11-17	Gesamt
Jungen	40%	53%	57%	53%
Mädchen	22%	34%	35%	33%

43% der Kinder und Jugendlichen erreichen **nicht** das Fußsohlenniveau beim Rumpfbeugen

Ergebnisse

Körperlich-sportliche Aktivität

- Prävalenz
- Intensität

Motorische Leistungsfähigkeit

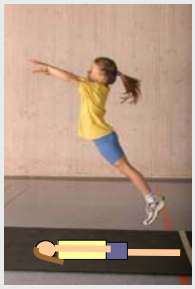
- Balancieren rückwärts
- Einbeinstand
- Rumpfbeugen

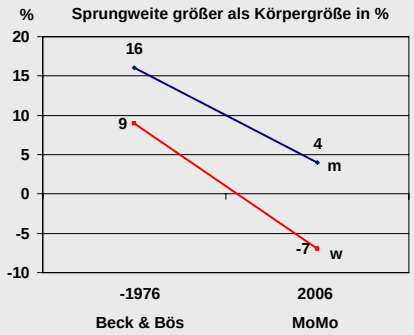
Kohortenvergleich

- Hat sich die motorische
- Leistungsfähigkeit verschlechtert?

Hat sich die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland verändert?

Kriterium ist der Quotient von Sprungweite : Körpergröße





Kinder und Jugendliche haben sich von 1976 bis 2006 hinsichtlich ihrer Leistungen im Standweitsprung um ca. **14%** verschlechtert.

Perspektiven

1. Grundauswertung und Abschlussbericht (2006)

   Baseline zur motorischen Leistungsfähigkeit und zur körperlich-sportlichen Aktivität

2. Multivariate Analysen (2007 – 2008)

   Zusammenhänge zwischen motorischer Leistungsfähigkeit, körperlich-sportlicher Aktivität und Gesundheit

Perspektiven

3. Praktischer Nutzen von MoMo

- Grundlage für Maßnahmen zur Bewegungsförderung in Kindergarten, Schule und Sportverein
- Grundlage zur künftigen Standardisierung von Motoriktests (Beispiele: Kinderturntest, MoMo Kurztest für BfEL)
- MoMo ermöglicht internationale Kooperationen
  - Erziehungsministerium Luxemburg
  - Aufbau einer EU-weiten Fitness-Datenbank
- Präsentation von MoMo

Karlsruhe, 1.-3. März 2007
Schirmherrin: Dr. Ursula von der Leyen

Dr. Marike Kolossa-Gehring
+ KUS-Team

Kinder-Umwelt-Survey (KUS)

KUS-Korrespondenzadresse:
Umweltbundesamt
Corrensplatz 1
14195 Berlin
030 / 8903-1600
marike.kolossa@uba.de
www.uba.de/survey

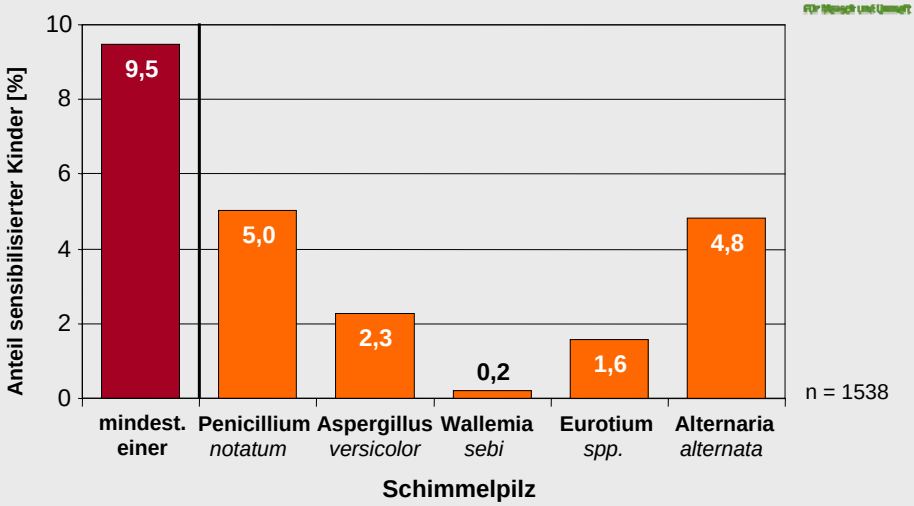
KiGGS-Geschäftsstelle:
Seestr. 10
13353 Berlin
03018 / 754–3499
kiggsinfo@kiggs.de
www.kiggs.de

- Umwelteinflüsse
- Risikogruppen
- Handlungsbedarf
- Erfolge der Umweltpolitik

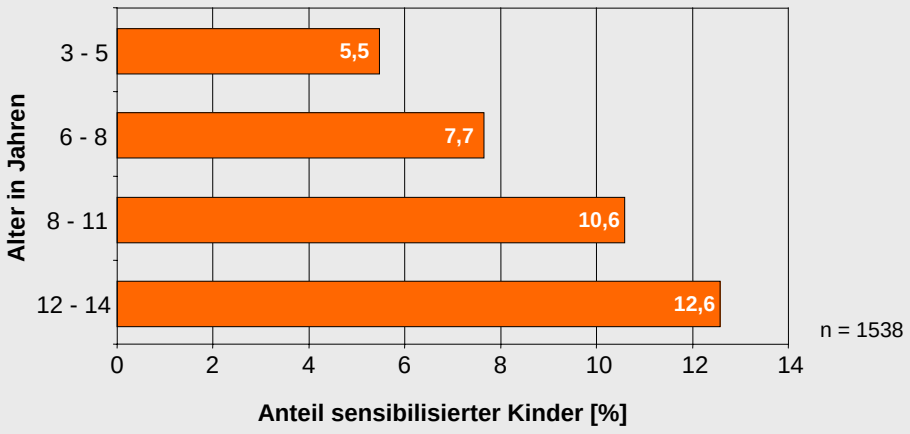
Umwelteinflüsse

1. biologische
2. physikalische
3. chemische
   a. Umgebungs-Monitoring
   b. Human-Biomonitoring

1. Biologische Umwelteinflüsse: Schimmelpilze
Sensibilisierungen bei Kindern (3 - 14 Jahre)

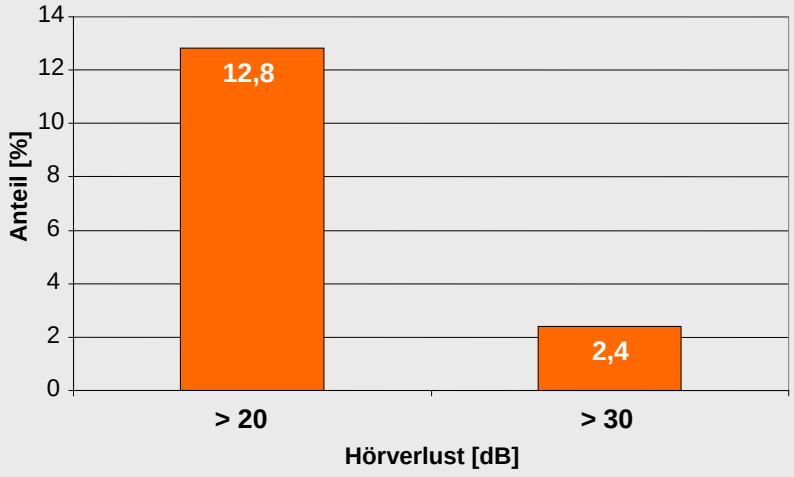


1. Biologische Umwelteinflüsse: Schimmelpilze
Sensibilisierungen nach Alter bei Kindern (3 - 14 Jahre)



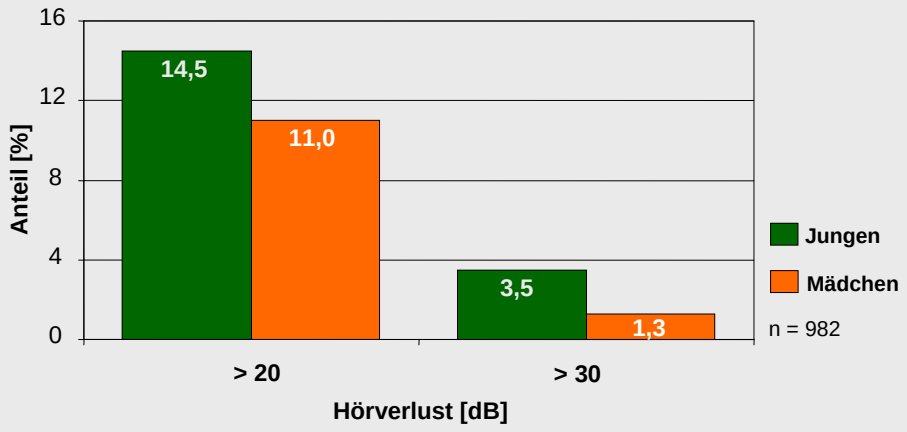
n = 1538

2. Physikalische Umwelteinflüsse: Lärm
Einschränkungen der Hörfähigkeit bei Kindern (8 - 14 Jahre)

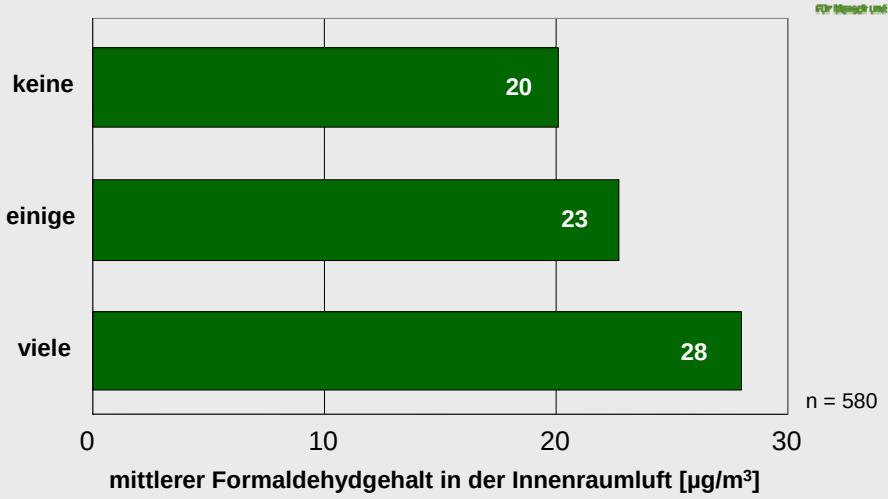


n = 982

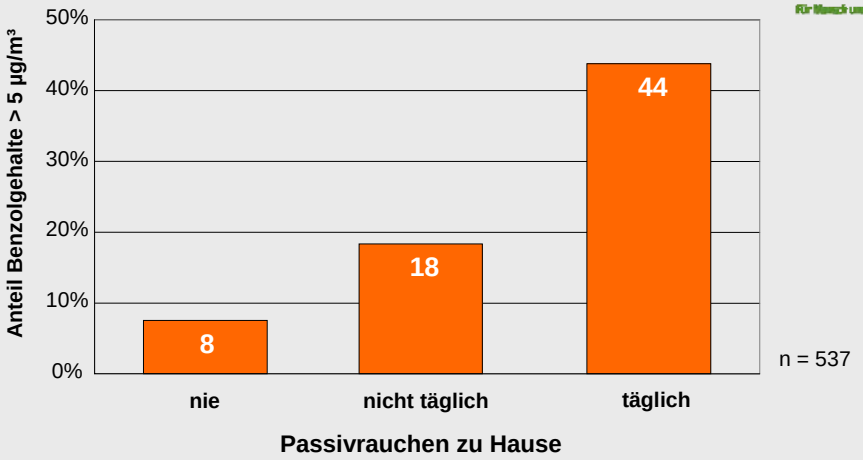
2. Physikalische Umwelteinflüsse: Lärm
Einschränkungen der Hörfähigkeit bei Kindern (8 - 14 Jahre)



3. Chemische Umwelteinflüsse: Umgebungs-Monitoring
Formaldehyd in der Innenraumluft und Anzahl der Möbel aus Spanplatten



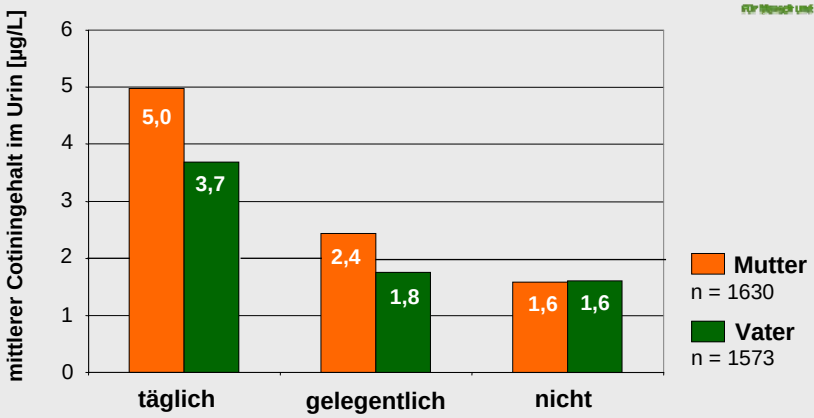
3. Chemische Umwelteinflüsse: Umgebungs-Monitoring
Benzol in der Innenraumluft und Passivrauchen



n = 537

nur nicht-rauchende Kinder

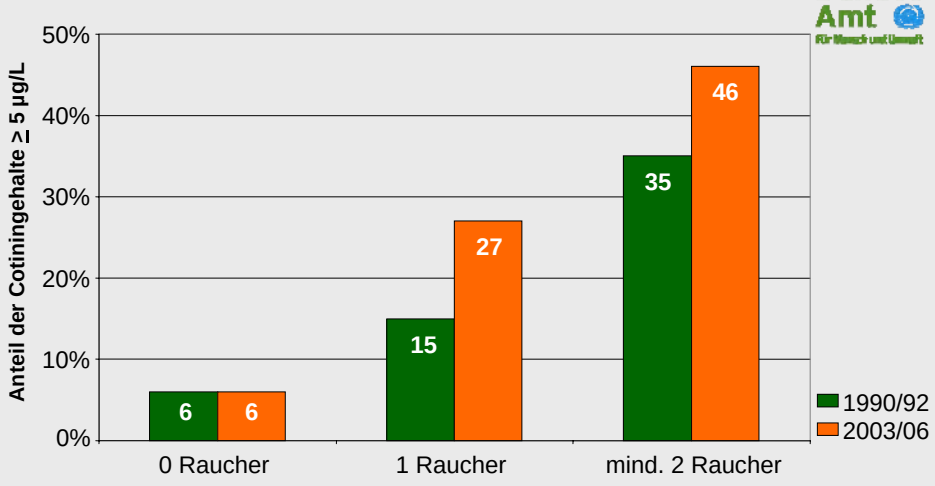
3. Chemische Umwelteinflüsse: Human-Biomonitoring
Cotinin im Urin des Kindes (3 - 14 Jahre) nach Rauchverhalten der Eltern



nur nicht-rauchende Kinder

3. Chemische Umwelteinflüsse: Human-Biomonitoring

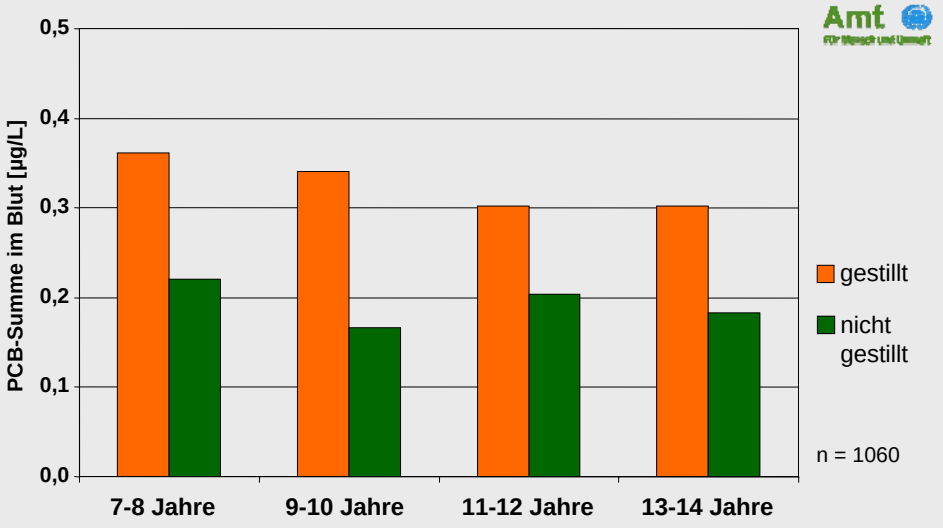
Cotinin im Urin des Kindes (6 - 14 Jahre) und Raucher im Haushalt



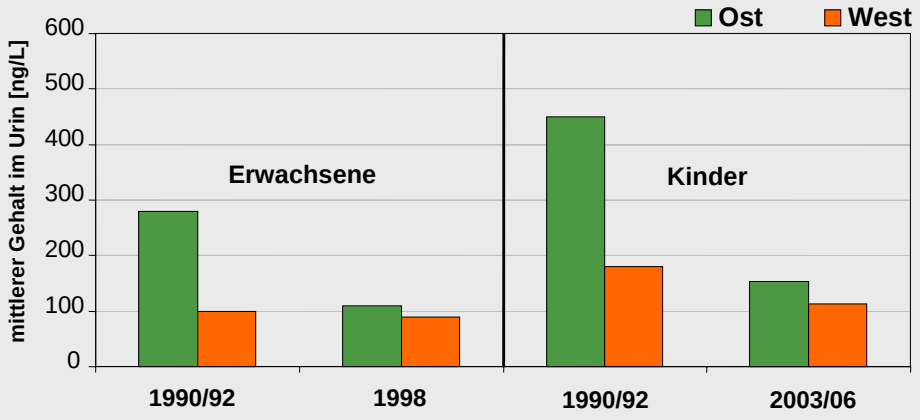
nur nicht-rauchende Kinder

3. Chemische Umwelteinflüsse: Human-Biomonitoring

PCB im Blut der Kinder und Stillstatus

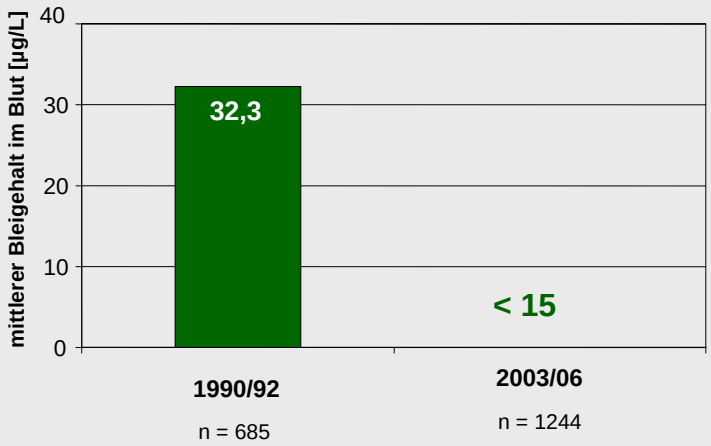


Erfolgreiche Umweltpolitik
Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (Metabolit 1-OH-Pyren) im Urin im zeitlichen Vergleich



nur Nie-Raucher

Erfolgreiche Umweltpolitik
Blei im Blut der Kinder (6 - 14 Jahre) im zeitlichen Vergleich



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

KUS-Team

Dr. Wolfgang Babisch

Dr. Kerstin Becker

André Conrad

Anja Lüdecke

Stefan Riedel

Christine Schulz

Margarete Seiwert

Dr. Regine Szewzyk

Dr. Detlev Ullrich

www.uba.de/survey

Danksagung. Das Projekt wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit sowie mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (DLR) gefördert. Die Feldarbeit für den Kinder-Umwelt-Survey wurde vom Robert Koch-Institut durchgeführt.

U. Ravens-Sieberer,
N. Wille, S. Bettge, M. Erhart

Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie)

Korrespondenzadresse:

Ulrike Ravens-Sieberer
Robert Koch - Institut
Seestraße 10
13353 Berlin
bella-studie@rki.de

KiGGS-Geschäftsstelle:

Seestr. 10
13353 Berlin

03018 / 754–3499

kiggsinfo@kiggs.de

www.kiggs.de

Die Bella-Studie: Befragung zur Seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Hintergrund – neue Morbidität

- Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen
  - Z.B. chronische Krankheiten wie Asthma, Krankheiten des allergischen Formenkreises und Adipositas
- Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Störungen
  - Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z.B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Auffälligkeiten, sowie Alkohol- und Drogenkonsum

Die **„neue Morbidität“** wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt.

Die Bella-Studie: Ziele

- Vor dem Hintergrund der neuen Morbidität untersucht die Bella-Studie das "Seelische Wohlbefinden" von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
- Hierfür wird das Auftreten spezifischer psychischer Auffälligkeiten (Depressionen, Ängste, Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens) beobachtet.
- Vor allem sollen aber die Risikofaktoren und Schutzfaktoren, die das Auftreten solcher psychischen Auffälligkeiten begünstigen oder mindern, untersucht werden. Bei solchen Faktoren kann es sich um personale, familiäre und soziale Faktoren handeln.
- Außerdem wird untersucht wie die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist und wie stark sie von psychischen Auffälligkeiten beeinträchtigt wird.

Die Bella-Studie: Die Befragung

- Im Rahmen der Bella-Befragung wurden 2863 Familien, die an KiGGS teilgenommen haben, näher zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten befragt. Hierfür wurden die Teilnehmenden zuerst telefonisch kontaktiert.

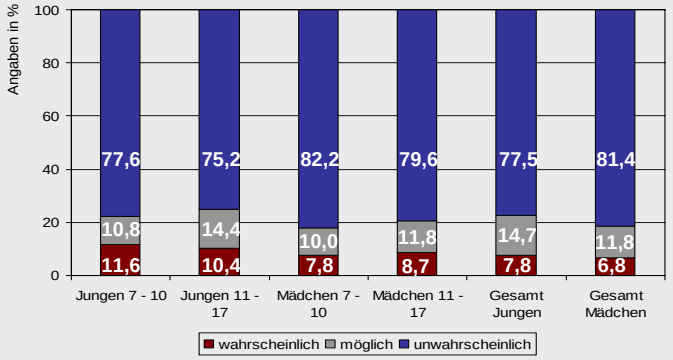
- Geschulte Interviewer führten eine standardisierte und an Diagnosekriterien orientierte Befragung über ca. 1/2 Stunde durch.
- Anschließend wurde den Teilnehmenden ein Fragebogen zugeschickt.

Die Bella-Studie:
Die Befragten

- Circa **97%** der Familien, die im Rahmen der KiGGS-Untersuchung ihr Einverständnis erklärt hatten, nahmen an der Bella-Studie teil.
- In allen 2863 Familien wurde ein **Elternteil** befragt, **Kinder ab 11 Jahren** wurden auch selber befragt:
  - Familien mit Kindern zwischen 7 und 10 Jahren n= 1133
  - Familien mit Kindern von mindestens 11 Jahren n=1730
- Unter den Kindern waren insgesamt
  - 48,5% **Mädchen** und
  - 51,5% **Jungen**
- Von den befragten Familien der jüngeren Kinder liegen uns in **89%** der Fälle **Interview und Fragebogen von den Eltern** vor.
- Von den befragten Familien der älteren Kinder liegen uns in 81% beide Interviews und Fragebögen (d.h. die vollständigen Daten) vor, in **92%** der Fälle liegen uns **mindestens beide Interviews** (mit dem Kind und einem Elternteil) vor.

Die Bella-Studie:
Psychische Auffälligkeit

- **Zur Beurteilung der psychischen Auffälligkeit wurde nach Symptomen im emotionalen Bereich und des Verhaltens gefragt sowie nach dem sich daraus ergebenden Leidensdruck (SDQ; Goodman, 1997) bzw. dem Vorliegen einer spezifischen Diagnose.**
  Demnach liegen bei 12,2% Hinweise auf psychische Auffälligkeit vor und 9,6% sind sehr wahrscheinlich psychisch auffällig.
- **Insgesamt liegen also bei 21,8% zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeit vor.**

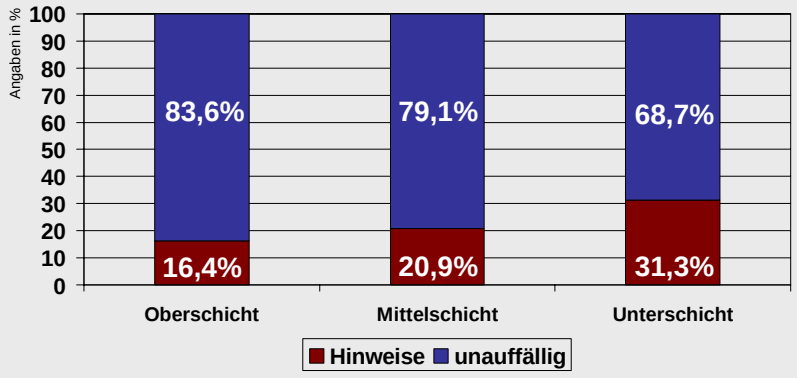


Die Bella-Studie:
Spezifische psychische Auffälligkeiten

- Von den Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf allgemeine psychische Auffälligkeit weisen 65% Anzeichen für spezifische psychische Störungen auf. Für die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen bedeutet dies bei Berücksichtigung der Elternangaben folgende Auftretenshäufigkeiten:
  - Depression 5,4%: Bei jüngeren Kindern sind Jungen etwas häufiger betroffen, ab 11 Jahren gleicht sich die Geschlechtsverteilung an.
  - Angst 10%: Ängste sind bei älteren Kindern geringfügig häufiger, die Geschlechtsverteilung ist ausgewogen.
  - ADHS 2,2%: Hier sind jüngere Kinder deutlich häufiger betroffen als ältere und Jungen deutlich häufiger betroffen als Mädchen.
  - Störungen des Sozialverhaltens 7,6%: Hier sind (je nach Altersgruppe) 80% bis 90% aggressiv und 50% dissozial auffällig, bei den jüngeren Kindern sind Jungen häufiger betroffen.

Die Bella-Studie:
Psychische Auffälligkeit nach Sozioökonomischem Status

- Das Auftreten von Hinweisen auf psychische Auffälligkeit wird mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status der Familien (hier nach Winkler) signifikant häufiger.



Die Bella-Studie:
Verschiedene Risikofaktoren für psychische Auffälligkeit

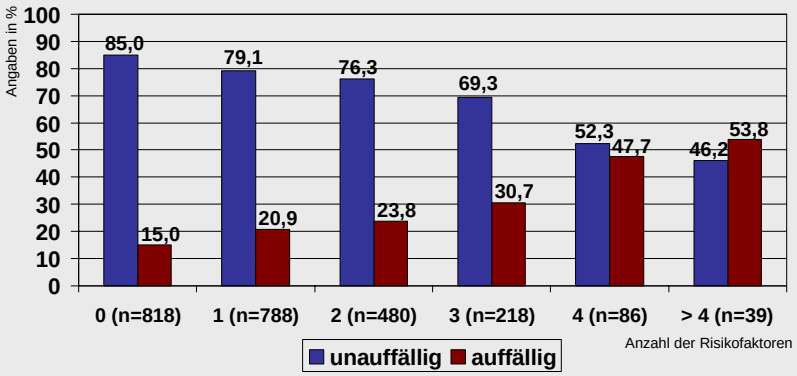
- Im Rahmen der Studie haben wir die teilnehmenden Familien nach verschiedenen Risikofaktoren gefragt. Es zeigte sich, dass verschiedene Faktoren das Auftreten psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen deutlich begünstigen können:

	OR (KI)
Familienkonflikte	4,97*** (3,33-7,43)
Psychische Erkrankung der Eltern	2,42*** (1,74-3,35)
Konflikte in Familie der Eltern	2,81*** (2,02-3,89)
Unzufriedenheit in der Partnerschaft	2,75*** (1,88-4,03)
Alleinerziehend / Heim	2,09** (1,48-2,95)
Chronische Schwierigkeiten	1,73*** (1,32-2,27)

*** p<.001; ** p<.01

Die Bella-Studie:
Risikofaktoren für psychische Auffälligkeit

- Betrachtet man die Auswirkungen dieser und weiterer Risiko-faktoren, wenn sie sich aufaddieren, ergibt sich folgendes Bild:

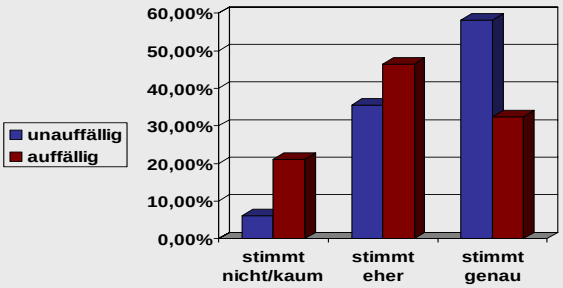


Chi-Quadrat-Test (5-stufig)
(Chi-Quadrat $_{(df=5)}$ = 90.6; p<.001)

Die Bella-Studie: Schutzfaktoren

- Hinsichtlich protektiver Einflüsse auf die psychische Gesundheit wurden familiäre, soziale und personale Ressourcen erfasst. Fragen wie:
  - **„Wir kommen wirklich alle gut miteinander aus“**
  - **„Es gibt jemanden, der mir Liebe und Zuneigung zeigt?“**
  - **„Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern“**

  werden von psychisch auffälligen Kindern deutlich ungünstiger beantwortet als von psychisch unauffälligen Kindern.

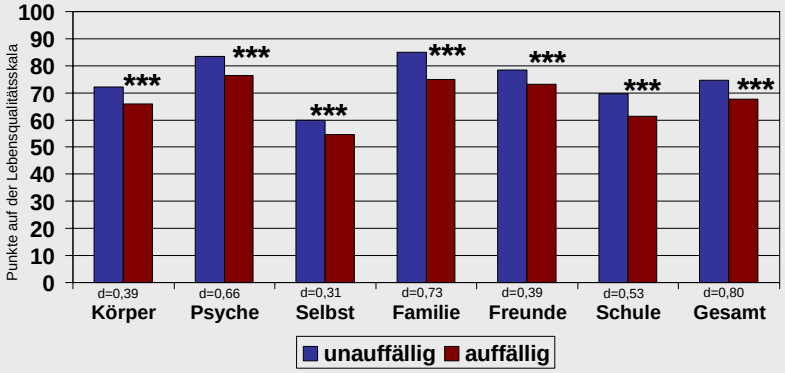


Die Bella-Studie: Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeit

- Bei der Betrachtung der familiären, sozialen und personalen Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigte sich, dass sich insbesondere die familiären Schutzfaktoren stark auswirken.
- Ein guter familiärer Zusammenhalt ist dann vorhanden, wenn z.B.
  - in der Familie jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen eingeht,
  - jeder das Gefühl hat, dass ihm zugehört wird und
  - die Familie häufig etwas gemeinsam unternimmt.
- Ein solches Familienklima wirkt hinsichtlich psychischer Auffälligkeit deutlich protektiv, d.h. es verringert stark die Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeit.

Die Bella-Studie:
Auswirkungen psychischer Auffälligkeit auf die Lebensqualität der betroffenen Kinder (KINDL^R - Kinderurteil)

- Die betroffenen Kinder erleben in vielfältigen Bereichen Beeinträchtigungen ihrer Lebensqualität:



$n_{unauffällig}$= 1225; $n_{auffällig}$ = 352

*** p<.001

Die Bella-Studie:
Versorgung der betroffenen Kinder

- Betrachtet man die Frage an die Eltern hinsichtlich einer psychischen Erkrankung ihres Kindes:

  „Hat Ihr Kind eine psychische Erkrankung (z.B. eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Depression, Angststörung oder Störung des Sozialverhaltens)?“

  sowie die sich anschließende Frage, ob das Kind für die vorliegende Störung behandelt wird

  „Ist es deswegen in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?“

  zeigt sich, dass 48,5% der Kinder in Behandlung sind.

Die Bella-Studie: Ausblick

- Die dargestellten Ergebnisse entsprechen weitgehend dem, was bisherige Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland aber auch international festgestellt haben.
- Die Resultate deuten auf die Notwendigkeit hin mit Präventionsmaßnahmen sehr frühzeitig anzusetzen, da bereits bei den jüngeren Kindern Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit festgestellt werden können.
- Die dargestellten Auswirkungen ausgesuchter Risiko- aber auch Schutzfaktoren weisen auf Bedingungen hin, die im Rahmen von Interventionsmaßnahmen berücksichtigt werden müssen und die auch mögliche Ansatzpunkte präventiver Maßnahmen sein können.