

Überblick über Kennzahlen und Charakteristika des Kinder- und Jugendgesundheits surveys

P. Kamtsiuris, M. Lange

Von Mai 2003 bis Mai 2006 hat das Robert Koch-Institut den Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) durchgeführt. Ziel dieser bundesweiten Studie war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren zu erheben. Die Studie wurde durch die Bundesministerien für Gesundheit (BMG) sowie Bildung und Forschung (BMBF) finanziert. Die Untersuchungen wurden von 4 ärztlich geleiteten Untersuchungsteams in insgesamt 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden (Sample Points) durchgeführt. Das nach Altersgruppen gestaffelte Untersuchungsprogramm bestand aus einer Befragung von Eltern und ab 11 Jahren auch der Jugendlichen selbst, medizinischen Untersuchungen und Tests, einem computer-gestützten ärztlichen Elterninterview sowie einer Probennahme von Blut und Urin. Zu folgenden Themen wurden Daten erhoben: körperliche Beschwerden und Befindlichkeit, akute und chronische Krankheiten, Behinderungen, Gesundheitsrisiken und Unfälle, psychische Gesundheit, Lebensqualität, Schutzfaktoren und personale Ressourcen, Ernährung, Essstörungen und Adipositas, Gesundheitsverhalten und Freizeitaktivitäten, Medikamentenkonsum, Impfstatus, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Körpermaße, motorische Leistungsfähigkeit, Sehvermögen, Blutdruck, Blut- und Urindiagnostik sowie Schilddrüsengröße (letzteres finanziert durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; BMELV).

Die Teilnehmer wurden zufällig aus den Melderegistern der Einwohnermeldeämter der Studienorte ausgewählt. Die Teilnahmequote lag bei 66,6% und damit über dem Durchschnitt vergleichbarer Erhebungen. Insgesamt haben 17.641 Kinder und Jugendliche, darunter 8656 Mädchen und 8985 Jungen, teilgenommen. Die Zusammensetzung der endgültigen Stichprobe weist – mit bspw. anteilig 17% von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und 2% mit einer amtlich anerkannten Behinderung – eine hohe Repräsentativität für die Wohnbevölkerung in Deutschland auf.

Ergänzt wird die Studie durch 3 zusätzliche Module, die mit separater Finanzierung von kooperierenden Institutionen durchgeführt wurden. In Teilstichproben wurden die Themen „seelische Gesundheit“ (BELLA; 2863 Teilnehmer), „motorische Entwicklung und Kompetenz“ (MoMo; 4529 Teilnehmer) und „Umweltbelastungen“ (Kinder-Umwelt-Survey, 1790 Teilnehmer) vertieft behandelt. Das Land Schleswig-Holstein hat zudem die Möglichkeit genutzt, im Rahmen einer landesweiten Stichprobenaufstockung zusätzlich bei 1630 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren Daten zu erheben und damit für diese Altersgruppe repräsentative Aussagen auf Bundesland-Ebene zu ermöglichen (Schleswig-Holstein-Modul; 1931 Teilnehmer). Ein fünftes Modul, das im Gegensatz zu den anderen Modulen zeitversetzt erst im Januar 2006 startete und im Dezember 2006 beendet sein wird, konzentriert sich auf das Thema „Ernährung“ (EsKiMo).

Eine ausführliche und thematisch breite Darstellung erster Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys wird im Mai 2007 in einem Sonderheft des Bundesgesundheitsblatts publiziert. Im Oktober 2008 werden die Daten als Public Use File der Fachöffentlichkeit verfügbar gemacht.

Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

A. Schaffrath Rosario, B.-M. Kurth

Übergewicht und Adipositas sind ein wachsendes gesundheitliches Problem, auch in Deutschland, auch bei Kindern und Jugendlichen. Bisher gab es für diese Bevölkerungsgruppe in Deutschland keine repräsentativen und altersspezifischen Aussagen zur Verbreitung des Problems. Einschätzungen beispielsweise aus den Schuleingangsuntersuchungen ließen kaum Schlussfolgerungen für die anderen Altersgruppen zu, regionale Untersuchungen konnten nicht auf die gesamte Bundesrepublik verallgemeinert werden. Mit den Gewichts- und Größemessungen im KiGGS liegen erstmalig bundesweit repräsentative Aussagen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Jungen und Mädchen vor.

Methoden. Im Rahmen von KiGGS wurden die Studienteilnehmer standardisiert gemessen und gewogen. Zur Definition von Übergewicht und Adipositas wurden entsprechend den Empfehlungen der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ die von Kromeyer-Hauschild vorgelegten Referenzdaten zur Verteilung des Body-Mass-Index ($BMI = \text{Körpergewicht in kg} / \text{Quadrat der Körpergröße in m}^2$) zugrunde gelegt. Als übergewichtig gelten danach Kinder, deren BMI höher liegt als der BMI bei 90% der Kinder in der jeweils betrachteten Alters- und Geschlechtsgruppe des Referenzkollektivs (90. Perzentil). Adipositas (Fettleibigkeit) liegt vor, wenn das 97. Perzentil überschritten wird.

Ergebnisse. Insgesamt sind 15% der Kinder und Jugendlichen von 3-17 Jahren übergewichtig, und 6,3% leiden unter Adipositas. Der Anteil der Übergewichtigen steigt von 9% bei den 3- bis 6-Jährigen über 15% bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17% bei den 14- bis 17-Jährigen. Die Verbreitung von Adipositas beträgt bei den 3- bis 6-Jährigen 2,9% und steigt über 6,4% bei den 7- bis 10-Jährigen bis auf 8,5% bei den 14- bis 17-Jährigen. Klare Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen den alten und neuen Bundesländern sind nicht zu erkennen. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten, bei Kindern mit Migrationshintergrund, bei Kindern, die nicht gestillt wurden, und bei Kindern, deren Eltern ebenfalls übergewichtig sind.

Perspektiven. Wie die einzelnen Faktoren zusammenhängen und welche Komponenten des Lebensstils letztendlich den größten Einfluss auf die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas haben könnten, ist Gegenstand der weiteren Auswertung des nun vorliegenden Datensatzes. Zudem wird die gesundheitspolitische Relevanz des Problems noch deutlicher, wenn die Auswirkungen von Adipositas auf Blutdruck, Blutzuckerwerte, Cholesterinspiegel, subjektive Lebensqualität und psychische Befindlichkeit anhand der im KiGGS gesammelten Informationen bewertet werden können.

Essstörungen

H. Hölling, R. Schlack

Zu den Essstörungen zählen Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-/Brechsucht), Adipositas (Fettsucht) im Zusammenhang mit sonstigen psychischen Störungen, Binge Eating Disorder (Episoden von Fressanfällen, ohne einer Gewichtszunahme gegenzusteuern) und sonstige atypische Essstörungen. Die Betroffenen unterscheiden sich zum Teil beträchtlich hinsichtlich ihres körperlichen Erscheinungsbildes und der Psychodynamik ihrer Erkrankung. Einflussfaktoren auf Essstörungen sind Geschlecht, Alter und soziale Schicht.

Methoden. Bei der Befragung von insgesamt 7498 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren wurde der SCOFF- Fragebogen, ein Screeninginstrument zur Identifikation von Verdachtsfällen auf Essstörungen eingesetzt. Der Fragebogen weist eine hohe Sensitivität für Anorexie und Bulimie aber auch für atypische Formen von Essstörungen auf, differenziert jedoch nicht zwischen den verschiedenen Essstörungen. Um die Aussagefähigkeit der Daten zu erhärten, wurden weitere Indikatoren für Essstörungen wie Body Mass Index (BMI) und Körperselbstbild in die Auswertung einbezogen.

Ergebnisse. Insgesamt 21,9% der befragten Kinder und Jugendlichen wurden mit dem SCOFF-Fragebogen als auffällig bezüglich ihres Essverhaltens identifiziert (Mädchen: 28,9%, Jungen 15,2%). Im Altersverlauf nimmt die Prävalenz bei annähernd gleicher Ausgangsbasis bei beiden Geschlechtern von ca. 20% im Alter von 11 Jahren bei den Mädchen auf 30,1% im Alter von 17 Jahren stark zu, bei den Jungen hingegen ab (12,8%). Der Anteil der Auffälligen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist mit 27,6% fast doppelt so hoch wie der in der oberen Sozialschicht (15,5%). Die als auffällig Klassifizierten weisen höhere Quoten an psychischen Auffälligkeiten und Depressivitätsneigung auf. Sie sind weniger zufrieden mit ihrem Körperselbstbild, rauchen mehr und berichten häufiger über die Erfahrung sexueller Belästigung.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, bereits im frühen Jugendalter über die Erkrankung aufzuklären, Betroffene frühzeitig zu erkennen und Hilfsangebote zielgerichtet zu erweitern. Auf wissenschaftlicher Ebene müssen zur differenzierteren Identifikation von Essstörungen, ihren Ursachen und dem Verlauf, beginnend im Kindes- und Jugendalter weitere quer- und längsschnittliche Studien folgen. Der Einsatz von spezifischeren Erfassungsmethoden könnte ggf. Anfangsdiagnosen ermöglichen und Einflüsse auf die Entwicklung einzelner Störungen besser heraus arbeiten.

Allergische Erkrankungen

M. Schlaud, W. Thierfelder

Allergische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen im Kindes- und Jugendalter. Bisher fehlen in Deutschland jedoch bundesweit repräsentative Daten, die auch Laborbefunde mit einschließen.

Methoden. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) wurden Daten zu den allergischen Erkrankungen Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma durch standardisierte ärztliche Befragung des begleitenden Elternteils erhoben. Gefragt wurde danach, ob ein Arzt jemals die Krankheit festgestellt hätte, ob sie in den letzten 12 Monaten (im Folgenden als „aktuell“ bezeichnet) noch auftrat, sowie nach näheren Einzelheiten. Zusätzlich wurden bei Probanden, deren Eltern einer Blutentnahme zugestimmt hatten, spezifische IgE-Antikörper gegen verschiedene verbreitete Allergene bestimmt.

Ergebnisse. Nach den Ergebnissen leiden 16,7% aller Kinder und Jugendlichen aktuell unter einer allergischen Erkrankung, darunter mehr Jungen (18,0%) als Mädchen (15,4%). Allergische Krankheiten treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Kinder mit Migrationshintergrund sind seltener betroffen (13,0% vs. 17,6%), ebenso Kinder aus sozial schwachen Familien (Unterschicht 13,6%, Mittelschicht 17,8%, Oberschicht 18,9%). Bei Kindern mit mehreren älteren Geschwistern oder mit frühem engem Kontakt zu anderen Kindern in Betreuungseinrichtungen treten allergische Erkrankungen weniger häufig auf. Leiden bereits die Eltern unter Allergien, ist das Allergierisiko für die Kinder mehr als verdoppelt. In Ostdeutschland sind allergische Erkrankungen nicht weniger verbreitet als unter Kindern in Westdeutschland. Unterschiede zwischen Land und Stadt sind kaum vorhanden. Heuschnupfen wurde bei 10,7% aller Probanden schon einmal festgestellt, aktuell sind 8,9% betroffen, davon mehr Jungen (10,3%) als Mädchen (7,5%). Mit steigendem Alter nimmt die Verbreitung des Heuschnupfens von unter 1% auf über 15% zu. 13,2% aller Kinder hatten jemals eine Neurodermitis, 7,7% leiden aktuell darunter. Mädchen und Jungen sind etwa gleich häufig betroffen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Neurodermitis tendenziell eher ab. Asthma wurde bei 4,7% aller Kinder jemals festgestellt, aktuell sind 3,0% davon betroffen, davon mehr Jungen (3,5%) als Mädchen (2,5%). Je städtischer eine Region strukturiert ist, desto häufiger ist Asthma (ländlich 2,3%; großstädtisch 3,6%).

Bei 40,8% zeigt die Blutuntersuchung eine Sensibilisierung gegen mindestens ein Allergen. Gegen Stoffe, die eingeatmet werden (Pollen, Tierhaare, Hausstaubmilben), sind 37,2% sensibilisiert, gegenüber Nahrungsmitteln 20,2%. Jungen sind mit 45,0% häufiger sensibilisiert als Mädchen (36,4%). Mit zunehmendem Alter und mit besserer sozialer Situation steigt der Anteil Sensibilisierter stetig an. Kinder mit Migrationshintergrund sind etwas weniger häufig sensibilisiert. Zwischen Ost- und Westdeutschland und Stadt und Land liegen praktisch keine Unterschiede vor.

Schlussfolgerungen. Die beobachteten Unterschiede in der Verteilung allergischer Erkrankungen und Sensibilisierungen zeigen, dass neben einer erblichen Komponente auch der Lebensstil eine möglicherweise ursächliche Rolle spielt. Sie stützen die „Hygienehypothese“, nach der ein geringer Kontakt zu Krankheitserregern und anderen Allergenen mit einem erhöhten Risiko für spätere Allergien verbunden ist.

Schilddrüsengröße und Jodversorgung in Deutschland

M. Thamm, U. Ellert

Die häufigste Ursache für eine Schilddrüsenvergrößerung (Struma, Kropf) ist Jodmangel. Deutschland gilt allgemein noch immer als Jodmangelgebiet.

Methoden. Im Rahmen der ärztlichen Untersuchung wurde bei über 11.000 Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 Jahren mittels Ultraschalluntersuchung die Größe der Schilddrüse gemessen. Diese gilt als sehr sensibles Maß für die Jodversorgung beim einzelnen Kind. Zur Beurteilung der Jodversorgung auf Bevölkerungsebene wurde nach internationalen Empfehlungen zusätzlich die Jodausscheidung im Spontanurin bestimmt. Hierzu liegen Messergebnisse von ca. 14.000 Studienteilnehmern vor.

Ergebnisse. Insgesamt 2,4% der untersuchten Kinder überschreiten den bislang von der WHO empfohlenen Grenzwert für das Schilddrüsenvolumen. Legt man die wesentlich strikteren, aktuell von einer Arbeitsgruppe der WHO (WHO/NHD Iodine Deficiency Study Group, 2004) vorgelegten Grenzwerte zugrunde, so zeigt sich bei rund einem Drittel der 6- bis 17-Jährigen eine überwiegend leichte Vergrößerung der Schilddrüse. Die Häufigkeit einer Schilddrüsenvergrößerung nimmt mit dem Alter zu, und Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Ein Zusammenhang mit der sozialen Schicht, dem Migrantenstatus oder Ost-West-Unterschiede können nicht festgestellt werden. Eine leichte Vergrößerung der Schilddrüse hat für sich genommen noch keinen Krankheitswert, sie zeigt aber, dass die Jodversorgung noch nicht optimal ist.

In Übereinstimmung dazu liegt die Jodausscheidung im Urin am unteren Ende einer von der WHO angegebenen Spanne von 100-200 µg/L für eine optimale Jodaufnahme. Sie beträgt im Mittel (Median) 117 µg/L mit nur geringen Geschlechterunterschieden.

Schlussfolgerungen. Nach den Ergebnissen zur Jodausscheidung im Urin ist Deutschland derzeit kein ausgesprochenes Jodmangelgebiet. Die Anwendung sehr strenger Referenzwerte für das Schilddrüsenvolumen zeigt jedoch noch ein Potential für weitere Verbesserungen auf.

Sport und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

T. Lampert, A. Starker, G. B. M. Mensink

Regelmäßige körperliche Aktivität hat in jedem Alter einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Sport- und bewegungsfördernde Maßnahmen sind deshalb ein fester Bestandteil von Public Health in Deutschland. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) steht nun eine bundesweit repräsentative Datenbasis zur Verfügung, die eine umfassende Analyse des Bewegungsverhaltens in der heranwachsenden Generation erlaubt und damit die Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Interventionen unterstützt.

Methoden. Die ersten Auswertungen zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen basieren auf Daten des KiGGS-Kernsurveys (n=17.641), die mit auf das jeweilige Alter abgestimmten Instrumenten erhoben wurden. Bei Kindern im Alter von 3-10 Jahren wurden die Eltern gefragt, wie häufig ihre Kinder im Freien spielen und wie häufig sie Sport ausüben. Für Jugendliche im Alter von 11-17 Jahre kann auf Selbstangaben zur körperlichen Aktivität in der Freizeit und körperlichen Leistungsfähigkeit zurückgegriffen werden. Die Daten wurden nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialstatus getrennt ausgewertet.

Ergebnisse. Ein Großteil der Kinder im Alter von 3-10 Jahren bewegt sich regelmäßig: 77% spielen fast täglich im Freien und 52% machen wenigstens einmal in der Woche Sport. Zwischen Jungen und Mädchen zeigen sich in dieser Hinsicht keine bedeutsamen Unterschiede. Kinder aus Migrantenfamilien und mit niedrigem Sozialstatus sind weitaus weniger aktiv. Beispielsweise ist die Chance der regelmäßigen sportlichen Betätigung in diesen Gruppen um den Faktor 2-3 verringert.

Von den Jugendlichen im Alter von 11-17 Jahren sind 84% mindestens einmal in der Woche in der Freizeit so aktiv, dass sie dabei ins Schwitzen oder außer Atem geraten. Rund 23% erreichen sogar fast jeden Tag dieses Aktivitätsniveau. Die eigene körperliche Leistungsfähigkeit wird von 66% der Jugendlichen als sehr gut oder gut beurteilt. Im Jugendalter treten anders als im Kindesalter deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Bewegungsverhalten zutage: Mädchen sind seltener in ihrer Freizeit aktiv und schätzen ihre körperliche Leistungsfähigkeit schlechter ein. Besonders deutlich zeigt sich dies bei Mädchen aus Migrantenfamilien und mit niedrigem Sozialstatus.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys deuten darauf hin, dass die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland körperlich und sportlich aktiv sind. Zugleich weisen sie aber auf latente Potenziale für die Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter hin. Die geschlechts-, migrations- und schichtspezifischen Unterschiede im Bewegungsverhalten der Heranwachsenden zeigen mögliche Ansatzpunkte für gezielte Interventionen auf.

Motorik-Modul: Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen

K. Bös, J. Oberger, E. Opper, N. Romahn, M. Wagner, A. Worth

In den Jahren 2003-2006 wurden im Rahmen des Motorik-Moduls, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert wird, bundesweit repräsentativ 4529 Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 17 Jahren hinsichtlich ihrer motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität untersucht. Dies erfolgte anhand von 11 Testitems zur Ausdauer, Kraft, Koordination und Beweglichkeit und einem Aktivitätsfragebogen.

Ergebnisse. Erste Ergebnisse zeigen, dass 95% der 4- bis 17-Jährigen im Befragungszeitraum aktiv sind, davon 22% täglich. Im Durchschnitt sind dies 4 Tage pro Woche für insgesamt 6 Stunden. Insgesamt sind 58% Mitglied in einem Sportverein. Einem Anstieg der Mitgliedszahlen im Grundschulalter folgt eine hohe Fluktuation im weiteren Verlauf der Adoleszenz. Die Intensität der Aktivität ist im Vereinssport am höchsten.

Im Bereich der Motorik zeigt sich, dass über ein Drittel der Kinder und Jugendlichen nicht in der Lage ist, 2 oder mehr Schritte auf einem 3 cm breiten Balken rückwärts zu balancieren. Bei der Rumpfbeuge erreichen 43% nicht das Fußsohlenniveau. Die Ergebnisse im Standweitsprung deuten einen Rückgang der Krafftähigkeit um 14% seit 1976 an.

Schlussfolgerungen. Die aufgezeigten Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Interventionen. Hierfür bedarf es weiterer Analysen, vor allem der Zusammenhänge zwischen Motorik, Aktivität und Gesundheit.

Kinder-Umwelt-Survey (KUS)

M. Kolossa-Gehring, W. Babisch, R. Szewzyk, D. Ullrich

Methoden. Der Kinder-Umwelt-Survey (KUS) ist ein Modul des KiGGS und wird vom Umweltbundesamt durchgeführt. Bei 1790 Kindern im Alter von 3-14 Jahren wurden Umweltbelastungen durch chemische Schadstoffe, Schimmelpilze und Lärm erfasst. Dazu wurden Blut-, Urin-, Innenraumluft-, Hausstaub- und Trinkwasserproben untersucht sowie ein Screening-Hörtest und Befragungen zu expositionsbeeinflussenden Faktoren durchgeführt.

Ergebnisse. Bereits 1990/92 hatte das Umweltbundesamt im 2. Umwelt-Survey Kinder in die Untersuchungen zur Umweltbelastung einbezogen. Daher können nun Aussagen zu einem zeitlichen Trend der Umweltbelastungen bei Kindern getroffen werden. Die Blei-, Quecksilber-, PAH- und PCP-Belastungen haben seit 1990/92 deutlich abgenommen, was den Erfolg umwelt- und gesundheitspolitischer Maßnahmen belegt.

Nicht abgenommen hat hingegen die Belastung der Kinder durch das Passivrauchen. Noch immer leben ca. 50% der Kinder in Haushalten mit mindestens einem Raucher. Die Cotiningehalte im Urin deuten darauf hin, dass die Belastung über das Passivrauchen sogar zugenommen hat. In fast der Hälfte der Haushalte, in denen täglich geraucht wird und in denen Kinder leben, wird zudem der zukünftige EU-Grenzwert für Benzol in der Außenluft überschritten.

Bei den Auswertungen des KUS werden auch Zusammenhänge zwischen Umweltbelastungen und gesundheitlichen Wirkungen untersucht. Es zeigt sich, dass ca. 10% der Kinder gegenüber mindestens einem der im KUS untersuchten Schimmelpilze sensibilisiert sind. Im KUS wird auch das Vorkommen von Sensibilisierungen gegenüber Schimmelpilzen erfasst, die hauptsächlich im Innenraum vorkommen und bisher in routinemäßig eingesetzten Allergietests nicht enthalten sind. Im Hörtest wiesen ca. 13% der Kinder bei wenigstens einer Testfrequenz einen Hörverlust von mehr als 20 dB und 2,4% von mehr als 30 dB auf. Freizeitlärm kann eine der Ursachen für Hörverlust sein.

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.

Modul Psychische Gesundheit (BELLA-Studie)

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

Das Modul „Psychische Gesundheit“ zum bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts besteht aus einer Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten, der so genannten BELLA-Studie, die vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft gefördert wird, und das Auftreten allgemeiner sowie spezifischer psychischer Auffälligkeit unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland beobachtet.

Methoden. In der BELLA-Studie wurden 2863 Familien mit Kindern im Alter von 7-17 Jahren, die an KiGGS teilgenommen haben, vertiefend telefonisch mit einem standardisierten computerassistierten Telefoninterview (CATI) und einer direkt anschließenden postalischen schriftlichen Befragung befragt.

Die Verbreitung psychischer Auffälligkeiten wurde anhand der Angaben im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) und weiterer standardisierter Screeningverfahren ermittelt.

Ergebnisse. Bei ca. 22% der untersuchten Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor, wobei circa 10% aller Kinder und Jugendlichen als im engen Sinn psychisch auffällig beurteilt werden müssen. Unter den spezifischen psychischen Auffälligkeiten treten Störungen des Sozialverhaltens (10%), Ängste (7,6%) und Depressionen (5,4%) am häufigsten auf. Bei den vermuteten Risikofaktoren erweisen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima mit vielen Konflikten sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als negative Einflussgrößen, die mit einer bis zu 4-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeit einhergehen.

Bei einem kumulierten Auftreten mehrerer Risikofaktoren ist ein starker Anstieg der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten (bis zu einem Anteil von 50% in Hochrisikogruppen) zu verzeichnen. Personale, familiäre und soziale Ressourcen sind hingegen bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen stärker ausgeprägt. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher ist in allen Bereichen deutlich eingeschränkt. Längst nicht alle Kinder und Jugendlichen, die psychische Auffälligkeiten aufweisen, befinden sich in entsprechender Behandlung.

Schlussfolgerungen. Die BELLA-Studie zeigt, dass es für die Identifikation von Risikogruppen nicht nur von Bedeutung ist, die bekannten Risikofaktoren für die psychische und subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu betrachten. Vielmehr müssen auch die vorhandenen personalen, familiären und sozialen Ressourcen einbezogen werden. Die Stärkung der personalen und familiären Ressourcen von Kindern und Jugendlichen sollte wesentliches Ziel von Prävention und Intervention sein.

Quelle: Bundesgesundheitsblatt, Oktober 2006 (www.bundesgesundheitsblatt.de)

Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin
Pressestelle: Telefon 030-18754-2286 / -2239 / -2562
E-Mail: presse@rki.de
Internet: www.rki.de

Weitere Informationen zur Kinder- und Jugendgesundheitsstudie: www.kiggs.de
Studienleitung: Dr. Bärbel-Maria Kurth, Robert Koch-Institut