



Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter- Risiken und Ressourcen für eine gesunde Entwicklung

Heike Hölling
Robert Koch-Institut, Berlin

**Fachtag Psychosomatische Kinder- und
Jugendlichenrehabilitation**

Wangen, 13. Oktober 2012



Studie zur Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen in Deutschland



15.05.2003 bis 06.05.2006

Kinder- und Juggend-Gesundheits-Studie

<http://www.kiggs.de>

www.kiggs-studie.de

KIGGS
Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Eine Studie des Robert-Koch-Instituts ROBERT KOCH INSTITUT

Home Teilnehmende Studie Ergebnisse Suche

KIGGS ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland.

DEGGS GEDA

Neu! **KiGGS Welle 1: Datenerhebung ist beendet**
Vor drei Jahren begann das Robert Koch-Institut mit den Datenerhebungen zu KiGGS Welle 1, der Fortsetzungsstudie der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006). Ende Juni 2012 wurden die telefonischen Befragungen nun abgeschlossen.
[+ Mehr Informationen](#)

Teilnehmende
Vielen Dank fürs Mitmachen!
Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Eltern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die sich für unser Telefoninterview Zeit genommen haben und geduldig auf unsere Fragen geantwortet haben.
Mit der neuen KiGGS-Studie konnten wir viele wichtige Informationen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sammeln.
[+ Mehr](#)

Ergebnisse der letzten Befragung
Erste Ergebnisse von KiGGS Welle 1 werden ab **Ende 2013** verfügbar sein. Wir werden Sie auf dieser Website informieren, sobald feststeht, wann und in welcher Form erste Ergebnisse veröffentlicht werden.

Ergebnisse
KiGGS-Basiserhebung: Ergebnisse
Zu den Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) sind bislang mehr als 350 Beiträge in nationalen und internationalen Zeitschriften veröffentlicht worden.

Wer kann an

Ziele des Kinder- und Jugendgesundheits surveys

- Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen
- Identifizierung von gesundheitspolitisch relevanten Problemlagen und Verteilungsungleichheiten
- Definition von Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche
- Ermittlung von Ansatzpunkten für Prävention und Gesundheitsförderung



Besonderheiten des KiGGS

- Nationale **Repräsentativstichprobe**
- Berücksichtigung des **gesamten Altersspektrums** von 0-17 Jahren
- **Querschnitt *und* Kohorte**
- **Breites Spektrum von Kernindikatoren** der *körperlichen, psychischen, sozialen* Gesundheit sowie des *Gesundheitsverhaltens* (analog WHO-Gesundheitsbegriff von 1948)
- **Untersuchung *und* Befragung**
- Konjunkte, d.h. **auf Individualebene verknüpfbare** Daten
- Inhaltliche **Vertiefungsmodule** (Umwelt, Psyche, Motorik, Ernährung) an Unterstichproben

Feldarbeit: 15. Mai 2003 bis 06. Mai 2006

- 167 Studienzentren besucht
- 17.641 Kinder und Jugendliche 0-17 Jahre
- 8.985 Jungen und 8.656 Mädchen
- Response 66,6%



Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003-2006
Untersuchungspunkte



Untersuchungsprogramm

Das nach Altersgruppen gestaffelte Untersuchungsprogramm bestand aus:

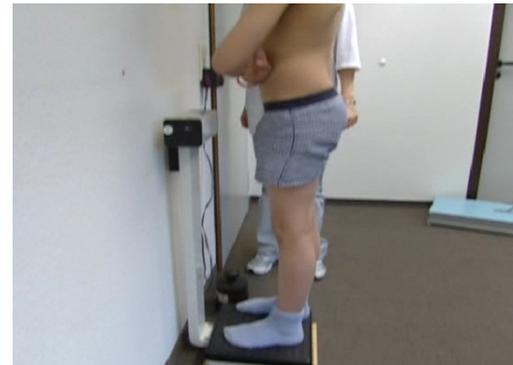
Schriftliche Befragung der Eltern und der Jugendlichen von 11-17 Jahren



Computergestütztes ärztliches Elterninterview



Medizinische Untersuchungen und Tests



Blut- und Urinprobe



BMC Public Health 2008, 8: 196

BMC Public Health



Study protocol

Open Access

The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: Design of the German KiGGS-Study

Bärbel-Maria Kurth*¹, Panagiotis Kamtsiuris¹, Heike Hölling¹,
Martin Schlaud¹, Rüdiger Döller¹, Ute Ellert¹, Heidrun Kahl¹,
Hiltraud Knopf¹, Michael Lange¹, Gert BM Mensink¹, Hannelore Neuhauser¹,
Angelika Schaffrath Rosario¹, Christa Scheidt-Nave¹, Liane Schenk²,
Robert Schlack¹, Heribert Stolzenberg¹, Michael Thamm¹, Wulf Thierfelder¹
and Ute Wolf¹

Address: ¹Department of Epidemiology and Health Reporting, Robert Koch Institute, Seestraße 10, 13353 Berlin, Germany and ²Charité Center 1 for Health and Human Sciences, Institute of Medical Sociology, Thielallee 47, 14195 Berlin, Germany

Email: Bärbel-Maria Kurth* - KurthB@rki.de; Panagiotis Kamtsiuris - KamtsiurisP@rki.de; Heike Hölling - HoellingH@rki.de; Martin Schlaud - SchlaudM@rki.de; Rüdiger Döller - DoellerR@rki.de; Ute Ellert - EllertU@rki.de; Heidrun Kahl - KahlH@rki.de; Hiltraud Knopf - KnopfH@rki.de; Michael Lange - LangeM@rki.de; Gert BM Mensink - MensinkG@rki.de; Hannelore Neuhauser - NeuhauserH@rki.de; Angelika Schaffrath Rosario - Schaffrath-RosarioA@rki.de; Christa Scheidt-Nave - Scheidt-NaveC@rki.de; Liane Schenk - liane.schenk@charite.de; Robert Schlack - SchlackR@rki.de; Heribert Stolzenberg - StolzenbergH@rki.de; Michael Thamm - ThammM@rki.de; Wulf Thierfelder - ThierfelderW@rki.de; Ute Wolf - WolfU@rki.de

* Corresponding author

Published: 4 June 2008

BMC Public Health 2008, 8:196 doi:10.1186/1471-2458-8-196

Received: 14 February 2008

Accepted: 4 June 2008

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458-8-196>

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Study Protocol

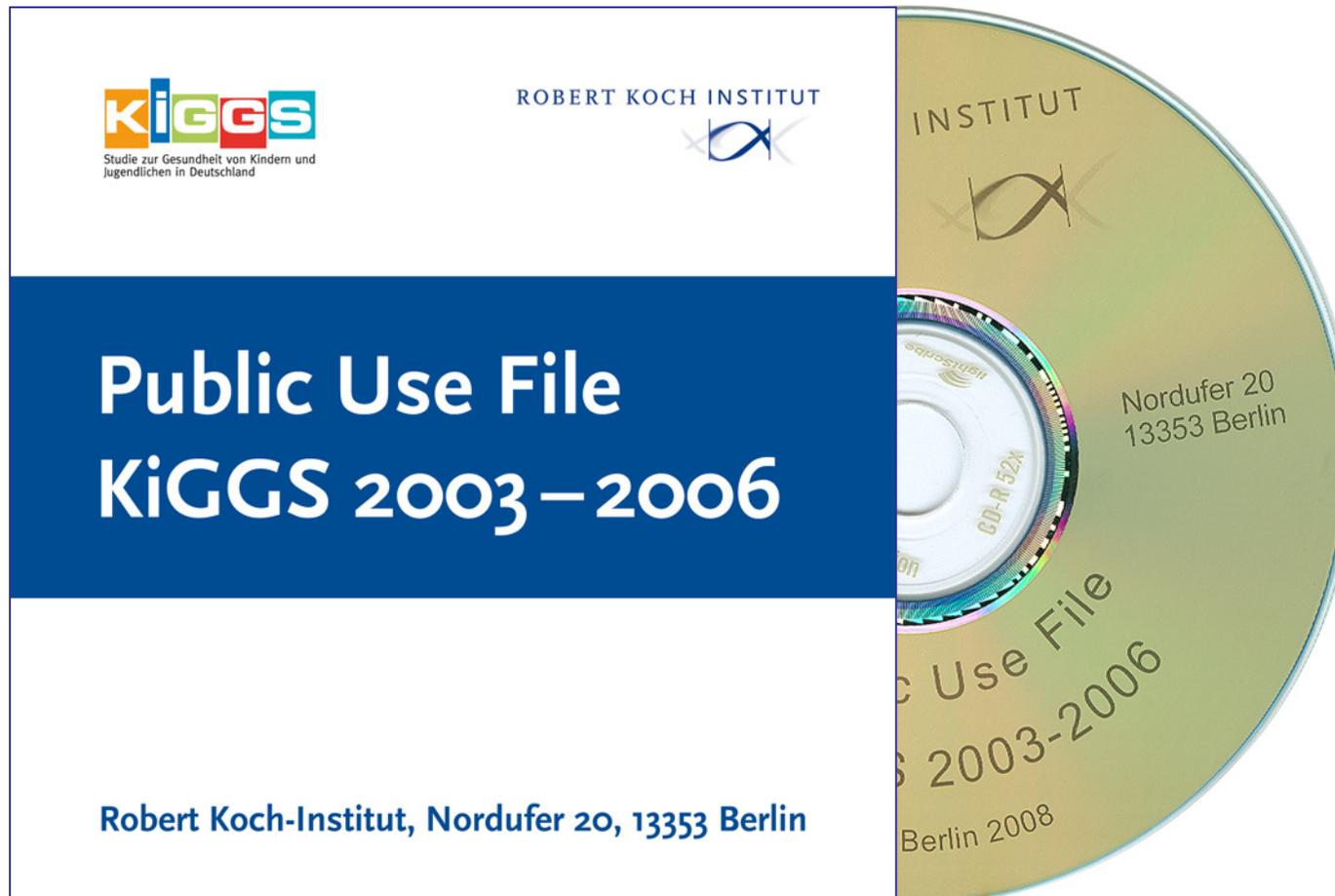
Abstract

Background: From May 2003 to May 2006, the Robert Koch Institute conducted the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Aim of this first nationwide interview and examination survey was to collect comprehensive data on the health status of children and adolescents aged 0 to 17 years.

Methods/Design: Participants were enrolled in two steps: first, 167 study locations (sample points) were chosen; second, subjects were randomly selected from the official registers of local residents. The survey involved questionnaires filled in by parents and parallel questionnaires for



Public Use File



Daten für Taten!

- Zuarbeit zur **Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit**
- Zuarbeit für den **Sachverständigenrat** für das Gesundheitswesen „Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“
- Zuarbeit für den **13. Kinder- und Jugendbericht**
- Beitrag zur **Gesundheitsberichterstattung** „Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland“
- **Expertise** für das BMG "Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen"
- **Expertise** „Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“
- Beitrag zur Unterstützung der **Initiative „Leben hat Gewicht“** des BMG, des BMBF und des BMFSFJ

Erkenntnistransfer in die Gesundheitspolitik



Erkennen – Bewerten – Handeln:

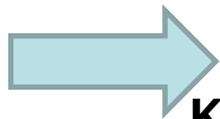
Zur Gesundheit von Kindern
und Jugendlichen in Deutschland



Wie geht es mit KiGGS weiter?

**Bislang ca. 300 wiss. Publikationen aus dem Querschnitt. Aber:
Fragen, die sich mit Querschnittsdaten nicht beantworten lassen:**

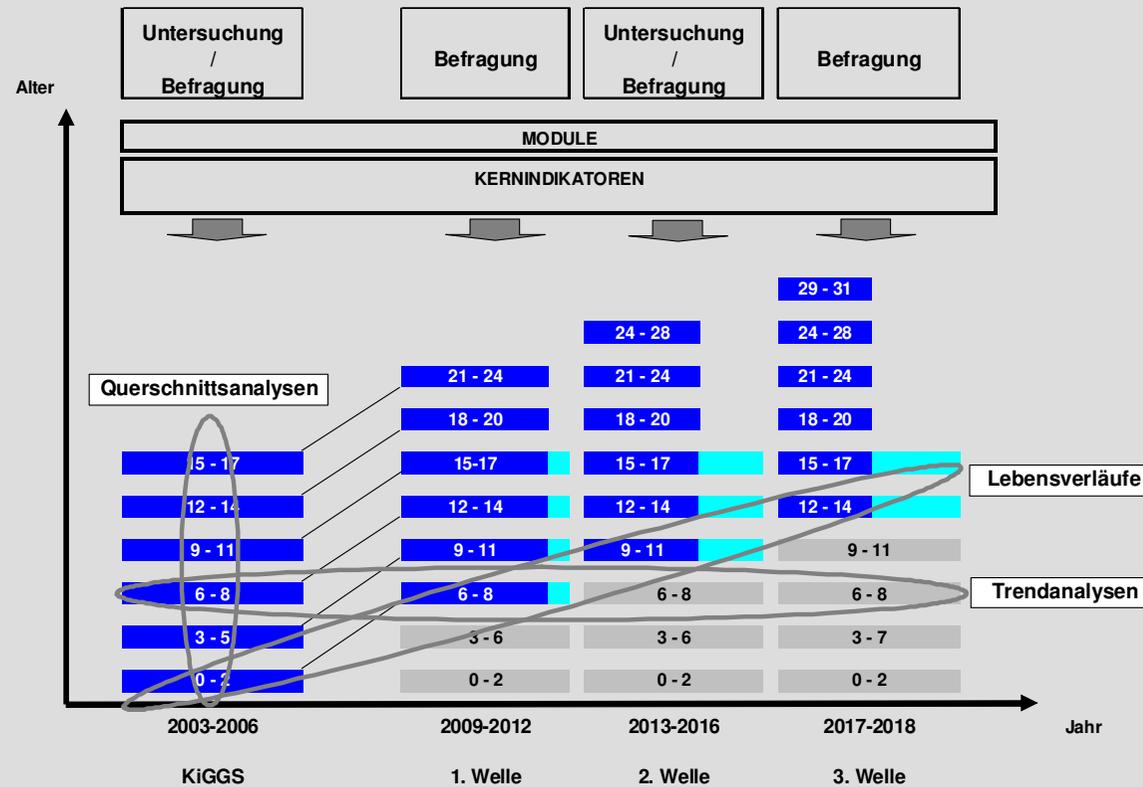
- **Was ist Ursache, was ist Folge?**
- **Werden dicke Kinder immer dicker?**
- **Nehmen psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen zu?**
- **Welchen Prädiktionswert haben Risikofaktoren?**
 - **Können Schutzfaktoren gesundheitliche Risiken im Zeitverlauf puffern?**



**KiGGS-Kohorte (aktuell: Welle 1,
in Vorbereitung: Welle2)**



Schema des Kohortenansatzes für die ersten drei Wiederholungswellen



- KiGGS-Population
- Mögliche Anreicherung KiGGS-Population
- Anreicherung durch jüngere Jahrgänge

ROBERT KOCH INSTITUT



Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Kamtsiuris 2011

Ziele der KiGGS Kohorte

- **Trendanalysen** zur Entwicklung von Gesundheit und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen über die Zeit
- **Interpretation** dieser Veränderungen im Kontext sozialer Rahmenbedingungen und gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen oder gesundheitspolitischer Entscheidungen
- Darstellung von **Verlaufsentwicklungen**
- Differenzierung von **Alters-, Kohorten-, Periodeneffekten**

ROBERT KOCH INSTITUT



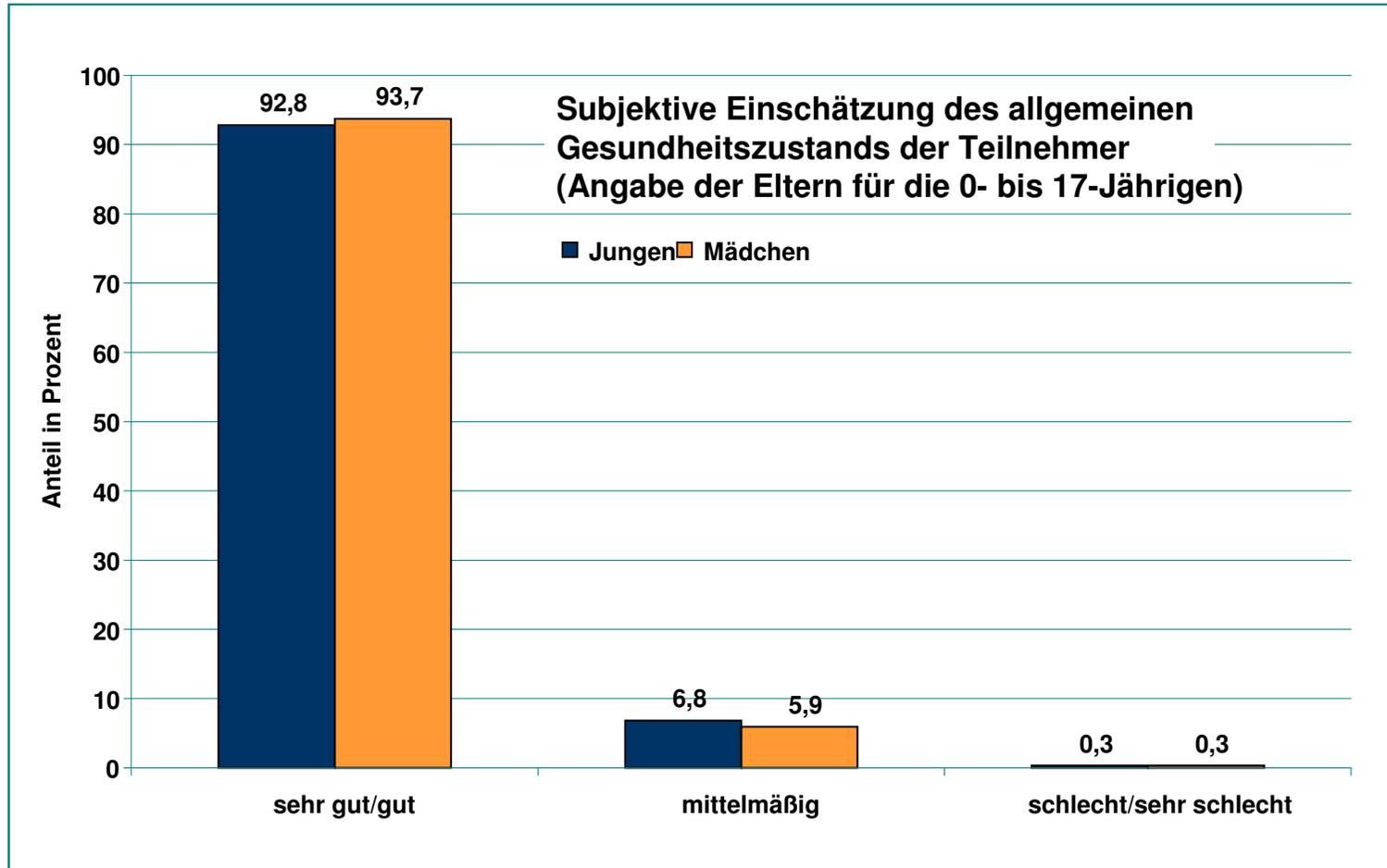
Psychische Gesundheit



Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Elterneinschätzung zur Gesundheit ihres Kindes

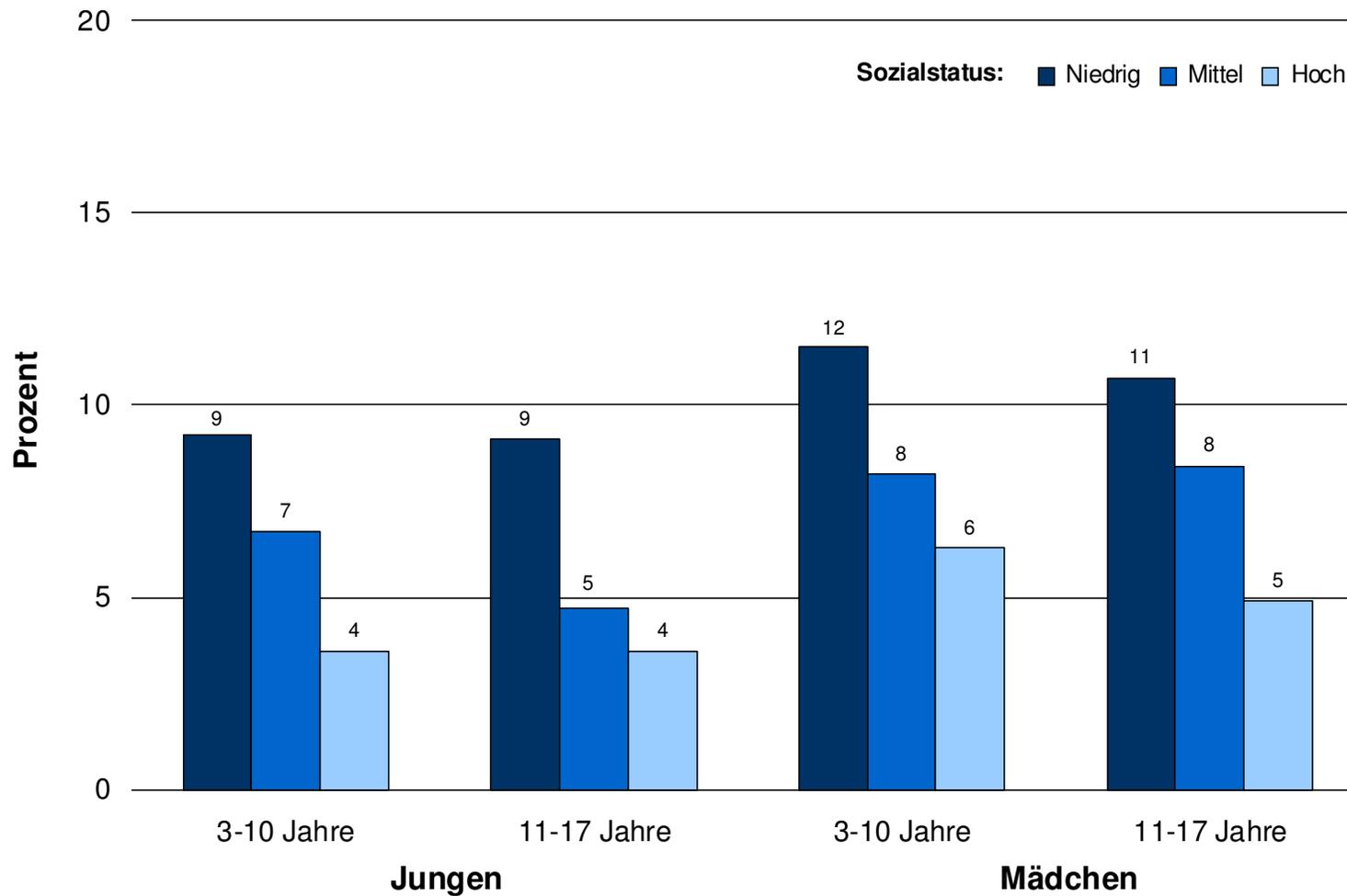
Kurth/ Lange 2007



Von den Eltern schätzen mehr als 90% den Gesundheitszustand ihrer Kinder als „sehr gut“ oder „gut“ ein.

Kurth/ Lange
2007

Kinder und Jugendliche mit „mittelmäßigem“ bis „sehr schlechtem“ allgemeinem Gesundheitszustand

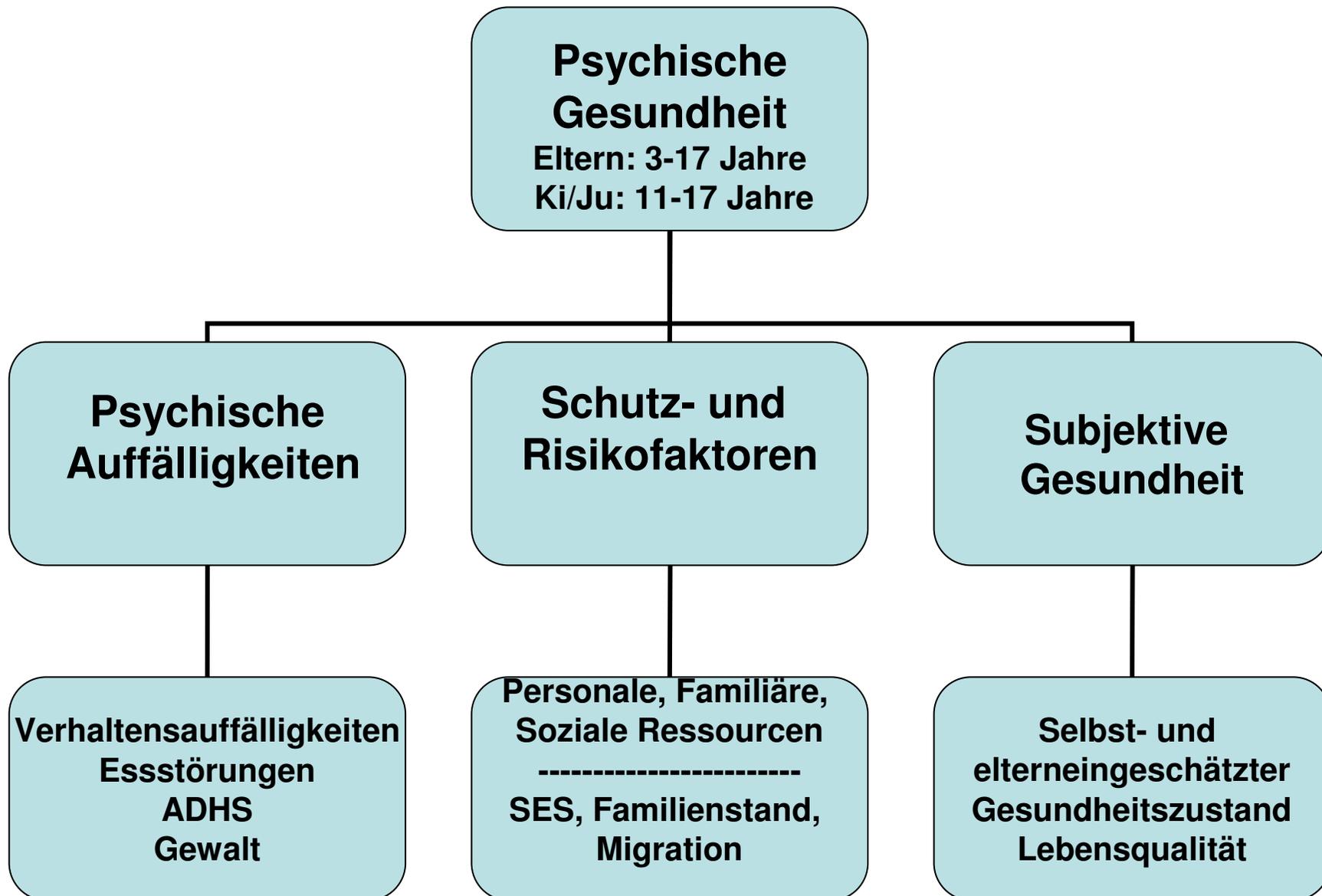


Pressespiegel

- Immer mehr Kinder in Grundschulen und Kitas sind verhaltensauffällig (Ärzte Zeitung, 30.03.2011)
- "Vergessene Kinder" - Kinder psychisch kranker Eltern -Aufwachsen ohne Netz und doppelten Boden, www.gesundheitsamt.bremen.de
- Weit verbreitet: Soziale Phobien bei Jugendlichen (Pressemitteilung Goethe-Universität Frankfurt am Main, Ulrike Jaspers, 19.09.2011)
- Kinder unter Leistungsdruck: "Das Schlimmste sind die Eltern,, (SPIEGEL ONLINE 19. Oktober 2011)
- Essstörungen: Schon Fünfjährige wegen Magersucht behandelt (Focus online 1.8.2011)
- Jeder dritte Schüler neigt zur Depression (Sueddeutsche.de,02.05.2011)
- GEO WISSEN: Was die Seele stark macht - Hilfe bei Burnout, Ängsten, Depression (dpa, vom 08.11.2011)
- ADHS-Kinder nicht nur mit Medikamenten behandeln
 - Mehr Unterstützung für Betroffene gefordert. Stiftung Kindergesundheit am Mittwoch bei einem ADHS-Symposium in München (dapd, vom 07.12.2011)

Kriterien psychischer Gesundheit (Jahoda 1958)

- Einstellung eines Individuums zu sich selbst (realistische Selbsteinschätzung)
- Fähigkeit des Individuums zur Selbstverwirklichung (Sinnfindung, Lebensmut)
- Fähigkeit zur flexiblen Identifikation mit dem eigenen Ich (individuelle Annahme des eigenen Ich)
- Autonomie gegenüber sozialen Einflüssen (Selbstbestimmung des eigenen Handelns)
- Unverzerrte Wahrnehmung der Realität (Unterscheidung von Wunsch und Wirklichkeit)
- Fähigkeit zum Meistern der Umweltaforderungen (Durchsetzungs- und Anpassungsfähigkeiten)



ROBERT KOCH INSTITUT



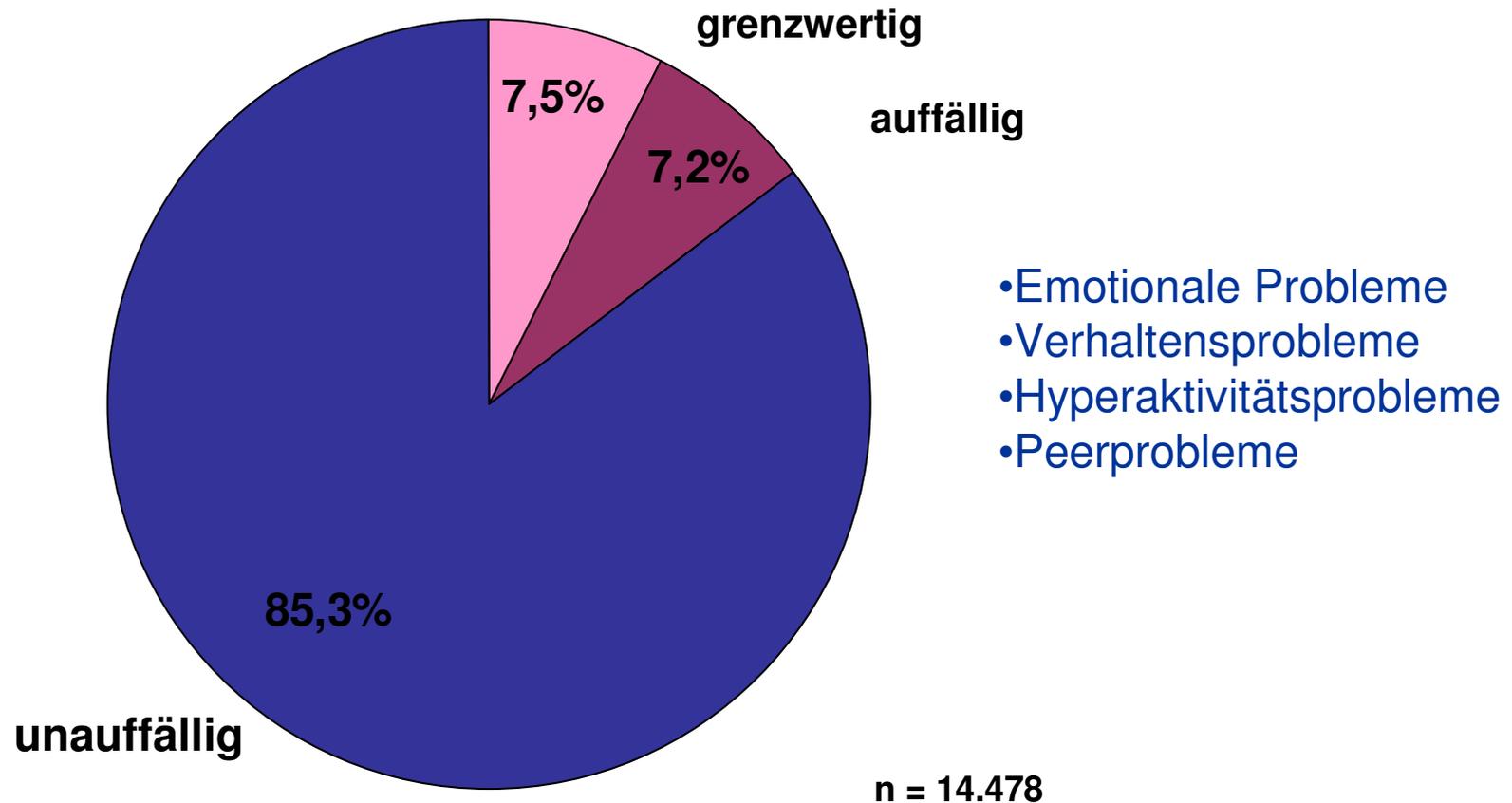
Psychische Auffälligkeiten



Studie zur Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen in Deutschland

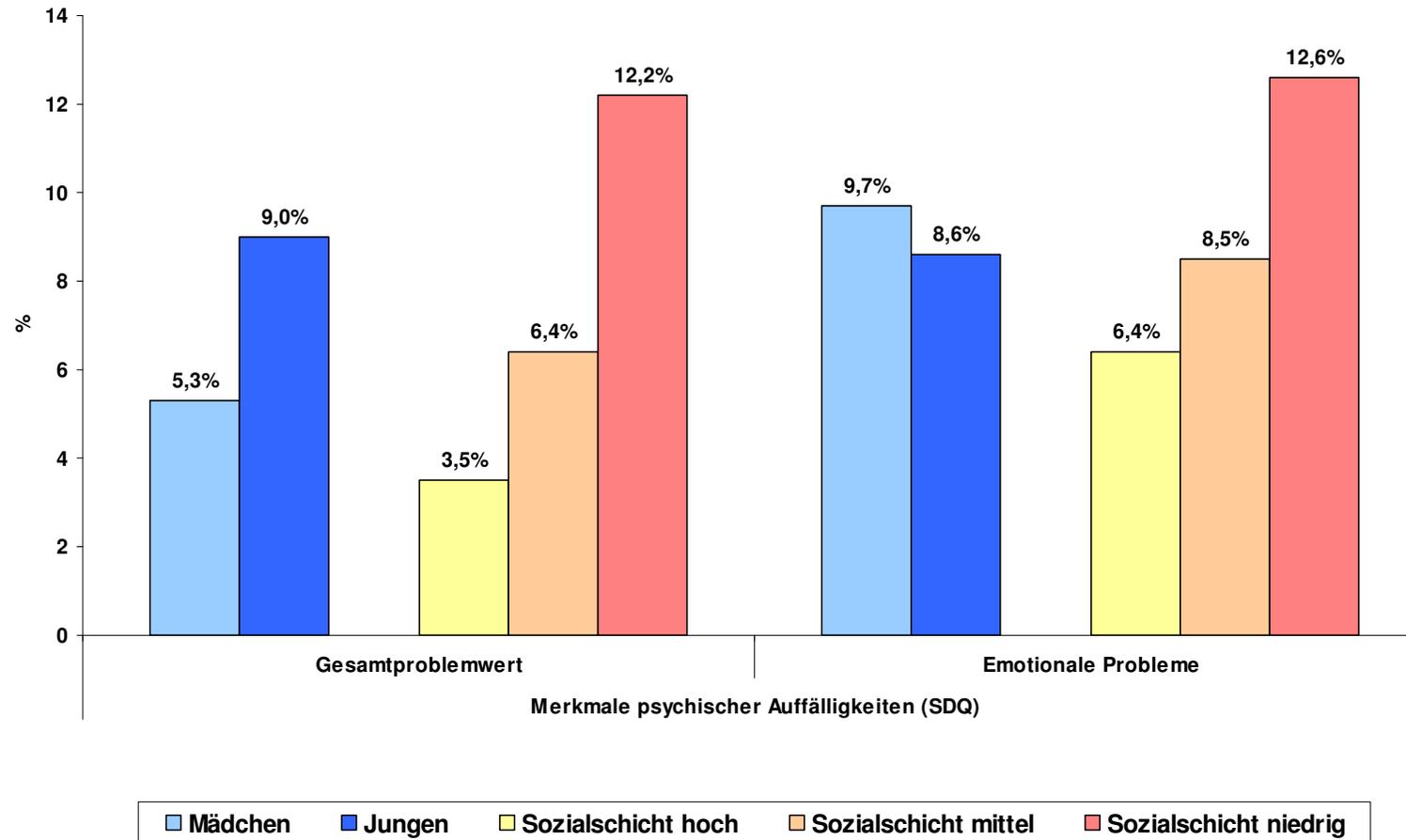
Psychische Auffälligkeiten (SDQ)

Gesamtproblemwert (Elternbericht 3 bis 17 Jahre)



Fast jedes 7. Kind in Deutschland zeigt psychische Auffälligkeiten

Psychische Auffälligkeit (SDQ-Gesamtproblemwert „auffällig“ und Subskala „Emotionale Probleme“, Elternurteil) nach Geschlecht und Sozialstatus 3 bis 17 Jahre



**Jungen weisen insgesamt häufiger psychische Auffälligkeiten auf als Mädchen.
Mädchen haben häufiger emotionale Probleme.
Psychische Auffälligkeiten treten häufiger in der unteren Sozialschicht auf.**

ROBERT KOCH INSTITUT



Adipositas und Essstörungen



Studie zur Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen in Deutschland

Übergewicht und Adipositas

Erhebung: Messen (Körpergröße) und wiegen (Körpergewicht).

Body-Mass-Index (BMI) = Gewicht in kg / Größe in m²

Definition von Übergewicht und Adipositas gemäß Referenzdaten (Kromeyer-Hauschild et al. 2001):

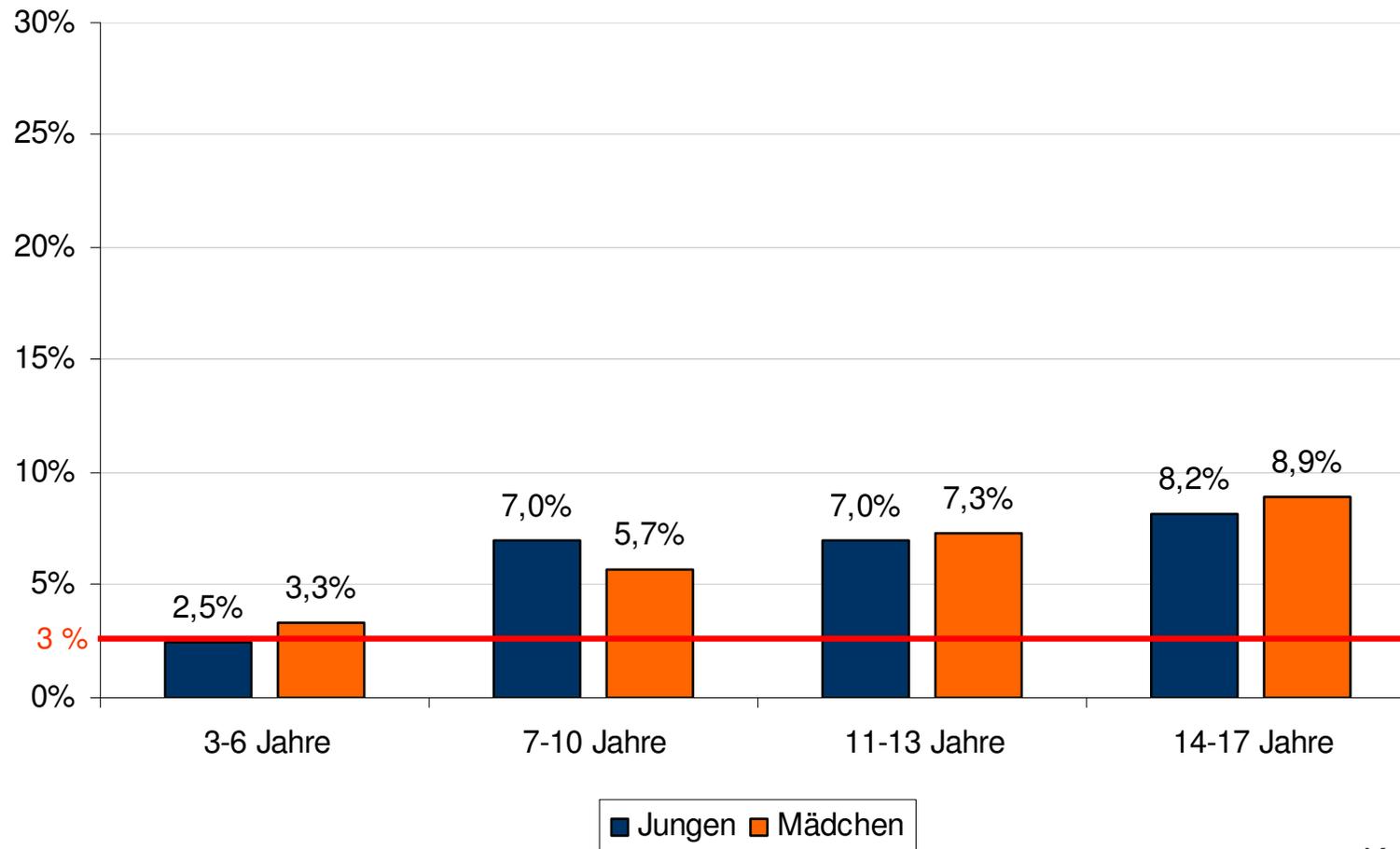
- **Übergewicht BMI > 90. Perzentil**
- **Adipositas BMI > 97. Perzentil**

Allgemeiner Befund

- **15%** der Kinder und Jugendlichen Alter von 3 bis 17 Jahren sind **übergewichtig**, davon **6% adipös** (800 000 von 1,9 Mill. übergewichtigen Kinder und Jugendlichen)
- Jungen und Mädchen sind gleichermaßen betroffen

Zunahme gegenüber den Referenzdaten von 1985-1999 um 50%.

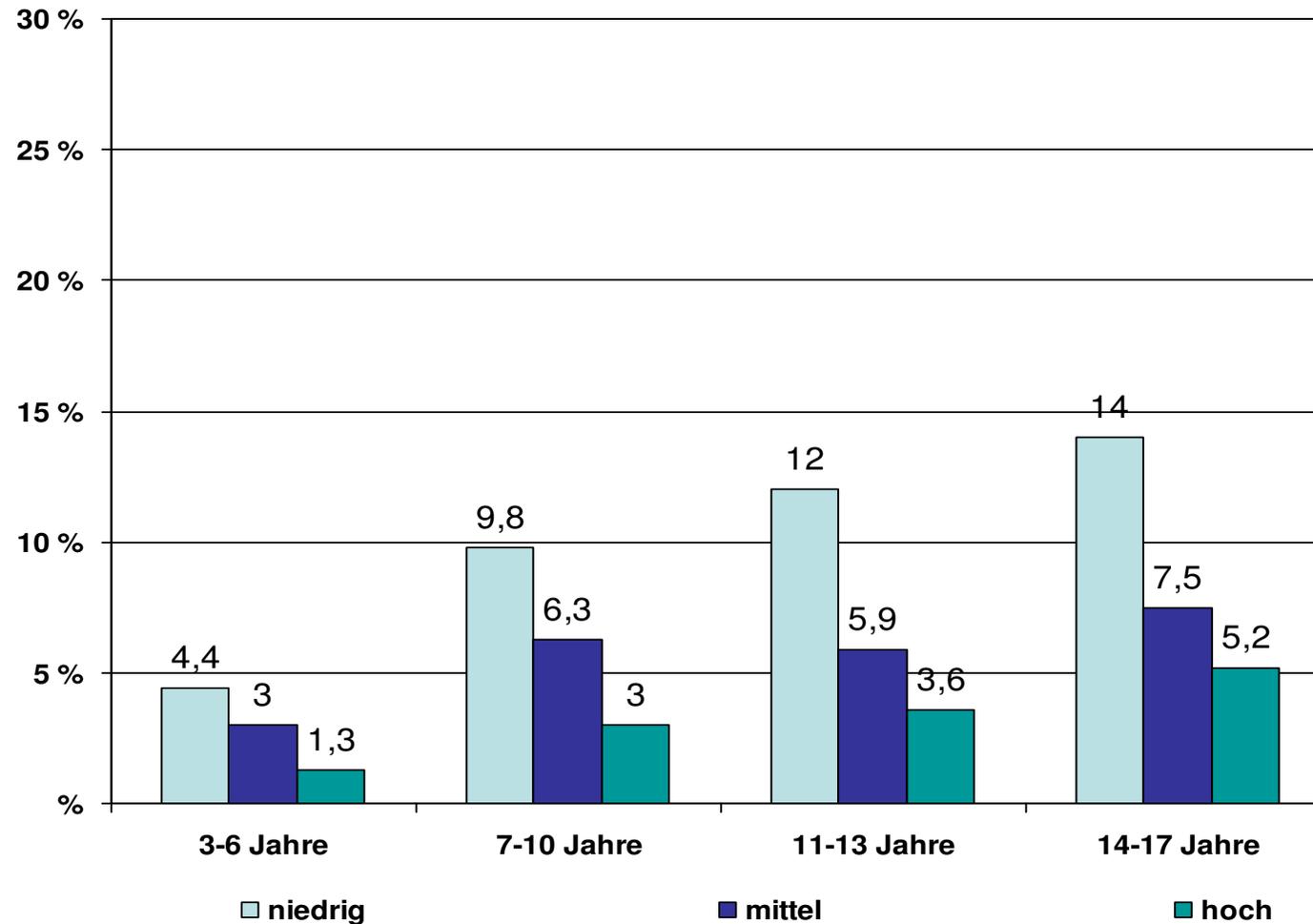
Verbreitung von **Adipositas** nach Altersgruppen



Kurth et al. 2007

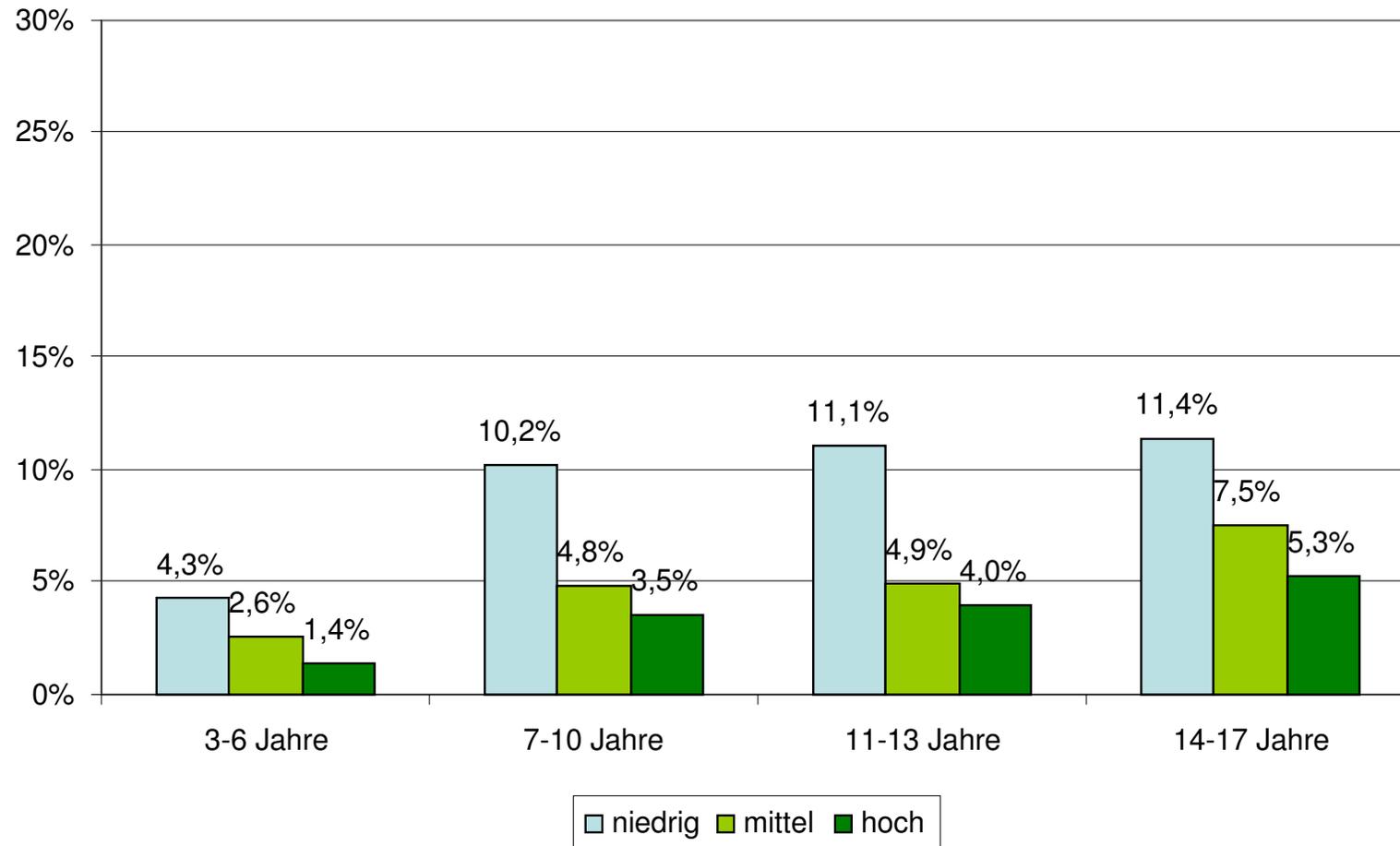
Starker Anstieg im Grundschulalter, bei den Jungen besonders ausgeprägt.

Häufigkeit von **Adipositas** nach Sozialstatus



Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus sind häufiger von Adipositas betroffen. Kurth et al. 2007

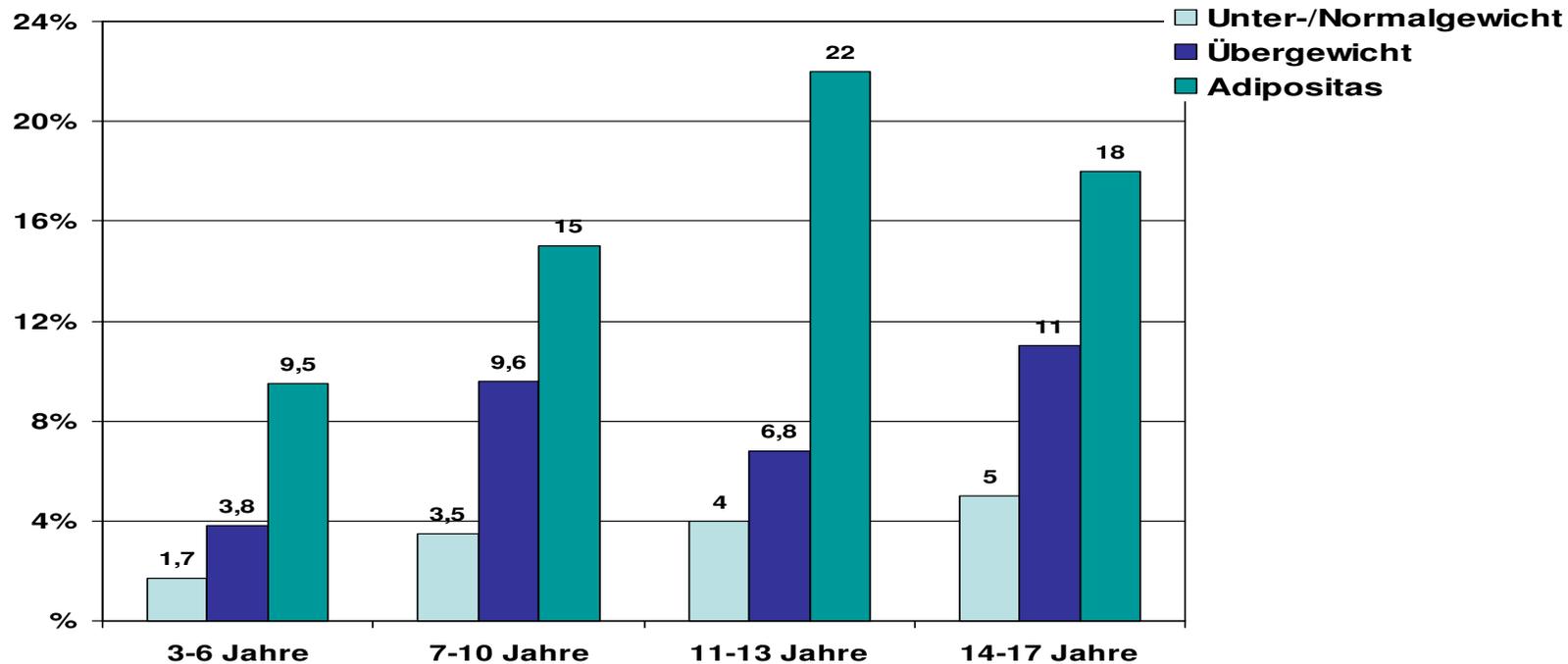
Häufigkeit von **Adipositas** nach Bildung der Mutter



Kurth et al. 2007

Die Adipositasrate ist bei Kindern von Müttern mit geringer Bildung höher.

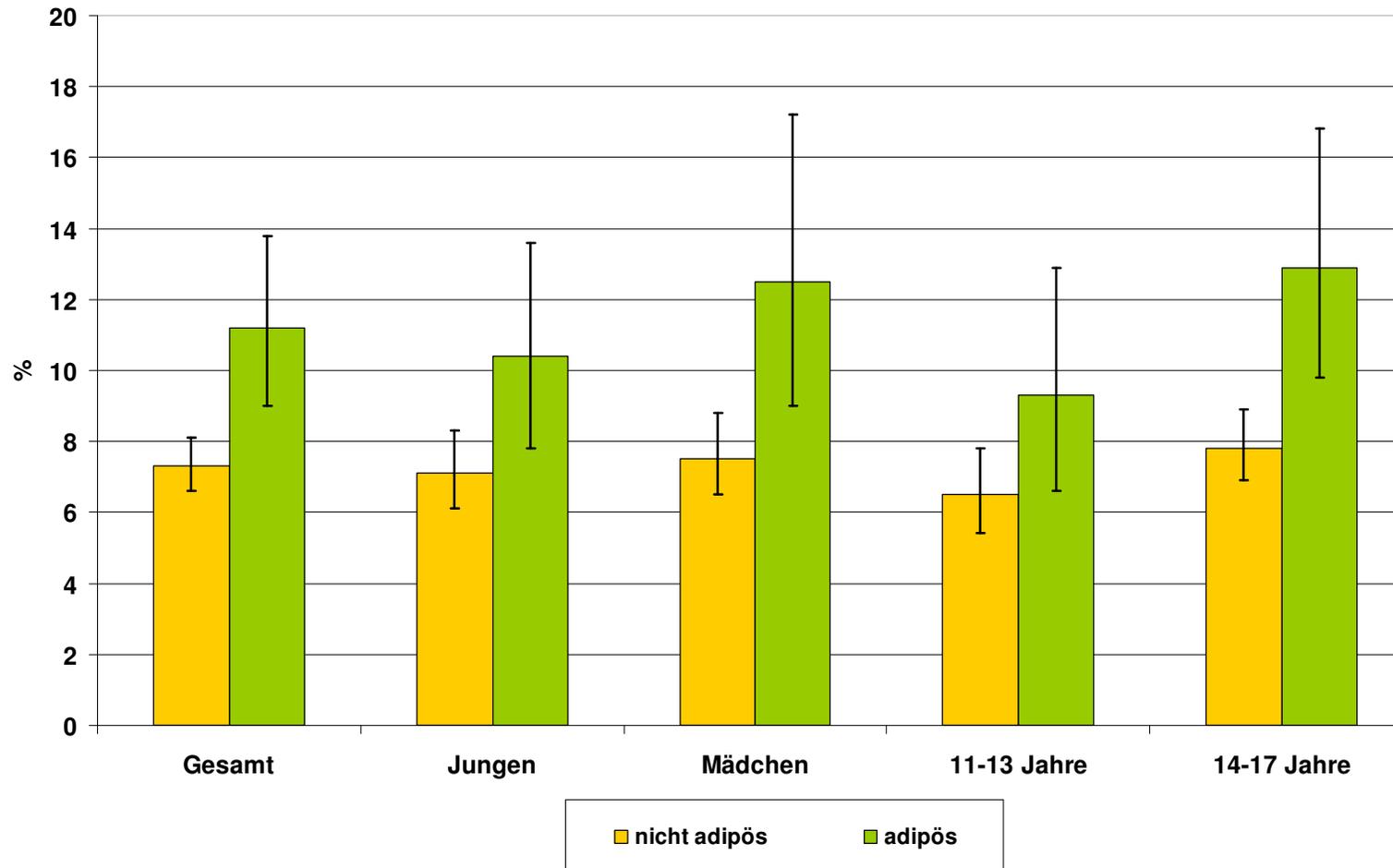
Ergebnisse: Häufigkeit von Adipositas nach Body-Mass-Index der Mutter (Selbstangabe)



Kurth et al. 2007

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

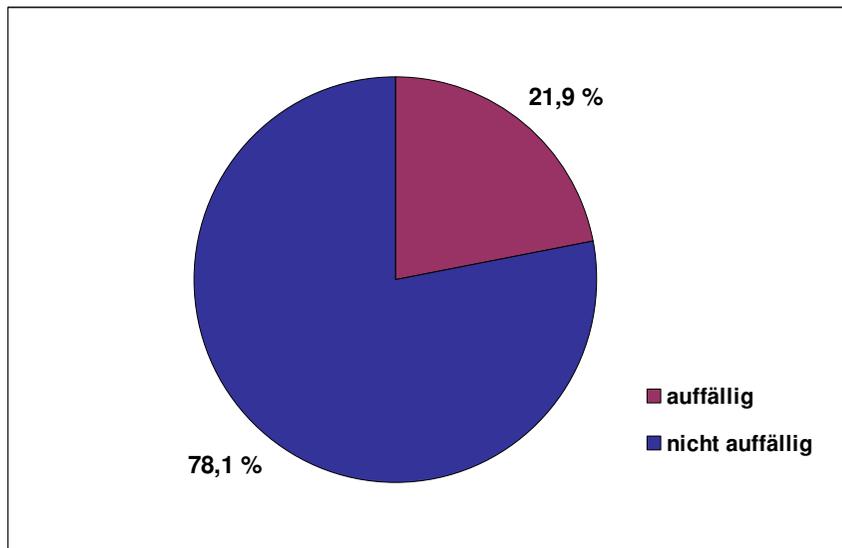
Adipositas und Psychische Auffälligkeit (SDQ-Gesamtproblemwert grenzwertig/auffällig)



Signifikante höhere Auffälligkeitsraten insgesamt; insbesondere bei Mädchen und bei den 14-17-Jährigen.

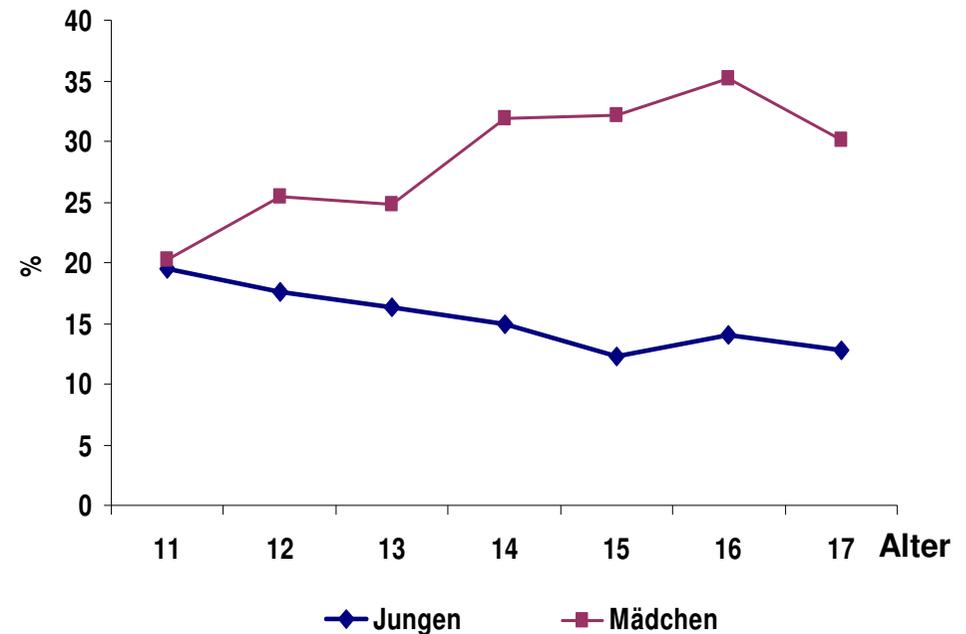
Essstörungen (SCOFF)

Häufigkeit Kinder und Jugendliche 11-17 Jahre gesamt



Essstörungen (SCOFF)

Altersverlauf (Jungen, Mädchen)

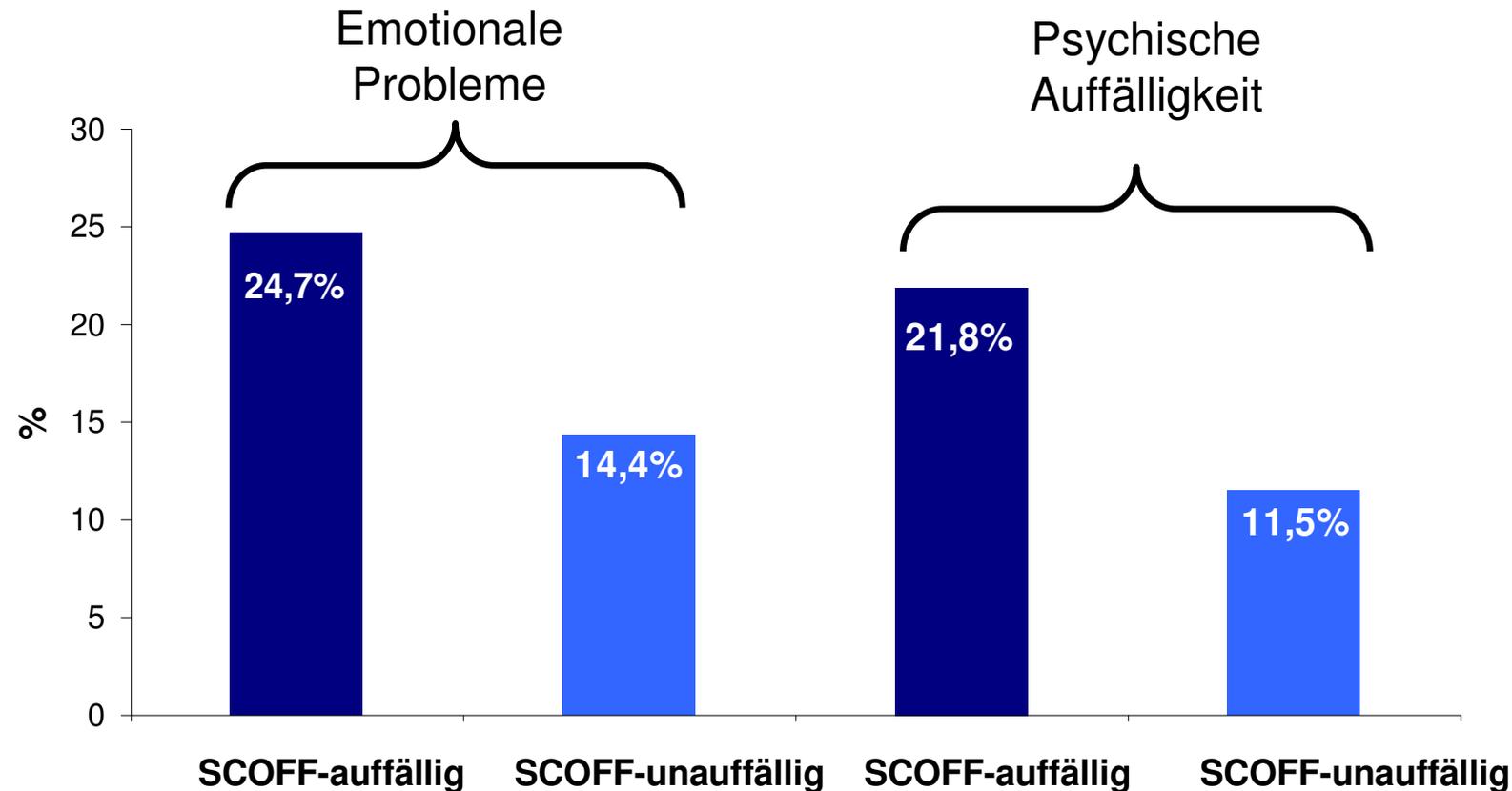


Mehr als jedes 5. Kind in Deutschland zeigt Symptome einer Essstörung !

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) 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)

Körper selbstbild bei SCOFF-auffälligen und unauffälligen Kindern und Jugendlichen mit Normalgewicht

	Körper selbstbild bei Normalgewichtigen ($\geq P10 < P90$)	
	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.

ADHS-Diagnosen

Schlack et al. 2007

ADHS-Diagnose:

insgesamt 4,8%

Jungen: 7,9%

Mädchen: 1.8%

Vorschule (3-6 Jahre): 1,5%

Grundschule (7-10 Jahre) : 5,3%

Altersgruppe (11-13 Jahre): 7,1%

Altersgruppe (14-17 Jahre): 5,6%

Im Alter von 11-17 Jahren wurde bei jedem 10. Jungen aber nur bei jedem 43. Mädchen jemals ADHS diagnostiziert.

ADHS-Diagnosen

nach sozialer Schicht (Winkler-Index) und
Migrationshintergrund

ADHS-Diagnose in Abhängigkeit von der sozialen Schicht:

Untere soziale Schicht:	6,4%
Mittlere soziale Schicht:	5,0%
Obere soziale Schicht:	3,2%

Migrant:	3,1%
Nicht-Migrant:	5,2%

Keine signifikanten Unterschiede zwischen Ost/West und Stadt/Land.

ADHS-Verdachtsfälle (SDQ)

- Insgesamt **4,9% zusätzliche Verdachtsfälle**
- Analoge Geschlechtsverteilung (m > w)
- Sozialschichtgradient auch bei den Verdachtsfällen
- Verhältnis Migranten/Nichtmigranten (**5,9% vs. 4,8%**) bei den Diagnosen reziprok. (zu selten erkannt?)

ROBERT KOCH INSTITUT



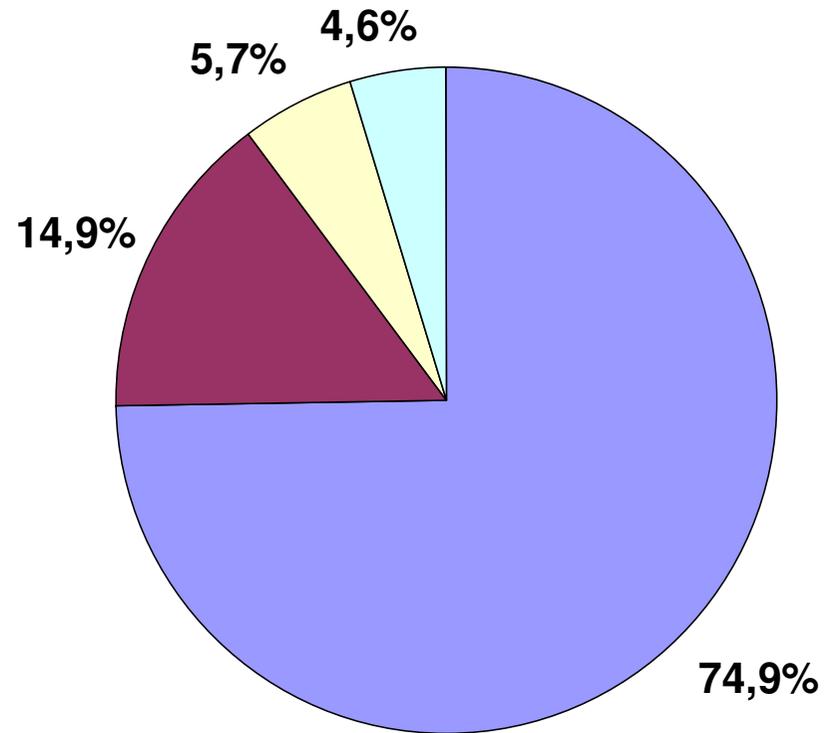
Gewalterfahrungen

Schlack et al. 2007



Studie zur Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen in Deutschland

Ergebnisse Gewalterfahrungen (12-Monats-Prävalenz)



■ keine Gewalterfahrungen ■ Täter ■ Täter/Opfer ■ Opfer

Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland war in den letzten 12 Monaten von Gewalt betroffen.

Was sind Risikofaktoren und was sind Schutzfaktoren?

Schutzfaktoren sind nicht das exakte Gegenteil von Risikofaktoren !

„Was lässt Menschen krank werden?“

Risikofaktoren sind Einflussfaktoren die die Wahrscheinlichkeit einer Person, gesund zu bleiben oder zu werden, verringern.

“Was lässt Menschen trotz oft außergewöhnlicher Belastungen gesund bleiben?“

Schutzfaktoren sind Einflussfaktoren, die die Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern oder psychische Gesundheit oder Wohlbefinden steigern.

ROBERT KOCH INSTITUT



Studie zur Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen in Deutschland

Verschiedene Risikofaktoren für psychische Auffälligkeit

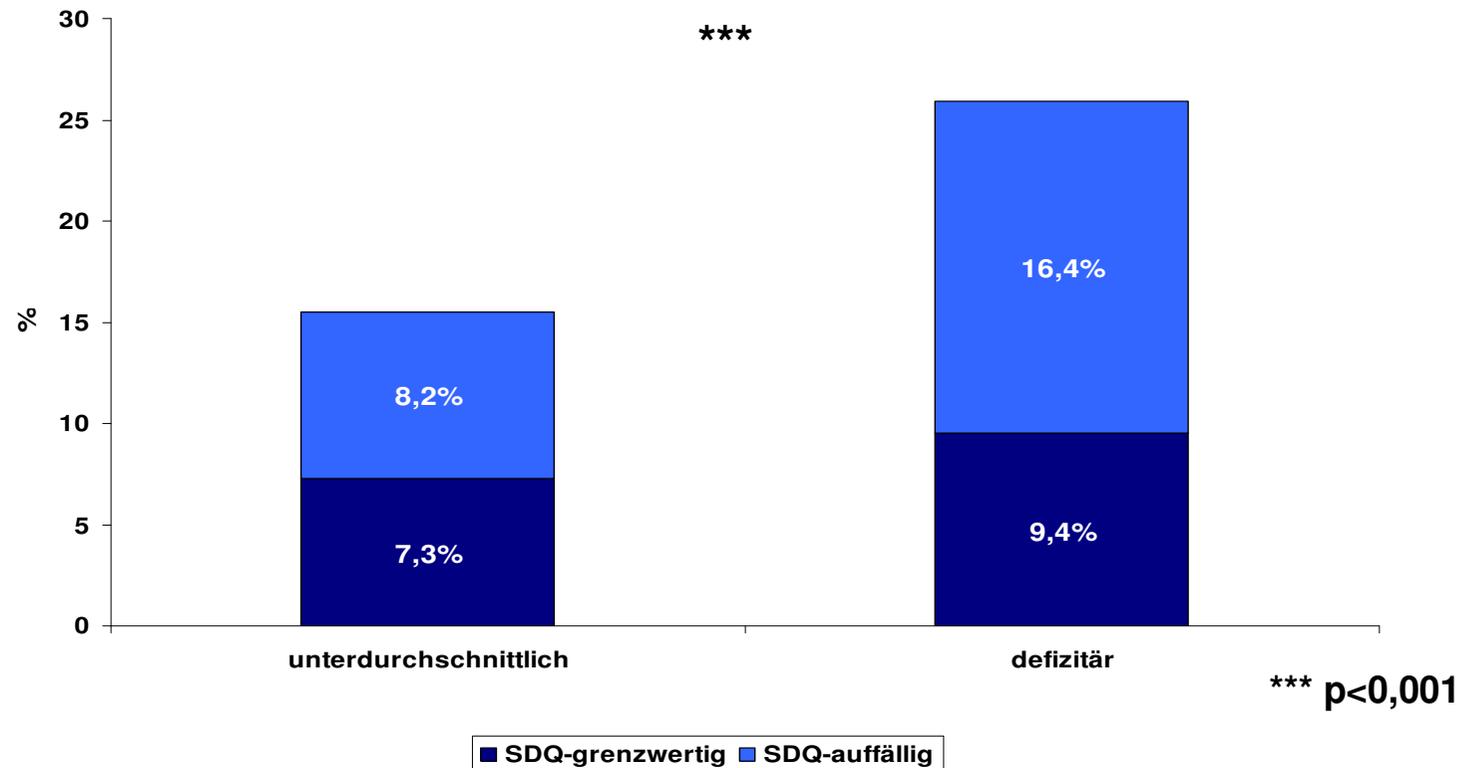
- Teilnehmende Familien wurden nach Risikofaktoren gefragt:
- Fazit: verschiedene Faktoren begünstigen deutlich das Auftreten psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen



	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)

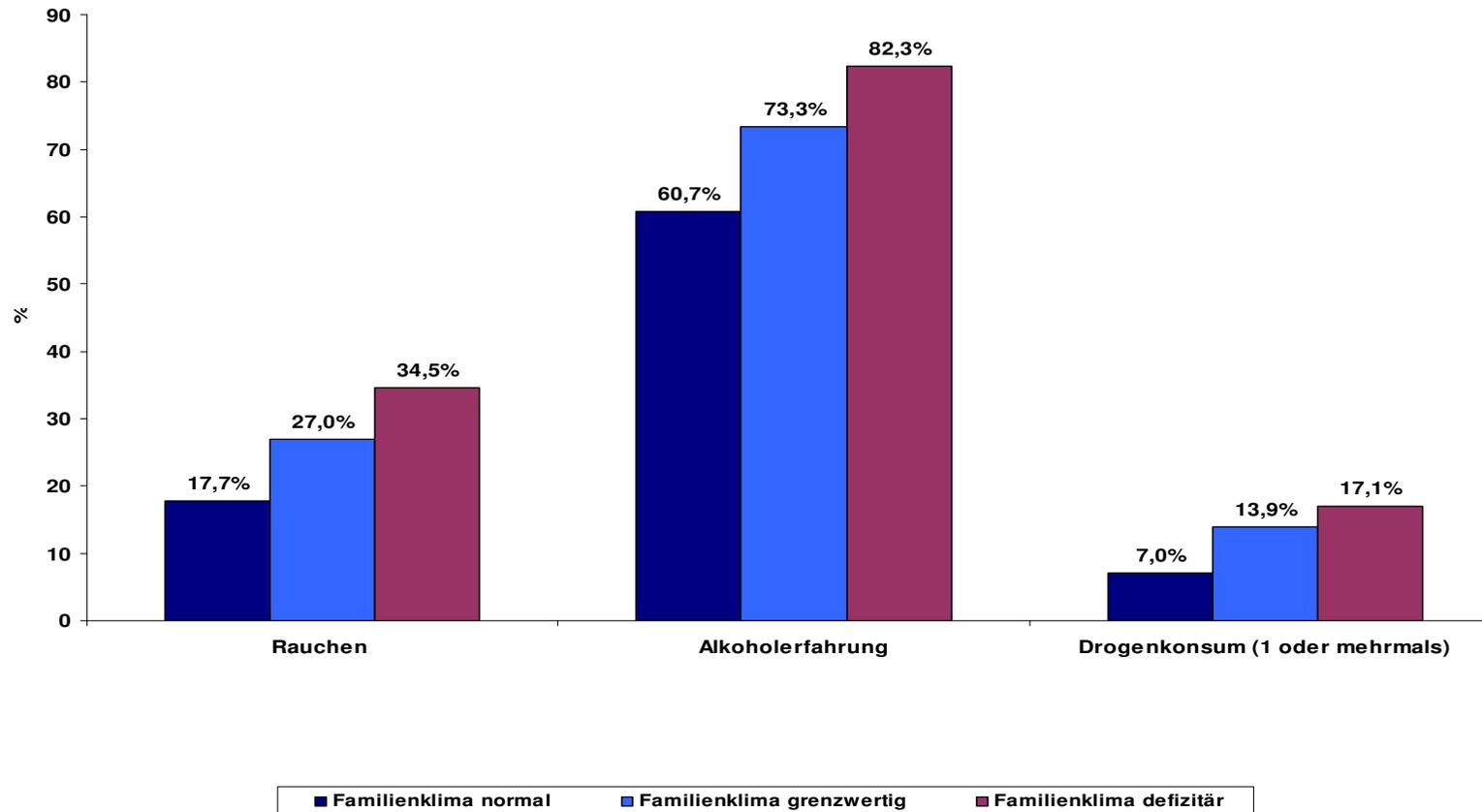
*** p<.001; ** p<.01

Psychische Auffälligkeit (SDQ-Gesamtproblemwert, Elternurteil) und Familienklima (Selbsturteil) (Altersgruppe: 11-17 Jahre)



Psychische Auffälligkeiten (SDQ) sind mit einem defizitären Familienklima assoziiert.

Familienklima und gesundheitliches Risikoverhalten (Selbsturteil) (Altersgruppe 11-17 Jahre)

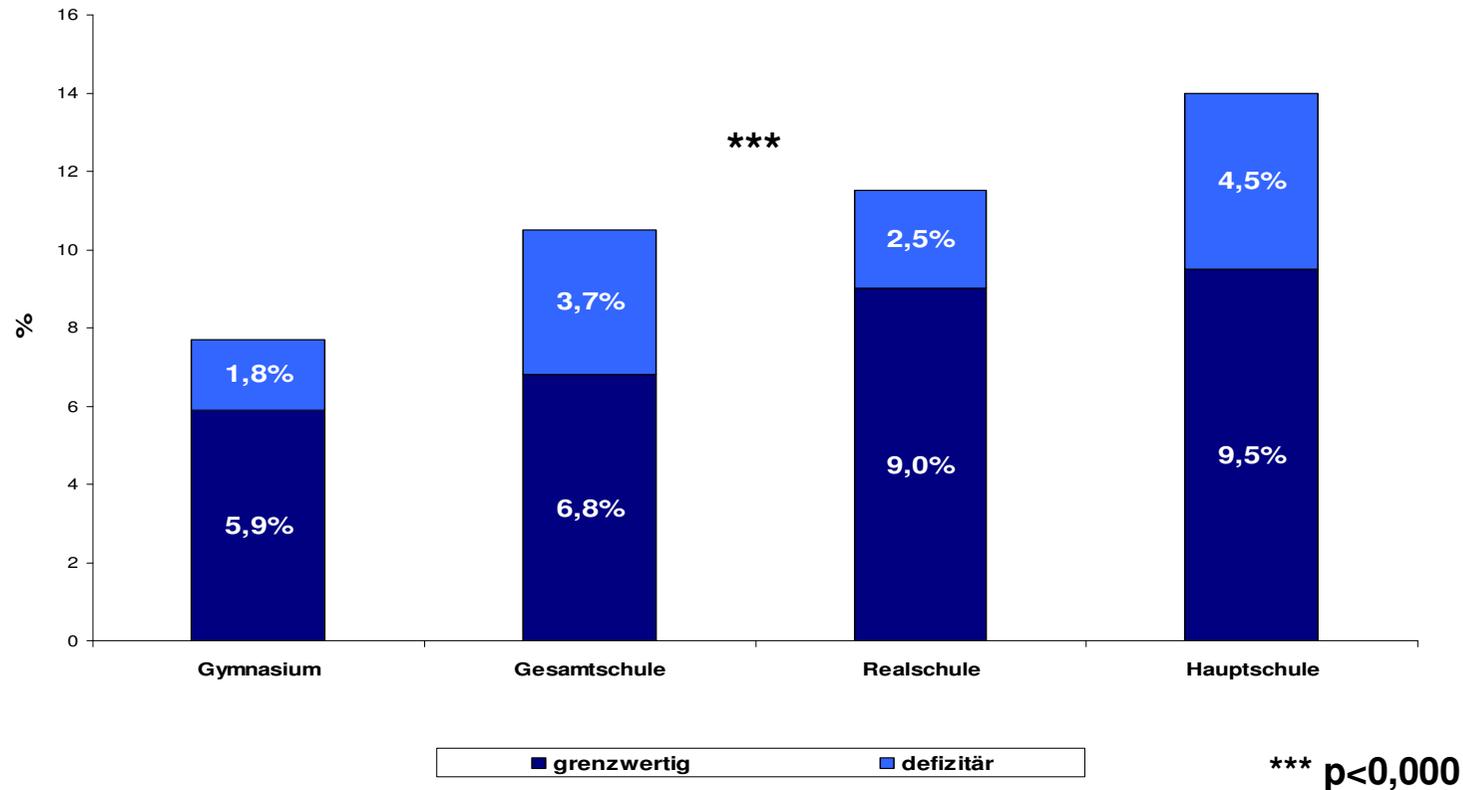


Kinder und Jugendliche mit defizitärem Familienklima zeigen ein erhöhtes gesundheitliches Risikoverhalten (Rauchen, Alkohol-, Drogenkonsum).

Prosoziales Verhalten (SDQ-Subskala, Elternurteil) Unterschiede nach Schultyp

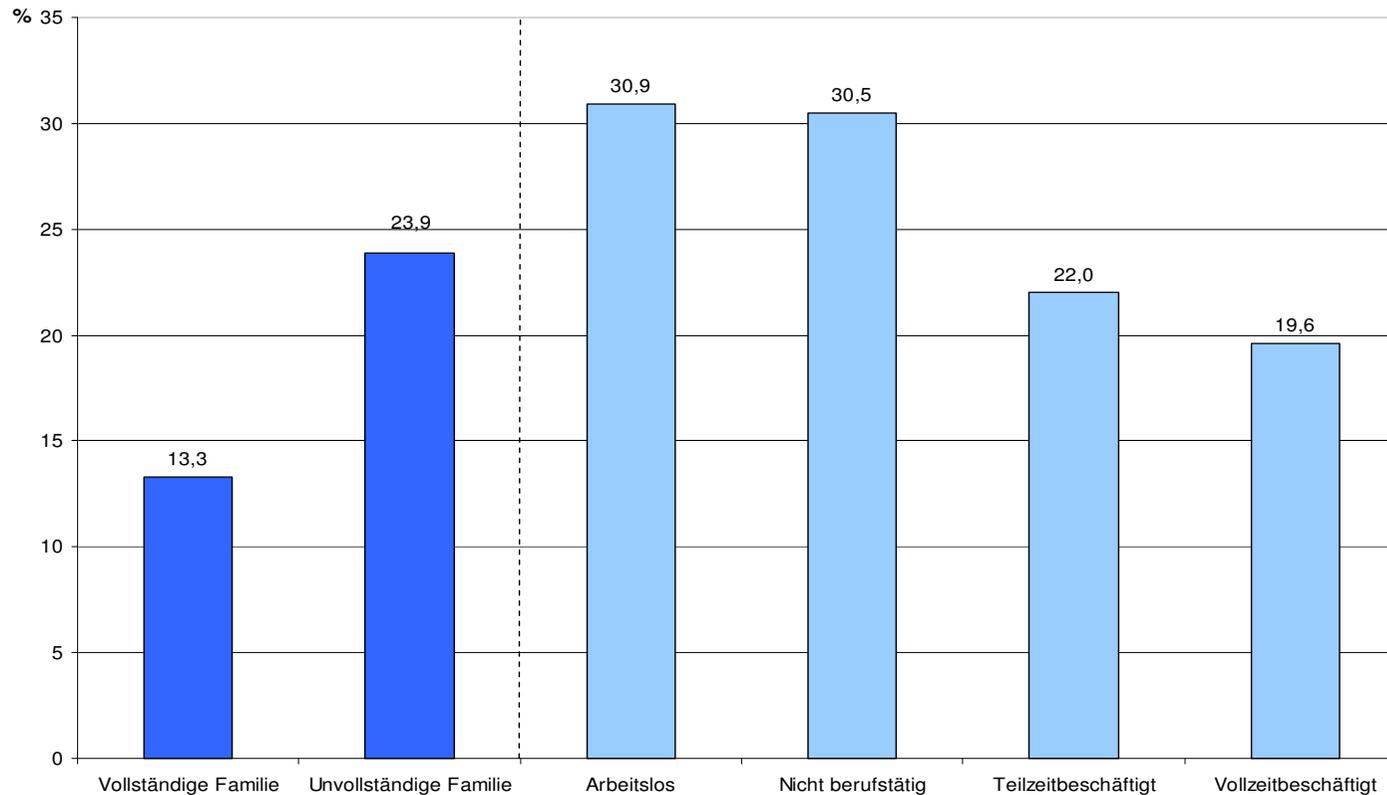
(Altersgruppe: 11-17 Jahre)

Items: „nett zu anderen Menschen sein“, „Bereitschaft, zu teilen“, „hilfsbereit sein“, „nett zu Jüngeren sein“, „Anderen oft freiwillig helfen“



Hauptschüler haben deutlich mehr Defizite im prosozialem Verhalten als Schüler anderer Schulformen.

Psychische Auffälligkeit (SDQ grenzwertig/auffällig) 3 bis 17 Jahre nach Vollständigkeit der Familie und Beschäftigungsstatus alleinerziehender Mütter

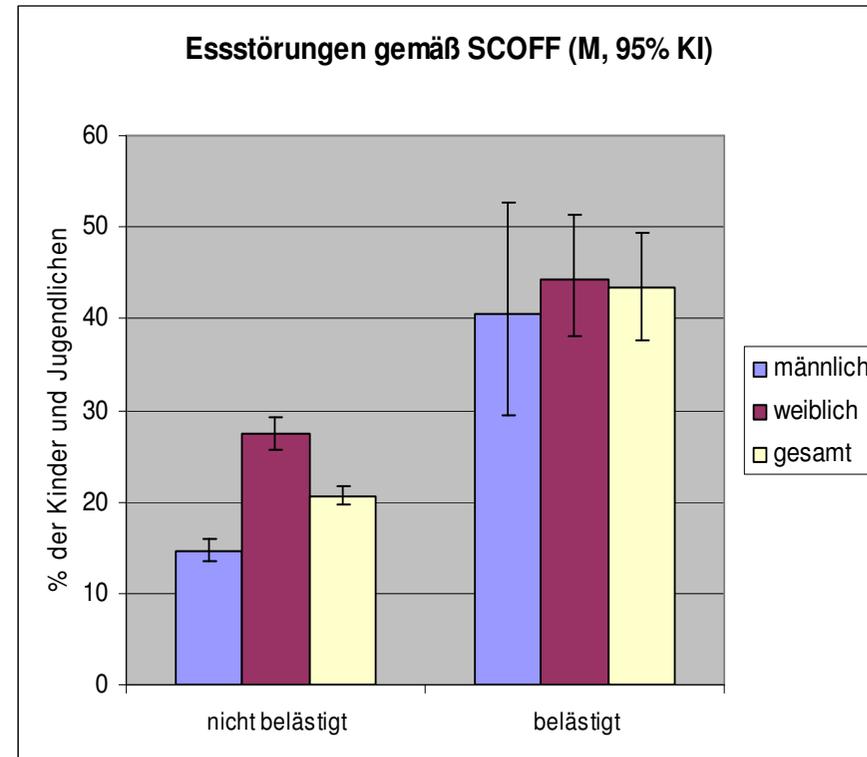
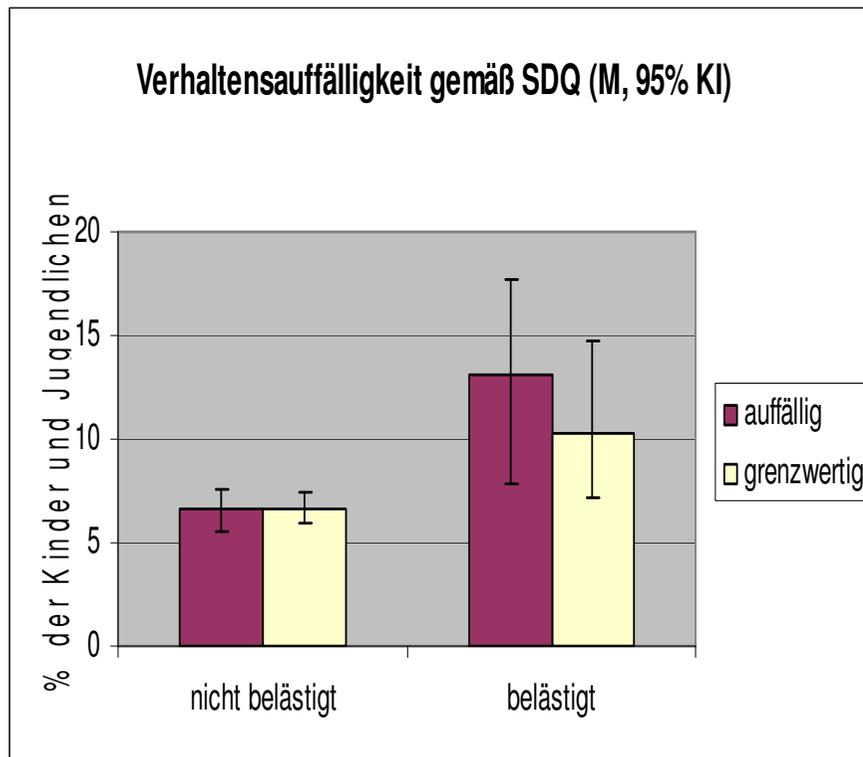


Kinder in unvollständigen Familien zeigen mehr Auffälligkeiten als solche in vollständigen Familien. Kinder arbeitsloser bzw. nicht berufstätiger alleinerziehender Mütter haben mehr Auffälligkeiten als Kinder alleinerziehender, berufstätiger Mütter.

Risikofaktoren für Essstörungen



Sexuelle Belästigung - Verhaltensauffälligkeiten und Essstörungen



Hapke et al. 2008

These: Wie gut das einzelne Kind mit seiner Lebenssituation zurechtkommt, hängt von seinen Schutzfaktoren ab und zeigt sich in der selbst wahrgenommenen Lebensqualität

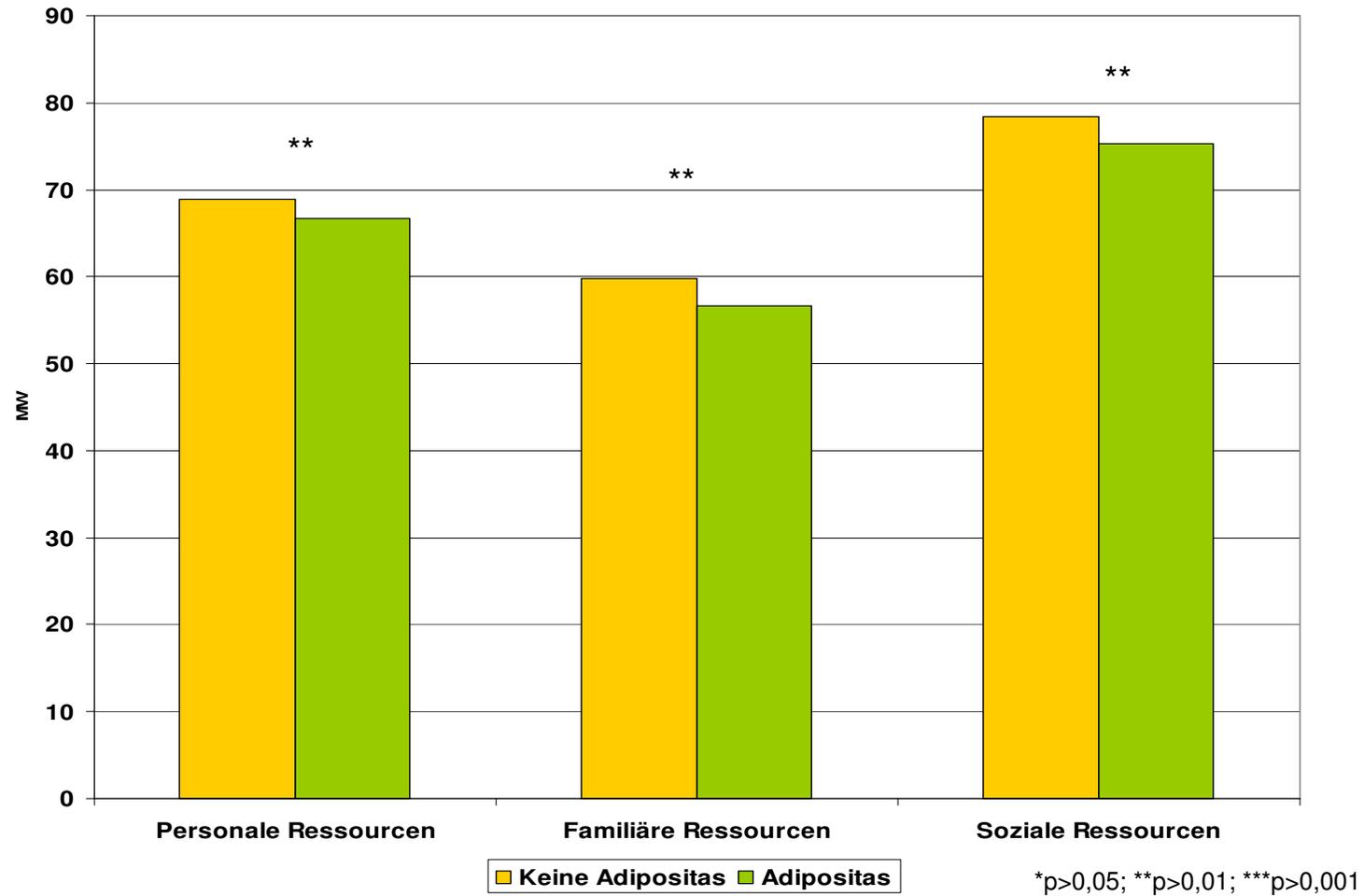
Protektive oder Schutzfaktoren

Personale Schutzfaktoren wie positives Temperament, Selbstwirksamkeitserwartung, Zielorientierung, realistische Selbsteinschätzung, Autonomie, Sozialgefühl, positives Selbstwertgefühl

Familiäre Schutzfaktoren wie Kohäsion, sichere Bindung, positives Familienklima, Wärme, Harmonie, Fehlen von Vernachlässigung

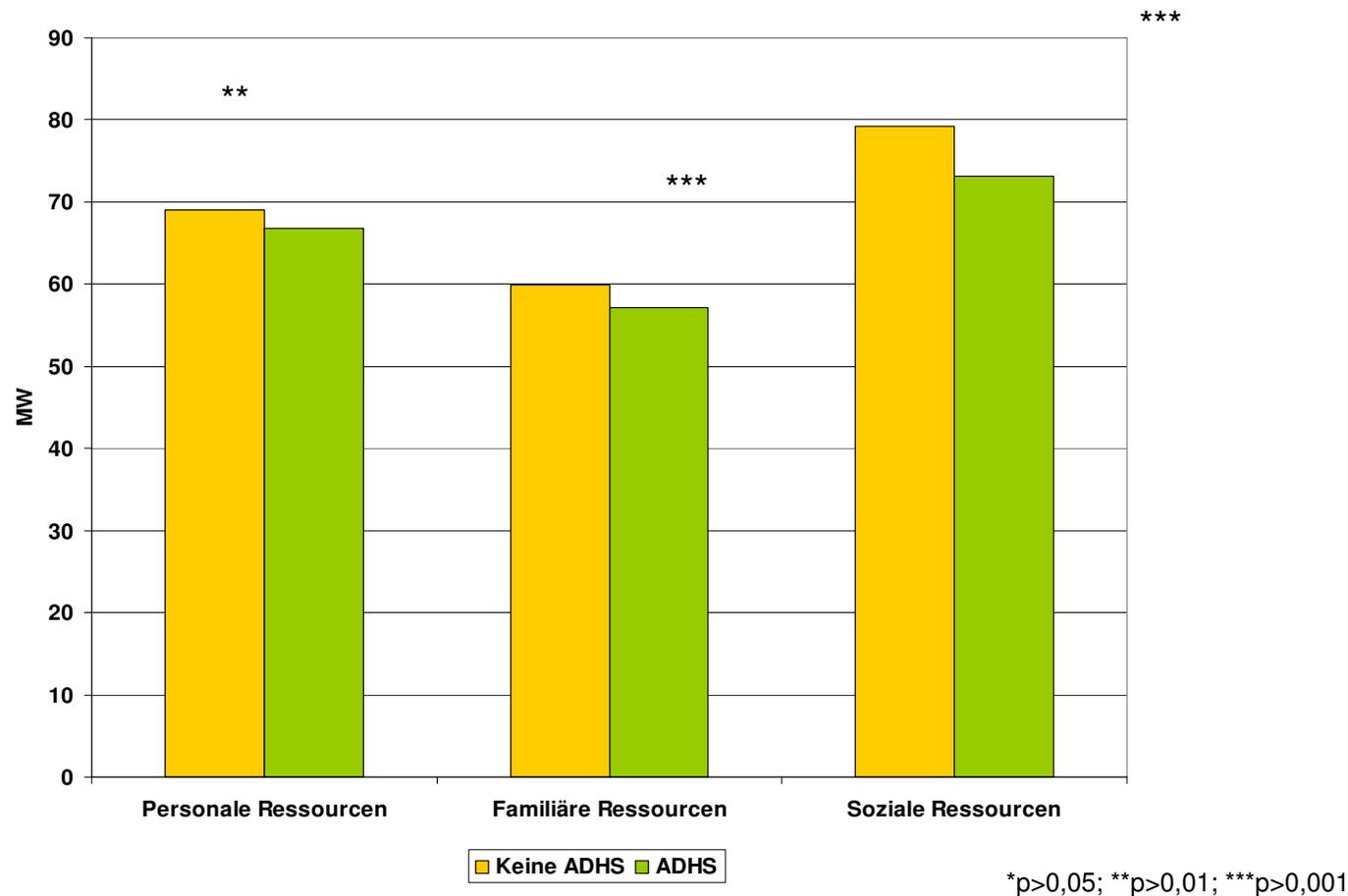
Soziale Schutzfaktoren wie soziale Unterstützung, Erwachsene als Rollenmodelle, Kontakte zu Gleichaltrigen

Schutzfaktoren und Adipositas Gesamt; Altersgruppe 11-17 Jahre



Signifikante Unterschiede zwischen Adipösen und Nicht-Adipösen in allen drei Ressourcenbereichen (Gesamt).

Schutzfaktoren und ADHS (Lebenszeitprävalenz Diagnose) Gesamt; 11-17 Jahre



**Signifikant niedrigere Ressourcen in allen drei Dimensionen;
besonders soziale Ressourcen.**

Essstörungen (SCOFF)

Odds-Ratios* für Familienstatus und Schutzfaktoren

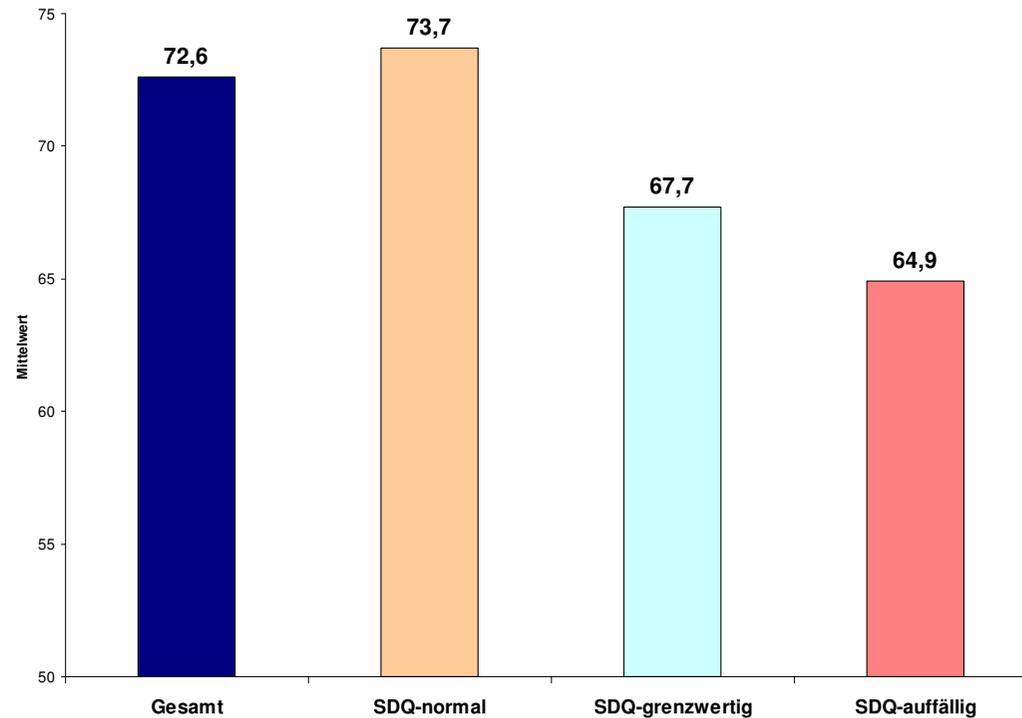
	ODDS RATIO	95% Konfidenzintervall
Familienstatus		
Alleinerziehend	1,17	n.s.
Vollständige Familie	Ref. (1,00)	
Personale Ressourcen		
Starke Defizite	1,49	[1,20-1,84]
Geringe Defizite	1,46	[1,16-1,83]
Normal	(Ref. 1,00)	
Familiäre Zusammenhalt		
Starke Defizite	1,60	[1,26-2,04]
Geringe Defizite	1,29	[1,03-1,61]
Normal	(Ref. 1,00)	
Soziale Unterstützung		
Starke Defizite	1,56	[1,24-1,95]
Geringe Defizite	1,39	[1,10-1,75]
Normal	(Ref. 1,00)	

*Adjustiert für Alter, Geschlecht und Migrationsstatus

Starke Defizite im Familienklima und bei der sozialen Unterstützung erhöhen die Chance (OR), SCOFF-auffällig zu sein um ca. 60%, starke Defizite bei den personalen Ressourcen um ca. 50%.

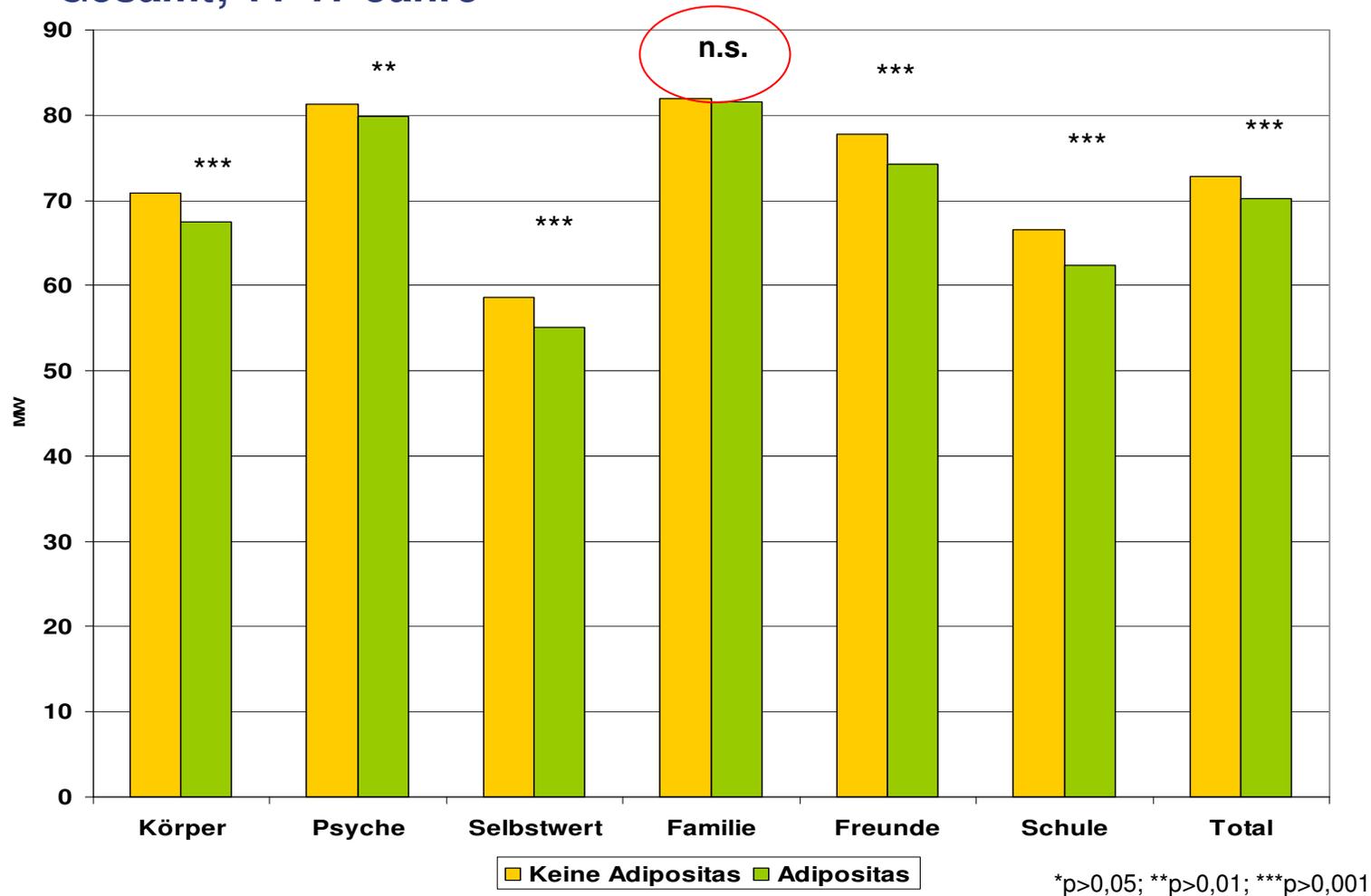
Der Familienstatus (alleinerziehend vs. vollständige Familie) spielt keine Rolle.

Psychische Auffälligkeit (SDQ) und Lebensqualität (KINDL^R) im Selbstbericht



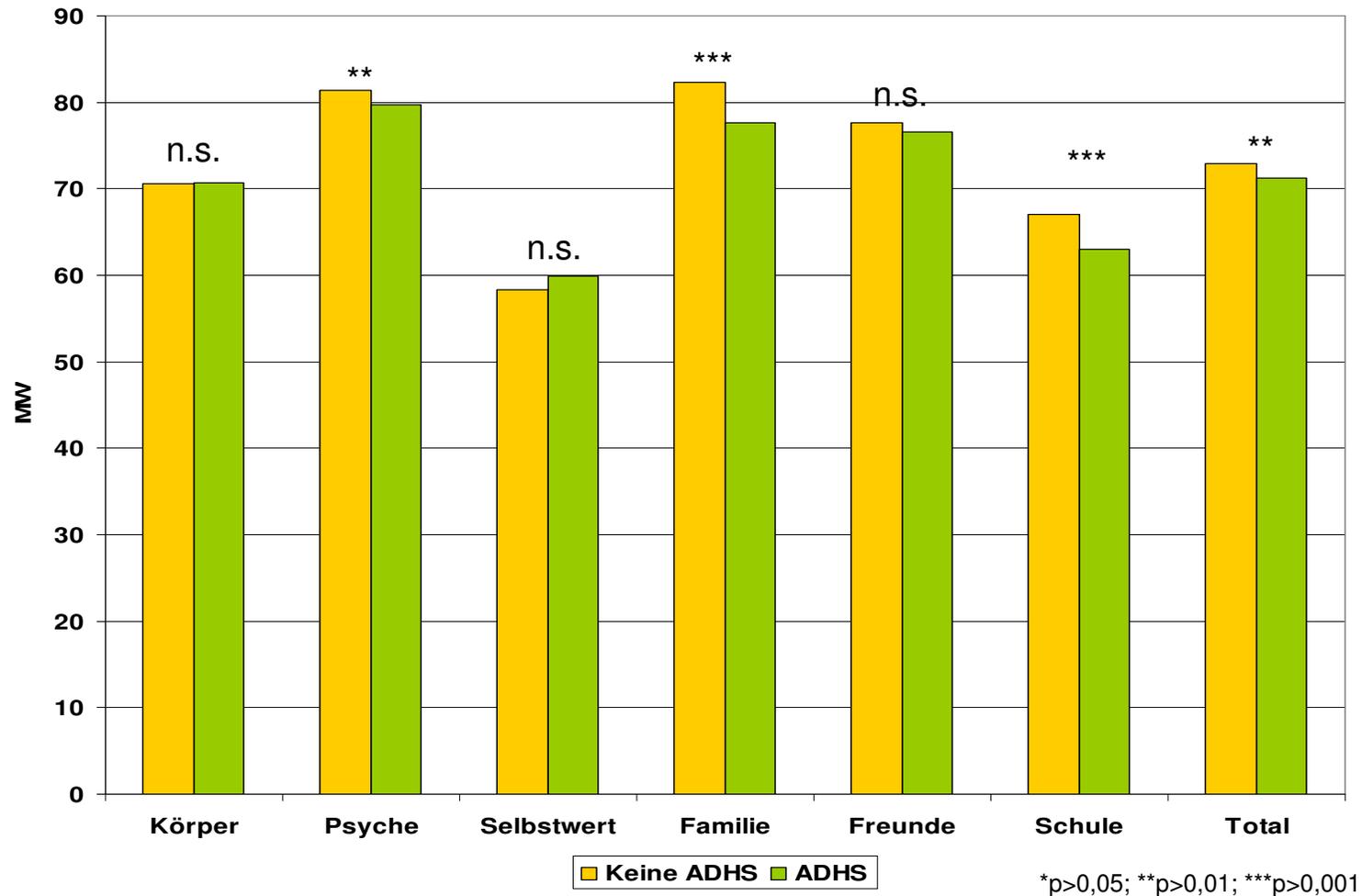
Kinder mit psychischen Auffälligkeiten haben eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Adipositas und Lebensqualität Gesamt; 11-17 Jahre



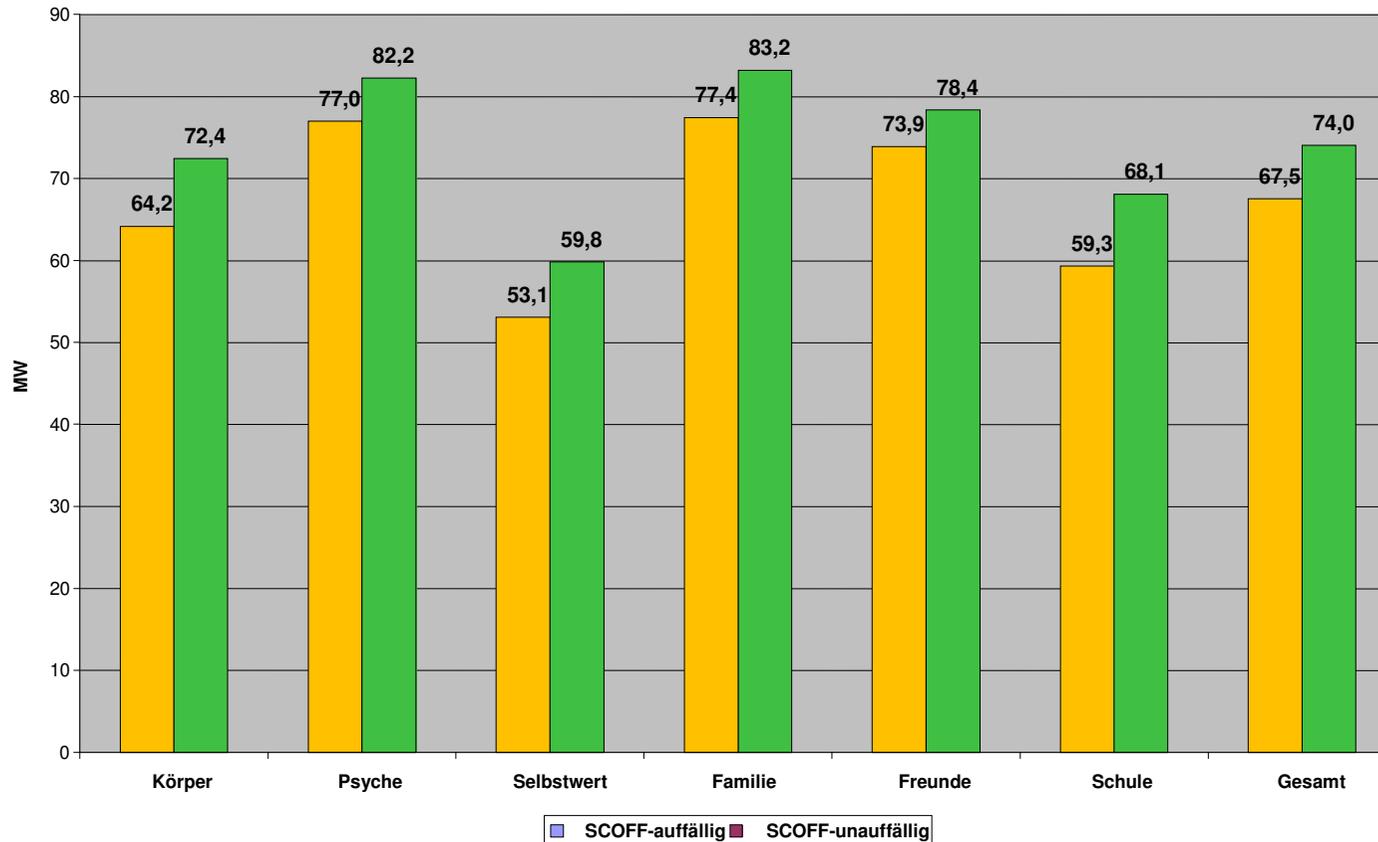
Adipöse unterscheiden sich signifikant von Nicht-Adipösen in allen Dimensionen der Lebensqualität außer in der Dimension Familie.

ADHS (Lebenszeitprävalenz Diagnose) und Lebensqualität Gesamt; 11-17 Jahre



Beeinträchtigungen von ADHS-Kindern und Jugendlichen in den Bereichen Psyche, Familie, Schule.

Esstörungen (SCOFF) und Lebensqualität (KINDL^R) im Selbstbericht



*** $p < 0.001$

SCOFF-Auffällige zeigen in allen Bereichen der Lebensqualität mehr Einschränkungen als Nichtauffällige

ROBERT KOCH INSTITUT



Ausblick und Schlussfolgerungen



Studie zur Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen in Deutschland

Schlussfolgerungen

- Die Stärken der Kinder fördern
- Personale, soziale und familiäre Schutzfaktoren entwickeln und fördern (Aufbau und/ oder Stärkung von Selbstbewusstsein, Mut, Optimismus, Selbstwertgefühl)
- Bei der Unterstützung der Kinder die Einbeziehung der Eltern nicht vergessen
- Unterstützung geben, bei der Suche nach realistischen Lebensperspektiven und Hilfen im Alltag
- Kindern und Jugendlichen zu einer sozial akzeptierten Rolle in ihrer Gemeinschaft verhelfen, Ausgrenzungen vermeiden, Vorurteile abbauen
- Sensibler Umgang mit Kindern und Jugendlichen in "Risikogruppen,, um Diskriminierung durch falsch verstandene Hilfsangebote zu vermeiden.
- Elternkompetenz stärken, d.h. Eltern in ihrer natürlichen Kompetenz im Umgang mit ihren Kindern unterstützen, Ängste und Verunsicherungen abbauen - Hilfen "auf Augenhöhe" anbieten
- Den Fokus in der Aus- und Weiterbildung aller mit der Betreuung und Förderung von Kindern und Jugendlichen betrauten Professionen erweitern (ganzheitliche Sichtweise, Wahrnehmung von Befinden und Psyche, Situationskommunikation, vernetzte Zusammenarbeit...)

Statt „Komm“ mehr „Geh-Strukturen“ schaffen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



**Robert Koch-Institut in
Berlin
www.rki.de**

**Heike Hölling
Projektleiterin KiGGS W 1/2**

**Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung**

HoellingH@rki.de

Phon: 01888/754-3223