



Kieler Gesundheitsbericht 1 / 2011

Teilfortschreibung: Übergewicht und Verhaltensauffälligkeiten bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern

Zeitreihenanalyse 2005-2010



**Amt für Gesundheit - Gesundheitsberichterstattung
April 2011**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Übergewicht	3
2.1. Geschlechtsunterschiede bei Übergewicht	5
2.2 Übergewicht nach Geschlecht und Muttersprache	6
2.3 Prävention von Übergewicht	7
3. Verhaltensauffälligkeiten.....	8
3.1 Präventionsmöglichkeiten bei Verhaltensauffälligkeiten.....	10
4. Zusammenfassung der Ergebnisse	13
5. Literatur	14
6. Anhang	15

Erstellt von:

Landeshauptstadt Kiel

Amt für Gesundheit

Dr. Christiane Gresele (Kontakt: 0431/901-2111; Christiane.Gresele@Kiel.de)

Dr. Angelika Hergeröder

Kristina Haberstroh

1. Einleitung

Zur repräsentativen Beschreibung des Gesundheitszustandes von Kindern eignen sich Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen besonders gut, da die Untersuchungen komplette Jahrgänge umfassen, also Totalerhebungen darstellen, und jährlich landesweit vergleichbare Ergebnisse liefern.

Die Schuleingangsuntersuchungen werden durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJÄD) des Amtes für Gesundheit durchgeführt und dienen in erster Linie der Beurteilung der Schulfähigkeit. Mit Inkrafttreten des neuen Schulgesetzes 2007 hat sich die Schwerpunktsetzung der Schuleingangsuntersuchungen auf die Feststellung des individuellen Förderbedarfs verlagert. Beurteilungen kommen nur noch in wenigen Einzelfällen vor.

Bei dem vorliegenden Bericht handelt es sich um eine Teilfortschreibung des Kieler Kindergesundheitsberichtes „Gesunder Start ins Schulleben“, der 2006 von der Landeshauptstadt Kiel veröffentlicht wurde. Es handelt sich um eine kleinräumige Analyse ausgewählter Befunde aus den Schuleingangsuntersuchungen, die zum einen weitreichende gesellschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen, und zum anderen prinzipiell mittels kommunaler Strategien günstig beeinfluss- und vermeidbar sind.

Ausgewählt wurden 2006 die Problembereiche „Übergewicht“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Koordinationsstörungen“, und „Sprachauffälligkeiten“. Sie werden seit dem Schuljahr 2005/2006 jährlich (unkommentiert) in den „Sozialraumdaten“ der LHK veröffentlicht. Inzwischen liegt ein Beobachtungsraum von fünf Jahren vor. Veränderungen über einen solch langen Zeitraum können inhaltlich als Trends interpretiert werden und stellen keine statistischen Schwankungen dar, wie sie zwischen einzelnen Jahrgängen auftauchen können.

Die wichtigsten Veränderungen haben sich für die Befunde „**Übergewicht**“ und „**Verhaltensauffälligkeiten**“ ergeben. Aufgrund dieser gewichtigen Entwicklungen und der starken gesundheitspolitischen Beachtung werden diese beiden Themen in den folgenden Abschnitten als **Zeitreihenanalyse** über die **Schuljahre 2005/06 bis 2009/10** dargestellt.

Insgesamt werden jährlich etwa 1.800 Kinder in Kiel eingeschult. Die Tabelle im Anhang zeigt, wie sich diese auf die sechs Sozialräume aufteilen.

2. Übergewicht

Im Folgenden wird die Entwicklung des Übergewichts in den einzelnen Sozialräumen Kiels während der letzten 5 Jahre präsentiert, wie sie sich anhand der schulärztlichen Untersuchung der einzuschulenden Kinder darstellt.

Übergewicht wird von den Schulärztinnen und Schulärzten berechnet, in dem der Body-Mass-Index (BMI) (kg/m^2) mit den alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwerten nach Kromeyer-Hausschild (2001) verglichen wird, so wie es die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter für Deutschland empfohlen hat. Ein BMI oberhalb der 90. Perzentile gilt als Übergewicht (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007).

Die Untersuchungsdaten werden in das Programm GUcheckup eingegeben. Mit Hilfe dieses EDV-Programmes werden die Daten in Bezug auf das Übergewicht bei Schulkindern in den einzelnen Sozialräumen ausgewertet. In GUcheckup sind sowohl alle S1-Kinder, als auch Z1-Kinder dokumentiert. Zu der Gruppe der S1-Kinder gehören alle erstmalig schulpflichtigen Kinder und die Kann-Kinder. Diese Untersuchung ist eine Vollerhebung, da es sich um eine Pflichtuntersuchung handelt. Kinder, die im Vorjahr vom Schulbesuch beurlaubt wurden und die Kann-Kinder aus dem Vorjahr, die nicht eingeschult wurden, gehören zu der Gruppe der Z1-Kinder.

Nach Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen für das Schuljahr 2009/10 sind in Kiel **9% der Kinder übergewichtig**. Dies ist eine deutliche Reduktion im Vergleich zum Schuljahr 2005/06. Damals waren **16%** der Kinder übergewichtig. Wie die Zeitreihe in Abbildung 1 zeigt, ist **seit 2005 ein kontinuierlicher Rückgang** zu verzeichnen.

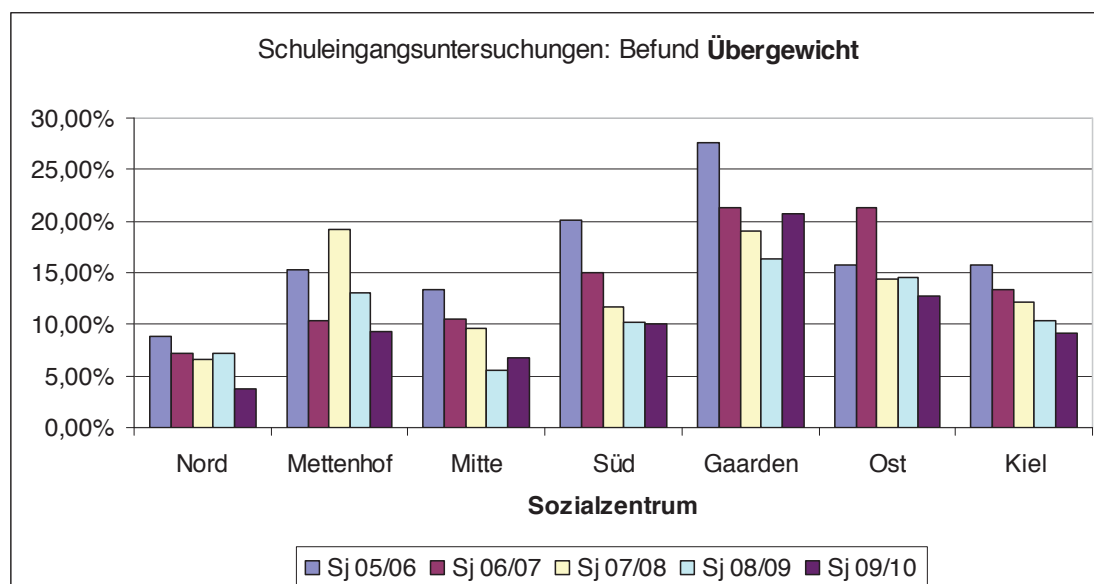


Abbildung 1: Übergewicht bei Einschülern und Einschülerinnen 2005-2009, Kiel nach Sozialräumen

Ein Rückgang der Anzahl übergewichtiger Kinder zeigt sich in allen Stadtgebieten Kiels, wobei jedoch **sozialräumliche Unterschiede** deutlich hervortreten:

- Die geringste Übergewichtsrate zeigt sich im Sozialraum Nord, die höchste im Sozialraum Gaarden.
- Der Sozialraum Ost zeigt zwar auch eine positive Entwicklung, weist jedoch mit knapp 13% immer noch einen sehr hohen Anteil übergewichtiger Einschüler und Einschülerinnen auf.
- In Mettenhof ist im Vergleich zu Mitte und Süd der Anteil übergewichtiger Kinder zwar nicht auffallend hoch, allerdings zeigen sich hier die größten Schwankungen.
- Eine besonders positive Entwicklung kann im Sozialraum Süd verzeichnet werden. Hier ist der Anteil übergewichtiger Einschüler und Einschülerinnen im Laufe von fünf Jahren um zehn Prozentpunkte zurückgegangen.

Obwohl in einigen Stadtgebieten immer wieder einzelne Jahrgänge (statistisch) ausreißen,

deutet der inzwischen seit fünf Jahren klar sichtbare sinkende Trend auf einen echten Rückgang der Übergewichtsproblematik bei Kindern unter sechs Jahren hin. Diesen Trend kann man auch auf Landesebene beobachten. Hier ist eine leichte Abnahme des Anteils übergewichtiger Schulkinder von 10,6% (Schuljahr 2005/06) auf 9,8% (Schuljahr 2008/09) wahrnehmbar (MSGJFS, 2008).

Es liegt nahe zu vermuten, dass die vielfältigen Aufklärungskampagnen und Präventionsmaßnahmen, die auf allen Ebenen, in den verschiedensten Settings und mit den verschiedensten Ansätzen zu Ernährung und Bewegung allmählich ihre Wirkung zeigen. Leider kann dies in Kiel für die vorliegende Altersgruppe nicht anhand von wissenschaftlichen Untersuchungen belegt werden. In den meisten Kindertagesstätten sind gesunde Ernährung und Bewegung integraler Bestandteil des Alltags geworden. Offenbar ist diesbezüglich auch im elterlichen Erziehungsverhalten eine Veränderung eingetreten.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass spezifische Maßnahmen zur **Adipositasprävention wichtig und effektiv** sind und ermutigen, auf diese Weise weiterzumachen. Dennoch ist bei der Einschulung immer noch **jedes 5. Kind in Gaarden übergewichtig**. Nach subjektiver Einschätzung der Kinderärztinnen und -ärzte des Kieler Amtes für Gesundheit sind vor allem Jungen mit Migrationshintergrund von Übergewicht betroffen. Dies wird auch in der Literatur immer wieder berichtet (vgl. RKI, 2008). Aus diesem Grund wird in den folgenden Kapiteln untersucht, ob das Geschlecht und der Migrationshintergrund einen Einfluss auf das Vorhandensein von Übergewicht bei Kieler Schulkindern haben.

2.1. Geschlechtsunterschiede bei Übergewicht

Die Auswertung im Hinblick auf das Geschlecht basiert auf einem bereinigten Datensatz. In diesem Fall werden nur erstmalig zur Einschulung vorgestellte Kinder (S1) betrachtet, infolgedessen können Mehrfachnennungen ausgeschlossen werden. Die absoluten Zahlen sind Tabelle 3 im Anhang zu entnehmen.

In Kiel haben über die Schuljahre 2005/06 bis 2007/08 anteilig mehr Mädchen Übergewicht. Ab dem Schuljahr 2008/09 weisen hingegen mehr Jungen Übergewicht auf (s. Abbildung 2). Ein bedeutsamer **Einfluss des Geschlechts** auf den BMI kann folglich in diesen jungen Jahren (5-6 Jahre) **nicht festgestellt** werden.

Abbildung 2 zeigt, dass auch basierend auf dieser bereinigten Datengrundlage über den gesamten Zeitraum betrachtet, ein Rückgang des Übergewichtes bei den Einschülern und Einschülerinnen zu verzeichnen ist. Bei den **Mädchen ist der Rückgang besonders stark** ausgeprägt. Im Schuljahr 2005/06 liegt der Anteil der übergewichtigen Mädchen noch bei **16%**, während im Schuljahr 2009/10 nur noch **11%** der Mädchen Übergewicht aufweisen. Bei den **Jungen zeigen sich stärkere Schwankungen**: Während der Anteil Übergewichtiger zunächst rapide um 3 Prozentpunkte (2005/06: 14%, 2006/07: 11%) sinkt, steigt er in den Folgejahren wieder leicht an bzw. stagniert.

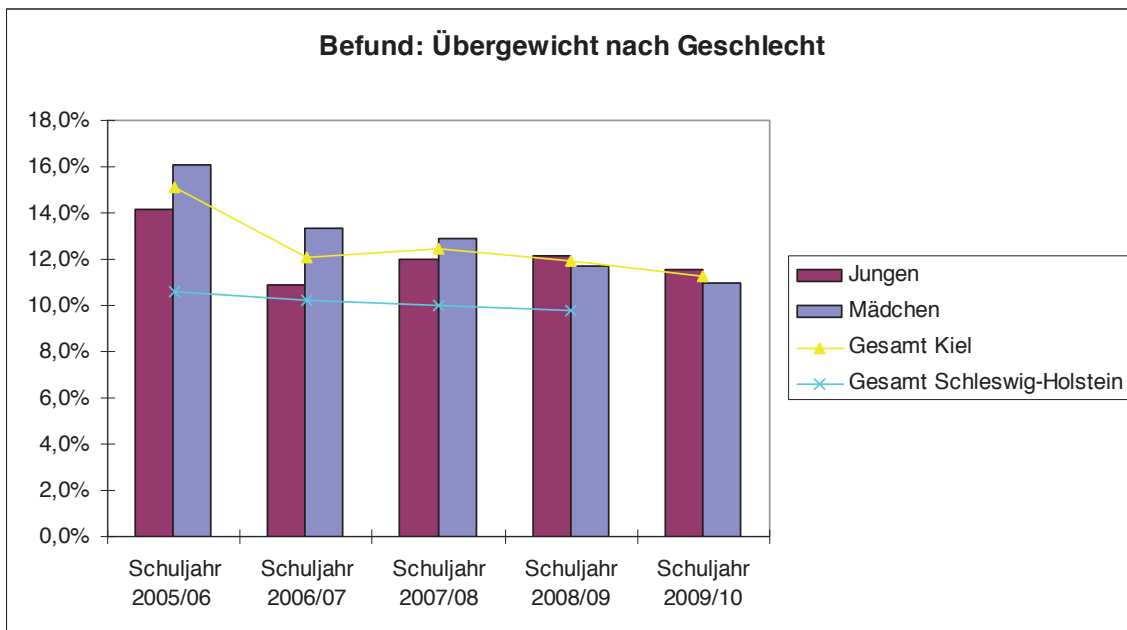


Abbildung 2: Übergewicht bei Einschülern und Einschülerinnen nach Geschlecht 2005-2009, Kiel im landesdurchschnittlichen Vergleich

In Abbildung 2 ist außerdem der landesdurchschnittliche Trend bezüglich des Übergewichtes dargestellt. Auch in Schleswig-Holstein ist ein leichter Rückgang der übergewichtigen Einschüler und Einschülerinnen zu erkennen. Während im Jahr 2005 noch 10,6% der untersuchten Kinder einen BMI oberhalb der 90. Perzentile aufweisen, sind 2009 nur noch 9,8% der einzuschulenden Jungen und Mädchen übergewichtig. Aktuelle Zahlen für das Schuljahr 2009/10 liegen im landesdurchschnittlichen Vergleich noch nicht vor (vgl. auch Tabelle 4 im Anhang).

Es ist jedoch deutlich zu erkennen, dass es zur Annäherung der Kieler Übergewichtsrate an die von ganz Schleswig-Holstein kommt. Während in dem Schuljahr 2005/06 der Anteil übergewichtiger Einschüler und Einschülerinnen in Kiel deutlich über dem landesdurchschnittlichen Wert lag, bestand im Schuljahr 2008/09 lediglich ein Unterschied von zwei Prozentpunkten.

2.2 Übergewicht nach Geschlecht und Muttersprache

Nachdem die Übergewichtsproblematik in Bezug auf das Geschlecht untersucht worden ist, wird nun der Einfluss des Migrationshintergrundes auf den BMI beschrieben. Diese Auswertung basiert ebenfalls auf einer bereinigten Datengrundlage, in welcher nur S1-Kinder erfasst werden.

Zur Beurteilung eines Migrationshintergrundes wird die Variable „**Muttersprache**“ verwendet. Bei der Einschulungsuntersuchung geben die Eltern die Sprache an, die ihr Kind in den ersten vier Lebensjahren vorwiegend zu Hause gesprochen hat. Inwieweit Kinder, deren Muttersprache nicht deutsch ist, dennoch diese Sprache beherrschen, lässt sich aus diesen Angaben nicht erkennen.

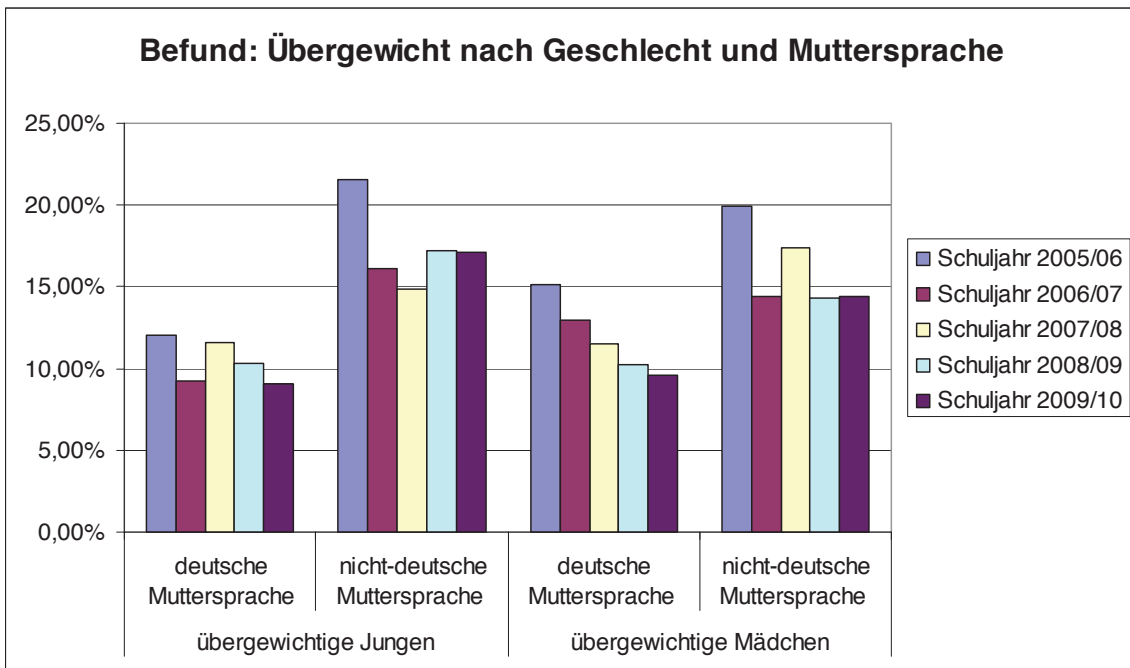


Abbildung 3: Übergewicht bei Einschülern und Einschülerinnen nach Geschlecht und Muttersprache 2005-2009, Kiel

Abbildung 3 zeigt, dass bei Kindern, deren in den ersten Lebensjahren gesprochene Sprache nicht deutsch war, der Anteil der Übergewichtigen über alle Schuljahre besonders hoch ist. Im Schuljahr 2009/10 sind **17% der Jungen und 14% der Mädchen mit nicht deutscher Muttersprache übergewichtig** (s. auch Tabelle 5 im Anhang). Im Gegensatz dazu weisen nur 9% der Jungen und 10% der Mädchen mit deutscher Muttersprache einen BMI oberhalb der 90. Perzentile auf. Somit scheint die subjektive Meinung beispielsweise von Kieler Ärzten, dass besonders Kinder (insbesondere Jungen) mit Migrationshintergrund übergewichtig sind, bestätigt.

Auffällig ist außerdem, dass die **rückläufige Tendenz des Übergewichtes insbesondere Mädchen mit deutscher Muttersprache** betrifft.

2.3 Prävention von Übergewicht

Die Daten aus dem vorhergehenden Kapitel unterstreichen die Notwendigkeit einer **zielgruppenorientierten Prävention** und Gesundheitsförderung im Kindesalter. Die gesundheitliche Entwicklung im Hinblick auf Übergewicht wird deutlich durch die Herkunft des Kindes beeinflusst. Gerade bei den Jungen, deren Muttersprache nicht deutsch ist, scheint der Anteil der Übergewichtigen in den letzten Schuljahren wieder anzusteigen (2007/08: 14,9%; 2008/09: 17,2%; 2009/10: 17,1%), während er bei den anderen Gruppen leicht zurückgeht bzw. stagniert. Mögliche Erklärungen könnten die soziokulturellen Lebens- und Essgewohnheiten der Familien dieser Kinder sowie die (Ernährungs-)Armut sein, von der die Familien mit Migrationshintergrund häufig stärker betroffen sind.

Eine unausgewogene Zusammensetzung der Nahrung und Bewegungsmangel (lange Zeiten vor dem Computer oder Fernseher) haben schwerwiegende Konsequenzen für die Gesundheit der Kinder. Denn Übergewicht und Adipositas führen neben Herz- und

Gefäßkrankheiten und Diabetes zu einer körperlichen Belastung und zu einer Störung des Selbstwertgefühls. Frühzeitige Prävention ist notwendig, um die metabolischen, kardiovaskulären, orthopädischen und psychischen Risiken und Folgestörungen zu vermeiden (vgl. z.B. Kurth & Rosario, 2007; RKI, 2008)

Aus diesem Grund müssen sowohl das Elternhaus, als auch Kindertagesstätten den Kindern bereits im frühen Alter die Grundlage für ein gesundes und genussreiches Essverhalten vermitteln. Hierbei ist es wichtig, den Kindern die Nahrungsmittel attraktiv erscheinen zu lassen und durch einen spielerischen Umgang gesunde Lebensmittel näher zu bringen. Neben dem **Ernährungs- und Bewegungsverhalten** spielen aber auch die genetische Veranlagung und die **Lebensbedingungen** eine entscheidende Rolle. Bei Problemen und Konflikten in der Familie führt die Nahrungsaufnahme nicht nur zur Befriedigung des physiologischen Hungers, sondern dient auch der Reduktion psychischer Anspannung. Prävention dysfunktionalen Essverhaltens setzt idealerweise also bereits im Säuglings- und Kleinkindalter an. **Elterliche Kompetenz** und feinfühliges Verhalten der Bezugspersonen sind von großer Bedeutung, um auf kindliche Signale des Unwohlseins richtig, d.h. entsprechend ihrer Ursache, reagieren zu können. Wird auf Weinen und Schreien regelmäßig und in unangemessenen Situationen mit Stillen und Füttern reagiert, wird damit der Trostcharakter von Nahrung überbetont. Entsprechende Aufklärung und Unterstützung der Eltern müssen frühzeitig, also bereits in der **Schwangerschaft** bzw. im **Säuglingsalter** des Kindes, stattfinden.

Im Rahmen des **Projektes Frühe Hilfen** werden diese Aspekte berücksichtigt. Das Thema Ernährung wird speziell für die Zielgruppe Familien mit Migrationshintergrund im Kooperationsprojekt „Förderung von Müttern und Kleinkindern mit Migrationshintergrund in Kiel-Ostufere“ mit der türkischen Gemeinde Schleswig-Holstein aufbereitet.

3. Verhaltensauffälligkeiten

Bei den Einschulungsuntersuchungen werden in Schleswig-Holstein auch „Verhaltensauffälligkeiten“ erfasst. Seit dem Schuljahr 2006/07 wird in Kiel hierzu der **SDQ** (Strength and Difficulties Questionnaire von Goodman, 1997) eingesetzt. Dabei handelt es sich um einen standardisierten **Fragebogen für Eltern zu Stärken und Schwächen des Kindes**, auf den sich im Zuge der Qualitätssicherung die Mitglieder der Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Schleswig-Holstein einigten. Seit 2006 wird er in denjenigen Kreisen und kreisfreien Städten eingesetzt, in denen dies personell möglich ist.

Der psychometrisch geprüfte und validierte Fragebogen erfasst psychische Stärken und Schwächen in folgenden Bereichen:

- Emotionale Probleme (Ängste, depressive Stimmungen)
- Hyperaktivitätsprobleme (motorische Unruhe, Impulsivität, Aufmerksamkeitsdefizite)
- Verhaltensprobleme (dissoziales, deviantes Verhalten)
- Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen (Freunde haben, beliebt sein, gehänselt werden, meistens alleine sein)
- Prosoziales Verhalten (Bereitschaft, zu teilen, Hilfsbereitschaft, Rücksichtnahme)

Diese Bereiche haben sich in mittlerweile 40jähriger Forschung als die Wesentlichen zur Beschreibung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erwiesen (Becker, 2007).

Beim SDQ handelt es sich um ein **international anerkanntes Screeningverfahren**, das es ermöglicht, psychische Problemlagen grob zu identifizieren. Er ist in 60 Sprachen übersetzt und für diese Kulturkreise validiert. Innerhalb von ca. 10 Jahren hat sich dieses Verfahren international als häufigstes Erhebungsinstrument durchgesetzt, das sehr einfach anzuwenden ist. Das Ausfüllen dauert ca. 10 Minuten und die Fragen sind leicht verständlich. Neben dem Elternfragebogen, gibt es Selbsteinschätzungsbögen und Fragebögen für Lehrer für die Altersgruppen 3-17. Die Auswertung des SDQ führt zu einer Klassifikation der Kinder als „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ bezüglich der jeweiligen Dimension. Anzumerken ist, dass es sich dabei nicht um eine Diagnose handelt, sondern lediglich um einen auffälligen Befund, der eine weitere kinderpsychiatrische Abklärung erforderlich macht.

Mit Einsatz dieses Fragebogens erhöhte sich die Anzahl der als verhaltensauffällig klassifizierten Kinder im Vergleich zum davor angewendeten sog. „Bielefelder Modells“, das anhand der Beobachtung des Kindes während der Einschulungsuntersuchung und einem Gespräch mit den Eltern Verhaltensauffälligkeiten identifizierte und zu regional sehr stark schwankenden Ergebnissen führte. Wie Prävalenzstudien zeigen, führt das Bielefelder Modell zu einer Unterschätzung von Verhaltensauffälligkeiten. Nationaler Standard ist seit 2005 der Einsatz des SDQ bei der Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sowohl in der Forschung als auch in der Praxis. D.h. sowohl bei den Schuleingangsuntersuchungen als auch in epidemiologischen Studien, wie der national bedeutsamen Kindergesundheitsstudie des Robert-Koch-Instituts (KIGGS), soll der SDQ eingesetzt werden (Robert-Koch-Institut, 2007).

Tabelle 1 veranschaulicht die Unterschiede der Entdeckungsrate von Verhaltensauffälligkeiten in Kreisen mit und ohne Verwendung des SDQ. Die Quote der festgestellten Verhaltensauffälligkeiten liegt deutlich höher unter Anwendung des SDQ.

Einschüler und Einschülerinnen für das	Kreise und kreisfreie Städte	
	<u>mit SDQ</u>	<u>ohne SDQ</u>
Schuljahr 05/06		8,7%
Schuljahr 06/07	18,3%	7,3%
Schuljahr 07/08	13,4%	4,9%
Schuljahr 08/09	18,7%	7,8%

Tabelle 1: Anteil verhaltensauffälliger Kinder in Schleswig-Holstein 2005-2008 (aus MSGFJS-SH, 2008)

2008 haben Flensburg, Kiel, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland, Ostholstein, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde und Schleswig-Flensburg den Elternfragebogen des SDQ verwendet. Hier weisen 18,7% der einzuschulenden Kinder Verhaltensauffälligkeiten auf, während in den übrigen Kreisen und kreisfreien Städten der Anteil bei 7,8% liegt.

Vergleicht man die Kieler Ergebnisse mit dem Bundesdurchschnitt der Altersgruppe der 3-6-jährigen, der bei 13% liegt (KIGGS-Studie; Hölling et al., 2007), so sind die Raten in allen Sozialräumen (außer Nord) deutlich höher.

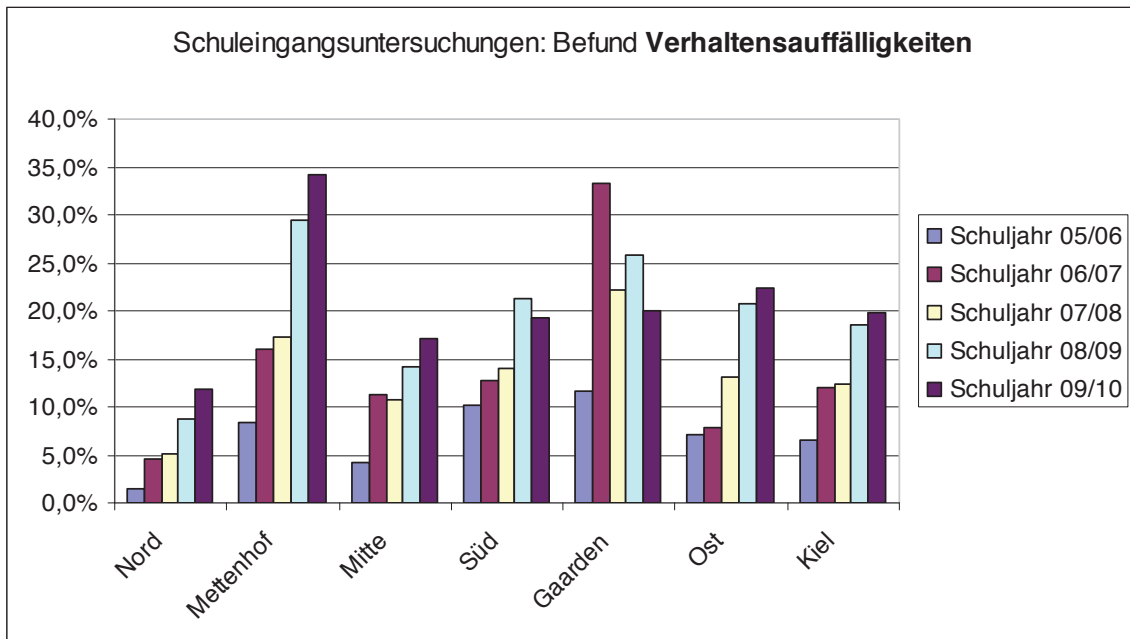


Abbildung 4: Verhaltensauffälligkeiten bei Einschülern und Einschülerinnen 2005-2009, Kiel nach Sozialräumen

Wie Abbildung 4 zeigt, nehmen **Verhaltensauffälligkeiten** in Kiel im Laufe der letzten Jahre **tendenziell zu**. Dies lässt sich einerseits durch den Einsatz eines neuen sensitiven Erhebungsinstrumentes und andererseits durch die tatsächliche Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten bei Einschülern und Einschülerinnen erklären; ein Phänomen, das auch aus anderen Bereichen wie Schulen, Kitas, Frühförderzentren, Psychiatrie etc. berichtet wird.

Die Betrachtung der einzelnen **Sozialräume** zeigt, dass Gaarden und Mettenhof besonders hohe Raten an verhaltensauffälligen Kindern aufweisen, die in den vergangenen Jahren deutlich über dem Kieler Durchschnitt lagen. In **Mettenhof** wurden etwa **ein Drittel** aller einzuschulenden Kinder als **verhaltensauffällig** beurteilt.

Mit Ausnahme von Gaarden beobachtet man in allen Sozialräumen (unabhängig von der absoluten Höhe) eine Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten. Selbst im relativ unbelasteten Sozialraum Nord wurden im Schuljahr 09/10 rund 11% der Einschüler und Einschülerinnen als verhaltensauffällig klassifiziert. In **Gaarden** hingegen verzeichnen wir in Gaarden **eine abnehmende Tendenz**. Gaarden nähert sich dem Kieler Durchschnitt an.

Man kann vermuten, dass die günstige Entwicklung, die sich in keinem anderen Sozialraum zeigt, damit in Zusammenhang steht, dass in Gaarden außergewöhnlich viele Maßnahmen angeboten werden. Leider mangelt es an wissenschaftlichen Untersuchungen, die solche Schlussfolgerungen untermauern könnten.

3.1 Präventionsmöglichkeiten bei Verhaltensauffälligkeiten

Die Ergebnisse zeigen einen **dringenden Handlungsbedarf**, gerade auch seitens der Kommune. Verhaltensauffälligkeiten entwickeln sich aufgrund ihrer Tragweite zu einem zentralen Aspekt des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Diese psychischen Probleme im Kindesalter können das individuelle Wohlbefinden deutlich beeinträchtigen mit zum Teil **schwerwiegenden Konsequenzen**, die bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben können. Es handelt sich dabei häufig um psychische Probleme, die durch äußere Umstände günstig beeinflussbar sind. Aus diesen Gründen ist eine angemessene und insbesondere eine **frühzeitige Intervention** von größter gesundheitlicher und gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Hier ist u.a. der öffentliche Gesundheitsdienst gefordert, durch geeignete Maßnahmen eine Zunahme der Zahl der verhaltensauffälligen Kinder und Jugendlichen mit nachfolgenden Problemkonstellationen und die damit zwangsläufig verbundenen hohen Kosten zu verhindern bzw. in Grenzen zu halten.

Die Ursachen der genannten Verhaltensauffälligkeiten sind vielfältig und gesamtgesellschaftlich bedingt. **Bedingungsfaktoren** sind mangelnde Erziehungskompetenzen von Eltern, die häufig selbst aus **benachteiligten Familien** stammen, alleinerziehende, junge Eltern, Arbeitslosigkeit, zu geringes Haushaltseinkommen, fehlende schulische und berufliche Perspektiven, psychische Probleme, fehlende Tagesstrukturen, übermäßiger PC und TV-Konsum usw. Allgemein weisen Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status häufig ein höheres Risiko für psychische Probleme und Symptome psychischer Auffälligkeiten auf als Kinder aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status. Außerdem sind Kinder mit **Migrationshintergrund** meist häufiger betroffen als Kinder von Nicht-Migranten (Höllig et al., 2007)

Die Resultate betonen die Notwendigkeit, beginnende psychische Probleme frühzeitig zu erkennen und ihnen präventiv zu begegnen. Multifaktorielle gesundheitliche Probleme können nur ganzheitlich behandelt und verhindert werden. Erfolgversprechend sind interdisziplinäre Ansätze, die **Schutzfaktoren** fördern, wie z.B.:

- **Eltern-Kind-Interaktionstrainings** bereits im Säuglingsalter zur Prävention von Bindungsstörungen
- **Förderung emotionaler Kompetenzen der Kinder** (z.B. der sog. Lebenskompetenzen (d.h. Wahrnehmung und angemessener Ausdruck von Gefühlen, Einfühlbarkeit, Konfliktbewältigung, Kommunikationsfähigkeit, Entspannung), der Psychomotorik, der Medienkompetenzen u.ä.)
- **Förderung der Elternkompetenzen** (Emotions- und Sozialtraining, familiärer Zusammenhalt, Stressreduktion, Gewalt- und Suchtprävention, soziale Unterstützung, Medienkompetenz, Finanzkompetenz etc.)
- **Strukturierte Nachmittagsbetreuung**, u. a. mit Sport- und Freizeitangeboten
- u.v.m.

Die derzeitigen Aktivitäten, die in Kiel sowohl in städtischer als auch in freier Trägerschaft bezüglich der Verbesserung der Angebotsstruktur, der **Erreichbarkeit**, der **Bedarfsgerechtigkeit**, der **Niedrigschwelligkeit** und vor allem bezüglich der **Vernetzung** und **Koordination** zu verzeichnen sind, sind vielversprechend und befinden sich auf dem richtigen Weg:

Unter der Federführung des Amtes für Gesundheit sind nach Erkennung der besonderen Bedarfe von Familien mit Kindern im Rahmen der „Frühen Hilfen“ als erste Maßnahme die Aushändigung des Willkommensordners „Kinder leicht“ und ein Hausbesuch bei allen Familien mit einem neugeborenen Kind in Gaarden und Mettenhof sowie im Stadtteil Ost initiiert worden. Junge Familien werden so über die Hilfsangebote in Kiel und insbesondere im eigenen Stadtteil informiert.

In dem seit mehr als 100 Jahren bestehenden städtischen Angebot der Elternberatungen in den Stadtteilen Gaarden, Mettenhof, Neumühlen-Dietrichsdorf, Elmschenhagen, Suchsdorf und Friedrichsort haben Eltern die Möglichkeit, sich über alle Fragen rund um das Thema der Kindergesundheit niedrigschwellig beraten zu lassen.

In den Stadtteilen Gaarden und Mettenhof nutzen viele Eltern das psychologische, entwicklungsfördernde Beratungsangebot, welches in Kooperation mit dem Kinderschutz-Zentrum Kiel seit 2008 angeboten wird. Ziel ist es, so frühzeitig wie möglich die elterlichen Kompetenzen zu stärken, familiäre Bindungen zu stabilisieren, um so ungünstigen Entwicklungen entgegenzuwirken.

Um noch früher einwirken zu können, berät eine Familienhebamme des Amtes für Gesundheit bereits während der Schwangerschaft und koordiniert bei Bedarf innerhalb des Hilfenetzwerkes weiterführende Hilfen und Unterstützungen unter Mitwirkung anderer Träger.

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der türkischen Gemeinde, um Familien mit Migrationshintergrund eine Beratung innerhalb ihres Kulturkreises zu ermöglichen.

Der Kinderschutzauftrag im Rahmen des Gesundheitsdienstgesetzes §7a wird mit Beratung und Vermittlung im Falle nicht durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen von Kindern mit der Durchführung von Hausbesuchen erfüllt.

Derzeit wird an einer Verstärkung der Schnittstelle Familie-Kindergarten-Schule gearbeitet, um jedem Kind bestmögliche Bildungschancen zu eröffnen. Es werden Ansätze entwickelt, wie die pädagogischen und medizinischen Perspektiven zu einem ganzheitlichen koordinierten Vorgehen verbunden werden können.

Besonders hervorzuheben sind darüber hinaus der Aufbau einer lokalen Gesundheitskonferenz mit dem Ziel, einer koordinierten Gesundheitsplanung sowie die derzernatsübergreifende Arbeitsgruppe zur Entwicklung von Zukunftsperspektiven für Gaarden, die u.a. städtebauliche, wirtschaftliche, kulturelle, soziale und gesundheitliche Aspekte integriert.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Zeitreihe der für diesen Bericht ausgewählten Befunde „Übergewicht“ und „Verhaltensauffälligkeiten“ der Einschüler und Einschülerinnen seit 2005, zeigen:

- Die **Übergewichtsproblematik** sinkt von knapp 16% auf 9%
- In Gaarden ist immer noch jedes 5. Kind bei der Einschulung übergewichtig
- Ein deutlicher und bedeutsamer Einfluss des Geschlechts scheint in dem Alter (5-6 Jahre) noch nicht zu existieren
- Besonders hoch ist der Anteil der übergewichtigen Kinder bei den Kindern, deren in den ersten Lebensjahren gesprochene Sprache nicht deutsch war
- Die Themen gesunde Ernährung und Bewegung scheinen im familiären und Kita-Alltag fest verankert zu sein und erste Früchte zu tragen
- **Verhaltensauffälligkeiten** nehmen im Beobachtungszeitraum dramatisch zu
- Rund 20% der in Kiel einzuschulenden Kinder sind derzeitig verhaltensauffällig, besonders hoch ist der Prozentsatz von 34% in Mettenhof
- Interdisziplinäre **Präventions- und Behandlungsmaßnahmen** so frühzeitig wie möglich sind dringend erforderlich
- Insbesondere **spezifische** und nur schwer erreichbare Gruppen wie z.B. sozial Benachteiligte oder Kinder mit Migrationshintergrund müssen hierbei berücksichtigt werden
- **Sozialraumorientierte kommunale Gesundheitsförderungsstrategien** müssen entwickelt werden, um einen bedarfsgerechten, koordinierten Ressourceneinsatz aller beteiligter Akteure zu gewährleisten

5. Literatur

Becker, A. (2007). Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). Evaluation and Application. Dissertation. (webdoc.sub.gwdg.de/diss/2008/becker_a/)

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38:581-586

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *In: Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 784-793.

Kromeyer-Hauschild, K. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehen verschiedener deutscher Stichproben. *In: Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, Nr. 8.

Kurth, B.-M./Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *In: Bundesgesundheitsblatt*, 50, S. 736-743.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2005 bis 2008): Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein. Berichte 2005 bis 2008.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2008). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. (www.rki.de/GBE)

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2007). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. (www.rki.de/GBE)

6. Anhang

Einschüler für Schuljahr	Nord	Mettenhof	Mitte	Süd	Gaarden	Ost	Kiel
05/06	538	275	142	494	163	228	1840
06/07	512	262	134	511	174	244	1837
07/08	484	265	176	512	131	243	1811
08/09	504	262	162	539	128	226	1821
09/10	434	257	176	539	130	219	1755

Tabelle 2: Anzahl der untersuchten Einschüler/innen 2005-2009, Kiel nach Sozialräumen, Datengrundlage: GUcheckUp

<u>Anzahl Mädchen und Jungen in Kiel</u>
2005: N(Mädchen)=891; N(Jungen)=926
2006: N(Mädchen)=902; N(Jungen)=957
2007: N(Mädchen)=852; N(Jungen)=831
2008: N(Mädchen)=831; N(Jungen)=912
2009: N(Mädchen)=766; N(Jungen)=883

Tabelle 3: Anzahl der Jungen und Mädchen 2005-2009, Kiel, Datengrundlage: bereinigter Datensatz (nur S1-Kinder)

	Jungen	Mädchen	Gesamt Kiel	Gesamt Schleswig-Holstein
Schuljahr 2005/06	14,2%	16,0%	15,1%	10,6%
Schuljahr 2006/07	10,9%	13,3%	12,1%	10,2%
Schuljahr 2007/08	12,0%	12,9%	12,5%	10,0%
Schuljahr 2008/09	12,2%	11,7%	11,9%	9,8%
Schuljahr 2009/10	11,6%	11,0%	11,3%	-

Tabelle 4: Anteil übergewichtiger Jungen und Mädchen 2005-2009, Kiel im landesdurchschnittlichen Vergleich, Datengrundlage: bereinigter Datensatz (nur S1-Kinder)

Anzahl N	Jungen		Mädchen	
	deutsche Muttersprache	nicht-deutsche Muttersprache	deutsche Muttersprache	nicht-deutsche Muttersprache
2005:	728	195	709	181
2006:	735	217	704	194
2007:	605	195	625	207
2008:	630	262	587	216
2009:	605	269	521	236

Tabelle 5: Anzahl der Jungen und Mädchen nach deutscher Muttersprache und nicht-deutscher Muttersprache 2005-2009, Kiel, Datengrundlage: bereinigter Datensatz (nur S1-Kinder)