



Bielefeld



GESUNDHEITSBERICHT KINDER – ENTWICKLUNG DER ADIPOSITAS IN DEN EINSCHULJAHRGÄNGEN 1992-2014

DEZERNAT FÜR UMWELT UND KLIMASCHUTZ

Herausgeber:

Stadt Bielefeld

Dezernat 3: Umwelt und Klimaschutz

Geschäftsstelle Kommunale Gesundheitskonferenz & Gesundheitsberichterstattung

Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9

33602 Bielefeld

Redaktion und Ansprechpartner/in:

Dirk Cremer, Gesundheitsberichterstattung, Tel.: 0521–51 50 22

Cornelia Petzold, Geschäftsstelle KGK, Tel.: 0521-51 67 37

Unter Mithilfe von:

Anastasija Kosmina, Jennifer Linnemann (Praktikantinnen)

Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt

Bielefeld, März 2015

Zusammenfassung

Adipositas ist eine Krankheit, die viele Begleit- und Folgekrankheiten mit sich bringen und auch zu vorzeitiger Sterblichkeit führen kann. Sie ist schwer zu behandeln, daher sind Vorsorgemaßnahmen und frühe Interventionen umso bedeutsamer.

Im Gegensatz zur Entwicklung in NRW, die in den letzten Jahren ein Plateau zeigt, ist die Rate der adipösen Kinder in Bielefeld angestiegen. Diese Rate ist in Bielefeld gleichmäßig über die Stadt verteilt.

Analysiert man jedoch bestimmte Gesundheitsdeterminanten, die Einfluss auf die Entwicklung einer Adipositas haben, so erkennt man Problemzonen.

So zeigt sich bei der Einschulungsuntersuchung eine höhere Adipositas-Rate bei Kindern der niedrigen Bildungsschicht (7,5% im Vergleich zu 4,1% im Gesamtdurchschnitt). Dies gilt auch für Kinder ausländischer Herkunft, die hier geboren sind (7%). Hieraus ergeben sich Ansätze für zielgruppenspezifische Interventionsmöglichkeiten. Diese werden am Ende des Berichts näher ausgeführt.

Ziel sollte eine Senkung der Adipositas-Rate von bisher 4,1 auf unter 3,4% in Bielefeld bis 2020 sein.

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Definition von Adipositas	4
3. Gesundheitsdeterminanten der Adipositas	6
4. Adipositas als Gesundheitsproblem	6
4.1. Ursachen	6
4.2. Folgen	8
5. Verbreitung und Häufigkeit der Adipositas	10
5.1 Ergebnisse für Bielefeld und NRW	10
5.1.1 Gesundheitsdeterminanten	11
5.1.2. Behandlungshäufigkeit der Adipositas.....	14
5.2. Ergebnisse nach statistischen Bezirken Bielefelds.....	15
5.2.1. Gesundheitsdeterminanten	15
5.2.2. Adipositas	16
5.2.3. Einschulkinder in Behandlung	16
6. Prävention der Adipositas in Bielefeld.....	17

1. Einleitung

Die Fettleibigkeit (Adipositas) gehört zu den Erkrankungen, die sich länder- und kontinentübergreifend vermehrt haben. Die meisten Menschen der Weltbevölkerung leben in Ländern, „wo Übergewicht und Adipositas mehr Menschen umbringt als Untergewicht“.¹ Seit den achtziger Jahren haben sich die Adipositasraten weltweit verdoppelt, diejenige der Kinder und Jugendlichen z.T. verdreifacht. Der Bericht stellt die Adipositas in der Gruppe der in etwa 6-Jährigen Einschulkinder in Bielefeld dar. Er berücksichtigt dabei verschiedene Gesundheitsdeterminanten von Adipositas anhand von ausgewählter Fachliteratur und Statistiken. Dabei wird die gesamtstädtische Entwicklung seit 1992 berücksichtigt, die Entwicklung in den kleinräumigen statistischen Bezirken seit 2008. Doch nicht nur die Häufigkeit der Adipositas ist dabei von Interesse, sondern auch, inwiefern die betroffenen Einschulkinder erstmals vom Kinder- und jugendärztlichen Dienst des Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamtes als behandlungsbedürftig identifiziert werden und wie viele Einschulkinder aus Sicht des Dienstes mit Problemanzeige an die Kinder- und Jugendärzte verwiesen werden. Auf diesen Grundlagen beschreibt der Bericht, was für die Prävention von Adipositas in Bielefeld getan werden kann, d.h. er empfiehlt verschiedene Maßnahmen im Rahmen der Bielefelder Gesundheitsziele.

2. Definition von Adipositas

Adipositas ist eine krankmachende Ansammlung von Körperfett. Bei der Bestimmung des Übergewichts und der Adipositas von Kindern und Jugendlichen hat sich aus praktischen Gründen zuletzt der Körpermasseindex (BMI) durchgesetzt. Mit ihm wird das Körpergewicht in Beziehung zur Körpergröße gesetzt (kg/m^2). Der anschließenden Einordnung, ob ein BMI-Wert als übergewichtig oder adipös zu bewerten ist, liegen alters- und geschlechtsbezogene überregionale Referenzwerte zu Grunde, die sog. Perzentilen, die auf methodisch unterschiedlichen Datensätzen aus den Jahren 1985 bis 1999 beruhen.² Der Alters- und Geschlechtsbezug ist wegen der Veränderung des Körperfettanteils im Laufe der kindlichen und jugendlichen Entwicklung nötig. Diese Entwicklung ist zwischen Jungen und Mädchen aufgrund unterschiedlicher

¹ World Health Organization, Obesity and overweight, Fact sheet N°311, Updated January 2015

² Stadt Bielefeld, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2002, S. 32.

biologischer Entwicklung verschieden. Übergewicht ist ab der 90. Perzentile und Adipositas ab der 97. Perzentile definiert (vgl. Abb. 1).

Abb. 1 Geschlechts- und Altersspezifische Häufigkeitsverteilungen (Perzentile) für Kinder und Jugendliche am Beispiel der Jungen

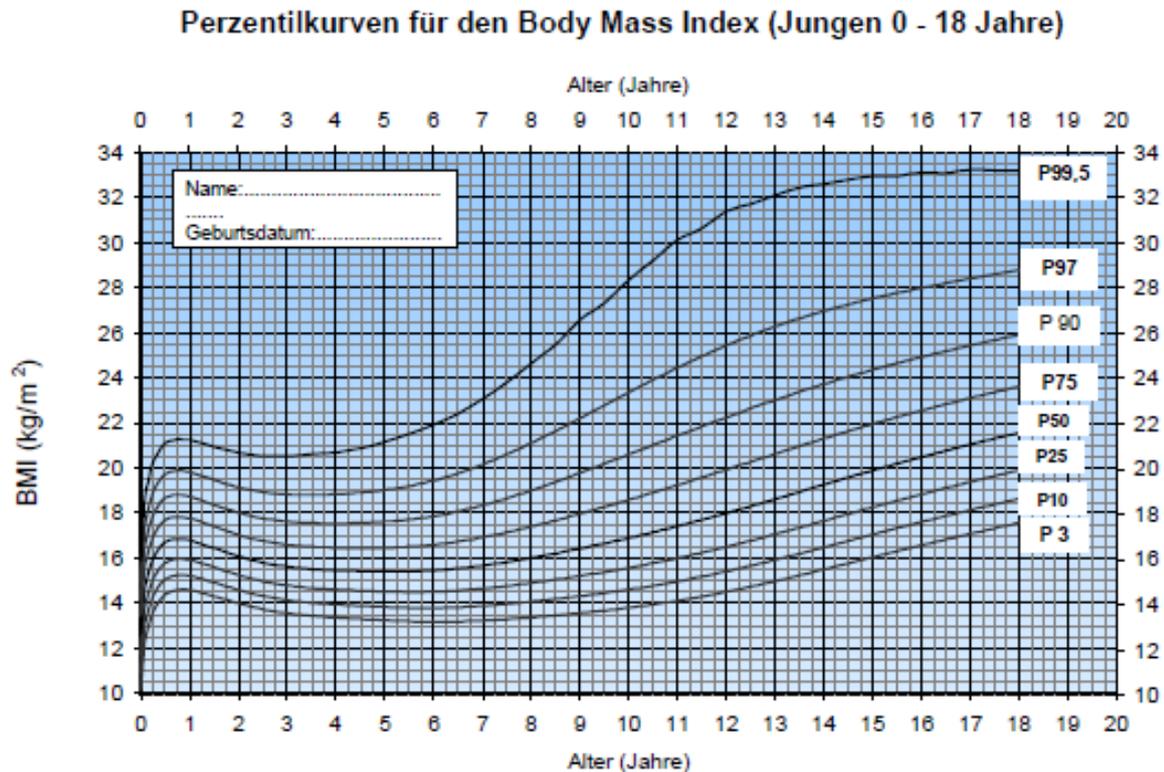


Abb. 2: K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze et al.: Monatsschr. Kinderheilk. (2001) 149:807-818

Diese ‚Grenzwerte‘ stimmen in etwa mit den Definitionen des Übergewichts und der Adipositas nach BMI bei Erwachsenen überein, wonach ab einem BMI ab 25,0 Übergewicht und ab einem BMI von 30 eine Adipositas vorliegt. Ferner wird bei Erwachsenen die Adipositas in Grad I (BMI zwischen 30-34,9), Grad II (BMI zwischen 35-39,9) und Grad III (BMI \geq 40) unterteilt. Bei Kindern und Jugendlichen wird lediglich die Adipositas von der extremen Adipositas unterschieden, die nach den geschlechtsbezogenen Altersperzentilen ab der 99,5. Perzentile vorliegt. In diesem Bericht wird zusammenfassend die Adipositas entsprechend der 97. Perzentile berücksichtigt.

3. Gesundheitsdeterminanten der Adipositas

Der Bericht ordnet die Bielefelder Gesundheitsdaten in das Konzept der Gesundheitsdeterminanten (Ausgangsvoraussetzungen für Gesundheit) ein, damit die Vielschichtigkeit des Gesundheitsproblems Adipositas angemessen beschrieben werden kann (Tabelle 2). Dieses Konzept wurde bereits im „Gesundheitsbericht Kinder – Entwicklungsstand der Einschulkinder 2010-2012 nach statistischen Bezirken“ angewandt. Dabei können nur ausgewählte Daten im Sinne von Indikatoren verwendet werden.

Tabelle 2 Beispiele für Gesundheitsdeterminanten

- Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Soziale und kommunale Netzwerke
- Faktoren individueller Lebensweisen
- Alter, Geschlecht, Erbanlagen

4. Adipositas als Gesundheitsproblem

4.1. Ursachen

Die Adipositas ist ein eigenständiges gesundheitliches Problem schon im Kindes- und Jugendalter. Nur in seltenen Fällen ist eine Grunderkrankung, wie z.B. eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung, eine endokrine Erkrankung oder ein genetisches Syndrom ursächlich.³ Meist wird der Lebensstil mit ihr in Verbindung gebracht. Adipositas entsteht aus einer unausgewogenen „individuellen“ Balance von Energiezufuhr und Energieverbrauch, primär verursacht durch einen anwachsenden Konsum energiedichter Nahrung, insbesondere in Form von Fett.⁴ Eine wachsende physische Inaktivität ergibt sich heute oft durch umfangreichen Medienkonsum

³ Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter e.V.: Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 10/2013, S. 28. Es sind über 50 unterschiedliche Syndrome bekannt, die mit einer Adipositas zusammenhängen können. Vgl. vorgenannte Leitlinie, S. 83.

⁴ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Evidenzbasierte Leitlinie: „Fettzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten“, 2. Version (2015), S. 31.

(TV/Computer) oder im späteren Arbeitsleben am Schreibtisch. Vielfach motorisierte Fortbewegungsmöglichkeiten schränken den Kalorienverbrauch zusätzlich ein. Unter den Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren der ersten Folgebefragung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) erreichten in den Jahren 2009-2012 z.B. nur 27,5% die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für körperliche Aktivität, d.h. sie bewegten sich täglich 60 Minuten.⁵ Die Verzehrempfehlung für Obst und Gemüse für Kinder und Jugendliche in Anlehnung an die Beispielkost des Instituts für Kinderernährung z.B., sieht je nach Alter und Geschlecht zwischen 200 und 350 g Obst und Gemüse pro Tag vor. Laut Ernährungsmodul der KiGGS-Studie (Januar bis Dezember 2006) erreichten nur „33 % der Mädchen und 27% der Jungen im Alter von 6 bis 11 Jahren“ diese Empfehlung.⁶ Schlafmangel, Stress, ein niedriger sozialer Status gelten darüber hinaus als mitverursachende Faktoren bei der Entwicklung von Adipositas (vgl. Tabelle 3).

Die Adipositas ist bereits im frühen Alter bedeutsam, weil „...die Häufigkeit der Adipositas mit steigendem Alter größer wird.“⁷ Dies veranschaulichten bereits die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung aus den Jahren 2003-2006. Sie zeigten, dass die Adipositasrate in Deutschland unter den 3-6-Jährigen 2,9%, unter den 7- bis 10-Jährigen 6,4%, bei den 11- 13-Jährigen 7,2% und bei den 14- bis 17-Jährigen bereits 8,5% erreichte.⁸

⁵ Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009-2012, Berlin.

⁶ Rabenberg M, Mensink GBM (2011) Obst- und Gemüsekonsum heute Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin GBE kompakt 2(6), www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.09.2011), S.4. Der Evidenzgrad dieser Verzehrempfehlung für eine Verhinderung der Körpergewichtszunahme ist allerdings nur mit „möglich“ (statt „unzureichend“, „wahrscheinlich“ oder „überzeugend“) bewertet.

⁷ Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V., Leitlinie der Qualität 3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, Martinsried, April 2014, S. 17.

⁸ Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007, B.-M. Kurth, . A. Schaffrath, Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits survey, S. 738.

Tabelle 3 Ursachen der Adipositas

familiäre organische, psychische oder lebensgeschichtliche Anfälligkeit (Disposition),
genetische Ursachen

Lebensstil (z.B. Bewegungsmangel, Fehlernährung)

ständige Verfügbarkeit von Nahrung

Schlafmangel

Stress

depressive Erkrankungen

niedriger Sozialstatus

Essstörungen (z.B. Essgelage-Störung, nächtliche Essstörung)

Erkrankungen, die Stoffe in den Blutkreislauf absondern (z.B. Schilddrüsenunterfunktion,
verschiedene körperliche Veränderungen durch überhöhten Kortisongehalt im Blut)

Medikamente (z.B. Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Antiepileptika,
Antidiabetika, Glukokortikoide, einige Kontrazeptiva, Betablocker)

andere Ursachen (z.B. Immobilisierung, Schwangerschaft, Nikotinverzicht)

Quelle: Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention
und Therapie der Adipositas“, Martinsried, April 2014, S. 17.

4.2. Folgen

Adipositas im Kindesalter bedeutet für das spätere Erwachsenenleben, dass das Risiko vorzeitigen Sterbens und das Risiko von Folgekrankheiten und Behinderung ansteigt. Aber bereits in jungen Jahren haben adipöse Kinder und Jugendliche ein erhöhtes Risiko. Sie können Atembeschwerden, Knochenbrüche, Bluthochdruck, Insulinresistenz, Störungen der Ovarialfunktion, Gallensteinleiden, ein metabolisches Syndrom (Zusammentreffen von Diabetes oder seiner Vorstufen, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck, Fettleber und bauchbetonter Adipositas) sowie psychologische Beeinträchtigungen entwickeln und sozialpsychologischen Beeinträchtigungen

ausgesetzt sein.⁹ Letzteres beides kann zum Beispiel auf Stigmatisierung und Diskriminierung in Kindergärten und Schulen oder im Gesundheitswesen selbst beruhen. Die Auffassung, dass Fettleibigkeit ein Individualproblem ist und Menschen mit Adipositas aufgrund von Faulheit, Willensschwäche oder Disziplinlosigkeit adipös sind, ist weit verbreitet. Dadurch können Selbststigmatisierungsprozesse bewirkt werden und diese über verschiedene Auslöser das individuelle Übergewichts- oder Adipositas-Problem vergrößern.¹⁰

Die Folgen der Adipositas im höheren Alter münden nicht selten in häufigerer Arbeitsunfähigkeit und verursachen entsprechende Behandlungskosten wie z.B. für Diabetes mellitus Typ II. In Tabelle 4 sind die erhöhten Krankheitsrisiken für Erwachsene als Folge einer Adipositas zusammenfassend klassifiziert dargestellt.

Tabelle 4 Risiken für Krankheiten bei Adipositas

Risiko >3-fach erhöht	Risiko 2-3-fach erhöht	Risiko 1-2-fach erhöht
<ul style="list-style-type: none"> • Zuckerkrankheit • Gallensteinleiden • Insulinresistenz • Fettleber • Schlaf-Apnoe-Syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • Herzkrankheit durch (anhaltende) Durchblutungsstörungen des Herzens • Bluthochdruck • Fettstoffwechselstörung • Gelenkverschleiß des Kniegelenks • Stoffwechselkrankheit mit schmerzhaften Gelenkbefall • Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Krebserkrankungen • Fehlfunktion der Eierstöcke • Gelenkverschleiß des Hüftgelenks • Rückenschmerzen • Unfruchtbarkeit • Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist

Quelle: Deutsche Adipositas Gesellschaft, Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, Martinsried, April 2014, S. 20.

⁹ WHO, Obesity and overweight, Fact sheet N°311, Updated January 2015 und Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter e.V.: Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 10/2013, S.61 ff.

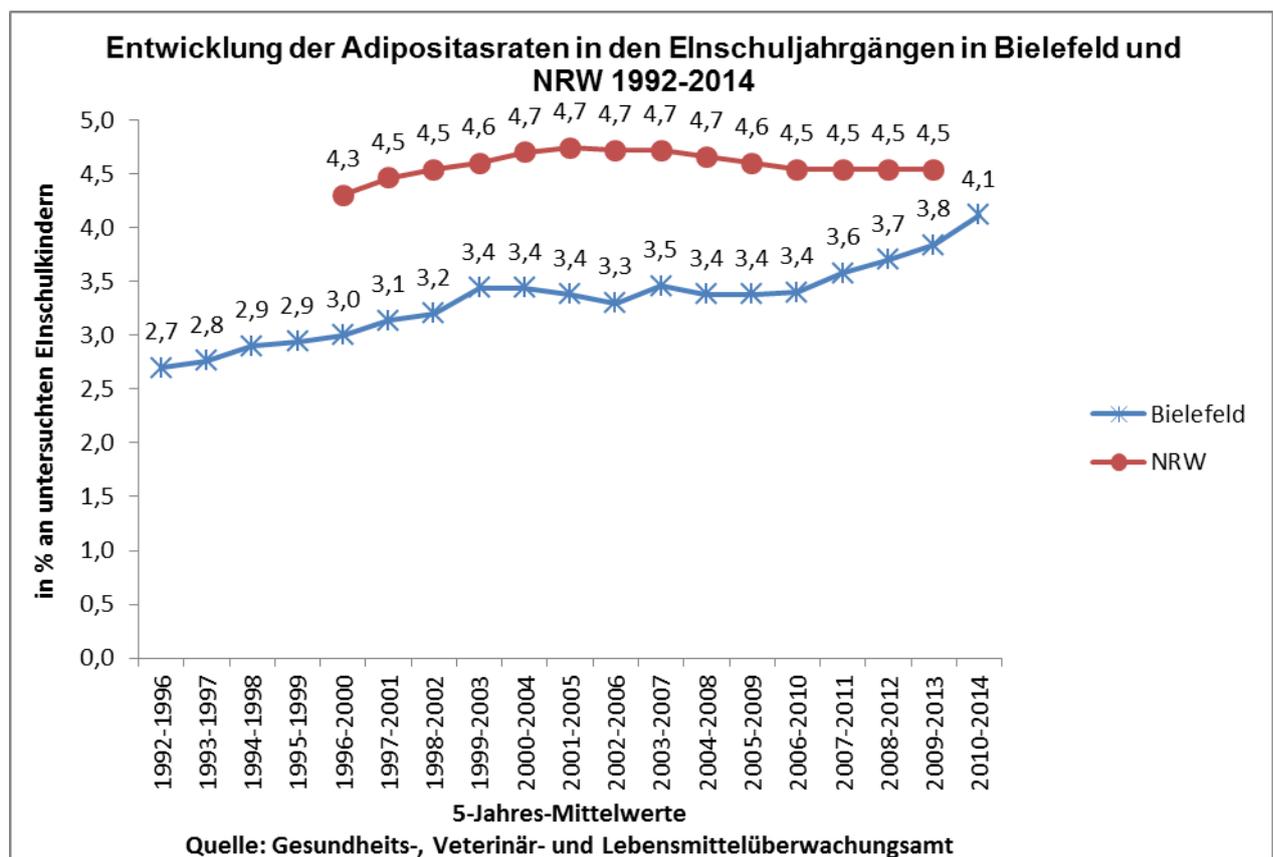
¹⁰ MedlinePlus, Obesity and School Bullying, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/healthnews.html>, 25.08.2014 und Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V., Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität 3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, Martinsried, April 2014, S. 24.

5. Verbreitung und Häufigkeit der Adipositas

Im Jahr 2014 erschien eine Studie über die Adipositasrate von Schulkindern in entwickelten Staaten, in der überraschenderweise festgestellt wurde, dass die Entwicklung der Adipositasrate nicht weiter anstieg! Insbesondere seit den achtziger Jahren hatte sie rasant zugenommen, jetzt aber hat sie auf hohem Niveau einen Stillstand erreicht. In einigen wenigen Ländern ging sie sogar zurück. Die Studie zog den Schluss, dass all die Aktivitäten für gesunde Ernährung und mehr Bewegung ‚irgendwie‘ gewirkt haben. Dennoch ist die Zahl der adipösen Kinder in den entwickelten Ländern immer noch in etwa dreimal so groß wie in den 80er Jahren.¹¹

5.1 Ergebnisse für Bielefeld und NRW

Abb. 2



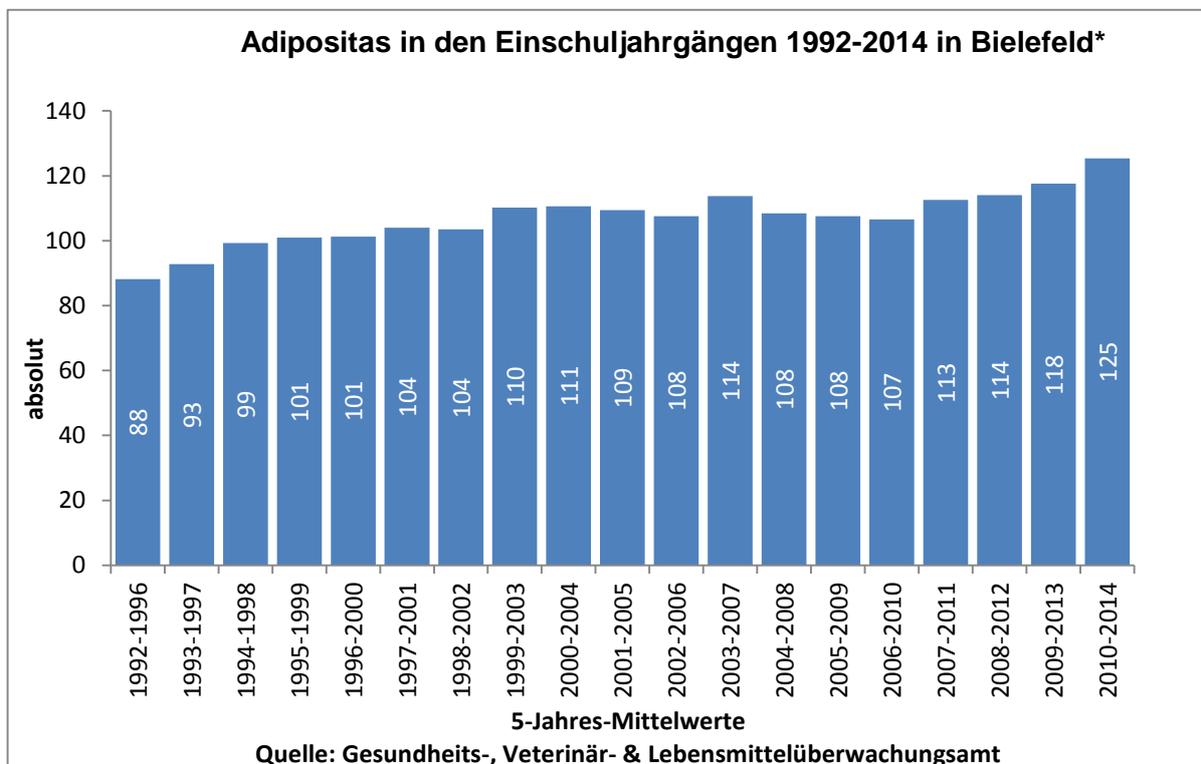
Im Bielefelder Kinder- und Jugendgesundheitsbericht von 2002 wurde anhand von 3-Jahres-Mittelwerten beschrieben, dass sich die Adipositas-Rate im Zeitraum von

¹¹ Wabitsch et al. BMC Medicine 2014,12:17, <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/17>.

1992 bis 2001 vergrößert hatte (von 2,4% auf 3,4%). Damals lag sie aber noch deutlich unter derjenigen des Landes NRW. Über viele Jahre hindurch hatte dann die Adipositasrate der Bielefelder Einschülerinnen und Einschüler mit dem Wert von 3,4% ein Plateau erreicht. Seitdem ist die Rate bis auf 4,1% angestiegen, und war somit trendgegenläufig im Vergleich zum Land NRW (Abb. 2).

Zu Beginn der Zeitreihe waren noch 88 Einschulkinder im Mittel der Jahre 1992-1996 adipös, in den Jahren 2010-2014 betraf es im Mittel 125 Kinder (Abb. 3).

Abb. 3

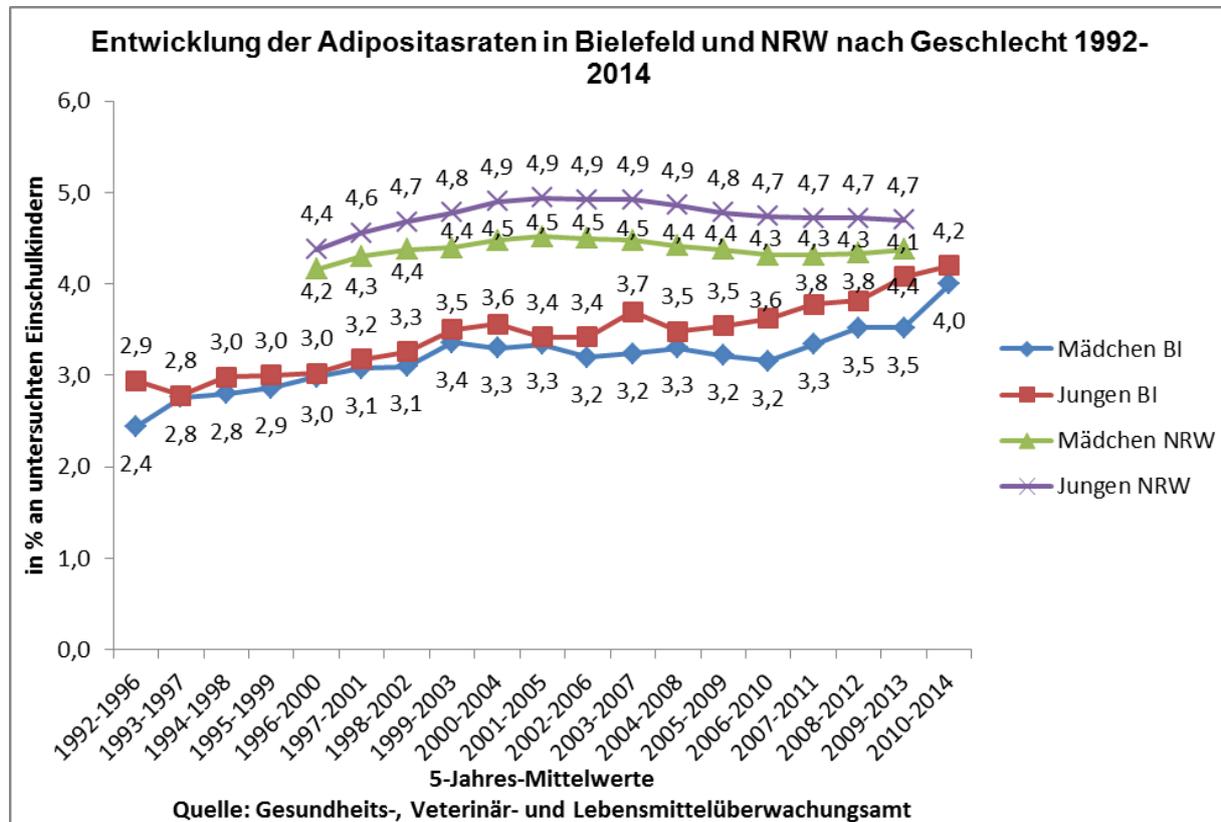


5.1.1 Gesundheitsdeterminanten

Wenn die Daten nach **Geschlecht** differenziert werden, betrifft Adipositas etwas häufiger Jungen als Mädchen (zuletzt 67 zu 58 Einzuschulende). Das zuvor beschriebene Plateau war bei den Mädchen deutlich länger anhaltend, aber bei beiden Geschlechtern ist in den letzten Jahren einen Anstieg der Adipositasrate zu verzeichnen (Abb. 4).

2013 lag die Adipositas-Rate der Bielefelder Mädchen 0,3 Prozentpunkte unter dem Landesdurchschnitt, die der Bielefelder Jungen genau im Landesdurchschnitt.¹²

Abb. 4

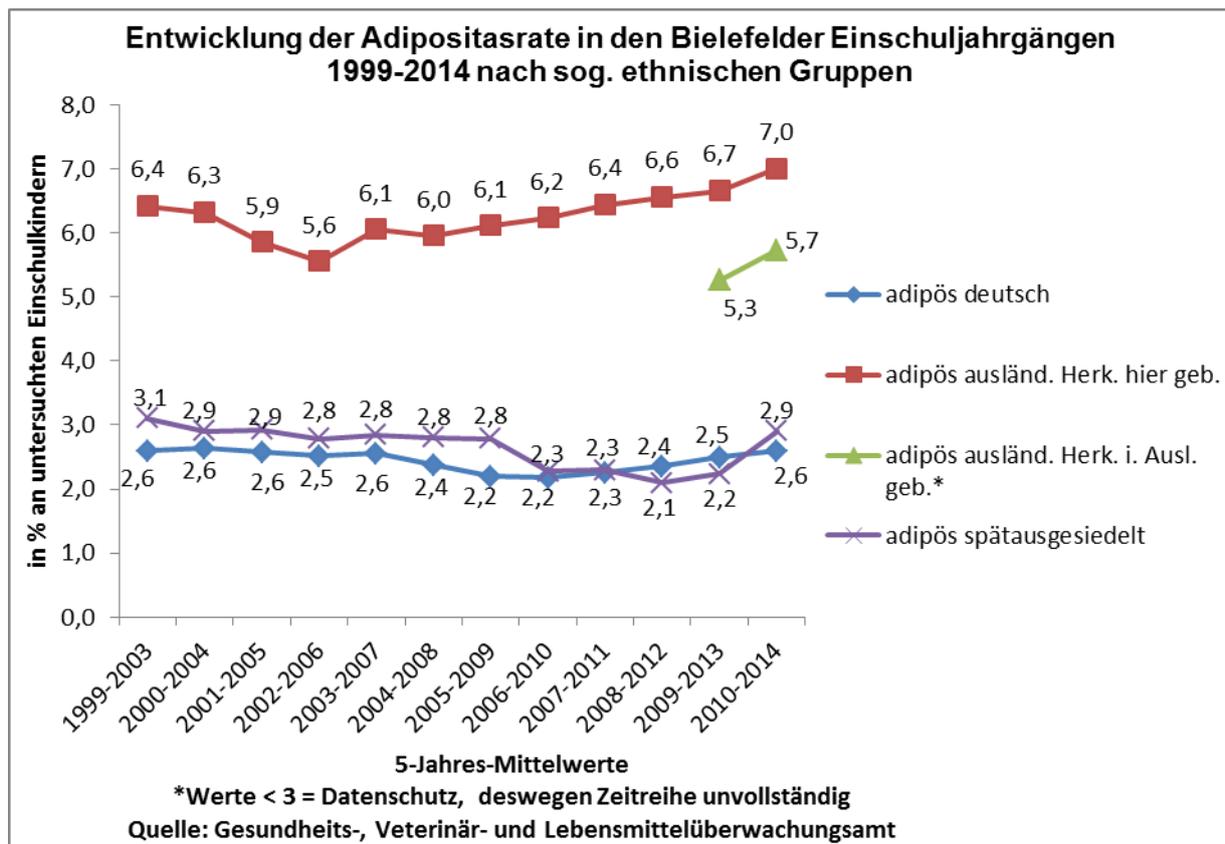


Die **ethnische Zugehörigkeit** als eine weitere Gesundheitsdeterminante gibt einen Einblick in die Dynamik des Anstiegs der letzten Jahre. Demnach ist es insbesondere die Gruppe der im Ausland geborenen Kinder ausländischer Herkunft, die den Zuwachs bewirkt haben (Abb. 5). Dies sind in absoluten Zahlen allerdings wenige Flüchtlingskinder. Adipositas stellt bekanntermaßen in Schwellen- und Niedrigeinkommensländern ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar.¹³ Die Adipositasrate der hier geborenen Einschulkinder ausländischer Herkunft ist – seit Jahren – überdurchschnittlich und ansteigend. Die Adipositasrate der deutschen und spätausgesiedelten Einschulkinder ist hingegen auf niedrigerem Niveau als die der hier und im Ausland geborenen Kinder ausländischer Herkunft. Aber auch diese beiden Raten steigen in den letzten Jahren an.

¹² Vgl. Landeszentrum für Gesundheit NRW, https://www.lzg.nrw.de/00indi/0data_kreis/03/grafik/0305702052012/mapnrw.html, Zugriff Apr. 2015.

¹³ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Overweight and Obesity Viz. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. <http://vizhub.healthdata.org/obesity>, Zugriff: Februar 2015

Abb. 5



Die Betrachtung der Adipositasrate nach **Bildungsschicht** bestätigt eine weitere strukturelle Ursache von Adipositas, die auch in der Leitlinie genannt wird. Kinder aus Familien mit niedriger Bildungsschicht waren von allen berücksichtigten Gesundheitsdeterminanten am häufigsten von Adipositas betroffen (7,5%, Abb. 6).

Im Betrachtungszeitraum vergrößerte sich außerdem die Kluft zwischen Einschulkindern mit Adipositas aus Haushalten mit niedriger und Einschulkindern mit Adipositas aus Haushalten mit hoher Bildungsschicht von 3,6-Prozentpunkten kontinuierlich auf 5,9-Prozentpunkte. Während die Adipositasrate der Kinder der hohen Bildungsschicht von 1,8% auf 1,6% schrumpfte, stieg sie unter den Kindern in Haushalten mit niedriger Bildungsschicht kontinuierlich von 5,4% auf 7,5% an.

Zuletzt erwies sich auch stadtwweit die **Dauer des Kindergarten Aufenthaltes** als bedeutsame Gesundheitsdeterminante für den Anstieg der Adipositasrate. Einschulkindern, die nur kurze Zeit in der Kindertagesstätte verbringen konnten, sind häufiger adipös als Kinder, die lange Zeit in der Kindertagesstätte waren (Abb. 7). Allerdings stieg auch bei letzteren die Adipositasrate um 2 Prozentpunkte an.

Abb. 6

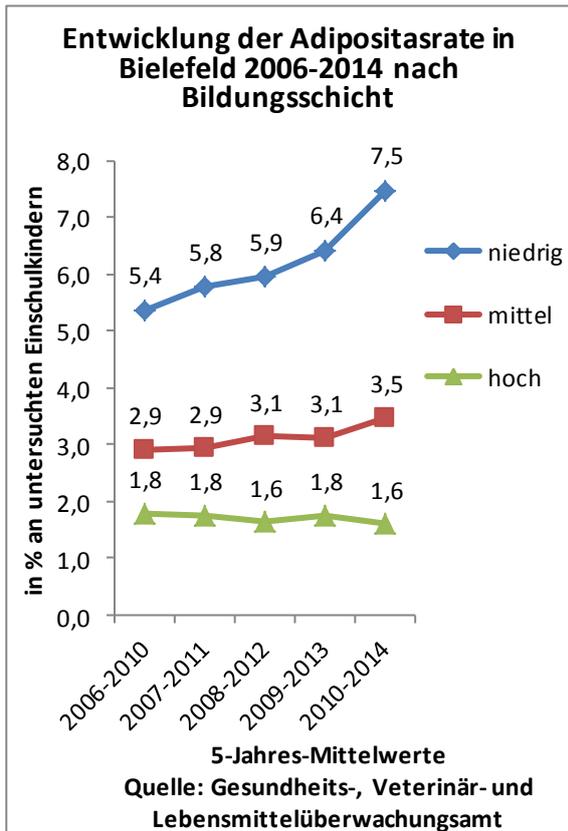
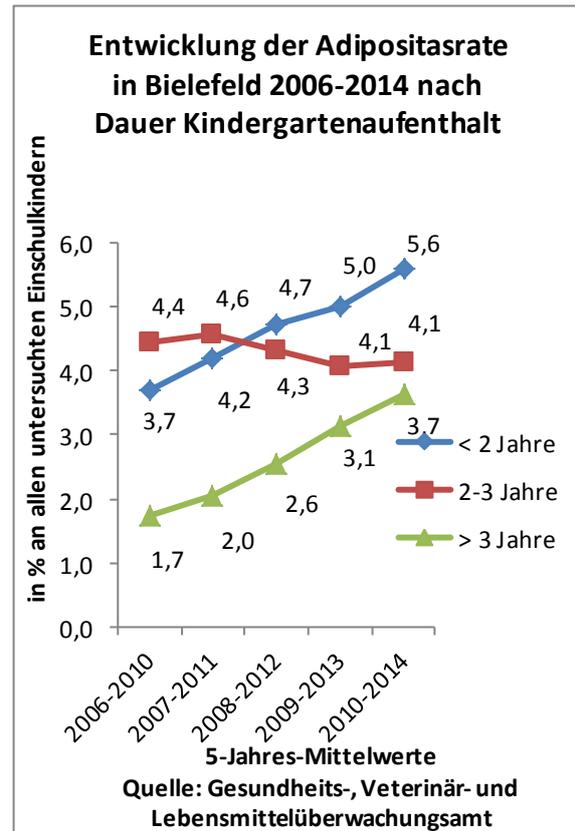


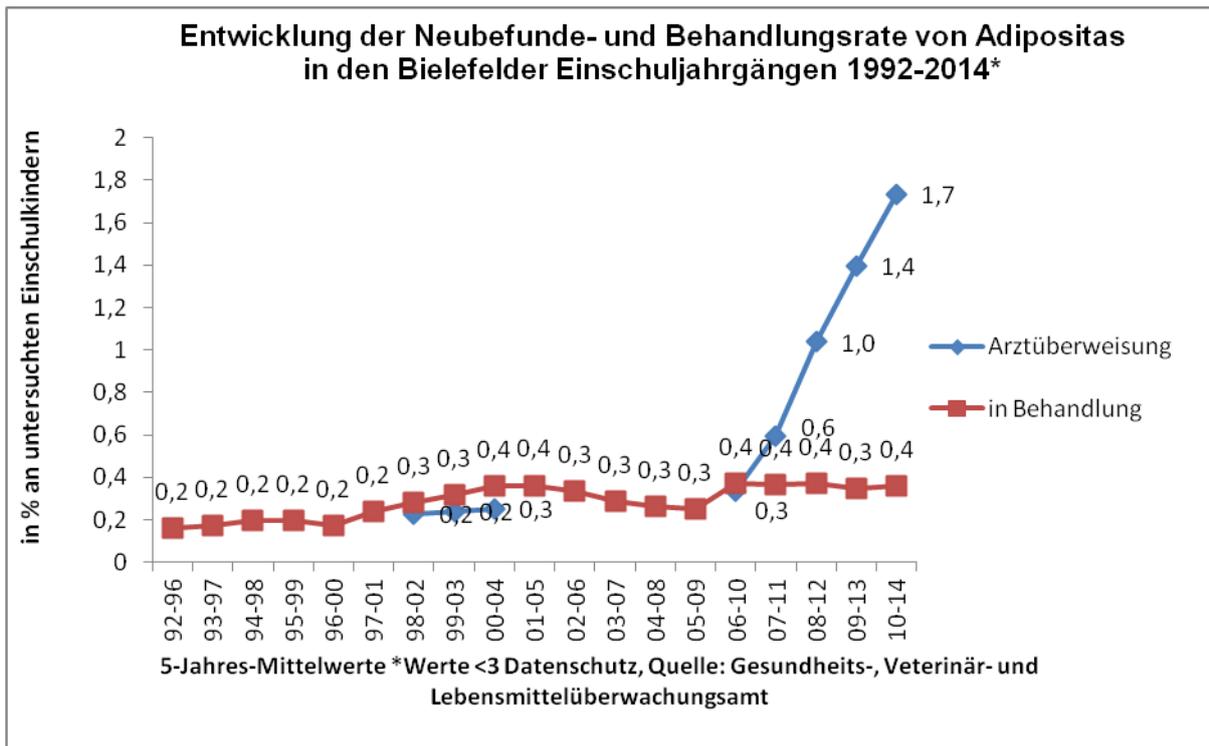
Abb. 7



5.1.2. Behandlungshäufigkeit der Adipositas

Interessant ist, wie die Familien der Einschulkinder mit der Adipositas des Kindes umgehen. In Abbildung 8 ist zu sehen, dass die Rate der Einschulkinder, die bereits Ernährungsberatung, Sport, Gewichtskontrolle etc. durchführten, seit Jahren auf niedrigem Niveau stagniert. So wurden im Mittel der Jahre 2010-2014 nur 11 von 125 Kindern mit Adipositas behandelt. Seit 2008 wurde vom kinder-jugendärztlichen Team im Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt zunehmend problemanzeigende Schreiben („Arztüberweisung“) an die Hausärzte versandt.

Abb.8



5.2. Ergebnisse nach statistischen Bezirken Bielefelds

Die Auswertung nach den statistischen Bezirken erfolgt nach dem Konzept im „Gesundheitsbericht Kinder – der Entwicklungsstand der Einschulkinder 2010-2012 nach statistischen Bezirken“. Es werden Gesundheitsdeterminanten sowie Adipositas und die Befundergebnisse der Adipositas (wie z.B. Behandlungsstatus) kleinräumig dargestellt.¹⁴

5.2.1. Gesundheitsdeterminanten

Insgesamt wichen nur 13 von 80 berücksichtigten statistischen Bezirken hinsichtlich der Gesundheitsdeterminanten aus der Einschuluntersuchung sehr stark ab. Von diesen Abweichungen sind manche positiv zu interpretieren, andere in ihrer Bedeu-

¹⁴ Diesmal wurden für drei Zeiträume Summen aus fünf Jahren gebildet. Damit konnten 80 (statt bisher 78) statistische Bezirke berücksichtigt werden und erstmals auf Ebene der statistischen Bezirke die Entwicklung der einzelnen Indikatoren anhand von Zeitreihen. Mit diesen Zahlen sind zwar wohnortnähere Aussagen möglich, aber die statistischen Bezirke sind nicht identisch mit Quartieren. Diese sind kleiner und anders zugeschnitten. Erwartungsgemäß wichen nur wenige statistische Bezirke ab. Die Berücksichtigung von Kreuztabellen wie bei den gesamtstädtischen Ergebnissen, z.B. Adipositas nach Bildungsschicht, ist auf kleinräumiger Ebene aufgrund kleiner Zahlen und damit verbundene Datenschutz nicht möglich. Zur Unterscheidung von statistischen Bezirken und Quartieren vgl. Landeszentrum für Gesundheit NRW, Vorarbeiten zum lokalen Fachplan Gesundheit, Dezember 2011 sowie Fachplan Gesundheit der Stadt Healthhausen. Fiktionaler Bericht, 2012.

tung für die Erklärung einer Adipositas inhaltlich nicht schlüssig. Diese Determinanten werden im Weiteren nicht berücksichtigt.¹⁵

Im **Stadtbezirk Brackwede** fiel Kammerich auf, da die Gesundheitsdeterminante ‚ethnische Gruppe ausländischer Herkunft - hier geboren‘ im letzten Betrachtungszeitraum 2010-2014 sowie ‚niedrige Bildungsschicht‘ in den beiden ersten Betrachtungszeiträumen 2008-2012 und 2009-2013 eine ganze Reihe einzuschulender Kinder betraf.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsdeterminante ‚kurze Kindertandauer‘ fiel Windwehe im **Stadtbezirk Heepen** erfreulicherweise nur im Betrachtungszeitraum 2008-2012 auf.

Im **Stadtbezirk Stieghorst** gab es in Sieker viele Einschulkinder, die in ihren ersten vier Lebensjahren überwiegend mit einer Fremdsprache aufwuchsen (2010-2014). Außerdem hatten dort viele Einschulkinder 2008-2012 und 2009-2013 eine kurze Kindertandauer.

5.2.2. Adipositas

Die Einschulkinder mit Adipositas waren so verschieden über die Stadt verteilt und waren bei den Schuleingangsuntersuchungen so selten, *dass keiner der berücksichtigten statistischen Bezirke signifikant auffiel.*

5.2.3. Einschulkinder in Behandlung

Einige Einschulkinder wurden wegen ihrer Adipositas bereits behandelt, wie die Anamnese bei der Schuleingangsuntersuchung ergab. In Königsbrügge im **Stadtbe-**

¹⁵ Nicht berücksichtigte Determinanten: Ein statistischer Bezirk wich in den letzten beiden Zeiträumen stark ab, weil sehr viele Einschulkinder eine Kindertandauer über 3 Jahre erreichten. Deren Adipositasrate war gesamtstädtisch gesehen geringer. Ein anderer statistischer Bezirk wich stark ab, weil über alle drei Zeiträume die Zahl der Einschulkinder mit Alleinerziehenden sehr groß war, ein anderer statistischer Bezirk aufgrund der Familienform ‚übrige‘ im ersten Betrachtungszeitraum. Diese Familienformen sind aber keine ausgeprägten Determinanten für Adipositas. Zwei statistische Bezirke wichen ab, weil dort viele Einschulkinder spätausgesiedelt waren (über die ersten beiden und im anderen Bezirk über alle Zeiträume). Deren Adipositasrate ist aber stadtweit sehr gering. Außerdem fiel ein statistischer Bezirk wegen vieler Einschulkinder mit einem hohen Geburtsgewicht in den ersten beiden Betrachtungszeiträumen auf. Dieses korreliert aber nicht mit der späteren Adipositas. Ebenso die Anzahl der Geschwister.

zirk Mitte fanden sich 2009-2013 viele Einschulkinder, die bereits in Behandlung waren. Im **Stadtbezirk Schildesche** wich der Bültmannshof von allen anderen statistischen Bezirken ab, weil auch hier über alle Zeiträume viele Kinder bereits wegen Adipositas behandelt wurden. Das galt auch für Ummeln im **Stadtbezirk Brackwede** für die Jahressumme 2008-2012 und trifft ebenfalls im **Stadtbezirk Jöllenbeck** auf den statistischen Bezirk Jöllenbeck-Ost 2009-2013 zu.

6. Prävention der Adipositas in Bielefeld

Wie die Ergebnisse des Berichts zeigen, konnte ein weiterer Anstieg der Adipositasrate trotz der vielen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention im weitesten Sinne in den letzten Jahren gesamtstädtisch gesehen nicht verhindert werden. Währenddessen zeigt sich auf Landesebene eher ein Plateau.

Im Jahr 2010/14 sind 125 Einschulkinder in Bielefeld adipös (4,1%), 1992/1996 waren es noch 88 (2,7%). Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass einige Ursachen der Adipositas nicht vermeidbar sind (wie oben dargestellt). Insofern Adipositasursachen als vermeidbar gelten, wie z.B. in Bezug auf den Lebensstil oder aufgrund fehlenden Wissens (niedriger sozialer Status), können sie angegangen werden (primäre Krankheitsprävention). Auch für Kinder, die bereits eine Adipositas haben, wirken sich Gewichtskontrolle, gesunde Ernährung und Bewegung positiv aus (sekundäre Krankheitsprävention). Nach der S2-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) sollten eine Reihe von Präventionszielen wie gesunde Ernährung, vermehrte körperliche Aktivität, Schaffung gesunder Lebensräume, Berücksichtigung von gesundheitlichen Aspekten bei der Werbung, zielgruppenspezifische Angebote z.B. für Migranten oder einkommensschwache Familien etc. verfolgt werden, die sich nicht nur auf das individuelle Einzelkind, sondern auch auf die Wirtschafts- und Sozialstruktur, in der die Kinder leben, beziehen.¹⁶

Der Bericht zeigt, welche Gesundheitsdeterminanten auffällig verteilt waren. Die höchste Adipositasrate wurde gesamtstädtisch in der niedrigen Bildungsschicht festgestellt. Das Präventionsparadigma, nach dem alle in die Primärprävention einbezo-

¹⁶ Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter e.V., S2-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, überarbeitete vorläufige Version des Präventionskapitels, Stand 03/2014, S. 10.

gen werden und der Effekt für die Gesamtbevölkerung dann größer ist, bestätigt sich hier nicht (universelle Prävention). Eher umgekehrt profitieren Kinder aus hohen Bildungsschichten überproportional von Präventionsangeboten. Um dieses Problem zu umgehen, sollte selektiv, d.h. differenziert nach statistischen Bezirken, eine Risikogruppenstrategie angestrebt werden, die verschiedene **Politikbereiche** berücksichtigt, weil nur so eine Veränderung der entsprechenden Gesundheitsdeterminanten als wahrscheinlich gilt.¹⁷

Nach den Ergebnissen des Berichtes fielen nur wenige statistische Bezirke anhand weniger plausibler, verfügbarer Gesundheitsdeterminanten auf. In Kammerich im Stadtbezirk Brackwede waren die Gesundheitsdeterminanten „Einschulkinder ausländischer Herkunft hier geboren“ im Zeitraum 2010-2014 auffällig und die niedrige Bildungsschicht in den bereits vergangenen Zeiträumen 2008-2012 und 2009-2013. In den Bereichen der Bildungspolitik, ggf. migrationsspezifisch, könnten hier Maßnahmen zur „Gesunden Ernährung und Bewegung“ überdacht und ggf. verstärkt oder besser aufeinander abgestimmt (z.B. zwischen Kindertagesstätten und Schulen) umgesetzt werden. Im Stadtbezirk Stieghorst im statistischen Bezirk Sieker waren größere Abweichungen in der Vergangenheit festzustellen, so dass hier nach den aktuellen Berichtsergebnissen keine Handlungsempfehlung ausgesprochen wird.

Die Adipositas Häufigkeit der Einschulkinder ist in Bielefeld sehr gleichmäßig verteilt. Insofern bieten sich Handlungsansätze bei spezifischen Problemgruppen an, die durch die Analyse der Gesundheitsdeterminanten erkenntlich werden: die niedrigere Bildungsschicht, der Migrantensstatus, der kurze Kindergartenbesuch. Gesamtstädtische Prävention müsste u.a. die Förderung des Kindergartenbesuchs, die Passgenauigkeit der bereits durchgeführten Angebote in den Kindertagesstätten, die Spielplatzsituation und die Lebenswelt der Familien in den Blick nehmen. Dabei ist das Augenmerk auf passgenaue Angebote für Kinder aus Familien mit niedriger Bildungsschicht oder Migrationshintergrund zu legen. Maßnahmen der Verhältnisprävention (wie z.B. bewegungsförderliche Spielflächen) sollten mit Maßnahmen der Verhaltensprävention abgestimmt sein. Die Präventionsarbeit endet nicht nach der

¹⁷ Vgl. zum Präventionsparadox und den Begriffen Bevölkerungs-, Risikogruppen- und Hochrisikopersonenstrategie
http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-161.html, Zugriff Februar 2015.

Einschulung. Es ist wichtig die Angebote der Kindertagesstätten mit den Angeboten in den Grundschulen abzustimmen.¹⁸

Es wird angestrebt, die Adipositasrate der Einschulkinder bis 2020 auf 3,4 % durch entsprechende Präventionsstrategien zu senken.¹⁹ Von 1999/2003 bis 2006/2010 lag die Adipositasrate bereits bei 3,4 %.

¹⁸ Vgl. Drucksachen-Nr.: 1300/2014-2020.

¹⁹ Die Adipositasrate der Einschulkinder steht repräsentativ zur Verfügung, deshalb kann ein quantifiziertes Ziel nur für diese formuliert werden.