



Gesundheitsbericht Kinder – die Entwicklung der Adipositas in den Einschuljahrgängen 1992-2016

 www.bielefeld.de



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

Bielefeld, Januar 2017

Zusammenfassung

Adipositas ist eine nicht-übertragbare, komplexe chronische Krankheit, die zur weltweiten Epidemie erklärt wurde. Sie kann einige Begleit- und Folgekrankheiten mit sich bringen und auch zu vorzeitiger Sterblichkeit führen. Sie ist schwer zu behandeln, daher sind Vorsorgemaßnahmen und frühe Interventionen auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Politikbereichen umso bedeutsamer. In NRW verharrt die Adipositasrate der Einschulkinder seit 2006/2010 bei 4,5%, so dass eine Ausweitung der Adipositasepidemie unter den 6-Jährigen gestoppt werden konnte. In Bielefeld lag die Rate der adipösen Einschulkinder 8 Jahre bei rd. 3,4 %, näherte sich aber daraufhin dem NRW-Wert (zuletzt leicht schrumpfend auf 4,2%). Auch wenn diese Größenordnung keinen außerordentlichen kommunalen Handlungsdruck erzeugt, sollte bis 2020 versucht werden, die Rate wieder auf 3,4% zu senken. Der Vielschichtigkeit des sog. „böartigen Gesundheitsproblems“ kann wahrscheinlich begegnet werden, wenn verschiedene Gesundheitsdeterminanten angesprochen und die von ihnen betroffenen Menschen beteiligt und befähigt werden: die niedrige Bildungsschicht (7,5% Adipositasprävalenz!), migrantische Kontexte (6,1%), Kindertgardendauer (unter 2 Jahren 5,6%) sind nur einige wenige Determinanten, die dazugehören.

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Definition von Adipositas.....	4
3. Gesundheitsdeterminanten der Adipositas	5
4. Adipositas als Gesundheitsproblem	6
4.1. Ursachen	6
4.2. Folgen	8
5. Verbreitung und Häufigkeit der Adipositas	9
5.1 Ergebnisse für Bielefeld und NRW	10
5.1.1 Gesundheitsdeterminanten	11
5.1.2. Behandlungshäufigkeit der Adipositas.....	15
5.2. Ergebnisse nach statistischen Bezirken Bielefelds.....	15
6. Prävention der Adipositas in Bielefeld.....	15

1. Einleitung

Die Fettleibigkeit (im weiteren 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 Die Weltgesundheitsorganisation der Europäischen Region spricht von einem „böartigen Problem“, ein Begriff, der für Problemstellungen verwendet wird, „...die aufgrund unvollständiger, instabiler, widersprüchlicher und sich verändernder Merkmale schwer in Angriff zu nehmen sind.“² Dadurch ist es schwierig, lineare Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung zu finden, d.h. dass die Adipositas als komplexes offenes System betrachtet und untersucht werden sollte und ihre Bekämpfung näherungsweise durch Beobachtung und Evaluation im Sinne eines groß angelegten Experiments immer wieder angepasst werden muss.

„Adipositas ist ein hervorragendes Beispiel für eine böartige Herausforderung für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert. Die mit der Ausbreitung der Adipositasepidemie verbundenen Risikomuster und Verhaltensweisen sind komplex und vielschichtig. Die Risiken können lokaler Art (z. B. Fehlen von

¹ World Health Organization, Obesity and overweight, Fact sheet N°311, Updated June 2016

² Weltgesundheitsorganisation, Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen 2013, S. 67.

Spielplätzen oder Fahrradwegen) oder nationaler (z. B. Fehlen von Vorschriften für die Lebensmittelkennzeichnung) oder globaler Art (Handels- und Landwirtschaftspolitik) sein. Nur ein systemweiter Ansatz und eine Vielzahl von Interventionen auf unterschiedlichen Steuerungsebenen, die der Komplexität und dem bösartigen Charakter des Themas Adipositasbekämpfung gerecht werden, haben Aussicht auf Erfolg.“³

Der Bericht schreibt die Entwicklung der Adipositas in der Gruppe der in etwa 6-Jährigen Einschulkinder in Bielefeld fort. Er berücksichtigt dabei verschiedene Gesundheitsdeterminanten von Adipositas anhand von ausgewählter Fachliteratur und Statistiken, beschreibt das Ausmaß der Adipositasepidemie unter den Einschulkindern und schildert im Ansatz Fragen der Versorgung. Auf diesen Grundlagen skizziert der Bericht auch, was für die Prävention von Adipositas in Bielefeld getan werden kann.

2. Definition von Adipositas

Die Adipositas gehört zu den nichtübertragbaren Krankheiten. In einer anderen Begrifflichkeit kann auch von einer komplexen chronischen Erkrankung gesprochen werden.⁴ Sie ist eine krankmachende Ansammlung von Körperfett. Zur Bestimmung wird derzeit der Körpermasseindex (BMI) verwendet, d.h. das Körpergewicht in Beziehung zur Körpergröße gesetzt (kg/m^2). Ob ein BMI-Wert als übergewichtig oder adipös zu bewerten ist, wird anhand alters- und geschlechtsbezogenen überregionalen Referenzwerten vorgenommen, die sog. Perzentilen, die auf methodisch unterschiedlichen Datensätzen aus den Jahren 1985 bis 1999 beruhen.⁵ Der Alters- und Geschlechtsbezug ist wegen der Veränderung des Körperfettanteils im Laufe der kindlichen und jugendlichen Entwicklung nötig, die zwischen Jungen und Mädchen aufgrund unterschiedlicher biologischer Entwicklung verschieden ist. Übergewicht ist ab der 90. Perzentile und Adipositas ab der 97. Perzentile definiert (vgl. Abb. 1). Letztere stellt das medizinisch relevante Problem dar und wird hier ausgewertet.⁶

³ Weltgesundheitsorganisation, Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen 2013, S. 68.

⁴ Weltgesundheitsorganisation, Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen 2013, S. 58.

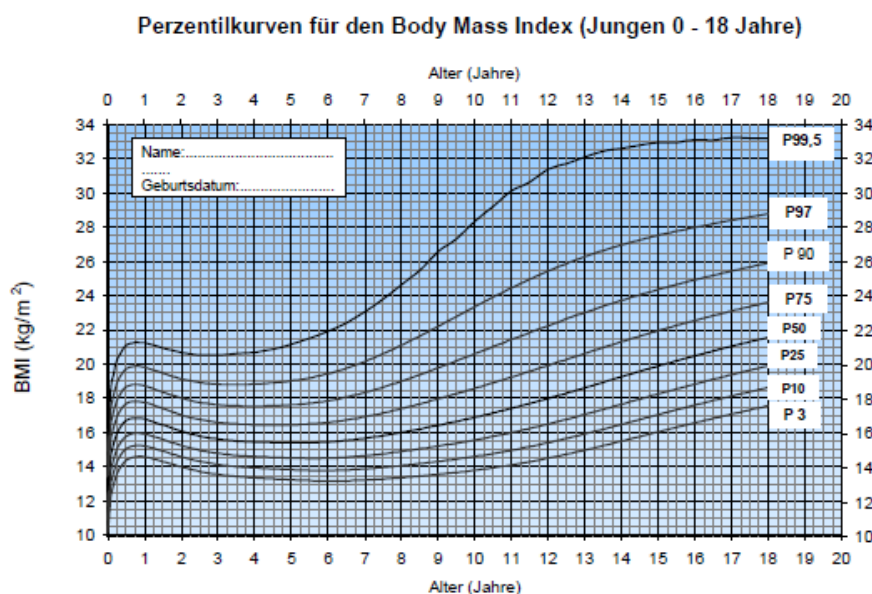
⁵ Stadt Bielefeld, Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2002, S. 32.

⁶ Die Perzentile bei Kindern und Jugendlichen stimmen in etwa mit den Definitionen des Übergewichts und der Adipositas nach BMI bei Erwachsenen überein, wonach ab einem BMI ab 25,0 Übergewicht

3. Gesundheitsdeterminanten der Adipositas

Die Adipositas wird in unterschiedlichem Ausmaß durch verschiedene Ausgangsvoraussetzungen beeinflusst (Tabelle 1). Diese Determinanten der Gesundheit umschreiben unterschiedliche individuelle (auch genetische), verhaltensbezogene und strukturelle Merkmale, die verschieden zusammenwirken. Hier zeigten insbesondere die folgenden Daten im Sinne von Indikatoren größere Unterschiede: Bildungsschicht, Migration, Kindergartendauer und ferner Geschlecht.

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



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

Tabelle 1 Beispiele für Gesundheitsdeterminanten

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

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 ≥ 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. Die Adipositas ist die medizinisch relevante Untermenge des Übergewichts.

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.⁷ Meist wird der Lebensstil mit ihr in Verbindung gebracht. Adipositas entsteht aus einer unausgewogenen „individuellen“ Dysbalance von Energiezufuhr und Energieverbrauch, primär verursacht durch einen anwachsenden Konsum energiedichter Nahrung, insbesondere in Form von Fett.⁸ Eine wachsende körperliche Inaktivität ergibt sich heute oft durch umfangreichen Medienkonsum (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 Jugendgesundheitssurveys (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.⁹ 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-Basisstudie (Januar bis Dezember 2006) erreichten nur „33 % der Mädchen und 27% der Jungen im Alter von 6 bis 11 Jahren“ diese Empfehlung.¹⁰ Schlafmangel, Stress, ein niedriger sozialer Status gelten darüber hinaus als mitverursachende Faktoren bei der Entwicklung von Adipositas (vgl. Tabelle 2).

⁷ 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.

⁸ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Evidenzbasierte Leitlinie: „Fettzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten“, 2. Version (2015), S. 31.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

Tabelle 2 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.

Die Adipositas ist bereits im frühen Alter bedeutsam, weil „...die Häufigkeit der Adipositas mit steigendem Alter größer wird.“¹¹ 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.¹²

¹¹ Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V., Leitlinie der Qualität 3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“, Martinsried, April 2014, S. 17.

¹² 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 Jugendgesundheitsurvey, S. 738.

4.2. Folgen

Adipositas im Kindesalter bedeutet für das spätere Erwachsenenleben, dass das Risiko vorzeitigen Sterbens und das Risiko von Folgekrankheiten und Behinderung ansteigen. Aber bereits in jungen Jahren haben adipöse Kinder und Jugendliche erhöhte Gesundheitsrisiken. 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.¹³ 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.¹⁴

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 3 sind die erhöhten Krankheitsrisiken für Erwachsene als Folge einer Adipositas zusammenfassend klassifiziert dargestellt.

¹³ WHO, Obesity and overweight, Fact sheet N°311, Updated June 2016 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, 10/2015, S.62 ff.

¹⁴ 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.

Tabelle 3 Risiken für Krankheiten bei Adipositas

Risiko >3-fach erhöht	Risiko 2-3-fach erhöht	Risiko 1-2-fach erhöht
• Zuckerkrankheit • Gallensteinleiden • Insulinresistenz • Fettleber • Schlaf-Apnoe-Syndrom	• Herzkrankheit durch (anhaltende) Durchblutungsstörungen des Herzens • Bluthochdruck • Fettstoffwechselstörung • Gelenkverschleiß des Kniegelenks • Stoffwechselkrankheit mit schmerzhaften Gelenkbefall • Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	• 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.

5. Verbreitung und Häufigkeit der Adipositas

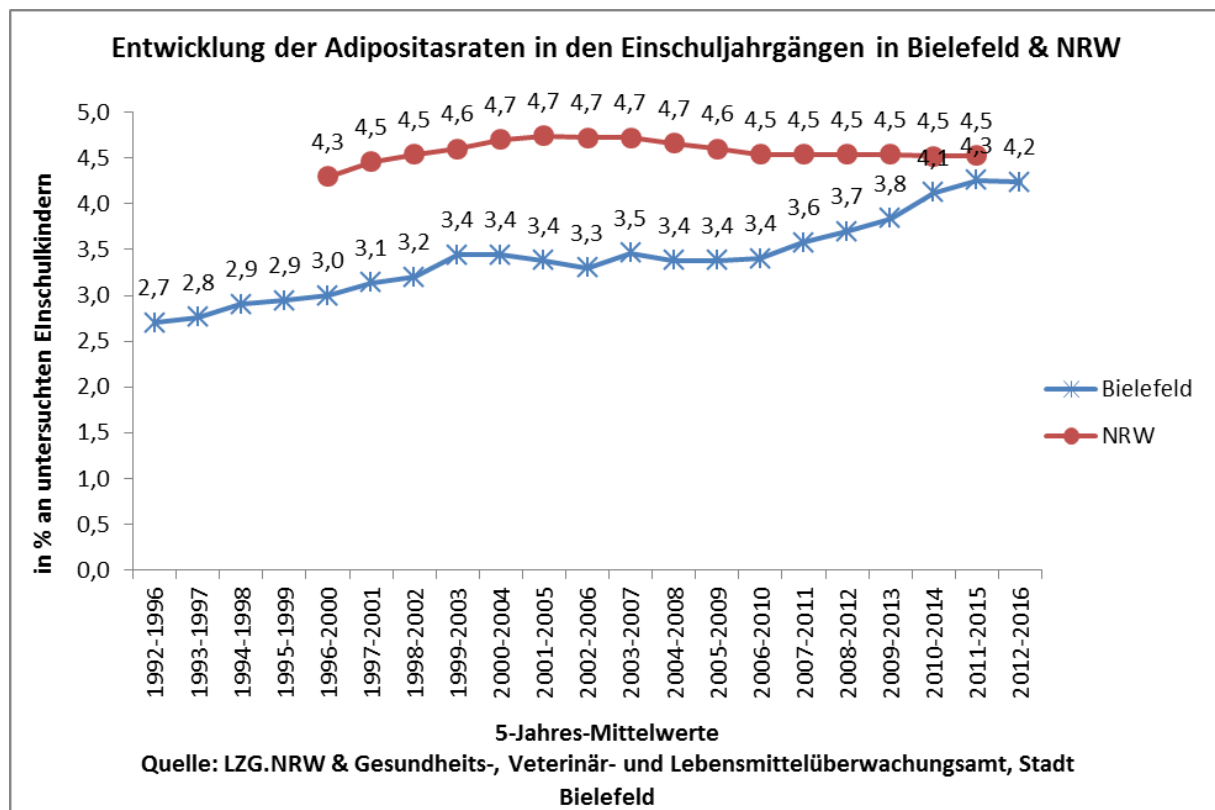
Von 1980 bis 2014 hat sich die Adipositas-Häufigkeit weltweit bezogen auf alle Altersgruppen mehr als verdoppelt.¹⁵ Im Jahr 2014 erschien eine Studie über die Adipositasrate von Schulkindern in entwickelten Staaten, in der überraschenderweise festgestellt wurde, dass die Entwicklung der Adipositasrate 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.¹⁶

¹⁵ World Health Organization, Obesity and overweight, Fact sheet N°311, Updated June 2016.

¹⁶ Wabitsch et al. BMC Medicine 2014,12:17, <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/17>.

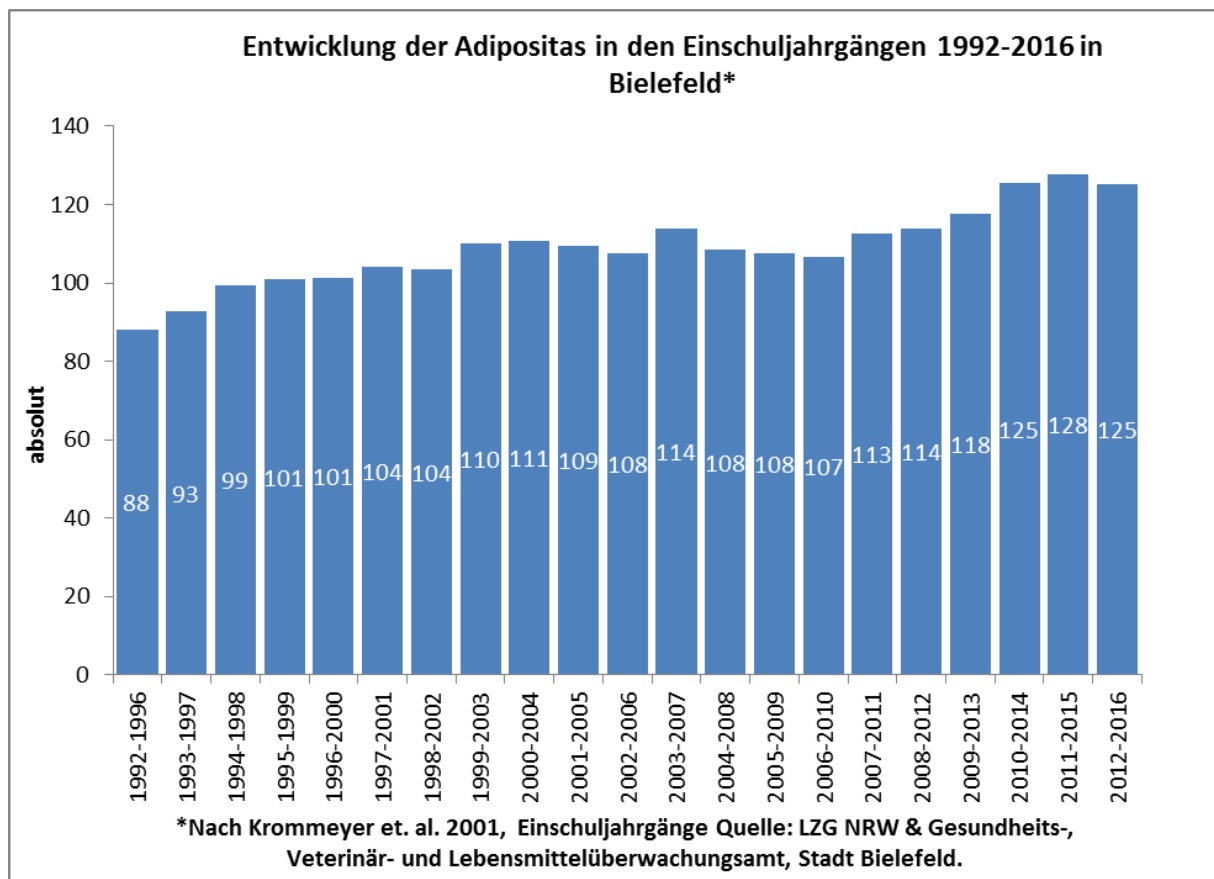
5.1 Ergebnisse für Bielefeld und NRW

Abb. 2



Im Bielefelder Kinder- und Jugendgesundheitsbericht von 2002 wurde anhand von 3-Jahres-Mittelwerten beschrieben, dass sich die Adipositas-Rate der Einschulkinder von 1992 bis 2001 vergrößert hatte (von 2,4% auf 3,4%). Damals lag die Adipositas-rate noch deutlich unter derjenigen des Landes NRW und verblieb über acht Zeiträume bei diesem Wert, so dass um die 110 Kinder betroffen waren. Seit 2007/2011 musste ein deutlicher Anstieg registriert werden, der 2011/2015 fast an den NRW-Wert anschloss (4,3% vs. 4,5%), aber zuletzt geringfügig auf 4,2% schrumpfte (Abb. 2). Während in NRW seit 2006/2010 eine weitere Ausweitung der Adipositasepidemie gestoppt werden konnte, vergrößerte sie sich in Bielefeld auf niedrigerem Niveau. Zu Beginn der Zeitreihe waren 88 Einschulkinder im Mittel der Jahre 1992-1996 adipös, im Mittel der Jahre 2012/2016 125 Kinder (Abb. 3) – wie im letzten Bericht zur Adipositas.

Abb. 3



5.1.1 Gesundheitsdeterminanten

Der Unterschied nach Geschlecht ist nicht besonders stark ausgeprägt. In der Regel sind die Einschuljungen etwas häufiger adipös als die Einschulmädchen (zuletzt 59 zu 66 oder 4,3% zu 4,2%). Das zuvor beschriebene Plateau war bei den Mädchen deutlich länger anhaltend, aber bei beiden Geschlechtern ist in den letzten Jahren ein Anstieg der Adipositasrate zu verzeichnen, der bei den Mädchen rapider war (Abb. 4). Der Rückgang der Häufigkeitsrate findet zuletzt nur unter den Einschuljungen statt; die Adipositasrate der Mädchen stieg weiter an. Ob die Jungen oder Mädchen zum NRW aufschlossen, kann aufgrund fehlender aktueller Daten noch nicht gesagt werden.

Abb. 4

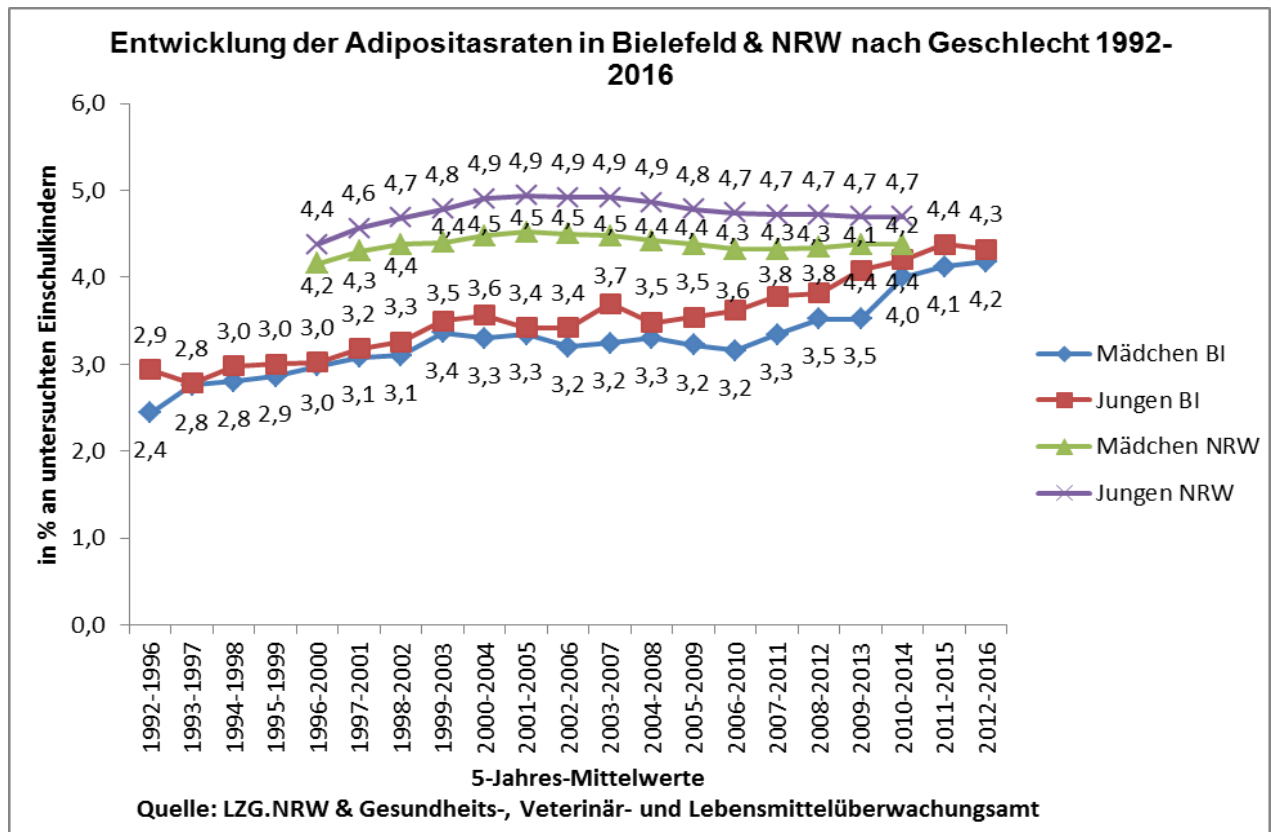
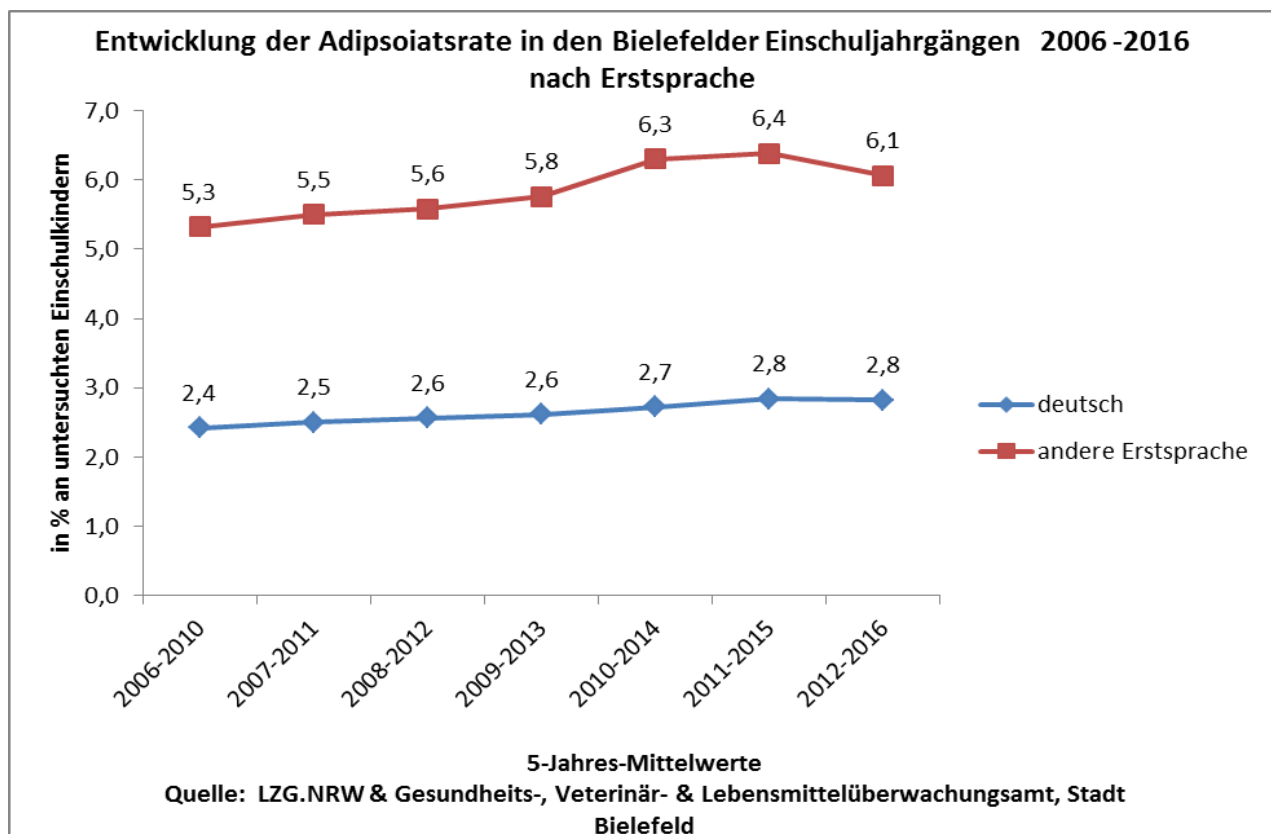


Abb. 5



Die ethnische Zugehörigkeit als Gesundheitsdeterminante wird nicht mehr erhoben, sondern durch eine andere Migrationsvariable, und zwar der in den ersten vier Lebensjahren überwiegend gesprochenen Sprache, ersetzt. Die **Erstsprache** wird seit 2006 erhoben und es zeigte sich seitdem, dass die Adiposithäufigkeit in den Familien mit Deutsch als Erstsprache von 2,4% auf 2,8% bis 2011/2015 anstieg und seitdem auf diesem Niveau verblieb. Die Adipositasrate in den Familien, die nicht Deutsch als Erstsprache sprechen, ist auf höherem Niveau von 5,3% bis 2011/2015 auf 6,4% angewachsen, um daraufhin auf 6,1% zu schrumpfen. Vergleichswerte für NRW liegen derzeit noch nicht vor.

Im letzten Bericht war der Zuwachs der Adipositasrate unter den einzuschulenden Kindern, deren Familien zur niedrigen **Bildungsschicht** gehörten, am größten und es zeigte sich, dass insbesondere zur hohen Bildungsschicht eine deutliche Spreizung der prozentualen Entwicklung stattgefunden hatte. Die Einschulkinder mit einer Adipositas aus der hohen Bildungsschicht waren die einzige Untergruppe, deren Häufigkeitsrate auf sehr niedrigem Niveau rückgängig war. Mit den neuen Daten zeigt sich, dass ihre Rate noch bis auf 1,4% schrumpfte, aber seitdem wieder auf 1,7% angestiegen ist (Abb. 6). Die Häufigkeitsrate der Einschulkinder mit Adipositas aus der mittleren Bildungsschicht stabilisierte sich bei 3,7%, während die Rate der adipösen Kinder aus der unteren Bildungsschicht zwischenzeitlich 7,8% erreichte, aber zuletzt wieder 7,5% betrug. . Im Vergleich zu NRW muss konstatiert werden, dass in Bielefeld vor allem die untere Bildungsschicht nicht mitgenommen werden konnte, um den Anstieg der Adipositasepidemie in Bielefeld – wie gesagt auf insgesamt niedrigeren Niveau als im Land – Einhalt zu gebieten.

Die **Dauer des Kindergarten Aufenthaltes** korreliert wenig mit der Adipositas der Einschulkinder. Man sieht zwar, dass ein kurzer Kindergarten Aufenthalt gegenüber einem langen Kindergarten Aufenthalt mit einer höheren Adipositasrate verbunden ist (zuletzt 5,6% vs. 4,1%), aber die mittlere Kindergarten Aufenthaltsdauer von 2-3 Jahren wäre der günstigste Zeitraum, denn die Rate dieser Kinder geht einzig zurück. Mithin muss festgestellt werden, dass die Kindertagedauer weniger stark den Zuwachs der Adipositasepidemie bis 2011/2015 erklären kann. (Abb. 7).

Abb. 6

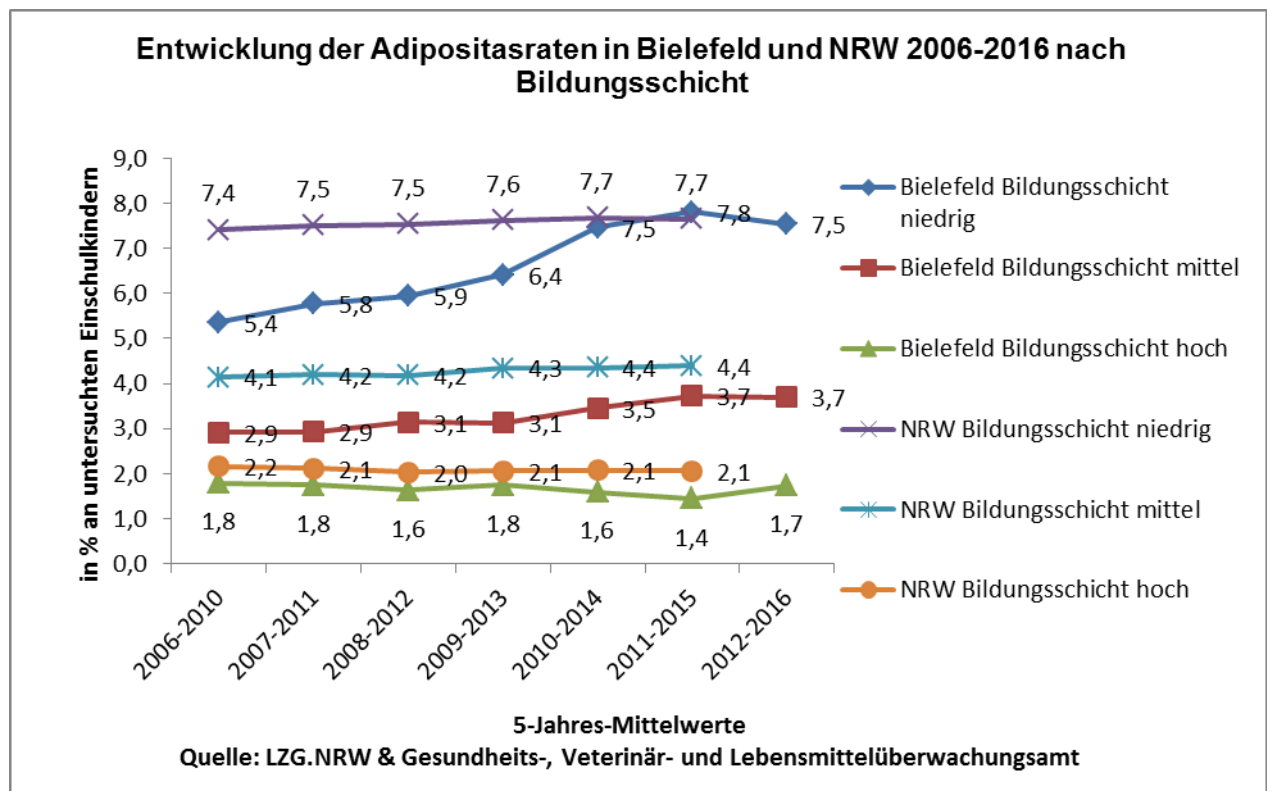
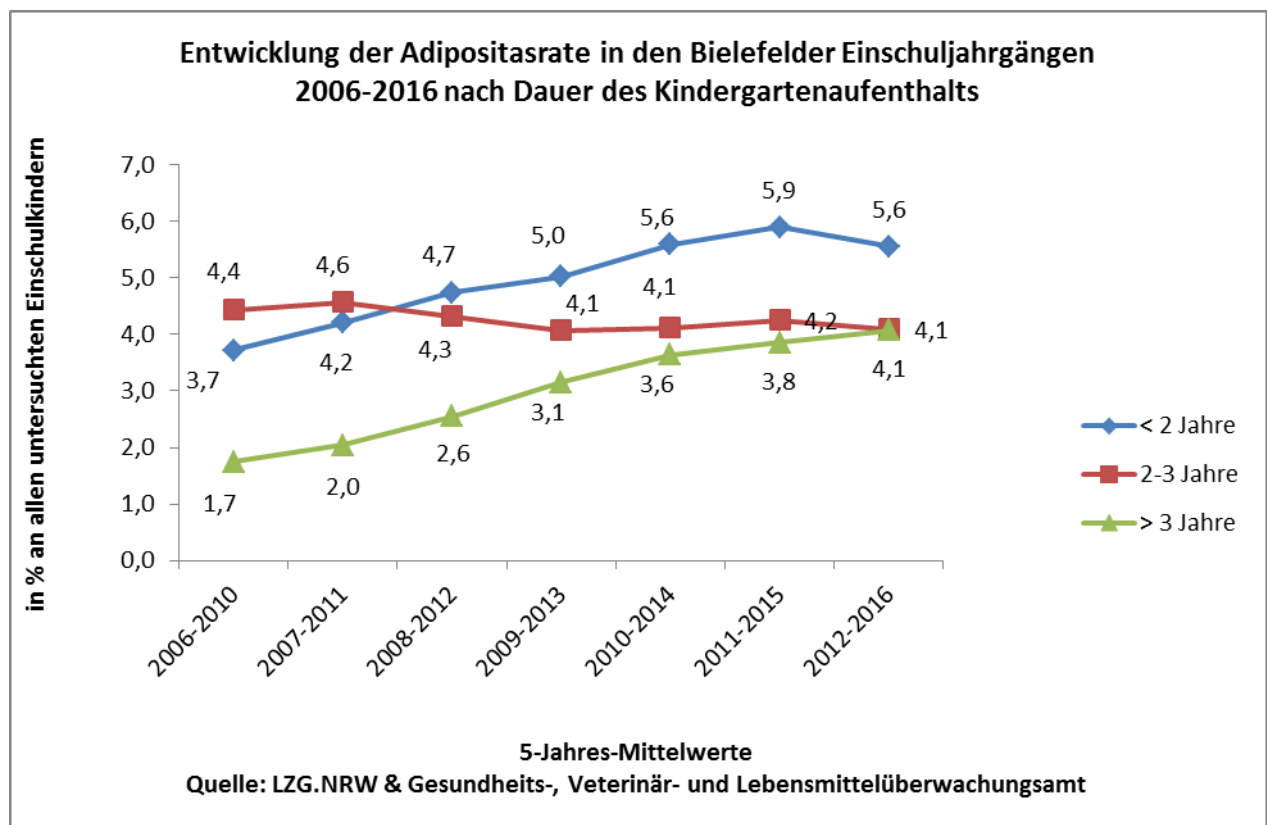


Abb. 7



5.1.2. Behandlungshäufigkeit der Adipositas

Interessant ist, wie die Familien der Einschulkinder mit der Adipositas des Kindes umgehen. Die Zahl der Einschulkinder, die bereits gesunde Ernährung, Ernährungsberatung, körperliche Aktivität möglicherweise auch in der intensivierten Form „Sport“, Gewichtskontrolle etc. durchführten, ist seit Jahren auf niedrigem Niveau stabil (zwischen 0,2% und 0,4%). Allerdings ist der kinder- und jugendärztliche Dienst verstärkt dazu übergegangen, den Begleitpersonen der betroffenen Einschulkinder Überweisungen zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten auszustellen, damit der Befund eingängig abgeklärt werden kann und ggf. entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können. Das war zuletzt bei 2% der betroffenen Einschulkinder im Mittelwert der Jahre 2012/2016 der Fall.

5.2. Ergebnisse nach statistischen Bezirken Bielefelds

In Hinsicht auf die Gesundheitsdeterminanten fiel in der Summe der Jahre 2012-2016 kein statistischer Bezirk auf, der sehr starke Abweichungen im Vergleich zu den anderen statistischen Bezirken aufwies. Das gleiche Ergebnis liegt für die Adipositas selbst vor und für die Einschulkinder, die aus Sicht des kinder- und jugendärztlichen Dienstes unbehandelt sind (Arztüberweisung) oder bereits behandelt werden. Ähnlich wie im vorherigen Bericht zeigte sich damit, dass in Bielefeld keine extrem abweichende Verteilung statistischer Bezirke in Hinsicht auf die Adipositas auftritt. Es zeigt sich somit auch auf kleinräumiger Ebene kein besonderer Handlungsdruck.

6. Prävention der Adipositas in Bielefeld

Der Gesetzgeber hat mit dem Präventionsgesetz neue Grundlagen geschaffen, um mit dem § 20 des SGB V die Gesundheitsförderung und Primärprävention mit etwa doppelt so hohen finanziellen Mitteln wie zuvor auszustatten. Eine Zielsetzung lautet in aller Allgemeinheit „Gesund aufwachsen“ und sieht als Zielgruppen werdende und junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende vor. Dies konkretisiert das Bundesgesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“, welches in das Gesetz aufgenommen wurde. Das Präventionsgesetz und der maßgebliche Präventionsleitfaden der GKV sehen vor, dass Gesundheitsförderung und Primärprävention sich grundsätzlich an dem Erreichen gesund-

heitlicher Chancengleichheit orientieren. Im Leitfaden Prävention werden handlungsleitende Ober- und Teilziele für die lebensweltbezogene Primärprävention und die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen formuliert. Da nach wie vor die größte Krankheitslast durch Herz-Kreislauf-Krankheiten besteht, lautet das Oberziel für die Primärprävention „Verhütung von Krankheiten des Kreislaufsystems“. Wie unter 4.2. beschrieben, ist das Risiko, bei einer adipösen Erkrankung in der Folge an einer Herz-Kreislaufkrankheit zu erkranken 2-3fach erhöht. Eine geteilte allgemeine städtische Strategie zur Gesundheitsförderung und Primärprävention würde in der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten von benachteiligten Gruppen, wie z.B. aus der unteren Bildungsschicht, auch einen Beitrag in der Bekämpfung der in Bielefeld unter den 6-Jährigen nicht sehr stark ausgeprägten Adipositasepidemie leisten. Das lebensweltbezogene Oberziel der Gesundheitsförderung des Präventionsleitfadens lautet „Ausschöpfung der gesundheitsfördernden Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen“. Die Adipositasepidemie ist ein Gesundheitsproblem des 21. Jahrhunderts, in Bielefeld etwas weniger stark ausgeprägt. Die Gesundheitsförderung und Primärprävention steht und fällt nicht mit dem Präventionsgesetz. Ein Mehr an Gesundheit muss durch alltagsnahe Bewegungsmöglichkeiten weiter verbessert werden, z.B. durch die Förderung des Gehens und Radfahrens auch durch bauliche Maßnahmen. Gesunde Ernährung ist vielfach eine Erziehungsaufgabe auf kommunaler Ebene. Aber warum sollten nicht auch Schulen, insofern sie es nicht bereits leisten, gesunde Nahrung anbieten oder Kioske, deren Einnahmen aufgrund des Rückgangs des Tabakkonsums rückgängig sind, statt in mehr Süßigkeiten inkl. zuckerreicher Limonade mehr in gesunde Lebensmittel investieren? Gesetzliche Regulierungen dieser strukturellen Ursachen der Adipositasepidemie bedürfen aber auch makropolitische Eingriffe. Im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz wurde verwaltungsseitig begonnen eine dezernatsübergreifende Strategie zur Primärprävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln. Eine Umsetzung in Kooperation mit den Krankenkassen wird angestrebt. Wie im letzten Bericht formuliert, wird angestrebt, die Adipositasrate der Einschulkinder bis 2020 auf 3,4 % durch entsprechende Präventionsstrategien zu senken.¹⁷ Von 1999/2003 bis 2006/2010 lag die Adipositasrate bereits bei 3,4 %.

¹⁷ Die Adipositasrate der Einschulkinder steht repräsentativ zur Verfügung, deshalb kann ein quantifiziertes Ziel nur für diese formuliert werden.