



NEUES VON KiGGS

Wie geht es den Kindern und Jugendlichen in Deutschland?

www.rki.de/kiggs | www.kiggs-studie.de

KiGGS und (hoffentlich) kein Ende

Die hier vorgestellten Ergebnisse der dritten Erhebungswelle unserer „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS Welle 2) sind erst der Beginn komplexer und sehr viel tiefer gehender Analysen der uns vorliegenden



Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Daten. Wir am Robert Koch-Institut werden in Kooperation mit anderen Wissenschaftlern daran gehen, die Schätze, die in den vielschichtigen Informationen über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren Entwicklung im Lebensverlauf liegen, zu heben. Dafür ist noch lange kein Ende abzusehen.

Gleichzeitig machen wir uns schon jetzt über die Fortführung unserer Erhebungen Gedanken, insbesondere unserer KiGGS-Kohorte. Gerade dieser Part ist aus unserer und aus der Sicht von Public Health etwas sehr Wichtiges, Wertvolles und auch international in dieser Form Einmaliges. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der KiGGS-Basiserhebung werden bei der nächsten KiGGS-Erhebung vermutlich schon alle volljährig sein, was strenggenommen den Untertitel zu KiGGS: „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ obsolet macht. Doch KiGGS steht nach 15 Jahren für den Anspruch, die gesundheitliche Entwicklung heranwachsender Generationen zu beobachten, um der Politik mögliche Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der in Deutschland lebenden Bevölkerung aufzuzeigen.

Wir werden die Untersuchung unserer wiederholt Teilnehmenden (KiGGS-Kohorte) weder mit dem gewohnten Design noch mit den bisher eingesetzten Methoden weiter fortführen können. Auch die Fragestellungen und Auswertungsmethoden werden sich verändern und haben es zum Teil schon jetzt. Bereits mit den ersten drei Wellen von Untersuchungen und Befragungen, die bei den Minderjährigen zusätzlich die Informationen der Eltern beinhalten, haben wir Millionen von Datenpunkten erzeugt, bei deren Auswertung wir mit den klassischen Methoden nicht weiter kommen.



KiGGS ist die einzige umfassende Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Big Data, digitale Epidemiologie, maschinelles Lernen, Mustererkennung – diese mittlerweile allgegenwärtigen Schlagworte füllen sich für uns mit konkreten Inhalten und sind eine Herausforderung für unseren Innovationsgeist.

All diese theoretischen Überlegungen, mögen sie noch so begeisternd sein, hängen von der Teilnahmebereitschaft und Mitarbeit unserer KiGGS-Teilnehmer und -Teilnehmerinnen ab. Darum werden wir alles daran setzen, um unsere „Ur-KiGGS-Teilnehmenden“ der Basiserhebung weiterhin begleiten zu können und gleichzeitig immer wieder neue Teilnehmende zu gewinnen.

Dazu gehört nicht nur, dass wir sie – wie mit diesem Booklet – über unsere spannenden Ergebnisse informieren und zur Unterstützung und weiteren Teilnahme motivieren. Wir wollen auch ins Gespräch kommen über neue Methoden, neue Inhalte, neue Fragen und neue Zugangswege.

Und wir sagen „Danke“ an alle, die diese Studie ermöglicht haben: unseren Finanziers (das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut), den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Feldteams, die vor Ort (genauer anständig wechselnden Orten) die Untersuchungen und Befragungen vorgenommen haben, den Kolleginnen und Kollegen des Robert Koch-Instituts, die in allen Phasen der Studie sowohl an der Konzeption, der Organisation, der Logistik der Studie, der Aufbereitung und Analyse der Bioproben, der Qualitätssicherung und Auswertung der Daten, der Kommunikation und Information engagiert mitgearbeitet haben.

Ein ganz besonderes Dankeschön geht an unsere Teilnehmerinnen und Teilnehmer – denn ohne sie gäbe es nichts von dem, was wir hier vorstellen.

Dr. Bärbel-Maria Kurth
Leiterin der Abteilung für Epidemiologie
und Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut



KiGGS liefert wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden

KiGGS – wie geht's?

Bewegen sich die Kinder und Jugendlichen in Deutschland genug? Sind tatsächlich immer mehr von ihnen übergewichtig? Wie viele zuckergesüßte Getränke konsumieren sie täglich? Nehmen Allergien zu? Wie viele Heranwachsende rauchen? Und wann werden entscheidende Weichen für ihr gesundheitliches und seelisches Wohlbefinden gestellt?

Die aktuellen Ergebnisse der KiGGS-Studie geben Antwort auf diese Fragen. KiGGS ist die einzige umfassende Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Sie liefert wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden.

So wurden die Informationen gewonnen und kontinuierlich erweitert

Basiserhebung: Die erste Studie fand von 2003 bis 2006 statt. Damals wurden 17.641 repräsentativ ausgewählte Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren in 167 Orten untersucht und gemeinsam mit ihren Eltern befragt.

KiGGS Welle 1: In den Jahren 2009 bis 2012 nahmen 12.368 Mädchen und Jungen an einer erneuten telefonischen Befragung teil, unter ihnen rund 7.913 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die bereits bei der Basiserhebung dabei gewesen waren. Für die Gruppe der 0- bis 6-Jährigen wurde eine neue zufällige Stichprobe gezogen (4.455).

KiGGS Welle 2: Die zweite Folgerhebung fand von 2014 bis 2017 statt. Erneut wurden, wiederum an 167 Orten, Untersuchungen und/oder Befragungen der mittlerweile zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen herangewachsenen Teilnehmenden der Basiserhebung (10.853) durchgeführt. Zusätzlich wurde eine neue zufällig ausgewählte Stichprobe 0- bis 17-Jähriger (15.023) untersucht und gemeinsam mit ihren Eltern befragt.



Längsschnittstudien können Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen während der Kindheit mit Gesundheitsproblemen im Erwachsenenalter in Zusammenhang bringen

Trendaussagen und Analysen der Lebensverläufe

Die erhobenen Daten liefern zahlreiche Informationen

- zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten
- zu Lebensbedingungen
- Schutz- und Risikofaktoren sowie
- der gesundheitlichen Versorgung

der heute in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

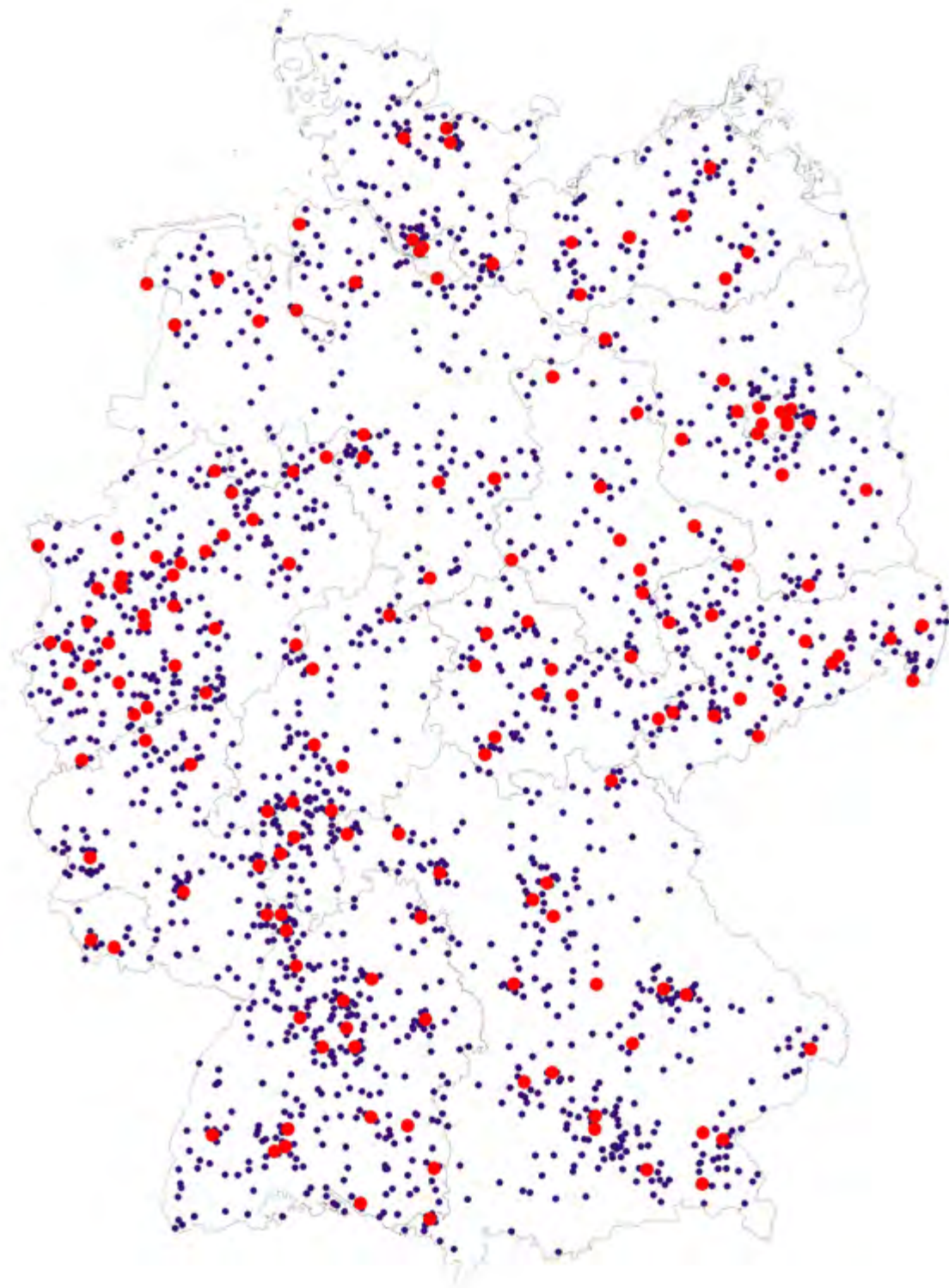
Neben neuen Trendaussagen zur Entwicklung der Kinder- und Jugend-gesundheit können zudem erstmals für Deutschland Ergebnisse von Längsschnitt-Analysen zur Kinder- und Jugendgesundheit präsentiert werden.

Die Daten hierfür werden aus den erneuten Untersuchungen und Befragungen der Teilnehmer gewonnen, die bereits an der ersten Studie von 2003 bis 2006 teilgenommen haben (Kohorte).

Dadurch ist nicht nur eine Beschreibung der Gegenwart möglich, sondern auch deren Vergleich mit der Vergangenheit. Längsschnittdaten sind für die Ursachenermittlung von Erkrankungen wichtig. So kann genauer ermittelt werden, wann in jungen Jahren die Weichen für die spätere Gesundheit und damit auch für die gesellschaftliche Teilhabe gestellt werden.

Weitere Informationen

www.kiggs-studie.de > Die Studie
www.rki.de/kiggs



167 Untersuchungsorte (rot) und aktuelle Wohnorte der Kohorten-Teilnehmenden (blau)

KiGGS Welle 2 – Zahlen und Fakten

Zeitraum der Datenerhebung: 2014 – 2017

Studiendesign: kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

Querschnitt

Alter der Teilnehmenden: 0 bis 17 Jahre

Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – Einladung zufällig ausgewählter Kinder und Jugendlicher aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 15.023 Teilnehmende
(7.538 Mädchen, 7.485 Jungen)

KiGGS-Kohorte in Welle 2

Alter der Teilnehmenden: 10 bis 31 Jahre

Stichprobengewinnung: Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung (damals im Alter von 0 bis 17 Jahren)

Stichprobenumfang: 10.853 Teilnehmende
(5.792 weiblich, 5.061 männlich)

Weitere Informationen

Journal of Health Monitoring
www.rki.de/johm_kiggs





Jedes 9. Kind

im Alter von 0 bis 6 Jahren
hat eine Mutter, die während der
Schwangerschaft geraucht hat

19,9 %

KiGGS-Basiserhebung



10,9 %

KiGGS Welle 2

Schwangere rauchen immer seltener

Sozialer Status bleibt relevant

Jedes neunte Kind (10,9 %) im Alter von 0 bis 6 Jahren hat eine Mutter, die während der Schwangerschaft Raucherin war. Damit ist der Anteil rauchender Schwangerer seit der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) um fast die Hälfte gesunken.

Unverändert bleiben die beiden Risikogruppen, in denen besonders häufig während der Schwangerschaft geraucht wird: sehr junge und sozial benachteiligte Mütter. Frauen, die bei der Geburt ihres Kindes jünger als 25 Jahre alt waren, griffen zwei- bis dreimal so häufig zur Zigarette wie ältere Mütter. Außerdem rauchte mehr als ein Viertel der sozial benachteiligten Frauen (27,2 %) während der Schwangerschaft, jedoch nur jede elfte werdende Mutter (9,2 %) mit mittlerem und lediglich wenige Frauen (1,6 %) mit hohem sozioökonomischen Status.

Mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft stellt ein erhebliches Risiko für die Entwicklung des ungeborenen Kindes dar. Auch Schwangerschaftskomplikationen wie Fehl-, Früh- und Totgeburten treten bei Raucherinnen vermehrt auf.

Deshalb müssen weiterhin Risikogruppen identifiziert werden. Diese Daten liegen mit der aktuellen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) vor. Die erhobenen Daten der wiederholt teilnehmenden Kinder und Jugendlichen (KiGGS-Kohorte) ermöglichen zudem die Untersuchung kurz- und langfristiger Zusammenhänge zwischen dem mütterlichen Tabakkonsum während der Schwangerschaft und der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes.

Künftige Maßnahmen zur Tabakprävention und -entwöhnung sollten verstärkt junge und sozial benachteiligte Frauen in den Blick nehmen.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_rauchen_schwangerschaft





Kinder und Jugendliche mit ...

**Übergewicht
inkl. Adipositas** **15,0 %**

Adipositas **6,3 %**

KiGGS-Basiserhebung



15,4 %

5,9 %

KiGGS Welle 2

Anstieg von Übergewicht und Adipositas ist gestoppt

Längst keine Entwarnung – Stabilisierung auf hohem Niveau

Aktuell sind genauso viele Kinder und Jugendliche übergewichtig oder adipös wie vor zehn Jahren. 15,4 % der Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren sind aktuell übergewichtig oder adipös, 5,9 % haben eine Adipositas. Dabei zeigen sich keine geschlechterspezifischen Unterschiede. Bei der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) waren insgesamt 15,0 % der Kinder und Jugendlichen übergewichtig oder adipös, eine Adipositas zeigte sich bei 6,3 %.

Mit zunehmendem Alter steigt die Übergewichts- und Adipositashäufigkeit. Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind zudem deutlich häufiger betroffen als Gleichaltrige mit hohem sozialökonomischen Status.

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind ein weltweites Problem, seit Mitte der 1970er Jahre wurden drastische Zuwächse beobachtet. Mit den Erhebungen der „Studie für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) liegen bundesweit repräsentative Messwerte über ein Jahrzehnt zu Heranwachsenden im Alter von 3 bis 17 Jahren vor. Sie belegen: Während des letzten Jahrzehnts stabilisierte sich die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in allen Altersgruppen bei den Kindern und Jugendlichen in Deutschland, wenn auch auf hohem Niveau. Das Ziel der Weltgesundheitsorganisation, den weiteren Anstieg der Adipositas bis 2025 zu verhindern, wurde erreicht. Dennoch sind Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet. Vor diesem Hintergrund sollten Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, die zur Reduktion von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen beitragen, konsequent fortgesetzt werden.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_adipositas





Kinder und Jugendliche, die sich täglich mindestens 60 Minuten aktiv bewegen:

25,9 %



22,4 % Mädchen

29,7 %

KiGGS Welle 1



29,4 % Jungen

KiGGS Welle 2

Jede Menge Sitzenbleiber

Kinder und Jugendliche bewegen sich entschieden zu wenig

Regelmäßige Bewegung ist essentiell für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die körperliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Deshalb empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Heranwachsenden mindestens 60 Minuten aktive Bewegungszeit pro Tag. Doch nur 22,4 % der Mädchen und 29,4 % der Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren schaffen das. In KiGGS Welle 1 waren es 25,9 % der Mädchen und 29,7 % der Jungen.

Mit steigendem Lebensalter nimmt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche die Bewegungsempfehlung erreichen, kontinuierlich ab.

Bei den Mädchen sank der Anteil derjenigen, die die WHO-Empfehlung erfüllen, im Vergleich zu KiGGS Welle 1. Mädchen im Alter von 3 bis 10 Jahren erreichten diese in KiGGS Welle 2 sogar noch deutlich seltener als in KiGGS Welle 1 (32,6 % vs. 40,7 %). Bei den Jungen zeigte sich keine Veränderung (41,9 % vs. 39,4 %).

11,1 % der Mädchen und 7,0 % der Jungen bewegen sich sogar an weniger als zwei Tagen pro Woche jeweils eine Stunde aktiv. Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren bewegen sich am wenigsten, dabei ist die Zahl der gering aktiven Mädchen doppelt so hoch wie die der gleichaltrigen Jungen (22,0 % vs. 10,8 %).

Auffallend ist weiterhin, dass Mädchen und Jungen aus sozial benachteiligten Familien weniger körperlich aktiv sind als jene aus Familien mit einem mittleren oder hohen Status.

Die Ergebnisse weisen auf ein sehr hohes Potenzial für Bewegungsförderung hin.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_aktivitaet





Anteil der Kinder, die täglich zuckergesüßte Erfrischungsgetränke konsumieren:

28,2 %
34,0 %

KiGGS-Basiserhebung



16,9 % Mädchen
22,2 % Jungen

KiGGS Welle 2

Zu viel Cola, Limo und Energydrinks

Konsum zuckerhaltiger Getränke sinkt, ist aber noch immer zu hoch

Der Anteil Heranwachsender, die täglich zuckergesüßte Erfrischungsgetränke¹ konsumieren, ist seit der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) deutlich gesunken.

Aktuell trinken 16,9 % der Mädchen und 22,2 % der Jungen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren ein- oder mehrmals täglich zuckergesüßte Erfrischungsgetränke. Vor einem Jahrzehnt war der Konsum mit 28,2 % bei den Mädchen und 34,0 % bei den Jungen noch deutlich höher.

Während 13,7 % der Mädchen und 17,6 % der Jungen ein- bis drei Mal pro Tag zu zuckergesüßten Drinks greifen, tun dies 3,3 % der Mädchen und 4,7 % der Jungen sogar viermal oder häufiger.

Der tägliche Verbrauch steigt mit zunehmendem Lebensalter und erreicht in der Altersspanne von 14 bis 17 Jahren sein Maximum (Mädchen: 21,1 %, Jungen: 32,2 %). Auffallend ist zudem der deutlich größere Konsum bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien gegenüber Gleichaltrigen mit hohem sozioökonomischen Status.

Als Risikofaktor für die Entstehung von Übergewicht, Adipositas, Diabetes mellitus Typ II und weiteren chronischen Krankheiten standen zuckerhaltige Getränke in den vergangenen Jahren verstärkt im wissenschaftlichen und politischen Fokus.

Der erfreuliche Rückgang des Verbrauchs könnte auf präventive Maßnahmen zurückgehen. Viele Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen haben zuckergesüßte Getränke aus ihrem Angebot gestrichen. Trotzdem ist der Konsum noch immer viel zu hoch.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_getraenke



1) Zu den zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken zählen Cola, Limonaden, alkoholfreie Energy-Drinks und Saftmischgetränke, nicht jedoch Saft oder Kakao.



Weiterhin sind mehr als
1 Million

**Kinder und Jugendliche
von Heuschnupfen betroffen**

9,6 %

KiGGS-Basiserhebung



9,9 %

KiGGS Welle 2

Heuschnupfen

Häufigkeit bleibt unverändert hoch

Heuschnupfen zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Infolge der allergischen Entzündungsreaktion kommt es im Bereich der Nasenschleimhäute zu Juckreiz, Niesattacken, verstärkter Schleimsekretion sowie erschwelter Nasenatmung. Häufig sind auch die Augen betroffen.

Die Daten der KiGGS Welle 2 belegen: Bei den 3- bis 17-Jährigen ist die Häufigkeit von ärztlich diagnostiziertem Heuschnupfen unverändert hoch. 9,9 % der Kinder und Jugendlichen sind betroffen, bei der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) waren es 9,6 %. Das bedeutet: Nach wie vor sind mehr als eine Million Heranwachsender in Deutschland von dieser chronischen Erkrankung betroffen.

Unverändert geblieben sind auch charakteristische Unterschiede in Bezug auf Geschlecht und Alter: Jungen haben häufiger Heuschnupfen als Mädchen (KiGGS Welle 2: 11,9 % vs. 7,9 %). Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Heuschnupfenhäufigkeit bei beiden Geschlechtern.

Der Anteil der erkrankten Kinder und Jugendlichen, die eine spezifische Immuntherapie erhalten haben, erhöhte sich bei 11- bis 17-Jährigen von 24,3 % auf 30,1 %: Die Zunahme dieser Behandlungen als einzig kausale Therapie entspricht aktuellen Leitlinienempfehlungen und ist positiv zu bewerten.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_allergien





Etwa

500.000

**Kinder und Jugendliche im Alter
von 3 bis 17 Jahren haben Asthma**

3,7 %

KiGGS-Basiserhebung



4,0 %

KiGGS Welle 2

Asthma bronchiale: Keine Zunahme

**Kinder und Jugendliche sind so häufig betroffen wie
vor zehn Jahren**

Reizhusten, Atemnot – annähernd eine halbe Million Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren sind aktuell von Asthma bronchiale betroffen. Es entsteht, wenn Bronchien überempfindlich auf verschiedene Reize reagieren. Bei Heranwachsenden ist es meist allergisch bedingt.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts war die Häufigkeit von Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen rasant gestiegen. Weitere Zunahmen in Deutschland wurden in den 1990er Jahren festgestellt. Eine frühzeitige Diagnose und eine angemessene Versorgung der Betroffenen sind von höchster Bedeutung. Deshalb untersucht die KiGGS-Studie die Entwicklung des Asthma-Auftretens bei den Heranwachsenden seit Beginn des 21. Jahrhunderts. Die KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) lieferte Ausgangswerte. Der Vergleich mit den Daten der KiGGS Welle 2 (2014 bis 2017) belegt nun: Die Zahl der Erkrankten bleibt derzeit auf hohem Niveau stabil.

Die Verbreitung von ärztlich diagnostiziertem Asthma ist mit 4,0 % in KiGGS Welle 2 im Vergleich zu 3,7 % in der KiGGS-Basiserhebung annähernd unverändert: Etwa 500.000 Kinder und Jugendliche sind von dieser chronischen Krankheit betroffen.

Jedoch liefern geschlechtsspezifische Analysen Anhaltspunkte dafür, dass die zeitlichen Trends für Mädchen und Jungen möglicherweise unterschiedlich verlaufen. Während die Asthmahäufigkeit bei Mädchen zwischen beiden Untersuchungszeitpunkten unverändert blieb (3,0 % vs. 3,1 %), stieg sie bei den Jungen leicht an (5,0 % gegenüber 4,2 %). Vor allem bei den 7- bis 10-jährigen (5,7 % gegenüber 4,1 %) und den 11- bis 13-jährigen Jungen (7,1 % vs. 5,7 %) nahm das Asthma bronchiale zu.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_allergien





ca. **20 %**

**der Kinder und Jugendlichen
haben psychische Auffälligkeiten**

KiGGS-Basiserhebung



KiGGS Welle 1

Kein Anstieg psychischer Auffälligkeiten

Jungen haben häufiger und früher Symptome als Mädchen

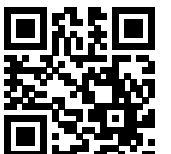
Emotionale Probleme, Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität – Kinder und Jugendliche sind durch eine eingeschränkte psychische Gesundheit stärker in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt als durch körperliche Erkrankungen. Bei rund 20 % der Kinder und Jugendlichen finden sich Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten. Die Häufigkeit entsprechender Symptome ist über den Zeitraum der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) und KiGGS Welle 1 (2009 bis 2012) stabil geblieben.

82 % der Kinder waren in der KiGGS-Basiserhebung psychisch unauffällig, 18 % zeigten Symptome. 88 % der psychisch unauffälligen Teilnehmenden bei der ersten Untersuchung waren dies während KiGGS Welle 1. Zudem zeigte nur noch die Hälfte der bei der ersten Befragung auffälligen Jungen und Mädchen auch bei der Folgerhebung entsprechende Symptome.

Jungen haben häufiger sowohl emotionale als auch verhaltensbezogene Probleme als Mädchen. Eine besonders sensible Phase für das Entstehen psychischer Auffälligkeiten reicht vom Vorschulalter (3 bis 5 Jahre) bis zum Ende der Grundschulzeit (9 bis 11 Jahre). Jungen entwickeln in dieser Phase häufiger entsprechende Symptome und weisen in diesen größere Stabilität auf. Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil der Jungen, die psychisch auffällig werden und bleiben. Der Anteil psychisch auffälliger Mädchen bleibt bis ins Jugendalter konstant. Bei ihnen steigt mit zunehmendem Alter der Prozentsatz derjenigen, die über beide Erhebungszeiträume eine dauerhafte Symptomatik aufweisen. Für sie ist vor allem der Übergang vom späten Grundschulalter (9 bis 11 Jahre) bis zum Ende der Jugendzeit (15 bis 17 Jahre) sensibel. Emotionale und verhaltensbezogene Probleme bleiben in diesem Zeitraum häufiger bestehen als bei Jungen.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_psych





85 %

**der rauchenden Jugendlichen
tun dies auch als junge Erwachsene**

Wer einmal raucht, raucht immer?

Im Jugendalter werden die Weichen gestellt

Der Konsum von Tabakprodukten gilt als größter vermeidbarer Risikofaktor für eine Vielzahl schwerer Erkrankungen. Obwohl er im Kindes- und Jugendalter noch einen experimentellen Charakter haben kann, ist er häufig der Einstieg für dauerhaften Konsum.

Mit den Daten der KiGGS-Kohorte konnte für Deutschland die Entwicklung des Rauchverhaltens beim Übergang vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter untersucht werden. Die befragten jungen Frauen und Männer hatten als Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren an der KiGGS-Basiserhebung und erneut als 19- bis 24-jährige junge Erwachsene an KiGGS Welle 1 teilgenommen. Ihre Selbstangaben belegen die Stabilität des Rauchverhaltens:

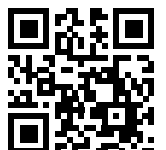
85 % der rauchenden Jugendlichen tun dies weiterhin, nur 15 % gelingt es aufzuhören. 78 % der nichtrauchenden Heranwachsenden behalten diese Verhaltensweise bei und rauchen auch als junge Erwachsene nicht, während 22 % in dieser späteren Lebensphase Tabakprodukte konsumieren.

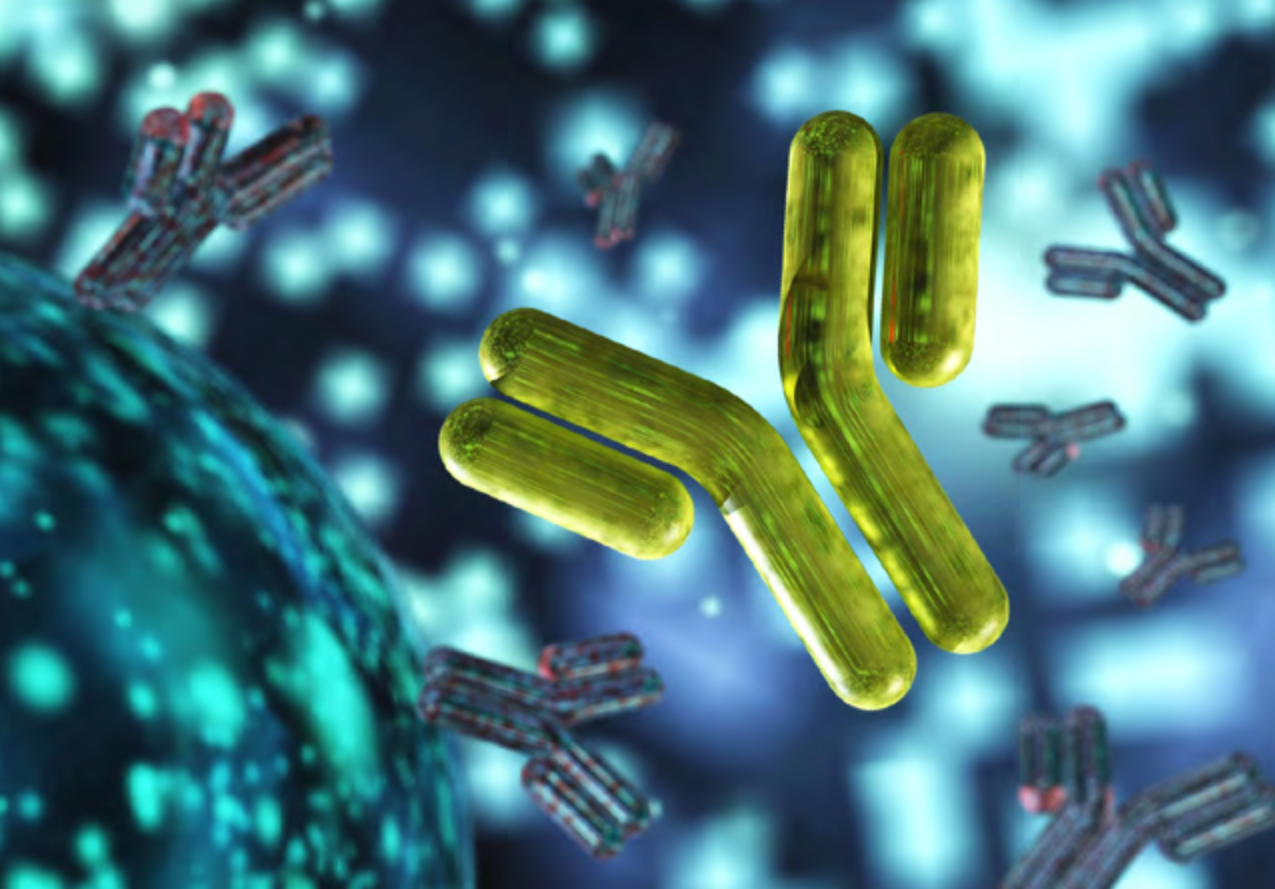
Bei nahezu 9 von 10 Teilnehmenden, die aktuell rauchen oder jemals geraucht haben, liegt das Einstiegsalter vor dem 18. Lebensjahr. Im Jugendalter zeigen sich noch keine Geschlechterunterschiede beim Rauchen; beim Übergang ins Erwachsenenalter gelingt es jungen Frauen jedoch deutlich häufiger aufzuhören (19 %) als gleichaltrigen Männern (9 %). Außerdem zeigen sich deutlich soziale Unterschiede: Unter den sozial benachteiligten Teilnehmenden gab es jeweils sowohl im Jugend- als auch im Erwachsenenalter deutlich mehr Rauchende als in der hohen Statusgruppe.

Die Analysen identifizieren das Jugendalter als entscheidende Phase für das Rauchverhalten. Zielsetzung von Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung sollte daher sein, Kinder und Jugendliche vor einem Einstieg in den Tabakkonsum zu bewahren.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_rauchen





Jedes
5. Mädchen
und jeder
3. Junge

hat innerhalb von zehn Jahren eine
Sensibilisierung gegen mindestens
ein wichtiges Inhalationsallergen
neu entwickelt

Allergierisiken verschwinden selten

Deutlich mehr neue Sensibilisierungen als Rückbildungen

Unser Immunsystem ist allergisch sensibilisiert, wenn es gegen bestimmte, an sich harmlose Stoffe spezifische Antikörper bildet. Deren Vorhandensein bedeutet nicht automatisch eine allergische Erkrankung. Doch das Risiko hierfür ist erhöht. Dies zeigt sich an Heuschnupfen und Asthma bronchiale, die zu den häufigsten chronischen Erkrankungen Heranwachsender zählen.

Die KiGGS-Studie untersucht, ob im Kindes- und Jugendalter erworbene Sensibilisierungen gegen wichtige Inhalationsallergene bestehen bleiben, inwieweit sie sich neu entwickeln, zurückgehen oder verschwinden.

Die meisten Kinder, die zur Zeit der KiGGS-Basiserhebung gegen einen Mix aus häufigen Inhalationsallergenen (SX1)¹ sensibilisiert waren, blieben dies auch mehr als 10 Jahre später. Nur bei wenigen Mädchen (11 %) und Jungen (6 %) war die frühere Allergiebereitschaft nun nicht mehr nachweisbar.

21 % der Mädchen und 29 % der Jungen entwickelten in dem Jahrzehnt zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 eine SX1-Sensibilisierung. Insgesamt haben sich also deutlich mehr Allergiebereitschaften entwickelt als zurückgebildet.

Um sowohl vorbeugend als auch therapeutisch agieren zu können, ist es notwendig, Ursachen der Fehlregulation des Immunsystems genauer zu erforschen.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_allergien_laengsschnitt



1) Lieschgras, Roggen, Birke, Beifuß, Katzen- und Hundeschuppen, Hausstaubmilbe, Schimmelpilz
Cladosporium herbarum



Mehr als die Hälfte

der 2- bis 6-jährigen Kinder
mit Übergewicht oder Adipositas
bleiben auch als Jugendliche
übergewichtig bzw. adipös

Frühe Vorbeugung ist notwendig

Zu hohes Gewicht im Kindergarten- und Vorschulalter besteht häufig bis ins Jugendalter

Kinder mit Übergewicht oder Adipositas tragen ein hohes Risiko, auch als Jugendliche zu viel auf die Waage zu bringen. Das belegen die Daten der Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter, die nach 11 Jahren erneut an der Untersuchung im Rahmen der KiGGS-Kohorte teilgenommen haben.

Die Mehrheit der 2- bis 6-jährigen Mädchen und Jungen ohne Übergewicht oder Adipositas zum Zeitraum der KiGGS-Basiserhebung hatte auch als Jugendliche kein Übergewicht (86 %) bzw. keine Adipositas (93 %). Bei 8 % dieser Kinder hatte sich Übergewicht entwickelt, aber keine Adipositas. 5 % wurden adipös.¹

Von den 2- bis 6-Jährigen mit Übergewicht behielten 24 % dieses innerhalb von elf Jahren bei. 29 % entwickelten eine Adipositas und 47 % waren als Jugendliche nicht mehr übergewichtig. Von den Kindern mit Adipositas blieben 65 % adipös, während 11 % als Jugendliche ein Übergewicht und 24 % ein Normalgewicht hatten.

Weniger als die Hälfte der Kinder schafft es, einmal erworbenes Übergewicht wieder loszuwerden. Die Ergebnisse der KiGGS-Kohorte bestätigen die Notwendigkeit einer Vorbeugung von Übergewicht und Adipositas bereits im Kindergarten- aber auch im Schulalter.

Welche Einflussfaktoren sorgen für die unterschiedlichen Entwicklungen von Übergewicht und Adipositas? Welche Auswirkungen haben Entwicklungsverläufe auf künftiges Gesundheitsverhalten? Weitere Auswertungen der bereits erhobenen Daten sollen diese wichtigen Fragen klären.

Weitere Informationen:

www.rki.de/johm_adipositas_laengsschnitt



1) Aufgrund der Rundungen ergibt sich ein Wert kleiner als 100.

Impressum

Neues von KiGGS. Wie geht es den Kindern und Jugendlichen in Deutschland?

Robert Koch-Institut, Berlin 2018

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Internet: www.rki.de

E-Mail: zentrale@rki.de

Twitter: [@rki_de](https://twitter.com/rki_de)

Redaktion

Dr. Bärbel-Maria Kurth, Dr. Annett Klingner

Wissenschaftliche Mitarbeit

Dr. Franz Baumgarten, Dr. Jonas Finger, Dr. Antje Gößwald, Dr. Benjamin Kuntz, Michael Lange, Elvira Mauz,
Dr. Gert B. M. Mensink, Dr. Anja Schienkiewitz, Dr. Christina Poethko-Müller, Dr. Roma Thamm

Gestaltung

Jörg Schaarschmidt, Alexander Krönke, Dr. Annett Klingner

Bildredaktion

Nadin Watzke, Dr. Annett Klingner, Jörg Schaarschmidt

Bildnachweis

S. 2 © oksix – stock.adobe.com, S. 4 © Syda Productions – stock.adobe.com,
S. 6 © artinspiring – stock.adobe.com, S. 8. © RKI, S. 10 © methaphum – stock.adobe.com,
S. 12 © Win Nondakowit – stock.adobe.com, S. 14 © Sergey Novikov – stock.adobe.com, S. 16 © Pavel
Lovevsky – stock.adobe.com, S. 18 © Robert Kneschke – stock.adobe.com, S. 20 © biker3 – stock.adobe.com,
S. 22 © Nailia Schwarz – Stock.adobe.com, S. 24 © igor_kell – stock.adobe.com,
S. 26 © uostas – stock.adobe.com, S. 28 © Thomas Jansa – stock.adobe.com



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit