

Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)

Hintergrund

Regelmäßige körperliche Aktivität ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Durch gezielte Förderung eines aktiven Lebensstils lässt sich in jedem Alter der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden vorbeugen. Dazu gehören Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ II, Darmkrebs, Osteoporose und Rückenschmerzen [1, 2, 3]. Ebenso wird eine Verminderung physiologischer und verhaltensbezogener Risikofaktoren erreicht, die bei der Entstehung chronisch-degenerativer Krankheiten eine Schlüsselrolle spielen. Zu nennen sind hier unter anderem Übergewicht, Bluthochdruck und Rauchen [1, 4]. Bei vorhandenen Krankheiten und Beschwerden kommt Bewegungs- und Sportprogrammen eine wichtige Rolle in der Behandlung und Rehabilitation zu [5]. Darüber hinaus kann von positiven Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie von einer Stärkung der personalen und sozialen Ressourcen ausgegangen werden [1, 6]. Für Kinder und Jugendliche ist körperliche Aktivität eine wesentliche Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen. Neben positiven Effekten auf die organische und motorische Entwicklung ist auf die

Bedeutung für das psychosoziale Wohlbefinden, die Persönlichkeitsentwicklung und das Erlernen sozialer Kompetenzen zu verweisen. Vermutlich werden bereits in jungen Jahren die Weichen für einen aktiven Lebensstil und die Gesundheitschancen im weiteren Lebenslauf gestellt [7, 8]. In zahlreichen Studien werden positive Zusammenhänge zwischen der körperlichen Aktivität im Kindes- und im Erwachsenenalter berichtet. Lediglich bezüglich der Stärke des Zusammenhangs finden sich unterschiedliche Aussagen in der Literatur [9, 10].

Der Großteil der Bevölkerung bewegt sich zu wenig. Die Gründe hierfür sind vielfältig und lassen sich sowohl an gesellschaftlichen Entwicklungen als auch an Veränderungen der individuellen Lebensgewohnheiten festmachen. Unter anderem sind die Zunahme sitzender Tätigkeiten im Berufsleben, die Konzentration auf das Auto als zentrales Transportmittel, die verstärkte Nutzung elektronischer Medien und nicht zuletzt das Verschwinden von Bewegungsmöglichkeiten in Großstädten dafür verantwortlich, dass heute die meisten Menschen den Großteil des Tages im Sitzen, Stehen oder Liegen verbringen. Die aktuellen Empfehlungen, die auf eine moderate körperliche Betätigung an mindestens 3 Tagen pro Woche zielen [11], werden gegenwärtig nur von 13 % der

erwachsenen Bevölkerung in Deutschland erreicht [12]. Auch im alltäglichen Leben von Kindern und Jugendlichen spielt die körperliche Aktivität eine immer geringere Rolle. Wie eine Untersuchung des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe zeigt, verbringen Kinder einen zunehmend größeren Anteil ihrer Freizeit zu Hause vor dem Fernseher oder Computer. Ein Viertel der befragten Grundschüler im Alter von 6–10 Jahren gab sogar an, nur noch maximal einmal in der Woche im Freien zu spielen. Im Durchschnitt verbrachten die Kinder etwa 9 Stunden am Tag im Sitzen, ebenfalls 9 Stunden im Liegen, 5 Stunden stehend und lediglich eine Stunde in Bewegung [13].

Die von der WHO geförderte Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), die sich auf Jugendliche im Alter von 11–15 Jahren bezieht, bestätigt ebenfalls, dass sich viele der Heranwachsenden zu wenig bewegen. Nur ein Drittel der Jungen und ein Viertel der Mädchen gaben an, dass sie an den meisten Tagen in der Woche körperlich aktiv sind. Darüber hinaus belegt die HBSC-Studie einen signifikanten Einfluss des familiären Hintergrundes auf das Bewegungsverhalten der Jugendlichen: Jungen aus ökonomisch benachteiligten Familien sind im Vergleich zu Jungen aus der am besten

gestellten Wohlstandsgruppe etwa 2-mal weniger aktiv. Bei Mädchen beträgt dieses Verhältnis sogar 3:1 zu Ungunsten der niedrigsten Wohlstandsgruppe [14].

Angesichts dieser Zustandsbeschreibung sind bevölkerungsbezogene Maßnahmen zur Bewegungsförderung eine zentrale Herausforderung für Public Health. Interventionen zur Erhöhung der Sportbeteiligung spielen dabei eine ebenso große Rolle wie Bemühungen um eine Erhöhung des Aktivitätsniveaus im alltäglichen Leben. Um diese zielgerichtet planen und umsetzen zu können, bedarf es einer belastbaren Informationsgrundlage, die insbesondere auf Bevölkerungsgruppen mit starkem Bewegungsmangel hinweist. Die vom Robert Koch-Institut (RKI) bislang durchgeführten Gesundheitssurveys lieferten umfassende Informationen zur körperlichen Aktivität und Sportbeteiligung von Erwachsenen [12, 15, 16]. Zur körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen standen lange Zeit keine bundesweit repräsentativen Daten zur Verfügung. Die vorhandenen Daten basierten auf anfallenden Stichproben und konnten allenfalls den Anspruch erheben, auf kommunaler oder Länderebene repräsentativ zu sein [17, 18]. Ein weiteres Problem besteht auf der methodologischen Ebene, da die Erfassungsmethoden nur selten validiert und die Daten zumeist mit unterschiedlichen Testinstrumenten in verschiedenen Altersgruppen erhoben wurden [19]. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) stellt nun erstmalig umfassend belastbare Daten zur körperlich-sportlichen Aktivität der heranwachsenden Generation in Deutschland bereit und schließt damit die vorhandene Datenlücke.

Methoden

Konzept, Design und Durchführung des KiGGS werden in den ersten 7 Beiträgen in diesem Heft ausführlich beschrieben [20, 21, 22, 23, 24, 25, 26]. Die KiGGS-Studie wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das RKI durchgeführt. Ziel des kombinierten Befragungs- und Untersuchungssurveys war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von

Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–17 Jahren zu erheben. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche (8656 Mädchen und 8985 Jungen) aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden teilgenommen. Die Teilnahmequote betrug 66,6%. Die Auswertungen zur körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen basieren auf Informationen aus dem KiGGS-Kern-Survey, die mittels eines Selbstausfüllfragebogens erhoben wurden (zur vertiefenden Erhebung der körperlich-sportlichen Aktivität im Rahmen des Motorik-Zusatzmoduls siehe Oppner et al. in diesem Heft [27]). Jugendliche im Alter von 11–17 Jahren wurden gefragt, wie häufig sie in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind (z. B. beim Sport oder Fahrradfahren), dass sie richtig ins Schwitzen oder außer Atem kommen (Antwortkategorien: „etwa jeden Tag“, „etwa 3- bis 5-mal in der Woche“, „etwa ein- bis 2-mal in der Woche“, „etwa ein- bis 2-mal im Monat“, „nie“). Außerdem sollten sie angeben, wie viele Stunden dies in etwa in einer Woche sind. Bei Kindern im Alter von 3–10 Jahren wurden die Eltern um eine Einschätzung zur Häufigkeit der sportlichen Aktivität gebeten („etwa jeden Tag“, „etwa 3- bis 5-mal in der Woche“, „etwa ein- bis 2-mal in der Woche“, „etwa ein- bis 2-mal im Monat“, „nie“). Dabei sollte zwischen Sport im Verein und außerhalb eines Vereins unterschieden werden. Für die Analyse der körperlich-sportlichen Aktivität im Jugendalter standen Selbstangaben von 6667 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen zur Verfügung. Die Analyse der Sportbeteiligung von 3- bis 10-jährigen Kindern basiert auf 7698 Datensätzen aus der Elternbefragung.

Um eine differenzierte Beschreibung der körperlich-sportlichen Aktivität im Kindes- und Jugendalter zu ermöglichen, wurden die Analysen nach Alter, Geschlecht, sozialem Status, Migrationshintergrund und Wohnregion getrennt durchgeführt. Der Sozialstatus wurde anhand eines mehrdimensionalen Index bestimmt, der auf der Basis von Angaben der Eltern zu deren schulischer und beruflicher Ausbildung, beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen ermittelt wurde und eine Einteilung in un-

tere, mittlere und hohe Statusgruppe ermöglicht [25]. Der Migrationshintergrund wird in der KiGGS-Studie anhand von Informationen zum Geburtsland des Kindes und der Eltern sowie zur Staatsangehörigkeit der Eltern ermittelt. Als Migranten werden Kinder und Jugendliche bezeichnet, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, oder von denen beide Eltern zugewandert bzw. nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind [26]. Im Hinblick auf die Wohnregion wird zwischen alten und neuen Bundesländern (inklusive Berlin) unterschieden. Entscheidend dabei ist, wo die Jugendlichen zum Zeitpunkt der Befragung lebten [25].

Zur Verbesserung der Repräsentativität der Aussagen werden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2004) hinsichtlich Alter (in Jahren), Geschlecht, Region (Ost/West/Berlin) und Staatsangehörigkeit korrigiert. Um die Korrelation der Probanden innerhalb einer Gemeinde zu berücksichtigen, wurden die Konfidenzintervalle zu Prävalenzen und anderen statistischen Kenngrößen mit den SPSS-14-Verfahren für komplexe Stichproben bestimmt.

Ergebnisse

Sportliche Aktivität von Kindern

Legt man die Daten der im Rahmen der KiGGS-Studie durchgeführten Elternbefragung zugrunde, dann treiben 76,6% der 3- bis 10-jährigen Jungen und 75,0% der gleichaltrigen Mädchen regelmäßig, d. h. mindestens einmal in der Woche, Sport (im oder außerhalb eines Vereins). 43,1% der Jungen und 36,2% der Mädchen sind 3-mal oder häufiger in der Woche sportlich aktiv. Bereits bei den 3-Jährigen liegt die Prävalenz der Sportbeteiligung über 50%. Im Altersgang nimmt sie weiter zu, bis auf 84,8% bei den 10-jährigen Jungen und 76,7% bei den Mädchen gleichen Alters (■ **Abb. 1**). Unter den Kindern, die regelmäßig Sport treiben, steigt zudem der Anteil derjenigen an, die 3-mal oder häufiger pro Woche aktiv sind; bei den 10-Jährigen trifft dies schließlich auf

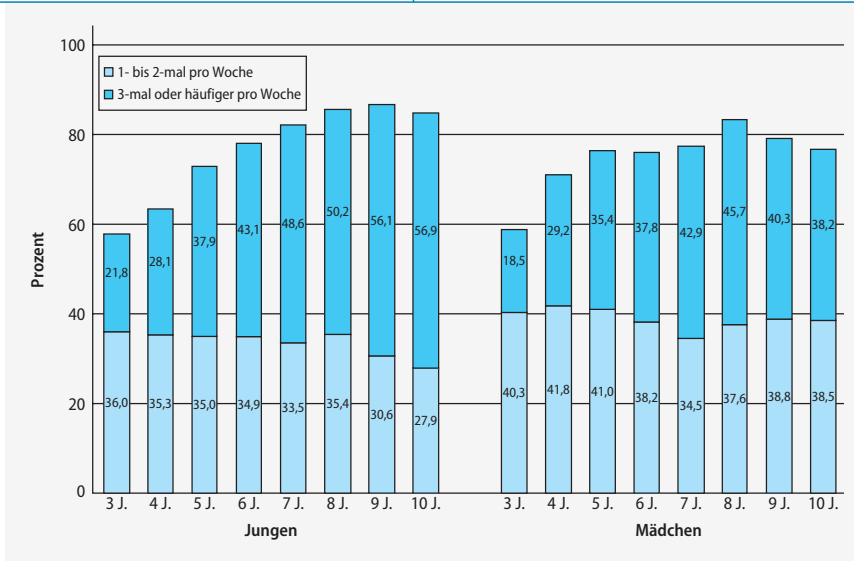


Abb. 1 ▲ Häufigkeit der Sportausübung bei 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen

zwei Drittel der Jungen und die Hälfte der Mädchen zu.

Fast drei Viertel der Kinder im Alter von 3–10 Jahren machen Sport in einem Verein. Der Anteil der Jungen und Mädchen, die mindestens einmal pro Woche in einem Verein aktiv sind, beläuft sich auf 57,0 % bzw. 55,0 %. Relativ gering ist hingegen der Anteil der Kinder, die 3-mal oder häufiger pro Woche Vereinssport treiben

(9,1 % bei den Jungen und 5,0 % bei den Mädchen). Auch der Sport außerhalb eines Vereins ist bei Kindern weit verbreitet: 52,4 % der Jungen und 48,0 % der Mädchen treiben wöchentlich Sport, ohne dazu einen Verein aufzusuchen, 24,2 % der Jungen und 16,6 % der Mädchen 3-mal oder häufiger in der Woche. ■ **Tabelle 1** gibt die Häufigkeit der sportlichen Aktivität getrennt für Kinder im Vorschul-

alter (3–6 Jahre) und Grundschulalter (7–10 Jahre) wieder. Dadurch wird unter anderem deutlich, dass die mit dem Alter verbundene Zunahme der Sportausübung sowohl beim Vereinssport als auch bei der sportlichen Betätigung außerhalb eines Vereins beobachtet werden kann; beim Vereinssport kommt sie aber etwas deutlicher zum Ausdruck.

Ein Großteil der Kinder, der im Verein Sport treibt, ist auch ansonsten sportlich aktiv. Geht man von den Kindern aus, die sich mindestens einmal pro Woche sportlich betätigen, dann trifft dies auf 68,6 % zu. Daneben gibt es aber auch Kinder, die sich auf den Vereinssport beschränken (9,0 %) oder nur privat organisiert Sport treiben (22,4 %). Zwischen Jungen und Mädchen bestehen in dieser Hinsicht keine bedeutsamen Unterschiede.

Die Daten der KiGGS-Studie zeigen jedoch auch, dass etwa jedes vierte Kind im Alter von 3–10 Jahren nicht regelmäßig und jedes achte Kind nie Sport macht. Aus Public-Health-Sicht ist von Bedeutung, diese Gruppe der sportlich Inaktiven möglichst genau zu beschreiben, um Maßnahmen und Programme der Sportförderung auf sie ausrichten zu können. Anhaltspunkte liefern hier die Ergebnisse

Tabelle 1

Häufigkeit der Sportausübung bei 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen nach Organisationsform (in % [95%-KI])

	Jungen			Mädchen		
	3–6 Jahre	7–10 Jahre	Gesamt	3–6 Jahre	7–10 Jahre	Gesamt
Sport (gesamt)						
Fast täglich	11,5 [9,9–13,5]	15,2 [13,2–17,4]	13,4 [11,9–15,0]	7,9 [6,5–9,7]	9,9 [8,3–11,9]	8,9 [7,8–10,3]
3- bis 5-mal pro Woche	21,4 [19,0–23,9]	37,7 [35,2–40,2]	29,7 [27,9–31,5]	22,5 [20,2–24,9]	31,8 [29,5–34,3]	27,2 [25,5–29,0]
Ein- bis 2-mal pro Woche	35,3 [32,4–38,3]	31,9 [29,7–34,1]	33,6 [31,8–35,4]	40,3 [37,4–43,3]	37,3 [34,7–39,9]	38,8 [36,7–40,9]
Seltener	15,1 [13,5–17,0]	8,4 [7,2–9,7]	11,7 [10,7–12,8]	13,4 [11,7–15,4]	10,3 [8,8–12,0]	11,9 [10,6–13,2]
Nie	16,6 [14,6–18,9]	6,9 [5,8–8,2]	11,7 [10,5–13,0]	15,8 [13,9–17,8]	10,6 [9,1–12,3]	13,2 [11,9–14,5]
Sport im Verein						
Fast täglich	0,5 [0,3–0,9]	1,6 [1,0–2,5]	1,0 [0,7–1,5]	0,5 [0,3–1,0]	1,5 [1,0–2,1]	1,0 [0,7–1,4]
3- bis 5-mal pro Woche	2,6 [1,9–3,6]	13,3 [11,5–15,3]	8,1 [7,0–9,3]	2,0 [1,3–3,1]	6,0 [4,8–7,4]	4,0 [3,3–4,9]
Ein- bis 2-mal pro Woche	40,2 [37,3–43,1]	55,3 [52,4–58,1]	47,9 [45,9–50,0]	45,7 [42,6–48,9]	54,2 [51,2–57,1]	50,0 [47,6–52,4]
Seltener	7,7 [6,4–9,1]	5,2 [4,3–6,3]	6,4 [5,6–7,4]	7,1 [5,8–8,7]	6,6 [5,4–8,0]	6,9 [5,9–8,0]
Nie	49,0 [46,0–52,1]	24,6 [22,4–27,0]	36,5 [34,5–38,6]	44,6 [41,5–47,9]	31,8 [29,1–34,6]	38,1 [35,7–40,6]
Sport außerhalb Verein						
Fast täglich	10,4 [8,8–12,2]	12,9 [11,2–15,0]	11,7 [10,4–13,2]	7,5 [6,1–9,2]	8,4 [6,9–10,2]	8,0 [6,8–9,3]
3- bis 5-mal pro Woche	9,5 [8,0–11,4]	15,3 [13,7–17,1]	12,5 [11,3–13,8]	7,4 [6,0–9,0]	9,8 [8,3–11,6]	8,6 [7,6–9,8]
Ein- bis 2-mal pro Woche	27,8 [25,1–30,6]	28,8 [26,6–31,1]	28,3 [26,5–30,1]	31,4 [29,3–33,6]	31,4 [28,9–34,0]	31,4 [29,9–32,9]
Seltener	27,7 [25,4–30,2]	28,2 [26,1–30,4]	28,0 [26,4–29,6]	30,5 [28,0–33,1]	31,2 [28,8–33,8]	30,8 [29,2–32,5]
Nie	24,5 [22,1–27,1]	14,7 [13,1–16,5]	19,5 [18,0–21,2]	23,2 [21,2–25,5]	19,1 [17,2–21,3]	21,2 [19,6–22,9]

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:634–642
DOI 10.1007/s00103-007-0224-8
© Springer Medizin Verlag 2007

T. Lampert · G. B. M. Mensink · N. Romahn · A. Woll

Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)

Zusammenfassung

Regelmäßige körperliche Aktivität kann in jedem Alter einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben. Sport- und bewegungsfördernde Maßnahmen sind deshalb ein fester Bestandteil von Public Health in Deutschland. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS) steht nun eine bundesweit repräsentative Datenbasis zur Verfügung, die eine umfassende Analyse des Bewegungsverhaltens der heranwachsenden Generation erlaubt und damit die Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Interventionen unterstützt. Die ersten Ergebnisse der KiGGS-Studie verdeutlichen,

dass ein Großteil der Kinder im Alter von 3–10 Jahren regelmäßig Sport treibt: Etwa drei Viertel der Jungen und Mädchen sind mindestens einmal pro Woche sportlich aktiv, mehr als ein Drittel sogar 3-mal oder häufiger in der Woche. Kinder, die nicht regelmäßig Sport treiben, kommen überproportional häufig aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund und aus den neuen Bundesländern. Auch für das Jugendalter lässt sich feststellen, dass Sport und Bewegung weit verbreitet sind. Die aktuelle Empfehlung, die zu körperlich-sportlicher Aktivität an den meisten Tagen in der Woche rät, wird in der

Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen aber nur von jedem vierten Jungen und jedem sechsten Mädchen erreicht. Die deutlichsten Aktivitätsdefizite weisen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund auf. Die Ergebnisse unterstreichen somit die Bedeutung zielgruppenspezifischer sport- und bewegungsfördernder Maßnahmen und Programme im Kindes- und Jugendalter.

Schlüsselwörter

Gesundheits-survey · Kinder · Jugendliche · Sport · Bewegung · Körperliche Aktivität

Physical activity among children and adolescents in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)

Abstract

Regular physical activity has a positive effect on health and wellbeing at any age. For this reason, sports and exercise enhancing measures are inherent parts of public health in Germany. The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) provides a nationally representative database which allows a comprehensive analysis of physical activity behaviour among young people. This may support the planning and implementation of health intervention measures. Primary results of KiGGS indicate that most children

aged 3 to 10 years regularly go in for sports: around three quarters of girls and boys go in for sports at least once a week, and even more than one third three times a week or more. Children without sport engagement come disproportionately often from families with low socioeconomic status, with a migration background or from former East Germany. Also among adolescents sports and exercise activity is very common. Among 11–17 year olds, however, the current recommendation to conduct physical and or sports activities on most

days of the week is only achieved by every fourth boy and every sixth girl. Especially girls with low socioeconomic status and with a migration background show a lack of physical activity. These results underline the importance of sports- and exercise-promoting measures in childhood and adolescence, designed for specific target groups.

Keywords

Health survey · Children · Adolescents · Sport · Exercise · Physical activity

zu Unterschieden in der Sportbeteiligung nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion. Diese zeigen unter anderem, dass der Anteil der 3- bis 10-jährigen Jungen, die sich seltener als einmal pro Woche sportlich betätigen (im oder außerhalb eines Vereins), in der niedrigsten Statusgruppe bei 36,2 % liegt, während er in der mittleren und höheren Statusgruppe 21,0 % bzw. 14,9 % beträgt. Bei Mädchen belaufen sich die entsprechenden Anteile auf 40,4 % in der niedrigsten, 24,1 % in der mittleren und 12,1 % in der höchsten Statusgruppe. Außerdem ist sportliche Inaktivität bei Kindern mit Migrationshintergrund und bei Kindern aus den neuen Bundesländern vergleichsweise stark verbreitet (■ Abb. 2).

Um die Effekte des Sozialstatus, Migrationshintergrundes und der Wohnregion beurteilen zu können, müssen sie multivariat betrachtet werden. Nur so lässt sich ausschließen, dass z. B. Unterschiede nach Migrationshintergrund oder Wohnregion daher rühren, dass Kinder aus Migrantenfamilien oder aus den neuen Bundesländern häufiger einen niedrigen Sozialstatus haben. In ■ Tabelle 2 sind die Ergebnisse binär logistischer Regressionen für sport-

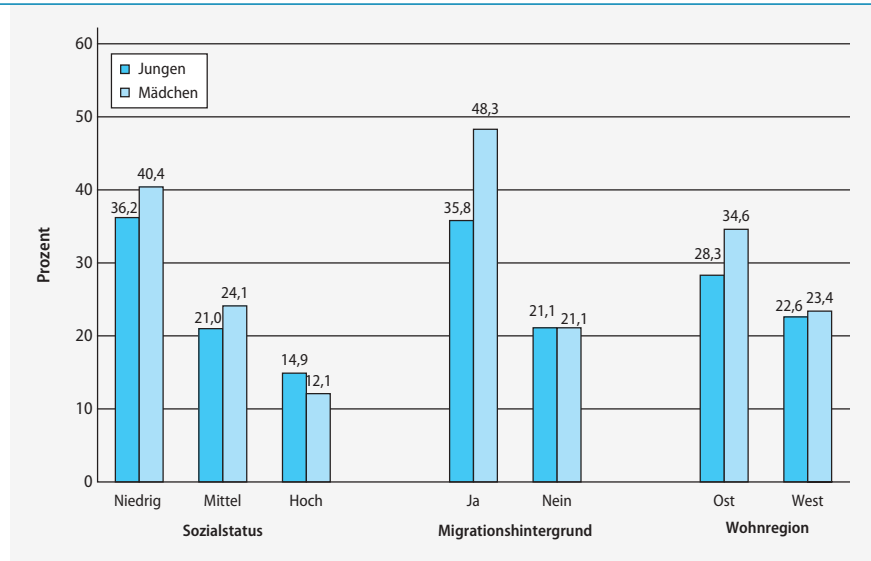


Abb. 2 ▲ Anteil der 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen, die weniger als einmal pro Woche Sport machen, nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion

liche Inaktivität (weniger als einmal pro Woche aktiv) dargestellt. Die ausgewiesenen Odds Ratios geben an, um welchen Faktor die Chance sportlicher Inaktivität in den jeweils betrachteten Gruppen im Verhältnis zur Referenzgruppe erhöht bzw. verringert ist. Ob diese Unterschiede signifikant sind, lässt sich anhand der

95 %-Konfidenzintervalle ersehen. Als Maß für die Güte der Modellanpassung wird der $-2LL$ -Wert ausgewiesen, der doppelte negative Wert des Logarithmus der Likelihood-Funktion. Neben dem $-2LL$ -Wert für das Gesamtmodell wird die Verbesserung der Modellanpassung durch Aufnahme der Variablen „Sozial-

Tabelle 2

Ergebnisse binär logistischer Regressionen für sportliche Inaktivität (weniger als einmal pro Woche aktiv) bei 3- bis 10-jährigen Jungen und Mädchen: Odds Ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI)

	Sport (gesamt)		Sport im Verein		Sport außerhalb Verein	
	Jungen OR [95 %-KI]	Mädchen OR [95 %-KI]	Jungen OR [95 %-KI]	Mädchen OR [95 %-KI]	Jungen OR [95 %-KI]	Mädchen OR [95 %-KI]
Alter (Jahre)	0,78 [0,75–0,81]	0,87 [0,84–0,90]	0,74 [0,72–0,77]	0,86 [0,83–0,89]	0,90 [0,88–0,93]	0,96 [0,93–0,98]
Sozialer Status						
Niedrig	3,09 [2,49–3,84]	4,01 [3,15–5,10]	3,26 [2,61–4,05]	3,69 [2,94–4,65]	1,64 [1,36–1,98]	1,48 [1,21–1,80]
Mittel	1,48 [1,17–1,88]	2,30 [1,81–2,91]	1,24 [1,02–1,51]	1,87 [1,54–2,27]	1,35 [1,15–1,58]	1,23 [1,03–1,47]
Hoch	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Migrationshintergrund						
Ja	1,70 [1,34–2,16]	2,87 [2,35–3,51]	1,89 [1,50–2,40]	2,89 [2,26–3,70]	1,26 [1,02–1,56]	1,56 [1,21–2,01]
Nein	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Wohnregion						
Neue Bundesländer	1,35 [1,08–1,69]	1,95 [1,57–2,42]	2,43 [2,00–2,96]	2,87 [2,31–3,58]	0,89 [0,78–1,03]	1,04 [0,90–1,22]
Alte Bundesländer	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Modellgüte						
$-2LL^a$	3574,15***	3462,85***	4707,55***	4292,60***	4963,93***	4687,88***
Model Improvement	169,70***	324,86***	318,82***	431,04***	45,56***	48,63***

^a $-2LL$: Doppelter negativer Wert des Logarithmus der Likelihood-Funktion, Model Improvement: Verbesserung der Modellgüte durch Aufnahme der Variablen Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion, Signifikanzniveau: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

status“, „Migrationshintergrund“ und „Wohnregion“ angegeben (Model Improvement). Als Referenz dient dabei das Regressionsmodell, das neben der Konstante nur das Alter als Prädiktor enthält.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen bestätigen die deskriptiven Befunde. Jungen aus der niedrigsten Statusgruppe sind 3,1-mal und Jungen aus der mittleren Statusgruppe 1,5-mal häufiger sportlich inaktiv als diejenigen aus der höchsten Statusgruppe. Auch Jungen mit Migrationshintergrund und Jungen aus den neuen Bundesländern üben im Vergleich zu den jeweiligen Referenzgruppen signifikant häufiger keinen oder nur selten Sport aus. Bei Mädchen sind die Effekte des Sozialstatus, Migrationshintergrundes und der Wohnregion noch deutlicher ausgeprägt. Besonders hervorzuheben ist die 4- bzw. 2,9-fach erhöhte Chance sportlicher Inaktivität bei Mädchen aus der niedrigsten Statusgruppe und bei Mädchen mit Migrationshintergrund. Die differenzierte Betrachtung nach der Organisationsform des Sports zeigt, dass sich die Effekte aller betrachteten Einflussgrößen beim Vereinssport weitaus stärker abzeichnen als beim Sport, der außerhalb von Vereinen betrieben wird.

Körperlich-sportliche Aktivität von Jugendlichen

„Wie häufig bist Du in deiner Freizeit körperlich so aktiv (z. B. beim Sport oder Fahrradfahren), dass Du dabei so richtig ins Schwitzen oder außer Atem kommst?“ Gemessen an dieser Frage, betätigen sich 89,9 % der Jungen im Alter von 11–17 Jahren und 78,5 % der Mädchen gleichen Alters mindestens einmal pro Woche körperlich. 64,7 % der Jungen und 43,7 % der Mädchen sind 3-mal oder häufiger pro Woche aktiv und erreichen damit die Mindestanforderung der aktuellen Empfehlungen zur körperlichen Aktivität. Dem eigentlich gewünschten Niveau fast täglicher Aktivität werden 28,2 % der Jungen und 17,3 % der Mädchen gerecht. Anders als bei Kindern treten bei Jugendlichen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu Ungunsten der Mädchen zutage. Außerdem fällt auf, dass die körperlich-sportliche Aktivität im Laufe der Adoleszenz weiter

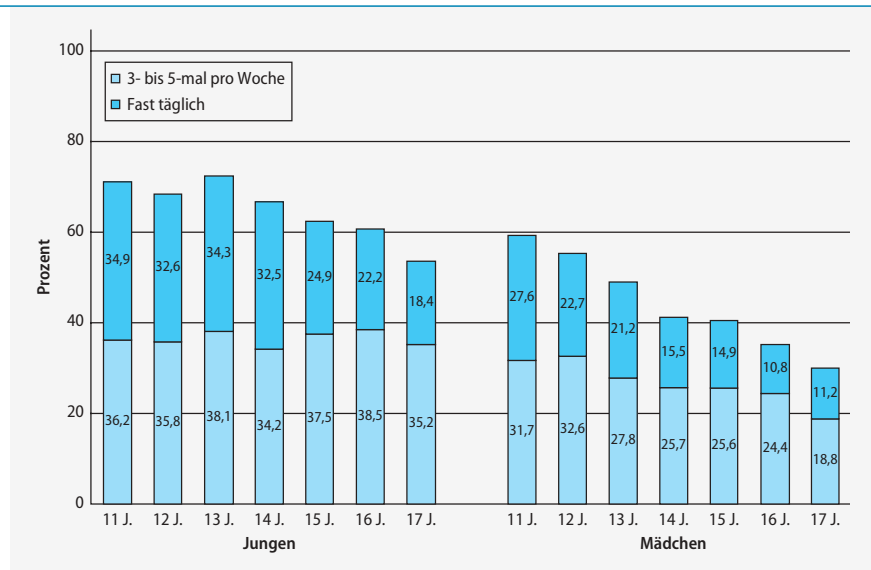


Abb. 3 ▲ Häufigkeit körperlich-sportlicher Aktivität bei 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen

abnimmt, was sich vor allem am Anteil der fast täglich Aktiven ablesen lässt. Im Alter von 17 Jahren sind nur noch 18,4 % der Jungen und 11,2 % der Mädchen fast jeden Tag aktiv (■ Abb. 3).

Die alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität von Jugendlichen lassen sich auch mit dem wöchentlichen Stundenumfang belegen. Im Durchschnitt verwenden die 11- bis 17-jährigen Jungen 7,8 Stunden pro Woche auf körperlich-sportliche Aktivitäten, die gleichaltrigen Mädchen hingegen nur 4,5 Stunden. Bei Jungen nimmt der wöchentliche Zeitaufwand im Altersgang von 8,0 bei den 11- bis 13-jährigen auf 7,8 Stunden bei den 14- bis 17-jährigen nur leicht ab, bei Mädchen geht er deutlicher zurück, und zwar von 5,1 auf 4,2 Stunden pro Woche.

Als „inaktiv“ werden im Folgenden die Jugendlichen bezeichnet, die sich in ihrer Freizeit weniger als einmal pro Woche körperlich-sportlich betätigen. In der Altersspanne der 11- bis 17-jährigen trifft dies auf 10,1 % der Jungen und 21,5 % der Mädchen zu. Bei den 17-jährigen zählen jeder sechste Junge und jedes dritte Mädchen zu dieser Gruppe. Anders als im Kindesalter zeigen sich in dieser Hinsicht bei Jungen nur sehr schwache Unterschiede nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion. Beispielsweise sind männliche Jugendliche aus der niedrigsten und mittleren Statusgruppe zu 10,3 % bzw. 10,2 % inaktiv im Vergleich zu 8,9 %

derjenigen aus der höchsten Statusgruppe. Ebenso gering sind die Unterschiede zwischen männlichen Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sowie aus den neuen und alten Bundesländern (■ Tabelle 3). Bei Mädchen zeigen sich hingegen bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität. Anhand des Sozialstatus lässt sich ein deutlicher Gradient zu Ungunsten der Mädchen aus der niedrigsten (28,1 %) im Vergleich zu denjenigen aus der mittleren und vor allem derjenigen aus der höchsten Statusgruppe (20,2 % bzw. 15,8 %) feststellen. Außerdem sind Mädchen mit Migrationshintergrund und aus den neuen Bundesländern zu einem höheren Anteil inaktiv als diejenigen ohne Migrationshintergrund und aus den alten Bundesländern.

Die Ergebnisse der multivariaten Auswertungen bestätigen diese Befunde (■ Tabelle 3). Ein signifikanter Einfluss des Sozialstatus, Migrationshintergrundes und der Wohnregion lässt sich nur bei Mädchen feststellen. Bei statistischer Kontrolle für Alter sind Mädchen aus der niedrigsten Statusgruppe 2,1-mal und Mädchen mit Migrationshintergrund und aus den neuen Bundesländern 1,4- bzw. 1,5-mal häufiger inaktiv als diejenigen aus den jeweiligen Vergleichsgruppen. Der signifikante Alterseffekt bringt zum Ausdruck, dass bei Jungen wie Mädchen die Chance auf körperlich-sportliche Inaktivität in der Altersspanne 11–17 Jahre mit

Tabelle 3

Bevölkerungsgruppenspezifische Prävalenzen für körperlich-sportliche Inaktivität (weniger als einmal pro Woche aktiv) bei 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen und Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratios (OR) und 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI)

	Körperlich-sportliche Inaktivität			
	Jungen		Mädchen	
	% [95 %-KI]	OR [95 %-KI]	% [95 %-KI]	OR [95 %-KI]
Alter (Jahre)		1,28 [1,20–1,36]		1,30 [1,24–1,36]
Sozialer Status				
Niedrig	10,3 [8,1–12,9]	1,28 [0,87–1,89]	28,1 [24,7–31,8]	2,13 [1,56–2,92]
Mittel	10,2 [8,4–12,1]	1,17 [0,81–1,69]	20,2 [18,0–22,6]	1,38 [1,05–1,80]
Hoch	8,9 [6,8–11,5]	Ref.	15,8 [12,9–19,2]	Ref.
Migrationshintergrund				
Ja	9,4 [6,9–12,7]	0,72 [0,46–1,11]	27,7 [24,0–31,7]	1,42 [1,09–1,85]
Nein	10,2 [9,0–11,6]	Ref.	20,1 [18,3–22,1]	Ref.
Wohnregion				
Neue Bundesländer	11,3 [8,9–14,2]	1,06 [0,75–1,48]	27,4 [24,5–30,5]	1,46 [1,20–1,79]
Alte Bundesländer	9,8 [8,5–11,3]	Ref.	20,1 [18,2–22,1]	Ref.
Modellgüte				
–2LL ^a		2310,20***		3479,63***
Model Improvement		5,51		72,57***

^a –2LL: Doppelter negativer Wert des Logarithmus der Likelihood-Funktion; Model Improvement: Verbesserung der Modellgüte durch Aufnahme der Variablen Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion; Signifikanzniveau: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

jedem Lebensjahr im Durchschnitt um etwa 30 % zunimmt.

Diskussion

Die ersten Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass drei Viertel der Kinder im Alter von 3–10 Jahren mindestens einmal und ein Drittel mindestens 3-mal in der Woche Sport treiben. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass ein Viertel der Kinder dieses Alters nicht regelmäßig sportlich aktiv ist. Wie hoch der Anteil der Kinder ist, die sich zu wenig bewegen, lässt sich auf Grundlage dieser Ergebnisse nicht beurteilen, da hierzu neben dem Sport auch die körperliche Aktivität im Alltag betrachtet werden müsste. Der KiGGS-Kern-Survey stellt in dieser Hinsicht keine aussagekräftigen Informationen zur Verfügung. Im Rahmen der Elternbefragung wurde einzig erhoben, wie häufig die Kinder im Freien spielen [28]. Ein umfassendes Bild über das Bewegungsverhalten von Kindern wird sich durch die noch ausstehende Auswertung der Daten des an den Kern-Survey angeschlossenen Motorik-Zusatzmoduls ergeben. Diese erlauben nicht nur eine diffe-

renzierte Betrachtung der Sportausübung unter Berücksichtigung der Häufigkeit, Dauer, Intensität und Organisationsform einschließlich des Schulsports, sondern erteilen zudem Auskunft über die körperliche Aktivität im Alltagsleben der Kinder [27].

Bei Jugendlichen im Alter von 11–17 Jahren ist eher als bei Kindern eine Bewertung des Bewegungsverhaltens möglich, da sich das im Kern-Survey eingesetzte Instrument explizit auf die körperliche und sportliche Aktivität bezieht und sich die Frageformulierung eng an die vorhandenen Empfehlungen anlehnt. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass sich die Mehrzahl der Jugendlichen mindestens einmal in der Woche körperlich-sportlich betätigt. Ein Drittel der Jungen und mehr als die Hälfte der Mädchen ist aber weniger als 3-mal in der Woche aktiv und erreicht damit nicht die empfohlene Mindestanforderung an ein gesundheitsförderliches Bewegungsverhalten [11]. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich diese Mindestanforderung in erster Linie an Erwachsene richtet und verschiedene Expertengruppen für Kinder und Jugendliche eine moderate körperlich-sportliche

Aktivität von mindestens einer Stunde an fast jedem Tag empfehlen [29, 30]. Diese Vorgabe wird – legt man die KiGGS-Daten zugrunde – lediglich von jedem vierten Jungen und jedem sechsten Mädchen im Alter von 11–17 Jahren erreicht.

Auch wenn mit den ersten Ergebnissen der KiGGS-Studie nicht alle relevanten Fragen zur körperlich-sportlichen Aktivität in der heranwachsenden Generation beantwortet werden können, so zeigen sie doch ein großes Potenzial für sport- und bewegungsfördernde Maßnahmen und Programme auf. Dass diese zielgruppenspezifisch auszurichten sind, wird unter anderem durch die aufgezeigten Alters- und Geschlechtsunterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität deutlich. Insbesondere bei den 14- bis 17-Jährigen lässt sich eine erhebliche Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand feststellen, die bei Mädchen noch stärker ausfällt als bei Jungen. Daneben weisen die gerade im Kindesalter vorhandenen Unterschiede nach Sozialstatus, Migrationshintergrund und Wohnregion auf mögliche Ansatzpunkte für eine zielgruppenorientierte Sport- und Bewegungsförderung hin. Die Ursachen für diese Unterschiede

lassen sich mit den KiGGS-Daten nicht eindeutig klären. Dass sie beim Vereins-sport deutlich stärker zum Ausdruck kommen als beim Sport, der außerhalb von Vereinen betrieben wird, weist aber auf mögliche Erklärungsansätze hin. Dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus seltener in Sportvereinen aktiv sind, könnte mit den bei einigen Sportarten beträchtlichen Mitgliedsbeiträgen und den darüber hinaus anfallenden Kosten, z. B. für Sportausrüstungen und Vereinsreisen, zusammenhängen. Der finanzielle Aspekt dürfte auch bei Kindern mit Migrationshintergrund zum Tragen kommen, da deren Familien überproportional von Armut betroffen sind [31]. Bei Migrantenkindern könnten auch kulturelle Barrieren eine Rolle spielen, insbesondere bei Mädchen, für die bisweilen aufgrund ethnischer oder religiöser Vorbehalte nicht einmal die Teilnahme am Schulsport selbstverständlich ist. Bei der Bewertung der Ost-West-Unterschiede beim Vereinssport ist zu berücksichtigen, dass nach der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern viele Sportinfrastrukturen weggebrochen sind [5]. Außerdem sind die Eltern der heutigen Kinder noch durch das stark leistungsorientierte Sportfördersystem der DDR gegangen, was zu generellen Vorbehalten gegenüber dem Vereinssport geführt haben könnte.

Die gruppenspezifischen Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität sollten bei der Planung und Umsetzung von sport- und bewegungsfördernden Programmen berücksichtigt werden. Erreichen lässt sich eine Erhöhung der körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen wahrscheinlich nur durch ein Bündel sich ergänzender und aufeinander abgestimmter Maßnahmen und Programme. Große Bedeutung kommt dabei settingbezogenen Ansätzen zu, die Kinder und Jugendliche z. B. in der Schule und im Verein ansprechen und zu mehr Bewegung und Sport motivieren, was auch eine entsprechende Qualifizierung von Sportlehrern und Übungsleitern voraussetzt [32, 33]. Impulse können zudem von massenmedialen Informations- und Aufklärungskampagnen ausgehen, die auf den Stellenwert des Sports für die Gesundheit und das Wohlbefinden hinweisen, wobei Verbindungen zu anderen

Aspekten des Gesundheits- und Freizeitverhaltens der Kinder und Jugendlichen hergestellt werden sollten [34]. Nicht zuletzt ist am Erhalt und der Schaffung der infrastrukturellen Voraussetzungen anzusetzen, angefangen von Spielmöglichkeiten und Bewegungsräumen, die gerade in Großstädten knapp werden, bis hin zu attraktiven, frei zugänglichen Sportstätten [8, 35].

Korrespondierender Autor

Dr. Thomas Lampert

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin, BRD
E-Mail: LampertT@rki.de

Literatur

1. US Department of Health and Human Services (1996) Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Centers of Disease Control and Prevention. CDC, Atlanta
2. Sallis JF, Owen N (1998) Physical activity and behavioural medicine. Sage, Thousand Oaks
3. Woll A, Bös K (2004) Wirkungen von Gesundheitssport. *Bewegungsther Gesundheitsport* 20:1–10
4. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T (1994) Physical activity, fitness and health: international proceedings and consensus statement. Human Kinetics Publishers, Champaign
5. Pfeifer K (2003) Bewegungs- und Sporttherapie in der Rehabilitation. *Public Health Forum* 41:18–19
6. Rütten A, Abu-Omar K, Lampert T, Ziese T (2005) Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 26. Robert Koch-Institut, Berlin
7. Malina RM (1996) Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Res Quarterly Exercise Sport* 67(Suppl 3):S48–S57
8. Telama R, Yang X, Laasko L, Viikari J (1997) Physical activity in childhood and adolescence as predictor of physical activity in young adulthood. *Am J Preventive Med* 13:317–323
9. Lee IM, Pfaffenbarger RS, Hsieh CC (1992) Time trends in physical activity among college alumni, 1962–1988. *Am J Epidemiol* 135:915–925
10. Pate RR, Trost SG, Dowda M et al. (1999) Tracking of physical activity, physical inactivity and health related physical fitness in rural youth. *Pediatric Exercise Sc* 11:364–376
11. Pate RR, Pratt M, Blair SN (1995) Physical activity and public health. *J Am Medical Association* 273: 281–289
12. Mensink GBM (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
13. Bös K (1999) Kinder und Jugendliche brauchen Sport. In: Fessler N et al. (Hrsg) Gemeinsam etwas bewegen! Sportverein und Schule – Schule und Sportverein in Kooperation. Hofmann, Schorndorf, S 68–83

14. Richter M, Settertobulte W (2003) Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg) Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim München; S 99–157
15. Mensink GBM (1999) Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen* 61(Sonderheft):S126–S131
16. Lampert T, Mensink GBM, Ziese T (2005) Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:1357–1364
17. Fuchs R (1989) Sportliche Aktivität bei Jugendlichen. Entwicklungsverlauf und sozial-kognitive Determinanten. bps, Köln
18. Kurz D, Sack HG, Brinkhoff K-P (1996) Kindheit, Jugend und Sport in Nordrhein-Westfalen. Der Sportverein und seine Leistungen. Eigenverlag, Düsseldorf
19. Woll A (2004) Diagnose von körperlich-sportlicher Aktivität. *Z Sportpsychologie* 11:1–17
20. Kurth B-M (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:533–546
21. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Non-response-Analyse. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:547–556
22. Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:557–566
23. Döller R, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Datenmanagement. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50: 567–572
24. Filipiak-Pittroff B, Wölke G (2007) Externe Qualitätssicherung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Vorgehensweise und Ergebnisse. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:573–577
25. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:578–589
26. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:590–599
27. Opper E, Worth A, Wagner M et al. (2006) Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:879–888
28. Kurth B-M (2006) Tagungsbericht. Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 49:1050–058

29. Cavill N, Biddle S, Sallis JF (2001) Health enhancing physical activity for young people: Statements of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatric Exercise Sci* 13:12–15
30. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B (2001) A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Arch Pediatric Adolescent Med* 155:554–559
31. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebensverhältnisse in Deutschland. 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Eigenverlag, Berlin
32. Leppin A, Kolip P, Hurrelmann K (1996) Gesundheitsförderung in der Schule. *Prävention – Z Gesundheitsförderung* 19:52–54
33. Hoffmann A, Brandt R, Schlicht W (2006) Körperliche Bewegung. In: Lohaus A, Jerusalem M, Klein-Heßling J (Hrsg) *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Hogrefe, Göttingen, S 201–219
34. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003) Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport. Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Eigenverlag, Köln
35. Fuchs R (2003) *Sport, Gesundheit und Public Health*. Hogrefe, Göttingen

Deutscher Hausärzterverband e.V., BARMER Ersatzkasse (Hrsg.)

Hausarzt Handbuch Prävention

München: MED.KOMM. Verlag 2007, 128 S. (ISBN 978-3-9809457-2-1)

Derzeit gibt es vielfältige Bemühungen, mit präventiven Leistungen den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Ein großes Pensum präventiver Arbeit leistet dabei der Hausarzt durch die alltägliche Beratung der Patienten zu Fragen der Gesunderhaltung und der Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Anfang dieses Jahres haben die BARMER Ersatzkasse und der Deutsche Hausärzterverband das Hausarzt Handbuch Prävention herausgegeben. Dieses Handbuch richtet sich in erster Linie an Hausärzte. Es möchte wertvolle Impulse und Hilfestellungen für die tägliche Arbeit in der ärztlichen Praxis bereitstellen und weitere Anstöße geben, Prävention noch stärker in den Blickwinkel des hausärztlichen Handelns zu rücken.

Das Handbuch gliedert sich in zwei Teile. Im ersten, allgemeinen Teil werden in je sechs Unterkapiteln Ziele, Zielgruppen und Formen von Prävention und Gesundheitsförderung behandelt sowie Strategien und Methoden, Handlungsfelder und gesetzliche Rahmenbedingungen thematisiert. Fragen der Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Chancen für präventives Handeln im Hinblick auf die Entwicklung neuer Versorgungsformen werden in diesem ersten Grundlagenkapitel ebenfalls angesprochen.

Der zweite, spezielle Teil untergliedert sich in drei Themenschwerpunkte. Im ersten Teil werden Aufgabenfelder des Hausarztes bei Primärprävention, Schutzimpfungen, Früherkennung und Patientenschulungen aufgezeigt. Der zweite Teil führt sodann in zielgruppenspezifische Ansätze der Prävention ein. Schließlich werden im dritten Themenschwerpunkt für die wichtigsten Krankheitsbilder – hier sind beispielhaft Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und Infektionskrankheiten genannt – spezifische Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention vorgestellt.

Dieses Handbuch gibt in nutzerfreundlicher und praxisorientierter Weise einen sehr guten Überblick über den gegenwärtigen Wissensstand zu Gesundheitsförderung und

Prävention. Die Informationen werden dem Leser gut aufbereitet in einer Vielzahl von Abbildungen und Tabellen präsentiert. In den Randleisten jedes Artikels sind jeweils kurze Zusammenfassungen vermerkt, die für eine schnelle Orientierung sorgen. Die Informationen werden außerdem durch nützliche und interessante Adressen und Internet-Links ergänzt.

Insgesamt ist dieses Handbuch ein wertvolles Hilfsmittel für den Arzt in der Kommunikation mit den Patienten. Darüber hinaus ist es allen, die im Bereich der Prävention tätig sind, sehr zu empfehlen.

Doreen Klein (Dresden)