



## Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen

### Hintergrund

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter stellen aus Public Health-Sicht ein Problem dar (1), auch wenn in den letzten Jahren die Zahlen auf einem konstanten Niveau verblieben (2). So werden aus übergewichtigen Kinder und Jugendlichen zumeist auch übergewichtige Erwachsene (3). Zudem stellen sich auch kurz- und langfristige gesundheitliche Folgen des Übergewichts bereits im Kindes- und Jugendalter ein. Hierbei sind u.a. kardiovaskuläre, orthopädische und metabolische Veränderungen und Erkrankungen aber auch Einschränkungen in der Lebensqualität (einschließlich Stigmatisierung) zu nennen (1; 4). Die Entstehung von Übergewicht ist auf das Zusammenspiel genetischer Dispositionen, übergewichtsfördernder Verhaltensweisen (z.B. Ernährung, körperliche Aktivität, Fernsehkonsum) sowie sozio-ökonomischer und umweltbezogener Rahmenbedingungen zurückzuführen (1). Untergewicht stellt ebenfalls ein gesundheitsrelevantes Thema dar, das allerdings häufig ausgeklammert bleibt.

### Wie wurde das Körpergewicht erfasst?

Die Jugendlichen gaben an, wieviel sie ohne Kleidung wiegen (in kg) und wie groß sie ohne Schuhe sind (in cm). Aus diesen Angaben wurde der Body-Mass-Index (BMI) nach der Formel „Gewicht (kg) geteilt durch die quadrierte Körperhöhe (m)“ berechnet. Körpergewichtsklassen wurden nach alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen der deutschen Referenzpopulation gebildet (5). Dabei gilt ein BMI-Wert unterhalb des 10. Perzentils als „Untergewicht“, zwischen dem 10. und 90. Perzentil als „Normalgewicht“, oberhalb des 90. bis zum 97. Perzentil als „Übergewicht“ und oberhalb des 97. Perzentils als „Adipositas“. Die Tabellen 1 und 2 am Ende des Faktenblatts zeigen, wie sich die die Gewichtskategorien von „Untergewicht“ bis hin zu „Adipositas“ differenziert nach Alterskategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund für Mädchen und Jungen verteilen. In Abbildung 1 wird

der Anteil der Mädchen und Jungen dargestellt, die übergewichtig oder adipös sind.

### Hauptergebnisse

- 8,5% der Mädchen und 10,8% der Jungen sind übergewichtig oder adipös. Ein leichter Geschlechterunterschied zu Ungunsten der Jungen ist in allen Alterskategorien zu sehen. Der Unterschied ist mit 4,9 Prozentpunkten bei den 15-Jährigen am höchsten.
- Als untergewichtig werden 15,1% der Mädchen und 10,9% der Jungen klassifiziert. Der Geschlechterunterschied ist über alle Alterskategorien hinweg ähnlich groß.
- Während bei den Jungen der Anteil an übergewichtigen/adipösen von den 13- zu den 15-Jährigen leicht ansteigt, steigt dieser bei den Mädchen zunächst von den 11- zu den 13-jährigen leicht an und fällt dann zu den 15-Jährigen leicht ab. Bei Jungen und Mädchen sinkt der Anteil der Untergewichtigen von den 11- zu den 15-Jährigen (Mädchen -8,8 Prozentpunkte; Jungen -7,7 Prozentpunkte).
- Die Analysen zum Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand zeigen für Jungen und Mädchen ein ähnliches Muster für Übergewicht/Adipositas: Je höher der familiäre Wohlstand, desto weniger Jugendliche sind übergewichtig oder adipös (Mädchen -5,4 Prozentpunkte; Jungen -7,7 Prozentpunkte). Für das Untergewicht zeigt sich nur für Mädchen ein Zusammenhang mit dem familiären Wohlstand: Je höher der familiäre Wohlstand desto höher der Anteil an untergewichtigen Mädchen.
- Für den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Gewichtskategorien zeigt sich: Mädchen und Jungen ohne Migrationshintergrund weisen den geringsten Anteil an Übergewicht/Adipositas auf. Zudem sinkt für Jungen der Anteil an Untergewichtigen mit einseitigem bis hin zu einem beidseitigen Migrationshintergrund stetig ab.

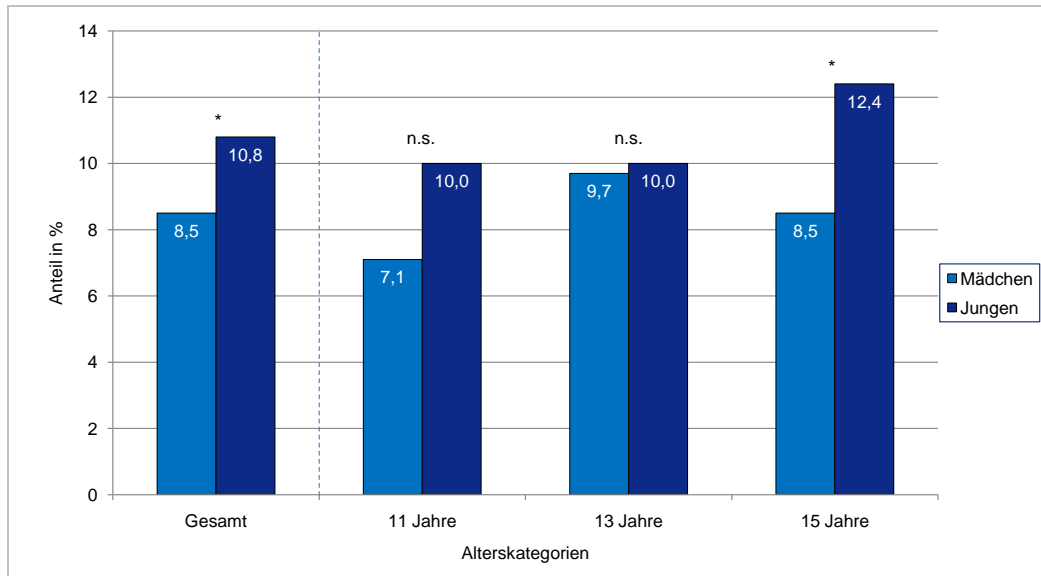


Abbildung 1: Geschlechts- und altersspezifischer Anteil (in %) an Mädchen und Jungen, die übergewichtig oder adipös sind (\*:  $p < 0,05$ , n.s.: nicht signifikant)

## Bewertung und Schlussfolgerungen

Die HBSC-Daten der Welle 2009/10 zeigen, dass ein nennenswerter Anteil der Jungen und Mädchen angibt, übergewichtig oder adipös zu sein. Die Tatsache, dass einerseits übergewichtige Kinder und Jugendliche auch mit höherer Wahrscheinlichkeit zu übergewichtigen Erwachsenen werden und dass andererseits auch direkte Folgen für die Kinder- und Jugendgesundheit durch Übergewicht zu erwarten sind, spricht für ein frühzeitiges Intervenieren. Ansätze der Prävention müssen aufgrund des multifaktoriellen Ursachengeflechts des Übergewichts (1) an verschiedenen Verhaltensweisen und ihren Einflussfaktoren auf sozialer sowie auf personen- und umweltbezogener Ebene (z.B. Verfügbarkeit von Bewegungsmöglichkeiten und Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln in Schule und Wohnumwelt, Fernseher im Kinderzimmer) ansetzen (6). Die Daten weisen zudem darauf hin, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem geringeren familiären Wohlstand sowie eher Jungen und Jugendliche mit Migrationshintergrund prioritäre Zielgruppen der Übergewichtsprävention darstellen. Zusätzlich ist festzustellen, dass auch dem Untergewicht eine stärkere Bedeutung bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen zum Körpergewicht zu kommen sollte. Hier stellen die Mädchen eine prioritäre Zielgruppe dar.

## Literatur

- Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O., Iannotti, R., Kelly, C., Borraccino, A., et al. (2009). Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *International Journal of Public Health*, 54, S167-S179.
- Rokholm, B., Baker, J. L. & Sorensen, T. I. (2010). The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999 - a review of evidence and perspectives. *Obesity Reviews*, 11(12), 835-846.
- Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., van Mechelen, W. & Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 9(5), 474-488.
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J. & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282-304.
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M. & Kunze, D. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, 149, 807-818.
- Salmon, J. & King, A. C. (2010). Population approaches to increasing physical activity and reducing sedentary behaviour among children and adults. In D. Crawford, R. W. Jeffery, K. Ball & J. Brug (Eds.), *Obesity epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung von Körpergewichtskategorien bei **Mädchen** nach Alterskategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund

	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
	%	%	%	%
<b>Mädchen gesamt (n=2.088) ♀</b>	15,1	76,4	4,9	3,6
<b>Alterskategorien</b>				
11 Jahre (n=650)	20,5	72,4	3,5	3,6
13 Jahre (n=666)	14,1	76,3	6,1	3,6
15 Jahre (n=772)	11,7	79,7	5,0	3,6
<b>Familiärer Wohlstand</b>				
Niedrig (n=192)	12,8	75,0	5,6	6,6
Mittel (n=785)	13,9	75,9	5,0	5,2
Hoch (n=1.066)	16,4	76,8	4,8	2,0
Fehlend (n=45)	17,8	82,2	0,0	0,0
<b>Migrationshintergrund (n=2.087)</b>				
Kein (n=1.607)	15,5	76,4	4,9	3,3
Einseitig (n=146)	13,5	75,7	6,1	4,7
Beidseitig (n=334)	14,2	76,7	4,4	4,7
<b>Gesamt</b>				
Jungen und Mädchen (n=4.100)	13,1	77,3	6,2	3,5

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung von Körpergewichtskategorien bei **Jungen** nach Alterskategorie, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund

	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
	%	%	%	%
<b>Jungen gesamt (n=2.012) ♂</b>	10,9	78,3	7,4	3,3
<b>Alterskategorien</b>				
11 Jahre (n=712)	14,5	75,5	7,1	2,9
13 Jahre (n=674)	10,8	79,2	7,5	2,5
15 Jahre (n=626)	6,8	80,8	7,9	4,6
<b>Familiärer Wohlstand</b>				
Niedrig (n=118)	10,0	73,3	10,0	6,7
Mittel (n=689)	10,6	76,8	8,0	4,6
Hoch (n=1.149)	10,7	80,2	6,8	2,2
Fehlend (n=56)	19,3	70,2	8,8	1,8
<b>Migrationshintergrund (n=2.010)</b>				
Kein (n=1.558)	12,2	78,1	7,3	2,4
Einseitig (n=166)	5,4	79,8	8,9	6,0
Beidseitig (n=286)	6,8	79,1	7,5	6,5
<b>Gesamt</b>				
Jungen und Mädchen (n=4.100)	13,1	77,3	6,2	3,5

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:  
HBSC-Team Deutschland\* (2011). Studie Health Behaviour in  
School-aged Children – Faktenblatt „Körpergewicht von Kindern  
und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating  
Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

## **Kontakt**

Prof. Dr. Petra Kolip  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
WHO Collaborating Centre for Child and  
Adolescent Health Promotion  
Postfach 100131  
33501 Bielefeld

E-Mail: [hbsc@uni-bielefeld.de](mailto:hbsc@uni-bielefeld.de)



---

\*Das HBSC Team Deutschland setzt sich aus den folgenden Standorten zusammen: Universität Bielefeld (Leitung: Prof. Dr. Petra Kolip); Technische Universität Dresden (Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Melzer); Fachhochschule Frankfurt a.M. (Leitung: Prof. Dr. Andreas Klocke); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Leitung: Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer)