

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 bei Heranwachsenden 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, übergewichtsförderndem Verhalten (z.B. Ernährung, körperliche Aktivität, Fernsehkonsum) sowie sozioökonomischer 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 ihr Gewicht (in kg) und ihre Größe (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)¹. Ein BMI-Wert unterhalb des 10. Perzentils gilt als „Untergewicht“, zwischen dem 10. & 90. Perzentil als „Normalgewicht“, oberhalb des 90. bis zum 97. Perzentil als „Übergewicht“ und oberhalb des 97. Perzentils als „Adipositas“. Die Tabellen 1 & 2 zeigen, wie sich diese Kategorien differenziert nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund verteilen. In Abbildung 1 wird der Anteil dargestellt, die übergewichtig/adipös sind.

Hauptergebnisse

- 7,8% der Mädchen und 10,1% der Jungen sind übergewichtig oder adipös. Ein leichter Geschlechterunterschied zu Ungunsten der Jungen ist in allen Alterskategorien zu sehen. Der Unterschied ist mit 3,7 Prozentpunkten bei den 15-Jährigen am höchsten. Als untergewichtig werden 17,8% der Mädchen und 12,6% der Jungen klassifiziert.
- Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der übergewichtigen/adipösen Jungen an. Auch Mädchen im Alter von 13 und 15 Jahren sind häufiger übergewichtig oder adipös als im Alter von 11.
- Je höher der familiäre Wohlstand, desto weniger Jugendliche sind übergewichtig oder adipös. Jungen und Mädchen mit hohem familiären Wohlstand sind jedoch auch häufiger von Untergewicht betroffen im Vergleich zu Heranwachsenden mit niedrigerem familiären Wohlstand.
- Mädchen und Jungen ohne Migrationshintergrund weisen den geringsten Anteil an Übergewicht/Adipositas auf. Von Untergewicht betroffen sind häufiger Jungen und Mädchen ohne Migrationshintergrund im Vergleich zu jenen mit einseitigem oder beidseitigem Migrationshintergrund. Nur gut zwei von drei Mädchen mit einseitigem Migrationshintergrund haben Normalgewicht, während es in den anderen Gruppen meist rund drei Viertel der Kinder und Jugendlichen sind.
- Der Geschlechterunterschied ist über alle Alterskategorien hinweg ähnlich groß. Insgesamt zeigt sich, dass Jungen häufiger von Übergewicht/Adipositas und Mädchen häufiger von Untergewicht betroffen sind.

¹ Die aus der Forschung bekannten Abweichungen (Unterschätzung) bei der Selbsteinschätzung durch Jugendliche [6] bleiben hierbei aus Gründen der Vergleichbarkeit mit vorhergehenden Untersuchungen unberücksichtigt. Methodische Erläuterungen zur HBSC-Studie 2013/14 finden Sie auf dem Faktenblatt „Methodik der HBSC-Studie“ unter <http://hbsc-germany.de/downloads/>.

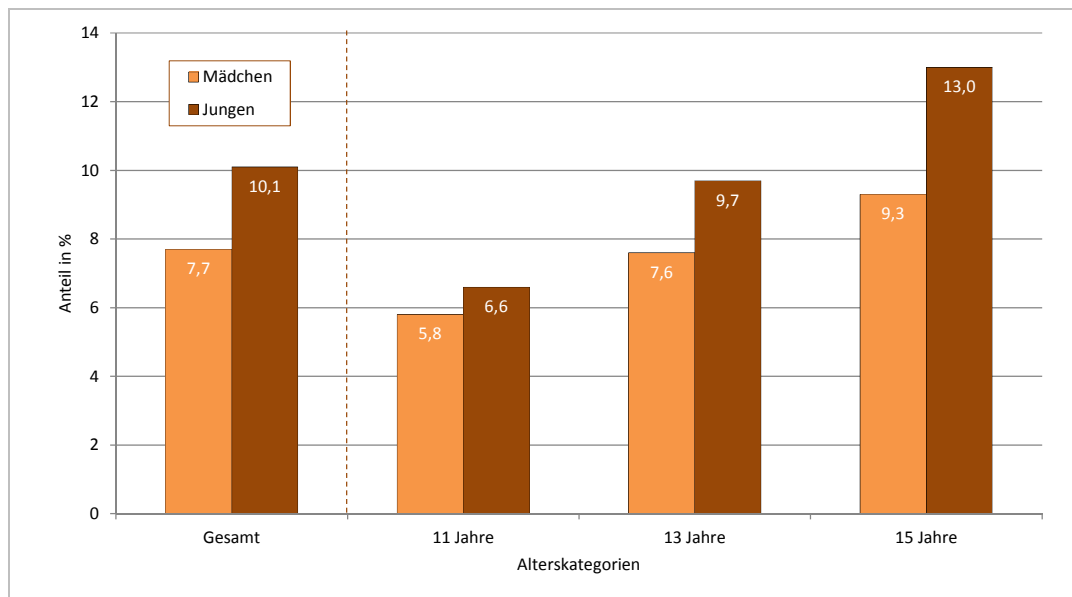


Abbildung 1: Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas, nach Alter und Geschlecht (in %)

Bewertung und Schlussfolgerungen

Die HBSC-Daten der Welle 2013/14 zeigen, dass ein nennenswerter Anteil der Jungen und Mädchen an gibt, 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 sollten jüngere SchülerInnen, aber auch Mädchen aller Altersklassen in den Fokus rücken (7).

Literatur

1. Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O. 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, 167-179.
2. 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.
3. Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W. et al. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 9(5), 474-488.
4. 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.
5. Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M. & Kunze, D. (2001). Perzentile für den Body Mass Index für Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 807-818.
6. Ellert, U., Brettschneider, A.-K., Wiegand, S. et al. (2014): Applying a correction procedure to the prevalence estimates of overweight and obesity in the German part of the HBSC study. *BMC research notes* 7, 181.
7. 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: Körpergewichtskategorien von **Mädchen**, nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (in %)²

	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
	%	%	%	%
Mädchen gesamt (n=2.329)	17,8	74,4	4,9	2,8
Alterskategorien				
11 Jahre (n=662)	22,6	71,6	3,8	2,0
13 Jahre (n=902)	18,3	74,0	4,9	2,7
15 Jahre (n=966)	14,1	76,7	5,7	3,5
Familiärer Wohlstand (n=2241)				
Niedrig (n=331)	15,7	71,0	8,2	5,1
Mittel (n=1.401)	17,1	75,3	4,6	2,9
Hoch (n=509)	21,5	73,8	3,6	1,2
Migrationshintergrund (n=2.329)				
Kein (n=1.647)	18,4	75,2	4,2	2,1
Einseitig (n=258)	19,5	68,5	7,0	5,1
Zweiseitig (n=424)	14,1	75,4	6,5	4,1
Gesamt				
Jungen und Mädchen (n=4.859)	15,1	75,9	5,9	3,1

Tabelle 2: Körpergewichtskategorien von **Jungen**, nach Alter, familiärem Wohlstand und Migrationshintergrund (in %)²

	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
	%	%	%	%
Jungen gesamt (n=2.530)	12,6	77,2	6,8	3,3
Alterskategorien				
11 Jahre (n=594)	17,9	75,5	4,5	2,1
13 Jahre (n=820)	12,0	78,4	6,5	3,1
15 Jahre (n=915)	9,6	77,3	8,8	4,3
Familiärer Wohlstand (n=2427)				
Niedrig (n=484)	8,0	78,8	8,0	5,1
Mittel (n=1.498)	13,8	75,8	6,9	3,5
Hoch (n=445)	13,1	80,4	5,6	0,9
Migrationshintergrund (n=2.529)				
Kein (n=1.890)	13,9	77,3	6,5	2,3
Einseitig (n=243)	11,3	76,3	7,5	5,0
Zweiseitig (n=396)	7,4	77,4	8,1	7,1
Gesamt				
Jungen und Mädchen (n=4.859)	15,1	75,9	5,9	3,1

² Angaben in n beziehen sich auf die Grundgesamtheit aller befragten SchülerInnen

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:
HBSC-Studienverbund Deutschland* (2015). Studie Health Behaviour
in School-aged Children – Faktenblatt „Körpergewicht von Kindern
und Jugendlichen“.

Kontakt

Prof. Dr. Matthias Richter
Institut für Medizinische Soziologie (IMS)
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Tel +49 (0) 345 | 557 1166
Fax +49 (0) 345 | 557 1165

E-Mail: hbsc-germany@medizin.uni-halle.de



*Der HBSC-Studienverbund Deutschland setzt sich aus den folgenden Standorten zusammen: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Prof. Dr. Matthias Richter, Leitung), Universität Bielefeld (Prof. Dr. Petra Kolip); Technische Universität Dresden (Prof. Dr. Wolfgang Melzer); Frankfurt University of Applied Sciences (Prof. Dr. Andreas Klocke); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravensieberer), Hochschule Magdeburg-Stendal (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck)