



Themenblatt

# Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Die Ursache von Adipositas im Kindes- und Jugendalter erscheint zunächst klar: die Energieaufnahme der Heranwachsenden übersteigt dauerhaft deren Energieverbrauch. Ein genauer Blick auf die Ursachen zeigt aber, dass Adipositas im Kindes- und Jugendalter von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Die unterschiedlichen genetischen Voraussetzungen interagieren mit einer sich wandelnden Umwelt, die häufig einen sitzenden Lebensstil begünstigt und von einem Überangebot an energiereichen Lebensmitteln geprägt ist. Die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen wie die Familie, die Kita, die Schule sowie die unmittelbare Wohnumgebung werden ihrerseits durch soziale, ökonomische und politische Rahmenbedingungen beeinflusst. Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann daher einerseits beim Individuum auf das Wechselspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren zurückgeführt werden. Andererseits sind Kinder und Jugendliche in bestimmten Bevölkerungsgruppen und Entwicklungsphasen besonders anfällig für die Entwicklung von Adipositas.

Die auf diesem Themenblatt dargestellten Indikatoren sind Bestandteil des AdiMon-Indikatorensystems. Ziel von AdiMon ist es, regelmäßig aktualisierte und bevölkerungsweit aussagekräftige Daten über die Einflussfaktoren der Adipositas, umgesetzte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie über die Verbreitung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter systematisch zusammenzustellen und öffentlich verfügbar zu machen.

## Kernaussagen

- Laut KiGGS Welle 2 (2014–2017) sind 15,4 % der Kinder und Jugendlichen von Übergewicht betroffen, 5,9 % haben eine Adipositas.
- Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) sind die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen bei Kindern und Jugendlichen weitgehend unverändert.
- Die Schuleingangsuntersuchungen liefern einen Hinweis darauf, dass sich die Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern regional unterscheiden können.

## Hintergrund

Adipositas kann bereits in der Kindheit und Jugend zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen und bis ins Erwachsenenalter negative gesundheitliche Folgen haben. So können Kinder und Jugendliche mit Adipositas häufiger metabolische Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Insulinresistenzen aufweisen als normalgewichtige Kinder und Jugendliche [1]. Darüber hinaus werden sie aufgrund der Stigmatisierung von Personen mit Adipositas häufig mit psychosozialen Belastungen konfrontiert, die z. B. das Selbstwertgefühl vermindern können [2]. Wer in jungen Jahren von Adipositas betroffen ist, bleibt es häufig auch im Erwachsenenalter [3]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Adipositas bei einigen Kindern in der späteren Kindheit oder Jugend zurückbildet, während andere Kinder in dieser Lebensphase eine Adipositas entwickeln [4, 5]. Im Erwachsenenalter steht Adipositas in Verbindung mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre, metabolische und bestimmte Krebserkrankungen sowie mit einer erhöhten Gesamtmortalität [6–8]. Im Folgenden wird auch auf die Verbreitung von Übergewicht eingegangen, da Kinder und Jugendliche mit Übergewicht ein erhöhtes Adipositasrisiko aufweisen [4].

## Indikatoren und Datenquellen

Indikatoren sind die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen von 3- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen (Indikatoren A.1.1 und A.1.2) sowie die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen von Mädchen und Jungen im Einschulungsalter (Indikatoren A.1.3 und A.1.4). Die Bestimmung von **i** Übergewicht und Adipositas erfolgt entsprechend der Empfehlung der Arbeitsgemein-

schaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild [9].

**i** Übergewicht und Adipositas werden häufig über den Body-Mass-Index (BMI) bestimmt. Der BMI ergibt sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die quadrierte Körpergröße in Metern ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Bei Kindern und Jugendlichen wird der BMI mit alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwerten verglichen. In Deutschland werden zumeist die Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild verwendet [10].

Datenquellen sind die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS-Studie) des Robert Koch-Instituts (RKI) und die Schuleingangsuntersuchungen der Gesundheitsämter. Die KiGGS-Studie basiert auf einer bundesweiten bevölkerungsrepräsentativen Einwohnermeldeamtstichprobe und liefert Querschnitts- und Längsschnittdaten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland [11]. Die verwendeten Daten stammen aus der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und der KiGGS Welle 2 (2014–2017) [12, 13]. In beiden Erhebungen wurden die Körpergröße und das Körpergewicht der Teilnehmenden standardisiert gemessen.

Die Schuleingangsuntersuchungen liefern Daten über den Gesundheitszustand von Kindern, die kurz vor der Einschulung stehen [14]. Hierzu gehört auch eine Messung der Körpergröße und des Körpergewichts der Kinder. Alle zwei Jahre werden die Daten zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern im Auftrag der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesund-

heitsbehörden (AOLG) durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL Bayern) bei den Bundesländern abgefragt. Die auf diesem Themenblatt berichteten Daten stammen aus der Abfrage des Jahres 2019 [15]. Im Vergleich zur KiGGS-Studie, die bundesweit aussagekräftige Daten für Kinder und Jugendliche von 3 bis 17 Jahren liefert, ermöglichen die Schuleingangsuntersuchungen Aussagen über die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern in den Bundesländern. Vergleiche zwischen den Bundesländern und Rückschlüsse auf die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen auf Bundesebene sind mit den Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen aus methodischen Gründen nur eingeschränkt möglich.

## Ergebnisse

Laut KiGGS Welle 2 (2014–2017) sind in Deutschland unter Verwendung der Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild 15,4 % der Kinder und Jugendlichen von Übergewicht betroffen, 5,9 % haben eine Adipositas (Indikatoren A.1.1 und A.1.2). Mit zunehmendem Alter steigen die Übergewichtsprävalenzen von 9,0 % bei 3- bis 6-Jährigen auf 17,4 % bei 14- bis 17-Jährigen, wobei die höchste Prävalenz mit 20,6 % bei 11- bis 13-Jährigen zu beobachten ist. Die Adipositasprävalenzen steigen von 2,0 % bei 3- bis 6-Jährigen auf 8,5 % bei 14- bis 17-Jährigen. Zwischen Mädchen und Jungen sind keine ausgeprägten Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zu beobachten. Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) sind die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen weitgehend unverändert. Weiterführende Auswertungen der KiGGS-Daten zeigen, dass die Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas in niedrigen sozialen Statusgruppen deutlich höher ausfallen als in mittleren und hohen sozialen Statusgruppen [12].

Gemäß den Daten aus der Abfrage bei den Bundesländern aus dem Jahr 2019 sind bei den Schuleingangsuntersuchungen zwischen 8,1 % und 13,0 % der Kinder von Übergewicht und zwi-

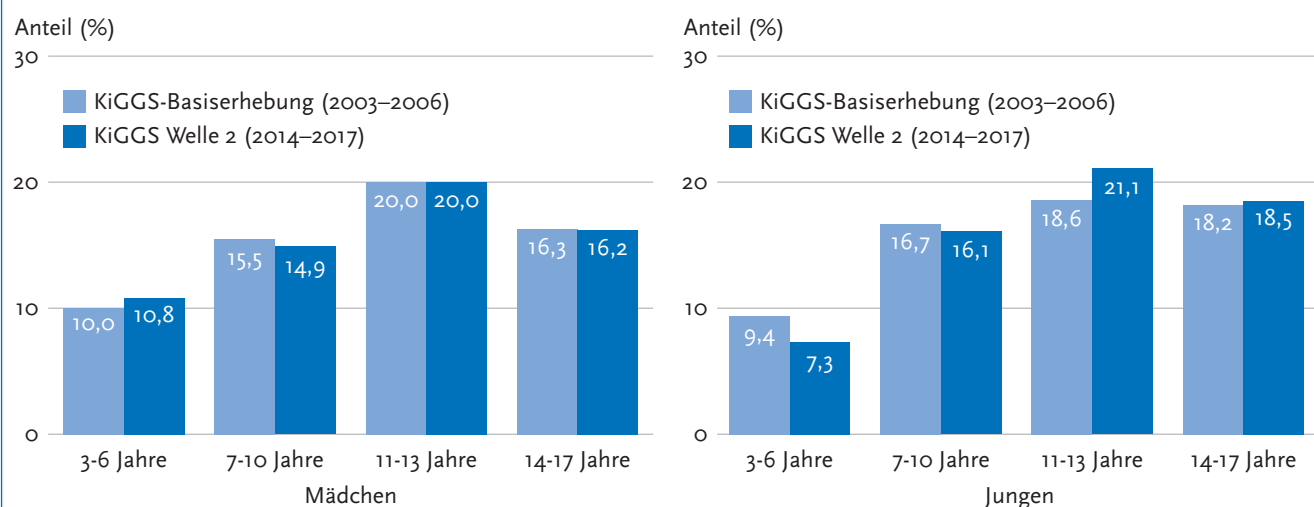
schen 2,8 % und 6,0 % der Kinder von Adipositas betroffen (Indikator A.1.3 und A.1.4). Zwischen Mädchen und Jungen sind nur geringe Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zu beobachten. In den vergangenen Jahren sind die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen bei Einschulungskindern relativ konstant geblieben.

## Einordnung der Ergebnisse

In Deutschland sind laut KiGGS Welle 2 (2014–2017) etwa 15 % der Kinder und Jugendlichen von Übergewicht oder Adipositas betroffen. Mit zunehmendem Alter steigen die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen bei Mädchen und Jungen. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht zu beobachten. Die Schuleingangsuntersuchungen liefern Hinweise darauf, dass sich die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas regional unterscheiden kann. Dabei ist zu beachten, dass die regionale Vergleichbarkeit der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen aufgrund des Alters zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung und einer fehlenden Standardisierung der Messmethode über die Bundesländer hinweg eingeschränkt ist. Da bereits Kinder im Kita-Alter von Übergewicht und Adipositas betroffen sind und die Prävalenzen mit zunehmendem Alter steigen, sollten präventive Aktivitäten möglichst frühzeitig ansetzen und Heranwachsende in allen Altersgruppen erreichen [16]. Dabei sollten die vielfältigen Faktoren berücksichtigt werden, die mit der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas in Verbindung stehen [17, 18]. Insbesondere gilt es, sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zu erreichen, da diese ein erhöhtes Risiko aufweisen, Übergewicht oder Adipositas zu entwickeln [12]. Einen wichtigen Beitrag hierzu können gesundheitsförderliche Verhältnisse in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen leisten [19]. Hierzu gehören z. B. bewegungsfreundliche Wohnquartiere mit einem ausgewogenen Lebensmittelangebot sowie eine gesunde Verpflegung und ausreichende Bewegungsmöglichkeiten in Kitas und Schulen.

### Indikator A.1.1: Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Anteil der 3- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen, die nach den Referenzwerten von Kromeyer-Hauschild von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen sind (in Prozent).



Datenquelle KiGGS-Studie

Datenhalter Robert Koch-Institut

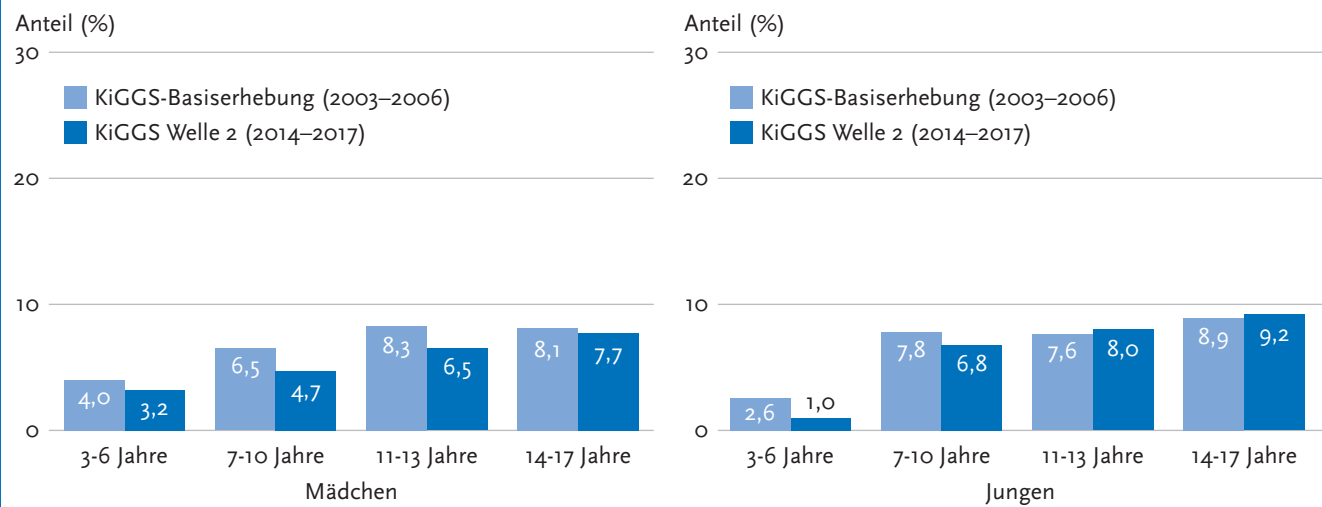
Aktualität 2014–2017

Periodizität Mehrjährig

Regionalität Deutschland

**Indikator A.1.2: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen**

Anteil der 3- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen, die nach den Referenzwerten von Kromeyer-Hausschild von Adipositas betroffen sind (in Prozent).



Datenquelle KiGGS-Studie

Datenhalter Robert Koch-Institut

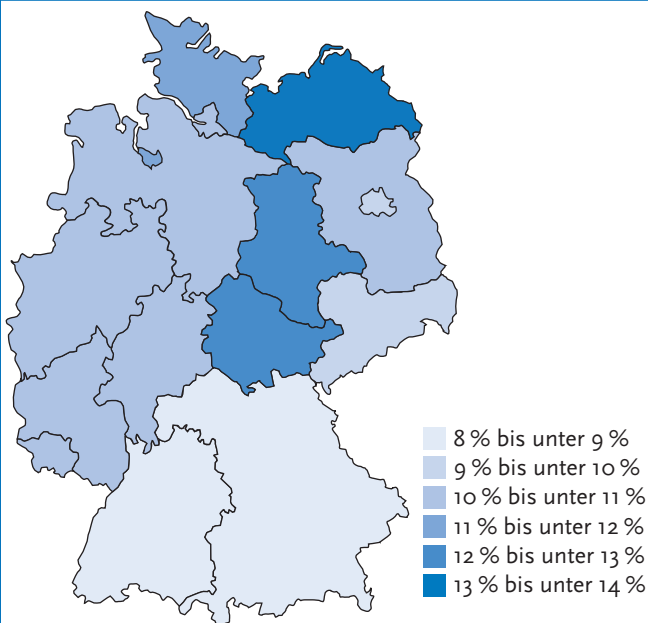
Aktualität 2014–2017

Periodizität Mehrjährig

Regionalität Deutschland

**Indikator A.1.3: Übergewicht bei Einschulungskindern**

Anteil der Mädchen und Jungen im Einschulungsalter, die nach den Referenzwerten von Kromeyer-Hausschild von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen sind (in Prozent).



Datenquelle Schuleingangsuntersuchungen

Datenhalter Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

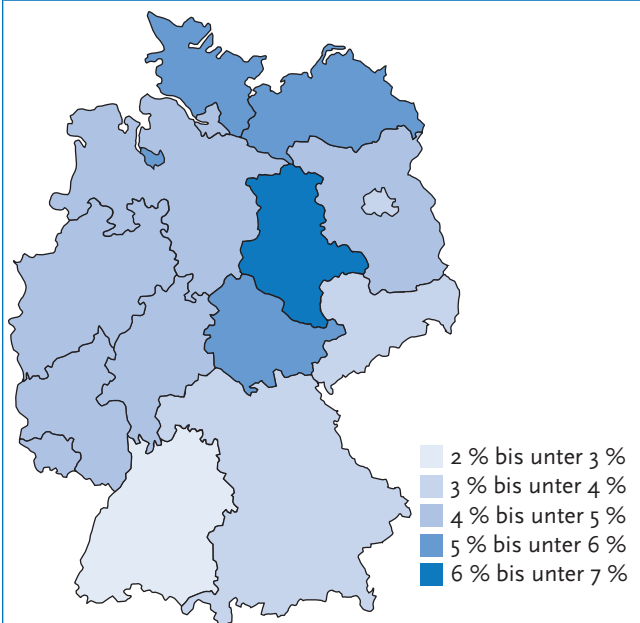
Aktualität 2019

Periodizität Mehrjährig

Regionalität Bundesländer

**Indikator A.1.4: Adipositas bei Einschulungskindern**

Anteil der Mädchen und Jungen im Einschulungsalter, die nach den Referenzwerten von Kromeyer-Hausschild von Adipositas betroffen sind (in Prozent).



Datenquelle Schuleingangsuntersuchungen

Datenhalter Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Aktualität 2019

Periodizität Mehrjährig

Regionalität Bundesländer

## Literatur

1. Friedemann C, Heneghan C, Mahtani K et al. (2012) Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *The BMJ* 345:e4759
2. Puhl RM, King KM (2013) Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical: Endocrinology & Metabolism* 27(2):117-127
3. Simmonds M, Llewellyn A, Owen C et al. (2016) Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 17(2):95-107
4. Schienkiewitz A, Damerow S, Mauz E et al. (2018) Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 3(1):76-81
5. von Kries R, Beyerlein A, Müller M et al. (2012) Different age-specific incidence and remission rates in pre-school and primary school suggest need for targeted obesity prevention in childhood. *International Journal of Obesity* 36(4):505-510
6. Hruby A, Manson JE, Qi L et al. (2016) Determinants and consequences of obesity. *American Journal of Public Health* 106(9):1656-1662
7. Wienecke A, Barnes B, Neuhauser H et al. (2017) Übergewicht und Krebs – wie stark ist der Einfluss auf der Bevölkerungsebene? *Das Gesundheitswesen* 79(08/09):656-804
8. Flegal KM, Kit BK, Orpana H et al. (2013) Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 309(1):71-82
9. Wabitsch M, Kunze D (2015) Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 15.10.2015. [www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA\\_S2\\_Leitlinie.pdf](http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf) (Stand: 18.06.2020)
10. Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland. *Adipositas - Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 9(03):123-127
11. Kurth B-M, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGS-Study. *BMC Public Health* 8:196
12. Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S et al. (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):16-23
13. Schienkiewitz A, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2019) Alles nur Methodeneffekte? Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von Gewichtungsfaktoren und Referenzsystem. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62(10):1235-1241
14. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017) Untersuchung zur Einschulung. [www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/entwicklungsschritte/einschulung](http://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/entwicklungsschritte/einschulung) (Stand: 18.06.2020)
15. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL Bayern) im Auftrag der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2019) Unter- und Übergewicht bei Einschulungskindern, Abfrage 2019.
16. Birch LL, Ventura AK (2009) Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity* 33:S74-S81
17. Zeiher J, Varnaccia G, Jordan S et al. (2016) Was sind die Einflussfaktoren kindlicher Adipositas? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59(11):1465-1475
18. Lehmann F, Varnaccia G, Zeiher J et al. (2020) Einflussfaktoren der Adipositas im Schulalter. Eine systematische Literaturrecherche im Rahmen des Adipositasmonitorings. *Journal of Health Monitoring* 5(S2):1-25
19. World Health Organization (WHO) (2016) Report of the commission on ending childhood obesity. WHO, Geneva



Robert Koch-Institut · Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
 Fachgebiet Gesundheitsverhalten · General-Pape-Straße 62-66 · 12101 Berlin



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

### Zitierweise

Robert Koch-Institut (RKI) (2020) AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 2. Juli 2020). [www.rki.de/adimon](http://www.rki.de/adimon)

### Förderungshinweis

Diese Arbeit wurde unterstützt durch Förderungen des Bundesministeriums für Gesundheit (Förderkennzeichen ZMVI1-2518KIG700).