

## Bedeutung der sozialräumlichen Belastung bei der Prävalenz von Adipositas im Grundschulalter

Ergebnisse des „Düsseldorfer Modells der Bewegungs-, Sport- und Talentförderung“

Stemper, Th. <sup>(1)</sup>, Janzen, K. <sup>(1)</sup>, Bachmann, C. <sup>(2)</sup>, Diehlmann, K. <sup>(2)</sup>, Kemper, B. <sup>(1)</sup>

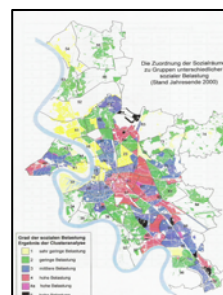
<sup>(1)</sup> Institut für Sportwissenschaft, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

<sup>(2)</sup> Sportamt Landeshauptstadt

### Einleitung

Die Prävalenz der Adipositas nimmt in Deutschland seit Jahrzehnten kontinuierlich zu. Dieser Trend betrifft nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche (Kromeyer-Hauschild et al., 2001). Viele Autoren sehen in Übergewicht und Adipositas die häufigsten und gravierendsten Gesundheitsprobleme in unserer Gesellschaft (Warschburger, 2000). Die AGA (2001) spricht von einer zahlenmäßig bedeutenden Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Laut Strauss und Knight (1999) ist Adipositas das am weitesten verbreitete Gesundheitsproblem bei Kindern. Die Darstellung des Problems ist jedoch häufig undifferenziert und berücksichtigt nur selten die sozialräumliche Belastung der Heranwachsenden (Langnäse, Mast & Müller, 2002), die jedoch von erheblicher Bedeutung ist.

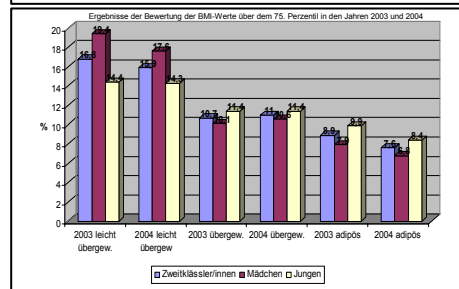
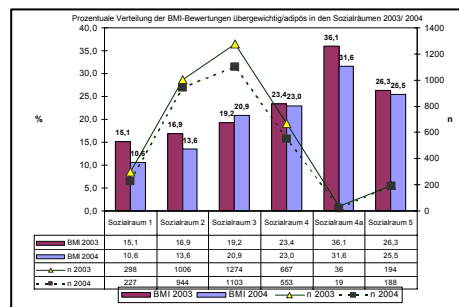
Die Ergebnisse beruhen auf den CHECK!-Untersuchungsjahren 2003 und 2004. Die Bewertung des Körpergewichts wurde mithilfe des BMI (kg/m<sup>2</sup>) anhand der 2001 von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfohlenen Referenzwerte (Perzentil-Kurven nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001) vorgenommen. Dabei gilt die Bewertung „übergewichtig“, wenn der BMI alters- und geschlechtsbezogen in der Spanne  $\geq 90$ . Perzentil und  $< 97$ . Perzentil liegt. Als „adipös“ werden Personen bewertet, deren BMI-Werte  $\geq 97$ . Perzentil betragen. Zwischen dem 75. und 90. Perzentil gilt die Bewertung „leicht übergewichtig“. Ein analoges Verfahren gilt im Bereich Untergewicht. Der Normalbereich umfasst die 25. - 75. Perzentile, wobei nach „normal (u)“ (wenn BMI  $\leq 50$ ) und „normal (o)“ (wenn BMI  $> 50$ ) klassifiziert wird. Die Erstellung einer Rangfolge der einzelnen Sozialräume geschieht anhand der sozioökonomisch relevanten Variablen Wohnfläche, Sozialhilfe- und Wohngeldquote sowie Ausländeranteil. Daraus lassen sich sechs Gruppen unterschiedlicher Belastung darstellen (vgl. nebenstehende Abbildung nach Landeshauptstadt Düsseldorf, 2002, aus: Janzen, 2004).



Im Jahr 2003 waren insgesamt 10,7 % der untersuchten Zweitklässler (Durchschnittsalter 8,1 Jahre) in Düsseldorf übergewichtig; weitere 8,9 % waren adipös. Im Jahre 2004 waren die Prävalenzraten des Übergewichts annähernd mit denen aus dem Jahre 2003 identisch (11,0 % zu 10,7 %), die der Adipositas dagegen deutlich geringer (7,6 % zu 8,9 %). In beiden Untersuchungsjahren konnten signifikante Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas zwischen den Sozialräumen festgestellt werden. Im Jahr 2003 waren im gering belasteten 1. Sozialraum 15,1 % der Kinder übergewichtig oder adipös (9,4 %, deutscher Normwert: 7 % bzw. 5,7 %, Normwert: 3 %). Im Sozialraum 5 hingegen galten 26,3 % der Kinder als übergewichtig (12,4 %) oder adipös (13,9 %). Im Trend zeigen Schülerinnen und Schüler umso mehr Gewichtsprobleme, je ungünstiger der Grad der sozialen Belastung ist. Ein ähnliches, tendenziell nur leicht besseres Bild zeigt sich 2004. Während in Sozialraum 1 nur 10,6 % der BMI-Werte im Bereich  $\geq 90$ . Perzentil liegen, befinden sich, von Sozialraum zu Sozialraum ansteigend, 25,5 % der BMI-Werte in Sozialraum 5 im Bereich  $\geq 90$ . Perzentil. Dieser Befund fällt bei den Jungen deutlicher aus als bei den Mädchen (siehe nebenstehende Abbildungen).

Die Anzahl übergewichtiger und adipöser Zweitklässler in Düsseldorf liegt deutlich über den deutschen Referenzwerten. Über dem 90. Perzentil liegen nicht 10 % sondern 19,6 % (2003) bzw. 18,6 % (2004). Für die Adipositas im Grundschulalter in Düsseldorf kann ein deutlicher Sozialgradient festgestellt werden:

„Je höher die sozialräumliche Belastung, umso höher ist der BMI.“



### Literatur

- AGA - Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001, 19. Oktober). *Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Leitlinien*. Zugriff am 16. Juni 2004 unter [www.a-g-a.de/Leitlinien/leitlinien.html](http://www.a-g-a.de/Leitlinien/leitlinien.html).
- Janzen, A.-K. (2004). *Zum Problem des Über- und Untergewichts von Schulkindern in Düsseldorf - unter besonderer Berücksichtigung der sozialräumlichen Gliederung*. Schriftliche Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung. Düsseldorf: Universität Düsseldorf, Institut für Sportwissenschaft (Themensteller: PD Dr. Th. Stemper).
- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. D., Hesse, V., von Hippel, A., Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Mennen, K., Müller, G., Müller, J. M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A. & Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben [Elektronische Version]. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149 (8), 807-818.
- Langnäse, K., Mast, M. & Müller M.J. (2002). Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany. *International Journal of Obesity*, 26, 566- 572.
- Stemper, Th., Janzen, A.-K. (2004). Sozialräumliche Belastung und Adipositas im Grundschulalter. Kongress der Dvs-Sektion Gesundheit, Saarbrücken 2004. i. Dr.
- Strauss, R.S. & Knight, J. (1999). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*, 103, 1 - 8.
- Warschburger, P. (2000). Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen (Band 3). In F. Petermann (Hrsg.), *Klinische Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.



Sportamt  
Landeshauptstadt Düsseldorf

sportstadt düsseldorf



HEINRICH HEINE  
UNIVERSITÄT  
DÜSSELDORF  
Institut für Sportwissenschaft  
Arbeitsbereich Gesundheit und Fitness  
PD Dr. Theo Stemper