

Übergewicht und Adipositas - eine Herausforderung für die öffentliche Gesundheit

Thomas Lob-Corzilius

Weltweit ist ein deutlicher Prävalenz und Inzidenzanstieg übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlichen zu beobachten. Laut dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2006 sind in Deutschland 15 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren übergewichtig, darin enthalten sind 6,3 % Adipöse. Wegen der Langzeitfolgen wie dem metabolischen Syndrom wird diese „Krise öffentlicher Gesundheit“ zu einem deutlich erhöhten Verbrauch ökonomischer Ressourcen im Gesundheitswesen führen. Eine präventive öffentliche Gesundheitsstrategie muss die wesentlichen Ursachen von Übergewicht und Adipositas analysieren, die neben dem individuellen Ernährungs- und Bewegungsverhalten auch Umweltfaktoren wie Siedlungs- und Verkehrsstrukturen, ferner ernährungs- und sozialpolitische Verhältnisse umfassen. Die BMI-Definition der WHO ist bislang noch akzeptiert, aber problematisch, die epidemiologischen Daten und daraus gewonnenen Perzentilen sind interpretationsbedürftig. Als Ursachen für die ansteigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas werden auf der individuellen Ebene die genetische Disposition, das veränderte Ernährungs- und Bewegungsverhalten analysiert. Aus umwelt- und sozialmedizinischer wie Public Health - Sicht werden unter Bezug auf die WHO wesentliche zusätzliche Einflussfaktoren diskutiert: die Zunahme der Urbanisierung und der Motorisierung, die damit einhergehenden Veränderungen der Wohnumgebung von Kindern und Familien, ferner die Migration mit ihren spezifischen biosozialen und kulturellen Auswirkungen. Abschließend werden die Konsequenzen für wirksame Präventionsstrategien mit Verweis auf die 2005 erschienene Cochrane-Analyse diskutiert. Erfolgreiche Interventionen zur Verhütung von Übergewicht müssen deshalb immer Elemente der Verhaltens- und Verhältnisprävention einbeziehen, die am Beispiel der deutschen „Plattform Bewegung und Ernährung“ skizziert werden.

Einführung

Weltweit hat in den hochentwickelten Industrieländern die Zahl der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen

innerhalb der letzten 20-30 Jahre - also in einer Generation - deutlich zugenommen. Für Deutschland belegen dies die im Herbst 2006 publizierten epidemiologischen Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KIGGS 2006). Danach sind ca. 1,9 Mio. aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren übergewichtig, dies entspricht 15 %; darin enthalten sind ca. 800.000 Adipöse entsprechend 6,3 %.

Da ein beträchtlicher Teil der Betroffenen auch im weiteren Leben ihr Übergewicht behält oder zunehmend adipös wird, müssen die modernen Gesellschaften mit wachsenden gesundheitlichen Konsequenzen wie dem metabolischen Syndrom rechnen. Dieses geht einher mit einem deutlichen Anstieg der

Kontakt:

Dr. Thomas Lob-Corzilius,
Kinder- und Jugendarzt, Allergologie, Pneumologie, Umweltmedizin
Kinderhospital Osnabrück
Iburgerstr. 187
49082 Osnabrück
E-Mail: lob@kinderhospital.de

Insulinresistenz und des Typ II Diabetes, der arteriellen Hypertonie, ferner mit Fettstoffwechsel- und Atemstörungen und den daraus resultierenden Konsequenzen von frühzeitigem Apoplex, Myokardinfarkten und auch orthopädischer Invalidität. Nicht selten führen diese Erkrankungen zum frühzeitigen Tode. In Großbritannien ist mit einer um fünf Jahre verkürzten Lebenszeit für Männer im Jahre 2050 zu rechnen, sollte sich der gegenwärtige Adipositasrend un gehemmt fortsetzen (WHO-EUROPE 2006). Dies wird zu einem deutlich erhöhten Verbrauch ökonomischer Ressourcen im Gesundheitswesen führen. Die Einbußen an Lebensqualität oder die Gefahr psychosozialer Vereinsamung sind dabei nicht einmal erfasst.

Nur eine präventive öffentliche Gesundheitsstrategie ist angesichts der enormen Herausforderung in der Lage, diese absehbare und von der WHO als „Epidemie des 21. Jhdts“ (WHO 2000) bzw. von Lobstein als „Crisis in public health“ (LOBSTEIN et al. 2004) beschriebene Entwicklung mittel- und langfristig zu vermindern. Diese Strategie kann aber nur erfolgreich sein, wenn sie zuvor die wesentlichen Ursachen von Übergewicht und Adipositas zureichend analysiert hat, wobei neben dem individuellem Ernährungs- und Bewegungsverhalten auch Umweltfaktoren wie Siedlungs- und Verkehrsstrukturen, ferner ernährungs- und sozialpolitische Verhältnisse ein bedeutsame Rolle spielen.

Definition von Übergewicht und Adipositas

Die WHO hat als Maß dazu den Body-Mass-Index (BMI) eingeführt, der sich aus den **gemessenen** Werten von Körpergewicht in kg geteilt durch Körperlänge in m² leicht errechnen lässt. Folgende, geschlechtsunabhängige Normen für erwachsene Männer und Frauen sind definiert: **Übergewicht** beginnt bei mit einem BMI größer 25 und ist kleiner 30, die **Adipositas** 1. Grades besteht ab einem BMI von 30 bis 35, die Adipositas 2. Grades von einem BMI ab 35 bis 40 und bei einer extremen Adipositas liegt BMI größer 40. Wesentlich daran ist die Tatsache, dass dabei Körpertrocken- und -fettmasse nicht getrennt erfasst werden! Demnach hat ein muskelbepackter Bodybuilder einen genauso hohen BMI wie ein fettleibiger Mann gleicher Größe. Angesichts dieser Probleme ist der BMI ein schlechter Prädiktor für eine populationsbezogene Mortalität (ROMERO-CORRAL et al. 2006).

Bei wachsenden und natürlicherweise an Gewicht und Größe zunehmenden Kindern und Jugendlichen ist die Definition ungleich schwieriger! So müssen Altersklassen nach Mädchen und Jungen getrennt jahrgangsweise gemessen werden, ferner muss der Erhebungszeitraum klar bestimmt sein. So lassen sich dann Perzentilenkurven bestimmen, die eine Verteilung des BMI nach Geschlecht und Alter aufzeigen. Wiederum definitorisch ist dann weltweit das Übergewicht von Kindern und Jugendlichen festgesetzt: es liegt oberhalb der alters- und geschlechtsbezogenen 90. Perzentile. Bei der Adipositas im Kindes- und Jugendalter liegt der BMI in Europa über der 97. Perzentile (AGA 2000), während er in den USA oberhalb der 95. Perzentile liegt. Definitionsgemäß gibt es deshalb dort 2 % mehr adipöse Kinder und Jugendliche als in Europa (CDC 2000). Darauf ist bei jedem internationalen Vergleich zu achten!

Epidemiologie

Waren in den USA 1980 noch ca. 6 % aller Kinder zwischen 6-11 Jahren adipös, d.h. mit dem BMI > 95. Perz., stieg ihre Zahl auf über 15 % im Jahr 2000 (CDC 2000). In Europa findet sich eine gleichsinnige Tendenz mit einem eindeutigen Nord-Süd-Gefälle: je südlicher die Kinder aufwachsen, um so dicker sind sie. So leben in Malta und Süditalien ca. 35 % übergewichtige und adipöse Kinder, während es in Skandinavien nur 15 % sind (LOBSTEIN et al. 2004). Aber es bestehen auch regionale Unterschiede: so leben in den Niederlanden nur 12 % übergewichtige und adipöse Kinder, während es in Deutschland 15 % (KURTH & SCHAFFRATH-ROSARIO 2007) sind. Im Vergleich zu den Referenzdaten von 1985 bis 1997 (AGA 2000) bedeutet dies in Deutschland der Jahre 2003 -2006 einen Anstieg des kindlichen Übergewichts um 50 %, die Adipositasrate hat sich sogar verdoppelt (KURTH & SCHAFFRATH-ROSARIO 2007).

Ursachenforschung

Nach den bisherigen humangenetischen Erkenntnissen gehen mindestens 50% der Unterschiede des BMI in einer Bevölkerung auf die unterschiedlichen genetischen Anlagen zurück (MAFFEIS 2000, RAVUSSIN & BOGRADUS 2000). Die individuell beeinflussbaren Faktoren Ernährung und Bewegung, aber auch die sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen ergänzen sich zu 100 %. Dabei bestehen viele, meist noch unbekannt Verknüpfungen, denn direkt und indirekt haben die genetischen Faktoren Einfluss auf unseren Stoffwechsel und unser Verhalten bzgl. Energieaufnahme und -verbrauch (PERUSSE et al. 1989). Auch menscheitsgeschichtlich war die Fähigkeit zur optimalen Fettspeicherung für das Überleben in Hungerperioden wichtig!

Die genetische Ausstattung vieler Menschen ist damit für ein ständig im Überfluss vorhandenes Nahrungsangebot und ein bewegungsarmes Leben eher ungünstig. Diese Bedingungen treffen für unsere gesellschaftlichen Verhältnisse wie den Lebensstil vieler Menschen zu, so dass in der einschlägigen Fachliteratur von einer adiposogenen Umwelt gesprochen wird.

Eine Reihe von Forschungsdaten untermauern diese Zusammenhänge: die Adipositasprävalenz bei Kindern adipöser Mutter steigt von 9,5 % im Vorschulalter auf 22 % in der frühen Jugendzeit im Vergleich zu 1,7 % bzw. 4,0 % bei Kindern normalgewichtiger Mütter (KURTH & SCHAFFRATH-ROSARIO 2007). Akzentuiert werden diese Korrelationen noch durch die jeweilige Schichtzugehörigkeit der Familien (LANGNÄSE et al. 2002): je niedriger der Sozio-ökonomische Status (SES) der Familien und in Abhängigkeit von einem oder beiden adipösen Elternteilen, um so höher ist die Adipositasrate der Kinder.

In der einschlägigen Fachliteratur und Forschung werden bei unveränderter genetischer Basis als wesentliche Ursachen für die ansteigende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas das veränderte Ernährungs- und Bewegungsverhalten benannt. Tatsächlich besteht kein Zweifel an einer deutlich fett- und proteinlastigen Nahrungszusammensetzung und dem regelmäßigen Konsum von Süßgetränken bei vermindertem Genuss von

ballaststoffhaltigen Obst und Gemüse; dies bedingt eine hohe Kalorienzufuhr energiedichter Lebensmittel bei vermindertem Sättigungsgefühl. Selbst Familien mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Standard können sich bei erschwinglichen Preisen meistens diese Fastfood geprägte Ernährung leisten; zudem ist sie häufig auch die einzige, die in Ganztagschulen angeboten wird. Aber selbst wenn Kinder in intakten Familien leben, wird dort seltener gekocht und häufig unkontrolliert alleine und nicht mehr gemeinsam am Tisch gegessen. Damit entfällt das kommunikative Element des Essens als Genuss.

Zudem hat sich das alltägliche Bewegungs- und Freizeitverhalten in den letzten zwei Generationen drastisch verändert: die allgegenwärtige Technisierung des Alltags im Haushalt und die Motorisierung der Bewegung führt zu einem deutlichen Bewegungsmangel und damit erheblich verringertem Energieverbrauch. Dieser Prozess wird durch den Einzug der elektronischen Medien wie TV, PC, Notebook etc. in die Kinder- und Jugendzimmer intensiviert und hat erheblich zur immobilen Freizeitgestaltung von Kindern und Jugendlichen beigetragen.

Bei geeigneter genetischer Disposition bzw. Suszeptibilität wirkt das beschriebene Ungleichgewicht von Energieaufnahme und -verbrauch eindeutig adiposogen (IASO 2004).

In der wissenschaftlichen Diskussion und bei vielen Präventionsstrategien werden aber wesentliche Elemente der Lebensumwelt noch viel zu wenig beachtet, wengleich die WHO in ihrem Schema zu den sozialen Einflussfaktoren auf ernährungsbedingte Krankheiten eindeutig darauf Bezug nimmt (siehe Abb. 1).

Das moderne Leben ist durch die Zunahme der Urbanisierung und des Individualverkehrs mit Autos geprägt. Für Kinder bedeutet dies deutlich weniger Spielräume und Treffpunkte mit Freunden außerhalb ihrer Wohnungen. Große Straßen verhindern gefahr-

loses Laufen und Radfahren. Dadurch werden Kinder häufiger zu Sport- und Erholungsgebieten gefahren, was wiederum mehr Verkehr produziert - ein realer Teufelskreis.

Die Freiburger Kinderstudie hat für Deutschland diesen Zusammenhänge deutlich gemacht: Gab es bis 1960 in Freiburg pro Hektar Stadtfläche noch mehr Kinder als Autos, so gibt es in den neunziger Jahren schon vier mal so viele Autos wie Kinder pro Hektar - ein erfolgreicher Verdrängungswettbewerb. Je ungefährlicher der kindliche Aktionsraum außerhalb der Wohnung ist, um so mehr Zeit spielen Kinder dort ohne Elternaufsicht. Fehlen adäquate Aktionsräume, führt dies besonders nachmittags zu erhöhtem Medienkonsum (BLINKERT 2001). Dies führt zu verminderter körperlicher Aktivität und entsprechend reduziertem Energieverbrauch!

In einer kürzlich erschienenen Studie durchgeführt in 8 europäischen Städten haben Ellaway et al. die Zusammenhänge zwischen den Umgebungsbedingungen von Einwohnern und der Prävalenz von Adipositas untersucht. Je mehr Parkanlagen und je sauberer die Wohnumgebung der Einwohner ist, um so mehr steigt deren körperliche Aktivität - bis zu dreimal mehr - und die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht und Adipositas ist um 40 % gegenüber dem Durchschnitt vermindert. Wohnen die Menschen in verschmutzten Stadtteilen mit wenig Grünanlagen, liegt die Prävalenz von Adipositas mehr als 50 % darüber, während die Wahrscheinlichkeit von körperlicher Aktivität um ca. 50 % vermindert ist (ELLAWAY et al. 2005).

Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor für die Zunahme der Adipositas ist in vielen Studien herausgearbeitet worden: er betrifft die immigrierte Bevölkerung und hier vor allem ihre Kinder. Kirchengast und Schober haben in Österreich die anthropometrischen Daten von 1786 Migrantenkinder untersucht und unter ihnen eine signifikant erhöhte Prävalenz von Übergewicht

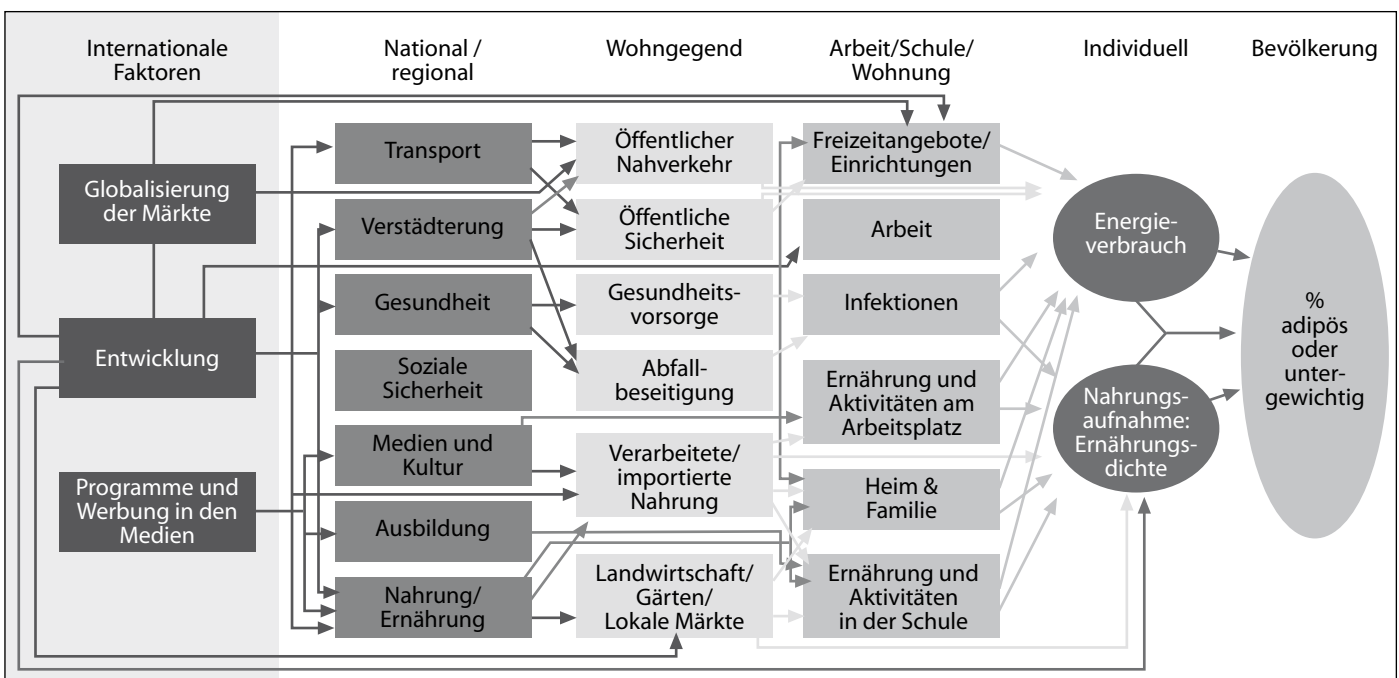


Abb. 1: Soziale Einflüsse für die Entwicklung ernährungsbedingter Erkrankungen (Quelle: Eigene Zusammenstellung nach diversen Quellen)

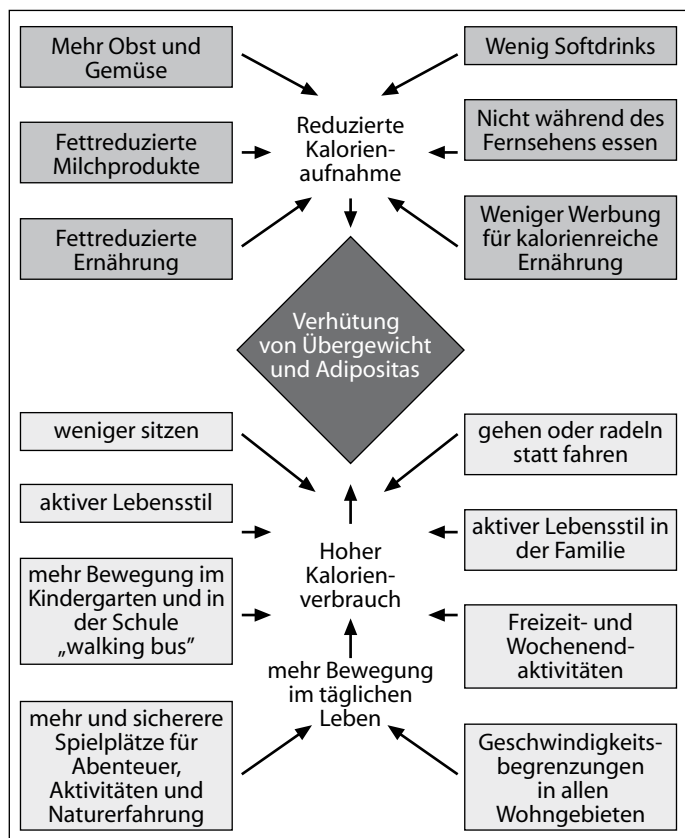


Abb. 2: Erfolgreiche Interventionen zur Verhütung von Übergewicht (Quelle: Eigene Zusammenstellung nach diversen Quellen)

gefunden besonders unter den immigrierten Mädchen aus der Türkei und des früheren Jugoslawiens. Sie diskutieren hierfür bio-soziale und kulturelle Gründe (KIRCHENGAST & SCHÖBER 2006). Die KIGGS-Studie belegt dies ebenso eindrucksvoll! Schon im Kindergartenalter bis 6 Jahre sind Migrantenkinder in Deutschland doppelt so oft adipös wie die deutschstämmigen (4,9 % zu 2,4 %), dies persistiert auch bis zum Alter von 10 Jahren (11 % zu 5,4 %) und gleicht erst bei den Jugendlichen bis 17 Jahre wieder an (9,4 % zu 8,3 %) (KURTH & SCHAFFRATH-ROSARIO 2007).

Konsequenzen für die Prävention

Welche Konsequenzen ergeben sich aus der dargestellten Multikausalität und Komplexität der weltweit steigenden Prävalenz und Inzidenz von Übergewicht und Adipositas für wirksame Präventionsprogramme?

Zur Beurteilung der Wirksamkeit haben Summerbell et al. einen systematischen Cochrane - Review publiziert, in dem die bislang publizierten Ergebnisse von sehr unterschiedlichen Präventionsprogrammen bewertet werden. Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen: Bislang gibt es weltweit keinen hohen Evidenzgrad für Interventionsprogramme bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen. Für schon adipöse Kinder haben diese Programme keine oder nur geringe Bedeutung hinsichtlich des Verlaufs ihrer Adipositas. Auch stellten die Intensität wie die dafür aufgewendeten Kosten der Interventionen keinen entscheidenden Wirksamkeitsfaktor dar. War die gesamte Schule in die Programme einbezogen, waren die Maßnahmen

mehr erfolgreich. Wurden die Interventionen zusätzlich auf die Schulumgebung ausgeweitet, die Familien und auch die lokalen bzw. regionalen kommunalen Strukturen miteinbezogen, scheinen diese Programme am effektivsten zu sein (SUMMERBELL et al. 2005).

Die Cochrane - Analyse demonstriert auch klar, wer von den Präventionsangeboten am meisten profitiert: Sowohl Prävalenz wie Inzidenz des Übergewichts waren bei Kindern aus Familien mit hohem sozio-ökonomischen Standard am geringsten, die Remission des Übergewichts war am höchsten bei Kindern von normalgewichtigen Müttern.

Erfolgreiche Interventionen zur Verhütung von Übergewicht müssen deshalb immer Elemente der Verhaltens- und Verhältnisprävention einbeziehen, wie sie beispielhaft in der Abb. 2 zusammengestellt sind.

Lokale und regionale Programme sollten dabei aufeinander abgestimmt sein und angesichts der immensen Herausforderung für „Public Health“ breite Unterstützung durch nationale und internationale „Stakeholder“ erfahren. In 2004 wurde dafür in Deutschland die „Plattform Bewegung und Ernährung e.V.“ - peb - gegründet, zu deren Gründungsmitgliedern u.a. die Bundesregierung, die Lebensmittelwirtschaft, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Bundeselternrat, der Deutscher Olympischer Sportbund, die Gesetzlichen Krankenkassen und die Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten gehören. Im Gründungsauftrag heißt es u.a.: „Eine nachhaltige Prävention sollte von einer breiten gesellschaftlichen Basis getragen sein, existierende Initiativen unterstützen und neue Initiativen sponsern“ (PEB 2004).

Aufgrund der zitierten Cochrane-Analyse (SUMMERBELL et al. 2005) sollten dies vor allem spezielle Programme für Migranten und Familien mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status sein (GRAF 2007, VAHABZADEH & ERNST 2007) und vor allem die lokalen Stadtteilstrukturen miteinbeziehen.

Auch ohne Unterstützung durch „peb“ entwickeln sich überall in Deutschland regionale Initiativen, als Beispiel sei hier auf das „Netzwerk gegen Übergewicht und Adipositas“ verwiesen, welches sich im Rahmen der Gesundheitskonferenz von Stadt und Landkreis Osnabrück 2005 gegründet hat (LKOS 2005).

Unter dem Motto „Gut drauf, - bewegen - entspannen - essen - aber wie“ hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) gesundheitsbezogene Angebote für Jugendliche entwickelt in all den Bereichen, in denen sich Jugendliche aufhalten wie Sportverein, Schule, offene Jugendarbeit, Freizeit und Reisen. Die dort tätigen Institutionen - wie z.B. Jugendherbergen - verpflichten sich zur Umsetzung der GUT DRAUF- Prinzipien und den damit erknüpften Qualitätskriterien für jugendgerechte, gesundheitsförderliche Angebote (BZGA 2007). In der Modellregion „Rhein-Sieg-Kreis“ werden zur Zeit Synergieeffekte durch eine weitreichende Vernetzung aller Angebote erprobt.

Kein Zweifel besteht aber daran, dass die genannten Beispiele nur erste, zaghafte Schritte in Richtung einer flächendeckenden primären Prävention darstellen. Zudem sind sie unterfinanziert, leben überwiegend vom ehrenamtlichen Engagement der Beteiligten und stehen mächtigen Interessen von z.B. Nahrungsmittel- und Automobilindustrie gegenüber. Das Bild gleicht ein wenig dem von David gegen Goliath; aber immerhin dessen Ausgang lässt die Akteure hoffen.

(Grundlage des obigen Artikels war der Vortrag „Overweight & Obesity in childhood - a special challenge for public health“ auf der Tagung der Kinderumwelt gGmbH „The Future of Children's Environment in the First World. Social, Physical and Chemical Threats“ vom 21.-24.11.2006 in Osnabrück)

Nachweise

ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER - AGA (2000): www.a-g-a.de
 BLINKERT B (2001): Zerstörte Stadt - zerstörte Kindheit? Umwelt Medizin Gesellschaft 14(3): 232-241.
 BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG - BzG (2007): „Gut drauf „- bewegen -entspannen - essen -aber wie“, www.gutdrauf.net.
 CENTER OF DISEASE CONTROL - CDC (2000): National health examination service II and III 1999-2000: www.cdc.gov/nchs/hphome
 ELLAWAY A et al. (2005): Graffiti, greenery and obesity in adults et al. BMJ 331: 611-612.
 GRAF C (2007): Prävention der Adipositas. In: GRAF C, DORDEL S, REINEHR T: Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen, Deutscher Ärzteverlag, Köln: 117-142.
 INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY - IASO (2004): www.iaso.org
 KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSSURVEY - KIGGS (2006): www.kiggs.de.
 KIRCHENGAST S, SCHOBBER E (2006): Immigration as a risk factor for developing overweight and obesity during childhood and adolescence. J Biosoc Sci 38(5): 695-705. www.euro.who.int/mediacentre
 KURTH B.-M., SCHAFFRATH ROSARIO A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. KiGGS in: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007(5/6): 736-743.

LANDKREIS OSNABRÜCK - LKOS (2005): Netzwerk gegen Übergewicht und Adipositas, www.lkos.de/gesundheits-soziales/gesundheitskonferenz.
 LANGNÄSE et al. (2002): Social class differences in overweight for prepubertal children in northwest Germany Int J Obesity 26: 566-592.
 LOBSTEIN et al. (2004): Childhood obesity working group in children and young people: a crisis in public health, report to the world health organization. Obesity Review 2004,5 (Suppl. 1): 4-85.
 MAFFEIS C (2000): Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. Eur J Pediatr 159(Suppl 1): 35-44.
 PERUSSE L, TREMBLAY A, LEBLANC C et al. (1989): Genetic and environmental influences on level of habitual physical activity and exercise participation. AM J Epidemiol 129: 1012-1022.
 PLATTFORM BEWEGUNG UND ERNÄHRUNG -PEB (2004): www.ernaehrung-und-bewegung.de
 RAVUSSIN E, BOGARDUS C (2000): Energy balance and weight regulation: genetics versus environment. Br J Nutr 83(Suppl 1): 17-20.
 ROMERO-CORRAL A, MONTORI VM, SOMERS VK et al. (2006): Association of body-weight with total mortality and with cardiovascular events in coronary heart disease: a systematic review of cohort studies. Lancet 368: 666-678.
 SUMMERBELL, C. D., WATERS, E., EDMUNDS, L. D., KELLY, S., BROWN, T., CAMPBELL, K. J. (2005): Interventions for preventing obesity in children (review). Cochrane Database of Systematic Reviews.
 VAHABZADEH Z, ERNST M (2007): Psychosoziale Aspekte: In: GRAF C, DORDEL S, REINEHR T: Bewegungsmangel und Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen, Deutscher Ärzteverlag, Köln: 81-108.
 WORLD HEALTH ORGANISATION- WHO (2000): report of who consultation 2000: www.who.org
 WHO-EUROPE (2006): European Charter on counteracting obesity. www.euro.who.int/obesity/document/89567G.pdf

Ergebnisse der bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie im Internet verfügbar

Bereits am 25.9.2006 wurden anlässlich eines Symposiums des Robert Koch-Instituts in Berlin erste Ergebnisse der bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS) einschließlich seiner Module wie des Kinder-Umwelt-Surveys (KUS) vorgestellt. Nun sind weitere Ergebnisse in der Zeitschrift Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2007, Heft 5/6 erschienen. Bei dem Survey wurden alle „KiGGS-Kinder“ medizinisch untersucht, zum Beispiel hinsichtlich Sehvermögen, Blutdruck, Schilddrüsenvolumen, Ausdauer und Koordinationsvermögen. In einem Fragebogen wurden Eltern und ab elf Jahre auch die Kinder selbst unter anderem zu Unfällen, Krankheiten, Schmerzen und zum Gesundheitsverhalten befragt. Die dreijährige Untersuchungsphase der bundesweit repräsentativen Datenerhebung endete im Mai 2006. Mit 17.641 Teilnehmern liefert die europaweit einmalige Studie erstmals ein umfassendes Bild von der Gesundheit der Heranwachsenden in Deutschland, das alle Altersstufen umfasst und auch Laborbefunde einschließt.

Die bundesweite Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert und mit 9,36 Mio. Euro zum größten Teil finanziert. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung beteiligte sich mit 2,5 Mio. Euro. Weitere Bundesministerien und das Land Schleswig-Holstein unterstützten einzelne themenbezogenen Erhebungen. Im Oktober 2008 werden die Daten als so genannter Public Use File der Fachöffentlichkeit verfügbar gemacht.

Internetlinks:

KiGGS allgemein unter www.kiggs.de

KUS allgemein unter www.umweltbundesamt.de/survey/us03/uprog.htm

KUS, Basisbericht Human-Biomonitoring unter www.umweltdaten.de/publikationen/fpdf-l/3257.pdf

Referate des Symposiums vom 25.9.2006 unter www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/symposium/index.html

Beiträge in Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2007 (5/6) unter www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/Basispublikation/index.html

Ergebnisse des Schleswig-Holstein-Moduls der KiGGS-Studie unter http://www.rki.de/cln_048/nn_204544/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Beitraege/beitraege__node.html?__nnn=true