



Epidemiologisches Bulletin

9. Mai 2018 / Nr. 19

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Einflussfaktoren der Adipositas im Kindesalter: das AdiMon-Indikatorensystem

Die Prävention von Adipositas im Kindesalter ist eine der großen gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit.¹ Bereits im Kindes- und Jugendalter können Übergewicht und Adipositas zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen und bis ins Erwachsenenalter gravierende gesundheitliche Folgen haben.^{2,3} Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist in Europa etwa jedes dritte 11-jährige Kind übergewichtig oder adipös und über 60 % der Kinder, die vor der Pubertät übergewichtig sind, werden dies auch als junge Erwachsene sein.⁴ Aktuelle Daten der zweiten Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) zeigen, dass auch in Deutschland 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren übergewichtig oder adipös sind.⁵

Die Ursachen kindlicher Adipositas sind vielfältig und lassen sich nicht auf eine ungesunde Ernährung^{6,7} und Bewegungsmangel⁸ reduzieren. Vielmehr ist Adipositas das Resultat eines komplexen Zusammenspiels zahlreicher Faktoren:⁹ Unterschiedliche genetische Voraussetzungen wirken zusammen mit einer sich wandelnden kindlichen Umwelt,¹⁰ die häufig einen sitzenden Lebensstil¹¹ begünstigt und von einem Überangebot an energiereichen Lebensmitteln geprägt ist. Die das Kind umgebenden Lebenswelten wie die Familie¹², die Kita¹³ oder die Wohnumgebung¹⁴ werden ihrerseits durch soziale¹⁵, ökonomische¹⁶ und politische¹⁷ Rahmenbedingungen beeinflusst. Ein starkes Übergewicht im Kindesalter kann daher einerseits beim einzelnen Kind auf das Wechselspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren zurückgeführt werden. Andererseits sind Kinder in bestimmten Bevölkerungsgruppen und Entwicklungsphasen besonders anfällig für die Entwicklung von Adipositas.

Um der Verbreitung von Adipositas im Kindesalter entgegenzuwirken, werden unter anderem von der WHO umfassende Monitoringmaßnahmen gefordert.¹⁸ Auch in Deutschland ist eine systematische und kontinuierlich aktualisierte Zusammenstellung relevanter Informationen über die Einflussfaktoren von Adipositas im Kindesalter bisher nicht verfügbar. Um diesem Bedarf Rechnung zu tragen, wurde in den letzten zwei Jahren am Robert Koch-Institut (RKI) ein durch Mittel des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gefördertes „Bevölkerungswertes Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindesalter“ (AdiMon) entwickelt.¹⁹

Diese Woche 19/2018

Einflussfaktoren der Adipositas im Kindesalter: das AdiMon-Indikatorensystem

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen Februar 2018

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten 16. Woche 2018



www.rki.de/adimon



AdiMon fokussiert dabei aus mehreren Gründen auf den Altersbereich von 0–6 Jahren: In der frühen Kindheit werden die Weichen für ein gesundes Leben gestellt.²⁰ Wichtige Einflussfaktoren der (kindlichen) Adipositas wie das Stillen treten zudem ausschließlich in diesem Lebensabschnitt auf. Schließlich ist es wichtig, vor dem Hintergrund eines deutlichen Anstiegs der Adipositas-Prävalenzen im Schulalter, mögliche Ursachen zu einem frühen Zeitpunkt in den Blick zu nehmen.²¹

Ziel des AdiMon-Projektes ist es, aussagekräftige und regelmäßig aktualisierte Daten zur Verbreitung kindlicher Adipositas, deren Einflussfaktoren sowie zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zentral bereitzustellen. Hierzu wurden basierend auf einer umfassenden Literaturrecherche²² zahlreiche Indikatoren gebildet. Als Datengrundlage wurden dabei verschiedene Quellen erschlossen. Neben den Gesundheitssurveys des RKI wurden unter anderem auch Daten der amtlichen Statistik, Routinedaten wie die Präventionsberichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie Daten aus Geoinformationssystemen einbezogen. Die Indikatoren werden auf einer frei zugänglichen Internetseite thematisch nach Bereichen gegliedert dargestellt. Darüber hinaus werden die Indikatoren in kurzen Publikationen (Themenblättern) in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die acht Bereiche des AdiMon-Indikatorensystems mit exemplarischen Indikatoren und Datenquellen, Abbildung 1 zeigt beispielhaft die Darstellung eines Indikators.

Durch AdiMon soll die Möglichkeit geschaffen werden, Veränderungen rechtzeitig zu registrieren und Ansatzpunkte

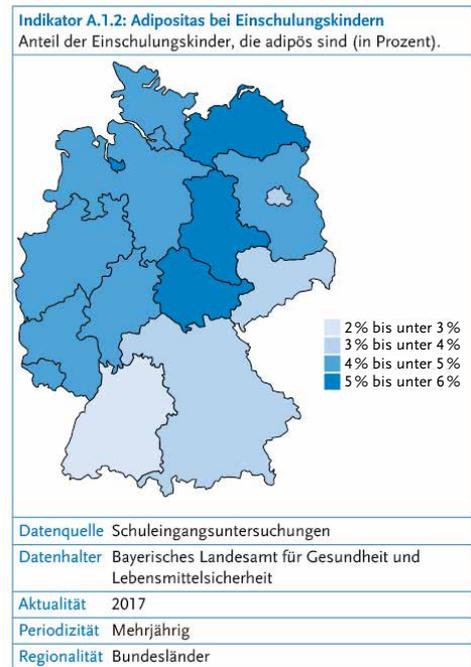


Abb. 1: Beispielindikator des AdiMon-Projektes: Adipositas bei Einschulungskindern

für präventive Maßnahmen zu identifizieren. Auch eine Nutzung im Rahmen der Evaluation bestehender Projekte ist denkbar. Darüber hinaus kann AdiMon von der (Fach-) Öffentlichkeit und den Medien als Informationsquelle genutzt werden.

Seit Februar 2018 steht auf der Projektseite www.rki.de/adi-mon eine Auswahl der AdiMon-Indikatoren und Themenblätter zur Verfügung, die bis Juli 2018 sukzessive ergänzt wird.

Bereich	Indikator	Datenquelle (Datenhalter)
Adipositas	Anteil der Einschulungskinder, die adipös sind.	Schuleingangsuntersuchungen (LGL Bayern)
Verhalten	Anteil der 2- bis 5-jährigen Kinder, die jeden oder fast jeden Tag fernsehen.	miniKIM-Studie (mpfs)
Biologie	Derzeit keine Indikatoren verfügbar.*	
Vor und nach der Geburt	Anteil der Frauen, bei denen in der Schwangerschaft ein Gestationsdiabetes festgestellt wurde.	Bundesauswertung Geburtshilfe (IQTIG)
Psychosoziales	Elterliche Wahrnehmung des kindlichen Körpergewichtes in Relation zur objektiv gemessenen Gewichtskategorie.	KiGGS-Studie (RKI)
Verhältnisse	Entwicklung des Verbraucherpreisindex für ausgewählte Lebensmittelgruppen.	Verbraucherpreisindex für Deutschland (Statistisches Bundesamt)
Kontext	Anteil der 0- bis 6-jährigen Kinder, die in Haushalten leben, die Leistungen nach Sozialgesetzbuch II erhalten.	Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende (BA)
Maßnahmen	Anzahl der Kindertagesstätten (Kitas), die durch Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden.	Präventionsbericht (MDS&GKV)

Tab. 1: AdiMon: Beispielindikatoren und Datenquellen

LGL Bayern: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; mpfs: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest; IQTIG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; RKI: Robert Koch-Institut; BA: Bundesagentur für Arbeit; MDS&GKV: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. und GKV-Spitzenverband

*Aufgrund fehlender geeigneter Datenquellen konnten bisher keine Indikatoren gebildet werden. Einen Hinweis auf die genetische Prädisposition liefert der Indikator Adipositas der Eltern (Indikatorenbereich: Verhältnisse).

Literatur

1. World Health Organization (WHO): Health topics – Noncommunicable diseases – Obesity. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity (Stand: 30.1.2017) 2017
2. Park MH, Falconer C, Viner RM, et al.: The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obesity Reviews* 2012;13(11):985–1000
3. Pulgaron ER, Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical Therapeutics* 2013;35(1):A18–32
4. World Health Organization (WHO): Obesity – Data and statistics. www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics (Stand: 30.4.2017) 2017
5. Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, et al.: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018;3(1):16–23
6. Lanfer A, Hebestreit A, Ahrens W: Einfluss der Ernährung und des Essverhaltens auf die Entwicklung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2012;53(7):690–698
7. Moreno LA, Rodríguez G: Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2007;10(3):336–341
8. Te Velde S, Van Nassau F, Uijtdewilligen L, et al.: Energy balance-related behaviours associated with overweight and obesity in preschool children: a systematic review of prospective studies. *Obesity Reviews* 2012;13(s1):56–74
9. Butland B, Jebb S, Kopelman P, et al.: Foresight – Tackling obesities: future choices, Government Office for Science 2007
10. Skelton JA, Irby MB, Crzywacz JG, et al.: Etiologies of obesity in children: nature and nurture. *Pediatric Clinics of North America* 2011;58(6):1333–1354
11. Pearson N, Biddle SJ: Sedentary behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2011;41(2):178–188
12. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T: Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition* 2009;12(02):267–283
13. Steenbock B, Pischke C, Schönbach J, et al.: Wie wirksam sind ernährungs- und bewegungsbezogene primärpräventive Interventionen im Setting Kita? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2014;58:609–619
14. de Vet E, de Ridder DT, de Wit JB: Environmental correlates of physical activity and dietary behaviours among young people: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews* 2011;12(5):e130–142
15. Chung A, Backholer K, Wong E, et al.: Trends in child and adolescent obesity prevalence in economically advanced countries according to socioeconomic position: a systematic review. *Obesity Reviews* 2016;17(3):276–295
16. Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, et al.: Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*:ajcn120022. 2016
17. Sisnowski J, Handsley E, Street JM: Regulatory approaches to obesity prevention: A systematic overview of current laws addressing diet-related risk factors in the European Union and the United States. *Health Policy* 2015;119(6):720–731
18. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe): European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. WHO Europe, Copenhagen 2014
19. Varnaccia G, Zeiher J, Lange C, et al.: Adipositasrelevante Einflussfaktoren im Kindesalter – Aufbau eines bevölkerungsweiten Monitorings in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017;2(2):90–102
20. Birch LL, Ventura AK: Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity* 2009;1(33):74–81
21. Kurth B, Rosario AS: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2007;50(5–6):736–743
22. Zeiher J, Varnaccia G, Jordan S, et al.: Was sind die Einflussfaktoren kindlicher Adipositas? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2016;59(11):1465–1475

■ Johannes Zeiher | Gianni Varnaccia | Dr. Jonas D. Finger | Susanne Jordan | Dr. Cornelia Lange
Robert Koch-Institut | Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring | Fachgebiet 27 Gesundheitsverhalten
Korrespondenz: ZeiherJ@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:
Zeiher J, Varnaccia G, Finger JD, Jordan S, Lange C: Einflussfaktoren der Adipositas im Kindesalter: das AdiMon-Indikatorensystem
Epid Bull 2018;19:183–185 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-024

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten Berichtsmonat: **Februar 2018** (Datenstand: 1. Mai 2018)
Nichtnamentliche Meldungen des Nachweises ausgewählter Infektionen gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern
 (Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

Land	Syphilis		HIV-Infektion*		Malaria		Echinokokkose		Toxoplasm., konn.						
	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017					
	Feb.	Jan.–Feb.	Feb.	Jan.–Feb.	Feb.	Jan.–Feb.	Feb.	Jan.–Feb.	Feb.	Jan.–Feb.					
Baden-Württemberg	68	140	127	–	–	–	7	16	19	3	8	5	0	0	0
Bayern	67	164	158	–	–	–	9	25	22	1	5	4	0	0	0
Berlin	79	194	252	–	–	–	3	11	12	0	0	1	0	0	0
Brandenburg	9	21	12	–	–	–	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Bremen	5	10	5	–	–	–	1	1	7	0	0	0	0	0	0
Hamburg	34	75	61	–	–	–	5	16	12	0	3	0	0	0	0
Hessen	31	77	79	–	–	–	10	14	14	1	3	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	4	13	16	–	–	–	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	35	81	70	–	–	–	1	3	11	1	2	3	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	129	287	330	–	–	–	12	28	24	0	2	2	0	0	0
Rheinland-Pfalz	28	55	32	–	–	–	3	9	2	0	0	0	0	0	0
Saarland	4	13	12	–	–	–	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	20	46	46	–	–	–	1	3	2	0	0	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	15	22	32	–	–	–	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	17	28	26	–	–	–	1	2	2	0	1	0	0	0	0
Thüringen	14	26	17	–	–	–	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deutschland	559	1.252	1.275	–	–	–	53	129	132	6	24	15	0	0	0

*Aufgrund der Umstellung der Datenbank stehen derzeit keine Daten zu HIV-Infektionen zur Verfügung