

Kinder mit Migrationshintergrund sind in Deutschland deutlich häufiger übergewichtig und adipös als Kinder ohne Migrationshintergrund [1]. Dieser Erkenntnis wird in den bisherigen Präventionsbemühungen wenig Rechnung getragen. Hier werden daher Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund detailliert dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf aktuellen Ergebnissen aus den Einschulungsuntersuchungen in Stuttgart in den Jahren 2004, 2006 und 2007.

Übergewicht und Adipositas bei Kindern nach Migrationshintergrund

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Stuttgart



Prof. Dr. Gertrud Winkler¹ M.P.H.
E-Mail: winkler@hs-albsig.de

¹Hochschule Albstadt-Sigmaringen
Fakultät Life Sciences
Anton-Günther-Str. 51
72488 Sigmaringen

Einleitung

Der repräsentative Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS weist 15 % der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland als übergewichtig und 6,3 % als adipös aus. Ein erhöhtes Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht dabei u. a. bei Kindern mit Migrationshintergrund [2]. Damit bestätigt KiGGS Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern nach Nationalität auf Bundesebene, die bisher nur für regional- und altersbeschränkte Populationen berichtet werden konnten [u. a. 3, 4, 5, 6].

Je nach Migrationshintergrund (Herkunftsland) der Kinder werden dabei teilweise sehr unterschiedliche Übergewichts- und Adipositasprävalenzen beobachtet [z. B. 4, 6]. Beispielhaft legt die Gesundheitsberichterstattung Berlin solche Unterschiede auf der Basis von Einschulungsuntersuchungen dar, wobei DELEKAT [7] sogar unterschiedliche Trends in der Übergewichts- und Adipositasprävalenz bei Kindern verschiedener Herkunft zwischen 1994 und 2001 aufzeigt.

Aus Sicht der Prävention stellt sich die Datenlage zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen und hier v. a. zu den Ursachen insgesamt als unbefriedigend dar. Vor allem reicht sie kaum aus,

gesicherte Empfehlungen zur Prävention zu geben, z. B. hinsichtlich Festlegung der Zielgruppen [8]. Da für gezielte Präventionsanstrengungen bei begrenzten Mitteln eine Identifikation von Risikogruppen z. B. nach kulturellem Hintergrund dringend geboten ist, werden hier Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund detailliert beschrieben.

Untersuchungsmethoden

Studiendesign und Population

In Stuttgart werden seit Jahren die Daten der Einschulungsuntersuchung ausgewertet, u. a. als Basis für die Arbeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamts. Bei den Einschulungsuntersuchungen findet jeweils eine Vollerhebung eines gesamten Jahrgangs von Kindern im Alter von üblicherweise fünf bis sechs Jahren, die eingeschult werden sollen, statt.

Die vorliegende Auswertung basiert auf den Einschulungsuntersuchungen 2004, 2006 und 2007 für sämtliche Stuttgarter Grundschulen, die jeweils in den Monaten Januar bis August stattfanden. Aus dem Jahr 2004 konnten 4778 komplette Datensätze von 5 011 Kindern (95,4 %) ausgewertet werden, aus 2006: 4700 von 4817 Kindern (97,6 %) und aus 2007: 4 802 von



Weiterer Autor:
Dipl. Päd. Jodok Erb²
M. P. H.

²Gesundheitsamt der
Landeshauptstadt Stuttgart,
Abteilung Gesundheits-
und Sozialplanung,
Förderung,
Kommunikation



5 004 Kindern (96,0 %), also insgesamt Daten von 14 280 Kindern. Alle erhobenen Daten wurden auf maschinenlesbaren Dokumentationsbögen eingetragen und beim Regierungspräsidium Stuttgart – Landesgesundheitsamt eingelezen. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 15.

Datenerhebung und -auswertung

Bei der Einschulungsuntersuchung wurde Größe und Gewicht der Kinder ohne Schuhe und Oberbekleidung von Krankenschwestern mit geeichten Instrumenten erhoben. Aus Größe und Gewicht wurde jeweils der Body Mass Index berechnet.

Für die Bestimmung des Übergewichts bei Migrantenkindern gibt es keine spezifische Empfehlung zu den zu verwendenden Referenzwerten [9]. In den vorliegenden Auswertungen wurden die Referenzwerte nach KROMEYER-HAUSCHILD et al. [10], die von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) zur deutschlandweiten Nutzung empfohlen werden, den von der IOTF für internationale Vergleiche empfohlenen Referenzwerten nach COLE et al. [11] vorgezogen, da in [11] keine Daten aus den für diese Untersuchung relevanten Herkunftsregionen eingegangen sind und da Auswertungen nach [10] eine bessere Vergleichbarkeit mit aktuellen Ergebnissen zur Gewichtssituation bei Kindern in Deutschland z. B. aus [2] zulassen.

Anhand dieser Referenzwerte wurde dann nach Geschlecht und Halbjahres-Altersgruppe die Prävalenz von

Übergewicht ($\geq 90.$ < 97. Perzentil) und Adipositas ($\geq 97.$ Perzentil) bestimmt. Zu den Prävalenzwerten wurden die 95 %-Konfidenzintervalle bestimmt.

Die Operationalisierung des Migrantenstatus ist nicht unproblematisch, da nur über die Nationalität eingebürgerte Personen und Aussiedler nicht erfasst werden [9, 12]. Bei den Stuttgarter Einschulungsuntersuchungen wurde daher die erwachsene Begleitperson – in der Regel die Mutter – gefragt, welche Sprache(n) mit dem Kind in den ersten drei Lebensjahren überwiegend gesprochen wurde(n), um damit den Migrationshintergrund auch bei eingebürgerten Kindern genauer zu bestimmen. Die Ergebnisse werden nach Familiensprache dargestellt.

Bei obligatorischen Einschulungsuntersuchungen sind Fragen nach den Parametern, die üblicherweise zur Bestimmung des sozioökonomischen Status (SES) herangezogen werden (u. a. nach dem Haushaltsnettoeinkommen) heikel bzw. problematisch und wurden nicht erhoben. Hier wird deshalb nachträglich der „Wohngebietstyp“ der Wohngebiete der Kinder auf der Grundlage des *Sozialdatenatlas Kinder und Jugendliche Stuttgart* [13] bestimmt und als grober Indikator für den SES herangezogen. Der Sozialdatenatlas basiert auf Daten aus dem Jahr 2002 und klassifiziert Wohngebiete (Rangfolge von „1 = sehr gute Wohngebiete mit überwiegend deutscher Bevölkerung“ bis „7 = Gebiete mit großer nationaler Vielfalt und hohem Armutspotenzial“).

Die große Fallzahl der Stichprobe ließ es zu, stratifizierte Auswertungen nach Migrationshintergrund (Familiensprache) durchzuführen und die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen von ausländischen, eingebürgerten und deutschen Kindern zu vergleichen. Prävalenzunterschiede zwischen den Teilgruppen wurden mittels Chi-Quadrat-Test nach PEARSON überprüft.

Recherche der Vergleichsdaten

Der Vergleich mit anderen Erhebungen (◆Tabelle 3) erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern hat zum Ziel, die Ähnlichkeit des Häufigkeitsmusters von Übergewicht und Adipositas nach Migrationshintergrund an anderen Einschülerpopulationen aufzuzeigen. Es konnten eine relevante Publikation [6] sowie über das Internet zugängliche Berichte von (Landes-) Gesundheitsämtern [14, 15] herangezogen werden, die auf vergleichbarer Methodik beruhen. Der Migrationshintergrund wurde also jeweils umfassender als bloß über die Nationalität des Kindes definiert und die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen basieren auf den deutschen Referenzwerten nach [10].

Ergebnisse

Stichprobe

In ◆Tabelle 1 sind wichtige Stichprobencharakteristika der drei Stuttgarter Untersuchungsjahrgänge sowie die relative Häufigkeit der mit den Kindern in den ersten drei Lebens-

jahren gesprochenen Sprachen dargestellt. Es zeigte sich deutlich die erwähnte Problematik bei der Erfassung des Migrantenstatus: Jeweils ca. zwei Drittel der untersuchten Kinder hatten die deutsche Nationalität, während bei nur etwa der Hälfte zu Hause ausschließlich deutsch gesprochen wurde.

Übergewichts- und Adipositasprävalenz insgesamt

13,0 % aller untersuchten Kinder waren übergewichtig oder adipös, d. h. sie wiesen einen BMI \geq P90 (95 %-KI: 12,5–13,5 %) auf. Insgesamt 7,1 % (95 %-KI: 6,7–7,5 %) der untersuchten Kinder waren übergewichtig, aber nicht adipös, zwischen Jungen und Mädchen gab es keine Unterschiede (7,1 vs. 7,1 %, n.s.). 6,0 % (95 %-KI: 5,6–6,4 %) der Kinder waren adipös, auch hier lagen die Werte für Jungen und Mädchen fast gleich hoch. Während sich keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht zeigten, ergaben sich hoch signifikante Unterschiede hinsichtlich des Migrationshintergrundes.

Übergewichts- und Adipositasprävalenz nach Familiensprache (Migrationshintergrund)

In \blacklozenge Tabelle 2 wird die Prävalenz von übergewichtigen und adipösen Kindern getrennt für die beiden Geschlechter nach Familiensprache und ergänzend nach ausgewählten Familiensprachen in den weniger guten Wohngebieten dargestellt. Die Übergewichtsprävalenz bei deutschen Kindern betrug 4,9 % (95 %-KI: 4,4–5,4 %), die Adipositasprävalenz 3,2 % (95 %-KI: 2,8–3,6 %), mit signifikanten Unterschieden nach der

Güte des Wohngebiets: Die Übergewichtsprävalenz stieg beispielsweise kontinuierlich von 4,0 % im Wohngebietstyp 2 auf 5,9 % im Wohngebietstyp 7 (nicht tabellarisch dargestellt). Für Kinder mit einem Migrationshintergrund aus den klassischen Gastarbeiterländern Türkei, Italien, Griechenland und dem ehemaligen Jugoslawien ergab sich dagegen eine Übergewichtsprävalenz von ebenfalls 11,3 % (95 %-KI: 10,3–12,4 %) und eine Adipositasprävalenz von 11,3 % (95 %-KI: 10,2–12,2 %). Keine signifikant erhöhte Prävalenz bei Übergewicht oder Adipositas ergab sich dagegen bei Kindern von russisch, englisch oder französisch sprechenden Migranten.

Das gleiche Häufigkeitsmuster von Übergewicht und Adipositas nach Migrationshintergrund zeigte sich auch, wenn nur die schlechten Wohngebietstypen 5 bis 7 allein betrachtet wurden (\blacklozenge Tabelle 2).

Integration und Übergewichts- und Adipositasprävalenz

Die Verwendung der deutschen Sprache innerhalb der Familien gilt als ein Indikator für die Integration. Weder für die Prävalenz von Übergewicht noch für die Prävalenz von Adipositas der Kinder mit Migrationshintergrund in den einzelnen Sprachgruppen ergaben sich wesentliche Abweichungen, wenn neben der Familiensprache mit den Kindern in den ersten drei Lebensjahren auch Deutsch gesprochen wurde. Dies trifft für alle Sprachgruppen zu.

Vergleicht man innerhalb der Familiensprachgruppen nach Staatsbürgerschaft der Kinder, ergaben sich für die meisten Familiensprachgruppen

niedrigere Übergewichts- und Adipositasprävalenzen, wenn die Kinder die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Statistisch signifikant war dieser Unterschied bei den türkisch (nur Übergewicht), italienisch und griechisch sprechenden Kindern. Allerdings ist auch bei den eingebürgerten Kindern die Übergewichts- und Adipositasprävalenz signifikant höher als bei deutschen Kindern ($p < 0,001$).

Diskussion

Die Stärke der vorliegenden Untersuchung ist die Zusammenfassung von drei Jahrgängen der Stuttgarter Einschulkinder mit einer Gesamtzahl von 14 280 untersuchten Kindern, was eine stratifizierte Analyse mit ausreichend großen Subgruppen ermöglichte. Eine weitere Stärke ist die Definition des Migrantenstatus über die Sprache, mit der mit den Kindern in den ersten drei Jahren gesprochen wurde. Dadurch konnten auch viele Kinder mit Migrationshintergrund identifiziert werden, die eingebürgert wurden und allein über die Nationalität nicht hätten erfasst werden können. Der Forderung nach einer differenzierten Analyse der Migrantengruppen [9, 12] wurde damit nachgekommen. Die Güte des Wohngebiets bzw. des Wohngebietstyps nach [13] darf dagegen nur als grober Indikator für den SES betrachtet werden. Er wurde aus rein pragmatischen Gründen für erste Betrachtungen des komplexen Zusammenhangs von Migrationshintergrund und SES [siehe z. B. 16] verwendet, da die zur Bestimmung des SES notwendigen Variablen nicht erhoben werden konnten. Ebenso ist die Ver-

Jahr	Größe der Netto-Stichprobe (N)	Anteil der Mädchen (%)	Alter in Jahren Mittelwert (Standardabweichung)	Anteil der Kinder mit deutscher Nationalität (%)	Sprachliche Situation in der Familie (%)		
					nur deutsch	deutsch und eine andere Sprache	nur andere Sprachen
2004	4 778	48,1	6,2 [0,4]	66,1	53,4	7,1	39,5
2006	4 700	47,5	6,1 [0,3]	67,6	50,0	19,9	30,1
2007	4 802	49,2	6,0 [0,3]	70,7	51,4	13,6	35,0

Tab. 1: Einschulungsuntersuchungen Stuttgart: Stichprobencharakteristika der Jahrgänge 2004, 2006 und 2007

Sprache		Übergewichtige Kinder ($\geq P90 < P97$)			Adipöse Kinder ($\geq P97$)		
		Mädchen	Jungen	insgesamt	Mädchen	Jungen	insgesamt
nach Familiensprache zur Feststellung der Herkunft ¹							
Deutsch	7 295	4,8	5,0	4,9	3,5	2,9	3,2
Türkisch	1 814	11,7	11,7	11,7	10,9	14,9	13,0
Italienisch	444	9,8	13,4	11,5	13,7	10,6	12,2
Griechisch	434	11,3	11,3	11,3	12,2	11,8	12,0
Serbisch/kroatisch	866	9,1	11,8	10,4	8,2	8,7	8,4
Albanisch	321	6,1	5,8	6,0	9,1	5,1	7,2
Russisch	433	4,2	6,9	5,6	3,2	3,7	3,5
Englisch	197	6,7	2,8	4,6	5,6	3,7	4,6
Französisch	115	3,6	3,4	3,5	–	5,1	2,6
sonstige Sprachen	2 220	9,7	7,6	8,7	6,0	7,3	6,7
nach ausgewählter Familiensprache in den weniger guten Wohngebieten (Wohngebietstyp 5, 6 und 7) ¹							
Sprache		Mädchen	Jungen	insgesamt	Mädchen	Jungen	insgesamt
Deutsch	1 867	5,7	5,3	5,5	4,9	3,9	4,4
Türkisch	1 017	12,4	10,8	11,6	10,4	15,3	13,1
Italienisch	243	8,1	15,0	11,5	13,8	10,0	11,9
Griechisch	234	10,7	12,4	11,5	12,4	13,3	12,8
Serbisch/kroatisch	484	9,4	10,9	10,1	7,7	9,6	8,7
Albanisch	188	5,2	4,3	4,8	10,4	4,3	7,4
Russisch	187	2,2	8,2	5,4	3,3	3,1	3,2
sonstige Sprachen	1 119	10,0	7,0	8,4	7,0	7,5	7,2

¹Unterschiede zwischen den Familiensprachen sind hoch signifikant ($p < 0.001$)

Tab. 2: Einschulungsuntersuchungen Stuttgart: Prozentualer Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder nach Geschlecht und Familiensprache sowie nach Geschlecht und ausgewählten Familiensprachen in den weniger guten Wohngebieten (nach [13]) entsprechend den Referenzwerten von [10]

wendung der deutschen Sprache innerhalb der Familie nur einer aus einer Vielzahl denkbarer Indikatoren für die Integration. Diese beiden Aspekte wurden daher nicht vertieft dargestellt.

Bei deutschen Einschulkindern der Jahre 2004, 2006 und 2007 ohne Migrationshintergrund in der Stadt Stuttgart lag keine gegenüber der Referenzpopulation [10] erhöhte Prävalenz von Übergewicht und Adipositas vor, ebenso wenig bei russisch, englisch und französisch sprechenden Migrantenkindern. Bei Kindern aller anderen Migrantengruppen zeigten sich dagegen zwei- bis dreifach höhere Prävalenzen, woraus die insgesamt erhöhten Prävalenzen resultieren. Am häufigsten übergewichtig

und adipös sind Kinder von Migranten aus den ehemaligen Gastarbeiterländern.

Eine Verallgemeinerung dieses Ergebnisses aus Stuttgart ist nicht zulässig, u. a. da die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen sehr heterogen sind [1]. Die gefundenen deutlich höheren Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas von Kindern mit Migrationshintergrund verglichen mit deutschen Kindern zeigten bereits eine Vielzahl von Untersuchungen (siehe Aufzählung in [1] sowie auch [2, 4, 6, u. a.]). Allerdings wird auch das bei den Stuttgarter Einschulkindern gefundene Muster der Verteilung der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen nach Herkunftskulturkreis der Kinder in ähn-

licher Form von anderen Untersuchungen bestätigt, die den Herkunftskulturkreis nicht nur über die aktuelle Nationalität definieren (◆ Tabelle 3)¹. Dabei scheinen Kinder aus südeuropäischen Kulturkreisen, allen voran aus der Türkei, deutlich häufiger übergewichtig bzw. adipös zu sein als Kinder aus osteuropäischen und anderen Kulturkreisen. Deutsche Kinder ohne Migrationshintergrund weisen dagegen offensichtlich, gegenüber Kindern mit Migrationshinter-

¹Auch weitere Erhebungen, die in Tabelle 3 nicht aufgeführt sind, da sie z. B. den Migrationshintergrund nur nach Nationalität definieren oder Übergewicht und Adipositas nicht nach [10] definieren sondern beispielsweise nach [11], bestätigen tendenziell das beschriebene Verteilungsmuster für die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas, wobei die Unterschiede erwartungsgemäß aber weniger deutlich ausfallen.

grund, keine erhöhten Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas auf. Ein ökologischer Vergleich der Übergewichtsprävalenzen 7- bis 11-jähriger Kinder in verschiedenen europäischen Ländern zeigt ebenfalls ein ähnliches Muster [17].

Unserer Ansicht nach sollte die Summe dieser Ergebnisse Anlass dafür sein, den Ursachen für die deutlich unterschiedlichen Übergewichts- und Adipositasprävalenzen nach Herkunftskulturkreis intensiver nachzugehen und dabei die oben dargestellten Schwächen der vorliegenden Untersuchung, nämlich die valide Erhebung des SES und des Integrationsstandes zu berücksichtigen. Vor allem aber sollte die Diskussion um zu fokussierende Zielgruppen für die Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter kritischer geführt und die überwiegend allgemeine durch eine selektive Prävention [8, 18] ersetzt werden.

Zielgruppen für eine selektive Prävention von Übergewicht und Adipositas

Bei deutschen Kindern ohne Migrationshintergrund zeigte sich insgesamt

eine vergleichsweise geringe Prävalenz von Übergewicht (8,1 %) und Adipositas (3,2 %), allerdings mit einem deutlichen sozialen Gradienten, wie es auch aus anderen Erhebungen (siehe Aufzählung in [1] sowie beispielsweise auch [2, 19 sowie 20]) hervorgeht. Ein Handlungsbedarf könnte also bei deutschen Kindern nur in den unteren sozialen Schichten bestehen. Für viele andere deutsche Kinder ist eine Übergewichts- und Adipositasprävention möglicherweise überflüssig, vielleicht aber sogar – was wenig thematisiert und bisher kaum untersucht wurde [21] – schädlich. Beispielsweise zeigte sich u. a. in der Jugendgesundheitsstudie Stuttgart 2005, dass vor allem Mädchen ihr eigenes Körpergewicht überschätzen [22], d. h. normalgewichtige Mädchen meinen, sie seien zu dick. Hier könnten u. a. die öffentliche Diskussion zum Übergewicht sowie eine unspezifische Prävention Überreaktionen in einer Gruppe zeitigen, in der kein Handlungsbedarf besteht.

Unsere hier und früher [4] festgestellten Unterschiede in der Übergewichts- und Adipositasprävalenz bei Kindern können u. a. nicht unabhän-

gig von sozioökonomischen Faktoren betrachtet werden. Der verwendete Indikator Güte der Wohngebiete wies nur bei den deutschen Kindern ohne Migrationshintergrund auf den bekannten sozialen Gradienten hin, nicht jedoch bei den stark betroffenen Kindern mit südeuropäischem Migrationshintergrund. Dieses Phänomen wurde u. a. auch für Berlin gezeigt [7]. Sollte es sich in weiteren Untersuchungen mit validerer Erhebung des SES bestätigen, bedeutet dies, dass im Gegensatz zu deutschen Kindern bei Kindern aus den Kulturkreisen der klassischen Gastarbeiterländer der soziale Status bei der Definition von Risikogruppen für die Prävention möglicherweise weniger wichtig ist. Gleiches könnte sich möglicherweise auch für die Bedeutung des Integrationsstatus abzeichnen.

Ursachen der unterschiedlichen Übergewichts- und Adipositasprävalenzen nach Migrationshintergrund

Die Diskussion möglicher Gründe für die deutlich höheren Übergewichts- und Adipositasprävalenzen bei den Kindern mit südeuropäischem Migra-

Referenz und Untersuchung ¹	Erhebung der Herkunftsregion	Anzahl (n), Anteil mit/ ohne Migrationshintergrund	Anteil (%) übergewichtiger Kinder nach Herkunft	Anteil (%) adipöser Kinder nach Herkunft
KUEPPER-NYBELEN et al. 2005 [6], Einschulungsuntersuchung Aachen 2002	nach aktueller Nationalität der Mutter	n = 1 974 davon ■ 1 522 ohne ■ 452 mit	deutsch: 7,2 türkisch: 21,2 südeuropäisch: 18,2 sonstige: 13,5 osteuropäisch: 11,1 mitteleuropäisch: 0,0	k. A.
BRUNS-PHILLIPS et al., 2004 [14], Einschulungsuntersuchungen Niedersachsen 1992–2003	nach Herkunftsland der Eltern	n = 265 699 davon ■ 234 228 ohne ■ 31 471 mit	deutsch: 9,2 (J) ² , 10,6 (M) türkisch: 15,4 (J), 14,4 (M) sonstige: 9,6 (J), 10,3 (M) ehem. UDSSR: 9,0 (J), 10,3 (M)	deutsch: 3,8 (J) ² , 4,3 (M) türkisch: 7,7 (J), 6,8 (M) sonstige: 4,0 (J), 4,0 (M) ehem. UDSSR: 4,0 (J), 4,5 (M)
OBERWÖHRMANN & BETTGE, 2007 [15], Einschulungsuntersuchung Berlin 2005	Zuordnung zu Kulturkreisen nach Kombination verschiedener Variablen	n = 2 7492 davon ■ 19 113 ohne ■ 8 379 mit	deutsch: 5,7 türkisch: 11,9 arabisch: 10,8 osteuropäisch: 8,2 aus westl. Industriest.: 6,4 sonstige: 8,2	deutsch: 3,7 türkisch: 10,3 arabisch: 7,7 osteuropäisch: 7,5 aus westl. Industriest.: 4,9 sonstige: 6,3

¹Bei den dargestellten Beispielen wurde auf methodische Vergleichbarkeit hinsichtlich der Bestimmung des Migrationshintergrundes (nicht nur nach aktueller Nationalität des Kindes) und der Definition von Übergewicht und Adipositas (Übergewicht: ≥ 90. Perzentil, Adipositas: ≥ 97. Perzentil nach [10]) geachtet.
²J = Jungen; M = Mädchen

Tab. 3: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregion in Einschulungsuntersuchungen (Beispiele)

tionshintergrund im Vergleich zu Kindern ohne bzw. mit anderen Migrationshintergründen muss, wie in [4] ausgeführt, weiterhin spekulativ bleiben.

Übergewicht und Adipositas sind unbestritten das Ergebnis einer langfristig positiven Energiebilanz aus Energieverbrauch und -aufnahme. Sowohl Aufnahme als auch Verbrauch werden durch eine Vielzahl von verhaltensbezogenen, biologischen sowie umweltbedingten Faktoren beeinflusst, wobei wiederum die genetische Disposition eine Rolle spielt [8]. Bisher liegen allerdings zu wenige Informationen über mögliche Unterschiede dieser Faktoren nach Migrationskulturkreis vor, um fundierte Empfehlungen zur Umsetzung selektiver Präventionsstrategien zu geben.

Fazit

Erhebungen zur Übergewichts- und Adipositasprävalenz im Kindesalter zeigen konsistent, dass Kinder mit Migrationshintergrund erheblich häufiger übergewichtig und adipös sind als Kinder ohne Migrationshintergrund. Verstärkte selektive präventive Maßnahmen in dieser Gruppe sind also zweifelsohne notwendig. Einige Untersuchungen, die eine weitergehende Identifikation und Stratifizierung zulassen, deuten weiterhin an, dass ein konsistentes Muster in der Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht und Adipositas nach Herkunftskulturkreis der Migrantenkinder vorliegt, was eine selektive Prävention erleichtern würde.

Da Prävention von Übergewicht und Adipositas immer auf Lebensstiländerungen in den Familien abzielt, sind wesentlich genauere Kenntnisse über und Einsichten in die potenziellen Zielgruppen dringend notwendig. Diese sollten über das Ernährungs- und Bewegungsverhalten hinaus gehen und u. a. auch die Familiensoziologie einbeziehen. Bewährte Vorgehensweisen der Übergewichtsprävention, wie etwa die der Beteiligung der Mütter, können möglicherweise nicht einfach übertragen werden, was

beispielhaft TOPRAKS Aussagen über die geschlechtsspezifische Erziehung türkischer Vorschulkinder [23, S. 42] aufzeigen soll: „Eltern türkischer Herkunft teilen sich die erzieherische Disziplinierung der Kinder in der Regel nach Geschlecht auf: Die Mutter unterweist die Tochter und der Vater den Sohn. Während der Vater auch die Tochter disziplinieren kann und die ihm gehorchen muss, kann sich der Sohn den Anforderungen der Mutter widersetzen.“

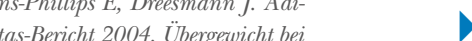
Literatur

1. Moß A, Wabitsch M, Kromeyer-Hauschild K, et al. (2007) Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschulkindern. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: S. 1424–1431
2. Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 736–743
3. Kalies H, Lenz J, von Kries R (2002) Prevalence of overweight and obesity and trends in body mass index in German pre-school children, 1982–1997. *Int J Obes* 26: 1211–1217
4. Erb J, Winkler G (2004) Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. *Monatsschreiben Kinderheilkunde* 152: 291–298
5. Rapp K, Schick KH, Bode H, Weiland SK (2005) Type of kindergarten and other potential determinants of overweight in pre-school children. *Public Health Nutrition* 6: 642–649
6. Kuepper-Nybelen J, Lamerz A, Bruning N, et al. (2005) Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Arch Dis Child* 90: 359–363
7. Delekat D. Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. *Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf der Basis der Einschulungsuntersuchung 2001*. Senatsverwaltung für
8. Goldapp C, Mann R (2004) Zur Datenlage von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Prävention* 27: 12–18
9. Schenk L, Kroke A, Buyken AE, et al. Übergewicht bei Migrantenkindern — methodisch-epidemiologische Stolpersteine. In: Kirch W, Badura B (Hg): *Prävention*. Springer, Berlin & Heidelberg, 2006, S. 193–217
10. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch W, Kunze D, et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149: 807–818
11. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320: 1240–1243
12. Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 48: 279–286
13. Landeshauptstadt Stuttgart, Referat Soziales, Jugend und Gesundheit, Jugendamt (Hg). *Sozialdatenatlas Kinder und Jugendliche – Daten aus dem Jahr 2002*, Bearbeitung: Christine Wagner, Stuttgart, 2003
14. Bruns-Phillips E, Dreesmann J. *Adipositas-Bericht 2004*. Übergewicht bei



Kinder, deren Familien aus südeuropäischen Kulturkreisen stammen, sind häufiger übergewichtig

Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2003



Zusammenfassung

Kinder mit Migrationshintergrund sind in Deutschland deutlich häufiger übergewichtig und adipös als Kinder ohne Migrationshintergrund. Da zur Prävention eine Identifikation von Risikogruppen geboten ist, werden hier Unterschiede in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern nach unterschiedlichem Herkunftskulturkreis untersucht.

In den Einschulungsuntersuchungen in Stuttgart in den Jahren 2004, 2006 und 2007 wurde Größe und Gewicht von insgesamt 14 280 Kindern standardisiert gemessen und mit den deutschen BMI-Referenzwerten verglichen. Der Migrationshintergrund wurde anhand der Sprache bestimmt, die in den ersten drei Lebensjahren mit den Kindern gesprochen wurde, zusätzlich waren Angaben zur Nationalität der Kinder vorhanden. Als Indikator für den Sozialstatus der Einschüler wurde die Güte ihrer Wohngebiete herangezogen.

13,0 % der Kinder wiesen einen BMI \geq P90 auf. 7,1 % der Kinder waren übergewichtig aber nicht adipös und 6,0 % adipös, Mädchen in gleichem Maße wie Jungen. Für Kinder aus Familien aus den klassischen Gastarbeiterländern Türkei, Italien, Griechenland und dem ehem. Jugoslawien ergab sich eine Übergewichtsprävalenz von 11,3 % und eine Prävalenz für Adipositas von 11,3 %. Insgesamt wiesen damit 22,1 % dieser Kinder einen BMI \geq P90 auf. Die Übergewichts- und Adipositasprävalenzen für deutsche Kinder ohne Migrationshintergrund sowie für russisch-, englisch- und französischsprachige Kinder waren nicht erhöht. Je besser das Wohngebiet der deutschen Kinder, desto geringer war deren Übergewichtsprävalenz. Diese Unterschiede nach der Güte der Wohngebiete fanden sich bei Migrantenkindern nicht. Im Sinne einer selektiven Prävention von Übergewicht und Adipositas müssen dringend spezifische Programme für Kinder mit südeuropäischem Migrationshintergrund entwickelt werden.

Summary

Overweight and obesity in children of immigrant families from different countries

Results of studies on the occasion of enrolment in an elementary school in Stuttgart

Gertrud Winkler, Jodok Erb, Sigmaringen

In Germany, the rate of overweight and obese children is higher in children of immigrant families than in children of non-immigrant families. As prevention requires the identification of risk groups, differences in the prevalence of overweight and obesity are studied according to the countries of origin of the immigrant families.

In the studies on the occasion of enrolment in an elementary school in 2004, 2006 and 2007, size and weight of 14 280 children totally were determined in a standardized procedure and compared to the German BMI reference values. The families' origin was determined by the language in which the parents talked to their children during their first three years of life. Information about the nationality of the children was available in addition. The quality of their residential areas was taken as an indicator of the children's social status.

13.0 % of the children had a BMI \geq P90. 7.1 % were overweight but not obese, 6 % were obese; this equally applied to girls and boys. In children of families from Turkey, Italy, Greece and the former Yugoslavia, an overweight prevalence of 11.3 % and a prevalence for obesity of 11.3 % have been found. Thus 22.1 % of these children had a BMI \geq P90. Overweight and obesity prevalence for German children of non-immigrant families and for Russian, English and French speaking children were not elevated. The better the residential area of the German children, the lower their overweight prevalence. In children of immigrant families, these differences according to the quality of the residential areas have not been found. For a selective prevention of overweight and obesity, specific programs for children of immigrant families from southern countries are urgently needed.

Keywords: overweight, children, immigrant families, enrolment in an elementary school, obesity, social status

Ernährungs Umschau 55 (2008) S. 592–598

Schulanfängern. Eine Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen 1993–2003. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt Gesundheitsberichterstattung, Hannover 2004

15. Oberwöhrmann S, Bettge S: Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchung 2005. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2007
16. Van Hook J, Stamper Balistreri K (2007) Immigrant generation, socioeconomic status, and economic development of countries of origin: A longitudinal study of body mass index among children. *Social Science & Medicine* 65: 976–989
17. Lobstein T, Frelut ML (2003) Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews* 4: 195–200
18. WHO: Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organisation, Technical Report Series. 894, 2000
19. Langnäse K, Mast M, Müller MJ (2002) Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany. *International Journal of Obesity* 26: 566–572
20. McLaren L (2007) Socioeconomic status and obesity. *Epidemiol Rev* 29: 29–48
21. Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC (2006) The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev* 7: 111–136
22. Galante-Gottschalk A, Erb J (2007) Selbsteinschätzung des Körpergewichts bei Jugendlichen und Body Mass Index. *Gesundheitswesen* 69: 560–564
23. Toprak A: Bedeutung der Kinder, Erziehungswerte und Bestrafungspraktiken in türkischen Familien. In: Toprak A: Türöffner und Stolpersteine. Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern, München, 2004, S. 34–46