



Christiane Reuter (Autor)  
**Gesundheitsförderung für Kinder mit geistiger  
Behinderung**



<https://cuvillier.de/de/shop/publications/963>

Copyright:  
Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen,  
Germany  
Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: [info@cuvillier.de](mailto:info@cuvillier.de), Website: <https://cuvillier.de>

## 1 Einleitung

Übergewicht und Adipositas gelten als die „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ und bedrohen zunehmend die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Industrienationen.

„Vor dem Hintergrund wohlfahrtsstaatlicher Modernisierungsprozesse vollzieht sich der rasche Wechsel von der Logik der Grundversorgungs-Verteilung in der Mangelgesellschaft zur Logik der Risiko-Verteilung in der Entwicklungsgesellschaft“ (BRINKHOFF & SACK 1999, 9). Seit mehr Arbeit von Maschinen geleistet wird, wurden die oft auch risikoreichen Mühen für die Menschen weniger, die medizinische Versorgung ist gewährleistet und kaum jemand muss Hunger leiden. Die Industrialisierung hat mit all ihren Vorzügen und Möglichkeiten nicht nur Gutes gebracht. In westlichen Ländern wird diese Entwicklung von der Mangelgesellschaft zur Gesellschaft des Überflusses zu einer immer größeren Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung.

### 1.1 Ausgangslage: Gesundheitsstatus von Kindern mit geistiger und ohne Behinderung

In den USA ist innerhalb der letzten zehn Jahre die Häufigkeit des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen um 54% und der schweren Adipositas („Superobesity“) um 98% angestiegen. Ähnliche Entwicklungen, wenngleich nicht so ausgeprägte Anstiege der von Adipositas Betroffenen, finden sich in den letzten Jahrzehnten auch in europäischen Ländern (VÖGELE & ELLROTT 2006, 184).

Adipositas stellt ein „Kalorien-Missverhältnis“ dar, spiegelt einen Überfluss an Fettmasse und wird entsprechend internationaler Empfehlungen mit Hilfe des Body-Mass-Index ( $\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in Kilogramm}}{\text{Größe in Meter}^2}$ ) definiert<sup>1</sup>. Erwachsene gelten bei einem BMI von mindestens 25 als übergewichtig, ab einem BMI von 30 als adipös. Da sich die Körperproportionen und der Fettanteil im Laufe der ontologischen Entwicklung verändern, sollte eine Definition alters- und geschlechtsspezifischer sein. In Deutschland empfiehlt die ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER (AGA) (2006) zur Festlegung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen die Benutzung einheitlicher BMI-

---

<sup>1</sup> Es gibt genauere Methoden die Fettmasse zu bestimmen, wie die Magnetresonanz, Hautfaltenmessung an verschiedenen Körperpartien, die Berechnung der Oberfläche der Arme anhand von Hautfalten und Armumfang und Schätzung der abdominalen Fettmasse durch die Messung des Taillen- und Hüftumfanges, die jedoch im Alltag schwerer zu gebrauchen sind (vgl. DUBUIS 2002).

Perzentile, welche den Zeitraum von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr umfassen. Perzentile geben den Prozentrang an, also wie viel Prozent der gleichaltrigen Kinder gleichen Geschlechts einen niedrigeren BMI-Wert aufweisen<sup>2</sup>. Bei BMI-Werten oberhalb der 90sten Perzentile wird von Übergewicht, oberhalb der 97sten Perzentile von Adipositas gesprochen (z.B. DUBUIS 2002, REINEHR 2007).

Es lässt sich eine stetige Zunahme der Anzahl von Kindern oberhalb des Normbereichs beobachten. Bei diesen Zahlen handelt es sich nicht lediglich um eine Momentaufnahme um die Jahrtausendwende. Die Zahl von adipösen Kindern und Jugendlichen nahm tatsächlich im Laufe der Zeit zu (VÖGELE & ELLROTT 2006, 184). So zeigen verschiedene Studien eine mittlere Häufigkeit von etwa 20% für Übergewicht (BMI-Perzentile 90 bis 97) und 5% für Adipositas (>97% Perzentile). In einer repräsentativen bundesweiten Studie wurden von 2003 bis 2006 Daten zum Gesundheitsstatus 0 bis 17jähriger in Deutschland untersucht.

Es wurden 15% der 3-17jährigen Kinder und jeder dritte Jugendliche als übergewichtig (Body Mass Index über 90%-Perzentil), 6,3% als adipös (BMI über 97%-Perzentil) eingestuft. Alarmierend ist dabei der Trend zu immer jünger werdenden Patienten. Die Häufigkeit von Übergewicht ist im Vergleich zu Referenzdaten (1985-1999) um die Hälfte gestiegen, die Adipositasrate hat sich bei Kindern verdoppelt, bei Jugendlichen über 14 Jahren sogar verdreifacht (KURTH & SCHAFFRATH ROSARIO 2007). Es wird, wie in den USA bereits geschehen, mit einer Zunahme von an Diabetes Typ II erkrankten Kindern und Jugendlichen gerechnet (DUBUIS 2002). Die häufig ausgelöste Chronifizierung der Ess- und Gewichtsstörung bereits im Kindes- und Jugendalter bedingt häufig eine Ausweitung des Störungsbildes bis hin zur gravierenden Beeinträchtigung der gesamten psycho-sozialen, kognitiven und motivationalen Lebensäußerungen des jungen Menschen (SCHOBERT 1993).

Kinder mit geistiger Behinderung scheinen noch stärker von Adipositas bedroht zu sein. Zwar gibt es kaum Daten zur Häufigkeit von Adipositas bei Kindern mit geistiger Behinderung, aber einige Studien zur Häufigkeit von Adipositas von Menschen mit geistiger Behinderung. So ermittelt EMERSON (2005) bei einer Stichprobe von 1542 Menschen mit geistiger Behinderung eine Adipositashäufigkeit von 30,0% bei Frauen und 17,5% bei Männern.

---

<sup>2</sup> Zur Bestimmung der Perzentile mussten Daten erhoben werden. Die Angaben basieren auf Querschnittsdaten, die aus 17 Studien in verschiedenen Regionen Deutschlands stammen und die BMI-Verteilung Deutschlands widerspiegeln (KIESS, WABISCH, ZWIAUER & HEBEBRAND 2005). Mathematisch wurden die Z-Scores dem unterschiedlichen Alter und Geschlecht entsprechend berechnet und angegeben.

ROBERTSON ET AL. (2000) stellen an ihren Probanden (n=500) bei 24% der Frauen und 13% der Männer Adipositas fest.

**Tabelle 1:** Epidemiologische Studien zur Häufigkeit von Adiposits bei Menschen mit geistiger Behinderung

Autor	Stichprobe	Adiposithäufigkeit Frauen	Adiposithäufigkeit Männer
Beange et al. (1995)	n=202	26,5%	16,3%
Emerson (2005)	n=1542	30,0%	17,5%
Hove (2004a)	n= 282	25%	15%
Hove (2004b)	n=274	25,2%	14,7%
Messent et al.(1998)	n=24	11% (Alter 25-34)	5% (Alter 25-34) 7% (Alter 35-44)
Rimmer et al. (1993)	n=364	58,5%	27,5%
Rimmer et al. (1994)	n=329	31,2%	22,1%
Robertson et al. (2000)	n= 500	24%	13%
Yamaki (2005)		44,24%	26,45%

EISSING, KÖTTING & STÖPPLER<sup>3</sup> (2005) ermittelten im Rahmen ihrer Studie zu Geschmackspräferenzen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung den BMI (nach Referenzdaten der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) ihrer Untersuchungsgruppe (51 Schüler im Alter von 10 bis 20 Jahre; Durchschnittsalter 15,7 Jahre). Der Anteil der übergewichtigen (N=5) und adipösen Schüler (N=17) betrug 43%. 10 der Schüler waren untergewichtig, 19 Schüler lagen im Normalbereich (ebd., 296). Zusammenfassend zeigt sich, dass Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung im Vergleich zu nicht-behinderten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit übergewichtig sind.

Zur Ätiologie von Adipositas schließt WIRTH (2000) aus den Ergebnissen unterschiedlicher Studien: „Die Adipositas ist eine polygenetische Erkrankung, monogenetische Erscheinungsformen sind äußerst selten“ (ebd., 64), spricht aber der Vererbung einen Anteil von 30% bis 60% zu. Von der Genetik beeinflusste Faktoren sind der Energieverbrauch, inklusive Grundumsatz, Thermogenese, körperliche Aktivität und die hormonellen und enzymatischen Faktoren der Regulation des Fettgewebes. WIRTH sieht bei der transkulturellen Betrachtung des Körpergewichts Kultur und Lebensumstände als Hauptursachen von Adipositas. Die Prävalenz der Adipositas wird durch die Lebensweise des „Überflusses“<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Es konnte lediglich diese Studie gefunden werden, die den BMI von Kindern mit geistiger Behinderung ermittelte.

<sup>4</sup> Überfluss bedeutet hier ein Übermaß an aufgenommener Energie, unabhängig von der Qualität der Nahrung. (Es können auch mit geringen finanziellen Mitteln viele Kalorien verzehrt werden.)

erklärt, ihre Manifestation jeweils abhängig von der genetisch vorgegebenen Adaptation des Stoffwechsels (HEBE BRAND & HINNEY 2000) an diese Lebensweise. Bei Überernährung und Bewegungsarmut entsteht eine Dysbalance im Energiehaushalt, da weit weniger Energie verbraucht, als potentiell zugeführt wird; im Körper bilden sich Fettspeicher.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung spielen auch andere individuelle Faktoren<sup>5</sup>, wie syndromspezifische<sup>6,7</sup> und genetische Prävalenzen, eine Rolle bei der Entstehung von Adipositas.

Menschen mit geistiger Behinderung werden häufiger als nicht behinderten Menschen Psychopharmaka<sup>8</sup> verabreicht (SINGH, MATSON, COOPER, DIXON & STURMEY 2005), die mitunter Nebenwirkungen auf Stoffwechsel und Verhalten haben. Die Abbildung 1 zeigt den angenommenen Wirkmechanismus zur Entstehung von Adipositas bei Menschen mit geistiger Behinderung.

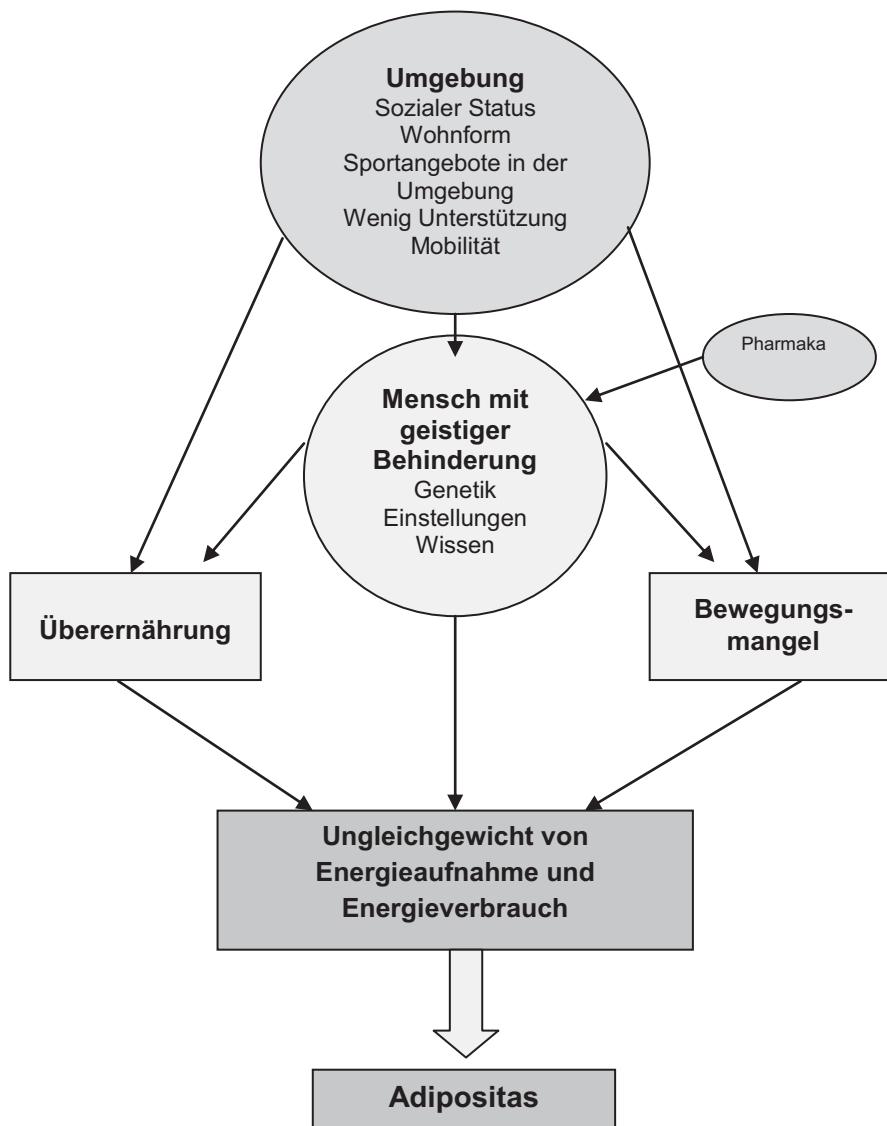
---

<sup>5</sup> Bei Untersuchungen zur Häufigkeit von an Adipositas erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung gibt es Anzeichen dafür, dass Menschen mit bestimmten Dispositionen unabhängig von ihrer gesellschaftlichen Einbettung besonders zur Ausbildung einer Adipositas neigen. Dazu gehören genetische Faktoren und bestimmte Verhaltensweisen, die das Erkranken an Adipositas scheinbar begünstigen. Solche Verhaltensweisen sind Störungen des Essverhaltens und ein besonders inaktiver Lebensstil. Menschen mit geistiger Behinderung tendieren augenscheinlich dazu, sich körperlich weniger zu betätigen als erwachsene Menschen ohne geistige Behinderung (MESSENT, COOKE & LONG 1998; EMERSON 2005).

<sup>6</sup> Häufig beschrieben werden bestimmte Syndrome, mit denen eine geistige Behinderung und Adipositas einhergehen (siehe ALLISON, PACKER-MUNTER, PIETROBELLI, ALFONSO & FAITH 1998 oder WIRTH 2000).

<sup>7</sup> Die einzelnen Syndrome sollen hier nicht alle näher erläutert werden. Hierfür soll auf folgende Literatur verwiesen sein: TALEBIZADEH & BUTLER (2004); REMSCHMIDT (2000); ALLISON (1998); GUNAY-AYGUN, CASSIDY & NICHOLLS (1997); GRAVESTOCK (2000); VAN MIL, WESTERTERP, GERVER, VAN MARKEN LICHTENBELT, KESTER & SARIS (2001); WIRTH (2000).

<sup>8</sup> teilweise wird beschrieben, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine genetische Präferenz zu (psychischen) Krankheiten hätten.



**Abbildung 1:** Angenommener Wirkungsmechanismus zur Entstehung von Adipositas bei Menschen mit geistiger Behinderung (siehe REUTER 2006)

MORAN ET AL. (2005) konnten zum Beispiel ein signifikant erhöhtes Risiko für das Erkranken an Adipositas bei Menschen mit Down Syndrom ermitteln. HOVE (2004) kam bei seiner Studie sogar auf eine Adipositashäufigkeit von 44,7% bei Menschen mit Down Syndrom, STEWART, BEANGE & MACKERRAS (1994) ermittelten für diese Gruppe eine Häufigkeit von 32%.