

Prävention und Therapie Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Dagmar l'Allemand-Jander, Gabriele Fontana

Gemäss dem BMI-Monitoring von Gesundheitsförderung Schweiz für das Schuljahr 2020/2021 ist der Anteil an Schüler und Schülerinnen mit Übergewicht gleichbleibend hoch, er liegt bei 17,4% (1). Davon sind 12,6% übergewichtig und 4,8% adipös. Unbehandelt bleibt das Übergewicht ab dem Kleinkindalter bis ins Erwachsenenalter bestehen (2), und Komorbiditäten wie zum Beispiel Gelenkprobleme, Prädiabetes, Hypertonie, Fettleber und Schlafapnoesyndrom können bereits im Kindesalter entstehen (3).

Die Ursachen des Übergewichts sind äusserst komplex und individuell unterschiedlich, sie reichen von einem genetisch programmierten «sparsamen» Energiestoffwechsel bis zu einer frühkindlichen Bindungsstörung (4), so genügen gut gemeinte Ratschläge zu Ernährung und Bewegung nicht für eine effiziente Therapie. Vielmehr wird ein multiprofessioneller Ansatz unter Einbezug der Eltern benötigt.

Seit 20 Jahren widmet sich der Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AKJ) der Prävention und der Therapie des Übergewichts sowie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Dabei legt er den Fokus auf die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Strukturierte multiprofessionelle Kinder-Adipositas therapie

Seit Anfang 2014 können Kinder und Jugendliche gemäss der strukturierten pädiatrischen Adipositas therapie in der Schweiz umfassend behandelt werden (2), das dank der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

Vier Stufen in der pädiatrischen Adipositas therapie (Abbildung)

Stufe I

Wenn die Indikationen für die Therapie gegeben sind (Kasten), können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aus der Pädiatrie oder der Hausarztmedizin 6 Monate lang neben den eigenen Konsultationen die multiprofessionelle strukturierte Individualtherapie (MSIT) verordnen, und zwar mit maximal 6 Konsultationen Ernährungsberatung und 2 Konsultationen

Physiotherapie für die Physiotherapiediagnostik. Letzteres mit dem Ziel, die körperliche Leistungsfähigkeit und die Probleme des Bewegungsapparats zu erkennen und die Betroffenen an Bewegungsangebote (Sportverein, kantonale Aktionsprogramme) weiterzuleiten bzw. für eigenverantwortliche Übungen zu instruieren.

Stufe II

Wenn nach 6 Monaten Behandlung der BMI oder andere Parameter oder die psychischen/somatischen Komorbiditäten zunehmen, soll der Patient/die Patientin an ein multiprofessionelles Gruppenprogramm (MGP) oder einen für Kinderadipositas spezialisierten, anerkannten Arzt respektive Ärztin überwiesen werden, der/die wiederum in Zusammenarbeit mit Spezialisten aus Psychologie, Psychiatrie, Physiotherapie und Ernährungsberatung 3 bis 6 Monate lang den 2. Schritt der MSIT verordnen kann. Wenn die BMI-Perzentile > 99,5 liegt oder schwere Komorbiditäten bestehen, kann mit der MSIT-Stufe II begonnen werden.

Stufe III

Bei fehlendem Erfolg ist in einem 3. Schritt eine Wiederholung der Stufe II möglich.

Stufe IV

Diese Stufe ist die ärztliche Nachbehandlung und erfolgt über 2 bis 5 Jahre zur Rückfallprophylaxe, gegebenenfalls ergänzt durch Massnahmen der Prävention.

Prävention:

Für Kinder mit Übergewicht (BMI-Perzentile 90 und < 97) ohne Komorbidität stehen kantonale Aktionsprogramme zur Verfügung, wie sie in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz angeboten



Dagmar l'Allemand-Jander

Foto: zlg



Gabriela Fontana

Foto: zlg

werden (7). Ab 11 Jahren kann an Feriencamps teilgenommen werden, welche von verschiedenen Kantonen speziell für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht angeboten werden (8).

Resultate der Kinder-Adipositas-therapie

2014 zeigte die vom Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AKJ) durchgeführte nationale KIDSSTEP-Studie, dass durch die evidenzbasierten MGP das Übergewicht signifikant abnimmt und vor allem sich die psychische Gesundheit als Voraussetzung für einen gesunden Lebensstil verbessert. Wie das eingangs erwähnte BMI-Monitoring zeigt, bleiben trotz aller Bemühungen die Resultate auf Populationsebene bescheiden, da zum einen die übergewichtigen Kinder nach erfolgreicher eigener Behandlung weiterhin bei den meist gleichfalls von Übergewicht betroffenen Eltern leben, die die eigenen Ess- und Bewegungsgewohnheiten nicht umgestellt haben. Zum anderen können sowieso nur wenige betroffene Kinder in MGP betreut werden: Von ca. 119 000 Betroffenen unter 18 Jahren in der ganzen Schweiz wurden 2008 bis 2014 nur 1200 in Gruppenprogrammen behandelt (7).

Auch die Resultate aus den durch den AKJ erhobenen Daten 2021 für den Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2020 zeigen ähnliche Zahlen (Tabelle): Diese Behandlung erreicht nur wenige!

Mögliche Ursachen der Kinder-Adipositas-Epidemie

Im Hinblick auf die möglichen Ursachen der anhaltenden Adipositas-epidemie in der Schweiz können verschiedene Ebenen betrachtet werden:

Tabelle:

Kennzahlen der multiprofessionellen Gruppenprogramme in der Schweiz

(Median [Quartil 25; Quartil 75])

a. Anzahl Leistungserbringer (Zentren)	17
b. Anzahl durchgeführter Programme	54 = 11 Programme jährlich in der ganzen Schweiz
c. Anzahl Teilnehmende	485 in 5 Jahren, n = 97/Jahr
d. Geschlecht der Teilnehmenden	56% weiblich
e. Altersstruktur der Teilnehmenden	11,9 Jahre (10,4; 13,5)
f. Durchschnittliche Anzahl Teilnehmende pro Gruppe	9 (6; 11)
g. Drop-out-Quote	28%, d. h., nach 1 Jahr fehlen von 138 Kindern die Daten
h. Entwicklung des BMI-SDS auf Programmebene	bei Start: 2,8 SD (2,4; 3,3) nach 1 Jahr: 2,7 SD (2,2; 3,1) BMI 28,6 (25,9; 32,1)

Der Einfluss der Therapie auf Komorbiditäten und psychische Gesundheit wurde hier nicht erfasst. Die anderen Therapiearten wie multiprofessionelle strukturierte Individualtherapie (MSIT [2]) werden nicht systematisch erfasst.

Kasten:

Indikationen für die Therapie

1. Die Indikation für eine Therapie ist gegeben bei Adipositas (Taillenumfang bzw. Körpermassen- bzw. BMI-Index > Perzentile 97) oder bei Übergewicht (Taillenumfang oder BMI > Perzentile 90) plus Komorbidität.
2. Die Kinder werden von ihren Eltern unterstützt; ggf. benötigen die Eltern eine zusätzliche Behandlung wegen des eigenen Übergewichts.
3. Die Patienten sind zur Behandlung bereit, und Hindernisse konnten erkannt und überwunden werden (Motivationsinterview).
4. Der Arzt arbeitet mit einem Therapeutenteam aus den Bereichen Psychologie, Ernährungsberatung, Bewegungstherapie u. a. zusammen.
5. Alle Fachpersonen sind speziell für übergewichtige Kinder und Jugendliche ausgebildet.
6. Psychische und somatische Grund- und Begleiterkrankungen sind diagnostiziert und angemessen behandelt.

(Quellen [2])

1. Die individuelle körperliche Ebene umfasst die genetische Regulation des Energiehaushaltes; der Genpool hat sich aber seit Beginn der Adipositas-epidemie in den letzten 20 Jahren nicht geändert und erklärt diese nicht allein. Hinzu kommen aber die epigenetische Prägung durch die Adipositas der Eltern und das intrauterine Milieu (8).
2. Die individuelle psychosoziale Ebene betrifft psychische Begleiterkrankungen, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), aber auch Depression oder, erst bei älteren Jugendlichen, Essstörungen. Solche müssen vor einer Übergewichtstherapie diagnostiziert und behandelt werden (7, 9).
Zudem stammen 45% der Kinder mit Übergewicht aus Familien mit Migrationshintergrund und/oder gehäuft aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status; oft haben die betroffenen Kinder und ihre Eltern so vielfältige Probleme, dass eine echte Behandlungsbereitschaft eher selten, der Weg zu weit und die Zeit zu knapp ist (7).
3. Hinzu kommt eine «obesogene» Umwelt: Die Möglichkeiten für eine körperliche Aktivität haben parallel zur Adipositas-epidemie abgenommen, und der erhöhte Bildschirmkonsum ist direkt mit dem BMI-Anstieg assoziiert (10, 11).
Für die Gewichtsentwicklung spielt jedoch die Ernährung eine zentrale Rolle. Trotz existierender Empfehlungen für Bewegung (12) und Ernährung (13) werden im Alltag falsche Anreize gesetzt. Für Kinder und Jugendliche sowie ihre Angehörigen ist es oft schwierig zu beurteilen, welche Lebensmittel geeignet sind und welche weniger. Auf dem Markt gibt es eine Unmenge von Produkten, die für Kinder als vermeintlich gesund angeboten werden. Mit Verpackungen, die Kinder ansprechen, und mit Werbeschlagwörtern wie «ohne künstliche Farb- und Konservierungsstoffe», «ohne Zuckerzusatz» oder «enthält Vitamine» werden die Familien zum Kauf animiert.

Gesundheitsnachteile von sogenannten Kindernahrungsmitteln

Die Resultate der kürzlich durchgeführten Marktanalyse der Allianz der Konsumentenschutz-Organisationen in der Schweiz sind ernüchternd, wenn nicht sogar erschreckend.

Dazu wurden bei verschiedenen Grossverteilern in der Schweiz insgesamt 344 verschiedene Produkte untersucht, welche sich explizit an Kinder richten. Die Untersuchung hat gezeigt, dass 94% der Produkte zu viel Zucker, Salz und/oder Fett enthalten. Von den 344 untersuchten Produkten erfüllen nur gerade 20 die WHO-Kriterien für ernährungsphysiologisch ausgewogene Lebensmittel.

Auffallend ist der hohe Zuckergehalt, die untersuchten Produkte enthalten im Durchschnitt fast einen Drittel Zucker (14).

Gemäss WHO ist der Zuckerkonsum einer der Hauptverursacher von Übergewicht und Karies, zumal sich ein suchtähnliches Konsumverhalten entwickelt (15). In der Schweiz werden derzeit rund 110 g Zucker pro Person und Tag konsumiert (16), was 22% der täglichen Energiezufuhr entspricht. Somit konsumiert die in der Schweiz lebende Bevölkerung mehr als doppelt so viel Zucker pro Tag, wie von der WHO empfohlen. Diese rät, den Zuckerkonsum auf unter 10% der täglichen Energiezufuhr zu senken, und zwar sowohl für Erwachsene als auch für Kinder, und strebt künftig sogar eine Reduktion auf unter 5% an (17). Weitere pädiatrische Empfehlungen betreffend Zuckerkonsum von Schweizer Kindern wurden kürzlich publiziert (18).

Frühinterventionen wären wichtig

Leider sehen wir die übergewichtigen Kinder gemäss der KIDSSTEP-Studie erst mit 11 bis 12 Jahren (7). Wir behandeln die Kinderübergewicht also zu spät. Denn eine populationsbasierte, longitudinale deutsche Studie zeigte 2018, dass das Übergewicht von Jugendlichen in den ersten 5 Lebensjahren entstanden ist (11). Bei frühem Erkennen eines Gewichts- oder BMI-Anstiegs – «Perzentilenkreuzen» nach oben innerhalb des Normbereichs – kann oft mit geringem Beratungsaufwand eine Adipositas verhindert werden. Noch eher kann während der Schwangerschaft, insbesondere wenn die Eltern übergewichtig sind, und um die Geburt herum bereits mit einer Beratung begonnen werden, die lediglich auf das Umsetzen der oben genannten Lebensstilempfehlungen abzielt. Diese peri- und postnatale Adipositasprävention kann durch Fachpersonen, die geschult sind, Risiken für Übergewicht bei Kindern früh zu erkennen, z. B. anhand des Übergewichts bei den Eltern, für das Kind und die Familie erfolgen.

Projekt «Starke Familie»

Der Fachverbands AKJ hat das Projekt «Starke Familie» initiiert (19). Unterstützt von Gesundheitsförderung Schweiz, fokussierte dieses Projekt von 2019 bis

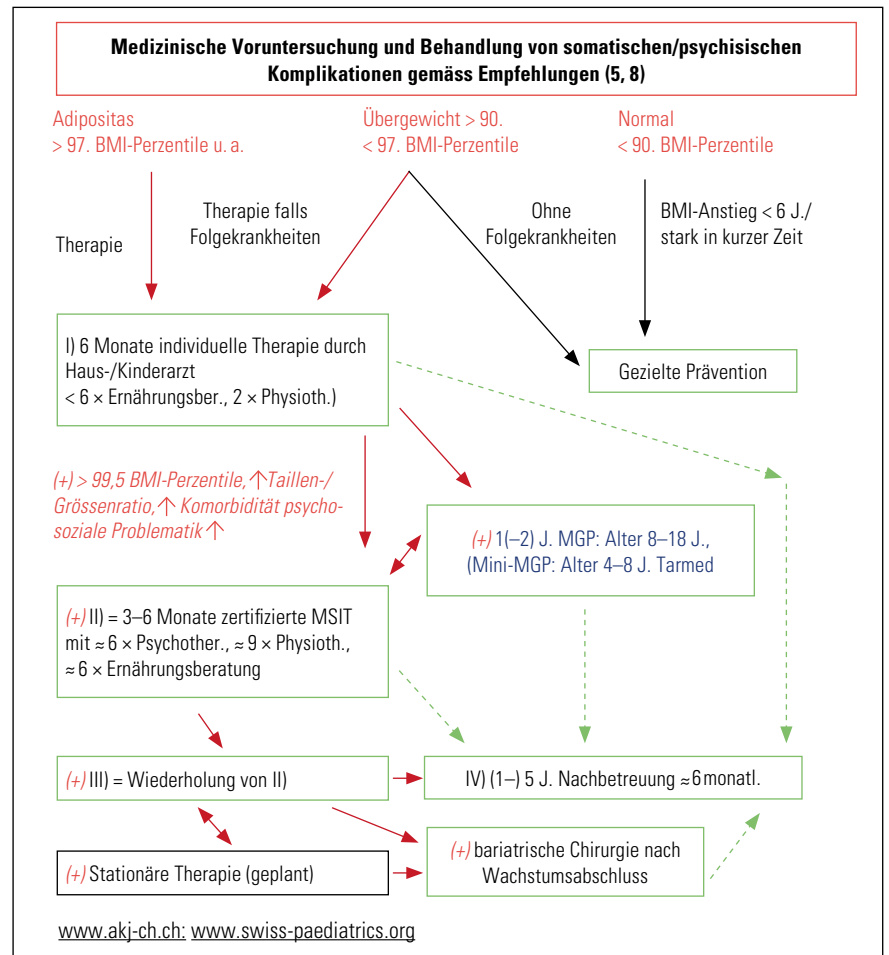


Abbildung: Organisation und Ablauf der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (2)

2021 auf die Früherkennung und -intervention bei Familien mit übergewichtigen Kleinkindern bzw. mit Risiko für Übergewicht. Im Rahmen des Settings der postnatalen Vorsorgeuntersuchungen wurde ein neues Versorgungsmodell aufgebaut, welches die Zusammenarbeit zwischen den involvierten Gesundheitsfachpersonen organisatorisch und inhaltlich fördert. Primäre Zielgruppen sind Hebammen und Mütter-Väter-Beraterinnen, sekundär werden Ärzte und Ärztinnen der Hausarztmedizin, der Pädiatrie und der Gynäkologie, Pflegefachpersonen und Mitarbeitende von kantonalen Präventionsprogrammen eingebunden. Schwerpunkte des Projekts sind Sicherung der Beratungsqualität durch Fortbildung, Bereitstellen von Beratungsunterlagen, Verbesserung der Dokumentation, z. B. im Gesundheitsheft des Kindes, und die Vernetzung von Fachpersonen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist in einem Ablaufdiagramm beschrieben, und es gibt regelmäßige interprofessionelle Arbeitsgruppentreffen. Die jeweiligen Berufsverbände übernehmen zukünftig Fortbildungen und Überarbeitungen der Beratungsunterlagen auch nach Projektende, sodass die Frühinterventionen regelmässig weiter erfolgen. Ein Folgeprojekt wurde 2022 für die Optimierung der Vernetzung mit dem kantonalen Projekt «Frühe Förderung» bewilligt, welches den Kinderschutz einschliesst, da bei unbehandelter extremer Adipositas gelegentlich Gefährdungsmeldungen vorgenommen werden müssen oder psychosoziale Probleme mit

dem Übergewicht vergesellschaftet sind. Die Eltern von mehr als 75% der übergewichtigen Kinder leiden selbst an Übergewicht, und der Gewichtsverlauf der Eltern ist prädiktiv für den des Kindes (7, 20). Deshalb sollte neben der Kindertherapie vor allem die Behandlung der Eltern erfolgen. Aus diesem Grund gibt es eine enge Zusammenarbeit aller mit Adipositas von Erwachsenen befassten Fachverbände und Patientenvertretungen im Verein Allianz Adipositas Schweiz (ALLOB), u. a. mit dem Ziel, Familienprogramme zu entwickeln.

Insbesondere ist aber im Verein ALLOB eine Bündelung der Kräfte beabsichtigt, um gemeinsam mit anderen Fachverbänden, die z. B. in der Allianz Ernährung und Gesundheit organisiert sind, wissenschaftlich belegte Erkenntnisse betreffend Zuckergehalt von Nahrungsmitteln umzusetzen und Kindermarketing sowie Food-Labeling hauptsächlich auf die Gesundheit der Konsumenten auszurichten. Dieses Vorgehen wird nicht nur Kindern Leid und Hänseleien ersparen, sondern letztlich auch kostengünstig sein, weil dank Adipositasprävention aufwendige und teure medikamentöse und operative Therapien vermieden werden können.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dagmar l'Allemand-Jander
Co-Präsidentin
Fachverband Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AKJ)
Herzogstrasse 1
5000 Aarau
Tel. 044-251 54 45
Tel. direkt: 071-243 1326
E-Mail: info@akj-ch.ch
Internet: www.akj-ch.ch

Autorinnen:

Prof. Dr. med.
Dagmar l'Allemand-Jander
Leitende Ärztin Pädiatrische
Endokrinologie / Diabetologie
Ostschweizer Kinderspital
Co-Präsidentin AKJ

Gabriela Fontana
Ernährungsberaterin SVDE
Leitung Geschäftsstelle und
Projektleitung AKJ

Referenzen:

1. Faktenblatt_069_GFCH_2022-05_-_BMI_Monitoring_2020-2021.pdf. Accessed July 4, 2022. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrungsbewegung/faktenblaetter/Faktenblatt_069_GFCH_2022-05_-_BMI_Monitoring_2020-2021.pdf
2. l'Allemand-Jander D et al. Das Schweizer Modell: Übergewichtige Kinder können jetzt umfassend behandelt werden. *Schweiz Ärztezeitung*. 2014;95(44):1640-1643.
3. l'Allemand-Jander D et al. Cardiovascular Risk in 26 008 European Overweight Children as Established by a Multicenter Database. *Obesity*. 2008;16(7):1672-1679.
4. Gibson LY et al. The psychosocial burden of childhood overweight and obesity: evidence for persisting difficulties in boys and girls. *Eur J Pediatr*. 2017;176(7):925-933. <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme.html>
5. https://www.akj-ch.ch/fachpersonen/angebote/?no_cache=1
6. l'Allemand-Jander D et al. Evaluation of Therapy for Overweight Children and Adolescents in Switzerland: Therapy in Multiprofessional Group Programs - 2, Collection and Analysis of Data. Final Report. <http://www.Aramis.Admin.Ch/Dokument.aspx?DocumentID=3286>. Vol FOPH Grant # 09.004211/204.0001/-629. Federal Office of Public Health; 2014:1-83.
7. Candler T et al. Epigenetic regulation of POMC; implications for nutritional programming, obesity and metabolic disease. *Front Neuroendocrinol*. 2019;54:100773. doi:10.1016/j.yfrne.2019.100773
8. van Egmond-Froehlich A et al. The hyperactivity/inattention subscale of the strengths and difficulties questionnaire predicts short- and long-term weight loss in overweight children and adolescents treated as outpatients. *Obes Facts*. 2012;5(1662-4033 [Electronic]):856-868. doi:10.1159/000346138
9. Plachta-Danielzik S et al. Determinants of the prevalence and incidence of overweight in children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2010;13(1475-2727 [Electronic]):1870-1881. doi:10.1017/S1368980010000583
10. Geserick M et al. Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *N Engl J Med*. 2018;379(14):1303-1312. doi:10.1056/NEJMoa1803527
11. www.hepa.ch/de/bewegungsempfehlungen.html
12. www.sge-ssn.ch/ich-und-du/essen-und-trinken/von-jung-bis-alt/kindheit/
13. Walpen J. Kein lustiges Kindermarketing: 94% der Produkte sind zu süß oder zu fettig. Stiftung für Konsumentenschutz. Accessed July 4, 2022. <https://www.konsumentenschutz.ch/medienmitteilungen/kein-lustiges-kindermarketing-94-der-produkte-sind-zu-suess-oder-zu-fettig/>
14. Lustig RH. Ultra-processed Food: Addictive, Toxic, and Ready for Regulation. *Nutrients*. 2020;12(11):3401. doi:10.3390/nu12113401
15. Statistik B für. Landwirtschaft und Ernährung - Taschenstatistik 2018 Publikation. Bundesamt für Statistik. Published June 12, 2018. Accessed July 4, 2022. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/5287762>
16. Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. World Health Organization; 2015. Accessed July 4, 2022. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285537/>
17. https://cdn.paediatrieschweiz.ch/production/uploads/2020/07/31_2_2020_2_de.pdf
18. <https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/geofoerderte-projekte/starke-familie.html>
19. Golan M. Parents as agents of change in childhood obesity – from research to practice. *Int J Pediatr Obes*. 2006;1(2):66-76.