

Adipositas akzeptieren?

Paradigmenwechsel bei der Behandlung übergewichtiger Kinder

Es gibt unzählige Programme und gut gemeinte Strategien, mit deren Hilfe übergewichtige Kinder und Jugendliche ihrem Normalgewicht zumindest wieder näher kommen könnten. Doch allen Anstrengungen zum Trotz: Nur sehr wenigen gelingt dies auf Dauer. Adipositasfachleute scheinen nun ihre Erwartungen herunterzuschrauben und der Realität anzupassen.

Wir dürfen nicht erwarten, dass wir die Kinder dünn kriegen, denn wir kriegen sie nicht dünn», sagte Dr. Ines Gellhaus, Vorsitzende der Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche e.V. (KgAS), an der DGKJ-Jahrestagung in Hamburg. Auch wenn Einzelne davon profitieren, für die meisten adipösen Kinder und Jugendlichen bringen noch so ausgeklügelte Diät- und Verhaltensprogramme offenbar wenig.

Schuld an der Misere seien vor allem zwei Faktoren: die Umwelt und die Gene. «Verhältnisprävention wäre besser als Verhaltensprävention», sagte Prof. Dr. med. Martin Wabitsch, Universitätsklinikum Ulm. Man verlange von den Übergewichtigen heutzutage eine willentliche Änderung des Verhaltens, um sich einem heutzutage üblichen Lebensstil aktiv entgegenzustellen. Das könne zwar funktionieren, sei jedoch schwierig. Körpergewicht und Fettmasse werden nämlich, ähnlich wie Blutzucker oder Blutdruck, über zentrale Mechanismen reguliert, die willentlich nur teilweise kontrollierbar seien, erläuterte der Endokrinologe und Diabetologe das Problem.

Anhand des Beispiels zweieiiger Zwillinge, zweier Brüder, einer von ihnen schlank, einer adipös, verdeutlichte Wabitsch die Macht der Gene für die Regulation des Körpergewichts. Beide Kinder leben in exakt dem gleichen Umfeld, sind gleich alt, gehen zur selben Schule, bekommen zu Hause das gleiche Essen – und doch ist einer von ihnen schlank und der andere dick. Die Biologie sei nun eben einmal sehr stark, das müsse man berücksichtigen. «Weg von der Stigmatisierung – das ist unsere Aufgabe!», forderte Wabitsch.

Bringt alles sowieso nichts?

Trotz allem schafft aber doch das eine oder andere Kind dank eines Betreuungsprogramms die dauerhafte Rückkehr zum Normalgewicht. Ines Gellhaus präsentierte an der Tagung ein Erfolgsbeispiel: Eine extrem adipöse 9-Jährige (BMI > p

99,5; *Tabelle 1*) hielt dank des Programms ihr Gewicht in den folgenden zwei Jahren, rutschte somit auf tiefere Perzentile und erreichte im Erwachsenenalter einen BMI von 24. Ein ebenso schöner wie seltener Erfolg. Weitaus typischer ist, dass die Kinder ihr Gewicht so lange halten, wie sie im Programm sind, und erst als extrem adipöse Teenager wieder in die Praxis von Ines Gellhaus zurückkehren, frustriert und voller Scham, es nicht geschafft zu haben.

Wie verschwindend gering der Anteil der Erfolgreichen tatsächlich ist, erläuterte Martin Wabitsch anhand seiner Erfahrungen mit der Ulmer Verhaltenstherapie für adipöse Kinder und Jugendliche. Von 1000 Kindern und Jugendlichen, die sich in der Ambulanz vorstellen, beginnen demnach rund 100 das Programm, und etwa 10 von diesen 100 haben damit grossen Erfolg – mithin also zirka 1 Prozent aller adipösen Kinder und Jugendlichen, die sich an der Ulmer Universitätsklinik überhaupt vorstellen. Selbst unter der Annahme, dass man andernorts doppelt so erfolgreich therapieren könne, hätten immer noch nicht mehr als 2 Prozent der Teilnehmer Erfolg, so Wabitsch. Trotzdem sprach er sich vehement dafür aus, derartige Programme fortzuführen. In absoluten Zahlen seien selbst 2 Prozent dieses Patientenkollektivs noch recht viele, denen man damit hervorragend helfen könne.

Hohe Abbrecherquote in Studien

Anhand der Ergebnisse ihres eigenen Programms (KgAS; siehe www.adipositaschulung.de) (1) erläuterte Ines Gellhaus, warum man die Studienresultate zu diesem Thema mit Vorsicht interpretieren sollte. In der KgAS-Studie wurden 303 adipöse 8- bis 16-Jährige in die Adipositaschulung aufgenommen und zu Beginn, nach 1 Jahr und nach 2 Jahren evaluiert. Nach dem 1. Jahr, das heisst am Ende der Programme, war ein gewisser Erfolg zu verzeichnen: Rund 45 Prozent der Teilnehmer galten als erfolgreich oder sehr erfolgreich, 30 Prozent nahmen nur wenig ab, 22 Prozent nahmen zu, und 3 Prozent waren bereits aus dem Programm ausgestiegen. 1 Jahr nach dem Programm sah das bei denjenigen, die man er-

Tabelle 1:
Definition von Übergewicht
und Adipositas

Erwachsene	Kinder
BMI > 25 übergewichtig	BMI > P 90
BMI > 30 adipös	BMI > P 97
BMI > 35 extrem adipös	BMI > P 99,5

nach Gellhaus I, DGKJ-Jahrestagung 2016

neut untersuchen konnte, fast genauso aus – aber gut 40 Prozent der Teilnehmer tauchten gar nicht mehr auf. Diese hohe «Lost-to-follow-up»-Quote spricht nicht für einen langfristig guten Erfolg, denn man müsse wohl davon ausgehen, dass diejenigen, die nach 2 Jahren nicht mehr kommen, erfolglos waren, befürchtete Ines Gellhaus.

Es brauche darum langfristige Behandlungsketten mit unterschiedlichen Therapiemodulen, die jeweils massgeschneidert für den jeweiligen Patienten seien, forderte Gellhaus: «Wenn es nicht funktioniert hat, dann war es nicht das falsche Kind, sondern die falsche Therapie.» Den Kinderarzt sieht Gellhaus hier in der Rolle eines «Case Manager», der mit viel Empathie die Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern begleitet.

Was man erwarten darf

Die gängigen Therapieprogramme mit Ernährungs- und Verhaltenstherapie bringen meist nur eine geringe Verminderung des Übergewichts im Kindes- und Jugendalter. Im Durchschnitt beträgt der Rückgang 0,05 bis 0,39 BMI-Standardabweichungen (BMI standard deviation score) (2). Was dieser wenig anschauliche, aber aufgrund des Wachstums als Erfolgsparameter notwendige Score in Kilogramm bedeutet, erläuterte Wabitsch anhand von zwei Beispielen. Wenn der Rückgang 0,3 BMI-SDS nach 12 Monaten beträgt, bedeutet dies bei kontinuierlichem Längenwachstum:

- minus 4,8 kg bei einem 15-jährigen Mädchen mit einem Ausgangsgewicht von 102 kg beziehungsweise
- plus 3,5 kg bei einem 8-jährigen Jungen mit einem Ausgangsgewicht von 40 kg.

Eltern und Kindern sollte anhand solcher Beispielen klargemacht werden, was zu erwarten ist und was nicht. Die oben genannte Quote von höchstens 2 Prozent wirklich erfolgreichen Teilnehmern müsse man allerdings nicht unbedingt erwähnen, empfahl Wabitsch.

Neue Therapieziele

Angesichts der bescheidenen Erfolge schraubt man die Ziele der Adipositastrategie im Kindes- und Jugendalter herunter: «In einer Gesellschaft, in der über die Hälfte der Erwachsenen adipös ist, müssen wir Adipositas auch bei Kindern akzeptieren – so bitter das ist», sagte Gellhaus. Andere Therapieziele sollen in den Vordergrund rücken: die Förderung eines gesunden Lebensstils, die Steigerung der körperlichen und seelischen Gesundheit unabhängig vom Gewicht, die Verbesserung psychosozialer Faktoren sowie «die Motivation zur langfristigen Inanspruchnahme medizinischer Versorgungssysteme», sagte die Referentin. Auch Martin Wabitsch rät dazu, trotz der recht überschaubaren Erfolgsaussichten Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen therapeutisch anzugehen. Er erinnerte daran, dass eine Reduktion des BMI um 0,5 BMI-SDS einige der bekannten Komorbiditäten der Adipositas (Tabelle 3) genauso gut mindern kann wie beispielsweise Blutdrucktabletten oder Lipidsenker. Ganz klar riet Wabitsch von chirurgischen Eingriffen zur Gewichtsreduktion ab: «Man muss die bariatrische Chirurgie sehr kritisch sehen.»

Tabelle 2:

Welche Parameter müssen bei adipösen Kindern und Jugendlichen erfasst werden?

1. Alter (je frühzeitiger die Intervention, umso besser)
2. Ausmass der Adipositas: Grösse, Gewicht, BMI, BMI-Perzentile
3. Abklärung sekundäre Adipositas, Adipositas und Behinderung
4. Abklärung somatischer Grund- und Begleiterkrankungen: Anamnese, körperliche Untersuchung, Blutdruck, Labor (TSH, fT4, GPT, Cholesterin und Triglyceride, Hs, BZ, ggf. oGTT)
5. psychische Grund- oder Begleiterkrankungen: Depression, Angst, Essstörung
6. Familien- und Lebenssituation: Eltern und Bezugspersonen, Peers, Schule, sozio-kultureller Hintergrund, Bildungsniveau, Sprache, Stigma und Selbststigma
7. Veränderungsmotivation eruieren: Welche Sorgen machen Sie sich um das Gewicht und die Gesundheit Ihres Kindes? Wie wichtig wäre es, etwas daran zu ändern? Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie das als Familie schaffen können?

nach Gellhaus I, DGKJ-Jahrestagung 2016

Sie sei, wenn überhaupt, nur eine Option in sehr seltenen Einzelfällen.

Worauf sollte der Kinderarzt achten?

Ines Gellhaus nannte eine ganze Reihe von Parametern, die der Kinderarzt in seiner Rolle als «Case Manager» bei seinen übergewichtigen oder adipösen Patienten erheben soll (Tabelle 2). Sie wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass extremes Übergewicht auch als Gefährdung des Kindeswohles interpretiert werden könne. Perzentilenabweichungen des Gewichts nach unten oder oben würden unterschiedlich ernst genommen. Während bei einem unterernährten Kind bei jedem Arzt die Alarmglocken schrillten, würde Adipositas zu selten als Gefährdung des Kindeswohls beachtet.

Auf eine eher seltene Ursache der Adipositas wies Martin Wabitsch hin. Er behandelt in Ulm zurzeit fünf junge Patienten mit Leptinmangel. Er rief die Kollegen in der Praxis dazu auf, auch in dieser Hinsicht die Augen offen zu halten. Kinder, die in den ersten zwei Lebensjahren stark zunehmen, könnten möglicherweise unter zu wenig Leptin oder einem defekten Leptin leiden. Darüber hinaus gibt es weitere «Adipositas-Gene», nach denen man fahnden sollte, wenn Kinder schon in frühem Alter extrem adipös sind, zum Beispiel mit einem BMI 25 im Alter von 1 Jahr oder einem BMI 30 bei einem 5-Jährigen, sagte Wabitsch.

Renate Bonifer

Quellen: Gellhaus I: Das adipöse Kind in der Praxis: Was tun? Session: «Adipositas-schulung für Kinder und Jugendliche – ein Update»; Wabitsch M: Adipositas: Sinnvolle Diagnostik und realistische Therapieziele – weg von der Stigmatisierung. Session «Refresher Endokrinologie I». 112. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Hamburg, 14. bis 17. September 2016.

Tabelle 3:

Einige potenzielle Komorbiditäten bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter

- psychosoziale Störungen
- Schlafapnoe, Asthma
- Hormonstörungen
- Bluthochdruck
- Endothelfunktionsstörung
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hyperinsulinämie
- Fettstoffwechselstörung
- Fettleber
- Gallensteine
- orthopädische Komplikationen

nach Gellhaus I,
DGKJ-Jahrestagung 2016

Literatur:

1. Gellhaus I et al.: Kurz- und langfristige Veränderungen des BMI und medizinischer Risikofaktoren durch ambulante Adipositaschulung nach dem Programm der Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche e. V. (KgAS). Poster an der DGKJ-Jahrestagung 2014.
2. Mühlig Y, Wabitsch M, Moss A, Hebebrand J: Weight loss in children and adolescents — a systematic review and evaluation of conservative, non-pharmacological obesity treatment programs. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 818–824.