

# Die Übergewichtsepidemie rollt ungebremst auf uns zu

Nicht nur eine grosse Herausforderung für multiprofessionelle Behandlungsteams, sondern für die gesamte Gesellschaft

Josef Laimbacher

*Die negativen (somatischen wie auch psychosozialen) Folgeerscheinungen der auf uns zurollenden Übergewichtsepidemie werden unser Gesundheitswesen in finanzieller Hinsicht enorm belasten. Nur entsprechende Frühinterventionen (Gesundheitsförderung und Primärprävention) können dieser Epidemie Einhalt gebieten. Die Prävention müsste bei einer entsprechenden Risikokonstellation der Eltern idealerweise bereits pränatal beginnen und im pädiatrischen Alltag intensiv fortgesetzt werden. Die Schule spielt im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention eine weitere bedeutende Rolle.*

## Einleitung: «Schlaraffenland und die Folgen»

In den westlichen Industrienationen ist im letzten halben Jahrhundert ein alter «Menschheitstraum» in Erfüllung gegangen: der Traum vom «Schlaraffenland». Für uns ist der Überfluss der Nahrung, welche jederzeit in guter Qualität und in ausreichender Menge verfügbar ist, Realität geworden. Dazu kommt aber auch, dass unser Lebensrhythmus neu durch einen oft eklatanten Bewegungsmangel charakterisiert ist. Dies ist mit durch

den Wandel von körperlicher Arbeit als Haupterwerbsquelle zu leichter Bürotätigkeit und Dienstleistungsberufen begründet. Diesen zeitlich rasanten Veränderungen sind wir aber aus kultureller und evolutionärer Sicht nicht gewachsen. Schwerwiegende Zivilisationskrankheiten wie schweres Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, Arteriosklerose, Osteoporose oder diverse Krebsleiden sind die Folgen.

Ernährung bedeutet immer die Veränderung zwischen biologisch notwendiger Nahrungsaufnahme und psychosozial geprägten Verhaltensmustern. Der Umgang mit Energiezufuhr (Essen, Trinken) und Energieverbrauch (Bewegung, Sport) unterliegt einem täglichen Training. Dabei wird das persönliche Handeln durch Wiederholung und Verstärkung festgelegt. Im Laufe der Zeit entstehen so Grundprinzipien der Lebensführung aus einer Mischung von zwischenmenschlichen Spielregeln, persönlichen Bedürfnissen und subjektiven Erfahrungen. Ernährungsgewohnheiten werden bei Kindern und Jugendlichen in der Regel zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr geprägt. Geschmack, Mahlzeitenrhythmus, Tischmanieren, aber auch Trinkgewohnheiten werden von den Eltern an die Kinder weitergegeben. Das heisst aber auch, dass Fehlernährung sowie Über- und Mangelernährung in dieser Lebensphase übernommen werden.

Alle Ernährungsgewohnheiten – also auch Fehl- oder Überernährung – werden bei Heranwachsenden vor allem im Alter von 6 bis 10 Jahren geprägt.

Im Weiteren sind wir in unserer multikulturellen Gesellschaft auch von den ethnischen Besonderheiten der Migranten betroffen und gleichzeitig gefordert. Für diese Menschen könnte die Kluft zwischen häufig erlebter Armut im Ursprungsland und den geradezu grenzenlosen Verlockungen im neuen Land nicht grösser sein. Die Migranten, die sich längerfristig ins neue kulturelle Umfeld integrieren konnten, müssen gerade für die Themen der Ernährung und Bewegung besonders sensibilisiert werden. All diese Erkenntnisse stellen eine grosse Herausforderung dar für die Gesundheitsbildung und -erziehung in Elternhaus, Schule und anderen sozialen Systemen.

Diese schwierige Aufgabe kann letztlich nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachpersonen aus Pädagogik, Sozialarbeit und Medizin sowie Gemeindevetretern erfolgen.

Diskrepanz zu diesen Fakten fehlen systematische, einheitliche und flächendeckende Grundlagen und Ausbildungskonzepte zum Thema Ernährung bei Kindern und Jugendlichen, dies sowohl in den medizinischen oder paramedizinischen wie auch in den pädagogischen Fachgebieten. In den letzten Jahren wurde zunehmend klar, dass die Ernährung und Bewegung in der Bevölkerungsgruppe der Kinder und Jugendlichen wichtige Auswirkungen auf die künftige Gesundheit im Erwachsenenalter haben. Die gesellschaftlichen Veränderungen und der heutige Lebensstil geben Anlass zu grosser Sorge. Gesundheitspolitisch steht derzeit das Thema der Übergewichtigkeit und Adipositas mit ihren Folgeerkrankungen bereits im Kindes- und Jugendalter im Brennpunkt der Diskussionen.

Der rasche Anstieg der Prävalenz der Übergewichtigkeit und Adipositas im Kindesalter stellt eine echte Krise für das Gesundheitssystem dar. Jedes fünfte Schulkind in der Schweiz ist bereits übergewichtig (1), und von diesen wiederum haben – auch in Europa – ungefähr die Hälfte bereits Risikofaktoren oder gewichtsabhängige Krankheiten, zum Beispiel Hypertonus oder orthopädische Komplikationen (2, 3). Die Wahrscheinlichkeit überwiegt, dass sowohl das Übergewicht als auch die Begleiterkrankungen bis ins Erwachsenenalter fortbestehen, vor allem ab dem Adoleszentenalter (4, 5). Hinzu kommt der Bewegungsmangel bereits im Kindesalter, sodass Arteriosklerose, Herzinfarkte (6, 7) sowie Altersdiabetes (8) auch in Mitteleuropa zu Erkrankungen des Jugendlichen und jungen Erwachsenen geworden sind.

### Besonderheiten zur Definition der Adipositas im Kindesalter

Die gegenwärtige «Adipositasepidemie» erfordert in vielerlei Hinsicht von Ärzten ein Umdenken:

- Es können zur Einschätzung des Übergewichtes die im «Normalbereich» der Allgemeinbevölkerung liegenden Parameter (z.B. für den BMI oder die Fettmasse) zwischen der 3. und 97. Perzentile nicht mehr per se als medizinisch erwünschte Referenzbereiche gelten. Daher sind Grenzwerte gefragt, die jeweils eine Erhöhung des Gesundheitsrisikos anzeigen, welche es jedoch nur für Erwachsene gibt. Diese liegen beispielsweise bei einem BMI von 25 kg/m<sup>2</sup> für das Übergewicht und von 30 kg/m<sup>2</sup> für die Adipositas.
- Der BMI gibt nicht die Fettmasse selbst an, sondern die gesamte Körpermasse. Daher ist er wenig sensitiv, insbesondere bei puberalen Mädchen (9) und in besonderen Fällen wenig spezifisch, nämlich bei Sportlern mit viel Muskelmasse, bei Klein- oder Grosswuchs und endokrinen Erkrankungen. Menschen mit reduzierter

Muskelmasse können trotz normalem BMI bereits eine erhöhte Fettmasse haben, zum Beispiel bei Prader-Willi-Syndrom oder untrainierte Kinder (10). In solchen Fällen ist es erforderlich, die Erhöhung der Fettmasse mit direkten Methoden nachzuweisen, zum Beispiel via DEXA oder Fettmasse, berechnet aus Hautfalten, beziehungsweise indirekt mit der bioelektrischen Impedanz-Analyse (BIA [11]).

- Es hängen zwar einige gewichtsassoziierte Erkrankungen direkt vom Grad des Übergewichtes ab, wie der arterielle Hypertonus, die HDL-Cholesterinerniedrigung und die Kombination mehrerer Risikofaktoren, aber nicht alle! Insbesondere die LDL-Hypercholesterinämie wie auch die Störung des Glukosestoffwechsels sind überwiegend durch genetische Faktoren bedingt, sowohl familiär als auch ethnisch (2, 12). Das heisst, dass auch im Bereich des Übergewichtes (Perzentile 90–97, siehe unten) Begleiterkrankungen auftreten können, nach denen zunächst mittels sorgfältiger Familienanamnese zu suchen ist und die bei positiven Befunden rechtzeitiges Handeln erfordern.
- Die adipositas- und die gewichtsassoziierten Erkrankungen lassen sich durch Verbesserungen des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens und Stärkung der elterlichen Erziehungsrolle prinzipiell gut behandeln (13–15). Diese gegen eine «adiposogene» Umwelt kämpfende Therapie überfordert aber oftmals Arzt und Patienten. Daher sind für eine umfassend wirksame Therapie andere Berufsgruppen einzubeziehen, die zusammen ein multiprofessionelles Behandlungsteam bilden. Im Weiteren sind gesellschaftliche Veränderungen vorzunehmen, zum Beispiel Förderung der Bewegung und der gesunden Ernährung in Schule und Elternhaus, die Verbesserung der Sicherheit der Schulwege, der Sport- und Spielplätze sowie von Marketing und Qualität der Kindernahrungsmittel.

### Konsensus zur Definition

Grundsätzlich hat sich trotz oben genannter Einschränkungen der BMI auch im Kindesalter als praktisches Hilfsmass für die Adipositas (4, 16) und assoziierte Erkrankungen (12) bewährt. Bei Kindern und Jugendlichen werden alters- und geschlechtsabhängige Perzentilen für die BMI verwendet (*Abbildung 1 a, b*). Hierbei wird die Adipositas in Europa als ein BMI über der alters- und geschlechtsabhängigen 97. Perzentile festgelegt und das Übergewicht als ein BMI über der 90. Perzentile (17, 18), wobei in der Schweiz kein regionaler Unterschied der BMI-Verteilung festgestellt wurde (1). Für den internationalen Vergleich werden gemäss der Childhood Group der International Obesity-Task Force (IOTF) die BMI-Referenzwerte von Cole 2000 (19) herangezogen, die nur zur Übergewichts- und Adipositasdefinition geeignet sind, nicht jedoch für die Verlaufskontrolle oder das Untergewicht. Die ECOG (European Childhood Obesity

Abbildung 1a:  
Perzentile für Body-Mass-Index von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren  
Kronmeyer-Hausschild K., Wabitsch M., Kunze D. et al.: Monatsschr Kinderheilkd 2001; 149: 807-818  
Quellen für Grenzwerte Übergewicht/Adipositas: Cole T.J. et al.: BMJ 2000

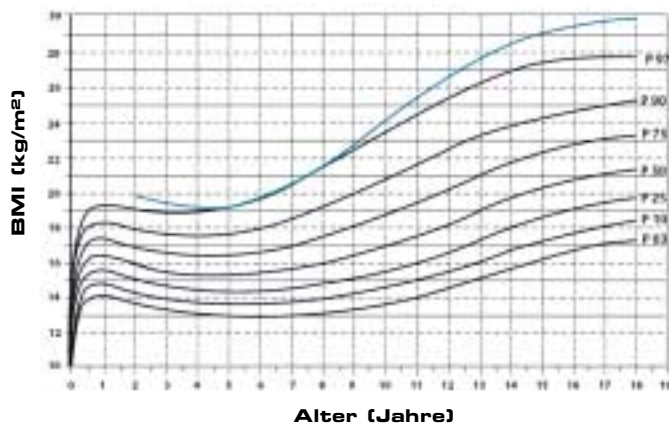
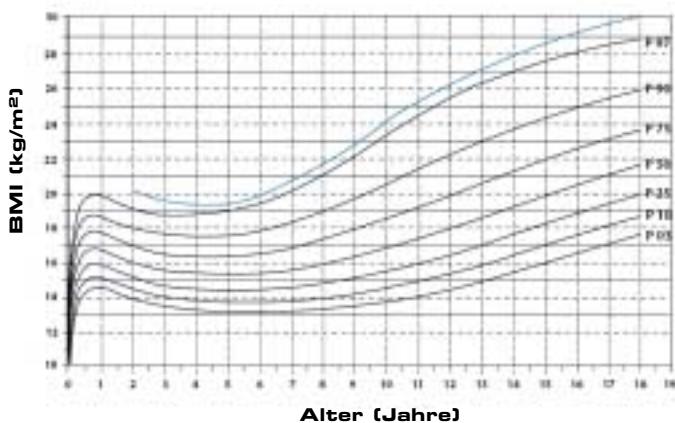


Abbildung 1b:  
Perzentile für Body-Mass-Index von Jungen im Alter von 0 bis 18 Jahren  
Kronmeyer-Hausschild K., Wabitsch M., Kunze D. et al.: Monatsschr Kinderheilkd 2001; 149: 807-818  
Quellen für Grenzwerte Übergewicht/Adipositas: Cole T.J. et al.: BMJ 2000



Group) und die IOTF empfehlen jedem Land, eigene BMI-Perzentilen zu erstellen. Aus praktischen Gründen können in der gesamten Schweiz für die Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter die deutschen Referenzkurven Kromeyer-Hauschild ([www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de)) verwendet werden, weil sie den Cole'schen Kurven am ähnlichsten sind und einen fast nahtlosen Übergang in die internationale Erwachsenendefinition erlauben. BMI 25 und 30 kg/m<sup>2</sup> entsprechen ungefähr Perzentile 90 beziehungsweise 97. Darüber hinaus sind sie mit einem bereits international erprobten System zur Qualitätskontrolle der Adipositas-therapie (APV) verbunden ([www.a-p-v.de](http://www.a-p-v.de)). Grundsätzlich sind auch andere BMI-Definitionen (18) oder oben genannte direkte Bestimmungen der Fettmasse oder des Bauchumfangs gleichwertig. Deswegen kann als Adipositasdefinition alternativ die relative Fettmasse (1) oder der Taillenumfang (20) benutzt werden, insbesondere im Bereich des BMI zwischen 90. und 97. Perzentile beziehungsweise in Fällen, in denen der BMI die Fettmasse nicht adäquat widerspiegelt.

Aus den vorangenannten Argumenten ergibt sich, dass die Bedeutung des BMI für die gesundheitlichen Risiken bei Kindern epidemiologisch weiter geprüft werden muss. Eine Reevaluation dieser Definition ist in den nächsten fünf Jahren zu erwarten. Im Weiteren besteht bei Kindern und Jugendlichen (21, 22) ebenso wie bei Erwachsenen (23) ein enger Zusammenhang zwischen Taillenumfang und den kardiovaskulären Risikofaktoren, als dies beim BMI gefunden wird. Die Erhöhung des Taillenumfanges geht der BMI-Erhöhung oft voraus (20).

Die Bedeutung des BMI für die gesundheitlichen Risiken bei Kindern muss epidemiologisch weiter geprüft werden.

### Zur Diagnose von Grund- und Folgeerkrankungen der Adipositas

Zunächst erfolgt eine umfassende Anamnese und klinische Untersuchung (Tabelle 1), dann – falls die anamnestischen und klinischen Befunde darauf hinweisen – eine gezielte Suche nach Primärerkrankungen als Ursache der Adipositas (Tabelle 2) und ein biochemisches Screening nach Folgeerkrankungen. Über die Basisdiagnostik hinaus erfolgt die weitergehende Diagnostik nur bei anamnestischen und klinischen Auffälligkeiten (Tabelle 3).

Tabelle 1:  
**Anamnese und klinische Untersuchung**

- Persönliche und Familien-Anamnese (einschliesslich Bewegungs-, Ernährungs-, Freizeit- und Schlafverhalten, insbesondere Fernseh- und Computerkonsum; Schulleistungen; Sozialkontakte)
- Gewichts- und Grössenmessung, Taillen- und Hüftumfang
- Kardiorespiratorischer Status und Blutdruckscreening
- Pubertätsstadien nach Tanner
- Dysmorphie-Zeichen
- Hautzeichen (Acanthosis nigricans, Hirsutismus, Striae distensae)
- Orthopädische Auffälligkeiten oder Beschwerden (Hinken und Hüftschmerzen, Pes planus, Genu valgum, LWS-Hyperlordose u.a.)
- Muskelkraft und Koordination
- Psychologische Einschätzung (Angst, Depression)

Tabelle 2:

**Suche nach einer Primärerkrankung**

- Chronische Erkrankung mit Immobilisierung
- Kleinwuchs oder Wachstumsverzögerung (Cushing-Syndrom, Hypothyreose) ohne/mit mentaler Retardierung (genetisches Syndrom, z.B. Prader-Labhart-Willi, Bardet-Biedl, Pseudohypoparathyreoidismus Ia, Alström)
- ZNS-Ausfälle, Visusverschlechterung (z.B. Kraniopharyngeom)
- Adiposogene Medikamente (u.a. Glukokortikoide, Valproat, Phenothiazine)

Tabelle 3:

**Suche nach Folge- oder Begleiterkrankungen bezüglich Risikofaktoren**

## Basisdiagnostik:

- Nüchtern-Blut-Entnahme für Glukose, Gesamt-, LDL- und HDL-Cholesterin, Triglyzeride, ALAT; TSH

## Weitergehende Diagnostik:

- Insulin (und Glukose, nüchtern) bei Acanthosis nigricans oder Hirsutismus
- OGTT (oraler Glukose-Toleranz-Test) zum Nachweis von pathologischer Glukosetoleranz, Diabetes mellitus Typ 2 (mit basaler Insulin- und Insulinresistenz-(HOMA-IR-)Bestimmung): bei Kindern mit einem BMI > P.90 ab dem 10. Lebensjahr, wenn 1–2 Zusatzkriterien vorliegen: Familienanamnese bei Verwandten 1. oder 2. Grades positiv für Typ-2-Diabetes, Acanthosis nigricans/PCOS, mexikanische, afrikanische oder asiatische Abstammung
- Lipidstatus wie oben genannt und Homocystein, Lipoprotein(a)
- Harnsäure im Serum, wenn Gicht in der Familie
- Pulmonologischer Status, Schlafapnoe-Screening, Polysomnografie im Schlaflabor bei Belastungsdyspnoe bzw. Schnarchen, Enuresis nocturna secundaria, Tagesschläfrigkeit, Konzentrationsstörung
- Orthopädisches Konsil, Röntgen bei Hüft-, Knie-, Fuss-, Rückenschmerzen, oder o.g. orthopädische Auffälligkeiten z.B. einer Epiphysiolysis capitis femoris u.a.
- Endokrinologisches Konsil bei Pubertas tarda/Hypogonadismus bei Jungen (Hodenvolumen < P.3; Zyklusstörungen oder Hirsutismus bei Mädchen)
- Nephrologische Diagnostik, bei Proteinurie, adipositas-assoziierte Glomerulopathie
- Leber-Labor- und Sonografie-Diagnostik wegen nichtalkoholbedingter Fettlebererkrankung (NAFLD/Steatosis NASH) bei erhöhten Transaminasen

**Psychologische, psychosoziale und verhaltensdiagnostische Aspekte**

Je adipöser die Kinder sind und je älter, desto höher ist die Prävalenz der psychiatrischen Erkrankungen. Beispielsweise treten bei 70 Prozent der extrem Fettsüchti-

gen Angst und Depressionen (24, 29) auf. Dass auch die Lebensqualität und das Selbstbild von adipösen Jugendlichen subjektiv als sehr schlecht wahrgenommen werden, konnte in verschiedenen Befindlichkeitsstudien (30) gezeigt werden. Es ist daher notwendig, dass der Arzt nach psychologischen und psychosozialen Störungen sucht. Der Arzt muss sich auch über den psychosozialen Hintergrund für Einleitung und Steuerung des Therapieprozesses wesentlich informieren. Die Klärung der Motivation und die soziale Unterstützung sind Voraussetzung für eine intensive Therapie, um nicht therapiefähige Patienten und finanzielle Ressourcen nicht vergeblich zu belasten.

**Indikationen zur Therapie**

Adipositas ist auch im Kindesalter eine endokrine Erkrankung, bei der die Fettzelle verschiedene Hormone und Zytokine sowie gerinnungsaktive Substanzen sezerniert, die langfristig weitere Störungen hervorrufen (wie Insulinresistenz, Hypertonus oder Steatohepatitis). Deswegen muss grundsätzlich jedes adipöse Kind behandelt werden. Kinder mit weniger ausgeprägtem Übergewicht weisen eine geringere Prävalenz für Komorbidität auf, daher kommt die Teilnahme an einem Therapieprogramm nur in Betracht, wenn Risikofaktoren oder eine Begleiterkrankung vorliegen (Tabelle 4). Ohne diese kommen keine therapeutischen, sondern präventive Massnahmen in Betracht. Ferner muss das therapeutische Vorgehen dem Alter des Kindes und seinem BMI angepasst sein (Tabelle 5). Bei Kleinkindern ist die alleinige Therapie beziehungsweise Beratung der Eltern indiziert. So lange die Kinder und Jugendlichen von ihren Eltern beziehungsweise Betreuern zu Hause versorgt werden, ist eine gemeinsame oder gesonderte Schulung der Eltern beziehungsweise Betreuer indiziert (28).

**Medikamentöse oder gar chirurgische**

Massnahmen sind im Kindes- und Jugendalter hinsichtlich ihrer langfristigen Wirksamkeit und der Nebenwirkungen nicht beziehungsweise ungenügend evaluiert und daher grundsätzlich abzulehnen.

Eine Adipositas-therapie kann nur durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam erfolgen. Dabei können Einzel- und Gruppenprogramme angeboten werden. In solchen Behandlungsteams arbeiten Fachleute aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Psychologie und Medizin zusammen, die speziell Erfahrung im Umgang mit chronisch Kranken haben müssen.

Tabelle 4:

**Therapieindikationen (in Anlehnung an [25])**

<b>Grad des Übergewichtes</b>	<b>Keine Risikofaktoren</b>	<b>Risikofaktor (1) oder Krankheit (2)</b>
<b>Adipositas</b> (BMI, Taillenumfang oder Fettmasse > 97. Perzentile)	Adipositastherapie	Adipositastherapie
<b>Übergewicht</b> (BMI < 97. bis > 90. Perzentile)	–	Adipositastherapie
<b>Normalgewicht</b> (BMI < 90. Perzentile)	–	Krankheitsbezogene Therapie

(1) Als Risikofaktoren gelten:

- Insulinresistenz
- Dyslipidämie
- familiäre Belastung (Adipositas oder Diabetes mellitus Typ 2 bei den Eltern, Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem vollendeten 55. Lebensjahr bei Verwandten 1. und 2. Grades)
- eigenes Geburtsgewicht < P.10 oder > P.90
- sonografische Steatosis hepatis

(2) Als Krankheiten, für deren Behandlung eine Reduktion des erhöhten Körpergewichtes notwendig ist, werden angesehen:

- arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- gestörte Glukosetoleranz
- endokrine Störungen (Pubertätsentwicklungsstörungen, isolierte TSH-Erhöhung)
- Syndrom der polyzystischen Ovarien (PCOS)
- orthopädische Erkrankungen
- nicht-alkoholbedingte Fettleberhepatitis (NASH)
- Atemstörungen, z.B. Schlafapnoen
- Glomerulopathie
- Essstörungen

Tabelle 5:

**Alters- und BMI-abhängige Indikationen der Intervention (26, 27)**

<b>Alter</b>	<b>BMI</b>	<b>Vorgehen</b>
< 2 Jahre:	BMI > P.97:	Beratung der Eltern
	BMI > P.99,5:	Vorstellung in einem Adipositas-Zentrum bei extremer Adipositas und rascher Gewichtszunahme, ggf. Ausschluss eines Syndroms oder einer monogenen Adipositas
> 2 und < 6 Jahre:	BMI > P.97:	Beratung der Eltern, Gewichtsstabilisierung Gewichtsreduktion bei bestehender Komorbidität
> 6–10 Jahre:	BMI > P.97:	Therapie von Kind und Eltern
> 10–15 Jahre:	BMI > P.97:	Therapie des Jugendlichen und, unter Einbezug der Familie, zunehmende Stärkung der Selbstständigkeit
> 12 Jahre:	BMI > P.99,5:	mit multipler Komorbidität und Versagen ambulanter Massnahmen: Langfristige stationäre Therapie in einem spezialisierten Zentrum indiziert

Die Evidenzlage bezüglich Wirksamkeit von Therapieprogrammen (4) ist zum heutigen Zeitpunkt sehr dünn. Obwohl viele Pilotprogramme gestartet wurden, fehlen weitgehend (aus verständlichen Gründen) Langzeitdaten von 10 bis 20 Jahren, welche notwendig sind für die Beurteilung hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität und die positive Beeinflussung der Folgeerkrankungen.

Gesamtschweizerisch bearbeitet eine Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie in Zusammenarbeit mit dem Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (akj, [www.akj-ch.ch](http://www.akj-ch.ch)) Leitlinien und ein multiprofessionelles Behandlungskonzept, welches in diesem Jahr noch dem Bundesamt für Gesundheit vorgelegt wird, mit dem Ziel, dass die Kosten für solche Programme durch die Krankenkassen übernommen werden.

Tabelle 6:

**Bedeutung der Adipositasprävention im Kindes- und Jugendalter**

		Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention	Rehab.
<b>1</b>	Pränatale Zeit	+++	–	–	–
<b>2</b>	Säuglingsalter	+++	(+)	–	–
<b>3</b>	Kleinkindesalter	+++	+	–	–
<b>4</b>	Vor- und Schulalter	+++	++	+	–
<b>5</b>	Adoleszentenalter	+	+++	++	+

Tabelle 7:

**Primäre Prävention der Adipositas: altersabhängige Strategien**

Alter	Ernährungs- erziehung	Bewegungs- erziehung
Säuglingsalter	Stillen	–
Kleinkind	++	+
Kindergarten	++	++
Grundschulalter	+++	+++
Sekundarschulalter	+++	+++
Berufsschule	+++	+++

Tabelle 8:

**Adipositas Früherfassung (wer?)**

1	Pränatale Zeit	Hausarzt/Geburtshelfer
2	Säuglingsalter	Kinderarzt/Hausarzt/Mütter- und Väterberatung
3	Kleinkindesalter	Kinderarzt/Hausarzt/Mütter- und Väterberatung
4	Vor- und Schulalter	Kinderarzt/Hausarzt/Schularzt «plus»/...
5	Adoleszentenalter	Jugendarzt/Hausarzt/Schularzt «plus»/ Jugendberatungsstellen/Vereine/...

**Umfassende Prävention ist gefordert**

Im Wissen um die grossen Schwierigkeiten und die häufig unüberwindbaren Hürden in der Adipositas therapie muss, bedingt durch die Notlage bezüglich der rollenden Übergewichtsepidemie, alles daran gesetzt werden, im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention aktiv zu werden. Dies hat auch der Bundesrat erkannt. In einem Nationalen Massnahmenpaket Ernährung und Bewegung (NEB) wird er Ende 2007 die notwendigen Rahmenbedingungen dazu erlassen. Entsprechend den erwähnten, besorgniserregenden Fakten und Zukunftsaussichten wird das Hauptaugenmerk des NEB auf das präventive Handeln gelegt. Im Fokus stehen dabei die Kinder und Jugendlichen. So muss mit vollem Engagement insbesondere die Gesundheitsförderung und Primärprävention vorangetrieben und politisch breit gestützt werden. Die Primärprävention muss alle Altersstufen miteinbeziehen (Tabelle 6). Die Bedeutung von Ernährungs- und Bewegungserziehung ist altersabhängig verschieden. Im Schulalter und in der Adoleszenz nehmen diese Bereiche jedoch den gleichen Stellenwert (Tabelle 7) ein und sind gleichwertig anzugehen. Die Primärprävention kann altersabhängig durch verschiedene Fachstellen erfolgen, dabei übernimmt der Arzt in unserem Gesundheitssystem eine zentrale Rolle als Drehscheibe, Triagestelle und therapieverantwortliche Fachperson (Tabelle 8). Die Primärprävention soll so früh wie möglich einsetzen, dies bedeutet, dass bei einer entsprechenden Risikokonstellation, wenn immer möglich be-

reits pränatal, sicher im Säuglings- und Kindesalter, diesbezügliche Beratungen in den Sprechstunden der Kinder- und Hausärzte erfolgen müssen. Danach sind Präventionsprogramme im Vorschulalter und vor allem in der Primarschule gefordert. Im Zentrum steht dabei das Erlernen eines gesundheitserhaltenden und -fördernden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Zusätzlich müssen neue Lebenskonzepte vermittelt werden, damit Kinder bereits in diesem Lebensalter lernen, richtig zu essen und sich mehr bewegen. In Anlehnung an Robinson (31) (Tabelle 9) sind die verschiedenen Bausteine einer umfassenden Prävention zusammengefasst. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind jedoch nicht nur Verbesserungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten anzustreben, sondern auch Lebensverhältnisse zu verändern. Im Sinne der Verhältnisprävention sollen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen geschaffen werden für ein umfassendes Verpflegungs- und Bewegungsangebot. Unser gesellschafts- und gesundheitspolitisches Handeln muss darauf hinwirken, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit gesunde Kinder künftig fit ins Leben starten können. Für die Umsetzung sind gross angelegte Kampagnen erforderlich. Sowohl Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, Pädagogik und Medien sind dazu aufgefordert, im Verbund vereint zu handeln. Eines besonders kritischen Augenmerkes bedarf auch die Werbung und Vermarktung von Nahrungsmitteln mit dem Zielpublikum der Kinder und Jugendlichen.

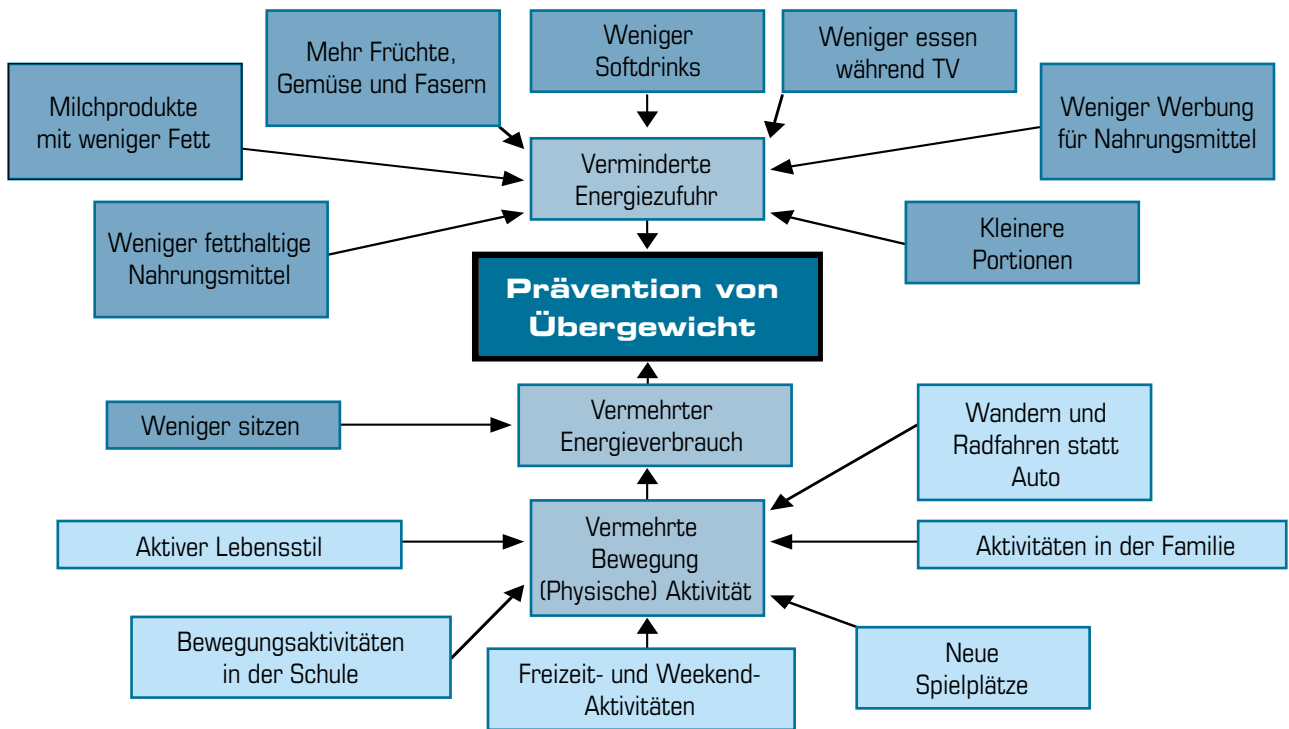


Tabelle 9: Bausteine einer umfassenden Prävention nach Robinson (31)

**Ausblick**

Wer sich der Problematik der Übergewichtigkeit und der Adipositas in einem therapeutischen Rahmen annimmt, kann diesen nur in einem multiprofessionellen Setting umsetzen. Solche Programme müssen nach einem klar definierten Therapiekonzept durchgeführt werden und bedürfen einer genauen Evaluation der Therapieergebnisse.

Wir sind somit als gesamte Gesellschaft gefordert. Nur durch das Zusammenwirken von Familie, Schule, Medizin, Politik, Wirtschaft und Medien können Rahmenbedingungen für entsprechend wirksame Gegenmassnahmen zur Bekämpfung der Übergewichtsepidemie geschaffen werden. ■



*Dr. med. Josef Laimbacher  
Chefarzt Jugendmedizin  
Ostschweizer Kinderspital St. Gallen  
Claudiusstrasse 6  
9006 St. Gallen*

Interessenkonflikte: keine

Das umfangreiche Literaturverzeichnis kann beim Verlag angefordert werden, auch via E-Mail: [info@rosenfluh.ch](mailto:info@rosenfluh.ch).