

# Übergewicht im Kindes- und Jugendalter – eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung

Overweight in children and youth  
– a challenge of the whole society

Inzwischen sind in der Presse die Meldungen zu Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter nicht mehr Titelthema: Erschreckende Schlagzeilen wie XXL-Generation, Eltern überleben ihre Kinder etc. erreichen schon gar nicht mehr die gewünschte Wirkung. Dabei ist das Problem nicht geringer geworden – im Gegenteil!

Für Deutschland liegen durch den aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey erstmals flächendeckende Zahlen für die Altersklasse zwischen 3 und 18 Jahren vor. In Deutschland finden sich 1,9 Millionen übergewichtige, davon 800000 adipöse Kinder (insgesamt 15%); in Europa geht man regional von bis zu 35% übergewichtigen Kindern und Jugendlichen aus (2). Auch unter Berücksichtigung der Nutzung verschiedener BMI-Klassifikationen sind diese Ausmaße dramatisch. Und zwar nicht, weil es sich um ein kosmetisches Problem handelt, sondern aufgrund der mit Übergewicht und Adipositas verbundenen Komorbiditäten. Lobstein und Jackson-Leach (2006) gehen davon aus, dass in der EU 20000 Kinder und Jugendliche einen manifesten Typ-2-Diabetes und 400000 eine Glukosetoleranzstörung aufweisen. Bei adipösen Kindern zwischen 5 und 17,9 Jahren wird das Vorliegen von mindestens drei Kriterien des metabolischen Syndroms (Hypertonie, zentrale Adipositas, erhöhte Blutzuckerspiegel und/oder Fettstoffwechselstörungen) auf mindestens 23,9% geschätzt.

Allerdings fehlen bislang noch Längsschnittdaten zu dem realen Krankheitswert eines individuellen BMI. Noch ist es nicht möglich, anhand der Klassifikation Adipositas vorauszusagen, welches Kind tatsächlich auch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweist und daher eine intensivere Betreuung braucht. Aus der Praxis heraus ist es hilfreich, die Familienanamnese und insbesondere die Körpermaße der Eltern in der prognostischen Einschätzung zu berücksichtigen. Sicher aber ist, dass – je älter ein Kind mit Übergewicht ist – die Wahrscheinlichkeit der Persistenz in das Erwachsenenalter mit den entsprechenden Folgeerkrankungen, aber auch Kosten steigt (6). Vor diesem Hintergrund werden neben adäquaten Therapieansätzen auch effektive und nachhaltige präventive Maßnahmen immer bedeutsamer (1).

Diese Forderungen sind nicht neu. Bereits zu Beginn der 70er Jahre wurden in Düsseldorf und Hamburg präventive Maßnahmen in Schulen von Kupke initiiert (zusammengefasst in 5). Traurig, aber leider nicht unüblich ist, dass weder ihre Ergebnisse, noch die damaligen Ansätze umgesetzt und berücksichtigt werden. Stattdessen wird stets – zwar in der Regel gut gemeint – aber umso mühevoller das „Rad neu erfunden“.

Auch wenn noch kein präventiver Königsweg bekannt ist (4), sollten doch sowohl die bislang vorliegenden Untersuchungen, wie auch deren Resultate in einer effektiven Planung berücksichtigt werden. In den wenigsten Programmen/Interven-

tionen finden qualitätssichernde Schritte, z. B. in Anlehnung an Public Health Action Cycle statt. Die Konkretisierung von Zielen in definierten Zielgruppen und Settings, daran angepasste Maßnahmen, überprüft mit angemessenen Evaluationsmethoden, Bewertung der Ergebnisse, ggf. Optimierung der Intervention und wenn möglich Ausweitung in die Breite tragen zu einer effektiven, ressourcensparenden und nachhaltigen Umsetzung bei. Andernfalls „verpuffen“ die Aktionen im unüberprüfbareren Nichts und haben im ungünstigsten Fall sogar mehr Schaden als Nutzen angerichtet!

Neben einer entsprechenden Planung wird aber, um die eingangs geschilderte Entwicklung zu beeinflussen, politische und wirtschaftliche Unterstützung notwendig. Durch diese kann eine Basis für verhältnispräventive Maßnahmen geschaffen werden, die wiederum interdependent mit verhaltenspräventiven Maßnahmen sind. In der europäischen Charta zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas werden neben der Unterstützung der Eigenverantwortung auch ganz klar politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen gefordert, die auf der Basis einer ausgewogenen Ernährung und gesteigerten körperlichen Aktivität der Entstehung entgegenwirken sollen (7). Besonders hohe Priorität haben Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Migrationshintergrund und einem geringen sozioökonomischen Status. Im Rahmen von verschiedenen Handlungsansätzen, z. B. den Nationalen Aktionsplänen gegen Übergewicht bzw. Diabetes, Ausschreibungen zu Aktionsbündnissen, Forum Prävention, „Kinderleicht“-Regionen etc. ist der politische Wille bzw. die Unterstützung auch erkennbar. Die Vielfalt an Aktionen und Kampagnen spiegelt aber deutlich die politische Realität wider – so gibt es nicht EINEN Masterplan, sondern parallel laufende Ansätze mit ähnlichen Zielen, aber unterschiedlichen und daher kleineren Töpfen! Es wäre wünschenswert, wenn eine Koordination der verschiedenen politischen Aktivitäten zur Einsparung personeller und finanzieller Ressourcen erfolgte. Darüber hinaus könnte eine Bündelung genutzt werden, um vermehrt „good practice“-Modelle zu schaffen, die wegweisend von „neuen“ oder anderen engagierten Akteuren genutzt werden können.

Sämtliche der genannten Aspekte lassen sich nahezu unendlich vertiefen und diskutieren; nicht konkreter genannt wurde z. B. die



**PD Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf**, Institut für Motorik und Bewegungstechnik, Leiterin der Abteilung Gesundheits- und Bewegungsförderung, Deutsche Sporthochschule Köln

Verantwortung der Wirtschaft, die sicherlich nicht mit dem Druck von Ampelfarben oder der Kennzeichnung von „no fat“, dafür aber sehr zuckerhaltigen Lebensmitteln endet.

Übergewicht und Adipositas stellen in der Tat ein gesamtgesellschaftliches Problem dar, das eine entsprechende Gegenmaßnahme erfordert, bei der auch wir als Sportmediziner unbedingt eine kleine Rolle mitspielen sollten!

## Literatur

1. **GRAF C, DORDEL S, KOCH B, PREDEL HG:** Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 57 (2006) 220-225.
2. **JACKSON-LEACH R, LOBSTEIN T:** Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. Int J Pediatr Obes 1 (2006) 26-32.
3. **LOBSTEIN T, JACKSON-LEACH R:** Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. Int J Pediatr Obes 1 (2006) 33-41.
4. **SUMMERBELL CD, WATERS E, EDMUNDS LD, KELLY S, BROWN T, CAMPBELL KJ:** Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev (2005) CD001871.
5. **TRAENCKNER K, BERG A, JÜNGST BK, HALHUBER MJ, ROST R:** Prävention und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter. 1. Auflage; WBG Verlag Stuttgart.
6. **WHITAKER RC, WRIGHT JA, PEPE MS, SEIDEL, KD, DIETZ WH:** Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med 337 (1997) 869-873.
7. **WHO (WORLD HEALTH ORGANISATION):** European Charta on Counteracting obesity (2006) <http://www.euro.who.int/Document/E89567.pdf>.

*Christine Graf, Köln*