



Martin Wabitsch

# Gegen Diskriminierung und für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas

Die Geschichte der AGA

**Seit Anfang der 1980er-Jahre ließ sich in Deutschland und vielen anderen Industrienationen ein deutlicher Anstieg der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen beobachten. Diese Veränderung des Zustands von Kindern und Jugendlichen ist aus Sicht der evolutionären Medizin eine der bedeutendsten und am schnellsten voranschreitenden biologischen Phänomene unserer Zeit.**

Zunächst galt dieser Beobachtung in unserer Gesellschaft und unserem Gesundheitssystem wenig Aufmerksamkeit. Zunehmend erschienen Pressemitteilungen mit ganz unterschiedlichen Angaben zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, zeitgleich wuchs das Angebot an zum Teil unseriösen, kommerzialisierten Programmen zur schnellen Gewichtsreduktion. In den 1990er-Jahren wurden verschiedene Fachgruppen gegründet und Aktivitäten gestartet, die sich mehr und mehr etablierten und vernetzten, mit dem Ziel, diese Entwicklung besser zu verstehen, die

Notwendigkeit für Veränderungen zu überprüfen und Hilfsangebote zu schaffen. Im medizinischen Bereich spielte die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA, [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de), Gründungsdatum der AGA 12. März 1998, Schloss Reisenburg, Universität Ulm) sowie die mit ihr kooperierende Konsensusgruppe Adipositas Schulung e. V. (KGAS) eine bedeutende Rolle. Seit ihrer Gründung im Jahr 1998 hat die AGA Pionierarbeit geleistet und entscheidend dazu beigetragen, dass die Behandlung und Prävention der Adipositas heute zu einem zentralen Thema in der Medizin in Deutschland geworden ist.

## Meilensteine in der Arbeit der AGA

Der erste Schritt war eine einheitliche Definition und damit eine einheitliche Sprache zur Verständigung: In Kooperation mit PD Dr. Katrin Kromeyer-Hauschild wurden aus einem riesigen Datenpool Referenzwerte für den Bo-

dy-Mass-Index für in Deutschland lebende Kinder und Jugendliche erstellt (Kromeyer-Hauschild, Wabitsch, Kunze et al. 2001). Erst damit war es möglich, verschiedene Daten und Gruppen im Quer- und Längsschnitt miteinander zu vergleichen.

Die erste Ausgabe der Leitlinien der AGA zur Adipositas im Kindes- und Jugendalter im Jahr 2000 fasste die bis dahin zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Daten zusammen und bildete damit eine Grundlage für das Verständnis von Ätiologie und Präventions- und Therapiemöglichkeiten. Die Ständige Leitlinienkommission der AGA aktualisierte diese Leitlinien bislang jedes Jahr durch die Mitarbeit zahlreicher AGA-Mitglieder aus unterschiedlichen Disziplinen. Evidenzbasierte Leitlinien, die aus einer qualitativ hochwertigen Literaturanalyse entstanden, ergänzten die Konsensus-Leitlinien im Jahr 2009.

Auf der Basis der Definitionen und Leitlinien entstand schließlich ein Qualitätssicherungssystem, mit dem eine EDV-gestützte Verlaufsdokumentation von Patientendaten im Rahmen von Therapiemaßnahmen tabellarisch und grafisch möglich wurde (APV-Programm, Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation, [www.a-p-v.de](http://www.a-p-v.de)). Diese Dokumentation schuf die Grundlage für ein Benchmarking. Die AGA entwickelte das APV-Programm in Kooperation mit Prof. Dr. Reinhard Holl, Universität Ulm, auf den langjährigen Erfahrungen mit der Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV).

Im Jahr 2004 legte die Konsensusgruppe Adipositas-Schulungen im Kindes- und Jugendalter e. V. (KGAS) das Rahmenkonzept „Leichter, aktiver, gesünder“ zur Adipositas-therapie von Kindern und Jugendlichen vor. Das dazugehörige Schulungsmanual (aid 2007, Bestell-Nr. 3842) dient zahlreichen Therapiezentren als Grundlage für ihre Arbeit.

Mit diesen, in relativ kurzer Zeit erarbeiteten Grundlagen ließ sich dann im Jahr 2004 mithilfe von Dr. Ute Winkler, Bundesgesundheitsministerium, und PD Dr. Thomas Böhler, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände, ein Konsensuspapier als Grundlage der Finanzierung von Schulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche mit Adipositas durch die Kostenträger erstellen (Böhler, Wabitsch, Winkler 2004), das bis heute gültig ist. Im Rahmen der Qualitätssicherung der Therapieangebote folgten Maßnahmen zur qualitätsgesicherten Zertifizierung von Einrichtungen, Mitarbeitern der Schulungsteams und der Schulungsprogramme.

In den vergangenen Jahren fanden einige Analysen statt mit dem Ziel, die therapeutischen Maßnahmen zu evaluieren (Reinehr et al. 2009; Oude Luttikhuis et al. 2009). Das Ergebnis ist zunächst ernüchternd. In der Zusammenschau zahlreicher Analysen aus nationalen und internationalen Studien ist festzuhalten:

- Nur eine Minderheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen nimmt die bislang vorhandenen Schulungs- und Therapieangebote an.
- Diejenigen, die die Angebote annehmen, brechen zu einem hohen Prozentsatz vorzeitig ab.
- Von denjenigen, die ein Programm abschließen, erreicht nur rund ein Drittel einen medizinisch bedeutsamen Erfolg.

Im Durchschnitt ist eines von zehn betroffenen Kindern und Jugendlichen bereit, an einem Schulungs- oder Therapieprogramm teilzunehmen. Von den Teilnehmenden erreicht – ungeachtet der Abbrecherquote, die sehr unterschiedlich sein kann – ein Kind von dreißig einen medizinisch relevanten Behandlungserfolg bezüglich der Gewichtsreduktion.

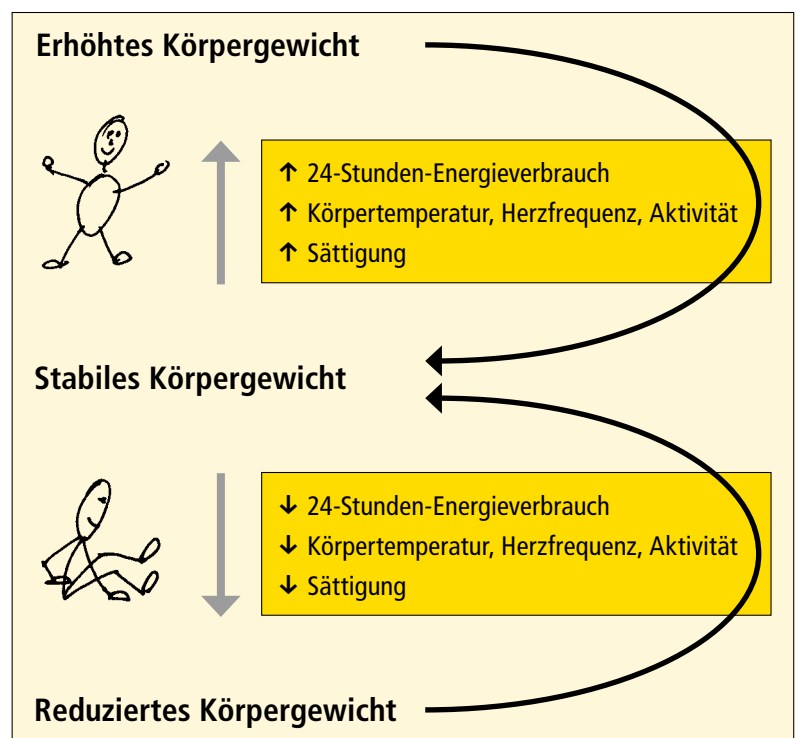
## Gegen die Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas

Die Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas ist in unserer Gesellschaft klar gegeben und ist weitgehend akzeptiert. Dazu gehören Vorurteile bis hin zur Diskriminierung durch Benachteiligungen im alltäglichen Leben. Die Stigmatisierung beginnt im Kindesalter und hat psychische Belastungen und teilweise gesundheitliche Probleme zur Folge. Die Diskriminierung kann sich in persönlichen Beziehungen, im Gesundheitswesen und im Kontext der Ausbildung und des späteren Berufslebens vollziehen.

## Mechanismen der Körpergewichtsregulation (Lennerz, Wabitsch 2014)

Das Körpergewicht wird durch ein multifaktorielles Zusammenspiel von Hormonen und Botenstoffen in komplexen Regelkreisen eng reguliert. Bei einer Gewichtszunahme kommt es kompensatorisch zu einem reduzierten Hungergefühl und einem insgesamt beschleunigten Stoffwechsel. Eine Gewichtsreduktion führt im Gegensatz zu einem erhöhten Hungergefühl und einem verlangsamten Stoffwechsel. Diese Mechanismen halten ein individuell vorgegebenes Sollgewicht langfristig stabil (Abb. 1).

Abbildung 1: Regulationsmechanismen des Körpergewichts – Energiehomöostase (Lennerz et al. 2014)



Insgesamt basiert die Gewichtsregulation auf einem Zusammenspiel von externen und internen individuellen Faktoren. Das Gehirn integriert die Signale aus Umwelt und Körper und veranlasst Hunger-, Sättigungs-, Stoffwechsel- und Bewegungsimpulse. Grundsätzlich sind zwei Hauptsysteme zu unterscheiden:

### 1. Energiehomöostase

Das homöostatische System, das hauptsächlich durch Hirnzentren im Hypothalamus und Hirnstamm reguliert wird, operiert auf unbewusster Ebene. Botenstoffe aus dem Körper signalisieren den aktuellen Nährstoffstatus. Hier spielen sowohl langfristige Signale aus dem Energiespeicher Fettgewebe als auch kurzfristige Hunger- und Sättigungssignale aus dem Magen-Darm-Trakt eine Rolle. So kommt es zum Beispiel bei verringerter Fettmasse zu einem erniedrigten Leptinspiegel mit der Folge eines permanent erniedrigten Bewegungsdrangs und einem permanent erhöhten Hungergefühl. Bei Magendehnung oder nach Ausschüttung von gastrointestinalen Hormonen und Insulin kommt es zu einem temporären Sättigungsgefühl.

### 2. Kognitiv-emotionale Kontrolle

Das nicht-homöostatische oder hedonische System wird durch beigeordnete Hirnzentren reguliert und operiert auf bewusster Ebene. Das Gehirn kombiniert die homöostatischen Signale mit Reizen aus der Umwelt (Anblick, Geruch und Geschmack der Nahrung), gemachten Erfahrungen und Emotionen. Auch der soziale Kontext spielt eine Rolle. Mit zunehmendem Alter der Kinder nimmt die rationale Bewertung der Reize zu, das heißt, sie berücksichtigen positive Vorsätze eher (Abb. 2).

Beide Systeme interagieren miteinander. Dabei unterliegt das kognitiv-emotionale System dem starken Einfluss der homöostatischen Regelkreise. Beim Gesunden schwankt das Körpergewicht im Lauf des Lebens nur um wenige Kilogramm. Bei einem Kind mit Adipositas sind die Systeme aus dem Gleichgewicht geraten. Ein Kind mit Adipositas ist daher nicht schuld an seiner Adipositas.

## Adipositas begünstigende Faktoren

Ist das Zusammenspiel der Gewichtsregulation gestört oder aus dem Gleichgewicht gebracht, kommt es zu Fehlregulationen und zu einer Verschiebung des Gleichgewichts zwischen Energieaufnahme und -verbrauch. Auf lange Sicht entsteht eine Adipositas. Das heutige gesellschaftliche Umfeld begünstigt diese Entwicklungen stark (Lennerz, Wabitsch 2014).

### ■ Störungen der kognitiv-emotionalen Steuerungsmechanismen

Störungen auf Ebene der kognitiv-emotionalen Steuerungsmechanismen umfassen zum Beispiel Verhaltensweisen wie Belohnungs- oder Frustrationsessen, die das Kind schon in der frühen Kindheit erlernt. Hochkalorische Nahrungsmittel aktivieren Belohnungsareale im Gehirn bei Übergewichtigen zum Beispiel stärker als bei Normalgewichtigen, was die rationalen Kontrollmechanismen und die homöostatischen Signale auf hirnganischer Ebene in den Hintergrund drängt. Es kommt zu einem Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und -verbrauch. Auch Essstörungen zählen zu den Störungen der nicht-homöostatischen Gewichtsregulation und gehen mit abnormen Aktivierungsmustern im Gehirn einher.

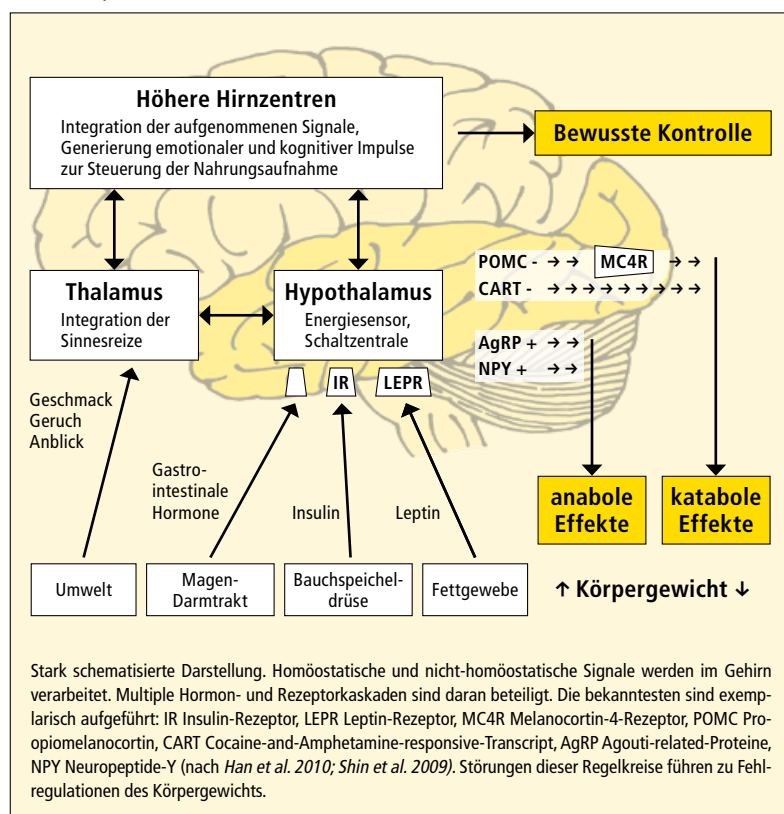
### ■ Störungen der Energiehomöostase

Störungen der Regelkreise der Energiehomöostase können genetisch bedingt sein, durch Erkrankung oder Verletzung der beteiligten Regelzentren entstehen oder aufgrund der Prägung im Mutterleib zustande kommen. Das Gehirn generiert oder erkennt zum Beispiel bestimmte Sättigungssignale nicht oder es kommt zu einer Verschiebung des Sollwerts des Körpergewichts. Ist der Sollwert verschoben, versucht der Organismus mit allen Mitteln (wie ständiger Hunger und Antriebschwäche), das angestrebte höhere oder extrem hohe Körpergewicht zu erreichen und zu halten. Diese (gestörten) Signale des homöostatischen Systems können einen imperativen, unwiderstehlichen Charakter haben, sodass eine bewusste Einflussnahme auf die Nahrungszufuhr nicht mehr effektiv möglich ist.

## Aufklärung gegen Diskriminierung

Die Aufklärung über diese Zusammenhänge ist ein Hauptteil von gesellschaftlichen Anti-Stigma-Kampagnen. Die Öffentlichkeitsarbeit der AGA, der KGAS, der BzGA und des aid infodienst haben hierzu wesentlich beigetragen. Wissenschaftlich basierte Informationen,

**Abbildung 2:** Regulationsmechanismen des Körpergewichts – Homöostatische und nicht-homöostatische Signale (Lennerz et al. 2014)





die zur sachlichen Aufklärung beitragen, beinhalten zum Beispiel:

- Das Körpergewicht des Menschen ist biologisch streng reguliert.
- Das Individuum kann durch seine willentliche Steuerung sein Körpergewicht nur in geringem Ausmaß kontrollieren.
- Die Schuld an einem zu hohen Körpergewicht liegt nicht bei den Kindern. Die weitaus bedeutenderen Einflussparameter auf das Körpergewicht sind die genetische Veranlagung und programmierte frühkindliche, metabolische Entwicklungsprozesse sowie die Lebensbedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche heute aufwachsen.
- Verhaltenstherapeutisch-basierte Schulungs- und Therapieprogramme zeigen bei einem Teil der Betroffenen medizinisch relevante Erfolge. Der Effekt auf den Gewichtsstatus ist dabei gering. Das Ziel dieser Maßnahmen sollt daher nicht die Gewichtsnormalisierung, sondern vor allem die Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sein.
- Durch eine Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ist unabhängig von einer Gewichtsreduktion eine Verbesserung des Stoffwechsels und der Folgeerkrankungen erzielbar.

Diese und ähnliche Informationen sollen dazu beitragen, in der Gesellschaft Übergewicht und Adipositas als biologische Zustände zu akzeptieren ohne Attribute wie „faul“, „ungezügelt“, „bequem“ oder „selbst schuld“. Gleichzeitig sollen diese Informationen die Betroffenen entlasten und eine realistische Einschätzung der Hilfsmöglichkeiten eröffnen. Eine entsprechende Aufklärung kann auch Stigmatisierungsprozessen im Familiensystem gezielt entgegenwirken.

Inwieweit die öffentliche Aufklärung zu einer Reduktion der Stigmatisierung und der Diskriminierung geführt hat, lässt sich durch wissenschaftliche Daten nicht beantworten. Es festigt sich jedoch der Eindruck, dass Kinder und Jugendliche mit Adipositas heute weniger Schuldzuweisungen ertragen müssen. Man sieht die Verantwortung mehr im Elternhaus und vor allem bei den Verantwortlichen für die Nahrungsmittelangebote und die Medienwelten in unserer Gesellschaft.

Der Umgang mit Stigmatisierung und Selbststigmatisierung ist mittlerweile Inhalt von modernen Schulungsmaßnahmen für Betroffene. Entsprechende Bewältigungsstrategien können zur Steigerung des Selbstwertgefühls und der Körperakzeptanz, zur Verbesserung der sozialen Kompetenz und der Problemlösefertigkeiten beitragen.

## AGA und KGAS: Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas

Die Projekte von AGA und der KGAS tragen durch die qualitativ hochwertigen Schulungs- und Therapieangebote und deren Finanzierung durch die Kostenträger sowie durch die zahlreichen publizierten Informationen zur Aufklärung und Antidiskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas bei.

Obgleich die Schulungs- und Therapiemaßnahmen nur einen kleinen Teil der Betroffenen erreichen, profitiert der größere Teil von einem gewissen Schutz vor unseriösen Programmen und Selbstvorwürfen. Kinder und Jugendliche mit Adipositas sollten akzeptiert werden wie sie sind und ausreichende Förderung erfahren. Dazu gehört auch ein fairer Umgang im Sportunterricht. Ziel sollte eine möglichst optimale Inklusion der Betroffenen in die Gesellschaft (Gleichstellungsgesetz) sein. Die aktuell gewonnenen Erkenntnisse über die Körpergewichtsregulation bilden die Grundlage dafür. Zumindest die Kinder- und Jugendärzte in Deutschland arbeiten aktiv in diese Richtung. Gleichzeitig besteht noch großer Handlungsbedarf.

Die Aktivitäten von AGA und KGAS führten auch zu zahlreichen Aktionen im Bereich der Adipositas-Prävention im Kindes- und Jugendalter, zum Beispiel zu Maßnahmen zur Reduktion adipogener Faktoren in der Lebenswelt der Kinder. Konzertierte Empfehlungen zur bedarfsgerechten Ernährung und adäquaten körperlichen Bewegung, zur Kennzeichnung von Lebensmitteln bezüglich deren Energie- und Zuckergehalte, zur Einschränkung von Lebensmittelwerbung und zur Verantwortung der Eltern und Betreuer in Kindertagesstätten und Schulen führten dazu, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Einschulkindern und auch bei älteren Kindern in Deutschland aktuell stagniert und teilweise rückläufig ist (Blüher et al. 2011; Moss et al. 2012). Die Zahlen liegen noch immer auf hohem Niveau und bieten keinen Anlass zur Entwarnung. Sie zeigen aber, dass entsprechende Aktivitäten zu einer Veränderung der Lebensbedingungen unserer Kinder führen können.

Die Aktivitäten der AGA, der KGAS, des aid infodienst und der BZgA sowie die daraus hervorgehenden Ergebnisse sind international beispielhaft. Viele unserer Nachbarländer beneiden uns in Bezug auf die Strukturen und Versorgungsmöglichkeiten, die wir in Deutschland haben.

*Die Literaturliste finden Sie im Internet unter „Literaturverzeichnisse“ als kostenfreie pdf-Datei.*

*Der Vortrag von Prof. Dr. Martin Wabitsch wird im Tagungsband zum 17. aid-Forum in Gänze nachzulesen sein.*

### Der Autor

Prof. Dr. Martin Wabitsch studierte Medizin an den Universitäten Berlin, Ulm, Nizza und Baltimore. Nach seiner Zivildienstzeit an der Kinderklinik in Ulm begann er dort die Facharztausbildung zum Kinder- und Jugendarzt, die er 1997 abschloss. Es folgte die Weiterbildung zum Diabetologen (DDG), zum Kinderendokrinologen und -diabetologen. Er ist Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) und seit Januar 2013 Präsident der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG).



Prof. Dr. Martin Wabitsch  
Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie,  
Interdisziplinäre Adipositasambulanz  
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Universität Ulm  
Eythstr. 24, 89075 Ulm  
Martin.Wabitsch@uniklinik-ulm.de