



Grundregeln für die Praxis der interdisziplinären Adipositasbehandlung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz

(März 2017; 1. Überarbeitung April 2024)

Hintergrund

Massnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie des Übergewichts sollen Kriterien der Qualität und Wirksamkeit einhalten. Dem Fachverband akj ist es daher ebenso wie dem Bundesamt für Gesundheit (BAG, Abteilung NPEB) ein Anliegen, neben dem aktuellen Stand des Wissens, der an anderer Stelle festgehalten ist^{1,2}, für Fachpersonen, die Adipositasbehandlungen planen und durchführen, praxisrelevante Grundregeln zusammenzustellen und Empfehlungen zu formulieren.

Die vorliegenden Empfehlungen bauen auf Erfahrungen und Erkenntnissen von ausgewiesenen Fachpersonen des Fachverbandes akj auf. Hinzugezogen wurden neben den Schweizer Therapieempfehlungen² auch die Qualitätskriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Essstörungen (SGES)^A sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA Deutschland^B.

Der strukturelle Rahmen von Einzel- und Gruppenbehandlung der Kinderadipositas ist in der Schweiz gemäss KLV im Anerkennungs- und Zertifizierungsreglement festgelegt^C.

Was für ein Programm biete ich als Therapeut an?

Hier sollte sich jedes Therapeutenteam der Mühe unterziehen herauszufinden, welche Disziplinen und Kompetenzen im Therapeutenteam vertreten sind, um den Familien professionelle und authentische Therapieangebote zu machen. Der ursprüngliche Auftrag des BAG, gegenwärtig in der Schweiz vorhandene Therapieprogramme zu sammeln und allen anderen Zentren zur Verfügung zu stellen, kann nur in nicht begrenzter Form ausgeführt werden, da im Rahmen der Gruppentherapie-Evaluation verschiedenartige Programme erfolgreich waren³ und da weder die wissenschaftliche Evidenz ausreicht, zu sagen, was im jeweiligen Programm funktioniert und was nicht, noch, dass der Fachverband akj die Ressourcen hat, alle Konzepte differenziert zu prüfen und die Qualität und Wirksamkeit zu beurteilen. Daher werden Programme, die sich an publizierten Grundlagen orientieren, u.a.^D, ohne Bewertung aufgelistet. Weitere Informationen zu speziellen Settings sind auf Nachfrage beim Fachverband akj erhältlich.

Einzel- oder Gruppensetting?

Die Übersicht der Literatur⁴ und eigene Resultate in Schweizer Zentren^{5,6} zeigen, dass die Einzeltherapie gleich wirksam wie die Gruppentherapie und je nach Aufwand kostengünstig ist, so dass die Wahl des Settings gemäss der Möglichkeiten des Patienten und des Therapieanbieters individuell ausgewählt werden muss.

Die Gruppentherapie ermöglicht den Patienten und ihren Familien den Austausch mit anderen Personen mit gleichartigen Erfahrungen und trägt so zur sozialen Unterstützung der betroffenen Familien bei. Sie kann so eine erste und frühzeitige Therapiephase darstellen, gefolgt von einer längerfristigen Einzeltherapie

^A <http://www.sges-ssta-ssda.ch/behandlung/uebergewicht-und-adipositas/>

^B <http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/vertiefende-informationen/qualitaetssicherung-in-der-praevention/qualitaetskriterien-im-ueberblick/>

^C http://www.akj-ch.ch/fileadmin/Dokumente/Fachpersonen/MGP/20150506_Zertifizierungsreglement_D_unterschrieben.pdf

^D <http://shop.aid.de/3842/trainermanual-leichter-aktiver-gesuender>

Praktische Empfehlungen für die interdisziplinäre Adipositasbehandlung

- Die Therapie ist strukturiert^{C,7} und interdisziplinär ausgerichtet, indem die zentralen inhaltlichen Bausteine Bewegung, Ernährung, Medizin und Psychologie (nicht nur Verhaltenstherapie, sondern insbesondere systemische Therapie) angemessen berücksichtigt werden.
- Unter den beteiligten Fachpersonen besteht ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren.
Auf der einfachsten Ebene resultiert Übergewicht ätiologisch aus einem chronischen Ungleichgewicht von Energieaufnahme und Energieverbrauch, also einer positiven Energiebilanz. Die Faktoren, die auf dieses Ungleichgewicht einwirken, sind jedoch ausgesprochen komplex. Adipositas muss als multifaktorielle, chronische Erkrankung betrachtet werden, deren Entstehung, Behandlung und Prognose von komplexen Interaktionen zwischen genetischen Bedingungen, Umwelteinflüssen und Lebensumständen abhängt.
- Prinzipien der motivationalen Gesprächsführung seitens der Therapeuten und des Erlernens von flexibler Selbstkontrolle seitens der Übergewichtigen sollten gegenüber einem reinen Monitoring und rigider Kontrolle bevorzugt werden. Dies nicht nur zur Förderung der Behandlungseffizienz, sondern auch um Nebenwirkungen wie Essstörungen zu vermeiden.
- Es werden langfristige und nachhaltige Verhaltensänderungen angestrebt, die in den allgemeinen Zielen der Adipositastherapie beschrieben sind².
Dazu gehören die Verbesserung der Adipositas-assoziierten Komorbidität, die Einsicht in die Ursachen des eigenen Übergewichts (Lebensbedingungen, persönliches Verhalten und familiäre Situation), die Förderung der körperlichen Aktivität und Körperwahrnehmung und Reduzierung der Inaktivität, die nachhaltige Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten und Essverhalten in der Familie, die Förderung des Selbstwertgefühls und der Konfliktfähigkeit, die Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern und das Erreichen einer relevanten und zeitlich stabilen Abnahme von BMI, Taillenumfang oder Fettmasse als Begleiteffekt der folgenden langfristigen Verbesserungen des Gesundheitsverhaltens.
- Freude an der Bewegung und am Essen ist wichtig! Bisherige Erfahrungen zeigen, dass psychisches Wohlbefinden und gute Lebensqualität mit signifikant besseren Resultaten der Adipositasbehandlung assoziiert sind³.
- Die Eltern (Mutter und Vater) resp. die Erziehungsberechtigten sind in das Programm mit einbezogen. Die Einbindung und Präsenz der Eltern und anderer Familienangehöriger ist je nach Altersgruppe zu differenzieren. Bei jüngeren Kindern werden die Eltern umfassend eingebunden, bei älteren Kindern findet der Einbezug je nach Reifegrad des Jugendlichen, seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie sozialen Erfordernissen statt.
- Es werden individuelle Ziele formuliert und überprüft, die in Anhängigkeit von Alter, Ausprägung des Übergewichts und verfügbaren Ressourcen (zeitlich, finanziell...) festgelegt werden. Auch werden die individuellen Lernfortschritte berücksichtigt.
- Zwischen den Fachbereichen und den Therapeuten finden Interaktionen und ein interprofessioneller Austausch statt. Ausserdem ist eine Supervision/Intervision des therapeutischen Teams empfohlen und sollte gemäss Tarmed/KVG abgerechnet werden oder vom Zentrum zur Verfügung gestellt werden.
- Um einen Therapieerfolg zu erzielen, der sich auch in einer dauerhaften Umsetzung der erlernten Verhaltensänderungen zeigt, sind ausreichend viele Einheiten verteilt über eine längere Zeit durchzuführen. Die besonderen Herausforderungen der Jahreszeiten werden berücksichtigt. Im Idealfall ist die Behandlung initial intensiver (Behandlungseinheiten alle 1 - 4 Wochen) und dauert mindestens 6 Monate bzw. ein ganzes Jahr inklusive Nachbetreuung⁷, letztere sollte sich über 5 Jahre erstrecken.
- Es wird obligat für Gruppenprogramme eine Prozess- (Struktur und Umsetzung) und eine Ergebnisevaluation durchgeführt, die auch für Individualprogramme wünschenswert wäre, wobei die Finanzierung von den Zentren übernommen werden müsste.
- Sowohl im Gruppenprogramm wie auch im MSIT-Programm ist das Verhältnis von Informationsvermittlung und praktischer Umsetzung quantitativ ausgewogen.
- Eine gewichtsreduzierende Pharmakotherapie kann auch bei unter 18-Jährigen indiziert sein, wie z.B. Metformin/GLP-1 Analoga und andere, ist aber nur in Begleitung mit Bewegungs- und Ernährungstherapie sinnvoll. Dies, weil die pharmakologisch bedingte Gewichtsabnahme anderenfalls nicht nachhaltig ist bzw. nicht über die Anwendung der Medikation hinaus wirkt.
- Chirurgische Eingriffe werden gemäss Richtlinien der SGP-akj-SMOB bei erfolglosen interdisziplinären konservativen Bemühungen sorgfältig abgewogen.

Referenzen

1. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M et al. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care - a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obes Facts* 2015;8(5):342-349.
2. Farpour-Lambert N, Sempach R, l'Allemand D, Laimbacher J. Therapie des adipösen Kindes und Jugendlichen: Vorschläge für multiprofessionelle Therapieprogramme. *Paediatrica* 2007;18(2):33-39.
3. l'Allemand-Jander D, Kirchhoff E, Bolten M, Zumbrunn, Sempach, Farpour-Lambert N. 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.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05192/05943/index.html . Bern, Switzerland: Federal Office of Public Health, 2014 FOPH Grant # 09.004211/204.0001/-629.)
4. Buehler C. Wirkungen von multiprofessionellen ambulanten Therapieinterventionen bei übergewichtigen oder adipösen Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Interventionssettings. Systematische Literatur Review (<http://www.public-health-edu.ch/abstracts>). Universität Zürich. Interuniversitärer Weiterbildungsgang Public Health; 2014.
5. Maron L, Maeder M, Kirchhoff E, Ardelt-Gattinger E, Laimbacher J, l'Allemand D. Individual therapy equals group therapy in significantly improving mental and physical health in obese children. *Swiss Med Wkly* 0 144[Suppl 203], 20. 2014.
6. Chamay-Weber C, Farpour-Lambert NJ, Saunders GC, Martin XE, Gal C, Maggio AB. Obesity Management in Adolescents: Comparison of a Low-Intensity Face-to-Face Therapy Provided by a Trained Paediatrician with an Intensive Multidisciplinary Group Therapy. *Obes Facts* 2016;9(2):112-120.
7. l'Allemand D, Farpour-Lambert NJ, Isenschmid B, Laimbacher J. Das Schweizer Modell: Übergewichtige Kinder können jetzt umfassend behandelt werden. *Schweizerische Ärztezeitung* 2014;95(44):1640-1643.