

7. Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung

7.1 Ausgewählte Schwerpunkte

...

7.1.5 Versorgung adipöser Kinder und Jugendlicher in der Charité, Universitätsmedizin Berlin - Bericht für das Jahr 2006

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die ambulante Versorgung adipöser Kinder und Jugendlicher in der Adipositas-Sprechstunde des interdisziplinären sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) der Charité, Campus Virchow Klinikum. Insgesamt wurden im Jahr 2006 616 Kinder und Jugendliche in der Adipositas-Sprechstunde der Charité gesehen. Dabei handelte es sich bei 329 Fällen um Erstvorstellungen, auf die sich die nachfolgenden Auswertungen beziehen.

Die Patientinnen und Patienten sowie die Familien werden entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse, Situationen und ihrem Risikoprofil mit einem multimodalen System geschult. Neben der medizinischen Anamnese erhalten die Patientinnen und Patienten eine strukturierte Ernährungsberatung, sozialpädagogische Betreuung und ggf. begleitende Psychotherapie. Adipöse Kinder mit ihrer meist vielfältigen psychosozialen Komplexität und den teilweise bereits manifesten adipositasbedingten Folgeerkrankungen sind eine besondere Risikogruppe, die im frühen Erwachsenenalter unter anderem von Typ 2 Diabetes und Herz-Kreislauf-erkrankungen aufgrund der jahrelang bestehenden Adipositas bedroht sind.

Adipositas im Kindesalter ist Risikofaktor für Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter

Geschlecht, Alterstruktur, Migrationshintergrund und räumliche Verteilung

Insgesamt stellten sich im Jahr 2006 329 von 616 Kindern und Jugendlichen in der Adipositas-Sprechstunde des SPZ im Rahmen der Erstkonsultation vor, davon waren 50,5 % Jungen und 49,5 % Mädchen im Alter von 1 bis knapp 18 Jahren. Auch bei Aufteilung nach Herkunft und Geschlecht der Kinder und Jugendlichen zeigen sich keine Unterschiede bei der Erstvorstellung.

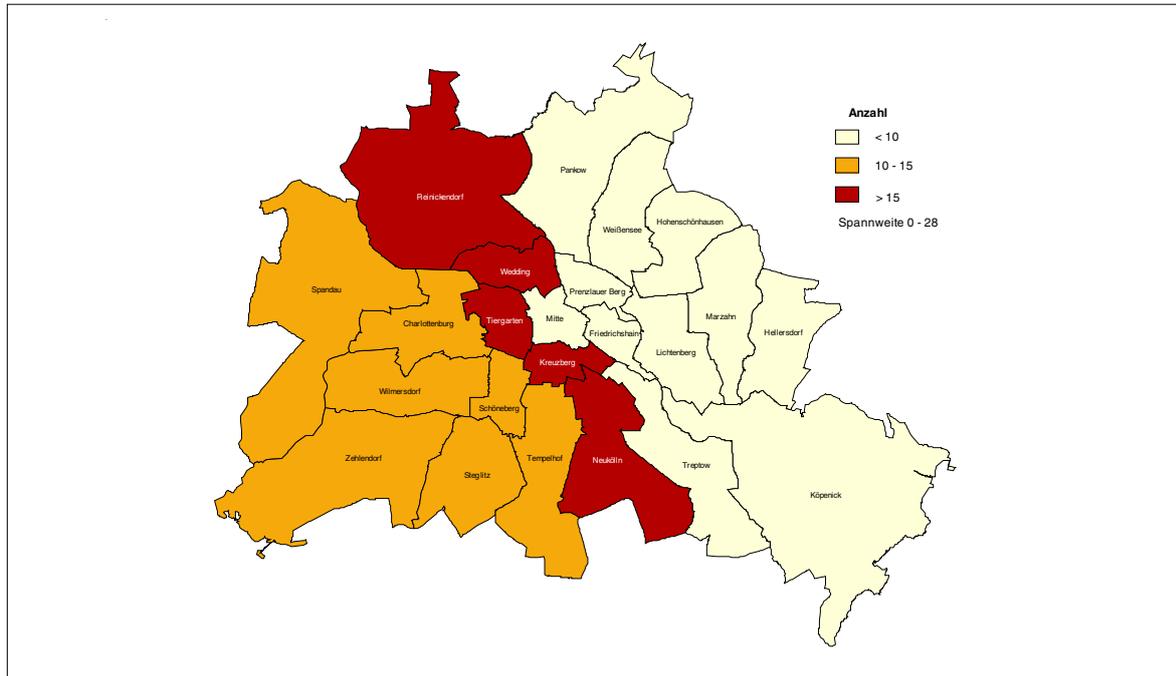
Von den 329 Kindern und Jugendlichen waren 164 deutscher Herkunft und 165 nichtdeutscher Herkunft. Von diesen 329 Erstvorgestellten hatten 24,6 % (n=81) einen türkischen Migrationshintergrund, 7,0 % (n=23) kamen aus den westlichen Industriestaaten und 13,4 % (n=44) kamen aus Staaten des ehemaligen Ostblocks. Kinder aus weiteren Ländern (u. a. Südamerika, Asien, Afrika) machten einen Anteil von 5,2 % aus.

Die Hälfte der Kinder (Erstkonsultationen) war nichtdeutscher Herkunft

Der Einzugsbereich der versorgten Kinder erstreckt sich über Gesamtberlin und die angrenzenden Gebiete Brandenburgs. Gut zwei Drittel der Kinder kommen aus Berlin, ein knappes Drittel aus dem Brandenburger Umland. Die Verteilung über die Altbezirke Berlins ist in Abbildung 7.4 dargestellt.

Abbildung 7.4:

Anzahl der im SPZ der Charité zur Erstkonsultation vorgestellten adipösen Kinder und Jugendlichen in Berlin 2006 nach Bezirken (alte Bezirksstruktur)



(Datenquelle: SPZ-Adipositas, Charité Berlin / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Gewicht und BMI-SDS (Standardisierter Body-Mass-Index)¹

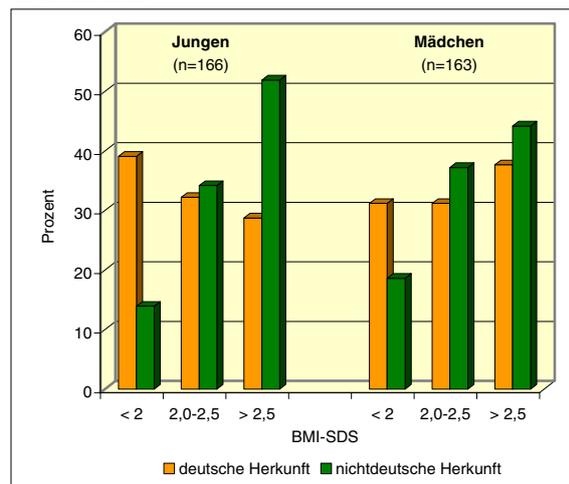
Kinder nichtdeutscher Herkunft sind deutlich häufiger extrem adipös

25,97 % (n=85) der Kinder und Jugendlichen haben einen BMI-SDS unter 2 und gelten somit nur als übergewichtig. Einen BMI-SDS zwischen 2 und 2,5 haben 33,73% der untersuchten Kinder und sind definitionsgemäß adipös. Als extrem adipös gelten 40,43 % mit einem BMI-SDS über 2,5. In Abbildung 7.5 wird der BMI-SDS für deutsche und ausländische Jungen und Mädchen abgebildet. Kinder nichtdeutscher Herkunft (n=165) sind deutlich häufiger extrem adipös, deutsche Kinder sind bei der Erstvorstellung häufiger übergewichtig. Die bei diesen Kindern sehr viel häufiger auftretenden Komorbiditäten sind nur teilweise durch die stärkere Adipositas zu erklären. Die multidisziplinäre Betreuung dieser Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien ist besonders aufwändig.

Bei den frühen Erstvorstellungen (Kindergarten- und Vorschulalter, frühes Schulalter) ist die Anzahl der deutschen Kinder größer als die der Kinder mit Migrationshintergrund. Es ist zu vermuten, dass Übergewicht und Adipositas in Famili-

Abbildung 7.5:

BMI-SDS der adipösen Jungen und Mädchen bei Erstkonsultation im SPZ der Charité in Berlin 2006 nach Herkunft



(Datenquelle und Darstellung: SPZ-Adipositas, Charité Berlin)

¹ Der standardisierte BMI (BMI-SDS) ermöglicht eine genauere Differenzierung der extrem adipösen Kinder sowie eine Verlaufsbeurteilung innerhalb des Bereiches der extremen Adipositas (> 99.5. Perzentile).

en mit Migrationshintergrund in geringerem Maße als gesundheitliches Problem oder Krankheit angesehen wird. Hier muss das Problembewusstsein der Eltern auf kultursensible Weise geschärft werden. Aber auch Lehrer und Erzieher müssen für dieses Thema sensibilisiert werden.

Weitere Auswertungen aus der Gesamtkohorte der Adipositas-Sprechstunde (n = 1.360 im Zeitraum von 1999 bis 2006) zeigen, dass sich auch hinsichtlich klinisch und prognoserelevanter Parameter Unterschiede je nach kultureller Herkunft der Kinder ergeben. So weisen übergewichtige und adipöse türkische Kinder eine signifikant häufigere Insulinresistenz auf als ihre deutschen Altersgenossen. Bei extrem adipösen Kindern bestehen hingegen keine Unterschiede in der Insulinresistenz nach Herkunft. Die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (besonders türkischer Herkunft als größte Migrationsgruppe) müssen daher als besondere Risikogruppe gelten. Durch die unbemerkt entstehende Insulinresistenz kombiniert mit weiteren Risikofaktoren ist der Weg für Folgeerkrankungen geebnet. Das so entstehende metabolische Syndrom und die resultierenden Herzkreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (früher Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH)) bedürfen besonderer Aufmerksamkeit und früh einsetzender sekundärer Prävention. Die detaillierten Ergebnisse bezüglich der klinischen Parameter werden im Rahmen der European Childhood Obesity Group (ECOG) in Athen 2007 veröffentlicht.

Unterschiede
nach Herkunft bei
klinisch und prognose-
relevanten Parametern