

## Kurzintervention für mässig übergewichtige Kinder im Allgemeinarztsetting nicht erfolgreich

### Frage:

Hat eine Kurzintervention mit Schwerpunkt auf Informationsvermittlung und Verhaltensänderung bei mässig übergewichtigen Kindern im Hausarztsetting einen Einfluss auf den BMI, körperliche Aktivität und Ernährung?

### Hintergrund:

Übergewicht bei Kindern hat in vielen Ländern endemische Ausmasse angenommen. Um dieses Problem möglichst breit angehen zu können, wären die Allgemeinarztpraxen ein geeigneter Ort für die Vermittlung von präventiven Strategien sowie auch für ein Screening für übergewichtige Kinder. Obwohl bereits in verschiedenen Ländern gesundheitspolitische Vorstösse in dieser Richtung existieren, gibt es bisher kaum wissenschaftliche Evidenz für die erfolgreiche Umsetzung entsprechender Massnahmen.

### Einschlusskriterien:

- Übergewichtige oder fettleibige Kinder zwischen 5 und 10 Jahren, die im Jahr 2005/2006 aus irgendeinem Grund ihren Hausarzt aufsuchten (Definition des kindlichen Übergewichts stratifiziert nach Alter und Geschlecht entsprechend der Grenzwerte der International Obesity Taskforce)
- Keine aktuelle Teilnahme an einem Gewichtsmanagementprogramm

### Ausschlusskriterien:

Kinder mit zu starker Adipositas (BMI z score grösser/gleich 3.0, nicht näher erläutert)

### Studiendesign und Methode:

Randomisiert kontrollierte teilverblindete Studie, die ausgehend von einem Gewichtssurvey gestartet wurde. Die teilnehmenden Ärzte wurden alle gleich auf die Studie und die Kurzintervention vorbereitet und geschult. Follow-ups wurden 6 und 12 Monate nach der Randomisierung durchgeführt (dies entsprach 9 und 15.2 Monate nach dem zugrunde liegenden Survey). Sowohl die Eltern wie die Kinder füllten einen Fragebogen aus, ausserdem wurden anthropometrische Daten erhoben und Messungen mit einem Accelerometer erhoben.

### Studienort:

45 Allgemeinarztpraxen in Melbourne, Australien.

### Intervention

- Intervention1: Die Intervention wurde an vier Konsultationen innerhalb von 12 Wochen durchgeführt und bestand aus einer kurzen lösungsorientierten Information betreffend Lebensführung, unterstützt durch eine eigens entworfene Broschüre, die sowohl auf die Kinder, wie auf die Eltern zugeschnitten war. Diese behandelte 5 Schlüsselthemen bezüglich Verhaltensänderungen, wie sitzende Aktivitäten, körperliche Aktivität, Wasserkonsum, familiäre Essgewohnheiten und Ernährungsmöglichkeiten mit einem niedrigeren Fettgehalt. Sie zeigte die jeweilige Evidenz sowohl Empfehlungen und Lösungsvorschläge auf.
- Die Kontrollgruppe nahm nur an dem Survey teil. Zur Kontrolle wurden die Praxisakten auf mögliche Ereignisse durchgesehen, die die Ergebnisse verwischen könnten (z.B. Teilnahme an Diskussionen betreffend Gewicht und Lebensstilen)

### Outcome:

- Outcome 1: BMI nach 6 und 12 Monaten
- Outcome 2: Körperliche Aktivität, Ernährung, allgemeiner Gesundheitszustand (Quality of life)

### Resultat:

- Es konnten 258 Kinder in die Studie eingeschlossen werden, diese waren im Schnitt 7 Jahre alt und zu 60% weiblich mit einem mittleren BMI von 20.

- 76% der eingeschlossenen Kinder waren übergewichtig und 23% adipös. Es waren Familien aller sozioökonomischer Gruppen vertreten.
- Nach 6 Monaten war der adjustierte mittlere BMI der Interventionsgruppe nicht-signifikant um 0.12 tiefer als in der Kontrollgruppe (adjustierte mittlere Differenz -0.12, 95%CI -0.40 bis 0.15) und nach einem Jahr ebenfalls nicht-signifikant um 0.11 (-0.11, 95%CI -0.45 bis 0.22).
- Auch bezüglich körperlicher Aktivität und Ernährungsverhalten zeigten sich kleine, aber nicht-signifikante Verbesserungen in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe nach 6 und 12 Monaten.
- Während die Kinder hinsichtlich Gesundheitszustand und Selbsteinschätzung keine unterschiedlichen Angaben in den beiden Gruppen machten, beurteilten jedoch die Eltern in der Interventionsgruppe den Gesundheitszustand ihrer Kinder nach 6 und 12 Monaten besser, als die Eltern der Kontrollgruppe, dies sowohl für die physischen wie auf für die psychosozialen Scores.
- Die Compliance in der Interventionsgruppe war moderat: 50% besuchten alle 4 oder 3 der vier Interventionskontrollen. Dies schien jedoch keinen Einfluss auf den BMI nach Intervention gehabt zu haben, genauso wenig wie sozioökonomische Faktoren.
- Obwohl es keine besondere Verbesserung im Outcome gab, war die Intervention relativ kostenintensiv (Kostenunterschied zwischen den Gruppen: 1236 australische Dollar (95%CI 1205 bis 1267) pro Kind. Allerdings wurde pro Arzt nur eine sehr kleine Anzahl Kinder betreut, was die Intervention in diesem Studiensetting gegenüber einer routinemässigen Intervention verteuerte.
- Da die Zahl der eingeschlossenen Kinder nicht der, für eine verlässliche Aussage in dem gefundenen Differenzbereich benötigten Zahl entsprach, führten die Autoren eine Metaanalyse mit einer bereits durchgeführten Studie und gleichem Design durch. Diese bestätigte jedoch die gefundenen Ergebnisse.

**Kommentar:**

- Die Autoren schliessen aus den Ergebnissen, dass die in der vorliegenden Studie getestete, breit angelegte Kurzintervention basierend auf Beratung bei übergewichtigen Kindern im Hausarztsetting keinen Einfluss auf das gewichtsrelevante Verhalten (Bewegung und Ernährung) und somit auf den BMI selber hatte.
- Gründe könnten sein, dass die Intervention zu kurz oder zu wenig intensiv war. Vielleicht war aber das Bewusstsein für die Problematik von übergewichtigen Kindern und damit die Notwendigkeit der Intervention innerhalb den Familien nicht oder nicht genügend ausgeprägt.
- Breite Informationsvermittlung über den Problembereich des Übergewichts mit den gesundheitlichen Konsequenzen sollte vorangetrieben werden, damit bevölkerungsbasierte Interventionen effizient umgesetzt werden können.
- Bis dahin sind die Ressourcen gemäss den Autoren wohl besser investiert, wenn diese gezielt auf die primäre Prävention und die Behandlung adipöser Kinder eingesetzt werden.

**Literatur:**

Wake M et al.: Outcomes and costs of primary care surveillance and intervention for overweight or obese children: the LEAP 2 randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 Sep 3;339:b3308. doi: 10.1136/bmj.b3308.

**Verfasser:**

Anne Spaar