

## 17. aid-Forum

### **Leichter, aktiver, gesünder!?**

Adipositas therapie bei Kindern und Jugendlichen

**23. und 24. Mai 2014, Wissenschaftszentrum Bonn**

---

**Dr. Anne-Madeleine Bau**

Charité Universitätsmedizin, Berlin

---

### **Brauchen wir eine spezielle Ernährungstherapie für Migrantenfamilien?**

Die Ätiologie für Übergewicht und Adipositas im Kindesalter ist multifaktoriell. Epidemiologisch variiert die Prävalenz von Adipositas erheblich nach Bildung, Migrationshintergrund, Geschlecht und Alter. In Deutschland besteht für Menschen mit Migrationshintergrund ein doppelt hohes Risiko und in schwieriger sozialer Lage sogar ein dreifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Adipositas im Kindes- und Jugendalter (KiGGS 2003-2006). Im ambulanten Adipositas-Zentrum des SPZ der Charité-Kinderklinik Berlin waren in der Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen im Jahr 2013 ein Drittel der Patienten deutscher, ein weiteres Drittel türkischer und 10% arabischer Herkunft sowie 20% mit anderen kulturellen Hintergründen. Die Gruppe der Migranten ist nicht homogen, Differenzen resultieren vor allem aus ihrem jeweiligen sozialen Hintergrund. Mit längerer Verweildauer geht häufig auch eine zunehmende Orientierung an den Lebensgewohnheiten der Aufnahmegesellschaft einher und damit ein Wandel von Gesundheitskonzepten und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen.

Epidemiologisch ist die oben genannte Erfassung und Stratifizierung zur Risikogruppenidentifizierung plausibel. In einer Einwanderungsgesellschaft wie Deutschland sollte es jedoch in der Gesundheitsversorgung nicht darum gehen, die Unterschiede herauszustellen, sondern vielmehr ein (Selbst)Verständnis von Vielfalt der in unserer Gesellschaft lebenden Menschen zu entwickeln und zu kommunizieren. Der aktuelle Fokus auf die soziokulturellen Unterschiede von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund lenkt die Diskussion in eine Richtung, die für die Gesundheitsversorgung nicht hilfreich ist. Zu schnell geraten die strukturellen Voraussetzungen für eine gelungene Therapeuten-Patienten-Kommunikation aus dem Blick.

Eine professionelle Ernährungstherapie betrachtet immer das Individuum. Bei Kindern und Jugendlichen werden besonders auch das Familiensetting und die daraus resultierenden familiären Rahmenbedingungen einbezogen. Keine Familie gleicht der anderen, ob mit oder ohne Migrationshintergrund. Der erste Schritt einer Ernährungstherapie sollte immer eine ausführliche Anamnese (Fragen) der Lebensgewohnheiten sein, um darauf aufbauend Empfehlungen für einen Veränderungsprozess geben zu können. Die sogenannten

BABELUGA-Baustellen zu neun gewichtsrelevanten Verhaltensweisen (mit Bezug auf Getränke, Portionen, Mahlzeitenstruktur, Lebensmittelauswahl, Süßigkeiten, Alltagsbewegung, Sport, Medienkonsum, Wohlbefinden) dienen als Grundlage für die Kommunikation mit den Patienten und ihren Familien. Dabei dient der sogenannte „Baustellenzettel“ als Gesprächsleitfaden sowohl bei der Anamnese als auch im Verlauf der Therapie. Die Patienten bekommen eine individuelle Beratung, die auf die Lebensumstände der Familien detailliert eingeht und somit unterschiedlich stark die einzelnen im Gespräch identifizierten „Baustellen“ in den Fokus nimmt. Im Idealfall haben Therapeuten Erfahrungen mit anderen Kulturen und können gezielt auf religiöse Vorschriften, Mahlzeitenstruktur, Bewegungsverhalten und traditionelle Wertvorstellungen (bspw. in Bezug auf Gastfreundschaft) eingehen. Ziel der Beratung ist es, in kleinen Schritten eine Verhaltensänderung zu erreichen, die eine kindgerechte und langfristig gesundheitsförderliche Lebensweise ermöglicht. Um die im Titel gestellte Frage zu beantworten: Wir brauchen keine spezielle Ernährungstherapie für Migranten. Die Unterschiede zwischen den Familien hängen von derart vielen Faktoren ab – von denen einige deutlich mehr Gewicht haben als Migrationshintergrund und Herkunft.

---

**Kontakt:**

Dr. Anne Madeleine Bau  
anne-madeleine-bau@charite.de  
www.charite.de