

Ernährung

Mai 2014

Zeitschrift für Fach-, Lehr- und Beratungskräfte

IM FOKUS



AKTUALISIERTE FASSUNG

Diätetik: Theorie & Praxis

Adipositas im Kindes- und Jugendalter

www.ernaehrung-im-fokus.de

aid

Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Aus übergewichtigen Kindern werden meist übergewichtige Erwachsene. Das Risiko steigt mit dem Alter, dem Ausmaß der Adipositas sowie dem Übergewicht der Eltern. Der Leidensdruck der Kinder und Jugendlichen ergibt sich meist aus den psychosozialen Konsequenzen. Untersuchungen berichten von einer ähnlich beeinträchtigten Lebensqualität wie bei onkologischen Erkrankungen.

Häufigkeit

Anhand des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS 2003–2006) sind 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren übergewichtig und 6,3 Prozent adipös. Eine genauere Aufschlüsselung liefert **Übersicht 1**. Im Vergleich zu Referenzdaten von 1985 bis 1999 sind die Prävalenzzahlen für Übergewicht insgesamt um 50 Prozent gestiegen, einen besonders hohen Anstieg verzeichnen die Jugendlichen und dabei vor allem adipöse Jugendliche. Zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen Ost- und Westdeutschland sind keine signifikanten Unterschiede

Übersicht 1: Verteilung von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Geschlecht (Kurth, Schaffrath-Rosario 2007)

Alter und Geschlecht	Übergewichtig, nicht adipös (%)	Adipös (%)
3–6 Jahre		
Jungen	6,4	2,5
Mädchen	6,0	3,3
Gesamt	6,2	2,9
7–10 Jahre		
Jungen	8,9	7,0
Mädchen	9,0	5,7
Gesamt	9,0	6,4
11–13 Jahre		
Jungen	11,3	7,0
Mädchen	11,6	7,3
Gesamt	11,4	7,2
14–17 Jahre		
Jungen	9,0	8,2
Mädchen	8,1	8,9
Gesamt	8,6	8,5

Übersicht 2: Ungünstige Faktoren, die zur Manifestation von Adipositas beitragen (Huybrechts et al. 2010; Wabitsch 2007)

Psychosoziale Faktoren

- niedrige soziale Schicht
- familiäre Deprivation (Eltern verbringen wenig Zeit mit dem Kind)
- Einzelkind
- alleinerziehender Elternteil

Familiäre Faktoren

- Rauchen und hoher mütterlicher Gewichtszuwachs in der Schwangerschaft
- kurze Stilldauer
- mangelndes Ernährungswissen
- ungünstige Einkaufs-, Koch- und Ernährungsgewohnheiten
- mangelnde Vorbildfunktion der Eltern im Ernährungs- und Bewegungsverhalten

Sport und Freizeit

- mangelnde körperliche Bewegung (körperliche Inaktivität, u. a. durch zunehmende Motorisierung, mangelnde Spielflächen am Wohnort, unsichere Straßen, zu wenig Fahrradwege etc. bedingt)
- Überangebot an Freizeitaktivitäten mit körperlicher Inaktivität (z. B. Fernsehen, Computerspiele)

Ernährungsfaktoren

- Verzehr von fettreichen und energiedichten Nahrungsmitteln
- Verzehr großer Portionen, hohe Essgeschwindigkeit, wenig Obst und Gemüse
- Sensorische Stimulation durch verarbeitete Lebensmittel mit erhöhter Nahrungsakzeptanz und Überlagerung des Sättigungsgefühls
- Förderung des Verzehrs dieser Nahrungsmittel durch Werbung und Preispolitik
- mangelnde Produktaufklärung
- Überangebot an energiedichten und fettreichen Nahrungsmitteln an Verkaufsstätten im Lebensbereich von Kindern (z. B. Schule)
- häufiger Verzehr von energiedichten Zwischenmahlzeiten (Snacks) und zuckerhaltigen Getränken (Fehlen von geregelten Hauptmahlzeiten, z. B. Entfallen des Frühstücks)
- Super-Sizing in Fast-Food-Restaurants oder All-you-can-eat-Mahlzeiten
- große Lebensmittelpackungen
- Food-Deserts: Gegenden mit vorzugsweiser Verfügbarkeit energiedichterer Lebensmittel, geringe Verfügbarkeit und mangelnder Zugang zu vollwertigen Lebensmitteln

de zu erkennen. Besonders häufig betroffen sind Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, niedrigem sozialen Status (gemessen an Einkommen und Schulbildung der Eltern) und übergewichtigen Eltern (Kurth, Schaffrath-Rosario 2007).

Folgen

Folgeerkrankungen im Rahmen des metabolischen Syndroms können schon sehr früh auftreten. So haben bereits 25 Prozent aller übergewichtigen Kinder und Jugendlichen Fettstoffwechselstörungen und etwa 33 Prozent Bluthochdruck. In der Pubertät kommt es physiologisch zu einem Anstieg der Insulinresistenz.

Dann leiden etwa 33 Prozent der übergewichtigen Jugendlichen an Glukosetoleranzstörungen und ein Prozent an Diabetes mellitus Typ 2. Die zunächst meist symptomarmen Erkrankungen führen schon im Kindes- und Jugendalter zu nachweisbaren Gefäßwandveränderungen. Im Rahmen der Beobachtungsstudie der BZgA steigt auch bei Kindern und Jugendlichen mit zunehmender BMI-Kategorie die Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren (Flechtner-Mors et al. 2011). Bei einer Studie an Teilnehmern eines stationären Programms zur Gewichtsreduktion hatten 78 Prozent der Kinder mindestens einen kardiovaskulären oder metabolischen Risikofaktor. 76 Pro-

zent wiesen eine erhöhte Intima-Media-Dicke der Halsschlagader auf, ein Zeichen für beginnende Arteriosklerose (Schiel et al. 2012). Je größer der Taillenumfang eines übergewichtigen Kindes oder Jugendlichen, desto höher ist sein Risiko für Stoffwechsel- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere in der Pubertät und bei männlichen Jugendlichen (IFB 2013). Auch Dehnungsstreifen, Infektionen der Haut, verstärktes Längenwachstum und eine Beschleunigung der Skelettreife treten häufig auf. Bei adipösen Jungen tritt die Pubertät oft verspätet ein und ist mit einer Gynäkomastie (Vergrößerung der männlichen Brustdrüse) verbunden (Reinehr 2005; Wabitsch 2005). Weitere Folgen von Übergewicht sind orthopädische Probleme, die nicht-alkoholische Fettleberkrankheit (NASH), Gallensteine (vor allem bei Gewichtsreduktion), *Pubertas praecox* (frühzeitige Pubertätsentwicklung bei Mädchen) und das Polycystische Ovarialsyndrom, das bei bis zu 20 Prozent aller adipösen Mädchen ab 14 Jahren auftritt. Psychosoziale Probleme äußern sich in niedrigem Selbstwertgefühl und/oder Depressionen. Adipöse Kinder leiden unter Hänseleien ihrer Altersgenossen und sozialer Isolation. Diese schwerwiegenden psychosozialen Folgen beeinflussen die Lebensqualität nachhaltig. Stigmatisierung und Diskriminierung beschleunigen soziale Isolation, die Entwicklung von Depressionen, eines geringen Selbstwertgefühls sowie eines negativen Körperbilds und verringern die Wahrscheinlichkeit eines Abnahmeerfolgs (DAG-Tagung Oktober 2012; Hartmann, Hilbert 2013). Geringe körperliche Fitness mit asthmähnlichen Beschwerden insbesondere bei Anstrengung ist ebenfalls eine häufige Konsequenz von Übergewicht. Insbesondere bei wiederholten vergeblichen Diätversuchen besteht die Gefahr des Frustrationsessens und der Entwicklung einer Essstörung (Reinehr 2005; Wabitsch 2005).

Ursachen

Nur bei etwa einem Prozent der Betroffenen ist die Ursache syndromal oder endokrinologisch bedingt, am

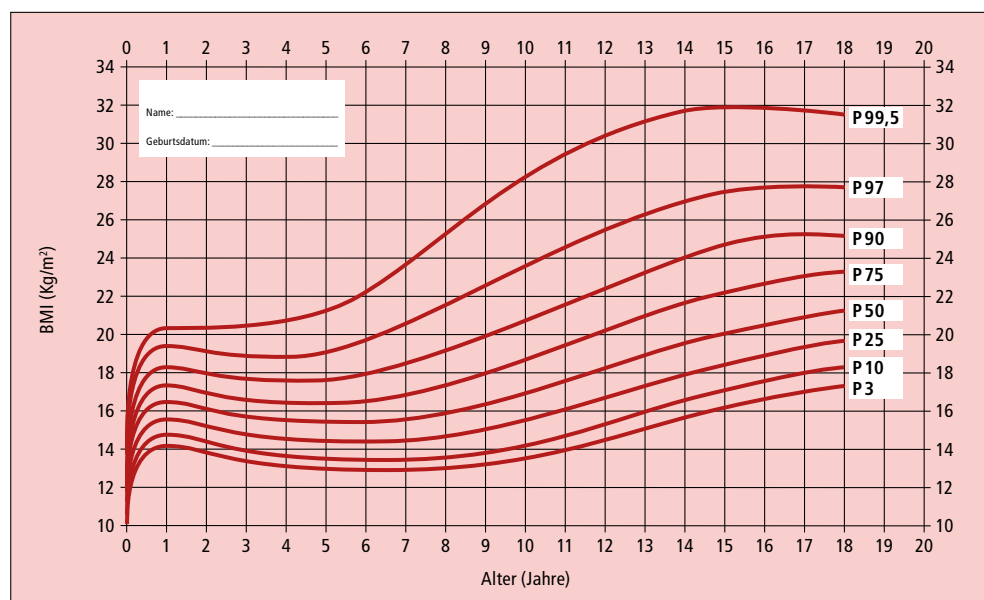


Abbildung 1: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Mädchen 0–18 Jahre, AGA 2006)

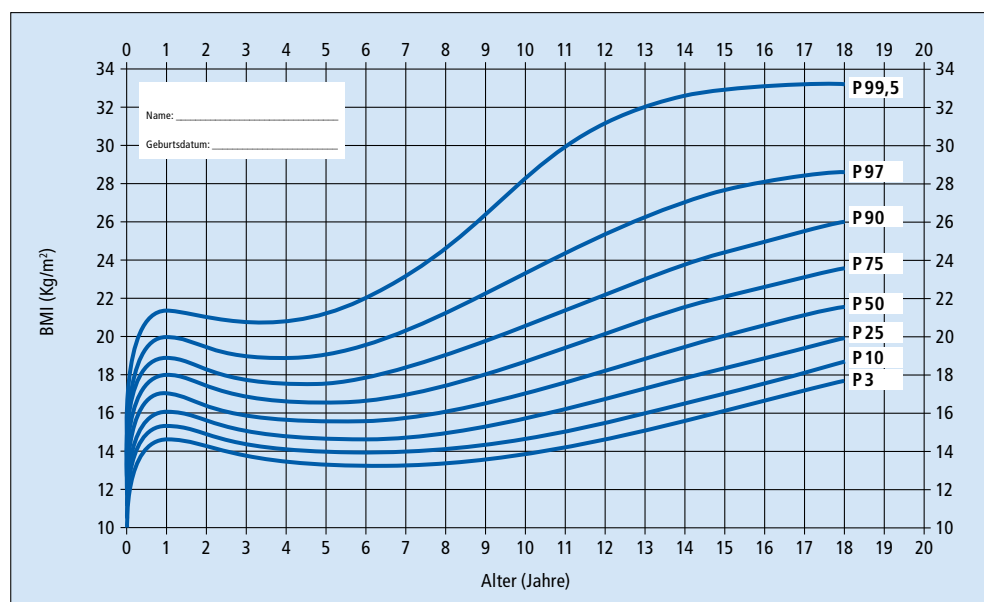


Abbildung 2: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (Jungen 0–18 Jahre, AGA 2006)

häufigsten durch eine autoimmune Hypothyreose (Sergeyev et al. 2012). Die starke Zunahme kindlicher Adipositas wird wie bei den Erwachsenen neben genetischen Ursachen vor allem auf Umgebungsfaktoren und Verhaltensänderungen zurückgeführt. Auch das intrauterine Milieu ist entscheidend. Mütterliche Adipositas, erhöhtes Geburtsgewicht und Rauchen während der Schwangerschaft sind Risikofaktoren für kindliches Übergewicht. Sowohl eine intrauterine Wachstumseinschränkung als auch Überernährung erhöhen das Adipositasrisiko (Puder, Kriemler 2008). **Übersicht 2** beschreibt ungünstige Faktoren, die zu Übergewicht und Adipositas im

Kindes- und Jugendalter beitragen. Auch postnatale Einflüsse können einen Beitrag zu einem erhöhten Adipositasrisiko leisten. Säuglingsnahrung mit erhöhtem Proteingehalt führt nach der „European Childhood Obesity“-Studie zu einer gesteigerten Gewichtszunahme bis zum Alter von zwei Jahren. Möglicherweise erhöht der Proteingehalt die Konzentration an Insulin und insulinähnlichem Wachstumsfaktor 1 und stimuliert damit die adipogene Aktivität und Adipozytendifferenzierung. Günstig ist Stillen, einmal wegen der selteneren hohen Gewichtszunahmen im Säuglingsalter und möglicherweise auch aufgrund des deutlich niedrige-

Übersicht 3: Diagnostik (AGA 2012; Wabitsch 2005)

- **Anamnese** (Fragen nach z. B. Kopfschmerzen, Hüft- und Kniegelenkschmerzen, Konzentrationsschwäche, Schnarchen, Schläfrigkeit am Tag; Erfassen des Körperbilds bei älteren Kindern und Jugendlichen; Ressourcenorientierte Diagnostik: Klärung einer ausreichenden Motivation zur Mitarbeit beim betroffenen Kind und bei den Bezugspersonen, soziale Kompetenz, Stressbewältigung, spezifische Bewältigungsstrategien)
- **Familienanamnese** (Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus Typ 2, Gicht, Gallensteinerkrankungen, spezielle familiäre Belastungen, psychische Störungen der Eltern, familiäre Situation insgesamt, z. B. auffälliges Essen im Zusammenhang mit Eltern-Kind-Interaktionen, elterliches Unterstützungsverhalten, spezifischer Einsatz von Strategien in der Esssituation, Erziehungsstil, Ernährungs-, Bewegungs- und Freizeitgewohnheiten im familiären Umfeld, patientenbezogene Gewohnheiten)
- **Bestimmung des BMI** und der alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile, der „Waist-to-Hip-Ratio“ und eine körperliche Untersuchung
- Blutdruckmessung, Nüchtern-Bestimmung von Triglyceriden, HDL- und LDL-Cholesterin sowie Blutzucker und Schilddrüsenfunktion (TSH)
- Ausführliche Untersuchung je nach klinischem Befund, Beschwerden und Familienanamnese zum **Ausschluss anderer Grund- und Begleiterkrankungen**
 - erhöhte Blutdruckwerte: EKG und Echokardiogramm
 - endokrine Ursachen bei geringer Körpergröße oder langsamem Wachstum
 - Glukosetoleranztest bei Diabetes mellitus Typ 2 in der Verwandtschaft
 - Harnsäure im Serum bei Hyperurikämie in der Familie
 - Genetische Syndrome bei Entwicklungsverzögerungen
 - Orthopädische Untersuchung bei Hüft-, Kniegelenkschmerzen und Fußfehlstellungen
 - Psychologische/psychiatrische Untersuchungen bei Hinweisen auf Depressionen, Angst- und/oder Essstörungen
 - Gallensteine bei Bauchschmerzen
 - Schlaf-Apnoe-Syndrom bei nächtlicher Atemstörung und Schläfrigkeit am Tag

ren Proteingehalts der Muttermilch. Der stärkste Risikofaktor ist elterliche Adipositas, insbesondere wenn beide Elternteile adipös sind. Einzelne Gene können die Häufigkeit der Adipositas nicht erklären. Meistens ist die Basis polygen, wobei schätzungsweise mehr als 100 Polygene bei der Regulation des Körpergewichts eine Rolle spielen. Solide bestätigt sind 17 Polygene (*Hebebrand et al. 2010*).

Diagnostik

Zur Klassifizierung des Gewichts eignet sich auch bei Kindern und Jugendlichen der BMI. Im Gegensatz zu Erwachsenen müssen jedoch durch Wachstum und Pubertät bedingte Veränderungen der Körperzusammensetzung berücksichtigt werden. Anhand populationspezifischer Referenzwerte lassen sich individuelle BMI-Werte für das Kindes- und Jugendalter schätzen. Die Bestimmung des Ausmaßes von Übergewicht und Adipositas erfolgt nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) anhand der geschlechtsspezifischen Altersperzentilen für den BMI nach Kromeyer-Hauschild (**Abb. 1 und 2**). Ein Kind gilt als übergewichtig, wenn

sein BMI über der 90. Alters- und Geschlechtsperzentile liegt. Befindet er sich über der 97. Alters- und Geschlechtsperzentile, liegt eine Adipositas vor. Eine extreme Adipositas besteht bei einem BMI über der 99,5. Alters- und Geschlechtsperzentile (*AGA 2012; Reinehr 2008; Wabitsch 2005*).

Jüngsten Studien zufolge sollte der Taillenumfang bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen mit erfasst werden, vor allem ab dem Pubertätsalter, weil er auf schon bestehende Folgeerkrankungen hinweist (*IFB 2013*). Die Leitlinien der AGA sehen beim Vorliegen einer Adipositas eine ausführliche Untersuchung vor, bei Übergewicht nur bei positiver Familienanamnese, Gewichtsassoziierter Komorbidität, schnell an-

steigendem BMI oder bei Besorgnis über das Gewicht. Die Diagnostik sollte psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen und Essstörungen erkennen. Auch andere Primärerkrankungen sind auszuschließen. So können Kleinwuchs, eine verminderte Wachstumsgeschwindigkeit oder schnelle Zuwachsraten des BMI auf eine Schilddrüsenunterfunktion, Cushing-Syndrom oder Wachstumshormonmangel hinweisen, im Zusammenhang mit psychomotorischen Entwicklungsstörungen auch auf genetische Syndrome. Weiterhin sollten auch bei Kindern und Jugendlichen Folgeerkrankungen und insbesondere das kardiovaskuläre Risikoprofil Beachtung finden. Auf orthopädische, respiratorische sowie dermatologische Sekundärveränderungen ist zu achten. Gegebenenfalls sind weitere Untersuchungen sinnvoll (**Übersicht 3**, *AGA 2012; Enzmann, Broich 2013; Reinehr 2008*).

Adipositas therapie bei Kindern und Jugendlichen

Voraussetzung für die Therapie ist ein Problembewusstsein und die Bereitschaft zur Veränderung. Viele Mütter sehen das Gewicht ihrer übergewichtigen und adipösen Kinder als „genau richtig“ an. Betroffene möchten, anders als ihre Eltern, nicht aus gesundheitlichen Erwägungen abnehmen, sondern aufgrund von Stigmatisierung, mangelndem Interesse des anderen Geschlechts sowie Einschränkungen in der Lebensgestaltung und der Kleiderwahl: sie wollen (wieder) ein attraktives Körperbild erlangen (*Segeyev et al. 2012*). Grundsätzlich hängt die Indikationsstellung einer Adipositas therapie von den bestehenden funktionellen Einschrän-

Übersicht 4: Ziele der Adipositas therapie (AGA 2012; Enzmann, Broich 2013)

- Langfristige Gewichtsreduktion und Stabilisierung
- Verbesserung der Adipositas-assoziierten Komorbiditäten, frühe Beeinflussung kardiovaskulärer Risikofaktoren
- Verbesserung des aktuellen Ess- und Bewegungsverhaltens des Patienten unter Einbeziehung seiner Familie
- Vermeiden von unerwünschten Therapieeffekten wie Entwicklung von Essstörungen oder Wachstumsstörungen bei deutlich energiereduzierter Kost
- Förderung einer normalen körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung und Leistungsfähigkeit
- Individuelle Therapieansätze bei Folgeerkrankungen kindlicher Adipositas unter Vernetzung verschiedener beteiligter Fachrichtungen

Übersicht 5: Optimix® – Wie viel ist am besten? (fke-do.de)

Empfohlene Menge	Lebensmittel	Beispiele
reichlich	kalorienfreie oder -arme Getränke pflanzliche Lebensmittel	Wasser, Tee Gemüse, Obst, Getreideerzeugnisse, Hülsenfrüchte, Kartoffeln
mäßig	tierische Lebensmittel	Milch und Milchprodukte, Fleisch, Wurst, Eier, Fisch Möglichst fettarme Varianten
sparsam	fett- und zuckerreiche Lebensmittel	Speisefette, Süßwaren, Knabberartikel

kungen, der psychosozialen Beeinträchtigung, den somatischen und psychiatrischen Folgeerkrankungen der Adipositas sowie dem Risiko des Fortbestehens ins Erwachsenenalter hinein ab.

Bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren mit Übergewicht oder Adipositas ohne Begleiterkrankungen kann es ausreichend sein, das aktuelle Gewicht zu halten. Sind sie älter als sechs Jahre, reicht bei noch nicht abgeschlossenem Längenwachstum eine Gewichtskonstanz über einen längeren Zeitraum (nur Übergewicht ohne Begleiterkrankungen) aus, ansonsten ist eine Gewichtsabnahme indiziert. Der BMI-SDS ist ein geeigneter Parameter zur Überprüfung der Gewichtsreduktion. Er gibt an, um ein Wievielfaches einer Standardabweichung ein individueller BMI bei gegebenem Alter und Geschlecht ober- oder unterhalb des Mittelwertes liegt. Man kann ihn ausrechnen lassen, etwa auf den Internetseiten der AGA (www.mybmi.de/main.php).

Bei Vorliegen einer anderen schwerwiegenden Erkrankung, einer schweren psychosozialen Belastung oder einem erkennbaren Risiko für eine Essstörung kann eine andere Therapie vorrangig sein. Bei der Therapiewahl sollten Alter, Familiensituation, Art der Komorbiditäten, aber auch Problembewusstsein, Motivation und mentale Fähigkeiten des Kindes mitberücksichtigt werden. Erhöhung der körperlichen Aktivität und Verringerung der Energiezufuhr durch individuelle Modifikation der Ernährung und des Essverhaltens stellen die Hauptziele der verhaltenstherapeutisch orientierten Adipositasstherapie dar (**Übersicht 4**, AGA 2012; Wabitsch 2012).

Medikamente zur Therapie der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind in Deutschland auch bei extremer Adipositas bisher nicht zugelassen und nur im Einzelfall anzuwenden (AGA 2012).

■ Ernährungstherapie

Starre Diätpläne mit Kalorienzählen oder Außenseiterdiäten sind für die Ernährung adipöser Kinder und Jugendlicher nicht empfehlenswert. Sie sind nicht nur langweilig und schwierig, sondern gefährden möglicherweise auch eine altersgemäße Nährstoffzufuhr und ein normales Wachstum. Ziel ist, die Gewichtsnormalisierung mit einer frei gewählten Ernährung ohne Risiken für die Nährstoffversorgung und bei psychosozialen Wohlbefinden zu erreichen (Wabitsch 2005; Reinehr 2008). Die Lebensmittelauswahl sollte wissenschaftliche und praktische Kriterien berücksichtigen, zum Beispiel Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr, Prävention von ernährungsmitbe-



Foto: © Digital Vision

Übersicht 6: Einflussfaktoren auf die Therapie (Sergeyev et al. 2012)**Patientenbezogene Variablen:**

- Physisch: Alter, Ausgangs-BMI, Körpergefühl/-koordination
- Psychisch: Psychische Komorbiditäten (Essstörung), soziale Kompetenz, Handlungs-IQ, Impulskontrolle, Compliance

Familienbezogene Variablen:

- Tagesablauf, Freizeitgestaltung
- Eltern als Vorbild, Eltern als Begleiter/Unterstützer, psychische Komorbiditäten der Eltern, Berufsausbildung der Eltern, Familienstruktur, Erziehungsstil
- Soziale Schicht

Therapiebezogene Variablen:

- Therapieart (stationär, ambulant)
- Therapiestrategien
- Dauer der Behandlung
- Kompetenz der Therapieeinrichtung/des Therapeuten

Andere Einflussfaktoren:

- Umwelt: Spielplätze, Sportvereine, Schulangebote, Speiseversorgung in Schulen und Kindertageseinrichtungen
- Politik: Lebensmittelgesetze (Kennzeichnung), Werbung, Gesundheitsleistungen der Krankenkassen, Unterstützung von sozial benachteiligten Familien

dingten Erkrankungen, landesübliche Ernährungsgewohnheiten, verfügbare Lebensmittel sowie kindliche Essensvorlieben und -abneigungen. Empfehlenswert sind Lebensmittel mit hoher Nährstoffdichte, Verbote für bestimmte Lebensmittel sollten nicht ausgesprochen werden. Ein strukturierter Mahlzeitenrhythmus ist sinnvoll, um unkontrolliertes „Zwischendurchessen“ und Heißhunger nach einer langen Nahrungspause zu vermeiden. Eine Veränderung der Energiebilanz sollte durch eine Reduktion der Energie-/Fettzufuhr etwa auf der Grundlage der optimierten Mischkost (*Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE)*,

Dortmund) und durch eine Erhöhung des Energieverbrauchs entstehen. Idealerweise ist die Kost für die ganze Familie geeignet (**Übersicht 5, AGA 2012**).

Zuckerersatzstoffe werden nicht empfohlen, besser ist eine Sensibilisierung hin zu einer Wahrnehmung der Geschmacksrichtung „süß“ auf niedrigerem Niveau (*AGA 2012*). Sehr energiearme Kostformen bewirken zwar größere Gewichtsverluste, die Gefahr des Jo-Jo-Effekts nach Beendigung der Diät ist aber sehr groß. Eine Indikation dafür besteht nur bei notwendiger kurzfristiger Gewichtsreduktion und extremer Adipositas. Hier ist eine Spezialbetreuung erforderlich. Medikamentöse und chirurgische Therapien sollten nur bei zwingender Indikation in Adipositas-spezialzentren durchgeführt werden (*Wabitsch 2005, 2007*).

■ Verhaltenstherapeutische Ansätze

Hierzu gehören wie beim Erwachsenen auch das Einüben konkreter Essverhaltensweisen wie gutes Kauen, das Erlernen alternativer Verhaltensweisen im Umgang mit essauslösenden Situationen (Stress, Langeweile) und von selbstbehauptendem Verhalten im Umgang mit Hänseleien oder „Verführungssituationen“. Die bedeutendsten Einflussfaktoren auf den Erfolg einer Therapie sind die Motivation und Bereitschaft, das Er-

nährungs-, Ess- und Bewegungsverhalten zu ändern. Bei mangelnder Bereitschaft und Motivation kann deren Aufbau oder deren Verbesserung ein vorrangiges Ziel sein. Die Einbindung der Familie in die Behandlung erleichtert das Erlernen von Problembewältigungsstrategien und das Beibehalten neu erlernter Verhaltensweisen (*Wabitsch 2005*). Wichtig ist zudem die Steigerung der Motivation und des Selbstbewusstseins. Insbesondere stark adipöse Kinder und Jugendliche weisen psychische Komorbiditäten wie emotionale Störungen, Depressionen, Ängste und Essstörungen oder Verhaltensstörungen wie ADHS und Substanzmissbrauch auf. Psychotherapeutische Ansätze können psychosoziale Kompetenzen und das Selbstkonzept Betroffener stärken, um die mit Übergewicht und Komorbiditäten einhergehenden psychischen Belastungen zu minimieren (*Sergeyev et al. 2010*).

■ Sport

Abgesehen von der Verbesserung von Stoffwechselfparametern und steigendem Energieverbrauch steigert Sport die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit. Viele adipöse Kinder weisen hier Defizite auf und können deshalb im Alltag mit gleichaltrigen Kindern nicht mithalten. Zusätzlich scheuen sie körperliche Betätigungen, weil sie bei Gruppenspielen oft ausgelacht oder ignoriert werden. Bewegungsarmut und das hohe Gewicht fördern Fehlhaltungen, die sich durch mehr Bewegung ausgleichen ließen. Auch Selbstwertgefühl und psychisches Wohlbefinden würden steigen. Wichtig ist, dass die Kinder wieder dauerhaft Gefallen an körperlicher Aktivität finden, den sie günstigstenfalls in das Erwachsenenalter mitnehmen (*Wabitsch 2005*). Besser als kurze Kraftakte sind langsame sportliche Aktivitäten, die das Kind über längere Zeit durchhält. Besonders geeignet sind Schwimmen und Radfahren, da das Gewicht dabei getragen wird. Körperliche Aktivität sollte aber auch in den Alltag und in Familienunternehmungen Eingang finden. Um Inaktivität zu vermeiden, sollte der tägliche Fernseh- und Computerkonsum beschränkt werden (*AGA 2006*). Be-

Auch Entspannungstechniken wie Yoga können adipöse Kinder und Jugendliche beim Abnehmen unterstützen.



Foto: © Pavel Losevsky/Fotolia.com

sonders wichtig hierbei ist die Vorbildfunktion der Erwachsenen und Betreuer: sie sollten selbst aktiv sein und Bewegung in den familiären Alltag integrieren (Graf 2010). Schon kurzfristig reduzieren Bewegungsprogramme nicht nur das Gewicht, sondern auch das Herzrisiko, möglicherweise weil Entzündungsprozesse und damit die Ausschüttung von mit Fettleibigkeit assoziierten Adipozytokinen zurückgehen und sich damit frühe vaskuläre Schäden regenerieren können (Journal-med vom 12.04.2013). Beim Sport im Rahmen einer Adipositas-therapie spielen weniger Leistung und Wettkampf, sondern vielmehr das Erkennen der eigenen Stärken, der Gewinn von Selbstvertrauen, Kontakt mit Menschen gleichen Alters und ähnlicher Problematik sowie die Steigerung der Lebensqualität eine Rolle. Auf die Interessen des Kindes einzugehen vereinfacht die langfristige Erhöhung der täglichen Aktivität (Sergeyev et al. 2012).

Therapieangebote für Kinder in Deutschland

In Deutschland existieren unterschiedliche Gruppenprogramme für ambulante Adipositas-therapien bei Kindern und Jugendlichen, zum Beispiel Fitoc, Moby Dick oder Obeldicks. Interdisziplinäre, multimodale Programme sind langfristig und einheitlich und enthalten Module zur Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sowie zur Elternschulung. Wichtig ist auch eine konsequente Nachbetreuung (Sergeyev et al. 2012, vgl. AGA 2012). Auch stationäre Adipositas-therapien werden für diese Altersgruppe angeboten. Zwar ist der Gewichtsverlust zunächst größer, langfristig ist jedoch der Erfolg in Verbindung mit einer ambulanten Behandlung wahrscheinlicher. Die Patienten müssen schließlich lernen, in gewohnter Umgebung mit den üblichen Verführungssituationen ihr neues Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten beizubehalten (Wabitsch 2005; Übersichten 6 und 7).

Besonders schwierig ist die Behandlung extrem adipöser Kinder und Jugendlicher. So läuft über das Kompetenznetz Adipositas die sogenannte

Übersicht 7: Internetadressen von Therapieangeboten und Adipositas-Schulungsprogrammen für Kinder und Jugendliche

Therapieeinrichtungen inklusive Klinikadressen unter

www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo-mtp/therapieangebote/therapieangebote.htm
www.a-g-a.de/aga_content/html

Beispiele für Adipositas-Schulungsprogramme

Obeldicks: www.obeldicks.de (ambulant)

FITOC: www.fitoc.de (ambulant)

Moby Dick: www.mobydicknetzwerk.de (ambulant)

TAKE: Training für adipöse Kinder und deren Eltern "Gemeinsam fit"-Elterstraining für Eltern übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher

Adipositas-Rehazentrum Insula: www.insula.de (stationär)

„Ja-Studie“ mit dem übergeordneten Ziel, eine wissenschaftlich fundierte medizinische und psychosoziale Betreuung von Jugendlichen mit Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) in Deutschland zu etablieren (<http://www.kompetenznetz-adipositas.de>).

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (AGA): überarbeitete und ergänzte Fassung 2012 der Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf (2012)

Enzmann H, Broisch K: Therapie der Folgeerkrankungen kindlicher Adipositas. Bundesgesundheitsbl 56, 485–486 (2013)

Graf C: Rolle der körperlichen Aktivität und Inaktivität für die Entstehung und Therapie der juvenilen Adipositas. Bundesgesundheitsblatt 53, 699–706 (2010)

Hartmann AS, Hilbert A: Psychosoziale Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter und Strategien zu deren Behandlung. Bundesgesundheitsbl 56, 532–538 (2013)

Huybrechts I, Bourdaudhuij I, Buck C, De Henauw S: Umweltbedingte Einflussfaktoren. Möglichkeiten und Barrieren für ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl 53, 716–724 (2010)

Kurth BM, Schaffrath-Rosario A: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50, 736–743 (2007)

Puder JJ, Kriemler S: Ist die Epidemie der Adipositas bei Kindern noch aufhaltbar? Praxis 97, 13–23 (2008)

Reinehr T: Folgeerkrankungen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. www.a-g-a.de (2005)

Reinehr T: Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In Wirth, A.: Adipositas – Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie. Springer Verlag Heidelberg, 3. Auflage, 374–387 (2008)

Schiel S, Kramer G, Kaps A, Perenthaler T, Mayer H: Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht/Adipositas. Adipositas 6, 243–248 (2012)

Sergeyev E, Neef M, Adler M, Körner A, Kiess W: Erfolgreiche Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Kinder- und Jugendmagazin 12, 224–228 (2012)

Wabitsch M, Hebebrand J, Kiess W, Zwiauer K: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Grundlagen und Klinik. Springer Verlag Heidelberg (2005)

Wabitsch M: Adipositas. In Lentze MJ, Schaub J, Schulte FJ, Spranger: Pädiatrie – Grundlagen und Praxis. 3. Auflage Springer Verlag Heidelberg (2007)

Die Autorin

Dr. Lioba Hofmann absolvierte 1988 das Studium der Ernährungswissenschaft an der Universität Bonn. 1993 promovierte sie an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn. Sie arbeitet als freie Fachjournalistin in Troisdorf.

Dr. Lioba Hofmann
Theodor-Heuss-Ring 15
53840 Troisdorf
LiobaHofmann@hotmail.de



PRAXIS

Claudia Thienel

Ernährungsberatung bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Ich biete Einzelberatungen an, das Minimum sind fünf Beratungen. Allerdings halte ich bei Kindern mit starkem Übergewicht nur eine fortlaufende Beratung von bis zu einem Jahr Dauer für sinnvoll. Dabei werden die Beratungsabstände gegen Ende länger. Beratungen finden dann etwa alle vier bis sechs Wochen statt. Die Beratungseinheit dauert je nach Alter 30 bis 45 Minuten, die Auswertung von Ernährungstagebüchern erfolgt mit Hilfe der Ernährungssoftware Prodi. Gerne übernehme ich auch die Vor- und/oder Nachbetreuung beim Besuch einer Kur, helfe bei der Suche nach einem geeigneten Gruppenprogramm oder einer Klinik. Im Einzelfall findet eine Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen statt.

Besonderheiten im Umgang mit Kindern

Die Kinder selbst berate ich nur, wenn sie schon in die Schule gehen, also mindestens sieben bis acht Jahre alt sind. Sie sollten schreiben und lesen können. Bei Vorschulkindern berate ich in erster Linie die Eltern.

Bei Jugendlichen achte ich in gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern verstärkt darauf, in erster Linie die Jugendlichen direkt anzusprechen, sie als eigenständige Beratungspersonen wahrzunehmen und nicht mit den Eltern über sie zu sprechen, wenn sie dabei sind.

Besonders wichtig ist es, die Motivation zur Gewichtsreduktion abzuklären. Sie ist bei Mädchen und Jungen verschieden. Mädchen motiviert es eher, eine tolle Haut zu bekommen, moderne Kleidung tragen zu können, so schlank wie andere Mädchen aus der Schule zu sein. Bei Jungen kann „besser Fußball spielen können“ schon ein Grund zum Abnehmen sein. Mädchen im jugendlichen Alter finden sich oft zu hässlich oder zu dick, um bestimmte Sportarten wie Schwimmen zu betreiben. Hier gilt es, das Selbstbewusstsein aufzubauen und passende Alternativen zu finden. Bei Jungen sind mir Probleme mit ihrem Äußeren weniger häufig begegnet.

Jüngeren Schulkindern gebe ich einen „Freund“, der mit ihnen zusammen abnehmen will. Das können Stoffpuppen, Montis, Fußballspieler oder Fantasiefiguren sein. Der „Freund“ oder die „Freundin“ begleitet die Abnahme, gibt Rat, hilft beim Durchhalten. Das Kind gibt dem „Freund“ einen Namen und ich

binde den „Freund“ ins Beratungsgespräch mit ein. Älteren Jugendlichen übergebe ich ein symbolisches Zeichen, zum Beispiel eine Murmel, Perle oder Büroklammer pro durchgehaltener Erhaltungswoche oder für eine gezielte Abnahme. Die Symbole ergeben in der Folge eine lange Kette.

Ich verwende Einstiegshilfsmittel, um zu erfahren, wie es den Kindern geht oder was sie gerade beschäftigt. Bei Grundschulkindern ist die Smilie-Karte mit neun verschiedenen Gesichtsausdrücken zur Auswahl besonders geeignet (Bezug über www.kikt-thema.de). Ältere Kinder lasse ich ein Bild aus einer Bildersammlung aussuchen (OH-Cards über www.kikt-thema.de). Das sind gute Medien, um ins Gespräch zu kommen.

Älteren Schulkindern gebe ich zur Motivation mehr Gemüse oder Obst zu essen und als Gedankenstütze ein Gemüse oder Obst in Holzform für den Kühlschrank, Schreibtisch oder Essplatz.

Bei jüngeren Kindern hilft die Smilie-Methode: Auf einen Zettel werden zehn Smilie-Gesichter gemalt. Probiert ein Kind zum Beispiel ein neues Lebensmittel oder hat an einem Tag eine neue Ernährungsverhaltensweise erfolgreich ausprobiert, darf es ein Smilie-Gesicht abkreuzen. Sind alle zehn Gesichter durchgestrichen, erhält es eine vereinbarte Belohnung.

Zusätzlich benutze ich die dreidimensionale Ernährungspyramide zur Ansicht. Bögen zum Ausmalen geben Hinweise zum Ernährungswissen und -verhalten (Warschburger et al. 2005 oder aid/DGE 2011).

Die Rolle der Familie bei der Beratung von Kindern und Jugendlichen

Eine Beratung ohne Einbezug der Eltern halte ich für wenig sinnvoll. Werden die Kinder und Jugendlichen von den Eltern zur Beratung geschickt ohne es selber zu wollen und ohne dass die Eltern aktiv an einigen Beratungseinheiten teilnehmen, kann sie nicht erfolgreich sein. Eltern sollten und müssen eingebunden werden.

Auch Vater, Oma oder andere Fa-

Jüngeren Kindern hilft ein „Freund“, hier der Teddy, beim Abnehmen.



Foto: © Mauritius

milienangehörige werden zum Gespräch gebeten, wenn sie an der Ernährung der Kinder beteiligt sind. Eventuell kommt es zu einem Kontakt mit dem Kindergarten oder der Schulkantine, wenn das Essen dort sehr unzureichend ist.

In meiner Praxis kommt es allerdings auch häufig vor, dass die Eltern von älteren Jugendlichen bei jedem Gespräch dabei sein wollen. Ich berate die Jugendlichen in der Regel aber lieber allein und lade die Eltern nur zu dem einen oder anderen Gespräch mit ein. Der Hintergrund ist, dass Jugendliche in der Pubertät das Thema Ernährung oft benutzen, um sich von den Eltern abzugrenzen. Sie empfinden gut gemeinte Ratschläge, was ihre Essgewohnheiten oder Figurprobleme angeht, als Einmischung in ihre Privatsphäre. Um das Beratungsziel zu erreichen, sprechen wir diese Störungen gezielt an und suchen nach Lösungen.

Ich motiviere die Familie, gemeinsam zu kochen und Neues auszuprobieren. Kinder und Jugendliche bekommen von mir Rezepte, die sie selbst – eventuell mit Unterstützung der Eltern – für die Familie kochen können.

Freizeitaktivitäten und Sport

Wichtiger Bestandteil der Beratung ist die Erarbeitung von Möglichkeiten, die Bewegungs- und Sportaktivitäten der ganzen Familie im Alltag, in der Freizeit und im Urlaub zu steigern. Hier werden konkret gemeinsame Termine im Familienkalender für Bewegungseinheiten eingetragen und die Umsetzung abgefragt. Das Bewegungsangebot in der Schule ist nicht ausreichend. Daher müssen wir Bewegungsarten finden, die den Kindern Spaß machen.

Belohnungen, etwa für das Durchhalten oder Abnehmen, lege ich mit Eltern und Kindern gemeinsam fest. Dabei sind die Ziele klein gefasst. Die Belohnungen müssen keine materiellen Dinge sein. Wenn man die Kinder fragt, kommen oft sehr erstaunliche Wünsche zu Tage: „Mit dem Papa samstags öfter eine halbe Stunde Fußball spielen“, „Einen Ausflug mit der Familie machen“, „Mehr Zeit im Alltag zum gemeinsamen Spielen haben“. Für jede Altersklas-

se gilt: Das Lob der Eltern ist sehr wichtig und motiviert die Kinder und Jugendlichen durchzuhalten.

Die Eltern als Vorbilder

Wichtig ist, den Eltern klar zu machen, dass sie Vorbilder sind, egal wie alt die Kinder sind. Eltern bleiben Vorbilder für ihre Kinder. Es ist wichtig, was die Eltern einkaufen, wie sie die Speisen zubereiten und wie sie diese essen. Zwar essen Jugendliche häufiger außer Haus, da sie aber meist nicht viel Geld für Essen ausgeben wollen, nehmen sie auch noch viele Mahlzeiten zu Hause ein. Hier bestimmt also auch das Angebot noch mit, was die Jugendlichen essen.

Bei Problemen innerhalb der Familie im psychologischen oder pädagogischen Bereich vermittele ich Adressen von entsprechenden Beratungsstellen.

Zusammensetzung einer praktikablen Kostform für adipöse Kinder und Jugendliche

In meinen Beratungen orientiere ich mich an den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernäh-

Leichter Chicken-Wrap

Zutaten für 4 Personen:

400 g Hähnchenbrustfilet, 1 EL Pflanzenöl, Salz, Pfeffer, Gyrosgewürz, 4 Tomaten, 1 rote Paprikaschote, ½ Eisbergsalat, 4 Tortillafladen, 4 EL fettarmer Naturjoghurt

Zubereitung:

Hähnchenfleisch in feine Streifen schneiden. In Öl braten und würzen. Tomaten und Paprika waschen und würfeln. Eisbergsalat waschen und in feine Streifen schneiden. Tortillafladen erhitzen, mit Joghurt bestreichen, mit Hähnchen und Gemüse belegen. Eng zusammenrollen und mit Butterbrotpapier umwickeln.

Weitere Rezepte:

[http://www.fke-do.de/index.php?module=search&index\[search\]\[pattern\]=rezepte](http://www.fke-do.de/index.php?module=search&index[search][pattern]=rezepte)

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund veröffentlicht hier jeden Monat kindgerechte, gesunde Rezeptideen.

runge für die Ernährung von übergewichtigen Kindern. **Übersicht 1** zeigt die optimalen Verzehrmenngen von Lebensmitteln. Diese gelten zur Orientierung für die Eltern und sind beispielhaft für ein Kind im Alter von sieben bis neun Jahren. Zusätzlich gilt: Nichts ist verboten. Auch Fast-Food und Convenience-Produkte dürfen die Kinder in Maßen essen.

Patientenbeispiel: Lydia

Zur Person und Lebenssituation:

8 Jahre alt, Gewicht zwischen der 90. und 97. Perzentile, Schule mit Mittagsverpflegung, Mutter berufstätig, allein erziehend

Ernährungsplan der Tochter:

morgens: 1 große Schale gezuckerte Frühstücksflocken mit Milch (3,8 % Fett)
 in der Schulpause: Frühstücksmilch und 2 Weißbrotscheiben belegt mit Fleischwurst oder Käse
 mittags: Mittagessen in der Schulkantine, ab und zu mit Nachschlag und Dessert
 nachmittags: oft Reste vom Mittagessen (übrig gebliebene süße Hauptspeisen, Desserts, kalte Pizza)
 abends: die Mutter kommt nach Hause und kocht etwas Leckeres (Spanische Küche, oft mit Fleisch und reichlich Öl), weil sie auch selber hungrig ist. Als Getränk gibt es Milch, zum Nachtisch als Belohnung für den Tag etwas Süßes oder ein kleines Eis.

Interventionen:

morgens: 2-3 EL Müsli ohne Zucker gemischt mit Cornflakes, dazu fettarme Milch (1,5 % Fett)
 in der Schulpause: 1 Scheibe Vollkornbrot mit Schnittkäse, Frischkäse oder fettarmer Wurst, eine Schulumilch und Gemüsestifte
 mittags: einmal von der Hauptspeise nehmen, Soßen eher meiden, als Dessert selbst mitgebrachtes Obst, wenn kein Obst angeboten wird
 nachmittags: Obst und Gemüsestifte
 abends: gemischter Salat, fettarme Gemüsesuppe oder 1 Brot mit Rohkost, keine zweite warme Mahlzeit. Die Mutter versucht in der Woche mittags warm zu essen oder nachdem das Kind im Bett ist. Pro Tag 1 kleine Tüte Gummibärchen.
 Getränke: Wasser, Früchtetee

Übersicht 1: Optimale Verzehrsmengen von Lebensmitteln (Thienel)			
Lebensmittelgruppe	Empfohlene Tages-/Wochenmenge Kind (7–9 Jahre)	Zubereitungs-/Serviermenge pro Mahlzeit	Zusätzliche Tipps
Reichlich			
Getränke	900 ml/Tag ca. 4–5 Gläser	Wasser, Saftschorle, Tee (1 Glas: ca. 200 ml)	Maximal 1 Glas Saft pro Tag; Tee ungesüßt; Milch, Fruchtsaft und Erfrischungsgetränke nicht als Durstlöscher geeignet.
Brot, Getreide	200 g/Tag	Brot (1 Scheibe: ca. 50 g), Müsli (3 EL: ca. 50 g)	Möglichst Vollkornprodukte! Müsli/Cerealien möglichst ungesüßt und ohne Schokolade. Wie sieht ein richtiges Vollkornbrot aus?
Kartoffeln, Reis und Nudeln	220 g/Tag	ca. 3 kleine Kartoffeln, Kartoffelbrei, -salat (1 Portion: ca. 150 g), 1/2 Teller gekochter Reis und Nudeln	Pommes frites zählen zu Fast-Food. Backofen-Pommes-frites haben weniger Fett. Vollkornnudeln mit konventionellen Nudeln mischen.
Obst	220 g/Tag 2 Hand voll	Apfel, Birne, Banane (Stück: ca. 100–150 g), Kompott oder Konserve (1 Portion: ca. 120 g)	Roh und möglichst frisch essen.
Gemüse, Salat	220 g/Tag 2 Hand voll	Salat oder Rohkost (1 Portion: ca. 50 g), Gemüse roh , zum Kochen (1 Portion: 100–150 g)	Hälfte möglichst roh! Als Alternative mehr Obst anbieten.
Mäßig			
Milch, Milchprodukte	400 ml/Tag 100 ml entspricht im Calciumgehalt 15 g Schnittkäse oder 30 g Weichkäse	Milch (1 Glas: ca. 200 ml), Käse (1 Scheibe: ca. 30 g), Jogurt (1 Becher: ca. 150 g)	Bevorzugen von teilentrahmten Produkten (1,5 % Fett). Gesüßte Kindermilchprodukte und Kakao- oder Milchmischgetränke meiden.
Fleisch, Wurst	50 g/Tag	Fleisch 2 x pro Woche (1 Portion: ca. 130 g), Wurst 3 x pro Woche (1–2 Scheiben: ca. 30 g)	Bevorzugen von fettarmem Muskelfleisch, Schweineschnitzel, Puten- oder Hühnerbrust und Schinken.
Fisch	75 g/Woche	Fischfilet (1 Stück: ca. 50–150 g)	Fischstäbchen selber machen.
Ei	2 Stück/Woche	Vollei gekocht, Spiegelei, Rührei	
Sparsam			
Öl/Kochfette, Margarine, Butter	30 g/Tag	Öl (1 EL: ca. 10 g), Streichfett (für 1 Scheibe Brot: 2–5 g)	Bevorzugen pflanzlicher Fette. Rapsöl!
Soßen		Ketchup, Bratensaucen etc. (3 EL: ca. 50 ml)	Ketchup mit Tomatenmark mischen.
Süßwaren	max. 180 kcal/Tag	1 kleines Eis, 1 kleiner Schoko- oder Müsliriegel, 1 Kinderhand Gummibärchen oder Kekse, 1 kleines Stück Kuchen	Verzehr an Honig, Marmelade und Nuss-Nougat-Creme beachten.
Fast-Food	1–2 Mal die Woche	1 Hamburger, 1 türkische Pizza, 1 Pizzatecke, 1 kleine Portion Pommes frites, 1 belegter Bagel	nur nach Bedarf

Die Ernährung sollte alltagstauglich und an die Lebensumstände angepasst sein. Daher ist es wichtig, den Tagesablauf und die Ernährungsgewohnheiten innerhalb der Familie genau zu erfragen. Nur so lassen sich sinnvolle und dauerhafte Veränderungen anstoßen. Es geht bei Kindern nicht so sehr um Wissensvermittlung als vielmehr um Erlebnislernen. Dazu gehören Kochen, Einkaufen, Sinnesübungen und Spiele, zum Beispiel Spiele rund um die aid-Ernährungspyramide oder Ausmalen von Malbögen zum Ermitteln des Ernährungswissens.

Erfolgsversprechende Maßnahmen

Besonders gut umsetzbar ist der Getränkeaustausch: Kindergartenkinder trinken oft mehr Milch oder mehr Milch-Mix-Getränke als nötig. Hier ist ein Austausch mit Wasser oder Fruchtee leicht zu machen. Auch der Konsum zu großer Mengen Saftschorlen am Tag lässt sich in der Regel unproblematisch einschränken. Bei Jugendlichen bewirkt schon die Einschränkung zu großer Mengen Erfrischungsgetränke und Säfte einen Gewichtsverlust. Ihnen

ist meist nicht klar, wie viele Kalorien sie damit zu sich nehmen. Innerhalb der Familien lassen sich Fleisch- und Wurstwaren sowie Milchprodukte leicht auf fettärmere Varianten umstellen. Auch fällt es den Kindern meist nicht schwer, auf einen Nachschlag am Familientisch oder in der Schule zu verzichten. Obst und Gemüse sind erlaubt. Desserts lassen sich gut durch frisches Obst ersetzen. Bei jüngeren Kindern hilft die Regel „Einmal am Tag etwas Süßes“. Menge und Art der Süßigkeit legen Eltern, Kind und die Ernährungsfachkraft gemeinsam fest.

Schwierige Situationen

Problematisch ist das Naschen aus Langeweile oder Hunger zwischen-durch, etwa wenn die Eltern nicht zu Hause sind oder wenn alle erst sehr spät oder unregelmäßig zusammen essen.

Kinder und Jugendliche treffen sich oft, um zusammen „nebenbei“ zu essen - ob beim Fernsehabend, bei der Freundin oder beim Chillen. Dabei werden ganz bestimmte Lebensmittel passend zur Peergroup verzehrt, die meistens energiereich sind. Sie sind nicht leicht zu ersetzen, zumal oft Freunde anwesend sind, die keine Gewichtsprobleme haben.

Umgang mit Süßigkeiten ...

Einmal am Tag darf es etwas Süßes sein, möglichst als Handmaß oder als gemeinsam festgelegte Menge der Lieblings Süßigkeit. Auch eine festgelegte Wochenration ist möglich, zum Beispiel eine Tüte Gummibärchen. Wie es die Süßigkeit aufteilt, bleibt dem Kind überlassen oder die Eltern übernehmen das - auf Wunsch des Kindes. Diese Regel gilt für die ganze Familie, Süßigkeiten- und Knabberschränke sollten möglichst aufgelöst werden. Ich mache zudem Genussübungen mit den Kindern, etwa mit Schokolade oder Gummibärchen.

... Essen außer Haus ...

Kinder und Jugendliche sollen Fast-Food-Restaurants mit Freunden oder mit der Familie aufsuchen dürfen. Wenn sie abnehmen wollen, suche ich mit ihnen günstige Mahlzeiten heraus. Fett- und Kalorientabellen der Fast-Food-Anbieter liegen vor. Über die anderen Mahlzeiten des entsprechenden Tages wird „verhandelt“. Lädt man selber ein, gebe ich alternative Rezepte mit, die lecker sind und vom Kalorien- und Fettgehalt in den Abnehmplan passen.

Bei Einladungen außer Haus besprechen wir, wie die Kinder die Energiebelastung klein halten können, zum Beispiel durch nur ein Stück Kuchen am Nachmittag oder nur einmal Nehmen vom Buffet. Es darf aber

auch hin und wieder einen Tag geben, an dem man essen darf worauf man Lust hat. Über diesen Tag sprechen wir gesondert.

... Einkaufssituationen ...

Das Einkaufstraining findet in einem nahe gelegenen Supermarkt statt. Ein Einkaufskorb wird mit gesunden Lebensmitteln gefüllt, einer mit den Lieblingslebensmitteln der Kinder. Dann überlegen wir gemeinsam, wie man beide Körbe sinnvoll mischen kann.

... Essanfällen

Extreme Essanfälle sind bei jüngeren Schulkindern selten, bei Jugendlichen kann eine gesunde, genussvolle Ernährung, die satt macht Essanfällen vorbeugen. Sind diese psychisch bedingt, empfehle ich ein Gespräch bei einer Beratungsstelle für Essstörungen.

Begleiterkrankungen

Bei Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Essstörungen steigt der Beratungsumfang an. Bei den Empfehlungen müssen die speziellen Ernährungsempfehlungen für die einzelnen Begleiterkrankungen berücksichtigt werden, ebenso die eventuell vorgenommene Medikation. Die Familie muss zudem motiviert werden, regelmäßige Untersuchungen bei ihrem Arzt wahrzunehmen, falls dies nicht automatisch erfolgt. Notwendig ist dann eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Ärzten und Psychologen.

Bei einer Essstörung berate ich nur, wenn parallel dazu eine psychologische Beratung läuft.

Stationäre Gewichtsreduktion

Der Wunsch, nach einer Kur nie wieder Gewichtsprobleme zu haben, ist bei Eltern und übergewichtigen Kindern gleich stark. Die Wirklichkeit sieht allerdings anders aus. Zurück im Alltag nehmen Kinder und Jugendliche oft bis auf das Ausgangsgewicht wieder zu oder übertreffen dieses sogar noch. Die positiven Verhaltensänderungen können sie

zu Hause nicht über längere Zeit behalten. Eine Ernährungsfachkraft muss das Kind vor und nach dem Klinikaufenthalt begleiten.

Stationäre und ambulante Therapieeinrichtungen für übergewichtige Kinder findet man bei der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter unter <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=384>

Literatur

aid/DGE: Das beste Essen für Kinder. Bonn (2009)

aid: Leichter, aktiver, gesünder – Tipps für Ernährung und Sport bei Babyspeck und mehr. Bonn (2003)

aid/DGE: Trainermanual – Leichter, aktiver, gesünder. Bonn (2011)

Alexy U, Kersting M: Was Kinder essen – und was sie essen sollten. Hans Marseille Verlag GmbH, München (1999)

BZgA: Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo_allg/index.php?id=197

Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund: Empfehlungen für die Ernährung von übergewichtigen Kindern. Dortmund (2012) [http://www.fke-do.de/index.php?module=shop_articles&index\[shop_articles\]\[action\]=overview&index\[shop_articles\]\[category\]=11](http://www.fke-do.de/index.php?module=shop_articles&index[shop_articles][action]=overview&index[shop_articles][category]=11)

Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund: Ordner – Materialien für die Ernährungsschulung von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen [http://www.fke-do.de/index.php?module=shop_articles&index\[shop_articles\]\[action\]=details&index\[shop_articles\]\[data\]\[shop_articles_id\]=17](http://www.fke-do.de/index.php?module=shop_articles&index[shop_articles][action]=details&index[shop_articles][data][shop_articles_id]=17)

Warschburger P, Petermann F, Fromme C, Wojtalla N: Adipositas: Training mit Kindern und Jugendlichen (mit CD-Rom). Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim (2005)

Die Autorin

Claudia Thienel ist Diplom-Ernährungswissenschaftlerin. Sie arbeitet seit 1999 in ihrer Praxis für Ernährungsberatung. Einer ihrer Beratungsschwerpunkte liegt auf Über- und Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen.

Claudia Thienel
Alexanderstraße 13
53111 Bonn
C.Thienel@t-online.de





Ernährung im Fokus bietet Ihnen 6 x im Jahr

- Aktuelles aus Lebensmittelpraxis und Ernährungsmedizin
- Ernährungsbildung und Kompetenzentwicklung
- Methodik und Didaktik der Ernährungsberatung
- Esskultur und Ernährungskommunikation
- Aktuelle Ernährungsstudien
- Und vieles mehr ...

Weitere Informationen und Probehefte:
www.ernaehrung-im-fokus.de

Sie haben die Wahl!

1. Das Print-Online-Abo

Sie erhalten sechs Hefte pro Jahr per Post. Als Extraservice haben Sie die Möglichkeit, alle älteren Ausgaben als PDF aus dem Internet-Archiv kostenlos herunterzuladen. Nach Anmeldung für den Benachrichtigungsservice informieren wir Sie per Mail, wenn die aktuelle Ausgabe verfügbar ist. Das Print-Online-Abo gilt für einen Arbeitsplatz.

Bestell-Nr. 9104, 24,00 €

2. Das Online-Abo

Sie erhalten Zugriff auf alle sechs Ausgaben pro Jahr im PDF-Format. Als Extraservice haben Sie die Möglichkeit, alle älteren Ausgaben als PDF aus dem Internet-Archiv kostenlos herunterzuladen. Nach Anmeldung für den Benachrichtigungsservice informieren wir Sie per Mail, wenn die aktuelle Ausgabe verfügbar ist. Das Online-Abo gilt für einen Arbeitsplatz.

Bestell-Nr. 9103, 20,00 €

3. Das Online-Abo für Schüler, Studenten und Auszubildende

Sie erhalten Zugriff auf alle sechs Ausgaben pro Jahr im PDF-Format. Als Extraservice haben Sie die Möglichkeit, alle älteren Ausgaben als PDF aus dem Internet-Archiv kostenlos herunterzuladen. Nach Anmeldung für den Benachrichtigungsservice informieren wir Sie per Mail, wenn die aktuelle Ausgabe verfügbar ist. Das ermäßigte Online-Abo gilt für einen Arbeitsplatz.

Bestell-Nr. 9107, 10,00 €

Für Mehrfach-Abos senden Sie bitte eine E-Mail an eif@aid.de

4. Einzelausgaben

Hefte/Downloads der Heft-PDFs kosten 4,50 € je Exemplar.*

* Heft im Versand zuzüglich 3,00 € Versandkostenpauschale

Bestellen Sie

per Telefon +49 (0)38204 66544

per Fax +49 (0)38204 66992, 0228 8499-200

per E-Mail abo@aid.de

per Internet www.ernaehrung-im-fokus.de → Abo oder www.aid-medienshop.de

per Post aid-Vertrieb

c/o IBRo Versandservice GmbH, Kastanienweg 1, 18184 Roggentin

Mein Abo

- Ja, ich möchte das Print-Online-Abo mit sechs Heften der Zeitschrift *Ernährung im Fokus* und der Downloadmöglichkeit der PDF-Dateien für 24,00 € im Jahr inkl. Versand und MwSt.*
- Ja, ich möchte das Online-Abo mit sechs Ausgaben der Zeitschrift *Ernährung im Fokus* zum Download für 20,00 € im Jahr inkl. MwSt.*
- Ja, ich möchte das Online-Abo für Schüler, Studenten und Auszubildende mit sechs Ausgaben der Zeitschrift *Ernährung im Fokus* zum Download für 10,00 € im Jahr inkl. MwSt.* Einen Nachweis reiche ich per Post, Fax oder Mailanhang beim aid-Vertrieb IBRo ein.

Name/Vorname

Firma/Abt.

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Datum/Unterschrift

Geschenk-Abo

Ich möchte das angekreuzte Abo* verschenken an:

Name/Vorname des Beschenkten

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Datum/Unterschrift

Rechnung bitte an nebenstehende Anschrift senden.

* Ihr Abo gilt für ein Jahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, falls es nicht mindestens drei Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Die Lieferung beginnt im Folgemonat nach Bestellungseingang, falls nicht anders gewünscht. Die Bezahlung erfolgt per Paypal, Lastschrift oder gegen Rechnung.

Die Online-Flatrate für beliebig viele Online-Abos kostet 79,00 € im Jahr inkl. MwSt.

Diese Bestellung können Sie innerhalb einer Woche schriftlich widerrufen.

Die Bestellinformationen und das Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.