

Warschburger, Döring, Hudjetz

„Gemeinsam fit“ – das Elterntraining Adipositas

Ein Trainingsprogramm für Eltern
von übergewichtigen und adipösen
Kindern und Jugendlichen



Bei der Behandlung von Übergewicht im Kindesalter spielen die Eltern eine zentrale Rolle: Sie kaufen die Lebensmittel ein, regen zum Spielen an oder bringen den Nachwuchs zum Sport. Zudem orientieren sich Kinder stark am elterlichen Vorbild. Eltern und Kinder müssen sich daher gemeinsam den Herausforderungen von gesunder Ernährung und Bewegung stellen. Gemeinsam fit ist das Motto dieses Trainingsprogramms, das Eltern übergewichtiger Kinder genau dabei unterstützen soll. Das Buch beschreibt detailliert, welche Informationen und Strategien Therapeuten und andere professionelle Helfer den Eltern vermitteln können, und gibt wichtige Tipps zur dauerhaften Umsetzung wirksamer Verhaltensänderungen im Alltag.

ContentPLUS beinhaltet zahlreiche Schulungsmaterialien für die Therapeuten - u. a. einen Film zum Thema Rückfall - sowie Arbeitsblätter, Regeln und Checklisten für die Eltern.

Prof. Dr. Petra Warschburger hat den Lehrstuhl Beratungspsychologie an der Universität Potsdam inne. Dipl.-Psych. Ivonne Döring und Dipl.-Psych. Annekatriin Hudjetz sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen an diesem Lehrstuhl.

Petra Warschburger
Ivonne Döring
Annekatriin Hudjetz

»Gemeinsam fit« - das Elterntaining Adipositas

Ein Trainingsprogramm für Eltern
von übergewichtigen und adipösen
Kindern und Jugendlichen

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2013

Alle Rechte vorbehalten

© 2013 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Umschlagabbildung: © Image Source – Fotolia.com

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

Print:

978-3-17-021162-9

E-Book-Formate

pdf: 978-3-17-023973-9

epub:978-3-17-027550-8

mobi:978-3-17-027551-5

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Aufbau des Buches

I Grundlagen

1 Definition und Klassifikation

2 Epidemiologie

2.1 Prävalenz

2.2 Verlauf

2.3 Begleit- und Folgebelastungen

3 Ätiologie und Aufrechterhaltung

3.1 Theorie der Energiebilanz

3.2 Biologische und genetische Faktoren

3.3 Umgebungsfaktoren

3.3.1 Ernährung

3.3.2 Essverhalten

3.3.3 Körperliche Aktivität

3.3.4 Erziehungsstil

3.3.5 Sonstige Einflussfaktoren/Risikofaktoren

4 Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter

4.1 Ernährung

4.2 Bewegung

4.3 Elterliche Risikowahrnehmung und Barrieren

4.4 Wirksamkeit familienorientierter Ansätze

II Training

5 Voraussetzungen für das Training

5.1 Allgemeine Hinweise zur Durchführung

5.2 Zielgruppe und Indikation

5.3 Aufbau und Struktur des Trainings

6 Trainingsmanual

6.1 Warum bin ich heute hier, und was kann ich hier lernen?

6.2 Was sind gesunde Nahrungsmittel, und wie kann ich diese erkennen?

6.3 Wie schaffe ich es, dass mein Kind gesünder isst?

6.4 Wie kann mein Kind neues Verhalten lernen?

6.5 Wie schafft mein Kind es, weniger ungesunde Nahrungsmittel zu essen?

6.6 Was ist positives Essverhalten, und wie vermittele ich es meinem Kind?

6.7 Was ist Bewegung, und wie kann ich meinem Kind dabei helfen, sich mehr zu bewegen?

6.8 Was mache ich, und was macht mein Kind?

6.9 Was kann ich machen, wenn mein Kind zugenommen hat?

6.10 Was nehme ich aus der Schulung mit, und was möchte ich zu Hause umsetzen?

7 Umgang mit schwierigen Situationen

7.1 Diskussionspunkte der Eltern

7.2 Tipps für schwierige Situationen

8 Durchführung des Trainings in unterschiedlichen Settings

9 Evaluation des Trainings

Literatur

Anhang

Übersicht

Materialien



Auf der Website des Verlags finden Sie nach Ihrer Anmeldung als Nutzer in unserem Buchshop unter ContentPLUS das folgende Angebot (Zugang über Ihren Code, vgl. vordere innere Buchumschlagsseite).

ContentPLUS – Schulungsmaterialien für Trainer und Eltern

- Übersicht der Schulungsmaterialien
- Präsentationsfolien
- Bildvorlagen
- Arbeitsblätter
- Kopiervorlagen
- Film

Vorwort

Das Thema Übergewicht im Kindesalter steht seit Jahren im Mittelpunkt der öffentlichen Berichterstattung, wenn es um Fragen der Kindergesundheit geht. Dabei richten sich Medien wie auch Fachverbände an die Eltern, die als Hauptbezugspersonen ihres Kindes natürlich auch Sorge für die Gesundheit ihres Kindes tragen. Interessierte Eltern haben die Möglichkeit, sich vielfältig zu informieren, inwieweit auch bei ihrem Kind bereits Übergewicht oder gar Adipositas vorliegt, mit welchen Folgebelastungen zu rechnen ist, aber natürlich auch, wie eine gesunde Ernährung ihres Kindes konkret aussieht oder wie viel Fernsehkonsum täglich nicht überschritten werden sollte. Die Vielfalt von Informationen und deren freie Zugänglichkeit ist aber nicht immer nur eine Erleichterung für die Eltern. In vielen Bereichen des Lebens kann man schon von einer Informationsschwemme sprechen. Eltern müssen sich erst einmal darüber im Klaren sein, ob diese Informationen für sie relevant sind, wie sie mit widersprüchlichen Informationen umgehen sollen, welche der so vielfältigen Tipps die richtigen für ihren Alltag sind etc. Wissen alleine hilft in vielen Fällen aber nicht weiter: Ich weiß, dass mein Kind nicht zu viel fernsehen soll oder mehr Obst und Gemüse gesund für die Entwicklung meines Kindes ist, aber nicht, wie ich mein Kind »dazu bringe«, den Fernseher auszuschalten oder den Spinat zu essen. Die Umsetzung im konkreten Alltag bereitet vielen Eltern oftmals die meisten Schwierigkeiten.

Die Therapie von Übergewicht und Adipositas basiert auf den Säulen gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung, und damit ist der Lebensstil der Familie unmittelbar betroffen. Die Umsetzung einer gesunden Ernährung und Bewegung im Alltag ist eine der großen Herausforderungen in unserer adipogenen Gesellschaft. Es wird uns relativ leicht gemacht, unsere Freizeit inaktiv vor dem Fernseher zu gestalten oder uns zu fett, zu süß und zu salzig, kurzum ungesund zu ernähren. Die Versuchungen für eine ungesunde Lebensgestaltung sind omnipräsent, und gerade Kinder sind besonders empfänglich für diese Botschaften. Keine leichte Aufgabe, eine gesunde Lebensweise zu realisieren, wenn alle Kinder aber die Sendung schauen dürfen, Max

auch immer Schokolade essen darf, das Eis so lecker ist (und den Eltern ja auch schmeckt) und irgendwie Gesundes doch anstrengend und aufwändig ist. Vor allem ist es nicht damit getan, mal für eine kurze Zeit auf liebgewonnene Leckereien zu verzichten, sondern insgesamt den familiären Lebensstil auf seine Angemessenheit hin zu überprüfen und ihn auf lange Sicht hin im Sinne einer gesundheitsförderlichen Lebensweise neu auszurichten.

Das Trainingsprogramm »Gemeinsam fit« ist entstanden, um Eltern konkret dabei zu unterstützen, im Alltag wirksame Verhaltensänderungen zu realisieren. Gemeinsam mit den Eltern soll erarbeitet werden, welche Verantwortung sie für die gesunde Entwicklung ihres Kindes tragen und wie sie diese im Alltag ihrer Familie konkret wahrnehmen können. Aber nicht nur die Aufgaben der Eltern stehen im Fokus, sondern auch die Eigenverantwortung der Kinder in den Grenzen ihrer entwicklungsbedingten Möglichkeiten: Was sollen, was dürfen Kinder auch alleine entscheiden? Wo sollten, wo müssen Eltern im Rahmen ihres Erziehungsauftrags eingreifen? Zentraler Fokus des Trainingsprogramms ist die Frage, wie wir Eltern dabei unterstützen können, diese vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben, mit denen sie im Erziehungsalltag konfrontiert werden und die auch eine Überforderung der eigenen Ressourcen bedeuten können, wahrzunehmen. Bei der Konzeption war auch entscheidend, dass das Programm in seinem zeitlichen Umfang von Eltern noch bewältigt werden kann. »Gemeinsam fit« wurde in Einrichtungen der stationären Rehabilitation auf seine Wirksamkeit und im ambulanten Setting auf seine Umsetzbarkeit hin überprüft. Die Rückmeldungen von mehr als 300 Eltern, die am Schulungsprogramm teilgenommen haben, haben zur Optimierung des Vorgehens beigetragen.

Wir möchten uns ganz besonders bei den beteiligten Kliniken und Trainern bedanken, die das Trainingsprogramm durchgeführt und zu seiner Optimierung beigetragen haben (in alphabetischer Reihenfolge): Kinder-Reha-Klinik »Am Nicolausholz«, Bad Kösen (Dr. van Egmond-Fröhlich, Dr. Fiedler); »Auguste Viktoria Klinik«, Bad Lippspringe (Dr. Schüler); »Beelitz Heilstätten«, Beelitz (Dr. Hoff-Emden, Dr. Pellarin); Rehabilitations- und Vorsorgeklinik »Charlottenhall«, Bad Salzungen (Dr. Baudach); »Edelsteinklinik«, Bruchweiler (Dr. Siefken-Kaletka, Dr. Waldeck); »Gesundheitspark«, Bad Gottleuba (Dr. Garten); Fachklinik

»Prinzregent Luitpold«, Scheidegg/Allgäu (Dr. Stübing); »Spessart-Klinik«, Bad Orb (Dr. Claußnitzer); »Viktoriastift«, Bad Kreuznach (Dr. Oepen). Unser Dank gilt auch Herrn Dr. Thiel für die Filmproduktion.

Wir wünschen allen Therapeuten (aus den Bereichen der Medizin, Psychologie, Pädagogik, Ernährung und des Sports) eine anregende Lektüre und allen Eltern, dass ihnen »Gemeinsam fit« dabei hilft, gesunde Ernährungs- und Bewegungsmuster in ihrer Familie erfolgreich und mit viel Spaß zu etablieren und damit auch der Übergewichtsproblematik bei ihrem Kind entgegenzuwirken.

Potsdam, im November 2012

Petra Warschburger, Ivonne Döring und Annekatriin Hudjetz

Aufbau des Buches

Das vorliegende Werk gliedert sich grob in zwei Teile: Im ersten Teil des Buches sollen die theoretischen Grundlagen zum Thema Übergewicht und Adipositas vermittelt werden. Dabei konzentrieren wir uns auf handlungsrelevante Informationen, die auch für Eltern zentral sind, um den Stellenwert von Handlungsempfehlungen zu verstehen. Neben einem kurzen Überblick zur Definition und Klassifikation von Adipositas sowie deren Folgen und Verbreitung liegt ein erstes Hauptaugenmerk auf der Frage nach der Entstehung und Aufrechterhaltung von Übergewicht und Adipositas. Zunächst wird die multifaktorielle Genese von Übergewicht verdeutlicht, und dabei werden gleichzeitig auch Möglichkeiten und Grenzen von Veränderungen aufgezeigt. Ein weiterer Schwerpunkt wird auf die Rolle der Eltern gelegt: Wie ist ihre Einstellung zum Thema, welche Barrieren werden wahrgenommen, welche Belastungen werden erlebt, aber wichtig ist vor allem auch die Frage nach dem Einfluss von Eltern auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten ihrer Kinder. Im letzten Abschnitt wird dann der aktuelle Stand der Forschung zur Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen kurz dargestellt und dabei auch wieder vor allem hinsichtlich der Rolle der Eltern analysiert.

Der zweite Teil des Buches konzentriert sich dann ausschließlich auf die Vorstellung des Elterntrainingsprogramms »Gemeinsam fit«. Nach einer Einführung zu allgemeinen Aspekten des Vorgehens werden die einzelnen Trainingsbausteine detailliert und mit Hilfe von kleinen Übersichtstabellen für jeden einzelnen inhaltlichen Block vorgestellt. Die Darstellung orientiert sich dabei am Vorgehen, wie es im Rahmen eines stationären Settings realisiert wurde. Empfehlungen zum Vorgehen im ambulanten Setting sowie zum Einsatz einzelner Materialien für den Beratungsalltag in ärztlichen Praxen, Ernährungs- oder psychologisch-pädagogischen Beratungsstellen werden gegeben. Den Abschluss bilden Hinweise zur eigenen Evaluation des Vorgehens sowie die Ergebnisse der Evaluationsstudie.

I Grundlagen

Fallbeispiel I

Marius ist 10 Jahre alt und ein aufgeweckter, intelligenter Junge. Trotzdem wird er in der Schule oft gehänselt. »Dickwanst«, »Fettklops« oder »Moppel« sind noch die harmlosen Bezeichnungen, mit denen ihn seine Mitschüler belegen. Da er kaum Freunde hat, ist er nachmittags häufig allein zu Hause und beginnt dann, aus Frust und Langeweile zu essen. Auch bei den normalen Mahlzeiten isst er schnell und viel. Bis vor kurzem ist er noch ab und zu schwimmen gegangen, manchmal auch mit seinen Eltern, aber da die anderen Kinder häufig auf ihn gezeigt und sich über ihn lustig gemacht haben, wollte er dort nicht mehr hin. Schon als Kleinkind war er übergewichtig, wurde aber wegen des »Babyspecks« und seines »knuffigen« Aussehens noch für süß gehalten. Inzwischen findet ihn niemand mehr süß. Marius wiegt 59 kg bei 153 cm Körpergröße. Er ist adipös.

Fallbeispiel II

Lara ist 12 Jahre alt. Auch sie ist adipös. Lara hat viele Freundinnen und wird eher selten gehänselt. Wenn jemand etwas Gemeines zu ihr sagt, kann sie gut kontern. Aber sie hasst den Sportunterricht. Schneller als andere ist Lara beim Rennen aus der Puste, beim Weitsprung tun ihr die Knie und Knochen weh, beim Bockspringen läuft sie häufig gegen den Bock, statt darüber zu kommen. Sie nascht wenig, isst aber gerne fettige und salzige Sachen und trinkt hauptsächlich Soft Drinks und viel Milch. Sport treibt sie, neben dem Schulsport, kaum, möchte dies aber gern ändern, um irgendwann nicht mehr so schnell außer Atem zu sein und vielleicht auch ein bisschen abzunehmen.

1 Definition und Klassifikation

Adipositas (*lat. adeps = fett*) bezeichnet eine chronische Erkrankung mit einem stark erhöhten, gesundheitsgefährdenden Körpergewicht aufgrund einer überdurchschnittlichen Ansammlung von Fettgewebe. Eine genaue Bestimmung des Fettanteils an der Körpermasse ist häufig mit hohen Kosten und Aufwand verbunden. Vergleichsweise einfache Methoden sind die Messung der Hautfaltendicke, des Taillen-, Hüft- und Oberarmumfangs, Ultraschalluntersuchungen oder die Bioelektrische Impedanzanalyse. Aufwändiger sind u. a. Densitometrie, Magnet-Resonanz-Tomographie oder Dual-X-ray-Absorptiometrie (DXA). Die wohl ökonomischste Methode ist die Ermittlung des Body-Mass-Index (BMI). Berechnet wird der BMI durch das Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern (Bray, 1978). Bereits im Kindesalter bildet der BMI die Körperfettmasse akzeptabel ab bzw. stellt keinen Nachteil gegenüber anderen aufwändigeren Verfahren dar (Garnett, Baur, Srinivasan, Lee & Cornwell, 2007; Plachta-Danielzik, Landsberg, Johannsen, Lange & Müller, 2008). Die Nutzung des BMI wird daher von Fachgesellschaften als Methode der Wahl zur Bestimmung des relativen Gewichtsstatus empfohlen.

Für die Zuordnung des BMI in Gewichtskategorien (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas) orientiert man sich an geschlechts- und altersabhängigen Normwerten. In Deutschland entwickelten Kromeyer-Hauschild und ihre Mitarbeiter (Kromeyer-Hauschild et al., 2001) die aktuellen BMI-Perzentile. Die 90. Perzentilkurve gilt als Markierungslinie für Übergewicht, Kinder und Jugendliche mit einem Gewicht oberhalb der 97. Perzentile werden als adipös bezeichnet. Extreme Adipositas findet sich oberhalb der 99,5. Perzentile. Diese Werte wurden gewählt, weil sie in etwa im Alter von 18 Jahren den Grenzwerten für Erwachsene (BMI von 25, 30 bzw. 40) entsprechen und auch in zahlreichen klinischen Studien gezeigt werden konnte, dass diese Werte mit erhöhten gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sind. Die Perzentilkurven befinden sich in den optionalen Arbeitsmaterialien des Manuals (ContentPLUS). In ►

Tabelle 1.1 sind die Grenzwerte ab der 90. Perzentile für Kinder (ab 5,5) bis 14 Jahre dargestellt.

Um den Verlauf und den Erfolg einer Therapie abzubilden, sind die BMI-Perzentile nur bedingt geeignet. Hier bietet es sich an, sogenannte Standard Deviation Scores (BMI-SDS) zu berechnen, die eine Aussage darüber ermöglichen, um ein Wie-viel-Faches einer Standardabweichung ein bestimmter BMI ober- oder unterhalb des BMI-Medianwertes liegt. Ein BMI-SDS-Wert von ± 2 entspricht dabei dem 97,7. bzw. 2,3. Perzentil der Referenzgruppe, ein Wert von ± 1 dem 84. bzw. 16. Perzentil. Auch für die Berechnung dieser SDS-Scores liegen Daten vor (Kromeyer-Hauschild et al., 2001). Der BMI-SDS eignet sich vor allem im Bereich der extremen Adipositas (oder auch des extremen Untergewichts), da er auch Veränderungen sichtbar macht, die bei der Berechnung von Perzentilen nicht so auffällig erscheinen: Während sich das Perzentil bei einer Gewichtsabnahme mit extrem hohem Ausgangs-BMI nicht verändert, kann der BMI-SDS bereits statistisch bedeutsame Veränderungen anzeigen.

Tab. 1.1: Perzentilwerte für Übergewicht, Adipositas und extreme Adipositas (nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001, S. 6–7).

Alter (in Jahren)	Mädchen			Jungen		
	P90	P97	P99,5	P90	P97	P99,5
5,5	17,83	19,4	21,74	17,71	19,19	21,52
6	17,99	19,67	22,28	17,86	19,44	21,92
6,5	18,21	20,01	22,78	18,07	19,76	22,40
7	18,51	20,44	23,48	18,34	20,15	23,07
7,5	18,86	20,93	24,25	18,65	20,60	23,81
8	19,25	21,47	25,19	19,01	21,11	24,62
8,5	19,65	22,01	26,02	19,38	21,64	25,48
9	20,04	22,54	26,69	19,78	22,21	26,55
9,5	20,42	23,04	27,5	20,19	22,78	27,34
10	20,80	23,54	28,17	20,60	23,35	28,35
10,5	21,20	24,03	28,73	21,02	23,91	29,21
11	21,61	24,51	29,36	21,43	24,45	30,11
11,5	22,04	25,0	29,88	21,84	24,96	30,63

12	22,48	25,47	30,47	22,25	25,44	31,38
12,5	22,91	25,92	30,77	22,64	25,88	31,72
13	23,33	26,33	31,26	23,01	26,28	32,08
13,5	23,71	26,7	31,43	23,38	26,64	32,45
14	24,05	27,01	31,72	23,72	26,97	32,61

Weiterhin können nochmals verschiedene Untergruppen unterschieden werden, wie zwischen primärer und sekundärer Adipositas. Bei Letzterer ist die Erkrankung Folge einer genetischen oder endokrinen Störung, sie macht aber nur einen geringen Teil der Adipositas-Fälle aus. Differenzialdiagnostisch sollten genetische Syndrome wie das Prader-Willi-Syndrom oder das Bardet-Biedl-Syndrom abgeklärt werden (vgl. Wirth, 2003). Diese Unterscheidung ist von therapeutischer Relevanz, da die gängigen Therapiekonzepte sich an der primären Adipositas orientieren und bei Vorliegen von sekundärer Adipositas eher nicht geeignet sind. Phänotypisch wird darüber hinaus zwischen einer weiblichen (gynoiden) und einer männlichen (abdominalen oder androgenen) Form des Fettverteilungsmusters unterschieden. Während der sogenannte weibliche Birnentyp eine Fettkonzentration vorrangig an Hüften und Oberschenkeln aufweist, ist das Fettgewebe beim männlichen Apfeltyp vor allem in der Bauchregion zu finden. Im Hinblick auf medizinische Risiken wartet die androide Form mit größeren gesundheitlichen Folgen auf (Widhalm & Kiess, 2005). Die Bestimmung des Verhältnisses von Taillen- und Hüftumfang (waist-to-hip-ratio) ermöglicht bei Erwachsenen eine ungefähre Aussage über das Fettverteilungsmuster. Auch für 11- bis 18-Jährige liegen mittlerweile entsprechende Referenzwerte vor (Kromeyer-Hauschild, Dortschy, Stolzenberg, Neuhauser & Schaffrath Rosario, 2011).

2 Epidemiologie

2.1 Prävalenz

Daten zur Verbreitung liegen aus der KiGGS-Studie (2003–2006) vor. Demnach sind in Deutschland 14,8 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 2 bis 17 Jahren übergewichtig, davon lassen sich 6,1 % als adipös einstufen. Angepasst an den Bevölkerungsstand von 2008 entspricht dies einer absoluten Zahl von 1,7 Millionen übergewichtigen bzw. 750 000 adipösen Kindern und Jugendlichen (Kurth & Schaffrath Rosario, 2010). Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz an, klare Geschlechtsunterschiede lassen sich nicht erkennen. Für den Altersbereich der 7- bis 13-Jährigen lassen sich folgende Werte feststellen: 15,9 % der 7- bis 10-jährigen Jungen sind übergewichtig, 7 % adipös; bei den Mädchen sind es 14,8 % Übergewichtige und 5,7 % Adipöse. Unter den 11- bis 13-Jährigen verschiebt sich dieses Bild zuungunsten der Mädchen. Hier sind 18,3 % der Jungen übergewichtig, weiterhin 7 % adipös, während 18,9 % bzw. 7,3 % der Mädchen als übergewichtig bzw. adipös gelten können.

Übergewicht tritt nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich häufig auf: Wir können eine klare Kumulierung in den unteren Einkommens- und Bildungsschichten (Kurth & Schaffrath Rosario, 2010), in Gruppen mit Migrationshintergrund (Lange, Plachta-Danielzik, Landsberg & Müller, 2010; Schenk, Ellert & Neuhauser, 2007) und in Familien mit mindestens einem übergewichtigen Elternteil (Parsons, Power, Logan & Summerbell, 1999) feststellen.

2.2 Verlauf

Die Relevanz einer frühzeitigen Intervention ergibt sich nicht nur aus den zahlreichen mit der Adipositas einhergehenden gesundheitlichen

Einschränkungen (vgl. Abschnitt 2.3), sondern vor allem auch aus der Stabilität der Adipositas. Adipositas wächst sich nicht einfach mit dem Alter wieder aus, sondern ist mit einer hohen Stabilität verbunden (Serdula et al., 1993). Zwar gibt es nach dem ersten Lebensjahr, welches mit einem stetigen BMI-Anstieg verbunden ist, eine kontinuierliche Abnahme des BMI. Jedoch kommt es zwischen dem 3. und 8. Lebensjahr, im Durchschnitt mit etwa 6 Jahren, zu einem sogenannten Adipositas-Rebound, einem erneuten Anstieg der Körpermasse. Je früher dieser Rebound einsetzt, desto größer ist das Risiko für späteres Übergewicht, wie Wissenschaftler feststellen konnten (Rolland-Cachera, Deheeger, Maillot & Bellisle, 2006; Whitaker, Pepe, Wright, Seidel & Dietz, 1998). Gerade aus diesem Grund ist es wichtig, Interventionen um diesen Zeitpunkt herum anzusiedeln, um den möglicherweise ungünstigen weiteren Verlauf der BMI-Entwicklung zu stoppen oder auch präventiv einer Adipositas-Entwicklung entgegenwirken zu können.

2.3 Begleit- und Folgebelastungen

Bereits im Kindes- und Jugendalter lassen sich gravierende Auswirkungen der Adipositas auf körperlicher und psychosozialer Ebene beobachten (Wabitsch, 2004). Insbesondere diese Begleiterkrankungen sind es, weswegen Adipositas zu einer der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gezählt wird.

Körperliche Auswirkungen

Es gibt viele Erkrankungen, die überzufällig häufig bei adipösen Menschen auftreten. Bereits das Vorliegen von Übergewicht erhöht die Prävalenz der Risikofaktoren um ein Mehrfaches (Wirth, 2003). Betroffen sind u. a. das kardiovaskuläre System, das gastrointestinale System, metabolische und hormonelle Funktionen sowie der Bewegungsapparat. Besonders stark werden Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen mit Adipositas assoziiert

(Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002; Wirth, 2003). Die körperlichen Erkrankungen treten oftmals als Spätfolgen der Adipositas auf und sind im Kindes- und Jugendalter noch nicht präsent, so dass die gesundheitliche Relevanz von Adipositas in dieser Altersgruppe häufig unterschätzt wird. Dennoch lassen sich bereits bei adipösen Kindern Zusammenhänge zu den häufigsten kardiovaskulären Risikofaktoren wie bspw. Bluthochdruck, veränderte Insulinresistenz und gestörte Glucosetoleranz finden (Reilly et al., 2003), die jedoch oftmals nicht erkannt werden (Wabitsch, Heinze & Reinehr, 2005). ► **Kasten 2.1** gibt einen Überblick über die häufigsten körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen der kindlichen Adipositas. Das Vorliegen von komorbiden Erkrankungen sollte bei der Anamnese erfragt und bei der Formulierung von Therapieempfehlungen berücksichtigt werden.

Kasten 2.1: Körperliche adipositas-assoziierte Krankheiten (Wirth, 2003).

Kardiovaskuläres System

- Hypertonie
- Koronare Herzkrankheit
- Linksventrikuläre Hypertrophie
- Herzinsuffizienz
- Venöse Insuffizienz

Metabolische und hormonelle Funktion

- Diabetes mellitus Typ 2
- Dislipidämien
- Hyperurikämie

Respiratorisches System

- Schlafapnoe-Syndrom
- Adipositas-Hypoventilations-Syndrom

Gastrointestinales System

- Cholezystolithiasis
- Refluxösophagitis
- Fettleber

Hämostase

- Hyperfibrinogenämie
- Plasminogen-Aktivator-Inhibitor