

Trainermanual Adipositas-Schulung
für Kinder und Jugendliche

GRUNDLAGEN



Schulungsbereiche:

- ▶ **1 Grundlagen**
- ▶ **2 Ernährung**
- ▶ **3 Bewegung**
- ▶ **4 Psychosoziales**
- ▶ **5 Medizin**

Inhalt

Seite

6	G-0	Benutzerhinweise
8	G-1	Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS)
9	G-2	Einleitung
9	G-2.1	Adipositas als chronische Krankheit
10	G-2.2	Ursachen der Adipositas
12	G-2.3	Leitlinien für Diagnostik und Therapie
12	G-2.4	Therapieangebot in Deutschland
13	G-2.5	Einbezogene Therapie- und Schulungsansätze
13	G-2.6	Zielsetzung des Trainermanuals
14	G-2.7	Zielgruppe des Trainermanuals
15	G-2.8	Die Haltung des Trainers
16	G-3	Kontextfaktoren der Adipositas-Behandlung
16	G-3.1	Entwicklungspsychologische Grundlagen
18	G-3.1.1	Kinder unter 8 Jahren
20	G-3.1.2	Kinder zwischen circa 8 bis 12 Jahren
21	G-3.1.3	Jugendliche ab 12 Jahren
23	G-3.2	Soziologische Entwicklung von Familie und Familienleben
24	G-3.3	Rolle der Eltern
26	G-3.3.1	Elterliche Verantwortung
27	G-3.3.2	Autoritativer Erziehungsstil
28	G-3.3.3	Systemisches Elterncoaching
29	G-3.4	Interkulturelle Kompetenz
30	G-3.4.1	Praktisches Vorgehen in der Behandlung von Adipositas
31	G-3.4.2	Umgang mit Sprachbarrieren
32	G-3.5	Nebenwirkungen der Therapie
35	G-4	Grundprinzipien des Managements von Adipositas
35	G-4.1	Motivation
35	G-4.1.1	Extrinsische und intrinsische Motivation
37	G-4.1.2	Das Transtheoretische Modell (TTM)
38	G-4.2	Motivationsförderung zu Verhaltensänderungen
39	G-4.2.1	Verhaltensänderungen
40	G-4.3	Strukturgebung und flexible Steuerung
40	G-4.3.1	Kognitive Kontrolle und Kognitive Steuerung
43	G-4.3.2	Strukturgebung
43	G-4.4	Selbstbeobachtung
44	G-4.4.1	Protokollsysteme als Instrument der Selbstbeobachtung
44	G-4.4.2	Schriftliche Protokollsysteme
45	G-4.4.3	Selbstbeobachtung und digitale Medien
46	G-4.5	Aktivierung
47	G-5	Ziele der Behandlung von Adipositas
49	G-5.1	Langfristige Ziele
50	G-5.2	Bedingungsziele
52	G-5.3	Fördernde Ziele
53	G-5.4	Individuelle Zielvereinbarung
54	G-5.5	Erfolgsaussichten einzelner Therapiemaßnahmen

Seite

58	G-6	Wer braucht was?
58	G-6.1	Wer? Die Zielgruppen der Adipositas-Therapie
58	G-6.1.1	Kinder unter 8 Jahren
59	G-6.1.2	Kinder von etwa 8 bis 12 Jahren
59	G-6.1.3	Jugendliche
59	G-6.1.4	Eltern und Familie
60	G-6.1.5	Kinder und Jugendliche mit Übergewicht versus extreme Adipositas
61	G-6.1.6	Kinder und Jugendliche mit sekundärer Adipositas
61	G-6.1.7	Kinder und Jugendliche mit Adipositas und Behinderung
62	G-6.1.8	Kinder und Jugendliche mit Adipositas als Ausdruck der Kindeswohlgefährdung
64	G-6.1.9	Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten
66	G-6.2	Was? Individuell angepasste Behandlungsansätze und -settings
68	<i>Gastbeitrag von Martina Ernst, Interdisziplinäres SPZ Charité Universitätsmedizin Berlin: Die ABCD-Checkliste als Beispiel für ein qualitatives Einschätzungsraster von Risiken und Res- ourcen für eine differenzielle Behandlungsplanung</i>	
69	G-6.2.1	Einzelschulung
70	G-6.2.2	Gruppenschulung ambulant
71	G-6.2.3	Gruppenschulung stationär
73	G-6.2.4	Nachsorge als Schulungssetting
74	G-6.2.5	Adipositas-Chirurgie
76	G-6.2.6	Therapeutische Wohngruppen, Berufsbildungswerke
76	G-6.2.7	Maßnahmen bei Adipositas als Ausdruck der Kindeswohlgefährdung
77	G-6.2.8	Maßnahmen für weitere besondere Patientengruppen
78	<i>Gastbeitrag von Martina Ernst, Interdisziplinäres SPZ Charité Universitätsmedizin Berlin: Die BABELUGA-Baustellen-Methode als Beispiel für ein interaktives Konzept zur Diagnostik und Behandlung</i>	
81	G-7	Konzepte für Gruppenschulungen
81	G-7.1	Methodik und Didaktik
81	G-7.1.1	Kompetenzbereiche
83	G-7.1.2	Schulungsbereiche
83	G-7.1.3	Beeinflussende Rahmenbedingungen
85	G-7.1.4	Schulungseinheiten
90	G-7.1.5	Gliederung des Konzepts
91	G-7.2	Ambulante Gruppenschulungen
93	G-7.3	Stationäre Gruppenschulungen
99	G-7.4	Umsetzung der Schulungsinhalte in den Schulungseinheiten
105	G-8	Nachsorge-Konzept
106	G-8.1	Grundlagen
107	G-8.2	Indikation
108	G-8.3	Initiierung
109	G-8.4	Umsetzung
110	G-8.5	Inhalte
111	G-8.5.1	Schulungsbereich Medizin
111	G-8.5.2	Schulungsbereich Ernährung
111	G-8.5.3	Schulungsbereich Bewegung
112	G-8.5.4	Schulungsbereich Psychosoziales

Seite

113	G-9	Digitale Medien in der Adipositas-Behandlung
113	G-9.1	Aufwachsen im Medienzeitalter
114	G-9.1.1	Medienzugang und Nutzungsverhalten
115	G-9.1.2	Bedeutung digitaler Medien für die Adipositas-Schulung
115	G-9.2	Gesundheitliche Risiken der Nutzung digitaler Medien
116	G-9.2.1	Mediennutzung als Risikofaktor für Adipositas
116	G-9.2.2	Cybermobbing
117	G-9.2.3	Medienabhängigkeit
118	G-9.3	Digitale Medien in der Patientenschulung
118	G-9.3.1	Integration von Medien vor, während und nach der Therapie
120		<i>Exkurs: Medienkompetenz</i>
121	G-9.3.2	Medienkonzeption im Schulungssetting
124	G-9.3.3	Methodisch-didaktische Integration digitaler Medien in die Schulungseinheiten
126	G-9.4	Orientierungshilfen bei der Mediennutzung – Recht, Datenschutz, Verhaltensregeln
126	G-9.4.1	Recht und Datenschutz bei der Nutzung digitaler Medien
127	G-9.4.2	Gemeinsame Verhaltensregeln für die Nutzung digitaler Medien
129	G-9.4.3	Informationsmöglichkeiten zum Thema Mediennutzung
130	G-10	Qualitätsmanagement und Dokumentation
131	G-10.1	Internes Qualitätsmanagement
131	G-10.1.1	Strukturqualität
132	G-10.1.2	Konzeptqualität
133	G-10.1.3	Prozessqualität
133	G-10.1.4	Ergebnisqualität
134	G-10.2	Externes Qualitätsmanagement
136	G-10.3	Finanzierung und Stolpersteine
138	G-11	Diagnostik oder „Was muss der Trainer über seine Patienten und deren Familie wissen?“
140		Autoren
142		Weitere Broschüren der multidisziplinären Medienreihe
143		Impressum

Das Literaturverzeichnis liegt für Sie zum kostenlosen Download unter der Bestellnummer 1657 im Medienservice (www.ble-medienservice.de) bereit.

Benutzerhinweise

Das „Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche“ ist ein multidisziplinäres Konzept, das aus einem Grundlagenteil und 4 **Schulungsbereichen** besteht: Ernährung, Bewegung, Psychosoziales und Medizin. Die Grundlagen enthalten wichtige Hintergrundinformationen für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und ihren Familien in der Schulung. Für die Anwendung der Inhalte in den jeweiligen Schulungsbereichen wird die Kenntnis der Grundlagen vorausgesetzt – gleich welcher Profession der Trainer angehört.



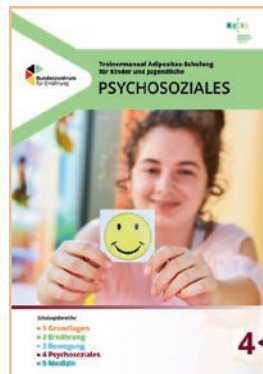
» Grundlagen



» Schulungsbereich Ernährung



» Schulungsbereich
Bewegung



» Schulungsbereich
Psychosoziales

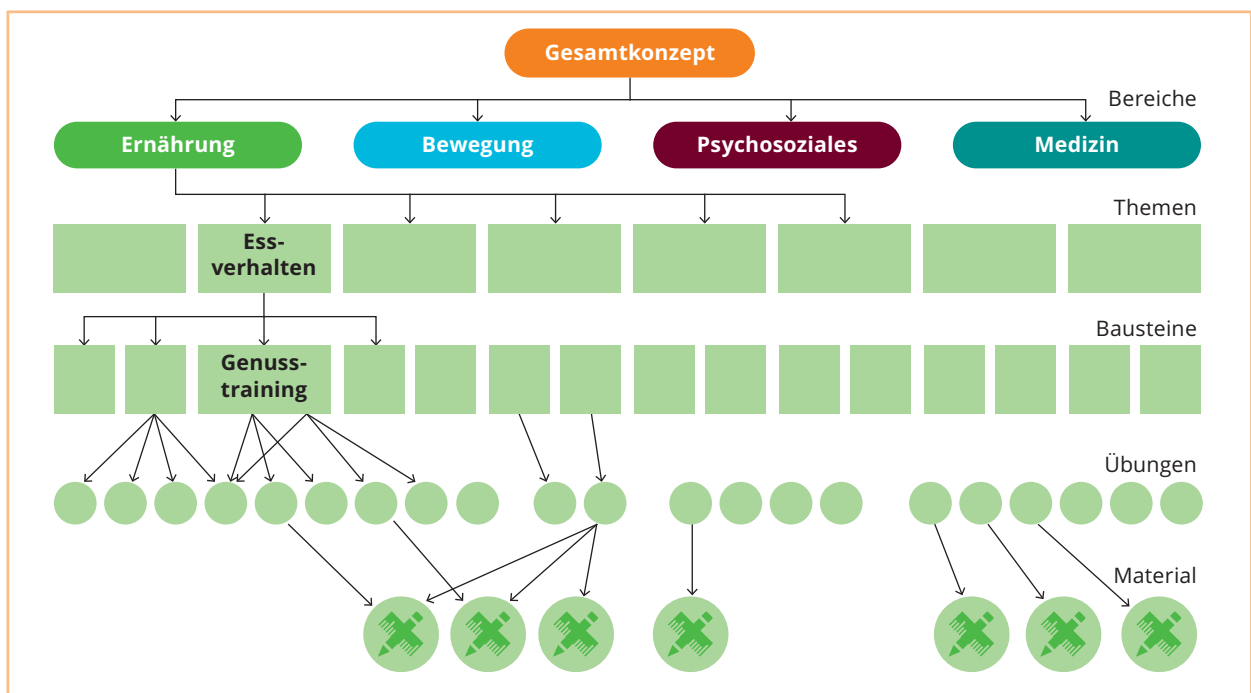


» Schulungsbereich
Medizin

Die Schulungsbereiche untergliedern sich jeweils in verschiedene **Themen** und **Bausteine**. In den Bausteinen werden Teilaspekte eines Themas behandelt. Zur Vertiefung der Inhalte gibt es **Übungen** und **Material**, die jeweils auf die Kinder, Jugendlichen oder Eltern ausgerichtet sind.

G-7.1 Methodik und Didaktik ◀

Die Übungen in den Schulungsbereichen sind einheitlich wie folgt aufgebaut:



Schulungsbereiche

E steht für **Ernährung**,
B für **Bewegung**,
P für **Psychosoziales** und
M für **Medizin**

Thema

Baustein

E ERNÄHRUNG

THEMA: ESSVERHALTENSTRaining

BAUSTEIN: E-4.5

Übung

Ich esse – also bin ich (wohl)!



Kinder, Jugendliche, Eltern

Papier, Stifte,
Ernährungspyramide

maximal 12, auch einzeln



Schulungsraum



30–45 Minuten

VERLAUFSBESCHREIBUNG

Der Trainer besorgt vorab verschiedene Speisenangebotspläne mit Portionsgrößen oder Mengenangaben von Anbietern von Gemeinschaftsverpflegung. Je nach Altersstufe arbeiten die Teilnehmer mit diesen Plänen weiter.

Kinder zwischen 8 und 12 Jahren

Die Kinder ordnen in Kleingruppen (maximal zu dritt) ein Mahlzeitangebot der Ernährungspyramide unter Berücksichtigung der Portionsgrößen zu. Bei jüngeren Kindern kann Unterstützung notwendig werden (Eltern-Kind-Schulung). Die Ergebnisse werden schriftlich festgehalten. Es werden Veränderungsvorschläge (Was tun bei zu großen Portionen?) erarbeitet und Ideen entwickelt, wie mit ungewohnten Lebensmitteln umgegangen werden kann.

Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren

Die Jugendlichen ordnen ein Mahlzeitangebot unter Berücksichtigung der Portionsgrößen oder Mengenangaben der Ernährungspyramide zu. Anschließend soll eine Beurteilung für die Gesamttageszufuhr erfolgen. Die Ergebnisse werden schriftlich festgehalten. Es werden Veränderungsvorschläge (zum Beispiel „Was tun bei zu großen Portionen?“) erarbeitet und Ideen entwickelt, wie mit ungewohnten Lebensmitteln umgegangen werden kann.

1 Variante für Kinder

Wird nicht die angebotene Schulmahlzeit verzehrt, sollen die Kinder berichten, was sie stattdessen essen. Dies wird – wie oben aufgeführt – der Ernährungspyramide zugeordnet.

Gibt es einen Schulkiosk, der zur Mahlzeitendeckung herangezogen wird, sollte das Angebot besonders kritisch mithilfe der Ernährungspyramide hinterfragt werden und es sollten Vorschläge für Veränderungen formuliert werden.

2 Variante für Jugendliche

Nehmen mehrere Teilnehmer ihre Mittagsmahlzeit außerhalb der Schule ein oder kaufen diese am Schulkiosk ein, werden sie gebeten, eine durchschnittliche Mahlzeit einschließlich der Getränkeaufnahme nach oben genannten Vorgaben zu visualisieren und zu berechnen. Anschließend listen sie bei Bedarf

LERNZIELE

- Mahlzeiten außer Haus der Pyramide zuordnen,
- qualitativ und/oder quantitativ unzureichendes Angebot erkennen,
- Einschätzung im Verhältnis zum Gesamttagesbedarf.

Veränderungsmöglichkeiten auf und entwickeln Strategien zu deren Umsetzung im Alltag. Über Gelingen oder Nichtgelingen wird der Gruppe bei der nächsten Schulungseinheit berichtet, gegebenenfalls wird Unterstützung angeboten/vermittelt.

3 Variante für Eltern

Die Eltern werden gebeten, stichwortartig zu beschreiben/ aufzuschreiben, was sie annehmen, was die Kinder bei der externen Mittagsmahlzeit zu sich nehmen und wie sich diese gestaltet.

- Wo wird gegessen (Mensa/ Imbiss/Schulkiosk)?
- Wie ist der Ablauf?
- Wie viel Zeit steht zur Verfügung?
- Wie groß sind die Portionen?
- Wie schmeckt das Essen?
- Wie beurteilen die Eltern die Qualität des Essens im Hinblick auf die Angebotsvielfalt?
- Welchen Einfluss haben die Eltern?
- Welche Unterstützung hat das Kind bei bestehenden Schwächen (beispielsweise Portionsgrößen) bezüglich der Mahlzeit?

Die vorbereiteten Speisepläne (s.o.) sollen der Ernährungspyramide zugeordnet werden. Bei Anwesenheit beider Elternteile ist darauf zu achten, dass diese nicht in derselben Kleingruppe agieren.

109



Zielgruppe



Raumbedarf



Dauer



Material



Teilnehmerzahl



Besonderheiten

Verknüpfung mit
anderen Bereichen

G-2.5 Einbezogene Therapie- und Schulungsansätze

Eine wesentliche Basis der Therapie von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind die von Epstein entwickelten Programme und Behandlungsprinzipien. Epstein initiierte eine Ernährungs- und Bewegungsbehandlung für Kinder, die auf die Beteiligung der Familien ausgerichtet und verhaltenstherapeutisch orientiert sind. Kernpunkt seiner Therapie ist die These:

„Die Komponenten Ernährung und körperliche Aktivität können nicht isoliert, sondern nur in einem gemeinsamen Verhaltenstraining sowie als Lebensstil vermittelt werden.“ (21)

Epstein und seine Arbeitsgruppen entwarfen verhaltenstherapeutische und praktische Methoden, die die körperliche Inaktivität von Kindern und Jugendlichen vermindern sowie sie und ihre Familien für einen aktiven Lebensstil motivieren (22, 23).

Diesen Ansatz bestätigen inzwischen zahlreiche **nationale** (24–27) und **internationale Studien** sowie **Metaanalysen** (28–31). Allerdings wird aus diesen Studien auch klar, dass dadurch nur ein Teil der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas in Deutschland erreicht und versorgt werden kann. Es werden mehr Therapie- und Settingansätze benötigt, um die Komplexität des Krankheitsbilds Adipositas zu erfassen.

Deshalb wurden im Hinblick auf eine familientherapeutische Erweiterung des Trainermanuals Elemente aus systemischen Ansätzen (32) sowie Teile des Systemischen Elterncoachings verwendet (33, 34).

Eine Beobachtungsstudie zur Evaluation ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland zur Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zeigt, dass die Überlegenheit einzelner Programme nicht belegt werden kann (35). Die Studie wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Auftrag gegeben.

Die Programme entfalten ihre Wirkung im jeweiligen Setting und Kontext mit ihren spezifischen Teilnehmern und Trainern. Deshalb ist es – neben einem individuellen verhaltensorientierten Ansatz – empfehlenswert, die gesamte Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas und ihrer Eltern in das Management der Erkrankung einzubeziehen, insbesondere deren psychosoziales Umfeld (35). Um dem gerecht zu werden, wurde das Trainermanual um **individuellere, differenzierte Ansätze** erweitert. Eine Reihe der Ideen und Denkweisen entstammt dem Konzept der Berliner Charité (BABELUGA-Baustellen-Methode) (36).

Übereinstimmend mit den praktischen Erfahrungen der KgAS fordert auch die Studie der BZgA, dass die Motivation der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien vor Beginn der Maßnahme überprüft und gefördert wird (35). Darum wurden **Theorien zur Motivation, Grundkonzepte der Motivationsförderung** und deren **Umsetzung** in konkretes Handeln in das Trainermanual aufgenommen.

► G-5.5 Erfolgsaussichten einzelner Therapiemaßnahmen

► G-6 Wer braucht was?

► G-4 Grundprinzipien des Managements von Adipositas
► Schulungsbereich Bewegung

G-2.6 Zielsetzung des Trainermanuals

Ziel der Erstauflage des Trainermanuals im Jahr 2004 war es, ein einheitliches Schulungskonzept für die Adipositas-Therapie im Kindes- und Jugendalter zu entwickeln. Seitdem stellte sich sowohl in wissenschaftlichen Studien als auch in der praktischen Erfahrung der Anwender heraus, dass viele Einflussfaktoren auf die Adipositas bei Kindern und Jugendlichen durch die ambulante oder stationäre Gruppenschulung nicht erreicht werden können. Das soziale Umfeld ist ein Beispiel. Da Adipositas eine chronische Krankheit ist und zudem nur ein Teil des komplexen Netzes der Einflussfaktoren auf das kindliche Übergewicht durch Verhaltensmodifikationen und Lebensstiländerungen langfristig beeinflussbar sind, kann die Adipositas in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität in der Regel nur gelindert, aber nicht geheilt werden. Wichtig ist es daher, dass der Trainer die Fähigkeit der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern, mit Adipositas ein Leben lang umzugehen, im Blick behält. Das heißt, die Kinder

G-6 Wer braucht was? ◀

und Jugendlichen müssen die chronische Krankheit gut händeln können, um metabolisch und psychisch gesund zu bleiben. Aufgabe der Trainer ist es somit, sehr differenziert hinzuschauen, welches Kind beziehungsweise welcher Jugendliche in der Familie oder in dem sozialen Kontext zu dem jeweiligen Zeitpunkt welche Art von Therapie benötigt. Es gilt, eine langfristige **individuelle Behandlungskette** mit unterschiedlich intensiven Maßnahmen und verschiedenen Schwerpunkten zu diversen Zeitpunkten zu etablieren, die miteinander vernetzt sind. Das bedarf eines beständigen Managements.



Der ursprüngliche Begriff „Schulung“ wird somit deutlich weiter gefasst. Geblieben ist der konsensuale Gedanke eines gemeinsam entwickelten Konzepts. Das Trainermanual zeigt, welche Maßnahmen und Formen der Therapie von Adipositas etabliert und möglich sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Enthalten sind Vorschläge und Anleitungen für Trainer, die Kinder und Jugendliche mit Adipositas sowie deren Eltern in ihrem kontinuierlichen, oft lebenslangen Umgang mit ihrer Krankheit unterstützen. Fokussiert wird dabei nicht ausschließlich der Gewichtsverlust. Für das Gelingen müssen die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern individuell und professionell geschult werden und ungünstige Lebensbedingungen auf gesellschaftlicher Ebene verändert werden (37, 38).

G-2.7 Zielgruppe des Trainermanuals

Das Trainermanual richtet sich an alle, die professionell mit Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas sowie deren Eltern oder Erziehungsverantwortlichen² arbeiten. In erster Linie sind dies Fachkräfte aus den Bereichen

- › Ernährung,
- › Sport und Bewegung,
- › Medizin sowie
- › Psychologie und Pädagogik.

Im erweiterten Sinn werden auch andere Berufsgruppen angesprochen, die sich mit dem Thema beschäftigen. Dies können beispielsweise Beschäftigte sein in

- › Reha-Einrichtungen,
- › therapeutischen Wohngruppen oder
- › neuen Berufsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung.

Das Interesse an der Tätigkeit mit den Kindern und Jugendlichen ist notwendig für die Arbeit mit dem Trainermanual. Für dessen Anwendung im interdisziplinären, professionellen Management der Adipositas sind zusätzlich langjährige Erfahrung und eine Zusatzqualifikation als Adipositas-Trainer anzustreben. Diese Ausbildung wird von mehreren Institutionen in Deutschland durchgeführt. Die unterschiedlichen Settings, in denen eine moderne Therapie von Adipositas angeboten wird, sollten in Netzwerken organisiert sein. Dadurch können sinnvolle Behandlungsketten für die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern aufgebaut werden.

Personen, die mit dem Trainermanual bei der Therapie von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen arbeiten, werden im Folgenden als „Trainer“ bezeichnet. Der Begriff „Therapeut“ wird synonym verwendet.

² Neben den Eltern können auch andere Verwandte sowie extern bestimmte Erziehungsberechtigte die Kinder und Jugendlichen in ihrem Alltag betreuen. Da es sich vorrangig um die Eltern handelt, wird dieser Begriff im Folgenden verwendet. Er schließt jedoch die anderen Formen ein.

G-6

Wer braucht was?

Das „typische“ Kind beziehungsweise den „typischen“ Jugendlichen mit Adipositas und die „typischen“ Eltern mit Adipositas gibt es nicht. Darum kann keine für alle passende Therapie existieren.

Es kann allerdings eine Reihe von spezifischen Merkmalen beschrieben werden. Die sind teils sehr offensichtlich (z. B. Alter, Ausmaß der Adipositas, Grund- und Begleiterkrankungen), teils eher versteckt (u. a. Familiensituation, psychosoziale Problematik, Veränderungsmotivation, Folgeerkrankungen) und im besonderen Maße für die Ausrichtung der Therapie relevant. Um wirksam zu sein, müssen die therapeutischen Angebote zum Patienten passen, seine Problemlage berücksichtigen und an seine Ressourcen anknüpfen. Die Kinder und Jugendlichen mit Adipositas sowie deren Eltern weisen eine unterschiedliche Ausprägung der Merkmale auf, die für die Therapie relevant sind (158, 159). Die Trainer machen sich deshalb ein Bild von den individuellen altersbezogenen Bedürfnissen und dem Risikoprofil des Patienten. Eine möglichst passgenaue Therapie der Adipositas setzt das Identifizieren dieser Merkmale voraus. „Wer braucht genau was?“ ist damit die Schlüsselfrage der multidisziplinären Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und ihren Familien.

Im Folgenden werden einige dieser Patientengruppen mit ihren spezifischen Merkmalen (Wer?) und mögliche Therapiemaßnahmen sowie Settings (Was?) beschrieben.

Anschließend folgt als Beispiel guter Praxis das Konzept der Adipositas-Ambulanz des Interdisziplinären Sozialpädiatrischen Zentrums der Charité Berlin mit deren interaktivem Diagnostik- und Behandlungskonzept (BABELUGA-Baustellen-Methode)(158).

G-6.1 Wer? Die Zielgruppen der Adipositas-Therapie

Im Trainermanual werden die Patientengruppen mit ihren spezifischen Merkmalen beschrieben, die im Rahmen des Managements von Adipositas in Kontakt mit den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen treten können.

Für die Behandlung von Adipositas ist eine andere Einteilung der Altersgruppen sinnvoll als die sonst übliche (Kleinkinder, Vorschulkinder, Schulkinder):

- › Kinder unter 8 Jahren
- › Kinder von etwa 8 bis 12 Jahren
- › Jugendliche

Eine genaue Festlegung des Altersbereichs erscheint jedoch aufgrund des möglicherweise unterschiedlichen Entwicklungsstands nicht sinnvoll.

G-6.1.1 Kinder unter 8 Jahren

Laut KIGGS-Studie haben bereits 9 % der 3- bis 6-jährigen Übergewicht (Mädchen 10,8 %, Jungen 7,3 %), davon gut 2 % Adipositas (Mädchen 3,2 %, Jungen 1,0 %) (2).

Zu beachten bei Kindern dieser Altersgruppe ist die jeweilige Entwicklungsstufe hinsichtlich

- › der Trennungsfähigkeit von Bezugspersonen,
- › der altersentsprechenden sozialen Kompetenz,
- › des Aufmerksamkeitsvermögens,
- › der Ängste vor neuen Situationen.

Die Trainer berücksichtigten dabei, dass manche Kinder **sichere Bindungen** mit fremden Erwachsenen und Kindern (Schule, Kindertagesstätte, Kindersportgruppe etc.) eingehen können, während das Leben anderer Kinder möglicherweise von schädigenden Erfahrungen mit Erwachsenen geprägt ist (Trennung der Eltern, Fremdunterbringung etc.).

G-6.1.2 Kinder von etwa 8 bis 12 Jahren

Für diese Altersgruppe sind ursprünglich viele Schulungsprogramme konzipiert worden, weil bei ihr die notwendigen **entwicklungspsychologischen** (beispielsweise Denken, Fühlen und Handeln) und **kulturtechnischen** (beispielsweise Lesen und Schreiben) **Voraussetzungen** gegeben sind. Es ist aber auch der Tatsache geschuldet, dass der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas nach der Einschulung stark ansteigt (2).

Die eigene Motivation, die Adipositas behandeln zu lassen, entsteht oftmals durch negative Erfahrungen im Kontakt mit Gleichaltrigen und Erwachsenen (Hänseleien, Stigmatisierungen etc.), denn es wächst das Bewusstsein für den eigenen Körper und für soziale Kontakte.

► G-3.1 Entwicklungspsychologische Grundlagen

G-6.1.3 Jugendliche

Jugendliche im Sinne der Patientenschulung sind zwischen 13 und unter 18 Jahre alt. In dieser Altersgruppe steigt das Ausmaß der Adipositas, weniger die Zahl der Betroffenen (6, 160). Die **entwicklungspsychologischen Besonderheiten** dieser Altersgruppe sind an anderer Stelle ausführlich dargestellt. Die relevanten Merkmale für das Management der Adipositas sind

- › chronifizierte adipogene Verhaltensweisen,
- › eine Erhöhung der Selbstverantwortung,
- › die beginnende Ablösung von den Eltern,
- › eine zunehmende Autonomie,
- › die größere Bedeutung der Peer-Group und
- › die Berufsfindung.

► G-3 Kontextfaktoren der Adipositas-Behandlung



G-6.1.4 Eltern und Familie

Eltern und Erziehungsverantwortliche von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas spielen eine **besondere Rolle** in der Adipositas-Schulung. Abhängig von Alter und Entwicklungsstand, tragen sie mehr oder weniger Verantwortung in ihrer Präsenz, aber auch als Vorbild, Unterstützer und Motivationsförderer. Die Verantwortung verändert sich mit dem Alter der Kinder, wird aber nicht geringer. Eltern und Erziehungsverantwortliche schaffen stets die Rahmenbedingungen für das Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten ihrer Kinder (z. B. häusliches Lebensmittelangebot, finanzielle Möglichkeiten für Sportangebote etc.).

► G-3.3 Rolle der Eltern

Die Motivation vieler Eltern zur Behandlung der Adipositas ihrer Kinder ist von der Sorge um die körperliche und seelische Gesundheit ebenso geprägt wie von der Sorge um soziale und berufliche Chancengleichheit und Teilhabe. Die Erfahrung zahlreicher Schulungszentren zeigt, dass viele Eltern selbst unter der eigenen Adipositas leiden und dies ihren Kindern ersparen möchten – obgleich es oft längst so weit ist. Es gibt aber auch Eltern, die ihren eigenen Anteil an der Motivation ihrer Kinder zu Veränderungen nicht erkennen oder ihr wissentlich im Weg stehen. Viele Kinder und Jugendliche geraten auch im Hinblick auf ihre Adipositas zwischen die Fronten ihrer gegensätzlich agierenden Elternteile.

Kinder und Jugendliche leben fest eingebunden in ihre Familie. Das System Familie lässt keine Veränderung des Einzelnen zu, wenn es sich nicht mit verändert. Es ist wie ein Netz, auf dem die Mitglieder sitzen. Wenn einer sich bewegt, schaukeln alle. Wenn einer seine Position verlässt, müssen das auch die anderen tun, damit das Gleichgewicht wiederhergestellt wird.

Kinder und Jugendliche mit Adipositas stammen häufig aus Familien, in denen mehrere Personen und Generationen fettleibig waren und sind. Der Bildungsstand und der sozioökonomische Status der Familie sind niedrig (2, 3). Nicht selten gibt es besondere psychosoziale Belastungen wie (161)

- › Trennung und Scheidung der Eltern,
- › einen alleinerziehenden Elternteil,
- › einen psychisch und/oder körperlich erkrankten Elternteil und
- › unterschiedliche Auffassungen und Einstellungen, was die Adipositas des Kindes oder Jugendlichen betrifft.



G-6.1.5 Kinder und Jugendliche mit Übergewicht versus extreme Adipositas

Das Ausmaß des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen, die aus diesem Grund die medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen aufsuchen, ist sehr unterschiedlich. Es muss allerdings nicht zwangsläufig ein direkter Zusammenhang mit ihrem jeweiligen Leidensdruck bestehen. Nicht selten werden leicht übergewichtige Kinder und Jugendliche mit großem Leidensdruck von ihren besorgten Eltern vorgestellt. Auf der anderen Seite fehlt bei einigen, insbesondere jungen Kindern mit extremer Adipositas der elterliche Blick für die **Beeinträchtigung der Gesundheit**. In solchen Fällen im frühen Kindesalter sind besonders die **sekundären Formen der Adipositas** zu bedenken. Extreme Adipositas im Kindesalter kann auch ein **Ausdruck von Kindeswohlgefährdung** sein.

Schulungsbereich Medizin

G-6.1.6 Kinder und Jugendliche mit sekundärer Adipositas

G-6.1.8 Kinder und Jugendliche mit Adipositas als Ausdruck der Kindeswohlgefährdung