

Petra Warschburger · Franz Petermann

Adipositas



Adipositas

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie

Band 10

Adipositas

von Prof. Dr. Petra Warschburger und Prof. Dr. Franz Petermann

Herausgeber der Reihe:

**Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl,
Prof. Dr. Franz Petermann**

Adipositas

von

Petra Warschburger und Franz Petermann

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Prof. Dr. phil. Petra Warschburger, geb. 1965. Professorin für Beratungspsychologie am Institut für Psychologie der Universität Potsdam.

Prof. Dr. phil. Franz Petermann, geb. 1953. Lehrstuhlinhaber für Psychologische Diagnostik an der Universität Bremen und Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2008 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag
Toronto · Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



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

Umschlagabbildung: Sarah Süßmann
Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-1629-5

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Adipositas und die daraus resultierenden psychosozialen Belastungen und körperlichen Folgeerscheinungen gehören zweifellos zu den alarmierendsten Merkmalen der Zivilisation. Diese Erkrankung erzeugt im Einzelfall persönliches Leid und für die Volkswirtschaft unkalkulierbare Folgekosten. Adipositas entwickelt und manifestiert sich bereits im Kindesalter und erfordert eine umfassende Aufklärung und setzt eine frühe und interdisziplinär orientierte Behandlung voraus. Die Bedeutung dieses Themas ist gesamtgesellschaftlich erkannt worden, Präventionsprogramme werden initiiert und die entsprechenden Fachdisziplinen beschäftigen sich mit evidenzbasierten Leitlinien. Die meisten dieser Aktivitäten werden seit einigen Jahren von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA; <http://www.a-g-a.de>) koordiniert und dokumentiert. Die von der AGA veröffentlichten Leitlinien, die in immer kürzeren Zeitabständen aktualisiert werden, waren auch für uns eine wichtige Orientierung.

Unser Anspruch bei der Konzipierung des Leitfadens war, verstärkt die psychosozialen Aspekte bei der Diagnosestellung, der Therapieplanung und Therapiedurchführung in den Mittelpunkt zu stellen. Neben Aufklärung, Motivierung und Schulung sollten vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen Beachtung finden. Diesen Zugang illustrieren wir durch die Auswahl der Fallbeispiele in Kapitel 5. Solche Ansätze stellen zukünftig auch für die Praxis des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wichtige Tätigkeitsfelder dar. Die Beachtung von Übergewicht und Adipositas als Begleitstörung im Kontext psychischer Störungen dürfte zukünftig zur Routine in der klinischen Praxis gehören. Kinder und Jugendliche mit Adipositas schränken ihren Lebensradius ein und weisen in der Regel auch im Umgang mit Gleichaltrigen soziale Kompetenzprobleme und vielfach auch emotionale Schwierigkeiten auf. Ihre Lebensqualität gilt als eingeschränkt.

Unser Leitfaden gliedert sich in fünf Kapitel:

- 1** Im ersten Kapitel berichten wir über den Stand der Forschung; vor allem gehen wir auf Komorbidität, Differenzialdiagnose, Ätiologie und Behandlung ein.
- 2** Im Leitlinienteil werden Vorgehensweisen zur Diagnostik und Verlaufskontrolle, zur Behandlungsindikation und Therapiedurchführung ausgearbeitet.
- 3** In diesem Kapitel werden Verfahren zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapiedurchführung knapp beschrieben.
- 4** Im Materialenteil unseres Buches werden acht Checklisten, Erhebungsbögen und Perzentilkurven beziehungsweise Tabellen zur geschlechts- und altersbezogenen Bewertung des Body-Mass-Index abgedruckt.
- 5** Ausführlich wird abschließend anhand eines Fallbeispiels für ein Kind und einen Jugendlichen das praktische Vorgehen in Diagnostik und Therapie illustriert.

Besonders wichtig für den vorliegenden Leitfaden sind die Ausführungen in Kapitel 2; die dort ausgeführten 14 Leitlinien stellen praxisbezogen und komprimiert Hinweise zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapie zusammen.

Übersicht über die Leitlinien zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapie bei Adipositas

L1	Indisziplinarität
L2	Körperliche Untersuchung
L3	Exploration der Eltern/Bezugspersonen
L4	Exploration des Kindes/Jugendlichen
L5	Standardisierte Fragebögen und Beurteilungsskalen
L6	Klinische Verlaufskontrolle
L7	Stationäre vs. ambulante Therapie
L8	Einzel- vs. Gruppentherapie
L9	Behandlungsindikation bei Übergewicht
L10	Multimodale Behandlung
L11	Besonderheiten bei der Arbeit mit Vorschulkindern
L12	Psychoedukation/Beratung der Eltern/Bezugspersonen/Kinder/Jugendlichen
L13	Elterntraining und Interventionen in der Familie
L14	Kognitiv-behaviorale Therapie des Kindes oder Jugendlichen

Dieser Leitfaden wird durch einen Ratgeber von uns ergänzt (vgl. Petermann & Warschburger, 2007), der für Eltern, Lehrkräfte und Betroffene kurzgefasste Informationen und Hinweise zur Diagnostik und Behandlung enthält.

Inhaltsverzeichnis

1	Stand der Forschung	1
1.1	Definition von Übergewicht und Adipositas	1
1.2	Prävalenz und Inzidenz	2
1.3	Verlauf und Prognose	4
1.4	Komorbidität und Differenzialdiagnose	6
1.4.1	Komorbidität mit organischen Erkrankungen	6
1.4.2	Komorbidität mit psychischen Störungen	7
1.4.3	Diagnostische Einordnung und Differenzialdiagnose	8
1.5	Ätiologie	11
1.5.1	Multifaktorielles Störungsmodell	12
1.5.2	Die Rolle genetischer Faktoren	15
1.5.3	Die Rolle des Essverhaltens	17
1.5.4	Körperliche Aktivität und Inaktivität als Quellen des Energieverbrauchs	19
1.5.5	Weitere Risikofaktoren für die Entwicklung einer Adipositas	21
1.5.6	Die Rolle der Eltern	23
1.6	Behandlung	23
1.6.1	Pharmakotherapie	25
1.6.2	Chirurgische Therapie	26
1.6.3	Diäten	26
1.6.4	Langfristige Ernährungsumstellung	28
1.6.5	Körperliche Aktivität	30
1.6.6	Verhaltenstrainings	31
1.6.7	Multimodale Interventionsprogramme	33
1.6.8	Wirksamkeit der Adipositasbehandlung	34
2	Leitlinien	36
2.1	Leitlinien zur Diagnostik und Verlaufskontrolle	36
2.1.1	Die körperliche Untersuchung	37
2.1.2	Anamnese der Eltern	40
2.1.3	Exploration des Kindes/Jugendlichen	54
2.1.4	Standardisierte Fragebögen und Beurteilungsskalen	59

2.1.5	Verlaufskontrolle	60
2.2	Leitlinien zu Behandlungsindikationen	64
2.2.1	Stationäres vs. ambulantes Behandlungssetting	65
2.2.2	Einzel- vs. Gruppentherapie	67
2.2.3	Leitlinien zur Behandlungsindikation bei Übergewicht	68
2.2.4	Indikation für multimodale Therapie	69
2.2.5	Besonderheiten in der Arbeit mit Vorschulkindern	70
2.3	Leitlinien zur Therapie	71
2.3.1	Psychoedukation/Beratung	73
2.3.2	Elterntaining	77
2.3.3	Kognitiv-behaviorale Therapie des Kindes und Jugendlichen	81
3	Verfahren zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und Therapie	85
3.1	Verfahren zur Erfassung des Essverhaltens	85
3.1.1	Selbstbeobachtungsbogen zum Essverhalten	85
3.1.2	Fragebogen zum konkreten Essverhalten (FKE-KJ)	86
3.1.3	Fragebogen zur Störbarkeit des Essverhaltens (FSE-KJ)	86
3.1.4	Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (DEBQ-K)	87
3.1.5	Gewichtsbezogener Selbstwirksamkeitsfragebogen (GW-SW-KJ) ...	87
3.1.6	Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen für Kinder (IEG-K)	88
3.2	Verfahren zur Erfassung der körperlichen Aktivität	88
3.2.1	Koordinationstest für Kinder (KTK)	89
3.2.2	Modifizierter Münchener Fitnesstest	89
3.3	Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität	90
3.3.1	Fragebogen zur Erfassung der gewichtsbezogenen Lebensqualität (GW-LQ-KJ)	90
3.3.2	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KINDL)	90
3.4	Fragebogen zum elterlichen Ernährungsverhalten	91
3.4.1	Child Feeding Questionnaire (CFQ)	91
3.4.2	Family Eating and Activity Habits Questionnaire (FEAHQ)	91
3.5	Fragebogen zur Erfassung von Essstörungen	92

3.5.1	Questionnaire of Eating and Weight Patterns for Adolescents (QWEP-A)	92
3.5.2	SCOFF-Fragebogen	92
3.6	Erfassung des Ernährungsverhaltens	93
3.7	Verfahren zur Therapie	93
3.7.1	Adipositastraining für Kinder und Jugendliche	93
3.7.2	Adipositas im Kindes- und Jugendalter	97
3.7.3	Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS	98
4	Materialien	101
M01	Checkliste für die medizinische Untersuchung	102
M02	Anamnese und Befund bei Adipositas (ABAP)	104
M03	Perzentilkurven für den Body-Mass-Index bei Mädchen	111
M03	Perzentilkurven für den Body-Mass-Index bei Jungen	111
M05	Body-Mass-Index-Tabelle für Mädchen	112
M06	Body-Mass-Index-Tabelle für Jungen	113
M07	Körpersilhouetten	114
M08	Ernährungsprotokoll	115
5	Fallbeispiele	118
5.1	Fallbeispiel einer Therapie mit einem Jugendlichen	118
5.2	Fallbeispiel einer Kindertherapie	121
	Literatur	126

1 Stand der Forschung

1.1 Definition von Übergewicht und Adipositas

Begriffe wie Adipositas, Fettleibigkeit, Fettsucht und Übergewicht werden trotz ihres unterschiedlichen Bedeutungsgehalts oftmals synonym gebraucht. Die Begriffe Fettsucht und Fettleibigkeit sollten aufgrund des diskriminierenden Charakters und des nicht bestätigten Zusammenhangs mit den „Süchten“ generell nicht verwandt werden. Übergewicht bedeutet ein oberhalb der Alters- und Geschlechtsnormen liegendes Körpergewicht. Adipositas wird durch einen übermäßigen Anteil der Fettmasse am Körpergewicht mit negativer Beeinflussung der Gesundheit definiert. Dieser Unterschied ist wichtig: So haben Bodybuilder zwar eine erhöhte Körpermasse, aber nicht zu viel Körperfett.

Adipositas = übermäßiger Anteil an Fettmasse

Der Anteil der Fettmasse am Körpergewicht kann mehr oder minder genau geschätzt werden. Für Kliniker liegen zahlreiche Verfahren vor, die Auskunft über die Körperzusammensetzung geben. Diese unterscheiden sich in ihrer Messgenauigkeit, ihren Kosten und ihrem Durchführungsaufwand. Als relativ einfach zu handhabende Methode hat sich der Body-Mass-Index zur Feststellung des Gewichtsstatus durchgesetzt und wird auch von der nationalen Fachgesellschaft als erstes Screening empfohlen. Der Body-Mass-Index (BMI) bestimmt sich nach der Formel (Bray, 1978):

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in Kilogramm}}{\text{Körperlänge in Metern} \times \text{Körperlänge in Metern}}$$

Der BMI weist relativ hohe Korrelationen mit dem gemessenen Körperfettanteil auf und wird daher als *Schätzgröße* für das Vorliegen einer Adipositas verwandt. Der BMI misst also nicht den Körperfettanteil, sondern stellt einen Indikator für den Körperfettanteil dar. Es wird nicht zwischen Körperfettmasse und fettfreier Masse unterschieden. Da sich der Körperfettanteil mit dem Alter verändert und zudem vom Geschlecht der betrachteten Person abhängig ist, müssen alters- und geschlechtsspezifische BMI-Werte berücksichtigt werden. Für Kinder und Jugendliche liegen mittlerweile auch deutsche BMI-Normtabellen vor (vgl. Kromeyer-Hauschild et al., 2001; vgl. M03 bis M06 in Kap. 4), anhand derer das individuelle Gewicht verglichen und eingeordnet werden kann (vgl. Kap. 2). In Europa hat man sich auf die 90. Perzentile als Definitionskriterium für das Vorliegen von Übergewicht, auf die 97. für das Vorliegen von Adipositas geeinigt (Poskitt, 1995). Werte oberhalb der 99,5. Perzentile kennzeichnen eine ausgeprägte Adipositas. In Amerika und von der WHO werden aber durchaus andere Grenzwerte verwandt, nämlich die 85. Perzentile für Übergewicht und die 95. Perzentile für Adipositas (Cole et al., 2001). Diese Empfehlungen beziehen sich dann auf die Referenzwerte aus sechs nationalen Studien mit sehr unter-

BMI als Schätzgröße

Adipositas vs. Übergewicht

schiedlichen Populationen, die als nicht aussagekräftig für Deutschland angesehen werden.

Phänomenologisch ist neben dem erhöhten Körpergewicht und dem sichtbar erhöhten Körperfettanteil oftmals ein verstärktes Längenwachstum der Kinder und Jugendlichen zu beobachten (z. B. eine Körperlänge von 1,80 m bei einem 12-jährigen Jungen mit einem Körpergewicht von 95 kg) und eine Beschleunigung der Skelettreife. Mit zunehmendem Körperfettanteil fällt bei den Jungen die weibliche Brustentwicklung auf. Bei Jungen und Mädchen sind die so genannten Striae distensae (Dehnungstreifen der Haut; oftmals an Oberschenkeln, Hüften, Abdomen, Oberarmen und Brust) zu beobachten (vgl. Wabitsch, Zwiauer, Hebebrand & Kiess, 2005).

Kasten 1: Diagnostik der Adipositas

- Adipositas ist über eine gesundheitsgefährdende Erhöhung des relativen Körperfettanteils bestimmt.
- Der relative Körperfettanteil wird über den BMI geschätzt.
- Als Kriterium für Adipositas wird das Überschreiten der 97. Geschlechts- und Altersperzentile herangezogen.
- Die Lokalisation des Körperfetts in einer bestimmten Körperregion spielt keine Rolle.

1.2 Prävalenz und Inzidenz

Adipositas ist im Kindes- und Jugendalter sehr weit verbreitet und auch für den Bereich des Vorschulalters finden sich erste Daten, die besorgniserregend sind. Die vorliegenden Daten basieren auf kleineren, regional begrenzten Stichproben aus Vorsorgeuntersuchungen. Nach den aktuellen Perzentilkurven sind derzeit zwischen 15 % der Kinder und Jugendlichen übergewichtig (BMI oberhalb der 90. Perzentile); 6,3 % sind adipös (BMI oberhalb der 97. Perzentile) (Kamtsiuris & Lange, 2006). Nennenswerte Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen treten dabei nicht auf; es wurden teils für Jungen, teils für Mädchen höhere Prävalenzraten berichtet. Obwohl sich insgesamt zeigt, dass mit dem Alter die Verbreitung von Adipositas ansteigt, zeigt sich in den Studien mit Schulanfängern bereits eine sehr hohe Verbreitung von Übergewicht und Adipositas (ca. 10 bis 12 %). In Tabelle 1 ist der generelle Anstieg mit dem Alter dargestellt.

**15% Übergewicht,
über 6%
Adipositas**

Laut Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) sind 10,2 % der Mädchen und 12,5 % der Jungen übergewichtig und 13,9 % beziehungsweise 11,7 % als adipös einzustufen (Pudel, 2000). Hierbei wurden die europäischen Referenzdaten (Rolland-Cachera, Sempe, Guillaud-Bataille, Patois, Péquinet-Guggenbuhl & Fautrad, 1982) zugrunde gelegt, die insgesamt niedrigere Cut-off-Werte aufweisen.

Tabelle 1: Übergewicht und Adipositas in verschiedenen Altersgruppen (Referenzwerte von Kamtsiuris & Lange, 2006)

Altersgruppe	Übergewicht		Adipositas	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
3 bis 6 Jahre	9,3%	8,9%	3,3%	2,5%
7 bis 10 Jahre	15%	16%	5,7%	7,0%
11 bis 13 Jahre	19%	18%	7,3%	7,0%
14 bis 17 Jahre	17%	17%	8,9%	8,2%

**Alters-
und Ge-
schlechts-
effekte
beachten**

Die Zahl der adipösen Kinder und Jugendlichen ist in den letzten Jahren weltweit gestiegen (Livingstone, 2000; Petermann & Pudiel, 2003). Hierzu liegen mittlerweile auch einige nationale Kohortenstudien vor, die diesen Trend belegen. So konnte die Arbeitsgruppe um Kromeyer-Hauschild zeigen, dass es gerade zwischen 1985 und 1995 in Deutschland (Jena) zu einem starken Anstieg der Prävalenz von Adipositas kam, während im Zeitraum von 1995 bis 2001 nur noch ein tendenzieller Anstieg beobachtbar war (Kromeyer-Hauschild, Zellner, Jaeger & Hoyer, 1999; Zellner, Jaeger & Kromeyer-Hauschild, 2004). Ein kontinuierlicher Anstieg der Adipositas ab den 80er Jahren wurde auch in anderen Regionen (wie z. B. Brandenburg, Bayern oder Aachen) bestätigt (Böhm, Friese & Lüdecke, 2002; Herpertz-Dahlmann et al., 2003; Kalies, Lenz & von Kries, 2002). Die regionalen Studien weisen dabei teilweise hohe Unterschiede in der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas auf. Tendenziell deuten sich hier höhere Prävalenzen in den nördlichen und in den östlichen Bundesländern an. Da es keine vergleichenden Studien gibt, die alle Kinder und Jugendlichen zu einem Zeitpunkt mit der gleichen Methodik erfassen, sollte diese Beobachtung nicht überinterpretiert werden.

International betrachtet liegt Deutschland bezüglich der Verbreitung der Adipositas im Mittelfeld. So finden sich laut Livingstone (2000) die niedrigsten Raten in den nördlichen Ländern wie Schweden, Finnland oder Norwegen (mit Raten von 10 bis 20 % für Übergewicht und Adipositas) und die höchsten Raten in den südlichen Ländern (Italien; Spanien; Griechenland; mit Raten von 20 bis 35 %). Über die Bedeutung dieser geographischen Unterschiede kann nur spekuliert werden. So findet sich beispielsweise auch innerhalb von Italien ein Nord-Süd-Anstieg in der Verbreitung von Adipositas; diskutiert werden vor allem ökonomische Bedingungen. Weltweit betrachtet liegt die Prävalenz von Übergewicht bei ca. 10% und die von Adipositas bei 2 bis 3%. Die höchsten Prävalenzen werden für Amerika mit über 20% übergewichtigen Kindern und Jugendlichen und nahezu 10% adipösen Kindern und Jugendlichen berichtet. Generell lässt sich der Anstieg der Prävalenzen welt-

**Länder-
spezifische
Unter-
schiede
in der
Prävalenz**

**USA weist
besonders
hohe
Prävalenzen
auf**