

**Ärztliche Prävention am  
Beispiel von Übergewicht  
und Adipositas im Kindes-  
und Jugendalter**

Graf C, Starke D

*Blickpunkt der Mann 2009; 7 (3)*

16-19

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://www.kup.at/dermann)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH  
Verlag für Medizin und Wirtschaft  
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf  
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# Ärztliche Prävention am Beispiel von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

C. Graf, D. Starke

**Kurzfassung:** Übergewicht und Adipositas nehmen weltweit erheblich zu. Das betrifft nicht nur Erwachsene, sondern zunehmend auch Kinder und Jugendliche. Aktuell sind in Deutschland 9 % der Kinder übergewichtig, 6 % adipös. Bereits im Kindes- und Jugendalter finden sich die gleichen Folgeerkrankungen wie bei Erwachsenen. Daher sind präventive Gegenmaßnahmen dringend erforderlich. In der ärztlichen Praxis werden häufig entsprechende Empfehlungen gegeben, die aber nicht selten infolge der mangelnden Umsetzung zu Frustrationen der Akteure

führen. Das motivierende Interview stellt u. a. in der Gesundheitsförderung ein Handwerkszeug dar, das auch in der ärztlichen Betreuung effektiv eingesetzt werden kann. Neben den entsprechenden Techniken und Praxisbeispielen werden in diesem Artikel auch die aktuellen Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt.

**Abstract:** The prevalence of overweight and obesity is rising around the world in adults and children. In Germany, 9 % of the children are over-

weight, 6 % obese. Obesity causes or contributes to many comorbidities in adults and even in obese children and young adults. Therefore, preventive countermeasures are necessary. General practitioners often give appropriate advice, but are frustrated because of lacking realisation and success. The motivational interview for health behaviour change may offer a promising strategy. Besides these aspects and examples recent recommendations for nutrition and physical activity are presented. **Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (3): 16–9.**

## ■ Einleitung

Die Lebenserwartung ist gegenwärtig so hoch wie nie zuvor. Heute geborene Mädchen werden nach Schätzungen der WHO (2007) 82, Jungen 76 Jahre alt. Nach wie vor führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Mortalitätsstatistiken in Deutschland an. 2005 verstarben 58,5 % der Frauen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 41,5 % der Männer [1].

In der Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse, aber auch in der Therapie potenzieller Risikofaktoren wie Übergewicht, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck bzw. dem metabolischen Syndrom spielen lebensstiländernde Maßnahmen, insbesondere Nikotinkarenz, eine gesunde/ausgewogene Ernährung und körperliche Aktivität eine zentrale Rolle. Speziell Übergewicht/Adipositas kommt in jedem Lebensalter bei der Entstehung der o. g. Faktoren eine zentrale Bedeutung zu. In Deutschland sind derzeit etwa 50 % der Frauen, 70 % der Männer und 9 % der Kinder übergewichtig, 6 % adipös [2, 3]. Ohne Veränderung des Lebensstils bleiben je nach Alter bis zu 80 % der übergewichtigen Kinder auch im Erwachsenenalter übergewichtig [4].

Das Center of Disease Control ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)) in den USA geht von einer Zunahme adipöser Erwachsener innerhalb der letzten 20–30 Jahre um mehr als 50 % aus (Anstieg von 15 auf 32,9 %); bei Kindern und Jugendlichen sogar um fast das Dreifache. In den USA werden die Kosten für die damit verbundenen Folgeerkrankungen mit etwa 117 Milliarden Dollar beziffert. In Europa werden die Ausgaben für Adipositas auf etwa 6 % des gesamten Gesundheitssektors geschätzt.

Als wesentliche Ursachen gelten neben einer genetischen Disposition und einem geringen sozioökonomischen Status Bewegungsmangel und Fehlernährung. Frühzeitige und breitflächig umsetzbare Interventionen sind daher unbedingt erforder-

lich und aus (gesundheits-) politischer Sicht eines der wichtigsten Themenfelder, das zukünftig auch weiterhin immens an Bedeutung gewinnen wird.

Aktuell zeigt sich dies durch den Aufbau einer nationalen Task Force bzw. eines nationalen Aktionsplans „Ernährung und Bewegung“ seitens der Bundesregierung ausgehend vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bzw. dem Bundesministerium für Ernährung (BMELV).

## ■ Begriffsbestimmung und Problematik

Alternativ zu den Begriffen primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention werden aktuell die folgenden Ansätze diskutiert [5]:

- Universelle oder allgemeine Prävention
- Selektive Prävention
- Gezielte oder indizierte Prävention
- Gesundheitsförderung.

Die allgemeine Prävention richtet sich an möglichst viele Personen und verfolgt einen etwas breiteren Ansatz als die „reine“ Primärprävention, die eher der Vermeidung von Erkrankungen dient. Angesprochen sind Bevölkerungsschichten, die in ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden (noch) nicht beeinträchtigt sind und dementsprechend einen großen Benefit von vorbeugenden Maßnahmen haben. Gesundheitsförderung verfolgt einen noch breiteren Ansatz und wird zumeist nach der Ottawa-Charta von 1987 als ein Prozess zusammengefasst, der „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen“ soll. Die Bangkok-Charta von 2005 [6] erweitert die Ottawa-Charta um den Public Health-Aspekt und fordert mehr Investitionen in die Gesundheit innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens, eine nachhaltige (Gesundheits-) Politik von Staaten, Organisationen und dem Privatsektor sowie eine nachhaltige Finanzierungsbasis zur Gesundheitsförderung ein. Lebensräume, in denen Gesundheitsförderung/universelle Prävention stattfinden kann, werden als Setting bezeichnet. Sie gelten als räumlicher oder sozialer Kontext, in denen Menschen ihrem Alltag nachgehen, und in deren Verlauf umweltbezogene, organisatorische, personale Faktoren und Ressourcen zusammenwir-

Aus der Abteilung Bewegungs- und Gesundheitsförderung, Institut für Motorik und Bewegungstechnik, Deutsche Sporthochschule Köln

**Korrespondenzadresse:** PD Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf, Abteilung Bewegungs- und Gesundheitsförderung, Institut für Motorik und Bewegungstechnik, Deutsche Sporthochschule Köln, D-50933 Köln, Am Sportpark Müngersdorf 6; E-Mail: [c.graf@dshs-koeln.de](mailto:c.graf@dshs-koeln.de)

ken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen [7]. In der Gesundheitsförderung wird ein Setting als ein abgegrenztes soziales System bezeichnet, das zum Zwecke einer Gesundheitsförderungsintervention analysiert und definiert wird, respektive optimalerweise die Analyse aus sich selbst heraus vornimmt. Maßnahmen können auf das System als Ganzes abzielen (gesundheitsfördernde Schule) oder innerhalb des Systems umgesetzt werden, z. B. Ernährung und Bewegung in Kindertageseinrichtungen.

Seit Jahren gibt es eine Vielzahl an Initiativen, sei es innerhalb von Settings (z. B. Schulen), als individuelle Angebote von Krankenkassen oder *per definitionem* durch den Gesetzgeber (z. B. Nichtraucherschutzgesetz). Bislang werden diese aber selten auf der Basis eines theoretischen Modells entwickelt, dokumentiert und evaluiert. Einheitliche Bewertungskriterien liegen bislang nicht vor. Nur bei den wenigsten der in der Regel gut gemeinten Ansätze erfolgt vor der Durchführung eine Bedarfsanalyse oder liegen ein auf die Zielgruppen zugeschnittenes Konzept unter Einbeziehung der Individuen („Partizipation“) und für die Planung, Ausübung und Auswertung qualifizierte Akteure vor. Lediglich eine geringe Anzahl an Interventionen in den verschiedenen Lebensräumen wird veröffentlicht und damit anderen Akteuren zugänglich gemacht. Meist enden die Maßnahmen daher, wenn die wesentlichen Akteure mangels Finanzierung ausfallen und nicht mit viel Eigenengagement ihre Arbeit fortsetzen. Dadurch wird reihenweise das „Rad neu erfunden“, zahlreiche Projekte werden ohne Kenntnis vorgegangener ähnlicher Interventionen zwar mit viel Leidenschaft, aber zumeist eher durch übertriebenen Aktionismus initiiert („Projektitis“), erfolgreiche Interventionen geraten nach Ende der Förderung in Vergessenheit, durch mangelnde Transparenz werden möglicherweise Fehler wiederholt. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie Ressourcenknappheit sind Nachhaltigkeit und Verstetigung von theoretisch fundierten, qualitätsgesicherten und erfolgreichen Maßnahmen essenziell. Anstatt wiederholt einzelne Interventionen zeitlich begrenzt zu fördern, ist ein Transfer in die Fläche unter Einbeziehung und Beteiligung der Zielgruppen sowie Berücksichtigung sozialer, ökologischer und ökonomischer Gesichtspunkte gefordert. Erst durch die flächendeckende Umsetzung kann dauerhaft ein gesundheitsfördernder Lebensraum entstehen.

## ■ Umsetzung in der ärztlichen Praxis am Beispiel Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Ein mögliches Setting, in dem Prävention von Übergewicht und Adipositas stattfindet, stellen Arztpraxen dar. Allerdings wird in der ärztlichen Ausbildung dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention nur wenig Bedeutung beigemessen. Auch der Erfolg entsprechender praxisbezogener Interventionen ist bisher wenig untersucht worden. Walker et al. [8] beobachteten 1516 Teenager (ca. 14–15 Jahre alt). Davon wurden 304 durch ausgebildete Helferinnen über gesundheitsförderliches Verhalten beraten; 112 konnten nach drei Monaten nochmals untersucht werden. Dabei zeigte sich in der Interventionsgruppe, dass die Jugendlichen sich hinsichtlich Ernährung und Bewegung positiver entwickelten als diejenigen, die nicht beraten wurden. Nach zwölf Monaten war dieser Unterschied jedoch nicht mehr nachweisbar. Trotzdem

folgerten die Autoren, dass diese Maßnahme aufgrund der einfachen Umsetzung und kostengünstigen Anwendung zur Ausweitung ermuntern soll.

In einer Umfrage von Jelalian et al. [9] wurden 1243 Ärzte in den USA zu dieser Thematik befragt. Sie gaben an, kindliches Übergewicht häufig anzusprechen, auf die möglichen Folgeerkrankungen hinzuweisen und auch Lösungswege, z. B. mehr Bewegung etc. vorzuschlagen. Allerdings waren die meisten mit den Ergebnissen unzufrieden und frustriert [9]. Ein ähnliches Bild zeigte sich in einer Umfrage bei 318 US-amerikanischen Hausärzten, die bereits 1987 durchgeführt wurde (Rücklaufquote: 54 %) [10]. Die Einstellung gegenüber einem erhöhten Körpergewicht hing entscheidend von Berufserfahrung, Geschlecht und eigenem Gewichtsstatus ab. Normalgewichtige Ärzte waren beispielsweise eher von ihrer eigenen Vorbildfunktion überzeugt. Hauptsächlich wurden eine Kalorienreduktion (92 %), die Teilnahme bei Weight Watchers (84 %), Ernährungsberatungen (75 %) und aerobe Sportarten (75 %) empfohlen. Eine dänische Studie verglich den Effekt von Beratungen im Sinne eines motivierenden Interviews mit eher praxisorientierten Ernährungsberatungen bei Ökotrophologen jeweils über 12 Monate [11]. 339 adipöse Patienten (67 %) schlossen die Intervention ab. Im Anschluss an die Interventionen zeigte sich zwar eine höhere Gewichtsabnahme in der Gruppe, die von den Allgemeinmedizinern betreut wurde. Für die Beeinflussung der Adipositas betonten daher die Autoren den Nutzen der Ernährungsberatung.

Eine Vernetzung mit weiteren Fachrichtungen, z. B. Psychologen, Pädagogen und Ökotrophologen, insbesondere bei Risikogruppen mit höherem Beratungsbedarf, sowie zur Unterstützung der Weiterbildung von medizinischen Fachangestellten für Kinder und Kinderkrankenschwestern zu Präventionsassistentinnen erscheint daher sinnvoll [12].

Eine weitere mögliche Strategie, die sich für die Umsetzung in der Praxis anbietet, könnte neben den o. g. Maßnahmen das bereits angesprochene motivierende Interview bieten. Es dient als Handwerk für Gesundheitsförderer, z. B. (Sport-) Ärzte, Patienten zu dem Prozess der Lebensstiländerung zu motivieren bzw. zu begleiten [13]. Grundlage stellt eine dem eigenen aktuell umgesetzten Lebensstil gegenüber ambivalente Haltung des Patienten dar. Offen gestellte Fragen, aktives Zuhören, Empathie und unterstützende bzw. wertschätzende Haltung des Gegenübers sowie der flexible Umgang mit Widerstand sollen den Patienten zu einer nachhaltigen Änderung befähigen.

Schwartz et al. [14] konnten eine deutlich höhere BMI-Abnahme bei Kindern zeigen, die von zuvor in dieser Technik geschulten Ärzten und Diätassistenten betreut wurden. 94 % der teilnehmenden Eltern gaben an, mit Hilfe des motivierenden Interviews die Verhaltensweisen zu überdenken.

## ■ Allgemeine Ziele und Empfehlungen

Modifiziert nach Müller et al. [15] können folgende Ziele in der Prävention von Übergewicht angestrebt werden:

- Senkung der Adipositasinzidenz
- Senkung des mittleren BMI
- Verbesserung eines gesundheitsrelevanten Verhaltens/lebensstiländernde Maßnahmen
- Reduzierte Inzidenz möglicher Komorbiditäten
- Ausweitung möglicher Bewegungsräume (Fahrradwege etc.)

Diese Ziele können problemlos auch in das Erwachsenenalter übertragen werden. Von der Weltgesundheitsorganisation werden aktuell Public Health-Strategien gefordert, die sich sowohl an Individuen, Kommunen und Politiker richten. Als vorrangigste Zielgruppen werden Kinder und Jugendliche, schwangere Frauen und Personen mit einem geringen sozioökonomischen Status in den o. g. Settings definiert. Ärzte aus den entsprechenden Fachrichtungen spielen dabei eine wesentliche Rolle, z. B. Gynäkologen (Empfehlungen des Stillens) oder Kinder- und Jugendärzte im Rahmen von U-Untersuchungen. Diese Leistungen werden zumindest teilweise von Krankenkassen sogar als präventive Leistungen beworben. Auch Aktionen der Ärzte, z. B. das Siegel „Sport pro Gesundheit“, erfolgten gemeinsam mit dem Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer, bzw. setzt die AOK Rheinland/Hamburg bereits seit 1995 an mehr als 200 Grundschulen das Programm „Gesund macht Schule“ um, in dem u. a. Patenärzte, teils Schulärzte, in die Gestaltung von Gesundheitsunterricht bzw. Elternabenden involviert werden.

### ■ Ernährung und Bewegung

Im Folgenden sollen die Kernbotschaften bzw. wesentlichen Empfehlungen hinsichtlich Ernährung und Bewegung aufgeführt werden. Die Energiezufuhr spielt neben der körperlichen Aktivität eine entscheidende Rolle in der Entstehung von Übergewicht. Empfehlungen der American Heart Association sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Trotz der Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen kann derzeit noch nicht abschließend beantwortet werden, wie die körperliche Bewegung in Alltag und Freizeit bei Kindern qualitativ und quantitativ konkret ausgestaltet werden sollte. Die aktuell vorliegenden Empfehlungen der American Heart Association geben zwar orientierende Hinweise [17], die jeweiligen nationalen Gegebenheiten müssen aber berücksichtigt werden. Sicherlich werden für Deutschland die Daten des motorischen Teils aus dem Bundesgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt hilfreich sein. Trotzdem ist der Hinweis auf die Bedeutung der freien Bewegungszeit der Kinder unbedingt zu unterstreichen [18]. Das „Committee on Sports Medicine and Fitness and Committee on School Health“ [19] macht sehr differenzierte Vorschläge, um die körperliche Leistungsfähigkeit von Schulkindern zu verbessern:

- Sport- und Gesundheitsunterricht für Kindergarten- und Schulkinder so oft wie möglich, am besten täglich

**Tabelle 1:** Empfehlungen für Kinder > zwei Jahre und ihre Familien. Mod. nach [16].

- Ausgeglichene, an die körperliche Aktivität und Körpergröße angepasste Energiebilanz
- Täglich Obst und Gemüse; begrenzte Saftzufuhr
- Pflanzenöl und Margarine (geringer Anteil an gesättigten Fettsäuren und Trans-Fettsäuren) statt Butter oder anderen tierischen Fetten
- Vollkornbrot und andere Vollkornprodukte
- Reduktion gesüßter Getränke und Nahrungsmittel
- Fettarme bzw. -reduzierte Milch und Milchprodukte
- Fischkonsum (gebacken oder gekocht); v. a. ölhaltig
- Reduktion der Salzzufuhr, auch Salz von konservierten Lebensmitteln

- Schaffen entsprechender Rahmenbedingungen in Ausbildungsstätten
- Aus- und Fortbildungsangebote für Lehrer
- Zusätzliche Fördermaßnahmen und außerschulische Programme
- Information und Integration von Eltern und betreuenden Personen
- Integration von Kinder- und Jugendärzten und anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten, z. B. Diätassistenten

Als ein einfaches Mittel kann die so genannte Kinder-Bewegungspyramide eingesetzt werden [20], die in Anlehnung an die Pyramide für Erwachsene als Basis die Alltagsaktivitäten, in der Mitte moderate Aktivität und in der Spitze die intensiven Aktivitäten enthält. In kindgerechter Art und Weise soll das bewegungsarme und/oder übergewichtige Kind zu mehr Bewegung motiviert werden, während Inaktivität, insbesondere Fernsehen und Computerzeit, begrenzt wird (Tab. 2). Diese und ähnliche Medien (z. B. die Kinder-Ernährungspyramide AID) sind in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen gut einsetzbar. Der Effekt von kindergarten- und schulbasierten Programmen ist – zumindest – hinsichtlich einer Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit nachweisbar [21].

Möglicherweise kann so frühzeitig eine motorische Grundlage geschaffen und die Aktivität lebenslang beibehalten werden. Neben der Information und Sensibilisierung von Eltern, Erziehern und Lehrern bezüglich dieser Problematik sollten auch Kinder- und Schulärzte enger eingebunden werden, um frühzeitig Bewegungsmangel und Bewegungsmangel-assoziierte Symptome aufzudecken und therapeutisch zu beeinflussen. Eltern und Erzieher müssen ihrer Vorbildrolle gerecht werden. Kindergärten und Grundschulen, aber auch Wohngebiete sollten attraktive Bewegungsräume für Kinder bieten. Medien, insbesondere das Fernsehen, können eine Schlüsselrolle in der Erreichbarkeit von Kindern bzw. Familien spielen. So können Sportarten/Spiele vorgestellt werden, Kinder zum Bewegen durch Mitmachen angeregt werden etc. Bewegungspausen statt Werbepausen könnten zu einem Imagegewinn von Fernsehsendern beitragen. Als beispielhaft gilt die Sendung „LazyTown“, die in Island von dem Aerobic-Vizeweltmeister Magnus Scheving entwickelt wurde.

Ohne entsprechende Maßnahmen werden die möglichen Folgeerkrankungen von einem staatlichen Gesundheitssystem nicht mehr zu bewältigen sein. Daher ist die Beteiligung kommunaler Strukturen unbedingt erforderlich.

### ■ Fazit und Ausblick

In der europäischen Charta zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas werden neben der Unterstützung der Eigenverantwortung ganz klar politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen gefordert, die auf der Basis einer ausgewogenen Ernährung und gesteigerten körperlichen Aktivität deren Entstehung entgegenwirken sollen (Obesity conference report). Dies muss den kulturellen Besonderheiten angepasst werden und sollte auf Makro- und Mikroebene in verschiedenen Lebensräumen stattfinden. Besonders hohe Priorität haben Kinder und Jugendliche, aber auch Risikogruppen wie Menschen mit einem geringen sozioökonomischen Status.

**Tabelle 2:** Einteilung der Kinder-Bewegungspyramide sowie Beispiele; in Abhängigkeit der Intensität zählen die Aktivitäts-Beispiele zu moderaten oder intensiven Aktivitäten. (AID; [20])

	Täglich (in min.)	Intensität	Modifizierte Borg-Skala	Beispiele
Intensive Aktivitäten	2 x 15 = 30 min. gesamt	Schwitzen oder hecheln	≥ 6 = anstrengend	Schulsport, Vereinsaktivität, Freizeitaktivitäten mit der Familie oder Freunden wie Schwimmen, Inlineskaten, Verstecken etc.
Moderate Aktivitäten	4 x 15 = 60 min. gesamt	Nicht schwitzen oder hecheln	3–5 = etwas anstrengend	Wegstrecken wie zur Schule gehen oder mit dem Fahrrad oder Roller fahren; Hausarbeit, z. B. Laubkehren, Staubsaugen, Zimmer aufräumen
Inaktivität	6–12 Jahre: max. 4 x 15 min. > 12 Jahre: max. 4 x 30 min.	—	—	Fernsehen, Computer, Playstation

Diese politische Ebene ist sicherlich wünschenswert und absolut notwendig. Deutlicher aber als entsprechende Empfehlungen ist jedoch der Gesetzgeber gefragt, um z. B. die Schaffung entsprechender Bewegungsräume zu fördern, eine Beschränkung der Werbung für Kinder durchzusetzen und beispielsweise so genannte „Kinder-Lebensmittel“ etc. zu unterstützen, die – im Sinne der Verhältnisprävention – verhaltenspräventive Maßnahmen darstellen. Die Wirtschaft muss sich ihrer Verantwortung bewusst werden und sich nicht durch Taktieren, z. B. „No fat“-Slogans auf zuckerhaltigem Weingummi, „weniger Fett“ in frittierten Kartoffelscheiben, dies auch noch zunutze machen. Dies sind nur Beispiele, die die Schwierigkeiten erfolgreicher Gegenmaßnahmen aufzeigen. Bislang ist kein Königsweg der Prävention bekannt, Angebote sind eher selten transparent und werden meist durch einzelne Personen oder Gruppen ehrenamtlich unternommen. Eine dauerhafte Finanzierung, die breitere Umsetzung und eine Verstärkung sind daher nur bedingt möglich. In NRW wird zurzeit im Auftrag des Gesundheitsministeriums (MAGS) ein Leitfaden zur Qualitätssicherung in der Prävention erarbeitet, der sich zwar zunächst an Programme richtet, die für Kinder und Jugendliche unternommen werden, letztendlich jedoch auch für präventive Angebote für Erwachsene geeignet ist. Wesentlicher Inhalt ist die schrittweise Heranführung an eine qualitätsgesicherte Entwicklung von Maßnahmen und deren Umsetzung unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien der Präventions-AG der AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter). Aber auch in der ärztlichen Praxis können – basierend auf aktuellen Empfehlungen – die Kernbotschaften an betroffene Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene weitergegeben werden.

**Literatur:**

- Löwel H, Meisinger C. Epidemiologie und demographische Entwicklung am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen in Deutschland. *Medizinische Klinik* 2006; 101: 804–11.
- Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E. Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984–2003. *Bundesgesundheitsblatt* 2005; 48: 1348–56.
- Kurth BM, Schaffrath-Rosario A. [The prevalence of overweight and obese children and adolescents living in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 250: 736–43.
- Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel

- KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 869–73.
- WHO. Obesity. Preventing and managing a global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series, Geneva, 2000.
- Bangkok Charta. 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion in Bangkok Thailand. August 11, 2005.
- WHO. The World Health Report. Geneva, 1998.
- Walker Z, Townsend J, Oakley L, Donovan C, Smith H, Hurst Z, Bell J, Marshall S. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 524–9.
- Jelalian E, Boergers J, Alday CS, Frank R. Survey of physicians attitudes and practices related to pediatric obesity. *Clin Pediatr* 2003; 42: 235–45.

**Relevanz für die Praxis**

Zunehmendes Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter stellen eine erhebliche Herausforderung auch für den ärztlichen Alltag dar. Sowohl in der Prävention als auch der Therapie können Ärzte auf Basis aktueller Empfehlungen aber eine entscheidende Rolle spielen. Als Technik dient beispielsweise das motivierende Interview.

- Price JH, Desmond SH, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. Family practice, physician's belief, attitudes, and practices regarding obesity. *Am J Prev Med* 1987; 3: 339–45.
- Willaing I, Iadelund S, Joergensen T, Simonsen T, Nielsen LM. Nutritional counselling in primary health care: a randomized comparison of an intervention by general practitioner or dietician. *Eur J Cardiovasc Prev Rehab* 2004; 11: 513–20.
- Lob-Corzilius T. Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin. *PRAXIS* 2005; 8: 9–10.
- Levensky ER, Forchimes A, O'Donohue WT, Beitz K. Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *Am J Nurs* 2007; 107: 50–8.
- Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF, Sullivan S, Rockett H, Thoma KA, Dumitru G, Resnicow KA. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 495–501.
- Müller MJ, Reinehr T, Hebebrand J. Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Dtsch Arztebl* 2006; 103: A334–A340.

- Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH, Rattay KT, Steinberger J, Stettler N, Van Horn L. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners: consensus statement from the American Heart Association. *Circulation* 2005; 113: 2061–75.
- Kavey REV, Daniels SR, Lauer RM, Atkins DL, Hayman LL, Taubert K. American Heart Association Guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Circulation* 2003; 107: 1562–6.
- Dordel S. Bewegungsförderung in der Schule. 4. Aufl. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 2003.
- Committee on Sports Medicine and Fitness and Committee on School Health. Physical fitness and activity in schools. *Pediatrics* 2000; 105: 1156–7.
- Graf C, Koch B, Jaeschke R, Dordel S. Die Kinder-Bewegungspyramide. *Academia-Verlag*, Bonn, 2005.
- Graf C, Koch B, Falkowski G, Jouck S, Christ H, Staudenmaier K, Tokarski W, Gerber A, Predel HG, Dordel S. School-based prevention – effects on obesity and physical performance after 4 years. *J Sports Sci* 2008; 26: 987–94.

**PD Dr. med. Dr. sportwiss. Christine Graf**

Geboren 1967. 1986–1993 Medizinstudium an der Universität zu Köln. Vorsitzende des Sportärztesbunds Nordrhein, Leiterin der Arbeitsgemeinschaft Prävention in der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Seit Mai 2008 Leiterin der Abteilung Bewegungs- und Gesundheitsförderung am Institut für Motorik und Bewegungstechnik an der Deutschen Sporthochschule Köln. Forschungsgebiete: Ernährungs- und Sportmedizin, körperliche Aktivität in der Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen und Übergewicht und Adipositas, Kinder- und Jugendsportmedizin, Umsetzung präventiver Programme in Kindergärten und Schulen (KIMO, CHILT).



# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)