



Gesundheit  
aktiv  
fördern

# STADTPUNKTE

ISSN 1860-7276

Aktuelle Informationen der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg Nr. 1 Februar 2007

Editorial



Die Frage „Bin ich eigentlich zu dick?“ hat sich wohl jede/r schon einmal gestellt und besonders nach üppigen Festtagen den Vorsatz gefasst etwas weniger zu essen.

In der Regel stehen bei der Frage nicht die gesundheitlichen Folgen von Übergewicht im Vordergrund, sondern das Aussehen, die Mode und die Wirkung auf andere. Das Aussehen und damit auch das Gewicht sind wichtig für Anerkennung und Erfolg, sowohl im Berufsleben als auch im privaten Bereich. Leicht kann daraus eine fast krankhafte Körperwahrnehmung entstehen, die durch die Attribute jung, schön und schlank der Mode- und Werbewelt fatale Folgen haben kann, insbesondere für junge Frauen.

Im Themenschwerpunkt dieser Ausgabe finden Sie Informationen zu Schönheit und Körperwahrnehmung sowie Beiträge zu Übergewicht und Essstörungen.

Am 23. März 2007 findet die Fachtagung „Gewichtige Essstörung“ statt, Informationen dazu finden Sie auf Seite 22.

Der diesjährige Weltgesundheitstag am 7. April 2007 steht unter dem Motto „Gesund bleiben – sich vor Infektionskrankheiten schützen“. In den Gesundheitsämtern der Bezirke, dem Institut für Umwelt und Hygiene, dem Institut für Infektiologie und dem Bernhard-Nocht-Institut finden in der Woche vom 16. bis 20.4.2007 u. a. Vorträge zum Impfen, Infektionsschutz, reisemedizinische Impfberatungen statt. Informationsflyer werden ab Mitte März vorliegen.

Die nächste Ausgabe wird sich im Themenschwerpunkt mit der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien befassen. Wie immer freuen wir uns über Ihre Beiträge, Anregungen und Informationen.

Redaktionsschluss ist der 12. März 2007.

Margrit Schlankardt & Team

## Inhalt

- 1 Editorial
- 2 Das Thema
- 2 Coffee to go
- 2 Schau mich an!
- 3 Was heißt hier zu dick?
- 6 Die Verbreitung von Übergewicht bei Kindern ...
- 7 Das Problem der Ernährungsprävention
- 9 Übergewicht – eine Essstörung?
- 10 Essstörungen
- 12 Essstörungen im Kindes- und Jugendalter
- 13 Essen – ein bewegtes Thema
- 15 Kein Schönheitswahn bei Jugendlichen
- 16 HAG – aktiv
- 16 Kitas fit für die Zukunft
- 16 Schutzengel gesucht
- 17 Aktivitäten des Regionalen Knoten
- 18 Wettbewerb Gesunde Schule ...
- 19 Fit und mit Power durch den Tag
- 19 Arbeitskreise
- 19 Gut zu wissen
- 26 Mediothek
- 26 Impressum
- 28 Termine

DAS  
THEMA  
DER  
STADTPUNKTE



**Z**u dick? Zu dünn?  
Ess-Störungen und  
Körperwahrnehmung





Foto: privat

## Kolumne

### Coffee to go

**W**ieso treffe ich morgens in der U-Bahn eigentlich immer mehr Menschen, die einen Pappbecher in der Hand haben und aus einer Tüte frühstücken? Haben die alle keinen Partner oder keine Partnerin, mit dem/der sie gemeinsam in der Wohnung frühstücken und den Tag beginnen lassen? Oder haben die alle keine Zeit mehr und müssen jede Minute nutzen, um sich irgendwie etwas Essbares zuzuführen, egal was, Hauptsache es füllt den Magen? Oder ist Essen in der U-Bahn oder im Laufen einfach trendy und ich bin eben hoffnungslos altmodisch? Ich weiß es nicht.

Aber ich bin mir sicher, dass gesunde Ernährung nicht in erster Linie eine Frage der Aufklärung ist, was gesund ist und auch schmeckt. Die meisten Menschen wissen, dass zu viel fette und salzige Nahrung ungesund ist. Das es besser ist, Obst und Gemüse zu essen. Aber trotzdem greifen sie lieber zu Pommes und Schokoriegel, oder essen Kartoffelchips statt Kar-

toffeln. Kalorienreiche Nahrung und wenig Bewegung, das ist ein ziemlich sicherer Weg zu künftiger Krankheit.

Fehlernährung ist die eine Seite eines Mangels im Überfluss. Die andere ist eine fast krankhafte Körperwahrnehmung, die zu falscher Ernährung führt. Die Werbewelt ist jung, schön und schlank. Wer sein eigenes Selbstbewusstsein daraus gewinnt, wie ihn andere tatsächlich oder vermeintlich wahrnehmen – das tun wir ein Stück weit alle und das ist auch normal, weil wir soziale Menschen sind und uns immer auch über andere definieren – der kann durch immer neue Diäten oder Hungerkuren sich selber krank machen.

Im Grunde ist es paradox: Falsche Ernährung im Überfluss. Keine Frage, es gibt auch eine – wachsende! – armutsbedingte Fehlernährung. Wer weniger Geld hat, hat weniger Wahlmöglichkeiten. Frisches ist in der Regel teurer als Lebensmittel, die abgepackt und lange lagerfähig sind. Aber auch das muss nicht so sein. Man kann auch billig einkaufen und sich gut ernähren. Die HAG hat einen Kochkurs in einer Wohnunterkunft für Frauen gemacht. Mit tollem Erfolg. Aber es war eben nicht nur die Wissensvermittlung entscheidend für die Bereitschaft, sich anders und gesünder zu ernähren, sondern das gemeinsame Erlebnis, eine Mahlzeit vorzubereiten und in der Gruppe zu essen, dabei Freude zu empfinden, eben mit Lust zu essen.

Gesunde Ernährung ist nur ein Element einer gesunden Lebensführung, sie muss eingebettet sein in Familie oder Freundeskreis, in der gemein-

sames Essen eben auch Kommunikation ist. „Lass uns mal zusammen einen Kaffee trinken!“, das ist doch keine Aufforderung, gemeinsam den Durst zu löschen, sondern miteinander zu reden. Also: Gesunde Ernährung muss eingebettet sein in einen Lebensstil, der Essen als Genuss sieht, der aber dann auch bewusst auswählt, was gut schmeckt, ohne zu den Dickmachern zu gehören. Wenigstens meistens. Mal das Stück Torte oder die Schokolade ist nicht das Thema, aber nur Big Mac und Pizza, das ist das Problem. Nicht „coffee to go“, sondern die bewusste und „zelebrierte“ Zwischenmahlzeit muss die Regel sein.

Nie war die Auswahl von Nahrungsmitteln so groß, nie zuvor gab es so viele gute Möglichkeiten, sich gesund zu ernähren. Wir müssen aber ein gesellschaftliches Klima in Familie, in Kindergarten und Schule und an der Arbeitsstelle schaffen, das gesundes Essen in den Mittelpunkt stellt.

Das andere Extrem zu gesunder Ernährung ist Essen als Akt der Selbsterstörung: Magersüchtigkeit, die einem verfehlten Schönheitsideal nachstrebt, oder Fressattacken, denen ein Erbrechen folgt. Oder eben auch krankhaftes Übergewicht. Krank ist in diesen Fällen häufig die Seele. Hier wird am deutlichsten, dass Essen immer auch zum Ausdruck bringt, was mit uns und unserer Umgebung ist. Esskultur, der Begriff bringt es gut auf den Punkt, das ist immer etwas Soziales.

Kontakt:

Prof. Dr. Leonhard Hajen  
HAG-Vorsitzender

### Schau mich an!

**S**ie trainieren und sie hungern. Sie legen sich unters Messer. Sie geben ein Vermögen für Kosmetik und Klamotten aus. Sie behängen sich mit Schmuck, malen sich an, stechen sich Löcher in den Bauchnabel und sonst wohin. Ein Zeitgeist-Phänomen? Nicht nur. In allen Kulturen und zu allen Zeiten haben Menschen ihre Körper verändert, gestylt, hergerichtet. Und das alles nur, um schön zu sein. Aber: Was ist eigentlich schön?

Der menschliche Körper durfte noch nie einfach so bleiben, wie er ist. Schon die alten Griechen bewunderten die hart trainierten Muskeln der

Männer, und im alten China galten Frauen nur als schön, wenn sie ihre Füße verkrüppelten. Es braucht offenbar keine Schönheitsindustrie und keine Massenmedien, damit der Körper bestimmten Idealen unterworfen wird. Auch wenn sich die Vorstellungen von dem, was schön ist, immer wieder verändern – klar ist: es gibt sie, und kein Mensch kommt sozusagen „ungeschoren“ davon.

Kein Wunder, dass Menschen schön sein wollen. Wer schön ist, ist auch erfolgreich, findet leichter Freunde, hat mehr Chancen im Beruf, das haben soziologische Studien

erwiesen. Doch besteht das Streben nach Schönheit wirklich nur darin, sich Konventionen anzupassen, dem gesellschaftlichen Druck nachzugeben? So einfach ist es auch wieder nicht. „Ich tue das für mich selber“, sagen die meisten Frauen, wenn sie sich ihrer Schönheit widmen, „es geht mir darum, meinen individuellen Stil zu finden, ich will mir vor allem selbst gefallen.“ Und irgendwie haben sie auch Recht damit.

Denn das genau ist der Witz an der Schönheit: Sie ist immer ein Wechselspiel zwischen subjektivem Urteil und der gesellschaftlichen



Norm. Sich einfach nur anzupassen, quasi ohne jede Individualität, funktioniert nämlich nicht. Wenn alle Frauen gleich groß, gleich dünn, gleich blond und langhaarig sind, wird's langweilig – weil man dann all die Jennifers, Christinas und Angelinas kaum noch auseinander halten kann. Die Fernsehwelt ist manchmal ja fast schon so weit.

Die Gefahr, dass Schönheit austauschbar wird (und damit keine mehr ist), ist heute größer geworden, weil sich Macken und Abweichungen von der Norm so gut ausbügeln lassen wie noch nie – der Schönheitschirurgie sei Dank. Niemand muss so bleiben, wie Gott ihn oder sie geschaffen hat; Schönheit ist nicht ein Geschenk der Natur, sondern die Frucht harter Arbeit und Disziplin. Höchstens noch eine Frage des Geldes. Aber prinzipiell ist alles machbar, wer hässlich bleibt, ist selber schuld. Viele kritisieren den Druck, der dadurch gerade auf jungen Frauen lastet. Und zunehmend auch auf Männern: Sie mussten in früheren Zeiten nicht unbedingt schön sein, Macht und Reichtum machten sie ebenfalls anziehend. Heute hat sich das relativiert: Auch Männer dürfen sich nicht mehr jede Hässlichkeit erlauben.

Die monotheistischen Religionen sind traditionell der äußerlichen, körperlichen Schönheit gegenüber eher skeptisch eingestellt. Vor allem der Frauen. Fromme Christinnen durften sich früher nicht schminken,

keinen Schmuck anlegen, mussten schlichte Kleidung tragen, um nicht die Aufmerksamkeit der Männer auf sich zu ziehen. Genauso begründen viele muslimische Theologen heute das Kopftuch. Auch im orthodoxen Judentum sollen Frauen lange Röcke und dicke Strümpfe tragen. Der Grund ist immer derselbe: Schönheit, vor allem die Schönheit der Frauen, ist haarscharf an der Grenze zur Sünde.

Dabei ist sie einfach auch eine Form der Kommunikation: Wer sich „schön macht“, sendet eine Botschaft aus: Ich will dir gefallen. Ich will dir etwas von mir zeigen. Wer sich um die eigene Schönheit kümmert, macht sich

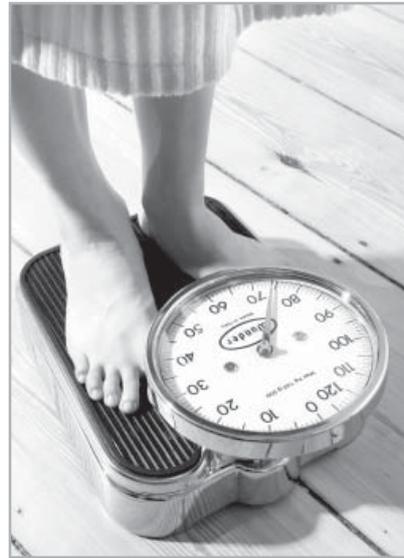


Foto: DAKWigger

Gedanken darüber, wie das eigene Ich der Welt präsentiert werden soll. Es geht darum, Beziehungen herzustellen.

Das Streben nach Schönheit sagt nichts anderes als: Schau mich an!

Nur „für sich selbst“ schön zu sein ist vielleicht nicht unmöglich, auf jeden Fall ist es sinnlos. Schon der Philosoph Kant hat festgestellt, dass es zwar keine Regel geben kann, „nach der jemand genötigt werden sollte, etwas für schön anzuerkennen. Ob ein Kleid, ein Haus, eine Blume schön sei: dazu lässt man sich sein Urteil durch keine Gründe oder Grundsätze aufschwätzen. Man will das Objekt seinen eigenen Augen unterwerfen – und dennoch, wenn man den Gegenstand alsdann schön nennt – glaubt man, eine allgemeine Stimme für sich zu haben, und erhebt Anspruch auf die Bestimmung von jedermann.“

Schönheit lässt sich also nicht definieren. Und trotzdem wissen wir meistens ziemlich genau, ob etwas schön ist oder nicht. Das ist zwar ein subjektives Gefühl, aber wir meinen doch irgendwie, dass es auch für andere gelten müsste. Und genau darum geht es: darüber zu urteilen, was schön ist und was hässlich. Wer dieses Urteil an die Modeindustrie delegiert, wird langweilig und austauschbar. Wer sich um Schönheit hingegen gar nicht schert, bleibt vermutlich ziemlich einsam.

Dr. Antje Schrupp

Quelle: Evangelisches Frankfurt, Nr. 2/2006

## Was heißt hier zu dick?

**A**ngewöhnlich ist jeder zweite Deutsche zu dick. Doch sind ein paar Pfunde mehr auf der Waage wirklich so schädlich? Und wer legt eigentlich fest, was normal, dick oder dünn ist?

Vor gut einem Jahr erklärten amerikanische Wissenschaftler Übergewicht zur Todesursache Nummer eins. Angeblich würden durch Übergewicht und Fettleibigkeit mehr US-Bürger sterben als durch Zigarettenrauch. Die Forscher des Centers for Disease Control machten erhöhtes Körpergewicht für über 400.000 Todesfälle pro Jahr verantwortlich. Zur gleichen Zeit startete die US-Regierung eine neue Anti-Fett-Kampagne. Doch bald schon wurden Zweifel an den Zahlen laut. Eine Untersuchungskommission wur-

de eingesetzt und neue Berechnungen angestellt. Bereits nach einigen Monaten mussten die Forscher die Zahlen deutlich nach unten korrigieren. Die neuen Auswertungen ergaben, dass nur gut 120.000 Todesfälle pro Jahr mit zu hohem Körpergewicht in Zusammenhang gebracht werden können. Und das auch nur, wenn die Betroffenen deutlich fettleibig waren, das heißt einen Body Mass Index (BMI, siehe Kasten) von über 35 hatten. Personen, die nur leicht übergewichtig waren, sprich einen BMI von 25-30 hatten, lebten sogar besonders lang.

Deutsche Wissenschaftler kamen in der Düsseldorfer Obesity Mortality Study zu einem ähnlichen Ergebnis. Erst bei deutlicher Fettleibigkeit stieg das Risiko, an Herz-Kreislauf-Er-

krankungen oder Krebs zu sterben. Bei Männern nahm das Risiko erst ab einem BMI von 36 deutlich zu. Bei Frauen konnten die Forscher überhaupt erst ab einem BMI von 32 einen Zusammenhang zu Todesfällen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen nachweisen. Für Krebserkrankungen stellten die Forscher nur bei extrem übergewichtigen Frauen ein erhöhtes Sterberisiko fest.

### Gewicht nach Formel

Seit Mitte der 1990er Jahre wird weltweit der Body Mass Index, kurz BMI, zur Beurteilung des richtigen Körpergewichts herangezogen. Mit dieser Kennzahl für das Verhältnis von Gewicht zu Körpergröße werden Erwachsene in unter-, normal- und übergewichtig oder adipös eingeteilt.

# Das Thema



Die Formel löste den bis dahin gültigen Broca-Index ab. Der BMI wurde zwar schon vor 150 Jahren entwickelt, doch erst vor rund zehn Jahren von der Weltgesundheitsorganisation WHO aus der Schublade gezogen.

Urheber der Formel ist der belgische Mathematiker und Astronom Adolphe Quetelet (1796 –1874). Ihm ging es nicht darum, Übergewichtige zu ermitteln, sondern er wollte zu statistischen Zwecken eine Formel für einen durchschnittlichen Menschen entwickeln. Im Laufe der Jahre legten verschiedene Expertenrunden in so genannten Konsensuskonferenzen fest, ab welchem BMI jemand als übergewichtig beziehungsweise untergewichtig eingestuft wird. Während zunächst ein Index bis 27 als akzeptabel galt, senkte die WHO Ende der 1990er Jahre den Wert für Normalgewicht auf durchschnittlich 24,9. Für Männer gilt eine Spanne zwischen 20 und 24,9 als ideal, für Frauen liegt sie zwischen 18,5 und 24. Jeder, der einen Index von 25 und mehr erreicht, gilt seither als übergewichtig. Diese Bewertung ließ die Zahl der Übergewichtigen gewaltig in die Höhe schnellen, so dass die WHO seitdem von einer weltweiten Epidemie spricht.

Der Body Mass Index berechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Metern:

$$\text{BMI} = \text{kg}/\text{m}^2$$

Mit zunehmendem BMI in der Bevölkerung legte die WHO verschiedene Grade von Adipositas fest (siehe Tab. 1). Doch die Einteilung ist umstritten. Da es keine einheitlichen und eindeutigen Daten gibt, beruht die Festlegung von Übergewicht letztendlich nur auf Schätzungen und Hochrechnungen. Selbst die Daten einer amerikanischen Versicherungsgesellschaft aus den 1950er Jahren werden noch herangezogen. Um die Prämien für Lebensversicherungen zu berechnen, verglich die Gesellschaft damals die Lebensdauer ihrer Versicherten mit dem Gewicht zu Beginn der Versicherung. Zu diesem Zeitpunkt waren die Versicherten jedoch noch sehr jung und die Gewichtsangaben – weil mal mit, mal ohne Kleider – eher ungenau.

Klassifikation	BMI
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht	25,0 – 29,9
Adipositas Grad I	30,0 – 34,9
Adipositas Grad II	35,0 – 39,9
Adipositas Grad III	> 40

Tab. 1: WHO-Klassifikation des Body Mass Index (BMI)

## Wachsendes Problem bei Kindern

Während bei Erwachsenen das Übergewicht einheitlich über den BMI bestimmt wird, lassen sich für Kinder und Jugendliche keine festen Werte angeben. Denn hier ändert sich durch Wachstum und Pubertät die Körperzusammensetzung so stark, dass Alter und Geschlecht besonders berücksichtigt werden müssen. Um festzustellen, ob ein Kind übergewichtig oder adipös ist, beziehen Kinderärzte daher den BMI auf alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte, die in Perzentilen eingeteilt sind. Ein BMI auf der 90. Perzentile bedeutet beispielsweise, dass 90 Prozent der Kinder gleichen Alters und Geschlechts leichter sind als das betreffende

Kind. Oberhalb der 90. Perzentile gelten Kinder als übergewichtig, über der 97. Perzentile als adipös.

Genauere Angaben darüber, wie viele Kinder und Jugendliche in Deutschland zu dick sind, liegen nicht vor. Die verfügbaren Zahlen schwanken stark, da die Daten bisher weder auf einem einheitlichen Bezugssystem noch flächendeckend erhoben wurden. Die Arbeitsgemeinschaft für Adipositas schätzt, dass heute jedes fünfte Kind und jeder dritte Jugendliche übergewichtig ist. Ungefähr vier bis acht Prozent der Schulkinder gelten als adipös. Wissenschaftler gehen davon aus, dass die Zahlen künftig weiter steigen.

## BMI ist nur ein Anhaltspunkt

Die BMI-Formel ist so griffig und bequem zu berechnen, dass in vielen Veröffentlichungen und statistischen Erhebungen außer Acht gelassen wird, dass der BMI nur einen ungefähren Anhaltspunkt zur Beurteilung des Körpergewichts liefert. Um festzu-

stellen, ob jemand wirklich zu viele Pfunde mit sich herumschleppt, müssen weitere Parameter herangezogen werden. Einer der wichtigsten ist der Anteil an Fettgewebe im Körper. Leistungssportler mit viel Muskelmasse können beispielsweise schnell einen BMI von 25 überschreiten, ohne dass sie jemand als übergewichtig bezeichnen würde. Bei sehr kleinen und sehr großen Menschen stößt die Formel ebenfalls an ihre Grenzen und wird ungenau. Bei kleinen Menschen mit normaler Figur liefert der Index eher zu niedrige Werte und bei sehr großen Personen zu hohe. Für Asiaten mit ihrem kleinen, eher leichten Körperbau müssten daher andere Einteilungen gelten als etwa für tendenziell kräftig gebaute Afroamerikaner.

Auch die Verteilung des Fettes spielt eine entscheidende Rolle. So



Foto: DAK/Kohlbecher

ist das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen höher, wenn sich die Fettzellen am Bauch ansiedeln, wie bei den so genannten Apfelformen. Fettpolster an Hüfte und Oberschenkel, wie sie bei Birnentypen vorkommen, sind dagegen weniger problematisch. Denn die Fettzellen am Bauch sind wesentlich stoffwechselaktiver und setzen mehr Fettsäuren frei, die das Herzinfarkttrisiko erhöhen können. Frauen mit Polstern an den Hüften kommen sich zwar häufig zu dick vor, sind aber aus medizinischer Sicht nicht besonders gefährdet. Bewertet wird das Verhältnis von Taillen- und Hüftumfang mit der Waist to Hip Ratio (WHR = Taillen-/Hüftumfang). Von einem Apfelform spricht man bei Männern ab einem Wert über 1,0 und bei Frauen über 0,85. Liegt der Wert unter 1,0 (Männer) bzw. 0,85 (Frauen) handelt es sich um einen Birnentyp.

## Rundliche Senioren leben länger

Das Alter darf bei der Beurteilung



des Gewichts ebenfalls nicht vernachlässigt werden. Denn im Laufe des Lebens nimmt bei den meisten Menschen das Gewicht bis zum Ende des sechsten Lebensjahrzehnts leicht, aber stetig zu. Ein Grund dafür ist, dass die Muskelmasse des Körpers mit zunehmenden Alter ab- und der Fettanteil zunimmt. Dadurch sinkt der Energiebedarf. Denn Muskeln benötigen relativ viel Energie, Fettzellen hingegen verbrennen nur wenig. Dementsprechend verbraucht ein über 50-jähriger Mensch etwa 200-300 Kalorien weniger als ein junger. Da sich die Essgewohnheiten im Alter meist nicht ändern, können sich schnell ein paar Pfunde mehr ansammeln. Zudem führt die Abnahme der Körperlänge mit zunehmendem Alter zu höheren BMI-Werten. Bei 70 Jahre alten Männern erhöht sich der BMI dadurch um durchschnittlich 0,7 Punkte, bei Frauen sogar um 1,6. Dieser altersbedingte Anstieg darf nicht als gesundheitsschädliche Gewichtszunahme fehlinterpretiert werden.

Möglicherweise hat höheres Gewicht im Alter sogar einen biologischen Sinn. Verschiedene Studien haben festgestellt, dass ein paar Pfunde mehr auf den Rippen älteren Menschen ganz gut tun. So hatten 60- bis 69-jährige Männer die höchste Lebenserwartung, wenn sie einen BMI von 26 aufwiesen, bei Frauen derselben Altersklasse zeigte sich ein BMI von knapp über 27 als günstig. Wenn im Alter langwierige Krankheiten oder Appetitmangel auftreten, können etwas üppiger ausgestattete Senioren besser von ihren Reserven zehren. Das nationale Forschungsinstitut der USA hat daher bereits 1989 eine BMI-Einteilung empfohlen, die das Alter berücksichtigt (siehe Tab. 2). Bei 65-Jährigen halten die Forscher einen BMI von 24-29 für optimal.

Solche Zahlenspiele mögen für den Einzelnen unbedeutend sein, sie haben jedoch weit reichende wirtschaftliche Folgen. Denn je größer die Zahl der Übergewichtigen ist, desto mehr Anti-Fett-Pillen und Formulapräparate werden verkauft.

Alter (Jahre)	BMI
19 – 24	19 – 24
25 – 34	20 – 25
35 – 44	21 – 26
45 – 54	22 – 27
55 – 64	23 – 28
ab 64	24 – 29

*Tab. 2: Einteilung des idealen Body Mass Index nach Alter*  
National Research Council USA, 1989

Ein gigantischer Markt: Das verschreibungspflichtige Xenical ist das acht-wichtigste Medikament des Baseler Arzneimittelkonzerns Roche. Über eine Milliarde Schweizer Franken erwirtschaftet der Pharmariese jährlich mit der Abnehmpille. Auf rund eine Milliarde Euro Umsatz kommt der Konzern Unilever mit seiner Tochtergesellschaft Slim Fast Foods, die überwiegend das Abheimpulver Slim Fast vermarktet. Die Pharmaindustrie ist zudem der größte Förderer und Geldgeber von Studien zur Adipositasforschung. Diese Verflechtung lässt kritische Wissenschaftler an der Seriosität zahlreicher Ergebnisse zweifeln



Foto: DAK

### Nicht jedes Kilo schadet

Dass starkes Übergewicht zu erheblichen gesundheitlichen Schäden führen kann, gilt mittlerweile als erwiesen. Von Diabetes Typ II über Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Gelenksbeschwerden bis hin zu bestimmten Krebsarten reicht die Liste der Erkrankungen, die von Übergewicht begünstigt oder gar verursacht werden. Doch ab wann genau das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und anderes ansteigt, darüber sind sich Wissenschaftler im Unklaren. Insbesondere bei mäßigem Übergewicht mit einem BMI von 25 bis 30 scheint es unsicher, ob dies überhaupt gewichtsbedingte Schäden auslöst. Verschiedene Studien kommen zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen. Individuelle Faktoren wie Veranlagung, Lebensstil, Gesundheitsverhalten und Alter haben hier vermutlich einen großen Einfluss. Eine körperlich aktive Frau mit einem BMI von 29, die sich vernünftig ernährt, hat sicher ein geringeres Erkrankungsrisiko als

eine inaktive Raucherin mit einem BMI von 20. Allgemeine Aussagen, wie jedes Kilo zu viel bedeute eine schleichende Gesundheitsgefahr, sind daher schlicht falsch. Die nationale Gesundheits- und Verzehrsstudie der USA (NHANES) ergab sogar, dass Personen mit einem BMI von 25 bis 30 im Schnitt etwas länger leben als Normalgewichtige. Anstatt streng aufs Gewicht zu schauen, sollten daher die gesamten Lebensumstände eines Menschen betrachtet werden. Weitgehend einig sind sich die Mediziner allerdings, dass ein BMI von über 30 früher oder später zu Gesundheitsschäden führt.

### Jeder zweite oder jeder fünfte übergewichtig?

In populären Veröffentlichungen liest man häufig, jeder dritte oder gar jeder zweite Deutsche sei übergewichtig. Seriöse Berichte kommen jedoch zu weniger dramatischen Ergebnissen. Wie viele Deutsche nun wirklich übergewichtig sind, ist letztendlich Definitionssache. In der Fachliteratur kursieren verschiedene Tabellen, in denen mal bei einem BMI von 25 und mal bei einem Index ab 30 von Adipositas gesprochen wird. Auch Begriffe wie leichtes Übergewicht, moderate Adipositas oder schwere Fettleibigkeit werden nicht einheitlich benutzt. Die meisten Mediziner gehen davon aus, dass erst ab einem BMI von 30 mit gesundheitlichen Schäden zu rechnen ist. Daher erscheint es sinnvoll, auch erst ab diesem Wert von Adipositas zu sprechen.

Bremer Gesundheitswissenschaftler haben bei knapp 22 Prozent der Bevölkerung, also gut jedem fünften Deutschen, eine moderate Adipositas mit einem BMI von 30 und mehr ermittelt. Mit 27 Prozent sind ältere Bürger zwischen 60 und 69 Jahren besonders häufig betroffen. 25- bis 29-Jährige sind dagegen nur zu 7,5 Prozent adipös. Eine starke Adipositas mit einem BMI von über 35 weisen rund 6 Prozent der Bevölkerung auf. Dabei sind es wesentlich mehr Frauen über 50 Jahren als Männer, die zu viele Pfunde auf die Waage bringen. Ab einem Alter von 69 Jahren ändert sich das Gewicht der Deutschen kaum noch.

Bedenklich stimmt die Wissenschaftler jedoch, dass die Anzahl

# Das Thema



Übergewichtigen in den letzten 20 Jahren zwar langsam, aber stetig angestiegen ist. Frauen mit geringem beruflichen Status und geringem Einkommen sind besonders häufig adipös. Das zeigt, dass Übergewicht auch ein soziales Problem ist. Paradoxe Weise fühlen sich aber überwiegend Frauen von Abnehmprogrammen und Diäten angesprochen, die der Ober- und Mittelschicht angehören und nur leicht über dem Normalgewicht liegen.

Es geht nicht darum, das Thema Übergewicht zu verharmlosen. Eine Panikmache oder gar die Auslobung der fettesten Stadt, wie es in den USA üblich ist, bringt uns jedoch nicht weiter. Magenverkleinerungen, Fettabbau-

gen und Diätensucht sind nicht zuletzt Auswüchse einer übertriebenen Angst vor Übergewicht. Wer einen sachlichen Blick bewahrt und vor allem einen moderaten Gewichtsanstieg im Alter richtig einstuft, wird dem Thema Übergewicht wesentlich gerechter.

Quelle: UGB-Forum 1/06



Kontakt: \_\_\_\_\_

Kathi Dittrich  
 Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. (UGB)  
 Sandusweg 3  
 35435 Wettenberg/Gießen  
 www.ugb.de

## Seminartipp: Grundlagen der Vollwert-Ernährung

Die Hintergründe für eine nachhaltige, gesunde Ernährung, die schmackhaft ist und Übergewicht langfristig vorbeugt, vermittelt ein Seminar der UGB-Akademie. Im „Grundseminar Ernährung“ erfahren die Teilnehmer/innen die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Krankheit und Ernährung.

Neben den Grundlagen der Ernährungslehre und Verdauungsphysiologie werden das Konzept der Vollwert-Ernährung vorgestellt und Empfehlungen für die einzelnen Lebensmittelgruppen gegeben.

Termin: 22. – 27.07.2007 in Bispingen bei Soltau, Info + Anmeldung: UGB-Akademie, Tel: 0641 - 80896-0  
 www.ugb.de/gs-ernaehrung



## Die Verbreitung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS

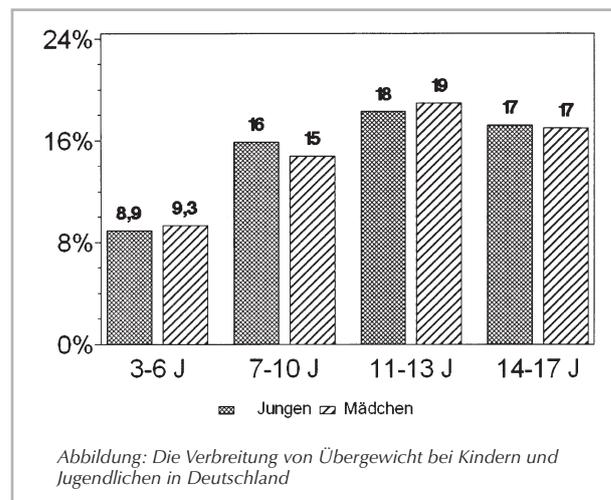
Übergewicht und Adipositas sind ein wachsendes gesundheitliches Problem, nicht nur in der deutschen Bevölkerung. Bislang gab es für Kinder und Jugendliche jedoch keine repräsentativen und altersspezifischen Aussagen zur Verbreitung des Problems in Deutschland. Einschätzungen aus den Schuleingangsstudien ließen kaum Schlussfolgerungen für die anderen Altersgruppen zu, regionale Untersuchungen konnten nicht auf die gesamte Bundesrepublik verallgemeinert werden. In Pressemeldungen finden sich teilweise dramatisch anmutende Aussagen, was die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas angeht, wobei nicht immer ersichtlich ist, auf welche Population sich die Ergebnisse beziehen und wie Übergewicht und Adipositas definiert werden.

Mit den Ergebnissen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) liegen nun erstmalig repräsentative Aussagen zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Jungen und Mädchen in Deutschland vor. Im Rahmen von KiGGS wurden 17.641 Studienteilnehmer/innen im Alter von 0 – 17 Jahren in

den Jahren 2003-2006 untersucht. Die hier beschriebenen Resultate beruhen auf den standardisierten Gewichts- und Größenmessungen von 14.747 Kindern im Alter ab 3 Jahren. Zur Definition von Übergewicht und Adipositas wurden entsprechend den Empfehlungen der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (siehe www.a-g-a.de) die von Kromeyer-Hauschild und Kollegen vorgelegten Referenzdaten zur Verteilung des Body-Mass-Index (BMI = Körpergewicht in kg / Quadrat der Körpergröße in m<sup>2</sup>) zugrunde gelegt. Die Referenzdaten beruhen auf Erhebungen aus den Jahren 1985 – 1999. Als übergewichtig gelten danach Kinder, deren BMI höher liegt als der BMI bei 90% der Kinder in der jeweils betrachteten Alters- und Geschlechtsgruppe des Referenzkollektivs (90. Perzentil). Extremes Übergewicht oder Adipositas (Fettleibigkeit) liegt vor, wenn das

97. Perzentil überschritten wird. Die folgenden Angaben (s. Abbildung) zur Häufigkeit von Übergewicht schließen jeweils die adipösen Kinder mit ein.

Im Ergebnis zeigt sich, dass 15% der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren übergewichtig (oder adipös) sind. 6,3% leiden unter Adipositas.



Hochgerechnet auf Deutschland entspricht dies ca. 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, davon ca. 800.000 von Adipositas Betroffenen. Auf Basis der Referenzdaten von 1985 – 1999 ist der Anteil



der übergewichtigen Kinder damit um 50% gestiegen, der Anteil der adipösen Kinder und Jugendlichen hat sich sogar verdoppelt. Es gibt deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen (siehe Abbildung): Der Anteil der Übergewichtigen steigt von 9% bei den 3- bis 6-Jährigen über 15% bei den 7- bis 10-Jährigen bis hin zu 17% bei den 14- bis 17-Jährigen. Die Verbreitung von Adipositas beträgt bei den 3-6-Jährigen 2,9% und steigt über 6,4% bei den 7- bis 10-Jährigen bis auf 8,5% bei den 14- bis 17-Jährigen. Der größte Anstieg findet demnach im Grundschulalter statt, wobei nicht klar ist, ob in diesem Alter der natürliche Verlauf der körperlichen Entwicklung besonders empfänglich für Veränderungen ist oder ob etwa die durch den Schuleintritt bedingten veränderten Lebensumstände eine Rolle spielen.

Klare Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen den alten und neuen Bundesländern sind nicht zu erkennen. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Kindern aus sozial benach-

teiligten Schichten und bei Kindern mit Migrationshintergrund. Besonders stark betroffen sind auch Kinder, deren Eltern ebenfalls übergewichtig sind, wobei hier unterschiedliche Faktoren zusammentreffen: zum einen die genetische Veranlagung, zum anderen ähnliche Lebensumstände und Verhaltensweisen, die innerhalb einer Familie von den Eltern an die Kinder weitergegeben werden.

Die Entstehung von Übergewicht wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. In erster Linie sind hier mangelnde Bewegung und ungesunde Ernährung zu nennen, aber auch weitere Faktoren wie z. B. psychosoziale Faktoren. Die genetische Veranlagung, das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft oder Schlafmangel spielen eine Rolle. Wie diese Faktoren zusammenhängen und welche Faktoren letztendlich den größten Einfluss auf die Entstehung von Übergewicht haben, wird in Zukunft anhand der bei KiGGS erhobenen Daten noch näher untersucht werden. In jedem Falle ist es erforderlich, Maßnahmen zur Präventi-

on und Eindämmung des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen gezielt voranzutreiben, um gesundheitlichen Folgeschäden vorzubeugen. Der Fokus sollte dabei auf Kindern im Vorschul- und Grundschulalter liegen. Dabei ist jedoch darauf zu achten, eine Stigmatisierung und Ausgrenzung von übergewichtigen Kindern zu vermeiden.

Kontakt:

Angelika Schaffrath Rosario  
 Robert Koch-Institut  
 Abteilung Epidemiologie und  
 Gesundheitsberichterstattung  
 Studie zur Gesundheit von Kindern  
 und Jugendlichen  
[www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)  
 Seestraße 10  
 13353 Berlin

## Das Problem der Ernährungsprävention

*Kinder essen anders als sie sich ernähren sollen*

Die Ernährungsaufklärung hat fünf Jahrzehnte gewirkt, aber das Essverhalten hat sie nicht wirklich verändert. Menschen essen wie früher. Nur essen sie heute das, was sie essen, oft mit schlechtem Gewissen. Kinder und Jugendliche essen ebenfalls anders als sie sich ernähren sollen – und nehmen von Jahr zu Jahr an Gewicht zu. Da wird das Unterrichtsfach „Ernährungskunde“ gefordert, doch schon vor 20 Jahren konnten wir in einer repräsentativen Erhebung an 2.900 deutschen Familien mit Kindern zwischen vier und 16 Jahren zeigen, dass Kinder und Jugendliche sehr wohl die Qualität von Lebensmitteln einschätzen können. So sagen sie z. B. über Vollkornbrot: „ist gesund“, „macht nicht dick“, über Hamburger „ist ungesund“, „macht nicht stark“. Doch Vollkornbrot mögen sie nicht, lieben aber Hamburger.

Die Ernährungserziehung funktioniert also, sie transportiert „Wissen“, das sich jedoch nicht im Essverhalten, in Vorlieben und Abneigungen niederschlägt. Kognitive Information hat also kaum eine Wirkung auf das emotional regulierte Essverhalten. Auch das

Essverhalten der Eltern, der Erwachsenen, ist ein emotional gesteuertes Verhalten. Das „gute Essen“ rangiert in der Lusthierarchie auf Rang 4 hinter Urlaub, Familie und Sex. Erwachsene wollen gut und gesund essen – im Zweifel aber gut. Zwischen den Begriffen „Ernährung“ und „Essen“ machen sie einen erheblichen Unterschied: Ernährung ist der Begriff für den Kopf, er reflektiert auch das propagierte Wissen der Ernährungsaufklärung und führt zu Assoziationen wie „Kalorien“, „Vitamine“, „fettarm“ oder „nicht dick werden“. Essen dagegen lässt an emotionale Aspekte denken wie „guter Geschmack“, „Ambiente“ oder „satt werden“.

Das Rationalitätsprinzip muss zur Beeinflussung eines emotionalen Verhaltens versagen. Vernünftige Argumente veranlassen offenbar vernünftige Menschen nicht, diesen vernünftigen Argumenten zu folgen, weil das Verhalten eben nicht rational, sondern emotional verankert ist. In der Erziehung von Kindern, die Essverhalten lernen müssen, haben rational-kognitive Informationen deshalb auch keinen nachhaltigen Einfluss.

Essen wird nicht über Informationen, sondern über Training gelernt. Kinder imitieren das Essverhalten ihrer Eltern. Für das Beobachtungslernen müssen aber die Modelle auch entsprechend essen – und nicht vernünftig darüber reden. Ver- und Gebote erreichen eher das gegenteilige Ziel, fördern Attraktivität oder Aversion.

Ein bekanntes Beispiel ist die mütterliche Empfehlung, Spinat zu essen, der so gesund ist, weil er (aufgrund eines Druckfehlers) „soviel Eisen“ enthält. So wurde Spinat zu einem „Ekelgemüse“ für Generationen. Erst die emotionale Darstellung des Spinats mit Blubb konnte erreichen, dass deutsche Kinder wieder gerne Spinat essen.

Prävention gibt Verhaltensempfehlungen, die heute realisiert werden müssen, um in der Zukunft einen gesundheitlichen Vorteil zu erleben. Wenn die Mutter zu ihrer 6-jährigen Tochter sagt: „Du musst Milch trinken, damit Du nicht, wenn Du so alt bist wie Oma, an Osteoporose leidest“, dann wird diese sicher richtige und gut gemeinte Empfehlung keine Wirkung haben. Die Mutter verlangt einen

# Das Thema



„Belohnungsaufschub“ von mehr als 50 Jahren von ihrer Tochter. Das sind schlechte Kontingenzverhältnisse, denn das aktuelle Erleben wirkt für die Verhaltenssteuerung wesentlich intensiver als zukünftige Folgen, die nicht einmal absolut sicher sind. Das gilt für Kinder wie für Erwachsene – und genau das ist das Problem der Prävention.

Wir wissen heute, dass das Essverhalten einerseits durch evolutionsbiologische Programme und andererseits durch Umweltbedingungen beeinflusst wird. Der Überfluss an Lebensmitteln und Speisen sowie die Immobilität durch Delegation der Bewegung an technische Hilfsmittel fördern auf der genetischen Basis die Inzidenz von Übergewicht. Damit kann die seit Jahren erhobene Schuldzu-

weisung an übergewichtige Menschen nicht mehr aufrechterhalten werden. Übergewicht ist eher eine schicksalhafte Entwicklung, allerdings kein unabänderliches Schicksal.

Allerdings stellt sich die Frage, ob das Individuum unter den heutigen Lebensbedingungen mit verhaltenspräventiven Empfehlungen überhaupt in der Lage ist, durch eigenes Verhaltensmanagement sein Ess- und Bewegungsverhalten günstig zu gestalten. Statt nur an Verhaltensprävention sollte auch verstärkt an Verhältnisprävention gedacht werden, d. h. Gestaltung der Lebensbedingungen, um die Empfehlungen der Verhältnisprävention auch erfolgreich realisieren zu können. Im Straßenverkehr haben verhältnispräventive Maßnahmen (Beplankung der Autobahnen, Rückhaltesysteme, ABS, Geschwindigkeitsbegrenzungen etc.) sehr effektiv die Verkehrstoten von über 24.000 auf unter 6.000 pro Jahr senken können.

Es ist bemerkenswert, dass in einem Land, in dem grundsätzlich eine Überregulierung besteht, der

wichtige Bereich der Ernährung ausgenommen ist. Die Speisenangebote in Kindergärten und Schulen, in Altenheimen und Krankenhäusern, in der Gemeinschaftsverpflegung und der Gastronomie, folgen dem Gestaltungswillen der betreffenden Küche – und erfüllen manchmal durchaus dem Tatbestand der Körperverletzung, ohne dass es daraus abzuleitende Haftpflichtansprüche gibt. Hier können – auch gesetzlich vorgeschriebene – Rahmenrichtlinien im Sinne einer Verhältnisprävention für notwendige Verbesserungen sorgen.



Essen wird durch Training gelernt. Die richtigen Angebote sind ebenso wichtig wie die Modelle, deren Verhalten imitiert werden kann. Die emotionale Beziehung zu Lebensmitteln als „Mittel zum Leben“, aber auch die Beziehung zur originären Herkunft kann durch gemeinsamen Einkauf auf dem Markt oder auf dem Bauernhof verstärkt werden. Gemeinsames Kochen mit Kindern fördert das Erlebnis und schult die sensorischen Fähigkeiten. Standardisierte Speisen als Fertig- oder Halbfertigprodukte dagegen normieren den „guten Geschmack“ und engen den sensorischen Erlebnishorizont ein.

Der „Mere Exposure Effect“, d. h. die gewohnheitsbildende Erfahrung, beschreibt, dass Kinder sich eine Speise nicht wählen, weil sie ihnen schmeckt. Vielmehr schmeckt ihnen eine Speise, weil sie sie essen. Der „gute Geschmack“ wird also durch die Angebote geprägt, die auf den Tisch kommen. Diese Chance sollte genutzt werden. Dabei ist es wichtig, nicht über den Gesundheitswert des Essens

zu reden, sondern diese Speisen selbst als (Eltern-)Vorbild genussvoll zu essen.

Der gegenläufige Mechanismus ist die spezifisch-sensorische Sättigung, die gegen den gerade erlebten Geschmackseindruck kurzfristig eine Aversion aufbaut. Das wissen alle Erwachsenen, die nicht ständig ihr Leibgericht essen, weil es dann nicht mehr ihr Leibgericht wäre. Diese spezifisch-sensorische Sättigung entwickelt sich bei Kindern aber eher langsamer. Sie wollen, wenn sie einmal Spaghetti verzehrt haben, diese auch an den

nächsten Tagen serviert bekommen. Mütter, die jetzt der spezifisch-sensorischen Sättigung vorgeifen, erhöhen dadurch die Attraktivität für Spaghetti. Die Kunst des Essen-Lernens besteht also in der dosierten Wiederholung und der dosierten Verknappung.

Warum essen Kinder anders als sie sich ernähren sollen? Auch für Kinder ist Essen viel mehr als nur Ernährung. Essverhalten

wird nicht durch den Nährstoffbedarf des Individuums, sondern durch die Essbedürfnisse des Menschen reguliert. Diese emotionalen Bedürfnisse sind gegen vernünftige Informationen weitgehend resistent. Darum hat eine Umwelt, in der Kinder günstige Essbedürfnisse erlernen können, ein Umfeld, das günstige Speisen anbietet und ein soziales Klima, in dem günstige Verhaltensweisen beobachtet und imitiert werden können, die besten Voraussetzungen.

Kontakt:

Prof. Dr. rer. nat. Volker Pudel  
Ernährungspsychologische  
Forschungsstelle in der Klinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum Psychosoziale Medizin der  
Universität Göttingen  
von-Siebold-Straße 5  
37075 Göttingen  
Tel: 0551 – 39 67 41  
e-mail: volker@pudel.de



„Abnehmen beginnt im Kopf!“ oder „Man muss es nur wollen!“ Diese Sätze fallen im Zusammenhang mit massivem Übergewicht immer wieder schnell. Sind sie auch richtig? Kann jeder, der es nur stark genug will, tatsächlich abnehmen? Gibt es einen verschwommenen Übergang von ungezügelter, genussvoller Essen zu einer krankhaften Essstörung mit Übergewicht, der Binge-Eating-Störung?

In den zahlreichen Kursen zur Gewichtsreduktion wird immer wieder deutlich, dass es der einen leicht fällt, Verhaltensänderungen zu trainieren und auch erfolgreich beizubehalten. Der andere versucht immer wieder, einen Ansatz zu finden, scheitert aber letztendlich immer. Die guten Vorsätze für eine Woche werden schon am zweiten Tag zu einer unerreichbaren Schwierigkeit. Trotz aller Willensbekundungen vor der Gruppe und trotz des täglichen Leidensdrucks, die notwendigen Verhaltensänderungen wollen sich nicht etablieren. Sind es die aktuell ungünstigen Lebens- oder Arbeitsumstände oder ist das schon eine Essstörung, wie das Binge-Eating? Wer fragt sich schon gern: „Bin ich essgestört? Bin ich krank?“

## Definition

Die Binge-Eating-Disorder (BED), das maßlose Essen ohne jede Gegenregulation, ist schon 1959 in der Fachliteratur beschrieben. Bis heute ist es keine anerkannte eigenständige Erkrankung. Im Fall von BED wird eine Bulimie ohne selbst induziertes Erbrechen oder Abführmittelmissbrauch festgestellt. Zur Diagnose zählen länger andauernde Fressanfälle, eher ohne einen klaren Anfang und ein klares Ende, verbunden mit einem schnellen Esstempo und dem Gefühl des Kontrollverlustes. „Ich nehme mit gutem Vorsatz nur einen Riegel Schokolade. Aber dann kann ich nicht aufhören, bis die Tafel aufgegessen ist!“. Rigides Diätverhalten und eine strenge Gewichtskontrolle sind selten, dennoch gibt es immer wieder Diätphasen, die den bekannten Jojo-Effekt erzeugen. Essanfälle erleben die meisten Betroffenen allein, anschließend quälen sie sich mit Schuldgefühlen oder gar Ekel vor sich selbst. Hunger ist selten der Auslöser für einen Essanfall. Die Diagnose Binge-Eating-Störung setzt voraus, dass diese Fressattacken mindestens zweimal wöchentlich über mindestens sechs Monate auftreten. Oft bestehen zusätzlich psychiatrische und psychopathologische Befunde. Stimmungsschwankungen erzeugen meistens auch Schwankungen im Essverhalten.

## Häufigkeit/Prävalenz

Während Magersucht und Bulimie überwiegend Erkrankungen von Frauen sind, sind beim Binge-Eating-Syndrom ein Drittel der Betroffenen Männer. Die Erkrankung tritt typischerweise deutlich später auf als Magersucht und



Foto: HAG

Bulimie. Nach heutigen Schätzungen leiden 20 – 30% der Adipösen unter einer Binge-Eating-Störung. Das passt zu den Studien, wie z. B. der Lean-Habits-Study, dass mit den etablierten Verhaltensänderungsprogrammen nur 20 – 30% der Teilnehmenden erfolgreich sind, langfristig ihr Gewicht reduzieren und neue Gewohnheiten beibehalten.

## Risikofaktoren für BED

- Viele Diäten
- Erwartungen/Schönheitsideal
- Sorgen und Kummer
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Emotionale Instabilität
- Distanzierte Elternbeziehung
- Negatives bis feindliches Familienklima
- Problem- und Stresskompensation durch Essen
- Individuelle Isolation
- Wenige freundschaftliche Beziehungen
- Neigung zu Depressionen
- Hänseleien
- Körperliche und sexuelle Missbrauchserfahrungen
- Konfliktreiches Umfeld
- Wenig Anreiz zur aktiven Freizeitgestaltung
- Geringer Perfektionismus

## Therapie

Ernährungsberatung oder Suchttherapie? In welchen Bereich gehört die Binge-Eating-Störung? Eindeutig hat die klassische Ernährungsberatung im psychologischen Bereich

ihre Grenzen. Andererseits liegen bisher keine empirischen Ergebnisse vor, dass eine Suchttherapie bei der Essstörung vorteilhafter wäre. Für alle Professionen gilt deshalb der Grundsatz, die Betroffenen ganz individuell zu sehen und die passende Behandlung zu suchen. Liegt der Essstörung eine schwere Depression, Angst- oder Persönlichkeitsstörung zugrunde, so ist diese gezielt zu therapieren. Ein alleiniges Verhaltensänderungstraining kann in dem Fall nur scheitern.

## Wege zur Therapie

„Ich möchte abnehmen, damit ich endlich wieder ohne Probleme Kleidung kaufen kann!“ So einfach klingt der Grund von Klient(inn)en, die in der Ernährungsberatung nach einem Termin fragen. Dass es schon in der ersten Beratungsstunde um das persönliche Essverhalten geht, ist akzeptiert. Nach und nach wird deutlich, dass der Abnehmwunsch sich nur über ein optimiertes Ess- und Bewegungsverhalten erreichen lässt. Auch diese Erkenntnis wird noch von den meisten Ratsuchenden verstanden. Aber dann wird es schwierig, weil Ess- und Bewegungsverhalten mit starken Gewohnheiten und Emotionen verknüpft ist. Fast alle Klient(inn)en sind bereit, sich mit der systematischen Verhaltensmodifikation nach den Grundzügen der Verhaltenstherapie zu befassen. Es trennen sich dann nach und nach die Erfolgreichen von den Erfolgllosen. In Rahmen einer guten Beratung und mit der Erkenntnis, dass die eigene kognitive Kraft nicht ausreicht, erwacht die Bereitschaft, tiefer in sich hineinzuhören. Frühestens an diesem Zeitpunkt sind die Betroffenen bereit, sich diese Frage zu stellen: „Bin ich essgestört?“

Studien belegen, dass die Gewichtsabnahme bei Adipösen mit Binge-Eating-Störung geringere Erfolge nachweist. Das BED sollte diagnostiziert und gezielt behandelt werden. Gewichtsreduktionsprogramme und klassische, fachspezifische Ernährungsberatung können das Binge-Eating-Syndrom nicht therapieren, sind aber für die meisten Betroffenen ein wertvoller Wegweiser, um nach vielen erfolglosen Diätversuchen an den Kern der Adipositas zu kommen.

# Das Thema

An diesem Punkt sind Therapeuten(innen) gefragt, die das gestörte Essverhalten zum angemessenen Inhalt einer Psychotherapie machen. Wenn Begleitkrankheiten der Adipositas vorliegen, sollte die medizinische Versorgung durch den behandelnden Arzt abgesichert sein. Ob eine kognitive

Verhaltenstherapie, eine interpersonelle Psychotherapie oder auch eine antidepressive Pharmakotherapie erfolgreich ist, konnte bisher in keiner Langzeitstudie bewiesen werden.

## Fazit

Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ernährungsberatung, Suchtberatung/Psychotherapie und Medizin kann vor dem Hintergrund des sensiblen Umgangs mit den Betroffenen einen Gewinn für die erfolgreiche Behandlung bringen.

Zuverlässige und vertrauensvolle Netzwerke erleichtern den Betroffenen den Einstieg in die gezielte Behandlung einer Essstörung.

Kontakt:

Ute Hantelmann  
Dipl. oec. troph.  
Tel: 040 - 45 99 59  
www.ernaehrungsberatung-hh.de

## Essstörungen

Anfang der 1980er Jahre brachen junge Frauen und Mädchen ein Tabu: Sie bekannnten sich dazu, in einem Kreislauf aus Essanfällen und Erbrechen gefangen zu sein. Sie selbst bezeichneten ihre Krankheit als Sucht und wendeten sich an das Suchthilfesystem um Unterstützung. Das Thema Essstörungen ist seitdem aktuell geblieben und die Zahl der Ratsuchenden ständig gestiegen; in den letzten Jahren kommen insbesondere mehr Jungen und junge Männer in die Beratungsstellen.

Essstörungen entwickeln sich meist über einen längeren Zeitraum und bleiben häufig lange unbemerkt. Zum einen verheimlichen die Betroffenen ihr Verhalten aus Scham, zum anderen verhindern ein rigoroses Schlankheitsideal und das Negative Image Übergewichtiger als „einfach unbeherrscht“, dass die Not der Betroffenen erkannt und ihnen frühzeitig angeboten wird. Doch wie bei anderen Fehlentwicklungen ist es auch hier: Je eher das soziale Umfeld Unterstützung anbietet, desto besser sind die Chancen auf einen leichteren Verlauf und vollständige Heilung.

Aus Sicht der Suchtprävention besteht ein weiterer Anlass möglichst frühzeitig zu handeln. Essstörungen können direkt oder indirekt zu Medikamentenmissbrauch und Drogenkonsum führen. Zu nennen ist z. B. der Missbrauch von Appetitzüglern und Abführmitteln. Rauchen, Alkohol, Marihuana oder Ecstasy sollen oftmals helfen, den Hunger zu verdrängen.

Im umfassenderen Sinne gilt: Die persönlichen Probleme, die in eine Essstörung führen und durch sie verstärkt werden, machen Jugendliche

auch für die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit anfällig.

### Was sind Essstörungen?

Essstörungen sind Störungen des Essverhaltens. Der Begriff „Verhalten“ wird dabei in einem umfassenden Sinn gebraucht. Er bezeichnet neben dem sichtbaren Verhalten auch das Erleben und die Gedanken, die für die Betroffenen mit dem Essen verbunden sind.

In vollem Maße ausgeprägt sind Essstörungen schwere psychosomatische Erkrankungen mit ernststen, manchmal lebensbedrohenden Folgen, für deren Überwindung die Betroffenen oftmals



Süßigkeitsregale

Foto: DAK/Wigger

über eine lange Zeit psychotherapeutische und medizinische Behandlung brauchen. Der Beginn der Erkrankung liegt fast immer in der Pubertät, die Essstörung wird aber in fast 30 Prozent der Fälle chronisch.

Es werden drei Hauptformen schwerer Essstörungen unterschieden:

- Magersucht („Anorexia nervosa“) – unerbittliches Fasten bis hin zu manchmal lebensbedrohendem Untergewicht
- Ess-/Brechsucht („Bulimia nervosa“) – ein Kreislauf aus Diätversuchen, Essanfällen und selbst herbeigeführtem Erbrechen und/oder anderer Maßnahmen zur Gewichts-

kontrolle

- Esssucht mit Übergewicht („Binge eating disorder“) – (anfallartiges) Überessen, das zu mäßigem bis massivem Übergewicht führt.

Trotz der teilweise extremen Unterschiede hinsichtlich Körpergewicht und Essverhalten sind einige zentrale Erlebensweisen bei allen Betroffenen gleich. Der eigene Körper bzw. sein Gewicht ist das alles beherrschende Thema in ihrem Leben. Am Auf oder Ab der Waage hängen jeden Tag aufs Neue Selbstwertgefühl und Selbstachtung. Unbeschwertes Genießen und gesunder Appetit sind den Betroffenen fremd. Praktisch pausenlos denken sie darüber nach, was sie essen oder nicht essen werden, was sie gegessen oder nicht gegessen haben und wie sie die Folgen ihres Essens ungeschehen machen können. Essen ist für sie verbunden mit Schuld- und Schamgefühlen, der Angst zuzunehmen und dem Empfinden zu versagen.

Die Frage, ob die Fixierungen auf das Essverhalten bzw. Körpergewicht als Süchte einzustufen sind, diskutieren Fachleute widersprüchlich. Es waren die Betroffenen selbst, die im Suchtbegriff für sich eine Chance sahen, professionelle Hilfe forderten und Selbsthilfegruppen gründeten. Sicher ist, dass die Einengung des Lebens auf das Thema Essen bzw. Nicht-Essen wie bei einer Drogenabhängigkeit vollständig und selbstzerstörerisch werden kann.

### Auslöser und Ursachen

Die möglichen Auslöser und Ursachen von Essstörungen sind vielfältiger Art. Ein Faktor jedoch hat im Vorfeld von Essstörungen überragende Bedeutung: das Schlankheitsideal. Nur wer schlank ist, kann attraktiv, fit, jugendlich und erfolgreich sein, so die herrschende Meinung.



Der Maßstab für die Traumfigur ist vor allem bei den jungen Frauen sehr streng. Fast jeder zweite weibliche Teenager plant, sein Gewicht zu reduzieren. Tatsächlich übergewichtig ist nur ein kleinerer Teil von ihnen: Das angestrebte Gewicht ist demnach meist ein Untergewicht.

Für männliche Jugendliche ist körperliche Attraktivität heute wichtiger als noch vor 20 Jahren. Jungen möchten jedoch nicht einfach schlank, oder gar superschlank sein, sondern zugleich groß, stark und muskulös. Sie ziehen deshalb den Gang ins Sportstudio bzw. andere sportliche Aktivitäten oft einer Diät vor.

Vor dem Hintergrund und Wandel der gesellschaftlichen Rollenbilder scheint zum einen der beobachtete Anstieg der Zahl der männlichen Betroffenen verständlich. Zum anderen verweist die Tatsache, dass nach wie vor ganz überwiegend Mädchen und Frauen Essstörungen entwickeln, auf weiterhin bestehende Unterschiede im Stellenwert und im Leitbild für die körperliche Attraktivität.

Ken und Barbi verkörpern das kaum jemals erreichte Ideal. Die Unzufriedenheit über das eigene Gewicht ist aber nicht auf Jugendliche beschränkt: Weniger als 15 Prozent der Deutschen erfüllen in Bezug auf ihr Gewicht selbst gewählte Idealvorstellungen.

Das Bemühen um die Idealfigur kann zum Einstieg in eine Essstörung werden: Die ständige Selbstkontrolle und oft einseitige Ernährung provozieren Heißhunger und eventuell Essanfälle, die den Erfolg oft tagelangen Hungerns bedrohen bzw. zunichte machen. Resignation – „Ich schaffe es ja doch nicht“ – oder die Zuflucht zu drastischeren Maßnahmen können am Beginn einer Esssucht oder einer Ess-/Brechsucht stehen. Gelingt dagegen die Diät, können die damit verbundenen Gefühle von Erfolg, Autonomie, Reinheit usw. so wichtig werden, dass die Diät nicht mehr aufgegeben werden kann.

### Früherkennung

Die Früherkennung einer Essstörung ist angesichts der weit verbreiteten Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht und des nahezu kollektiven Diäthaltes weiblicher Jugendlicher nicht einfach.

Die allgemein üblichen Diäten oder andere Versuche, den Körper beispielsweise durch Sport den Idealvorstellungen anzunähern, sind jedoch allein kein Grund, die Entwicklung einer Essstörung zu vermuten. Denn die Veränderungen des Körpers verunsichern zunächst alle Jugendlichen. Das Annehmen der eigenen körperlichen Erscheinung ist eine Aufgabe der Pubertät, wie z. B. die Ablösung vom Elternhaus und der Aufbau enger Beziehungen zu Gleichaltrigen. Sie gelingt den meisten Jugendlichen mit den Jahren zunehmend besser.

Ist ein Mädchen oder ein Junge ernsthaft gefährdet, kommen zu den Änderungen im Essverhalten andere Verhaltensauffälligkeiten hinzu. Viele Betroffene isolieren sich und reagieren aggressiv oder abweisend auf die Versuche, sich ihnen zu nähern. Auf gezielte Ansprache leugnen sie ihre Probleme. Ein deutliches Warnzeichen ist der Rückzug aus Freund-

machen sie falsche oder keine Angaben über das, was sie gegessen haben. Ihren Körper verstecken sie oftmals unter Schichten weiter Kleidung. Trotz ihrer Auszehrung sind sie sehr ehrgeizig und erstaunlich leistungsfähig. So absolvieren viele täglich ein monotonen und anstrengendes Bewegungsprogramm.

Kein/e Magersüchtige/r beginnt zu fasten, um sich krank zu hungern. Vielmehr scheint es so zu sein, dass die Betroffenen, Hungergefühle in besonderer Weise erleben. Da sie ihren Hunger aushalten können, fühlen sie sich ihrer „essenden“ Umwelt überlegen und sie erleben anfänglich eine regelrechte Euphorie. Erst in fortgeschrittenen Stadien der Magersucht wirken die Betroffenen lethargisch, apathisch und matt.

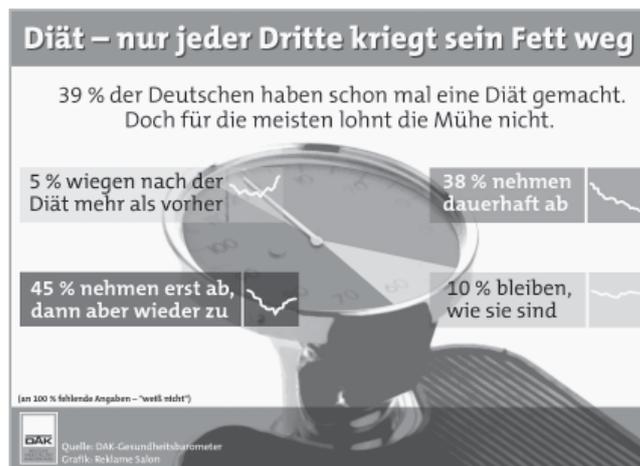
Die Gedanken der Magersüchtigen fixieren sich – wie bei unfreiwillig Hungernden auch – nach und nach auf das Essen. Sie entwickeln umständliche Essrituale und bekochen oft mit großem Aufwand andere. Je länger die Krankheit dauert, desto eher kann es zu Essanfällen kommen, auf die die Betroffenen mit Erbrechen, Abführmittelmissbrauch oder extremen körperlichen Anstrengungen reagieren. Eine Magersucht kann in eine Ess-/Brechsucht übergehen.

**Körperliche Folgen:** Der Körper stellt sich auf die chronische Unterernährung ein: Grundumsatz, Pulsfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur sinken auf ein niedriges Niveau; anhaltende Müdigkeit, ständiges Frieren sowie Verstopfung sind die Folgen.

Bei weiblichen Betroffenen setzt meist die Menstruation aus. Weiteres extremes Hungern führt zu Kräfteverfall und schließlich lebensbedrohendem (!) Untergewicht.

### Ess-/Brechsucht (Bulimie)

Ess-/Brechsüchtige sind fast immer normalgewichtig. Dennoch sind sie davon überzeugt, „zu dick“ zu sein. Die meisten von ihnen möchten etwa fünf Kilogramm an Gewicht verlieren. Diese Situation erscheint zunächst



schaften und von Unternehmungen mit Gleichaltrigen, an denen sie bislang Freude hatten, ohne dass er/sie neue Freundschaften knüpft oder neue Interessen die alten ersetzen. Auch anhaltende Unruhe und Konzentrationschwäche, Unlust oder übersteigerte Aktivität können auf schwerwiegende Probleme hinweisen.

### Magersucht (Anorexie)

Auffallendstes Merkmal der akuten Magersucht ist eine extreme, durch strenges Fasten herbeigeführte Gewichtsabnahme. Auch ein gleich bleibendes Gewicht kann bei jungen Mädchen auf eine mildere Form der Magersucht hinweisen. Magersüchtige können nicht wahrnehmen, wie abgemagert sie sind. Sie halten sich weiterhin für zu dick und haben vor jeder Gewichtszunahme panische Angst. Um Vorwürfen zu entgehen,

# Das Thema



nicht besonders problematisch. Sie wird es dadurch, dass die Betroffenen einerseits unfähig sind, ihre strengen Diätpläne einzuhalten, und andererseits auf jede Abweichung von diesen Plänen mit Angst und noch rigoroseren Diätvorhaben reagieren. Schließlich meinen die Betroffenen einen Ausweg zu entdecken: Sie erbrechen nach den Mahlzeiten, manche greifen zu abführenden und harntreibenden Mitteln oder treiben exzessiv Sport.

Anders als Magersüchtige stehen Ess-/Brechsüchtige von Anfang an unter großem Leidensdruck. Sie leiden

einer Gewichtszunahme entgehen sie durch Erbrechen und die darauf einsetzenden Schuld- und Schamgefühle führen erneut zu Spannung und Unruhe. Der Kreislauf Essen – Erbrechen – Essen kann sich schließlich mehrmals täglich wiederholen. Alarmzeichen, die auf eine Ess-/Brechsucht hindeuten sind u. a. das „Verschwinden“ von Nahrungsmitteln, täglich mehrmaliges Wiegen und Aufsuchen der Toilette nach jeder Mahlzeit.

**Körperliche Folgen:** Ständiges Brechen und/oder Missbrauch von Abführmitteln kann zu Störungen des Elektrolythaushaltes (Kalium-, Magnesiummangel) und darüber hinaus zu Herzrhythmusstörungen und bleibenden Nierenschäden führen. Zudem: starke Karies, Magenerweite-

wichtskontrolle Zuflucht nehmen, entwickeln sie ein manchmal massives Übergewicht. Übergewicht, auch massives Übergewicht (Adipositas) allein ist dagegen kein Kriterium für eine Essstörung mit Krankheitswert. Gleichwohl weist deutliches Übergewicht fast immer auf ein problematisches Essverhalten und falsche Ernährungsgewohnheiten hin.

Esssüchtige sind über ihre Essanfälle verzweifelt und werden von Schuld- und Schamgefühlen geplagt. Nach außen sind sie bemüht, den Zusammenhang zwischen ihrem Essverhalten und ihrem Gewicht herunterzuspielen. Viele essen in der Öffentlichkeit nur kleinste Portionen.

Viele Esssüchtige waren schon als Kind leicht bis mäßig übergewichtig. Den Einstieg in die Esssucht und dann oft massiven Gewichtsanstieg bilden auch hier Diätversuche.

**Körperliche Folgen:** Erhebliches Übergewicht belastet Herz, Kreislauf und Skelett und begünstigt u. a. Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und orthopädische Probleme.

Quelle: Essen Störung Sucht, Hamburg 2001



unter Selbstekel, Schuld- und Schamgefühlen und dem Glauben, pervers zu sein. Aus Angst vor Entdeckung und aus dem Gefühl heraus, „mich kann niemand mögen“, isolieren sie sich selbst zunehmend. Die Neigung vieler Ess-/Brechsüchtiger zu Depressionen wird verstärkt. Unruhe- und Spannungszustände führen zu immer heftigeren Essanfällen. Ihrer Angst vor

Verletzungen und Schwellungen der Speiseröhre, Wassereinlagerung in den Gelenken und Verstopfung, Menstruationsstörungen.

## Esssucht mit Übergewicht (Binge-Eating-Disorder)

Essanfälle sind das zentrale Merkmal dieser Essstörung. Da die Betroffenen jedoch nicht zu Erbrechen oder anderen Maßnahmen zur Ge-

Kontakt:  
 Büro für Suchtprävention  
 Hamburgische Landesstelle  
 für Suchtfragen  
 Repsoldstr. 4  
 20097 Hamburg  
 Tel: 040 – 284 99 18-0  
 www.suchthh.de



## Essstörungen im Kindes- und Jugendalter

Erste Ergebnisse aus der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „KiGGS“

Essstörungen gehören zu den Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD10). Unter dem Begriff Essstörungen werden mehrere Krankheitsbilder subsummiert, am bekanntesten sind die Magersucht (Anorexia nervosa, AN) und die Ess-/Brechsucht (Bulimia nervosa, BN), Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung (Binge Eating Disorder, BED) aber auch die Fettsucht (Adipositas) im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen und sonstige atypische Essstörungen, die die Kriterien einer spezifischen Essstörung nicht erfüllen. Häufig gehen diese

Krankheitsbilder fließend ineinander über. Das Risiko eine Essstörung zu entwickeln, ist in der Bevölkerung keineswegs gleich verteilt und wird u. a. durch die Variablen Geschlecht, Alter und soziale Schicht determiniert. Nach wie vor sind Mädchen und junge Frauen vorrangig von diesen Erkrankungen betroffen. Im Kindes- und Jugendalter zählen Essstörungen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen. Über die Prävalenz gibt es nur wenige Daten, die sich zudem hinsichtlich Stichprobenauswahl und Einsatz der diagnostischen Instrumente sowie der Psychodynamik der Erkrankung

der Betroffenen unterscheiden. Nach Buddeberg-Fischer (Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Stuttgart; Schatthauer 2000) können gestörtes Essverhalten, chronisches oder intermittierendes Diätverhalten, die Anwendung gewichtsregulierender Verhaltensweisen und die abnorme Beschäftigung mit Figur und Gewicht auch als Vorformen von Essstörungen bzw. „subklinische Essstörung“ bezeichnet werden. 22,4% der Mädchen und 7% der Jungen zeigten in seiner Untersuchung ein auffälliges Essverhalten.



## Studiendesign und Methoden

Die KIGGS-Studie wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das Robert Koch-Institut durchgeführt. Ziel dieses bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurveys war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren zu erheben. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche (8.656 Mädchen und 8.985 Jungen) aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden teilgenommen. Die Teilnahmequote betrug 66,6%.

Fragen zu Essstörungen wurden von insgesamt 7498 Kindern und Jugendlichen (gewichtet) im Alter von 11-17 Jahren per Selbstauskunft schriftlich beantwortet. Dazu wurde der so genannte SCOFF-Fragebogen verwendet, ein Screening-Instrument zur Identifizierung von möglichem essgestörtem Verhalten. Der Fragebogen weist eine hohe Sensitivität für Anorexie und Bulimie aber auch für atypische Formen von Essstörungen auf, differenziert jedoch nicht zwischen den verschiedenen Essstörungen. Um die Aussagefähigkeit der Daten zu erhöhen, wurden weitere Indikatoren für Essstörungen wie Body Mass Index (BMI) und Körperselbstbild in die Auswertungen mit einbezogen.

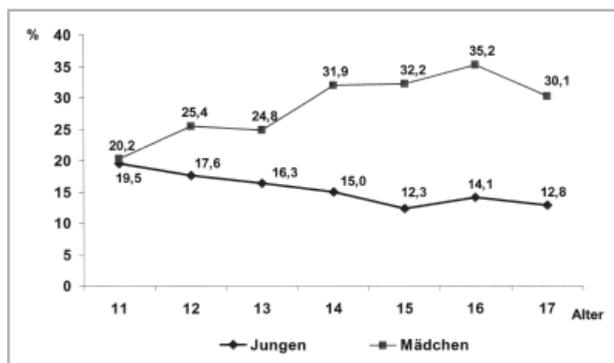
## Ergebnisse

Insgesamt 21,9% der befragten Kinder und Jugendlichen wurden mit dem SCOFF-Fragebogen als auffällig bezüglich ihres Essverhaltens identifiziert (Mädchen: 28,9%, Jungen 15,2%).

Im Altersverlauf nimmt die Prävalenz bei annähernd gleicher Ausgangsbasis bei beiden Geschlechtern von ca. 20% im Alter von 11 Jahren bei den Mädchen auf 30,1% im Alter von 17 Jahren stark zu, bei den Jungen hingegen ab (12,8%). Der Anteil der Auffälligen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist mit 27,6% fast doppelt so hoch wie der in der oberen Sozialschicht (15,5%). Die als auffällig Klassifizierten weisen höhere Quoten an psychischen Auffälligkeiten und Depressivitätsneigung auf. Sie sind weniger zufrieden mit ihrem Körperselbstbild, rauchen mehr und berichten häufiger über die Erfahrung sexueller Belästigung. Weitere Analysen, die mögliche Zusammenhänge z. B. mit ADHS, Migration, Gewalterfahrungen, Familienklima zeigen, sind in Vorbereitung.

## Diskussion

Im Jugendalter, besonders in der Zeit der Pubertät, besteht eine größere



Prävalenz von Verdachtsfällen auf Essstörungen nach vollendeten Lebensjahren

Gefahr, eine Essstörung zu entwickeln. Die festgestellten Prävalenzen sind nicht als Diagnosen oder manifeste Erkrankungen zu verstehen, lassen aber die Identifikation einer Risikogruppe zu und machen deutlich, dass essstörungsrelevante Merkmale ernst genommen werden müssen. Aufgrund

der Schwere, der Tendenz zur Chronifizierung und langwierigen Therapie der klinisch manifesten Erkrankungen sollten wirksame Konzepte zur Prävention entwickelt werden. Dafür kommen z. B. die Aufklärung von Jugendlichen sowie Sorgeberechtigten und pädagogisch Tätigen wie z. B. Lehrkräfte oder Trainer/innen über die Krankheitsbilder, Risikofaktoren und die Gefahren von essstörungsrelevantem gesundheitsschädigendem Verhalten wie (Kalorienrestriktion, induziertes Erbrechen etc.) und verbesserte Möglichkeiten der Früherkennung in Frage. Zur differenzierteren Identifikation von Ursachen und Verlauf von Essstörungen sollten, beginnend vom Kindes- und Jugendalter an, weitere quer- und längsschnittliche Studien folgen. Besonders der Erforschung einheitlicher, vergleichbarer, möglichst Screening geeigneter Instrumente mit höherer Aussagefähigkeit sollte dabei mehr Beachtung geschenkt werden. Gleichzeitig wäre es eine interessante Forschungsfrage, ob und welche Einfluss- oder Schutzfaktoren es ermöglichen, trotz des Vorhandenseins einzelner essstörungsrelevanter Symptome gesund zu bleiben und die vorhandenen Probleme zu bewältigen.

Kontakt:

Heike Hölling, Robert Schlack  
Robert Koch-Institut  
Studie zur Gesundheit von  
Kindern und Jugendlichen  
www.kiggs.de  
Tel: 01888 – 754-32 32  
HoellingH@rki.de

## Essen – ein bewegtes Thema?!

Passst schon Größe 34? Habe ich mich beim Kalorienzählen auch nicht verrechnet?“ „Ich kann’s nicht mehr hören, Kind, iss doch was Anständiges!“ „Wenn ich traurig bin, ess’ ich immer Schokolade.“

Fragen und Gedanken, mit denen in unterschiedlichen Formen viele Mädchen und Jungen täglich umgehen. Zentrale Themen wie Angst, Kontrolle und Druck, contra Selbst-Vertrauen und Selbst-Bewusstsein spie-

len im Problemfeld „Essen und Sucht“ eine große Rolle. Sprache ist lediglich ein Ausdrucksmittel und bietet oft nicht die Möglichkeit, das Eigene zu formulieren. Missverständnisse, Kampf und Rückzug sind die Folgen.

Das klassische und normierte Schönheitsideal einer Frau wird anschaulich durch die momentan erfolgreichen Models verkörpert. Das Konstrukt dieses Ideals ist zwar abhängig von der Zeit und den kulturellen

Bedingungen, aber die Gemeinsamkeit in der westlichen Welt besteht seit Jahren in der Idealisierung von Schlankheit und Jugend. Ein schlanker und durchtrainierter Körper ist nicht nur aufgrund herrschender Schönheitsideale attraktiv, sondern bescheinigt dem Individuum seine Befähigung zu Selbstdisziplin und Handlungsfähigkeit.

Die Massenmedien suggerieren, dass Schönheit machbar ist: Light-Produkte, Bodybuilding, Zellulitisbe-

# Das Thema

handlung. Diät zu halten ist ein weit verbreitetes und selbstverständliches Alltagsphänomen geworden. Zudem verstärkt sich seit Anfang der 70er Jahre die Verbreitung von Essstörungen. Inzwischen ist abweichendes Essverhalten, unter dem viele junge Frauen und inzwischen auch verstärkt Männer leiden, als zentrales Ausdrucksmittel schwieriger Problemlagen anerkannt.

Zum anderen hat die Anzahl an übergewichtigen Kindern deutlich zugenommen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat eine Studie über das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Fast Food, Tiefkühlkost und Fertigprodukte bestimmen häufig den Speiseplan. Zudem ist die Freizeitgestaltung bewegungsärmer geworden: Hoher Fernsehkonsum sowie stundenlanges Sitzen vor dem Computer sind Lebensgewohnheiten, die Übergewicht begünstigen. Auch bei Übergewicht spielen psychische Faktoren eine Rolle, so dass nicht selten das Essen benutzt wird, um Probleme zu kompensieren.

Vor diesem Hintergrund konzipierten wir einen mehrtägigen Workshop für Schulen, Jugendeinrichtungen und KiTas, der sich mit dem eigenen Essverhalten und dem Umgang mit dem eigenen Körper beschäftigt und dabei emotionale, physische und kognitive Ebenen anspricht.

In einer Fortbildung für Multiplikator(inn)en werden sowohl dieser systemische Arbeitsansatz vermittelt, als auch verschiedene Methoden und Übungen erprobt. Der Workshop ist als Präventionsangebot gedacht, steht aber an der Schnittstelle zur Interventionsarbeit. Wir wollen ein Verständnis der Zusammenhänge zwischen persönlichem Selbstwertgefühl, Körpergewicht und äußerem Erscheinungsbild erreichen und arbeiten mit einem handlungsorientierten und erlebnispädagogischen Konzept, das einfache therapeutische Elemente integriert.

Erlebnispädagogische Szenarien ermöglichen konkrete physische Handlungen und Erfahrungen. Die Herausforderungen der einzelnen Übungen helfen dabei, eigene Grenzen einzuschätzen und sich in neuen Rollen auszuprobieren. Die Atmosphäre in einer vertrauten Bezugsgruppe bietet

einen sicheren Rahmen neue Perspektiven einzunehmen und Handlungsalternativen zu gewohnten Mustern zu entwickeln. Gleichzeitig können Strukturen innerhalb der Gruppe thematisiert werden, die entweder gestärkt oder verändert werden sollen. Wir wollen zudem Selbst-Erfahrungen ermöglichen. Das Selbst-Bewusstsein jedes/jeder einzelnen soll gestärkt werden.

Das eigene Verhalten in der erlebnispädagogischen Aktivität (z. B. der Umgang mit Stress, Konflikten und Bedürfnissen) bildet die Basis für die



Foto: DAK/Schläger

Reflexion persönlicher Muster und kann in einem Transferprozess auf die eigene Lebenswelt bezogen werden. Ein solcher Transfer sollte im System der unmittelbaren Alltagserfahrungen der Teilnehmerinnen ansetzen. Im Alltag kann dann auf die körperlichen Erfahrungen und Lösungsstrategien der erlebnispädagogischen Lernprojekte zurückgegriffen werden.

Beispielhaft soll eine Methode aus einem Workshop in einer Mädchen-gruppe näher ausgeführt werden.

## Selbstgespräche beim Einkauf

Aufgabe: Die Teilnehmerinnen sollen ohne Kommunikation in der Gruppe in einem großen Supermarkt einen Beitrag für das gemeinsame Mittagessen einkaufen. Sie haben für den Einkauf 20 Minuten Zeit und sollen während des Aussuchens bewusst auf ihre inneren Stimmen hören und die Gedanken und Gefühle auf dem Tonbandgerät aufzeichnen.

Wo zieht es eine hin? Um was mache ich einen Bogen? Welche Stimmen kann ich hören?

Die Einkäufe werden anschließend auf einen Haufen gelegt und auf eine klassische Ernährungspyramide bezogen. Wie sieht meine eigene Pyramide aus? Anschließend erfolgt eine Runde über das persönliche Essverhalten, Essensrituale und Gewohnheiten jeder einzelnen.

Abspielen der Tonbandaufnahmen: Wer oder was steht hinter welcher Stimme?

**Jana:** ...ich weiß jetzt schon, dass es derbe schwierig wird... ich muss was essen... ich weiß gar nicht, worauf ich Lust habe, wenn ich hier so längs geh'... ich geh' an den Chips vorbei, weil ich instinktiv weiß, dass da viel Fett drin ist... irgendwie überzeugt mich das alles nicht so richtig... natürlich guck ich zuerst auf die Fette... lass das Jana!!... ich hab' erst so wenig Sachen... komischerweise... ich geh' schon wieder bei den Süßigkeiten vorbei... wieso interessiert's mich nicht?... ich guck jetzt mal ganz bewusst nicht auf Fett...

**Melli:** ...sieht ja alles sehr lecker aus... Schokolade... eigentlich hab' ich richtig Hunger... Haribo wären eigentlich auch ganz lecker... Scheiße... nehm' ich einfach mal mit... ich beweg mich die ganze Zeit in der Süßigkeitenabteilung... ich muss doch auch mal was Anständiges essen... das sieht alles so lecker aus... Schokokekse... aber nur satt werden von Schokolade? Da fühlt man sich auch immer so blöd...

Die Aufzeichnung der Inneren Stimmen beim Einkauf ist eine Einheit, die bei den Teilnehmerinnen viele Gefühle ausgelöst hat. Allein das Setting stellte eine Herausforderung dar – im Supermarkt die eigenen Gedanken auf ein Aufnahmegerät aufzuzeichnen. Im Seminarraum werden anschließend die Aufnahmen vorgespielt. Alle erkennen sich auch in den anderen Äußerungen wieder, jede besitzt kleinere oder größere Anteile dieser verschiedenen Stimmen in sich.

Gemeinsam werden die verschiedenen Stimmen benannt und ihr Ursprung geklärt. Beispielsweise das Zitat „ich muss doch auch mal etwas Anständiges essen“ assoziieren alle mit ihrer Mutter oder Oma. Die Stimme wird als Gesundheitsapostel benannt und hat die Funktion einer moralischen Kontrollinstanz.

Aus dieser kurzen Sequenz wird ersichtlich, wie viele Themen bei jungen Menschen mit dem Essen verknüpft sind und welche Rolle familiäre Rituale, das Verhalten in der peer-group und die Vorstellungen von Schönheit in der Gesellschaft haben. Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit dieser Thematik in KiTa und Schule sowie eine Reflexion eigener Essgewohnheiten als Pädagoge/in halten wir für äußerst wichtig.

Kontakt:

Tanja Schwichtenberg  
www.guteleute.net



Eine neue Studie der BZgA belegt ein relativ entspanntes Verhältnis der 14-17-Jährigen zum eigenen Körper.

Zwei von drei Jungen (62 Prozent) fühlen sich wohl im eigenen Körper, bei den Mädchen sind es nur knapp die Hälfte (46 Prozent). Mädchen sehen sich kritischer, aber von einer generell negativen Einstellung zum eigenen Körper kann auch bei ihnen nicht die Rede sein. Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative EMNID-Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), deren erste Auswertungsergebnisse nun vorliegen.

2500 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren wurden im Rahmen der Studie „Jugendsexualität 2005“ erstmals zu ihrem subjektiven Körperempfinden und ihrem Körperbewusstsein befragt. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Beschäftigung mit dem eigenen Körper für beide Geschlechter sehr wichtig ist: Drei von vier Mädchen und mehr als die Hälfte der Jungen „stylen“ sich gern, nur für 6 Prozent der Mädchen und 16 Prozent der Jungen hat dies kaum oder gar keine Bedeutung.

### Mädchen fühlen sich häufiger zu dick

Ein Viertel der Mädchen – damit doppelt so viel wie Jungen – fühlt sich zu dick. Während 74 Prozent der Jungen das Urteil „zu dick“ als wenig oder gar nicht zutreffend zurückweisen, tun dies nur knapp 50 Prozent der Mädchen.

Das gängige, extrem schlanke Schönheitsideal beeinflusst Mädchen offenbar sehr viel stärker als männliche Jugendliche. Einige Mädchen würden sogar eine Operation in Betracht ziehen, um ihren Körper zu verschönern. Der Aussage „Wenn ich die Möglichkeit hätte, würde ich eine Schönheitsoperation machen lassen“ stimmen immerhin 7 Prozent mit „vollständig“ und 10 Prozent mit „ziemlich“ zu. „Hier muss verstärkt Aufklärungsarbeit geleistet werden“, sagt Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA. Die Studie zeigt aber auch, dass

die Hälfte der Mädchen und sogar 72 Prozent der Jungen eine Schönheitsoperation entschieden ablehnen.

### Das Alter spielt eine wichtige Rolle

Mit zunehmendem Alter gewinnt eine attraktive Erscheinung bei beiden Geschlechtern an Bedeutung. Gleichzeitig nehmen Mädchen und Jungen den eigenen Körper in höherem Maß positiv wahr: 14-jährige Jungen finden



ihren Körper zu 36 Prozent schön, bei den 17-Jährigen steigt diese Zahl auf rund 50 Prozent an. Bei den Mädchen verläuft diese Entwicklung auf etwas niedrigerem Niveau ähnlich.

Auch der Partnerstatus, erste sexuelle Kontakte und das Elternhaus nehmen Einfluss auf ihr Körperempfinden. Bei Jungen hat die Freundin einen stark positiven Einfluss auf die Körperpflege und das Verhältnis zum eigenen Körper. Bei den Mädchen ist dieser Einfluss nicht ausgeprägt.

Die Atmosphäre im Elternhaus hat einen wichtigen Einfluss auf das Körperbewusstsein Jugendlicher und eine positive Einstellung zum eigenen Körper. Mädchen und Jungen, die sich von ihren Eltern angenommen fühlen und zu Hause eine gute Vertrauensbasis haben, entwickeln ein besseres Verhältnis zu ihrem Körper. So zeigen die Studienergebnisse, dass die Hälfte der Mädchen und 65 Prozent der Jungen

mit einem guten Vertrauensverhältnis zu ihren Eltern sich in ihrem Körper wohl fühlen. Demgegenüber trifft das bei einer geringeren Vertrauensbasis nur noch für 37 Prozent der Mädchen und 55 Prozent der Jungen zu.

Die Ergebnisse dieser Befragung sind im Themenheft „Körper“ der Reihe „FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung“ (FORUM 1/2006) der BZgA veröffentlicht. Das Fachheft enthält Berichte zu folgenden Themen:

- Studienergebnisse zur Verbreitung von Tattoos, Piercings und anderen Eingriffen zur Körpergestaltung
- Analysen der Medienwirkungsforschung zu umstrittenen TV-Formaten wie „Germany’s next Supermodel“
- Beitrag zum Körperbewusstsein von Mädchen und Jungen
- Jugendkulturen und Körpersprache
- Psychogene Ess-Störungen
- Einfluss von Hormonen auf den weiblichen Körper und aktueller wissenschaftlicher Forschungsstand zum Einsatz von Hormonersatztherapien

Das Heft kann kostenlos bestellt werden. Außerdem steht das FORUM-Heft als pdf-Datei unter: [www.sexualaufklaerung.de/medien/forum](http://www.sexualaufklaerung.de/medien/forum)

Unter [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de) finden Mädchen, Jungen und Fachkräfte Informationen und Hilfsangebote bei Essstörungen.

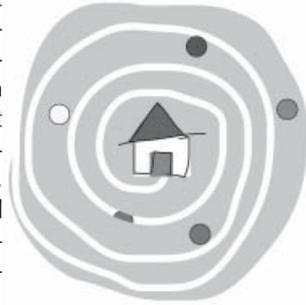
Kontakt:

Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung  
51101 Köln  
Fax: 0221 – 899 22 57  
[order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

## Kitas fit für die Zukunft

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

Kitas fit für die Zukunft heißt kein neues Modellprojekt der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. Dieses Projekt läuft drei Jahre. Während dieser Zeit werden in acht Kindertagesstätten unterschiedlicher Träger Maßnahmen entwickelt und umgesetzt, die die Gesundheit von Kindern, Mitarbeiterinnen und Eltern fördern sollen. Diese acht Modell-Kitas liegen in unterschiedlichen Stadtteilen, die gekennzeichnet sind von sozialer Benachteiligung und einem hohen Migrationsanteil.



Niedriger Sozialstatus, Armut, Unvollständigkeit oder Instabilität der Familien, schlechte Wohnverhältnisse und eingeschränkte Bildungschancen schaffen Bedingungen, die die körperliche und physische Gesundheit von Kindern beeinträchtigen.

In Kindertagesstätten können diese Probleme dann je nach Umfeld verstärkt auftreten. Dadurch können die Beschäftigten der Kita besonderem Druck und hohen Anforderungen an ihre pädagogische Kompetenz ausgesetzt sein. Sie müssen Verständnis für die unterschiedlichen Konfliktlagen von Familien aufbringen, mit der Häufung der Probleme zurechtkommen und armutsbedingte Defizite ausgleichen. Zu diesen hohen Beanspruchungen kommen die, die durch hohe Arbeitsdichte, Personalknappheit, Zeitprobleme etc. entstehen.

Auch die Eltern sollen mit diesem Projekt erreichen werden, wenn auch der Zugang zu den Müttern und Vätern oft erschwert ist. Die Kindertagesstätte erweist sich als Ort, an dem Kinder, Mitarbeiterinnen und Eltern erreicht

werden. Deshalb sind Kitas für die Gesundheitsförderung zentrale Orte. Hier kann die gesundheitliche Situation aller Beteiligten langfristig und nachhaltig verbessert werden. Es können hier gemeinsam Maßnahmen geplant und umgesetzt werden, die die Organisation Kindertagesstätte zu einem gesunden Lebensraum für alle werden lässt. Gesundheitsförderung ist somit auch Organisationsentwicklung in der Kindertagesstätte.

Wie sieht nun die konkrete Umsetzung des Projektes aus. In den 8 Modell-Kitas des Projektes „Kitas fit für die Zukunft“ wird zu Beginn des Prozesses eine Bestandsaufnahme gemacht. Dabei wird gefragt, was bislang zum Thema Gesundheitsförderung gemacht worden ist und wo besondere Problembereiche liegen. Darüber hinaus wird gefragt, welche Maßnahmen für die jeweilige Kita sinnvoll erscheinen und am ehesten gelingen könnten. Wichtig dabei ist der Aspekt, dass Erzieherinnen und Kinder „Expert(inn)en“ ihrer eigenen Gesundheit sind. Sie werden dabei unterstützt, sich gemeinsam Gedanken über ihre eigene Gesundheits-, Lebens- und Arbeitssituation zu machen. Aus der Bestandsaufnahme und Analyse werden die wichtigsten Handlungsfelder und Maßnahmen für die Umsetzung festgelegt. Diese Maßnahmen können u. a. in den Bereichen sein:

- Arbeitsplatzorganisation und Belastungen
- Gestaltung von Räumen
- Elternkooperation
- Vernetzung

Sie können aber auch bestimmte Inhaltsbereiche definieren. Dazu zählen:

- Bewegung
- Ernährung
- Stressbewältigung
- Unfälle
- Zahngesundheit

Jede Maßnahme wird auf ihre Umsetzung und auf ihr Ziel geprüft, damit schnell auch Erfolge zu sehen sind.

Ein wichtiges Instrument bei der Umsetzung der Maßnahmen ist der Gesundheitszirkel. Er wird in jeder Kita gebildet und begleitet und steuert den Prozess der Veränderung. Jede Maßnahme wird evaluiert und nach Abschluss des Projektes anderen Kindertagesstätten aus den Stadtteilen zur Verfügung gestellt.

Während der Projektlaufzeit wird gleichzeitig ein Kompetenzzentrum bei der HAG aufgebaut. Mit dem Aufbau soll eine Struktur geschaffen werden, die die Kindertagesstätten in dem Prozess unterstützt, ihre Einrichtung zu einem gesundheitsförderlichen Spiel-, Lebens- und Arbeitsort zu entwickeln. Das Kompetenzzentrum bereitet Informationen auf, bündelt sie und stellt sie der Fachöffentlichkeit zur Verfügung. Es werden Medien und praktische Handreichungen erarbeitet, gute Praxismodelle bekannt gemacht. Vermittlung von Referent(inn)en und Beratung und Begleitung der Kindertagesstätten, die an dem Modellprojekt teilnehmen, sind ein Schwerpunkt des Kompetenzzentrums.

Kontakt:

Petra Büchter  
HAG  
Tel: 040 – 63 64 77-78  
petra.buechter@hag-gesundheit.de

## Schutzengel gesucht

Am 15. November fand in den Baseler Hof Sälen die Fachveranstaltung „Schutzengel gesucht – Prävention von Kinderunfällen“ mit ca. 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt. Veranstalter waren die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), die Landesunfallkasse Hamburg (LUK) und die HAG. Grundlage

waren aktuelle Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung in Hamburg und Ansätze der Prävention für mehr Sicherheit von Kindern.

So machten sowohl der Staatsrat der Behörde, Dietrich Wersich, wie auch der Geschäftsführer der LUK, Jan H. Stock, und der HAG-Vorsitzende Prof. Dr. Leonhard Hajen in ihren Begrüßungsreden darauf aufmerksam, dass der beste

Unfall-Schutz für Kinder Bewegung ist. Kinder sollten eben nicht „in Watte gepackt“ werden, sondern sie müssen sich in der Bewegung entwickeln. Das führt dann schon mal zu Schrammen, blauen Flecken oder aufgeschlagenen Knien. Die gehören aber zu einer „gesunden“ Entwicklung. Behörden, Landesunfallkassen und Gesundheitsförderer haben die Aufgabe, gute, sichere Bedingungen



für die Umwelten zu schaffen, in denen Kinder sich bewegen. Dazu gehören Verkehrserziehungsprogramme ebenso wie sichere Radwege, anspruchsvolle Spielplätze ebenso wie die Sicherheit der einzelnen Geräte.

In seinen Referat stellte Uwe Saier, BSG, die neuesten Zahlen der Hamburger Gesundheitsbericht-erstattung zu Kinderunfällen vor. So ereignen sich 68% der Unfälle in Kita und Schule, 3% sind Verkehrsunfällen und 29% sind dem Bereich von Heim und Freizeit zugeordnet. Dieser ist schlecht erforscht und deshalb sollten Präventionsansätze insbesondere für den häuslichen Bereich entwickelt und umgesetzt werden unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppe Säuglinge und Kleinkinder.

Regina Haß, Hamburger Forum Spielräume e. V., verwies in ihrem Vortrag „Risikoverhalten kann man lernen“ auf das Recht auf die eigene Beule. Kinder müssen die Möglichkeit haben selbstwirksam („Ich kann das schon!“), motiviert und eigenaktiv Bewegung zu lernen: „Ein Mensch, der sich in Sicherheit befindet, sucht nach einiger Zeit Unsicherheit auf, denn Un-

sicherheit beinhaltet neue Reize, neue Informationen.“ Die Auseinandersetzung damit stärkt das Selbstvertrauen und macht Kinder sicher.

In der Podiumsdiskussion waren sich Fred Babel, LUK Hamburg, Regina Haß, Thomas Adrian, Behörde für Inneres, Dr. Hans-Ulrich Neumann,



Foto: HAG

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Hamburg, Birgit Schulze, Familienhebamme im Projekt ADEBAR und Hildegard Esser, BSG, einig, dass die Prävention von Kinderunfällen mit vielen Maßnahmen und Projekten unterschiedlicher Akteure im öffentlichen Raum gut vernetzt einen hohen Standard hat, dass aber die Aktivitäten

zur Unfallprävention im häuslichen Bereich noch zu verstärken sind. Hier könnten aufsuchende Angebote (z. B. Familienhebammen) die Erreichbarkeit erhöhen.

Martina Abel, Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit, stellte abschließend die Aktivitäten auf nationaler und internationaler Ebene zur Verhütung von Kinderunfällen dar. Aufgaben für die Zukunft sind, gezielte Angebote zu entwickeln für Kinder zwischen 0 und 3 Jahren bzw. deren Eltern, für sozial benachteiligte Kinder und für Familien mit Migrationshintergrund. An diesen Zielgruppen werden auch die Aktivitäten der HAG bei der Kinderunfall-Prävention ansetzen.

*Dörte Frevel*

Kontakt:

Petra Hofrichter  
HAG  
Tel: 040 – 63 63 77-91  
petra.hofrichter@hag-gesundheit.de

## Aktivitäten des Regionalen Knoten

Neben den Treffen der Arbeitskreise „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ und „Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ waren die Aktivitäten des Regionalen Knoten im letzten Vierteljahr von 2006 geprägt vom bundesweiten Austausch:

Am 10. November fand in Köln das 4. Treffen des Kooperationsverbundes statt. In einer gemeinsamen Erklärung fordern alle Mitglieder des Verbundes die Politik auf, gesundheitliche Chancengleichheit als Querschnittsaufgabe zu etablieren. Auch bei diesem Treffen konnten neue Kooperationspartner/innen begrüßt werden:

Zu den 37 bisherigen Organisationen traten die Bundesarbeitsgemein-

schaft Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit, der Deutsche Caritasverband, das Deutsche Institut für Urbanistik (difu), der Deutsche Olympische Sportbund und die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz dem Verbund bei ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)).

Der Regionale Knoten Hamburg stellte im Rahmen der

Podiumsrunde Aktivitäten und Schwerpunkte der Arbeit in Hamburg vor.

Wie in jedem Jahr fand auch in 2006 am ersten Wochenende im Dezember in Berlin der Bundeskongress Armut und Gesundheit statt. Unter dem Motto „Prävention für gesunde Lebenswelten – Soziales Kapital als Investition in Gesundheit“ trafen sich

1800 Akteure aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich und tauschten sich über wirksame Konzepte der Gesundheitsförderung in Deutschland aus.

Die Regionalen Knoten stellten ihre Arbeit an einem Infostand dar und brachten ihre Erfahrungen in unterschiedlichen Workshops in Form von Fachbeiträgen oder Moderationen ein.

Dem Kongress vorgeschaltet war auch dieses Jahr wieder die Satellitenveranstaltung des BKK-Bundesverbandes im Rahmen seiner Initiative „Mehr Gesundheit für alle!“. Im Mittelpunkt der Fachtagung stand die Koordinierung von Schnittstellen unterschiedlicher Präventionsstrategien aus Bildungspolitik, Sozialarbeit und Gesundheitsförderung.

Ein Höhepunkt dieser Veranstaltung war die Auszeichnung von guten Praxisprojekten; auch unter den





diesjährigen Gewinnern war wieder ein Hamburger Projekt: Irene Ehmke vom Büro für Suchtprävention konnte den Preis für ihr Projekt „Connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ entgegennehmen.



Foto: Gesundheit Berlin e. V.

Am 14. Dezember nahmen alle Regionalen Knoten an der Sitzung des Beratenden Arbeitskreises des Verbundprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ teil. Inhaltliche Schwerpunkte waren die Ergebnisse der Arbeit der Regionalen

Knoten 2006 und die Weiterentwicklung des Good Practice Ansatzes.

### Aktivitäten auf regionaler Ebene

Nach Durchführung der Sonderveranstaltung „Wohnungslos und krank?“ am 11.10.06 in der Ärztekammer, hat der Arbeitskreis in den darauf folgenden Treffen ein Konzept für die Erstellung einer Broschüre über die Hürden und Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen von Wohnungs- und Obdachlosen in Hamburg entworfen. Anhand von ausgewählten Einzelfallbeispielen sollen die „Lücken im System“ dargestellt werden, die eine adäquate Behandlung von wohnungslosen Patienten erschweren.

Der Arbeitskreis „Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ hat sich planungsgemäß einmal getroffen. Inhalt dieser Sitzung war der gemeinsame Austausch und das Festlegen der Arbeitsschwerpunkte für 2007, ergänzend wird eine Mitgliederbefragung durchgeführt.

Good Practice zählte auch im letzten Quartal zu den zentralen Arbeitsschwerpunkten: Good Practice-Darstellungen wurden von den

Projekten „Kinder und AIDS“ und



„Frühe Hilfen Hamburg“ fertig gestellt, ein Interview mit einem Praxisprojekt durchgeführt. Die Projekte, die den Auswahlprozess erfolgreich durchlaufen haben, sind in der Neuauflage der Broschüre „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zu finden, die die BZgA im November herausbrachte.

haben, sind in der Neuauflage der Broschüre „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ zu finden, die die BZgA im November herausbrachte.

### Termine 2007

**AK „Förderung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“ 2007:**

31. Januar, 28. März, 13. Juni, 12. September und 14. November jeweils von 9.30 – 11.30 Uhr in der HAG.

**AK „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ erstes Halbjahr 2007:**

18. Januar, 1. März, 19. April, 7. Juni, jeweils von 9.30 – 11.30 Uhr in der HAG

Kontakt:

Petra Hofrichter  
HAG

Tel: 040 – 63 63 77-91

petra.hofrichter@hag-gesundheit.de

## Wettbewerb Gesunde Schule in Hamburg 2005/2006

Zum achten Mal fand am 30. November 2006 die Preisverleihung „Gesunde Schule in Hamburg“ in der Wichern Schule statt. Diesmal konnten zehn Schulen nach den Kriterien der Gesundheitsförderung der Ottawa-Charta geehrt werden. Es waren sechs Schulen zum ersten Mal dabei, die übrigen vier zum Teil schon mehrere Male.

Folgende Schulen wurden zum ersten Mal ausgezeichnet:

- Gymnasium Corveystraße
- Schule Luruper Hauptstraße
- Schule Oppelner Straße
- Gymnasium Osterbek
- Schule Othmarscher Kirchenweg
- Wichern Schule

Auch in diesem Jahr wieder dabei waren:

- Heinrich-Heine-Gymnasium
- Schule Iserbrook (Grundschule)
- Grundschule Müssenredder
- Schule Schenefelder Landstraße (Grundschule)

Die ausgezeichneten Schulen

erhielten aus den Händen der HAG-Geschäftsführerin Margrit Schlankardt je ein repräsentatives Schild mit dem Logo des Wettbewerbs, einen Schulstempel mit der Jahreszahl und eine



Foto: HAG

Urkunde. Dabei wurde sie von den drei Kinderbischöfen der Wichern Schule unterstützt, die auch über ihre Arbeit in ihrer Schule berichteten.

Neben diesen ausgezeichneten Schulen erhielt die Gesamtschule Blankenese eine Anerkennungsurkunde für die Aktivitäten im Bereich der Schulcafeteria.

de für die Aktivitäten im Bereich der Schulcafeteria.

Feierlich umrahmt wurde die Preisverleihung durch das Schulorchester und den Chor der Wichern Schule. Auch Schüler/innen der Schule Iserbrook haben gesungen, es gab einige Beiträge über das, was an den Schulen geplant, verworfen, geändert, demokratisch bestimmt und schließlich in gemeinschaftlicher Arbeit umgesetzt wurde.

Bei einem leckeren Büffet kam es zu einem lebhaften Austausch über die zahlreichen Ideen, wie es Schulen gelingt, ihren Alltag gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Kontakt:

Margrit Schlankardt  
HAG

Tel: 040 – 632 22 20

## Fit und mit Power durch den Tag

Im Rahmen des HAG-Projektes „Ernährungsbaukasten“ gibt die HAG das Faltblatt „Fit und mit Power durch den Tag“ neu heraus.



– Was Kinder für einen guten Tag brauchen“ neu heraus.

Im Laufe des Jahres 2006 haben die Ernährungsfachfrauen der HAG über 250 Unterrichtseinheiten in Grundschulen und weiterführenden Schulen (5. – 7. Klassen) durchgeführt. Im Projekt „Ernährungsbaukasten“ waren das Einheiten zu

den Themen „Klassenfrühstück“, „Obst und Gemüse“, „Getreide“, „Getränke“ und „Schule Deine Sinne“.

Im „Fit und Fun“-Projekt arbeiteten Schülerinnen und Schüler der 5. – 7. Klassen in Projekt-Workshops zu den Themen „Ernährungskonzept Optimix“, „Was ich esse – Ernährungsprotokolle“, „Wir kochen ein Menü“, „Mit allen Sinnen“ u. a.

Für den Ernährungsbaukasten wird im Laufe des Jahres 2007 eine Handreichung zu den Unterrichtseinheiten erstellt, die alle Grundschulen in Hamburg erhalten werden. Für „Fit und Fun“ liegt bereits eine Handreichung vor, die im Internet unter [www.hag-gesundheit.de](http://www.hag-gesundheit.de) heruntergeladen werden kann.

Neben den Unterrichtseinheiten,

## HAG - aktiv



die großes Interesse finden, bietet die HAG Beratungen zum Thema Ernährung in Kitas, in Schulen, für Eltern und Fachpersonal an und führt z. B. Eltern-Kind-Workshops durch.

Die Flyer „Fit und mit Power durch den Tag“ und „Klassenfrühstück – Klasse Frühstück“ sowie weitere Informationen zu den Angeboten der HAG im Themenfeld Ernährung können telefonisch angefordert werden.

Kontakt:

Dörte Frevel  
HAG

Tel: 040 – 63 64 77-94

## Termine der HAG-Arbeitskreise

### AK Ernährung, Kinder, Schule

Di 03.04.07

Di 05.06.07

Di 04.09.07

Di 06.11.07

Ort: Umwelt- und Gesundheitsamt  
HH-Nord

Kümmellstr. 7, 20249 Hamburg

9.30 – 11.00 Uhr

Christine Dornieden

Tel: 040 – 428 04-27 93

### AK Selbstbestimmtes Altern

Mi 21.03.2007

Mi 30.05.2007

Mi 05.09.2007

Ort: HAG

Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg

10.30 – 12.00 Uhr, Sitzungsraum

Inge Heße, c/o HAG

Tel: 040 – 632 22 20

### AK Gesundheitsförderung in der Arbeitsumwelt

Do 15.02.07

Do 19.04.07

Do 28.06.07

Do 13.09.07

Do 15.11.07

Ort: BSG – Amt für Gesundheit

und Verbraucherschutz

Billstraße 80 a, (Hochhaus) 11. Stock

Raum 11.03

17.00 – 19.00 Uhr

Axel Herbst

Tel: 040 – 439 90 33

### Zielpatenschaft „Stillen“

Thea Juppe-Schütz, IBLCL

Tel: 040 – 18 18 87-94 32

Dr. Michael Scheele

Tel: 040 – 18 18 87-34 58

### AK Sexualität - Sexualität / AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten

Mo 26.03.07

Mo 21.05.07

Mo 09.07.07

Mo 24.09.07

Mo 26.11.07

Ort: Pro Familia Landesverband

Hamburg, Kohlhöfen 21

20355 Hamburg

14.00 – 15.30 Uhr

### Hamburger Bündnis gegen den Plötzlichen Säuglingstod

Margrit Schlankardt, HAG

Tel: 040 - 632 22 20



Arbeitskreise

## e-besity

Online-Programme rund um Gewicht, Ernährung und Wohlbefinden

Internet sei Dank: „Schlank bleiben nach der Diät“, „Online zur Traumfigur“ oder „Wir machen Sie fit – leichter im Gleichgewicht“ – so lauten die Schlagzeilen in den Zeitungen, Zeitschriften oder im Internet. Das Angebot von Internetseiten mit Informationen rund um Gewicht, Ernährung und Diät ist riesig. Auch das Angebot von Online- oder E-Mail-Beratungen und -Coachings, Chats, Foren, Selbstmanagement-

Angeboten wie Online-Tagebüchern, Online-Tests mit Auswertungen bis hin zu aufwändigen internetbasierten



Büro für Suchtprävention

Interventionsprogrammen für Frauen, aber auch für Männer ist innerhalb kürzester Zeit unüberschaubar geworden und wächst täglich an.

Was wird geboten? Längst hat sich das Angebot so ausdifferenziert, dass für jeden Geschmack etwas dabei ist. Internetseiten mit Programmen zum Abnehmen bieten meist individuelle Diät- und Trainingspläne an, die Eigenangaben zu Vorlieben bei Ernährung und Sport mit einbeziehen. E-Mail-Beratung oder Chats ergänzen bisweilen das Angebot. Ähnlich aufgebaut sind Programme, die beim Halten des Gewichts unterstützen wollen oder ins-



Gut zu wissen

# Gut zu wissen

gesamt das körperliche Wohlbefinden verbessern helfen wollen.

Die Programme unterscheiden sich darin, wie detailliert auf die individuelle Situation der Teilnehmenden eingegangen wird: Werden Vorlieben und medizinische Vorgaben abgefragt? Wie alltagstauglich sind die Ratschläge? Können die Teilnehmenden eigene Vorgaben machen und das Programm den eigenen Bedürfnissen anpassen?

Wie individuell ist die Betreuung? Zentral ist dabei die Frage nach der Qualität. Dabei taugen weder Online-Programme etwas, die zwar auf fundierten herkömmlichen Angeboten basieren, diese aber aufgrund mangelnder Kenntnisse des Mediums nicht adäquat im Internet umgesetzt haben, noch solche Programme, die zwar hervorragend programmiert und anwenderfreundlich gestaltet wurden, aber inhaltlich und fachlich wenig zu bieten haben. Angaben über die Qualifikation der Programmentwickler und der Experten bzw. Coaches sollten unbedingt geprüft



Foto: DAK/Schläger

werden. Preise – kaum ein Angebot ist kostenlos – sollten verglichen werden. Seriöse Angebote von nicht-seriösen zu unterscheiden ist schwer.

Wie steht es um die Wirksamkeit solcher Internetangebote? Online-Programme haben gegenüber anderen Programmen

den Vorteil, dass sie orts- und zeitunabhängig abrufbar sind. Zudem können sie einen einfachen Zugang zu differenzierten Kommunikationsmöglichkeiten bieten und zum Selbstmanagement anregen. Da internetbasierte Interventionsprogramme (von den Entwicklungskosten abgesehen) äußerst kostengünstig sind, trotzdem aber eine enorme Reichweite haben, sind sie für den gesamten Gesundheitssektor interessant. Es gibt sie mittlerweile zur Begleitung von chronischen Krankheiten wie Diabetes, rund um Alkohol- und Tabakkonsum, HIV-Infektionen und AIDS, Krebs, Phobien, Depressionen usw. Noch lässt sich keine generelle Aussage zur Wirksamkeit treffen. Es liegen jedoch aus fast jedem Bereich Studien vor, die auf das große Potenzial dieser Programme schließen lassen.

Eine Studie aus den Niederlan-

den konnte bei einem Online-Programm zur Ernährung signifikante Veränderungen hinsichtlich des Problembewusstseins und der geäußerten Absichten in Zusammenhang mit der Aufnahme von Fetten bzw. Obst/Gemüse nachweisen, aber keine Verhaltensänderungen.

Eine dänische Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass personalisierte Online-Beratung kombiniert mit Online-Austausch der Teilnehmenden bei vorliegender Motivation zu anhaltendem Gewichtsreduktion führen kann. Vor allem im Bereich „übergewichtige Kinder“ laufen weltweit Anstrengungen, wirksame internetbasierte Interventionsprogramme zu entwickeln. Da sowohl in Nordamerika als auch hierzulande die Zahl übergewichtiger Kinder ständig steigt, ohne dass in den meisten Fällen eine medizinische Behandlung angezeigt ist, könnten die neuen Online-Angebote hilfreich sein. Eine US-Studie ergab, dass die Qualität der Rückmeldungen der Coaches an die Kinder maßgeblich den Erfolg oder Nicht-Erfolg der Interventionen beeinflusste. Foren und Chats sind auf jeden Fall adäquate Methoden, um Peer-Unterstützung für Kinder mit Gewichtsproblemen anbieten zu können.

Kontakt:

Gabi Dobusch  
Büro für Suchtprävention  
der Hamburgischen Landesstelle für  
Suchtfragen e. V.  
Repsoldstr. 4  
20097 Hamburg  
040 – 284 99 18-17  
dobusch@suchthh.de  
www.suchthh.de

## Ernährungsberatung und vieles mehr

Anna ist 24 Jahre alt. Sie ist Amagersüchtig. Dass Hungern keine Lösung für Probleme ist, hat sie bereits erkannt. Sie will endlich gesund werden! Doch die ständigen Diäten haben ihren Stoffwechsel ganz schön aus dem Gleichgewicht gebracht. Und das Hungergefühl kennt sie schon lange nicht mehr. Wer kann ihr helfen?

In der Zentrale für Ernährungsberatung e. V. sind qualifizierte Beraterinnen mit langjähriger Erfahrung im Bereich Essstörung tätig. Die Ökotrophologinnen entwickeln in Abstimmung mit Therapeut(inn)en und Klientinnen eine behutsamen Vorgehensweise, um in

kleinen Schritten das Essen wieder zu erlernen.

Pia ist 13 Jahre alt und übergewichtig. Ihre Mitschüler hänseln sie in der Schule. Ihre Eltern nörgeln, wenn sie beim Mittagessen einen Löffel zuviel nehmen will. Ihre Oma meckert, wenn sie keinen Löffel zuviel nehmen will. Bis auf Oma wollen alle, dass sie abnimmt. Und sie selber will das eigentlich am meisten. Aber wer hilft ihr dabei?

Die Zentrale für Ernährungsberatung e. V. bietet das Programm „RALLYE ENERGY“ für Kinder und Jugendliche und deren Eltern zur Verbesserung des Bewegungs- und Essverhaltens

an. Durch das interdisziplinäre, ambulante Angebot sollen die Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 14 Jahren lernen, einen Ausweg aus dem Teufelskreis der Abnehmversuche und Enttäuschungen zu finden. Inhalt sind die Themen Bewegung, Essen, Körpergefühl und Selbstverantwortung. Die Eltern werden in Form von monatlichen Gruppenberatungen eingebunden.

Harald ist 52 und Schichtarbeiter. Er lebt alleine in seiner Wohnung. Kochen kann er nicht. Deswegen isst er täglich in der Betriebskantine. Dazwischen gibt es Fast Food. Er fühlt sich unbeweglich, die Knie tun ihm oft weh und er möchte



etwas abnehmen. Doch alleine weiß er nicht wie. Wo findet er Hilfe?

„Anders Essen – Abnehmen ohne Diät“ heißt der Kurs der Zentrale für Ernährungsberatung e. V. zum Thema Gewichtsreduktion. In dem 10-wöchigen Kurs wird das Thema „Gesunde Ernährung“ im Hinblick auf das Abnehmen diskutiert. Mit Hilfe von Ernährungs- und Bewegungsprotokollen werden die Ursachen der Gewichtszunahme ergründet. Jede/r Teilnehmer/in kann für sich herausfinden, ob eine systematische Ernährungsumstellung und Änderung des Bewegungsverhaltens oder eher der Umgang mit Stress, Frustessen und Heißhunger das persönliche Kernthema ist. Ganz intensiv findet dieser Prozess auch in den Einzelberatungen statt, die jederzeit vereinbart werden können.

Die gemeinnützige Zentrale für Ernährungsberatung e. V. ist mit ihrem breiten Angebot eine Anlaufstelle für alle Ernährungsfragen und bietet wissenschaftlich fundierte Information, Beratung und Ernährungstherapie in und um Hamburg. Entstanden ist der Verein im März 1998 aus einem Projekt im Fachbereich Ökotrophologie unter Leitung von Prof. Dr. Joachim Westenhöfer. Inzwischen gehören der Zentrale für Ernährungsberatung e. V. rund 60 Fachkräfte an, viele von ihnen zertifiziert und von den Krankenkassen anerkannt.

Durch die Mitwirkung von Professoren, Vergabe von Diplomarbeiten und Betreuung von Praktikantinnen wird der Kontakt zur Hochschule gepflegt. Er garantiert Aktualität und fördert den Nachwuchs. Die Qualität der Kurskonzepte und der Einzelberatungen wird kontinuierlich durch die Arbeit der krankheitsspezifischen Qualitätszirkel gewährleistet.



Zentrale für Ernährungsberatung e.V.

Kontakt:

Zentrale für Ernährungsberatung  
an der Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
Verein zur Förderung des gesunden  
Essverhaltens  
Lohbrügger Kirchstraße 65  
21033 Hamburg  
Tel: 040 – 428 75-61 08  
Sprechstunde Di 10 – 12  
Do 16 – 18 Uhr  
ernaehrung-hamburg@gmx.de

## Waage e. V.

Beratungsstelle für Frauen  
mit Essstörungen

Seit 1990 gibt es die Beratungsstelle Waage e. V. in Hamburg. Der Name ist Konzept, denn der Verein will denjenigen helfen, deren Leben sich um Gewicht, Kalorien, Essen und Nicht-Essen dreht. Waage bietet auf vielfältige Weise Hilfe und Unterstützung – um dem Weg der Betroffenen eine klare und individuelle Richtung zu geben.

Frauen mit Essstörungen und ihre Angehörigen können sich bei Waage informieren und beraten lassen. Ziel ist

es, die Betroffenen zu begleiten und zu unterstützen und so gemeinsam den ersten Schritt heraus aus der Essstörung zu finden und zu wagen. Auch Fachleute finden hier Unterstützung.

Seit 1996 wird die Einrichtung über einen behördlichen Haushaltstitel der Stadt Hamburg finanziert.

Das multiprofessionelle Mitarbeiterinnenteam verfügt über langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Mädchen und Frauen mit Essstörungen.

### Grundhaltung und Selbstverständnis

Die Arbeit der Waage wird geleitet von einem ganzheitlichen und humanistischen Menschenbild. Im Vordergrund stehen Freiwilligkeit sowie Ressourcenorientierung. So wird der Blick auf die gesunden Anteile gelenkt, wird versucht, diese zu stärken, anstatt sich auf das Symptom zu konzentrieren. Die Mitarbeiterinnen sind für gender-Aspekte sensibilisiert und berücksichtigen aus feministischer Perspektive den Zusammenhang zwischen strukturellen Bedingungen in unserer Gesellschaft und der individuellen Lebensgeschichte der Betroffenen. Maßgabe ist dabei immer die einzelne Frau mit ihren ganz spezifischen Bedürfnissen und ihrer einzigartigen Lebenssituation.

### Verständnis von Essstörungen

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter. Sie sind durch viele Faktoren bedingt, individuelle Dispositionen spielen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung ebenso eine Rolle wie familiäre und gesellschaftliche Hintergründe. Betroffen sind zu 90%

Mädchen und Frauen, wozu gängige Schönheits- und Schlankheitsideale ebenso beitragen wie die vielfältigen und widersprüchlichen Ansprüche an die Rolle der modernen Frau. Die Mitarbeiterinnen der Waage verstehen Essstörungen als Lösungsversuche für innerpsychische Konflikte, als Versuch, mit Gefühlen und Lebens-

situationen fertig zu werden, die sonst kaum auszuhalten wären, beispielsweise nach Gewalterfahrungen. Eine Essstörung ist mehr als nur ein Problem mit dem Essen, sie ist eine kreative, jedoch selbstdestruktive Bewältigungsstrategie für tiefer liegende Schwierigkeiten.

Es lassen sich drei Essstörungen unterscheiden: Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht), und Binge-Eating-Störung (Esssucht). Adipositas bezeichnet lediglich starkes Übergewicht und ist an sich keine Essstörung. Allerdings finden sich auch bei Adipositas häufig eine psychische Ursache und ein starker Leidensdruck, und somit sind die Grenzen zur Essstörung fließend.

### Beratungsangebot

Die Beratung als niederschwelliges Angebot ermöglicht betroffenen Frauen den Einstieg in die konkrete Auseinandersetzung mit ihrer Essstörung und in deren Bewältigung. Hintergrund der Beratung ist stets die aktuelle Situation der Betroffenen, ihre Erwartungen und bisherigen Beratungs- und Therapieerfahrungen. Die Frauen erhalten Hilfestellung bei der Auswahl für sie geeigneter Gruppenangebote, medizinischer oder therapeutischer Angebote. Der Übergang in diese weiterführende Unterstützung wird begleitet und gegeben. Auch nach einer Therapie oder einem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung steht die Beratungsstelle den Betroffenen (wieder) offen.

Um die Hemmschwelle weiter zu senken, bietet die Waage eine regelmäßige **Telefonsprechzeit**. Mindestens zweimal pro Woche erhalten



**Waage e. V.**

Kontakt Beratung Information  
für Frauen mit Essstörungen

dem Weg eine Richtung geben!

## Gut zu wissen

Anrufer/innen so die Möglichkeit, einen ersten Kontakt aufzunehmen, ohne persönlich in die Einrichtung zu kommen. Nach einem ausführlichen telefonischen Beratungsgespräch können weitere persönliche Gesprächstermine vereinbart oder die Anrufenden in andere für sie passende Unterstützungsangebote weitervermittelt werden.

In der **persönlichen Einzelberatung** stehen neben der Informationsvermittlung über die Symptomatik von

Essstörungen und deren Folgen vor allem die Diagnostik, die Förderung der Krankheitseinsicht, und die konkrete Formulierung von Problemen und Zielen im Vordergrund. Orientiert an den Ressourcen und der jeweiligen individuellen Lebenssituation der Betroffenen werden mögliche Heilungsperspektiven entwickelt, die Ratsuchenden erhalten Informationen über ambulante und stationäre Therapiemöglichkeiten sowie medizinische Versorgungsmöglichkeiten.

### Gruppenangebote

Die Gruppenangebote der Waage sind nicht nach Essstörungssymptomatik differenziert, sondern einerseits nach dem Alter der Teilnehmenden sowie an-

dererseits danach, welcher Zugang zur Essstörung gewählt wird. Gruppenangebote für Frauen umfassen Selbsthilfe-, Gesprächs- und Gestaltungsgruppen. Seit dem Herbst gibt es außerdem eine fortlaufende offene Morgengruppe. Die neuen Gruppenangebote für 2007 können ab Januar erfragt werden.

Kontakt:

Waage e. V.  
Eimsbüttelerstr. 53  
22769 Hamburg  
Tel: 040 – 491 49 41  
www.waage-hh.de  
info@waage-hh.de

## Weitere Angebote in Hamburg

Die Einrichtung **KAJAL** ist in den Arbeitsfeldern Beratung, Suchtpräventionsveranstaltungen und Beratung für Mädchen und Fortbildung für pädagogische Fachkräfte tätig.

Seit 1993 beraten Mitarbeiterinnen des Vereins Mädchen im Alter von 12 bis 18 Jahren zu legalen und illegalen Suchtmitteln. Themen sind Alkohol, Cannabis, Ecstasy, Tabak, Essstörungen/Schönheitsideale.

KAJAL bietet Informationsveranstaltungen und Workshops in Freizeiteinrichtungen, Mädchentreffs, Wohngruppen und in der sozialen Gruppenarbeit an. Seit zwei Jahren gibt es ein kostenloses Angebot für Mädchen und junge Frauen, die ein problematisches Essverhalten entwickelt haben. Betroffene können sich von einer ihnen vertrauten Person begleiten lassen und auch mit mehreren Mädchen ein Gruppenberatungsgespräch vereinbaren.

Der zweite große Arbeitsbereich von KAJAL ist die Beratung und Fortbildung von pädagogischen Fachkräften. Bei



der Fallsupervision, in Krisen-, Fach- und Teambesprechungen geht es darum, Pädagog(inn)en in ihrer suchtpräventiven Arbeit mit Mädchen zu unterstützen und fortzubilden.

Informationen: Susanne Herschelmann, KAJAL, Frauenperspektiven e. V., Hospitalstr. 69, 22767 Hamburg, Tel: 040 – 380 69 87, kajal@frauenperspektiven.de, www.kajal.de

Das **Therapie-Zentrum für Übergewichtige Kinder, Jugendliche und Erwachsene** an der Asklepios Klinik Wandsbek bietet verschiedene Angebote für unterschiedliche Zielgruppen an.

Jahresprogramm für Erwachsene mit einem Body Mass Index (BMI) über 30, ein Halbjahresprogramm für Erwachsene mit einem BMI von 27 – 30 und ein Jahresprogramm für Kinder und Jugendliche mit einem Gewicht über der 97. Perzentile.

Dieses wird in altersgerechten geschlossenen Gruppen (8-11, 11-14, 14-17 Jahre) mit maximal je neun Familien gearbeitet. Dabei stehen eine maßvolle Gewichtsreduktion mit erfolgreicher, langfristiger Stabi-

lisierung im Vordergrund. Informationen: Asklepios Klinik Wandsbek, Alphonstr. 14, Frau Nowag & Team, Tel: 040 – 18 18 83-26 15 www.move-eat-more.de

Das **Hamburger Zentrum für Essstörungen e. V.** (HZE) versteht sich als Netzwerk, das einen Einblick in die Vielfalt bundesweiter Hilfsangebote für Betroffene gibt und Weiterbildungsangebote für professionelle Helfer/innen vermittelt. Dieses Angebot richtet sich an Betroffene ebenso wie an Familienangehörige oder Partner/innen und Professionelle. Das Angebot besteht u. a. in einer kostenlosen telefonischen Beratung und einem einmal monatlich stattfindenden Informationsabend. Neben der Vermittlung an kassenzugelassene Therapeut(inn)en und Kliniken können Angebote für Selbstzahler/innen erfragt werden, z. B. Paar- und Familientherapie, Beratungsgespräche, themenbezogene Gruppenarbeit.

Informationen: Hamburger Zentrum für Essstörungen e. V., Bundesstr. 14, 20146 Hamburg, Tel: 040 – 450 51 21, Fax: 040 – 450 51 22

## Gewichtige Essstörung

Der Fachausschuss Essstörung der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. und die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz veranstalten am 23. März 2007 die Fachtagung „Gewichtige Essstörung“.

Das Krankheitsbild Adipositas, des-

sen Erkennung und Behandlung sowie die Wirkungsbereiche von Ernährungs- und Suchtberatung und das Zusammenspiel beider bilden den thematischen Schwerpunkt der Veranstaltung.

Neben einem umfangreichen Vortrags- und Workshop-Programm (ab 12.00 Uhr) und einer Informations-

börse mit Ständen im Foyer findet um 18.00 Uhr eine Podiumsveranstaltung u. a. mit Prof. Dr. Volker Pudiel, Dr. Kathrin Beyer und Udo Pollmer statt.

Weitere Informationen sind bei der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen erhältlich: Tel: 040 – 284 99 18-0, www.suchthh.de

## Bille in Bewegung – fit, pffiffig und kooperativ

Es kocht in Hamm. Ein Kinderkochfestival rund um das Haus der Jugend im Hammer Park machte Mitte September den gelungenen Vorab-Auftakt für das von Arbeit und Leben Hamburg initiierte Projekt „Bille in Bewegung“.

Bille in Bewegung – das ist einer der siegreichen Projektvorschläge des vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz ausgeschrieben Wettbewerbs „besser essen, mehr bewegen“. Bille in Bewegung, das sind spezifische Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention, die Fragen der Ernährung und Bewegung stärker als Querschnittsthemen in den Schulen verankern sollen. Das sind viele engagierte Partner in Schulen, Kitas, sozialen Einrichtungen und Behörden. Und das sind viele Kontakte, Ideen und Aktionen in Hamburgs Osten während der nächsten drei Jahre.

Auf der offiziellen Auftaktveranstaltung Ende September 2006 hatten dann alle Projektpartner die Möglichkeit, ihre geplanten Aktivitäten vorzustellen:

Ernährungsberatung in Kitas und Schulen, Klassenfrühstück, Multiplikatorenschulungen und Kochkurse für Eltern und Kinder sind nur einige der Angebote, die z. B. von der Verbraucherzentrale, der Zentrale für Ernährungsberatung oder der HAG durchgeführt werden.

Im vom Jugend- und Sozialdezernat Hamburg Mitte initiierten Kinderrestaurant kochen die Kinder nicht nur gemeinsam, vielmehr lernen sie unter Anleitung von Profiköchen auch die selbst gekochten Gerichte in einer Restaurantatmosphäre ihren Gästen zu präsentieren.

Aber auch der Bewegungsaspekt kommt in diesem Projekt nicht zu kurz: Neben Koch- und Infokursen wird das Kinder- und Familienhilfe-Zentrum Dringsheide Psychomotorik-Gruppen anbieten; der Förderverein Haus der Jugend Horn e. V. wird Fahrradtouren organisieren, Sommercamps für Eltern und Kinder anbieten und „Kinder-Gärten“, d. h. Gärten, die von Kindern ange-

legt und gepflegt werden sollen, ins Leben rufen. Und es wird eine Veranstaltungsreihe unter dem Motto „Eine Sportart stellt sich vor“ geben. Hammer Sportvereine werden ihre – nicht immer alltäglichen – Sportarten vorstellen.

Bleibt noch zu erwähnen, dass der bereits seit Jahren stattfindende „Runde Tisch Kindergesundheit in Horn“, betreut vom Bezirksamt Hamburg



Foto: HAG

Mitte (Dezernat für Gesundheit und Verbraucherschutz), einen Ableger bekommen wird: Ab Februar 2007 wird der Runde Tisch auch in Rothenburgsort tagen.

So viele Partner, Aktionen und Termine bedürfen der Koordination: Die Koordinierungsstelle im Vor-Ort-Büro des „Billenetzes“ behält den Überblick über das Geschehen. Sie stimmt die Angebote der Partner ab und stellt Kontakte her. Sie organisiert einmal jährlich Programmworkshops, in denen sich die Partner – und die, die es werden wollen – über die Ziele und Leitbilder des Projektes verständigen und sich kennen lernen können. Ein bis zwei Fachkonferenzen im Jahr stellen „Bille in Bewegung“ dann in den größeren Zusammenhang. Die Koordinierungsstelle wird Öffentlichkeit, Politik und Verwaltung zur Diskussion laden: Was tut sich bundesweit in Sachen Gesundheitsförderung?

Und nicht zuletzt:

Auf [www.billenetz.de](http://www.billenetz.de) informiert die Koordinierungsstelle aktuell über Termine und Entwicklungen.

Renate Arndt

Kontakt:

„Bille in Bewegung“  
c/o Billenetz  
Billstedter Hauptstraße 86  
22117 Hamburg  
Tel: 040 – 21 90 21 94  
[bettina.rosenbusch@billenetz.de](mailto:bettina.rosenbusch@billenetz.de)  
[www.billenetz.de](http://www.billenetz.de)

## Gut zu wissen



### Gesund essen mit Freude

Ein kultursensibler Ernährungs- und Kochkurs

Krankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie, Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs nehmen in Deutschland und allgemein in den Industrienationen in den letzten Jahrzehnten ständig zu. Diese zumindest anteilig ernährungsabhängigen Erkrankungen, stellen in der ärztlichen Praxis heute das größte Gesundheitsproblem dar. Die jährlichen Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass derzeit in Berlin etwa 11% der Einschüler/innen von Übergewicht oder Adipositas betroffen sind. Kinder türkischer Herkunft sind dabei besonders gefährdet, bei ihnen liegt der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder bei 22,7%. Sie leiden demnach doppelt so häufig unter Übergewicht wie deutsche Kinder.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken gibt es bereits eine Vielzahl von Angeboten zur Ernährungsaufklärung. Familien mit Migrationshintergrund und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden jedoch von diesen Angeboten nur selten erreicht. Um auch für diese Zielgruppen ein Angebot zur Verfügung zu stellen entwickelte Gesundheit Berlin, die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, ein Modellprojekt zur Förderung gesunden Ernährungsverhaltens in Familien mit Migrationshintergrund. Kindern und Jugendlichen soll so über das Elternhaus ausgewogene Ernährung näher gebracht werden.

Mit einer Gruppe von Frauen türkischer Herkunft aus einem sozial benachteiligten Stadtteil Berlins wurde dazu ein kultursensibler Ernährungskurs mit wechselnden theoretischen und praktischen Einheiten entwickelt und umgesetzt. Im theoretischen Kursteil wurden Kursmodule behandelt, die den kulturell geprägten Alltag und die traditionellen Ernährungsgewohnheiten der Mütter berücksichtigten. Die Themen „gesunde Ernährung“, „Ernährungsverhalten“, „Ernährung von Kindergarten- und Schulkindern“ sowie zu „Übergewicht“ und „Essstörungen“ wurden bespro-

# Gut zu wissen

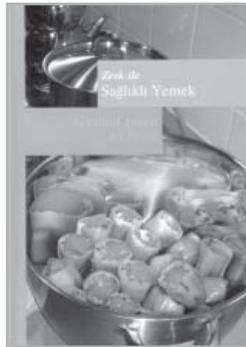
chen und von den Teilnehmerinnen diskutiert. Dabei brachten die Frauen ihre eigenen Erfahrungen und Gewohnheiten ein und entwickelten gemeinsam mit der Kursleiterin Lösungsstrategien für ihre Probleme.

Im Kochteil des Kurses wurden die besprochenen Themen auch praktisch umgesetzt. Dazu wurden Gerichte zubereitet, die die Frauen auch zuhause häufig kochen. In einem nachfolgenden Kurs konnte das Konzept auch erfolgreich auf das Setting Schule und eine Gruppe von Müttern unterschiedlicher Herkunft übertragen werden, hier nahmen Mütter türkischer, pakistanischer, bosnischer und deutscher Herkunft teil. Über das Thema Ernährung, welches alle Mütter gleichermaßen interessierte, fand in dieser Gruppe ein besonders intensiver Austausch statt.

Durch den Kurs gewannen die Frauen an Ernährungswissen und setzten dieses

auch in der Familie um. So gab eine Teilnehmerin an, nun auch zuhause beim Kochen weniger Fett zu verwenden, was von der Familie überhaupt nicht bemerkt und damit akzeptiert wurde. Diese Erfahrung ermunterte auch die anderen Teilnehmerinnen das im Kurs Erlernte zuhause umzusetzen. Die Erfahrungen des Kurses zeigen weiterhin, dass sich das Projekt gut eignet, die Kursteilnehmerinnen zu aktivieren und zu weiterem Engagement im Kiez bzw. hinsichtlich eines gesunden Lebensstils zu motivieren. So nahmen z. B. die Teilnehmerinnen an weiteren Kursen in der Einrichtung teil oder engagierten sich in der Schule ihrer Kinder.

Bei dem Projekt „Gesund essen mit Freude“ handelt es sich um ein qualitätsgesichertes Konzept, welches nach



den Kriterien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Beispiel guter Praxis bewertet und vom BKK-Bundesverband als Präventionsprojekt nach §20, SGB V anerkannt wurde. Wichtige Informationen zu den im Kurs behandelten Themen wie auch die ausprobierten Rezepte wurden im türkisch-deutschen Kochbuch „Gesund essen mit Freude“ zusammengefasst. Neben dem Kochbuch wurden ein Kursmanual, welches Informationen zum Aufbau und zu Inhalten kultursensibler Koch- und Ernährungskurse liefert, sowie ein Leitfaden zur deren Implementierung entwickelt.

Alle entwickelten Materialien stehen nun interessierten Akteuren unter [www.saglik-berlin.de/materialien.html](http://www.saglik-berlin.de/materialien.html) zum kostenlosen Download zur Verfügung und regen zur Umsetzung eigener Kurse bzw. Projekte an.

Kontakt:

Ina Wlodosch  
Gesundheit Berlin e. V.  
Friedrichstraße 231  
10969 Berlin  
Tel: 030 – 44 31 90-60

## Klinik-Konzept einmalig in Deutschland

Die DAK-Fachklinik Haus Quickborn auf Sylt ist mit ihrem neuen Konzept und ihrer speziellen Therapie bei Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter deutschlandweit einzigartig. Im Rahmen der Integrierten Versorgung werden DAK-versicherte Kinder und Jugendliche im Alter von 8-15 Jahren von einem Netzwerk aus Ärzt(inn)en, Psycholog(inn)en, Ernährungsberater(inne)n und Sportlehrer(inne)n auf höchstem therapeutischen Niveau behandelt.

„Bei der Übergewichts- und Adipositas-Therapie gibt es ein großes Defizit in der Kliniklandschaft in Deutschland“, sagt Gerd Reinartz, Leiter der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der DAK-Landesgeschäftsstelle Nord-Ost. Daher entwickelten die Mitarbeiter des Haus Quickborn das neue Konzept gemeinsam mit der Zentrale für Ernährungsberatung (ZEB) in Hamburg. Das innovative Konzept begeistert vor allem wegen der langfristigen Betreuung. Jede/r, weiß, wie schwer es ist, langfristig abzuneh-



men und dem „Jojo-Effekt“, also dem Zyklus aus Abnahme und Zunahme, zu entkommen. Die Gründe: unrealistische Ziele, keine langfristige Umstellung der Ernährung. Ursachen für die Gewichtszunahme (z. B. Bewegungsmangel, Stress, psychische Probleme) werden nicht angegangen. Daher setzt das

Konzept an drei Punkten an: es bietet eine langfristige Betreuung, setzt auf realistische Ziele und bezieht die gesamte Lebenssituation der jungen Patient(inn)en ein.

Das besondere ist die ambulante Nachbetreuung. Bereits vor der stationären Maßnahme, während der Zeit, in der die Kinder auf Sylt sind, und in den nachfolgenden zehn Monaten werden die Familien besucht. Ein Netzwerk aus Ernährungsberater(inne)n, Ärzt(inn)en und DAK-Mitarbeiter(inne)n hält den Kontakt und informiert die Eltern über die Fortschritte der Kinder während der Maßnahme, arbeitet mit ihnen an einem Plan für die Zeit danach und am Umgang mit Ernährung, Bewegung und Freizeitverhalten. Ein

ganzes Jahr lang können sich die Eltern mit Fragen an die Therapeuten wenden.

Im Haus Quickborn profitieren die Kinder von der Zusammenarbeit und dem Erfahrungsaustausch der verschiedenen Spezialisten. Denn Übergewicht und Adipositas haben Folgen, die weit über das Dicksein hinausgehen und im Vergleich zu Normalgewichtigen wesentlich früher und häufiger als Begleit- und Folgeerkrankungen auftreten: orthopädische Probleme, Stoffwechselkrankheiten (z. B. Diabetes) sowie Erkrankungen von Herz und Kreislauf. Doch auch die Psyche macht es den Kindern schwer, ihr Gewicht zu reduzieren. Selbstwertprobleme übertragen sich auch auf andere Gebiete wie die schulischen Leistungen. Sport haben viele übergewichtige Kinder bisher oft nur als Qual erlebt und ins Schwimmbad würden sie sich schon gar nicht wagen. Deshalb ist es schon ein großer Erfolg, wenn die Kinder nach drei Wochen in die Nordsee gehen und sich trauen, Badetaschen anzuziehen.

Kontakt:

Petra Rath  
DAK – Landesgeschäftsstelle Nord-Ost  
Tel: 040 – 23 96 29 76  
[petra.rath@dak.de](mailto:petra.rath@dak.de)

## Angebote rund ums Abnehmen

Ein über Jahre angewöhntes Essverhalten lässt sich nur langfristig verändern. Essen und Trinken sind etwas sehr Persönliches. Zum Abnehmen kann es daher kein Patentrezept geben. Im Rahmen einer abwechslungsreichen Mischkost kommt es aber darauf an, weniger Energie zu essen, als der Körper braucht, das allerdings ohne zu hungern und zu darben. Anzustreben ist eine langsame Gewichtsabnahme, da schnelles Abnehmen den gefürchteten Jojo-Effekt provoziert.

Muss das Einkaufsverhalten geändert werden? Oder sind es die Essgewohnheiten? Ist mehr Bewegung das richtige Mittel oder gibt es bestimmte Lebensumstände, die das Abnehmen erschweren oder unmöglich machen? Meist spielen viele Faktoren eine Rolle, die nach und nach geändert werden müssen, wenn sich ein langfristiger Erfolg einstellen soll. Die AOK bietet in Hamburg verschiedene Unterstützungsangebote für den Weg zum Wohlfühlgewicht.

### Kombi-Reise zum Wohlfühlgewicht

Im Mittelpunkt dieses 10-wöchigen Gruppentrainings stehen die Kursteilnehmer/innen und ihre Ernährungsgewohnheiten. Sie werden beleuchtet und schrittweise verändert – ganz individuell. Zum Kurs gehören Hintergrundinformationen zu einer

bewussten, fettreduzierten Ernährung, die Anleitung zur Umsetzung selbst gesetzter Ziele, Geschmackstests und Entspannungsübungen und in den meisten Kursen ausdauerbetonte und gelenkschonende Sportangebote wie Aqua-Mix oder Aqua-Jogging. Diesen Kurs gibt es auch als muttersprachliches Angebot für türkische Frauen.

### Moderne schlanke Küche

In ihrem Kurs „Leicht & lecker“ zeigt die AOK Wege auf, wie man mit weniger Fett kochen und backen kann – ohne dass der Genuss auf der Strecke bleibt. An drei Abenden treffen sich die Teilnehmer/innen und bereiten gemeinsam fettarme, leckere Gerichte zu und lernen Tricks und Kniffe, wie traditionelle Gerichte durch den bewussten Umgang mit Fett gesünder und bekömmlicher zubereitet werden können.

### Kochkurs für Singles

Mit „Dinner for one“ wird ein Kochkurs für Singles angeboten. An drei Abenden werden gemeinsam leckere Rezepte ausprobiert, die auch für Kochanfänger/innen unter den Singles machbar sind.

### Gesunder Einkauf leicht gemacht

Gesunde Ernährung fängt beim Einkauf an. Gerade wer gesund und fettarm essen und trinken will, muss bewusst auswählen. Beim Rundgang mit der Ernährungsberaterin im Supermarkt erfährt man, worauf man zukünftig achten könnte, welche Produkte besonders empfehlenswert sind und welche besser im Regal bleiben sollten.

### E-Mail Programm

Allen, die nicht die Möglichkeit haben, die Kurse zu besuchen, bietet die AOK das Brief- und E-Mail-Programm „Abnehmen mit Genuss“ für zu Hause an. Das einjährige Trai-



ningsprogramm unterstützt die Teilnehmer/innen bei einer langfristigen Ernährungsumstellung und wurde von der Stiftung Warentest als „uneingeschränkt empfehlenswert“ eingestuft. Dieses Angebot gibt es auch speziell für Diabetiker.

### Information

Informationen gibt es am Telefon unter 040 – 20 23-20 20, im Gesundheits-Programm, das in den Hamburger AOK-Filialen erhältlich ist, und im Internet unter [www.aok.de/rh](http://www.aok.de/rh) oder [www.abnehmen-mit-genuss.de](http://www.abnehmen-mit-genuss.de).

Kontakt:

Ahmed El-Jarad  
AOK Hamburg  
Tel: 040 – 20 23-49 33  
e-mail: [ahmed.el-jarad@rh.aok.de](mailto:ahmed.el-jarad@rh.aok.de)  
[www.aok.de/rh](http://www.aok.de/rh)

## Gut zu wissen



### Erste Impfung gegen Krebs

In Hamburg erkranken jedes Jahr rund 110 Frauen an Gebärmutterhalskrebs (bundesweit sind es 6.500), für rund 40 Hamburgerinnen verläuft die Krankheit tödlich.

Das müsste nicht sein, denn Gebärmutterhalskrebs zählt zu den wenigen Krebsarten, deren Ursache man heute kennt. Er entsteht durch eine Infektion mit so genannten Humanen Papilloma Viren (HPV). Dieser HPV-Infektion kann mit einer Impfung vorgebeugt werden. Die Techniker Krankenkasse (TK) übernimmt die Kosten für die Impfung für Mädchen und Frauen ab dem Alter von elf bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. HPV-Viren werden durch Geschlechtsverkehr übertragen. Schätzungen zufolge kommen 70% der sexuell aktiven Menschen im Laufe ihres Lebens mit dem HPV-Virus in Berührung.

Beim Großteil bleibt dies folgenlos, die Infektion wird durch das Immunsystem abgeblockt. Die meisten Frauen sind dann immun gegen HPV-Viren und können nicht erkranken. Bei einigen klingt die Infektion jedoch nicht vollständig ab. Die Viren setzen sich in Zellen des Gebärmutterhalses fest, im schlimmsten Fall entsteht Krebs. Mediziner empfehlen deshalb, Mädchen vor dem ersten Sexualkontakt mit einer Impfung zu schützen. Die Impfung besteht aus drei Einzeldosen, die in den Oberarm gespritzt werden. Nach der ersten Impfung sollten zwei Monate bis zur zweiten und weitere vier Monate bis zur dritten vergehen. Bisher wurden die Kosten für diese Impfung nicht von den Krankenkassen übernommen. Die Patientinnen erhalten in den Arztpraxen eine Rechnung über den Impfstoff und das Arzthonorar. TK-Versicherte können diese bei ihrer Krankenkasse einreichen und bekommen die Kosten erstattet.

Kontakt:

John Hufert  
Techniker Krankenkasse  
Landesvertretung Hamburg  
Tel: 040 – 69 09-55 13  
e-mail: [john.hufert@tk-online.de](mailto:john.hufert@tk-online.de)

Soziale Unsicherheit von Kindern umfasst eine Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten, die sich auf Kontakt- und Trennungsängste beziehen. Derartige Ängste können bei Kindern so massiv sein, dass diese sozial isoliert sind.

Viele Kinder weisen in ihrer Entwicklung solche Störungen auf, wobei ein großer Teil der Probleme mit der Zeit wieder verschwindet. Manche Ängste können sich jedoch verfestigen. Wenn Kinder zu schüchtern sind, um mit anderen zu spielen oder sich in der Schule zu melden, fehlt es ihnen an sozialer Kompetenz. Um Angststörungen im Erwachsenenalter vorzubeugen, sollte spätestens in der Grundschule therapeutisch interveniert werden.

Das Buch, das erstmals im Jahr 1983 erschien und in der 8. korrigier-

## Training mit sozial unsicheren Kindern

ten und ergänzten Auflage vorliegt, geht auf die Ursachen der sozialen Unsicherheit ein und stellt Symptom-



konstellationen im sozialen und familiären Zusammenhang dar.

Das Therapiekonzept beruht auf

der Annahme, dass Sozialverhalten multimodal behandelt werden sollte – also durch Interventionen auf mehreren Ebenen (Individuum, Kinder(garten)gruppe, Eltern).

Es verbindet dabei Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie mit Rollenspiel und Interventionen in der Familien.

Das Buch beinhaltet eine Fülle von praxisleitenden Materialien. Die genaue Beschreibung der Trainingsstunden-Elemente ermöglicht die optimale Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen, so dass auch Nicht-Psychologen, wie z. B. Lehrkräfte und Erzieherinnen, mit dem Buch arbeiten können.

**Ulrike Petermann, Franz Petermann, Training mit sozial unsicheren Kindern, Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung, 8., korr. und erg. Auflage 2003, Beltz PVU, 277 S., ISBN: 3-621-27527-4, 39.90 Euro**

## Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren

Vorsorgen ist besser als heilen. Da sind sich eigentlich alle einig. Wenn man allerdings zum Arzt geht, ist man meistens krank. Doch wo geht man hin, wenn man gesund bleiben möchte?



Warum geht es in der Medizin eigentlich meistens um Krankheiten und selten um Gesundheit? Können chronisch-degenerative Erkrankungen im hohen Alter überhaupt geheilt werden oder müssen wir uns darauf einstellen, dass wir zwar im-

mer älter, aber im Alter auch immer kränker werden? Sollte das Ziel nicht eher sein möglichst lange möglichst gesund zu bleiben? Und welche Profession und welche Maßnahmen wären geeignet um solche Ziele zu erreichen?

Dies sind Fragen, die im aktuellen gesamtgesellschaftlichen und politischen Kontext immer mehr Beachtung finden sollten, vor allem deshalb, weil Gesundheit als individuelles Wunschziel und als „soziales Kapital“ aktueller denn je ist.

Peter-Ernst Schnabel liefert in seinem Buch die wichtige Klärung der Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Krankheitsprävention“ und betont dabei deren Abgrenzung zu Sekundär- und Tertiärprävention. Außerdem gibt der Autor eine exzellente, differenzierte Übersicht zu aktuell eingesetzten Konzepten vorbeugenden Versorgungshandelns und bietet dem interessierten public health Studierenden sowie Praktiker(inne)n wertvolle, innovative Tipps zur Arbeit im gesundheitsförderlichen und präventiven Bereich.

**Ernst-Peter Schnabel, Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren, Besonderheiten, Leistungen und**

**Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns, Juventa Verlag 2007, 255 S., ISBN: 978-3-7799-1145-6, ca. 22 Euro**

### Impressum

**Herausgeberin:**

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)  
Repsoldstr. 4

20097 Hamburg

Tel: 040 – 632 22 20

Fax: 040 – 632 58 48

Internet: [www.hag-gesundheit.de](http://www.hag-gesundheit.de)

e-mail: [buer@hag-gesundheit.de](mailto:buer@hag-gesundheit.de)

V.i.S.d.P.: Margrit Schlankardt

**Redaktionsteam:**

Ahmed El-Jarad, Dörte Frevel, Petra Hofrichter, John Hufert, Christine Orlt, Petra Rath, Margrit Schlankardt

**Koordination:** Dörte Frevel

**Konzeption und Gestaltung:**

Kontor 36, Elga Voß

**Satzstellung:** Christine Orlt

**Druck:** Drucktechnik

**Auflage:** 2500

ISSN 1860-7276

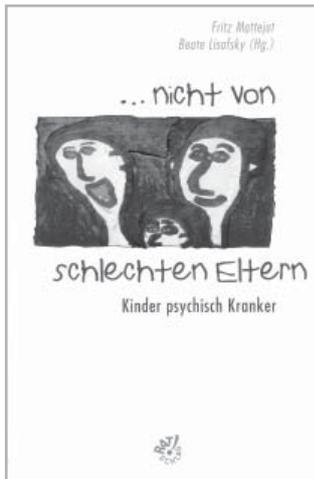
**Erscheinungsweise:** 4 x jährlich

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des/der Autors/in wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

## ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker

Wenn Eltern psychisch krank sind, ist dies eine Belastung für die gesamte Familie, insbesondere für Kinder.

Je jünger die Kinder sind, desto schwieriger ist es, mit dem unterschiedlichen und häufig nicht nachvollziehbaren Verhalten der Mutter oder des Vaters umzugehen. Sie lernen schnell, dass über das „merkwürdige“ Verhalten nicht geredet werden darf, es möglichst niemand wissen soll. Häufig geraten die Kinder erst dann in das Blickfeld, wenn es um die Frage geht, ob sie bei den Eltern bleiben können oder eine Unterbringung in Pflegefamilien oder Heimen notwendig wird.



Dieses Buch berichtet eindrücklich von den Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen, die den Mut gefunden haben, über ihre Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern zu berichten. Im Nachhinein können sie sehr klar benennen, wann und wie ihnen hätte geholfen werden können. Es macht die hohe Verantwortlichkeit der Jugendlichen deutlich, die sie den Müttern oder Vätern gegenüber empfinden.

Es werden Institutionen und Netzwerke vorgestellt, die Hilfe und Unterstützung für Betroffene anbieten.

Ein sehr lesenswertes Buch, das dazu anregt, die Hilfemöglichkeiten für Kinder mit psychisch kranken Eltern weiterzuentwickeln.

**Fritz Matthejat, Beate Lisofsky (Hg.), ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker, 5. Aufl. 2005, Psychiatrie-Verlag, 210 S., ISBN 3-88414-225-9, 12,90 Euro**

## Prima Klima! Miteinander die gute Schule gestalten

*Eine Handreichung für Eltern, Lehrkräfte und Schulleiter*

Erziehung, Bildung und Gesundheit sind gemeinsame Aufgaben von Familie und Schule. Dafür ist ein partnerschaftlicher Umgang miteinander ebenso erforderlich wie ein aufeinander abgestimmtes Denken und Handeln aller Beteiligten.

Doch wie schaffen es Eltern und Lehrkräfte im Sinne einer Bildungs- und Erziehungspartnerschaft gemeinsam „an einem Strang ziehen“ und dabei auch noch die Kinder bzw. Schüler/innen auf dem Weg mitzunehmen?

Voraussetzung dafür ist, dass die jeweiligen Personen einander auf gleicher Augenhöhe begegnen und wertschätzen. Dafür bietet die Handreichung viele, teilweise auch ungewöhnliche Anregungen und Tipps. Die Identifikation mit der Schule wird durch die gemeinsame Schulgestaltung gestärkt. Die Verantwortungsgemeinschaft zwischen Eltern und Schule muss in der Schule gelebt werden und erfahrbar sein.



**Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Prima Klima! Miteinander die gute gesunde Schule gestalten, Eine Handreichung für Eltern, Lehrkräfte und Schulleiter, Juni 2006, 190 S., ISBN – 10: 3-89204-870-3, 23 Euro**

## Mediothek

### Der Fünf Minuten-Pausenspaß

Anregungen zu kurzen Bewegungspausen im Klassenraum bietet der Fünf Minuten-Pausenspaß, herausgegeben vom Netzwerk Gesunde Ernährung.



Zu den Themenfeldern Lauftreff, Gymnastiktreff, Spieltreff, Entspannungstreff gibt es ausgewählte Übungen für die tägliche Klassenzimmer-Gymnastik. Die bietet zwar nur einen Minimalreiz für Stütz- und Bewegungsapparat bzw. das Herz-Kreislauf-System, sie sind aber wertvolle dynamische Übungen für die vom Sitzen ermüdeten Muskeln. Und außerdem machen sie den 6 – 10jährigen, für die sie gemacht sind, sicher Spaß – möglicherweise Motivation genug, um sie ins tägliche Bewegungsprogramm aufzunehmen?!

**Der 5-Minuten-Pausenspaß mit Musik-CD, drei Postern und Begleitbroschüre kostet 24,50 Euro (inkl. Versand). Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.netzwerk-gesunde-ernaehrung.de](http://www.netzwerk-gesunde-ernaehrung.de) und unter Tel: 0641 – 808 96 44.**

**Hier können Sie die Stadtpunkte kostenlos bestellen:**

Tel: 040 – 632 22 20  
Fax: 040 – 632 58 48  
e-mail: [buero@hag-gesundheit.de](mailto:buero@hag-gesundheit.de)



### **Fit und pffiffig – kinder bewegen ihre zukunft**, 2. Fachtagung für Übungsleiter/innen und Erzieher/innen

24.02.07, Hamburg  
 Kontakt: Verband für Turnen und Freizeit Hamburg e. V., Schäferkampsallee 1 20357 Hamburg  
 Tel: 040 – 419 08-273  
 e-mail: fitundpffiffig@vtf-hamburg.de  
 www.vtf-hamburg.de

### **KiTa von morgen – Bedingungen von gestern?** Bildung und Gesundheit in der KiTa

28.02.07, Hannover  
 Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e. V.  
 Tel: 0511 – 350 00 52  
 e-mail: info@gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de

### **Kinder bewegen – Energien nutzen**

01. – 03.03.07, Karlsruhe  
 Kontakt: Universität Karlsruhe (TH), Kongressbüro „Kinder bewegen – Energien nutzen“, Kaiserstr. 12, 76131 Karlsruhe  
 Tel: 0721 – 608-69 79  
 info@kinderkongress-karlsruhe.de  
 www.kinderkongress-karlsruhe.de

### **Gesundheitszirkel richtig einsetzen und effektiv moderieren**

02.03.07, Hannover  
 Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e. V.  
 Tel: 0511 – 350 00 52  
 e-mail: info@gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de

### **Gesund bleiben in Heil- und Pflegeberufen – Lösungsansätze für altersgerechte Arbeitsgestaltung**

05.03.07, Hannover  
 Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e. V.  
 Tel: 0511 – 350 00 52  
 e-mail: info@gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de

### **44. Wissenschaftlicher Kongress der DGE**, Ernährung – Chancen und Risiken im 21. Jahrhundert

08. – 09.03.07, Halle-Wittenberg  
 Kontakt: DGE, Godesberger Allee 18 53175 Bonn  
 Tel: 0228 – 37 76-631  
 e-mail: beck@dge.de

### **Fachtagung Gender Mainstreaming**

16. – 17.03.07, Frankfurt/Main  
 Kontakt: Deutsche Sportjugend im Deutschen Olympischen Sportbund e. V., Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt/M.  
 Tel: 069 – 67 00-338  
 e-mail: lautenbach@dsj.de

### **Früh übt sich ... Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche**

16. – 18.03.07, Edertal-Bringhausen  
 Kontakt: UGB – Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V. Sandusweg 3, 35435 Wettenberg/Gießen  
 Tel: 0641 – 808 96-0  
 e-mail: info@ugb.d

### **Faires Verhalten im Schulalltag – Zeit nehmen**

19.03.07, Hannover  
 Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e. V.  
 Tel: 0511 – 350 00 52  
 e-mail: info@gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de

### **Kongress Altenpflege und ProPflege 2007**

20. – 22.03.07, Nürnberg  
 Kontakt: Vincentz Network GmbH Postfach 6247, 30062 Hannover  
 Tel: 0511 – 99 10-175  
 e-mail: veranstaltungen@vincentz.net

### **2. Kongress für Gesundheitsnetzwerker**, Die Praxis neuer Versorgungsformen

21. – 22.03.07, Berlin  
 Kontakt: Agentur WOK GmbH, Palisadenstr. 48, 10243 Berlin  
 Tel: 030 – 49 85 50 31

### **Fachtag „Gewichtige Essstörung“**

23.03.07, Hamburg  
 Kontakt: Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V., Büro für Suchtprävention, Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg  
 Tel: 040 – 284 99 18-0  
 e-mail: hls@suchthh.de

### **Gesundheitskongress des Westens 2007**

28. – 29.03.07, Essen  
 Kontakt: www.gesundheitskongress-des-westens.de

### **Alkohol – Gewalt – Kriminalität, Was kann Prävention leisten?**

12.04.07, Hannover  
 Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26 30175 Hannover  
 Tel: 0511 – 85 87 88  
 e-mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de  
 www.jugendschutz-niedersachsen.de

### **Die MTV-Generation – Grenzüberschreitung als Lebensprinzip?**

18.04.07, Hannover  
 Kontakt: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Leisewitzstr. 26 30175 Hannover  
 Tel: 0511 – 85 87 88  
 e-mail: info@jugendschutz-niedersachsen.de  
 www.jugendschutz-niedersachsen.de

### **Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen**

Medizinische Fachtagung  
 19.– 21.04.07, Greifswald  
 Kontakt: Prof. Dr. Ute Thyen, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck  
 Tel: 0451 – 25 67  
 e-mail: thyen@paedia.ukl.mu-luebeck.de

### **Chancen für Schulen?! Von Spenden und Sponsoring – von Partnerschaften und Pressearbeit**

24.04.07, Hannover  
 Kontakt: Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e. V.  
 Tel: 0511 – 350 00 52  
 Fax: 0511 – 350 55 95  
 e-mail: info@gesundheit-nds.de  
 www.gesundheit-nds.de

### **Der öffentliche Gesundheitsdienst – Mitgestalter einer modernen Gesundheitspolitik?!**

26. – 28.04.07, Bad Lausick  
 Kontakt: Bundesverband der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Dr. Klaus Walter Postfach 1704, 73407 Aalen  
 Tel: 07361 – 93 03-43  
 e-mail: edith.herzog@ostalbkreis.de

### **2. Internationale Fachtagung Health Inequalities**, Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit

08. – 09.06.07, Bielefeld  
 Info: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/health-inequalities

### **Grundlagen der Vollwert-Ernährung**

22. – 27.07.07, Barsinghausen  
 Kontakt: UGB – Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V., Sandusweg 3, 35435 Wettenberg/Gießen  
 Tel: 0641 – 808 96-0  
 e-mail: info@ugb.de