

Martina Ernst Susanna Wiegand

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einmal anders

Die BABELUGA-Methode, Prävention,
Therapie, Selbstmanagement



HUBER



Ernst/Wiegand
**Adipositas bei Kindern
und Jugendlichen einmal anders**

Aus dem Programm Verlag Hans Huber
Klinische Praxis

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Dieter Frey, München

Prof. Dr. Lutz Jäncke, Zürich (CH)

Prof. Dr. Meinrad Perrez, Freiburg (CH)

Prof. Dr. Franz Petermann, Bremen

Prof. Dr. Hans Spada, Freiburg i. Br.

Im Verlag Hans Huber sind in der Reihe «Klinische Praxis» weiterhin erschienen – eine Auswahl

Sven Barnow (Hrsg.)

Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung

(ISBN 978-3-456-84406-0)

Franz Caspar

Beziehungen und Probleme verstehen

Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse

(ISBN 978-3-456-84187-8)

Christoph Flückiger / Günther Wüsten

Ressourcenaktivierung

Ein Manual für die Praxis

(ISBN 978-3-456-84578-4)

Sabine M. Grüsser / Carolin Nastasja Thalemann

Verhaltenssucht

Diagnostik, Therapie, Forschung

(ISBN 978-3-456-84250-9)

Wolfgang Lutz / Joachim Kosfelder / Jutta Joormann (Hrsg.)

Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie

Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen

(ISBN 978-3-456-84176-2)

Frederick Rotgers / Michael Maniaci (Hrsg.)

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung

Therapien im Vergleich: Ein Praxisführer

(ISBN 978-3-456-84403-9)

Kenneth Sharoff

Leben mit chronischen und unheilbaren Krankheiten

Krankheitsbewältigung durch kognitive Fertigkeiten

(ISBN 978-3-456-84411-4)

J. William Worden

Beratung und Therapie in Trauerfällen

Ein Handbuch

(ISBN 978-3-456-84389-6)

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter:
www.verlag-hanshuber.com

Susanna Wiegand

Martina Ernst

Herausgeberinnen

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen einmal anders

Die BABELUGA-Methode: Prävention,
Therapie, Selbstmanagement

Verlag Hans Huber

Adresse der Erstherausgeberin:

Dr. Susanna Wiegand
Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
Leiterin der Adipositas-Sprechstunde (BABELUGA)
Interdisziplinäres SPZ (OHC); Charité Campus-VirchowKlinikum
Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1
D-13353 BERLIN
Tel. 049-30 4505 66615
Fax 049-30 4505 66926
susanna.wiegand@charite.de

Lektorat: Monika Eginger, Thomas Reichert
Herstellung: Peter E. Wüthrich
Gestaltung: UAA, Ursi Anna Aeschbacher, Biel/Bienne
Umschlag: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: UAA, Ursi Anna Aeschbacher, Biel/Bienne
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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



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

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Hogrefe AG
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2010

© 2010 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

ISBN 978-3-456-84703-0

Inhaltsverzeichnis

Geleitworte (Annette Grüters-Kieslich; Michael Borg-Laufs)	9
Vorwort (Martina Ernst, Susanna Wiegand)	13
1. Wer braucht was?	17
1.1 Indikationen für eine Adipositas-Therapie (<i>Susanna Wiegand</i>)	17
1.1.1 Vorbemerkungen	17
1.1.2 Indikationsstellung und Patientenschulungsprogramme	20
1.1.3 Erweiterte Therapieindikation	22
1.2 Therapeutische Wirkfaktoren (<i>Martina Ernst</i>)	23
1.2.1 Annäherung und Vermeidung	24
1.2.2 Ziele der Adipositas-Therapie	25
1.2.3 Experten treffen Experten!	26
1.2.4 Was wirkt?	27
1.2.5 Selbstmanagement	28
1.2.6 Interdisziplinär vernetzte Adipositas-Behandlung	32
1.3 Identifizierung von Risikogruppen und Behandlungsplanung (<i>Martina Ernst, Zussan von Pickardt</i>)	33
1.3.1 Einschätzung der Therapievoraussetzungen	34
1.3.2 Differentielle Behandlungskonzepte	40
1.4 Migration und soziale Lage (<i>Petra Rücker</i>)	41
1.4.1 Definition von Migration und sozialer Lage	42
1.4.2 Empirische Befunde zu Adipositas-Risikofaktoren	43
1.4.3 Erfahrungen aus dem Adipositas-Zentrum	45
1.5 Das kleine Einmaleins der Energiebilanz (<i>Susanna Wiegand, Stefanie Cherdron</i>)	48
1.5.1 Grundlagen	48
1.5.2 Komponenten der Energiebilanz	49
1.5.3 Möglichkeiten der Bestimmung des Energieverbrauchs	50
1.5.4 Möglichkeiten zur Beeinflussung der Energiebilanz	51
Literatur zu Kapitel 1	54

2. Die BABELUGA-Baustellen-Methode	59
2.1 Veränderungspfade	59
2.1.1 Wegweiser für die Nutzer (<i>Susanna Wiegand</i>)	59
2.1.2 Die «BABELUGA-Philosophie» (<i>Martina Ernst</i>)	61
2.1.3 Interventionsstufen und Gebrauchsanweisung der Instrumente (<i>Martina Ernst</i>)	73
2.2 Die «BABELUGA-Baustellen»	96
2.2.1 Lebensmittel clever auswählen! (<i>Elke Lipphardt, Änne Fresen, Anne-Madeleine Bau, Susanna Wiegand, Martina Ernst</i>)	99
2.2.2 Alles Limo, oder was? (<i>Änne Fresen, Elke Lipphardt, Susanna Wiegand, Martina Ernst</i>)	116
2.2.3 Schön satt oder pappsatt? (<i>Elke Lipphardt, Änne Fresen, Anne-Madeleine Bau, Susanna Wiegand, Martina Ernst</i>)	127
2.2.4 Morgens nix und nachmittags allein vorm Kühlschrank ... (<i>Änne Fresen, Elke Lipphardt, Susanna Wiegand, Martina Ernst</i>)	140
2.2.5 Lecker – die Menge macht's! (<i>Elke Lipphardt, Änne Fresen, Anne-Madeleine Bau, Susanna Wiegand, Martina Ernst</i>)	153
2.2.6 Lahmes Faultier oder flinkes Wiesel: Wie viel Bewegung muss sein? (<i>Susanna Wiegand, Martina Ernst</i>)	162
2.2.7 «Couch potato» & Computer-Freak – macht das fett? (<i>Ralf Thalemann, Zusan von Pickardt, Martina Ernst</i>)	177
2.2.8 Pommes gegen Langeweile? Schokoriegel gegen Frust? (<i>Martina Ernst, Zusan von Pickardt</i>)	189
2.3 Exemplarische Wege durch die BABELUGA-Baustellen (Fallbeispiele: Prävention, Migration, schlechte soziale Lage) (<i>Almut Dannemann, Petra Rücker, Anne-Madeleine Bau, Martina Ernst</i>)	200
2.3.1 Fallbeispiel «Prävention»	201
2.3.2 Fallbeispiel «Migration»	207
2.3.3 Fallbeispiel «schwierige soziale Lage»	212
Literatur zu Kapitel 2	218
3. Weiterführende Aspekte der Adipositas und ihrer Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	223
3.1 Das große Einmaleins der Energiebilanz (<i>Heiko Krude</i>)	223
3.1.1 Biologie des Körpergewichts	223
3.1.2 Anatomie des Körpergewichts	225
3.1.3 Moleküle des Körpergewichts	226
3.1.4 Verlust des normalen Körpergewichts: Seltene genetische Adipositasformen	229
3.1.5 Verlust des normalen Körpergewichts: Leptinresistenz	230

3.1.6	Verlust der normalen Energiegleichgewichts: Eine Hypothese zur Adipositasproblematik	231
3.1.7	Fazit	232
3.2	Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen (<i>Bärbel-Maria Kurth</i>)	233
3.2.1	Gesundheitspolitische Relevanz: Adipositas bzw. Fettsucht als Ausdruck eines extremen Übergewichts	233
3.2.2	Definition und Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland	234
3.2.3	Wie sieht die aktuelle Verbreitung von Übergewicht und Adipositas aus?	236
3.2.4	Welche Kinder und Jugendlichen sind am häufigsten übergewichtig?	237
3.2.5	Wie kann eine Prävention gegenüber Übergewicht und Adipositas aussehen?	239
3.2.6	Diskussion und Schlussfolgerungen	240
3.3	Wunsch und Realität in der Kinderernährung (<i>Anne-Madeleine Bau, Gert Mensink, Almut Richter, Helmut Hesecker</i>)	241
3.3.1	Was in der Kinderernährung gewünscht ist	242
3.3.2	Wie sieht die «Realität» der Ernährung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland aus?	246
3.3.3	Fazit	254
3.4	Kultursensibler Umgang mit der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – Berichte aus der Praxis	254
3.4.1	Erfahrungsbericht einer Kinder- und Jugendärztin (<i>Renate Schüssler</i>)	255
3.4.2	«Fistuk gibi» – Erfahrungsbericht einer Psychologin (<i>Angela Eberding</i>)	265
3.4.3	Fazit	271
3.5	Inaktivität und ihre Bedeutung für die kindliche Adipositas (<i>Christine Graf, Sigrid Dordel</i>)	272
3.5.1	Hintergrund	272
3.5.2	Bewegungsmangel – aktueller Stand	272
3.5.3	Bewegungsmangel und Übergewicht	273
3.5.4	Die Rolle der Sport- und Bewegungstherapie bei kindlicher Adipositas	274
3.5.5	Allgemeine Inhalte einer Sport- und Bewegungstherapie	275
3.5.6	Ausgewählte Risiken im Sport und bei körperlicher Aktivität	276
3.5.7	Weitere Aspekte	278

3.6	Adipositas und Mediensucht im Kindes- und Jugendalter (<i>Ralf Thalemann</i>)	279
3.6.1	Einleitung	279
3.6.2	Diagnostische Kriterien der Computerspielsucht	281
3.6.3	Diagnostik der Mediensucht	283
3.6.4	Welche psychologische Bedürfnislage begünstigt ein exzessives Mediennutzungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas?	285
3.6.5	Therapie des exzessiven Medienkonsums – Erfahrungen aus der Suchttherapie	286
3.6.6	«Rückfallprophylaxe» – Anregungen aus der Suchttherapie	289
3.6.7	Fazit	290
3.7	Essanfälle im Kindes- und Jugendalter (<i>Anja Hilbert</i>)	292
3.7.1	Die «Binge-Eating»-Störung bei Erwachsenen: Essanfälle ohne kompensatorische Maßnahmen	293
3.7.2	Erscheinungsbild von Essanfällen im Kindes- und Jugendalter	293
3.7.3	Epidemiologie	295
3.7.4	Beginn und Verlauf	295
3.7.5	Entstehung von Essanfällen	296
3.7.6	Diagnostische Klassifikation	298
3.7.7	Fazit	299
3.8	Selbstmanagement in der Therapie von adipösen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien (<i>Martina Ernst</i>)	299
3.8.1	Selbstmanagement-Therapie	300
3.8.2	Der Selbstmanagement-Prozess mit der BABELUGA-Baustellen-Methode	306
3.8.3	Therapieziel Nachhaltigkeit	308
3.8.4	Fazit: Die Lebenswelt verändern	318
	Literatur zu Kapitel 3	318
	Anhang	329
	Das BABELUGA-Baustellen-Material	329
	Die Autorinnen und Autoren	333

Geleitworte

Die Zunahme der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen weltweit in den letzten Jahren ist aus ärztlicher Sicht besorgniserregend, da Folge- und Begleiterkrankungen wie der Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck und eine Fettleber jetzt auch schon bei Jugendlichen beobachtet werden. Neben einer genetischen «Veranlagung» sind es vor allen Dingen soziale Faktoren und Umwelteinflüsse, die das Essverhalten, die Bewegung und somit das Körpergewicht negativ beeinflussen. Die Bildung der Eltern, Stress, Zeitmangel und kultureller Hintergrund haben nicht nur Einfluss auf die Zusammensetzung des Essens, sondern auch auf die Alltagsstruktur und das Freizeitverhalten der Familie. Darüber hinaus wurde in der *Framingham Heart Study* (Christakis & Fowler 2007) gezeigt, dass das Risiko von Freunden übergewichtiger Menschen, selbst adipös zu werden, um 170 % erhöht ist.

Die Relevanz dieser sozialen Faktoren legt nahe, dass es möglich sein muss, durch bessere Kenntnisse der individuellen Problembereiche, durch Motivationsförderung und kontinuierliche Betreuung langfristige Verhaltensänderungen zu erreichen und damit die «Adipositasepidemie» zumindest zu einem Teil wieder rückgängig zu machen. Wollen wir uns nicht damit abfinden, dass eines Tages Medikamente mit unterschiedlichen Angriffspunkten eingesetzt werden müssen, um eine Adipositas zu behandeln, so wie es bereits jetzt beim Hypertonus der Fall ist, so müssen wir als Kinderärzte mit den betroffenen Kindern und ihren Familien individuell das passende Konzept erarbeiten, das der jeweiligen Familie die Chance gibt, langfristig das Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.

BABELUGA wurde von Mitgliedern aller Berufsgruppen als praxisnahes und individuell anpassbares, modulares Konzept entwickelt und ist nicht nur auf solche Familien zugeschnitten, die auf genügend Ressourcen zurückgreifen können, sondern will auch gerade die Möglichkeiten von benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund nutzen und stärken. In dieser Hinsicht ist dieses Konzept sicherlich besonders, wenn nicht bislang einzigartig.

Berlin, im Juni 2008

Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich

In der Adipositas-Therapie sind nachhaltige Erfolge üblicherweise selten. Dies liegt nicht nur daran, dass es sich um ein komplexes, multimodal bedingtes Problem handelt. Vielmehr gilt darüber hinaus, dass einer Adipositas ein tiefverwurzeltes, lange eingeübtes Problemverhalten zugrunde liegt. Es handelt sich beim zügellosen Essen nicht um ein isoliertes und auf spezifische situationelle Kontexte beschränktes Fehlverhalten wie bei manchen anderen Störungen; nein, es handelt sich um Gewohnheiten, die den ganzen Alltag durchdringen und die wie selbstverständlich als zu der eigenen Person gehörend erlebt werden.

Nicht zu vergessen: Dass Essverhalten so schwer zu beeinflussen ist, lässt sich auch lerntheoretisch leicht erklären: Das langfristig schädigende Essverhalten wird kurzfristig mannigfach belohnt (verstärkt), und: Die Belohnung erfolgt *sofort*. Jeder Biss in Schokolade, Pommes frites oder Chips wird ohne irgendeine spürbare Verzögerung belohnt, sobald die Geschmacksnerven das Gehirn befeuern und dieses dann seinerseits automatisch Glücksgefühle zurücksendet. Alle negativen Folgen des Verhaltens bleiben im Moment des Bisses völlig im Verborgenen, ihr Eintritt ist sogar ungewiss und erfolgt dann auch noch erst Wochen, Monate oder Jahre später. So lässt sich die Hartnäckigkeit dieses Problems schon unter Rückgriff auf einfachste lernpsychologische Grundlagen leicht erklären.

Erschwerend kommt noch hinzu, dass auch die Rahmenbedingungen in den Familien erfahrungsgemäß häufig wenig ermutigend sind. Mangelnde Struktur und psychosozial ungünstige Lebensbedingungen sind eher die Regel als die Ausnahme.

Wenn man dies alles berücksichtigt, wird klar, dass einerseits ein ausschließlich methoden- und symptomorientiertes Vorgehen nicht zum Erfolg führen wird, andererseits aber auch auf konkrete Hilfen zur Problembewältigung nicht verzichtet werden kann. Angemessene Methoden sind notwendig, aber sie müssen im Rahmen der Behandlung in eine umfassende Konzeption mit dem Schwerpunkt auf Beziehungs- und Motivationsentwicklung integriert werden.

Diesen Weg geht das vorliegende Konzept zur Adipositas-Behandlung dadurch, dass die Ideen der *Selbstmanagementtherapie mit Kindern* konsequent angewendet werden. Beziehungsaufbau, Motivationsarbeit und eine auch langfristig orientierte Zielklärung unter Berücksichtigung der psychischen Grundbedürfnisse der Betroffenen sind zentrale Bestandteile der Selbstmanagementtherapie, Gesichtspunkte, die gerade in der Arbeit mit der hier behandelten Zielgruppe nicht zu kurz kommen dürfen. Das BABELUGA-Modell setzt genau hier an und bettet die zweifellos zur aktiven Problembewältigung hilfreichen verhaltenstherapeutischen Methoden in einen Rahmen ein, bei dem Motivationsarbeit und Zielklärung im Vordergrund stehen. Die Arbeit an den im Einzelfall relevanten *Baustellen* ermöglicht eine manualisierte, damit also überprüfbare, gleichzeitig aber auch einzelfallorientierte Vorgehensweise.

Insofern steht zu hoffen, dass das BABELUGA-Konzept Behandlern *und* Behandelten «Appetit auf die Behandlung» macht und dass mit Hilfe dieses

Modells ein wichtiger Schritt in Richtung langfristiger Veränderung erfolgen kann.

Mönchengladbach, im Mai 2008

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Vorwort

Die Häufigkeit und der Schweregrad von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen haben in den letzten 20 Jahren relevant zugenommen. Besondere Risikogruppen sind Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und/oder aus Familien in schlechter sozialer Lage. Entsprechende Daten liegen seit 2007 repräsentativ für Deutschland vor. Gleichzeitig wurden in den letzten Jahren eine ganze Reihe von ambulanten und stationären Adipositas-Therapieprogrammen für Kinder und Jugendliche entwickelt. In der *Konsensusgruppe Adipositas-Schulung* fand sich erstmalig eine Vielzahl von Therapieeinrichtungen zusammen, um grundlegende Therapiekonzepte in einem Prozess der konstruktiven Diskussion aller Professionen zu erarbeiten. Als Ergebnis entstand ein Trainermanual, welches weite Verbreitung erfahren hat. Daran war das BABELUGA-Team aktiv beteiligt; BABELUGA steht dabei für *Berliner Adipositas-Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche und ihre Familien; Bewegung, Beratung, Begleitung; Essen und Trinken; Lernen und Lebensqualität; Unterstützung der Familie; Gruppentherapie für Kinder und Eltern; Adipositas-Diagnostik*.

Für die Arbeit in einer ambulanten Adipositas-Behandlungseinrichtung – mit multiethnischer Klientel, unter dem Dach eines Sozialpädiatrischen Zentrums mit Versorgungsauftrag – blieben jedoch eine ganze Reihe von Fragen unbeantwortet. Dies lag nicht zuletzt daran, dass dieses Patientenkollektiv mit hohem Migrantenanteil, vielen erfolglosen Therapieversuchen in der Vorgeschichte, oft scheinbar fehlender Motivation und einem hohen Prozentsatz an psychosozialer und metabolischer Komorbidität der Adipositas für viele andere Therapieprogramme die Einschlusskriterien nicht erfüllt hätte.

Wer braucht eigentlich was? Das war und ist deshalb die wichtigste Frage in der Adipositas-Betreuung, denn die adipösen Kinder und Jugendlichen und ihre Familien kommen mit ganz unterschiedlichen Fragestellungen, Erfahrungen, Problemen, Erwartungen und Wünschen. Entsprechend vielseitig muss also das Spektrum der Diagnostik- und Therapie-Optionen sein.

Auf dieser Grundlage ist in den letzten zehn Jahren ein multimodales, mit einem «Baukastensystem» vergleichbares Beratungskonzept entstanden, welches den Selbstmanagementansatz integriert; die Darstellung dieses Konzepts steht im Mittelpunkt dieses Buches (Kap. 1 und 2). Der hier entwickelte

Ansatz ermöglicht eine individualisierte multiprofessionelle Betreuung gerade der adipösen Kinder, Jugendlichen und Familien aus Risikogruppen, die von anderen, strukturierten Schulungsprogrammen nicht erreicht werden. Die ausführliche Problemanalyse und Erarbeitung kleinschrittiger Veränderungspfade gibt auch denjenigen die Möglichkeit, positive Veränderungserfahrungen zu machen, die schon eine Reihe von Fehlversuchen hinter sich haben oder auf den ersten Blick keine tragfähige Motivation zur Veränderung mitbringen. *Adipositas-Teams* mit einem ebenfalls sehr heterogenen Patientenkollektiv können durch eine differentielle Behandlungsplanung den individuellen Voraussetzungen ihrer Patienten besser gerecht werden und damit Misserfolge und Frustrationen reduzieren.

Da in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte z. B. in der Grundlagenforschung zur Gewichtsregulation, in der psychologischen Forschung zu Essstörungen und Suchterkrankungen oder zu Modellen der Verhaltensänderung erzielt wurden, werden in Kapitel 3 von Fachleuten unterschiedlicher Professionen therapierrelevante Aspekte dargestellt. Das Spektrum der Themen reicht dabei von der Biologie des Körpergewichts (Beispiel: Winterschlaf des Bären) über den Ist-Zustand der Kinderernährung und der Fitness bis hin zur Mediensucht. Dabei werden durchaus auch divergierende Sichtweisen deutlich, ein Umstand, der von den Herausgeberinnen durchaus so gewollt ist, da sich darin die Komplexität des Problems der kindlichen Adipositas und die Vielzahl offener Fragen abbilden.

Wir gehen davon aus, dass es auch in den kommenden Jahren neue wissenschaftliche Erkenntnisse geben wird, die unsere Sichtweise verändern werden. Aber auch die kontinuierliche kritische Analyse des eigenen Handelns im Sinne einer regelmäßigen Auswertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist notwendige Voraussetzung für ein lernendes System. Als ein solches soll das dargestellte Betreuungskonzept für adipöse Kinder, Jugendliche und ihre Familien verstanden werden. Es soll darüber hinaus zum interprofessionellen Dialog anregen und auf die besonderen Probleme der Risikogruppen für kindliche Adipositas aufmerksam machen, nämlich Familien mit Migrationshintergrund und/oder in schlechter sozialer Lage. Damit werden unausweichlich nicht nur Themen berührt, die medizinische und gesundheitspolitische Relevanz haben, sondern auch gesamtgesellschaftliche Aspekte, wie z. B. die Gestaltung kindgerechter Lebenswelten. Nur wenn die Grundlagen für eine kindgerechte Lebensweise gegeben sind, wird sich langfristig die Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder reduzieren lassen. Deshalb werden in den einzelnen Problembereichen auch immer wieder *Public Health*-Aspekte angesprochen.

Der Dank gilt allen Familien, die durch ihre aktive Teilnahme, offenen Gespräche, Diskussionen und konstruktive Kritik zur Entwicklung des *BABELUGA-Baustellen-Konzepts* beigetragen haben, allen Autorinnen und Autoren für ihre aktive Mitgestaltung des Buches und den Mitarbeiterinnen und Mit-