

1 Esstörungen: von der „Modekrankheit“ zur Epidemie?

Essstörungen sind seit einigen Jahren in den Massenmedien allgegenwärtig. Regelmäßig „zieren“ magersüchtige Models oder Filmstars die Titelblätter, insbesondere der Boulevard-Presse, oder sind Gegenstand mehr oder weniger reißerischer TV-Sendungen. Dadurch sind Essstörungen nicht mehr das, was sie einmal waren: heimliche, unbekannte und daher oft unerkannte Erkrankungen. Betroffene finden heute schneller Hilfe, Angehörige erkennen frühzeitig, wenn etwas mit ihren Kindern, Freunden, Verwandten nicht stimmt. Doch trifft das wirklich zu? Beschreibt das Bild in den Medien eine veränderte Wirklichkeit? Eher nein. Denn erstens leiden immer noch viele Betroffene unerkannt und heimlich unter „ihrer“ Essstörung und finden oft erst nach Jahren die richtige Hilfe; zweitens sind viele Medienmacher nach unserer eigenen Erfahrung mehr an schockierenden Bildern als an sachlicher Darstellung und nachhaltiger Lösung der Probleme interessiert. Darum möchte ich im ersten Kapitel unter den folgenden Überschriften grundlegende Fragen zum Thema „Essstörungen“ so beantworten, wie sie sich aus Sicht der wissenschaftlichen Forschung, aber auch vor dem Hintergrund der Erfahrung mit unseren Projekten an den Schulen darstellen: Was sind Essstörungen? Wie entstehen Essstörungen? Wie verbreitet sind Essstörungen „wirklich“? Dabei beschränke ich mich auf Aspekte, die für die Prävention von Essstörungen besonders wichtig sind. Für genauere Informationen empfehle ich die übersichtlichen und umfassenden neueren Darstellungen bei Reich, Götz-Kühne und Killius (2004, deutschsprachiger Ratgeber), Jacobi, Paul und Thiel (2004, deutschsprachige wissenschaftliche Abhandlung), Grilo (2006, englischsprachige wissenschaftliche Abhandlung) sowie, speziell zum Thema „Prävention von Essstörungen“, Levine und Smolak (2006, englischsprachig).

1.1 Zwei Joghurts statt einem: Was sind Essstörungen?

Essstörungen sind ein Phänomen innerhalb der Gesellschaften, die einen Nahrungsüberschuss produzieren. Trotzdem zählt gerade die überschüssige Energieaufnahme (im Verhältnis zum Energieverbrauch durch Bewegung), aus der

schließlich Übergewicht resultiert, nicht zu den Essstörungen im klinischen Sinne. Das liegt daran, dass auch Menschen mit medizinisch bedenklichem Übergewicht (Adipositas) nicht notwendigerweise unter ihren überzähligen Pfunden leiden. Dasselbe gilt für Menschen mit besonderen Ernährungsgewohnheiten, sei es aus Gründen körperlicher Unverträglichkeit oder persönlichen Geschmacks. Bevor in diesem Kapitel die Essstörungen im engeren Sinne beschrieben werden (Magersucht, Bulimie und Binge-Eating), möchte ich auf die für die Gesundheitsförderung und Prävention wichtigen Phänomene des starken Übergewichts (Adipositas) und des Bewegungsmangels eingehen (ausführlich hierzu vgl. Graf, Dordel & Reinehr, 2007; Laessle et al., 2001; Warschburger, Petermann & Fromme, 2005). Für einen Überblick zum Thema „Übergewicht und Adipositas im Kinder- und Jugendalter“ siehe Bjarnason-Wehrens und Dordel (2005), zur Prävention von Adipositas Hilbert und Rief (2006). Jede dieser Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen wird zunächst anhand eines Fallbeispiels eingeführt und dann, zusätzlich zur Beschreibung der wichtigsten Aspekte, in einer Übersicht zu „Diagnosekriterien“, „Fakten und Zahlen“ sowie „Besonderheiten“ zusammenfassend skizziert.

1.1.1 Adipositas (starkes Übergewicht, veralteter Begriff: Fettsucht)

Adipositas ersten Grades ist gegeben, wenn der sog. Body Mass Index (BMI) eines Erwachsenen größer ist als 30.

Der BMI wird berechnet als Verhältnis von Größe und Gewicht.
Formel: Gewicht in Kilogramm geteilt durch Größe in Metern zum Quadrat

Der BMI ermöglicht es, Erwachsene unterschiedlicher Statur zu vergleichen. Bei Kindern muss der BMI noch mit einer Altersnormkurve (sog. Perzentilkurve) verglichen werden. Ein Kind gilt dann als übergewichtig, wenn sein BMI größer ist als der BMI von 90 % seiner Altersgruppe. Ist der BMI größer als der von 97 % der Altersgruppe, gilt das Kind als adipös (siehe **Tabelle 1.1**).

Mit dem Vorliegen von Adipositas steigt das Risiko für Augen-, Gelenk- und Rückenerkrankungen und vor allem für das sog. Metabolische Syndrom, der Kombination aus Diabetes Typ II, Bluthochdruck sowie Herzkreislauferkrankungen (Pott, 2007). Im folgenden Fallbeispiel wird eine typische „Übergewichtskarriere“ geschildert, deren Dramatik die Notwendigkeit verdeutlicht, einer solchen Entwicklung entgegenzusteuern.

Tab. 1.1: Altersabhängige Normwerte des Body Mass Index (BMI) bei Mädchen und Jungen im Alter zwischen 10 und 18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)

BMI Alter	Durchschnitt (50. Perzentile)	Untergewicht (< 10. Perzentile)	Übergewicht (> 90. Perzentile)	Adipositas (> 97. Perzentile)
10 ♀/♂	17,0/16,9	14,5/14,6	20,8/20,6	23,5/23,4
11 ♀/♂	17,5/17,4	14,9/15,0	21,6/21,4	24,5/24,5
12 ♀/♂	18,2/18,0	15,4/15,4	22,5/22,3	25,5/25,4
13 ♀/♂	18,9/18,6	16,1/15,9	23,3/23,0	26,3/26,3
14 ♀/♂	19,6/19,3	16,7/16,5	24,1/23,7	27,0/27,0
15 ♀/♂	20,2/19,9	17,3/17,1	24,6/24,4	27,5/27,5
16 ♀/♂	20,6/20,5	17,7/17,6	24,9/24,9	27,7/28,0
17 ♀/♂	21,0/21,0	18,0/18,1	25,1/25,4	27,7/28,4
18 ♀/♂	21,3/21,6	18,4/18,6	25,3/25,9	27,8/28,8

Fallbeispiel Adipositas

Anna ist elf Jahre alt. Sie war bis vor kurzem ein fröhliches, manchmal etwas vorlautes Mädchen. Bei einer Größe von 1,52 m wiegt sie schon 60 kg. Dies entspricht einem BMI von 26 und damit medizinisch bedenklichem Übergewicht (= Adipositas, siehe **Tabelle 1.1**). In der Klasse wird sie nur „Tonne“ oder „Brummer“ gerufen, was sie aber bisher scheinbar mit Humor ertrug. Neulich verliebte sie sich in einen Mitschüler und schickte ihm heimlich einen Liebesbrief. Am nächsten Tag in der großen Pause musste sie dann miterleben, wie ihr Brief unter den Jungen der Klasse herumgereicht wurde und sich alle „kaputtlachten“. Seither geht sie nach der Schule immer schnell alleine nach Hause, kauft sich unterwegs Chips und Schokolade, schließt sich dann mit den Süßigkeiten in ihrem Zimmer ein und sieht den ganzen Nachmittag fern. Nur zum Abendessen kommt sie kurz raus. Ihre Eltern akzeptieren, dass sie dann viel zu große Portionen isst, weil sie fürchten, dass Anna ganz „dichtmacht“, wenn sie ihr das Essen oder Fernsehen verbieten.

Wenngleich Adipositas keine Essstörung im klinischen Sinn ist, kommt der Prävention von Übergewicht innerhalb des umfassenden Versuchs der Gesundheitsförderung im Bereich des Ess- und Bewegungsverhaltens eine entscheidende Bedeutung zu (siehe z. B. Hilbert & Rief, 2006). Dies hat vor allem zwei Gründe. Erstens steigt in der Regel das Gewicht im Verlauf der Lebensspanne immer weiter (Fachbegriff: Progredienz). Dieser Effekt wird sogar häufig bei

dem Versuch der Gegensteuerung über zeitweilige Nahrungseinschränkung (Diät) noch verstärkt. Daher ist es wichtig, rechtzeitig eine dauerhafte Umstellung auf gesündere Ernährung und vor allem ein deutlich gesteigertes Pensum an Alltagsbewegung anzusteuern. Zweitens sind die medizinischen Auswirkungen von Adipositas umso dramatischer, je früher das Übergewicht vorliegt. Hier sind besonders die Kinder stark übergewichtiger Eltern gefährdet, da diese häufig ihr eigenes Ernährungs- und Bewegungsverhalten an die Kinder weitergeben. Der oft geäußerte Einwand einer gewissen genetischen Bedingtheit von Adipositas spielt hierbei keine Rolle, denn im Gegenteil: Gerade bei Vorhandensein einer ungünstigen genetischen Veranlagung ist die aktive Beeinflussung und Veränderung des ungesunden Verhaltens umso wichtiger (siehe auch Kapitel 4).

Der im Fallbeispiel geschilderte Teufelskreis aus Verletzung (Gehänselt-Werden), sozialem Rückzug und Frustessen mit der Folge von weiterer Gewichtszunahme ist – mit Variationen – typisch für die Entwicklung einer „Übergewichtskarriere“. Dieser Kreislauf kann nur zerschlagen werden durch eine Minimierung der Verletzungen (Förderung von Empathie und Bewusstsein in der Klasse, z. B. durch Rollenspiele, vgl. Kapitel 3, 4 und 5) und eine Aktivierung und „Immunisierung“ der Betroffenen. Die Umkehrung der stetigen Gewichtszunahme erfordert eine Ernährungs- und Bewegungsumstellung im Alltag sowie eine soziale (Re-)Integration. Auch hier gilt wieder: Je früher die problematischen Bewältigungsmechanismen erkannt werden, desto größer ist die Chance, der Störungsentwicklung entgegenzuwirken. Oftmals wird Adipositas nicht als Krankheit ernst genommen, sondern lediglich als Normabweichung des Gewichts betrachtet. Dabei wird jedoch die Funktionalität und Ursache der Gewichtszunahme und vor allem das Leiden der Betroffenen übersehen. Wenn Hilfe angeboten wird, dann meist über gut gemeinte Ratschläge zur Einschränkung oft gerade der Nahrungsmittel, die die Betroffenen zur Kompensation ihrer Kränkungen zu sich nehmen (wie Süßigkeiten). Verständlicherweise würde dann z. B. Anna mit wenig Begeisterung solchen Ratschlägen folgen, weil diese Einschränkungen ihr Leiden nur noch vergrößern. Nicht nur aus diesem Grund funktioniert Abnehmen durch gezügeltes Essen nicht: Auch der bekannte Jo-Jo-Effekt führt eher zu einer Gewichtszu- statt -abnahme. Dies liegt, wie bei den sog. Light-Produkten, an der Flexibilität unseres Körpers, sich schnell auf neue Gegebenheiten einzustellen. In diesem Fall ist es die Nahrungsverknappung, auf die er mit Sparsamkeit reagiert: Er minimiert seinen Energieverbrauch und maximiert die Energieausbeute aus der Nahrung. Dem kann nur mit einer Steigerung des Bewegungsverhaltens entgegengewirkt werden. Ein erster Schritt bei stark übergewichtigen Kindern und Jugendlichen kann ein Aufenthalt in einer Spezialklinik sein, da unter „Leidensgenossen“ neue, positive Erfahrungen gefahrloser möglich sind.

Um die Entwicklung und die Folgen der Adipositas besser verstehen, aber auch um geeignete Maßnahmen der Prävention und Behandlung ergreifen zu können, ist die Kenntnis der möglichen Funktionalität des starken Übergewichts wichtig. Mit Funktionalität ist hier die Frage gemeint, welche Rolle ein Symptom im Denken, Fühlen und Handeln, also der Psyche der Betroffenen spielt.

Daran schließen sich die Fragen an, welche Vor- und Nachteile das Symptom hat und wodurch es zur Erreichung eines weniger krankhaften (im Idealfall gesunden) „Funktionierens“ der Psyche ersetzt werden könnte. Diese Aspekte sind in **Tabelle 1.2** in einer systematischen Übersicht dargestellt.

Tab. 1.2: Mögliche Funktionalität von starkem Übergewicht (Adipositas)

Symptom	Funktion	Vorteil	Nachteil	Alternative
Hohes Körpergewicht	Gefühlspanzer und Ausdruck von (körperlicher) Stärke	„Fester Stand“, Unangreifbarkeit	Hänseln, Abwertung	Mehr Bewegung, Abwehrstrategien, „negative“ Energiebilanz
Sozialer Rückzug	Vermeidung von Abwertung und Hänseln	Erhaltung des Selbstwertgefühls	Rückzug, Vereinsamung	Selbstbewusstsein stärken
Geringes Selbstwertgefühl	Konfrontation vermeiden	Kein „lohnendes“ Angriffsziel mehr	Soziale Ausgrenzung	Konfrontation üben
Körperliche Erkrankungen (z. B. Metabolisches Syndrom)	„(Er-)Tragen“ des zu hohen Gewichts	Schonung, um Verschlimmerung zu vermeiden	Steigendes Gewicht wegen Bewegungsmangel und „positiver“ Energiebilanz	Langfristige Ernährungsumstellung mit Steigerung der Alltagsbewegung
Heißhungeranfälle (= subjektive „Fressanfälle“)*	Befriedigung	Spannungsabfuhr („Sich-gehen-Lassen“)	Kontrollverlust, Scham, Schuldgefühle	„Lustgewinn“ aus Bewegung, Unternehmungen ...
Leiden unter „Dicksein“	Abgabe von Eigenverantwortung	Aufschub anderer Probleme	Gefühl der Ohnmacht	Erhöhung des Körperselbstwerts
Diäten (ständig gezügeltes Essen)	Kontrolle über Nahrungsaufnahme	Gewichtskontrolle	Jo-Jo-Effekt und Verlust von Hunger- und Sättigungsgefühl	Langfristig „gesunde“ Ernährung ohne Verzicht

* Ob „Fressanfälle“ objektiv oder subjektiv sind, hängt von Menge, Regelmäßigkeit und erlebtem Kontrollverlust ab und kann nur von einer Fachkraft im Rahmen eines standardisierten diagnostischen Interviews bestimmt werden.

Adipositas in Kürze

Diagnosekriterien

- BMI (Body Mass Index: kg/m^2) > 30 bei Erwachsenen, bei Kindern altersabhängig entsprechend **Tabelle 1.1**: starkes Übergewicht mit erhöhtem medizinischen Risiko (für Metabolisches Syndrom inkl. Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates, Krebserkrankungen u. a.).
- Symptome siehe **Tabelle 1.2**.

Zahlen und Fakten

- Ca. 10 % Kinder und Jugendliche sowie ca. 20 % Erwachsene betroffen.
- Verteilung ♀:♂ 50:50.
- Tendenz steigend: Durchschnitts-BMI 1960 = 21, 2000 = 26, WHO schätzt für 2040 = 30 (dadurch eines der größten Gesundheitsprobleme im 21. Jahrhundert).

Besonderheiten

- Teufelskreis aus Hänseln → Rückzug → positiver Energiebilanz (mehr Energieaufnahme durch Nahrung als Verbrauch) → Gewichtszunahme.
- Mythen und Vorurteile bzgl. Veranlagung, Unveränderbarkeit (Effizienz der Verwertung ist teilweise veranlagt, aber nicht Essgewohnheiten und Portionsgrößen).
- Bislang kaum funktionierende Hilfsangebote.
- Fehlende Krankheitseinsicht; Problem wird als Disziplinlosigkeit bagatellisiert.
- Oft übergewichtige Eltern mit negativer Vorbildrolle.

1.1.2 Bewegungsmangel

In engem Zusammenhang mit Übergewicht steht Bewegungsmangel. Während viele Jahrzehnte hauptsächlich die Ernährung für das Gewicht verantwortlich gemacht wurde, steht heute sowohl bei der Vorbeugung als auch bei der Behandlung, insbesondere des krankhaften Übergewichts bei Kindern, die körperliche Bewegung im Mittelpunkt. Die größere Bedeutung der Bewegung gegenüber der Ernährung für die Gewichtszunahme im Verlauf der Pubertät konnte in einer internationalen Studie mit 2 300 Mädchen nachgewiesen werden, die in einer der bedeutendsten wissenschaftlichen Fachzeitschriften, *The Lancet*, 2005 veröffentlicht wurde. Die Autoren (Kimm et al.) begleiteten die Mädchen zehn Jahre lang (ab dem Alter von zehn bis zum Alter von 20 Jahren) und stellten fest, dass Mädchen, die sich mehr bewegten, um bis zu 9 kg weniger wogen als solche mit weniger Bewegung. Dabei nahm die körperliche Aktivität der Mädchen über die Jahre drastisch ab, während sich die tägliche Kalorienzufuhr nicht merklich änderte.

Um Übergewicht zu vermeiden, ist daher nicht die Einschränkung der Nahrungsmenge, sondern die Steigerung der Bewegung entscheidend. Das Verhältnis von Energieverbrauch und Energieaufnahme ergibt die sog. Energiebilanz. Ziel jeder Adipositasvorbeugung und -therapie ist das Erreichen einer negativen Energiebilanz.

Negative Energiebilanz = mehr Energieverbrauch (durch Erhöhung des Grundumsatzes des Körpers und durch mehr Bewegung) als Energieaufnahme (durch Nahrung)

Eine positive Energiebilanz führt zwar nicht bei allen Menschen zu einer Gewichtszunahme, ist aber eine notwendige Voraussetzung dafür. Umgekehrt: Ohne eine negative Energiebilanz ist eine Gewichtsabnahme nicht möglich. Wenn Sie sich wundern, dass Sie trotz strenger Diät oder gar Fasten kein Gewicht verlieren, liegt das daran, dass Ihr Körper angesichts der Nahrungsknappheit ein Notprogramm einschaltet. Dies bedeutet, er fährt seinen unbedingt notwendigen Energiebedarf (den sog. Grundumsatz) herunter – im Extremfall bis auf 700 Kalorien am Tag! (Götz-Kühne, 2007) Führen Sie ihm nach der Diät wieder eine normale Nahrungsmenge zu, werden erst einmal Fettreserven angelegt, um für die nächste Hungersnot gerüstet zu sein. Aus diesen biologischen Mechanismen können wir lernen, dass eine dauerhafte Gewichtsabnahme oder das Halten eines bestimmten Gewichts nur möglich ist durch eine ausgewogene Ernährung (bei der kein Signal „Achtung Nahrungsmangel!“ erfolgt) in Kombination mit ausreichend Bewegung (zur Erhöhung des Grundumsatzes und des Gesamtenergiebedarfs). Im folgenden Fallbeispiel ist dargestellt, welche Konsequenzen mangelnde Bewegung gerade bei Kindern haben kann.

Fallbeispiel

Kevin ist mit seinen zwölf Jahren ein aufgeweckter, neugieriger, manchmal etwas „anstrengender“ Junge. Bis vor Kurzem interessierte er sich sehr für Sport, vor allem Formel 1 und Fußball. Leider spielte er nicht so gut, wie es sein Trainer gern gehabt hätte. Außerdem war er oft aufbrausend und foulte seine Mitspieler aus Wut über ein Gegentor. Deshalb saß er meistens auf der Ersatzbank. Dort beschäftigte er sich mit seinem Gameboy, der auch sonst sein Lieblingsspielzeug ist. Nach der Schule muss er oft lange Hausaufgaben machen, weil ihm das Lernen schwer fällt. Oft darf er nachmittags auch nicht mit den anderen Jungs auf den Bolzplatz, weil seine Eltern mit seinen Noten unzufrieden sind und weil aus ihm mal etwas „Besseres“ werden soll. Weil er bei den Hausaufgaben immer so zappelig und unkonzentriert ist, bekommt er seit einem halben Jahr ein Medikament (Ritalin®). Seither kann er besser still sitzen, wirkt aber immer öfter traurig und mutlos. Weil er sich weniger bewegt als früher, hat er 5 kg zugenommen. Jetzt träumt er davon, dass ihm seine Eltern erlauben, Cart-Rennen zu fahren, denn da kann man was erleben, ohne aus der Puste zu kommen.

Aus Sicht der Evolutionsbiologie ist der Mensch von Natur aus mit einem ausgeprägten Bewegungsdrang ausgestattet, der unseren Körper in die Lage versetzt, jedes andere Landsäugetier zu Tode zu hetzen. Aber auch ohne solche Verfolgungsjagden finden wir durch neugieriges Suchen und Ausprobieren in Bewegung unseren Platz in der Welt und entwickeln uns weiter. Es ist also nicht übertrieben zu sagen, dass Leben Bewegung ist. Bewegung kostet aber Energie – und die stand uns nicht zu allen Zeiten so reichlich in Form von Nahrung zur Verfügung wie heute. Daher haben wir auch ein eingebautes Sparprogramm. Dieses äußert sich auf der psychischen Seite als „Bequemlichkeit“, nach dem Motto: „Besser schlecht gefahren, als gut gelaufen“. Auf der körperlichen Seite spürt dieses Sparprogramm jeder sehr schnell, der schon einmal versucht hat, sich körperliches Durchhaltevermögen (Kondition) oder Muskeln anzutrainieren: Beides wird bei nachlassendem Training (leider) wieder sehr schnell abgebaut, um den Energieverbrauch so niedrig wie möglich zu halten. Bewegungsdrang und Bequemlichkeit führen also einen ständigen Kampf in uns, den wir – wenn wir uns das leisten können – gerne zugunsten der Bequemlichkeit entscheiden. Dabei müssten wir heute ein Verbrauchsprogramm statt ein Sparprogramm einschalten, weil wir nicht nur Nahrung im Überfluss, sondern auch Lebensmittel mit einer höheren „Energiedichte“ (vor allem mit mehr Fett- und Zuckeranteilen) haben als früher und weil wir uns immer weniger zum Nahrungserwerb bewegen müssen. So verbraucht heute jeder von uns durchschnittlich 500 Kalorien am Tag weniger als noch vor Hundert Jahren.

Abgesehen von einer stetigen Gewichtszunahme bei uns selbst wirkt sich unsere Vorliebe für bequeme „Tätigkeiten“ aber auf Kinder doppelt negativ aus: Diese nehmen ebenfalls immer mehr zu, beeinflusst von unserer Vorbildfunktion in Richtung Trägheit. Zudem werden Süßigkeiten oft zur Belohnung eingesetzt und gleichzeitig können heutzutage kalorienreiche Nahrungsmittel auch mit relativ wenig Taschengeld in größeren Mengen gekauft werden. Trotzdem ist bei vielen Kindern der Bewegungsdrang sehr stark. Oft sind jedoch die Möglichkeiten, sich angemessen austoben zu können, sehr eingeschränkt. Hinzu kommt die zunehmend falsche Einschätzung vieler Eltern, welches Pensum an Bewegung für ein Kind „normal“ und angemessen ist. Eigentlich könnte hier die einfache Faustregel „je mehr, desto besser“ angewandt werden. Wichtig ist auf jeden Fall tägliche, am besten mehrstündige Bewegung und nicht wie bei Kevin wöchentlicher „Sport“ auf der Ersatzbank. Bewegen sich Kinder zu wenig, können Aufmerksamkeits- oder Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) auftreten (nähere Informationen hierzu siehe z. B. Internet-Portal „MedizInfo“[®] unter www.medizinfo.de/kinder/probleme/ads/medikamente.shtml). Auch Depressionen, die ebenfalls bei Kindern in den letzten Jahren vermehrt zu beobachten sind, stehen häufig in Zusammenhang mit Bewegungsmangel. Solche krankhaften Verhaltensauffälligkeiten sollten auf jeden Fall mit familien- und bewegungstherapeutischen Angeboten behandelt werden. Medikamente sind nur in Extremfällen zur Unterstützung dieser Behandlung notwendig. „Eine Behandlung mit Medikamenten ist in ein umfassendes Therapiekonzept einzubinden und stellt für sich genommen keine geeignete Behandlungsmethode dar“ (zitiert nach dem Eckpunktepapier der ADHS-Konsensuskonferenz im Bundes-

gesundheitsministerium 2002; kostenloser Download unter: www.bzga.de Broschüre „ADHS ... Was bedeutet das?“). Bislang gibt es keine zuverlässigen Studien über die körperlichen, psychischen und geistigen Folgen der längerfristigen Einnahme von Psychopharmaka bei Kindern. Diese Warnung gilt insbesondere für Methylphenidat, dem Haupt-Wirkstoff in den gebräuchlichen Medikamenten zur Behandlung von ADHS. Dieser steht auf dem Betäubungsmittel-Index, ist also pharmakologisch eine Droge. Der Nachweis, dass die langjährige Einnahme eines solchen Medikaments nicht das Risiko für den Missbrauch anderer Drogen erhöht, trägt meines Erachtens nicht zur Entwarnung bei.

Um die Entwicklung und die Folgen von Bewegungsmangel besser verstehen zu können, aber auch um geeignete Maßnahmen der Prävention und Behandlung zu ergreifen, kann die Kenntnis der möglichen Funktionalität dieses Verhaltens wichtig sein. Diese Aspekte sind in **Tabelle 1.3** in einer systematischen Übersicht dargestellt.

Tab. 1.3: Mögliche Funktionalität von Bewegungsmangel

Symptom	Funktion	Vorteil	Nachteil	Alternative
„Faulheit“, Bequemlichkeit	Energieeinsparung	Überleben bei Nahrungsmangel	Gewichtszunahme bei Nahrungsüberangebot	Mehr Bewegung, „negative“ Energiebilanz
Sozialer Rückzug	Vermeidung von Abwertung und Hänkeln	Erhaltung des Selbstwertgefühls	Vereinsamung	Selbstbewusstsein stärken
„Nicht-Können“	Ausrede für „inneren Schweinehund“	Keine Gefahr zu scheitern	Keine Erfolgserlebnisse	Langsames Üben
Hyperaktivität	Ausagieren des Bewegungsdranges „im Kleinen“	Bewegungsdrang wird signalisiert	Innere Erregung, Unruhe	Angemessene Bewegungsangebote
Konzentrationschwäche	Einstellung auf Bewegungsabsicht	Bewegungsdrang wird Priorität eingeräumt	Dauernde Nichterfüllung führt zu Antriebslosigkeit	Ausgleich zwischen Bewegungs- und Konzentrationsphasen
Traurigkeit, Depression	Rückzug nach innen	Immunsierung nach außen	Vereinsamung, Antriebslosigkeit	Soziale Aktivierung
Substanzmissbrauch	Ablenkung von Langleweiligkeit, Traurigkeit	Innere Erlebnisse oder Betäubung innerer Leere	Soziale Entfremdung; körperliche und psychische Schädigung	Erlebnisse durch gesteigerte körperliche Aktivität

Im Projekt TOPP (siehe Kapitel 4) werden nicht nur zahlreiche Möglichkeiten der Steigerung der Bewegung im Alltag ausprobiert, sondern auch der Erlangung und Aufrechterhaltung eines positiven Selbstwertgefühls bei Jungen besondere Bedeutung beigemessen. Auch bei Kevin gilt es, den Teufelskreis zu durchbrechen, der bei ihm durch das Ausgestoßen-Sein aus der Fußballmannschaft und den anschließenden sozialen Rückzug beginnt.

Bewegungsmangel in Kürze

Kriterien

- Ausgeprägter Bewegungsmangel kann Befindlichkeitsstörungen, ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom), Depression, Herz-Kreislaufkrankungen, Adipositas oder „Fressanfälle“ begünstigen.

Zahlen und Fakten

- Kinder und Jugendliche bewegen sich heute weniger als früher: drei Stunden täglich 1970, eine Stunde heute. Außerdem bewegen sie sich mit zunehmendem Alter weniger \Rightarrow bei Eintritt in die Pubertät nimmt der relative Energieverbrauch ab (vgl. KiGGS-Studie).
- Körperlich inaktive Jugendliche sind häufiger übergewichtig, rauchen vermehrt und sitzen länger vor dem Fernseher; Jungen zeigen ein deutlich höheres Aktivitätsniveau als Mädchen (8 gegenüber 4,5 Stunden pro Woche).
- Bei Kindern im Jahr 6 % ADHS-Diagnosen; Verteilung ♀:♂ 1:3; wird meist mit Medikamenten behandelt, ohne ausreichende Nutzung von Bewegungsangeboten, Familien- und Psychotherapie.

Besonderheiten

- Bedarf an Bewegung – vor allem bei Kindern – wird meist unterschätzt.
- Bewegung ist nicht gleich Sport: Vor allem Bewegung bei mittlerer Kreislaufbelastung (zügiges Gehen, Radfahren, Schwimmen) ist gesund. Bereits 15 Minuten Bewegung am Tag reduziert bei Jungen das Adipositas-Risiko um 55 %, bei Mädchen um 38 % (Studie von Ness et al., 2007, mit 5 500 Zwölfjährigen).
- Wie beim Essverhalten ist auch hier Vorbildfunktion der „Erzieher“ wichtig.

Starkes Übergewicht und Bewegungsmangel sind Ausdruck eines gestörten Ess- und Bewegungsverhaltens. Trotzdem gelten diese Phänomene heute fast schon als normal, weil sie den größten Teil der Bevölkerung betreffen. Nur in Extremfällen sollte dabei eine medizinische Behandlung angestrebt werden. Bei der Adipositas sind dies, ab einem BMI von 40, zunehmend chirurgische Eingriffe, wie Magenband- oder Magen-Bypass-Operationen (Fettabsaugung gilt