

# Ernährung

September 2005

WISSENSCHAFTLICHER PRESSEDIENST - HERAUSGEBER: PROF. DR. R. MATISSEK  
LEBENSMITTELCHEMISCHES INSTITUT DER DEUTSCHEN SÜSSWARENINDUSTRIE, KÖLN

HEUTE

## Einbeziehung der Eltern bei der Behandlung von Übergewicht unverzichtbar

Zur Rolle der Eltern bei der Prävention von Übergewicht

Dr. Simone Munsch,  
Institut für Psychologie, Universität Basel

Seiten 1–6

## Einfluss der Food-Werbung auf Kinder und Jugendliche

Werbung nicht ursächlich für das steigende Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. Joerg M. Diehl,  
Fachbereich Psychologie, Justus-Liebig-Universität Gießen

Seiten 7–11

REDAKTION UND RÜCKFRAGEN:

FLEISHMAN-HILLARD GERMANY GMBH - INTERNATIONAL COMMUNICATIONS

HANAUER LANDSTR. 182C, 60314 FRANKFURT/M., TEL.: (069)405 702 -0, FAX: (069)43 03 73, E-MAIL: WPD@FLEISHMAN.DE

VERÖFFENTLICHUNG MIT QUELLENANGABE „LCI - MODERNE ERNÄHRUNG HEUTE“

ABDRUCK HONORARFREI • BELEGEXEMPLAR ERBETEN

## Einbeziehung der Eltern bei der Behandlung von Übergewicht unverzichtbar

### Zur Rolle der Eltern bei der Prävention von Übergewicht

#### Zusammenfassung

Weltweit wird eine Zunahme von Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht) bei Erwachsenen und Kindern konstatiert. Das Ausmaß der Verbreitung sowie somatische und psychische Krankheitsfolgen lassen die Adipositas zu einem gesellschaftlichen Problem werden. Zudem haben adipöse Kinder ein höheres Risiko, auch als Erwachsene unter Übergewicht zu leiden.

Die Ursachen für Übergewicht sind mannigfaltig und in ihrer Verhältnismäßigkeit nicht endgültig geklärt. Übergewicht wird durch die genetische Disposition beeinflusst. Ebenso tragen Faktoren wie ungünstige Essgewohnheiten, Umweltbedingungen und Bewegungsgewohnheiten zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Adipositas bei. So weisen diejenigen Therapien die besten Resultate auf, die eine Ernährungsumstellung, körperliche Aktivität und Verhaltenstherapie miteinander kombinieren. Als langfristig effektiv zeigen sich zudem Behandlungsansätze, die die Eltern integrieren und damit Verhaltensänderungen bei den Kindern bewirken.

Das Forschungsprojekt TAKE (Training adipöser Kinder und ihrer Eltern) belegt die Wirksamkeit einer parallelen Behandlung von Eltern und Kindern, aber auch den Erfolg eines alleinigen Elterntrainings. Obwohl die Ergebnisse noch langfristig bestätigt werden müssen, zeigen sie die Wichtigkeit und Wirkung der aktiven Mitarbeit der Eltern in der Behandlung der Adipositas von Kindern. Veränderungen im Ess- und Bewegungsverhalten bei Kindern lassen sich am effektivsten über die Einbeziehung der Eltern erreichen.

**Dr. Simone Munsch, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Basel**

#### Übergewicht und Adipositas: Krankheitszeichen, Entstehung und Verbreitung

Adipositas und Übergewicht werden definiert als übermäßiger Anteil an Fettgewebe im menschlichen Körper. Als Messverfahren wird meist der Body-Mass-Index (BMI, kg/m<sup>2</sup>) eingesetzt, der mit dem Anteil der Körperfettmasse korreliert [1]. Bei der Erfassung des BMI bei Kindern wird dem fortschreitenden Längenwachstum der Kinder Rechnung getragen und die BMI-Werte zu Alters- und Geschlechtsreferenzen in Beziehung gesetzt. Zur Beurteilung des BMI liegen alters- und geschlechtsspezifische Gewichtsperzentilkurven vor, anhand derer das individuelle Gewicht beurteilt wird [2–4]. In Anlehnung an Cole et al. [2] bzw. an die Empfehlungen der World Health Organization [5] wird ein BMI über dem 85. Perzentil mit Übergewicht und ein BMI über dem 95. Perzentil mit Adipositas gleichgesetzt [6]. Adipositas stellt weltweit, bei Erwachsenen sowie bei Kindern, ein zunehmendes gesellschaftliches Problem dar [7–

10]. In der Schweiz liegen die Prävalenzraten für kindliches Übergewicht bei 16,6% für Jungen bzw. 19,1% für Mädchen [11]. Der Anteil der adipösen Kinder liegt bei 3,8% bzw. 3,9%, was einer 50–100%igen Zunahme des kindlichen Übergewichts seit den 1960er-Jahren [12] entspricht. Ähnliche Entwicklungen sind in Deutschland und Österreich zu verzeichnen [13]. Diese Befunde zur Prävalenz sind besorgniserregend, da adipöse Kinder eine Risikogruppe darstellen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu adipösen Erwachsenen [1, 14] mit den assoziierten somatischen und psychischen Krankheitsfolgen heranwachsen.

#### Folgen von Übergewicht

Die somatischen Folgen der Adipositas bei Kindern entsprechen denjenigen von Erwachsenen und umfassen erhöhtes LDL-Cholesterin, Triglyzeride sowie erniedrigtes HDL-Cholesterin, Diabetes mellitus, orthopädische Probleme, Verfettung der Leber usw. [15].

Neben den körperlichen Risikofaktoren sind adipöse Kinder auch von psychosozialen Auswirkungen betroffen. Übergewichtige Kinder werden früh mit negativen Einstellungen konfrontiert [16, 17]. Die Frage, ob adipöse Kinder vermehrt Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychische Störungen aufweisen, wird kontrovers diskutiert [18–22]. Bleibt die Adipositas jedoch bestehen, so können vermehrt affektive und Angststörungen auftreten [23]. Zudem ist die Prävalenz unkontrollierten Essverhaltens im Sinne einer Binge Eating Disorder (BED) bereits bei übergewichtigen Kindern hoch (6,4%) [24–27].

### Ursachen für Übergewicht

Adipositas resultiert aus einem Ungleichgewicht zwischen Kalorienzufuhr und -verbrauch, wobei die Ursachen für dieses Ungleichgewicht einerseits auf die genetische Disposition zurückgeführt werden können [28, 29] und andererseits durch Umweltbedingungen verursacht sind. Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas sind neben ungünstigen Ernährungsmustern auch dysfunktionale Essverhaltensmuster beteiligt, die teilweise in Familien tradiert werden: So essen übergewichtige Kinder beispielsweise während der gesamten Mahlzeit wesentlich schneller als normalgewichtige Kinder [30]. Auch der mütterliche Umgang mit Essen hat entscheidenden Einfluss auf das kindliche Essverhalten [31, 32].

Ein Zusammenhang ergibt sich auch zwischen dem sesshaften Lebensstil und der Entwicklung von Übergewicht. Ein hoher Fernsehkonsum ist ein Prädiktor für die Zunahme von Körperfett während der Kindheit [33], gleichzeitig kann die Reduktion der täglichen Fernsehdauer die Entwicklung kindlicher Adipositas verhindern [34]. Bei der Entwicklung von Bewegungsgewohnheiten des Kindes ist das Bewegungsverhalten der Eltern bzw. der Familie von Bedeutung [35]. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass neben dem Vorliegen einer genetischen Prädisposition ein entsprechendes Umfeld vorhanden sein muss, damit sich der Phänotyp Adipositas manifestieren kann. Die Familie, in der Ernährungsweise, Essverhalten und Bewegungsgewohnheiten vermittelt werden, spielt bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und schließlich auch bei der Veränderung von Verhaltensweisen eine entscheidende Rolle.

### Behandlungsansätze bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Die Behandlung der Adipositas in der Kindheit berücksichtigt diese vielfältigen ätiologischen Faktoren. Als erfolgreich gilt eine Behandlung, wenn die behandelten Kinder ihr Gewicht über zwei Jahre konstant halten können [36]. Die besten Resultate lassen sich mit einer Kombination von Ernährungsumstellung, körperlicher Aktivität und Verhaltenstherapie erzielen [37].

Die Umstellung auf eine fettnormalisierte, kohlenhydratbetonte Ernährung sollte in kleinen Schritten erfolgen, so dass Erfolgserlebnisse beim Erreichen von Zwischenzielen garantiert werden können. Um das Selbstmanagement der Familien zu fördern, werden allgemeine Ernährungsregeln vermittelt [38, 39], die Entscheidungshilfen liefern, aber auch die Selbstwirksamkeit der Familien fördern [40].

Weiter kommt der körperlichen Aktivität bei der Behandlung der Adipositas eine entscheidende Funktion zu. Im englischen und im deutschen Sprachraum liegen verschiedene verhaltenstherapeutisch orientierte Adipositastrainings für Kinder vor [40–45], deren Effekte zumindest kurzfristig teilweise belegt sind. Für eine ausführliche Übersicht über die Wirksamkeit aktueller Behandlungsansätze der Adipositas im Kindesalter siehe auch [46].

### Eltern haben Schlüsselrolle

Die Einbeziehung der Eltern in die Behandlung erweist sich als langfristig effektiver als die alleinige Behandlung der Kinder [40, 47–49]. Verschiedene Studien zeigen, dass auch mittels des ausschließlichen Trainings der Eltern Verhaltensänderungen bei den Kindern erreicht werden können [40, 50, 51]. Bis zum jetzigen Zeitpunkt liegen aber noch keine Studien vor, die eine Analyse der langfristigen Wirksamkeit eines reinen Elterntrainings im Vergleich zur parallelen, aber getrennten Behandlung von Eltern und Kindern vornehmen.

### TAKE (Training adipöser Kinder und ihrer Eltern)

Ziel des Forschungsprojekts TAKE ist es, einerseits ein effektives manualisiertes Behandlungsprogramm im deutschsprachigen Raum zu erstellen und andererseits die Effektivität eines reinen Elterntrainings im Vergleich zur parallelen Be-

handlung von Eltern und Kindern hinsichtlich der langfristigen Wirksamkeit zu überprüfen. Im Zusammenhang mit den angestrebten Verhaltensänderungen in den Bereichen Essen, Ernährung und Bewegung werden mittels kognitiver Verfahren ungünstige Einstellungen wie z. B. unrealistische Gewichtsziele, negative Einstellungen zur eigenen Person und zum eigenen Körper kritisch hinterfragt und Methoden zur Veränderung dieser Kognitionen vermittelt. Weiter sind Elemente eines sozialen Kompetenztrainings im Behandlungsprogramm enthalten. Die Behandlung erfolgt in 10 Gruppensitzungen, die wöchentlich stattfinden. Anschließend nehmen die Teilnehmer an 6 Nachbehandlungssitzungen teil, die einmal monatlich stattfinden. Nach erfolgreicher Evaluierung des Forschungsprojekts ist eine Finanzierung zu Anteilen über die Eltern als auch über die Krankenkassen geplant. Bis zum jetzigen Zeitpunkt wird das Forschungsprojekt vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) unterstützt. Der Schweizerische Nationalfonds ist die wichtigste Schweizer Institution zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung. Er fördert alle Disziplinen, von Philosophie über Biologie bis zu Nanowissenschaften und Medizin, und unterstützt Forschungsprogramme, die aktuelle Probleme der Schweiz analysieren und zu deren Lösung beitragen.

### **Bewertung vorläufiger Resultate**

Im Rahmen der kontrollierten Wirksamkeitsprüfung zeigt sich, dass sowohl die parallele und getrennte Behandlung der Eltern und Kinder als auch das alleinige Elterntaining zu einer Reduktion des prozentualen Übergewichts (1,2% bzw. 3,9%) führen. Eine Beurteilung des langfristigen Behandlungserfolgs kann aufgrund der bisher zu kleinen Stichprobengröße zum Zeitpunkt der Datenerhebung nach 12 Monaten noch nicht erfolgen.

Die vorliegenden Daten weisen zudem auf eine Verbesserung der allgemeinen psychischen Belastungen der Kinder hin. Insbesondere die soziale Ängstlichkeit und die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder verbessern sich im Behandlungsverlauf. Ob mit der frühzeitigen Behandlung der Kinder die psychische Befindlichkeit nachhaltig positiv beeinflusst werden kann, muss jedoch mittels Verlaufssitzungen über die nächsten Jahre überprüft werden.

Damit möglichst auch Kinder und deren Eltern aus sozial schwächeren Schichten wirkungsvoll behandelt werden,

wären folgende Schritte notwendig: Zunächst müssten verhaltenstherapeutische Programme, die zum Ziel haben, den Lebensstil zu verändern, in verschiedene Sprachen übersetzt und an unterschiedliche Kulturen angepasst werden. Um die Behandlung der Adipositas zu unterstützen bzw. die weitere Verbreitung der Adipositas im Kindesalter zu verhindern, sollte die Erziehung und Anleitung zu einem gesunden Lebensstil bereits im Kleinkindalter auch in der öffentlichen Hand liegen, also auch in Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen vermittelt werden. Verhaltentherapeutische Programme implizieren einschneidende Veränderungen in alltäglichen Gewohnheiten, die die ganze Familie betreffen (Ernährung, Essverhalten, Bewegung) und fordern von Seiten der Behandlungspersonen und der betroffenen Familien einen hohen Einsatz. Die Haltung, dass Adipositas im Kindesalter nicht ein Problem von wenigen, sondern eine gemeinsame gesellschaftliche Herausforderung darstellt, ist dabei für die Zusammenarbeit von Betreuungs- und Behandlungspersonen mit den Familien förderlich.

### **Fazit**

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die verhaltenstherapeutische Behandlung TAKE die Richtlinien für eine erfolgreiche Behandlung adipöser Kinder erfüllt und sich eine moderate Gewichtsreduktion erreichen lässt. Sollten sich die vorliegenden Ergebnisse langfristig bestätigen, so weist dies auf eine unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Aspekts günstigere Wirksamkeit der alleinigen Behandlung der Eltern hin. Dies würde mit Befunden verschiedener Studien sowie mit unserer Beobachtung in der klinischen Praxis übereinstimmen, dass ein wichtiger Wirkfaktor bei der Adipositas-Behandlung von Kindern die aktive Mitarbeit der Eltern darstellt. Diese wird möglicherweise unterstützt, wenn die Eltern für das Initiieren von Veränderungen verantwortlich sind und als ausreichend kompetent eingeschätzt werden, ihre Rolle als Moderatoren von Veränderungen im Ess- und Bewegungsverhalten zu übernehmen.

**Korrespondenzanschrift**

Dr. Simone Munsch  
 Abteilung für Klinische Psychologie und  
 Psychotherapie  
 Institut für Psychologie  
 Universität Basel  
 Missionsstr. 60/62  
 CH-4055 Basel  
 E-Mail: simone.munsch@unibas.ch

**Literaturverzeichnis**

- [1] Pudel V. (2003): Adipositas. Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen
- [2] Cole T. J., Bellizzi M. C., Flegal K. M., Dietz W. H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320, 1240–1243
- [3] Hebebrand J., Hesecker H., Himmelmann W., Schäfer H., Remschmidt H. (1994): Altersperzentilen für den Body-Mass-Index aus Daten der Nationalen Verzehrstudie einschließlich einer Übersicht zu relevanten Einflussfaktoren. *Aktuelle Ernährungs-Medizin* 19, 259–265
- [4] Rolland-Cachera M. F., Cole T. J., Sempe M., Tichet J., Rossignol C., Charraud A. (1991): Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. *European journal of clinical nutrition* 45, 13–21
- [5] World Health Organization (1998): Report Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity
- [6] Himes J. H. (1999): Agreement among anthropometric indicators identifying the fattest adolescents. *International Journal of obesity and related metabolic disorders* 23, Suppl. 2, 18–21
- [7] Ogden C. L., Flegal K. M., Carroll M. D., Johnson C. L. (2002): Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999–2000. *JAMA the journal of the American Medical Association* 288, 1728–1732
- [8] Bellizzi M. C., Horgan G. W., Guillaume M., Dietz W. H. (2002): Prevalence of Childhood and Adolescent Overweight and Obesity in Asian and European Countries. In: W. H. D. Chunming Chen: *Obesity in Childhood and Adolescence*. Nestec Ltd. and Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 23–35
- [9] Booth M. L., Chey T., Wake M., Norton K., Hesketh K., Dollman J., Robertson, I. (2003): Change in the prevalence of overweight and obesity among young Australians, 1969–1997. *American journal of clinical nutrition* 77, 29–36
- [10] Livingstone B. (2000): Epidemiology of childhood obesity in Europe. *European Journal of Pediatrics* 159, Suppl. 1, 14–34
- [11] Zimmermann M. B., Gubeli C., Puntener C., Molinari L. (2004): Detection of overweight and obesity in a national sample of 6–12-y-old Swiss children: accuracy and validity of reference values for body mass index from the US Centers for Disease Control and Prevention and the International Obesity Task Force. *American journal of clinical nutrition* 79, 838–843
- [12] Woringer V., Schutz Y. (2003): Obésité en Suisse: percentiles d'indice de masse corporelle (IMC) d'une population d'enfants et d'adolescents nés en 1980 Lausanne et écart avec les normes suisses (1955). *Sozial- und Präventivmedizin* 48, 121–132
- [13] Warschburger P., Petermann F. (2000): Adipositas – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung* 9, 71–77
- [14] Srinivasan S. R., Bao W., Wattigney W. A., Berenson G. S. (1996): Adolescent overweight is associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: the Bogalusa Heart Study. *Metabolism clinical and experimental* 45, 235–240
- [15] Dubuis P. (2002): Adipositas im Kindesalter: Tägliches Brot des Pädiaters? *Paediatrica* 13, 9–13
- [16] Latner J. D., Stunkard A. J. (2003): Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research* 11, 452–456
- [17] Richardson S. A., Goodman N., Hastorf A. H., Dornbusch S. M. (1961): Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review* 26, 241–247

- [18] Braet C., Mervielde I., Vandereycken W. (1997): Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of pediatric psychology* 22, 59–71
- [19] Eremis S., Cetin N., Tamar M., Bukusoglu N., Akdeniz F., Goksen D. (2004): Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatric International* 46, 296–301
- [20] Stradmeijer M., Bosch J., Koops W., Seidell J. (2000): Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *International Journal of Eating Disorders* 27, 110–114
- [21] Zipper E., Vila G., Dabbas M., Bertrand C., Mouren-Simeoni M. C., Robert J. J., Ricour C. (2001): Obésité de l'enfant et de l'adolescent, troubles mentaux et psychopathologie familiale. *Presse médicale Paris, France* 1983 30, 1489–1495
- [22] Zaider T. I., Johnson J. G., Cockell S. J. (2000): Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorder* 28, 58–67
- [23] Becker E. S., Margraf J., Turke V., Soeder U., Neumer S. (2001): Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int. Journal of obesity and related metabolic disorders* 25, Suppl. 1, 5–9
- [24] Munsch S., Hilbert A. (2005): Binge Eating Disorder in Childhood – what do we know about it? In: S. Munsch and C. Beglinger: *Bibliotheca Psychiatrica: Obesity and Binge Eating Disorder: From Research to Clinical Practice*. Karger, Basel
- [25] Britz B., Siegfried W., Ziegler A., Lamertz C., Herpertz-Dahlmann B. M., Remschmidt H., Wittchen H.-U., Hebebrand J. (2000): Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of obesity and related metabolic disorders* 24, 1707–1714
- [26] Morgan C. M., Yanovski S. Z., Nguyen T. T., McDuffie J., Sebring N. G., Jorge M. R., Keil M., Yanovski J. A. (2002): Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders* 31, 430–441
- [27] Tanofsky-Kraff M., Yanovski S. Z., Wilfley D. E., Marmorosh C., Morgan C. M., Yanovski J. A. (2004): Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normalweight children. *J Consult Clin Psychol* 72, 53–61
- [28] Bouchard C., Tremblay A., Despres J. P., Nadeau A., Lupien P. J., Theriault G., Dussault J., Moorjani S., Pinault S., Fournier G. (1990): The response to longterm overfeeding in identical twins. *New England Journal of Medicine* 322, 1477–1482
- [29] Bulik C. M., Sullivan P. F., Kendler K. S. (2003): Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorder* 33, 293–298
- [30] Barkeling B., Ekman S., Rossner S. (1992): Eating behaviour in obese and normal weight 11-year-old children. *International Journal of Eating Disorders* 16, 355–360
- [31] Drucker R. R., Hammer L. D., Agras W. S., Bryson S. (1999): Can mothers influence their child's eating behavior? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 20, 88–92
- [32] Cutting T. M., Fisher J. O., Grimm-Thomas K., Birch L. L. (1999): Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American journal of clinical nutrition* 69, 608–613
- [33] Proctor M. H., Moore L. L., Gao D., Cupples L. A., Bradlee M. L., Hood M. Y., Ellison R. C. (2003): Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity* 27, 827–833
- [34] Robinson T. N. (1999): Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA the journal of the American Medical Association* 282, 1561–1567
- [35] Epstein L. H., Paluch R. A., Gordy C. C., Dorn J. (2000): Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154, 220–226
- [36] Barlow S. E., Dietz W. H. (2002): Management of child and adolescent obesity: summary and recommendations based on reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners, and registered dietitians. *Pediatrics* 110, 236–8
- [37] Lehrke S., Laessle R. G. (2003): Adipositas. In: U. Ehlert: *Lehrbuch der Verhaltensmedizin*. Springer, Heidelberg
- [38] Epstein L. H., Valoski A., Koeske R., Wing R. R. (1986): Family-based behavioral weight control in obese young children. *Journal of the American Dietetic Association* 86, 481–484

- [39] Goldfield G. S., Raynor H. A., Epstein L. H. (2002): Treatment of Pediatric Obesity. In: Wadden T. A. and Stunkard A. J.: *Handbook of Obesity Treatment*. The Guilford Press, New York, 301–315
- [40] Golan M., Weizman A., Apter A., Fainaru M. (1998): Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *American journal of clinical nutrition* 67, 1130–1135
- [41] Epstein L. H., Wing R. R., Woodall K., Penner B. C., Kress M. J., Koeske R. (1985): Effects of family-based behavioral treatment on obese 5-to-8-year-old children. *Behavior Therapy* 16, 205–212
- [42] Mellin L. M., Slinkard L. A., Irwin C. E., Jr. (1987): Adolescent obesity intervention: validation of the SHAPEDOWN program. *Journal of the American Dietetic Association* 87, 333–338
- [43] Korsten-Reck U., Bauer S., Keul J. (1994): Sports and nutrition – an outpatient program for adipose children (longterm experience). *International Journal of Sports Medicine* 15, 242–248
- [44] Warschburger P., Petermann F., Fromme C., Wojtalla N. (1999): *Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen*. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- [45] Pudel V. (1999): *Wissenschaftliche Ernährungsinformation: Übergewicht bei Kindern*. Forum Ernährungsmedizin
- [46] Munsch S., Biedert E., Roth B., Speck V., Roth S. (2005): Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 33, 89–103
- [47] Epstein L. H., Valoski A., Wing R. R., McCurley J. (1994): Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychol* 13, 373–383
- [48] Brownell K. D., Kelman J. H., Stunkard A. J. (1983): Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressure. *Pediatrics* 71, 515–523
- [49] Israel A. C., Stolmaker L., Andrian C. A. (1985): The effects of training parents in general child management skills on a behavioral weight loss program for children. *Behavior Therapy* 16, 169–180
- [50] Jeffery R. W., Drewnowski A., Epstein L. H., Stunkard A. J., Wilson G. T., Wing R. R., Hill D. R. (2000): Longterm maintenance of weight loss: current status. *Health Psychology* 19, 5–16
- [51] Golan M., Crow S. (2004): Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: longterm results. *Obesity Research* 12, 357–361

## **Einfluss der Food-Werbung auf Kinder und Jugendliche**

### **Werbung nicht ursächlich für das steigende Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen**

#### **Zusammenfassung**

Wie in anderen Industrieländern verbringen auch deutsche Kinder große Teile ihrer Freizeit vor dem Fernsehgerät, wobei sie vorwiegend die werbereichen Sendungen privater Kanäle verfolgen. Dort sind sie in nicht unerheblichem Umfang der Werbung für Süßwaren und Snacks ausgesetzt. Gesundheitspolitiker und Verbraucherschützer sehen die Werbung für diese Produkte als Mitursache für das ständig zunehmende Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen an. Eine Analyse der vorliegenden empirischen Evidenz kann diesen Verdacht jedoch nicht erhärten. Es gibt keine Hinweise, dass durch die an Kinder gerichtete Werbung deren Gesamtverzehr von Süßwaren und Snacks erhöht wird. Konkrete Erfahrungen in Kanada und Schweden haben zudem deutlich gemacht, dass Werbeeinschränkungen und -verbote ohne jeden Einfluss auf die Ausbreitung des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen sind. Weiterhin war in den meisten Erhebungen der Konsum von stark beworbenen Food-Produkten bei den übergewichtigen Kindern nicht höher als in den „schlankeren“ Vergleichsgruppen. Zudem belegen Untersuchungen, dass der Fernsehkonsum in den letzten 10 Jahren bemerkenswert konstant geblieben ist, währenddessen das Übergewicht bei Kindern beständig ansteigt. Zahlreiche Studien konnten ferner keine signifikante Beziehung zwischen Fernsehnutzung und Gewichtsstatus feststellen.

**Prof. Dr. Joerg M. Diehl, Fachbereich Psychologie, Justus-Liebig-Universität Gießen**

#### **Verbot der Food-Werbung zur Vorbeugung von Übergewicht?**

Die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ist in der heutigen Zeit in hohem Ausmaß von Waren, deren Aneignung und deren Verbrauch geprägt. Wenn in diesem Zusammenhang die Frage auftaucht, warum die junge Bevölkerungsgruppe bestimmte Konsumgewohnheiten an den Tag legt, ist es naheliegend anzunehmen, dass das Verhalten in mehr oder minder großem Umfang durch die Hersteller und Anbieter der Waren und insbesondere durch die massive Bewerbung ihrer Produkte determiniert ist.

Der Lebensmittelsektor stellt hier keine Ausnahme dar. Der erwachsene wie der jugendliche Konsument sieht sich einer unüberschaubaren Anzahl von Produkten gegenüber, die ihm – durch ihre schiere Existenz, mehr noch jedoch durch die begleitenden Werbemaßnahmen – zum Verzehr anempfohlen werden. Aus diesem Grunde ist es psychologisch verständlich, wenn Verbraucherschützer und Gesundheitspolitiker zu dem schnellen Schluss gelangen, dass viele Kinder deshalb die beworbenen Produkte mehr konsumieren als andere Produkte [1].

Der von Kritikern behauptete negative Einfluss der Werbung bezieht sich dabei fast ausschließlich auf die Food-Werbepots im Fernsehen. Im Vergleich dazu ist in den von Kindern und Jugendlichen rezipierten Print-Medien relativ wenig Lebensmittelwerbung enthalten. Dass die jugendlichen Konsumenten am besten über das Fernsehen zu erreichen sind, belegt auch die Tatsache, dass im Jahr 2002 vom Bruttowerbeaufwand der Schokoladen- und Süßwarenhersteller (582 Mio. Euro) 91 % in die TV-Werbung geflossen sind. Die Untersuchung der Wirkung von Food-Werbung kann sich somit auf die Analyse der Lebensmittelwerbung im Fernsehen konzentrieren.

#### **Fernsehgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen**

Zur Abschätzung des Ausmaßes von Werbekontakten bei Kindern und Jugendlichen sind Daten zum täglichen Fernsehkonsum sowie zu den von ihnen präferierten TV-Sendern von Interesse. Eine Analyse der durchschnittlichen täglichen Sehdauer verschiedener Altersgruppen macht hier zum einen deutlich, dass selbst jüngere Kinder mit 1–2 Stunden pro Tag einen nicht unerheblichen Teil ihrer Zeit vor dem Fernsehgerät verbringen. Für viele ist Fernsehen zur liebsten

Freizeitbeschäftigung geworden [2]. Zum anderen aber lässt sich feststellen, dass die junge Generation im Vergleich zu den Eltern und Großeltern eine fast schon verantwortungsbewusste Mediennutzung an den Tag legt. Im Vergleich bringen diese es im Durchschnitt nämlich auf bis zu fünf TV-Stunden täglich [3].

Auch die wiederkehrende Behauptung, mit dem Fernsehkonsum von Kindern und Jugendlichen sei es in den letzten Jahren „immer schlimmer“ geworden, hält einer Auseinandersetzung mit den Fakten nicht stand. Es zeigt sich vielmehr, dass auf sämtlichen Stufen des Kindesalters (3–13 Jahre) die tägliche Sehdauer seit 1992 erstaunlich konstant geblieben ist [2]. Das in diesem Zeitraum permanent angestiegene Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen kann somit nicht mit dem Fernsehkonsum in Verbindung gebracht werden. Tatsache ist, dass in der Gunst der Kinder und Jugendlichen die Privatsender eindeutig vor den öffentlich-rechtlichen Programmen liegen. Dies bedeutet, dass Kinder, wenn sie fernsehen, auch der umfangreichen Werbung in diesen Sendern ausgesetzt sind.

### Art und Umfang der Food-Werbung

Für eine Analyse der primär an Kinder und Jugendliche gerichteten Lebensmittelwerbung sind die von Privatsendern am Wochenende ausgestrahlten Programme von besonderem Interesse. Diese Sendungen sind zumindest an den Vormittagen speziell auf das junge Publikum zugeschnitten. Eine 1999 vorgenommene Auswertung der Wochenendsendungen von RTL zeigte in diesem Zusammenhang, dass die an Kinder gerichtete Food-Werbung – entsprechend dem umfangreichen Werbeetat der Süßwarenindustrie – von Spots für Süßigkeiten und Süßspeisen dominiert wird [4]. Insgesamt waren für die von der Werbung zum Verzehr empfohlenen Lebensmittel folgende Eigenschaften typisch: Es waren überwiegend Snackartikel, die spontan zwischen den festen Mahlzeiten konsumiert werden sollten. Ferner handelte es sich um Produkte, die in der Regel einen hohen Zucker- und/oder hohen Fettgehalt aufwiesen.

Eine für den Ernährungsbericht 2000 vorgenommene Analyse der an Kinder gerichteten Food-Werbung brachte ähnliche Ergebnisse: Die meisten Spots bewarben Süßwaren, gefolgt von Spots für Cerealien, Fastfood und salzige Snacks [5].

Die beim Fernsehen auf das Kind eindringende Anzahl von Werbespots für Lebensmittel kann teilweise erheblich sein. Die Auswertung von 1999 zeigte, dass bei RTL innerhalb einer Stunde bis zu 20 Food-Spots ausgestrahlt werden. Insbesondere der Umfang der TV-Werbung sowie die beworbene Food-Produktpalette sind die Hauptkritikpunkte von Seiten der Ernährung- und Gesundheitserziehung. Ihre Kritik richtet sich dabei nicht gegen einzelne Produkte eines bestimmten Herstellers, sondern gegen den Eindruck sowie die Wirkung der Gesamtheit der gesendeten Food-Spots.

### Untersuchung der Wirkung von Food-Werbung

Wie in allen Produktbereichen werden auch bestimmte Food-Produkte in der Regel von mehreren Herstellern angeboten und im Fernsehen beworben. Bei der Frage nach der Wirkung der Werbung für einen neuen Schokoriegel „C“ muss zwischen zwei möglichen Effekten unterschieden werden. Im einen Fall verschiebt die effektive Werbekampagne für „C“ lediglich die Anteile auf dem Schokoriegelmarkt. Die beeinflussten Kinder verzehren nun gehäuft „C“ – und entsprechend seltener die bisher angebotenen Riegel „A“ und „B“. Das Gesamtniveau des Riegelkonsums würde somit nicht steigen. Der andere denkbare Effekt der Werbung für den Riegel „C“ wäre eine Erhöhung des Gesamtverzehrs an Riegeln. Die angesprochenen Kinder und Jugendlichen konsumieren „C“ nun zusätzlich zu den bisher verzehrten Mengen von „A“ und „B“.

Für die kritische Beurteilung der Wirkung von Food-Spots ist entscheidend, welcher Effekt überwiegend eintritt. Die Vorwürfe an die Lebensmittelwerbung gehen davon aus, dass die Werbung eine starke Erhöhung des Gesamtkonsums bewirkt: Kinder und Jugendliche werden durch die Food-Spots dazu veranlasst, mehr und zu viel an Süßigkeiten, Snacks und anderen Genussmitteln zu verzehren.

Werbekampagnen verfolgen primär das Ziel, den Abverkauf der beworbenen Marken zu steigern. Wieweit diese Absicht von den Herstellern bestimmter Food-Produkte durch die Werbung im Fernsehen erreicht wird, ist schwer zu beurteilen, da die Absatzzahlen vor und nach Werbekampagnen in der Regel nicht öffentlich zugänglich sind.

Es gibt jedoch indirekte Belege, dass nur mit entsprechender Bewerbung im Fernsehen Food-Produkte erfolgreich im

Markt etabliert oder gehalten werden können. Neue oder modifizierte Lebensmittel werden von den Herstellern häufig in ganzseitigen Anzeigen in der für den Lebensmittelhandel konzipierten Lebensmittelzeitung angekündigt. Für diese Anzeigen typisch sind neben der Vorstellung des Produkts die hervorgehobenen Hinweise, dass dessen Einführung von TV-Werbung unterstützt wird und dass dies zu einer erheblichen Umsatzsteigerung beim Einzelhandel führen werde.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die von den Herstellern versprochenen Umsatzsteigerungen auf ausreichend früheren Erfahrungen mit der Wirkung ihrer TV-Werbung basieren und mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreffen werden.

Fakt ist, Fernsehwerbung ist in der Lage, bei Kindern und Jugendlichen den Konsum bestimmter Food-Produkte zu beeinflussen. Ob dies durch Marktanteilverschiebung oder durch Erhöhung des Gesamtkonsums geschieht, ist allerdings an Hand vorliegender Daten nicht zu entscheiden.

### **Zusammenhang zwischen TV-Nutzung und Verzehrhäufigkeit**

Die Frage, ob Food-Spots auch den Gesamtkonsum an den beworbenen Produkten erhöhen, kann man untersuchen, indem man Gruppen von Kindern mit unterschiedlich hohem Werbekontakt hinsichtlich ihres Konsums an den beworbenen Artikeln vergleicht. Wenn eine Dosis-Wirkungsbeziehung bestünde, müssten Kinder, die viel fernsehen und damit viel Werbung ausgesetzt sind, mehr von den Produkten verzehren als Kinder mit geringem TV-Konsum und damit wenig Kontakten. Außerdem müsste, wenn ein hohes Ausmaß an Werbung zu einem zu hohen Verzehr bei den Kindern führte, die Gruppe mit den meisten Kontakten die „schwerste“ sein.

Eine Studie der Universität Gießen zur Analyse des Zusammenhangs zwischen TV-Nutzung (und damit Werbekontakten) und der Verzehrhäufigkeit der beworbenen Produkte kommt zu folgendem Ergebnis: Unter 1.720 Schülern (11–18 Jahre) allgemein- und berufsbildender Schulen wurden anhand des wöchentlichen Fernsehkonsums fünf annähernd gleich große Gruppen gebildet. Auf Basis dieser Einteilung wurde der durchschnittliche Verzehr von in TV-Spots

häufig beworbenen Artikeln bei Jungen und Mädchen verglichen. Es zeigte sich bei beiden Geschlechtern, dass Jugendliche, die mehr fernsehen und damit auch mehr Werbung für die untersuchten Produkte ausgesetzt sind, die beworbenen Produkte signifikant häufiger verzehren. Damit ist aber noch nichts über ihr Körpergewicht gesagt (siehe unten).

Der hier festgestellte Zusammenhang zwischen der Höhe des Fernsehkonsums und damit der Häufigkeit der Werbekontakte sowie dem Verzehr der beworbenen Food-Artikel steht allerdings in gewissem Gegensatz zu Befunden im Ernährungsbericht 2000 [5]. Laut Bericht ergaben sich keine Hinweise, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich größere Mengen von im Fernsehen besonders häufig beworbenen Produkten verzehren, wenn sie mehr fernsehen als andere Kinder und Jugendliche und folglich Werbespots solcher Produkte besser wiedererkennen können.

### **Ausmaß des Fernsehkonsums als Ursache für Übergewicht?**

Die Frage, ob das Ausmaß des Fernsehkonsums mit dem Gewichtsstatus bzw. dem Grad des Übergewichts von Kindern und Jugendlichen in bedeutsamer Beziehung steht, war bereits mehrfach Gegenstand von Untersuchungen. Dabei zeigte sich in der Mehrzahl der Studien mit steigendem TV-Konsum eine mehr oder minder starke Zunahme des (Relativ-)Gewichts [6, 7]. Es existieren allerdings auch eine Reihe von Erhebungen, in denen kein signifikanter Zusammenhang zwischen TV-Konsum und Gewichtsstatus festgestellt werden konnte [8, 9].

In der Untersuchung der Universität Gießen wurde der Gewichtsstatus der Jugendlichen (getrennt für Jungen und Mädchen) über ihre jeweilige prozentuale Abweichung vom Längen-Sollgewicht bestimmt. Bei dem anschließenden Vergleich der TV-Konsum-Gruppen hinsichtlich ihres Gewichtsstatus ergaben sich weder bei den Jungen noch bei den Mädchen statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede: Jugendliche, die mehr fernsahen und somit mehr Food-Spots ausgesetzt waren, konsumierten zwar häufiger die beworbenen Produktgruppen. Jedoch waren sie nicht »schwerer« als Jugendliche, die weniger Zeit vor dem Fernsehgerät verbrachten. Die Daten dieser Studie bestätigen somit die Ergebnisse solcher Studien, die keinen Zusammenhang zwischen TV-Konsum und Gewichtsstatus finden konnten.

Bei Jugendlichen mit hoher positiver Abweichung vom Längen-Sollgewicht ging das Übergewicht offensichtlich nicht auf einen häufigeren Konsum der im Fernsehen beworbenen Produktgruppen (Süßigkeiten, Desserts, Fastfood, salzige Snacks, u. a.) zurück. Die bei Jungen und Mädchen nach dem Gewichtsstatus gebildeten Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in ihrem durchschnittlichen Verzehr dieser Produkte. Untergewichtige Kinder und Jugendliche konsumierten vielmehr diese Produkte in gleichem Umfang wie übergewichtige. Ein insgesamt hoher Konsum der beworbenen Produktgruppen geht folglich nicht automatisch mit Übergewicht oder gar Adipositas einher.

Die Annahme oder Behauptung, dass Kinder und Jugendliche übergewichtig seien, weil sie zu viel von den durch das Fernsehen beworbenen Produkten wie Süßwaren, Fastfood oder Snacks essen würden, wird nicht nur durch die Daten der Universität Gießen nicht bestätigt. Auch eine nicht unerhebliche Anzahl anderer Studien konnte keine signifikanten Unterschiede im Konsumverhalten zwischen Über- und Normalgewichtigen bzw. sonstigen Gruppen mit unterschiedlichem Gewichtsstatus feststellen. Vielmehr gibt es Hinweise, das Übergewichtige einen niedrigeren Süßwarenkonsum aufweisen [10, 11, 12].

### Fazit

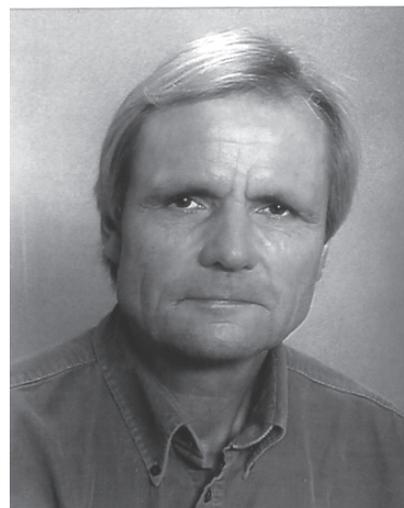
Ein erheblicher Teil der dargestellten Evidenz spricht gegen die Vermutung, dass Food-Werbung die Ursache für das steigende Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen sei. Während die Prävalenz und das Ausmaß von Übergewicht im letzten Jahrzehnt deutlich angestiegen sind, ist der tägliche Fernsehkonsum von Kindern recht konstant geblieben. Ferner konnte die an der Universität Gießen durchgeführte Studie – wie auch eine Reihe anderer Studien – keinen Zusammenhang zwischen Fernseh-(und damit Werbungs-)Konsum und Gewichtsstatus feststellen. Weiterhin wies in dieser Erhebung – wie auch in anderen Studien – der Gewichtsstatus keine Beziehung zur Höhe des Verzehrs an solchen Produkten auf, die im Fernsehen stark beworben wurden. Auch der Ernährungsbericht 2000 belegt, dass die Kinder, die viel Zeit vor dem Fernseher verbrachten und Werbung gut wiedererkennen konnten, im Durchschnitt nicht mehr von den beworbenen Produkten verzehrten als Kinder mit geringem TV-Konsum.

Zwei weitere Sachverhalte sprechen gegen die Food-Werbung als Haupt- oder Mitverursacher des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen. Seit 1980 ist in der kanadischen Provinz Quebec an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung verboten. Die in dieser Provinz festgestellte Verbreitung des kindlichen Übergewichts unterscheidet sich jedoch nicht von der Prävalenz in den Provinzen ohne eine solche Beschränkung der Werbung. Ähnliches gilt für Schweden: Dort ist ebenfalls an Kinder gerichtete Food-Werbung seit über 10 Jahren verboten. Ein positiver Effekt auf die Verbreitung des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen ließ sich jedoch nicht feststellen [13].

Die Frage „Macht Werbung dick?“ bzw. ist „Food-Werbung mitverantwortlich für die epidemische Ausbreitung des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen?“ lässt sich somit relativ eindeutig mit einem „Nein“ beantworten: Es liegen keine wissenschaftlich gesicherten Belege dafür vor. Eine Beschränkung der an Kinder gerichteten Food-Werbung oder ein gänzlich Verbot würde deshalb – das ist gleichermaßen eindeutig – keine rationale Basis haben und Deutschlands Jugend mit Sicherheit nicht schlanker machen.

### Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Joerg M. Diehl  
 Fachbereich Psychologie  
 Justus-Liebig-Universität Gießen  
 Otto-Behaghel-Str. 10  
 D-35394 Gießen  
 diehl@gmx.org  
 www.joergdiehl.de



## Literaturverzeichnis

- [1] Cebulla-Jünger E. (1995): Früher oder später kriegen wir Euch alle – Kinder als Zielgruppe und Werbeträger. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.). Wechselwirkungen zwischen Ernährung und kindlichem Verhalten (S. 92–102). Kernen: DGE
- [2] Feierabend S., Klingler W. (2004): Was Kinder sehen. *Media Perspektiven*, Nr. 4, 151–162
- [3] Darschin W., Gerhard H. (2004): Tendenzen im Zuschauerverhalten. *Media Perspektiven*, Nr. 4, 142–150
- [4] Diehl J. M. (1999): Was Kinder essen sollen! Die Ratschläge der Fernsehwerbung. *Ernährungs-Umschau* (Sonderheft) 46, S40–S44
- [5] Pudel V., Borchardt A., Ellrott T., Maaß P., Mensing B., Spirik J. (2000): Essverhalten und Ernährungszustand von Kindern und Jugendlichen – eine Repräsentativerhebung in Deutschland. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.). *Ernährungsbericht 2000* (S. 115–146). Frankfurt a. M.: Druckerei Henrich
- [6] Crespo C. J., Smit E., Troiano R. P., Bartlett S. J., Macera C. A., Andersen R. E. (2001): Television watching, energy intake, and obesity in US children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 155, 360–365
- [7] Eisenmann J. C., Bartee R. T., Wang M. Q. (2002): Physical activity, TV viewing, and weight in U.S. youth: 1999 Youth Risk Behavior Survey. *Obesity Research* 10, 379–385
- [8] Lowry R., Wechsler H., Galuska D. A., Fulton J. E., Kann L. (2002): Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: Differences by race, ethnicity and gender. *Journal of School Health* 72, 413–421
- [9] Van den Bulck J. (2000): Is television bad for your health? Behavior and body image of the adolescent „couch potato“. *Journal of Youth and Adolescence* 29, 273–288
- [10] Magarey A. M., Daniels L. A., Boulton T. J. C., Cockington R. A. (2001): Does fat intake predict adiposity in healthy children and adolescents aged 2–15 y? A longitudinal analysis. *European Journal of Clinical Nutrition* 55, 471–481
- [11] Perl M. A., Mandic M. L., Primorac L., Klapac T., Perl A. (1998): Adolescent acceptance of different foods by obesity status and by sex. *Physiology & Behavior* 65, 241–245
- [12] Schneider R., Hesecker H. (1999): Zusammenhang zwischen der Zucker-, Energie- und Fettaufnahme sowie der Verbreitung von Übergewicht. Teil II: Ergebnisse und Diskussion. *Ernährungs-Umschau* 46, 330–335
- [13] Ashton D. (2004): Food advertising and childhood obesity. *Journal of the Royal Society of Medicine* 97, 51–52