

Kinder im Zentrum – Für Kinder e.V.

Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin

der Ludwig-Maximilians-Universität

**Sozialpädiatrisches Zentrum und Fachklinik für
Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation des Bezirks Oberbayern**

im Kinderzentrum München

Wissenschaftliches Symposium

**Füttern, Essen und Ernährung
in der frühen Kindheit:**

Entwicklung, Störungen und frühe Hilfen

Tagungsleitung: Hubertus von Voss,

Mechthild Papoušek, Gereon Schädler

Tagungssekretär: Harald Wurmser

Schirmherrschaft: Dr. Werner Schnappauf

Bayerisches Staatsministerium
für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

21. - 23. Januar 2005

Klinikum Großhadern Hörsaal III,
Marchioninistraße 15, D-81377 München

Forum am Deutschen Museum,
Museumsinsel 1, D-80538 München

Übersicht

- ▼ [Einführung in das Tagungsthema](#)
- ▼ [Grußwort des Schirmherrn](#)
- ▼ [Wissenschaftliches Programm \(22. bis 23.01.2005\)](#)
- ▼ [Workshops \(am 21.01.2005\) **Achtung: Die Workshops sind bereits überbucht!**](#)
- ▼ [Abstracts](#)
- ▼ [Tagungsort](#)
- ▼ [Liste der Referenten und Moderatoren](#)
- ▼ [Anmeldungsformular](#)

Einführung in das Tagungsthema

Frühkindliche Fütter- und Ernährungsstörungen umfassen ein vielfältiges Spektrum von Mangelernährung und Dystrophie bis zu Überernährung und Adipositas, von Essunlust, Nahrungsverweigerung, panischer Abwehr, provokativem Würgen und Erbrechen über wählerisches Essverhalten bis hin zu Überfütterung, Dauernuckelflasche und frühen suchartigen Essgewohnheiten. Ebenso vielfältig sind die genetischen, somatischen, interaktionellen, psychodynamischen, familiären und soziokulturellen Faktoren, die die Störungen bedingen, aufrechterhalten oder exazerbieren lassen. Frühkindliche Fütter- und Essstörungen betreffen etwa 15 bis 25% aller gesunden Säuglinge und finden sich noch häufiger bei Kindern mit schweren neuromotorischen Entwicklungsstörungen, organisch bedingten Appetit- und Stoffwechselstörungen sowie nach extremer Früh- und Mangelgeburtlichkeit.

Trotz der hohen Prävalenz und Persistenz der Störungen, ihrer gesundheitlichen Risiken und langfristigen Gefährdung der körperlichen, emotionalen, sozialen und mentalen Entwicklung des Kindes, der frühen Bindungsprozesse und Eltern-Kind-Beziehungen fehlt es bundesweit an frühpräventiver Beratung und an wirksamen ambulanten und stationären Behandlungsangeboten, die der komplexen multifaktoriellen Genese gerecht werden.

Der Verein „Kinder im Zentrum – für Kinder, e.V.“ lädt gemeinsam mit dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Fachklinik für Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation, Kinderzentrum München, zu einem interdisziplinären wissenschaftlichen Symposium ein, in dem aktuelle Forschungsergebnisse und langjährige diagnostische und therapeutische Erfahrungen in Bezug auf drei klinische Störungsbereiche zur Diskussion gestellt werden: frühkindliche Fütter- und Gedeihstörungen (überwiegend ohne primäre somatische Ursache), organisch und neuropädiatrisch bedingte Fütter- und Gedeihstörungen im Rahmen schwerer komplexer Entwicklungsstörungen und Adipositas des Kindesalters. Inhaltlich stehen Symptomatologie, Epidemiologie, Entwicklungsgenese, Prognose und multimodale interdisziplinäre Behandlungskonzepte im Vordergrund.

In den Workshops am Freitag Nachmittag werden bewährte multimodale Behandlungskonzepte praxisnah, videogestützt und fallorientiert vorgestellt und mit den Teilnehmern diskutiert.

Die Einladung richtet sich insbesondere an Kinderärzte, Kinderkrankenschwestern, Logopäden, Psychologen, Erzieherinnen und an alle in Kinderkliniken, Neonatologie, SPZ und im Bereich der Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie tätigen Berufsgruppen.

*Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. von Voss
Prof. Dr. med. M. Papoušek
OA Dr. med.
G. Schädler*

[Zurück zur Übersicht](#)

Grußwort des Schirmherrn

Bereits im Säuglings- und Kleinkindalter werden die Weichen für das ganze Leben gestellt. Der Spruch „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ gilt gerade für den Bereich Essen und Trinken. Gesund ernährte Kinder gedeihen gut und sind körperlich fit. Wie wichtig die Weichenstellung im frühen Kindesalter ist, zeigen aktuelle Untersuchungen in Bayern: bereits heute sind rund 10% der Schulanfänger übergewichtig, unter ihnen rund 3,5% bereits adipös.

Die Folgen für die Gesellschaft sind beträchtlich: Weitere Zunahme von Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und psychische Probleme bereits im Kindesalter. Alle Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung sind sich daher einig, dass präventive Maßnahmen bereits im Kindesalter ansetzen müssen.

Aber gerade Fehlentwicklungen in der Kindheit sind im Laufe des späteren Lebens oft kaum rückgängig zu machen. Umso wichtiger ist deshalb ein frühzeitiges therapeutisches Angebot. Eltern benötigen rechtzeitig Beratung und kompetente Hilfe.

Das Kinderzentrum mit seiner Fachklinik für Sozialpädiatrie leistet auf diesem Gebiet hervorragende Arbeit. Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen wird durch Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation geholfen. Besonders hervorzuheben ist die ganzheitliche Zusammenarbeit mit der Familie: Eltern finden im Kinderzentrum ein Team aus medizinischen und sozialpädiatrischen nichtärztlichen Fachgruppen der unterschiedlichsten Berufe, die weiterhelfen, auch ambulant im sozialpädiatrischen Zentrum.

Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Forschung im Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München fließen direkt in die alltägliche Arbeit ein.

Das Kinderzentrum München ist aus meiner Sicht ein Vorzeigemodell, wie Kindern und Eltern sowohl präventiv als auch therapeutisch geholfen werden kann. Dieser Einrichtung gilt an dieser Stelle mein besonderer Dank für ihr großes und keineswegs selbstverständliches Engagement sowie für die Initiative zu dieser Veranstaltung.

Sehr gerne habe ich aus diesem Grund die Schirmherrschaft über die Tagung „Füttern, Essen und Ernährung in der frühen Kindheit: Entwicklung, Störungen und frühe Hilfen“ übernommen.

Allen Tagungsteilnehmern wünsche ich vielfältige neue Erkenntnisse, denn gesunde Kinder sind unsere Zukunft – daran sollten wir gemeinsam arbeiten!

Dr. Werner Schnappauf, MdL

Bayerischer Staatsminister für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

[Zurück zur Übersicht](#)

Samstag, 22. Januar 2005

Wissenschaftliches Programm

Ort: Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15,

D-81377 München, Hörsaal III

08.30 Begrüßung und Eröffnung

Bezirkstagspräsident Franz Jungwirth, Bezirk Oberbayern

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Maximilian Reiser, Stellvertretender ärztlicher Direktor des Klinikums Großhadern

Univ. Prof. Dr. med. Harald Bode, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

Hubertus von Voss

Entwicklungsbedingungen von Füttern, Essen und Gedeihen

Moderation Nikolaus von Hofacker

09.15 Kalorien und Emotionen

Remo Largo, Zürich

10.00 Neurobiologische und psychophysiologische Regulation von Nahrungsaufnahme, Hunger und Sättigung und Gewicht

Thomas Reinehr, Datteln

10.30 Gesellschaftliche Veränderungen von Ernährungs- und Esskultur (soziale und familiäre Rahmenbedingungen, Familien-Mahlzeiten)

Hubertus von Voss, München

11.00 Pause

Fütter-, Ess- und Gedeihstörungen in der frühen Kindheit

Moderation Remo Largo

11.30 Kleine „Nosologie“ von Fütter-, Ess-, Gedeih- und Ernährungsstörungen der frühen Kindheit
Margret Ziegler, München

11.50 Entstehungsbedingungen, Verlauf und Prognose von frühkindlichen Fütter- und Gedeihstörungen
Mechthild Papoušek, München

12.20 Videogestützte diagnostische Blicke auf die Fütterinteraktion
Ruth Wollwerth de Chuquisengo, München

12.40 Integratives kommunikationszentriertes Behandlungsmodell der Münchner Sprechstunde für Schreibabys
Mechthild Papoušek, München

13.00 Mittagspause

14.00 Psychodynamische Aspekte bei frühkindlichen Fütter- und Gedeihstörungen
Tamara Jacubeit, Hamburg

14.30 Fütter- und Gedeihstörungen im Rahmen von mütterlichen Bindungsstörungen
Karl-Heinz Brisch, München

15.00 Posttraumatische Fütterstörungen
Nikolaus von Hofacker, München

15.30 Kaffeepause

Fütter- und Essstörungen bei Kindern mit Entwicklungsstörungen und organischen Erkrankungen

Moderation Gereon Schädler, Rüdiger von Kries

16.00 Welche Patienten nehmen die stationäre Behandlung in Anspruch – was wird aus diesen Fällen?
Gereon Schädler, München

16.30 Welche pädiatrisch-gastroenterologische Basisdiagnostik ist notwendig?
Tina Arenz, München

16.50 MRT – Befunde bei Kindern mit schweren Fütterstörungen: Gibt es typische Läsionen am Hypothalamus?
Birgit Ertl-Wagner, München

17.05 Hirnorganische Befunde – Neuropeptide und Ansprechen auf Therapie. Gibt es einen Zusammenhang?

Gereon Schädler, München

17.20 Orofaziale Therapie nach Castillo Morales

Johannes Limbrock, München

17.45 Stationäres verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept

Heinz Süss-Burghart, München

18.05 Stationäres systemisches Behandlungskonzept

Susanna Blazek, München

18.30 Diskussion zu den ambulanten und stationären Behandlungskonzepten und -methoden bei Fütter- und Gedeihstörungen

Stehempfang 19.00 – 20.00 Uhr

Sonntag, 23. Januar 2005

Ernährung – Beratung und Elternselbsthilfe

Moderation Marguerite Dunitz-Scheer, Graz

09.00 Wandel der frühkindlichen Ernährung

Friedrich Manz, Dortmund

09.20 Ernährung bei gesunden Kindern – Ergebnisse aus der DONALD-Studie

Mathilde Kersting, Dortmund

09.40 Ernährungsberatung bei Gedeihstörungen und Übergewicht im Kindesalter

Katharina Dokoupil, München

10.00 Betroffene Eltern berichten über ihre Belastungen bei ihrem Kind mit Sondenernährung bei schwerer Ess- und Fütterstörung

Pia Bauerschmidt, Marion Getz

10.30 Sondenernährung – Indikationen und Entwöhnung

Marguerite Dunitz-Scheer, Graz

11.00 Pause

Adipositas im Kindesalter

11.30 Ätiologie und Langzeitriskiken von Adipositas im Kindesalter

Detlef Kunze, München

12.00 Risikofaktoren für Adipositas in Perinatalzeit und früher Kindheit

Michael Toschke, München

12.20 Psychologische Aspekte von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter

Harald Wurmser, München

12.40 Adipositas-Prävention im Kindergarten

Angelika Strauß, München

13.00 Präventionsprojekt „Bewegter Kindergarten“

Beate Klapdor-Volmar, Neuss

13.20 Adipositas bei Kindern – Möglichkeiten der Versorgung in einem Netzwerk

Hermann Mayer, Murnau

13.40 Schlusswort

Hubertus von Voss, Mechthild Papoušek, Gereon Schädler

14.00 Ende

[Zurück zur Übersicht](#)

Freitag, 21. Januar 2005

Workshops (WS) 13.00 – 17.30 Uhr

Achtung: Die Workshops sind bereits überbucht!

Ort: Forum am Deutschen Museum, Museumsinsel 1,

D-80538 München

Behandlungskonzepte und -methoden bei frühkindlichen Fütter-, Gedeih- und Ernährungsstörungen

Die Zahl der Teilnehmer an den Workshops ist begrenzt. Deshalb ist neben einer 1. eine 2. Wahl erbeten.

13.00 – 15.00

WS 1: **Orofaziale Therapie nach Castillo Morales**
Johannes Limbrock, München mit Coreferentin

WS 2: **Familiensystemische Interventionen bei Fütter- und Gedeihstörungen**
Margret Ziegler und Michael Schieche, München

WS 3: **Integrative Therapie von Fütter- und Gedeihstörungen bei Störungen
im Essverhalten der Mutter**
Daniela Dotzauer und Claudia Rupprecht, München

WS 4: **Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen**
Sonja Lehrke, Trier

WS 5: **Multimodale Therapie von Fütterstörungen bei mehrfach behinderten Kleinkindern**
Gereon Schädler, Kristin Dietze, Christine Huber,
Silvia Niederhuber und Heinz Süss-Burghart, München

15.00 – 15.30 Kaffeepause

15.30 – 17.30

WS 6: **Sondenentwöhnung**
Marguerite Dunitz-Scheer, Graz

WS 7: **Stationäre beziehungstherapeutische Intervention bei schweren Gedeihstörungen**
Nikolaus von Hofacker, München

WS 8: **Bindungstherapeutische Interventionen bei Gedeihstörungen im Kontext mütterlicher Bindungsstörungen**
Karl-Heinz Brisch, München

WS 9: **Autonomieprobleme im Fütterkontext: Videogestützte Interventionen**
Michael Schieche und Beatrice Cosmovici, München

WS 10: **Adipositas bei Kindern – Möglichkeiten der Versorgung in einem Netzwerk**
Hermann Mayer, Murnau

[Zurück zur Übersicht](#)

Abstracts

Kalorien und Emotionen

Remo Largo, Zürich

Ernährung und Emotionen sind bei Kindern und Eltern auf das engste miteinander verwoben. Die Kinder brauchen Nahrung, damit sie gedeihen. Hunger-, Durst- und Sättigungsgefühle stellen sicher, dass sie ausreichend Nahrung zu sich nehmen. Während Jahren sind die Kinder darauf angewiesen, dass Eltern und andere Bezugspersonen ihnen die Nahrung zuführen. Die Eltern haben wiederum einen imperativen Drang, ihre Kinder zu ernähren. Ein Kind, das nicht gedeiht, löst große Ängste aus.

Wer bestimmt, was, wie viel und wie gefüttert, gegessen und getrunken wird? Das Kind oder die Eltern? Die normale Entwicklung des Trink- und Essverhaltens von einer großen gegenseitigen Abhängigkeit zur Selbständigkeit ist das Thema dieses Referates.

[Zurück zum Programm](#)

Neurobiologische und psychophysiologische Regulation von Nahrungsaufnahme, Hunger und Sättigung und Gewicht

Thomas Reinehr, Datteln

Die Nahrungsaufnahme wird neben externen Stimuli, dem Geschmack und dem Angebot an Nahrungsmitteln im wesentlichen vom Hunger-Sättigungs-Empfinden bestimmt. Das Geschmackserlebnis wird über Opiate vermittelt, während das Hunger-Sättigungs-Empfinden maßgeblich von Leptin, Neuropeptiden und gastrointestinalen Hormonen im Hypothalamus und Hirnstamm beeinflusst wird. Leptin führt über Regulationen von Neuropeptiden (aMSH, AgRP, NPY) im Hypothalamus zu einer verringerten Nahrungsaufnahme. In letzter Zeit sind die Wirkungen von vielen gastrointestinalen Hormonen auf das Hunger-Sättigungs-Empfinden nachgewiesen worden. Cholezystokinin (CCK), Glucagon-like peptide (GLP-1) und Polypeptide YY (PYY), welche in der Darmmucosa und im Pankreas vor allem nach Mahlzeiten gebildet werden, regulieren nicht nur den Magen-Darm-Trakt, sondern führen auch zur Sättigung durch ihre Wirkungen im Hypothalamus. Auf der anderen Seite können gastrointestinale Hormone, wie das aus dem Magen stammende Ghrelin, auch Hunger auslösen. Die gastrointestinalen Hormone hängen von der Art der Mahlzeit ab. Fettreiche und kohlenhydratreiche Mahlzeiten führen zu sinkenden Ghrelinspiegeln, während der Anstieg von CCK v.a. bei proteinreicher und fettreicher Mahlzeit ausgeprägt ist. Somit kann auf endokrinologischer Ebene ein Zusammenhang zwischen Art der Mahlzeit und Umfang der Mahlzeit hergestellt werden. Auch psychische Faktoren beeinflussen gastrointestinale Hormone. PYY wird bei Stress vermehrt ausgeschüttet und kann so die unterschiedliche Nahrungsaufnahme in Stresssituationen auf endokrinologischer Ebene erklären.

[Zurück zum Programm](#)

Gesellschaftliche Veränderungen von Ernährungs- und Esskultur

(soziale und familiäre Rahmenbedingungen, Familien-Mahlzeiten)

Hubertus von Voss, München

Kleine „Nosologie“ von Fütter-, Ess-, Gedeih- und Ernährungsstörungen der frühen Kindheit

Margret Ziegler, München

Für Fütterstörungen mit oder ohne Gedeihstörung gibt es keine international anerkannten einheitlichen Definitionen, auch keine validierte Klassifikation; die Abgrenzung zu „normalen“, im Säuglings- und Kleinkindalter häufig passager auftretenden Fütterproblemen ist unscharf. Dies macht auch den Vergleich von Studien zu Fütterstörungen problematisch. Nach den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie liegt eine Fütterstörung vor, wenn die Fütterinteraktion dysfunktional ist und von den Eltern über einen längeren Zeitraum (> 1 Monat) als problematisch empfunden wird. Der Begriff Fütterstörung wird international bevorzugt, um den interaktionellen Aspekten des Problems Rechnung zu tragen. Die Kriterien für eine zusätzliche Gedeihstörung sind klarer definiert, stimmen aber nicht mit der internationalen Literatur überein. In der ICD 10 unter F 98.2

(Fütterstörung im Säuglings- und Kleinkindalter) werden organische Erkrankungen als Ursache ausgeschlossen, der interaktionelle Aspekt bleibt völlig unbeachtet. Der klinische Alltag zeigt, dass Fütter- und Gedeihstörungen der frühen Kindheit Störungsbilder mit unterschiedlichsten (ätiologischen) Bedingungsfaktoren einschließen. Bezogen auf die Ätiologie werden organische Fütterstörungen (bei chronischen pädiatrischen Erkrankungen, gastrointestinalen Erkrankungen, neuropädiatrischen Entwicklungsstörungen wie oralmotorischen, oralsensorischen Störungen) von nicht-organischen Fütterstörungen (nach aversiven Erfahrungen im Mund-/Schlundbereich, bei psychosozialen Belastungen, primären Bindungs- und Beziehungsstörungen, u.a.) unterschieden. Wegen weitgehender Überlappungen wird diese grobe Abgrenzung jedoch nicht mehr empfohlen. Fütter- und Gedeihstörungen der frühen Kindheit gehören zu den Regulationsstörungen mit der typischen Symptomtrias von Nahrungsverweigerung auf kindlicher Seite, Überforderungssyndrom auf elterlicher/mütterlicher Seite und einer dysfunktionalen Fütterinteraktion.

Zurück zum Programm

Entstehungsbedingungen, Verlauf und Prognose von frühkindlichen Fütter- und Gedeihstörungen

Mechthild Papoušek, München

Kaum ein Bereich der frühkindlichen Entwicklung erfordert so fein aufeinander abgestimmte regulatorische Anpassungen wie die kindliche Nahrungsaufnahme beim Stillen und Füttern. Und kaum ein Bereich des „Mutterwerdens“ ist so eng mit der psychischen Verfassung der Mutter und der mütterlichen Identität und Psychodynamik verknüpft wie die Sorge um Ernährung und Gedeihen ihres Kindes. In der Regel gewährleisten angeborene Programme in der frühen Kommunikation die Bewältigung der phasentypischen Entwicklungsaufgaben bei der Regulation von Hunger-Sättigungszyklen und beim Übergang vom Stillen zur Flasche zur Löffelkost bis zum selbständigen Essen. Fütterstörungen (mit der typischen Trias von kindlicher Nahrungsverweigerung, psychischer Belastung der Bezugsperson sowie dysfunktionalen Fütterinteraktionen und Beziehungserfahrungen) sind im Hinblick auf ätiologische Faktoren und Genese außerordentlich heterogen. Der Beitrag gibt anhand der Literatur und eigener klinischer Ergebnisse einen Überblick über die häufigsten somatischen, psychosozialen und psychodynamischen Bedingungsfaktoren auf Seiten des Kindes, der Bezugsperson und des familiären, sozialen und medizinischen Umfeldes. Im Kontext des Fütterns können diese Faktoren einzeln oder in Kombination die kindlichen Fähigkeiten zur selbst regulierten Nahrungsaufnahme und/oder die elterlichen Fähigkeiten zur Abstimmung angemessener Regulationshilfen beeinträchtigen und zu Kommunikationsstörungen und dysfunktionalen Teufelskreisen von Nahrungsverweigerung und Einflößen der Nahrung unter Ablenkung, Druck oder Zwang führen. Unter dem Einfluss multipler Risikobelastungen neigen frühkindliche Fütter- und Gedeihstörungen zur Persistenz bis ins Vorschulalter.

Zurück zum Programm

Videogestützte diagnostische Blicke auf die Fütterinteraktion

Ruth Wollwerth de Chuquisengo, München

Voraussetzung für die Therapie von Fütterstörungen in der Sprechstunde für Schreibabys stellt unter anderem eine fundierte Verhaltensbeobachtung und videogestützte Analyse der zumeist dysfunktionalen Eltern-Kind-Fütterinteraktionen dar.

Sowohl in der Literatur als auch in der klinischen Beobachtung wird in der Füttersituation häufig ein Teufelskreis negativer Wechselwirkungen beschrieben. Auf Seiten des Kindes geht es fast immer um eine Form von Nahrungsverweigerung. Wichtig ist dabei, Nahrungsverweigerung aufgrund von mangelndem Hunger oder Sättigung von angstgetönter Abwehr oder von Verweigerung aus Wunsch nach Unterhaltung oder aus Autonomie- und Kontrollbedürfnis zu differenzieren. Auf Seiten der Mutter lassen sich unterschiedliche Reaktionsmuster in Form von bunten Ablenkungsstrategien, fürsorglicher Zuwendung oder Füttern mit Druck oder Zwang unterscheiden. Die daraus resultierenden dysfunktionalen Interaktionsmuster werden anhand von kurzen prototypischen Videosequenzen veranschaulicht.

[Zurück zum Programm](#)

**Integratives kommunikationszentriertes Behandlungsmodell der
Münchener Sprechstunde für Schreibabys**

Mechthild Papoušek, München

Das in der Münchener Sprechstunde für Schreibabys entwickelte psychotherapeutische Behandlungskonzept für frühkindliche Fütter- und Gedeihstörungen sucht, der Symptomtrias von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, psychischer Belastung der Eltern und dysfunktionalen Fütterinteraktionen/Beziehungserfahrungen gerecht zu werden. Je nach Bedingungskonstellation und individuellen Bedürfnissen von Kind und Familie integriert es verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische, beziehungstherapeutische und familiensystemische Behandlungstechniken sowie bei Bedarf pädiatrische, mundmotorische, physio- oder ergotherapeutische Interventionen. Es schließt die folgenden Module ein:

1. Erarbeitung des Behandlungszieles mit den Eltern in Bezug auf Gestaltung der Mahlzeiten, Art und Menge der Nahrung, Gewicht und erwünschte Motivation zur Nahrungsaufnahme.
2. Entwicklungsberatung in Bezug auf die individuellen Schwierigkeiten, Stärken und aktuellen Bedürfnisse des Kindes.
3. Erarbeitung von eindeutigen Essensregeln in Bezug auf Mahlzeiten, Qualität des Nahrungsangebotes und Berücksichtigung der kindlichen Motivationen zur Nahrungsaufnahme.
4. Entlastung der Mutter/Eltern vom Druck der Verantwortung für Trinkmenge und Gedeihen durch engmaschige kinderärztliche Überwachung.
5. Videogestützte Behandlung entgleister Kommunikationsmuster in den Fütterinteraktionen auf beiden Ebenen: dem beobachtbaren Interaktionsverhalten und dem subjektiven Erleben (Erwartungen, Gefühle, Phantasien, wiederbelebte Erinnerungen und „Gespenster“). Dabei kann das Videofeedback auf unterschiedliche Weise genutzt werden: zur Stärkung erkennbarer mütterlicher und kindlicher Kompetenzen, zur videogestützten Interaktionsanleitung, zur Sensibilisierung der Mutter für Hunger- und Sättigungssignale des Kindes, zum Auffinden dysfunktionaler Kontingenzen und zur psychotherapeutischen Bearbeitung der im Fütterkontext aktualisierten, psychodynamisch wirksamen Faktoren.
6. Psychotherapeutische Unterstützung von positiven Kommunikations- und Beziehungserfahrungen im Spiel.

[Zurück zum Programm](#)

Psychodynamische Aspekte bei frühkindlichen Fütter- und Gedeihstörungen

Tamara Jacubeit, Hamburg

Fütter- und Gedeihstörungen im Rahmen von mütterlichen Bindungsstörungen

Karl-Heinz Brisch, München

Posttraumatische Fütterstörungen

Nikolaus von Hofacker, München

Die Posttraumatische Fütterstörung (PTFD) im Säuglings- und Kleinkindalter ist eine besondere Form der Fütterstörung, deren Ursache in aversiven Erfahrungen im Mund-Rachen-Magen-Darm-Bereich liegt, wie z.B. Langzeitbeatmung im Rahmen von Frühgeburtlichkeit, nasogastrale Sondierung, gastroösophagealer Reflux, Bougierung im Rahmen ösophagealer Stenosen und Atresien etc. In diesem Zusammenhang kommt es zu einer konditionierten Nahrungsabwehr mit angstvoll-panischen Reaktionen des Säuglings schon beim ersten Erblicken des Löffels bzw. der Nahrung. Trotz dieser besonderen Ätiologie soll anhand eigener Daten einer Gruppe von Säuglingen/Kleinkindern mit PTFD (n = 21) im Vergleich mit einer Gruppe von Kindern mit nicht traumatisch bedingten Fütterstörungen (n = 22) gezeigt werden, dass die Genese auch bei der PTFD multifaktoriell ist und mit zahlreichen kindlichen, elterlichen und familialen Belastungsfaktoren einhergeht. Die Therapie sollte einerseits spezifisch auf den Abbau der konditionierten Verbindung zwischen aversiven orofazialen Reizen und Nahrungsaufnahme ausgerichtet sein (Systematische Desensibilisierung). Andererseits sollten die unterschiedlichen Belastungen im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes ausreichend berücksichtigt werden.

Zurück zum Programm

Welche Patienten nehmen die stationäre Behandlung in Anspruch – was wird aus diesen Fällen?

Gereon Schädler, München

In der Klinik des Kinderzentrums München werden seit vielen Jahren Kinder mit Fütter- und Ernährungsstörungen behandelt. Dabei handelt es sich oft um Patienten mit organischen Grunderkrankungen wie Cerebralparese, genetischen Störungen und Fehlbildungen, Stoffwechselstörungen etc. Es werden aber auch Kinder mit Regulationsstörungen zugewiesen. Zum Teil waren diese Kinder schon auswärts in stationärer Behandlung, oft liegt die Problematik bereits jahrelang vor.

Es wird ein Überblick über 267 Patienten mit Fütter- und Ernährungsstörungen aus den Jahren 1994 bis 2004 gegeben: Grunderkrankung, Ausgangsproblematik, Behandlungsergebnisse am Ende der stationären Behandlung und aktuelle Situation bei einer Nachbefragung im Oktober 2004 sollen dargestellt werden.

Es soll die Frage beantwortet werden, ob langfristig diese meist schwer betroffenen Patienten von einer aufwendigen, multidisziplinären, vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierten Therapie profitieren.

Zurück zum Programm

Welche pädiatrisch-gastroenterologische Basisdiagnostik ist notwendig?

Tina Arenz, München

Beim Formenkreis gastroenterologischer Erkrankungen liefern Alter der Kinder, Anamnese und körperliche Untersuchung bereits wichtige Hinweise auf mögliche Ursachen für Ess- und Fütterstörungen (z.B. Spuckbaby, saurer Mundgeruch, Durchfälle, Obstipation, Bauchschmerzen, Perzentilenverlauf, Verhalten bei Nahrungsaufnahme, Grunderkrankung, Familienanamnese,). Primär sollte mittels eines Nahrungsmittelprotokolls zwischen verminderter Zufuhr und/oder erhöhten Verlusten durch Erbrechen oder Fehlverdauung differenziert werden.

Bei einer weiteren Abklärung sollten folgende organische Erkrankungen differenzialdiagnostisch in Betracht gezogen und ggf. ausgeschlossen werden:

Kuhmilcheiweißunverträglichkeit – Differenzialblutbild mit Eosinophilen, ggf .RAST für Milcheiweiß, alpha-Laktalbumin, β -Laktoglobulin, Casein, probatorische Eliminationsdiät und anschließende Provokation.

Gastroösophageale Refluxkrankheit – probatorisch kuhmilcheiweißfreie Diät, bei ausbleibender Besserung weiteres Vorgehen in Abhängigkeit vom Alter. ≤6 Monate: probatorische Säuresuppression, je nach Schweregrad der Symptome auch Endoskopie, Magen-Darm-Passage (MDP). >6 Monate: Endoskopie, MDP, selten pH-Metrie.

Zöliakie – Ausschluss durch Bestimmung der t-Transglutaminase und des Gesamt-IgA, bei entsprechender Klinik auch bei negativen Antikörpern Dünndarmbiopsie.

Laktose- und Fruktoseunverträglichkeit – probatorische Reduktion der Fruktosezufuhr (v.a. bei Kleinkindern) und ggf. auch der Laktosezufuhr (ab dem Schulalter) sowie Weglassen von Zuckeraustauschstoffen (Sorbit).

Magenentleerungsstörung – Magenentleerungsszintigraphie und 13-C-Acetat-Atemtest.

Chronisch-entzündliche Darmerkrankung – Entzündungszeichen in Blut und Stuhl, Autoantikörper, Eisen- und Vitaminstatus, Endoskopie, radiologische Dünndarmdarstellung.

Zurück zum Programm

MRT – Befunde bei Kindern mit schweren Fütterstörungen:

Gibt es typische Läsionen am Hypothalamus?

Birgit Ertl-Wagner, München

Hirnorganische Befunde – Neuropeptide und Ansprechen auf Therapie. Gibt es einen Zusammenhang?

Gereon Schädler, München

Bei der Therapie von Kindern mit Fütter- und Ernährungsstörungen ist gelegentlich nur ein geringer Behandlungserfolg zu erzielen. Dies ist häufig bei schwer mehrfach behinderten Kindern mit Mundmotorik- und Schluckstörung der Fall, gelegentlich aber auch bei organisch scheinbar gesunden Kindern.

Da die Appetitregulation durch Neuropeptide gesteuert wird und diese im Hypothalamus z.T. produziert oder aber bei peripherer Produktion in neue hypothalamische Signale umgesetzt werden (Ghrelin), wurden bei einer kleinen Fallzahl Nüchternwerte für Ghrelin (MPI München, Dr. Dr. Uhr) bestimmt sowie eine gezielte Auswertung der Hypothalamus-Morphologie (Frau PD Dr. Ertl-Wagner, Radiologie LMU, Klinikum Großhadern) vorgenommen.

Es soll die Frage beantwortet werden, ob diese beiden Untersuchungsparameter künftig eine Rolle für Prognose und Behandlungsstrategie bei Patienten mit schweren Störungen der Nahrungsaufnahme spielen können.

Zurück zum Programm

Orofaziale Therapie nach Castillo Morales

Johannes Limbrock, München

Das Castillo-Morales-Konzept ist ein ganzheitliches, neurophysiologisch orientiertes Behandlungskonzept für sensomotorische und orofaziale Störungen bei Kindern und Erwachsenen. Die Philosophie und Anthropologie der lateinamerikanischen Ureinwohner stellen eine wichtige Grundlage dar, aus denen der umfassende Kommunikationsbegriff und die innere Haltung zum Kind entspringen: Respekt vor der Person des anderen und Zutrauen in die Fähigkeiten zur Entwicklung. Zu den Zielen gehören die Verbesserung der Haltung und Bewegung unter spezifischer Einbeziehung der Sinneswahrnehmungen.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Behandlung des orofazialen Bereiches, z.B. zur Verbesserung der Kommunikation und Nahrungsaufnahme: Orofaziale Regulationstherapie. Durch sie ist das Castillo-Morales-Konzept am meisten verbreitet worden, weil es bei seiner Einführung in Deutschland vor 25 Jahren eine große Lücke füllte und weil es in gelungener Weise eine ganzheitliche Sicht des Kindes und den neurophysiologischen ganzkörperlichen Zugang zum orofazialen Komplex verbindet mit der funktionellen Kieferorthopädie: sowohl vorbereitend und unterstützend für die Zahnregulierung als auch mit rationalem Einsatz kieferorthopädischer Geräte für die Rehabilitation.

Am Anfang des gemeinsamen Weges mit den Eltern und dem Kind steht die Kommunikation. Es ist unsere Aufgabe, die Anliegen der Eltern und Kinder herauszufinden und darauf aufbauend gemeinsame Ziele zu finden. Anfänglich werden die Übungen entsprechend der lateinamerikanischen Ideen im engen körperlichen Kontakt am Körper der Eltern durchgeführt. Aus dieser sicheren Position heraus können die Patienten erste Erfahrungen machen und genügend Vertrauen entwickeln. Wichtig ist uns, dass wir auch bei Problemen im orofazialen Komplex immer berücksichtigen, dass dies ein besonders intimer Bereich ist und wir deshalb häufig erst mit den Händen und Füßen beginnen.

Da das Essen im Prozess der Selbständigkeitsentwicklung eine wesentliche Rolle spielt, analysieren wir im Castillo-Morales-Konzept die Situation des Essens jedes einzelnen Kindes oder Erwachsenen. Dazu gehören, neben den anatomischen Strukturen und physiologischen Funktionen des orofazialen Komplexes, die Haltung, Kommunikation/Interaktion, soziokulturelle Aspekte und Wahrnehmungsleistungen.

Voraussetzung für die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster am orofazialen Komplex ist eine aufgerichtete Haltung von Körper und Kopf. Bei Säuglingen, Kleinkindern und Schwerbehinderten lässt sich dies mit der „motorischen Ruhehaltung“ nach Castillo Morales erreichen. Der Nacken ist dadurch aufgerichtet in Verlängerung der Wirbelsäule, die Hände kommen zur Mitte, die Atmung beruhigt sich und das Kind nimmt Blickkontakt auf. Motorische Ruhe ist somit oft auch der Einstieg in die Kommunikation mit dem Kind/Patient.

Aber auch durch die Gestaltung des Umfeldes und Veränderung der Ausgangsposition ermöglichen wir dem Kind z.B. das Einsetzen distaler Impulse, nehmen so Einfluss auf die Aufrichtereaktion. Die distalen Impulse beeinflussen so die Aktivität des orofazialen Bereiches und unterstützen somit auch das Saugen und Schlucken.

Berührung, Streichen, Zug, Druck und Vibration sind die wesentlichen Behandlungstechniken. Sie wirken auf die sensorischen Systeme von Haut-, Bindegewebe-, Muskel- und Gelenkrezeptoren. Außerdem gibt es viele Übungen (Basisübung und Variationen, seitlicher Aufrichtemechanismus usw.), in denen eine aktive Nackenaufrichtung erreicht wird. Diese ist für die Freibeweglichkeit und Koordination des orofazialen Komplexes entscheidend.

Als Hilfsmittel kann im Laufe der Therapie – nach strengen Indikationskriterien – auch eine Gaumenplatte nach Castillo Morales verwendet werden: Sie stimuliert Bewegungen von Zunge und Lippen.

Die Kenntnis um die Komplexität und Vernetzung von sensomotorischen, emotionalen und sozialen Wirkmechanismen und eine sehr spezielle Ausbildung sind unumgänglich, um orofaziale Probleme zu behandeln. Im Castillo-Morales-Konzept wird dies in 6-wöchigen Kursen gelehrt.

Zurück zum Programm

Stationäres verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept

Heinz Süß-Burghart, München

Obwohl Diagnostik und Therapie der frühkindlichen Störungen der Nahrungsaufnahme damals noch wenig Interesse fanden, gab es bereits in den späten 60er und frühen 70er Jahren erste verhaltenstherapeutische Diagnostik- und Therapieberichte, meist Kasuistiken. Das waren etwa die systematische Hilfestellung beim Lernen des selbständigen Essens und Trinkens vor allem bei geistig behinderten Kindern und die Therapie schwerer Ruminaton und des Erbrechen. Von den Patienten des Kinderzentrums München litten viele unter schweren Störungen der Nahrungsaufnahme und konnten damals nur unter Verwendung einer

Nasensonde am Leben erhalten werden. Auf der Basis vorhandener lernorientierter Therapiekonzepte etablierten wir ein Diagnostik- und Therapiekonzept, führten Therapiestudien mit Kleingruppen durch und kontrollierten die Veränderungen im Verlauf und in der Katamnese. Mittlerweile sind verhaltenstherapeutische Diagnostik- und Interventionsbausteine fest etabliert und bilden zusammen mit systemischen Interventionen, krankengymnastischen Techniken, mundmotorischen Übungen und Füttertechniken ein wirksames Diagnostik- und Therapiekonzept.

Bei den kleinen und/oder behinderten Kindern gruppieren sich die verhaltenstherapeutischen Techniken vor allem um operante und respondente Methoden; mit zunehmendem Alter und Verständnis der Kinder werden die kognitiven Module immer bedeutsamer. Der Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken wird im Rahmen eines grundlegenden Aufbaus oraler Ernährung und von Einzelproblemstellungen erläutert und demonstriert.

Zurück zum Programm

Stationäres systemisches Behandlungskonzept

Susanna Blazek, München

Wandel der frühkindlichen Ernährung

Friedrich Manz, Dortmund

Der Wandel der frühkindlichen Ernährung in den letzten 100 Jahren steht in einem engen Zusammenhang mit dem Wandel des Bilds vom Säugling. Nach dem biogenetischen Grundgesetz durchläuft jeder Organismus in seiner Individualentwicklung wesentliche Stadien der Stammesentwicklung. Für die erste Generation naturwissenschaftlich orientierter Pädiater war es deshalb naheliegend, den Säugling als ein unreifes, tierähnliches, triebgesteuertes Mängelwesen zu betrachten und mit dressurähnlichen Methoden zu erziehen. Die um 1900 neu formulierten streng reglementierenden Stillempfehlungen (erstes Anlegen 24 h nach der Geburt, 5 Mahlzeiten, 8 Stunden Nachtpause) erschienen den Zeitgenossen auf diesem Hintergrund evident. Die Vernachlässigung der intuitiven mütterlichen Kompetenz, die verbesserten Überlebenschancen nichtgestillter Säuglinge und der Rückgang der Hausentbindung sind wesentliche Ursachen für den Niedergang der Stillkultur bis 1970. Ein neues Selbstverständnis der Mütter und eine neue Sicht der Mutter-Kind-Beziehung waren wichtige Ursachen für die Renaissance des Stillens. Die Verbesserung des Muttermilchersatzes von der zu Hause zubereiteten Milchflasche zum einfachen Molkereiprodukt und zum High-Tech-Lebensmittel erfolgte in vielen kleinen Schritten. Die Optimierung der Beikosternährung bestand vor allem in der Widerlegung irriger Ansichten, der Verhinderung von Fehlern, der richtigen Dosierung der Makro- und Mikronährstoffe und der Auswahl nährstoffreicher (Vollkornprodukte statt Zwieback) und fremdstoffarmer (Verzicht auf Leber) Lebensmittel. 1930 wurde mit der Beikost-Fütterung schon im 3. Monat begonnen und erst nach dem 15. Monat auf die Familienkost umgestellt. Heute liegen die entsprechenden Empfehlungen beim 5.-7. bzw. 10.-12. Monat. Die Mehrzahl der Mütter bereitet heute die Beikost nicht mehr selbst zu, sondern kauft Gläschenkost und Fertigprodukte. Die heute verstärkt angebotenen Kinderlebensmittel sind nach ernährungswissenschaftlichen Kriterien häufig unvorteilhaft zusammengesetzte teure Modifikationen wenig erwünschter normaler Lebensmittel. In den letzten 20 Jahren sind die Säuglinge nicht zuletzt aufgrund der Visionen der Neurobiologie zu Hoffnungsträgern für eine bessere Zukunft der Gesellschaft geworden. Die Gabe von Nährstoffsupplementen vermag die Leistungsfähigkeit von Kindern nicht über das normale Maß hinaus zu steigern.

Zurück zum Programm

Ernährung bei gesunden Kindern – Ergebnisse aus der DONALD-Studie

Mathilde Kersting, Dortmund

In der DONALD Studie (Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study) werden die Ernährungsgewohnheiten von gesunden Kindern im Alter von 0,25 bis 18 Jahren mittels 3Tage-Wiege-Ernährungsprotokollen untersucht, seit 1985 bei mehr als 1100 Teilnehmern.

Im Vergleich mit dem Präventionskonzept der Optimierten Mischkost optimiX, das vom FKE für die Ernährung von Kindern, Jugendlichen und Familien entwickelt wurde, zeigen die Ergebnisse der DONALD Studie u.a.

- Kinder verzehren weniger präventiv vorteilhafte Lebensmittel wie Gemüse, Getreideprodukte und energiearme Getränke, aber mehr fettreiche Fleischwaren und Süßigkeiten, als empfohlen*
- Die tatsächliche Lebensmittelauswahl der Kinder, einschließlich geschlechtstypischer Unterschiede, spiegelt subjektive und objektive Geschmackspräferenzen recht gut wider*
- Typische Verzehrsmuster, wie der heutige hohe Fett- und Zuckerverzehr, bilden sich beim Übergang von der Säuglingsernährung auf die Familienkost aus und bleiben danach weitgehend altersunabhängig stabil*
- Fast food wird mit zunehmendem Alter ein fester Bestandteil der Ernährung, bleibt aber gegenüber herkömmlichen Lebensmitteln auch bei Jugendlichen nachrangig*
- Langjährige Botschaften der Ernährungsberatung, z.B. weniger Fett zu verzehren, haben inzwischen Eingang in die Familienernährung gefunden, während Anzeichen für einen höheren Verzehr von nährstoffreichem Gemüse und Obst nicht erkennbar sind*
- Die Energiezufuhr reflektiert eine geringe körperliche Aktivität und damit das Risiko, dass Kinder von dem heutigen reichhaltigen Lebensmittelangebot mehr essen, als sie brauchen und auf Dauer Übergewicht entwickeln*

Weitere Informationen

- Kersting M, Alexy U, Rothmann N. Fakten zur Kinderernährung. Marseille, München, 2003*
- Serie „DONALD News“ in kinderärztliche praxis*
- www.fke-do.de*

Zurück zum Programm

Ernährungsberatung bei Gedeihstörungen und Übergewicht im Kindesalter

Katharina Dokoupil, München

Eine deutliche Abweichung vom Soll-Gewicht nach unten sowie nach oben bedeutet gesundheitliche Risiken für das Kind und sollte mittels Ernährungsmodifikation korrigiert werden. Anhand der Analyse eines häuslich geführten Nahrungsprotokolls berechnet die Ernährungsfachkraft die bisherige Energie- und Nährstoffzufuhr und macht die Eltern mittels einfühlsamer Gesprächsführung auf eventuelle Ernährungsfehler aufmerksam. Durch konkrete, lebensmittelbezogene Empfehlungen, die nicht nur gesundheitsrelevante Aspekte sondern auch das soziale Umfeld und die Vorlieben des Kindes berücksichtigen, kann die Ernährung Schritt für Schritt optimiert werden. Eltern von untergewichtigen Kindern lernen die verschiedenen Möglichkeiten zur Anreicherung der Speisen und Getränke mit Kohlenhydraten und/oder Fett, um so die Energiedichte der Kost zu erhöhen. Ziel der Beratung bei übergewichtigen Kindern ist die Bevorzugung von Lebensmitteln mit geringer Energiedichte, wie z.B. fettarme Milch- und Milchprodukte sowie zuckerfreie Getränke. In beiden Fällen sollten den Eltern kindgerechte Portionsgrößen und eine optimale Mahlzeitenfrequenz vermittelt werden. Nach dem Beratungsgespräch ist ein Monitoring des Gewichtsverlaufes unbedingt erforderlich.

[Zurück zum Programm](#)

*Betroffene Eltern berichten über ihre Belastungen bei ihrem Kind mit Sondenernährung bei schwerer Ess- und Fütterstörung
Pia Bauerschmidt, Marion Getz*

Sondenernährung – Indikationen und Entwöhnung

Marguerite Dunitz-Scheer, Graz

Ätiologie und Langzeirisiken von Adipositas im Kindesalter

Detlef Kunze, München

Die Adipogenese hat zahlreiche Dimensionen und ihre Ätiologie mit den sensiblen Phasen wird dargestellt. Die Adipositas mit ihren Komorbiditäten und vielfältigen Folge- und Begleiterkrankungen wird zu einem großen medizinischen Problem für den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt. Weltweit wird sie zu einer gravierenden Konfrontation, die neuesten epidemiologischen Daten werden präsentiert.

Die Prävention der Adipositas ist heute zu einer der bedeutendsten gesundheits- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung geworden: 30 Millionen Bundesbürger sind heute schon Risikopatienten für Typ 2 Diabetes aufgrund ihres Übergewichts; nur wissen sie davon nichts, weil sie sich nicht untersuchen lassen und Übergewicht allein noch nicht als Krankheit angesehen und anerkannt ist. Diese Tatsache zeigt die große gesundheitspolitische Aufgabe für Staat und Bevölkerung gemeinsam, auch unter ökonomischen Gesichtspunkten, vor denen weder die Kostenträger der Krankenversicherung noch der Staat die Augen verschließen können und dürfen, indem beide abwarten, bis die Folgen der Epidemie voll eingetreten sind und das Gesundheitssystem unter ihren Lasten zusammengebrochen ist.

[Zurück zum Programm](#)

Risikofaktoren für Adipositas in Perinatalzeit und früher Kindheit

Michael Toschke, München

Die Häufigkeit und der Schweregrad von Übergewicht und Adipositas nehmen bei Kindern und Erwachsenen in alarmierender Weise zu, weswegen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) diese bereits als globale Epidemie des 21. Jahrhunderts bezeichnet hat. Neben Risikofaktoren wie der Ernährung und der genetischen Veranlagung spielen soziodemographische und Umweltfaktoren wie auch der Lebensstil der Eltern und Kinder eine Rolle. Um Risikofaktoren zu identifizieren und deren Bedeutung abzuschätzen, wurden im Rahmen der bayerischen Schuleingangsuntersuchungen Zusatzuntersuchungen durchgeführt. Hier zeigte sich, dass bereits kurz nach der Konzeption (Befruchtung) noch während der Schwangerschaft die Umwelt bzw. der Lebensstil einen dauerhaften Einfluss auf eine spätere Adipositas haben kann: Der Anteil übergewichtiger Kinder war deutlich erhöht, wenn die Mutter in der Schwangerschaft geraucht hatte. Andere Risikofaktoren, über die berichtet werden soll, betrafen die Perinatalzeit und frühe Kindheit bis zum Einschulungsalter.

[Zurück zum Programm](#)

Harald Wurmser, München

Bereits im Kindesalter sind Übergewicht und Adipositas mit einer Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit und des psychischen Befindens assoziiert. Angesichts dieser negativen Konsequenzen und des bislang unzureichenden langfristigen Behandlungserfolges herkömmlicher Therapieformen ist die Fortsetzung der Entwicklung effektiver und kostengünstiger Behandlungsprogramme und präventiver Maßnahmen dringend geboten. Dies setzt die Kenntnis der Bedingungsfaktoren eines überhöhten Körpergewichtes voraus. Die Genese von Übergewicht und Adipositas ist multifaktoriell. Letztlich ist die Störung der Gewichtsregulation jedoch auf eine positive Energiebilanz zurückzuführen, d.h. auf eine in Relation zum Energieverbrauch überhöhte Energiezufuhr. Auf beiden Seiten der Energiebalance ist eine Vielzahl von genetischen und Umweltbedingungen wirksam, die untereinander in enger Wechselbeziehung stehen. Vor dem Hintergrund eines umfassenden systemischen Modells als theoretischer Rahmen werden in diesem Beitrag aktuelle Forschungsergebnisse zum Einfluss psychischer Faktoren seitens des Kindes (Selbstkontrolle, emotionale Befindlichkeit, ernährungs- und aktivitätsbezogene Verhaltensmuster) und der Eltern (Erziehungsstil, Nahrungsmittelpräferenzen, Vorlieben der Freizeitgestaltung, Ernährungswissen, Ess- und Aktivitätsverhalten) sowie des sozialen Kontextes (an Schulen angesiedelte Ernährungs- und Sportprogramme, verfügbare Freizeit, Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung) auf Energieaufnahme und -verbrauch und damit auf den Gewichtsstatus zusammengefasst.

Zurück zum Programm

Adipositas-Prävention im Kindergarten

Angelika Strauß, München

"TigerKids – Kindergarten aktiv" ist ein vom Bayerischen Staatsministerium gefördertes Projekt, das in Zusammenarbeit des Dr. von Haunerschen Kinderspitals der LMU München, des Instituts für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU München, der Stiftung Kindergesundheit, des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP) entwickelt wurde.

Ziel des auf 3 Jahre angelegten, evaluierten Projekts ist es, durch eine Ernährungs- und Bewegungsintervention in Kindergärten ausgewählter Landkreise Bayerns die hohe Zahl von mehr als 10% übergewichtiger Kinder bei den Schuleingangsuntersuchungen zu senken. Dabei wurde die Methode des cluster-randomisierten Vergleichs von insgesamt 68 Kindergärten (43 Interventionsgruppe, 25 Kontrollgruppe) angewandt.

Da das Ernährungsverhalten gerade in den ersten Lebensjahren entscheidend geprägt wird, ist der Einfluss in dieser Zeit noch am größten. (Eltern gut erreichbar, keine Peergroups etc.)

Aus diesem Grunde steht unser Konzept auf drei Säulen:

1. Entwicklung von Aktivitäten für die Kinder (Rubbelkarten, Bewegungsspiele etc.)
2. Konzept für die Erzieherinnen (Leitfaden und umfangreiche Materialkisten)
3. Dialog mit den Eltern (Elternabende, Tipp-Cards, Newsletter)

Wir verzichten auf Verbote und reine kognitive Wissensvermittlung. Die Kinder sollen den Verzehr von Gemüse und Obst sowie kalorienfreien Getränken positiv erleben, handlungs-orientiert und selbsttätig erfahren und sich darüber hinaus täglich mehr als 30 Minuten zusätzlich bewegen. Die Bewegungsräume der Kinder sollen erweitert werden und alle Maßnahmen zusammen sollen zu einem gesünderen Lebensstil aller Kinder führen.

Nach der 2-tägigen Schulung im Oktober 2004 werden die Erzieherinnen in der Lage sein, mit Hilfe unserer kostenlos zur Verfügung gestellten Materialien tägliche Elemente (wie z. B. Getränkestation, Magischer Obstteller und Bewegungsförderung) in den Alltag zu integrieren. Sie sollen nach Möglichkeit aber auch wöchentliche Aktionen wie ein gemeinsames, gesundes Frühstück und monatliche Aktionen wie das Tiger-Rennen durchführen.

Für die Evaluation werden durch die Gesundheitsämter der Landkreise Günzburg, Ingolstadt, Schwandorf und Bamberg bei den Schuleingangsuntersuchungen Fragebögen zur Überprüfung des Ernährungsverhaltens eingesetzt. Weiterhin werden folgende Untersuchungen durchgeführt:

- *Motoriktests*
- *Errechnung des BMI mit geeichten Waagen*
- *Messungen mit Accelerometern zur Überprüfung des Bewegungsverhaltens*

Zurück zum Programm

Präventionsprojekt „Bewegter Kindergarten“

Beate Klappdor-Volmar, Neuss

Adipositas bei Kindern – Möglichkeiten der Versorgung in einem Netzwerk

Hermann Mayer, Murnau

WS 1: Orofaziale Therapie nach Castillo Morales

Johannes Limbrock, München, mit Coreferentin Angela Hoffmann-Keinig, Rodgau

Das Castillo-Morales-Konzept ist ein ganzheitliches, neurophysiologisch orientiertes Behandlungskonzept für sensomotorische und orofaziale Störungen bei Kindern und Erwachsenen. Die Philosophie und Anthropologie der lateinamerikanischen Ureinwohner stellen eine wichtige Grundlage dar, aus denen der umfassende Kommunikationsbegriff und die innere Haltung zum Kind entspringen: Respekt vor der Person des anderen und Zutrauen in die Fähigkeiten zur Entwicklung. Zu den Zielen gehören die Verbesserung der Haltung und Bewegung unter spezifischer Einbeziehung der Sinneswahrnehmungen.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Behandlung des orofazialen Bereiches, z.B. zur Verbesserung der Kommunikation und Nahrungsaufnahme: Orofaziale Regulationstherapie. Durch sie ist das Castillo-Morales-Konzept am meisten verbreitet worden, weil es bei seiner Einführung in Deutschland vor 25 Jahren eine große Lücke füllte und weil es in gelungener Weise eine ganzheitliche Sicht des Kindes und den neurophysiologischen ganzkörperlichen Zugang zum orofazialen Komplex verbindet mit der funktionellen Kieferorthopädie: sowohl vorbereitend und unterstützend für die Zahnregulierung als auch mit rationalem Einsatz kieferorthopädischer Geräte für die Rehabilitation.

Am Anfang des gemeinsamen Weges mit den Eltern und dem Kind steht die Kommunikation. Es ist unsere Aufgabe, die Anliegen der Eltern und Kinder herauszufinden und darauf aufbauend gemeinsame Ziele zu finden. Anfänglich werden die Übungen entsprechend der lateinamerikanischen Ideen im engen körperlichen Kontakt am Körper der Eltern durchgeführt. Aus dieser sicheren Position heraus können die Patienten erste Erfahrungen machen und genügend Vertrauen entwickeln. Wichtig ist uns, dass wir auch bei Problemen im orofazialen Komplex immer berücksichtigen, dass dies ein besonders intimer Bereich ist und wir deshalb häufig erst mit den Händen und Füßen beginnen.

Da das Essen im Prozess der Selbständigkeitsentwicklung eine wesentliche Rolle spielt, analysieren wir im Castillo-Morales-Konzept die Situation des Essens jedes einzelnen Kindes oder Erwachsenen. Dazu gehören, neben den anatomischen Strukturen und physiologischen Funktionen des orofazialen Komplexes, die Haltung, Kommunikation/Interaktion, soziokulturelle Aspekte und Wahrnehmungsleistungen.

Voraussetzung für die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster am orofazialen Komplex ist eine aufgerichtete Haltung von Körper und Kopf. Bei Säuglingen, Kleinkindern und Schwerbehinderten lässt sich dies mit der „motorischen Ruhehaltung“ nach Castillo Morales erreichen. Der Nacken ist dadurch aufgerichtet in Verlängerung der Wirbelsäule, die Hände kommen zur Mitte, die Atmung beruhigt sich und das Kind nimmt Blickkontakt auf. Motorische Ruhe ist somit oft auch der Einstieg in die Kommunikation mit dem Kind/Patient.

Aber auch durch die Gestaltung des Umfeldes und Veränderung der Ausgangsposition ermöglichen wir dem Kind z.B. das Einsetzen distaler Impulse, nehmen so Einfluss auf die Aufrichtereaktion. Die distalen Impulse beeinflussen so die Aktivität des orofazialen Bereiches und unterstützen somit auch das Saugen und Schlucken.

Berührung, Streichen, Zug, Druck und Vibration sind die wesentlichen Behandlungstechniken. Sie wirken auf die sensorischen Systeme von Haut-, Bindegewebe-, Muskel- und Gelenkrezeptoren. Außerdem gibt es viele Übungen (Basisübung und Variationen, seitlicher Aufrichtemechanismus usw.), in denen eine aktive Nackenaufrichtung erreicht wird. Diese ist für die Freibeweglichkeit und Koordination des orofazialen Komplexes entscheidend.

Als Hilfsmittel kann im Laufe der Therapie – nach strengen Indikationskriterien – auch eine Gaumenplatte nach Castillo Morales verwendet werden: Sie stimuliert Bewegungen von Zunge und Lippen.

Die Kenntnis um die Komplexität und Vernetzung von sensomotorischen, emotionalen und sozialen Wirkmechanismen und eine sehr spezielle Ausbildung sind unumgänglich, um orofaziale Probleme zu behandeln. Im Castillo-Morales-Konzept wird dies in 6-wöchigen Kursen gelehrt.

[Zurück zum Programm](#)

WS 2: **Familiensystemische Interventionen bei Fütter- und Gedeihstörungen**

Margret Ziegler und Michael Schieche, München

„Das Füttern und Essen ist das Hauptthema in unserer Familie, um das sich alles dreht. Stunden um Stunden nimmt es am Tag in Anspruch, und es bleibt keine Zeit, Freude und Energie mehr für Spielen und gemeinsame Aktivitäten.“ So klagt die Mutter von Lisa. Vor allem seit Lisa nicht mehr so zugenommen habe, wurde das Füttern zum täglichen Kampf, jede Mahlzeit ein Horror.

Fütter- und Gedeihstörungen in der frühen Kindheit betreffen das gesamte Familiensystem, insbesondere die Paar- und Elternebene. Statt gegenseitiger Unterstützung kommt es zu Vorwürfen, Gefühlen des Alleingelassenwerdens und der Ausgrenzung. In diesem Workshop werden anhand eines klinischen Falles einer Fütter- und Gedeihstörung aus der Münchner Sprechstunde für Schreibabys besonders Aspekte der Paardynamik und des Familiensystems im Mittelpunkt stehen. Darüber hinaus werden klassische „Fallen“ und praxisorientierte systemische Möglichkeiten aufgezeigt, um Spaß und Freude beim gemeinsamen Essen wieder zu erreichen.

[Zurück zum Programm](#)

WS 3: **Integrative Therapie von Fütter- und Gedeihstörungen bei Störungen im Essverhalten der Mutter**

Daniela Dotzauer und Claudia Rupprecht, München

In der Behandlung von Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern finden wir einen hohen Anteil von Eltern, die selbst in der Vergangenheit eine Essstörung hatten oder aktuell eine haben. Aber auch schon Auffälligkeiten im Essverhalten der Eltern können den Fütterkontext beeinflussen.

Anhand von Fallbeispielen mit Videos wollen wir im Workshop der Frage nachgehen, wie dysfunktionale Interaktionen beim Füttern im Kontext von Auffälligkeiten des elterlichen Essverhaltens entstehen und aufrecht erhalten werden können.

Unsere Erfahrungen damit, wie dann ein entsprechendes therapeutisches Angebot und Setting aussehen kann, wollen wir mit den Teilnehmern austauschen und diskutieren.

Zurück zum Programm

WS 4: *Adipositas-Therapie bei Kindern und Jugendlichen*

Sonja Lehrke, Trier

Zunächst werden die wichtigsten Grundlagen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas anhand eines biopsychosozialen Modells der Gewichtsentwicklung vorgestellt. Im Anschluss daran werden der diagnostische Prozess und die Therapieplanung anhand eines Fallbeispiels demonstriert. Spezifische Therapiebausteine (z.B. zur Ernährungsumstellung oder zur Sozialen Kompetenz) können in Kleingruppenübungen und in Rollenspielen erprobt werden.

Zurück zum Programm

WS 5: *Multimodale Therapie von Fütterstörungen bei mehrfach behinderten Kleinkindern*

*Gereon Schädler, Kristin Dietze, Christine Huber,
Silvia Niederhuber und Heinz Süß-Burghart, München*

Es werden nach einer Einführung in die Thematik (Dr. Schädler) die Grundzüge einer verhaltenstherapeutisch orientierten Therapie von Fütterstörungen bei mehrfach behinderten Kleinkindern erläutert (Dr. Süß-Burghart). Anhand von mehreren konkreten Fallbeispielen mit Video-Ausschnitten wird die Alltagsarbeit im Bereich der Kinderstation des Kinderzentrums München dargestellt (Sr. Christine Huber, Sr. Kristin Dietze). Es soll möglichst praxisorientiert das Vorgehen dargestellt werden, und auch ausreichend Raum für Fragen und Anregungen der Workshop-Teilnehmer zur Verfügung stehen.

Zurück zum Programm

WS 6: *Sondenentwöhnung*

Marguerite Dunitz-Scheer, Graz

WS 7: *Stationäre beziehungstherapeutische Intervention bei schweren Gedeihstörungen*

Nikolaus von Hofacker, München

Schwere Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, zumal wenn sie mit Gedeihstörungen einhergehen, lassen sich wegen ihrer Komplexität und der körperlichen Bedrohung des Kindes im ambulanten Setting in der Regel nicht ausreichend behandeln. Integrierte stationäre psychotherapeutische Behandlungsangebote gibt es allerdings bisher deutschlandweit nur ganz vereinzelt. Es wird ein stationäres multimodales Behandlungskonzept zur Therapie früher Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen vorgestellt. Das Konzept fokussiert auf die Therapie dysfunktionaler Interaktions- und Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kind. Es vereint neben der Verhaltensmodifikation auch tiefenpsychologische und familientherapeutisch orientierte Techniken in individueller Abstimmung auf die jeweiligen familiären Beziehungskonstellationen. Neben dem Setting der Eltern-Säuglings-/ Kleinkindpsychotherapie werden auch einzel-, paartherapeutische und insbesondere gruppentherapeutische Interventionen angewendet. Die verschiedenen Settings werden in dem Workshop im Hinblick auf ihre differentielle Indikation, thematische Ausrichtung, Möglichkeiten und Grenzen vorgestellt und diskutiert.

[Zurück zum Programm](#)

WS 8: *Bindungstherapeutische Interventionen bei Gedeihstörungen im Kontext mütterlicher Bindungsstörungen*
Karl-Heinz Brisch, München

WS 9: *Autonomieprobleme im Fütterkontext: Videogestützte Interventionen*

Michael Schieche und Beatrice Cosmovici, München

Machtkämpfe zwischen Eltern und Kind sind bei Fütterstörungen im Kleinkindalter an der Tagesordnung. Sie finden oft nicht nur während der Mahlzeiten sondern auch in anderen Alltagskontexten (Spiel, Abgrenzung, Grenzensetzen) statt. In diesem Workshop werden praxisnah Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, Selbstwirksamkeitserfahrungen und Autonomiebestrebungen der Kinder zu unterstützen. Dazu werden Strategien vermittelt, den Eltern zu ermöglichen, aus Machtkämpfen auszusteigen und positive Gegenseitigkeit mit ihrem Kind wieder zu erleben. Zentraler Schwerpunkt wird die videogestützte Interaktionsanleitung beim Füttern und im Mutter-Kind-Spiel sein.

[Zurück zum Programm](#)

WS 10: *Adipositas bei Kindern – Möglichkeiten der Versorgung in einem Netzwerk*
Hermann Mayer, Murnau

[Zurück zur Übersicht](#)

Sponsoren

Tagungsort

Achtung: Veranstaltungsorte wechseln!

Workshops:

Anfahrt mit der S-Bahn (alle Linien), Haltestation Isartor

Anfahrt mit dem Auto:

Parkmöglichkeiten in den umliegenden Parkhäusern

Forum am Deutschen Museum,

*Museumsinsel 1,
D-80538 München*

Eingang: Imax-Gebäude

Symposium:

Anfahrt mit der U6,

Endstation Klinikum

Großhadern

Anfahrt mit dem Auto:

Parkmöglichkeiten sind
am Klinikum Groß
hadern gegeben

Klinikum Großhadern,
Marchioninistraße 15,

D-81377 München,
Hörsaal III

Liste der Referenten und Moderatoren

[Zurück zur Übersicht](#)

Dr. med. Tina Arenz, Dr. von Haunersches Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München, Lindwurmstraße 4, D-80336 München

Dr. Pia Bauerschmidt

Dipl.-Psych Susanna Blazek, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. med. Karl-Heinz Brisch, Ludwig-Maximilians-Universität, Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Pettenkoflerstraße 8a, D-80336 München

Beatrice Cosmovici, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Kristin Dietze, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. Katharina Dokoupil, Dr. von Haunersches Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München, Lindwurmstraße 4, D-80336 München

Dr. med. Daniela Dotzauer, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Prof. Dr. med. Marguerite Dunitz-Scheer, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Auenbruggerplatz 30, A-8036 Graz, Österreich

PD Dr. med. Birgit Ertl-Wagner, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Klinische Radiologie, Marchioninstr. 15, D-81377 München

Marion Getz

Christine Huber, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. med. Tamara Jacubeit, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Elmshorn, Agnes-Karll-Allee, D-25337 Elmshorn

PD. Dr. troph. Mathilde Kersting, Forschungsinstitut für Kinderernährung, Heinstück 11, D-44225 Dortmund

Dr. med. Beate Klapdor-Volmar, Rhein-Kreis Neuss Gesundheitsamt, Referat Kinder- und Jugendgesundheit, Auf der Schanze 1, D-41513 Grevenbroich

Prof. Dr. med. Detlef Kunze, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität München, Kinderambulanz, Marchioninstr. 15, D-81377 München

Prof. Dr. med. Remo Largo, Abteilung Wachstum und Entwicklung, Universitäts-Kinderklinik, Steinwiesstr. 75, CH-8032 Zürich, Schweiz

Dr. rer. nat. Sonja Lehrke, Universität Trier, Universitätsring 15, D-54286 Trier

Dr. med. Johannes Limbrock, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Prof. Dr. med. Friedrich Manz, Forschungsinstitut für Kinderernährung, Heinstück 11, D-44225 Dortmund

Dr. med. Hermann Mayer, Klinik Hochried Fachklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Hochried 1 - 12, D-82418 Murnau

Silvia Niederhuber, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Prof. Dr. med. Mechthild Papoušek, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. med. Thomas Reinehr, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Dr. Friedrich-Steiner-Str. 5, D-45711 Datteln

Dipl.-Psych. Claudia Rupprecht, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. med. Gereon Schädler, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Schieche, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Angelika Strauß, Dr. von Haunersches Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München, Abteilung für Stoffwechselkrankheiten und Ernährungsmedizin, Lindwurmstraße 4, D-80337 München

Dr. phil. Dipl.-Psych. Heinz Süss-Burghart, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. med. Michael Toschke, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. med. Nikolaus von Hofacker, Städtisches Krankenhaus München-Harlaching, Abteilung für Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Sanatoriumsplatz 2, D-81545 München

Prof. Dr. med. Dr. Rüdiger von Kries, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hubertus von Voss, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dipl.-Psych. Ruth Wollwerth de Chuquisengo, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Harald Wurmser, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Dr. med. Margret Ziegler, Kinderzentrum München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Veranstalter

Kinder im Zentrum – Für Kinder e.V.

mit dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin

*der Ludwig-Maximilians-Universität
und der Fachklinik für Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation
des Bezirks Oberbayern*

Anmeldung

Kinder im Zentrum – Für Kinder e.V.

Frau Inge Bardenhagen, Trogerstr. 17, D-81675 München

Fax: +49(0)89 – 470 99 120

E-Mail info@kinder-im-zentrum.de

Tagungsgebühr

Banküberweisungen erbeten auf:

Bankhaus Reuschel & Co, BLZ 700 303 00, Konto Nr.: 39 35 000 05

Stichwort: *Tagung Ernährungsstörung 2005*

Ermäßigung (in Klammern) erhalten folgende Personengruppen:

*Erzieherinnen, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden,
Krankenschwestern, Mitarbeiter des Kinderzentrums, Studenten*

Wissenschaftliches Programm (22. – 23.01.2005)

Anmeldungen bis zum 30. Dezember 2004 100 €

(Ermäßigung: 50 €)

Anmeldung nach dem 30. Dezember 2004 120 €

(Ermäßigung: 60 €)

Workshops (21.01.2005)

Anmeldungen für 1 oder 2 Workshops möglich

(je 1 Workshop 13:00 – 15:00 Uhr und 15:30 – 17:30 Uhr)

1 Workshop: 25 € (Ermäßigung: 15 €)

2 Workshops: 40 € (Ermäßigung: 25 €)

Tagungsbüros

Workshops: Forum am Deutschen Museum,

Museumsinsel 1, D-80538 München

geöffnet am 21.01.2005 ab 12.30 Uhr

Symposium: Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15,

D-81377 München, Hörsaal III

geöffnet am 22.01.2005 ab 08.00 Uhr

Hotelreservierung

Fremdenverkehrsamt München, 80313 München

Tel: +49(0)89 – 233-302 33; Fax: +49(0)89 – 233-965 55;

E-Mail: tourismus@muenchen.de

Freiwilliges Fortbildungszertifikat

der Bayerischen Landesärztekammer

für wissenschaftliches Programm: 12 Punkte

für Workshops je: 3 Punkte

[Zurück zur Übersicht](#)