

## Ess- und Fütterstörungen bei Kindern

Schwierigkeiten beim Essen können nachhaltige Folgen für das Kind mit sich bringen und sollten deshalb möglichst früh erkannt werden. Die Therapie richtet sich nach den Ursachen und den Symptomen. Die Begleitung der kleinen Patienten erfordert Zeit und Geduld von allen Beteiligten. Verständnis, respektvoller Umgang und gegenseitiges Vertrauen bilden die Basis.

In der ICD-Klassifikation (ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wird eine «Fütterstörung» mit «Nahrungsverweigerung oder extrem wählerischem Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson in Abwesenheit einer organischen Krankheit» beschrieben.



Auf kindliche Sättigungs-Signale achten und sie berücksichtigen.

Aus der Literatur zu diesem Thema gibt es bisher keine einheitliche und aufschlussreiche Nomenklatur, und auch der englische Sprachgebrauch lässt sich nicht eindeutig in die deutsche Sprache übertragen. Es werden zwar einzelne Unterformen von Fütterstörungen unterschieden, diese werden aber durch verschiedene Autoren wieder vermischt [1,2,3]. Ganz abgesehen von den sprachlichen Herausforderungen treten häufig Kombinationen einzelner Unterformen auf, so dass eine eindeutige Zuordnung nicht immer möglich ist

[1,2,4]. Auch kindliche Fütterstörungen und Essstörungen im adoleszenten Alter haben viele Gemeinsamkeiten und sind nicht immer eindeutig abzugrenzen. Bei der Einteilung kann einerseits das Alter zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns Aufschluss geben, andererseits gibt es auch deutliche Unterschiede bei den Krankheitssymptomen. Während bei Essstörungen ab dem adoleszenten Alter in der Regel das Gewicht oder Aussehen beispielsweise durch übertriebene körperliche Aktivität oder Medikamentenmissbrauch beeinflusst wird, spielt dieser Mechanismus bei kindlichen Fütterstörungen keine Rolle. Und obschon der Appetit auch bei kleineren Kindern mit Nahrungsverweigerung oftmals reduziert ist, wird er nicht absichtlich unterdrückt, wie dies bei Essstörungen üblicherweise der Fall ist. Gemeinsame Symptome bei den Krankheitsgruppen können die Nahrungsverweigerung, die gestörte Interaktion mit der Bezugsperson und die Angst vor dem Essen sein.

### Grosse Unterschiede und vielschichtige Auslöser

Kindliche Fütterstörungen präsentieren sich sehr unterschiedlich. Während in einem Fall eine komplette Nahrungsverweigerung zu einer lebensbedrohlichen Situation mit irreversiblen



gesundheitlichen Folgen führt, kann ein anderes Kind mit Nahrungsverweigerung normal- oder sogar übergewichtig und in keinem offensichtlichen Zustand von Mangelernährung sein. Bei extrem wählerischem Essverhalten kommt es vor, dass Kinder ihre Nahrungsauswahl auf ein paar wenige oder gar nur ein einziges Lebensmittel beschränken. Andere Kinder wiederum verweigern an einem Tag das eine, am nächsten Tag ein anderes Lebensmittel. Und dann gibt es auch noch Kinder, die ihre Verweigerung einer Speise auf weitere, ähnliche übertragen und beispielsweise alle Lebensmittel einer bestimmten Konsistenz oder Farbe meiden. So kann die Nahrungsverweigerung «generell», «konsequent selektiv» oder «inkonsequent selektiv» sein.

Die Auslöser einer kleinkindlichen Nahrungsverweigerung sind vielschichtig und meistens nicht eindeutig identifizierbar. Mögliche Gründe können traumatische Erlebnisse im Mund-Rachen-Bereich wie Handlungen mit übergreifendem Charakter beispielsweise während des Zähneputzens oder bei einer Medikamentengabe sein. Diese können dazu führen, dass Kinder das Essen mit dem Trauma in Verbindung bringen und es verweigern. Aber auch eine unangenehme Sondeneinlage mit enteraler Ernährung kann eine oropharyngeale Hypersensitivität und entsprechende Probleme mit der Nahrungsaufnahme mit sich bringen. Des Weiteren können schwache Hungersignale kombiniert mit grossem Interesse an Exploration und Interaktion die Grundlage für eine kindliche Nahrungsverweigerung bilden, was bei hochsensiblen Kindern besonders oft der Fall ist.

Die kindliche Nahrungsverweigerung löst bei den Eltern naturgemäss grosse Sorgen bezüglich des Ernährungszustandes ihrer Sprösslinge aus – seien sie berechtigt oder nicht. Müden diese Sorgen in physischen oder psychischen Druck zum Essen, führt dies in der Regel zu einer Verstärkung der kindlichen Nahrungsverweigerung. Einige Kinder reagieren mit vehementem Widerstand gegenüber essensbezogenen Handlungen (zum Beispiel dem Anziehen des Lätzchens) oder Gegenständen (z.B. Löffel oder Schoppen) und wollen schon gar nicht mehr an den Esstisch sitzen. Auch Spucken, Würgen und Erbrechen vor, während oder nach der Mahlzeit sind häufig festzustellen. Und manche Kinder schlucken die Speise erst gar nicht und behalten sie über Stunden in den Backen. Die Eltern wiederum merken, dass ihr Kind sich besser füttern lässt, wenn es beispielsweise mit Spielsachen oder elektronischen Geräten abgelenkt wird. Doch auch die Ablenkung vermag die Problematik langfristig nicht zu lösen und hat zur Folge, dass das Kind nicht mehr nach dem inneren Hunger- und Sättigungsgefühl isst. In ihrer Verzweiflung geben die Eltern die eigentlich so wertvollen Rahmenbedingungen der Mahlzeiten auf und bieten den Kindern was auch immer, jederzeit und überall an – Hauptsache, das Kind hat etwas gegessen. Hat sich eine kindliche Nahrungsverweigerung erstmals etabliert, geraten die Familien in einen Teufelskreis, und das Familienleben kann in der Folge stark beeinträchtigt werden.

## Fütterschwierigkeiten sind keine Seltenheit

Die vorhandenen Daten lassen darauf schliessen, dass bei etwa 25 Prozent aller sich gesund entwickelnden Säuglinge Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme auftreten – bei Kindern mit Entwicklungsstörungen liegt die Prävalenz gar bei 80 Prozent. Über alle Säuglinge gesehen, treten in 1 bis 2 Prozent schwerwiegende Fütterstörungen auf, die mit einer zu geringen Gewichtszunahme verbunden sind [1,2].



Schweiz. Natürlich.



[www.swissmilk.ch](http://www.swissmilk.ch)

Um die Diagnose einer Fütterstörung stellen zu können, müssen zuerst die häufigsten physiologischen Ursachen einer Gedeihstörung und andere kausale Krankheiten (z.B. gastroösophagealer Reflux) ausgeschlossen werden [1,2,5]. Die Diagnostik einer Fütterstörung liegt dabei in der ärztlichen Kompetenz. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus der Psychiatrie, Logopädie oder Physiotherapie, pädiatrischen Gastroenterologie, Entwicklungs- pädiatrie und Ernährungsberatung stellt in diesem Fachgebiet dennoch einen Eckpfeiler dar [1]. Denn für die Einschätzung der zugrundeliegenden Problematik und die entsprechende Behandlung liefern das Ernährungsassessment und die fachkundige Einschätzung des Entwicklungszustandes und der Mundmotorik wichtige Anhaltspunkte.

Liegen gesundheitliche Probleme vor, sollen diese medizinisch behandelt werden – im Optimalfall, bevor die Therapie der Fütterstörung beginnt. Bei Kindern mit einer verzögerten Mundmotorik oder anderen Kau- oder Schluckproblemen ist die Begleitung durch eine erfahrene Fachperson aus der Logopädie oder Physiotherapie indiziert. Bei Therapiebeginn gilt es zu bedenken, dass ein schlechter Ernährungszustand die kindliche Essensfähigkeit stark beeinträchtigen und die therapeutischen Möglichkeiten begrenzen kann. Dies ist insbesondere bei Kindern mit Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel eindrücklich erkennbar. Um eine gute Ausgangslage für die Arbeit auf den verschiedenen therapeutischen Ebenen zu haben, müssen solche Defizite zuerst behandelt werden. Eine allfällige enterale Ernährung sollte auf jeden Fall wohlüberlegt sein, denn eine Sondeneinlage stellt ein potenzielles Risiko für ein (erneutes) Trauma im Mund-Rachen-Bereich dar.

**Die ernährungstherapeutischen Massnahmen richten sich ganz nach der vorliegenden Ursache und Symptomatik und lassen sich u.a. von den «Feeding-Guidelines» ableiten [1]:**

- Die Eltern sollen entscheiden, wo, wann und was das Kind zu essen bekommt – das Kind soll entscheiden, wieviel es davon isst [1,6].
- Die Mahlzeiten sollen regelmässig und mit bewussten Essenspausen geplant werden, damit das Kind zum Zeitpunkt des Nahrungsangebots hungrig ist (maximal 5 Mahlzeiten pro Tag). Zwischendurch soll einzig Wasser zum Trinken gegeben werden [1,2,4].
- Die Mahlzeiten sollen gemeinsam am Familientisch eingenommen werden, und während der Mahlzeiten soll keine Ablenkung, wie beispielsweise Spielen, Fernsehen oder intensive Gespräche oder Interaktion, zugelassen werden [1,2,4]. Und das Kind soll während eines zumutbaren Zeitraums am Tisch sitzen bleiben (in der Regel, bis alle satt sind, bzw. ca. 30 Minuten) [1].
- Es sollen nicht zu viele verschiedene Speisen angeboten werden – maximal drei [1,2].
- Die Portionen sollen klein und Nachschöpfen soll erlaubt sein, damit sich das Kind nicht überfordert fühlt oder sich das Essen in die Backen stopft [1,2,4].
- Auf kindliche Sättigungs-Signale soll geachtet und diese sollen berücksichtigt werden [1,4]. Das Kind soll bezüglich der Essensmenge weder gelobt noch kritisiert werden, und das Essen soll nicht als Belohnung, Bestrafung oder Ausdruck elterlicher Zuneigung eingesetzt werden [1,2,4]. Essen soll keine Leistung sein, sondern das Kind soll lernen, nach dem innerlichen Hunger- und Sättigungsgefühl zu essen [1].

**Im Umgang mit selektivem Essverhalten gilt es folgende Punkte zu beachten:**

- Nahrungsmittel, auf die das Kind mit einer starken Abneigung wie Würgen oder Erbrechen reagiert, sollen vorübergehend nicht mehr angeboten werden, um die Abneigung nicht weiter zu verstärken [1,2,4].



Schweiz. Natürlich.



[www.swissmilk.ch](http://www.swissmilk.ch)

- Um dem kindlichen Autonomiebedürfnis entgegenzukommen, soll das Kind entscheiden dürfen, was in den Mund kommt [1,4].
- Die Eltern sollen als Vorbilder dienen und vom Kind unbeliebte Speisen in seiner Gegenwart verzehren. Ein Nahrungsmittel, welches nur ihm angeboten, aber von anderen nicht gegessen wird, könnte es möglicherweise als verdächtig einstufen [1].

So banal diese Richtlinien klingen mögen, so schwierig sind sie für die betroffenen Familien umzusetzen. Die Begleitung der kleinen Patienten, welche an Fütterstörung leiden, erfordert viel Zeit und Geduld von allen Beteiligten. Die Basis für die Behandlung ist dabei grosses Verständnis gegenüber den Eltern, ein respektvoller Umgang und gegenseitiges Vertrauen. Diese Investition lohnt sich auch bei weniger etablierten Fütterschwierigkeiten – denn werden diese frühzeitig erkannt, ernst genommen und fachkundig begleitet, kann den Familien grosses Leid erspart werden. Und nur durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist es möglich, die Ressourcen der Ernährungsberatung auf die ernährungsrelevanten Themen zu begrenzen.

## Literatur

1. Chatoor I. Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children. Washington DC: Zero to Three; 2009.
2. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. Pediatrics. 2015 Feb;135(2):344-53
3. Dunitz-Scheer M, Tappauf M, Burmucic K et al. Frühkindliche Essstörungen: Kinder sind keine Gefässe! Monatsschr Kinderheilkd. 2007;155:795–803.
4. Levy Y, Levy A, Zangen T et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009 Mar;48(3):355-62.
5. Nützenadel W. Gedeihstörungen im Kindesalter. Deutsches Ärzteblatt. 2011 Sept;108(38):642-9.
6. Satter EM. The feeding relationship. J Am Diet Assoc. 1986;86(3):352–356

## Autorin

Susanne Schupp BSc, Ernährungsberaterin FH SVDE  
Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16  
Telefon 041 205 18 71, susanne.schupp@luks.ch

Newsletter für Ernährungsfachleute Dezember 2018



Schweiz. Natürlich.



[www.swissmilk.ch](http://www.swissmilk.ch)